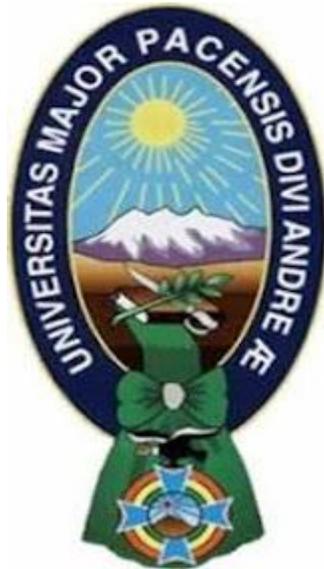


**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA
UNIDAD DE POSTGRADO**



**GRADO DE AVANCE EN EL MONITOREO, EVALUACIÓN Y
ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD DEL SERES, EN EL
MUNICIPIO DE EL ALTO EN LA GESTIÓN 2014**

**POSTULANTE: Miriam Svenka Gonzáles Rocabado
TUTOR: Dr. Msc. Jimmy Alejo Pocoma**

**Tesis de Grado presentada para optar al título de
Magister Scientiarum en Salud Publica, Mención Gerencia
en Salud**

**La Paz - Bolivia
2014**

INDICE

INDICE DE TABLAS.....	4
INDICE DE GRÁFICOS	5
ACRÓNIMOS	6
RESUMEN EJECUTIVO	7
1. INTRODUCCIÓN	9
2. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN.....	10
3. MARCO TEÓRICO.....	15
3.1 FESP 1 Monitorización, evaluación y análisis de estado de salud.....	15
3.1.2 Indicadores.....	15
3.2 MONITOREO.....	18
3.2.1 Definición.....	18
3.2.2 Monitoreo en Salud.....	19
3.2.3 Sistema de Monitoreo.....	19
3.3 EVALUACIÓN.....	19
3.3.1 Definición	19
3.3.2 Evaluación de Programas de Salud.....	20
3.4 ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD (ASIS):.....	21
3.4.1 Propósito del Análisis de la Situación de Salud.....	22
3.4.2 Utilidades del ASIS.....	22
3.4.3 Medición de Inequidades de salud.....	24
3.5 SISTEMA NACIONAL EN INFORMACIÓN Y VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA.....	25
3.5.1 Definición del SNIS - VE.....	25
3.5.2 Objetivos Estratégicos.....	25
3.5.3 Funciones.....	26
3.5.4 Porque es un Sistema de Vigilancia de Salud Pública.....	27
3.5.5 Intersectorialidad e Interinstitucional.....	27
3.5.6 Ciclo de la Información.....	28
3.5.7 Instrumentos del SNIS - VE.....	28
3.5.8 Flujo de Información del SNIS - VE.....	29
3.5.9 Áreas que Conforman el SNIS - VE.....	29
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	31
5. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	32
6. REVISION BIBLIOGRÁFICA	33
7. OBJETIVOS.....	39
7.1. OBJETIVO GENERAL.....	39
7.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	39

8. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	39
8.1. CONTEXTO O LUGAR DE INTERVENCIONES	40
8.1.2 UBICACIÓN GEOGRÁFICA	41
8.1.2.1. <i>Latitud y longitud</i>	41
8.1.2.2 <i>Límites territoriales</i>	41
8.1.3 <i>Salud</i>	42
8.1.4 HISTORIA DEL SERES.....	45
8.2. MEDICIONES	47
8.2.1. <i>UNIDAD DE OBSERVACIÓN</i>	48
8.2.2. <i>INFORMANTES CLAVE</i>	49
8.2.3. <i>PLAN DE ANÁLISIS</i>	49
8.2.4. <i>ANÁLISIS ESTADÍSTICOS</i>	50
9. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	51
10. DISCUSIÓN.....	60
11. IMPLICACIONES DE LOS RESULTADOS	62
12. AUDIENCIAS INTERESADAS EN LOS RESULTADOS	63
13. CONCLUSIONES.....	64
14. RECOMENDACIONES	65
15. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	66
16. ANEXOS.....	69
ANEXO 1: GUÍA ADECUADA Y VALIDADA DE LA FESP	70
Anexo 2: Lista de Verificación de Indicadores y subindicadores.....	76
Anexo 3: Cronograma de actividades.....	81 -82
Anexo 4: Mapa de la Ciudad de El Alto.....	83
Anexo 5: Distribución de Establecimientos de salud por Niveles de Atención.....	84
Anexo 6: Redes de Salud en El Alto.....	85
Anexo 4: Mapas de las Redes de Salud.....	86- 89
Anexo 5: Análisis Integral de Atención a la Mujer Gestión 2012 – 2013.....	90
Anexo 6: Mortalidad Materna gestión 2012 - 2013.....	91 - 92
Anexo 7: Desempeño de la FESP 1 en los países de la región.....	93
Anexo 8: Gráficos comparativos con otros estudios.....	94 - 97

INDICE DE TABLAS

Tabla 1	Aspectos Demográficos Población Total, El Alto, 2010.....	41
Tabla 2	Informantes Claves del SERES, de Acuerdo a su Cargo.....	49
Tabla 3	Desempeño de Indicadores y subindicadores, por cuartiles.....	50
Tabla 4	Medición del Desempeño del Monitoreo, Evaluación y análisis de la Situación de Salud, por indicadores en el SERES, gestión 2014.....	52
Tabla 5	Medición del Desempeño del Monitoreo, Evaluación y análisis de la Situación de Salud, por subindicadores en el SERES, gestión 2014.....	53

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Distribución de establecimientos de Salud, según Niveles de Atención, en el Municipio de El Alto, 2013.....	43
Gráfico 2	Distribución de establecimientos de Salud, según Redes de Salud, en el Municipio de El Alto, 2013.....	43
Gráfico 3	Clasificación de atención de salud por subsectores, El Alto, 2013	44
Gráfico 4	Avance del Monitoreo, Evaluación y Análisis de la Situación de Salud, por indicadores en el SERES, gestión 2014	51
Gráfico 5	Monitoreo, Evaluación y análisis de la Situación de Salud, por subindicadores, en el SERES, gestión 2014	52

INDICE DE ACRÓNIMOS

ASIS	Análisis de la Situación de Salud
ASN	Autoridad Sanitaria Nacional
CAI	Comité de Análisis de Información
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
COLOSA	Comité Local de Salud
COMUSA	Comité Municipal de Salud
COR	Central Obrera Regional
CPE	Constitución Política del Estado
DILOS	Dirección Local de Salud
FESP	Funciones Esenciales de la Salud Pública
INE	Instituto Nacional de Estadística
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
POA	Plan Operativo Anual
SEDES	Servicio Departamental de Salud (La Paz)
SERES	Servicio Regional de Salud
SESO	Seguro Escolar Obligatorio
SIS	Sistema Integral de Salud
SNIS-VE	Sistema Nacional de Información en Salud y Vigilancia Epidemiológica
SSPAM	Seguro de Salud Para el Adulto Mayor
SUMI	Seguro Universal Materno - Infantil
UMSA	Universidad Mayor de San Andrés
UPEA	Universidad Pública de El Alto
VSP	Sistema Integral de Vigilancia

RESUMEN EJECUTIVO

Es de vital importancia tomar en cuenta la salud en toda la población mundial con programas que ayuden a mejorar la calidad de la misma. En el país con la normativa basada en la Constitución política del Estado principalmente, el Plan Sectorial de Desarrollo 2010 – 2020 en que la intersectorialidad demuestra no sólo la relación con los factores de riesgo y con las enfermedades, relacionándolo con el “Vivir bien” como a las responsabilidades del estado mediante las políticas de protección; donde la Salud Pública es fundamental para el desarrollo de una ciudad joven, en crecimiento acelerado con entorno social distinto, como es el Municipio de El Alto, al igual que su ente rector de salud ya desconcentrado como es el SERES El Alto, que de acuerdo a normativas cumple la función de Autoridad de Salud, apoyado en el SEDES La Paz y en el Ministerio de Salud.

Es de gran importancia para el SERES evaluar el grado de avance las Funciones Esenciales de la Salud Pública, para poder cumplir políticas de salud, asegurando la identificación de necesidades y prioridades en salud, así como la identificación de intervenciones y programas apropiados y la evaluación de su impacto; como también sirven para la negociación política, la conducción institucional, la movilización de recursos y la diseminación de información en salud.

Es por ello que el presente trabajo evaluó el grado de avance de la primera función esencial de la Salud Pública: **Monitoreo, Evaluación y Análisis de la Situación de Salud del SERES** en la gestión 2014, por lo que se realizó un estudio descriptivo transversal, con el instrumento ya conocido de la OPS. Dentro de ello se evalúa las Guías y procesos, desarrollo de la evaluación de la calidad de la información, apoyo experto y recursos humanos, verificar el soporte tecnológico y asesoría y apoyo técnico a nivel de redes para el monitoreo y evaluación del estado de salud. Una vez aplicado se traduce en el resultado de 0,48 lo que indica que está en el cuartil de desempeño medio inferior.

Dentro de éste se observó, al igual que en los otros estudios, el puntaje mayor en el indicador relacionado con el Apoyo experto y recursos para el monitoreo y evaluación del estado de salud, por la capacidad del personal que ayuda con el control de variables sociodemográficas, el perfil del estado de salud, pero con limitaciones en la difusión de la propia información, porque no es continua.

Los indicadores relacionadas con las Guías y procesos de monitoreo y evaluación de salud como la evaluación de la calidad de la información, están en el cuartil de desempeño medio superior, porque se cuentan con instrumentos adecuados para la recolección de información, como son los diferentes instrumentos del SNIS, entre otros, como también el cumplimiento de Guías y procesos a nivel departamental como nacional.

En los últimos indicadores, son los que se encuentran en el cuartil de desempeño mínimo, por la carencia de equipamiento tecnológico como el internet, el software, correos en centros de salud, impide tener en tiempo real la información estadística oportuna y veraz tanto local como regional; siendo ésta una debilidad importante conjuntamente con la falta de capacitación permanente ya sea a nivel central como intermedio.

Por lo que las recomendaciones es mejorar el área tecnológica, para el apoyo a la recolección de datos en tiempo real, para el SERES, a nivel regional y nacional. Capacitación permanente al personal, en todos los niveles, explotando así el talento humano. Fortalecer el Departamento de Relaciones Públicas y Comunicación, para la difusión periódica y continua de todos los resultados obtenidos, para involucrar a toda la población del Municipio de El Alto, en acciones de promoción, prevención y de acción ante cualquier situación que ponga en peligro la salud.

1. INTRODUCCIÓN

Al conocer los estudios de las Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP) en otras regiones de Latinoamérica, como sus objetivos que ayuden a la mejora de la salud, ya sea a nivel nacional como regional, vemos que es de vital importancia que dichas funciones sean evaluadas en una urbe joven, diseminada en forma irregular, multicultural, diversa económicamente y con crecimiento dinámico, como es la ciudad de El Alto, lo que conlleva a conocer las necesidades, prioridades y políticas que fortalezcan principalmente en el área de salud pública a nivel local.

Siendo la iniciativa del Servicio Regional de Salud (SERES) El Alto, apoyado en la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Postgrado de Salud Pública en Mención Gerencia, promoviendo la investigación de las Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP), dado que los últimos estudios se realizaron en el 2001, a nivel nacional, no reflejan la realidad actual en la que se viene desarrollando el sistema de salud, más aun que el Municipio de El Alto tiene una población que demuestra ser la segunda más grande en Bolivia(1).

Éste es el primer estudio a nivel local en la ciudad de El Alto, que tiene una cantidad de población similar a la ciudad de La Paz y con un Servicio de Salud desconcentrado, como es el SERES, para demostrar el grado de avance de las FESP en el propio SERES del Municipio de El Alto.

El Objetivo del presente estudio de la FESP 1 “**Monitoreo, Evaluación y Análisis de la Situación de Salud**” del SERES en la gestión 2014, mediante un análisis descriptivo transversal, a través del instrumento creado para éste objetivo, el cual da respuesta a indicadores y subindicadores, los que nos permitirán evidenciar el grado de avance de ésta FESP, para que posteriormente se creen estrategias de mejora continua en el propio sistema.

2. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

En el marco legal de la Nueva Constitución Política del Estado (CPE)(2) desde el art. 18 donde menciona que: I. “Todas las personas tiene derecho a la salud”; II “El estado garantiza la inclusión y el acceso a la salud de todas las personas, sin exclusión ni discriminación alguna”; III “El sistema de salud será universal, equitativo, gratuito, intracultural, intercultural, participativo con calidad, calidez y control social. El sistema se basa en principios de solidaridad, eficiencia y corresponsabilidad y se desarrolla mediante políticas públicas en todos los niveles del gobierno”. Como el Art. 35: I. “El estado en todos los niveles, protegerá el derecho a la salud, promoviendo políticas públicas orientadas a mejorar la calidad de vida, bienestar colectivo y el acceso gratuito de la población a los servicios públicos”. II. “El sistema de salud es único e incluyente a la medicina nacional de las naciones y pueblos indígenas originarios campesinos”. Art 36: I. “El estado garantizará el acceso seguro universal de salud”. II. “El estado controlará el ejercicio de los servicios públicos y privados de salud, y lo regulará mediante ley”. Art. 37. El estado tiene la obligación indeclinable de garantizar y sostener el derecho de salud, que constituye en una función suprema y primera responsabilidad financiera. Se priorizará la promoción de salud y la prevención de las enfermedades. Siendo la segunda política la SAFCI con sus tres ejes: 1. Acceso universal al sistema único SAFCI; 2. Promoción de salud y movilización social y 3. Rectoría y soberanía en salud

Al igual que el Plan Sectorial de Desarrollo 2010 – 2020, en que la intersectorialidad demuestra no sólo la relación con los factores de riesgo y con las enfermedades, relacionándolo con el “Vivir Bien”, como a las responsabilidades del Estado mediante las políticas en la protección;(3) y mencionada como: “El acceso a la salud, educación, y deporte” para así formar seres humanos integrales, siempre protegiendo a cada boliviano y boliviana.(4)

Siendo el principio de la política de salud, ver a la salud como un derecho humano y social fundamental, como un bien público y es responsabilidad del Estado garantizar la salud de todas las bolivianas y los bolivianos (2)

Con programas a nivel nacional como: Programa Multisectorial Desnutrición Cero, Programa Nacional de Salud Oral, Programa de Control de Tuberculosis, Programa Nacional de Salud Renal, Programa Nacional de Enfermedades No Transmisibles, Programa SAFCI, Coordinación Nacional de Laboratorio. Unidades: de epidemiología, de medicamentos, de servicios de salud y calidad; de seguros públicos de Salud. Bono Juana Azurduy. Sistema de información del Programa de Registro Único Nacional de la Persona con Discapacidad.(5)

También se cuenta el SNIS – VE, que es un conjunto de instrumentos y procedimientos destinados a la captación, sistematización, consolidación, retroalimentación y análisis de datos e información útiles para la toma de decisiones gerenciales y epidemiológicas destinadas a la vigilancia de la salud pública. Con sus áreas de estructura, el área de control de calidad, área de vigilancia epidemiológica para el análisis de la situación de salud y los sistemas informáticos, que son de gran ayuda para la tarea de éste trabajo.(6)

A nivel mundial, los Objetivos del Milenio, en los que varias Instituciones a nivel mundial están involucradas en la salud, como ser: la OMS, la OPS, CEPAL entre otras, son de interés nacional como mundial, especialmente los países en desarrollo.

Es así que con el apoyo del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) aprobó el apoyo a la iniciativa de fortalecer la salud pública en las Américas, con el fin de mejorar el ejercicio de la salud pública y fortalecer el liderazgo de las autoridades sanitarias en todos los niveles del estado, a partir de la definición y medición de las Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP). Es importante recalcar que la Salud Pública es una rama de la medicina cuyo

interés fundamental es la preocupación por los fenómenos de salud en una perspectiva colectiva, vale decir, de aquellas situaciones que, por diferentes circunstancias, pueden adoptar patrones masivos en su desarrollo.

El concepto de funciones esenciales de salud pública hace referencia a la percepción de la salud pública como una obligación social donde el Estado desempeña el papel de actor conductor por medio de la autoridad sanitaria, que es el instrumento institucional, portador de funciones ejecutivas que deben ser capaz de movilizar a la sociedad en general y a los diversos actores pertinentes y realizar las intervenciones necesarias para la construcción operativa de una salud pública eficaz. Las FESP constituyen el núcleo de la caracterización funcional de todo el campo de la salud pública y son, a su vez, requisito indispensable para mejorar la salud de la población. (7)

Es por eso que la salud pública está involucrada en la calidad de atención y en la gestión de salud, con las funciones esenciales, siendo éste el núcleo funcional estratégico, ya que las mismas están bajo y hay tres tipos de razones que lo justifican, y hasta obligan a llegar a esa conclusión.

En primer lugar, el Estado es el principal actor institucional de la salud pública y es una entidad individualizada desde el punto de vista operativo, con personalidad jurídica e instrumentos de actuación propios y poderosos. La identificación operativa, en particular, la asignación de responsabilidades y la posibilidad de reclamar su cumplimiento, se hace todavía más fácil si se centra en las instituciones pertenecientes al Estado que son responsables directos del sector de la salud (el ministerio o la secretaría de salud), a las que denominaremos autoridad sanitaria, representada por el SERES El Alto, distrito/redes de salud en la intermedia o local (hospitales).

En segundo lugar, los objetos de la salud pública son, mayoritariamente, de naturaleza pública, tales como los bienes públicos o de mérito social y, por lo tanto, el principal responsable es también el Estado.

Por último, una de las funciones más importantes del Estado en materia de salud pública es la movilización de la sociedad civil y la capacitación de la población para la participación social.

De este modo, a partir de las funciones estatales desempeñadas por la autoridad sanitaria, no sólo es posible alcanzar a todos los demás actores y todo el campo de la salud pública, sino que también resulta ser la manera más adecuada y, estratégicamente, la forma más poderosa de hacerlo. Así, el uso de los instrumentos de actuación del Estado es la base obligatoria y la mejor para la práctica más eficaz de la salud pública. (8)

La OPS, pone énfasis en las FESP para mejorar la práctica de la salud pública en los niveles nacionales y sub-nacionales y fortalecer el liderazgo de las autoridades nacionales respecto al conjunto del sistema de salud. Siendo que, la medición de las FESP permite fortalecer la noción de autoridad sanitaria:

- Definir las políticas de salud en forma coherente con los principios inspiradores de los sistemas de salud (equidad, eficiencia, respuesta a las expectativas ciudadanas, por ejemplo)
- Asegurar su implementación y su desarrollo en forma concordante con los mismos principios.(6)

Es por ello de la importancia del Monitoreo, Evaluación y Análisis de la situación de salud facilita también la identificación de necesidades y prioridades en salud, así como la identificación de intervenciones y programas apropiados y la evaluación de su impacto; como también sirven para la negociación política, la

conducción institucional, la movilización de recursos y la disseminación de información en salud. La meta principal de los ASIS es contribuir a la toma racional de decisiones para la satisfacción de las necesidades de salud de la población con un máximo de equidad, eficiencia y participación social.

Tomando la iniciativa los países de Latinoamérica y del Caribe de evaluar las FESP. En Bolivia se realizó la última evaluación de las Funciones Esenciales de la Salud Pública en el 2001, en forma global en todo el país y en un taller de dos días de duración.(9) Desde entonces Bolivia ya ha crecido en número y por ende en necesidades, las cuales son de interés público.

Considerando que el Municipio de El Alto ya cuenta con una Unidad de Salud Desconcentrada, con la población muy semejante a la ciudad de La Paz, con las mismas necesidades, requiere documentarse el grado de avance de las Funciones Esenciales de la Salud Pública y por ende de la primera función: Monitoreo, Evaluación y Análisis de la Situación de Salud del SERES.

El presente estudio desea verificar y/o medir el grado de avance que tiene el SERES en el Municipio de El Alto en cuanto al Monitoreo, Evaluación y Análisis de la Situación de Salud, con el fin de mejorar gestión.

3. MARCO TEORICO

3.1 FESP 1: Monitoreo, Evaluación y Análisis de la Situación de Salud

3.1.1. Definición:

- La evaluación actualizada de la situación y las tendencias de salud del país y de sus factores determinantes, con atención especial a la identificación de desigualdades en los riesgos, en los daños y en el acceso a los servicios.
- La identificación de las necesidades de salud de la población, incluidas la evaluación de los riesgos de la salud y la demanda de servicios de salud.
- El manejo de las estadísticas vitales y de la situación específica de grupos de especial interés o de mayor riesgo.
- La generación de información útil para la evaluación del desempeño de los servicios de salud.
- La identificación de recursos externos al sector que puedan mejorar la promoción de la salud y el mejoramiento de la calidad de vida.
- El desarrollo de la tecnología, la experiencia y los métodos para el manejo, interpretación y comunicación de la información a los responsables de la salud pública, incluidos los actores externos, los proveedores, y los ciudadanos.
- La definición y el desarrollo de organismos de evaluación de la calidad de los datos reunidos y de su correcto análisis.(7)

3.1.2. Indicadores:

1. Guías de seguimiento y evaluación del estado de salud, que implica:

- Aplicación de Guías para medir y evaluar el estado de salud en todos los niveles del sistema de salud pública. Estando en relación con el sistema nacional integrado de monitoreo y evaluación del estado de salud, especialmente orientado a la identificación de desigualdades.

- Tener protocolos específicos para proteger la confidencialidad de los datos personales.
- Conocer los perfiles del estado de salud que influyen la asignación de recursos y la priorización de los problemas de salud en la comunidad utilizando criterios de equidad. Teniendo en cuenta las tendencias en los parámetros del estado de salud, correlaciones con factores de riesgo, análisis de acuerdo a género y otras variables relevantes.

2. Evaluación de la calidad de la información, que implica la evaluación de:

- Contar con instancias de evaluación objetiva de la calidad de la información que se produce en los distintos niveles del sistema de salud
- Disponer de protocolos y normas para la producción, análisis e interpretación de los datos de manera que los instrumentos usados sean comparables en todo el país, permitiendo además aquellas comparaciones internacionales aceptadas por el país
- Actualizar estos instrumentos, protocolos y normas permanentemente según el avance tecnológico y de conocimientos, y según las necesidades locales de información, siempre en coordinación con otras instituciones nacionales que producen datos relevantes para el monitoreo del estado de salud con el fin de asegurar la calidad de los mismos.

3. Apoyo experto y recursos para el seguimiento y evaluación del estado de salud, que evalúa:

- Contar con personal experto en la recolección, evaluación, gestión, traducción, interpretación, difusión y comunicación de los datos sobre el estado de salud, desarrollando capacidades especializadas para el monitoreo y evaluación en función de las características del perfil de salud.
- Tener acceso a expertos y recursos necesarios para transformar los datos en información útil para quienes toman decisiones en materia de políticas de salud y para los líderes y representantes de la comunidad involucrados en la planificación de las actividades de salud.

Además de contar con estas capacidades en los distintos niveles del sistema de salud pública, el nivel regional debe contar con tener acceso a, al menos, un profesional con entrenamiento en Epidemiología al nivel de maestría.

4. Apoyo tecnológico para el seguimiento y evaluación del estado de salud, que evalúa:

- Contar con recursos computacionales para el monitoreo y evaluación del estado de salud en todos sus niveles, que sea capaz de compartir datos de diversas procedencias y convertirlos a formatos estandarizados, utilizando una red computacional de comunicación de alta velocidad para vincularse con otros organismos y personas en el ámbito nacional e internacional
- Garantizando el entrenamiento de las personas que manejan y acceden a estos sistemas de datos y registros computacionales para usar de buena forma estos recursos en todos los niveles del sistema de salud pública

5. Asesoría y apoyo técnico a las instancias de redes (adaptado al Municipio de El Alto) de salud pública, que evalúa.

- Colaboración con los niveles Subnacionales de Salud Pública para asegurar la oportuna recolección, análisis y difusión de información que apoye el desarrollo y evaluación de políticas de salud, ofreciendo medios, capacitación y entrenamiento en la recolección, interpretación y uso de los datos para los profesionales de los niveles Subnacionales y Apoyando la preparación y publicación de diagnósticos de salud comunitarios y comunicando la disponibilidad de este apoyo a toda la jurisdicción(10)

3.2 MONITOREO:

3.2.1 DEFINICIÓN

Monitoreo es el proceso sistemático de recolectar, analizar y utilizar información para hacer seguimiento al progreso de un programa en pos de la consecución de sus objetivos, y para guiar las decisiones de gestión. El monitoreo generalmente se dirige a los procesos en lo que respecta a cómo, cuándo y dónde tienen lugar las actividades, quién las ejecuta y a cuántas personas o entidades beneficia.(11)

El monitoreo es una de las herramientas de evaluación que tiene una organización para asegurar que sus recursos sean utilizados con el máximo de eficiencia para responder a los objetivos fijados. Está considerado como uno de los más importantes instrumentos de gestión y garantía de calidad de una organización, cualquiera fuere su naturaleza. (12)

Uno de los principales resultados del monitoreo es el rediseño del sistema mismo, como consecuencia de la identificación de los factores de perturbación. De esta forma se constituye el ciclo de la calidad descrita por Donabedian A. (1997): Diseño, Monitoreo, Rediseño. (el ciclo propuesto por Donabedian reproduce en el sector salud el ciclo de Shewhart para las empresas: Planear, Hacer, Controlar, Actuar) (13)

3.2.2 MONITOREO EN SALUD

A partir de distintas experiencias de evaluación, surgió la necesidad de desarrollar un estudio sobre indicadores para el monitoreo de sistemas organizados por entidades financiadoras de coberturas médicas: Mutuales, obras sociales, seguros privados o de redes de efectores de atención.(14)

El término monitoreo se trata de un neologismo procedente de la lengua inglesa cuyo empleo en el campo de la evaluación de la calidad fue descrito en diversos trabajos, principalmente por Donabedian. El objeto de este documento es mostrar

la aplicación del monitoreo como herramienta de gestión en los sistemas de salud, se dirige a poblaciones determinadas y para su análisis(15)

3.2.3 EL SISTEMA DE MONITOREO

Organizaciones o programas complejos necesitan sistemas más avanzados de monitoreo. Tener un sistema de monitoreo no es complicado en sí, basta definir cómo, cuándo, dónde y de quién la información que los responsables reciben en el monitoreo debe ser recolectada y documentada, para que pueda ser aprovechada en la evaluación.

En el área de salud el sistema de monitoreo puede ser de dos maneras:

- Monitoreo en el área epidemiológica donde se sigue el curso de acuerdo a instrumentos epidemiológicos propiamente.
- Monitoreo o seguimiento de los instrumentos o formularios que recogen la información como son los instrumentos del SNIS, tanto en la calidad, tiempo, etc.

3.3 EVALUACIÓN

3.3.1 DEFINICIÓN:

La evaluación es una apreciación sistemática de una actividad, proyecto, programa, política, tema, sector, área operativa o desempeño institucional. La evaluación se concentra en los logros esperados y alcanzados, examinando la cadena de resultados (insumos, actividades, productos, resultados e impactos), procesos, factores contextuales y causalidad, para comprender los logros o la ausencia de ellos. La evaluación pretende determinar la relevancia, impacto, eficacia, eficiencia y sostenibilidad de las intervenciones y su contribución a la consecución de resultados.(11)

3.3.2 EVALUACIÓN DE PROGRAMAS DE SALUD

La evaluación de programas es un proceso que trata de determinar en forma sistemática y objetiva la estructura, el proceso y los resultados del programa. La definición de evaluación de programas de salud es vista desde diferentes enfoques; dentro de los que destacan:

- a) valoración sistemática y objetiva.
- b) uso de procedimientos científicos para investigar la efectividad de los programas y.
- c) procedimientos para orientar la toma de decisiones en las diferentes fases de ejecución de un programa.(15)

La evaluación de un programa de salud también puede ser vista desde la perspectiva de conocer la contribución del programa para afectar las variables que contribuyen a explicar el problema de salud que intenta resolver el mismo. Para esto se puede hacer uso de lo planteado por Mac Rae (1985) quien propone el término de variables contributivas para expresar los factores asociados a problemas de la sociedad.

En el caso del sector salud estos factores asociados pueden ser demográficos, económicos, educativos, ambientales, culturales y de salud. La idea es que el diseño de evaluación tome en cuenta las acciones que ejecuta el programa para modificar estos factores asociados que están contribuyendo a la existencia del problema de salud.(16) En algunos casos la discusión se ha centrado en el hecho de si los programas de salud se fundamentan en la eficacia de las acciones de la práctica médica para detectar o resolver problemas de salud, con el objetivo de estudiar los riesgos y beneficios del programa en términos de su calidad (17)

La evaluación de programas de salud tal como se concibe actualmente trata fundamentalmente de contrastar las actividades programadas versus las actividades cumplidas, haciendo énfasis en lo que el evaluador, por lo general el

coordinador del programa considera fueron los logros del programa y enumerando las dificultades que se tuvieron para no alcanzar las metas previstas.

Esta forma de evaluación por lo general se basa en la realización de una evaluación cuantitativa o cualitativa con indicadores de estructura, proceso y resultados.

3.4 ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD (ASIS)

Los Análisis de Situación de Salud son procesos analítico-sintéticos que abarcan diversos tipos de análisis, dirigidos a caracterizar, medir y explicar el perfil de Salud-enfermedad de una población, así como definir necesidades y prioridades en salud y proveer información para el diseño, planificación e implementación de programas para abordarlas, sean de competencia del sector de salud o de otros sectores sociales. De este modo el ASIS se basa en el estudio de la interacción de las condiciones de vida y el nivel existente de los procesos de salud de un país u otra unidad geográfico-política. Dentro de las condiciones de vida coexisten factores tales como los demográficos, económicos, sociales, culturales, ambientales y de los Servicios de Salud.(18)

El análisis de la situación de salud constituye una de las funciones esenciales de la Salud Pública para planificación en salud al permitir establecer metas, definir tareas, delimitar responsabilidades y alcanzar objetivos propuestos en las políticas de salud, que en términos generales son la promoción de la salud y la mejora de la calidad de vida de la población, tal como lo señalan las organizaciones internacionales tan relevantes tal como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en sus estrategias de salud.

El ASIS incluye como sustrato grupos de población con diferentes patrones de desgaste, resultante de las condiciones y calidad de vida desigual y definida según el cuadro de variables seleccionadas que permitan poner de manifiesto las variaciones de los procesos generales, particulares e individuales que se pretende conocer en el estudio. Cabe señalar que el ASIS es en un sentido amplio un proceso cíclico que facilita la identificación de las necesidades y prioridades en salud, así como la identificación de intervenciones y programas apropiados y la evaluación de su impacto en salud. Esto último alimenta de nuevo el proceso de planificación y permite un salto cualitativo al incorporar líneas de mejora surgidas de la propia experiencia de aplicación. (18)

3.4.1. PROPÓSITO DEL ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD

La finalidad del análisis de la situación de salud es identificar los problemas sociales y sanitarios más importantes sobre los cuales se puede intervenir. Esta finalidad es la que se debe guiar todo el trabajo de búsqueda y análisis de la información. No se trata de acumular datos, sino de obtener aquellos que nos permitan conocer la magnitud de los problemas de salud de los grupos de la población que tengan más riesgo a presentar dichos problemas y comprender cuales son los factores explicativos donde podemos actuar. La meta principal del ASIS es contribuir a la toma racional de decisiones para la satisfacción de las necesidades de salud de la población con un máximo de equidad, eficiencia y participación social. La importancia de realizar el ASIS radica en que servirá para negociación política, la orientación institucional, la movilización de recursos y la difusión de información de salud.(19)

3.4.2 UTILIDADES DEL ASIS

Los ASIS se utilizan para: (16)

- Definir necesidades y prioridades en salud,
- Detectar factores determinantes del proceso salud-enfermedad,
- Identificar desigualdades e inequidades sociales en salud,
- Formular estrategias de promoción, prevención y control de daños a la salud,
- Generar evidencia que permita prever situaciones de salud,
- Evaluar la pertinencia y el cumplimiento de políticas de salud y estrategias de promoción, prevención y control.

A su vez los ASIS se construyen articulando datos de fuentes primarias y secundarias dispersas en diferentes instituciones (no necesariamente del sector salud) o directamente de terreno que posean el común de permitir caracterizar la situación de salud de la población, en todos sus aspectos. (18)

Los ASIS tienen diversos propósitos, y su importancia radica en contribuir con la información que el componente técnico requiere para los procesos de conducción, gerencia y toma de decisiones en salud.

En particular, los propósitos son apoyar:

- La definición de necesidades, prioridades y políticas en salud y la evaluación de su pertinencia.
- La formulación de estrategias de promoción, prevención y control de daños a la salud y la evaluación de su pertinencia y cumplimiento.
- La construcción de escenarios prospectivos de salud. (16)

Es decir, los ASIS sirven para la negociación política, la conducción institucional, la movilización de recursos y la disseminación de información en salud. La meta principal de los ASIS es contribuir a la toma racional de decisiones para la satisfacción de las necesidades de salud de la población con un máximo de equidad, eficiencia y participación social.

Existen varios tipos de análisis, entre ellos los análisis de tendencias y los análisis de coyuntura. Los primeros tienen como propósito identificar y determinar las condiciones de cambios en los procesos de salud-enfermedad de una población, usualmente de mediano y largo plazo. Por su parte, los análisis de coyuntura responden a un contexto y situaciones definidas de corto plazo que permiten orientar cursos de acción dependiendo de condiciones de viabilidad y factibilidad de la coyuntura política existente.(18)

3.4.3. MEDICIÓN DE INEQUIDADES EN SALUD

La inequidad en salud se expresa en la estructura y nivel del perfil de salud de los diversos grupos humanos. Esto es resultado de su exposición a factores de riesgo asociados con condiciones de vida, del control sobre su exposición, de su acceso a los servicios de salud y de la oportunidad para participar en las decisiones con respecto a la gestión de esos servicios. Los ASIS tendrán características que dependerán del nivel de agregación de la información, sea que se realicen a nivel nacional, regional o local.(20)

Resumiendo:

Una estrategia nacional de salud sólida debe especificar el Monitoreo, Evaluación y Análisis de las actividades de la estrategia nacional de salud que dan lugar a medidas correctivas.

El monitoreo implica reunir datos de todas las fuentes pertinentes para analizar qué está sucediendo, dónde y a quién. El monitoreo utiliza un conjunto de indicadores y metas clave para aportar información oportuna y exacta a gobiernos y a socios para documentar el análisis, evaluaciones del progreso y del desempeño, así como el diálogo sobre las políticas.

La evaluación se realiza sobre la base del monitoreo, con un análisis más profundo que tiene en cuenta los cambios contextuales, aborda asuntos relativos a la atribución y analiza algunas situaciones hipotéticas.

El análisis se fundamenta en los datos basados en evidencia recogidos mediante los procesos de monitoreo, y requiere de mecanismos institucionales nacionales que incluyan a múltiples interesados. Los procesos de análisis del sector salud que existen en los países constituyen una referencia clave para evaluar el progreso y el desempeño, y pueden influir en el establecimiento de prioridades y la consiguiente asignación de recursos. Estos análisis deben vincularse sistemáticamente con las acciones en los países y a que proporcionan la base para la rendición de cuentas mutua. (21)

3.5 SISTEMA NACIONAL DE INFORMACIÓN EN SALUD Y VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA SNIS - VE

3.5.1 DEFINICIÓN. Conjunto de instrumentos y procedimientos destinados a la captación, sistematización, consolidación, retroalimentación y análisis de datos e información útiles para la toma de decisiones gerenciales y epidemiológicas destinadas a la vigilancia de la salud pública.

3.5.2 OBJETIVOS ESTRATÉGICOS.

Las acciones del SNIS están enmarcadas en las siguientes líneas estratégicas:

- Fortalecer un sistema integrador de información en Salud con enfoque intercultural, intersectorial e interinstitucional.
- Fortalecer el sistema nacional de información en salud en sus componentes de calidad de datos e información.
- Fortalecer el uso de la información en: DILOS - CAI - ASIS

- Fortalecer el sistema nacional de información en salud para VSP y VE con recursos tecnológicos última generación como herramientas que mejoren la comunicación.
- Sensibilizar al personal de salud para el manejo y análisis de la información.

3.5.3 FUNCIONES DEL SNIS

- Elaborar, implementar y evaluar normas de registro de datos e información en salud con el fin de contar con insumos para la toma de decisiones en los diferentes niveles de atención.
- Desarrollar e implementar sistemas de información y comunicación como apoyo tecnológico a la gestión de la información.
- Desarrollar e implementar un sistema integral de vigilancia (VSP), optimizando la efectividad de la vigilancia epidemiológica operativizado.
- Desarrollar e implementar normas e instancias de control y evaluación de calidad de datos e información por niveles de atención y gestión del sistema de salud, en el ciclo y flujo de la información.
- Desarrollar y promover el análisis y uso de la información en espacios y momentos para la toma de decisiones y acciones.
- Elaborar, publicar y difundir estadísticas de salud, con el fin de informar a los actores responsables de la salud de la población.
- Comunicar, Informar y difundir sobre la Situación de Salud a través de la edición de Boletines, Anuarios Estadísticos, medios virtuales y otros.
- Conformar un equipo de trabajo conjunto entre instancias gubernamentales que desarrollan sistemas de información del sector social en general y de salud en particular.
- Participar en el trabajo conjunto con otros países en el desarrollo de sistemas de información en salud (Sistema de Vigilancia de los Países Andinos, Red Métrica y otros).

3.5.4 PORQUE ES UN SISTEMA DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA

Existen dos factores para que el SNIS sea una unidad que brinda información en salud pública:

- Según la estructura organizativa y funcional del sistema de salud y de información contamos con representación local, municipal y departamental.
- Asumimos la rectoría en todos los niveles asumiendo, promoviendo las acciones según funciones y roles por niveles de atención y gestión.
- Posibilidad de abarcar en el análisis y acción de la situación de salud a otros sectores e instituciones para promover trabajo conjunto, coordinado y complementario (Ambientales, legales, seguridad ciudadana, educación, producción y otros).
- Capacidad de respuesta oportuna y efectiva dirigida al control de problemas de salud pública, promoviendo que la respuesta de los niveles mas cercanos al daño o riesgo sea espontánea (sin espera de niveles superiores).

3.5.5 INTERSECTORIALIDAD E INTERINSITUCIONAL

El SNIS trabaja con información multisectorial e insterinstitutional de las siguientes instancias:

- Educación y Culturas
- Justicia
- Instituto Nacional de Estadística
- Gobierno (Seguridad Ciudadana y Defensa Social)
- Obras Publicas, Servicios y Vivienda (telecomunicaciones, transportes)
- Desarrollo Productivo y Economía Plural
- Transparencia Institucional y Lucha Contra la Corrupción

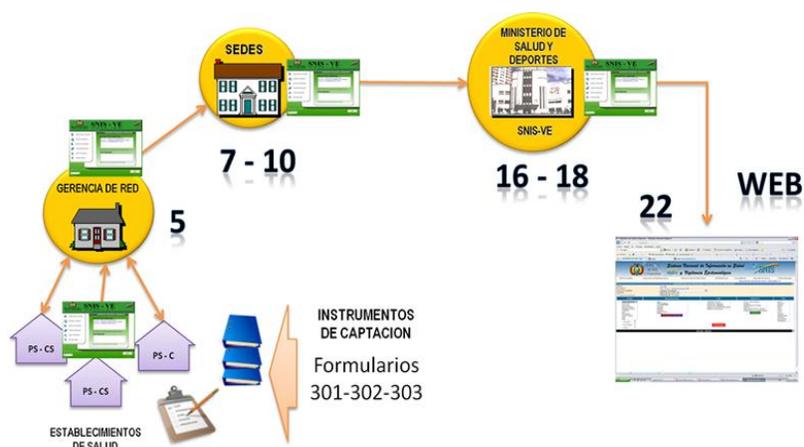
3.5.6 CICLO DE LA INFORMACIÓN. Para el manejo de los datos, la información se organiza en el llamado “Ciclo de la información”. Es importante destacar la dinámica circular del ciclo, ya que traduce la secuencia de procesos que permanentemente van alimentando al subsiguiente, es en este sentido que el proceso de Captación por ejemplo, será mejorado en la medida que el Uso de la información nos permita identificar pertinencia de la captación de datos. A continuación graficamos el ciclo de la información.



3.5.7 INSTRUMENTOS DEL SNIS

CAPTACIÓN	SISTEMATIZACION	CONSOLIDACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> • Historia Clínica • Ficha Epidemiológica • Certificado Médico Único de Defunción • Carnet de Salud (Seguros) • Registro de vacunas • Epicrisis y otros 	Cuadernos del SNIS 1-8 <ul style="list-style-type: none"> • Consulta Externa CS y HB • Prenatal, Parto y Puerperio • Anticoncepción • Nutrición • Internaciones • Emergencias y Enfermería • Consulta Odontológica • Consulta Externa y Enfermería PS • Informe mensual • Formulario de Sistematización – Resumen de Morbilidad • Módulo de información Básica (MIB) 	Formularios: <ul style="list-style-type: none"> • 301 Informe Mensual de Producción de Servicios • 302 Notificación para Vigilancia Epidemiológica • 303 Informe Mensual de Laboratorio – Datos de Producción y Vigilancia Epidemiológica Formulario de Consolidación: <ul style="list-style-type: none"> • Registro de Morbilidad, para Consulta Externa • Hospitalización • Emergencias

3.5.8 FLUJO DE INFORMACIÓN DEL SNIS-VE. Los datos generados por el subsistema de información, siguen una ruta que pasan por diferentes etapas y por diferentes niveles. En base a la norma vigente del SNIS – VE, el flujo traduce el proceso de transformación de datos a información en un lapso determinado, tomando en cuenta los niveles de atención y gestión del sistema de salud.



3.5.9 AREAS QUE CONFORMAN EL SNIS-VE

- **Área de Estructura:** Cuyo objetivo es dotar al SNIS y al sistema de salud de información actualizada sobre factores condicionantes y determinantes que pueda ser utilizada para la Vigilancia Epidemiológica y la comunitaria así como para el Análisis de Situación de Salud.
- **Área de Producción de los Servicios:** Norma y controla la captación, sistematización, consolidación y difusión de los datos y la información relacionados con la producción de servicios para facilitar la toma de decisiones gerenciales y de vigilancia epidemiológica, en todos los niveles de atención y administrativos del Sistema Nacional de Salud. Esta información permite a los establecimientos de salud realizar la planificación, ejecución y control de sus actividades.

- **Área de Vigilancia Epidemiológica:** Su objetivo es mejorar los procedimientos de la vigilancia epidemiológica (notificación, procesamiento, análisis y comunicación de la información), así como los procedimientos para el Análisis de la Situación de Salud (ASIS), en todos los ámbitos del Sistema Nacional de Salud.

- **Área de Control de Calidad:** Con objetivo de garantizar información estadística en salud confiable y de calidad, además de proporcionar instrumentos técnicos para el control de todos los procesos de organización y funcionamiento, en todos los niveles y subsectores de salud.

- **Sistemas Informáticos:** Que sirven para coordinar proyectos y brindar servicios de TIC's (tecnologías de información y comunicaciones) que involucren al Ministerio de Salud con entidades externas e internas a fin de normar procedimientos en base a estándares internacionales.(6)

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En Bolivia se realizó la última evaluación de las Funciones Esenciales de la Salud Pública en el 2001, en forma global a todo el país y en un taller de dos días de duración.(9) Desde entonces Bolivia ya ha crecido en número y por ende en necesidades, las cuales son de interés público.

Considerando que el Municipio de El Alto ya cuenta con una Unidad de Salud Desconcentrada de Salud como es el SERES, siendo que el sector público brinda cobertura al 56% de la población total; de una urbe en crecimiento y que por las características socioeconómicas de la misma, es que se requiere documentarse el grado de avance de las Funciones Esenciales de la Salud Pública.

En el presente estudio se vivenciara la implicancia del Monitoreo, Evaluación y Análisis de la Situación de Salud, debe ser un componente integral de la Estrategia Nacional de Salud tratando todos los temas importantes de la salud pública, más aún cuando se trata de la propia información generada en los diferentes niveles de salud. En consecuencia, las actividades de Monitoreo, Evaluación y Análisis deben abarcar todo lo relacionado con las enfermedades y las acciones necesarias para fortalecer los sistemas de salud.

La Estrategias Nacionales de Salud debe basarse en un conocimiento profundo de las necesidades y las prioridades de salud, así como en los riesgos para la salud al interior del Municipio. El desarrollo de una nueva estrategia local (SERES) de salud debe fundamentarse en el análisis final del progreso y del desempeño de la estrategia anterior, reflejada al municipio y a las áreas desconcentradas de salud. La evaluación final podría servir como análisis de la situación inicial y como base fáctica para el proceso de desarrollo de estrategias de salud posteriores.

El análisis debe fundamentarse en una evaluación integral y participativa de los determinantes y las tendencias de la salud, tomando en cuenta el contexto epidemiológico, político, socioeconómico e institucional que prevalece en el país,

con especial atención a los temas de equidad. El análisis y el posterior diálogo sobre las políticas deben incluir información sobre datos cuantitativos, así como información cualitativa. Los resultados deben ser de utilidad para los encargados de la planificación y para aquellos que toman las decisiones.

El componente de Monitoreo, Evaluación y Análisis de las estrategias nacionales de salud tiene que desarrollarse en base a una consulta transparente y sistemática con todos los interesados directos clave, que incluya diferentes niveles del gobierno, organizaciones de la sociedad civil, socios internacionales y la comunidad académica, entre otros. (21) .

Siendo el SERES una Unidad Desconcentrada de Salud, con una población de gran magnitud, que engrana por completo en la realidad y programas nacionales, es de gran importancia verificar el Avance del Monitoreo, Evaluación y Análisis de la Situación de Salud en el SERES del Municipio de El Alto.

5. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el grado de avance en el monitoreo, evaluación y análisis de la situación de salud del SERES en el Municipio de El Alto en la gestión 2014?

6. REVISION BIBLIOGRÁFICA

El resultado de la **Medición de las Funciones Esenciales en las Américas** evalúa la FESP 1 de la siguiente manera:

A pesar de que esta función es una de las que presenta un desempeño medio superior en la Región, existen países para los cuales sigue siendo un área que debe fortalecerse. A continuación, con una mediana para la Región de 0,58, se presenta el resultado obtenido en un histograma de frecuencia del comportamiento de los países que componen este análisis, que se ubican en un intervalo entre 0,24 y 0,97.

En el desempeño de esta función, se encuentran mayores fortalezas en la capacidad institucional de la ASN (en las Américas) para el desempeño de la misma (indicador 3).

En una situación intermedia se encuentran el apoyo tecnológico necesario para la ejecución de esta función (indicador 4) y la ayuda que entrega la ASN a los niveles Subnacionales (indicador 5). Las áreas más críticas son las referidas a la existencia de guías de seguimiento y evaluación del estado de salud en los países de la zona (indicador 1) y la evaluación de la calidad de los datos (indicador 2) con los cuales se construye el perfil del estado de salud, tal como lo muestra los gráficos 1 y 2.(22)

Evaluada la FESP 1 en **Nicaragua 2008** “Monitoreo, análisis y evaluación de la situación de salud de la población” con una valoración de 0.66 este resultado está vinculado con la falta o debilidad en las guías de monitoreo y evaluación del estado de salud, las dificultades para evaluar la calidad de la información y el débil soporte tecnológico para el monitoreo y evaluación del estado de salud.(23)

El indicador 1, “Guías de monitoreo y evaluación del estado de salud” recibió una puntuación promedio de 0.70, en la que fueron muy bien valorados el desarrollo de

guías para medir y evaluar el estado de salud de la población, la identificación y análisis anual de los datos recolectados en un perfil del estado de salud del país y en la utilización de dicho perfil del estado de salud. Se muestran debilidades en cuanto a la difusión de esta información sobre el estado de salud de la población. En cuanto al indicador de “Evaluación de la calidad de la información” valorada con un índice de 0.03 de un total posible de 1.0, se encuentra que no se identifica una instancia para la evaluación de la calidad de la información producida en el sistema de salud y de igual manera se desconoce la existencia de un instancia nacional de estadísticas de la que forme parte el Ministerio de Salud. Al respecto se debe mencionar que la falta de difusión hace que los participantes tengan esta percepción.(23)

En **El Salvador** el 2005, Resultado global: Desempeño medio superior (0.73) Donde ante la carencia de Guías y procesos de monitoreo y evaluación se recomendó: Elaboración de la normativa para la implementación del sistema integrado de información en el sector salud que contenga los procedimientos para la diseminación de la información, protegiendo la confidencialidad y que responda a las necesidades del perfil de salud intersectorial a nivel nacional, la revisión y actualización de indicadores de evaluación de la situación de salud y diseño, implementación y evaluación del sistema integrado de información en salud. Siendo su indicador de Evaluación de la Calidad de la Información, es el que mayor deficiencia tiene, se recomienda: Crear el comité interinstitucional de garantía de la calidad de la información, el cual deberá realizar auditorías periódicas a los sistemas de información para la medición del estado de salud del país; Monitoreo y supervisión interna y externa de la calidad de información por medio de la red de estadísticos responsables en los niveles nacionales y Subnacionales, para identificar oportunidades de mejora en los aspectos que son susceptibles de perfeccionamiento .

El indicador de apoyo técnico y de recursos para el seguimiento y la evaluación de salud, se debe realizar elaboración del diagnóstico de necesidades de

capacitación en el sector salud. El cual se plantea que debe surgir de las evaluaciones periódicas de los indicadores de salud (Cobertura, Vigilancia Epidemiológica, y otras.); Formulación de Política de Desarrollo de Recursos Humanos.

En cuanto el soporte técnico existieron las recomendaciones: Elaboración del diagnóstico de necesidades de recursos computacionales en el sector salud; Gestión de proyectos para obtener recursos computacionales en el sector salud por medio de la elaboración de un “Plan de desarrollo informático” que incluya el relevamiento tecnológico, el mantenimiento, y que pueda evolucionar a la integración de los sistemas como sector dentro de la Autoridad Sanitaria Nacional (ASN); Mantenimiento de equipos computacionales del sector salud y por último a la asesoría y soporte técnico a nivel subnacional se recomendó: Monitoreo, supervisión y evaluación de los servicios de salud en forma permanente e integrados con las instituciones del sector.(24)

En **Buenos Aires Argentina**, 2006, cuya puntuación fue de 0,78. Donde las Guías y procesos de monitoreo y evaluación de la situación de salud (0,64) y el Apoyo experto y recursos para el monitoreo y evaluación del estado de salud (1,0); Como también Soporte tecnológico para el monitoreo y la evaluación del estado de salud. Fueron el soporte a la primera FESP (25)

En **Costa Rica** existe retraso tecnológico en el sistema de información y falta de un monitoreo y análisis de los indicadores del sistema nacional de vigilancia de la salud, para el 2007. (26)

En **Costa Rica 2014**, En esta función podemos visualizar que el indicador de Evaluación de la calidad de la Información mostró un nivel de desempeño mínimo (0.35). Por otro lado el indicador de Guías y procesos de Monitoreo y Evaluación del estado de salud, se encuentra con un nivel de desempeño medio inferior (0.45) El indicador de Asesoría y apoyo técnico a los niveles regionales y locales exhibe un nivel de desempeño que lo coloca en un nivel de desempeño superior (0,55).

Otro de los indicadores de Soporte tecnológico para el monitoreo y evaluación del estado de salud, tiene un nivel de desempeño que lo ubica en un nivel superior (0,6). Por último está el indicador de Apoyo experto y recursos para el Monitoreo y Evaluación del Estado de Salud tiene un nivel de Desempeño Optimo (0,95)

El perfil de esta función destaca el bajo puntaje que obtiene el indicador relacionado con la evaluación de la Calidad de información seguido del relacionado con las Guías y Procesos de Monitoreo y Evaluación del Estado de salud, ambos relacionados con el proceso y producto del seguimiento, análisis y evaluación del estado de Salud. A pesar de lo anterior se reconoce que los indicadores de Apoyo Experto y recursos para el monitoreo y evaluación del estado de salud y el Soporte tecnológico para el monitoreo y evaluación del estado de salud, relacionados con la capacidad institucional para hacerlo bien, se encuentra en un nivel óptimo y superior respectivamente. Lo anterior podría estar relacionado con problemas de gestión institucional o debilidad en los mecanismos de coordinación así como falta de respuesta de otras instituciones, relacionadas con el Análisis de Situación de Salud. El apoyo técnico a los niveles regionales y locales mostró un desempeño superior a pesar de las debilidades encontradas.

Como se mencionó en el análisis general, esta función tiene un desempeño de 0,6 lo que la ubica en un nivel de rendimiento superior, se puede definir estrategias y acciones para mejorar el desempeño con énfasis en las áreas que tienen menor desempeño. (27)

En el ***Municipio de Tucumán, Argentina***, 2004, cuya puntuación fue 0,40. Existiendo fortalezas en: Los recursos humanos, parcial desarrollo tecnológico y existe un plan para el desarrollo de un sistema de información en salud único que permita la disponibilidad de información oportuna y de calidad para la toma de decisiones.

Sus debilidades: Desarrollo limitado de las guías y procesos de monitoreo; deficiente calidad de la información por déficit en la evaluación, escaso asesoramiento y apoyo técnico a nivel intermedio. Con propuestas de: Completar,

revisar, aplicar y difundir las guías; desarrollar los métodos de evaluación de la calidad de la información en forma continua; capacitación del recurso humano en todos los niveles; reforzar el recurso físico y tecnológico; y promover la utilización del recurso humano capacitado en el nivel central y favorecer la retroalimentación. (28)

En el **Municipio de Bogotá, 2007**, La evaluación de esta función muestra una disminución en los indicadores uno y tres con respecto a los resultados de la medición del año 2002.

En el indicador uno que se refiere a *la Existencia de guías y procesos de monitoreo y evaluación del estado de salud*, se constituye con el indicador dos en los más débiles de la función (0,22 y 0,20) y muestra a su interior desarrollo escaso respecto al análisis y actualización oportuna de los datos recolectados (0,38) y muy bajo desempeño con relación a la adopción y desarrollo de guías para medir y evaluar el estado de salud (0,22), uso del perfil del estado de salud (0,17) y difusión de la información (0,13).

El indicador (2) de *evaluación de la calidad de información*, muestra un avance con respecto a la calificación del año 2002 pasando del 10 al 20%, sin embargo conserva una gran debilidad respecto a los demás que hace referencia a la no existencia de una instancia que evalúe la calidad de la información que se produce en el sistema de salud del ente territorial (0.00) y a la necesidad de mejorar la coordinación entre la AST y la instancia que a nivel territorial coordina las estadísticas, para facilitar mejorar los sistemas de información y dinamizar propuestas en torno a su calidad y utilidad, una vez que como logros solo se ubican la disponibilidad de información de mortalidad y el censo por localidad discriminado por sexo y edad (0,40) .

La disminución del indicador tres sobre *Apoyo experto y recursos para el monitoreo y evaluación del estado de salud* de 9 puntos porcentuales respecto a la de 2002 (0.73), se debe básicamente a dificultades en la comunicación de la información del estado de salud de forma clara a comunidades y tomadores de decisión.

El indicador cuatro sobre *Soporte tecnológico para el monitoreo y evaluación del estado de salud* mostró un incremento de 6% (0.88) respecto a la menor calificación de 2002. Al respecto requiere mejorar los elementos básicos de seguridad de la información y la periodicidad de revisión de actualización de equipos computacionales que debe hacerse cada año.

El último indicador de esta función que se refiere a la *Asesoría y apoyo técnico a los niveles locales de salud pública* presento un aumento de 31% con respecto a la menor calificación de la evaluación anterior, quedando por mejorar en el proceso de apoyo a los niveles locales tener en cuenta la retroalimentación que los usuarios de la información realicen para mejorar su difusión y la asesoría a los usuarios de la información sobre un adecuado análisis e interpretación de la misma.

En el ***Municipio de Santiago de Cali, Colombia 2007***, obteniendo un puntaje de 0,93. Donde el comportamiento de la evaluación de la FESP1 está en un nivel óptimo, sin embargo es necesario destacar el resultado de la evaluación del indicador (1.2): Evaluación de la calidad de la información, que corresponde al nivel más bajo de este grupo de indicadores. Siendo evidente la necesidad de fortalecer la calidad de la información, la integralidad, oportunidad y cobertura de la misma, considerando los diferentes actores que participan en este proceso.(29)

-
-
-

7. OBJETIVOS

7.1. OBJETIVO GENERAL

Identificar el grado de avance en el monitoreo, evaluación y análisis de la situación de salud en el Municipio de El Alto en la gestión 2014

7.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar el grado de avance en cuanto a las Guías y procesos de monitoreo y evaluación del estado de salud
2. Identificar el Nivel de desarrollo de la evaluación de calidad de la información
3. Identificar el apoyo experto y recursos humanos para el monitoreo y evaluación del estado de salud
4. Verificar la existencia del Soporte tecnológico para el monitoreo y evaluación del estado de salud
5. Verificar la asesoría y apoyo técnico a nivel de las redes de la salud pública

8. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Se realizó un Estudio descriptivo, que se caracteriza de una población, situación o área de interés determinada, también se hace una medición en el tiempo y en cada sujeto de estudio, busca describir situaciones o acontecimiento.

Este tipo de estudios también pueden ser denominados como estudios transversales, de corte, de prevalencia, etc. Independientemente de la denominación utilizada, todos ellos son estudios observacionales, en los cuales no se interviene o manipula el factor de estudio, es decir se observa lo que ocurre con

el fenómeno en estudio en condiciones naturales; en la realidad busca describir situaciones o acontecimientos. Básicamente no está interesado en comprobar explicaciones, probar determinadas hipótesis, o en hacer predicciones.(30). A su vez sabemos que pueden ser clasificados en transversales y longitudinales.

- Estudios transversales: intentan analizar el fenómeno en un periodo de tiempo corto, un punto en el tiempo, por eso también se les denomina “de corte”. (31)

8.1. CONTEXTO O LUGAR DE INTERVENCIONES

8.1.1. Datos Históricos de la ciudad de El Alto

Las Migraciones en 1932 Post guerra de Chaco; en 1952 Revolución de Abril del 52 y en 1985 las Relocalizaciones mineras, son las fechas de la historia boliviana que originaron las migraciones a lo que ahora es la ciudad de El Alto.

La creación de El Alto como ciudad tiene como antecedente diversas organizaciones vecinales. El 26 de marzo de 1945 se formaron las primeras juntas de vecinos en la actual zona Sur de El Alto. Se establecieron los barrios Villa Bolívar y la Ceja. Meses más tarde se fundó la junta de vecinos de Villa Dolores, cuyo primer presidente es Hilarión Camacho. El 23 de abril de 1970, el alcalde de La Paz de ese entonces, Hugo Suárez Guzmán, aprobó la Ordenanza Municipal 116/70, mediante la que se crea la Subalcaldía de El Alto de La Paz. El 3 de mayo de ese año, Jaime Machicado Méndez fue designado primer Subalcaide.(32)

El 6 de marzo de 1985 en el marco de la Ley N° 628, el Congreso de la República creó la Cuarta Sección Municipal de la Provincia Murillo con su capital El Alto. El 26 de septiembre de 1988 el Congreso promulgó la Ley N°1014 que eleva a El Alto a rango de ciudad.

El municipio de El Alto, se encuentra en la cuarta sección de la provincia Murillo del Departamento de La Paz, con una superficie de 387,56 Km² que representa el

7,58% de la superficie total de la Provincia Murillo. Cuenta con 14 distritos, 9 urbanos y 5 rurales, el 40,24% de la superficie territorial es área urbana y el 59,76% rural. (26)

8.1.2 Ubicación geográfica

8.1.2.1. Latitud y longitud

El Municipio de El Alto está ubicada en una meseta de superficie plana y ondulada, al pie de la Cordillera de La Paz (Meseta del Altiplano Norte) y de la Cordillera Occidental al Noreste de Bolivia a 16°30' Sur y 68°12' Oeste. A una altura de 4050 msnm.

8.1.2.2 Límites territoriales

- **Limita al norte** con la Sección Capital de la Provincia Murillo
- **Limita al este** con el Municipio de La Paz
- **Limita al sur** con el Cantón Viacha, perteneciente a la Provincia Ingavi
- **Limita al Oeste** con el Cantón Laja, correspondiente a la Segunda Sección de la Provincia Los Andes. (ver Mapa Anexos 4)

Tabla N° 1
Aspectos Demográficos Población Total
El Alto, 2010

Población según sexo 2001 - 2010			
Año	Total	Hombres	Mujeres
2001	677 412	334 675	342 737
2008	896 773	437 260	459 513
2009	928 851	452 036	476 815
2010	960 767	466 724	494 043

Fuente: INE, 2010

El Alto se ha convertido en una de las ciudades de mayor crecimiento poblacional, de acuerdo al INE su tasa de crecimiento poblacional intercensal 1992-2001 fue de 5,1% siendo la más alta del país. Para el 2012 se estimó que la población alteña supere el millón de habitantes.

La población según origen migratorio, para el año 2000 provenía de áreas rurales un 56% y un 44% de ciudades, sobre todo de La Paz. En el año 2002, las condiciones de la población alteña habían variado significativamente encontrando que 59% de la población estaba compuesta por personas nacidas en El Alto y 41% por inmigrantes, de los cuales 33% eran antiguos y 8% recientes.

Otro aspecto relevante de El Alto, es la relación productivo - social que tiene con la ciudad de La Paz. Debido a que muchos alteños trabajan en ciudad de La Paz vendiendo sus productos en las ferias paceñas, y que una gran cantidad de empresas paceñas tienen sus fábricas ubicadas en El Alto, contratando empleados y mano de obra alteña; este tramado social denota una interdependencia entre ambas ciudades. (32).

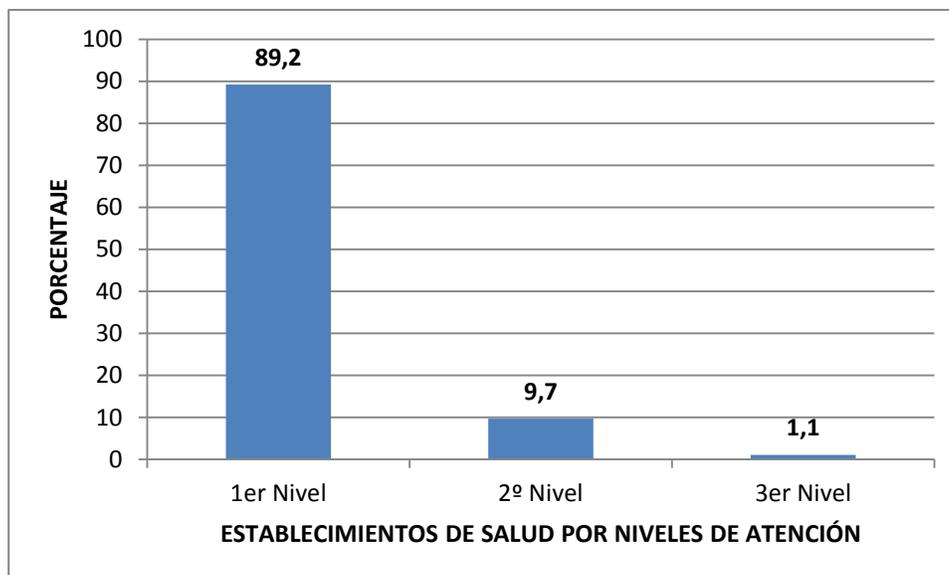
Hoy la ciudad de El Alto, una de las ciudades con mayor crecimiento demográfico cuenta con más de **921.987 habitantes**, de los cuales 448 691 son varones y 473.296 mujeres, constituyendo en una de las ciudades más importantes del País, donde se destaca que cerca del 60% de sus habitantes son menores de 25 años, lo que refleja la presencia mayoritaria de la población joven.

8.1.3 Salud

Según datos del propio SERES del 2013 existen 83 establecimientos de primer nivel, 9 de segundo nivel y uno de tercer nivel. Habiéndose atendido entre partos y cesáreas 15 688, habiéndose incrementado la atención, fortaleciendo al binomio madre niño.

GRÁFICO N° 1

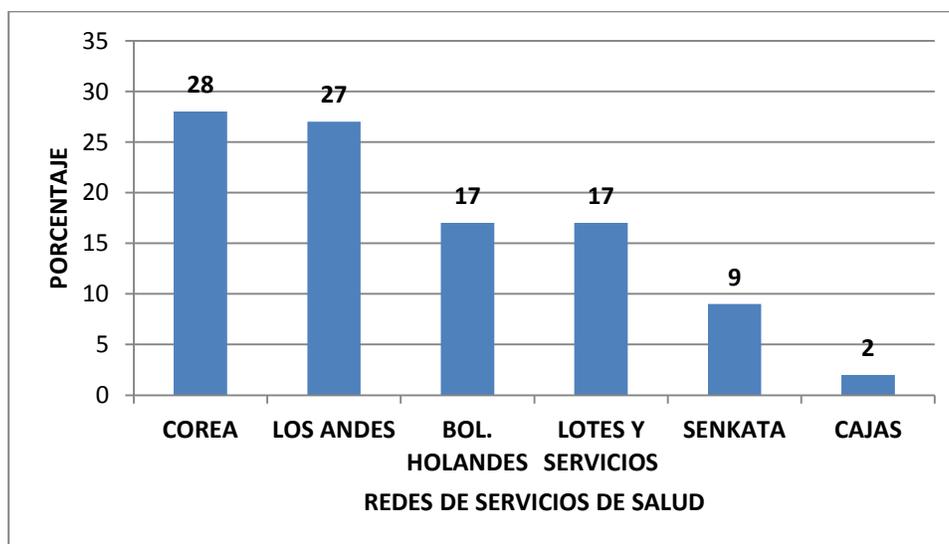
DISTRIBUCIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, SEGÚN NIVELES DE ATENCIÓN, MUNICIPIO DE EL ALTO, 2013



Fuente: SNIS, SERES, El Alto 2014

GRÁFICO N° 2

DISTRIBUCIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, SEGÚN REDES, EN EL MUNICIPIO DE EL ALTO, 2013

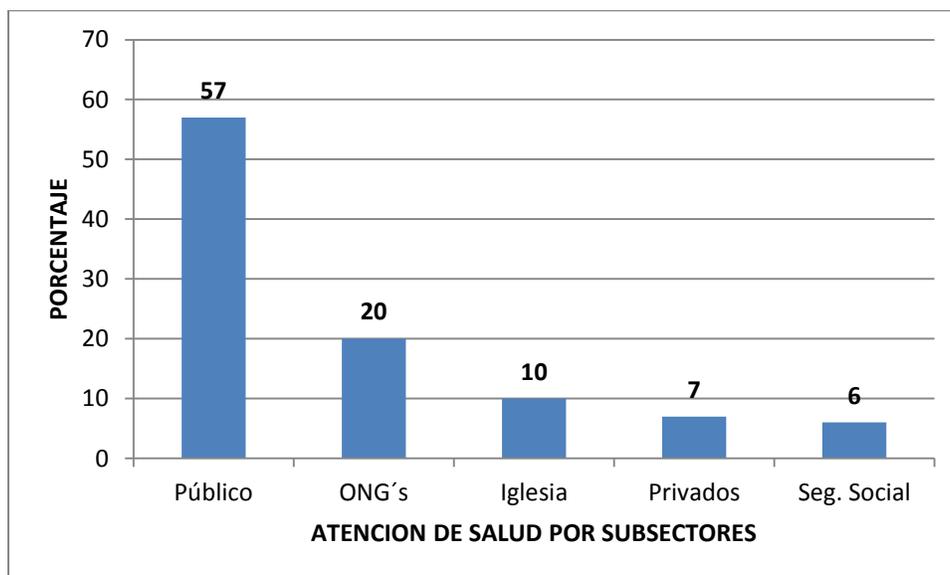


Fuente: SNIS, SERES, El Alto 2014

Además la clasificación por subsectores:

GRÁFICO Nº 3

CLASIFICACIÓN DE ATENCIÓN DE SALUD POR SUBSECTORES, EN EL MUNICIPIO DE EL ALTO, 2013



Fuente: SNIS, SERES, El Alto 2014

Los datos de población y de atención de parto son verificados en estadísticas por Redes de Salud, 2013 (33) (ver anexos)

8.1.3.1. Accesibilidad a los servicios de salud por grupo étnico

Hasta el 2012, se contaba con las siguientes prestaciones

- Mujeres: Edad Fértil (beneficiadas con SUMI), actualmente SIS
- Mujeres: Etapa de gestación hasta los seis meses posteriores al parto
- Niños: Hasta los 5 años
- Adolescentes entre los 6 a 21 que se encuentren en una unidad educativa de la ciudad de El Alto son beneficiados con las atenciones que brinda el SESO

- Adultos mayores de 60 años: Beneficiados con los servicios del SSPAM (actualmente incluido en el SIS)

En cuanto a la accesibilidad por grupo poblacional, se tiene que la población de mujeres accede al SUMI al igual que los niños menores a 5 años. Los adolescentes que se encuentren entre 6 y 21 años y pertenezcan a una unidad educativa de El Alto acceden al SESO y finalmente los adultos mayores acceden a servicios del Seguro de Salud para el Adulto Mayor (SSPAM), actualmente convertido desde el 2 de mayo del 2014 en SIS (Sistema Integral de Salud)

Los servicios que presentan estos seguros son diversos y están en relación con las necesidades de la población asegurada, en el caso del SUMI cubre cirugías, rayos x, laboratorios y servicios odontológicos. En el caso del SESO cubre laboratorio, rayos x, odontología, medicina general. En el caso del seguro para el adulto mayor cubre laboratorio, rayos x y odontología.

También se puede advertir que las campañas de vacunación para niños menores de un año han tenido un resultado positivo alcanzando niveles superiores al 90%. Se tiene que mejorar en la atención de mujeres embarazadas, más aún si se toma en cuenta que las proyecciones de población indican que las mujeres son la mayoría y representan una importante fuerza de trabajo para sus familias sobre todo en el empleo informal, empleo mayoritario en El Alto. (34)

8.1.4. HISTORIA DEL SERES

Con la población en crecimiento el Servicio Departamental de La Paz, se separa en un Servicio Regional de salud de El Alto, como Unidad Desconcentrada, quien atiende las necesidades de Salud de esta ciudad joven desde 1999.

Hasta el año 1999 funcionaba en el Alto (Zona Rural del Municipio de La Paz), la COORDINADORA DE SALUD EL ALTO, que mediante Resolución Administrativa 297/99 de 20 de octubre de 1999, la Prefectura crea la Unidad de Salud

Desconcentrada (UDSEA), desconcentrada del Servicio Departamental de Salud La Paz (SEDES), constituyéndose en Unidad operativa para la implementación de las políticas de salud con jurisdicción, responsabilidad, competencia y administración propia, con Sede en la ciudad de El Alto,.

El 24 de diciembre de 2004, el Servicio Departamental de Salud La Paz, emite la Resolución DIR. SEDES-001/2004, que resuelve, la aprobación de la estructura organizacional del SEDES La Paz, donde se especifica la creación de las unidades desconcentradas. Entre ellas se encuentra el Servicio Regional de Salud El Alto. El 14 de julio de 2005, el SEDES La Paz emite la resolución DIR. SEDES – 006/2005 que resuelve la aprobación del documento de profundización de la desconcentración del Servicio Regional de Salud El Alto.

El 18 de julio de 2005, la nueva unidad desconcentrada del Servicio Regional de Salud El Alto emite la resolución administrativa DIR-SERES EL ALTO N° 001/2005 que resuelve, asumir la aprobación del documento de Profundización de la desconcentración del Servicio Regional de Salud El Alto, implantar la estructura orgánica y los niveles administrativos, implantar la propuesta de regionalización de las redes de salud y el equipo de gestión e implantar las funciones del personal.

A la fecha el Municipio de El Alto, cuenta con 50 establecimientos de salud públicos de primer nivel y 3 de segundo nivel, con un total de 1333 recursos humanos en salud. De éstos, 666 recursos humanos están en un primer nivel de atención y 647 en un segundo nivel de atención. Estos recursos están dentro de una red de servicios de salud estructurada, a partir del Servicio Regional de Salud de El Alto (SERES) se estructura el lineamiento regional, el cual se operativiza por medio de las cinco coordinaciones de red (Boliviano Holandés, Corea, Senkata, Los Andes, Lotes y Servicios), y 53 servicios de salud.(35)

.

8.2. MEDICIONES

Las mediciones se dieron en varios momentos. Inicialmente con una reunión informativa de los actores de gran importancia como son la Organización Panamericana de Salud (OPS) y el Servicio Regional de Salud de El Alto (SERES) con el postgrado de Salud Pública mención Gerencia de Salud, en que se detallan las Funciones Esenciales de la Salud Pública, sus fundamentos, avance en otros países, instrumentos de medición del desempeño entre otros. Incentivando e involucrando a la verificación del grado de avance de las FESP en la ciudad de El Alto, por lo que adoptaron una metodología en forma de taller, coordinó y organizó las etapas preparatorias del ejercicio de evaluación de las mismas

Para poder tomar un rumbo con ayuda a instrumentos calificados de la OPS de medición de las mismas, se tiene que seguir los siguientes pasos:

ADECUACION EL INSTRUMENTO: Se basó en el instrumento validado el 2001 por la OPS/OMS, el cual ya fue aplicado en países de Latinoamérica. El cual, estaba destinado a evaluaciones a nivel nacional, mismo se contextualizó al entorno regional del SERES; adecuándose a nivel del SERES (regional), subregionales o de redes y/o distritos y locales (o de hospitales y/o centros de salud). Esta contextualización se realizó en el lapso de una semana, adaptando al mismo cada uno de los indicadores y subindicadores; obteniéndose un nuevo instrumento.

APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO: Una vez adecuado el instrumento, éste se aplicó, en un segundo Taller con los informantes claves del SERES El Alto, divididos en 11 grupos.

- A los diferentes informantes claves, de acuerdo a la lista, su conocimiento y experticia en los temas además de su relación directa con la función a evaluar.
- Se realizó las entrevistas para la aplicación del instrumento ya modificado al entorno del SERES El Alto, a los informantes claves. El valor resultante en cada uno de los indicadores que forman parte de la medición de cada función se construye basándose en la puntuación obtenida por la variable que se mide. Las preguntas correspondientes a medidas y submedidas sólo tienen las alternativas de respuesta 0-1 (0 si no cuenta o está en proceso y 1 si cuenta), trasladando los resultados a una planilla parametrizada, en forma inicial.

VERIFICACIÓN: Una vez realizada la aplicación del instrumento, se ejecutó la verificación de instrumentos por lista (ver anexos). Teniendo en cuenta los tres niveles regional (SERES), subregional (redes de salud) y local (hospitales o centros de salud)

EVALUACIÓN: Posterior a la verificación, se realizó la evaluación final de acuerdo al Plan de Análisis, para posteriormente emitir conclusiones y recomendaciones pertinentes..

8.2.1 UNIDAD DE OBSERVACIÓN

Unidades de información, auditoría, planificación, epidemiología y responsables de programa del SERES, convirtiéndose en los informantes clave.

8.2.2. INFORMANTES CLAVES

Se trabajó con informantes claves elegido por conveniencia, personal de salud específico, realizando la entrevista a siete responsables del SERES, como se detalla en el cuadro siguiente:

TABLA Nº 2.
LISTA DE INFORMANTES CLAVES DEL SERES EL ALTO, 2014

Nº	CARGO
1.	Director del SERES
2.	Encargada del Dpto. de Estadísticas
3.	Jefe del área de Planificación – SERES
4.	Responsable de Enfermedades No Transmisibles
5.	Epidemióloga – SERES
6.	Responsable Del Programa de Tuberculosis
7.	Responsable del Programa de PAI

8.2.3. PLAN DE ANÁLISIS

Conociendo que cada indicador se desarrollado a través de preguntas y subpreguntas que pretenden identificar el nivel de cumplimiento de las FESP, como lo presenta el formato del instrumento de medición.

La evaluación de cada uno de los indicadores utilizados tiene un valor que oscila entre 0,00 y 1,00. Las preguntas que corresponden a las mediciones y submediciones pueden ser afirmativas o negativas. Si es afirmativa su valor es de uno, si es negativa el valor es cero. La puntuación de cada indicador y sus

variables se ha calculado según el porcentaje de respuestas afirmativas a las mediciones y submediciones. Se asigna esta puntuación al indicador y finalmente se usa para calcular el promedio del nivel de desempeño de las FESP 1.

8.2.4. ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

Para registrar y procesar los resultados de las respuestas, se utilizó un programa informático que permite calcular de forma directa e instantánea la puntuación final de cada variable, en función de las respuestas dadas a las medidas y submedidas que la componen y a su vez tiene una representación gráfica de los resultados.

Este cálculo de la puntuación final de cada variable funciona, en general, como un promedio ponderado de las respuestas afirmativas a las medidas y submedidas, salvo en el caso de las excepciones que se especifican en el instrumento,

La puntuación asignada al indicador es el promedio ponderado de los resultados obtenidos en cada una de las medidas respectivas; y el de los resultados de los indicadores determina la puntuación asignada al desempeño de la primera función de la salud pública.

Los valores emitidos por dicha medición puede interpretarse de acuerdo a la siguiente tabla:

TABLA N° 3
DESEMPEÑO DE INDICADORES Y SUBINDICADORES, POR CUARTILES

PUNTAJE	INTERPRETACION
76 A 100% (0,76 – 1)	Cuartil de desempeño óptimo
51 a 75% (0,51 – 0,75)	Cuartil de desempeño medio superior
26 – 50% (0,26 – 0,50)	Cuartil de desempeño medio inferior
0 – 25% (0 – 0,25)	Cuartil de desempeño mínimo

Fuente: Guía para la Aplicación del Instrumento de Medición del Desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública(29)

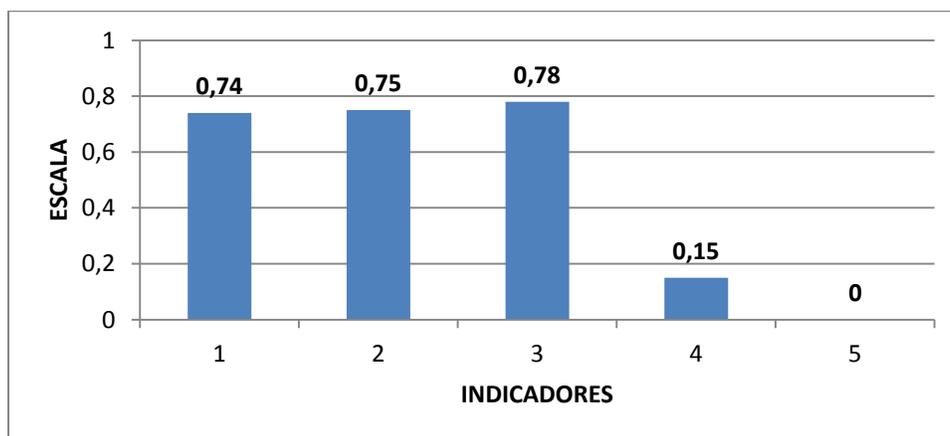
9. RESULTADOS

El análisis de la FESP 1 fue realizado con la mayor colaboración de los informantes, dentro de un marco de respeto, autocrítico, equidad y cordialidad.

La evaluación y total de la FESP 1 es de 0,48, el cual se encuentra en el cuartil de desempeño medio inferior.

A expensas de los tres primeros indicadores: Aplican las Guías y procesos de monitoreo y evaluación del estado de salud (0,74), que están apoyados en normativas tanto del SEDES La Paz, como del Ministerio de Salud. La evaluación de la calidad de la información (0,75) y El apoyo experto y recursos para el monitoreo y evaluación del estado de salud (0,78) también apoyado en políticas Nacionales de Recolección de Información en el SNIS, como en otros programas. La parte más débil de esta FESP son los dos últimos indicadores “Soporte tecnológico para el monitoreo y evaluación del estado de salud” (0,15) y Asesoría y apoyo técnico a los niveles redes/distritos de salud pública (0)

GRÁFICO N° 4
AVANCE DEL MONITOREO, EVALUACIÓN Y ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD, POR INDICADORES EN EL SERES, EL ALTO, GESTIÓN 2014



- * 1. Guías y procesos de monitoreo y evaluación del estado de salud
- 2. Evaluación de la calidad de la información
- 3. Apoyo experto y recursos para el monitoreo y evaluación del estado de salud
- 4. Soporte tecnológico para el monitoreo y evaluación del estado de salud
- 5. Asesoría y apoyo técnico a los niveles redes/distritos de salud pública

TABLA N° 4
MEDICIÓN DEL DESEMPEÑO DEL MONITOREO, EVALUACIÓN Y ANÁLISIS
DE LA SITUACIÓN DE SALUD, POR INDICADORES EN EL SERES, GESTIÓN
2014

INDICADOR	PUNTAJE	INTERPRETACIÓN
<i>Aplican las guías y procesos de evaluación del estado de salud</i>	0,74	Desempeño medio superior
<i>Evaluación de la calidad de información</i>	0,75	Desempeño medio superior
<i>Apoyo experto y recursos para el monitoreo y evaluación del estado de salud</i>	0,78	Desempeño óptimo
<i>Soporte tecnológico para el monitoreo y evaluación del estado de Salud</i>	0,15	Desempeño mínimo
<i>Asesoría y apoyo técnico a los niveles redes/distritos de salud pública</i>	0	Desempeño mínimo

GRÁFICO N° 5
MONITOREO, EVALUACIÓN Y ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD, POR
SUBINDICADORES, EN EL SERES, GESTIÓN 2014

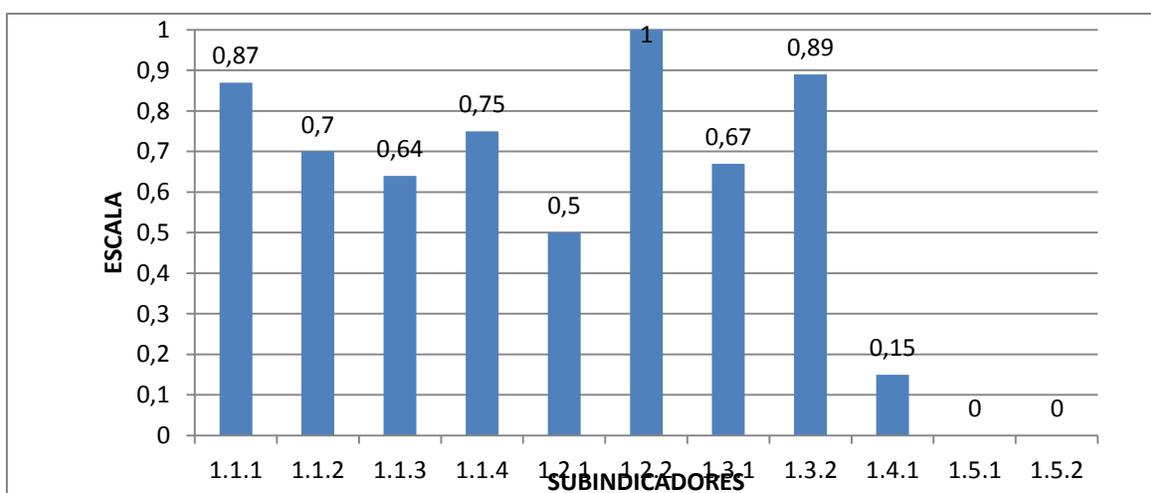


TABLA Nº 5

MEDICIÓN DEL DESEMPEÑO DEL MONITOREO, EVALUACIÓN Y ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD, POR SUBINDICADORES EN EL SERES, GESTIÓN 2014

	SUBINDICADOR	PUNTAJE	INTERPRETACIÓN
1.1.1	<i>El SERES ¿Aplica las guías para medir y evaluar el estado de salud de la población?</i>	0,87	Desempeño óptimo
1.1.2	<i>El SERES ¿Identifica y actualiza anualmente los datos recolectados en un perfil del estado de salud de la región?</i>	0,70	Desempeño medio superior
1.1.3	<i>El SERES ¿Utiliza el perfil del estado de salud?</i>	0,64	Desempeño medio superior
1.1.4	<i>El SERES ¿Difunde la información sobre el estado de salud de la población?</i>	0,75	Desempeño medio superior
1.2.1	<i>El SERES ¿Identifica y actualiza anualmente los datos recolectados en un perfil del estado de salud de la región?</i>	0,50	Desempeño medio inferior
1.2.2	<i>¿Existe una instancia coordinadora departamental de estadísticas de la que forme parte del SERES ?</i>	1	Óptimo
1.3.1	<i>El SERES ¿Emplea o tiene acceso a personal con capacitación y experiencia en Epidemiología y Estadística?</i>	0,67	Desempeño medio superior
1.3.2	<i>La AS en los niveles intermedios ¿Emplea o tiene acceso a personal con capacitación y experiencia en Epidemiología y Estadística?</i>	0,89	Desempeño óptimo
1.4.1	<i>El SERES ¿Utiliza recursos computacionales para monitorear el estado de salud de la población de la región?</i>	0,15	Desempeño mínimo
1.5.1	<i>Durante los últimos doce meses, El SERES ¿Ha asesorado a uno o más niveles redes/distritos en materia de recolección y análisis de datos?</i>	0	Desempeño mínimo
1.5.2	<i>Durante los últimos doce meses, El SERES ¿Ha diseminado información a los niveles redes/distritos y otros usuarios de la misma de manera periódica y constante?</i>	0	Desempeño mínimo

El primer indicador referido a la ***Aplicación de Guías y procesos de evaluación del estado de salud*** con un valor de 0,74, con un desempeño óptimo; es un dato en el que se apoya a políticas conjuntas con el SEDES la Paz, quienes cuentan con tiempos e instrumentos específicos de recolección de datos, los cuales posteriormente son recolectados y analizados. La debilidad en éste indicador es que el análisis de los resultados y recomendaciones no se da a conocer a los medios de comunicación ni al público en forma regular.

El sub indicador relacionado a la *Aplicación las guías para medir y evaluar el estado de salud de la población*, que cuenta con desempeño óptimo (0,87), si bien no desarrollan normas locales, es porque están bajo las normas nacionales a las cuales se deben, las que se reflejan en las redes y a nivel local. Las fuentes de información son adecuadas, ya que son instrumentos que llevan la dirección marcada desde instructivos, en tiempos oportunos de acuerdo a normativa interna. La información está adecuadamente recolectada, gracias a todos los instrumentos del SNIS, los certificados de nacimiento y de defunción, ya que se evalúa dentro del sector público regido por el SERES. La recolección de los datos está delimitada por la autoridad, debiéndose a formularios con tiempos de entrega limitados. La forma de difusión está limitada a grupos pequeños, que son los representantes sociales en los CAI, como los Comités Locales de Salud (COLOSA) y COMUSA, pero dicha información no es de acceso al ciudadano común. Además esta información no permite retroalimentarse ya que, poco es el involucramiento de los actores sociales para la toma de decisiones. Los datos obtenidos sirven para cumplir objetivos regionales o en la reformulación de los mismos, para el bienestar de la población.

El subindicador: *Identifica y actualiza anualmente los datos recolectados en un perfil del estado de salud de la región*, Con desempeño medio superior (0,70). Dentro la evaluación de la FESP 1, se circunscribió al SERES, en que existe el control de la morbilidad, nacimientos y mortalidad, factores de riesgo de la población, la utilización de servicios individuales y colectivos, siendo limitados en la parte sociodemográficas ya que el avance del llenado de las carpetas familiares

está en un 70%; como también las barreras de acceso a salud ya que la población siempre está en movimiento por la actividad económica de la ciudad de El Alto, la parte cultural, entre otras, lo que demuestra la parte débil de este subindicador, al igual que los riesgos ambientales que sólo se controlan fábricas y desechos hospitalarios.

El subindicador de *Utilización del perfil del estado de salud* con desempeño medio superior (0,64), donde se cuenta con el Análisis de Situación de Salud para el monitoreo de las tendencias, del uso de servicios y de las necesidades de supervisión de salud, como también para el cumplimiento de metas regionales y objetivos trazados, se proyecta de acuerdo al crecimiento de población la necesidad de incrementar el número de servicios de salud, de acuerdo a las diferentes zonas solicitantes. Las debilidades son poder evaluar las inequidades de las condiciones de salud, monitoreo de tendencias de factores de riesgo y la suficiencia y relevancia de los datos informados.

En el subindicador de *Difusión de la información sobre el estado de salud de la población* con desempeño óptimo (0,75) existen informes anuales de todo lo que realiza el SERES, a autoridades mediante informes anuales tanto en desarrollo como económicamente, socializado a los movimientos sociales, mediante mesas de salud, reuniones y CAIs conjuntamente con la FEJUFE, COR, COMUSA, datos que permiten hacer comparaciones y reformular el perfil de salud. Las debilidades es que los tomadores de decisiones sólo conocen esta información una vez al año y se involucran muy poco, además la información hacia la población es mínima, siendo evaluadas solo a nivel local.

El segundo indicador relacionado a la ***Evaluación de la calidad de información***, cuenta con un desempeño medio superior (0,75). Su fortaleza es que está en relación íntima con el SEDES y bajo supervisión del mismo, careciendo de auditorias periódicas al sistema de información para la medición del estado de salud de la región y el fortalecimiento a las partes más débiles del sistema.

El subindicador de **Identificación y actualización anual**, los datos recolectados en un perfil del estado de salud de la región con desempeño medio inferior (0,5). Su ventaja, es que es un ente de salud desconcentrado de salud y toma en cuenta las propuestas de la mejoría para perfeccionar la medición del estado de salud. Incumpliendo con las auditorías periódicas al sistema de información y es de difícil proposición de la modificación para mejora de este sistema, ya que como se siguen a parámetros locales y nacionales sólo ven por conveniente mantener la reglamentación externa.

El subindicador **Existencia una instancia coordinadora departamental de estadísticas** de la que forme parte del SERES, con desempeño óptimo (1), es el punto más fuerte de la FESP 1, al ser parte de una instancia departamental con la que se trabaja coordinadamente, manteniendo la supervisión, controlando los indicadores, reuniéndose en consejos técnicos para mejorar los sistemas de información, llevadas a la instancia superior y reuniones participativas con el SEDES, mejorando la calidad y utilidad de la información en forma renovadora. Además los datos recolectados de defunción están avalados por la copia de los mismos, siendo evaluados algunos por el comité de mortalidad materno – infantil conjuntamente con el SEDES. Cabe mencionar que como se circunscribió la población a los atendidos en el sector público y de convenio, (donde el SERES tiene rectoría) se conoce el detalle de la mortalidad; destacando que la realidad municipal y nacional es otra, ya que no se cuenta con estudios y estadísticas reales a la fecha.

El tercer indicador relacionado al **Apoyo experto y recursos para el monitoreo y evaluación del estado de salud**, con desempeño medio inferior (0,64). Se evidencia el trabajo conjunto del área epidemiológica con los programas en el SERES, innovando el control de la mortalidad y de otras enfermedades. Se debe incentivar al personal a la preparación en Salud Pública y a realizar investigación con información estadística. Pudiendo explotar los datos al máximo.

El subindicador relacionado con el *Empleo o tiene acceso a personal con capacitación y experiencia en Epidemiología y Estadística*, con desempeño medio superior (0,67). La fortaleza de este subindicador es que como es por norma nacional se consolidan de forma adecuada; análisis integrado de los datos; la interpretación, brindando la información a la comunidad. El control de enfermedades crónicas y de cáncer está en proceso de mejora e implementación desde el 2013, apoyado a normas nacionales. La falta de la información en forma de documentos comprensibles, boletines, en forma continua y tampoco se desarrolla investigación y análisis cuantitativos con la información estadística hace que el puntaje sea más bajo, como también la falencia del epidemiólogo con estudios a nivel doctorado.

Respecto al indicador de ***Empleo o acceso a personal con capacitación y experiencia en Epidemiología y Estadística***, con desempeño óptimo (0,89): Las fortalezas son en base también a protocolos, normas e instructivos a nivel nacional que capacita al personal en la recolección de los datos, la consolidación y el análisis en cada red, la interpretación de dicha información y la traducción en forma clara y útil (indicadores), el registro de enfermedades crónicas y cáncer entre otros, socializando posteriormente la información a la parte de participación social mediante CAIs de inicio local, de redes, regionales y departamentales. La debilidad es la deficiencia en la preparación y calificación a nivel de maestría, lo que conlleva a realizar toda la actividad empíricamente y con falencias.

El cuarto indicador que tiene que ver con el ***Soporte tecnológico para el monitoreo y evaluación del estado de Salud***, con desempeño mínimo (0,15). En esta FESP es una de las debilidades puesto que el recurso tecnológico no llega a las centros de primer nivel, lo que hace que la recolección sea en forma manual, muchas veces a destiempo, la información no cuenta con un tiempo real, ya que los recursos tecnológicos como el internet y correo electrónico están ausentes, la base de datos sólo es para los conglomerados de datos, las computadoras de áreas son obsoletas y si existieran se encuentran en servicios diferentes como

cajas, farmacia y administración. Es necesario tener tecnología actualizada para poder capacitar al recurso humano en su manejo y mantenimiento básico, no sólo cuando un nuevo instrumento esté ingresando al sistema. Además las computadoras si es que existen, no cuentan con procesadores de alta velocidad, El software es de uso habitual, puede transformar a datos estandar. Tampoco se reevalua la necesidad de este recurso tecnológico.

El quinto y último indicador, evidencia la **Asesoría y apoyo técnico a los niveles redes/distritos de salud pública**, con desempeño mínimo (0), es el mas débil en toda la FESP 1, ya que no se asesora en forma rutinaria ni continua a las redes en la recolección y análisis de los datos. No existe la cultura de la retroalimentación, capacitación y actualización permanente y continúa, lo que puede fortalecer los otros indicadores, lo que se informa a los responsables de dichas actividades, en coordinación al indicador 4, para que la información no quede sólo en papel.

Factores Facilitadores para la investigación

- Contar con una persona técnica que conoce totalmente el SNIS, información estadísticas, demográficos, y otros que la hacen Altamente calificado.
- Cooperación de todos los informantes claves, permitiendo realizar una investigación adecuada
- Por trabajar en torno al lugar de intervención, se facilitó la medición, aplicación del instrumento, como tambien los diferentes medios de verificación.

Factores Limitadores

- La continua rotación del personal como autoridades o Jefes de Unidades y/o programas, hace que no tengan una información validera y oportuna.
- Capacitación deficiente del personal en áreas de Jefaturas.
- Coordinación limitada para la verificación de instrumentos en ciertas áreas, ya que existen personas específicas que cuentan con ellos.

10. DISCUSION

La evaluación se realizó con ayuda de los diferentes estudios realizados en Latinoamérica, teniendo que compararse con países y solamente con un nivel local como es Tucumán, Bogota, y Cali, por carecer de información de las FESP en el país, a nivel regional.

El primer indicador relacionado con *las guías y procesos de monitoreo y evaluación del estado de salud* en el estudio se obtuvo 0,74, gracias al cumplimiento de guías y procesos, regionales y nacionales, al igual que el estudio a nivel de las américas, se encuentra en el cuartil medio superior, a diferencia de los estudios de Nicaragua 2008, El Salvador 2005, Cali 2007 en que los resultados se encuentran en el cuartil de desempeño óptimo (0,77 a 0,89) gracias a la producción y cumplimiento de los mismos. Y con resultados en cuartil de desempeño medio inferior en estudios de Bogotá 2007, Costa Rica 2014 y Tucumán 2004, por falencia en la recolección de los datos.

El indicador relacionado con *evaluación de la calidad de información*, en el estudio está en el cuartil de desempeño medio superior (0,75) al igual que en Cali 2007, el resto de los estudios se encuentran en el cuartil medio inferior (Nicaragua 2008, Costa Rica 2014, El Salvador 2005 y desempeño mínimo (estudio en las Américas, Tucumán 2004 y Bogotá 2007), muchos por deficiencia en la recolección de la información como también por falta de apoyo tecnológico, demostrándose al igual que en el SERES la carencia de auditorías de información para la medición del estado de salud.

El indicador relacionado con el *Apoyo experto y recursos para el monitoreo y evaluación del estado de salud*, en el estudio se obtuvo el mayor puntaje (0,78), dentro del cuartil de desempeño óptimo al igual que el estudio en las Américas, Nicaragua 2008, Costa Rica 2014, El Salvador 2005, Tucumán 2004 y Cali 2007 y en Bogotá se encuentra en el percentil medio superior, demostrando que este

indicador es el mayor en todos los estudios, demuestra Bogotá que disminuyó por falta de comunicación con los tomadores de decisiones.

El indicador relacionado con el *Soporte tecnológico para el monitoreo y evaluación del estado de salud*, en el estudio se encuentra en el cuartil de desempeño mínimo (0.15), a diferencia de los demás estudios el SERES en uno de los dos indicadores que aminoran toda la FESP 1, puesto que los demás estudios, demuestran estar en el cuartil de desempeño óptimo (El Salvador 2005, Cali 2007, Bogotá 2007), en el cuartil de desempeño medio superior (en las Américas, Nicaragua 2008, Costa Rica 2014 2004, demostrando la mejoría de la tecnología en todos los niveles, lo que aporta mucho a la FESP 1. Sólo en el cuartil medio inferior Tucumán, que al igual que en el SERES la carencia del Soporte tecnológico afecta a la evaluación de éste indicador como también la limitada capacitación a niveles intermedios.

En el último indicador relacionado con la *Asesoría y apoyo técnico a los niveles locales de salud pública*, es el más bajo de todos los indicadores del estudio, al igual que Tucumán 2014 estando en el cuartil de desempeño mínimo, por la carencia nuevamente del soporte tecnológico y la falta de actualización en su personal a nivel local, a diferencia de los demás estudios que se encuentran en el cuartil de desempeño medio superior (en las Américas, Nicaragua 2008, Costa Rica 2014, y Bogotá 2007) y en el cuartil de desempeño óptimo (El Salvador 2005 y Cali 2007) demostrando la importancia del apoyo tecnológico que mejora la calidad de la información. (Ver cuadros comparativos en anexos)

.

11. IMPLICACIONES DE LOS RESULTADOS

El resultado del presente estudio refleja desde el indicador de Guías y procesos del monitoreo y evaluación del estado de Salud, que es el reflejo de una tarea nacional, desde el Ministerio de Salud, hasta la normativa regional del SEDES La Paz, quienes son los que emiten normativas, guías y procesos a cumplir. Al igual que la recolección de datos con los diferentes instrumentos del SNIS. Dicha información es analizada periódicamente, cuyos resultados son parcialmente transmitidos a la población en información tanto física como públicamente, sólo en casos de brotes pero no así en forma periódica.

El apoyo experto y recursos para el monitoreo y evaluación del estado de salud, es la parte más fuerte de ésta Función Esencial, gracias al personal capacitado, pese a carecer de la formación a nivel doctorado en epidemiología, se realiza el monitoreo adecuado de la morbilidad. Cumpliendo protocolos y normas. La información es emitida mediante CAIs. Las limitaciones son la falta de preparación y calificación en Maestría de Salud Pública en el personal.

El soporte tecnológico para el monitoreo y evaluación del estado de salud a nivel intermedio como local es la parte más endeble de ésta función, ya que la carencia del apoyo tecnológico que permitiría tener información en tiempo real, tanto local como regional. Además carencia del internet, el software, correos en centros de salud, para que la información estadística pueda conocerse en forma oportuna y veraz. Así también la insuficiente capacitación y actualización en forma permanente, que limita un recurso humano.

.

12. AUDIENCIAS INTERESADAS EN LOS RESULTADOS

Los principales interesados en la investigación son de inicio el propio SERES, pues que, al ser una investigación innovadora, siendo la primera en Bolivia a nivel regional en la evaluación de las FESP, dando una línea base para el avance en la propia gestión del ente regulador de salud, y posteriormente definir conjuntamente con el SEDES La Paz, el Ministerio de Salud, políticas en forma coherente con principios de equidad, eficiencia, etc., además gracias al análisis de la situación de salud poder crear estrategias de intervención para una mejora de movilización de recursos y diseminación de la información en salud.

A la vez, al ser un estudio regional, puede ser reflejado a la actividad del SEDES La Paz, como al Ministerio de Salud.

Es importante también a la unidad de postgrado de Salud Pública de Universidad Mayor de San Andrés por ser el primer estudio científico en la evaluación de las Funciones Esenciales de la Salud Pública, con entera colaboración de la OPS.

Le interesa a la población de la ciudad de El Alto, porque con una información adecuada, conozca la realidad de la Monitorización, Evaluación y Análisis de la Información, para que se involucre en las decisiones conjuntas y con la participación en elaboración conjunta de planes locales, que promuevan a la elaboración de planes institucionales. Para posterior desarrollo tecnológico, material y financiero de cada uno de los centros de salud, lo cual fortalecerá el área de salud y se verá reflejada no sólo en la atención sino en el monitoreo de la situación de salud, para posterior optimización del Análisis de la Situación de Salud y con ello definir prioridades y necesidades locales.

Los resultados son importantes para todas las regiones, al ser pioneros en la medición de las FESP, se podrá replicar en los diferentes departamentos, para obtener resultados a nivel nacional, reflejados en políticas nacionales.

13. CONCLUSIONES

Se evidencia que el grado de Avance de la Monitorización, evaluación y análisis de la situación en el SERES, de El Alto está en el cuartil de desempeño medio inferior, demostrando el despunte en los Indicadores de Guías y procesos de monitorización y evaluación de la situación de salud como en la Evaluación de la Calidad de la información, que son el reflejo, no solo de protocolos y normas nacionales, sino también de un equipo de trabajo capaz, íntegro y efectivo, a la cabeza de un director, y de varios responsables que hacen parte de nexo entre el ente superior (SEDES – Ministerio de Salud) y las redes y el sistema local. Como también la capacidad del apoyo técnico óptimo en el área del SNIS, quién conoce el manejo de datos estadísticos a cabalidad, manejando los instrumentos en forma adecuada, lo que demuestra el conocimiento de las características de la población en los ámbitos etéreos, socioeconómicos, morbilidad y mortalidad dentro del área que limita a la tuición.

Mencionar que las áreas con más dificultad se evidencia a partir del indicador relacionado al Apoyo experto y recurso para el monitoreo y evaluación del estado de salud, donde se carece de personal capacitado en las cinco redes, pese a ello, son capaces de realizar la recolección de datos cuantitativos como cualitativos y los saben interpretar, existiendo falencia en los niveles intermedios.

El área crítica está en los dos últimos indicadores relacionado con el soporte tecnológico tanto a nivel central, como a nivel de las redes, por la carencia del mismo para el monitoreo y evaluación del estado de salud, ya que dichos recursos se encuentran postergados tanto en las computadoras, como en la información en tiempo real, más aun en el nivel intermedio y local en que dichos recursos son limitados, como también la carencia de la cultura de educación continua y la retroalimentación permanente para enriquecer el talento humano.

14. RECOMENDACIONES

Se recomienda:

- ✓ Buscar estrategias para involucrar a todos los actores involucrados en el desarrollo del Municipio de El Alto para que puedan ser “partícipes”, en la planificación, ejecución y control de las actividades relacionadas con salud.
- ✓ Fortalecer el Departamento de Relaciones Públicas y Comunicación, para que posterior al análisis de la información, pueda difundir datos en forma periódica tanto en medios de comunicación, en página Web, como físicamente (boletines) para lo cual debe contar con recursos específicos solicitados mediante el POA.
- ✓ Realizar auditorías permanentes al sistema de información para la medición del estado de salud de la región.
- ✓ Incentivar a todo nivel la investigación cuantitativa, para mejora continua, de los diferentes instrumentos como también al personal.
- ✓ Invertir en nueva tecnología para el apoyo de recolección de datos para el monitoreo, evaluación y análisis de la situación de salud, que permitan incentivar investigación de análisis para su posterior aplicación, tanto a nivel del SERES como también a nivel intermedio y local. Además de tener información en tiempo real.
- ✓ Explotar el talento humano con creación de cultura de actualización permanente e incentivando la retroalimentación y el espíritu de superación, en todos los niveles.

15. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- (1) INE. Datos del Censo en Bolivia - Ciudad de El Alto. <http://datos.censosbolivia.bo/binbol/RpWebEngine.exe/Portal?&BASE=CPV2012COM2012>
- (2) Honorable Congreso Nacional por la Asamblea Constituyente. Ley del Estado Plurinacional de Bolivia "Constitución Política del Estado Plurinacional". 2009.
- (3) Ministerio Salud y Deportes. Plan Sectorial de Desarrollo 2010 - 2020. 2010.
- (4) Ministerio de Economía y Finanzas Públicas. Agenda Patriótica. 2012.
- (5) Ministerio de Salud. Programas de Salud. <http://www.minsalud.gob.bo/programas-de-salud> 2015
- (6) Ministerio de Salud. Sistema Nacional de Información en Salud. <http://snis.minsalud.gob.bo/snis/default.aspx> 2015
- (7) OPS. Funciones Esenciales de Salud Pública. La Salud Pública en Las Américas. Washington, D.C: 2005.
- (8) Escalante G. Funciones Esenciales de La Salud Pública - Iniciativa en Las Américas. 6-7. 2014.
- (9) Estrada V. Funciones Esenciales de La Salud Pública. 2014.
- (10) OPS. Instrumento de Medición del Desempeño de las Funciones Esenciales de la Salud Pública. 2001.
- (11) Frankel N. GA. Fundamentos de Monitoreo y Evaluación. 2009.
- (12) Monitoreo, Evaluación y Sistema de Monitorización. <http://www.endvawnoworg/es/articulos/330-cual-es-el-monitoreo-y-la-evaluación.html> 2014
- (13) Morrachino C. Indicadores para Monitoreo de Sistemas de Atención de la Salud. 2012.
- (14) Morrachino C. Modalidades, modelos de Atención Médica. Medicina y Sociedad e Instituto Universitario, CEMIC 1988.

- (15) Paganini J. Indicadores de Resultados. In: OPS, editor. Manual de Acreditación de Hospitañes para América Latina y el Caribe. 1992.
- (16) Mac Rae D. Policy indicators: Links between social science and public debate. Chapel Hill. University of North Carolina Press.; 1985.
- (17) Bergonzoli G, Granados H. Evaluación de la Calidad del Cuidado Médico: Un Nuevo Indicador. Cuadernos de la Escuela de Salud Pública. 2004.
- (18) Gobierno de Colombia. Análisis de la Situación de Salud (ASIS). <http://www.saludcapital.gov.co/sitios/VigilanciaSaludPublica/Paginas/Analisisdesituaciondesalud.aspx> 2014
- (19) Sanchez G. Ana.MTA. Análisis de la Situación de Salud en una comunidad: Una Propuesta de Investigación acción - participativa. 2015.
- (20) paho. ASIS. <http://www.paho.org/spanish/sha/bs993HSA.htm> 2014
- (21) OPS. Monitoreo, Evaluación y Análisis de las estrategias nacionales de Salud. 2011.
- (22) OPS. Resultados de la Emisión de las Funciones Esenciales en Las Américas. La Salud Pública en las Américas. 2002.
- (23) OPS. Medición de Desempeño de las Funciones Esenciales de la Salud ejercidas de por la Autoridad Sanitaria de Nicaragua. 2008.
- (24) Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de la República de San Salvador. Plan de Desarrollo de las Funciones Esenciales de Salud Pública en San Salvador. 2005.
- (25) OPS. Evaluación de Las Funciones Esenciales de la Salud Pública en la Ciudad de Plata - Argentina. 2006.
- (26) García R. Fortalecimiento del Ministerio de Salud de Costa Rica para el ejercicio de la Rectoría de la producción Social en Salud. 2007.
- (27) OPS. Medición del Desempeño de las Funciones Esenciales de La Salud Pública en Costa Rica. 2014.
- (28) OPS OMdSPdT. Primeras Jornadas de Medición del Desempeño de Las Funciones Esenciales de la Salud Pública. 2004.
- (29) Secretaria de Salud Pública Municipal de Santiago de Cali. Funciones Esenciales de Salud Pública en el Municipio de Santiago de Cali. Informe de Evaluación del Desempeño. Cali. 2007.

- (30) Cusi E. Los Enfoques y Niveles de Investigación. In: SODESBO P, editor. Semillas para la Investigación 2. 2013.
- (31) Paez J. Estudios Descriptivos. <http://webpersonal.uma.es/~jmpaez/websci/BLOQUEIII/DocbIII/Estudios%20descriptivos.pdf> 2014
- (32) Historia de la ciudad de El Alto. <http://enlaupea.com/historia-de-la-ciudad-de-el-alto/> 2014
- (33) SERES. Datos Estadísticos de La Población de el Municipio de El Alto. 2014.
- (34) UPEA. Historia de la Ciudad de El Alto. <http://enlaupea.com/historia-de-la-ciudad-de-el-alto/> 2014
- (35) SEDES La Paz. SERES, El Alto. http://www.sedeslapaz.gob.bo/index.php?option=com_content&view=article&id=305&Itemid=171 2014

ANEXOS

Anexo 1: Guía adecuada y validada de la FESP 1

GUIA ADECUADA Y VALIDADA DE LA FESP 1

FESP 1: Monitoreo, evaluación y análisis de la situación de salud

PUNTAJE FINAL FESP 1:

1.1 Guías y procesos de monitoreo y evaluación del estado de salud

1.1.1 El SERES ¿Aplica las guías para medir y evaluar el estado de salud de la población?

En todo caso, las guías u otros instrumentos para medir el estado de salud:

1.1.1.1 ¿Aplican guías nacionales a nivel regional del sistema de salud?

1.1.1.2 ¿Aplican guías en los niveles de redes y distritos del sistema de salud?

1.1.1.3 ¿Aplican guías a nivel local del sistema de salud?

1.1.1.4 ¿Describen métodos apropiados para recolectar información y para elegir fuentes de información adecuadas?

1.1.1.5 ¿Describen los roles del nivel regional y de los niveles redes/distritos en la recolección de información?

1.1.1.6 ¿Permiten el acceso a la información a los ciudadanos y a grupos organizados de la comunidad protegiendo a la vez la privacidad de las personas?

1.1.1.7 ¿Incluyen un proceso de mejora continua de los sistemas de información para satisfacer mejor las necesidades de los usuarios de los niveles regional y de los niveles redes/distritos (tomadores de decisiones, encargados de programas, etc.)?

Si es así, el proceso:

1.1.1.7.1 ¿Incluye normas uniformes en todos los niveles del sistema de información?

1.1.1.7.2 ¿Incluye procedimientos compatibles con las necesidades de las instancias nacionales e internacionales de las que el sistema forma parte y a las que debe entregar información?

1.1.1.7.3 ¿Incluye una revisión de las normas y procedimientos periódicamente para evaluar su pertinencia a la luz de los avances tecnológicos y cambios de política de salud?

1.1.1.8 ¿Describen los procedimientos para diseminar información a los medios de comunicación y al público general?

1.1.1.9 ¿Protegen la confidencialidad de la información mediante el uso de protocolos definidos para tener acceso a los datos?

1.1.1.10 ¿Describen los procedimientos a seguir para organizar la información en un perfil del estado de salud que contenga información respecto a los objetivos regionales de salud?

1.1.2 El SERES ¿Identifica y actualiza anualmente los datos recolectados en un perfil del estado de salud de la región?

En todo caso, este perfil incluye:

1.1.2.1 ¿Variables sociodemográficas?

1.1.2.2 ¿Mortalidad?

1.1.2.3 ¿Morbilidad?

1.1.2.4 ¿Factores de riesgo?

1.1.2.5 ¿Información sobre hábitos de vida?

1.1.2.6 ¿Riesgos ambientales?

1.1.2.7 ¿Acceso a servicios de salud individuales?

1.1.2.8 ¿Contacto con servicios de salud colectivas?

1.1.2.9 ¿Utilización de servicios de salud colectiva e individual?

1.1.2.10 ¿Barreras en el acceso a atención de salud?

1.1.3 El SERES ¿Utiliza el perfil del estado de salud?

En todo caso, el perfil de salud se usa:

1.1.3.1 ¿Para evaluar las necesidades de salud de la población?

1.1.3.2 ¿Para evaluar inequidades en las condiciones de salud?

1.1.3.3 ¿Para monitorear tendencias en el estado de salud?

1.1.3.4 ¿Para monitorear cambios en la prevalencia de factores de riesgo?

1.1.3.5 ¿Para monitorear cambios en el uso de los servicios de salud?

1.1.3.6 ¿Para determinar la suficiencia y relevancia de los datos informados?

1.1.3.7 ¿Para definir las prioridades y necesidades de la población en materia de acceso a los servicios, participación en actividades de promoción y asignación de recursos, con especial énfasis en la detección de inequidades en el acceso y la utilización de los servicios de salud?

1.1.3.8 ¿Para definir objetivos y metas regionales de salud?

1.1.3.9 ¿Para evaluar el cumplimiento de objetivos y metas regionales de salud?

1.1.3.10 ¿Para mejorar la eficiencia y calidad del sistema para ejercer las funciones de salud pública?

1.1.3.11 ¿Puede proveer un ejemplo donde se utilizó este perfil?

1.1.4 El SERES ¿Difunde la información sobre el estado de salud de la población?

En todo caso, la AS:

1.1.4.1 ¿Produce un informe anual?

1.1.4.2 ¿Da a conocer este informe a todos los interesados en la información que contiene?

1.1.4.3 ¿Lo presenta a un conjunto de tomadores de decisión claves de la región?

1.1.4.4 ¿Organiza regularmente seminarios u otras actividades dirigidas a explicar y hacer conciencia en los tomadores de decisión claves acerca de las implicancias de la información contenida en el informe anual del estado de salud de la población?

1.1.4.5 ¿Entrega datos acerca de resultados de salud que se siguen en el tiempo y se comparan con estándares y metas que se mencionan específicamente en el perfil?

1.1.4.6 ¿Entrega a las comunidades un conjunto comprensible de medidas para ayudarlas a hacer comparaciones, priorización de problemas de salud comunitarios y decisiones de asignación de recursos?

1.1.4.7 ¿Solicita y evalúa periódicamente sugerencias para mejorar el contenido, la presentación y la distribución del perfil del estado de salud?

1.1.4.8 ¿Evalúa regularmente el uso que los destinatarios de la información hacen de los informes producidos sobre el estado de salud de la población?

1.2 Evaluación de la calidad de la información

1.2.1 ¿Existe una instancia para la evaluación de la calidad de la información producida en el sistema de salud?

En todo caso, esta instancia:

1.2.1.1 ¿Está ubicada fuera de la administración directa del SERES?

1.2.1.2 ¿Realiza auditorías periódicas al sistema de información para la medición del estado de salud de la región?

1.2.1.3 ¿Propone modificaciones al sistema en aquellos puntos que se reconocen como débiles o susceptibles de perfeccionamiento?

1.2.1.4 ¿Toma en cuenta las proposiciones de mejoría hechas por la instancia evaluadora para perfeccionar el sistema de medición del estado de salud?

1.2.2 ¿Existe una instancia coordinadora departamental de estadísticas de la que forme parte la El SERES?

En todo caso, el SERES y otras instancias de estadística regional:

1.2.2.1 ¿Se reúnen al menos una vez al año para proponer modificaciones de los sistemas de información que mejoren su compatibilidad?

1.2.2.2 ¿Son tomadas en cuenta las modificaciones propuestas para mejorar los sistemas de información del SERES?

1.2.2.3 ¿Propone medidas concretas para mejorar la calidad y la utilidad de la información del SERES?

1.2.2.4 ¿Se conoce el porcentaje de muertes con certificación médica?

1.2.2.4.1 ¿La AS considera que este porcentaje es suficiente para hacer confiables los datos de mortalidad?

1.3 Apoyo experto y recursos para el monitoreo y evaluación del estado de salud

1.3.1 El SERES ¿Emplea o tiene acceso a personal con capacitación y experiencia en Epidemiología y Estadística?

En todo caso, este personal tiene entrenamiento y experiencia en las áreas siguientes:

1.3.1.1 ¿Epidemiología al nivel de doctorado?

1.3.1.2 ¿Diseño de planes de muestreo para la recolección de datos cuanti y cualitativos?

1.3.1.3 ¿Consolidación de datos procedentes de fuentes diversas?

1.3.1.4 ¿Análisis integrado de datos?

1.3.1.5 ¿Interpretación de los resultados y formulación de conclusiones científicamente válidas a partir de los datos analizados?

1.3.1.6 ¿Traducción de los datos en información clara y útil por medio de interacción con personal calificado para producir documentos comprensibles y atractivos para audiencias variadas?

1.3.1.7 ¿Diseño y mantenimiento de registros de información sobre enfermedades o problemas específicos (pe: registros de Cáncer)?

1.3.1.8 ¿Comunicación de información de salud a tomadores de decisión y miembros de organizaciones comunitarias?

1.3.1.9 ¿Investigación y análisis cuantitativos?

1.3.2 El SERES en los niveles intermedios ¿Emplea o tiene acceso a personal con capacitación y experiencia en Epidemiología y Estadística?

En todo caso, este personal tiene entrenamiento y experiencia en las áreas siguientes:

1.3.2.1 ¿Diseño de planes de muestreo para la recolección de datos?

1.3.2.2 ¿Consolidación de datos procedentes de fuentes diversas?

1.3.2.3 ¿Análisis de datos?

1.3.2.4 ¿Interpretación de los resultados y formulación de conclusiones científicamente válidas a partir de los datos analizados?

1.3.2.5 ¿Traducción de los datos en información clara y útil?

1.3.2.6 ¿Diseño y mantenimiento de registros de información sobre enfermedades o problemas específicos (pe: registros de Cáncer)?

1.3.2.7 ¿Comunicación de información de salud a la población?

1.3.2.8 ¿Comunicación de información a tomadores de decisión?

1.3.2.9 ¿Preparación y calificación al nivel de Maestría en Salud Pública?

1.4 Soporte tecnológico para el monitoreo y evaluación del estado de salud

1.4.1 El SERES ¿Utiliza recursos computacionales para monitorear el estado de salud de la población de la región?

En todo caso, la AS:

1.4.1.1 ¿Utiliza recursos computacionales para monitorear el estado de salud de la población de la región en los niveles intermedios (redes/distritos)?

1.4.1.2 ¿Utiliza recursos computacionales para monitorear el estado de salud de la población del municipio en el nivel local?

1.4.1.3 ¿Considera personal que está entrenado para su manejo y mantenimiento básico?

1.4.1.4 ¿Cuenta con una o más computadoras con procesadores de alta velocidad?

1.4.1.5 ¿Cuenta con software utilitario de uso habitual (procesadores de texto, planillas de cálculo, diseño gráfico y de presentaciones)?

1.4.1.6 ¿Es capaz de transformar datos de procedencia diversa a formatos estándar?

1.4.1.7 ¿Cuenta con acceso dedicado y de alta velocidad a Internet?

1.4.1.8 ¿Cuenta con comunicación electrónica con los niveles redes/distritos que generan y utilizan información?

1.4.1.9 ¿Tiene suficiente capacidad de almacenamiento para mantener las bases de datos del perfil del estado de salud de la región?

1.4.1.10 ¿Cumple con los requisitos de diseño para compilar registros vitales?

1.4.1.11 ¿Cuenta con acceso rápido a mantenimiento especializado del sistema computacional?

1.4.1.12 ¿Evalúa una vez al año la necesidad de actualización de los recursos computacionales?

1.4.1.13 ¿Puede proveer un ejemplo donde se utilizó recursos computacionales para monitorear el estado de salud?

1.5 Asesoría y apoyo técnico a los niveles redes/distritos de salud pública

1.5.1 Durante los últimos doce meses, El SERES ¿Ha asesorado a uno o más niveles redes/distritos en materia de recolección y análisis de datos?

En todo caso,

1.5.1.1 ¿Se le(s) ha asesorado en el diseño de instrumentos para la recolección de información de salud?

1.5.1.2 ¿Se ha comunicado a todos los niveles redes/distritos que existe la disposición a asesorarlos en materia de recolección de información?

1.5.1.3 ¿Se ha comunicado a todos los niveles redes/distritos que existe la disposición a asesorarlos en el análisis de datos recolectados localmente?

1.5.1.4 Durante los últimos doce meses, la AS ¿Ha asesorado a uno o más niveles redes/distritos para el análisis de datos recolectados localmente?

1.5.2 Durante los últimos doce meses, El SERES ¿Ha diseminado información a los niveles redes/distritos y otros usuarios de la misma de manera periódica y constante?

En todo caso,

1.5.2.1 ¿Se ha solicitado retroalimentación a los usuarios de esta información?

1.5.2.2 ¿Se ha asesorado a los usuarios en la interpretación de estos análisis?

1.5.2.3 Durante los últimos doce meses, la AS ¿Ha asesorado a los responsables de la publicación de un perfil del estado de salud de la región o de la jurisdicción de los niveles redes/distritos?

1.5.2.3.1 ¿Se ha comunicado a los responsables de la publicación de perfiles del estado de salud la existencia de esta disposición a asesorarlos?

Anexo 2: Lista de Verificación de Indicadores y subindicadores

LISTA DE VERIFICACION DE LOS INDICADORES Y SUBINDICADORES DE LA FESP 1

INDICADOR		MEDIO DE VERIFICACIÓN
1.1 GUIAS Y PROCESOS DE MONITOREO Y EVALUACION DEL ESTADO DE SALUD		
1.1.1	SI	
1.1.1.1	SI	Políticas actuales, normas. Notificaciones, hojas de monitoreo mensual, indicadores de programas
1.1.1.2.	SI	Ídem pero por red
1.1.1.3	SI	Hojas de monitoreo, indicadores de programa
1.1.1.4	SI	Instrumentos del SNIS, certificados de RN vivos
1.1.1.5	SI	Manuales del SNIS, roles de funciones y tiempo de recolección
1.1.1.7	SI	Cuadernos de actas de casi, con la presencia de COLOSAS y CUMUSAS
1.1.1.7.1	SI	Instructivos, Circulares
1.1.1.7.2	SI	Instructivos, Circulares
1.1.1.7.3	NO	
1.1.1.8	NO	
1.1.1.9	SI	Normativa interna y externa
1.1.1.10	SI	Sala Situacional de Salud
1.1.2		
1.1.2.1	SI	Pirámide poblacional, datos de pobreza por quintiles, datos de vivienda y alcantarillado
1.1.2.2	SI	Certificados de defunción y datos del SNIS
1.1.2.3	SI	Instrumentos del SNIS
1.1.2.4	SI	Informes
1.1.2.5.	NO	
1.1.2.6.	NO	

1.1.2.7.	SI	Instrumentos de monitorización de pacientes nuevos
1.1.2.8	SI	Actualización de los convenios con sectores de convenio.
1.1.2.9	SI	Formas de contacto con centros de primer y segundo nivel con listas de teléfono y direcciones
1.1.2.10	NO	
1.1.3		
1.1.3.1	SI	Pirámide poblacional, canales endémicos
1.1.3.2	NO	
1.1.3.3	SI	Instrumentos y formularios del SNIS
1.1.3.4	SI	Monitoreo epidemiológico y del SNIS
1.1.3.5	SI	Cobertura de programas y Formularios de atención
1.1.3.6	NO	
1.1.3.7	NO	
1.1.3.8	SI	Formularios de atención y cobertura de programas, POA del Depto. de Planificación
1.1.3.9	SI	Formularios de atención y cobertura de programas. CAI comparativos
1.1.3.10	SI	POA de departamentos y de responsables
1.1.3.11	SI	Creación de 10 nuevos centros de salud (planificación). Carpetas de solicitud, planos y entrega de los centros
1.1.4		
1.1.4.1	SI	Informe anual, informe de gestión, rendición de cuentas, cuaderno de actas de la mesa de salud. Informes al SEDES
1.1.4.2	SI	Publicaciones solo virtual
1.1.4.3	SI	Cuadernos de actas de reuniones con la gobernación, COR, FEJUVE, SEDES, CUMUSA, DIMUSA
1.1.4.4	NO	
1.1.4.5	SI	Datos y tablas comparativas con indicadores específicos. Compromisos de gestión
1.1.4.6	SI	Cuadernos de actas que demuestren reuniones con comunidades para la toma de
1.1.4.7	SI	Supervisiones capacitantes, hojas de supervisión.

1.1.4.8	SI	Actas de las mesas redondas; SEDES y con las organizaciones sociales. CAIs, matrices e invitaciones.
1.2 EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA INFORMACION		
1.2.1		
1.2.1.1	SI	Al SEDES en medio magnético
1.2.1.2	NO	
1.2.1.3.	NO	
1.2.1.4	SI	Seguimiento del SEDES mediante circulares, instructivos y notas
1.2.2		
1.2.2.1	SI	Cuaderno de actas que muestre modificaciones al sistema de información e instructivos del consejo técnico
1.2.2.2	SI	Instructivos del 1.2.2.1
1.2.2.3	SI	Cuaderno de actas con el SEDES e instructivos para el cumplimiento
1.2.2.4	SI	Seguimiento a los certificados de defunción
1.2.2.4.1	SI	Certificados de defunción (circunscrito al SERES)
1.3 APOYO EXPERTO Y RECURSOS PARA MONITOREO Y EVALUACION DEL ESTADO DE SALUD		
1.3.1		
1.3.1.1	NO	
1.3.1.2.	SI	Cuantitativo por programas y cualitativo por supervisión. Ver actas de programas y hojas de supervisión
1.3.1.3	SI	Formularios y notificaciones semanales
1.3.1.4	SI	Canales endémicos, cuadros de monitoreo, CAI, sala situacional
1.3.1.5	SI	Monitoreo de programas
1.3.1.6	NO	
1.3.1.7	NO	
1.3.1.8	SI	Cuaderno de actas de reuniones de información con los movimientos sociales
1.3.1.9	NO	

1.3.2		
1.3.2.1	SI	Protocolos y normas
1.3.2.2	SI	Monitoreo
1.3.2.3	SI	Análisis de datos, monitoreo
1.3.2.4	SI	Cuadernos de supervisión de CAIs, evaluaciones a los programas
1.3.2.5	SI	Indicadores
1.3.2.6	SI	Registro de programas
1.3.2.7	SI	CAIs, participación social en libro de actas de CAIs
1.3.2.8	SI	Cuadernos de actas de reuniones, CAIs
1.3.2.9	NO	
1.4 SOPORTE TECNOLÓGICO PARA EL MONITOREO Y EVALUACIÓN DE SALUD		
1.4.1	SI	
1.4.1.1	NO	
1.4.1.2	NO	
1.4.1.3.	NO	
1.4.1.4	NO	
1.4.1.5.	SI	Demostrar el Software utilitario
1.4.1.6.	NO	
1.4.1.7.	NO	
1.4.1.8.	NO	
1.4.1.9.	NO	
1.4.1.10	NO	
1.4.1.11	NO	
1.4.1.12	NO	
1.4.1.13	NO	
1.5 ASESORIA Y APOYO TÉCNICO A LOS NIVELES REDES/ DISTRITOS DE		

SALUD PUBLICA		
1.5.1	NO	
1.5.1.1	NO	
1.5.1.2.	NO	
1.5.1.3	NO	
1.5.1.4	NO	
1.5.2	NO	
1.5.2.1	NO	
1.5.2.2	NO	
1.5.2.3	NO	
1.5.2.3.1	NO	

Anexo 3: Cronograma de Actividades

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	SEMANAS									
	11-10-14	13-10-14 20-10-14	20-10-14 27-10-14	28-10-14 2-11-14	3-11-14 9-11-14	10-11-14 16-11-14	17-11-14 13-11-14	24-11-14 30-11-14	1-12-14 7-11-14	8-11-14 15-11-14
REUNION DE INFORMACIÓN										
TALLER DE CAPACITACIÓN Y ADECUACIÓN DEL INSTRUMENTO										
APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO Y PRIMER RESULTADO										
ETAPA DE VERIFICACION										
ETAPA DE EVALUACIÓN										

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DE ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO

ACTIVIDADES	TIEMPO									
	01-01 AL 15 DE ENERO 2015	16-01-15 20-02-15	20-02-15 28-02-15	01-03-15 15-03-15	16-03-15 24-03-15	24-03-15 31-03-15	01-04-15 7-04-15	8-04-15 14-4-15	15-05-15 30-05-15	1-06-15 15-6-15
ANÁLISIS DE DATOS										
ELABORACIÓN DE PRIMER INFORME										
ELABORACIÓN DE INFORME FINAL										
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS										
ENTREGA DE INFORME FINAL										

Anexo 4 : Mapa de la ciudad de El Alto

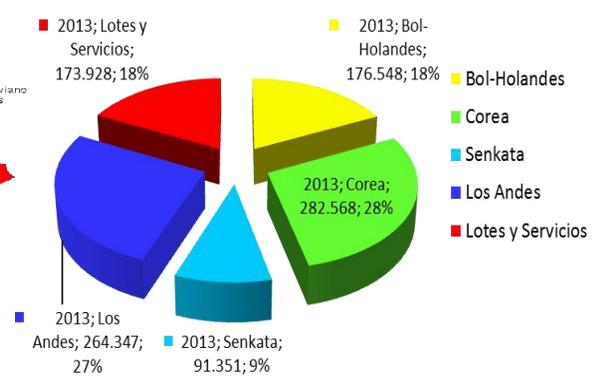
<http://a4000.blogspot.com/2011/11/plano-de-la-ciudad-de-el-alto-bolivia.html>



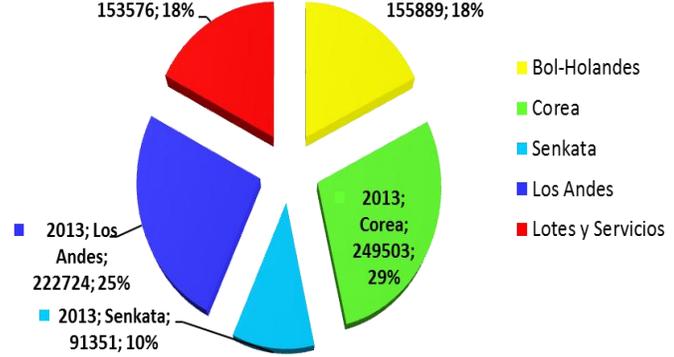
El Alto



POBLACION TOTAL DEL MUNICIPIO DE EL ALTO POR REDES DE SALUD - GESTION 2013



POBLACION TOTAL DEL MUNICIPIO DE EL ALTO POR REDES DE SALUD GESTION 2014



FUENTE: SNIS-VE SERES EL ALTO

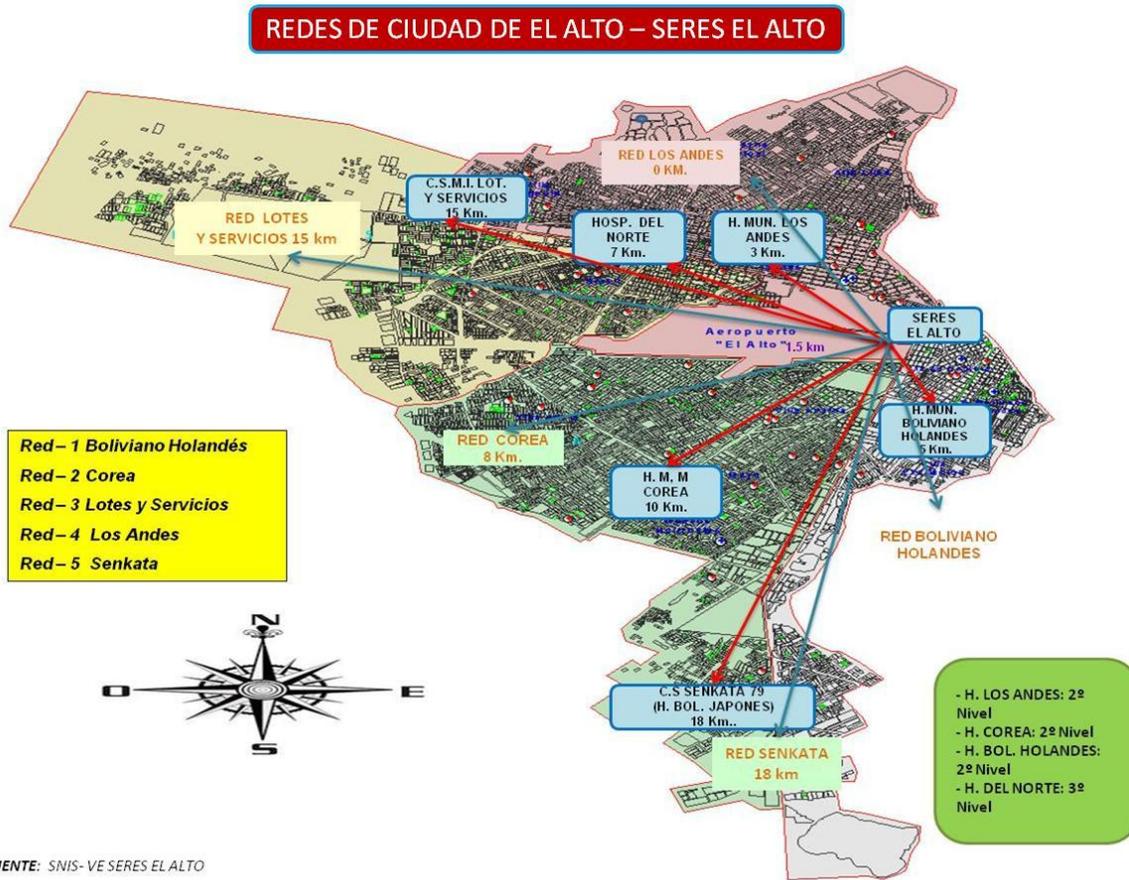
Fuente: Departamento de Estadísticas del SERES, El Alto, 2014

Anexo 5: Distribución de Establecimientos de salud por Niveles de Atención



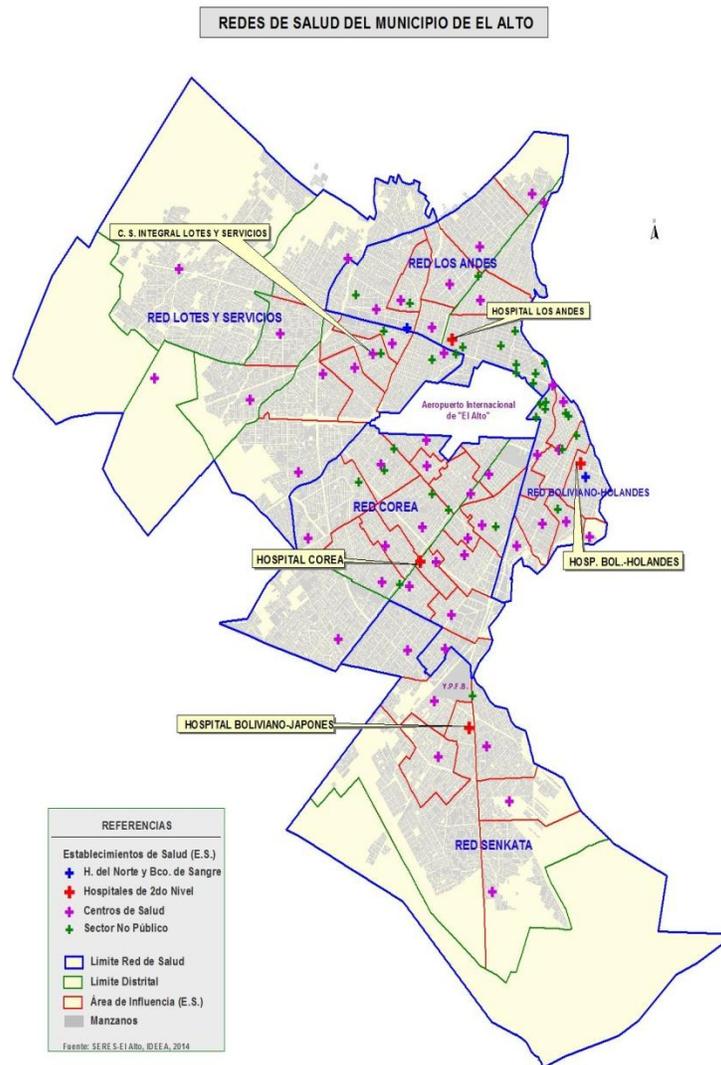
Fuente: Departamento de Estadísticas del SERES, El Alto, 2014

Anexo 6: Redes de la Ciudad de El Alto



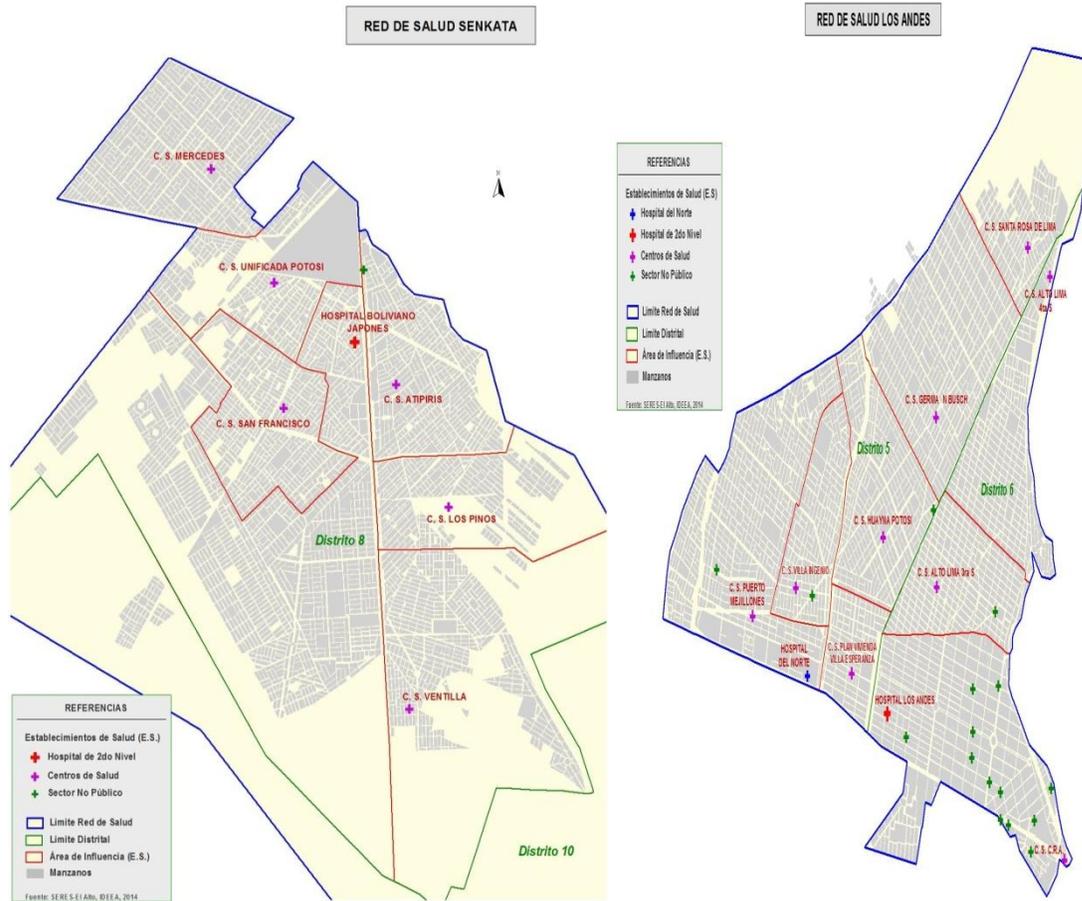
Fuente: Departamento de Estadísticas del SERES, El Alto, 2014

Anexo 7: Mapas de las Redes de la Ciudad de El Alto



Fuente: Departamento de Estadísticas del SERES, El Alto, 2014

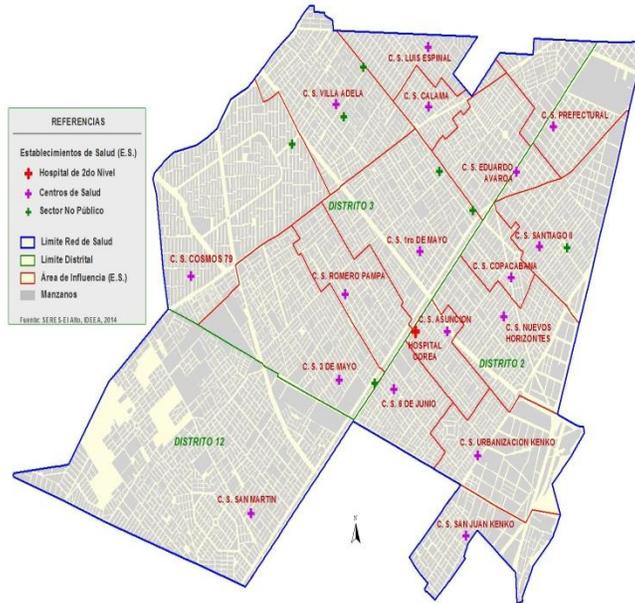
Anexo 7: Mapas de las Redes de la Ciudad de El Alto



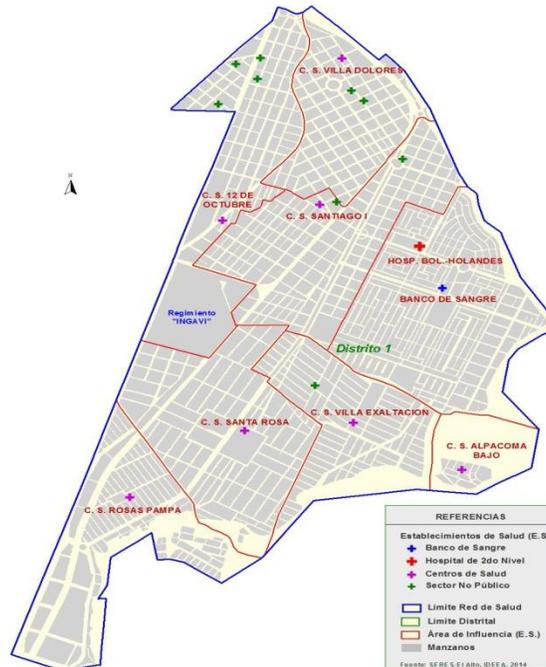
Fuente: Departamento de Estadísticas del SERES, El Alto, 2014

Anexo 7: Redes de la Ciudad de El Alto

RED DE SALUD COREA

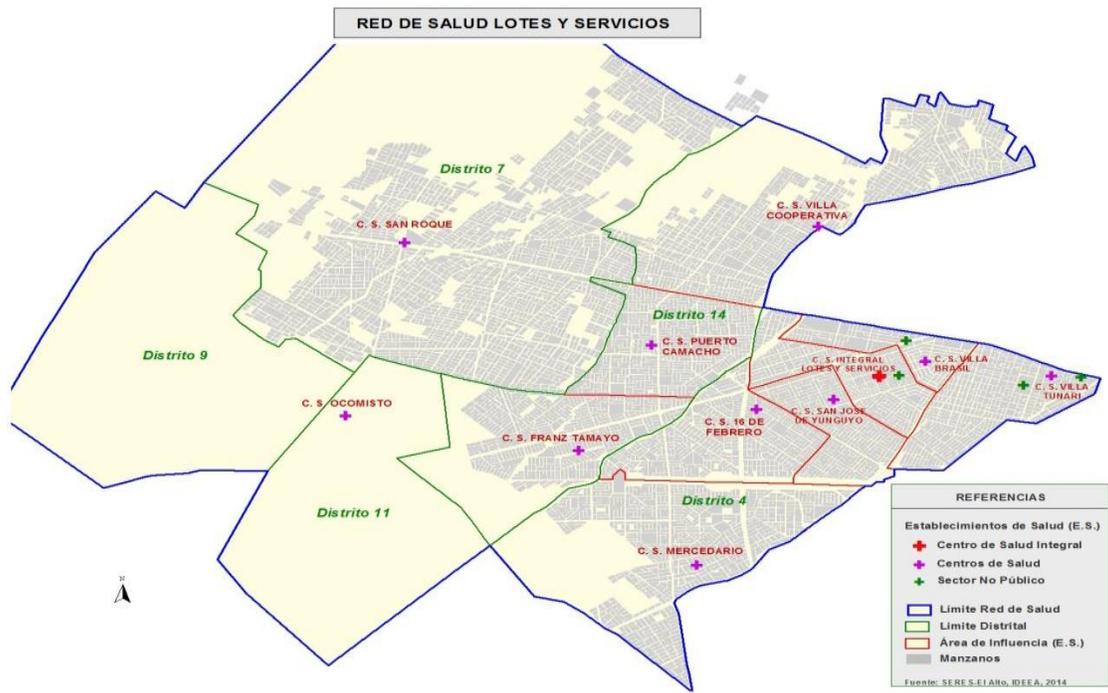


RED DE SALUD BOLIVIANO-HOLANDES



Fuente: Departamento de Estadísticas del SERES, El Alto, 2014

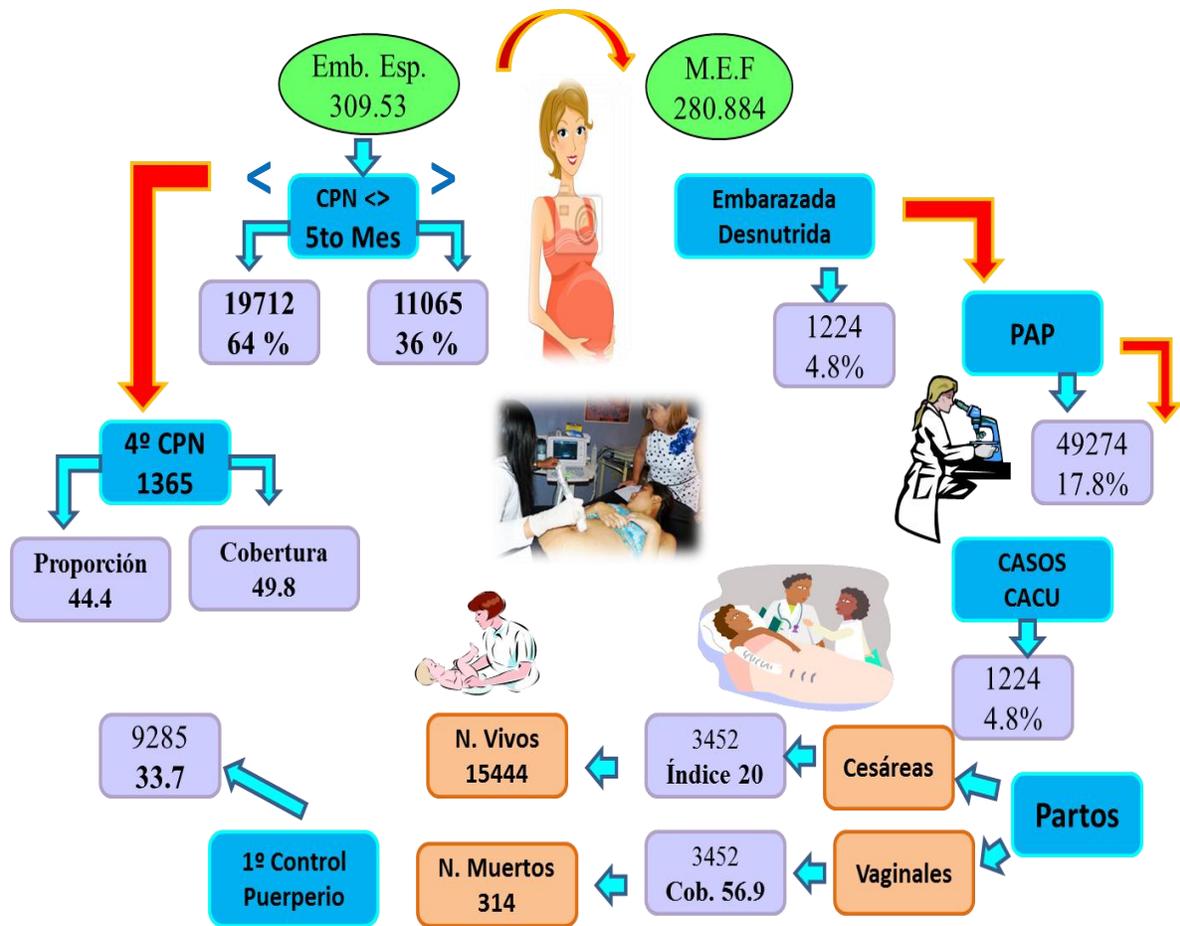
Anexo 7: Redes de la Ciudad de El Alto



Fuente: Departamento de Estadísticas del SERES, El Alto, 2014

Anexo 8: Análisis Integral de Atención a la Mujer Gestión 2012 - 2013

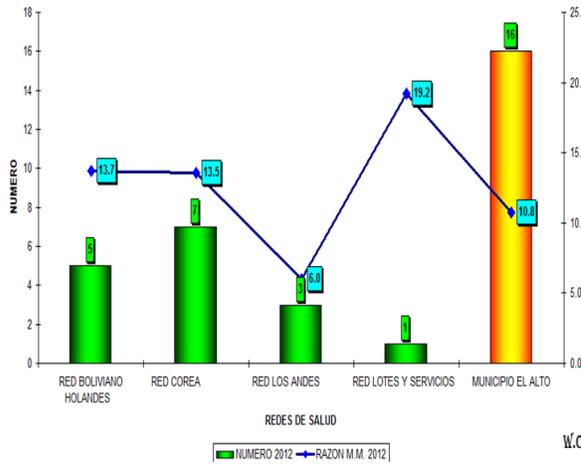
ANÁLISIS INTEGRAL DE ATENCIÓN A LA MUJER GESTIÓN 2012 - 2013



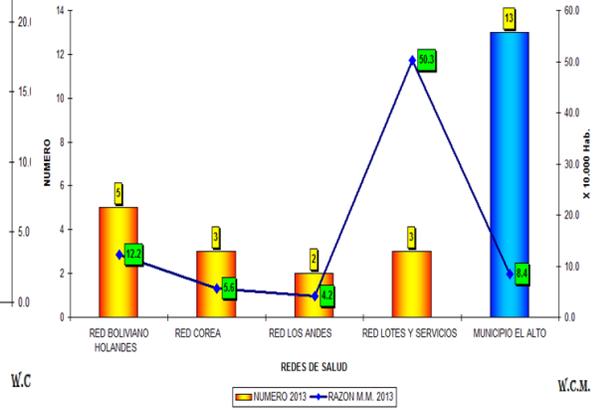
Fuente: Departamento de Estadísticas, SERES El Alto, 2014

Anexo 9: Mortalidad Materna, gestión 2012 - 2013

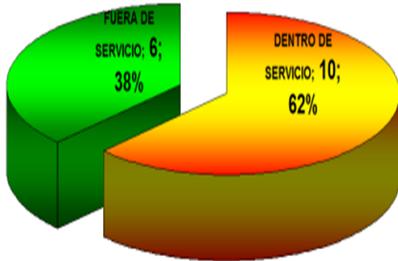
RAZON DE MORTALIDAD MATERNA
POR REDES DE SALUD COMPARATIVO GESTION 2012



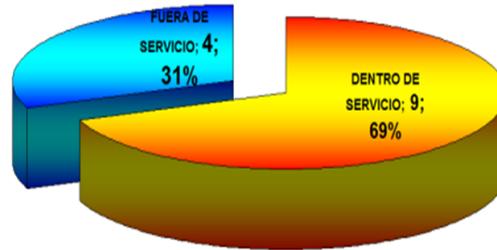
RAZON DE MORTALIDAD MATERNA
POR REDES DE SALUD COMPARATIVO GESTION 2013



PORCENTAJE DE MORTALIDAD
DENTRO Y FUERA DE SERVICIO 2012



PORCENTAJE DE MORTALIDAD
DENTRO Y FUERA DE SERVICIO 2013



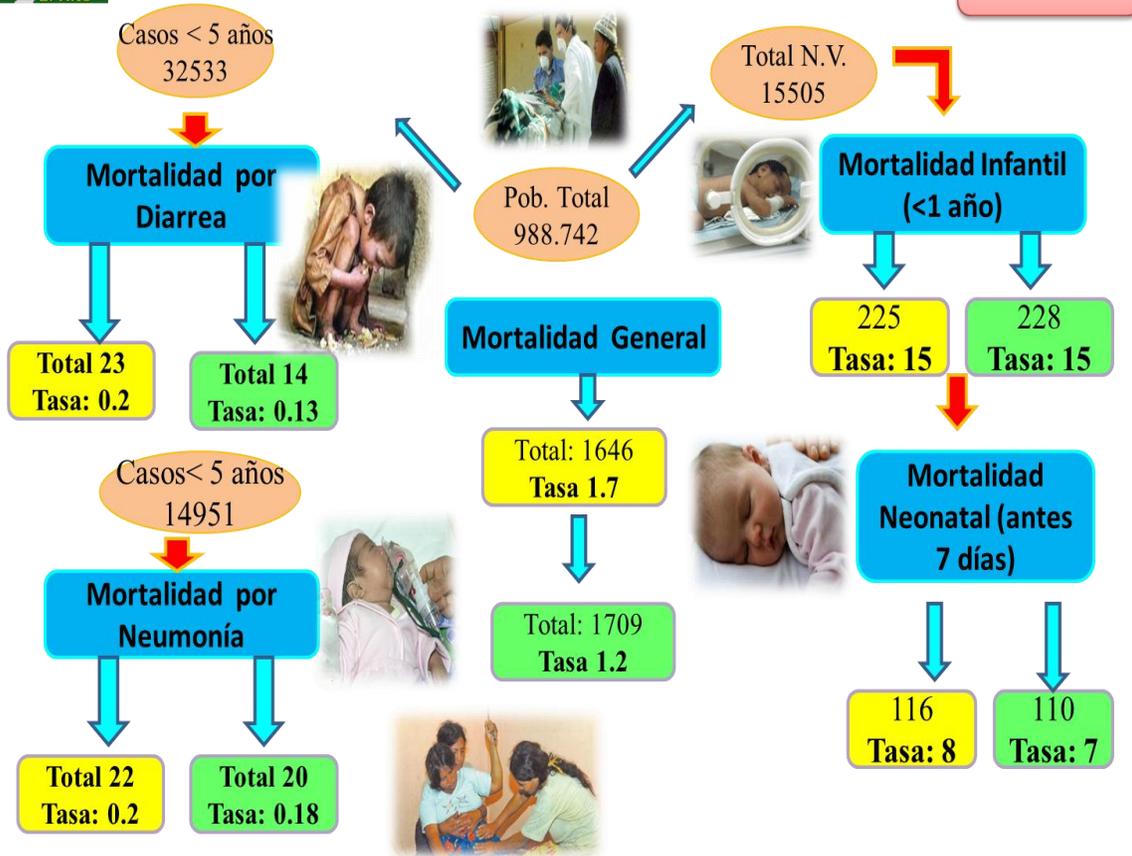
FUENTE: SNIS-VE SERES EL ALTO

Anexo 9: Análisis de Mortalidad en el Municipio de El Alto



ANALISIS DE MORTALIDAD EN MUNICIPIO EL ALTO

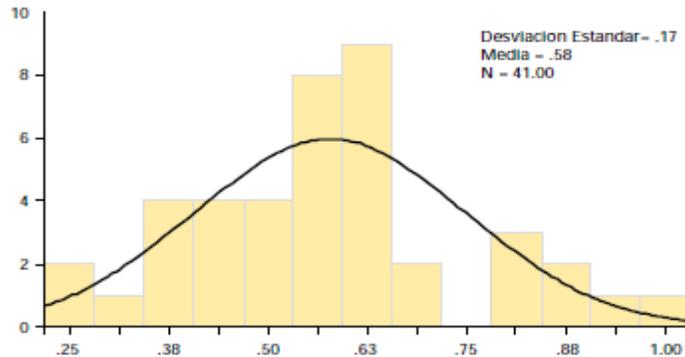
Por 1000



FUENTE: SNIS-VE SERES EL ALTO

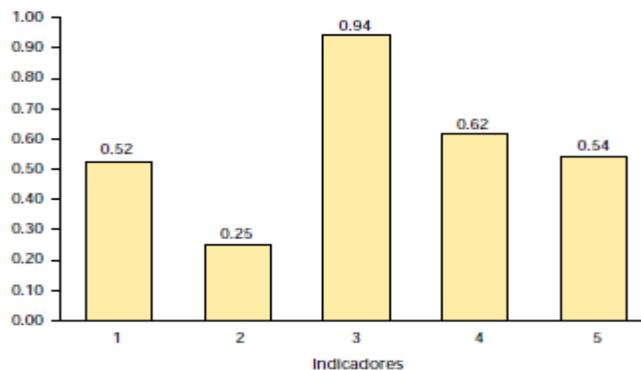
Anexo 10: Desempeño de los países de la Región

DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE DESEMPEÑO DE LA FESP 1 EN LOS PAÍSES DE LA REGIÓN



Fuente: Resultados de la mediciones Esenciales en las Américas, Capítulo 11, La Salud Pública en las Américas. Nuevos Conceptos, Análisis del Desempeño y Bases para la Acción Washington, D.C.: OPS, © 2002.

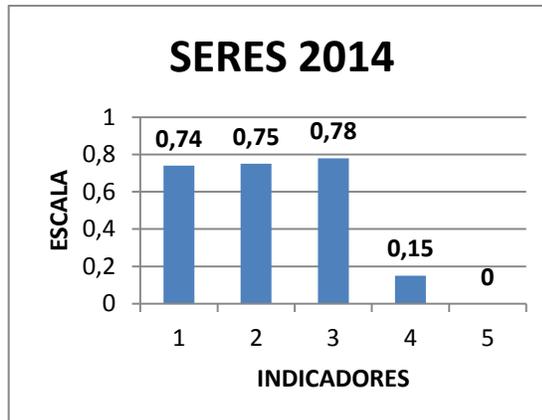
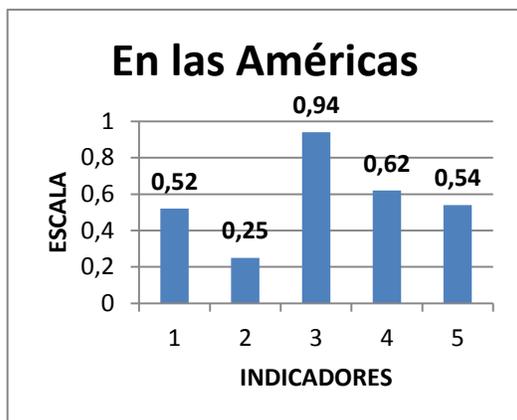
DESEMPEÑO DE LOS INDICADORES DE LA FESP 1



Fuente: Resultados de la mediciones Esenciales en las Américas, Capítulo 11 La Salud Pública en las Américas. Nuevos Conceptos, Análisis del Desempeño y Bases para la Acción Washington, D.C.: OPS, © 2002.(22)

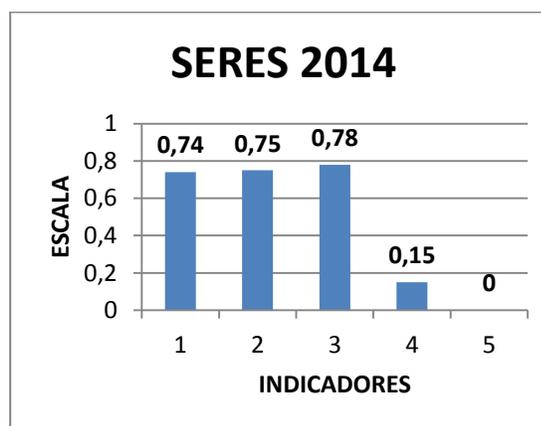
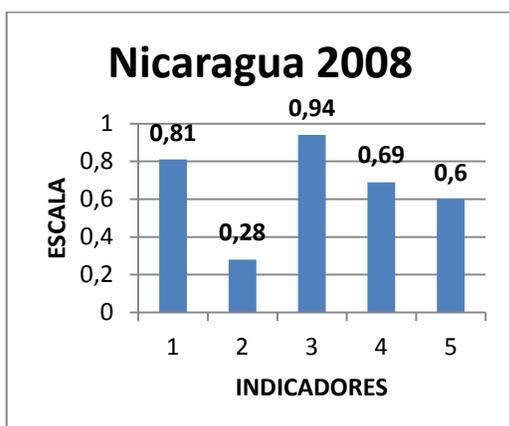
- * 1. Guías y procesos de monitoreo y evaluación del estado de salud
- 2. Evaluación de la calidad de la información
- 3. Apoyo experto y recursos para el monitoreo y evaluación del estado de salud
- 4. Soporte tecnológico para el monitoreo y evaluación del estado de salud
- 5. Asesoría y apoyo técnico a los niveles redes/distritos de salud pública

**GRAFICO COMPARATIVO DEL GRADO DE AVANCE DEL MONITOREO,
EVALUACIÓN Y ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD,
ENTRE EL ESTUDIO EN LAS AMÉRICAS Y EL SERES**



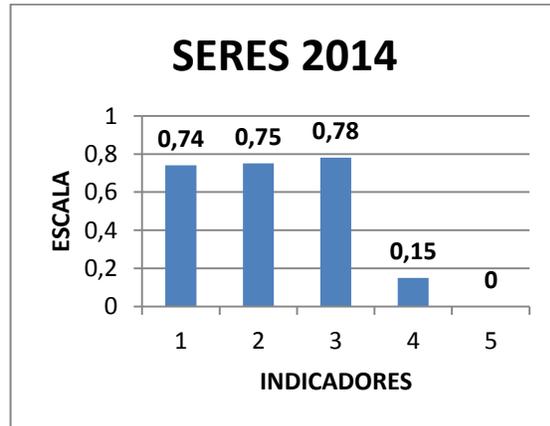
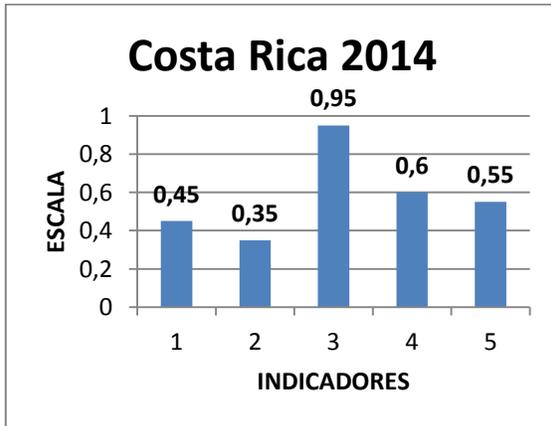
- * 1. Guías y procesos de monitoreo y evaluación del estado de salud
- 2. Evaluación de la calidad de la información
- 3. Apoyo experto y recursos para el monitoreo y evaluación del estado de salud
- 4. Soporte tecnológico para el monitoreo y evaluación del estado de salud
- 5. Asesoría y apoyo técnico a los niveles redes/distritos de salud pública

**GRAFICO COMPARATIVO DEL GRADO DE AVANCE DEL MONITOREO,
EVALUACIÓN Y ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD,
ENTRE NICARAGUA Y EL SERES**



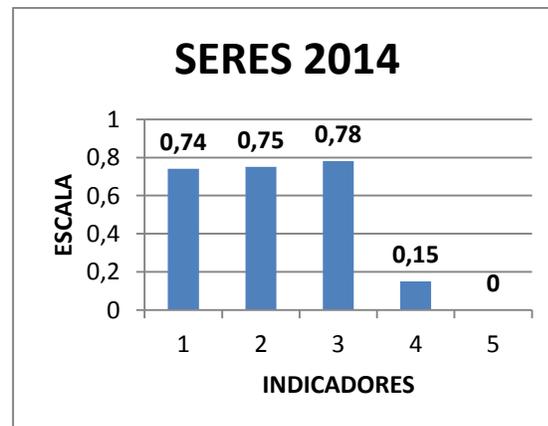
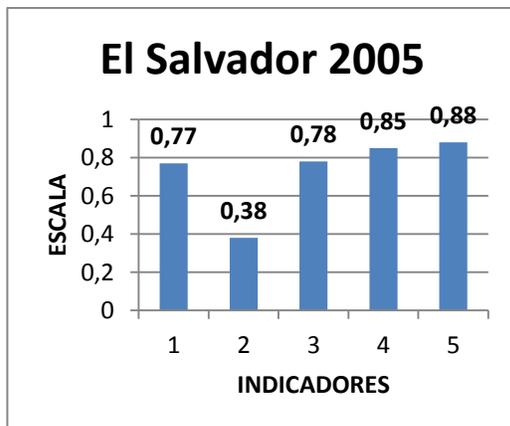
- * 1. Guías y procesos de monitoreo y evaluación del estado de salud
- 2. Evaluación de la calidad de la información
- 3. Apoyo experto y recursos para el monitoreo y evaluación del estado de salud
- 4. Soporte tecnológico para el monitoreo y evaluación del estado de salud
- 5. Asesoría y apoyo técnico a los niveles redes/distritos de salud pública

**GRAFICO COMPARATIVO DEL GRADO DE AVANCE DEL MONITOREO,
EVALUACIÓN Y ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD,
ENTRE COSTA RICA Y EL SERES**



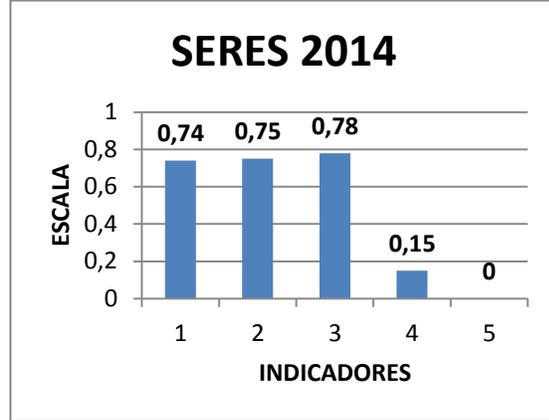
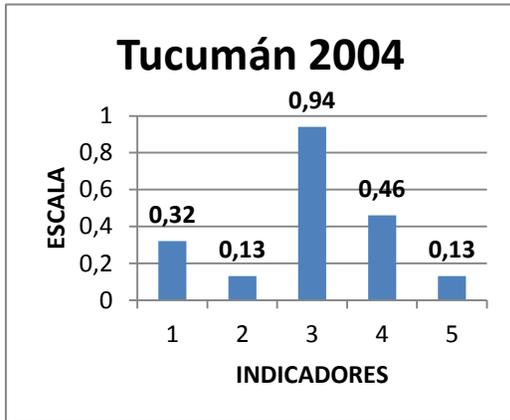
- * 1. Guías y procesos de monitoreo y evaluación del estado de salud
- 2. Evaluación de la calidad de la información
- 3. Apoyo experto y recursos para el monitoreo y evaluación del estado de salud
- 4. Soporte tecnológico para el monitoreo y evaluación del estado de salud
- 5. Asesoría y apoyo técnico a los niveles redes/distritos de salud pública

**GRAFICO COMPARATIVO DEL GRADO DE AVANCE DEL MONITOREO,
EVALUACIÓN Y ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD,
ENTRE EL SALVADOR Y EL SERES**



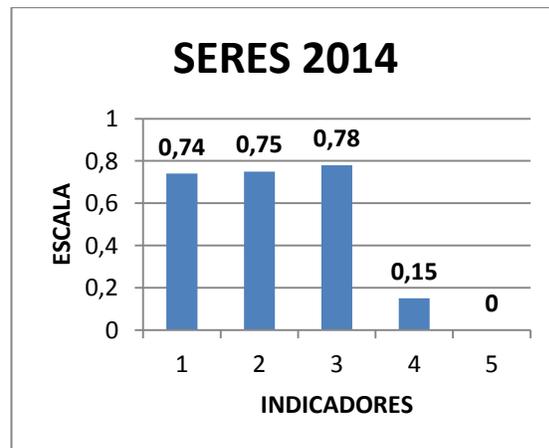
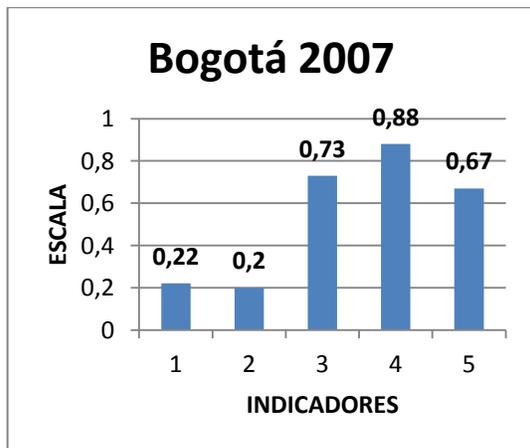
- * 1. Guías y procesos de monitoreo y evaluación del estado de salud
- 2. Evaluación de la calidad de la información
- 3. Apoyo experto y recursos para el monitoreo y evaluación del estado de salud
- 4. Soporte tecnológico para el monitoreo y evaluación del estado de salud
- 5. Asesoría y apoyo técnico a los niveles redes/distritos de salud pública

**GRAFICO COMPARATIVO DEL GRADO DE AVANCE DEL MONITOREO,
EVALUACIÓN Y ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD,
ENTRE TUCUMÁN Y EL SERES**



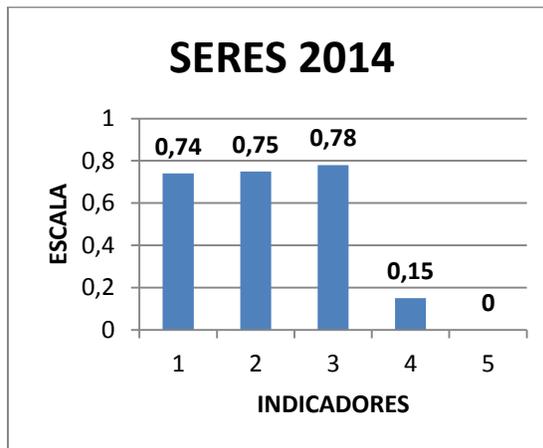
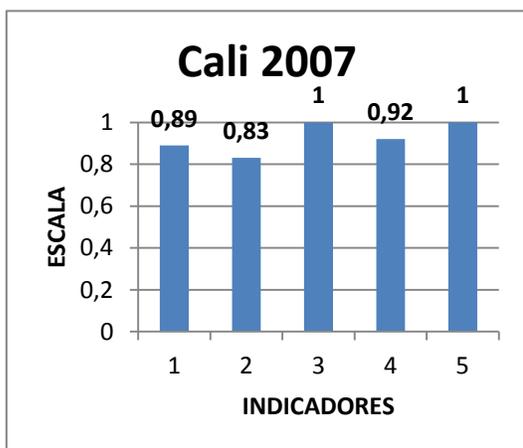
- * 1. Guías y procesos de monitoreo y evaluación del estado de salud
- 2. Evaluación de la calidad de la información
- 3. Apoyo experto y recursos para el monitoreo y evaluación del estado de salud
- 4. Soporte tecnológico para el monitoreo y evaluación del estado de salud
- 5. Asesoría y apoyo técnico a los niveles redes/distritos de salud pública

**GRAFICO COMPARATIVO DEL GRADO DE AVANCE DEL MONITOREO,
EVALUACIÓN Y ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD, ENTRE BOGOTÁ Y
EL SERES**



- * 1. Guías y procesos de monitoreo y evaluación del estado de salud
- 2. Evaluación de la calidad de la información
- 3. Apoyo experto y recursos para el monitoreo y evaluación del estado de salud
- 4. Soporte tecnológico para el monitoreo y evaluación del estado de salud
- 5. Asesoría y apoyo técnico a los niveles redes/distritos de salud pública

**GRAFICO COMPARATIVO DEL GRADO DE AVANCE DEL MONITOREO,
EVALUACIÓN Y ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD, ENTRE CALI Y EL
SERES**



- * 1. Guías y procesos de monitoreo y evaluación del estado de salud
- 2. Evaluación de la calidad de la información
- 3. Apoyo experto y recursos para el monitoreo y evaluación del estado de salud
- 4. Soporte tecnológico para el monitoreo y evaluación del estado de salud
- 5. Asesoría y apoyo técnico a los niveles redes/distritos de salud pública