

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS**  
**FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN**  
**UNIDAD DE POSTGRADO**



**Mejora de los servicios de salud preventiva en el Centro de Salud Santa Rosa del municipio de Oruro en la gestión 2019.**

**Propuesta de Intervención presentada para optar al título de Especialidad en Salud Pública mención Gerencia.**

**Cursante:** Dra. Andrea Gabriela Rueda Velasco

**Tutor:** Dr. M. Sc. Wilfredo Tancara Cuentas

**Gestión:** 2018

**Mejora de los servicios de salud preventiva en el Centro de Salud Santa Rosa del municipio de Oruro en la gestión 2019.**

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios por acompañarme siempre, a los Docentes de la Especialidad del Post Grado por impartirme todo el conocimiento necesario, al Dr. Wilfredo Tancara Cuentas por su orientación, comprensión y paciencia para la culminación del presente trabajo y a mi familia por su apoyo constante.

## Listado de Acrónimos y abreviaturas utilizadas

<b>APS</b>	Atención Primaria de la Salud
<b>COMUSA</b>	Consejos Municipales de Salud
<b>COLOSAS</b>	Consejos locales de salud
<b>CPE</b>	Constitución Política del Estado
<b>D.S.</b>	Decreto Supremo
<b>ENT</b>	Enfermedad No Transmisible
<b>INE</b>	Instituto Nacional de Estadística
<b>ONG</b>	Organización No Gubernamentales
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>OPS</b>	Organización Panamericana de la Salud
<b>PDS</b>	Plan de Desarrollo Sectorial
<b>PDM</b>	Planes de Desarrollo Municipal
<b>PEI</b>	Plan Estratégico Institucional
<b>PES</b>	Plan Estratégico de Salud
<b>POA</b>	Plan Operativo Anual
<b>POAi</b>	Plan Operativo Anual individual
<b>RRHH</b>	Recursos Humanos
<b>SAFCI</b>	Salud Familiar Comunitaria Intercultural
<b>SEDES</b>	Servicios Departamentales de Salud
<b>SNIS</b>	Sistema Nacional de Información en Salud
<b>SNUS</b>	Sistema Nacional Único de Suministro

## RESUMEN EJECUTIVO

**Introducción:** La implementación del modelo de salud SAFCI en el año 2008 y de la Ley 475 o ley de prestaciones de servicios de salud integral del Estado Plurinacional de Bolivia en 2013 supuso un nuevo estándar para la atención médica porque dispone que todos los habitantes accedan a los servicios de salud integral y protección financiera de salud a través de los establecimientos de salud del primer nivel, poniendo énfasis en la prevención de enfermedades.

**Análisis del problema:** En la actualidad no existen datos que permitan analizar la efectividad de la política SAFCI, pero ciertos indicadores de salud específicos indican la poca eficiencia en el enfoque de salud preventiva como: la tasa de mortalidad a nivel nacional de 7,3 por cada 10000 habitantes con las ENT como su principal causa; la morbilidad en la población por enfermedades crónicas no transmisibles es de 9 por cada 100 habitantes e implican un aumento en el gasto promedio en salud por habitante a nivel nacional. Por ello, la realización de actividades de prevención primaria y secundaria además de la comunicación con la población son determinantes para disminuir esos índices, porque a diferencia de patologías de carácter agudo, las patologías crónicas pueden prevenirse y/o retardar su desarrollo aplicando políticas o gestiones adecuadas para el personal y la comunidad.

**Beneficiarios Directos/Indirectos:** Los Beneficiarios directos son los Pacientes y familias que acuden al centro de salud para ser atendidos, ya que se mejorara la calidad de atención en salud y la calidad de vida de los mismos.

Los Beneficiarios Indirectos son el personal del Centro Médico y Director y Jefe de Recursos Humanos porque se lograría mejorar la imagen institucional al optimizar la calidad profesional y de servicios, logrando posicionamiento dentro del sector.

**Objetivos:** El objetivo principal de la propuesta consiste en mejorar los servicios de salud preventiva en el Centro de Salud Santa Rosa del Municipio de Oruro en la gestión 2019 para el fortalecimiento de sistema público de salud del Municipio, e incluye: Mejorar la atención en salud preventiva por parte del personal de salud; fomentar el desarrollo de actividades de prevención primaria y secundaria y promover la participación de la población en la planificación y evaluación de actividades de salud preventiva.

**Indicadores:** Los indicadores se encuentran enfocados a la evaluación del impacto y desarrollo del proyecto. Primeramente, se traducirán en la búsqueda de un aumento en el porcentaje de población satisfecha. (Con un Porcentaje Base de 43%) y mejora de la prevención primaria y secundaria en el Centro de Salud.

Segundo, estará dirigido a la evaluación de las actividades del proyecto tomando como principales a: el Número de procesos de prevención implementados en el Centro de Salud, el Número de actividades desarrolladas por el personal del Centro y el Número de actividades desarrolladas por la población que se añaden a varios que se detallan más adelante.

**Supuestos:** Las acciones a llevarse a cabo se desarrollarán a partir de un análisis de la situación institucional y social de los actores de salud donde se determinará y priorizará los principales problemas en búsqueda de su resolución. Posteriormente se ejecutarán actividades de formación, capacitación y evaluación de nuevos actores de salud o refuerzo de los existentes para desarrollar ejercicios que promuevan comportamientos preventivos.

La propuesta incluye también el fortalecimiento y apoyo a la participación de la ciudadanía en la toma de decisiones, corresponsabilidad y control de estas actividades del proyecto.

Con todo lo referido se busca generar un impacto positivo en los actores involucrados para el mejoramiento de los servicios de salud preventiva donde se diseñará e implementará guías para la prevención primaria y secundaria para los profesionales que trabajan en el centro. Además, se espera que la población participe activamente en la ejecución de la propuesta y en la planificación de actividades de salud preventiva para ejercer su derecho a la salud.

**Fuentes de verificación:** Las fuentes de verificación de la propuesta se encuentran en relación a la evaluación de los indicadores establecidos, al avance del proyecto y al control de actividades e incluyen informes, encuestas, entrevistas, actas de reuniones, actas de actividades realizadas y revisión bibliográfica.

**Financiamiento y Sostenibilidad:** La propuesta se encuentra enmarcada dentro de las políticas de salud del país por lo tanto es sustentable ya que existe un apoyo franco al desarrollo de este tipo de proyectos por parte de las autoridades. Se estima que cada centro de Primer Nivel recibe un monto aproximado de 20000 bolivianos para el desarrollo de

diversas acciones entre ellas la prevención; porcentaje entre 70% al 77% del presupuesto establecido para esas actividades.

**Duración del proyecto:** La propuesta está planificada para realizarse en un período de 12 meses que se estima se efectuaran entre febrero de 2019 hasta enero de 2020. Cabe mencionar que dicho periodo se halla sujeto a modificación.

## INDICE

I.	Introducción .....	10
II.	Antecedentes .....	12
III.	Relación del Proyecto de Intervención con Lineamientos de la Política Pública .....	13
IV.	Justificación .....	14
V.	Análisis del problema .....	15
VI.	Análisis de actores.....	18
6.1.	Beneficiarios directos .....	18
6.2.	Beneficiarios Indirectos .....	18
6.3.	Oponentes .....	18
6.4.	Afectados.....	18
VII.	Contexto o lugar de la intervención .....	19
VIII.	Estructura de Objetivos .....	19
8.1.	Objetivo General .....	19
8.2.	Objetivos Específicos .....	19
IX.	Marco Teórico .....	20
9.1.	Situación de Salud en América Latina y Bolivia.....	20
9.2.	Atención Primaria vs Atención Primaria en Salud Renovada.....	22
9.3.	Modelo de Salud Familiar Comunitaria e Intercultural (SAFCI).....	23
9.3.1.	Características generales del modelo de atención SAFCI.....	24
9.3.2.	El modelo de atención en el establecimiento .....	25
9.3.3.	El modelo de atención en la comunidad.....	25
9.3.4.	Principios de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural-S AFCI.....	25
9.4.	Salud Preventiva en Bolivia.....	26
9.5.	Normativa Legal.....	28
X.	Resultados .....	29
XI.	Actividades .....	29
XII.	Indicadores.....	31
XIII.	Fuentes de Verificación .....	33
XIV.	Supuestos .....	34
XV.	Análisis de Viabilidad .....	35
XVI.	Análisis de Factibilidad .....	36
16.1.	Factibilidad Social .....	36
16.2.	Factibilidad Cultural/Intercultural .....	36

16.3.	Factibilidad Económica .....	36
16.4.	Factibilidad de Genero.....	37
XVII.	Análisis de Sostenibilidad del Proyecto .....	37
XVIII.	Impacto esperado del proyecto .....	37
XIX.	Fuente de financiamiento para el Presupuesto.....	38
XX.	Referencias Bibliográficas.....	39
XXI.	Anexos.....	42
20.1.	Árbol de problemas .....	42
20.2.	Árbol de Objetivos .....	43
20.3.	Matriz del Marco Lógico .....	44
20.4.	Análisis de actores .....	48
20.5.	Presupuesto.....	49
20.6.	Mapas de Ubicación del proyecto .....	50
20.7.	Estructura Institucional o comunitaria .....	51
20.8.	Cronograma por meses .....	52
20.9.	Plan de Ejecución del proyecto .....	53
20.10.	Sistema de monitoreo y evaluación del proyecto.....	54

## I. Introducción

Una propuesta de intervención es una herramienta tanto institucional como investigativa<sup>1</sup>, que facilita al establecimiento realizar la elaboración de procesos administrativos, sociales, jurídicos, científicos, etc., que necesita efectuar para lograr los objetivos planteados mediante un análisis de los determinantes y causales de los problemas que lo afectan.

Toda entidad debería realizar planes, estrategias, proyectos o estudios, para sustentar los procesos de desarrollo o investigación, justificar cambios estructurales, modificar protocolos o procedimientos, y, sobre todo, enmendar deficiencias que pueden encontrarse dentro de la organización o dentro de los servicios que otorga a la comunidad.

En Bolivia<sup>2</sup> la formulación de las políticas de salud ha tenido como “objetivo dar solución a las necesidades de los sectores más vulnerables de la población”, a partir de eso el nivel central ha intentado realizar un trabajo intersectorial e integral, donde se han desarrollado iniciativas centradas en la prevención de enfermedades que suponen la participación de los profesionales de salud y habitantes como parte de sus líneas estratégicas de acción<sup>3</sup>, sin embargo, lo que actualmente presenta problemas no es sólo el modelo de salud, si no la misma responsabilidad de la sociedad civil para convertirse en un actor activo y no pasivo en la planificación y ejecución de políticas públicas sanitarias diseñadas por el Estado.

La salud es parte de los derechos básicos de todo ser humano y se halla en la Constitución Política del Estado, pero el ejercer el derecho a la salud es lo que representa grandes dificultades, por lo tanto, interesan en este caso los mecanismos implementados por el sector de salud para cumplir este cometido.

Uno de los principales elementos discutidos en esta área es la provisión de servicios de salud preventiva, desde el punto de vista de la Salud Pública la importancia de este problema radica en que está relacionado con los índices de morbilidad, incapacidad, mortalidad y gasto sanitario y así también con la disponibilidad de medidas efectivas para la prevención y control de determinantes.

La prevención en salud no tiene que ver sólo con evitar la ocurrencia de ciertas enfermedades específicas, sino con una estrategia integral de fomento a comportamientos

y ambientes saludables que se basan en que algunos de los estilos de vida de la población originan la aparición de patologías de carácter crónico degenerativo.

Esta actividad es o debería ser responsabilidad de los todos los profesionales de salud, principalmente de aquellos que trabajan en los establecimientos de salud de primer nivel ya que constituyen la entrada de la población al sistema de salud público del país.

Con el objetivo de disminuir las falencias o deficiencias en esta cuestión se debe facilitar una nueva forma de proceder en cada institución, basada en el compromiso y la responsabilidad profesional.

Por otra parte, también se cuestiona la relación verticalista<sup>4</sup> que tiene el sistema de salud con los usuarios. Desde esta postura, se menciona que “la salud pública es vista como el objetivo, y los pacientes como medios para cumplirlo” y no así los procedimientos, protocolos o políticas establecidas, de manera que se instaura una relación instrumental entre médico y paciente; entre sistema de salud y comunidad. En este tipo de relación, “se critica el hecho de que el paciente sea paciente, que actúe como receptor pasivo de una prestación, y no sea el protagonista de una situación de salud, que tanto él, como el sistema de salud buscan mantener saludable”.

Evidentemente, se han realizado durante los últimos años muchos esfuerzos en la planificación de estrategias en un enfoque preventivo, sin embargo, existen dificultades en la ejecución por parte de los encargados y en la comprensión de los mismos por parte de la población<sup>5</sup>.

Por ello, el Centro de Salud Santa Rosa de la ciudad de Oruro se planteó como desafío iniciar un proceso institucional de renovación alineado a la política y modelos establecidos para llegar a ser uno de los referentes en la prestación de servicios de salud preventiva a la población del sector.

## II. Antecedentes

Bolivia es uno de los países que presenta un avance positivo en la transformación de problemas de salud respecto a otros en América Latina<sup>6</sup>. Aunque se han ido reduciendo paulatinamente algunos indicadores sanitarios, esto no ha significado un impacto positivo en la calidad de salud de la población y esto se debe a que aún no se emplean o se maximalizan los recursos necesarios para modificar los déficits existentes.

El débil funcionamiento del sistema de salud a nivel nacional, así como el estado de sus infraestructuras y carencia de insumos se debe a la combinación de diversos factores que dificultan el acceso y uso de sus servicios por parte de la sociedad, violentando sus derechos y causando movilizaciones en un contexto sociocultural para lograr optimizar las condiciones en las cuales se encuentran.

Se estima que la satisfacción en salud<sup>7</sup> en Bolivia se encuentra en un 43% con diferencias marcadas entre el área urbana y el área rural de entre 20 y 30 puntos porcentuales. Lo que indica un bajo porcentaje de aprobación en la calidad de la prestación de servicios de salud integral a los habitantes.

La escasa realización de actividades con un enfoque preventivo se añade a toda esta problemática que se traduce en un aumento de la morbilidad en patologías no transmisibles o de carácter crónico que pudieron ser tratadas oportunamente<sup>8</sup>, un aumento de la prevalencia de discapacidad secundaria a patologías<sup>9</sup> que es de 59 x10000 habitantes, un aumento en la tasa de mortalidad general que es de 6,59x1000 habitantes y un aumento en gasto sanitario realizado por las familias.

No existen datos que analicen o evalúen la realización de estas actividades por las instituciones y profesionales de salud, por lo que no se ha podido determinar la eficacia de los mismos.

En la ciudad de Oruro no se muestran cifras que indiquen la situación actual de salud debido a la falta de datos o instituciones que elaboren o publiquen dichos porcentajes.

### **III. Relación del Proyecto de Intervención con Lineamientos de la Política Pública**

La actual Política de Salud del Estado Plurinacional de Bolivia está establecida mediante el modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI), basada en 4 ejes que son: la participación social, integralidad, interculturalidad e intersectorialidad; con la promoción de la salud como su principal estrategia<sup>10</sup>.

La integralidad menciona a la prevención como una de sus actividades y debe ir acompañada por el control social por parte de los distintos sectores sociales de los municipios.

Con la ley 031 de Autonomías y Descentralización también queda determinado como responsabilidad de los distintos gobiernos locales, municipales, y departamentales la creación de planes o programas para la prevención de enfermedades enfocadas a realizarse en su mayoría en el primer nivel de atención.

Y con la implementación de la Ley 475 de prestaciones de servicios de salud integral, también se insta a la prevención como una de las actividades primordiales que debe realizar todo profesional de salud en su fuente de trabajo.

Con todo lo referido, se busca el desarrollo de programas, estrategias y proyectos de salud que favorezcan la prevención, inclusión y fortalecimiento de la participación de los ciudadanos para mejorar las condiciones de vida de la población<sup>11</sup>.

Por ello el realizar esta propuesta va alineada con las políticas públicas de salud del país y conseguirá mejorar los servicios de salud preventiva para los habitantes del sector.

#### **IV. Justificación**

El centro de Salud Santa Rosa lleva brindando atención sanitaria a la población del sector durante 5 años y actualmente se ve afectada por diversas dificultades a nivel administrativo y operativo.

En sus inicios el Centro de Salud se enfrentaba a un índice de insatisfacción de la población con los servicios de salud brindados de un 70%<sup>12</sup>, pocos insumos y personal además de poca o nula participación de la comunidad en proyectos de salud.

Pero si bien estos índices han ido mejorando<sup>13</sup> con el paso de los años mediante la contratación de recursos humanos, adquisición de insumos, poco o nada se ha hecho para mejorar la atención médica y coordinación con la población.

Mediante un análisis actual se ha observado que, aunque el Centro de Salud está encaminado a la práctica de actividades de prevención primaria y secundaria, la primera solo se limita a la vacunación de niños y niñas; y la segunda aún se mantiene orientada en gran medida al abordaje clínico de las enfermedades y valora pobremente la responsabilidad de las personas sobre su propia salud, produciendo en definitiva la poca eficiencia de la prestación de servicios de salud preventiva a la población. Este problema tiene un origen multifactorial, multisectorial y abarca distintos niveles de responsabilidad.

Dentro de las causas se encuentran: la baja calidad de atención brindada por el personal de salud a los pacientes porque no se realiza el cribaje correspondiente ni se identifica a pacientes con factores de riesgo y tampoco existen guías para la detección precoz de enfermedades; a esto se suma el poco o escaso desarrollo de actividades de prevención puesto que el centro de salud solo realiza una Campaña de Salud conjuntamente con el Colegio Santa Rosa una vez por año que va enfocada al Lavado de Manos o Salud Oral en su mayoría; y finalmente la escasa o nula participación de la comunidad, si bien existen encargados de salud en la zona por parte de la Junta Vecinal estos solo se encargan de transmitir alguna queja que existiera o simplemente se encuentran más encauzados en la provisión de Desayuno Escolar mediante el COLAN.

Todo ello resulta en un aumento del gasto sanitario individual o colectivo debido a una mayor prevalencia de enfermedades, mayor aparición de complicaciones y muerte por falta de

atención oportuna, servicios de atención de baja calidad, insatisfacción del usuario, desconocimiento de la comunidad sobre el uso de los servicios de salud y finalmente ocasionando el debilitamiento del sistema público de salud del sector.

A partir de este contexto es que la presente pretende brindar a la organización un instrumento para la mejora de la prestación de servicios de salud preventiva que contribuya al fortalecimiento del sistema público de salud del Municipio.

## **V. Análisis del problema**

La salud es una de las metas a nivel mundial que busca alcanzarse para mejorar el bienestar de los habitantes y la calidad de vida de los mismos. Para ese cometido la OMS diseñó la atención primaria en salud en 1978 donde se pretendía que todos los habitantes puedan ejercer su derecho a la salud hasta el año 2000, obviamente este propósito no fue concretado por lo que se desarrolló la APS renovada con distintos lineamientos estratégicos direccionados a identificar y resolver las dificultades en la implementación de la política anterior. En la actualidad tiene múltiples problemas en distintas instituciones, en todos los niveles, de diversa causalidad y compleja resolución.

En Latinoamérica se han ido presentando dificultades en su implementación y ejecución en mayor o menor grado, y en países en vías de desarrollo como el nuestro se acentúan los problemas financieros y de rectoría que repercuten de manera negativa en la provisión de servicios de salud. Uno de los papeles más sensibles es la prestación de servicios sanitarios porque implica brindar una atención médica integral a la comunidad, realizar una coordinación intersectorial asistencial e impulsar una gestión integrada.

En nuestro país en 2008 fue implementado el Modelo de Salud Familiar Comunitaria e Intercultural o SAFCI, con su principal estrategia: la promoción de la salud definida como un proceso político de movilización social, intersectorial, transformador de determinantes de la salud<sup>14</sup>, que coadyuve con las actividades preventivas y reemplaza a las actividades de atención primaria adoptadas por todos los países miembros de la Organización Panamericana de la Salud.

En la actualidad no existen datos<sup>15</sup> completos que puedan permitirnos analizar la efectividad o no de esta política, pero al identificar indicadores de salud específicos podemos observar su *poca eficiencia en el enfoque de salud preventiva*.

La tasa de mortalidad<sup>16</sup> en la ciudad de Oruro es de 8,8 por 1000 habitantes superior a la tasa de mortalidad a nivel nacional de 7,3, siendo sus principales causas las enfermedades cardiovasculares en un 40%, neoplasias 8% y otras patologías en un 21%; la morbilidad<sup>17</sup> en la población por enfermedades crónicas no transmisibles es de 9 por cada 100 habitantes y se detectan mayormente cuando se encuentran en un periodo muy avanzado, con compromiso sistémico y que requieren un tratamiento por un periodo de tiempo prolongado. Todo lo referido contribuye a aumentar la tasa de mortalidad, la discapacidad por enfermedad que se estima es de 10% del total de la población independientemente del tipo y el gasto promedio en salud<sup>18</sup> que es de 127 dólares por habitante a nivel nacional.

Por ello, la realización de actividades de prevención primaria y secundaria además de la comunicación con la población son determinantes para lograr disminuir los índices anteriormente mencionados, porque a diferencia de patologías de carácter agudo, las patologías crónicas pueden prevenirse y/o retardar su desarrollo aplicando políticas o gestiones adecuadas para el personal y la comunidad.

Los usuarios o pacientes que acuden consulta medica tienen la necesidad de contar con profesionales conscientes de la problemática de salud actual, y sobre todo comprensivos que permitan un acercamiento mas estrecho para poder expresar sus sentimientos, inquietudes, interrogantes, satisfacciones, temores, etc de las diferentes dudas que ellos puedan tener sobre un tema en especifico. Por eso no es de extranar poder observar un nivel de insatisfaccion en la atencion medica de un 43%<sup>19</sup> porque va relacionado con la poca amabilidad o indiferencia que los usuarios indican haber recibido por parte del medico o personal de salud. Es deber del personal de salud brindar informacion a los pacientes sobre comportamientos y estilos de vida saludables que permitan prevenir la aparicion de distintas patologias.

El surgimiento de dificultades en esta area se deben principalmente a la falta de motivacion e incentivo profesional que impide el compromiso del medico con la institucion y los pacientes; la poca disponibilidad de tiempo debido a la saturacion de los consultorios medicos; y la falta de guias o protocolos que permitan el ejercicio de actividades de los

diferentes tipos de prevencion. Si bien este factor se halla relacionado con la poca disponibilidad de recursos humanos en el pais que es de 14,1 medicos o enfermeras por cada 10000 habitantes<sup>20</sup>, tambien se encuentra en relacion con la ausencia de politicas de redistribucion de personal o el poco uso<sup>21</sup> de los horarios de capacitacion establecidos por ley por parte de los profesionales en salud.

Cuando se trata de afrontar estos conflictos, se observa claramente la deficiencia en varios elementos, una de ellas tambien es la escasa participacion de la poblacion en este tipo de actividades ya que no existen datos oficiales que permitan ver el alcance de participacion comunitaria en el sistema de salud. Por eso este problema se agudiza al momento de transmitir mensajes, convocar a la comunidad o difundir una campaña de salud, ya que por lo general prevalece la falta de comprension de los topicos, falta de interes o indiferencia, anadiendo que la difusi3n masiva de informacion sanitaria a trav3s de medios de comunicaci3n como la televisi3n, radio, prensa o material didactico crea una dependencia a estos y no garantiza el cumplimiento de los resultados e impacto esperados.

En esa perspectiva, se focaliz3 la organizaci3n, se ubic3 el problema y se formul3 la pregunta de base para el proceso investigativo, la cual se condensa de la siguiente forma: **¿C3mo mejorar la prestacion de servicios en salud preventiva en el Centro de Salud Santa Rosa para contribuir a fortalecer el sistema publico de salud del Municipio de Oruro en la gestion 2019?**

Tomando en cuenta todo lo referido, se plantea una propuesta para mejorar la calidad de atencion en salud preventiva, para el desarrollo de actividades que ayuden a prevenir la aparicion de enfermedades y promuevan a la comunidad ejercer su derecho a la salud.

## VI. Análisis de actores

Como actor social se define a aquellos individuos, grupos o instituciones que son afectados o afectan el desarrollo de determinadas actividades, aquellos que poseen información, recursos, experiencia y alguna forma de poder para influenciar la acción de otros<sup>22</sup>. En esta propuesta, tenemos tanto beneficiarios directos, indirectos y los que son oponentes o afectados. (ver Anexo 4).

### 6.1. Beneficiarios directos

**Pacientes y familias** que acuden al centro de salud para ser atendidos, ya que se conseguirá mejorar la calidad de atención en salud y la calidad de vida de los mismos.

### 6.2. Beneficiarios Indirectos

- Es todo el **personal del Centro Medico**, ya que contarían con un plan de actividades para realizar y mecanismos de reconocimiento por el cumplimiento de los mismos.
- **Director y Jefe de Recursos Humanos** de las instituciones departamentales, que lograrían mejorar la imagen institucional al optimizar la calidad profesional y de servicios, logrando posicionamiento dentro del sector.

### 6.3. Oponentes

En este grupo se encuentran el personal de salud y población que podría resistirse a realizar la estrategia por falta de disponibilidad de tiempo y motivación.

### 6.4. Afectados

En este grupo se encuentran los profesionales que puedan verse afectados al realizar este proyecto, ya que se podría encontrar deficiencias, incompetencia e incapacidad en algunos de ellos. Y aquellos sectores que tendrían que realizar estas actividades cuando anteriormente se hallaban en un status quo.

## **VII. Contexto o lugar de la intervención**

El centro de Salud Santa Rosa fue creado en la gestión 2013 como una institución de primer nivel destinada a brindar servicios de salud integral a la población del sector, pero debido al cambio demográfico de la zona en los últimos años, no se tomaron en cuenta las consideraciones necesarias para evitar caer en errores que dificulten el crecimiento y desarrollo de la organización.

Actualmente el centro médico es un establecimiento de primer nivel que se encarga de brindar atención en salud ofreciendo una cartera de servicios de Consulta externa, de Emergencias y Ginecoobstetricia con servicios complementarios de Laboratorio, y Farmacia. Además, se encuentran profesionales en Odontología y Trabajo Social. Cuenta con una total de 14 profesionales de salud.

Tiene a su cargo brindar atención a la población de la Urbanización Santa Rosa, a la Urbanización El Carmen y a la Urbanización Pedro Ferrari. La comunidad cuenta con dos representantes para el área de salud, que forman parte también de la Junta de Vecinos.

Y es en esta institución donde se realizará la propuesta con el objetivo de mejorar la prestación de servicios en salud preventiva.

## **VIII. Estructura de Objetivos**

### **8.1. Objetivo General**

Mejorar los servicios de salud preventiva en el Centro de Salud Santa Rosa del Municipio de Oruro en la gestión 2019.

### **8.2. Objetivos Específicos**

- 1.** Mejorar la atención en salud preventiva por parte del personal de salud.
- 2.** Fomentar el desarrollo de actividades de prevención primaria y secundaria.
- 3.** Promover la participación de la población en la planificación y evaluación de actividades de salud preventiva.

## **IX. Marco Teórico**

### **9.1. Situación de Salud en América Latina y Bolivia**

La salud de la población en la región de las Américas se encuentra en diferentes etapas de la transición epidemiológica. En muchos países, las enfermedades infecciosas y las enfermedades características de situaciones de pobreza todavía son problemas considerables, mientras aumenta la importancia de las enfermedades crónico degenerativas que son las que predominan en otros países desarrollados. A ello se agregan problemas más recientes, como el sida, problemas resurgentes, como la tuberculosis, y los grandes y crecientes riesgos de la violencia, del abuso de drogas y de la agresión ambiental.<sup>23</sup>

El papel del Estado debería jugar un papel importante en la disminución de estos indicadores, pero en la mayoría de los países de las Américas, estos se hallan hundidos en la corrupción e impunidad desmedida, que hace que un porcentaje muy inferior al necesario del presupuesto se destine al sector salud. Al no existir suficiente financiamiento, muchas organizaciones se ven en la necesidad de buscar ayuda extranjera para lograr la creación de proyectos de corto y mediano plazo que ayudan paliativamente a estos problemas, pero estos inconvenientes requieren de procesos que tengan un alcance a largo plazo siendo autosostenibles y viables.

Al examinar los acontecimientos más recientes relacionados a la salud de la población y sus determinantes en las Américas, el panorama no parece tan prometedor<sup>24</sup>, principalmente debido a la falta de investigación e innovación que permitan identificar deficiencias para resolverlas. Es necesario tomar medidas de introspección institucional en todos los niveles y actores involucrados en el sistema de salud, para lograr optimizar los mismos, ya que si no se realizan estas actividades seguiremos enfrentando los mismos problemas de salud de hoy, en la próxima década.

En Bolivia, en los últimos años se han venido desarrollando una serie de cambios en las tendencias y desafíos que debe enfrentar la Salud Pública del país<sup>25</sup>, la más importante fue que en el año 2008 se incorporó el modelo SAFCI y el sistema de Medicina Tradicional, que se presumía iba a aportar a mejorar la salud de la población, pero que hasta el día de hoy no ha habido el cambio esperado debido a principalmente a la falta de coordinación intersectorial.

La red de servicios de salud del país, está conformada por establecimientos de diferentes niveles de capacidad resolutoria, entendiendo como ésta la capacidad de diagnosticar, tratar y resolver los problemas de la salud de la población<sup>26</sup>. Todos se hallan distribuidos entre los diferentes sistemas existentes: el subsistema público, privado y de seguridad social, dando como resultado la fragmentación del sistema nacional de salud; todas bajo la regulación del Ministerio de Salud y Deportes<sup>27</sup>.

Los tres niveles que hoy realizan una atención en salud en el país se definen en: el primer nivel que tiene capacidades para resolver problemas de salud que se enmarcan en el autocuidado, consulta ambulatoria e internación de tránsito, teóricamente se debería resolver el 90% de los problemas de la salud de la población, se dice teóricamente, porque que en la práctica no se realiza. En este nivel se encuentran el puesto de salud, el consultorio médico, el centro de salud con camas de tránsito y el policlínico.

El segundo nivel incluye la atención que requiere consulta ambulatoria de mayor complejidad y la internación hospitalaria en las cuatro especialidades básicas: gineco-obstetricia, pediatría, medicina interna y cirugía general.

El tercer nivel incorpora modalidades de atención que corresponden a una capacidad de resolución mayor e incluye la consulta ambulatoria de mayor complejidad y la hospitalización de especialidades y subespecialidades, sus unidades operativas son los hospitales generales e institutos u hospitales de especialidades.

Todas las actividades de promoción, prevención, información, comunicación y educación para la salud se realizan en todos los niveles de atención.<sup>28</sup>

Cada subsector de salud cuenta con un sistema de información independiente del otro debido a que los diferentes Subsistemas tienen su propia infraestructura lo que imposibilita el implementar un Sistema Único de Salud, además en los últimos años el Ministerio se ha visto en apuros al querer imponer leyes o decretos que son inviables en el sistema que hoy en día se tiene.

Uno de los principales problemas además de la falta de infraestructura, la falta de recursos financieros y la falta de insumos, es la referente al área de profesionales que trabajan en el sistema de salud. Este sector está conformado por el conjunto de profesionales, técnicos, Médicos generales, médicos especialistas, Licenciadas de Enfermería, Auxiliares de

enfermería, Odontólogos, psicólogos, radiólogos, trabajadores sociales, camilleros, trabajadores manuales, choferes, etc. y en general, existe un número insuficiente de recursos humanos para la salud en Bolivia y su distribución está concentrada en algunos departamentos del país en desmedro de otros, con un menor número de personal en los municipios más pobres<sup>29</sup>. Lo que ocasiona una poca disponibilidad de tiempo en la consulta con el paciente debido a la saturación de los diferentes servicios.

El problema central en la gestión de estos recursos humanos en el país puede describirse brevemente en la incapacidad para generar políticas efectivas de selección, capacitación, actualización, evaluación, reconocimiento y remuneración<sup>30</sup> de los profesionales que actúan en los diferentes establecimientos de salud, ya sea en parte administrativa como en parte operativa, así como el desconocimiento de las funciones, responsabilidades y actividades que debieran realizar<sup>31</sup>.

Dejando a un lado a las entidades de salud y elementos que lo conforman, también se halla otro problema de igual importancia que es la *pasividad* de la población en la gobernabilidad en salud. No existen proyectos, planes o políticas donde los habitantes se constituyan en agentes activos para su ejecución, por ende, no hay datos que indiquen las actividades que realizan<sup>32</sup>. Si bien es cierto que por la implementación del Programa Desnutrición Cero del Estado se han creado a los Consejos de Alimentación y Nutrición, estos se dedican principalmente a la Adquisición y análisis del Desayuno escolar, proyectos productivos y de riego.

Los Consejos de salud de los diferentes sectores aún no han realizado proyectos que signifiquen un cambio importante en la mejora de la salud, ya que están enfocados a cumplir objetivos de índole político partidaria o temas ajenos a salud, sumando que la población en su mayoría desconoce la existencia de los mismos.

La única transformación visible dentro de este paradigma se puede observar en comunidades indígenas<sup>33</sup> pero, aun así, no representan porcentajes valorables.

## 9.2. Atención Primaria vs Atención Primaria en Salud Renovada

En septiembre de 1978, aproximadamente 140 países reunidos en la ciudad de Alma Ata, plantearon la Atención Primaria De Salud (APS), definida como la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y

socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada etapa de su desarrollo con un espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación<sup>34</sup>.

Esta estrategia fue establecida para brindar atención médica a todos los habitantes mediante los diferentes sistemas y subsistemas sanitarios para contribuir al desarrollo social y económico global de las poblaciones. Pero se presentaron dificultades en su implementación y/o ejecución, principalmente debido a las malinterpretaciones de la misma, ya que lo denominaban como un nivel de atención, un programa específico de atención de grupos vulnerables o medicina pobre para pobres; causando una fragmentación social en la atención en salud que sumado a la deficiencia integral de recursos que cada país presentaba en mayor o menor grado, finalmente causo que grandes porcentajes de la población no accedieran a estos servicios.

Obviamente, al no haberse logrado concretar los resultados esperados con esta estrategia, se ha buscado su redefinición.” Las políticas de salud actuales de los países de Sudamérica destacan la APS para la creación de otras estrategias que redelimitan sus principios para garantizar la atención integral y la equidad en salud”. Muchos la denominan *Atención Primaria en Salud Renovada-APSR*.

En un proceso de revitalización de la APS que realiza la gestión e implementación de nuevos modelos de atención en los países. Estos nuevos modelos tienen componentes comunes<sup>35</sup>: el enfoque familiar, la atención integral, el enfoque comunitario con equipos multiprofesionales con población y territorios definidos.

### 9.3. Modelo de Salud Familiar Comunitaria e Intercultural (SAFCI)

El Decreto Supremo 29601 del 10 de junio de 2008 establece el Modelo de Atención y el modelo de Gestión en Salud en el marco de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI) que determina una nueva estructura de gestión y atención en salud priorizando la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad creando instancias de participación social y de deliberación intersectorial en la comunidad, municipio, departamento y en el nivel nacional<sup>36</sup>.

Se define como el conjunto de acciones que facilitan el desarrollo de procesos de promoción de la salud, prevención tratamiento y rehabilitación de la enfermedad 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<sup>37</sup>.

Este modelo es operacionalizado en las redes de servicios de los establecimientos de salud, de manera integral e intercultural, abarcando no sólo la enfermedad, sino a la persona en su ciclo de vida, su alimentación, su espiritualidad y cosmovisión, así como su salud mental y todo lo relacionado con el espacio socioeconómico, cultural y geográfico, de donde provienen el/la usuario/a, la familia y la comunidad.

### 9.3.1. Características generales del modelo de atención SAFCI

El modelo de atención tiene como características generales las siguientes:

- La atención en salud independientemente de su nivel de complejidad, está organizada en redes de servicios de salud para garantizar continuidad de la atención hasta la resolución de los problemas.
- El establecimiento en su primer nivel de complejidad (atención primaria en salud) es la puerta de ingreso al sistema de salud, y el modelo de atención SAFCI es la respuesta a las necesidades y problemas de salud.
- El trabajo del equipo de salud incluye acciones en el establecimiento y en la comunidad. Estas acciones son de promoción, información - educación - comunicación, prevención, tratamiento y rehabilitación con enfoque integral e intercultural.
- Articula la atención de la medicina biomédica y la tradicional, como un elemento fundamental de calidad de atención.
- Los mecanismos de referencia y contrarreferencia entre la atención biomédica y tradicional en la red de servicios son el principal vínculo para asegurar la integralidad y la continuidad del servicio.
- Responsabilidad territorial, asegurando la gestión y atención en salud de acuerdo a los principios de la salud familiar comunitaria intercultural.

- El equipo de salud es multidisciplinario, generando un trabajo de desarrollo de su propia formación profesional (intradisciplinariedad), pero además realiza labor coordinada y sistemática con otras profesiones (interdisciplinariedad).

### 9.3.2. El modelo de atención en el establecimiento

El modelo de atención busca que “toda persona reciba una atención integral e intercultural adecuada, y que, de acuerdo a la complejidad del caso, pueda acceder a los niveles de complejidad necesarios”, mediante mecanismos de referencia apoyados por las autoridades de salud. Asimismo, la contrarreferencia al establecimiento que lo refirió asegurará el seguimiento y la continuación de la atención del problema de salud y/o motivo de consulta.

Las siguientes características son esenciales para asegurar una mejor atención en los establecimientos de salud: horarios de atención y tiempos de espera negociados entre la comunidad y el equipo de salud, acciones para mejorar la competencia técnica del personal de salud, infraestructura culturalmente adecuada (adecuación de salas de parto, instalación de casas de espera, con espacio para familiares), entre otros.

### 9.3.3. El modelo de atención en la comunidad

El modelo de atención en la comunidad, “se centra en la Salud Familiar como nexo entre el servicio y la comunidad, organiza la extensión de coberturas y la cualificación de la atención básica”, responsabilizándose de un determinado número de familias. El equipo de salud a través de la visita domiciliaria, se involucra con las familias y comunidad, realizando procesos de promoción, prevención y rehabilitación. También identifica enfermedades, factores de riesgo, factores protectores y las determinantes socioculturales y económicas.

La atención en la familia se nutre de los principios de integralidad e interculturalidad, utilizando como su principal instrumento la carpeta familiar.

### 9.3.4. Principios de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural-SAFCI

Los principios de la SAFCI son:

“a) Participación social b) Interculturalidad c) Integralidad d) Intersectorialidad”<sup>38</sup>

#### 9.3.4.1. Participación social

Es la capacidad de participación del pueblo organizado, mediante su representación legítima en la toma de decisiones sobre planificación, ejecución-administración, seguimiento-control social de las acciones de salud.

#### 9.3.4.2. Interculturalidad

Es la articulación complementaria entre personas, familias, comunidades, Médicos Tradicionales y personal de salud académico, para aceptarse, reconocerse y valorarse de igual a igual, en armonía y equitativamente, en la atención y gestión de la salud.

#### 9.3.4.3. Integralidad

Es el sentir, conocer y practicar la salud como “un todo” que contempla la persona y su relación de armonía con la familia, comunidad, Madre Tierra, cosmos y el mundo espiritual; para la promoción para la salud, prevención, atención y rehabilitación de enfermedades y daños, de manera pertinente, oportuna, ininterrumpida e idónea

#### 9.3.4.4. Intersectorialidad

Es la intervención coordinada entre la población organizada y el sector salud, con otros sectores del Estado (agua, salud, educación, saneamiento básico y otras), para actuar sobre las determinantes sociales de la salud.

### 9.4. Salud Preventiva en Bolivia.

La Prevención de enfermedades es un conjunto de medidas destinadas a evitar la aparición de la enfermedad, a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida<sup>39</sup>. Son acciones que normalmente las realiza sector sanitario, y que consideran a los individuos y las poblaciones como expuestos a “factores de riesgo identificables que suelen estar a menudo asociados a diferentes comportamientos de riesgo”. Incluye la estrategia de enfoque de riesgo ya que apunta a trabajar con poblaciones de riesgo.

El modelo de salud actual del país implica una atención integral (integralidad) en salud haciendo una referencia a la necesaria interrelación de los “aspectos asistenciales con los preventivos – promocionales” en la actividad profesional cotidiana de manera longitudinal, es decir, a lo largo de la vida del paciente.

Podemos distinguir 3 niveles de Prevención<sup>40</sup>:

La Prevención Primaria: se aplica al manejo del proceso salud - enfermedad antes que el individuo se enferme, o sea en el período Pre patogénico de la Historia Natural de la enfermedad. Su objetivo es “limitar la incidencia de la enfermedad mediante el control de sus causas y de los factores de riesgo”. Comprende la Inmunoprofilaxis, la Quimioprofilaxis

en caso de ser necesario y las actividades de Educación para la salud dirigida a controlar los factores de riesgo o comportamientos de riesgo.

En el país se ejecuta el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) que realiza la vacunación y controles postnatales a los niños, además existen guías para el control de poblaciones en riesgo de contraer enfermedades infectocontagiosas, aunque sus actividades se limitan a ser esporádicas.

El Bono Juana Azurduy ha ayudado a mejorar los índices de morbimortalidad materno infantil, pero ha creado una dependencia hacia el Bono Económico que se entrega a las mujeres, no existen estudios o datos que muestren la misma cobertura de pacientes si se destituye el factor financiero. Por lo que no se garantiza su efectividad a largo plazo.

Con el Programa Mi Salud se planteaba la consulta médica comunitaria y domiciliaria con el objetivo de controlar poblaciones e individuos en riesgo, pero no se muestran datos de su eficacia, además que se crea una dependencia de los habitantes al hecho de que el médico acuda a domicilio y éste al Centro de Salud eludiendo su propia responsabilidad.

Por otra parte, la Prevención Secundaria son acciones destinadas a la detección precoz de la enfermedad antes que la misma de síntomas. Su propósito es “reducir la prevalencia de la enfermedad”. Incluye las actividades de cribado o screening.

El único programa estatal establecido para la prevención una enfermedad de carácter crónico es el Programa de Salud Renal, pero se enfoca más en la prevención secundaria y terciaria, y no muestra resultados importantes ya que se ha observado su realización de manera eventual.

Finalmente, la Prevención Terciaria son acciones de rehabilitación y de reinserción social, destinadas a favorecer la recuperación de las capacidades de los individuos enfermos. Su objetivo es “reducir el progreso o las complicaciones de una enfermedad ya establecida. Incluye el tratamiento oportuno, medidas de rehabilitación y de reinserción social”. Esta actividad mayormente se la realiza en Hospitales de 2do y 3er nivel y tiene un elevado gasto sanitario individual o colectivo.

Tanto la prevención secundaria y terciaria se ha visto afectada por la deficiencia estructural del sistema mismo, por deficiencias de infraestructura, insumos y personal de salud, que se adhiere a la saturación de los servicios.

Viendo la problemática actual es fácil darse cuenta que el peso de todas estas actividades ha recaído solamente en el sistema de salud cuando el modelo SAFCI además indica que se debería participar con las Autoridades Locales de salud, la comunidad o barrio en acciones para poder analizar los problemas y necesidades de salud, priorizarlos y plantear soluciones que ataquen a las determinantes de la salud y prevengan la aparición de enfermedades. Con ello se añade el concepto de “Control social” que tiene como sus funciones: Informar y orientar clara y oportunamente a las personas, sobre prevención, diagnóstico y tratamiento.

Por ello es necesario el planteamiento de estrategias que involucren a los sectores sociales para que sean partícipes y responsables de su propia salud.

#### 9.5. Normativa Legal

La gestión de la salud<sup>41</sup> debe tomar en cuenta disposiciones legales vigentes en el país, que son:

- Constitución Política del Estado Plurinacional del 25 de enero de 2009 y entró en vigencia el 7 de febrero de 2009.
- Ley Marco de Autonomías y Descentralización “Andrés Bóñez”, Ley N° 031 de 19 de julio de 2010.
- Ley contra el racismo y toda forma de discriminación Ley N° 045 de 8 de octubre de 2010.
- Ley de lucha contra la corrupción, enriquecimiento ilícito e Investigación de fortunas “Marcelo Quiroga Santa Cruz” Ley N° 004 de 31 de marzo de 2010.
- Ley 475, ley de prestaciones de servicios de salud integral del Estado Plurinacional de Bolivia, del 30 de diciembre del 2013.
- Decreto Ley N° 15629 del 18 de julio de 1978, que aprueba el Código de Salud.
- Ley 3131 Ley de ejercicio profesional médico.
- Resolución ministerial N° 1203 del 30 de noviembre de 2009, que aprueba el Reglamento para la aplicación de la Norma Boliviana de Bioseguridad.
- Norma Nacional de caracterización de los Establecimientos de Salud de Primer Nivel. (RM. No. 1036 del 21 de noviembre de 2008).
- Código de ética y de odontología médica.

## **X. Resultados**

Los resultados que se esperan lograr con la aplicación de la propuesta son:

Fin: Contribución al fortalecimiento del sistema de salud pública del Municipio.

Meta Principal: Mejoramiento de los servicios de salud preventiva.

Meta 1: Mejorada la atención en salud preventiva.

Meta 2: Fomentado el desarrollo de actividades de prevención primaria y secundaria.

Meta 3: Promovida la participación de la población en la planificación y evaluación de actividades de salud preventiva.

## **XI. Actividades**

Las actividades a realizarse dentro de esta propuesta están determinadas por los objetivos que buscan alcanzarse. Cada una de ellas tiene un conjunto específico de tareas que deben completarse. Y son:

Referente a la Meta 1: Mejorada la atención en salud preventiva.

Actividades:

1. Cabe mencionar que antes de la realización de las actividades y propuesta en sí, se tomara como tarea la Solicitud de permiso a las autoridades competentes.
2. Realizar un análisis de la situación del centro de Salud referente a prevención, con una revisión enfocada a las actividades realizadas por el Centro de Salud desde la gestión 2014.
3. Realizar un análisis de los Consejos de Salud Locales y su participación, con una revisión enfocada a las actividades realizadas por estos desde la gestión 2014.
4. Identificar los principales problemas mediante la revisión de informes de los análisis antes mencionados para la búsqueda de concretar el presupuesto requerido.

5. Diseñar guías que permitan realizar prevención primaria y secundaria en la consulta médica, para este cometido se realizara la revisión bibliográfica de literatura y normativa vigentes que permitan la profundización de los conocimientos.
6. Implementar guías que permitan realizar prevención primaria y secundaria en la consulta médica.
7. Establecer métodos de reconocimiento para las personas que participen en las actividades. Esto se discutirá con las autoridades comunitarias y del Centro de Salud en búsqueda de concretar bonos y/o certificados curriculares que avalen el cumplimiento de actividades desarrolladas por el personal de salud y población. Caso contrario se implementarán actividades de reconocimiento motivacional.

Referido a la Meta 2: Fomentado el desarrollo de actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades.

Actividades:

1. Desarrollar grupos de trabajo en el centro de salud, mediante reuniones comunicativas y participativas.
2. Desarrollar actividades de prevención primaria y secundaria tanto en la consulta médica como fuera de ella.
3. Organizar talleres, Jornadas, Reuniones de capacitación para la actualización en temas de comportamientos saludables, medidas preventivas y/o sobre guías de atención.
4. Formar actores de salud preventiva que sean el nexo con la comunidad.
5. Gestionar la capacitación para la evaluación de actividades.

Referido a la Meta 3: Promovida la participación de la población en la planificación y evaluación de actividades de salud preventiva.

Actividades:

1. Desarrollar los Consejos de Salud existentes.

2. Informar sobre los principales problemas de salud a la población para que tomen conciencia de la situación del Centro de Salud del sector.
3. Desarrollar actores de salud en la comunidad para ser el nexo con el Centro de Salud.
4. Participar con la población en la búsqueda de recursos para desarrollar planes, esto se lo realizara para la planificación anual próxima o quinquenal.
5. Implementar mecanismos de comunicación para educar en salud, mediante campanas, charlas en las unidades educativas, uso de medios de comunicación y uso de herramientas electrónicas.

Además, se añaden actividades de evaluación.

1. Evaluación Ex pos 6 meses.
2. Control y monitoreo de la propuesta, que va de acuerdo al avance del proyecto, pudiendo ser mensuales, semestrales o anuales.

## **XII. Indicadores**

Los indicadores se utilizan como herramientas de evaluación de la propuesta para tal cometido se los divide en dos grupos con fines prácticos.

Un grupo enfocado en la evaluación del impacto total del proyecto y son los siguientes:

1. Porcentaje de 80% de la población satisfecha. (Con un Porcentaje Base de 43%)
2. Porcentaje de 80% desarrollo de la propuesta.
3. Porcentaje mejorado de Prevención Primaria y secundaria. El porcentaje de base se lo adquirirá una vez realizado el Diagnostico Institucional.
4. Se puede añadir a estos indicadores también el Gasto de bolsillo del Gasto corriente en salud en general disminuido a menos de 25%. (base de 27,5%). Refiriéndose al gasto que cada familia realiza en salud, pero recomienda tomarlo en cuenta a largo plazo.

Y el otro grupo dirigido a la evaluación de las actividades e impacto parcial de la propuesta y se resumen en el siguiente cuadro:

Tabla 1. Indicadores para la evaluación de actividades.

<p><b>PRODUCTOS O METAS</b> Se espera realizar las actividades en un periodo de 12 meses. El número de actividades a desarrollar serán decididas por los actores involucrados con una base de 10 actividades a realizar por los profesionales en salud y 10 actividades a realizar por la población. Cabe mencionar que las actividades deben realizarse continuamente.</p>	<p><b>Número de procesos de prevención implementados.</b> N total de procesos de prevención implementados x 100 ----- N total de procesos de prevención implementados planificados <b>Número de actividades desarrolladas.</b> N total de actividades realizadas x 100 ----- N total de actividades planificadas <b>Número de actividades desarrolladas por la población.</b> N total de actividades realizadas por la población x 100 ----- N total de actividades planificadas por la población</p>
<p><b>ACTIVIDADES</b> Se espera realizar las actividades en un periodo de 12 meses distribuidas ya en el cronograma.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El número de actividades a desarrollar serán decididas por los actores involucrados con una base de 10 actividades a realizar por los profesionales en salud y 10 actividades a realizar por la población como mínimo.</li> <li>• Cabe mencionar que las actividades deben realizarse continuamente.</li> <li>• Las capacitaciones y talleres deben realizarse en un periodo trimestral a modificarse en caso necesario y se adecuaran a la disponibilidad de tiempo de los actores. El número de capacitaciones que deberán realizarse se ajustarán a un mínimo de 100 horas por cada una de ellas, con una evaluación posterior.</li> <li>• Los actores de salud a desarrollarse serán en un mínimo de dos personas por cada sector.</li> <li>• Las reuniones se realizarán cuando sean necesarias con un mínimo de una reunión mensual.</li> <li>• Las propuestas otorgadas por la Institución y la Población no tienen un límite superior establecido y se realizaran por la disponibilidad de los actores. (mínimo de 2 propuestas por cada sector)</li> </ul>	<p><b>Porcentaje en un 80% de avance en el análisis institucional y de la comunidad.</b> <b>No de problemas identificados</b> N total de problemas en salud preventiva identificados x 100 ----- N total de problemas identificados <b>Numero de procesos de prevención desarrollados o implementados.</b> N total de procesos desarrollados o implementados x 100 ----- N total de procesos planificados <b>No métodos de reconocimiento</b> N total de métodos de reconocimiento desarrollados x 100 ----- N total de métodos de reconocimiento planificados <b>Numero de reuniones, talleres de capacitación o actividades realizadas al personal del centro de salud.</b> % de horas de capacitación -80% de actividades de capacitación realizadas. N total de horas en capacitación realizadas x 100 ----- N total de horas de capacitación planificadas <b>Número de actividades propuestas por la comunidad.</b> N total de actividades propuestas realizadas x 100 ----- N total de propuestas planificadas <b>Porcentaje de participantes</b> Porcentaje de asistencia a las capacitaciones en 80% <b>Número de actores</b> N total de actores de salud desarrollados x 100 ----- N total de actores de salud planificados <b>Porcentaje de desarrollo del consejo de salud</b> Porcentaje de avance en 80% <b>Número de actores de salud de la población formados.</b> % de horas de capacitación -80% de actividades de capacitación realizadas. N total de horas en capacitación realizadas x 100 ----- N total de horas de capacitación planificadas <b>Número de actividades propuestas por la comunidad.</b> N total de actividades propuestas realizadas x 100 ----- N total de propuestas planificadas <b>Numero de reuniones realizadas con la comunidad para tratar problemas de salud.</b> N total de reuniones realizadas x 100 ----- N total de reuniones planificadas <b>Número de actividades de educación en salud realizadas por la población.</b> N total de actividades realizadas x 100 ----- N total de actividades planificadas <b>Numero de mecanismos de comunicación utilizados.</b> N total de medios utilizados x 100 ----- N total de medios a utilizarse planificados</p>

Fuente: Elaboración propia

### **XIII. Fuentes de Verificación**

Las fuentes de verificación de la propuesta se encuentran en relación a la evaluación de los indicadores establecidos, al avance del proyecto y al control de actividades.

1. Avance, Control y Monitoreo de la propuesta:
  - Informes de salud.
  - Encuestas de salud.
  - Encuestas a la población.
  - Informes de satisfacción de usuario.
  - Informe de control y monitoreo de la propuesta.
2. Verificación de información de indicadores establecidos:
  - Fichas de Observación.
  - Revisión Bibliográfica.
  - Informes sobre el Diagnostico Institucional
  - Informes sobre la situación de los Consejos de salud.
  - Encuestas.
  - Entrevistas a la población.
  - Informes escritos sobre las actividades de prevención realizadas por el personal de salud.
  - Actas de reuniones, talleres, actividades y capacitaciones.
  - Lista de participantes en los talleres, capacitaciones o reuniones
  - Lista de actores de salud preventiva en la institución y comunidad.
  - Planes desarrollados o planificados (Borradores).
  - Informe de avance de las actividades trimestrales y semestrales.
  - Informes sobre los medios de comunicación utilizados.
  - Informes de la comunidad.

#### **XIV. Supuestos**

Los supuestos que podrían encontrarse a través de la realización de esta propuesta van en relación a tres elementos, el primero es el impacto:

- Impacto positivo de la propuesta: la propuesta ha cumplido su objetivo principal, la salud preventiva en el Centro de Salud Santa Rosa ha sido mejorada, la prevención primaria y secundaria se ha optimizado en un 50% y ha ocasionado un cambio de actitud en la población para ser participe en aquellas acciones referentes hacia su propia salud, por lo que finalmente se ha fortalecido el sistema de salud público del Municipio de Oruro.
- Impacto negativo de la propuesta, vale decir, que se refiere a que la propuesta no ha cumplido su objetivo principal y los índices o datos se mantienen igual a los resultados previos a su realización.

El segundo va relacionado con la aceptación por parte del personal de salud y la comunidad:

- Éxito de la propuesta de intervención, los diferentes actores han aceptado la propuesta y han participado en su ejecución y posterior evaluación. Se ha mejorado la Salud Preventiva del Centro de Salud Santa Rosa del Municipio de Oruro.
- Rechazo a la propuesta de intervención, tanto la población del sector como los elementos del personal de salud del Centro han rechazado o mostrado resistencia para realizar la propuesta por diferentes motivos o intereses lo que ha dado continuidad de los servicios de salud preventiva poco eficientes.

Y el tercero está enfocado a los fines y objetivos de la propuesta:

- La Institución ha ejecutado la propuesta satisfactoriamente, ha realizado un análisis que le ha permitido la identificación de los principales problemas referente a la temática de prevención.
- Además, ha diseñado e implementado guías para la prevención y ha creado métodos de reconocimiento al profesional por esa labor.
- Los profesionales de salud realizan continuamente actividades de prevención primaria y secundaria, puesto que han sido capacitados para realizar actividades en

un enfoque preventivo y realizar una evaluación de las mismas en el periodo establecido.

- La población ha participado activamente en la ejecución de la propuesta y se han desarrollado los Consejos de Salud Locales.
- La población ha participado activamente en la planificación de actividades de salud preventiva por diversos factores.

Por otro lado, también podría verse los supuestos negativos a la presentación y ejecución de la propuesta.

- Rechazo de la Institución para ejecutar la propuesta por poca disponibilidad recursos u otros intereses.
- Resistencia por parte de los profesionales de salud para realizar actividades de prevención por falta de interés o disponibilidad de tiempo.
- Rechazo de la población a participar en la ejecución de la propuesta por diferentes factores: sociales, económicos, etc.
- Rechazo de la población a participar en la planificación de actividades de salud preventiva por diversos factores y falta de interés.
- Dificultad en la ejecución de actividades de evaluación, control y monitoreo por oposición de los actores u otros factores.

## **XV. Análisis de Viabilidad**

La propuesta de intervención tiene una gran probabilidad de aplicarse ya que es útil, práctica y beneficiosa tanto para la población del lugar como para la institución.

La viabilidad está dada por la política pública nacional y departamental, el interés y el compromiso de las autoridades locales, personal de salud y la población del sector. Los procesos a desarrollar se sustentan también en el conocimiento de las lógicas sociales de la comunidad y procedimientos técnicos de la organización.

El proyecto cuenta una composición técnica para ser viable, sobre todo en lo referente a la disposición legal existente para tratar de optimizar las actividades realizadas por el personal del Centro de Salud Santa Rosa, por este motivo se contará en la fase de planificación con

la asesoría de un licenciado de derecho que forma parte del Dirección Departamental de Salud, quien se encargará de supervisar todas las propuestas que se irán creando, haciéndolo factible para la institución.

El proyecto, además, se adecuará a los cambios estructurales y funcionales de la política nacional de salud que puedan presentarse durante el desarrollo de la propuesta.

## **XVI. Análisis de Factibilidad**

Esta estrategia es factible porque se ha puesto a consideración diversos factores involucrados y se resume en lo siguiente:

### **16.1. Factibilidad Social**

La planificación de esta estrategia ha tenido especial cuidado en implicar a componentes sociales y políticos relevantes que estarán presentes en nuestra actividad: usuarios, comunidad aledaña al centro médico y autoridades en salud que se encontrarán en la aprobación, ejecución y fiscalización del proyecto.

### **16.2. Factibilidad Cultural/Intercultural**

La estrategia se halla alineada al modelo de salud actual del país porque incorpora a la interculturalidad y participación comunitaria como instrumentos para mantener vigentes las creencias y costumbres de la población, haciéndolo factible dentro de este ámbito.

### **16.3. Factibilidad Económica**

El Centro de Salud Santa Rosa cuenta con fondos provenientes del presupuesto asignado por el Gobierno Autónomo Departamental de Oruro a los centros de primer nivel mediante el Servicio Departamental de Salud, por lo cual es factible económicamente.

La implementación del presente proyecto de intervención necesitara un total aproximado de 15319,00 Bs.

#### 16.4. Factibilidad de Genero

Ya que las instituciones del país se manejan actualmente bajo la Ley 045 contra el racismo y discriminación, la factibilidad de género está presente ya que no se discrimina a nadie ni a varones ni a mujeres.

### **XVII. Análisis de Sostenibilidad del Proyecto**

La propuesta se encuentra enmarcada dentro de las políticas de salud del país por lo tanto es sustentable ya que existe un apoyo franco al desarrollo de este tipo de proyectos por parte de las autoridades. La institución deberá añadirla a su Plan de Actividades para contar con los recursos necesarios en la ejecución de la estrategia y hacerla sostenible hasta su culminación.

### **XVIII. Impacto esperado del proyecto**

Lo que se busca lograr con esta estrategia es el mejoramiento de la prestación de servicios de salud preventiva mediante mecanismos de atención y comunicación integral que generen un impacto positivo en el Centro de Salud Santa Rosa para impulsar actividades de prevención de enfermedades y finalmente fortalecer el sistema público de salud del sector. Además, se espera generar también un impacto positivo en la población para que se constituya en un actor activo del sistema de salud.

Uno de los apéndices de la estrategia es el examinar el coste – beneficio y el impacto total que la nueva disposición tendrá presente en los indicadores de salud establecidos, pero ese análisis se lo realizará 6 meses después de concluir la misma.

## **XIX. Fuente de financiamiento para el Presupuesto**

Si el proyecto es aceptado por la institución, las autoridades locales de salud y la población, el sustento económico será netamente institucional.

De acuerdo a informes presentados por el Ministerio de Economía y Finanzas sobre el Presupuesto Institucional del Gobierno Autónomo Departamental de Oruro<sup>42</sup> mediante el Plan Operativo Anual 2018 se estima una designación presupuestaria para la gestión 2019 de 18.855.922 bolivianos de los cuales 1.947.997 bolivianos están dirigidos al Programa de Fortalecimiento de las Redes de Salud que engloba el desarrollo de varias actividades e incluye a los Centros de Salud de Primer y Segundo Nivel.

Se estima que cada centro de Primer Nivel recibe un monto aproximado de 18640-19860 bolivianos que varía dependiendo de las necesidades y la demanda del sector para el desarrollo de diversas acciones entre ellas la prevención; por lo que se utilizaría un porcentaje entre 70% al 77% del presupuesto establecido para esas actividades.

La propuesta también puede incluirse a los Proyectos del Programa Desarrollo de la Salud dependiente del Servicio Departamental de Oruro. Este Programa se encarga de actividades de promoción, educación, prevención e investigación para mejorar la salud y los Centros de Salud pueden solicitar su financiamiento para el desarrollo de propuestas o proyectos.

La fundación Red Viva contribuirá en el proyecto conforme a su política de apoyo y desarrollo social.

## **XX. Referencias Bibliográficas**

1. Elgegren Úrsula. Fortalecimiento Del Clima Organizacional En Establecimientos De Salud. Av. Psicol. 23(1) .2015.
2. Organización Panamericana De La Salud Organización Mundial De La Salud. Análisis Organizacional De Los Servicios De Salud. Bolivia. 2003
3. Vargas W. Atención Primaria De Salud En Acción: Su Contexto Histórico, Naturaleza (EDNASSS). Costa Rica. 2006.
4. Pontificia Universidad Católica de Chile: Centro de Políticas Públicas UC. Fortalecimiento de la atención primaria de salud: propuestas para mejorar el sistema sanitario chileno. Rev Temas de Agenda Pública. Chile. 2014. Arredondo Félix. Participación Comunitaria y Salud Primaria: el caso de los Consejos de Desarrollo Local de la comuna de La Pintana. Trabajo de Tesis. Universidad de Chile. Chile. 2008.
5. Ministerio de Salud. La política SAFCI, su estrategia de promoción de salud y prácticas alimentarias saludables. 2013.
6. Ledo C, Soria R. Sistema de salud de Bolivia. Revista de Salud pública de México. 2011;53(2):109-19.
7. Programa de Análisis e Investigación Estratégica Municipal; GAMDL. La salud en el Municipio de La Paz. SPC Impresores SA, La Paz – Bolivia. 2013.
8. INE. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2016: Indicadores priorizados. Bolivia. 2017.
9. INE. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2016: Indicadores priorizados. Bolivia. 2017.
10. Ministerio de Salud. La política SAFCI, su estrategia de promoción de salud y prácticas alimentarias saludables. 2013.
11. Ministerio De Salud. La política SAFCI, su estrategia de promoción de salud y prácticas alimentarias saludables. 2013.
12. Blanco C. et Al. Análisis de Salud Zona Santa Rosa. Documento. Universidad Privada de Oruro. Bolivia. 2015.
13. Blanco C. et Al. Análisis de Salud Zona Santa Rosa. Documento. Universidad Privada de Oruro. Bolivia. 2015.
14. Giovanella A. Et al. Panorama de la Atención Primaria de Salud en Suramérica: concepciones, componentes y desafíos. Rev Saúde Debate. Brasil. 2015. 39 (105). pp.300-322.
15. INE. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2016: Indicadores priorizados. Bolivia. 2017.
16. Instituto Nacional de Estadística. Indicadores Generales: Bolivia 2015.
17. Programa de coordinación de Salud Integral. Situación de la ciudad de Oruro. Documento de exposición. Simposio internacional sobre ENT y sus factores de riesgo. Oruro. Bolivia. 2015.

18. Ministerio de Economía y Finanzas Públicas. Presupuesto General del Estado: Gasto Promedio en salud estimado por habitante. Bolivia. 2017.
19. INE. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2016: Indicadores priorizados. Bolivia. 2017.
20. OMS/WHO. Health Statistics: Bolivia. 2011.
21. Ledo C, Soria R. Sistema de salud de Bolivia. Revista de Salud pública de México. 2011;53(2):109-19.
22. Food Security Information for Action Programme. Stakeholders Analysis, Annex I to lesson "understanding te Users' Information Needs. Food Security Information for Action Programme. Ginebra: FAO. 2006.
23. Organización Panamericana de la Salud. La Salud Pública en las Américas. Nuevos Conceptos. Análisis del Desempeño y Bases para la Acción. OPS, USA. 2002.
24. OPS, Salud en las Américas: Panorama regional y Perfiles del país, Edición 2012, USA, 2012.
25. Prieto L, Cid C. Análisis del sector salud de Bolivia. Banco Interamericano de Desarrollo. 2010.
26. Unidad de Análisis de Políticas Económicas y Sociales. Evaluación de Impacto de los Seguros de Maternidad y Niñez en Bolivia 1989-2003. La Paz: UDAPE. 2007.
27. Cumbre Nacional por la revolución de la Salud Pública Universal y Gratuita, Diagnostico del sector Salud, Bolivia, 2013.
28. Organización Panamericana de la Salud, USAID. Perfil de los sistemas de salud. Bolivia. Monitoreo y Análisis de los procesos de cambio y reforma. USA: OPS, 2007.
29. Prieto L, Cid C. Análisis del sector salud de Bolivia. Banco Interamericano de Desarrollo. 2010.
30. Choque MP. Gestión de recursos humanos en el Hospital General San Juan de Dios del departamento de Oruro en la gestión 2011. Trabajo de Tesis, Cochabamba: Bolivia. 2011.
31. Esquivel VA. Reflexiones sobre el recurso humano del sector salud en Bolivia, Documento de Trabajo. Bolivia: UDAPE. 2006.
32. Prieto L, Cid C. Análisis del sector salud de Bolivia. Banco Interamericano de Desarrollo. 2010.
33. Giovanella A. Et al. Panorama de la Atención Primaria de Salud en Suramérica: concepciones, componentes y desafíos. Rev Saúde Debate. Brasil. 2015. 39 (105). pp.300-322.
34. OMS. Conferencia sobre APS. Alma –Ata. 1978.
35. Rifkin SB. Et al. Primary health care: on measuring participation. Soc Sci Med 1988.
36. Ministerio de Salud de Bolivia. Guía de Procedimientos de la Gestión Participativa Local en Salud. Bolivia. 2015
37. Modelo SAFCI. D.S. 29601, Título II, Cap. I, Artículo 5.
38. Ministerio de salud. Guía de Procedimientos de la Gestión Participativa Municipal en Salud. Documentos Técnico – Normativo. Bolivia. 2015.

39. Martínez C. Comunicación y Educación para El Desarrollo: Salud, Medio Ambiente y Sostenibilidad Social. Rev Escenarios. Colombia. 2013. 11(2). pp. 40-46.
40. Morata García de la Puerta IJ et al. Análisis De Dilemas Éticos En Atención Primaria. Rev Medicina de Familia. España. 2000. 1 (1). pp. 89-93.
41. Marco Jurídico del Sistema Nacional de Salud. Bolivia. 2013.
42. Gobierno Autónomo Departamental de Oruro. Presupuesto Institucional 2017. Bolivia. 2018.

## XXI. Anexos

### 20.1. Árbol de problemas



Fuente: Elaboración Propia.

## 20.2. Árbol de Objetivos



Fuente: Elaboración Propia.

## 20.3. Matriz del Marco Lógico

### MATRIZ DEL MARCO LOGICO

RESUMEN NARRATIVO	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
<b>FIN:</b>			
<b>Contribuir al fortalecimiento del sistema público de salud del Municipio de Oruro.</b>	Mejora de los servicios de salud preventiva en el Centro de Salud Santa Rosa del Municipio de Oruro.	Propuesta ejecutada.	La realización de la propuesta ha tenido un impacto positivo en los actores involucrados.
<b>PROPOSITO:</b>			
<b>Mejora de los servicios de salud preventiva en el Centro de Salud Santa Rosa del Municipio de Oruro en la gestión 2019.</b>	Porcentaje de 80% de la población satisfecha. (Porcentaje Base 43%) Prevención primaria y secundaria mejorada al año 2020 en un 50% más del nivel encontrado en el Dx institucional.	Encuestas Informes de satisfacción de usuario. Informe de control y monitoreo de la propuesta.	La propuesta de intervención ha sido aceptada por los diferentes actores. Mejoramiento de los servicios de salud preventiva.
<b>PRODUCTOS:</b>			
<b>1. Mejorada la atención en salud preventiva.</b>	<b>Número de procesos de prevención implementados.</b> N total de procesos de prevención implementados x 100 N total de procesos de prevención planificados (mínima de 5 por la institución)	Informes escritos de actividades de prevención realizadas. Encuestas y entrevistas a la población.	La Institución ha ejecutado la propuesta satisfactoriamente, ha diseñado e implementado guías para la prevención y ha creado métodos de reconocimiento al profesional por esa labor.
<b>2. Fomentado el desarrollo de actividades de prevención primaria y secundaria.</b>	<b>Número de actividades desarrolladas.</b> N total de actividades realizadas x 100 N total de actividades planificadas. (mínima de 10 por cada sector)	Informes escritos de actividades de prevención. Actas de reuniones, talleres, capacitaciones. Fichas de observación.	Los profesionales de salud realizan continuamente actividades de prevención primaria y secundaria.
<b>3. Promovida la participación de la población en la planificación y evaluación de actividades de salud preventiva.</b>	<b>Número de actividades desarrolladas por la población.</b> N total de actividades realizadas por la población x 100 N total de actividades planificadas por la población. (mínima de 2 por cada sector)	Entrevistas a la población. Informes escritos de actividades de prevención. Actas de reuniones, talleres, capacitaciones.	La población ha participado activamente en la ejecución de la propuesta. La población ha participado en la planificación de actividades de salud preventiva por diversos factores. La población ha ejercido su derecho a la salud.
<b>ACTIVIDADES:</b>			
<b>1.1. Realizar un análisis de la situación del centro de Salud referente a la prevención.</b>	<b>Porcentaje en un 80% de avance en el análisis institucional.</b>	Informes de análisis institucional. Revisión de documentación a partir de gestión 2015.	
<b>1.2. Realizar un análisis de los Consejos de Salud Locales y su participación.</b>	<b>Porcentaje en un 80% de avance en el análisis de la comunidad.</b>	Informes de análisis de la comunidad. Revisión de documentación a	

		partir de gestión 2015.	La Institución ha ejecutado la propuesta satisfactoriamente, ha realizado un análisis que le ha permitido la identificación n de los principales problemas referente a la temática de prevención. Además ha diseñado e implementado guías para la prevención y ha creado métodos de reconocimiento al profesional por esa labor.
<b>1.3. Identificar los principales problemas.</b>	<b>No de problemas identificados</b> N total de problemas en salud preventiva identificados x 100 <hr/> N total de problemas identificados	Informes de análisis concluidos.	
<b>1.4. Diseñar guías que permitan realizar ejercicios de prevención primaria y secundaria en la consulta.</b> <b>1.5. Implementar guías que permitan realizar prevención primaria y secundaria en la consulta.</b>	<b>Numero de procesos de prevención desarrollados o implementados</b> N total de procesos desarrollados o implementados x 100 <hr/> N total de procesos planificados	Revisión Bibliográfica. Guías de prevención diseñadas. Guías de prevención implementados.	
<b>1.6. Establecer métodos de reconocimiento al profesional de salud y población por actividades desarrolladas.</b>	<b>No de Métodos de reconocimiento</b> N total de métodos de reconocimiento desarrollados x 100 <hr/> N total de métodos de reconocimiento planificados	Informe de métodos de reconocimiento.	
<b>2.1. Desarrollar grupos de trabajo en el centro de salud.</b>	<b>Porcentaje de participación en los grupos de trabajo</b> Porcentaje de asistencia en el desarrollo de la propuesta en 80%	Lista de asistencia. Lista de grupos formados y participantes. Actas de reuniones.	Los profesionales de salud realizan continuamente actividades de prevención primaria y secundaria, puesto que han sido capacitados para realizar actividades en un enfoque preventivo y realizar una evaluación de las mismas en el periodo establecido.
<b>2.2. Desarrollar actividades de prevención.</b>	<b>Número de actividades prevención primaria</b> N total de actividades propuestas realizadas x 100 <hr/> N total de propuestas planificadas <b>Número de actividades prevención secundaria</b> N total de actividades propuestas realizadas x 100 <hr/> N total de propuestas planificadas	Informes escritos de actividades realizadas. Fichas de observación.	
<b>2.3. Organizar talleres, Jornadas, Reuniones de capacitación.</b>	<b>Numero de reuniones, talleres de capacitación o actividades realizadas al personal del centro de salud.</b> % de horas de capacitación -80% de actividades de capacitación realizadas. N total de horas en capacitación realizadas x 100 <hr/> N total de horas de capacitación planificadas <b>Porcentaje de participantes</b> Porcentaje de asistencia a las capacitaciones en 80%	Informes escritos de actividades desarrolladas. Lista de asistencia. Actas de reuniones.	

<p><b>2.4. Formar actores de salud preventiva.</b></p>	<p><b>Número de actores</b>  N total de actores de salud desarrollados x 100  <hr/> N total de actores de salud planificados</p>	<p>Informes de conclusión.  Lista de actores desarrollados.</p>	
<p><b>2.5. Gestionar la capacitación para la evaluación de actividades.</b></p>	<p><b>Numero de reuniones, talleres de capacitación o actividades realizadas al personal del centro de salud.</b>  % de horas de capacitación -80% de actividades de capacitación realizadas.  N total de horas en capacitación realizadas x 100  <hr/> N total de horas de capacitación planificadas  <b>Porcentaje de participantes</b>  Porcentaje de asistencia a las capacitaciones en 80%</p>	<p>Informes escritos de actividades desarrolladas.  Lista de asistencia.  Actas de reuniones.</p>	
<p><b>4.1. Desarrollar los Consejos de Salud.</b></p>	<p><b>Porcentaje de desarrollo del consejo de salud</b>  Porcentaje de avance en 80%</p>	<p>Informes escritos de Consejos de Salud.</p>	
<p><b>4.2. Informar sobre los principales problemas de salud.</b></p>	<p><b>Numero de reuniones realizadas con la comunidad para tratar problemas de salud.</b>  N total de reuniones realizadas x 100  <hr/> N total de reuniones planificadas</p>	<p>Actas de reuniones.</p>	
<p><b>3.3. Desarrollar actores de salud en la comunidad.</b></p>	<p><b>Número de actores</b>  N total de actores de salud desarrollados x 100  <hr/> N total de actores de salud planificados  <b>Número de actores de salud de la población formados.</b>  % de horas de capacitación -80% de actividades de capacitación realizadas.  N total de horas en capacitación realizadas x 100  <hr/> N total de horas de capacitación planificadas  <b>Porcentaje de participantes</b>  Porcentaje de asistencia a las capacitaciones en 80%</p>	<p>Informes escritos de actividades desarrolladas.  Lista de asistencia.  Lista de actores de la comunidad.  Actas de reuniones.</p>	<p>La población ha participado activamente en la ejecución de la propuesta y se han desarrollado los Consejos de Salud Locales.  La población ha participado activamente en la planificación de actividades de salud preventiva por diversos factores.  La población ha ejercido su derecho a la salud.</p>

<p><b>3.4. Participar con la población en el desarrollo de planes de salud.</b></p>	<p><b>Numero de reuniones realizadas con la comunidad.</b>  <math display="block">\frac{N \text{ total de reuniones realizadas} \times 100}{N \text{ total de reuniones planificadas}}</math> <b>Número de actividades propuestas por la comunidad.</b>  <math display="block">\frac{N \text{ total de actividades propuestas realizadas} \times 100}{N \text{ total de propuestas planificadas}}</math></p>	<p>Informes escritos de actividades desarrolladas.  Actas de reuniones.  Informe de planes desarrollados o planificados.</p>	
<p><b>3.5. Implementar mecanismos de comunicación para educar en salud.</b></p>	<p><b>Número de actividades de educación en salud realizadas por la población.</b>  <math display="block">\frac{N \text{ total de actividades realizadas} \times 100}{N \text{ total de actividades planificadas}}</math> <b>Numero de mecanismos de comunicación utilizados.</b>  <math display="block">\frac{N \text{ total de medios utilizados} \times 100}{N \text{ total de medios a utilizarse planificados}}</math></p>	<p>Informes escritos de actividades desarrolladas.  Informe de medios utilizados.  Actas de reuniones.  Fichas de observación.</p>	
<p><b>Evaluación Ex pos 6 meses. Control y monitoreo de la propuesta.</b></p>	<p><b>Indicadores</b></p>	<p>Informes de evaluación.  Informes de control y monitoreo.</p>	<p>Evaluación de las actividades y ejecución del proyecto satisfactoria, actores participan activamente en el control y monitoreo de la propuesta.</p>

Fuente: Elaboración propia.

## 20.4. Análisis de actores

### ANALISIS DE ACTORES

Actores	Problemas percibidos	Intereses o mandatos	Poder	Evaluación del Impacto	Valor	Estrategias potenciales para la obtención de apoyo o la reducción de obstáculos.
Pacientes o usuarios	Status quo	Medio	Medio-Alto (4)	Indicadores +2/-2 (supuesto)	+8/-8	Propuesta de Intervención
Familias	Status quo	Medio	Medio-Alto(4)	Indicadores +2/-2 (supuesto)	+8/-8	Propuesta de Intervención
Comunidad	Status quo	Medio	Medio-Alto(4)	Indicadores +2/-2 (supuesto)	+8/-8	Propuesta de Intervención
Personal de Salud	Realiza pocas Act.	Medio	Medio-Alto(4)	Indicadores +2/-2 (supuesto)	+8/-8	Propuesta de Intervención
Jefe Médico y Centro de Salud	Realiza pocas Act.	Medio	Medio-Alto(4)	Indicadores +2/-2 (supuesto)	+8/-8	Propuesta de Intervención

Fuente: Elaboración propia en base a recomendaciones OPS.

20.5. Presupuesto

**PRESUPUESTO**

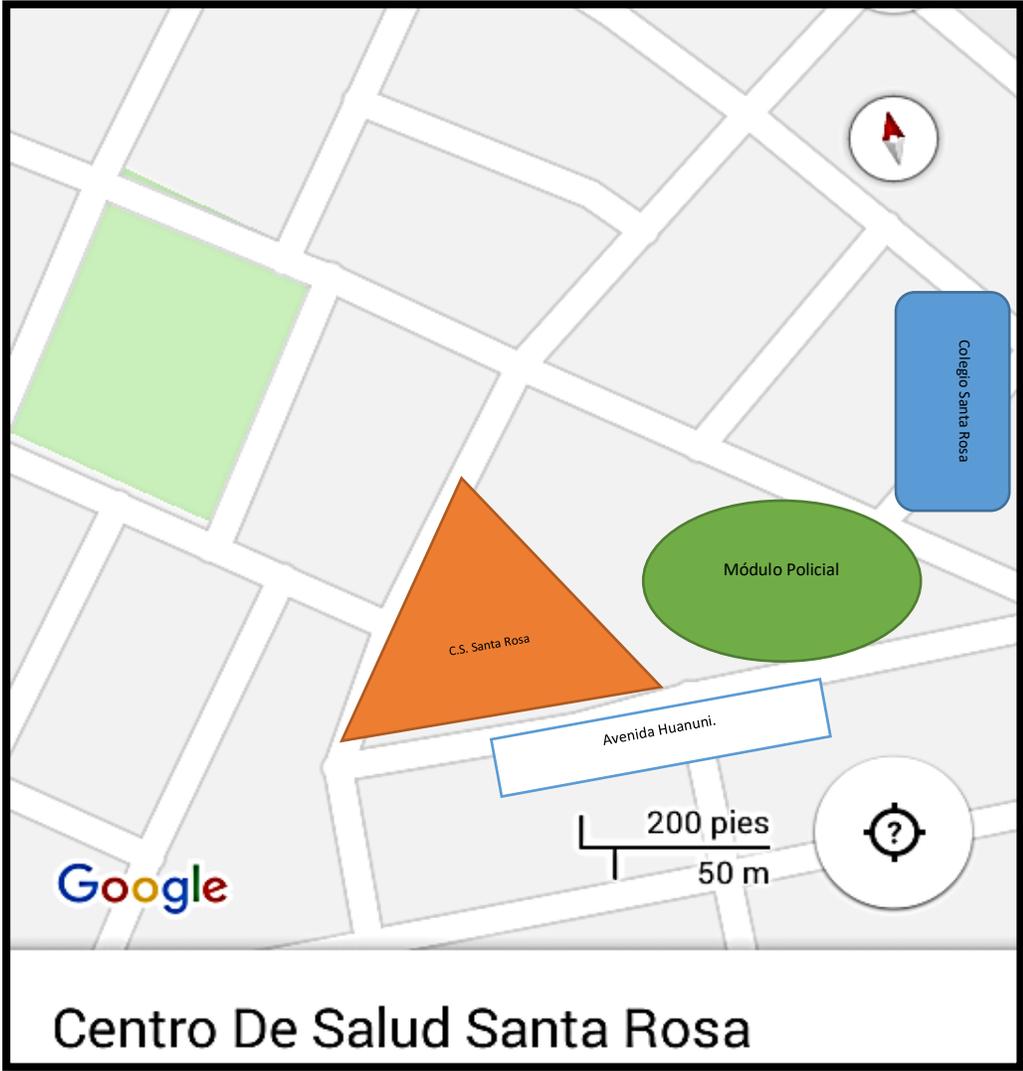
<b>Recursos</b>	<b>Unidad de Medida</b>	<b>Costo Unitario</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Total Bs.</b>
<b>Impresora</b>	Impresora	360	1	360
<b>Laptop</b>	Laptop	2000	1	2000
<b>Material de escritorio</b>	Bolígrafos	1	60	60
	Hojas (paquete)	25	4	100
	Tinta (cartucho)	70	5	350
<b>Data</b>	Data	3000	1	3000
<b>Material Didáctico</b>	Varios		34	120
	Fotocopias de Informe	15	19	285
<b>Informes institucionales</b>	Fotocopia	15	26	390
<b>Refrigerio</b>	Porción	20	240	4800
<b>Normas</b>	Libro	80	3	240
<b>*Bonos</b>	Bono	150	24	3600
<b>Memorándum</b>	Impresiones	2	7	14
<b>Total</b>				15319

Fuente: Elaboración propia.

\*Los bonos son opcionales y se discutirá su viabilidad y aplicación con las autoridades competentes.

20.6. Mapas de Ubicación del proyecto

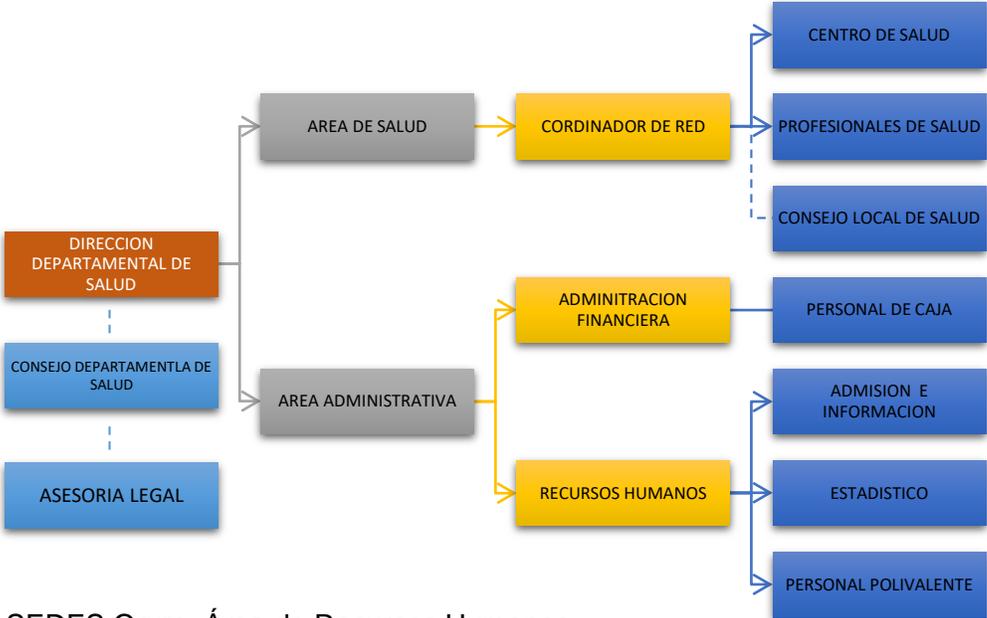
**CROQUIS DEL CENTRO DE SALUD SANTA ROSA**



Fuente: Elaboración propia en base a Google Maps.

20.7. Estructura Institucional o comunitaria

**ORGANIGRAMA**



Fuente: SEDES Oruro, Área de Recursos Humanos.

## 20.8. Cronograma por meses

### CRONOGRAMA

Actividad	Cronograma																	
				4				5										
	1	2	3	1	2	3	4	1	2	3	4	6	7	8	9	10	11	12
Realizar un análisis de la situación del centro de Salud referente a prevención.	■	■	■															
Realizar un análisis de los Consejos de Salud Locales y su participación.	■	■	■															
Identificar los principales problemas.				■	■													
Diseñar Implementar guías que permitan realizar prevención primaria y secundaria en la consulta médica.							■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Establecer métodos de reconocimiento al profesional de salud por actividades desarrolladas.							■	■										
Desarrollar grupos de trabajo en el centro de salud.							■											
Desarrollar actividades de prevención primaria y secundaria.								■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Organizar talleres, Jornadas, Reuniones de capacitación.									■	■	■							
Formar actores de salud preventiva.									■	■	■							
Gestionar la capacitación para la evaluación de actividades.													■	■	■	■	■	■
Desarrollar los Consejos de Salud.								■	■	■	■							
Informar sobre los principales problemas de salud.													■	■	■	■	■	■
Desarrollar actores de salud en la comunidad.								■	■	■	■	■						
Participar con la población en la búsqueda de recursos para desarrollar planes.													■	■	■	■	■	■
Implementar mecanismos de comunicación para educar en salud.													■	■	■	■	■	■
Monitoreo.			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Evaluación Ex pos 6 meses.																		■

Fuente: Elaboración propia

## 20.9. Plan de Ejecución del proyecto

### CUADRO DE MANDO INTEGRAL

Actividad	Responsable	Cronograma												Recursos					Financiamiento				Unidad de Medida	Costo Unitario	Cantidad	Total Bs.	
		1	2	3	4			5			6	7	8	9	10	11	12	Humanos	Material	TGN	ONG	OTROS					
Realizar un análisis de la situación del centro de Salud referente a prevención.	Encargado del Proyecto	■	■	■													Encargado del Proyecto, Jefe de RR-H	Impresora	x				Impresora	360	1	360	
Realizar un análisis de los Consejos de Salud Locales y su participación.		Laptop	x															Laptop					2000	1	2000		
Identificar los principales problemas.	Encargado del Proyecto, Jefe Medico																Encargado del Proyecto, Jefe de RR-H	Material de escritorio	x				Boligrafos		60	60	
																		Informe de Dx Institucional	x				Hojas (paquete)	25	4	100	
Diseñar y/o implementar guías o protocolos que permitan realizar ejercicios de prevención primaria y secundaria en la consulta médica.	Encargado del Proyecto, Jefe Medico				■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	Jefe de RR-H y Encargado del proyecto	Data	x				Fotocopia del Informe	14	8	112	
Establecer métodos de reconocimiento por actividades desarrolladas.	Jefe Medico y Encargado del proyecto				■												Equipo de trabajo	Invitaciones	x				Data	3000	1	3000	
					■													Didactico					Impresiones	2	14	28	
					■														Infomes	x				Marcadores	2	20	40
					■														Bono	x				Fotocopias de Informe	15	14	210
Desarrollar grupos de trabajo en el centro de salud.	Jefe Medico y Encargado del proyecto				■											Equipo de trabajo	Refrigerio	x				Bono	150	24	3600		
Desarrollar actividades de prevención primaria y secundaria.	Equipo de trabajo				■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	Equipo de trabajo	Refrigerio	x				Porcion	20	5	100		
Organizar talleres, Jornadas, Reuniones de capacitación.	Encargado del proyecto, Jefe Medico				■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	Equipo de trabajo	Refrigerio	x				Porcion	20	220	4400		
Formar actores de salud preventiva.	Encargado del proyecto				■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	Equipo de trabajo	Refrigerio	x				Porcion	20	220	4400		
Gestionar la capacitación para la evaluación de actividades.	Encargado del Proyecto, Jefe Medico				■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	Equipo de trabajo	Refrigerio	x				Porcion	20	220	4400		
Desarrollar los Consejos de Salud.	Encargado del proyecto, Jefe Medico, Representante Comunidad				■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	Equipo de trabajo	Normas	x				Libro	80	3	240		
Informar sobre los principales problemas de salud.	Encargado del proyecto, Jefe Medico, Representantes Comunidad				■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	Equipo de trabajo	Material Didactico	x				Cartulinas	3	10	30		
					■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■		Memorandum	x				Folderes	15	2	30		
Desarrollar actores de salud en la comunidad.	Encargado del proyecto, Jefe Medico, Representantes Comunidad				■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	Equipo de trabajo	Refrigerio	x				Impresiones	2	7	14		
Participar con la población en la búsqueda de recursos para desarrollar planes.	Encargado del proyecto, Jefe Medico, Representantes Comunidad				■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	Equipo de trabajo	Refrigerio	x				Porcion	20	5	100		
Implementar mecanismos de comunicación para educar en salud.	Encargado del proyecto, Jefe Medico, Representantes Comunidad				■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	Equipo de trabajo	Informe	x				Fotocopia (Informe)	15	5	75		
Monitoreo.	Encargado del proyecto, Jefe Medico, Representantes Comunidad	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	Encargado del proyecto, Director, Jefe RR-H	Refrigerio	x				Porcion	20	10	200		
Evaluación Ex pos 6 meses.	Encargado del proyecto, Jefe Medico, Representantes Comunidad	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	Encargado del proyecto, Director, Jefe RR-H	Informe	x				Fotocopia (Informe)	15	8	120		
																Total						15319					

Fuente: Elaboración propia

## 20.10. Sistema de monitoreo y evaluación del proyecto

Se realizará el control y monitoreo de las actividades planteadas mediante:

- Evaluaciones de la calidad de atención dirigida a los pacientes, vale decir, que se realizará el control de las actividades de prevención realizadas en la consulta médica que se efectuará cada 3, 6 y 12 meses una vez implementadas.
- Evaluaciones al profesional de salud para valorar el cumplimiento a la realización de actividades prevención primaria y secundaria dentro y fuera del Centro de Salud que se efectuaran trimestral, semestral y anualmente.
- Evaluaciones dirigidas a la población para valorar su participación en la ejecución del proyecto que se efectuaran semestral y anualmente. También se puede realizar mediante informes escritos del control social de los movimientos sociales del sector.
- Todas las evaluaciones se medirán mediante los indicadores establecidos acorde a la decisión de los actores.
- Se recomienda realizar las evaluaciones para el control y monitoreo posterior a haberse realizado la capacitación en evaluación y control de actividades.
- Además, se concretará una evaluación 6 meses concluido el proyecto para medir el impacto de la propuesta, posteriormente el control y monitoreo se deberá hacerlo anualmente a través de los indicadores para valorar resultados a largo plazo.

Actividad	Monitoreo	Evaluación	Instrumentos
<b>Ejecución de la estrategia</b>	Control y seguimiento	Semestral Mensual	Indicadores
<b>Atención en salud preventiva</b>	Control y seguimiento	Trimestral Semestral Anual	Indicadores
<b>Prevención primaria y secundaria</b>	Control y seguimiento	Trimestral Semestral Anual	Indicadores
<b>Participación de la población</b>	Control y seguimiento	Semestral Anual	Indicadores
<b>Revisión de los resultados</b>	Control y seguimiento	6 meses Ex pos Anual	Indicadores

Fuente: Elaboración Propia