

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS

FACULTAD DE MEDICINA ENFERMERÍA NUTRICIÓN
Y TECNOLOGÍA MÉDICA
UNIDAD DE POST GRADO



MEJORAR LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN LA RED DE SALUD DE LA REGIONAL LA PAZ DE LA CAJA PETROLERA DE SALUD, 2019

POSTULANTE: Dr. JUAN CARLOS MENESES COPA

TUTOR: Dra. SILVIA ROXANA VILLARROEL TAPIA

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE
ESPECIALIDAD EN GESTIÓN DE CALIDAD Y AUDITORIA MEDICA

LA PAZ- BOLIVIA

2019

CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN	1
2. ANTECEDENTES	2
3. RELACIÓN DEL PROYECTO DE INTERVENCIÓN CON LINEAMIENTOS DE LA POLÍTICA PÚBLICA	5
3.1 MARCO LEGAL	7
3.2 MARCO INSTITUCIONAL	8
4. JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO DE INTERVENCIÓN	8
5. ANALISIS DEL PROBLEMA A INTERVENIR	12
6. SITUACIÓN ACTUAL DE LA PRODUCCIÓN DE SERVICIOS	12
6.1 POBLACIÓN ASEGURADA	12
6.2 RAZÓN DE MEDICOS POR CANTIDAD DE PERSONAS PROTEGIDAS	13
6.3 RENDIMIENTO MEDICO EN CONSULTA EXTERNA	14
6.4 CONSULTAS MÉDICAS POR PERSONA PROTEGIDA AÑO	15
6.5 MORBILIDAD EN CONSULTA EXTERNA	15
6.6 PRIMER CONTROL PRENATAL ANTES Y DESPUES DE LAS 20 SEMANAS	16
6.7 NÚMERO DE CONSULTAS POR AÑO EN EL SERVICIO DE MEDICINA TRADICIONAL	17
6.8 PORCENTAJE DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL CON EXAMÉN DE PAP	18
6.9 PORCENTAJE DE ACCIDENTES LABORALES	19
6.10 PORCENTAJE DE BAJAS MEDICAS	19
6.11 PORCENTAJE DE OCUPACIÓN CAMA O INDICE OCUPACIONAL	20
6.12 RAZÓN DE ROTACIÓN GIRO CAMA	21
6.13 PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD HOSPITALARIA	21
6.14 TASA DE MORTALIDAD HOSPITALARIA TEMPRANA Y TARDIA	24
7. DETERMINANTES DE LA SALUD DE LA POBLACIÓN ASEGURADA	26
8. SITUACIÓN DESEADA	28
9. ANALISIS DE ACTORES	30
9.1 BENEFICIARIOS DIRECTOS	30
9.2 BENEFICIARIOS INDIRECTOS	30
9.3 Oponentes	30
9.4 AFECTADOS	30
10. CONTEXTO Y LUGAR DE LA INTERVENCIÓN	31

11. ESTRUCTURA DE OBJETIVOS	31
11.1 OBJETIVO GENERAL	31
11.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	31
12. RESULTADOS ESPERADOS	32
13. ACTIVIDADES Y PRESUPUESTO	34
14. INDICADORES POR OBJETIVOS ESPECIFICOS	38
15. FUENTES DE VERIFICACIÓN	38
16. SUPUESTOS	38
17. ANÁLISIS DE VIABILIDAD	39
18. ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD	39
18.1 FACTIBILIDAD SOCIAL	39
18.2 FACTIBILIDAD CULTURAL E INTERCULTURAL	40
18.3 FACTIBILIDAD ECONÓMICA	40
18.4 FACTIBILIDAD DE GÉNERO	40
19. ANÁLISIS DE SOSTENIBILIDAD DEL PROYECTO	40
20. IMPACTO ESPERADO DE LA PROPUESTA	40
21. FUENTES DE FINANCIAMIENTO PARA EL PRESUPUESTO	41
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	
ANEXOS	
ARBOL DE PROBLEMAS	i
ARBOL DE OBJETIVOS	ii
PRESUPUESTO	iii
ESTRUCTURA INSTITUCIONAL	iv
CRONOGRAMA	v
PLAN DE EJECUCIÓN DEL PROYECTO	vi

1. INTRODUCCIÓN.

El Modelo de Atención de la Caja Petrolera de Salud concentra la atención de los asegurados en el tercer nivel debido a que no cuenta con una red de salud donde se garantice una atención por niveles de atención, lo que repercute en los costos de atención y la gestión global de la institución, cuyos efectos principales son:

- Insatisfacción de la población protegida en los hospitales.
- Falta de oportunidad de la atención.
- Un enfoque curativo de la atención.
- Poca o ninguna promoción de la salud para la prevención de las enfermedades prevalentes.

Es bien sabido que, del total de la demanda de atención, el 80% puede resolverse en el primer nivel de atención y es en este nivel de atención que la atención primaria es la estrategia de elección; pero es también en este nivel que se privilegia la promoción para la prevención de las enfermedades prevalentes de la población asegurada.

Se ha posicionado en el imaginario de la población asegurada que la atención es requerida solo cuando existe un problema de salud y la institución poco ha hecho para educar en la promoción de la salud, para prevenir de enfermarse, hoy como nunca urgente, porque con el cambio del perfil epidemiológico de la población asegurada, la promoción de la salud está orientada a la modificación de hábitos que son los principales factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles.

Los costos de atención de las enfermedades no transmisibles están amenazando la economía de la Caja Petrolera de Salud, ya por su naturaleza son patologías que requieren tratamientos prolongados y las más de las veces con resultados poco exitosos.

Para una efectiva implantación de una estrategia de atención primaria de salud orientada a la promoción de la salud y prevención de las enfermedades no

trasmisibles, se requiere de una red de establecimientos de Primer Nivel; dejando para el Nivel II y sobre todo Nivel III la atención de los casos donde se requiera intervenciones curativas y de rehabilitación.

El propósito de la presente propuesta de intervención es el fortalecimiento de la red de establecimientos de salud de la caja Petrolera de Salud, a partir de la implementación de un Primer Nivel que garantice la atención diferenciada por niveles de atención, evitando la sobresaturación de la demanda en los hospitales de alta complejidad que está sea integral.

2. ANTECEDENTES.

La Caja Petrolera de Salud es una institución de Derecho Público, con personería jurídica, autonomía de gestión y patrimonio propio, para la gestión administrativa de los regímenes de seguridad social a corto plazo.

El Ministerio de Salud junto al INASES como ente rector de la Seguridad Social, para la estandarización de establecimientos de salud, formulo una serie de instrumentos normativos entre ellos se encuentran la Norma Nacional de Caracterización de Establecimientos de Salud de Primer Nivel, según el cual un establecimiento de salud “es la unidad operativa básica de la Red Funcional de Servicios de Salud, responsable de otorgar atención integral intercultural en cuanto a promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento de la enfermedad y recuperación de la salud, logrando de esta manera la satisfacción de la persona, familia, comunidad y equipo de salud, incorporando la gestión participativa y control social”.

Los Niveles de Atención son un conjunto de Establecimientos de Salud que, de acuerdo a su capacidad resolutoria, se clasifican en: Primer Nivel, Segundo Nivel y Tercer Nivel; sus características son:

- El Primer Nivel de Atención, es la unidad básica operativa integral de la Red

Funcional de Servicios de Salud, se constituye en la puerta de entrada al Sistema de Salud, con el objeto de contribuir a mejorar la calidad de vida y la situación de salud de personas, familias y comunidades, mediante las funciones de atención integral intercultural de salud, docencia asistencial e investigación, gestión participativa y control social de la salud.

- El Segundo Nivel de Atención, es la instancia de referencia de los establecimientos de primer nivel de atención en el ámbito de su Red Funcional de Servicios de Salud, de mayor capacidad resolutive; ofrece servicios de medicina general, odontología y especialidades de Medicina Interna, Ginecología y Obstetricia, Cirugía General, Pediatría, Anestesiología y otras especialidades de acuerdo al perfil epidemiológico local y avalado técnicamente por el SEDES según normativa vigente; cuenta con unidades de apoyo al diagnóstico y tratamiento, recursos humanos, equipamiento, medicamentos, insumos, estructura física, medios de transporte y comunicación que le permite prestar servicios de manera ininterrumpida las 24 horas del día durante los 365 días del año. Aplica la atención integral intercultural y la gestión participativa y control social en salud, ejerce funciones de docencia asistencial e investigación, se articula con el primer y tercer nivel, y la medicina tradicional, mediante el componente de referencia y contrarreferencia
- El Tercer Nivel de Atención es la instancia conformada por hospitales e institutos con mayor capacidad resolutive de la Red Funcional de Servicios, su misión es la de resolver problemas de salud de la persona, familia y comunidad, ofrece servicios ambulatorios y de hospitalización en especialidades, subespecialidades, apoyo diagnóstico y tratamiento, funciones de docencia asistencial e investigación; cuenta con recursos humanos, equipamiento, medicamentos, insumos, estructura física, medios de transporte y comunicación que le permite prestar servicios de manera ininterrumpida las 24 horas del día durante los 365 días del año. Aplica la atención integral intercultural y la gestión participativa y control social en salud, se articula con el primer nivel (en casos de emergencia), con el segundo nivel, y la medicina tradicional, mediante el componente de referencia y contrarreferencia.

El Plan Estratégico Institucional 2010-2014 de la CPS define un conjunto de compromisos, decisiones y actos que necesita llevar a cabo para alcanzar su rol estratégico; aportando al objetivo del Plan de Desarrollo Sectorial de Salud, mediante la implementación de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural, la Medicina Tradicional, los Programas de Promoción y Prevención de la Salud, la Gestión de Calidad a través de la Acreditación de los servicios y establecimientos de salud; orientados a mejorar la calidad de vida y el vivir bien de la población protegida y grupos vulnerables.

La Caja Petrolera de Salud durante los 58 años de vida Institucional no contó con un Plan Estratégico Institucional en el cual se establezcan las bases fundamentales y directrices claras a donde debiera enfocarse la Institución para obtener metas y resultados en un mediano y largo plazo. Esta ausencia lamentablemente no permitió el fortalecimiento de los establecimientos de primer nivel de atención no solo en la Regional La Paz, sino a nivel nacional, porque el modelo de entonces estaba diseñado solo para una población protegida selectiva en este caso los petroleros, esta situación cambia a partir de Decretos Supremos complementarios al Código de Seguridad Social a Corto Plazo por tanto la visión, misión, el modelo de atención en salud y el Plan Estratégico Institucional deben responder a la demanda de la población protegida a partir de la gestión 2010.

En ese sentido la Caja Petrolera de Salud a partir de la gestión 2013 viene implementado nuevos establecimientos de salud de primer nivel de atención en las administraciones de Santa Cruz y Cochabamba, de la misma forma se pretende realzar en la Administración Departamental de La Paz.

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

El presente Proyecto de Intervención se encuentra acorde a los objetivos del PSD 2010 – 2020, porque está dado por el Vivir Bien, el concepto social de salud y sus determinantes, la salud como derecho fundamental, la Intersectorialidad, la

participación social y la interculturalidad, al mismo tiempo se busca garantizar el acceso de la población a servicios integrales de salud, el acceso a los servicios básicos mediante la promoción de la salud, la redistribución de la riqueza mediante programas de protección social, la construcción de la igualdad en el acceso y derecho a la salud, sin consideración de capacidad de pago y otras barreras creadas por los sistemas neocoloniales y neoliberales.

La propuesta se articula en tres Ejes de Desarrollo: el Primer Eje "Acceso Universal al Sistema Único SAFCI" establece la necesidad de erradicar la exclusión social en salud, a partir del desarrollo de los servicios de salud en redes funcionales, con calidad, del desarrollo de la medicina tradicional y de la interculturalidad, y de la gratuidad de la atención; el Segundo Eje "Promoción de la Salud y Movilización Social" impulsa la gestión participativa y actuación intersectorial sobre la determinantes de la salud, así como la protección de grupos poblacionales vulnerables, y la educación en salud orientada al logro de hábitos y prácticas saludables, incluyendo la práctica deportiva recreacional y competitiva. Finalmente, el Tercer Eje "Rectoría y Soberanía en salud" pretende reforzar la conducción sanitaria en el Sector y la eficiencia de las intervenciones.

La Caja Petrolera de Salud, en el marco de políticas nacionales y del Plan de Desarrollo Sectorial, ha establecido el Plan Estratégico Institucional 2010-2014. Se requiere la incorporación en el PEI – 2016-2020.

El Plan Estratégico Institucional, establece como Misión: Otorgar a la población protegida y grupos vulnerables, servicios integrales de salud eficientes y con permanente innovación, respetando los principios de la Seguridad Social a Corto Plazo: universalidad, integralidad, equidad, solidaridad, unidad de gestión, economía, oportunidad, interculturalidad y eficacia.

Como Visión: Ser la Institución pionera en la calidad de atención de servicios integrales de salud en la Seguridad Social a Corto Plazo, a través de la aplicación del Modelo de Salud Familiar Comunitario Intercultural basados en la extensión de

cobertura, Medicina Tradicional, la gestión de calidad y acreditación de los establecimientos de salud, contribuyendo al vivir bien de la población protegida y los grupos vulnerables.

Los ejes estratégicos del PEI, se encuentran alineados a los ejes de desarrollo del sector salud, mismos que están en el marco de la Salud Familiar Comunitaria e Intercultural de igual manera los objetivos de gestión, se encuentran articulados a los objetivos del Plan de Desarrollo Sectorial.

Los Objetivos Estratégicos establecen el logro de la excelencia en el otorgamiento de los servicios, a través de una gestión innovadora y de calidad, fortaleciendo las competencias de los funcionarios, mediante la capacitación e investigación; infraestructura, equipamiento y tecnología.

Para ello establece como objetivos de gestión: Incrementar los niveles de satisfacción de la población usuaria, mediante la extensión de la cobertura y la innovación de los servicios de salud con énfasis en los grupos vulnerables.

- Mejorar el acceso a las prestaciones y servicios de salud, con el diseño y aplicación de procesos internos dinámicos y optimizados mediante la sistematización o el uso de tecnologías de la información.
- Lograr la excelencia en el otorgamiento de los servicios, a través de una gestión innovadora y de calidad, fortaleciendo las competencias de los funcionarios, mediante la capacitación e investigación; infraestructura, equipamiento y tecnología.
- Consolidar la eficiencia financiera bajo una buena administración de los recursos económicos, en el marco de los servicios de salud.

3.1. MARCO LEGAL

En el Parágrafo I del Artículo 35 de la Constitución Política del Estado, establece que el Estado, en todos sus niveles, protegerá el derecho a la salud, promoviendo políticas públicas orientadas a mejorar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso gratuito de la población a los servicios de salud.

En el marco del Código de la Seguridad Social, el Plan Estratégico Institucional 2010-2014 de la CPS, define un conjunto de compromisos, decisiones y actos que necesita llevar a cabo para alcanzar su rol estratégico, orientados a mejorar la calidad de vida y el vivir bien de la población protegida y grupos vulnerables. Es obligación de la institución brindar las prestaciones de la mejor manera posible y con el más alto grado de calidad para beneficio de la población asegurada.

El Decreto Supremo No 05083 de 10 de noviembre de 1958, como institución de derecho público, encargada de la gestión, aplicación y ejecución de los seguros de enfermedad, maternidad y riesgos profesionales, con personería jurídica y autonomía de gestión.

Decreto Supremo No 29272 de 12 de septiembre de 2007, aprueba el Plan Nacional de Desarrollo 2006 -2011 estableciendo entre los objetivos de la estrategia Bolivia Digna, la eliminación de la exclusión social en salud, a través de la implementación del Sistema Único de Salud Familiar Comunitaria Intercultural.

La Resolución Ministerial 1036 de 21 de noviembre de 2008, aprueba la Norma Nacional de caracterización de establecimientos de salud de primer nivel y a través de esta norma regula las características de infraestructura, organización y funcionamiento de los establecimientos del primer nivel.

3.2. MARCO INSTITUCIONAL

El Plan Estratégico Institucional, tiene el objetivo estratégico de lograr la excelencia en el otorgamiento de los servicios, a través de una gestión

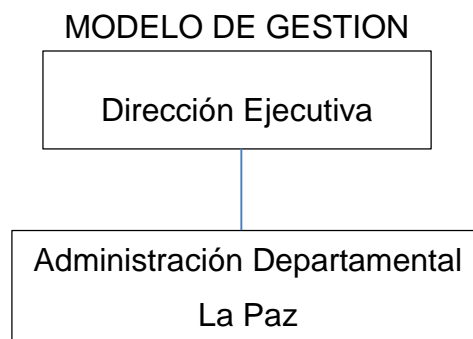
innovadora y de calidad, fortaleciendo las competencias de los funcionarios, mediante la capacitación e investigación, infraestructura y tecnología.

La Visión de la Caja Petrolera de Salud es ser la institución pionera en la calidad de atención de servicios integrales de salud en la Seguridad Social a Corto Plazo, a través de la aplicación del Modelo de Salud Familiar Comunitario Intercultural basados en la extensión de cobertura, Medicina Tradicional, la gestión de calidad y acreditación de los establecimientos de salud, contribuyendo al vivir bien de la población protegida y los grupos vulnerables. Con la Misión de otorgar a la población protegida y grupos vulnerables, servicios integrales de salud eficientes y con permanente innovación, respetando los principios de la Seguridad Social a Corto Plazo: universalidad, integralidad, equidad, solidaridad, unidad de gestión, economía, oportunidad, interculturalidad y eficacia.

El nuevo Modelo de Atención y Gestión en Salud de la Caja Petrolera de Salud aprobado mediante Resolución del Honorable Directorio N° 010/2014, en el párrafo segundo instruye a la Dirección General Ejecutiva de la Caja Petrolera de Salud que, a través de sus respectivas Direcciones, se proceda a la difusión y cumplimiento estricto de la presente resolución.

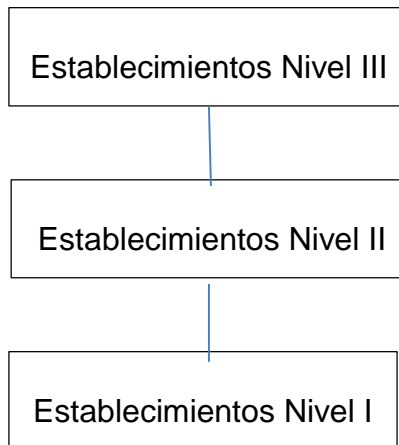
4. JUSTIFICACION DEL PROYECTO DE INTERVENCION

La Administración Regional de La Paz cuenta con un total de 5 establecimientos de salud; algunos en proceso de acreditación y otros no; el principio técnico funcional de la presente propuesta es de adoptar para la Administración Departamental de la CPS una estructura de gestión que reconoce dos niveles:



Para la red de establecimientos de salud, organizar en niveles de atención que permita contar con un Modelo de Atención de la CPS bien definido:

MODELO DE ATENCION



El modelo de atención actual cuenta con una red de salud asistencial organizada en dos niveles de atención conformada por el Hospital de Petrolero de Obrajes; la Clínica Petrolera de Nivel II donde se realiza la atención materna e infantil y es el centro de operaciones de medicina del trabajo.

La red de Nivel I está compuesta por 3 establecimientos, 2 en La Paz y uno en El Alto.

Tabla N°1

ADMINISTRACION DEPARTAMENTAL LA PAZ: ESTABLECIMIENTOS DE SALUD POR NIVELES DE ATENCION, GESTION 2015

ESTABLECIMIENTO DE SALUD	I Nivel	II Nivel	III Nivel
Hospital Petrolero de Obrajes			1
Clínica de la Plaza Isabel la Católica		1	
Policonsultorio 20 de Octubre	1		
Policonsultorio Costa Rica	1		
Policonsultorio El Alto	1		
Total:	3	1	1

Los establecimientos de salud mencionados no cuentan con infraestructura apropiada ni con recursos humanos calificados que garanticen estabilidad laboral, e incluso carecen de equipamiento médico, siendo una tarea urgente asegurar un óptimo funcionamiento y dependiendo del comportamiento de la demanda, una vez establecida la Red, incrementar el número de establecimientos si se revela ser insuficiente.

El crecimiento de la población protegida desde el inicio de la Caja Petrolera de Salud se constituye en una oportunidad latente; es así que en los últimos diez y siete años el crecimiento acumulado alcanza a 110.5%.

La razón de consultas médicas por persona protegida al año alcanza en promedio a 3,5 en los últimos cinco años, la tendencia es decreciente de 4.1 a 3.0, lo que se interpreta que no toda la población protegida accede a realizar una consulta médica en los establecimientos de salud. La razón de médicos por mil personas protegidas tiene la tendencia creciente de 1.8 a 2.8 como respuesta al anterior indicador en los últimos cinco años. El Rendimiento Médico por hora tiene la tendencia ascendente de 2.8 a 3.0 y el porcentaje de utilización médica de 70 a 75% a pesar de la incorporación de nuevos recursos humanos en los establecimientos de salud. Estos datos no contemplan las consultas médicas solicitadas que no acuden a la atención por diversos factores. Es importante señalar los principales indicadores de producción de los servicios de apoyo entre ellos el porcentaje de exámenes de laboratorio realizados durante la consulta externa que tiene la tendencia ascendente de 127 a 142% en los últimos cinco años, el porcentaje de estudios de rayos X tiene leve tendencia ascendente de 13 a 15% y existe un incremento importante en la solicitud de estudios de ecografía el cual se refleja en la programación de dos meses en caso de ser requerido. Esta situación tiene como resultado al incremento del porcentaje de pacientes que acuden al servicio de emergencias a pesar de la tendencia al descenso de 47.75 a 39.52 reportes que corresponden desde la gestión 2010 a 2015.

Por las consideraciones anteriormente mencionadas se ve que la actual capacidad instalada no responde a la necesidad en salud requerida por la población protegida.

La constante puesta en marcha de nuevos proyectos para sectores y empresas estratégicas amplía la demanda de servicios de salud por posibles empresas que requieren afiliación a nuestro ente gestor en ésta Administración Departamental, obligándonos a ampliar la cobertura y extender la red de servicios, mejorando los mismos, para lo cual es necesario contar con poli consultorios ubicados estratégicamente, ya que en la actualidad si bien se presta atención a través de la capacidad instalada y los servicios actualmente ofertados, dichos servicios no logran satisfacer a la población protegida.

Las vulnerabilidades existentes están en relación con determinantes de la salud y la calidad de la prestación de nuestros servicios, haciendo énfasis en la accesibilidad y oportunidad en la otorgación de las prestaciones. El primer factor está relacionado de forma directa al número de establecimientos y el segundo a la capacidad resolutive mínima deseada, esta situación incide de manera directa en la calidad de la atención generando repercusiones importantes en los usuarios por tanto es importante buscar soluciones a corto y mediano plazo y largo plazo.

El anterior modelo de atención se centraba a la asistencia de las enfermedades, estructurado para la atención de médica especializada para una población protegida privilegiada económicamente “**los petroleros**” sin embargo a cincuenta y ocho años de la fundación el contexto político, económico y social en especial en los últimos diez años ha sufrido transformaciones que es importante considerarlos para realizar la intervención.

La principal problemática identificada está en el acceso y la calidad de atención de la población protegida en los pocos establecimientos de salud de primer nivel de atención lo que trae consigo incremento de enfermedades no transmisibles propias de los trabajadores, saturación de servicios, incremento de costos en la atención entre otros.

5. ANALISIS DEL PROBLEMA A INTERVENIR

El problema a intervenir tiene dos componentes, el primer componente es el Modelo de Gestión, donde deberá establecerse un modelo de gestión desconcentrado de la Dirección Ejecutiva a la Administración Departamental. Los Sistemas que se trabajarán son:

- Financiamiento
- Recursos Humanos
- Mantenimiento

El segundo componente es el Modelo de Atención, y el mismo requiere organización de los diferentes establecimientos, según nivel de atención, deben tener una capacidad resolutive determinada que permita descongestionar al Hospital de Tercer Nivel.

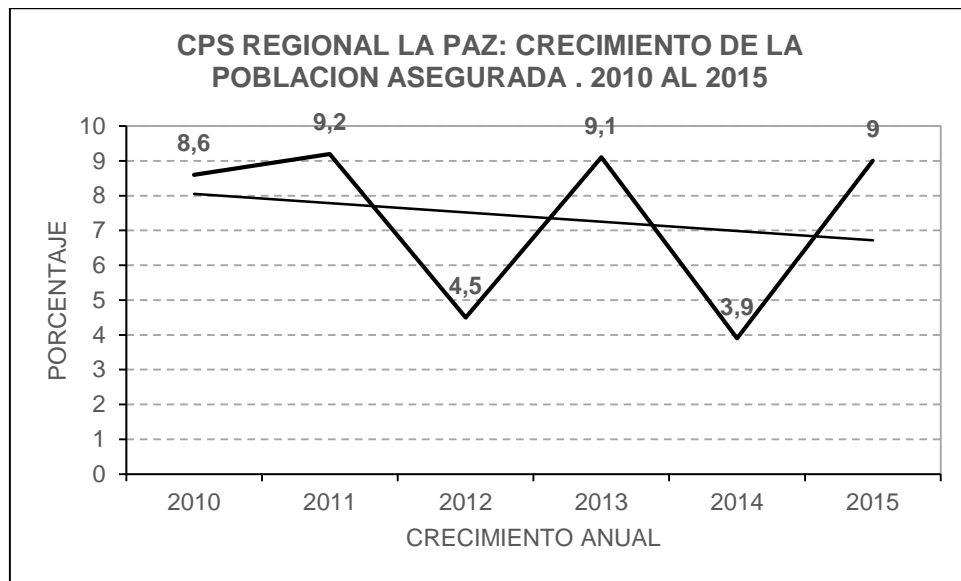
- Planificación de la producción de servicios
- Sistema de Información
- Vigilancia y Control epidemiológico

6. SITUACION ACTUAL DE LA PRODUCCION DE SERVICIOS

6.1 POBLACION ASEGURADA

A nivel general la población asegurada de la C.P.S a diciembre 2015, alcanza a 295.000 afiliados; 54.1% titulares y 45.9% beneficiarios. Los varones representan el 50.3% y las mujeres el 49.7%. La proporción más significativa se sitúa en el rango de 30 a 40 años, que representa el 17.4%; siendo la menor cantidad los mayores de 70 años, 6.5% de la población total asegurada activa.

La Paz presenta un crecimiento de la población protegida por encima del 5%, sin embargo, esta última con tendencia descendente desde la gestión 2014, ver gráfica siguiente.



Fuente: Reunión de Análisis de Información en Salud 2015

6.2 RAZON DE MÉDICOS POR CANTIDAD DE PERSONAS PROTEGIDAS

La razón de médicos por cantidad de personas protegidas determina la capacidad disponible del recurso médico para cumplir determinadas funciones en la atención de los servicios de consulta externa y hospitalización.

En el caso particular de las entidades gestoras que pertenecen a la Seguridad Social de corto plazo permite conocer el número adecuado de profesionales médicos estandarizados a seis horas para la atención de un establecimiento de salud. Se establece como relación mínima de 1.3 médicos por cada 1.000 personas protegidas.

El reporte de las gestiones 2014-2015 en la Administración de La Paz presenta cifras superiores al estándar, aspecto que evidencia la existencia de personal médico por encima del necesario para la prestación de servicios.

Tabla N°6

**ADMINISTRACION DEPARTAMENTAL LA PAZ: RAZON DE
MEDICOS POR MIL PERSONAS PROTEGIDAS, GESTION 2014-2015**

EVALUACIÓN DEL ESTÁNDAR		ESTÁNDAR RECOMENDADO
2014	2015	
2.3	2.6	1.3 médicos por 1.000 personas protegidas

Fuente: Reunión de Análisis de Información en Salud 2015

Es importante recalcar que el indicador registrado en las Departamentales de La Paz superiores al estándar en 1.3 por cada 1.000 personas protegidas, no ha encontrado una explicación razonable que justifique este excedente, por el contrario se viene solicitando mayor número de profesionales médicos.

6.3. RENDIMIENTO MEDICO EN CONSULTA EXTERNA

Permite conocer el rendimiento del recurso humano médico en el servicio de consulta externa y se mide en porcentaje. Se establece como estándar 4 consultas por hora médico. El rendimiento medico esperado en consulta externa debe ser igual o mayor a 85%

Tabla N°7

ADMINISTRACION DEPARTAMENTAL LA PAZ: PORCENTAJE DE RENDIMIENTO MEDICO, GESTIONES 2014-2015

Evaluación del Estándar (%)		Estándar Recomendado
2014	2015	
66	71	Igual o mayor a 85%

Fuente: Reunión de Análisis de Información en Salud 2015

Los resultados obtenidos para este indicador de rendimiento en la Administración Departamental La Paz muestra tan solo 66% para el año 2014 y 71% para el año 2015 de rendimiento médico; es decir por debajo del rendimiento esperado, sin embargo existen paradójicamente reclamos y denuncias en la obtención de fichas de atención médica en consulta externa presumiblemente relacionadas con la deficiencia en la organización para la

otorgación de citas y manejo de agendas de los profesionales médicos, predilección o afinidad del paciente por un determinado profesional, y ausentismo laboral entre otros.

6.4. CONSULTAS MÉDICAS POR PERSONA PROTEGIDA AÑO.

Permite conocer el número de veces que nuestra población protegida acude al servicio de consulta externa en una determinada gestión. Se establece como estándar aceptable 5 consultas año por persona protegida.

Tabla N°8

**ADMINISTRACIÓN DEPARTAMENTAL LA PAZ: CONSULTAS MÉDICAS
POR PERSONA PROTEGIDA AÑO, GESTIONES 2014-2015**

Evaluación del Estándar		Estándar Recomendado
2014	2015	
3.8	3.8	5 consultas año por Persona protegida

Fuente: Reunión de Análisis de Información en Salud 2015

Las consultas médicas por persona protegida para el periodo 2014-2015 en la Administración Departamental La Paz el año 2015 se ha mantenido estacionario por debajo de 5 consultas año.

6.5. MORBILIDAD EN CONSULTA EXTERNA

Las principales causas de morbilidad en la Administración Departamental de La Paz son:

- Enfermedades del Sistema Respiratorio (J00-J02) del CIE 10, alcanzando a 13.631 (8.5%), presentado en todos los grupos etáreos con predominio entre el grupo de 1 a 15 años de edad
- Hipertensión Arterial esencial (I 10), con 12.766 casos (7.9%), se presenta de forma exclusiva desde los 22 años a mayores de 60;

- Diabetes Mellitus (E11-E14), 7.991. (5%), en similar rango de edad
- Lumbago (M54.5) alcanza a 4.007 casos (2.5%)
- Infecciones del tracto gastrointestinal (A09.0 – B82.9), con 3.054 casos (1.9%) registrado en todos los grupos etáreos.
- Otras Causas, corresponde a 116.424 (72%), este grupo supera a las diez principales causas de morbilidad en consulta externa

A pesar de la restringida información de morbilidad señala, se puede inferir que las patologías dominantes están dadas por las enfermedades crónicas no trasmisibles, lo que justifica el fortalecimiento del Primer Nivel de Atención, porque desde estos establecimientos de salud es donde debe implementarse estrategias de atención primaria de salud orientadas a la promoción de salud para la modificación de hábitos insalubres, que son el origen de las enfermedades no trasmisibles.

6.6. PRIMER CONTROL PRENATAL ANTES Y DESPUÉS DE LAS 20 SEMANAS.

Porcentaje del primer control prenatal antes de las 20 semanas de gestación.

La cobertura del primer control prenatal antes de las 20 semanas de gestación es un indicador que muestra la oportunidad de acceso que tiene la población protegida gestante para realizar controles prenatales. El estándar debe ser igual o mayor a 80%; aspecto fundamental si se considera que los bebés de las madres que no reciben control prenatal *"tienen una probabilidad tres veces mayor de tener bajo peso al nacer y una probabilidad cinco veces mayor de morir, en comparación con los bebés de madres que reciben atención prenatal"*.

Tabla N°9

ADMINISTRACION DEPARTAMENTAL LA PAZ: PORCENTAJE DE PRIMER CONTROL PRENATAL ANTES DE LAS 20 SEMANAS DE GESTACIÓN GESTIONES 2014-2015

Evaluación del Estándar (%)		Estándar Recomendado
2014	2015	
32.7	56.4	Igual o Mayor a 80%.

Fuente Reunión de Análisis de Información en Salud 2015

La oportunidad de acceso que tiene la población protegida gestante para realizar sus controles prenatales en las Administraciones de La Paz se encuentra por debajo del estándar esperado, consecuentemente se incrementarían las atenciones posteriores a las 20 semanas. Esta situación probablemente sea consecuencia de dificultades en el acceso, oportunidad en la atención, disponibilidad de la paciente y otros.

El déficit de este indicador, contribuye al incremento del porcentaje de cesáreas en los establecimientos, cabe señalar que la inoportuna captación incrementa los factores de riesgo de morbilidad materna infantil y por tanto la estancia hospitalaria.

6.7. NÚMERO DE CONSULTAS POR AÑO EN EL SERVICIO DE MEDICINA TRADICIONAL

Expresa el número y porcentaje de consultas externas en Medicina tradicional realizadas en los Establecimientos de salud de la Institución. El estándar debe ser igual o mayor a 5% de la población total asegurada de la CPS. Consecuente con el mandato de la Constitución Política del Estado Plurinacional, Ley 459 de Medicina Tradicional Ancestral y su reglamento, la Caja Petrolera de Salud tiene implementados Servicios de Consulta Externa en La Paz.

Tabla N°11

ADMINISTRACION DEPARTAMENTAL DE LA PAZ: RAZON DE CONSULTAS EN MEDICINA TRADICIONAL POR AÑO GESTIONES 2014-2015

EVALUACION ESTANDAR	ESTANDAR
---------------------	----------

2014	2015	RECOMENDADO
2.1	1.8	Igual o mayor a 5%.

Fuente Reunión de Análisis de Información en Salud 2015

Se observa que los servicios de Medicina Tradicional no han logrado alcanzar el estándar recomendado, este resultado se debe principalmente a la ausencia de acciones de promoción y al escaso compromiso de las autoridades locales hacia la prestación del servicio.

6.8. PORCENTAJE DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL CON EXAMEN DE PAP

Expresa el número de mujeres en edad fértil con examen de PAP en relación al total de mujeres que acuden a la consulta de especialidad. El Estándar se sitúa entre 90 a 100%.

Tabla N°12
ADMINISTRACION DEPARTAMENTAL DE LA PAZ: PORCENTAJE
DE MUJERES EN EDAD FERTIL CON EXAMEN DE PAP
GESTIONES 2014-2015

EVALUACION DEL ESTANDAR (%)		ESTANDAR RECOMENDADO
2014	2015	
14	27	90-100%

Fuente Reunión de Análisis de Información en Salud 2015

Existe una baja cobertura de toma de Papanicolaou en mujeres en edad fértil afiliadas a nuestra institución, que llega a 14% y 27% en las gestiones 2014-2015.

6.9. PORCENTAJE DE ACCIDENTES LABORALES

El indicador otorga el porcentaje de accidentes de trabajo por asegurado titular en empresas afiliadas. El estándar es menor a 5%. En la Administración La Paz se llegó a 0.6%

Se entiende por accidente de trabajo a toda lesión orgánica o trastorno funcional producido por la acción súbita o violenta de causa externa que el trabajador sufra con ocasión o como consecuencia del trabajo y que produce pérdida de la capacidad laboral, de ganancia o muerte del asegurado.

Tabla N°13
ADMINISTRACION DEPARTAMENTAL DE LA PAZ: PORCENTAJE DE ACCIDENTES LABORALES GESTIONES 2014-2015

EVALUACION DEL ESTANDAR (%)		ESTANDAR RECOMENDADO
2014	2015	
0.6	0.6	MENOR AL 5%

Fuente Reunión de Análisis de Información en Salud 2015

Los Riesgos Profesionales abarcan dos grandes contingencias: accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, aspecto que no está incluido en la información presentada por las administraciones desconcentradas puesto que en las hojas de atención no se cuenta con la casilla correspondiente para su identificación.

6.10. PORCENTAJE DE BAJAS MÉDICAS

El indicador señala el porcentaje de bajas médicas emitidas de acuerdo a la cantidad de trabajadores afiliados. No cuenta con estándar.

Tabla N°14
ADMINISTRACION DEPARTAMENTAL DE LA PAZ: PORCENTAJE DE BAJAS MÉDICAS GESTIONES 2014-2015

BAJAS MEDICAS %

2014	2015
11.2	13.1

Fuente Reunión de Análisis de Información en Salud 2015

El Certificado de Incapacidad Temporal (formulario baja médicas) es un documento médico legal que forma parte del expediente clínico, extendido por el ente gestor (C.P.S.) a través del médico tratante a favor del o la titular del derecho para fines de justificación de ausencia al trabajo, por el tiempo que fuere necesario hasta el restablecimiento de su dolencia.

Como se muestra la Administración de La Paz alcanzó a 13.1%

6.11. PORCENTAJE DE OCUPACIÓN CAMA O INDICE OCUPACIONAL

El indicador Porcentaje de Ocupación Hospitalaria mide utilización de camas hospitalarias, expresado en porcentaje en un periodo de tiempo. Parámetro 85 a 90%.

Tabla N°15

ADMINISTRACION DEPARTAMENTAL DE LA PAZ: PORCENTAJE DE OCUPACION CAMA O INDICE OCUPACIONAL GESTIONES 2014-2015

EVALUACION DEL ESTANDAR (%)		ESTANDAR RECOMENDADO
2014	2015	
94.0	96.0	85 a 90%

Fuente Reunión de Análisis de Información en Salud 2015

La Administración de La Paz presenta un incremento del indicador en relación a la gestión anterior por encima del 90% se encuentran en riesgo al sobrepasar el parámetro esperado.

6.12. RAZÓN DE ROTACIÓN GIRO CAMA.

El indicador giro cama llamado también índice de rotación; es un indicador que mide el número de pacientes que en promedio pasan por una cama en un determinado periodo de tiempo. Parámetro 1 a 3 días.

Tabla N°16

**ADMINISTRACION DEPARTAMENTAL DE LA PAZ: RAZON
DE ROTACION GIRO CAMA GESTIONES 2014-2015**

EVALUACION DEL ESTANDAR		ESTANDAR RECOMENDADO
2014	2015	
5.6	9.5	1 a 3 días

Fuente Reunión de Análisis de Información en Salud 2015

En las gestiones 2014- 2015, como se observa en la Administración Departamental de La Paz, se reportó porcentajes mayores al triple del estándar establecido.

6.13. PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD HOSPITALARIA

La morbilidad hospitalaria es la recopilación y la comparación de datos sobre la situación de salud en los establecimientos de la institución, identificando las tendencias para ayudar a los responsables a tomar decisiones o establecer prioridades, resulta del análisis de las altas hospitalarias de todos los hospitales de la CPS, seleccionando las 10 principales causas correspondientes a la población protegida en las Administraciones desconcentradas.

Tabla N° 17

**ADMINISTRACION DEPARTAMENTAL DE LA PAZ: MORBILIDAD
HOSPITALARIA GESTIONES 2015**

DIAGNOSTICO	CIE 10	TOTAL	GRUPO ETAREO							
			< 6 meses	6 meses a 1 año	1 a 4	5 a 14	15 a 21	22 a 44	45 a 59	60+
			16.783	130	1.759	1.142	1.071	786	5.857	2.639
PARTO POR CESAREA	O 82.9	1.217					134	1082	1	0
DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	A09.0	631	4	161	252	99	10	34	30	41
ICTERICIA NEONATAL, NO ESPECIFICADO	P 59,9	444		444	0	0	0	0	0	0
PARTO UNICO ESPONTANEO	O 80.0	418					67	351		
SEPSIS BACTERIANA DEL RECIEN NACIDO, NO ESPECIFICADO	P 36.9	387		387	0	0	0	0	0	0
INFECCION DE VIAS URINARIAS SITIO NO ESPECIFICADO	N 39,0	375	1	52	55	25	5	44	63	130
TRANSTORNOS DE LA VESICULA BILIAR DE LAS VIAS BILIARES Y DEL PANCREAS	K 87	353			2	3	14	177	118	39
APENDICITIS AGUDA NO ESPECIFICADA	K 35.9	320			2	56	54	151	45	12
ABORTO RETENIDO	O 02.0	221					11	206	4	0
BRONQUITIS AGUDA	J 20.9	195		83	95	17	0	0	0	0
DEMÁS CAUSAS		12.222	125	632	736	871	491	3812	2378	3177

Fuente Reunión de Análisis de Información en Salud 2015

La clasificación de las patologías se realizó según los 17 Grandes Grupos de Enfermedades y los Códigos V (clasificación suplementaria de factores que influyen en la salud y contacto con los servicios sanitarios), que aparecen en la 10ª revisión de la Clasificación Internacional de enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE 10) y la búsqueda se centró exclusivamente en el diagnóstico principal.

En la gestión 2015, las principales causas de morbilidad hospitalaria reportadas en orden decreciente se encuentran: el Parto por Cesárea (O 82.9) con 1217 casos (7%), Diarrea y Gastroenteritis (A09.0) con 631 casos (4%), Ictericia Neonatal (P59.9) con 444 casos (3%) Parto Único Espontáneo (O 80.0) con 418 casos (2%), las demás causas representan menor a 2%.

El mayor número y porcentaje de la morbilidad hospitalaria se encuentra catalogado como “DEMÁS CAUSAS” que corresponde a 12.222 casos (73%).

Tabla N° 18

**ADMINISTRACION DEPARTAMENTAL DE LA PAZ: MORBILIDAD
HOSPITALARIA GESTION 2015**

DIAGNOSTICO	COD CIE-10	TOTAL	GRUPO ETAREO								
			< 6 meses	6 meses a 1 año	1 a 4	5 a 14	15 - 21	22 - 44	45 - 59	60+	
			2.804	455	248	105	117	191	854	259	575
PARTO UNICO POR CESAREA	O 82.9	141						17	123	1	0
DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	A09.0	136	8	1	22	8	10	31	16	40	
INFECCION DE VIAS URINARIAS,SITIO NO ESPECIFICADO	N 39.0	80	1	0	5	5	7	23	5	34	
PARTO UNICO EXPONTANEO	O 80	63					24	39	0	0	
BRONCONEUMONIA	J 18	63	3	3	5	3	1	8	11	29	
DENGUE CLASICO	A 90	39	0	0	0	8	5	13	7	6	
INTOXICACION ALIMENTARIA BACTERIANA, ESPECIFICADA	A 05,9	32	0	0	1	4	5	15	4	3	
COLECISTITIS CRONICA LITIASICA	K 81	31						24	4	3	
FIEBRE NO ESPECIFICADA	R 50,9	27	1	0	3	5	5	8	2	3	
FALSO TRABAJO DE PARTO	O 47	25				0	11	14			
DEMÁS CAUSAS		2.167	442	244	69	84	106	556	209	457	

Fuente Reunión de Análisis de Información en Salud 2015

Las principales causas registradas de acuerdo a la Tabla N°28 corresponden a: Parto por Cesárea (O 82.9) con 141 casos (5%), Diarrea y Gastroenteritis (A09.0) con 136 casos (4.9%), Infecciones del Tracto Urinario (N 39.0) con 80 casos (2.9%) Parto Único Espontaneo (O 80.0) con 63 casos (2.9%), Bronconeumonía (J18) con 63 casos (2.9%) las demás causas son menores al 2%.

El mayor número y porcentaje de la morbilidad hospitalaria se encuentra como “DEMÁS CAUSAS” a 2167 casos (77%).

Tabla N° 19

**MORBILIDAD HOSPITALARIA DE LAS ADMINISTRACIONES
SUBZONALES GESTION 2015**

DIAGNOSTICO	CIE 10	TOTAL	GRUPO ETAREO								
			< 6 meses	6 meses a 1 año	1 a 4	5 a 14	15 - 21	22 - 44	45 - 59	60+	
			532	25	31	34	40	23	239	67	73
PARTO POR CESAREA	O 82.9	64						4	60		
PARTO UNICO EXPONTANEO	O 80	41						1	40		
OTRAS INFECCIONES DEBIDO A SALMONELOSIS	A 02	30			2	9	5	5	5	4	
COLECISTITIS	K 80.2	29							19	10	
HIPERBILIRRUBINEMIA NEONATAL	P 59.9	24	24								
AMENAZA DE ABORTO	O 20.0	23							23		
BRONCONEUMONIA	J 18.0	23	1	1	5	3	1	3	2	7	
FIEBRE TIFOIDEA	A 01	22			1	6	4	5	3	3	
HIPERTENSION ARTERIAL ESENCIAL (PRIMARIA)	I 10	17							2	5	10
ABORTO INCOMPLETO	O 05	10						1	9		
DEMÁS CAUSAS		313		30	26	22	11	133	42	49	

Fuente Reunión de Análisis de Información en Salud 2015

La información corresponde a las Sub Zonales de los establecimientos de salud donde se compra servicios: Parto por cesárea (O 82.9) con 64 casos (12%); Parto Único Espontaneo (O 80) con 41 casos (6%); Infecciones por Salmonelosis (A 02) con 30 casos (6%), los otros datos corresponden a patologías menores al 5%.

El mayor número y porcentaje de la morbilidad hospitalaria corresponde a “DEMÁS CAUSAS” 313 casos (59%).

6.14. TASA DE MORTALIDAD HOSPITALARIA TEMPRANA Y TARDÍA.

Mortalidad temprana

La Tasa de mortalidad hospitalaria temprana antes de las 48hrs es un indicador que muestra la relación de egresos por muerte antes del lapso de tiempo señalado, respecto al total de usuarios egresados en el mismo periodo, multiplicado por 1000. El estándar corresponde de 10 a 15 por 1000 egresos.

**ADMINISTRACION DEPARTAMENTAL DE LA PAZ: MORTALIDAD
HOSPITALARIA TEMPRANA GESTIONES 2014-2015**

ADMINISTRACION	DEFUNCIONES ANTES DE LAS 48 HRS DE INGRESADOS			
	2014		2015	
	N°	RAZON	N°	RAZON
La Paz	14	3.1	12	3.1

Fuente Reunión de Análisis de Información en Salud 2015

La mortalidad intrahospitalaria en las primeras 48 horas tiene una relación directa con las causas del ingreso del asegurado y el acceso a la red de salud.

En la Administración Departamental de La Paz se presenta una mortalidad temprana alta, 4 veces más que el esperado.

Mortalidad tardía

La Tasa de Mortalidad Hospitalaria Tardía o Mortalidad Hospitalaria Neta después de las 48hrs es un indicador que muestra la relación de egresos por muerte después de las 48 horas de su internación. El estándar corresponde de 1.5 a 2 por 1000 egresos.

Tabla N°21

ADMINISTRACION DEPARTAMENTAL DE LA PAZ: MORTALIDAD

DEFUNCIONES DESPUES DE LAS 48 HRS DE INGRESADOS			
2014		2015	
N°	RAZON	N°	RAZON
14	9,5	39	7,4

HOSPITALARIA TARDÍA GESTIONES 2014-2015

Fuente Reunión de Análisis de Información en Salud 2015

En la Administración de La Paz, tiene una tasa de mortalidad elevada en ambas gestiones

7. DETERMINANTES DE LA SALUD DE LA POBLACION ASEGURADA

La situación actual de salud de la Población Protegida de la Caja Petrolera de Salud está en relación a las condiciones de vida de los trabajadores, cuyos ingresos son entre los mejor pagados del sector productivo nacional; por lo que podemos decir que el nivel de vida que caracteriza a la población asegurada está por encima del promedio nacional.

Este nivel de condiciones de vida permite afirmar que el perfil epidemiológico de la población asegurada de la CPS está determinado por enfermedades no trasmisibles, perfil compatible con el de todo el país.

En este enfoque, llama la atención de la tendencia creciente de las enfermedades de este grupo y la sostenida reducción de las enfermedades trasmisibles.

Con este cambio del perfil epidemiológico, se ha producido también un cambio de los grupos de población a riesgo, representados hoy por la población adulta y la tercera edad; siendo las principales enfermedades que cada vez cobrarán mayor importancia las siguientes:

- La diabetes
- El cáncer
- Las cardiopatías
- Los accidentes cerebro vasculares
- Las enfermedades respiratorias crónicas

La base de la prevención de las enfermedades crónicas es la identificación de los principales factores de riesgo comunes y su modificación por medio de la promoción de la salud, porque los factores de riesgo de hoy son las enfermedades no trasmisibles de mañana más difíciles de controlar e infinitamente más costosas en su tratamiento.

El término “enfermedades no transmisibles o crónicas” está relacionado a las siguientes características de estas entidades clínicas:

- Las epidemias tardan decenios en convertirse en plenamente establecidas, porque tienen origen en edades tempranas.
- Requieren un método de tratamiento sistemático y a largo plazo
- Dada su larga duración, hay muchas oportunidades para la prevención
- Los servicios de salud deben integrar la respuesta a estas enfermedades

Se denomina factor de riesgo a cualquier circunstancia susceptible de exposición de un individuo, que aumente la probabilidad de contraer una enfermedad crónica no transmisible. Estos factores de riesgo pueden ser de dos tipos:

Factores de riesgo ligados al comportamiento o conductuales (modificables) de las personas, como:

- El consumo de tabaco,
- Consumo perjudicial de alcohol
- El régimen alimentario insalubre (consumo bajo de frutas y verduras).
- La inactividad física
- Consumo de aceites - grasas

Estados prepatológicos, son daños biológicos producto de la exposición prolongada a los factores de riesgo que requieren la intervención de los establecimientos de salud tales como:

- El sobrepeso y la obesidad
- La presión arterial elevada
- Aumento de colesterol en sangre
- Aumento de Azúcar en sangre

Estos factores de riesgo conductuales y estados prepatológicos biológicos están incluidos en la vigilancia de los factores de riesgo de las enfermedades crónicas; porque ellos repercuten en la mortalidad y la morbilidad debidas a las enfermedades crónicas; factores de riesgo que es posible modificar mediante la promoción.

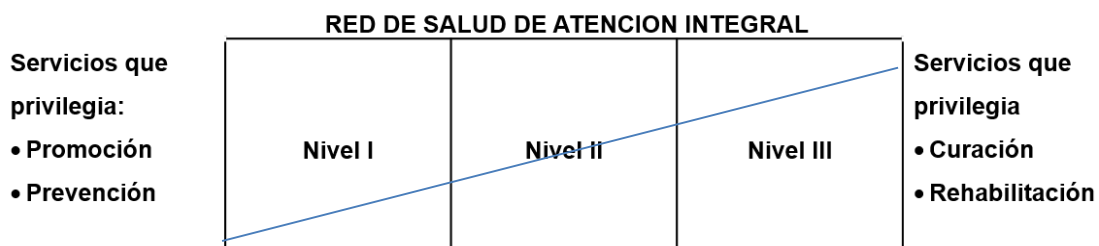
Pero una vez instalada la enfermedad crónica, solo es posible controlar por medio de intervenciones clínicas costosas, las que muchas veces no son ni estas suficientes; es decir con resultados inciertos.

8. SITUACION DESEADA

La situación deseada es que la prestación de servicios de salud en la CPS se dé a través de una red de establecimientos de salud sea atendida integralmente. La integralidad de la atención se reconoce cuando el sistema de salud es capaz de llegar a la población asegurada por medio de cuatro tipos de servicios:

- Servicios curativos y de rehabilitación en caso de enfermedad; en el primer caso por medio de tratamientos específicos establecidos en protocolos y en el segundo caso, cuando no existe tratamiento específico, controlar los efectos de la enfermedad (Ej. Hidratación en caso de diarrea)
- Servicios de promoción de la salud para la prevención de enfermedades en caso de personas a factores de riesgo y que se conoce evolucionarán a enfermedades (educar en hábitos saludables para controlar enfermedades no trasmisibles).

Que como efecto de esta dispensación de servicios con enfoque de atención integral, la red de salud otorga servicios privilegiando un grupo determinado, así:

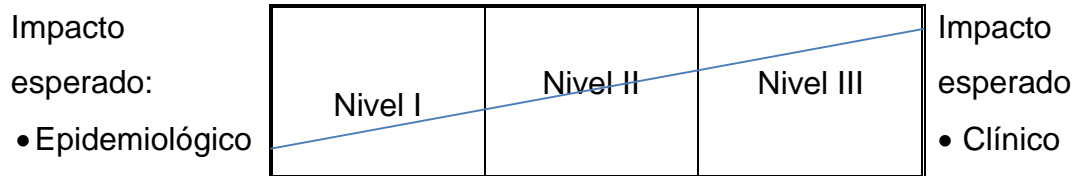


Así configurada la Red de Establecimientos de Salud de la CPS, donde en cada nivel se otorga preferentemente, pero no exclusivamente, un grupo determinado de servicios, el efecto final es de tipo epidemiológico o clínico:

- El efecto epidemiológico es aquel que se mide por coberturas en la población asegurada y busca promocionar la salud para la prevención de enfermedades.
- El efecto clínico es aquel que se mide por mortalidad en servicio (letalidad) y busca evitar la muerte de los enfermos que llegan en estado crítico, por ser un hospital de alta complejidad.

RED DE SALUD DE ATENCION INTEGRAL

Efecto final en la salud de la población



La red de establecimientos de salud de Nivel I adopta como estrategia de intervención la Atención Primaria de Salud y en esta visión realiza sus tareas con amplia participación de los usuarios; del mismo modo, el Servicio se traslada a los lugares de trabajo bajo una visión de medicina laboral participativa y en la que se privilegia la promoción de la salud, para prevenir enfermedades de los trabajadores y a través de ellos, de las familias aseguradas.

9. ANALISIS DE LOS ACTORES

9.1. BENEFICIARIOS DIRECTOS

De manera directa se beneficiarán con la propuesta la población asegurada y beneficiaria a la Caja Petrolera de Salud en el departamento de La Paz; pero podrá servir de ejemplo demostrativo para su implementación nacional.

9.2. BENEFICIARIOS INDIRECTOS

Los beneficiarios indirectos son la población de cada departamento independientemente si cuenta o no con seguro, la población que se encuentra protegida a través del Sistema Integral de Salud. Asimismo, la población de cada departamento que cuenta con empresas legalmente establecidas en construcción, insumos y equipamiento médico.

Para el funcionamiento se beneficiarán los recursos humanos que acrediten ser médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, que serán contratados para el funcionamiento de los nuevos establecimientos de salud de primer nivel de atención.

Una vez puesta en funcionamiento se beneficiarán la población que cuenta con seguro al Sistema Integrado de Salud.

9.3. Oponentes

Los principales oponentes identificados son:

- En esencia no existen oponentes, porque la institución desde hace años viene buscando una mejora en la atención de salud a los asegurados.
- Sin embargo, la idiosincrasia de las autoridades de turno, las políticas nacionales y sectoriales también son determinantes.

9.4. AFECTADOS

Al ser una institución sin fines de lucro no se cuenta con afectados importantes.

10. CONTEXTO Y LUGAR DE LA INTERVENCIÓN

El contexto y lugar de intervención es el Departamento de La Paz y más propiamente los municipios de La Paz y El Alto donde la CPS cuenta con establecimientos de salud.

En total son 5 los establecimientos de salud, el Hospital Obrajes de tercer nivel de atención y 3 Poli consultorios de primer nivel (2 en el municipio de La Paz y 1 en la ciudad de El Alto) y el Hospital de la Plaza Isabela Católica en su momento de Tercer Nivel, actualmente sin acreditación.

11. ESTRUCTURA DE OBJETIVOS

11.1. OBJETIVO GENERAL

Mejorar la calidad de atención en la Red de Salud de la regional La Paz de la Caja Petrolera de Salud, a fin de contribuir al buen vivir de los asegurados a la CPS.

11.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar el perfil epidemiológico de la población asegurada, a fin de optimizar los gastos de inversión y la vigilancia epidemiológica.
- Desarrollar el modelo de atención por medio del desarrollo de sistemas para la otorgación de servicios con un enfoque de atención primaria, a fin de lograr una atención oportuna por niveles de complejidad creciente.
- Reducir los costos por medio de una planificación financiera por niveles de atención que prioricen servicios de promoción, prevención, rehabilitación y curativas.
- Lograr la participación de los asegurados en programas de prevención y promoción de las enfermedades prevalentes y accidentes laborales, a fin de lograr un mayor impacto en la salud de la población asegurada.

12. RESULTADOS ESPERADOS

RESULTADOS PARA EL OBJETIVO 1: *Identificar el perfil epidemiológico de la población asegurada, a fin de optimizar los gastos de inversión y la vigilancia epidemiológica.*

Los resultados esperados son:

- Perfil epidemiológico descrito, donde se identifica las 10 primeras enfermedades.
- Diseñado, validado e implementado un Sistema de Vigilancia

RESULTADOS PARA EL OBJETIVO 2: *Organizar un modelo de atención para la otorgación de servicios con un enfoque de atención primaria, a fin de lograr una atención oportuna por niveles de complejidad creciente.* Los resultados esperados son:

- Modelo de atención implementado
- Sistema de Planificación implementado por niveles de atención
- Estrategia de atención primaria de salud implementada en el Nivel I.

RESULTADOS PARA EL OBJETIVO 3: *Reducir los costos por medio de una planificación financiera por niveles de atención que prioricen servicios de promoción, prevención, rehabilitación y curativas.* Los resultados esperados son:

- Servicios de promoción y prevención bajo la estrategia de la atención primaria de salud para el Nivel I priorizados, planificados e implementados.
- Servicios de rehabilitación y curación para el Nivel III priorizados, planificados e implementados.
- Atención materna y de medicina laboral para el Nivel II, priorizados, planificados e implementados.

RESULTADOS PARA EL OBJETIVO 4: *Lograr la participación de los asegurados en programas de prevención y promoción de las enfermedades prevalentes y accidentes laborales, a fin de lograr un mayor impacto en la salud de la población asegurada.* Los resultados esperados son:

- Grupos de autoayuda funcionando, para la prevención y promoción en enfermedades prevalentes.

- Grupos de autoayuda funcionando, para la prevención y promoción en seguridad en el trabajo y riesgos laborales.

13. ACTIVIDADES Y PRESUPUESTO

Objetivo específico	Resultados esperados	Actividades	Presupuesto
1. Identificar el perfil epidemiológico de la población asegurada, a fin de optimizar los gastos de inversión y la vigilancia epidemiológica	Perfil epidemiológico publicado (se describe las 10 primeras enfermedades y factores de riesgo)	Protocolo elaborado, aprobado, impreso y socializado. Talleres y seminarios. Contratación de Consultoría	35,000 Bs.
		Levantamiento de información 2000 – 2005 – 2010 y 2015 por muestreo. Contratación de consultoría	32.000 Bs.
		Procesamiento y análisis Contratación de consultoría	30.000 Bs.
		Impresión de Resultados	5.000 Bs.
		COSTO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO	Total 92.000 Bs
	Sistema de Vigilancia implementado	Diseño, validación e implementación de Sistema de Vigilancia. Contratación Consultoría	65.000 Bs.
		Capacitación del personal. Talleres y seminarios	20.000 Bs.
		Desarrollo de sistema de información estadístico. Contratación de consultoría	150.000 Bs.
		COSTO PERFIL SISTEMA DE VIGILANCIA	Total 235.000 Bs
	TOTAL GENERAL OBJETIVO ESPECIFICO 1:		

Objetivo específico	Resultados esperados	Actividades	Presupuesto
2. Implementar un modelo de atención para la otorgación de servicios con un enfoque de atención primaria, a fin de lograr una atención oportuna por niveles de complejidad creciente	Modelo de atención implementado	Elaboración, aprobación, impresión y socialización. Contratación de Consultoría.	28.000 Bs.
		Capacitación.	15.000 Bs.
		COSTO PERFIL EPIDEMIOLOGICO	Total 43.000 Bs
	Sistema de Planificación implementado por niveles de atención	Elaboración, aprobación, impresión y socialización. Talleres y seminarios. Contratación de Consultoría	35.000 Bs.
		Impresión de instrumentos y procedimientos	15.000 Bs.
		Capacitación del personal	5.000 Bs.
		COSTO SISTEMA DE PLANIFICACION IMPLEMENTADO	Total 55.000 Bs
	Estrategia de atención primaria de salud implementada en el Nivel I	Capacitación en el Sistema de Planificación por Niveles de Atención. Contratación Consultoría	28.000 Bs.
		Organización de Talleres y seminarios	10.000 Bs.
		COSTO PERFIL SISTEMA DE VIGILANCIA	Total 38.000 Bs
TOTAL GENERAL OBJETIVO ESPECIFICO 2:			136.000 Bs.

Objetivo específico	Resultados esperados	Actividades	Presupuesto	
3. Lograr un control de costos por medio de intervenciones que tomen en cuenta la promoción, prevención, rehabilitación y curativas	Servicios de promoción y prevención bajo la estrategia de la atención primaria de salud implementados en el Nivel I.	Set de indicadores identificados y Manual de Comités de Análisis de Información elaboración, validación y aplicación. Contratación de Consultoría	35.000 Bs.	
		Impresión del Manual de Comités de Análisis de Información	28.000 Bs.	
		3 Reuniones de Comité de Análisis de Información, refrigerio	21,000 Bs.	
	COSTO SERVICIOS DE PREEVENCION Y PROMOCION			Total 84.000 Bs
	Servicios curativos y de rehabilitación implementados en el Nivel III.	Set de indicadores identificados y Manual de Comités de Análisis de Información elaboración, validación y aplicación. Contratación de Consultoría	El presupuesto se incluyó en el resultado y actividades anterior	
		Impresión del Manual de Comités de Análisis de Información		
		3 Reuniones de Comité de Análisis de Información, refrigerio		
	Atención materna y de medicina laboral implementados en el Nivel II	Set de indicadores identificados y Manual de Comités de Análisis de Información elaboración, validación y aplicación. Contratación de Consultoría	El presupuesto se incluyó en el resultado y actividades anterior	
		Impresión del Manual de Comités de Análisis de Información		
		3 Reuniones de Comité de Análisis de Información, refrigerio		
COSTO SERVICIOS DE PREEVENCION Y PROMOCION				
TOTAL GENERAL OBJETIVO ESPECIFICO 3:			84.000 Bs.	

Objetivo específico	Resultados esperados	Actividades	Presupuesto
4. Lograr la participación de los asegurados en programas de prevención y promoción de las enfermedades prevalentes y accidentes laborales, a fin de lograr un mayor impacto en la salud de la población asegurada	Grupos de autoayuda funcionando en la prevención y promoción.	Grupos de Autoayuda organizados según población a riesgo encontrado en el estudio de perfil epidemiológico	Sin costo, forma parte del trabajo operativo del equipo de salud
		Planificación del Nivel I que incluye la organización de Grupos de Autoayuda organizados	
		COSTO GRUPOS AUTOAYUDA	
	Grupos de autoayuda funcionando en seguridad y riesgos laborales	Grupos de Autoayuda organizados en los centros de trabajo	Sin costo, forma parte del trabajo operativo del equipo de salud
		Planificación del Nivel II que incluye los Grupos de Autoayuda organizados	
		COSTO PERFIL SISTEMA DE VIGILANCIA	
TOTAL GENERAL OBJETIVO ESPECIFICO 4:			s/costo

14. INDICADORES POR OBJETIVOS ESPECIFICOS

Objetivo Específico 1:

- Prevalencia de las 10 primeras causas de morbilidad y mortalidad
- Carga de morbilidad de las enfermedades prevalentes
- Identificados los Factores de Riesgo por enfermedades prevalentes
- Vigilancia de Factores de Riesgo y Enfermedades prevalentes

Objetivo Específico 2:

- Plan estratégicos de la CPS Administración Departamental de La Paz
- Planes Operativos Anuales evaluados

Objetivo Específico 3:

- Informes cuatrimestrales y anual de seguimiento de producción de servicios (Set de Indicadores)
- Informes cuatrimestrales y anual de seguimiento de morbilidad y mortalidad (Set de Indicadores)

Objetivo Específico 4:

- Grupos de Autoayuda organizados en enfermedades prevalentes
- Grupos de Autoayuda organizados en centros de producción

15. FUENTES DE VERIFICACION

Objetivo Específico 1: Informes específicos e indicadores reportados

Objetivo Específico 2: Documentos certificados por la MAE por responsables

Objetivo Específico 3: Indicadores de proceso reportados e informes

Objetivo Específico 4: Incorporación de la población asegurada

16. SUPUESTOS

Existen algunos intereses particulares identificados que pueden beneficiar u obstaculizar la propuesta entre ellas se encuentran las siguientes:

- El personal de salud realiza registro de atenciones.

- Los establecimientos cuentan con material logístico.
- La población acude a los establecimientos de salud
- La población conoce sobre la apertura de los nuevos establecimientos de salud de primer nivel con capacidad resolutive instalada.
- El Honorable Directorio y el Director General Ejecutivo aprueba el proyecto de inversión.
- Las Administraciones Desconcentradas aprueba recursos económicos para la contratación de recursos humanos y equipamiento.
- Las empresas constructoras realizan la entrega de los nuevos establecimientos de salud en los tiempos establecidos.

17. ANALISIS DE VIABILIDAD

Se considera la propuesta viable porque la propuesta cuenta con parámetros técnicos propios del área, se encuentra elaborada dentro la normativa legal vigente, será financiado por la Dirección General Ejecutiva y por las Administraciones Desconcentradas involucradas en la propuestas, la política actual es garantizar el acceso a la salud de las personas desprotegidas, el daño ambiental con la propuesta es mínimo pero controlable.

18. ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD

18.1. FACTIBILIDAD SOCIAL

La población beneficiaria ha manifestado continuamente su malestar por la falta de oportunidad en la atención y la institución ha realizado esfuerzos por lograr mejorar la situación que no han dado resultados.

El proyecto responde a las necesidades de la CPS y será reproducido en todo el país a nivel de la CPS

18.2. FACTIBILIDAD CULTURAL E INTERCULTURAL

Lo que se busca es precisamente la estrategia de APS, para lograr incorporar a la Población asegurada en el sistema de planificación y como sujeto de intervenciones principalmente del Nivel I.

18.3 FACTIBILIDAD ECONÓMICA

Como se menciona en los indicadores institucionales actuales, muchas actividades propias del Nivel I se realizan en el tercer Nivel.

En general no existe una norma que regule la atención según su riesgo.

18.4 FACTIBILIDAD DE GÉNERO

En el sector salud existe un sesgo natural en favor de la atención privilegiada al sexo femenino, de hecho el proyecto busca convertir el Nivel II en un Hospital donde se privilegie la atención materna e infantil que hoy se atiende en el Hospital de Nivel III.

19. ANÁLISIS DE SOSTENIBILIDAD DEL PROYECTO

La Caja Petrolera de Salud cuenta con recursos económicos que ingresan de forma mensual provenientes de los aportes patronales.

Los ingresos alcanzaron a Bs. 305.152.234 y los egresos a Bs. 223.150.006 bolivianos se cuenta con un excedente de 82.002.227 millones de bolivianos.

20. IMPACTO ESPERADO DE LA PROPUESTA

Los impactos esperados de la propuesta se basa en un acceso oportuno de la población asegurada a los establecimientos de salud, eliminándose las filas desde altas horas de la mañana para acceder a una ficha de consulta médica, se reducirán la exposición al riesgo extraordinario de los pacientes, por tanto a largo plazo se espera la reducción de las enfermedades prevalentes y consigo la reducción de la morbimortalidad de la población protegida.

21. FUENTES DE FINANCIAMIENTO PARA EL PRESUPUESTO

El financiamiento del proyecto está garantizado con recursos institucionales de la CPS

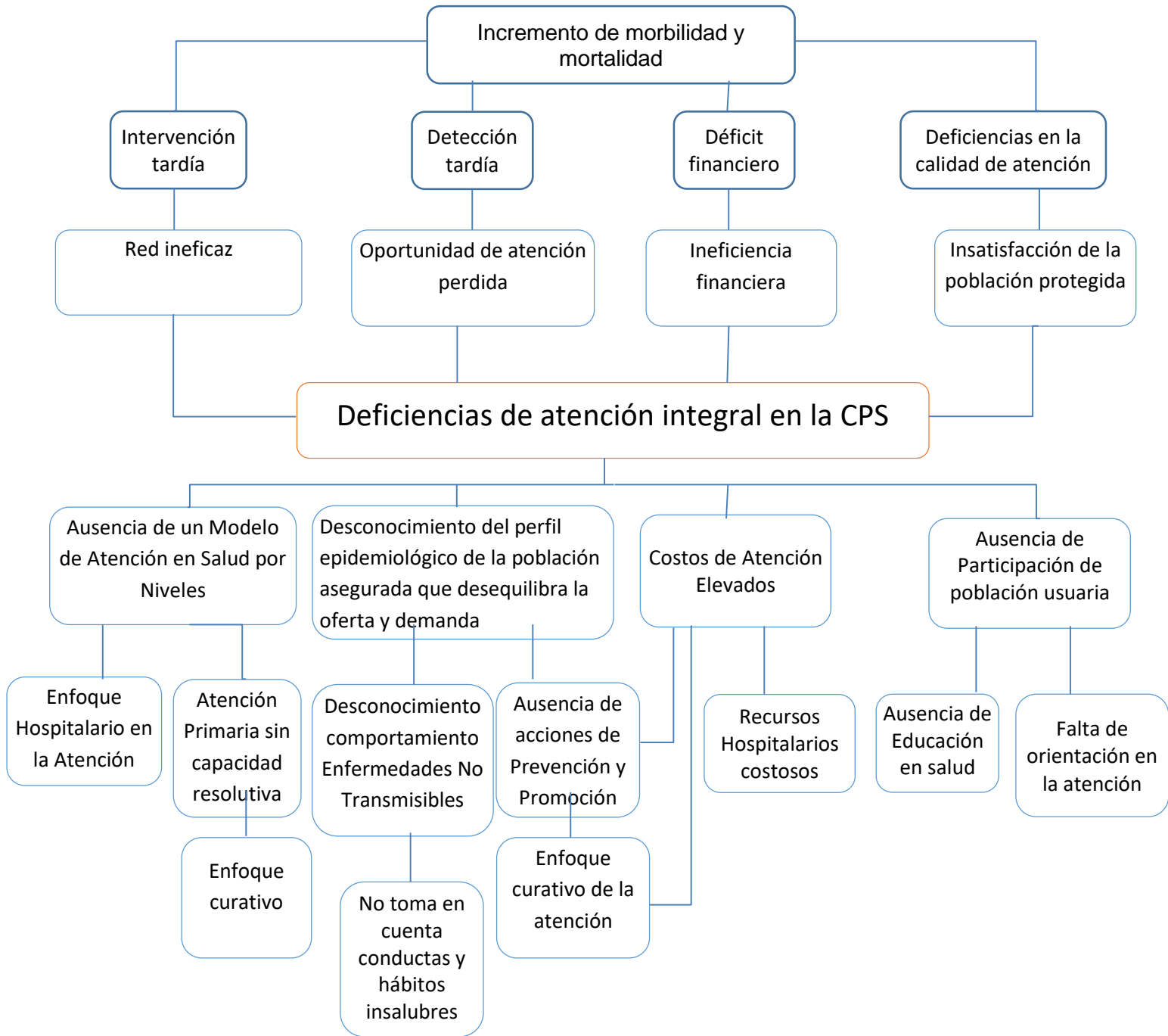
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Ministerio de Salud y Deportes. Bolivia. Serie Documentos Técnico Normativos. Publicación 284.
2. Reunión Nacional de Análisis de Información en Salud. Informe de Resultados, 28 al 30 de junio 2016 La Paz.
3. Reunión Nacional de Análisis de Información en Salud. 28 al 30 de junio 2016 La Paz.
4. Ministerio de Salud y Deportes. Norma Nacional de Caracterización de Establecimientos de Salud de Primer Nivel. Serie Documentos Técnico-Normativos No. 284, 2013
5. Caja Petrolera de Salud. Plan Estratégico Institucional 2010-2014.
6. Juan N. Téllez. El Vivir Bien en el Contexto de Desarrollo de Bolivia. Observatorio del Desarrollo, Volumen II, No. 6
7. Ministerio de Salud y Deportes. Salud Familiar Comunitaria Intercultural. Documento Técnico Normativo No. 171. 2009
8. Gaceta Oficial de Bolivia. Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia. 7 de febrero del 2009
9. Gaceta Oficial de Bolivia. Código de la Seguridad Social. D.S. 5315, de 30 agosto de 1959.
10. Plan Nacional de Desarrollo: Bolivia Digna, Soberana, Productiva y Democrática para Vivir Bien - Lineamientos Estratégicos, D.S. No. 29272, 12 de septiembre de 2007
11. Caja Petrolera de Salud. Modelo de Gestión y Atención. Aprobado a través de RH Gestión 2013.
12. Ministerio de Salud del Ecuador, Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública. Manual del Modelo de Atención Integral de Salud MAIS. 2013
13. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Modelo de Atención Integral de Salud, República Argentina.

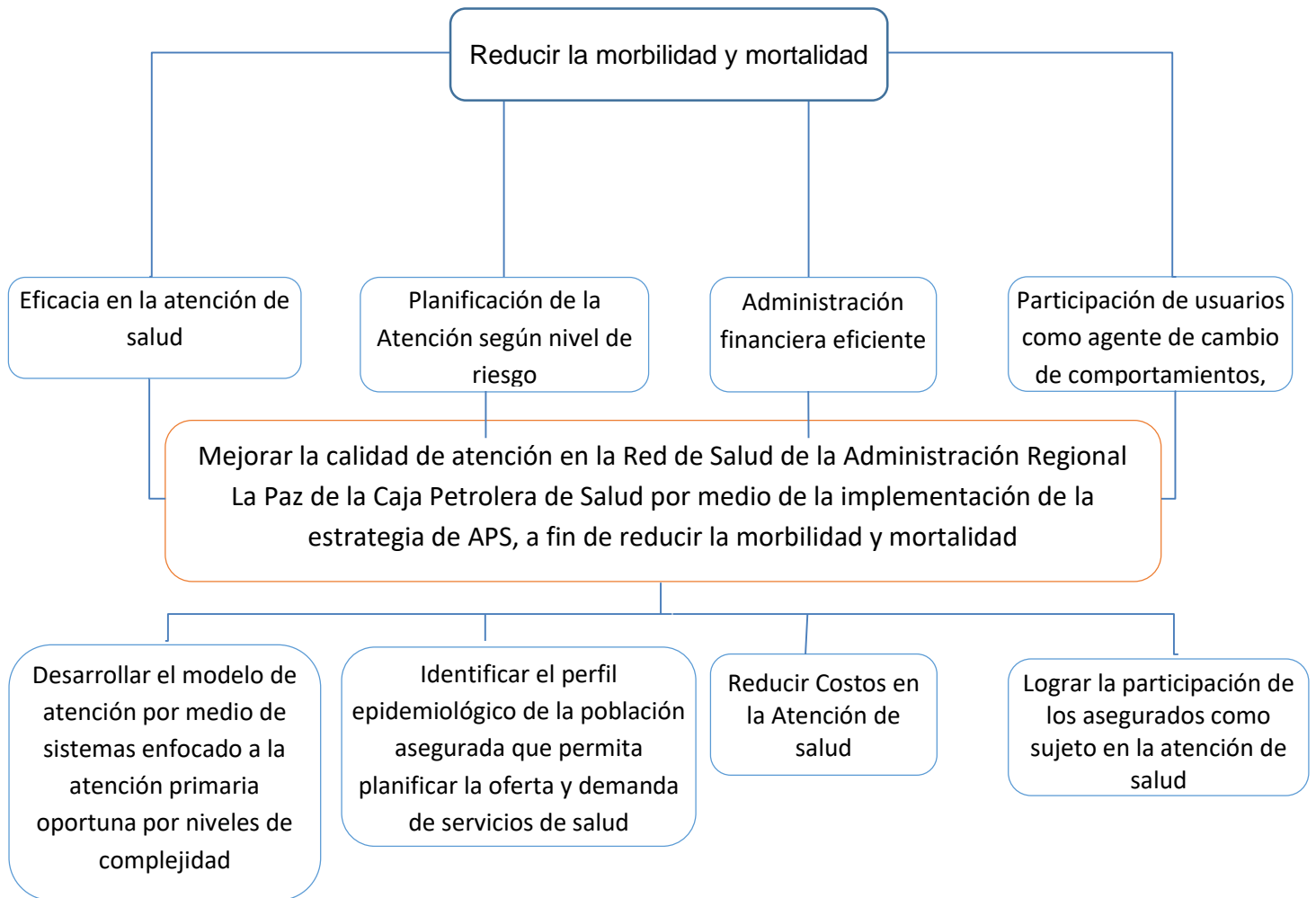
14. Caja Petrolera de Salud. Datos estadísticos presentados en la Reunión de Análisis de la Información Nacional 2015.
15. Caja Petrolera de Salud. Informes estadísticos mensuales de la Administración La Paz, gestiones 2016, 2017.

ANEXOS

1. ARBOL DE PROBLEMAS



2. ARBOL DE OBJETIVOS



3. PRESUPUESTO

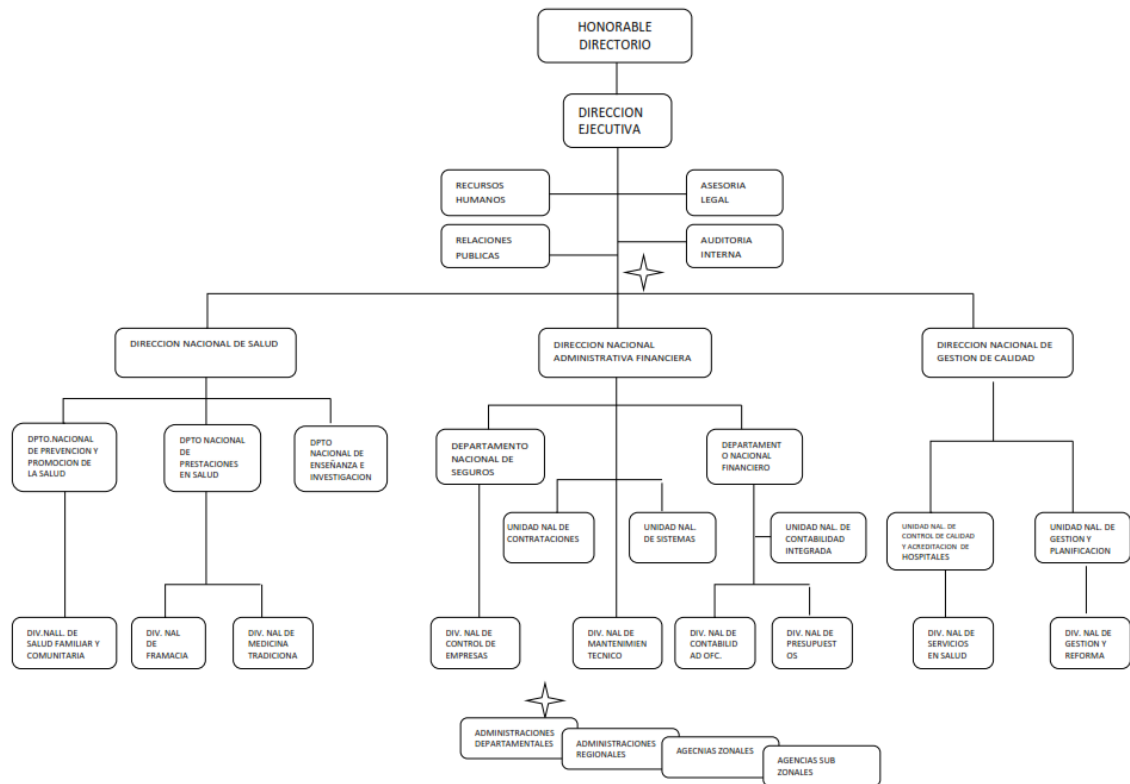
Descrito en detalle en el numeral 10: ACTIVIDADES Y PRESUPUESTO

RESUMEN

- Presupuesto para el Objetivo 1/Resultados/Actividades Bs. 327.000
- Presupuesto para el Objetivo 1/Resultados/Actividades “ 136.000
- Presupuesto para el Objetivo 1/Resultados/Actividades “ 84.000
- Presupuesto para el Objetivo 1/Resultados/Actividades s/costo

Presupuesto Total: Bs 547.000

4. ESTRUCTURA INSTITUCIONAL



5. CRONOGRAMA

Objetivo específico	Resultado Esperado	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
1	Perfil epidemiológico publicado					
	Sistema de Vigilancia implementado					
2	Modelo de Atención implementado					
	Sistema de Planificación implementado					
	Estrategia de APS implementada					
3	Servicios de promoción y prevención implementados en el Nivel I					
	Servicios curativos y de rehabilitación implementados en el Nivel III					
	Atención materna y de medicina laboral implementados en el Nivel II					
4	Grupos de autoayuda funcionando en la prevención y promoción.					
	Grupos de autoayuda funcionando en seguridad y riesgos laborales					

6. PLAN DE EJECUCION DEL PROYECTO

Objetivo específico	Resultado Esperado	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
1	Perfil epidemiológico publicado	FASE DE IMPLEMENTACION			1ra. EVALUACION Y REAJUSTE	EVALUACION FINAL
	Sistema de Vigilancia implementado					
2	Modelo de Atención implementado					
	Sistema de Planificación implementado					
	Estrategia de APS implementada					
3	Servicios de promoción y prevención implementados en el Nivel I					
	Servicios curativos y de rehabilitación implementados en el Nivel III					
	Atención materna y de medicina laboral implementados en el Nivel II					
4	Grupos de autoayuda funcionando en la prevención y promoción.					
	Grupos de autoayuda funcionando en seguridad y riesgos laborales					

7. SISTEMA DE MONITOREO Y EVALUACION DEL PROYECTO

Medición de Indicadores de resultado