

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERIA, NUTRICIÓN
Y TECNOLOGIA MÉDICA
UNIDAD DE POSTGRADO**



El Seres y las Instituciones de Socorro, que apoyan la
Reducción del Impacto de Emergencias y Desastres en
Salud, en el Municipio de El Alto, Gestión 2014

**POSTULANTE: Dra. Ángela L. Buitrago Aduviri
TUTOR: Dr. Msc. Jimmy Alejo Pocoma**

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

La Paz - Bolivia
2015

INDICE

RESUMEN EJECUTIVO.....	8
1. INTRODUCCIÓN	10
2. ANTECEDENTES.....	12
2.1 JUSTIFICACION.....	14
3. MARCO TEÓRICO	15
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	32
5. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	33
6. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.....	33
7. OBJETIVOS.....	35
7.1. GENERAL.....	35
7.2 ESPECÍFICOS.....	35
8. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	35
8.1. CONTEXTO O LUGAR DE INTERVENCIONES	36
8.2. MEDICIONES.....	46
8.3.1. UNIDAD DE OBSERVACIÓN	47
8.2.2. MUESTRA.....	47
8.2.3. PLAN DE ANÁLISIS.....	48
8.2.4. ANÁLISIS ESTADÍSTICOS.....	49
9. RESULTADOS	50
10. DISCUSIÓN	60
11. IMPLICACIÓN DE LOS RESULTADOS	64
12. AUDIENCIA INTERESADA EN LOS RESULTADOS	64
13. CONCLUSIONES	66
14. RECOMENDACIONES	68
BIBLIOGRAFIA	69
16. ANEXO.....	71
ANEXO 1: ADECUACIÓN DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN PARA LA FESP 11: “REDUCCIÓN DEL IMPACTO DE EMERGENCIAS Y DESASTRES EN SALUD”	72
ANEXO 2: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	77
ANEXO3: LISTA Y LUGARES DE INSTITUCIONES QUE APOYAN AL SERVICIO DE EMERGENCIA Y RESCATE (INFORMANTES CLAVES)	78
ANEXO 7:MAPA 1- UBICACIÓN DEL MUNICIPIO DE EL ALTO	79

ANEXO 8: PARÁMETROS CLIMÁTICOS PROMEDIO DE EL ALTO	80
ANEXO 9: MAPA GEOLÓGICO	81
ANEXO 10: MAPA HIDROGRÁFICO	82
ANEXO 11: MAPA CON ZONAS DE MAYOR RIESGO	83
ANEXO 12: GRAFICOS DE LA MEDICIÓN DE LA FESP 11 EN LAS INSTITUCIONES QUE APOYAN EN LA REDUCCIÓN DE EMERGENCIAS Y DESASTRES EN EL MUNICIPIO DE EL ALTO	84

INDICE DE CUADROS

Cuadro N°1	Miembros de un Comité Nacional de Emergencias29
Cuadro N°2	Coordinación de las actividades sanitarias de emergencia.30

INDICE DE FIGURA

Figura N°1	Secuencia de Gestión en caso de desastre de comienzo súbito.19
------------	--	---------

INDICE DE TABLAS

Tabla N° 1	Informantes Claves de SERES y las Instituciones de Socorro que apoyan la Reducción de Emergencias y Desastres en Salud en El Alto47
Tabla N° 2	Puntajes Obtenidos de la FESP N°11, de SERES y las Instituciones de Socorro en Emergencia y Desastres en la ciudad de El Alto, de la Gestión 2014.52

INDICE DE GRAFICOS

Gráfico N°1	Puntaje Obtenido por Indicador del sistema de gestión y coordinación de la Función Esencial N°11 de SERES, en la ciudad de El Alto gestión 201453
-------------	---	---------

ACRONIMOS

COE- El Alto:	Centro de Operaciones de Emergencias El Alto
COE:	Comité Operativo de Emergencias
CPE:	Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia
COEI:	Comité Operativo de Emergencias Institucional.
COEM:	Comité Operativo de Emergencias Municipal.
DISA:	Dirección de Salud
DIRESA:	Dirección Regional de Salud
D1-D2:	Distrito 1, Distrito 2, etc.
EPSAS:	Empresa Publica Social de Agua y Saneamiento
EDRID:	Equipo Departamental de Respuesta Inmediata en Desastres.
EMRID:	Equipo Municipal de Respuesta Inmediata en Desastres
EDAN- Salud:	Evaluación de Daños y Análisis de Necesidades en Salud
FESP:	Funciones Esenciales de Salud Publica
ONG:	Organización No Gubernamental
OPS:	Organización Panamericana de Salud
PM-PRD:	Plan Municipal de Preparación y Respuesta ante Desastres.
SAR-FAB, Illimani:	Search and Rescue/ Servicio de Búsqueda y Rescate de la Fuerza Aerea Boliviana- Illimani
SUMA- El Alto:	Servicio de Urgencias Médicas El Alto
SENADEC:	Servicio Nacional de Defensa Civil
SERES:	Servicio Regional de Salud
LSS/ SUMA:	Sistema de Manejo de Suministro Humanitario
SISPLAN:	Sistema de Planificación

RESUMEN EJECUTIVO

La investigación contempla aspectos claves que dan orientación a la elaboración de un plan, formulación e implementación de reformas de salud, que ayudará al desarrollo de políticas el cual brindará planificación y ejecución de acciones en prevención, mitigación, preparación, respuesta y rehabilitación temprana y ayudará a ver un enfoque integral de los daños y de la etiología posible en la realidad del país. La participación de todo el sistema de salud con colaboración intersectorial e interinstitucional

Los desastres naturales influyen en la salud de poblaciones que están en riesgo, ocasionando grandes consecuencias e incapacidades de resolución en la salud, si no contasen con un modelo de organización. Es de suma importancia tomar medidas necesarias para garantizar una relación de coordinación entre los grupos de rescate y el sistema de salud que benefician a los afectados los cuales deben ser el objetivo básico de la gestión.

Para esta investigación nos trazamos la siguiente pregunta ¿Como el SERES y las instituciones de socorro, apoyan la Reducción del Impacto de Emergencias y Desastres en Salud en el Municipio de El Alto en las Gestión 2014?

El objetivo de este estudio es identificar si SERES y las instituciones de socorro, apoyan la Reducción del Impacto de Emergencias y Desastres en Salud en el Municipio de El Alto en las Gestión 2014, contando con nuestros objetivos específicos los cuales son a) Evaluar la gestión en la reducción del impacto de emergencias y desastres b) Verificar el cumplimiento de normas que apoyen la reducción del impacto de emergencias y desastres en salud c) Determinar el nivel de coordinación y alianzas con otras agencias y/o instituciones d) Verificar la asesoría y apoyo técnico a los niveles distritales, para la reducción del impacto de emergencias y desastres en salud.

Esta Investigación es un estudio de tipo descriptivo con un enfoque cuantitativo-transversal, ya que esta se caracteriza por cuantifica y aporta evidencia numérica a una teoría, es estructurado y presenta muestras representativas de una población determinada y también se hace una medición en el tiempo y en cada sujeto de estudio. Lugar de la investigación es la ciudad de El Alto ubicado al noreste de Bolivia .y el Servicio Regional de Salud El Alto es una institución pública desconcentrada dependiente del Servicio Departamental de Salud. Y como unidad de Observación se tomó a SERES y las instituciones de socorro ya que apoyan la Reducción del Impacto de Emergencias y Desastres en Salud en el Municipio de El Alto.

En los resultados obtenidos se pudo Identificar que el SERES y las instituciones de socorro, apoyan en la reducción del Impacto de Emergencias y desastres en salud en el Municio de El Alto, con una proporción de 0,30, obteniendo un nivel de calificación de desempeño medio inferior según nuestro plan de análisis, en tanto que su indicador 3 logró un estándar superior al 0,50 obteniendo un desempeño medio superior, mientras que el indicador 4 logró un estándar menor a 0,50 obteniendo un desempeño medio inferior, al igual que el indicador 1 y 2 obteniendo un desempeño mínimo.

Entre las Recomendaciones podemos se puede señalar: a)Cumplir las políticas públicas y desarrollar un plan institucionalizado a nivel del SERES, involucrando a todas las instituciones relacionadas con la Atención de Emergencias y Desastres b)Divulgar la información a todos los niveles sobre el plan de emergencias. c)Uniformar los planes municipales a los fines que contemplen el manejo de los problemas de salud resultantes de la situación de emergencia, d)Crear un sistema integrado de emergencias médicas, e)Gestionar la cooperación intersectorial e internacional.

1. INTRODUCCIÓN

El presente documento contempla aspectos claves que le darán la orientación a la elaboración de un plan y los esfuerzos realizados para la formulación e implementación de la reforma de salud, esta función implica el desarrollo de políticas, la planificación y ejecución de acciones de prevención, mitigación, preparación, respuesta y rehabilitación temprana para reducir el impacto de los desastres sobre la salud pública con un enfoque integral respecto de los daños y la etiología de todas y cada una de las emergencias o desastres posibles en la realidad del país.

También implica la participación de todo el sistema de salud y la más amplia colaboración intersectorial e interinstitucional en la reducción del impacto de emergencias o desastres y se dará un énfasis en la gestión de la cooperación intersectorial e internacional en la solución de problemas de salud generados por emergencias y desastres.

Este trabajo presenta resultados para identificar si el ente regulador en salud y los institutos de socorro apoyan la reducción del impacto de emergencias y desastres en la ciudad de El Alto, con el fin de que se constituya una línea base para desarrollar estrategias de mejora, elaborar un plan de coordinación regional y se enriquezca la gestión en salud con la información recaudada; también que pueda ser fomentado el intercambio de experiencias entre regiones y apoyar en la obtención de resultados en salud pública regional, departamental y nacional.

Gracias a las instituciones que apoyaron la investigación se pudo permitir y ver necesario realizar una medición de la situación en la reducción de emergencias y desastres en salud, utilizando experiencias de otros países y el instrumento estandarizado desarrollado por los países de América, con la cooperación de la OPS-OMS, como también poderlo comparar con las Propias instituciones locales relacionadas en el tema.

Se pondrá a disposición la información recauda que es fruto de un trabajo que integro a diversos actores del área de emergencia y desastres convirtiéndose en una experiencia valiosa por la información recaudada y generada.

2. ANTECEDENTES

El Estado Plurinacional de Bolivia, establece el respeto e igualdad entre todos, como principios de soberanía, dignidad, complementariedad, solidaridad, armonía y equidad en la distribución y redistribución del producto social donde predomine la búsqueda del vivir bien; con respecto a la pluralidad económica, social, jurídica, política y cultural de los habitantes de esta tierra;(1) en convivencia colectiva con acceso al agua, trabajo, educación, salud y vivienda para todos: el derecho a la salud y a la seguridad social en el Artículo 35 de la CPE, refiere que el Estado tiene la obligación indeclinable de garantizar y sostener el derecho a la salud, que se constituye a una función suprema y primera responsabilidad financiera, se prioriza la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, como también en el artículo 41-I El estado garantiza el acceso a la población a los medicamentos; los deberes de los bolivianos según la CPE en el artículo 108 numeral 10-11 refiere que todo boliviano debe asistir, proteger y socorrer a sus ascendientes y el numeral 11 refiere que todo boliviano tiene el deber de socorrer con todo el apoyo necesario, en caso de desastre naturales y otras contingencias. (1)

La gestión en salud refiere según el código de salud, en el capítulo V, en el Artículo 12 los deberes del médico en el inciso c refiere, colaborar a las autoridades del Sistema Nacional de Salud en caso de Epidemias, desastres y emergencias. (2)

También encontramos en el área legal y nuestro ente regulador a la Ley 2140 que en su artículo 1 refiere el que regula las actividades en el ámbito de la Reducción de Riesgos y Atención de Desastres y/o Emergencias y, establecer un marco institucional apropiado y eficiente que permita reducir los Riesgos de las estructuras sociales y económicas del país frente a los Desastres y/o Emergencias y, atender oportuna y efectivamente estos eventos causados por amenazas naturales, tecnológicos y antrópicas.(3)

Esta normativa se refiere ante todo a los criterios orientadores del PM-PRD están respaldados por la Ley No 2140, que tiene como objeto fundamental “regular las actividades en el ámbito de la reducción de riesgos y atención de desastres y/o emergencias, y establecer un marco institucional apropiado y eficiente que permita reducir los riesgos de las estructuras sociales y económicas del país frente a los desastres y/o emergencias, y atender oportuna y efectivamente estos eventos causados por amenazas naturales, tecnológicas y antrópicas” y ahora con la reformulación contamos con la Ley 604.(3)

2.1 JUSTIFICACION

La siguiente investigación contempla aspectos sobre la determinación en la gestión y coordinación del SERES con las instituciones de socorro el cual dará orientación para la formulación o implementación a un plan de desarrollo al mismo, ya que en el momento no se cuenta con antecedentes de haberse realizado en la ciudad de El Alto, para formular e impulsar las reformas de salud y cumplir la visión de las instancias superiores, como también satisfacer las necesidades normativas ante todo tipo de emergencias.

Con los resultados obtenidos en la medición estoy convencida que va contribuir a mejorar la calidad del ejercicio en salud pública, a través del fortalecimiento del área con desempeño crítico a todo nivel, impulsando el desarrollo de un plan estratégico gerencial basado en la situación real y fortificar la infraestructura de la salud pública (Recursos materiales, financieros, tecnológicos y el talento humano), y estimular un proceso de transparencia de la gestión y participación de las instituciones de socorro.

Este trabajo presenta resultados para Identificar si SERES y las instituciones de socorro que apoyan la **Reducción Del Impacto De Emergencias Y Desastres** en la ciudad de El Alto, con el fin de que se constituya una línea base para desarrollar estrategias de mejora elaborar un plan de coordinación regional y se enriquezca la gestión en salud con la información recaudada; también que pueda ser fomentado el intercambio de experiencias entre regiones y apoyar en la obtención de resultados en salud pública regional, departamental y nacional.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 SALUD PÚBLICA Y GESTIÓN DE REDUCCIÓN DE RIESGOS

La gestión del riesgo es una práctica transversal e integral que comprende actividades y enfoques desde la óptica de la prevención y mitigación, así como en temas particulares, relacionados con los preparativos, la respuesta, la rehabilitación y la reconstrucción. Su punto de referencia es el riesgo y no el desastre y las formas de evolución que el riesgo tiene durante condiciones normales de vida y durante o después de la ocurrencia de eventos catastróficos. La Organización Panamericana de la Salud incluye como decimoprimer y última Función Esencial de Salud Pública (FESP), la ***“Reducción De La Repercusión De Las Emergencias Y Los Desastres En La Salud Pública”***. Si bien las FESP tienen el objetivo de crear categorías de competencias asignadas con especificidad dentro del Sistema de Salud. (4)

3.2 EFECTOS GENERALES DE LOS DESASTRES SOBRE LA SALUD

En el pasado se creía que los desastres súbitos no solo causaban mortalidad generalizada sino que, además, producían un trastorno social masivo y brotes de epidemias y hambrunas, dejando a los sobrevivientes totalmente a merced del socorro exterior. La observación sistemática de los efectos de los desastres naturales sobre la salud humana permitió llegar a conclusiones muy distintas, tanto en lo que se refiere a los efectos de los desastres sobre la salud como en cuanto a las formas más eficaces de proporcionar asistencia humanitaria.

El término “desastre” suele aplicarse al fenómeno natural (por ejemplo, un huracán o un terremoto) combinado con sus efectos nocivos (por ejemplo, la pérdida de vidas o la destrucción de edificios). “Peligro” o “amenaza” se refiere al fenómeno natural y “vulnerabilidad”, a la susceptibilidad de una población o un sistema a los efectos del peligro (por ejemplo, un hospital, los sistemas de abastecimiento de agua y de alcantarillado u otros aspectos de la infraestructura). La probabilidad de

que un determinado sistema o población resulten afectados por los peligros se conoce como “riesgo”. Por tanto, el riesgo depende de la vulnerabilidad y del peligro y la relación se expresa de la forma siguiente:

$$\text{Riesgo} = \text{Vulnerabilidad} \cdot \text{Peligro}$$

Aunque todos los desastres son únicos en el sentido de que afectan a zonas con grados distintos de vulnerabilidad y en condiciones económicas, sanitarias y sociales peculiares, también existen similitudes entre ellos. La identificación de esos rasgos comunes puede usarse para mejorar la gestión de la asistencia humanitaria en salud y el uso de los recursos. Deben considerarse los aspectos siguientes:

- Existe una relación entre el tipo de desastre y sus efectos sobre la salud, especialmente en lo que se refiere al impacto inmediato en la producción de lesiones. Por ejemplo, los terremotos provocan muchos traumatismos que requieren atención médica, mientras que las inundaciones y maremotos provocan relativamente pocos.
- Ciertos efectos de los desastres suponen más bien un riesgo potencial que una amenaza inevitable para la salud. Así, los desplazamientos de la población y otros cambios del medio ambiente pueden incrementar el riesgo de transmisión de enfermedades; sin embargo, en general, las epidemias no se deben a desastres naturales.
- Los riesgos sanitarios reales y potenciales posteriores a los desastres no se concretan al mismo tiempo; tienden a presentarse en momentos distintos y con una importancia variable dentro de la zona afectada. Así, las lesiones personales ocurren por lo general en el momento y el lugar del impacto y requieren atención médica inmediata, mientras que el riesgo de aumento de las enfermedades transmisibles evoluciona más lentamente y adquiere

máxima intensidad cuando hay hacinamiento y deterioro de las condiciones de higiene.

- Las necesidades de alimentos, ropa y refugio, y atención primaria de salud creadas por los desastres no suelen ser absolutas; incluso los desplazados suelen estar a salvo de algunas necesidades vitales. Además, los afectados suelen recuperarse con rapidez del estupor inicial y participan espontáneamente en la búsqueda, rescate y transporte de los heridos, y en otras actividades de socorro personal.
- Las guerras y conflictos civiles generan un conjunto peculiar de problemas sanitarios y de obstáculos operativos. Estas situaciones no se contemplan con detenimiento en esta publicación.

La gestión eficaz del socorro humanitario en salud se basa en anticipar e identificar los problemas a medida que surgen y proveer los suministros específicos en los momentos adecuados y en los lugares donde son necesarios. La capacidad logística para transportar la mayor cantidad de bienes y personal desde el exterior a las zonas de desastre en América Latina y el Caribe es menos importante. El dinero constituye la donación más eficaz, sobre todo porque puede utilizarse para adquirir los suministros en el ámbito local.

Problemas sanitarios comunes a todos los desastres naturales son:

- Reacciones Sociales
- Enfermedades transmisibles
- Desplazamientos de la población
- Exposición a la intemperie
- Alimentación y nutrición
- Abastecimiento de agua y servicios de saneamiento
- Salud mental.
- Daños a la infraestructura sanitaria

3.3 ORGANIZACIÓN DEL SECTOR SALUD PARA LA GESTIÓN DE LOS DESASTRES

El papel de los profesionales de asistencia en los desastres de América Latina y el Caribe cambió de manera considerable en los últimos tres decenios. Hasta los años setenta, sus acciones se limitaban principalmente a las consecuencias de los desastres o a la respuesta a los mismos. No obstante, los ministerios de salud y otras organizaciones gubernamentales y no gubernamentales de la Región comprendieron que ciertas operaciones de socorro estaban coordinadas pobremente y comenzaron a trabajar en la preparación para los desastres con el fin de mejorar la asistencia humanitaria proporcionada a sus poblaciones.

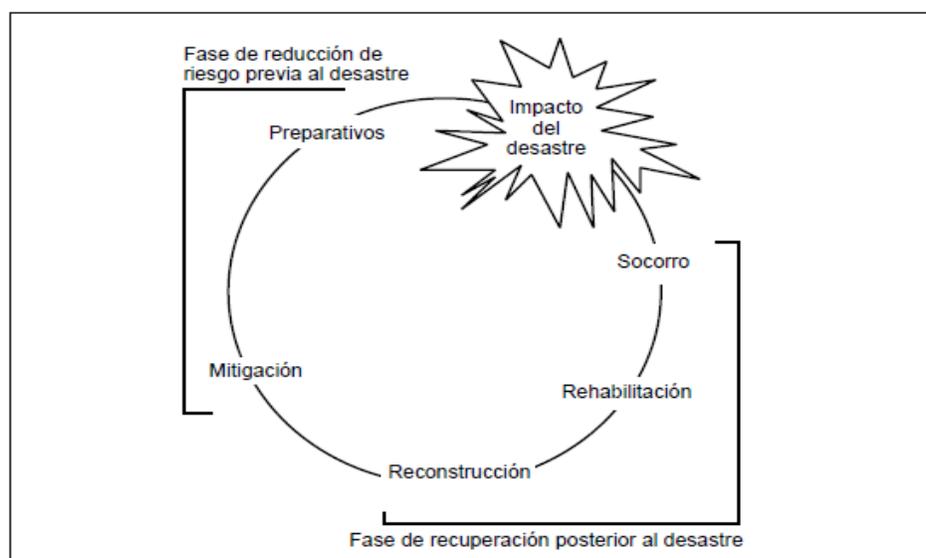
Tras la devastación causada por el terremoto de 1985 en la Ciudad de México, y especialmente preocupadas por las pérdidas sufridas en los hospitales, las autoridades regionales reconocieron que la población no solo necesita asistencia para hacer frente a las consecuencias de los desastres, sino que merece contar con un sistema de salud menos vulnerable. Con la tecnología disponible actualmente es posible reducir en gran medida y a un costo razonable la susceptibilidad del sistema a los efectos de un peligro. Este enfoque fue firmemente reforzado con la decisión de la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas de designar a la década de 1990 como el “Decenio Internacional para la Reducción de los Desastres Naturales” y también estimuló la coordinación de los esfuerzos de la Región para establecer programas de mitigación de desastres. En la gestión de las actividades para la reducción de los desastres existen tres aspectos fundamentales que corresponden a las tres fases del llamado “ciclo de los desastres” (Figura N° 1):

- Respuesta al desastre,
- Preparación para el desastre, y
- Mitigación del desastre.

Las actividades que se realizan después del desastre incluyen la respuesta, la rehabilitación y la reconstrucción. La coordinación de la asistencia sanitaria durante el período de emergencia y a algunos aspectos de la rehabilitación, con escasas referencias a la reconstrucción. Durante esa última fase, el mecanismo de coordinación y la aprobación de proyectos y otras decisiones se llevan a cabo en un ambiente mucho más cercano a la situación normal”, ya que el tiempo ha dejado de ser el factor más importante. El período de reconstrucción proporciona una oportunidad para establecer los programas de mitigación de desastres del sector salud y para iniciar o reforzar los programas de preparación para futuros desastres

FIGURA Nº 1

SECUENCIA DE LA GESTIÓN EN CASO DE UN DESASTRE DE COMIENZO SÚBITO.



Fuente: Los Desastres Naturales y la protección de la salud- OPS (2000)

3.4 ORGANISMOS NACIONALES PARA LA GESTIÓN DE DESASTRES

Muchos países de América Latina y el Caribe han establecido organismos nacionales para coordinar las actividades relativas a la preparación, mitigación, respuesta y recuperación en caso de desastre. Esas instituciones suelen depender de los ministerios de defensa o del interior, o de sus equivalentes nacionales.

La preparación para los desastres y su mitigación tienen tan pocos beneficios inmediatos visibles que hasta que no se produce un desastre importante sus resultados permanecen ocultos. La creación de organismos nacionales para la gestión de desastres es un proceso lento y complejo que requiere constante apoyo político y público. Asimismo, es necesario desarrollar una legislación apropiada a fin de garantizar la continuidad y el financiamiento de esas entidades. A pesar de las dificultades, los programas nacionales para la gestión de desastres son la única solución a largo plazo para reducir la vulnerabilidad de todos los sectores sociales ante esos fenómenos. Aunque el sector salud puede hacer mucho por sí mismo para mejorar su capacidad de respuesta ante una situación de desastre, es imposible reducir el efecto de las amenazas sin la participación de los sectores de obras públicas, economía, educación, vivienda y otros. El sector salud debe tomar el liderazgo para promover la institucionalización del organismo nacional para la gestión de desastres; de ese modo, también se beneficiará con las decisiones tomadas por otros sectores para reducir la vulnerabilidad de la población. Por ejemplo, un código de edificación de cumplimiento estricto reducirá el número de viviendas y otras estructuras dañadas por un terremoto y, en consecuencia, reducirá el número de víctimas que necesiten atención.

3.5 PROGRAMA NACIONAL DEL SECTOR SALUD PARA LA GESTIÓN DE DESASTRES

En América Latina y el Caribe, el sector salud ha estado trabajando para reducir su vulnerabilidad ante los desastres mediante el establecimiento de programas nacionales destinados a la gestión sanitaria de tales fenómenos. Sus responsabilidades comprometen a todo el sector, no solo al ministerio de salud. El Programa debe liderar la promoción y coordinación de las actividades de prevención, mitigación, preparación, respuesta y rehabilitación temprana, relacionadas con la salud.

El alcance del programa abarca los efectos de múltiples amenazas, pues incluye todas las emergencias de gran escala, sea cual fuera su origen (desastres naturales, accidentes químicos o radiactivos, conflictos civiles, violencia, etc.). Como parte de las actividades de preparación, el programa nacional del sector salud para la gestión de desastres debe garantizar que los planes para afrontarlos estén listos y actualizados. Para ponerlos a prueba, deben realizarse ejercicios regulares de simulacro con la participación del sector salud y de otros sectores.

Las actividades de mitigación de los efectos de los desastres exigen incluir medidas de mitigación en todos los programas del ministerio de salud (desarrollo de nuevos servicios, construcción o remodelación de instalaciones, y programas de mantenimiento de hospitales y otros establecimientos de salud).

También debe fomentarse la reducción de la vulnerabilidad de los servicios relacionados con la salud, sobre todo los referidos a los sistemas de abastecimiento de agua potable y de alcantarillado. Asimismo, las actividades de mitigación requieren el desarrollo de normas y estándares de construcción para garantizar que los establecimientos sanitarios puedan resistir los peligros potenciales de los desastres.

Por último, durante la fase de respuesta al desastre, el programa nacional del sector salud para la gestión de desastres se encarga de coordinar todas las actividades del sector salud destinadas a reducir la pérdida de vidas y bienes y proteger la integridad de los servicios de salud.

3.5.1 Responsabilidades regionales y locales

El refiere a las responsabilidades del programa nacional o central del sector salud para la gestión de desastres. No obstante, los mismos principios se aplican a los programas provinciales o regionales, y a los departamentos de epidemiología y

salud ambiental, los hospitales, las instituciones del sistema de seguridad social, los servicios de abastecimiento de agua y las organizaciones no gubernamentales.

3.6 COORDINADOR DEL SECTOR SALUD PARA LA GESTIÓN DE DESASTRES

El establecimiento de un punto focal para la coordinación de las actividades de reducción de desastres garantiza el empleo óptimo de los recursos de atención de la salud del ministerio de salud, la seguridad social, las Fuerzas Armadas y el sector privado. Debe nombrarse un coordinador del sector salud para la gestión de desastres con dedicación exclusiva y, como sucede en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe, el cargo debe estar ubicado en el nivel más alto del organigrama del ministerio de salud (es decir, en la órbita del gabinete consultivo del ministro o del viceministro) o en la dirección general de salud, sobre todo cuando la entidad tiene responsabilidades operativas en la asistencia sanitaria de emergencia. (5)

El coordinador del sector salud para la gestión de desastres es el responsable de elaborar los programas de preparación, mitigación y prevención de los desastres del sector salud. En los países de América Latina y el Caribe, las características del cargo evolucionaron a lo largo de los últimos años, pasando de ser las responsabilidades de un árbitro de perfil bajo a las de un profesional capacitado y polifacético, encargado de liderar el programa nacional del sector salud para la gestión de desastres.

Como puede observarse en el Cuadro 1, las responsabilidades del programa nacional son complejas. La mayoría de los programas cuentan con un especialista en la respuesta y preparación y otro especialista en la mitigación de las consecuencias de los desastres.

La coordinación de todos los componentes del sector salud —públicos y privados— requiere la creación de un comité asesor permanente. Bajo la dirección del coordinador del sector salud para la gestión de desastres, ese comité debe estar integrado por especialistas del sector salud (epidemiología, salud ambiental, administración de hospitales) y por representantes de los principales organismos gubernamentales responsables de los servicios de salud, la Cruz Roja y las organizaciones no gubernamentales, así como por la comunidad internacional que coopera en las actividades del campo de la salud. El comité debe reunirse en forma periódica para tomar decisiones operativas y coordinar las actividades de asistencia humanitaria de los organismos participantes.

3.7 EVALUACIÓN DEL RIESGO

Para orientar en forma adecuada las actividades del programa nacional del sector salud para la gestión de desastres, el coordinador del sector salud debe conocer los riesgos (amenazas y vulnerabilidad) que existen en el país. Como la probabilidad de situaciones peligrosas y la vulnerabilidad de los sistemas cambian constantemente, depende de la información científica y del proceso de desarrollo nacional (por ejemplo, el crecimiento de las ciudades, los cambios de las normas de edificación y la instalación de nuevas industrias). Las actividades de los subprogramas de mitigación y preparación para desastres dependen en gran medida de la evaluación del riesgo. La identificación de los riesgos derivados de las amenazas naturales y de los causados por las actividades humanas exige la colaboración entre el sector salud y la comunidad científica (sismólogos, meteorólogos, sociólogos), los especialistas en medio ambiente, los ingenieros y los planificadores urbanos, las brigadas de bomberos, la industria privada y, en el caso de las emergencias complejas, las entidades políticas.

El coordinador del sector salud para la gestión de desastres debe conocer la magnitud de riesgo que se considera aceptable para poder definir las prioridades

del programa nacional del sector salud para la gestión de desastres. Aunque se dispone de ciertos métodos para calcular los riesgos el nivel considerado tolerable es menos preciso y depende de factores tales como las pautas culturales y sociales, la toma de conciencia del público y los políticos sobre el problema, y las limitaciones económicas. (6)

Las áreas de responsabilidad del programa son las de promoción, establecimiento de normas, capacitación, y coordinación con otras instituciones o sectores, tal como se detalla a continuación.

Promoción

- Aspectos y beneficios sociales y de salud de la gestión de desastres con otros sectores, incluido el sector privado;
- Inclusión de la reducción de la magnitud de los desastres en las actividades de desarrollo de otros programas y divisiones del ministerio de salud y de otras instituciones del sector salud;
- Educación del público mediante el uso de los medios de comunicación de masas y la participación de los educadores en salud.

Establecimiento de normas

- Normas para la construcción y mantenimiento de los establecimientos de salud en zonas proclives a los desastres, tomando en consideración las medidas de mitigación y preparación;
- Normas para la planificación de contingencias, simulacros y otras actividades de preparación en el sector salud;
- Listas de medicamentos esenciales y suministros para las situaciones de emergencia;
- Protocolos normalizados de telecomunicación.

Capacitación

- Adiestramiento en servicio del personal de salud (comprende todos los tópicos, desde la prevención hasta la respuesta a los desastres);
- Promoción de la gestión de desastres en los programas de estudio de las ciencias de la salud en los niveles de pre y posgrado (por ejemplo, facultades de medicina, escuelas de enfermería y de salud ambiental);
- Inclusión de temas relacionados con la salud en los programas de capacitación para la gestión de desastres de otros sectores (por ejemplo, planificación y relaciones exteriores).

Coordinación con otras instituciones y sectores

- Organismo nacional para la gestión de desastres u otros organismos con responsabilidad multisectorial;
- Puntos focales o comisiones de gestión de desastres de otros sectores (por ejemplo, el organismo nacional de gestión de desastres, el parlamento, el organismo de relaciones exteriores, los departamentos de obras públicas y las organizaciones no gubernamentales);
- Programas de gestión de desastres del sector salud dentro y fuera del país, especialmente en los países o territorios vecinos;
- Organizaciones nacionales e internacionales de socorro (por ejemplo, organismos bilaterales y de la ONU y las organizaciones no gubernamentales).

En caso de desastre, el programa es responsable de: Movilizar la respuesta sanitaria, y Proporcionar asesoramiento, coordinar las operaciones en nombre de las autoridades del sector salud (ministerio de salud) y respaldar la respuesta sanitaria en casos de emergencias de gran escala derivadas de desastres naturales, tecnológicos o provocados por el hombre.

3.8 CAPACITACIÓN

Para que todas las actividades necesarias del sector salud puedan realizarse correctamente, es necesario que todos los participantes del programa nacional del sector salud, a todos los niveles, para que estén debidamente capacitados en la gestión de desastres. Los fracasos en la mitigación, preparación y respuesta se deben, en gran medida, a lagunas en la coordinación entre los distintos profesionales y a la falta de capacitación específica del personal de atención de la salud y de salud pública. Muchos profesionales de la salud nunca fueron capacitados en forma específica, carecen de experiencia en situaciones de desastre y tampoco participaron en actividades de gestión de desastres. Los profesionales de otros sectores, tales como obras públicas y financiamiento (que intervienen en la construcción de establecimientos sanitarios), asuntos exteriores o el organismo nacional de gestión de los desastres (asistencia humanitaria) deben conocer en detalle los aspectos de preparación y mitigación relacionados con el sector salud.

El programa nacional del sector salud para la gestión de desastres es el responsable de promover la capacitación permanente en la gestión sanitaria de los desastres.

Los dos métodos principales para lograrlo son: a) la capacitación permanente en el ámbito institucional y b) la formación profesional académica proporcionada por una gran variedad de instituciones en los niveles de pre o posgrado o mediante la educación continua.

3.9 EVALUACIÓN DEL PROGRAMA NACIONAL DEL SECTOR SALUD PARA LA GESTIÓN DE DESASTRES

Los programas se evalúan a partir de los objetivos y las funciones que les fueron asignados de manera específica.

Los siguientes indicadores pueden adaptarse a esos dos aspectos y son útiles para la evaluación:

3.9.1 Evaluación del programa de preparación

- Fecha de la última revisión de los planes nacionales y regionales de preparación para casos de desastres del ministerio de salud y de las instituciones responsables por el abastecimiento de agua.
- Ejercicio anual y comprobación del plan para casos de desastres.

3.9.2 Evaluación de las medidas de mitigación

- Porcentaje de establecimientos de salud y sistemas de abastecimiento de agua y de alcantarillado sometidos a estudios de vulnerabilidad;
- Porcentaje de servicios sanitarios esenciales y de sistemas de abastecimiento de agua y de alcantarillado que seguirán funcionando después de un desastre.

3.9.3 Evaluación del programa de capacitación

- Número de personas con capacitación específica en la gestión de desastres;
- Número de horas de capacitación en la gestión de desastres establecidas en los niveles de pre y posgrado universitario. (7)

3.10 COORDINACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE RESPUESTA ANTE UN DESASTRE Y EVALUACIÓN DE LAS NECESIDADES DE SALUD

En América Latina y el Caribe, la respuesta a los desastres, tanto por las naciones afectadas como por parte de la comunidad internacional, mejoró progresivamente a lo largo de los últimos 30 años. Con la evolución de los organismos nacionales para la gestión de desastres, la respuesta de las instituciones tanto gubernamentales como no gubernamentales está hoy mejor coordinada y se basa en planes preparados con anticipación y puestos a prueba.

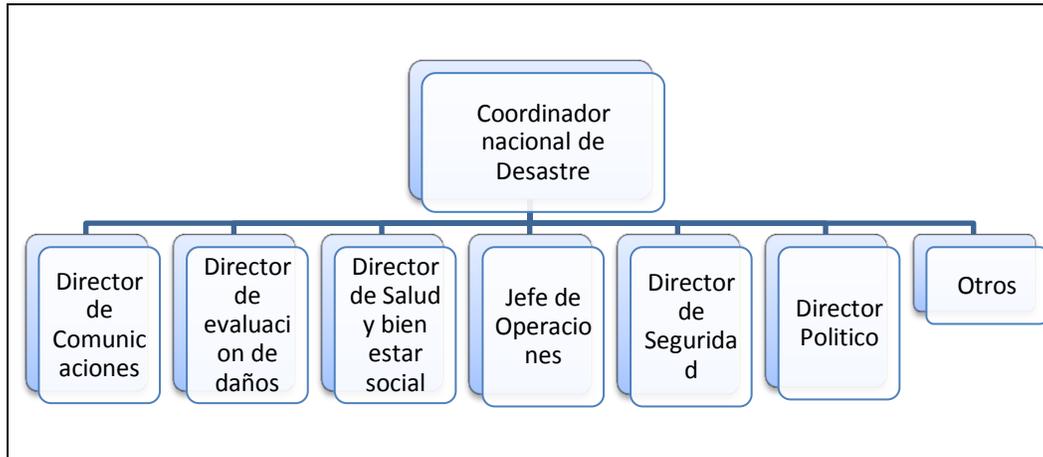
3.11 COMITÉ NACIONAL DE EMERGENCIAS

Después de un desastre, todos los recursos del país afectado se movilizan. Lo ideal sería que se encontraran bajo la responsabilidad y la dirección de una sola autoridad nacional en el Comité Nacional de Emergencias, en cumplimiento de una legislación para emergencias previamente promulgada. Este Comité debería

dependen del programa nacional del sector salud para la gestión de desastres y asumir la coordinación de todas las respuestas a los desastres desde el Centro de Operaciones de Emergencia al efecto. El Comité Nacional de Emergencias deberá estar presidido por el Presidente del país o por su representante. Si un desastre llega a afectar a las condiciones de salud de la población, el coordinador del sector salud para la gestión de desastres servirá como nexo entre las autoridades generales para la gestión en caso de desastres y el sector salud. El ministro de salud o su representante es el representante sanitario oficial en el Comité Nacional de Emergencias.

Los miembros del Comité Nacional de Emergencias varían en función de la naturaleza del desastre. Por ejemplo, durante una emergencia compleja, la composición será distinta de la constituida por una epidemia de cólera. El cuadro 3, muestra una posible organización del comité. La organización reflejará la estructura administrativa, social y política de cada país. La responsabilidad última sobre equipamientos tales como vehículos pesados y telecomunicaciones, la autoridad para pedir o aceptar ayuda exterior y la autorización para hacer los comunicados de prensa sobre temas de salud quedan, probablemente, fuera del ámbito del sector salud.

CUADRO N°1.
MIEMBROS DE UN COMITÉ NACIONAL DE EMERGENCIAS.



Fuente: Los Desastres Naturales y la protección de la salud- OPS (2000)

Nota: Estos miembros suelen permanecer de forma continua en el Centro de Operaciones de Emergencia durante la fase de respuesta al desastre. La designación de los miembros depende de los peligros evaluados. Otras autoridades podrán ser invitadas a sesiones especiales.

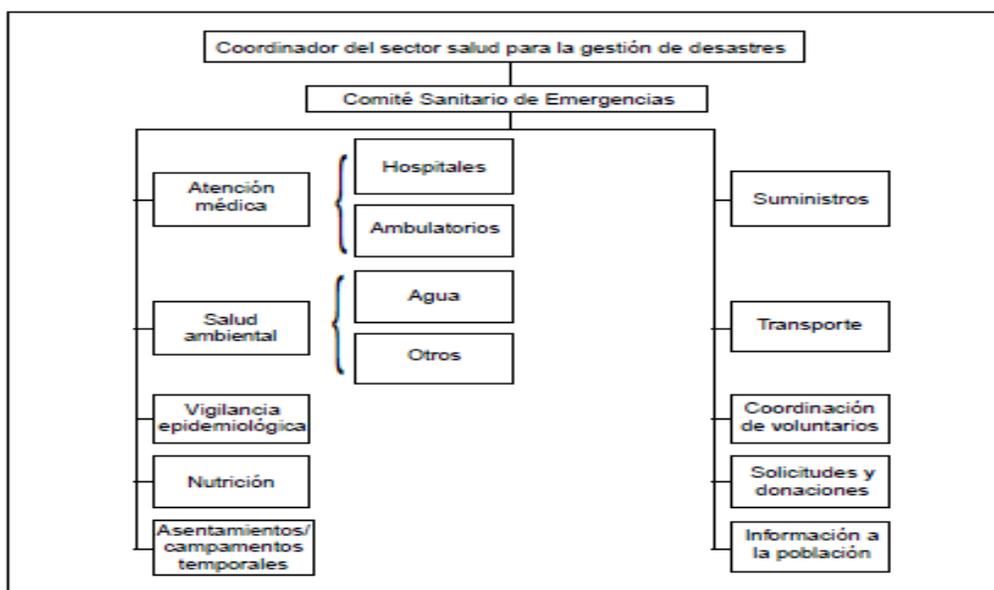
3.12 COMITÉ SANITARIO DE EMERGENCIAS

En caso de desastre, la función más importante del coordinador del sector salud para la gestión de desastres consiste en asesorar o ejecutar en nombre de la autoridad competente en el sector salud (es decir, el ministro de salud), la coordinación operativa y la movilización de todos los recursos sanitarios posibles para salvar vidas y limitar las pérdidas materiales del sector.

Para apoyar estas actividades, se convoca al Comité Sanitario de Emergencias, del que forman parte representantes del ministerio de salud, de los servicios de saneamiento y abastecimiento de agua, de las principales organizaciones de voluntarios acreditadas y de otros ministerios de los que dependan programas de socorro sanitario. En contraste con el comité permanente de asesoramiento para preparativos en caso de desastre, que está compuesto por muchos miembros, el tamaño del Comité Sanitario de Emergencias debe ser limitado. En varios desastres, en el pasado, se impidió que se tomaran decisiones rápidas y eficaces cuando demasiadas personas asistieron a las reuniones.

El Comité Sanitario de Emergencias debe tener un portavoz oficial que distribuya la información y comunique las decisiones. El cuadro 1 ilustra las áreas funcionales que el coordinador del sector salud para la gestión de desastres y el Comité Sanitario de Emergencias debe tomar en consideración al organizar las operaciones humanitarias. Varias actividades, como los transportes, la administración de los suministros y la coordinación de los voluntarios, deben integrarse en las áreas correspondientes del Comité Nacional de Emergencias. Por ejemplo, la unidad de transporte sanitario trabajará en estrecha coordinación y bajo la dirección de la sección de transporte del Comité Nacional de Emergencias. (8)

**CUADRO Nº 2.
COORDINACIÓN DE LAS ACTIVIDADES SANITARIAS DE EMERGENCIA.**



Fuente: Los Desastres Naturales y la protección de la salud- OPS (2000)

Si no se llegó a crear un programa nacional del sector salud para la gestión de desastres, deberá designarse un funcionario de salud pública de alto nivel en la fase inmediatamente posterior al desastre para que represente al sector salud en el Comité Nacional de Emergencias. La misión de este representante, con el apoyo del Comité Sanitario de Emergencias, consistirá en dirigir las actividades de

socorro del sector y establecer sus prioridades, aprobar los comunicados de prensa, autorizar las peticiones de cooperación externa y aceptar o rechazar la oferta de ayuda en nombre del ministro de salud.

3.13 EVALUACIÓN DE LAS NECESIDADES

El principal problema administrativo de muchas operaciones de socorro es la cantidad de informes contradictorios y a menudo exagerados que se reciben sobre la magnitud y los efectos del desastre. Es necesario disponer de información fidedigna para poder cubrir los siguientes tres objetivos principales: definir la población afectada; identificar y prever las necesidades no cubiertas de dicha población, evaluando la magnitud del daño y los recursos materiales y humanos locales existentes, e identificar los riesgos potenciales secundarios para la salud. El coordinador del sector salud para la gestión de desastres requerirá también información para mantener al corriente a la comunidad de ayuda internacional de los cambios en las condiciones, de forma que su respuesta pueda ser adecuada; proporcionar información verificada a los medios de comunicación nacionales e internacionales, así como evitar que se diseminen informes no comprobados acerca de brotes de enfermedades, que pueden provocar respuestas inapropiadas, y mantener informada con exactitud a la población local en lo que se refiere a los servicios disponibles, para evitar o contrarrestar los rumores.

En general, es más importante que la información sea oportuna que el que esta sea completa y exacta, ya que durante la fase de emergencia, las decisiones han de tomarse lo antes posible y con los datos disponibles. En las primeras horas después del impacto de un desastre, las autoridades han de tener una idea general acerca de su magnitud global, con el fin de poder tomar las primeras decisiones en relación con la población afectada. Posteriormente, los datos se irán adaptando de forma progresiva a escalas menores hasta culminar, si es posible, en llenar las necesidades individuales.(9)

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los desastres naturales influyen a la salud de la población que está en riesgo, estos eventos pueden ocasionar graves consecuencias e incapacidades de resolución en el área de salud, si no contase con un modelo de organización en el sector, para esto se realizó la identificación de los procesos en esta área.

Tomando en consideración que el sistema de salud en El Alto, está a cargo de la Dirección Municipal en Salud siendo el ente regulador municipal conjuntamente con el Centro de Operaciones de Emergencias (C.O.E.) y el Servicio Regional de Salud (S.E.R.E.S.) y las instituciones de socorro que colaboran.

Es de suma importancia tomar las medidas necesarias para garantizar, una relación de coordinación entre los grupos de rescate y el sistema de Salud que podrán beneficiar a los afectados, que debe ser el objetivo básico en la gestión.

Esta problemática amerita efectuar ajustes en la planificación, coordinación y adaptarlas a las exigencias de nuestra población en estudio, siendo necesario incrementar los esfuerzos en estos aspectos, cubrir los requerimientos y exigencias que amerita la Ley para minimizar y prevenir las dificultades que se puedan presentar.

En consecuencia, se realizó la investigación con el objetivo de tener un diagnóstico situacional que les ayudará a proponer estrategias que coadyuven al cumplimiento de la normativa, que es el objeto de estudio, ya que será para el beneficio del Servicio de Salud del Municipio de El Alto.

5. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cómo el SERES y las instituciones de socorro, apoyan la Reducción del Impacto de Emergencias y Desastres en Salud en el municipio de El Alto gestión 2014?

6. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

6.1 EXPERIENCIAS DE LA FESP-11 EN OTROS PAISES

6.1.1 Experiencia de medición de la FESP en el Departamento de Antioquia-Colombia

De acuerdo al documento medición de las Funciones Esenciales de Salud Pública en el Departamento de Antioquia El proceso de medición de las FESP se llevó a cabo los días 25 y 26 de agosto de 2003 mediante el desarrollo de un taller de aplicación del instrumento. Cuyos resultados fueron postulados en su momento, para servir de base en la formulación del Plan departamental de salud 2004-2007. El proceso tuvo 26 capacitadores de base pertenecientes a la Dirección Seccional de Salud de Antioquia-DSSA y de la facultad Nacional de Salud Pública de la universidad de Antioquia, este equipo fue sometido a una capacitación por parte del Ministerio de Salud y la Secretaria de Salud de Bogotá, que como parte de esta dinámica coadyuvaron en el ajuste del instrumento a las realidades del Departamento. Luego se procedió a realizar una convocatoria dónde se invitaron a varios actores del sector salud de Antioquia a sumarse a las mesas temáticas con el objeto de realizar la aplicación del instrumento, que previamente había sido ajustado. Durante la dinámica, se organizaron 6 grupos de trabajo, de acuerdo a la experiencia y perfil de los participantes: Los Hallazgos globales informo sobre sus resultados, indicando que se reportan algunas acciones y procedimientos de carácter se reportaban algunas acciones. (10)

6.1.2 Experiencia en el Plan de desarrollo de las Funciones Esenciales en San Salvador, El Salvador.

Se elaboró un plan de desarrollo con antecedentes de la iniciativa de “ La Salud Publica en las Américas” para una formulación e implementación de la reforma de la salud, para retomar la visión de que el Ministerio le corresponde ser la instancia que ejerza el papel rector del sector salud y que sea responsable de garantizar el acceso universal y equitativo a la atención de la salud, con criterio de calidad, conduciendo mediante la formulación de políticas, la regulación sectorial, también ayudar con el desarrollo de las FESP, la modulación del financiamiento, la vigilancia del aseguramiento y la armonización de la provisión de servicios. (11)

6.1.3 Experiencia de Evaluación del desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública a nivel regional en el Perú 2006.

En el Perú se coordinó y organizó las etapas preparatorias del ejercicio de evaluación de las FESP, adoptando una metodología de taller; en este se realizó una medición de las en 24 regiones del Perú, llegando a la realidad; como todo proceso se percibió fortalezas y debilidades, pero estas son para el mejoramiento y para contribuir a los logros de la reorientación del financiamiento de actividades a nivel de Salud; Llegando con un desempeño de las FESP del 46% en las regiones y en las Macro-regiones con un 46 %, en la Macro-región Centro con un 42% y en la Macro-región Sur con un 48%, todo se dio gracias la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y los equipos de gestión de las Direcciones Regionales de Salud y Direcciones de Salud (DIRESA/DISA). (12)

7. OBJETIVOS

7.1. GENERAL

Identificar si SERES y las instituciones de socorro, apoyan la Reducción del Impacto de Emergencias y Desastres en Salud en el municipio de El Alto gestión 2014

7.2 ESPECÍFICOS

1. Evaluar la gestión en la reducción del impacto de emergencias y desastres
2. Verificar el cumplimiento de normas que apoyen la reducción del impacto de emergencias y desastres en salud
3. Determinar el nivel de coordinación y alianzas con otras agencias y/o instituciones
4. Verificar la asesoría y apoyo técnico a los niveles distritales, para la reducción del impacto de emergencias y desastres en salud.(13)

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. (14)

8.1. CONTEXTO O LUGAR DE INTERVENCIONES

8.1.1 Ubicación Geográfica, límite municipal, superficie y altitud.

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 Oriental, al Noreste de Bolivia a 16°30' Sur y 68°12' Oeste. A una altura de 4050 msnm.

- **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.

- **Extensión**

La extensión territorial del Municipio de El Alto, considerando el Distrito 10, es aproximadamente, de 387,56 km² (38.756 ha), que representa el 7,58% de la superficie total de la Provincia Murillo: el 40,24% (15.596 ha) corresponde al área urbana y el 59,76% (23.160 ha) corresponde al área rural. Distrito 10, creado por Ordenanza Municipal N° 150/2005 del 11 de octubre de 2005. (15) (ANEXO 7)

8.1.2 Clima

El municipio tiene el clima de las áreas geográficas de puna, con un promedio variable de 0 °C 15 °C, masas de aire frío provenientes del norte que causan olas

de frío principalmente en invierno. El viento circula a una velocidad de 7 a 77 Km. por hora.

La Ciudad de El Alto se ubica sobre los 4000 metros de altitud, es la parte más alta del área metropolitana de La Paz. Su clima es frío de alta montaña, y por lo tanto, es frío y seco, con un promedio anual de 7 °C de temperatura y 600 mm de precipitación. Las nevadas pueden ocurrir en cualquier época del año, aunque lo típico es que ocurran entre julio y septiembre en horas de la madrugada y de la mañana. (16)

El otoño es frío y muy lluvioso. El invierno es muy frío y algo seco con nevadas ocasionales. Las heladas son muy comunes en las madrugadas de invierno. La primavera es fría con lluvias y nevadas ocasionales. El verano es frío y lluvioso. (ANEXO: 8)

Precipitación Pluvial

La precipitación pluvial media anual, con una humedad media de 54% con variaciones en el transcurso del año es de 600 mm. Las lluvias se centran mayormente en los meses de Diciembre, Enero y Febrero, con el 70 % de las precipitaciones anuales. La época seca es casi absoluta de mayo a agosto y se interrumpe por algunos periodos lluviosos, con precipitaciones que varían de 300 a 600 mm. La radiación solar es pronunciada debido a la proximidad con la zona tórrida ecuatorial y la baja densidad atmosférica.

En verano la ciudad registra una mayor humedad con relación a otras estaciones, debido a las masas de aire húmedo proveniente del norte y del noreste, sumando a la evaporación de las aguas del Lago Titicaca.

La vegetación responde a los pisos altitudinales caracterizadas por el clima. En la ciudad de El Alto es muy poca la vegetación original, siendo en general muy escasa.

8.1.3 Geología

La Geología de El Alto corresponde a la formación sedimentaria del Altiplano Plioceno, Pleistoceno, Glacial e Interglacial. Dentro de la Geología que se encuentra presente en el Municipio de El Alto, están las formaciones de Amutara compuesto por Metacuercitas, metalimolitas, meta areniscas y pizarras, Formación Sica Sica con limolitas, lutitas y areniscas grises a marrón amarillentas, Formación Uncia con lutitas grises a verdosas, niveles de areniscas y limolitas verde olivo y finalmente la Formación Umala conformada por limolitas y arcillas marrón con tobos hacia al tope.

Si bien se puede encontrar varias formaciones, la mayoría de la geología del lugar está compuesta por Depósitos Fluvio-Glaciales y depósitos glaciales, con gravas, arenas, arcillas, bloques, gravas y arcillas como se muestra en el siguiente mapa. (ANEXO 9)

8. 1. 4 Fauna y Flora

La vegetación está compuesta por praderas, bofedales y turberas que forman bosques de ceja monte y bosques húmedos bajo montaña; los mismos que se encuentran principalmente en áreas rurales del distrito 9. La fauna es predominantemente de especies domésticas productivas: ganado porcino, ovino, vacuno.

8.1.5 Paisaje

La altura de las montañas de las Cordilleras Oriental al este y la Cordillera Occidental al Oeste son características del área por ser inmensas e impresionantes, donde se puede también apreciar la hilera de nevados de la cordillera como el Huayna Potosí, Illampu o Sorata, Chacaltaya, Mururata y el Illimani, desde 4.300 m.s.n.m., descendiendo paulatinamente hasta El Alto a una altura de 4.000 m.s.n.m., para extenderse y terminar en la llanura de Viacha, a 3.800 m.s.n.m.

La ciudad de El Alto forma una conurbación con continuidad física con la vecina ciudad de La Paz, separada por un accidente topográfico de características muy acentuadas por la diferencia que existe de aproximadamente de 400 m.

8.1.6 Orografía

El Municipio de El Alto tiene diferentes pisos altitudinales, con una variedad de paisajes se encuentra en una meseta, sobre una meseta plana y ondulada.

(ANEXO 10)

8.1.7 Cuencas Hidrográficas

La mayor influencia corresponde al sistema hidrográfico del Altiplano norte que desemboca en el río Desaguadero y el lago Titicaca. Los principales ríos son: Seco, Seke, Kantutani, San Roque y Hernán que luego de recorrer la geografía de esta ciudad, desemboca en los ríos Wilajaque, Vinto, Jiskaha y Panilla. Existen muchas corrientes subterráneas que se forman debido a las infiltraciones provenientes de los deshielos de la cordillera y las lluvias de verano.

8.1.8 Hidrología

El territorio del municipio cuenta con recursos hídricos subterráneos formados por la filtración de aguas pluviales y de los deshielos, estas se escurren hacia la cuenca del Choqueyapu (Ciudad de La Paz) y hacia el valle de Achocalla.

En la zona es posible distinguir dos grandes ríos, El Seco y El Seke. En la actualidad están siendo sujetos de trabajos de construcción de la canalización para su regulación y consiguiente protección de los vecinos e infraestructura existente en las zonas paralelas al río. (ANEXO 11)

Río Litoral

El río Litoral a la altura de la Sub Alcaldía del distrito 6 presenta un tramo abierto no controlado que en tiempos de lluvias de gran intensidad llega con fuerza, por lo cual este río amerita algún grado importante de amenaza ya que esta puede

afectar de gran medida a la población, provocándole caídas, al tráfico vehicular (cortes de varios cruces de vía y peligros de caída en zanjas o puntos erosionados por la corriente) ya que este río arrastra bastante material.

Río Kantutani

En el caso de las nacientes del Río Kantutani se verifican amenazas relacionados con la erosión, tanto por efecto del río en sí mismo y la pendiente natural de la zona, como por las descargas que realiza la Empresa EPSAS cuando efectúa el lavado de componentes de la Planta de Tratamiento El Alto.

Río Mercedes

El río Mercedes proviene de la unión de los cursos Umajalsu 3 y Umajalsu 4. Estos ríos se juntan a la altura de la Calle Pocoata en la esquina de la Avenida Alcoche. Este río corre de forma lateral y sin regulación por la avenida Alcoche en un recorrido de casi un kilómetro.

Río Convento 3

Este es un río peculiar que es alimentado de vertientes y que forma parte del sistema que fue identificado en las zonas húmedas Zona Área de equipamiento Nueva Asunción. Al mismo tiempo de alimentar y humedecer la zona antes referida, este río toma un curso callejero luego de pasar en medio y lateralmente (dos brazos) por la escuela Portugal. Su curso relativamente corto combina los tres principales puntos de análisis referidos a lo largo de los anteriores subtítulos: una zona húmeda, el cruce por infraestructura, un callejero y finalmente su desemboque hacia un canal.

8.1.9 Caracterización de Aspectos Demográficos y Socioeconómicos del Municipio de El Alto

8.1.10 Población y Demografía

El 26 de septiembre de 1988 se promulgó la Ley 1014 elevando a El Alto al rango de ciudad.

8.1.11 Migración

El Alto es considerado la tercera ciudad más poblada de Bolivia, presenta una tasa neta de migración de 18,53%.

Uno de los fenómenos naturales que origino el crecimiento desmesurado de la ciudad de El Alto en las últimas décadas, por ofrecer las condiciones favorables a las familias inmigrantes en costo de suelo y costo de vida. La población inmigrante es producto de la expulsión demográfica del área rural, circunscrita en los alrededores del municipio, las razones son diversas, entre los principales se puede citar a: la baja producción agrícola generada en las comunidades, la búsqueda de mejores oportunidades de trabajo y de estudio, y la falta de oportunidades de empleo.

Gran parte de la población cuenta con trabajo asalariado en la ciudad de La Paz y retornan a esta ciudad por la noche, haciendo uso de esta como ciudad dormitorio, en cambio otros llegan a esta ciudad en determinadas épocas para buscar algún trabajo y luego retornar en la época de cosecha a sus comunidades.

8.1.12 Etnicidad e Idioma

De acuerdo al último censo del INE 2012 el 83 % de la población mayor de 15 años se reconoce de origen Aymara, el 3,42 % quechua, el 0,40 % se identifica con otros grupos étnicos como el Guaraní, Chiquitano, trinitario y Ayllu Kacachaca tienen un porcentaje bajo de identificación, aunque tienen presencia en el municipio de El Alto. (17)

8.1.13 Principales Barrios

Las zonas más importantes son:

- 1ro de Mayo (habitada originalmente por trabajadores fabriles),
- 16 de julio (zona comercial de El Alto)
- Alto Lima,
- Ballivian
- Complejo
- Convifag
- Ciudad Satélite (habitada originalmente por empleados públicos),
- El Kenko,
- German Bush
- Kollpani
- Mercedario
- Nuevos Horizontes,
- Río Seco
- Senkata,
- Santiago I
- Santiago II
- Villa Adela (habitada originalmente por empleados de las FF.AA.),
- Villa Alemania,
- Villa Exaltación,
- Villa Dolores,
- Villa Ingavi
- Villa Bolívar "E"
- Villa Bolívar "B" (18)

8.1.14 Servicios Públicos (Salud, Educación, Agua, Comunicaciones)

8.1.14.1 Salud

La estructura de establecimientos de Salud Pública del Municipio de El Alto es:

Red de Salud	1er Nivel	2do Nivel	Total
Boliviano Holandés	7	1	8
Corea	17	1	18
Senkata	6	1	7
Los Andes	9	1	10
Lotes y servicios	11	0	11
Total	50	4	54

Hospital del Norte: de Tercer nivel, que inicia su funcionamiento en el segundo trimestre de la gestión 2015. (19)

8.1.14.2 Agua Potable

En cuanto Agua Potable, El Alto no contaba con un servicio óptimo, por lo cual el Gobierno Central inauguró la ampliación de la Planta El Alto, que beneficia a más de 100 mil habitantes.

Luego de un mes de prueba, el 5 de noviembre, la Empresa Pública Social de Agua y Saneamiento (EPSAS) inauguró oficialmente, las unidades de tratamiento, compuestas principalmente por los estanques floculador y sedimentador, infraestructura que permitió incrementar la oferta de agua y beneficiar a 5 Distritos de la ciudad de El Alto: D1, D2, D5, D6 y D7. La obra comprende un sistema mecánico de purificación de agua (sedimentador - floculador), con lo que se aprovechará una parte del caudal que aporta la represa de Milluni, tiene una capacidad de captar 9.500 metros cúbicos de agua al día o 9,5 millones de litros por día.

Se invirtió en la ciudad en obras y proyectos de agua potable y saneamiento, como la ampliación de dicha planta y la instalación de alcantarillado sanitario en varios distritos.

Los distritos 1,2,5,6 y 7 de El Alto dejaron de padecer cortes de agua, que sufrían, especialmente durante la época seca, ya que con la ampliación de la planta potabilizadora los distritos beneficiados recibirán el líquido, con regularidad, asimismo se tiene previsto la perforación de 14 pozos, de los cuales cinco estarán concretados hasta fines de este año.(20)

HISTORIA DEL SERES

Con la población en crecimiento el Servicio Departamental del Departamento de La Paz, se disgrega en un Servicio Regional de salud de El Alto, como Unidad Desconcentrada, es 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 estos 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), hacia los 53 servicios de salud. (21)

8.2. MEDICIONES

8.2.1 ADECUACIÓN DEL INSTRUMENTO

Al instrumento de medición se adecuó a nuestro entorno por medio de las, revisión bibliográfica y marco teórico proporcionado por la OMS-OPS los cuales fueron aplicados y revisados en diferentes países de Latinoamérica, el que nos ayudó para adecuarlo al entorno de El Alto en un Taller de 20 horas, después de esta adecuación se realizó tres modificaciones más del instrumento, por medio de las entrevistas realizadas, las que nos ayudaron a comparar, verificar y adecuarlo a nuestro contexto. (ANEXO 1)

8.2.2 APLICACIÓN DEL INSTRUMENTOS

Se realizó como primera actividad el encuentro con los representantes SERES, para la recolección de datos con la aplicación del instrumento a representantes del SERES. (ANEXO 2)

8.2.3 VERIFICACION

En esta fase se realizó el trabajo de campo con la recolección de datos en las instalaciones de SERES – El Alto, procediendo a la búsqueda de informantes claves de las diferentes instituciones de socorro y se contactó con ellos para fijar las citas de la entrevista, y por último se realizó la recolección de datos mediante las entrevistas estructuradas a los representantes de las diferentes instituciones que trabajan en el área de emergencias y socorro de la ciudad de El Alto, (SERES, COE, SAR- FAB Illimani, SUMA, Cruz Roja- Filial El Alto, Bomberos El Alto). (ANEXO 3)

8.2.4 EVALUACION

Se procedió a la medición de los resultados y el análisis colectivo logrado en el municipio de acuerdo al desempeño de cada uno de los indicadores u objetivos en análisis y la conclusión de los resultados obtenidos.

8.3.1. UNIDAD DE OBSERVACIÓN

Las Unidades en las que se identificaron la capacidad de funcionamiento en la reducción de Impacto de emergencias y desastres en salud fueron seis, ya que en el SERES no cuentan con una unidad designada en este campo, pero si una persona encargada, se recaudaron datos con las instituciones instruidas en esta área.

8.2.2. MUESTRA

Para obtener la información se realizaron seis entrevistas a informantes claves, se los eligió por ser los representantes de las instituciones de socorro que apoyan la reducción de emergencia y desastres; en los que participaran diferentes expertos que apoyan en este tema, como ser el representante de SERES, COE, BOMBEROS, el grupo SAR- FAB Illimani, Cruz Roja Nacional y de El Alto y SUMA; de acuerdo con las direcciones ubicadas en el municipio. Las entrevistas se realizaron en los propios ambientes de las instituciones. (ANEXO 3)

Tabla N°1

INFORMANTES CLAVES DE SERES Y LAS INSTITUCIONES DE SOCORRO QUE APOYAN LA REDUCCIÓN DE EMERGENCIAS Y DESASTRES EN SALUD EN EL ALTO

Institución	Cargo
SERES	Área de Salud Ambiental
COE	Responsable Emergencias
COE	Supervisor de Emergencias
COE	Responsable de Gestión Social
CENTRO DE OPERACIONES BOMBEROS EL ALTO	Comandante de Bomberos
SAR-FAB ILLIMANI	Director y Coordinador
CRUZ ROJA BOLIVIANA	Encargado del área de Desastres y emergencias Nacionales
CRUZ ROJA FILIAL EL ALTO	Director
SUMA	Director

8.2.3. PLAN DE ANÁLISIS

Se realizó la definición general de la función de acuerdo a las competencias, normativas y se definen los estándares óptimos para el desempeño de cada indicador, el estándar identifica desviaciones de la situación actual con relación a un punto de desempeño óptimo, lo que estimula el desempeño continuo.

Luego se precisaron los indicadores *utilizados como medida de resumen de desempeño de cada función*. Los indicadores son los elementos centrales de la medición, son capaces de relacionar los resultados con los procesos vitales del sistema de salud.

Cada indicador se desarrolló a través de preguntas y subpreguntas que pretenden identificar el nivel de cumplimiento de las FESP, como 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 la medición y submedición pueden ser afirmativas o negativas, si son afirmativas su valor es de uno y si es negativa es valor es cero. La puntuación de cada indicador y sus variables se ha calculado según el porcentaje de respuestas afirmativas a la medición y submediciones. Se asigna esta puntuación al indicador y finalmente se usa para calcular el promedio del nivel de desempeño de la Función Esencial 11: **“Reducción del Impacto de Emergencias en Salud Pública”**, el instrumento está apoyado en un software que permite el cálculo automático y directo de la puntuación de dicha función y a su vez tiene una representación gráfica de los resultados.(22)

Como una guía convencional de interpretación global para el municipio, se utiliza la siguiente escala:

76 - 100%	(0.76 a 1.0)	Cuartil de desempeño óptimo
51 - 75%	(0.51 a 0.75)	Cuartil de desempeño medio superior
26 - 50%	(0.26 a 0.50)	Cuartil de desempeño medio inferior
0 - 25%	(0.0 a 0.25)	Cuartil de desempeño mínimo

8.2.4. ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

Al finalizar la investigación, los resultados de la medición fueron compartidos con el total de los participantes de las FESP y se realizó un análisis colectivo de los resultados logrados en el municipio a partir de la medición del desempeño de cada uno de los indicadores u objetivos. Se comentó individualmente la Función, registrándose por escrito los comentarios y aportes de los participantes.

Se realizó la descripción del desempeño alcanzado, acorde con la escala de medición descrita anteriormente.

- Descripción de cada uno de los indicadores, comparándolo con el estándar establecido para esta evaluación (50%).
- Descripción de los indicadores que obtuvieron una calificación en el nivel mínimo de desempeño, menor al 25%.
- Descripción del resultado de cada uno de los indicadores, enfocando el análisis en aquellos con desempeños mínimos o medio inferior.
- Descripción de cuadros y gráficos del cumplimiento de resultados y procesos claves, desarrollo de capacidades e infraestructura y desarrollo de competencias. (23)

Con el fin de dar cuenta a los resultados que se obtuvieron, en el Servicio Regional de Salud de El Alto respecto al sistema de gestión y coordinación, se presenta una gráfica en columnas de resumen para esta FESP- 11.

9. RESULTADOS

Se pudo Identificar que SERES y las instituciones de socorro, apoyan en la reducción del Impacto de Emergencias y desastres en salud en el Municipio de El Alto, con un puntaje final de 0,30 obteniendo un nivel de calificación de desempeño medio inferior, en tanto que su indicador 1 alcanzó un puntaje de 0,21 y el indicador 2 alcanzó 0,09 inferior al 0,50 obteniendo un desempeño mínimo, el tercer indicador alcanzó un promedio de 0,56 obteniendo un desempeño medio superior, mientras que el indicador 4 alcanzó un puntaje de 0,36 llegando a un estándar menor al 0,50 obteniendo un desempeño medio inferior.

Revelando que SERES no cuentan con un plan de emergencias debidamente armonizado y coordinado con los planes regionales, subregionales y locales, que afectan al sistema nacional en la reducción de impacto de emergencias. Se tiene que resaltar que sus condiciones limitan mucho la gestión y coordinación pues estos, al no seguir las normas establecidas en nuestra constitución y la nueva ley N° 602 establecida el 14 de noviembre del 2014 la que refiere, presentar una gestión de riesgos en todo lo que abarca este y otros puntos, siendo que la investigación reveló las falencias sobre el tema.

A pesar de las carencias que se presentaron es importante resaltar los puntos más sobresalientes, entre ellas está la coordinación de actividades del sector salud con otras instituciones, manejan con buena seguridad los alimentos posterior a los desastres, demuestra un programa de control de vectores, participación en ejercicios de simulacro ya sea como invitados o como organizadores, regula la provisión de servicios de salud tanto en disponibilidad y distribución del personal; se demuestra una coordinación con sector de obras públicas, educación, telecomunicaciones, fuerzas militares, naciones unidas y con sectores multisectoriales. El apoyo que presenta a niveles distritales con el fortalecimiento de la capacidad de reducción presentando responsables a cada nivel para la evolución de necesidades.

Se realizó una comparación para Identificar si SERES y las instituciones de socorro, apoyan en la Reducción de Impacto de Emergencias y desastres en Salud en el municipio de El Alto en la gestión 2014. (Tabla 2)

Apoyado en los resultados emitidos en forma comparativa entre SERES y las otras Instituciones relacionadas con Emergencias y Desastres: (ANEXO 12). Se presenta una análsis total de los indicadores de la FESP 11, por promedios obtenidos de SERES y las instituciones que apoyan la Reducción de Emergencia y Desastres en Salud en la ciudad de El Alto.

La evaluación de las FESP- 11 en las seis instituciones muestran que alcanzan un nivel de desempeño medio inferior (0,42) este resultado representa una línea base de la medición de la FESP.

Se pudo determinar que SERES presenta un promedio de 0,30 considerado con un nivel de calificación de desempeño medio inferior, según nuestro plan de análisis, en tanto que las instituciones como SAR-FAB Illimani con 0,69 y la Cruz Roja Filial El Alto con 0,64 de promedio, logran un nivel de desempeño medio superior, las instituciones como Bomberos El Alto con 0,32 y COE con 0,44 de promedio, logran un nivel de desempeño medio inferior y SUMA con 0,15 de promedio logra un nivel de desempeño mínimo.

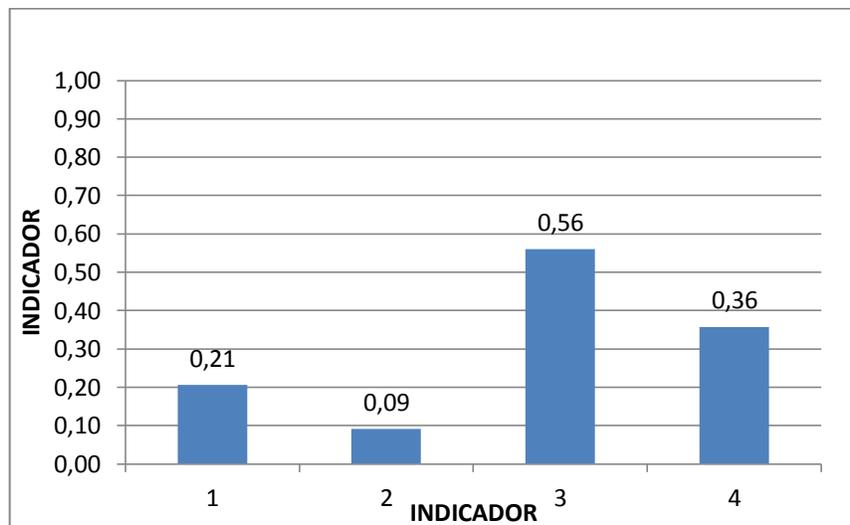
TABLA N°2

PUNTAJES OBTENIDOS DE LA FESP 11, DE SERES E INSTITUCIONES DE SOCORRO EN EMERGENCIAS Y DESASTRES EN LA CIUDAD DE EL ALTO DE LA GESTION 2014

PROMEDIOS DE LA FESP 11	SERES	CRUZ ROJA	BOMBEROS	SUMA	COE	SAR-FAB	PROMEDIO
		0,30	0,64	0,32	0,15	0,44	0,69
INDICADORES	SERES	CRUZ ROJA	BOMBEROS	SUMA	COE	SAR-FAB	PROMEDIO
11.1 Gestión de la reducción del impacto de emergencias y desastres	0,21	0,76	0,49	0,37	0,52	0,66	0,50
11.2 Cumplimiento de normas que apoyen la reducción del impacto de emergencias y desastres en salud	0,09	0,55	0,41	0,09	0,18	0,77	0,35
11.3 Coordinación y alianzas con otras agencias y/o instituciones	0,56	0,56	0,24	0,12	0,48	0,56	0,42
11.4 Asesoría y apoyo técnico a nivel distrital para la reducción del impacto de emergencias y desastres en salud	0,36	0,71	0,14	0	0,57	0,79	0,43

GRAFICO N°1

PUNTAJE OBTENIDO POR INDICADORES DEL SISTEMA DE GESTION Y COORDINACION DE LA FUNCION ESENCIAL EN SALUD N° 11 DE SERES, EN LA CIUDAD DE EL ALTO DE LA GESTION 2014.



*1.Gestion de la Reduccion del Impacto de emergencias y desastres.

2.Cumplimiento de normas que apoyen la reduccion del impacto de emergencias y desastres en salud.

3.Coordinacion y alianzas con otras agencias y/ o instituciones.

4.Asesoría y apoyo tecnico a nivel distrital para la reduccion del impacto de emergencias y desastres en salud

Indicador 1: Gestión de la Reducción del Impacto de emergencias y desastres.- Referido al promedio de medición logrado en SERES, resalta que nuestra evaluación de gestión en la reducción del impacto de emergencias presenta un puntaje de 0,21, obteniendo un nivel de calificación de desempeño mínimo, en tanto las instituciones como Cruz Roja, SAR- FAB, COE, logran un estandar superior al 0,50 y las instituciones como SERES, SUMA y Bomberos logran un estandar inferior al 0,50 obteniendo un desempeño medio inferior.

El SERES cuenta con capacitación y entrenamiento a su personal con actividades dentro del sector salud y con otros sectores, también con la seguridad de los alimentos, control de vectores, apoyan en los ejercicios de simulación y simulacros de situaciones de emergencia, disemina la información por medios de comunicación, asegura la transparencia y eficiencia en el suministro de auxilios

luego de catastrofes, este indicador tiene la puntuación más favorable de todo el proceso.

En cuanto a los puntos más carentes en este indicador es sin duda y la falta de un plan municipal de sector salud integrado en el plan departamental y nacional, al no contar con este, no presenta mapas de amenazas, vulnerabilidad y riesgos de emergencias y desastres municipales, no presenta una unidad dedicada a este tema pero lo más sobresaliente es que si cuenta con una sola persona responsable, el presupuesto designado a esta unidad es nula; en el siguiente subindicador se puede mencionar la falta de una red de comunicaciones y un sistema de transporte, no define lineamientos para enfrentar las emergencias y desastres dentro del sector salud, en cuanto la prevención y control de enfermedades transmisibles y no transmisibles, saneamiento y salud ambiental, la protección de trastornos mentales como consecuencia de desastres es carente por no decir nula, al igual que la gestión de servicios de salud y la conducción de evaluaciones rápidas en riesgo y necesidades, como un punto final en este indicador se hace notar que el SERES no desarrolla estrategias para incluir en el curriculum de enseñanza profesional para la preparación en cuanto a este tema.

Referido al promedio de medición logrado con evaluación de gestión en la reducción del impacto de emergencias en SERES presenta un puntaje de 0,21 considerado con un nivel de desempeño mínimo según nuestro plan de análisis, comparado con las instituciones como la Cruz Roja Filial El Alto con 0,76 de promedio logra un nivel de desempeño Óptimo y SAR-FAB Illimani con 0,66 de promedio, logra un nivel de desempeño medio superior, las instituciones como Bomberos El Alto con 0,49, COE con 0,52 y SUMA con 0,37 de promedio, logran un nivel de desempeño medio inferior.

El SERES como ente regulador en salud en comparación con las otras instituciones de socorro no cuenta con una unidad dedicada a la reducción de emergencias y desastres en salud, carece con un plan municipal institucional, integrado al plan nacional de emergencias y por ende carece de mapas, la

coordinación con todo el sector salud en implementación de medidas de preparación para desastres y emergencias es casi nula por parte de SERES, resalta el entrenamiento a su personal y presentan actividades con el sector y otros que no son los de salud, también se hace notar la seguridad de los alimentos posterior a desastres, el control de vectores, presentan ejercicios de simulacros, pero no se inmiscuyen en el currículum de enseñanza profesional.

Indicador 2: Cumplimiento de normas que apoyen la reducción del impacto de emergencias y desastres en salud.- . Se verificó el cumplimiento de normas que apoyan la reducción del impacto de emergencias y desastres en salud, alcanzando SERES un puntaje de 0,09, obteniendo un nivel de calificación de desempeño mínimo; en tanto la instituciones que logran un estandar superior al 0,50 son, SAR- FAB, la Cruz Roja, siendo su desempeño medio superior, las instituciones como COE y Bomberos, SERES y SUMA logran un estandar inferior al 0,50 obteniendo un desempeño medio inferior.

Este es el indicador con menor puntaje del Servicio Regional de Salud, pero se puede hacer notar que presenta provisión de servicio de salud y disponibilidad y distribución de personal, contando con los grupos de apoyo en socorro, presentan normas sanitarias para el plan de emergencias para poder afrontar las consecuencias de infraestructuras físicas de establecimientos, provisión de servicios de salud, presentan alternativas de funcionamiento en unidades asistenciales y presentan criterios en la atención de la demanda de servicios.

La carencia que presenta SERES en este punto son de máxima importancia mencionarlos, ya que es uno de los indicadores con menor puntaje en nuestra escala de medición, dentro del desarrollo de estrategias para la reducción del impacto de emergencias y desastres en salud se puede evidenciar que no elabora normas sanitarias para apoyar y afrontar las consecuencias de los desastres, estas incluyen el brote de enfermedades transmisibles, saneamiento de alojamientos, albergues, campamentos, las normas y políticas para donaciones de

medicamentos esenciales e insumos necesarios, control de vectores, equipamientos médicos e insumos, saneamiento básico, la seguridad y protección de alimentos, el manejo mental; en otro punto también podemos referirnos que la construcción y mantenimiento físico de infraestructuras de salud son nulas como el servicio hospitalario, los ambulatorios, de agua y el de desecho sólidos, carece de normas y lineamientos para afrontar las consecuencias, estas incluyen la infraestructura física de los establecimientos de salud, la alternativa de unidades asistenciales críticas y criterios de priorización en la atención de la demanda de servicios en emergencia.

Se verificó el cumplimiento de normas que apoyan la reducción del impacto de emergencias y desastres en salud en SERES alcanzó un promedio de 0,09 considerado con un nivel de desempeño mínimo según nuestro plan de análisis, comparado con las instituciones como SAR-FAB Illimani con 0,77 de promedio logra un nivel de desempeño Óptimo y Cruz Roja Filial El Alto con 0,55 de promedio, logra un nivel de desempeño medio superior, la institución como Bomberos El Alto con 0,41, de promedio, logran un nivel de desempeño medio inferior, y COE con 0,18, SUMA con 0,09 considerado con un nivel de desempeño mínimo.

El SERES carece de estrategias para reducir el impacto de emergencias y desastres en salud, pero podemos resaltar que provisiona de servicios de salud durante las emergencias, también la disponibilidad y distribución de personal, se tendría que reforzar en los otros puntos que se evaluaron.

Indicador 3: Coordinación y alianzas con otras agencias y/o instituciones.-

Se determinó que el nivel de coordinación y alianzas con otras agencias y/o instituciones, alcanzo un puntaje de 0,56, obteniendo un nivel de calificación medio superior, haciendo notar que es el indicador con mayor puntaje, al igual que las otras instituciones como la Cruz Roja, SAR- FAB, logran un estándar

superior al 0,50 y las instituciones como COE, Bomberos y SUMA logra un estandar inferior al 50% obteniendo un desempeño medio inferior.

Se pudo verificar que el SERES cuenta con un sistema de coordinación directo y un plan para este, también presenta coordinación con instancias superiores para el manejo de emergencias; entre ellas podemos mencionar las oficinas nacionales, departamentales, obras públicas, telecomunicaciones, sector educación, fuerzas armadas, policiales y de orden público, con naciones unidas y dentro de estas la OPS, CIES, Consejo de Salud Rural Andino, etc. Podemos mencionar también a hospitales y clínicas privadas, Cruz Roja Boliviana- Filial El Alto, coordina con agencias regionales de protección civil y agencias con responsabilidades multisectoriales, establece alianzas a nivel internacional, colabora y coordina con organismos e instituciones distritales, departamentales, nacionales e internacionales vinculados a la preparación de emergencias y desastres.

Se puede mencionar algunos puntos en las que presenta falencias como la coordinación de oficinas departamentales, el sector viviendas, con relaciones exteriores, Bomberos El Alto, FUNDEPCO, OXFAM, asociaciones profesionales, organizaciones no gubernamentales, se puede mencionar que no presenta protocolos para la difusión de información por medios de comunicación, carece colaboración y coordinación con programas de emergencia y desastres del sector salud con naciones vecinas.

Se determinó que el nivel de coordinación y alianzas con otras agencias y/o instituciones, alcanzo en SERES un puntaje de 0,56 obteniendo un nivel de calificación medio superior, en comparacion con las instituciones como Cruz Roja con 0,56 y SAR- FAB con 0,56 logrando un nivel de desempeño medio superior y COE con 0,48 de promedio, logrando un nivel de desempeño medio inferior, Bomberos con 0,24 y SUMA con 0,12 logran desempeño minimo.

El SERES cuenta con una coordinación, ya sean otras instancias o agencias como Defensa civil, oficinas regionales, sector vivienda, telecomunicaciones, Policías, fuerzas Armadas, OPS, CIES, Consejo Rural Andino, Clínicas y Hospitales privados, Cruz Roja y sectores Multisectoriales, también establece alianzas internacionales.

Indicador 4: Asesoría y apoyo técnico a nivel distrital para la reducción del impacto de emergencias y desastres en salud.- La verificación de la asesoría y apoyo técnico a los niveles distritales para la reducción del impacto de emergencias y desastres en salud obtuvo un puntaje de 0,36, alcanzando un nivel de calificación medio inferior, en tanto las instituciones como COE, Cruz Roja, SAR- FAB, logran un estándar superior al 50% considerado como nivel de desempeño medio inferior y las instituciones como SERES, Bomberos y SUMA logra un estándar inferior al 0,50 obteniendo un desempeño medio inferior.

Lo que demostró que SERES apoya los niveles distritales para fortalecer la capacidad local en movilizar acciones, colabora a niveles locales, define responsabilidades a cada nivel en el enfrentamiento de emergencias, confecciona mapas de riesgo de emergencias y desastres en territorios que están bajo su responsabilidad y evalúa las necesidades a niveles distritales. Necesita apoyo en lo que es la capacidad local para movilizar acciones, en apoyar los niveles distritales en el desarrollo de enlaces con otros proveedores de servicios de emergencias, precisa identificar liderazgos también apoyar en el análisis de vulnerabilidad de las infraestructuras en salud en todos los niveles, necesita la asesoría necesaria para corregir deficiencias identificadas por medio de la evaluación y lo más importante los recursos necesarios para realizar esto.

La verificación de la asesoría y apoyo técnico a los niveles distritales para la reducción del impacto de emergencias y desastres en salud obtuvo en SERES un puntaje de 0,36, alcanzando un nivel de calificación medio inferior, en comparación con las instituciones como SAR- FAB con 0,79 y Cruz Roja con 0,71

logrando nivel de desempeño optimo y COE con 0,57, obteniendo un desempeño medio inferior, en tanto Bomberos con 0,14 y SUMA con 0,00, logran desempeño minimo.

El SERES asiste a niveles distritales con apoyo, colaboración para el fortalecimiento de la capacidad a nivel local frente a la reducción de emergencias y desastres, tambien define responsabilidades y evalua las necesidades a nivel local. Con respecto a las instituciones de socorro y su servicio de salud presentan el apoyo técnico a los niveles distritales, muestran asesoría técnica a estos niveles, para fortificar la capacidad en movilizar acciones, colaborar con otros sectores, presentar normas para la preparación de emergencia, definen responsabilidades a cada nivel en el enfrentamiento de emergencias, realizan un análisis de vulnerabilidad en las infraestructuras de salud a un que esta es la parte más débil de todas, confeccionan mapas de riesgo en territorios que están bajo su responsabilidad, realizan la evaluación de necesidades a niveles distritales, presentan la asesoría necesaria para la corrección de deficiencias identificadas por medio de evaluaciones y las instituciones de socorro, pero estos grupo de apoyo no cuentan con los recursos necesarios para corregir las deficiencias identificadas.

10. DISCUSIÓN

Comparando a resultados de Latinoamérica, puesto que no existen comparativos a nivel nacional ni local podemos destacar: los resultados de esta investigación con las experiencias del **Perú** que sacó en una puntuación de 0.57 llegando a un desempeño medio superior ya que estos cuentan con un plan para la reducción del impacto de emergencias y desastres en salud siguen el desarrollo de políticas y planificación para la prevención, mitigación, preparación, respuesta y rehabilitación temprana en reducir el impacto, presentan la participación de todos los actores sociales y de salud con asesoría a niveles subregionales en comparación a nuestro sistema presentan la coordinación con instancias superiores e internacionales presentamos la disponibilidad y distribución de personal en salud, provisión de servicios y criterios de priorización en la atención de la demanda llegando a un desempeño medio inferior.

En comparación con nuestro país Perú presenta en el indicador uno que se refiere a Gestión de la reducción del impacto de emergencias y desastres un resultado de 0,45 siendo este un puntaje que está dentro del cuartil de desempeño medio inferior, este indicador presenta dificultades en su plan institucionalizado siendo sus falencias el constante entrenamiento de su personal, y la incorporación a la currícula de enseñanza, en comparación a nuestro estudio es 0,21 presentando un cuartil de desempeño mínimo.

En el Desarrollo de normas y lineamientos que apoyen la reducción del impacto de emergencias y desastres en salud incluidas en el indicador dos presento un resultado de 0,57 y se valoró desempeño medio superior las áreas que este incluye, comparando con nuestro estudio el cual es 0,09 presentando un desempeño mínimo siendo este nuestro indicador con más falencias.

En la Coordinación y alianzas con otras agencias y/o instituciones, se logró una valoración del 0,50 correspondiendo a la necesidad establecer coordinaciones con las instituciones a cargo de la reducción de emergencias y desastres, en nuestro

estudio presentamos un resultado de 0,56 el cual nos identifica trabajar con mayor coordinación.

El cuarto y último indicador de la función correspondiente a Asesoría y apoyo técnico a los niveles locales de Emergencia para la reducción del impacto de emergencias y desastres en salud, fue valorado con desempeño medio superior con un resultado de 0,69, viendo en comparación con el estudio en nuestro país es 0,36 el cual tenemos que trabajar con mayor énfasis.

Los resultados obtenidos en **Antioquia – Colombia** es de 0.53 llegando a un desempeño medio superior cuentan con un plan para la reducción del impacto de emergencias y desastres en salud siguen el desarrollo de políticas y planificación para la prevención, mitigación, preparación, respuesta y rehabilitación temprana en reducir el impacto pero le compete dirigir los esfuerzos al fortalecimiento de las competencias institucionales y del talento humano para la preparación y atención de las emergencias y la movilización de la acción intersectorial y la consolidación de alianzas estratégicas en comparación a nuestro sistema presentan la coordinación con instancias superiores e internacionales presentamos la disponibilidad y distribución de personal en salud, provisión de servicios y criterios de priorización en la atención de la demanda llegando a un desempeño medio inferior.

En comparación con nuestro país Antioquia- Colombia presenta en el indicador uno que se refiere a Gestión de la reducción del impacto de emergencias y desastres un resultado de 0,86 siendo este un puntaje que está dentro del cuartil de desempeño óptimo, este indicador presenta un buen plan institucionalizado siendo sus falencias el constante entrenamiento de su personal, mayor énfasis en normas de manipulación de alimentos y la incorporación a la currícula , en comparación a nuestro estudio es 0,21 presentando un cuartil de desempeño mínimo.

En el Desarrollo de normas y lineamientos que apoyen la reducción del impacto de emergencias y desastres en salud incluidas en el indicador dos presento un resultado de 1,00 y se valoró desempeño optimo en todas las áreas que este incluye, comparando con nuestro estudio el cual es 0,09 presentando un desempeño mínimo siendo este nuestro indicador con más falencias.

En la Coordinación y alianzas con otras agencias y/o instituciones, se logró una valoración del 0,73 correspondiendo a la necesidad establecer además de las coordinaciones existentes, en nuestro estudio presentamos un resultado de 0,56 el cual nos identifica trabajar con mayor coordinación.

El cuarto y último indicador de la función correspondiente a Asesoría y apoyo técnico a los niveles locales de Emergencia para la reducción del impacto de emergencias y desastres en salud, fue valorado con desempeño óptimo por obtener un resultado de 1,00 en todas las áreas, viendo en comparación con el estudio en nuestro país es 0,36 el cual tenemos que trabajar con mayor énfasis.

En **San Salvador** presenta un puntaje de 0,89 llegando a un desempeño óptimo ya que siguen el desarrollo de políticas más la planificación y ejecuciones de acción en la prevención, mitigación, preparación, respuestas y rehabilitación temprana para reducir el impacto de los desastres sobre la salud publica desarrollan normativas para la atención pre-hospitalaria y hospitalaria para reducir el impacto de las emergencias y los desastres también mejora las alianzas estratégicas con otras agencias para la reducción del impacto de emergencias y desastres elaborando el análisis de vulnerabilidad de las instituciones prestadoras de servicios en el sector salud en los diferentes niveles de atención para conseguir la reducción del impacto de las emergencias y los desastres apoyan la gestión de proyectos dirigidos a mejorar las deficiencias identificadas por medio de la evaluación de las capacidades este país es uno de los que más ha innovado este tema, en comparación a nuestro sistema presentan la coordinación con instancias superiores e internacionales presentamos la disponibilidad y distribución de personal en salud, provisión de servicios y criterios de priorización en la atención de la demanda llegando a un desempeño medio inferior.

En comparación con nuestro país San Salvador presenta en el indicador uno que se refiere a Gestión de la reducción del impacto de emergencias y desastres un resultado de 0,76 siendo este un puntaje que está dentro del cuartil de desempeño óptimo, este indicador presenta un buen plan institucionalizado siendo se valoró desempeño óptimo, fortaleciendo el presupuesto acorde al plan nacional, también la red de comunicaciones y transporte, comparando con nuestro estudio el cual es 0,21 presentando un cuartil de desempeño mínimo.

En el Desarrollo de normas y lineamientos que apoyen la reducción del impacto de emergencias y desastres en salud incluidas en el indicador dos presento un resultado de 1,03 se valoró desempeño óptimo, dando énfasis en el desarrollo normas de atención pre-hospitalarias y hospitalarias, comparando con nuestro estudio el cual es 0,09 presentando un desempeño mínimo siendo este nuestro indicador con más falencias.

En la Coordinación y alianzas con otras agencias y/o instituciones, se logró una valoración de 0,92 fortalecer las alianzas estratégicas con otras agencias, en nuestro estudio presentamos un resultado de 0,56 el cual nos identifica trabajar con mayor coordinación.

El cuarto y último indicador de la función correspondiente a Asesoría y apoyo técnico a los niveles locales de Emergencia para la reducción del impacto de emergencias y desastres en salud, presenta un resultado de 0,88 el que fue valorado con desempeño óptimo, el cual indica la análisis de vulnerabilidad con servicios de salud a diferentes niveles y ayudar en la gestión de proyectos dirigidas a mejorar las deficiencias identificadas, viendo en comparación con el estudio en nuestro país es 0,36 el cual tenemos que trabajar con mayor énfasis.

11. IMPLICACIÓN DE LOS RESULTADOS

La investigación hace denotar que SERES, siendo el ente regulador más importante del municipio no cuenta con una unidad dedicada a la reducción del impacto de emergencias y desastres en salud, este no coordinaría para tener un plan institucional y mucho menos uno municipal el cual tendría que contar con los mapas de vulnerabilidad; la gestión implicaría colocar un plan de emergencias y hacer una reunión con las instituciones implicadas, pero dichas instituciones no están bien identificadas por nuestro ente regulador, al no contar con la información necesaria e ignorar las funciones que tendrían que poner en práctica, pues esto repercute a no estar listos para cualquier situación que se presente y no estar improvisando en el momento de la emergencia pues estaríamos poniendo en riesgo a la población ya que esta es la parte más afectada en estos casos, según la evaluación o el alcance de los indicadores obtenidos.

12. AUDIENCIA INTERESADA EN LOS RESULTADOS

El servicio regional de salud, SERES, que es la institución clave para esta investigación, sobre la función esencial número ya que en ella se identificarán las carencias y poder mejorar el sistema de Salud con los grupos de apoyo que actúan en situaciones de emergencia, podrán contar con el soporte de estos al ser identificadas las falencias y reducir estas, los resultados obtenidos benefician al sector salud de todas las instituciones que actúan en estos casos, posibilita dar un diagnóstico situacional y posteriormente posibilitará generar un modelo de organización del sector salud en situaciones de emergencia y desastres para poder responder a dichos eventos, siendo nuestra prioridad la población en riesgo.

El SERES retroalimentará y mejorará su sistema de gestión y coordinación, ya que son procesos claves para el desarrollo de competencias a niveles locales,

regionales, departamentales, que permitirán mostrar la gestión sanitaria desde cualquier nivel.

El trabajo presenta resultados claves para el SERES de la ciudad de El Alto, con el fin de que constituya una línea base, porque esto ayudará a desarrollar estrategias de mejora, elaborar planes de coordinación regional con todas las Instituciones involucradas con Emergencias y Desastres y así enriquecer la gestión en salud en SERES e intercambiar experiencias con otras regiones y departamentos de nuestro país y ayudar a tener resultados óptimos en salud pública a nivel regional, departamental y nacional.

13. CONCLUSIONES

Se pudo identificar que SERES y las instituciones de socorro presentan en la reducción de Impacto de Emergencias y desastres en salud en el municipio de El Alto un nivel de calificación de desempeño medio inferior, presentando la coordinación con instancias superiores e internacionales, disponibilidad y distribución de personal en salud, provisión de servicios y criterios de priorización en la atención de la demanda y entrenamiento del personal.

Referido a la medición lograda, resalta que nuestra evaluación de la gestión en la reducción del impacto de emergencias presenta un desempeño medio inferior pues estas no cumplen con la colaboración y coordinación intra e intersectorial para la implementación de medidas de reducción del impacto, no colaboran en el entrenamiento del personal de salud y no salud, tiene deficiencias en la protección de la infraestructura física y funcional frente a diferentes amenazas, la educación pública por campañas es deficiente.

Se verificó el desarrollo y cumplimiento de normas que apoyan la reducción del impacto de emergencias y desastres en salud este tiene un desempeño medio inferior por la falta de normas en construcción, modernización y mantenimiento de una infraestructura del sector salud y sus servicios con énfasis en la preparación para desastres y reducción de su vulnerabilidad física y orgánica, es deficiente el apoyo en la preparación para ciertas consecuencias de emergencias y desastres, como brotes de enfermedades transmisibles.

Se determinó que el nivel de coordinación y alianzas con otras agencias y/o instituciones, obteniendo un nivel de calificación medio inferior por que la coordinación y colaboración con la agencia nacional de emergencias u otras agencias con responsabilidad multisectorial es casi nula; las coordinaciones más bien son ascendientes y se basan a planes nacionales.

El fortalecimiento de la asesoría y apoyo técnico a los niveles regionales para la reducción del impacto de emergencias y desastres en salud obtuvo un nivel de desempeño medio inferior por qué no promueve, provee y no facilita la asesoría técnica a los niveles subnacionales para construir capacidad local en materia de movilización, y coordinación de la reducción del impacto de emergencias y/o desastres naturales, tecnológicos o producidos por fallas humanas; no presenta la asesoría técnica necesaria para conducir evaluaciones de necesidades en materia de reducción del impacto de emergencia y no se cuenta con recursos los cuales son necesarios para fortalecer las áreas de debilidad en cuanto a la capacidad de responder oportunamente a los desastres.

14. RECOMENDACIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos es importante recomendar lo siguiente:

- Cumplir las políticas públicas y desarrollar un plan institucionalizado a nivel del SERES, involucrando a todas las instituciones relacionadas con la Atención de Emergencias y Desastres, logrando un plan Municipal para la ejecución de acciones, desde la capacitación, como la mitigación, preparación, respuesta y rehabilitación temprana en reducción del impacto de emergencias y desastres en salud.
- Divulgar la información a todos los niveles sobre el plan de emergencias, con un enfoque integral sobre los daños y la etiología de todas y cada una de las emergencias o desastres posibles en la realidad del municipio de El Alto.
- Uniformar los planes municipales a los fines que contemplen el manejo de los problemas de salud resultantes de la situación de emergencia, tanto para la población que lo necesite, como para el personal que maneja la emergencia.
- Crear un sistema integrado de emergencias médicas que considere: La infraestructura para rediseñar las salas de emergencias, Para el desarrollo de los protocolos necesarios, Para la coordinación con las instituciones de socorro.
- Gestionar la cooperación intersectorial e internacional en la solución de problemas de salud generados por emergencias y desastres.

BIBLIOGRAFIA

1. Honorable Congreso Nacional por la Asamblea Constituyente. Ley del Estado Plurinacional de Bolivia "Constitución Política del Estado Plurinacional". 2009.
2. Honorable Congreso Nacional. Código de Salud "Ley del ejercicio profesional Medico" 3131. 2005.
3. Honorable Congreso Nacional. Ley para la reducción de riesgos y atención de desastres "Ley modificatoria de la Ley N° 2140 para la reducción de riesgos y atención de desastres y/o emergencias" 2335. 2002.
4. OIT. Curso de formación en reducción del riesgo de desastres en el marco del desarrollo local sostenible. s.l.: Programa DELNET de apoyo al desarrollo local. 2007.
5. OPS/OMS. Guía de campo. Equipo regional de respuesta a desastres. 2009.
6. OPS. El Sector salud frente a riesgos volcánicos: Mecanismos de Coordinación . In: OPS QE, editor. Guía de preparativos de salud frente a erupciones volcánicas. 2005.
7. OPS. Manual de Evaluación de Daños y Necesidades en Salud para Situaciones de Desastres. Manual y Guías de Desastres. 2004.
8. MINASA P. Organización y Funcionamiento del Centro de Operaciones de Emergencias del Sector de Salud. Resolución Ministerial N° 98. 2004.
9. OPS. Los Desastres Naturales y la Protección de la Salud. 2000.
10. OPS. Resultados del Taller de Aplicación del Instrumento en Bogotá. Medición de las Funciones Esenciales de la Salud Pública en el Distrito Capital de Colombia. 2007.
11. 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.
12. USAID. Evaluación del Desempeño de las Funciones Esenciales en Salud Pública en los Distritos del Peru. 2006.
13. OPS. Instrumento de Medición del Desempeño de las Funciones Esenciales de la Salud Pública. 2001.

14. Cusi E. Los Enfoques y Niveles de Investigación. In: SODESBO P, editor. Semillas para la Investigación 2. 2013.
15. INE Proyección, I. N. Recuperado el 17/03/2014 de Marzo de 2014, de <http://www.ine.gob.bo/comunitaria/comunitariaVer.aspx?Depto=02&Prov=01&Seccion=05>. 2010
16. IRD. Estudio De Identificación De Zonas En Los Distritos 5 Y 6 Ciudad De El Alto. 2008.
17. INE. Datos del Censo en Bolivia - Ciudad de El Alto. <http://datos.censosbolivia.bo/binbol/RpWebEngine.exe/Portal?&BASE=CPV2012COM2012>
18. Historia de la ciudad de El Alto. <http://enlaupea.com/historia-de-la-ciudad-de-el-alto/> 2014
19. SEDES La Paz. SERES, El Alto. http://www.sedeslapaz.gob.bo/index.php?option=com_content&view=article&id=305&Itemid=171 2014
20. EPSAS. Servicios Publicos- Agua Potable y Alcantarillado. <http://www.epsas.com.bo/epsas/index.php/es/proyectos/proyectos/19-sample-data-articles/joomla/68-aliquam-sanctus> 2014
21. 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.
22. OPS. Funciones Esenciales de Salud Pública. La Salud Pública en Las Américas. Washington, D.C: 2005.

16. ANEXO

**ANEXO 1: Adecuación del Instrumento de Medición para la FESP 11:
“Reducción del Impacto de Emergencias y Desastres en Salud”**

FESP 11: Reducción del impacto de emergencias y desastres en salud
PUNTAJE FINAL FESP 11:
11.1 Gestión de la reducción del impacto de emergencias y desastres
11.1.1 La Institución ¿Posee un plan municipal/regional/local institucionalizado de reducción del impacto de emergencias y desastres en salud?
En todo caso:
11.1.1.1 ¿El plan Institucional del sector salud está integrado en el plan del nivel nacional de emergencias?
11.1.1.2 ¿El plan cuenta con un mapa de amenazas, vulnerabilidad y riesgos de emergencias y desastres del territorio municipal?
11.1.1.3 ¿El plan institucional del sector salud incluye los planes locales?
11.1.1.4 ¿Existe una unidad dedicada a la reducción del impacto de emergencias y desastres en salud en la Institución?
Si es así,
11.1.1.4.1 ¿Cuenta la unidad de emergencias y desastres con un presupuesto asignado específicamente a ella?
11.1.2 La Institución ¿Coordina a todo el sector salud en su conjunto en la implementación de medidas de preparación para desastres y emergencias?
En todo caso, la Institución:
11.1.2.1 ¿Cuenta con una red de comunicaciones preparada para funcionar en emergencias?
Si es así,
11.1.2.1.1 ¿Se evalúa periódicamente su funcionamiento?
11.1.2.2 ¿Cuenta con un sistema de transporte preparado para funcionar en situaciones de emergencia o desastre?
Si es así,
11.1.2.2.1 ¿Se evalúa periódicamente su funcionamiento?
11.1.3 La Institución ¿Entrena su personal de salud en la preparación para emergencias y desastres?
En todo caso, la Institución entrena a su personal en:
11.1.3.1 ¿Definir actividades para enfrentar emergencias y desastres dentro del sector salud?
11.1.3.2 ¿Coordinar actividades dentro del sector salud?
11.1.3.3 ¿Coordinar actividades con otros sectores?

11.1.3.4 ¿La prevención y control de enfermedades transmisibles y no transmisibles como consecuencia de desastres?
11.1.3.5 ¿Protección de trastornos mentales como consecuencia de desastres?
11.1.3.6 ¿Seguridad de los alimentos con posterioridad a desastres?
11.1.3.7 ¿Saneamiento y salud ambiental con posterioridad a desastres?
11.1.3.8 ¿Control de vectores en situaciones de emergencia?
11.1.3.9 ¿Gestión de servicios de salud en situaciones de emergencia?
11.1.3.10 ¿Ejercicios de simulación y simulacros de situaciones de emergencia?
11.1.3.11 ¿Conducir evaluaciones rápidas de riesgo y necesidades?
11.1.3.12 ¿Buscar, solicitar y distribuir equipamientos/suministros críticos de salud para emergencias y desastres?
11.1.3.13 ¿Operación de sistemas de comunicaciones en situaciones de emergencia?
11.1.3.14 ¿Operación del sistema de transporte en emergencias?
11.1.3.15 ¿Difundir información de salud por medio de comunicación de las masas y otros medios?
11.1.3.16 ¿Asegurar transparencia y eficiencia en el suministro de auxilios luego de catástrofes?
11.1.3.17 ¿Elaboración de proyectos de emergencias para la rehabilitación del sector salud?
11.1.4 La Institución ¿Desarrolla estrategias para incluir en el currículum de enseñanza profesional componentes para la preparación para emergencias y desastres?
En todo caso, la Institución:
11.1.4.1 ¿Coordina con las instituciones de salud a nivel técnico para incluir componentes de preparación para emergencias y desastres en el currículum de enseñanza?
11.1.4.2 ¿Coordina con las facultades de ciencias de la salud para incluir componentes de preparación para emergencias y desastres en el currículum de enseñanza?
11.1.4.3 ¿Coordina con instituciones con formación post gradual en salud para incluir componentes de preparación para emergencias y desastres en el currículum de enseñanza?
11.2 Cumplimiento de normas que apoyen la reducción del impacto de emergencias y desastres en salud
11.2.1 La Institución ¿Implementa estrategias para reducir el impacto de emergencias y desastres en salud?
En todo caso, la Institución:
11.2.1.1 ¿Cumple normas sanitarias para el plan municipal de emergencia?
11.2.1.2 ¿Cumple normas para apoyar la preparación para afrontar las consecuencias de emergencias y desastres?
Si es así, estas normas incluyen:
11.2.1.2.1 ¿Brotos de enfermedades transmisibles?

11.2.1.2.2 ¿Saneamiento de alojamientos, albergues y campamentos?
11.2.1.2.3 ¿Normas y políticas para donaciones de medicamentos esenciales e insumos necesarios?
11.2.1.2.4 ¿Control de vectores?
11.2.1.2.5 ¿Equipamientos, medicamentos e insumos necesarios para emergencias y desastres?
11.2.1.2.6 ¿Saneamiento básico?
11.2.1.2.7 ¿Seguridad y protección de alimentos?
11.2.1.2.8 ¿Manejo de salud mental en emergencias?
11.2.1.2.9 ¿Construcción y mantenimiento de una infraestructura física de salud?
Si es así, las normas para construcción y mantenimiento de infraestructura de salud, se refiere a:
11.2.1.2.9.1 ¿Servicios hospitalarios?
11.2.1.2.9.2 ¿Servicios ambulatorios?
11.2.1.2.9.1 ¿Servicios de agua?
11.2.1.2.9.2 ¿Servicios de desechos sólidos?
11.2.1.3 ¿Cumple las normas de infraestructura para afrontar las consecuencias de emergencias y desastres?
Si es así, las normas consideran:
11.2.1.3.1 ¿La infraestructura física de los establecimientos de salud?
11.2.1.3.2 ¿La gestión de los establecimientos y organizaciones de salud en situaciones de emergencias y desastres?
11.2.1.3.3 ¿La provisión de servicios de salud durante emergencias?
Si es así, la provisión de servicios incluye:
11.2.1.3.3.1 ¿Disponibilidad y distribución del personal?
11.2.1.3.3.2 ¿Alternativas de funcionamiento de las unidades asistenciales críticas?
11.2.1.3.3.3 ¿Criterios de priorización en la atención de la demanda de servicios en emergencias?
11.3 Coordinación y alianzas con otras agencias y/o instituciones
11.3.1 La Institución ¿Coordina con otras agencias o instancias en la reducción del impacto de emergencias y desastres?
En todo caso, la Institución establece alianzas o coordinación con:
11.3.1.1 ¿Oficinas nacionales de emergencia?
11.3.1.2 ¿Oficinas departamentales/regionales de emergencias?
11.3.1.3 ¿Sector transporte?
11.3.1.4 ¿Sector obras públicas?
11.3.1.5 ¿Sector vivienda?

11.3.1.6 ¿Sector telecomunicaciones?
11.3.1.7 ¿Sector educación?
11.3.1.8 ¿Relaciones exteriores?
11.3.1.9 ¿Las fuerzas armadas?
11.3.1.10 ¿Policía/Bomberos?
11.3.1.11 ¿Naciones Unidas (OPS, UNICEF, UNFPA, FAO)?
11.3.1.12 ¿FUNDEPCO/OXFAM?
11.3.1.13 ¿SAVE THE CHILDREN?
11.3.1.14 ¿CIES?
11.3.1.15 ¿Consejo de Salud Rural Andino?
11.3.1.16 ¿Otros hospitales y clínicas privadas?
11.3.1.17 ¿Cruz Roja Boliviana, Federación (FICR), Comité (CICR)?
11.3.1.18 ¿Asociaciones profesionales?
11.3.1.19 ¿Otras organizaciones no gubernamentales?
11.3.1.20 ¿Otras agencias o instituciones/asociadas sin fines de lucro?
11.3.1.21 ¿Coordina actividades con otras agencias con responsabilidades multisectoriales?
Si es así,
11.3.1.21.1 ¿Desarrollan material de información para ser difundidos por medios de comunicación?
11.3.1.22 ¿Establece y mantiene alianzas al nivel internacional para el enfrentamiento de emergencias?
Si es así, la Institución:
11.3.1.22.1 ¿Colabora y se coordina con los programas de emergencias y desastres del sector salud ya existentes en otras naciones vecinas?
11.3.1.22.2 ¿Colabora y se coordina con organismos e instituciones regionales, nacionales e internacionales vinculados a la preparación para emergencias y desastres?
11.4 Asesoría y apoyo técnico a nivel distrital para la reducción del impacto de emergencias y desastres en salud
11.4.1 La Institución ¿Asiste al nivel distrital para reducir el impacto de emergencias y desastres en salud?
En todo caso, la Institución:
11.4.1.1 ¿Facilita asesoría técnica a nivel distrital para fortalecer su capacidad en movilizar acciones hacia emergencias o desastres?
11.4.1.2 ¿Apoya al nivel distrital para fortalecer la capacidad local en colaborar con otros sectores frente a emergencias o desastres?

11.4.1.3 ¿Apoya al nivel distrital en el desarrollo de enlaces con otros proveedores de servicios de emergencia locales?
Si es así, son esos servicios de emergencia de:
11.4.1.3.1 ¿Salud?
11.4.1.3.2 ¿Otros sectores?
11.4.2 La Institución ¿Colabora con el nivel distrital en el fortalecimiento de capacidades para reducir el impacto de emergencias y desastres en salud?
En todo caso, la Institución:
11.4.2.1 ¿Identificar líderes locales para promover la reducción de impacto de emergencias o desastres?
11.4.2.2 ¿Implementación de normas para la respuesta de emergencias y desastres para los niveles distritales?
11.4.2.3 ¿Definición de responsabilidades de cada nivel en el enfrentamiento de emergencias y desastres?
11.4.2.4 ¿Análisis de vulnerabilidad de la infraestructura de salud de la que estos niveles son responsables frente a emergencias y desastres?
11.4.2.5 ¿Confección de mapas de riesgo de emergencias y desastres en los territorios que están bajo su responsabilidad?
11.4.2.6 ¿Evaluación de necesidades en los niveles distritales?
Si es así, la Institución provee:
11.4.2.6.1 ¿La asesoría necesaria para corregir deficiencias identificadas por medio de la evaluación?
11.4.2.6.2 ¿Los recursos necesarios para corregir deficiencias identificadas por medio de la evaluación?

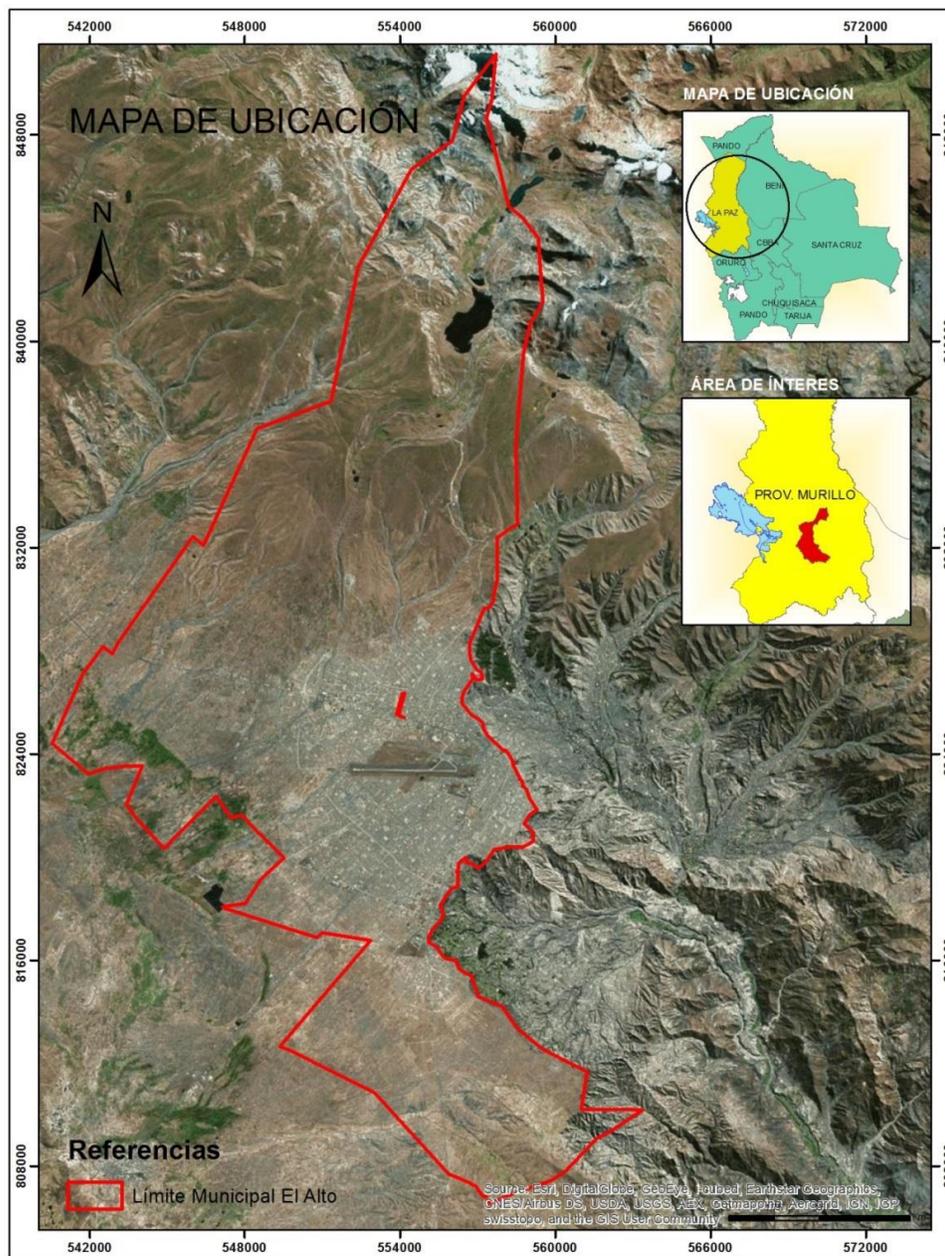
ANEXO 2: Cronograma de Actividades

FASES	ACTIVIDADES	FECHAS
FASE Nº 1	Reunión informativa de las FESP	11 de Octubre 2014
FASE Nº 2	Se realizó taller de Adecuación del Instrumento con participación de La OPS- SERES , sobre las Funciones Esenciales en Salud Publica	20 al 27 de octubre 2014
FASE Nº 3	Se realizó el primer encuentro con informantes claves del SERES para la aplicación del instrumento adecuado y validado	31 de Octubre del 2014
FASE Nº 4	Trabajo de campo: Se realizó la recolección de datos en SERES- El Alto	10 de Noviembre
FASE Nº 5	Se realizó la búsqueda de informantes claves en las diferentes instituciones relacionadas con Atención de Emergencias y Desastres en la ciudad de El Alto, a quienes se aplica el instrumento	10 al 30 de Noviembre
FASE Nº 6	Tabulación de los datos obtenidos	Del 1 al 8 de diciembre
FASE Nº 7	Análisis de los datos obtenidos en la ciudad de El Alto.	Del 9 al 14 de Diciembre

ANEXO3: Lista y Lugares de Instituciones que apoyan al Servicio de Emergencia y Rescate (Informantes Claves)

- Ciudad de El Alto, Zona/ Ceja de El Alto –SERES- Segundo piso: Dirección de Salud del Municipio de El Alto.
- Ciudad de El Alto, Zona/ Ceja de El Alto –SERES- Primer piso: Dirección de Salud Ambiental del Municipio de El Alto.
- Ciudad de el Alto, Zona Villa Alemania calle 3- COE- Dirección de Emergencias, Supervisión de Emergencias y Área de Gestión Social.
- Ciudad de El Alto, Zona Villa Bolívar “B” Centro de Operaciones Bombero El Alto, Dirección del Centro de Operaciones.
- Ciudad de La Paz, Zona Central- c. Camacho- Cruz Roja Boliviana, Dirección de Emergencias y Desastres
- Ciudad de El Alto, Zona Villa Bolívar “B” Cruz Roja Filial El Ato, Dirección de Emergencias y Desastres.
- Ciudad de El Alto, Zona Juan Pablo II, Fuerza Aérea Militar- Unidad SAR-FAB Illimani, Dirección y Coordinación de Emergencias y Desastres.
- Ciudad de El Alto, Zona Satélite, Alcaldía Municipal de El Alto, Departamento SUMA- Dirección.

ANEXO 7: Mapa 1- Ubicación del Municipio de El Alto

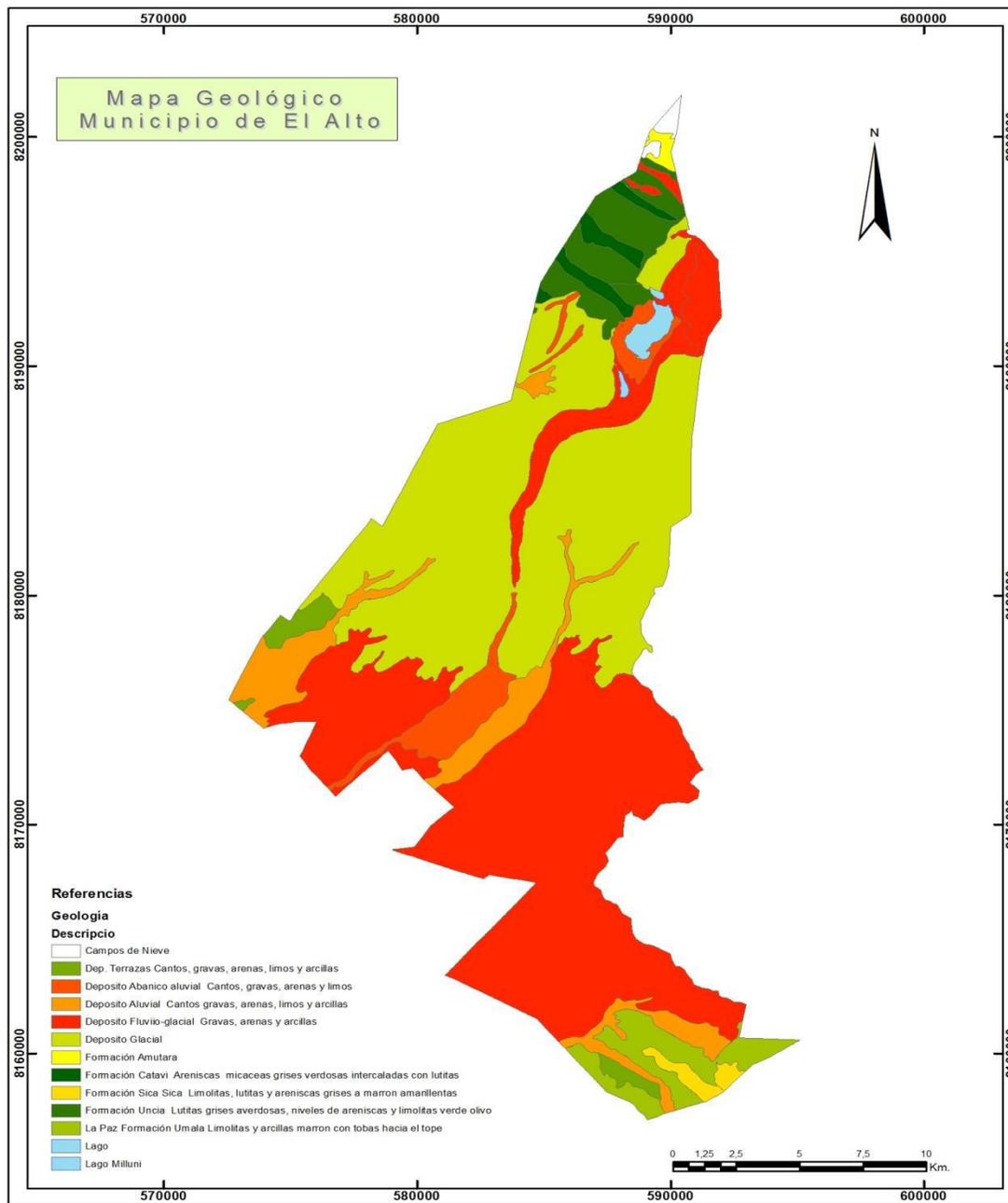


ANEXO 8: Parámetros climáticos promedio de El Alto

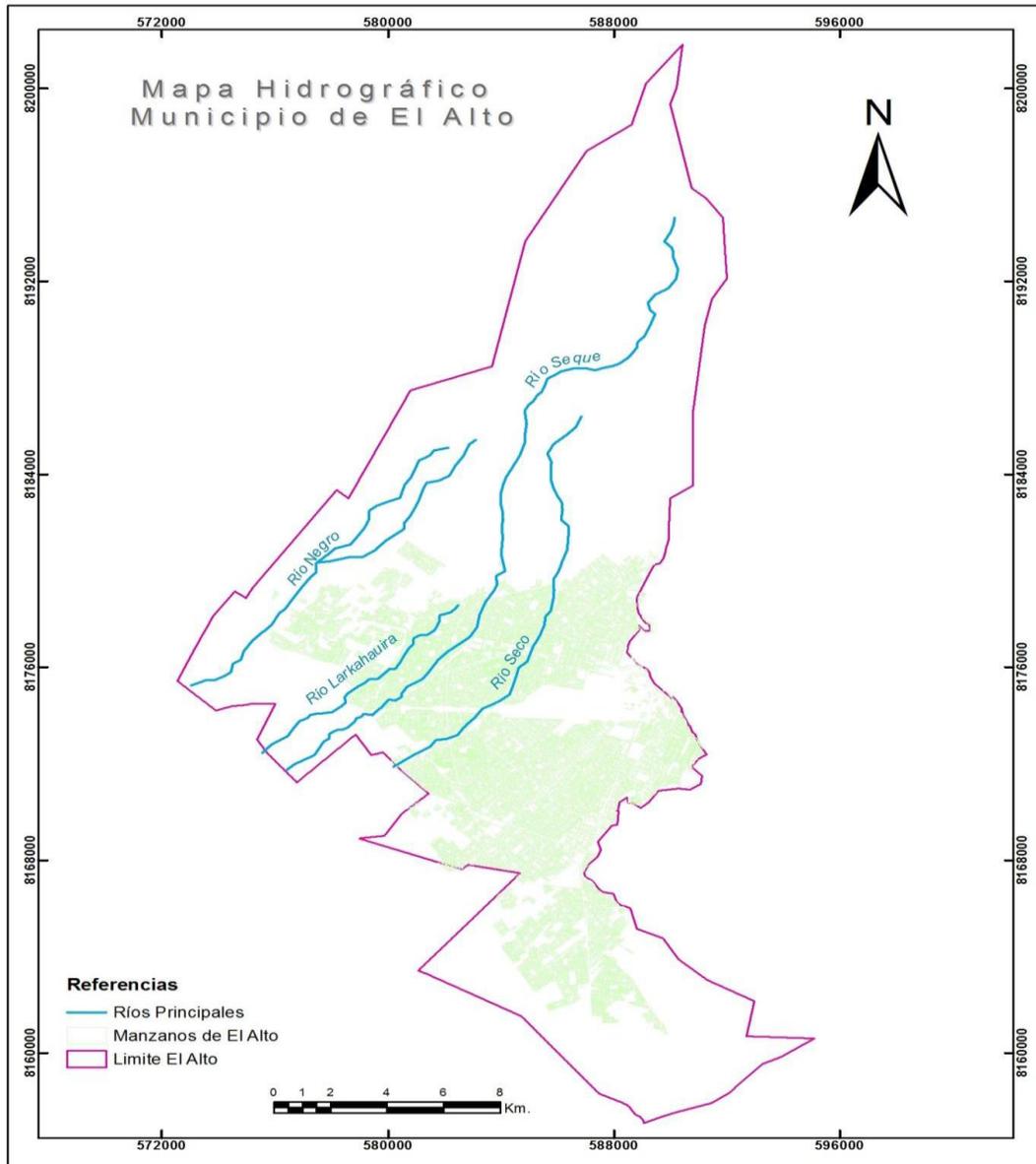
Mes	Ene	Feb	Mar	Abr	Ma	Jun	Jul	Ag	Sep	Oct	No	Dic	Anu
Temperatura máxima media (°C)	14	14	14	14	13	11	11	12	13	15	17	16	13.7
Temperatura Media (°C)	9	9	9	7	5	3	3	4	6	7	9	10	6.8
Temperatura mínima media (°C)	4	4	3	-1	-3	-5	-6	-5	-2	-1	1	3	-0.7
Días de Lluvias (mayor o igual a 1mm)	4	4	3	0	0	0	0	0	0	0	1	3	15
Días de nevadas (mayor o igual a 1cm)	0	0	0	0.1	0.2	0.8	2.3	1.6	1.5	0.6	0.1	0	7.2

Fuente 1: Bolivia Weather/ Clima en Bolivia; Ogimet/Wunderground (Nevadas)

ANEXO 9: Mapa Geológico

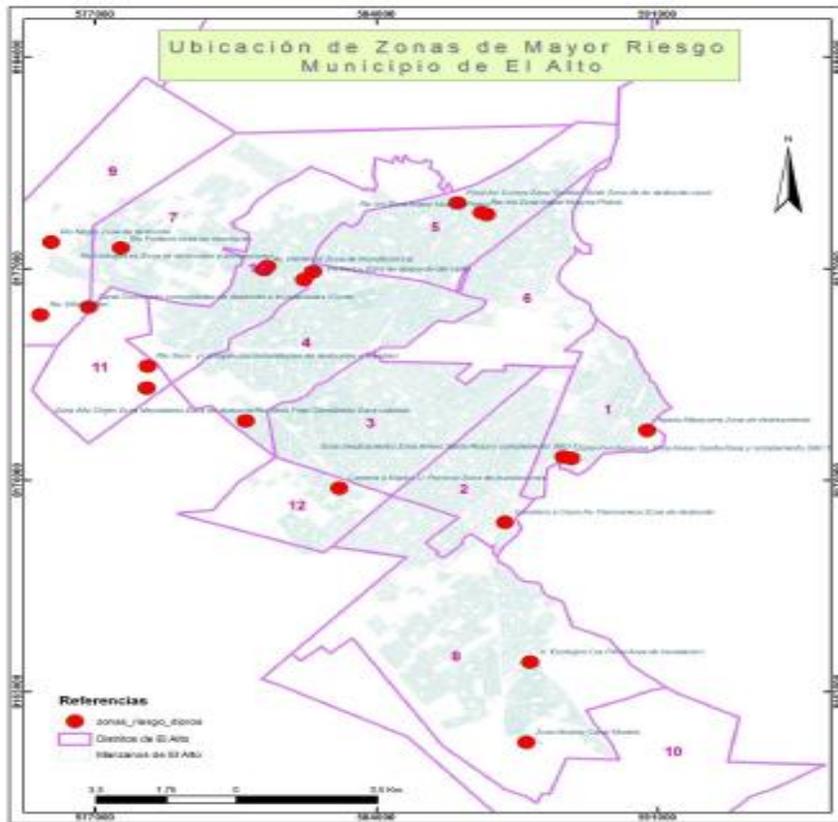


ANEXO 10: Mapa Hidrográfico

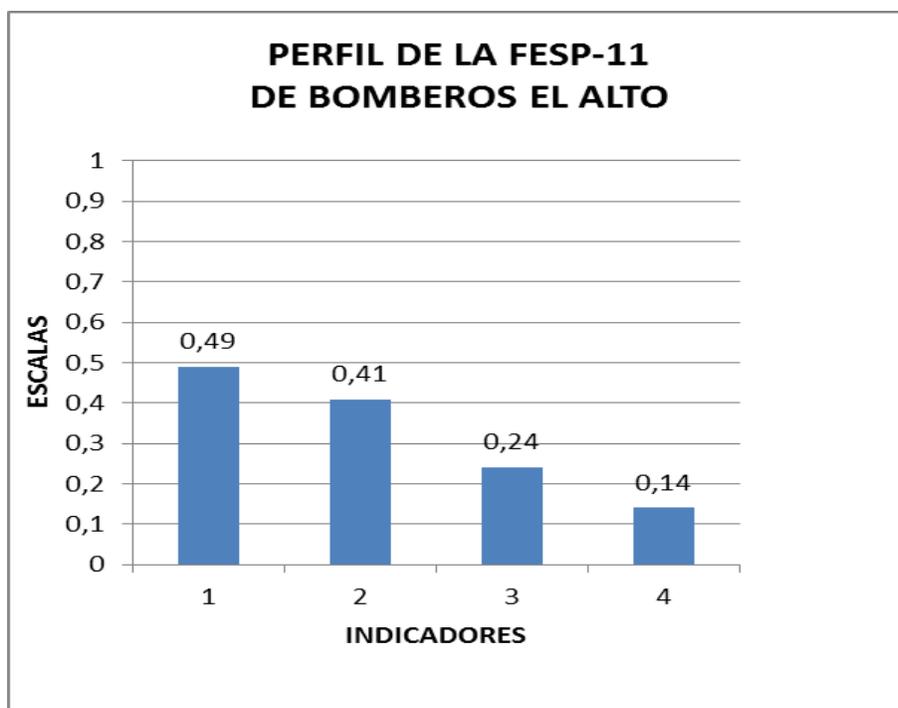
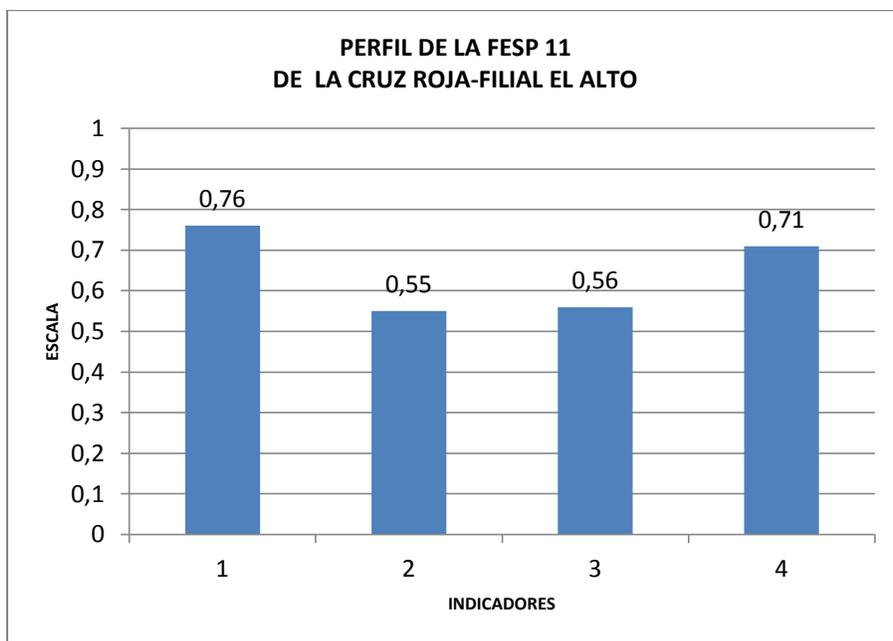


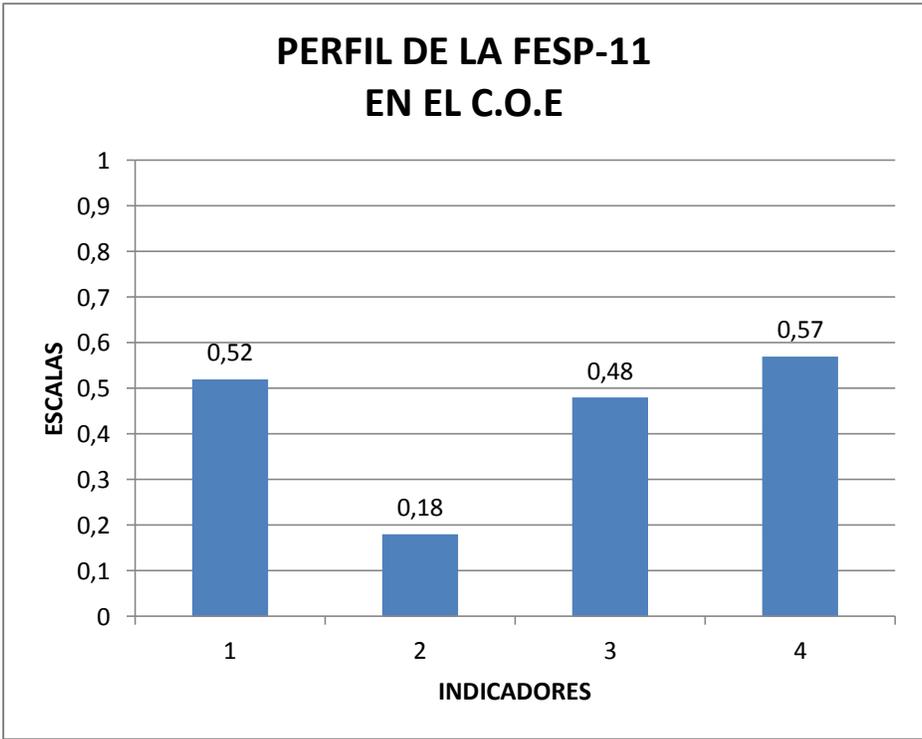
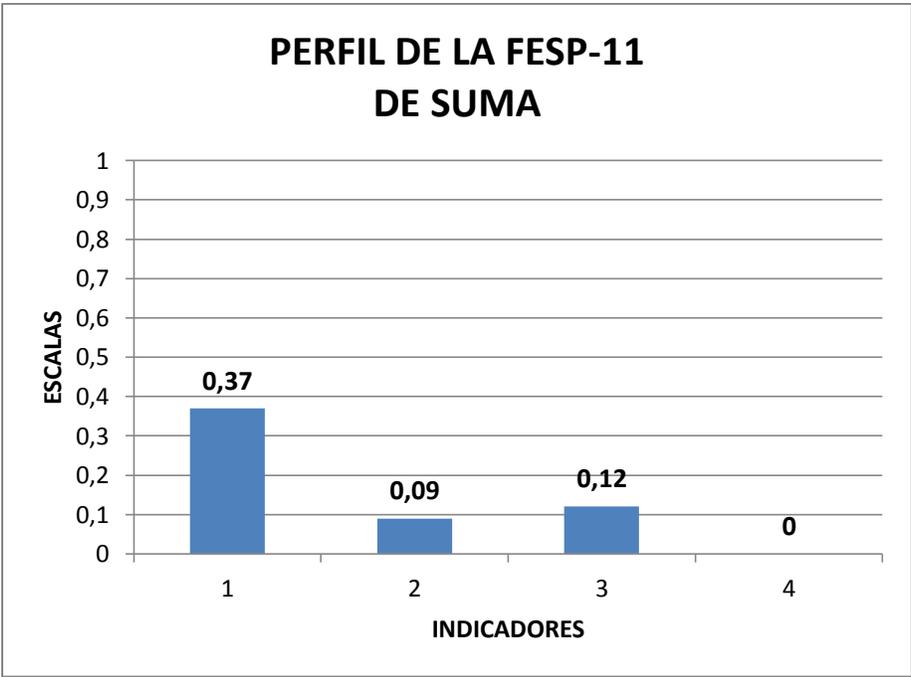
ANEXO 11: Mapa con Zonas de Mayor Riesgo

Mapa 6 Zonas de Mayor Riesgo



ANEXO 12: Graficos de la medición de la FESP 11 en las Instituciones que apoyan en la Reducción de Emergencias y Desastres en el Municipio de El Alto





PERFIL DE LA FESP-11 DE SAR-FAB ILLIMANI EL ALTO

