

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



**“IMPLEMENTACIÓN DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN
LA RED COREA DE LA CIUDAD DE EL ALTO”**

Postulante: Dra. Amanda Teresa Mendoza Choque

Tutor: Dr. Álvaro Gutiérrez Avilés

Propuesta de Intervención presentada para optar al título de
Especialidad en Gestión de Calidad y Auditoría Médica

**La Paz – Bolivia
2018**

Agradecimiento:

Expreso mi más sincero agradecimiento a los Doctores Álvaro Gutiérrez Avilés, por su orientación para la realización de la presente propuesta, y al Dr. Javier Muñoz Bermejo, Médico familiar especializado en Medicina Paliativa por su labor y dedicación en la atención de pacientes con necesidades paliativas, vocación que motivo la realización de esta propuesta.

Dra. Amanda Teresa Mendoza Choque

INDICE

RESUMEN EJECUTIVO

1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. ANTECEDENTES	3
3. RELACIÓN DEL PROYECTO DE INTERVENCIÓN CON LINEAMIENTOS DE LA POLÍTICA PÚBLICA.....	7
4. JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO	12
5. ANÁLISIS DEL PROBLEMA A INTERVENIR	17
6. ANÁLISIS DE ACTORES	25
6.1. BENEFICIARIOS DIRECTOS.....	25
6.2. BENEFICIARIOS INDIRECTOS.....	25
6.3. Oponentes	26
6.4. AFECTADOS	26
7. CONTEXTO O LUGAR DE INTERVENCIÓN.....	26
8. ESTRUCTURA DE OBJETIVOS.....	30
9. RESULTADOS.....	31
10. ACTIVIDADES	31
11. INDICADORES POR LA ESTRUCTURA DE OBJETIVOS.....	34
12. FUENTE DE VERIFICACIÓN.....	36
13. SUPUESTOS	37
14. ANÁLISIS DE VIABILIDAD.....	39
15. ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD	40
15.1. FACTIBILIDAD SOCIAL.....	40
15.2. FACTIBILIDAD CULTURAL/INTERCULTURAL	40
15.3. FACTIBILIDAD ECONÓMICA.....	41
15.4. FACTIBILIDAD DE GÉNERO	42

16. ANÁLISIS DE SOSTENIBILIDAD DEL PROYECTO	42
17. IMPACTO ESPERADO DEL PROYECTO	42
18. FUENTE DE FINANCIAMIENTO PARA EL PRESUPUESTO	44
19. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	44
20. ANEXOS	47
20.1. ÁRBOL DE PROBLEMAS	47
20.2. ÁRBOL DE OBJETIVOS	48
20.3. MATRIZ DE MARCO LÓGICO	49
20.4. PRESUPUESTO	53
20.5. MAPA DE UBICACIÓN DEL PROYECTO	54
20.6. ESTRUCTURA INSTITUCIONAL O COMUNITARIA	54
20.7. CRONOGRAMA	55
20.8. PLAN DE EJECUCIÓN DEL PROYECTO	56
20.9. SISTEMA DE MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL PROYECTO	58

“IMPLEMENTACION DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN LA RED COREA DE LA CIUDAD DE EL ALTO”

RESUMEN EJECUTIVO

La presente propuesta de intervención, se elaboró para mejorar la calidad de atención y el acceso a los cuidados paliativos de personas y sus familias con necesidad de atención paliativa, a fin de contribuir al ejercicio del derecho a la salud.

La metodología aplicada se basa en el marco lógico.

El planteamiento de los Cuidados Paliativos se concreta en medidas de promoción, prevención y cuidado; de acuerdo a la situación de vida; y al control de síntomas, mediante la detección precoz de pacientes con necesidades paliativas y la correcta evaluación de la terapia farmacológica, integrando aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales.

“Los **CUIDADOS PALIATIVOS**, según la O.M.S., se refieren al cuidado activo e integral de pacientes cuya enfermedad no responde a terapéuticas curativas, su fundamento es el alivio del dolor y otros síntomas asociados; brindando una atención integral individualizada y continua de personas y sus familias, con una enfermedad avanzada progresiva o terminal con múltiples síntomas, con alto impacto emocional, social y espiritual”.

El problema identificado en nuestro país es el Insuficiente acceso a Servicios de salud en Cuidados Paliativos, frente a la creciente necesidad de este servicio para pacientes con enfermedades oncológicas, patologías crónicodegenerativas y no transmisibles en fase terminal; debido a la limitada oferta de atención, el desconocimiento sobre los beneficios de las medidas de apoyo y acompañamiento paliativo, el insuficiente personal de salud formado en el tema y la limitada disponibilidad, y acceso a medicamentos esenciales.

En este contexto la implementación de los Cuidados Paliativos en todos los niveles del sistema de salud, es necesario, iniciando en el primer nivel de atención y dar continuidad a lo largo de todos los niveles; en base a 3 procesos esenciales para mejorar la calidad de atención de pacientes con necesidades paliativas: 1) capacitación y educación, al personal de salud y familiares de pacientes 2) coordinación entre niveles asistenciales y 3) disponibilidad de medicamentos esenciales.

La presente propuesta pretende Implementar los Cuidados Paliativos, en los centros de salud, de la Red de Salud Corea de la ciudad de El Alto; mediante la mejora de procesos de forma participativa y continua del personal de salud de la Red Corea de la ciudad de El Alto.

La duración del proyecto será de 12 meses calendario, iniciando el mes de enero y concluyendo en diciembre de la gestión 2018; para la ejecución de esta propuesta se ha presupuestado un total de 268.120 Bs; entre los posibles financiadores están los Miembros del Grupo de Socios para el Desarrollo de Bolivia y la Fundación Sembrando Esperanza de la Ciudad del El Alto.

1. INTRODUCCIÓN

La presente propuesta de intervención para la Especialidad de Auditoría Médica y Gestión de Calidad en Salud, pretende contribuir al ejercicio del derecho a la atención en salud, mejorando el acceso a servicios de salud humanizados, de calidad, con enfoque en los Cuidados Paliativos, de pacientes y sus familias con patología no transmisible crónica en fase final de la vida o con necesidades paliativas. Esta propuesta se estructura a manera de un proyecto de intervención para el desarrollo basado en la metodología del marco lógico, el cual desarrolla los siguientes títulos:

Los Antecedentes, en el que se describe a grandes rasgos los orígenes de los cuidados paliativos, sus diferentes definiciones, las recomendaciones de la OMS en el establecimiento de estrategias para afrontar el crecimiento de las patologías no transmisibles y los logros alcanzados en nuestro país sobre todo en la ciudad de La Paz y El Alto.

El título de Relación del proyecto de intervención con la política pública, analiza e identifica las líneas de la política sanitaria relacionada con los cuidados paliativos y el derecho de pacientes y sus familias al acceso a la atención en salud; partiendo desde la Constitución Política del Estado, los Planes de Desarrollo Económico y Social, que plantea la Agenda Patriótica 2025, y el Modelo de Salud Familiar Comunitario e Intercultural; para el Vivir bien de la población boliviana.

En la Justificación del proyecto, se plantea el porqué de esta propuesta, las causales que motivaron su planteamiento y el impacto en la calidad de vida de pacientes y sus familias con necesidades paliativas. El análisis del problema a intervenir, se focaliza en la situación actual de los cuidados paliativos a nivel nacional, el incremento de pacientes con enfermedades no transmisibles y con patología crónica degenerativa y la necesidad de estos pacientes y sus familias, a acceder a servicios de cuidados paliativos.

El título de análisis de actores, identifica a los beneficiarios directos e indirectos de la propuesta de intervención, por otra parte, el título de contexto del lugar de intervención presenta y analiza las particularidades de la Red de Salud Corea en la ciudad de El Alto.

La sección de Estructura de objetivos describe el enfoque de marco lógico de la propuesta de intervención, desarrollando los objetivos, resultados, actividades, indicadores, medios de verificación y supuestos.

El título de análisis de viabilidad, identifica las potencialidades de la Red de salud Corea y las normativas que respaldan la integración de los cuidados paliativos en la atención primaria de salud. El análisis de factibilidad describe la factibilidad de la propuesta bajo las perspectivas social, cultural, económica y de género.

En el título de sostenibilidad del proyecto se rescata la estructura de la red de salud Corea, las competencias del personal y su fortalecimiento, como una potencialidad para la continuidad en el tiempo de la propuesta de intervención. El impacto esperado de esta propuesta se centra en el ejercicio del derecho al acceso a la atención en servicios de salud humanizados, para el / la paciente, con enfermedad no transmisible y en fase final de una patología crónica. En la fuente de financiamiento se menciona al / los potenciales financiadores de la presente propuesta de intervención y en anexos se presenta el marco lógico, el plan de ejecución del proyecto y presupuestos.

2. ANTECEDENTES

Los Cuidados Paliativos tienen su origen en los primeros hospicios que durante la Edad Media fueron lugares de acogida para peregrinos muchas veces gravemente enfermos o moribundos. En 1967 el Movimiento de Hospicios Modernos de la fundación St Christopher's Hospice en Londres, logro demostrar que un buen control de síntomas, una adecuada comunicación y acompañamiento emocional, social y espiritual logran mejorar significativamente la calidad de vida de los enfermos terminales y de sus familias. (1)

El probable origen etimológico de la **palabra Paliativo** es la palabra latina **pallium**, que significa manto o cubierta, haciendo alusión al acto de aliviar síntomas o sufrimiento. Balfour Mount acuñó el término **Cuidados Paliativos** en lugar de Hospice para ser utilizado en Canadá. En Inglaterra se optó por nombrar como **Medicina Paliativa** a la disciplina que en el año 1987 sería aceptada por primera vez como una subespecialidad de la medicina. Al mismo tiempo "The Royal College of Physicians" define Medicina Paliativa de la siguiente manera: (1)

«Es el estudio y manejo de pacientes con enfermedad activa, progresiva y avanzada, con pronóstico limitado y con énfasis en la calidad de vida»

En 1980 la OMS incorpora oficialmente el concepto de Cuidados Paliativos y promueve el Programa de Cuidados Paliativos como parte del Programa de Control de Cáncer. Una década y media después la PAHO (Organización Panamericana de la Salud) también lo incorpora oficialmente a sus programas asistenciales.

La última definición de los Cuidados Paliativos que realiza la OMS data del año 2002: "cuidado activo e integral de pacientes cuya enfermedad no responde a terapéuticas curativas. Su fundamento es el alivio del dolor y otros síntomas acompañantes y la consideración de los problemas psicológicos, sociales y espirituales. El objetivo es alcanzar la máxima calidad de vida posible para el paciente y su familia. Muchos aspectos de los cuidados paliativos son también

aplicables en fases previas de la enfermedad conjuntamente con tratamientos específicos”(2)

Por lo tanto, los cuidados paliativos tienen como objetivo mejorar la calidad de vida de las personas con enfermedades crónicas, avanzadas y con pronóstico de vida limitado, así como su familia y/o cuidadores, **garantizando el derecho a la salud integral.**¹ (3)

Los cuidados paliativos afirman la vida y consideran la muerte como un proceso normal; ni aceleran ni retrasan la muerte; tienen como objetivo principal preservar la mejor calidad de vida posible hasta el final. (4)

La OMS afirma, que a nivel mundial solo del 5 al 10% de los pacientes que necesitan estos cuidados los reciben y más del 50% no pueden costear los servicios o la medicación. La necesidad mundial de cuidados paliativos seguirá aumentando como consecuencia de la creciente carga que representan las enfermedades no transmisibles (ENT)² y del proceso de envejecimiento de la población, siendo esta necesidad, mayor en países de ingresos bajos y medianos hasta más de un 80%. (5)

Según un estudio de 234 países, realizado el 2011, los servicios de asistencia paliativa estaban adecuadamente integrados en 20 países, en tanto que el 42 % de los países carecía de ese tipo de servicios y un 32 % adicional solo contaba con servicios de asistencia paliativa aislados. (6)

¹ Filosofía de los Cuidados Paliativos

² Las Enfermedades No Transmisibles, son un grupo de entidades de curso progresivo y gradual, que afectan la autonomía y la calidad de vida alterando los aspectos sociales, psicológicos y económicos de las personas que las padecen, en Adultos (Cáncer, Accidente cerebrovascular, Alzheimer, demencias, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfisema, esclerosis lateral amiotrófica, esclerosis múltiple, insuficiencia cardíaca, renal o hepática irreversible, VIH/SIDA) y niños (algunas hepatopatías, patologías renal y de corazón, cáncer óseo, cáncer del SNC, defectos de nacimiento, distrofia muscular, espina bífida, fibrosis quística, leucemia, linfoma, parálisis cerebral).

Para el año 2015, más del 50% de los países habían incluido los cuidados paliativos en sus políticas nacionales en materia de ENT, y casi dos tercios disponían de cierta financiación pública para esos cuidados como componente esencial de la respuesta integral a las ENT. (7)

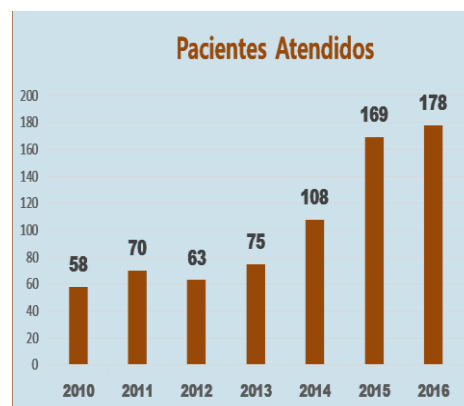
Europa, por ejemplo, cuenta con formación en medicina paliativa con carácter universitario desde hace varios años, y se puede estudiar formalmente en diferentes niveles académicos y los especialistas médicos que suelen estar a cargo de las Unidades de Cuidados Paliativos pueden provenir de diferentes disciplinas. (22)

El interés en cuidados paliativos ha aumentado en los profesionales de la salud, lo que ha permitido que aumenten las oportunidades de formación; algunos países como Argentina, Ecuador, México, Chile, Perú y otros, a excepción de Bolivia; han incorporado Los Cuidados Paliativos a sus Planes de Desarrollo Nacional, como estrategia de la ATENCIÓN PRIMARIA, para brindar una atención centrada en la persona y dispensada a través de sistemas sanitarios sólidos e integrados. (8)

Bolivia hasta el año 2012 contaba con 25 Facultades de Medicina con un plan de estudio acreditado que en la actualidad no ha incluido la formación en Cuidados Paliativos; a nivel nacional no hay un plan / programa de Cuidados Paliativos ni se ha integrado esta estrategia en los programas de prevención de ENT, VIH/SIDA ni Cáncer. Existe un acceso limitado a Servicios de Cuidados Paliativos, los que se brindan de forma muy aislada, en centros privados, por lo que los usuarios deben pagar los costos de asistencia y medicación; restringiendo el servicio, generalmente solo de terapia del dolor, a pacientes con solvencia económica. (8)

En este contexto, en La Paz, desde el año 2004 se comenzó a trabajar en el tratamiento del dolor principalmente con médicos Anestesiólogos, el mismo año se inauguró la Unidad de Dolor del Hospital Obrero de la CNS; el año 2006 se crea la Fundación “A mi si me importas”, del programa paliativos sin fronteras Bolivia; el año 2011 se abre el Hospicio Casa Esperanza en la Ciudad de El Alto actualmente sin atenciones, esa misma gestión el Hospital Militar Central en La Paz incorpora el servicio de cuidados paliativos y tratamiento del dolor. (8)

En la Ciudad de El Alto, en el Distrito 3, el Centro de Salud Jesús Obrero desde la gestión 2004 en la consulta de Medicina Familiar detecta pacientes con cáncer derivándolos a servicios de oncología de hospitales públicos y de la seguridad social de La Paz, sin embargo a los pocos meses volvían con el antecedente de haber sido rechazados por el avanzado estado de su enfermedad, llegaban sin tratamiento de dolor ni de otros síntomas, quedando fuera de cualquier atención en salud y de acompañamiento emocional y/o espiritual, lo mismo ocurría con pacientes VIH positivos en fase SIDA u otros casos con ENT en fase terminal; razón por la que desde entonces se inicia el voluntariado en la Atención paliativa y desde la gestión 2010 la Iglesia Católica de la Diócesis de la Ciudad de El Alto, apoya la implementación del Programa de Cuidados Paliativos en el Centro de Salud Jesús Obrero, con personal de salud especializado en cuidados paliativos voluntariado de nacionalidad Española, quienes realizan la capacitación al personal médico y de enfermería de la institución y de otras instituciones de la Iglesia católica en El Alto, estableciéndose el trabajo en red con la Clínica FIDES, el centro materno infantil Santa María de los Ángeles y la Fundación Adolfo Kolping. Hasta la gestión 2016 el programa acogió a 721 pacientes y sus familias; 82 % de los pacientes residentes en la Ciudad de El Alto. Las actividades fueron principalmente de atención a pacientes con necesidades paliativas, ingresos hospitalarios, seguimiento y acompañamiento



Lugar de Atención	# Pacientes
Únicamente en Hospital	91
Únicamente en Domicilio	167
En ambos, Hospital y Domicilio	463

Fuente: Memorias “Cuidados Paliativos” 2010 -2016. El Alto La Paz Bolivia.

domiciliario. La atención se amplió a zonas rurales del altiplano con el programa “Una Goccia in Salute”. El programa como objetivo principal intenta luchar contra la deshumanización de la atención en salud y consolidar los Cuidados Paliativos en el sistema de salud boliviano. (9)

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

En las últimas décadas los Cuidados Paliativos se han extendido a lo largo de todos los continentes como estrategia de confrontación al Gasto económico que supone una ENT y el derecho al ejercicio de la Salud.

Los modelos pioneros de atención paliativa son el europeo (Inglaterra, Italia, España), y el norteamericano (Estados Unidos y Canadá), todos ellos tienen diferentes estructuras organizacionales, en estos países la medicina paliativa se ha logrado insertar exitosamente en las estructuras gubernamentales y de salud pública, disponiendo actualmente de una infraestructura considerable y un potencial de cobertura poblacional muy importante. (22)

En Europa los avances han sido significativos en la política pública. El Comité de Ministros del Consejo Europeo, hace referencia a reconocer y proteger el derecho a los cuidados paliativos (1999) y subraya, asimismo, que es una responsabilidad de los gobiernos el garantizar que los **cuidados paliativos** sean accesibles a todos los que los necesiten (2003), debiendo ser parte integral del sistema de cuidados de salud de los países y, como tal, deben ser un elemento de los planes de salud generales, y de los programas específicos relativos, por ejemplo, el cáncer, SIDA o geriatría. (10)

En Latinoamérica, Chile, Argentina, Perú, Colombia y otros países, han integrado los Cuidados paliativos a su Sistema Nacional de Salud, a través de Leyes y Programas de alivio del dolor y cuidados paliativos, dando un rol protagónico a la

Atención primaria de salud como coordinadora de una respuesta integral a todos los niveles. (8)

Por ejemplo, la Constitución de la República del Ecuador, hace referencia a la obligación y la demanda de la sociedad; a la atención de **cuidados paliativos** en el Sistema de salud público; “es necesario que los profesionales de salud desarrollen las correspondientes competencias, se implemente este servicio en los diferentes niveles de atención y se asegure la disponibilidad y acceso a medicamentos y dispositivos médicos, con el fin de brindar calidad de vida a las personas que requieran esta atención, acompañándoles a ellos y sus familiares durante el proceso de enfermedad hasta el final de la vida y durante el duelo, creando de esta forma una sociedad más justa y solidaria”(11, 12)

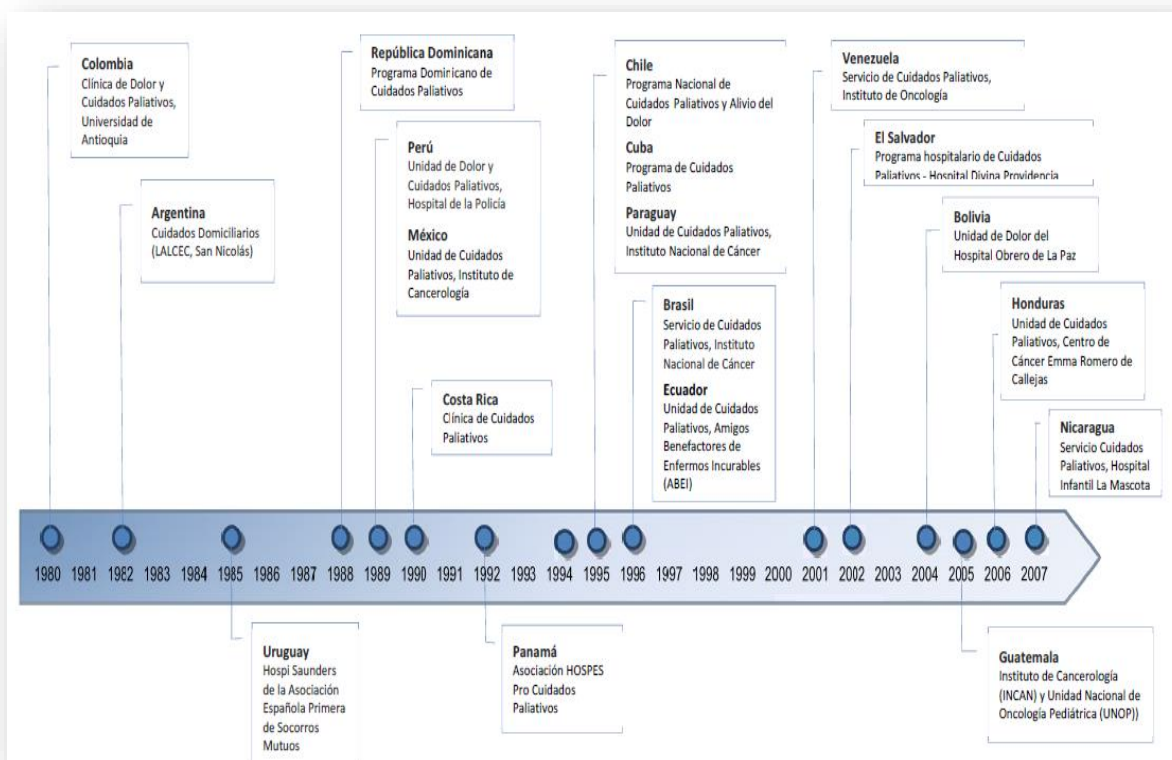
Entre otros países de América, México, ha alineado a las estrategias del Programa Nacional de Desarrollo, el Programa Sectorial de Salud 2013-2018 (PROSESA), que establece como uno de sus objetivos “asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad”, siendo una de sus estrategias “crear redes integradas de servicios de salud interinstitucionales”, mediante el reforzamiento de las redes de servicios y procesos para la detección oportuna, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y **cuidados paliativos** (13, 23). Con el objetivo de universalizar la cobertura la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, impulsa la intervención 88 para el control de síntomas y el tratamiento integral durante toda la evolución de la enfermedad. (24)

CUADRO 1. SERVICIO DE CUIDADOS PALIATIVOS EN PAISES LATINOAMERICANOS

País	Residencia tipo hospicio (mill. de hab.s.)	Atención domiciliaria (mill. de hab.s.)	Centro comunitario (mill. de hab.s.)	Servicios/ Unidades en hospitales de 2do nivel (mill. de hab.s.)	Servicios/ Unidades en hospitales de 3er nivel (mill. de hab.s.)	Servicios/ Equipos multinivel (mill. de hab.s.)	Servicios/ Equipos de apoyo hospitalario (mill. de hab.s.)	Servicios totales (mill. de hab.s.)	Centros de día (mill. de hab.s.)	Voluntarios tipo hospicio (mill. de hab.s.)
Argentina	11 (0.27)	21 (0.52)	0 (0.00)	2 (0.05)	21 (0.52)	16 (0.40)	80 (1.99)	151 (3.76)	9 (0.22)	2 (0.05)
Bolivia	1 (0.10)	1 (0.10)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	3 (0.29)	1 (0.10)	6 (0.58)	1 (0.10)	10 (0.96)
Brasil	6 (0.03)	24 (0.12)	0 (0.00)	0 (0.00)	16 (0.08)	26 (0.14)	21 (0.11)	93 (0.48)	13 (0.07)	12 (0.06)
Chile	3 (0.17)	83 (4.81)	0 (0.00)	32 (1.86)	28 (1.62)	57 (3.31)	74 (4.29)	277 (16.06)	0 (0.00)	30 (1.74)
Colombia	4 (0.09)	2 (0.04)	0 (0.00)	1 (0.02)	13 (0.28)	3 (0.07)	0 (0.00)	23 (0.50)	0 (0.00)	1 (0.02)
Costa Rica	2 (0.46)	0 (0.00)	17 (3.95)	0 (0.00)	0 (0.00)	43 (10.0)	1 (0.23)	63 (14.65)	7 (1.63)	44 (10.23)
Cuba	0 (0.00)	40 (3.56)	7 (0.62)	0 (0.00)	3 (0.27)	0 (0.00)	1 (0.09)	51 (4.54)	0 (0.00)	0 (0.00)
Ecuador	3 (0.21)	2 (0.14)	0 (0.00)	0 (0.00)	2 (0.14)	3 (0.21)	2 (0.14)	12 (0.83)	1 (0.07)	1 (0.07)
El Salvador	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (0.16)	3 (0.48)	0 (0.00)	4 (0.64)	2 (0.32)	0 (0.00)
Guatemala	3 (0.20)	1 (0.07)	0 (0.00)	0 (0.00)	3 (0.20)	0 (0.00)	0 (0.00)	7 (0.48)	0 (0.00)	1 (0.07)
Honduras	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (0.12)	1 (0.12)	2 (0.24)	1 (0.12)	1 (0.12)
México	7 (0.06)	47 (0.42)	17 (0.15)	34 (0.30)	10 (0.09)	4 (0.04)	0 (0.00)	119 (1.06)	1 (0.01)	14 (0.13)
Nicaragua	0 (0.00)	1 (0.16)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	5 (0.82)	7 (1.15)	13 (2.14)	8 (1.32)	1 (0.16)
Panamá	0 (0.00)	2 (0.59)	3 (0.88)	2 (0.59)	1 (0.29)	0 (0.00)	1 (0.29)	9 (2.64)	0 (0.00)	2 (0.59)
Paraguay	1 (0.15)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (0.15)	0 (0.00)	2 (0.30)	4 (0.61)	0 (0.00)	1 (0.15)
Perú	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (0.03)	7 (0.24)	4 (0.14)	0 (0.00)	12 (0.42)	0 (0.00)	1 (0.03)
República Dominicana	1 (0.10)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	3 (0.30)	2 (0.20)	2 (0.20)	8 (0.80)	0 (0.00)	2 (0.20)
Uruguay	1 (0.30)	0 (0.00)	1 (0.30)	1 (0.30)	6 (1.83)	14 (4.26)	0 (0.00)	23 (7.00)	1 (0.30)	0 (0.00)
Venezuela	1 (0.04)	0 (0.00)	23 (0.79)	8 (0.28)	10 (0.35)	3 (0.10)	0 (0.00)	45 (1.56)	0 (0.00)	2 (0.07)
Total	44 (0.08)	224 (0.40)	68 (0.12)	81 (0.14)	125 (0.22)	187 (0.33)	193 (0.34)	922 (1.63)	44 (0.08)	125 (0.22)

FUENTE: Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamérica, 2012

CUADRO 2. SURGIMIENTO INSTITUCIONAL DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS POR PAÍS



Los cuidados paliativos se desarrollaron como respuesta directa a las necesidades y demandas de las personas que cursan una enfermedad con riesgo vital avanzado y de su entorno familiar, esta tendencia esencialmente humana exige aplicar cuidados que respondan no solo a las necesidades fisiológicas, sino también sociales, psíquicas y espirituales del ser humano las mismas que interactúan permanentemente con la naturaleza y el cosmos; entendiéndose **el cuidado** como aquello que brinda comodidad y genera bienestar físico, mental y espiritual (14), aspectos que constituyen indicadores de calidad de atención y de vida; en este contexto la implementación de los Cuidados Paliativos contribuye al cumplimiento de la Política Nacional del Estado Plurinacional de Bolivia, que en la Constitución Política del Estado refiere (15):

- El Estado se sustenta en los valores de unidad, igualdad, inclusión, dignidad, libertad, **solidaridad**, reciprocidad, respeto..., **equidad social** y de género, en la participación, bienestar común, responsabilidad, justicia social, distribución y redistribución de los productos y bienes sociales, para vivir bien.³
- Garantiza el acceso de las personas a la educación, a la salud y el trabajo.⁴
- Toda persona tiene derecho a la vida y a la integridad física, psicológica y sexual,...**nadie sufrirá tratos crueles, inhumanos, degradantes o humillantes..**⁵
- El Estado **garantiza la inclusión y el acceso a la salud de todas** las personas, sin exclusión ni discriminación alguna. El sistema único de salud será universal, gratuito, equitativo, intracultural, intercultural, participativo, con calidad, calidez y control social. El sistema se basa en los principios de solidaridad, eficiencia y corresponsabilidad.⁶
- El Estado, en todos sus niveles, **protegerá el derecho a la salud, promoviendo políticas públicas orientadas a mejorar la calidad de vida,**

³ Capítulo segundo, Principios, valores y fines del Estado, artículo 8-11.

⁴ Capítulo segundo, Principios, valores y fines del Estado, artículo 9-5.

⁵ Título II Derechos fundamentales y garantías. Capítulo segundo, artículo 15

⁶ Título II Derechos fundamentales y garantías. Capítulo segundo, artículo 18

el bienestar colectivo y el acceso gratuito de la población a los servicios de salud.⁷

- El Estado garantiza el acceso de la población a los medicamentos.⁷

Por otra parte los **Cuidados Paliativos** como parte de un sistema integral de salud y la eliminación de la exclusión social sanitaria de pacientes con enfermedades terminales, fortalecería el cumplimiento de objetivos de los Planes de Desarrollo Económico y Social, que plantea la Agenda Patriótica 2025, y con el Modelo de Salud Familiar Comunitario e Intercultural; para el Vivir bien de la población boliviana; cuyo objetivo es el de contribuir en la eliminación de la exclusión social sanitaria⁸; reivindicar, fortalecer y profundizar la participación social efectiva en la toma de decisiones en la gestión de la salud; brindar servicios de salud que tomen en cuenta a la persona, familia y comunidad; además de aceptar, respetar, valorar y articular la medicina biomédica y la medicina de los pueblos indígenas originarios campesinos, contribuyendo en la mejora de las condiciones de vida de la población.⁹

En fin, el acceso a los cuidados paliativos es una obligación legal, basada en el derecho a la salud física y mental, para los casos de pacientes con necesidades paliativas, la falta de provisión de cuidados paliativos por nuestros gobernantes puede considerarse también trato cruel, inhumano o degradante.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda encarecidamente a las autoridades que garanticen que los cuidados paliativos sean una parte constitutiva de todos los servicios sanitarios y que no se perciban como un «añadido» a éstos.
(4,5)

⁷ Capítulo Quinto. Sección II. Derecho a la Salud y a la Seguridad social. Artículo 35 y 41.

⁸ Traducido como el acceso efectivo a los servicios integrales de salud.

⁹ Plan de Desarrollo económico y Social; estado Plurinacional de Bolivia, el Marco del Desarrollo Integral para el Vivir Bien, 2016 – 2020.

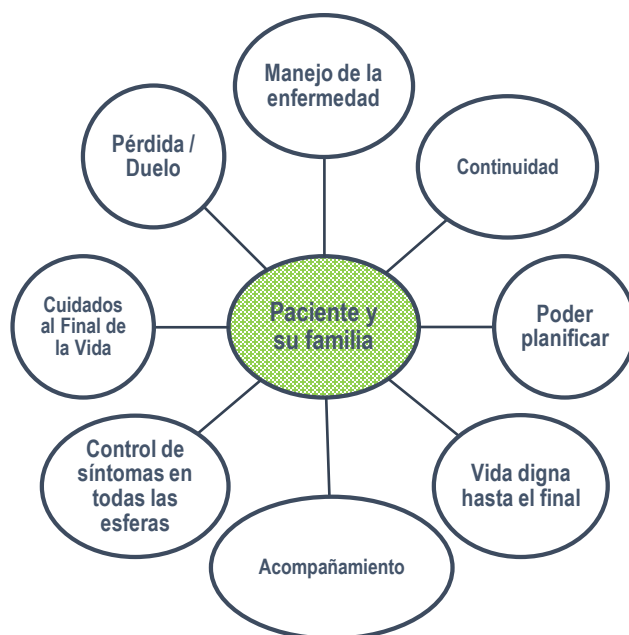
4. JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO

Las características de la vida moderna, la urbanización rápida no planificada, los cambios en los estilos de vida actualmente poco saludables y otros factores de riesgo para la población, han desencadenado el envejecimiento sociodemográfico y la alta prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles a nivel mundial.

De esta manera, una necesidad urgente de nuestros tiempos es la de hacer frente a un número creciente de adultos de edades avanzadas, que padecen y morirán de enfermedades crónicas, pero también a una población joven con riesgo de presentar cáncer, SIDA, tuberculosis y otras ENT en estados avanzados; la inmensa mayoría de estos pacientes sufrirán dolor, disnea y otros síntomas físicos, derivados directamente de la enfermedad o de los tratamientos que a veces continúan hasta fases muy avanzadas, aspectos que se asocian a un gran impacto físico, psicológico, social, económico y espiritual, tanto para el paciente que las padece como para sus seres queridos. Los cuidados paliativos, contribuyen a aliviar el sufrimiento por el dolor y otros síntomas físicos, atender las necesidades emocionales, sociales, espirituales y aspectos prácticos del cuidado de enfermos y familiares; informar, comunicar y brindar apoyo emocional, asegurando al enfermo su participación en las decisiones, facilitando la expresión de sus emociones, ser escuchado y que obtenga respuestas claras y honestas, y asegurar la continuidad asistencial a lo largo de la evolución de la enfermedad. (9, 14, 22).

En Bolivia, lamentablemente el sistema nacional de salud no responde a la demanda de la población, o las acciones implementadas son insuficientes hecho que se ve reflejado en la creciente insatisfacción hacia los servicios de salud y la deshumanización de la asistencia sanitaria.

FIGURA 1 NECESIDADES DEL PACIENTE Y SU FAMILIA



FUENTE: MANUAL DEL CUIDADO A PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS AVANZADAS, 2014.

La presente propuesta de intervención, en respuesta a las recomendaciones de la OMS y a la demanda de una población con necesidades insatisfechas; pretende contribuir a Mejorar la Calidad de atención de pacientes y familiares con necesidades paliativas¹⁰, implementando los cuidados paliativos en la atención de los servicios de salud del sistema público de la Red de Salud Corea de la Ciudad de El Alto. **Anexo 20.1 Árbol de problemas.**

Es necesario, iniciar en el primer nivel de atención y dar continuidad a lo largo de todos los niveles; en base a 3 procesos esenciales para mejorar la calidad de atención de pacientes con necesidades paliativas: 1) capacitación y educación, al personal de salud y familiares de pacientes 2) coordinación entre niveles asistenciales y 3) disponibilidad de medicamentos esenciales. (3, 4, 7, 24, 25).

¹⁰ Pacientes con cáncer y enfermedades crónicas evolutivas de cualquier edad, en situación avanzada, incurable, personas con pronóstico de vida limitado, con escasa posibilidad de respuesta a tratamientos específicos e intenso impacto emocional y familiar.

La Metodología a aplicarse es la Mejora Continua, a través del Enfoque de sistemas, según en siguiente esquema:

ENTRADA	PROCESO	SALIDA
<p>RECURSOS HUMANOS</p> <ul style="list-style-type: none"> Personal con competencias en cuidados paliativos. Equipo de cuidados paliativos domiciliarios. Personal especializado en Medicina paliativa. Red sociosanitaria en cuidados paliativos. 	<ul style="list-style-type: none"> Capacitación del personal, en conocimiento teórico práctico de los cuidados paliativos para pacientes con patología crónica en fase terminal. Conformación de 2 equipos de cuidados paliativos para el seguimiento domiciliario. Evaluación y acompañamiento del personal capacitado. Organización y coordinación de una red de cuidados paliativos, en la red de salud Corea de la Ciudad de El Alto. 	<p>100% del personal médico y de enfermería con competencias en cuidados paliativos.</p> <p>2 equipos de dos personas con competencias en cuidados paliativos realizan el seguimiento domiciliario de pacientes y sus familiares con necesidades paliativas.</p> <p>Personal especializado en Medicina paliativa realiza el seguimiento periódico del personal capacitado.</p> <p>Se brinda continuidad asistencial a Pacientes con necesidades paliativas.</p>
<p>RECURSOS MATERIALES / FINANCIEROS</p> <ul style="list-style-type: none"> Manual de cuidados paliativos para la atención primaria de salud y de acompañamiento para familiares de pacientes. Formulario para la referencia y contra referencia de pacientes. Telefonía fija y por internet. Medicamentos esenciales para los cuidados paliativos (opioides) y recetas valoradas. 	<ul style="list-style-type: none"> Elaboración / impresión de Manuales. Diseño / impresión de formularios. Adquisición de los servicios. Gestionar la autorización para la disponibilidad de opioides y recetas valoradas. 	<p>El personal de salud y los familiares de pacientes, cuentan con una herramienta de consulta en cuidados paliativos.</p> <p>La Red de salud cuenta con una herramienta de comunicación para la referencia de pacientes con necesidades paliativas.</p> <p>2 Centros de 2° nivel cuentan con medicamentos esenciales para el control de dolor.</p>

Con la implementación de esta propuesta se podrá Mejorar la calidad de atención de la población con necesidades de cuidados paliativos, de acuerdo al siguiente cambio: Figura 2 y 3.

FIGURA 2. DIAGRAMA DE CAUSA Y EFECTO: INSUFICIENTE ACCESO A CUIDADOS PALIATIVOS

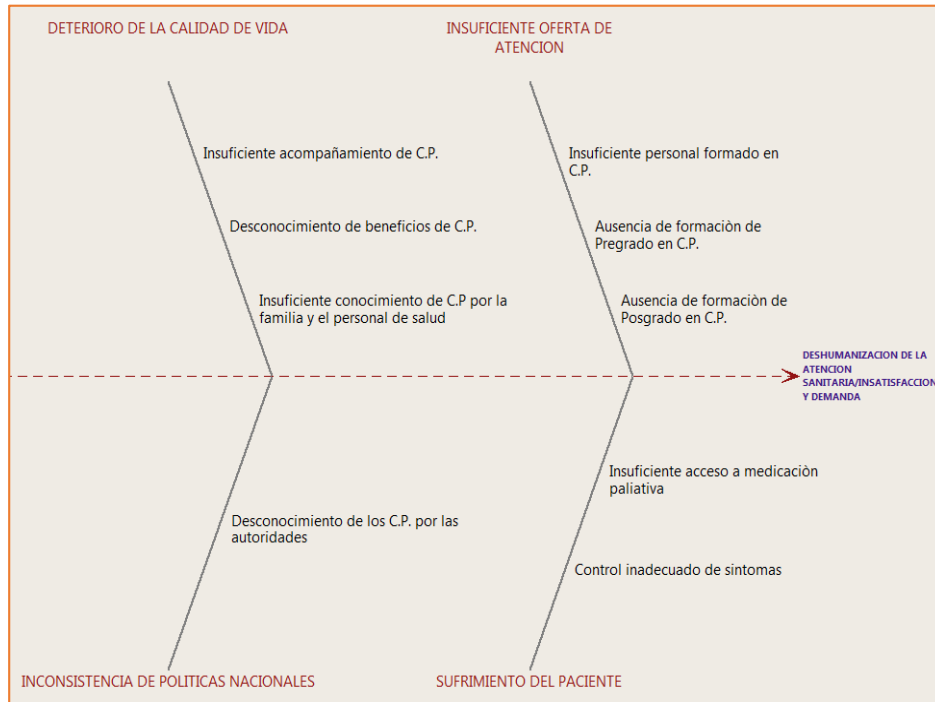
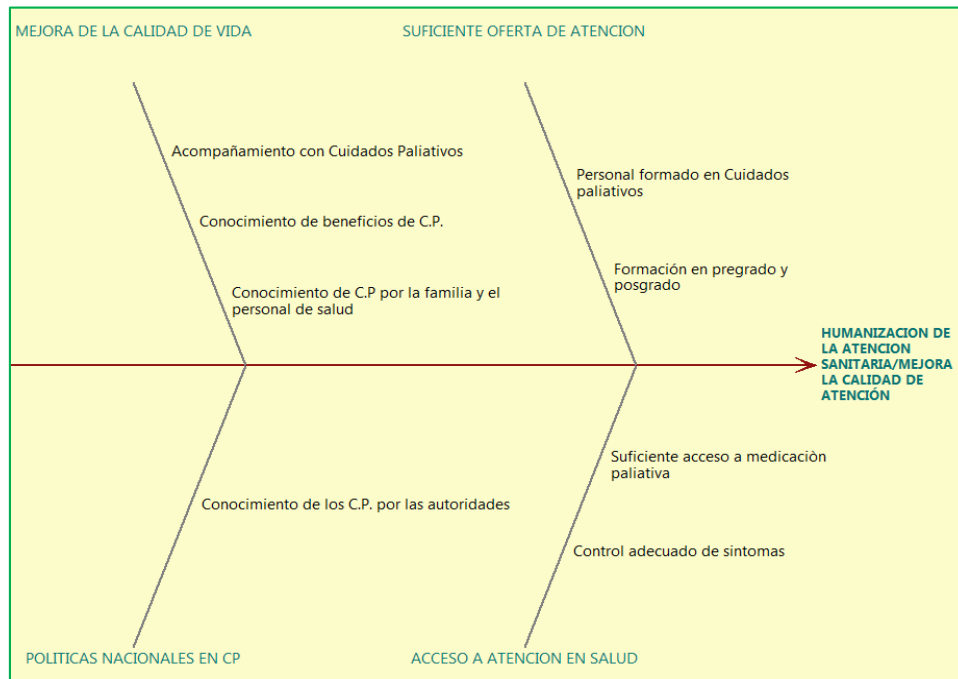


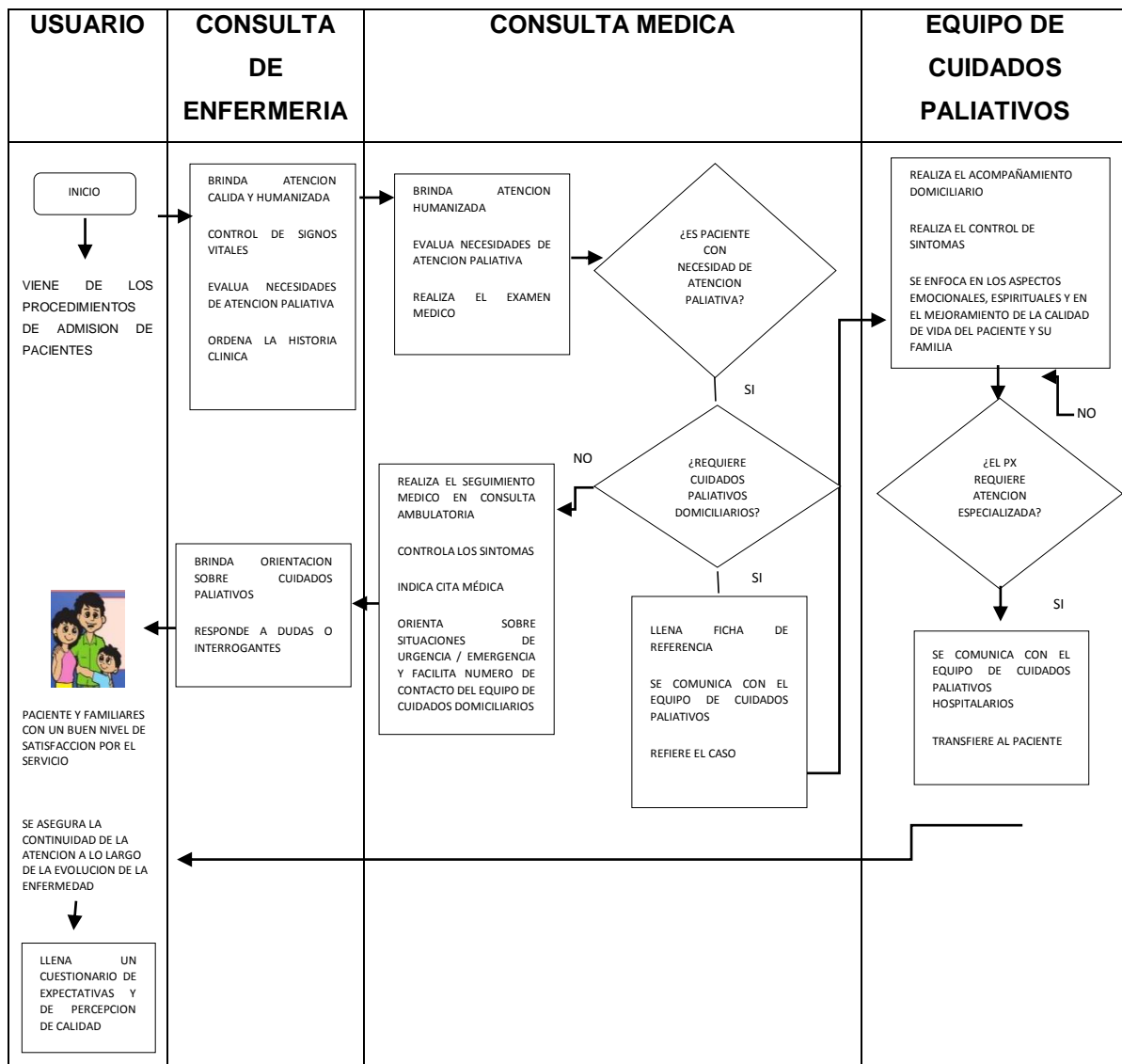
FIGURA 3. DIAGRAMA DE CAUSA Y EFECTO: SUFICIENTE ACCESO A CUIDADOS PALIATIVOS



El cumplimiento de las actividades del Plan de Ejecución del proyecto en sus tres primeras fases, permitirá establecer la Red sociosanitaria en cuidados paliativos, en los Distritos 2,3 y 12 de la Red de Salud Corea de la ciudad de El Alto. **Anexo 20.3 Matriz de Marco Lógico y anexo 20.8 Plan de ejecución del proyecto.**

El siguiente flujograma describe los procesos de atención en los servicios de salud y su coordinación, una vez implementado el servicio, con los equipos y centro de referencia en cuidados paliativos:

FLUJOGRAMA DE ATENCION EN SALUD A PACIENTES CON NECESIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS:



Con estas acciones se podrá conseguir, apoyar, conservar y mejorar la máxima calidad de vida posible para el paciente y su familia; satisfaciendo la necesidad de una atención centrada en la persona, de calidad, con respeto a su autonomía, con un enfoque interdisciplinario, que le permita una vida y muerte digna; en el proceso de su enfermedad. De esta manera garantizar el ejercicio del derecho a la atención en salud, como lo plantea la Constitución Política del Estado. **Anexo 20.2 Árbol de Objetivos**



«Al tiempo que reforzamos las actividades destinadas a reducir la carga de las enfermedades que actualmente provocan más muertes en el mundo, debemos aliviar el sufrimiento de quienes padecen enfermedades degenerativas y no responden a los tratamientos curativos»¹

5. ANÁLISIS DEL PROBLEMA A INTERVENIR

En Bolivia, la inconsistencia de políticas nacionales en el tema de cuidados paliativos y el insuficiente reconocimiento de la medicina paliativa como parte de un sistema de salud integral, de calidad, solidario y equitativo; como lo plantea la Constitución Política del Estado; contribuye a la deshumanización de los servicios de salud en la atención de pacientes y sus familias con necesidades paliativas.

Al no considerarse a los cuidados paliativos como una disciplina de importancia y de gran necesidad en las instituciones de salud; hasta la fecha no se ha incluido a

los cuidados paliativos en los planes de formación de pregrado y postgrado de las universidades estatales; tan solo en la gestión 2016 se ha implementado el Diplomado en Cuidados Paliativos en una universidad privada de la Ciudad de Cochabamba; los pocos profesionales que conocen del tema y ofrecen el servicio en instituciones privadas han sido formados en Instituciones extranjeras; por lo tanto a nivel Nacional son escasos los profesionales dedicados a los cuidados paliativos. (16)

El insuficiente conocimiento del tema y el escaso personal formado, ha contribuido en la **escasa oferta de atención en cuidados paliativos en los establecimientos de salud, sobre todo públicos**; por otra parte el personal de salud en general, los pacientes y sus familiares, además de la comunidad desconocen los beneficios de los cuidados paliativos a la hora de afrontar una patología crónica degenerativa. (3, 9, 17, 24, 25, 27)

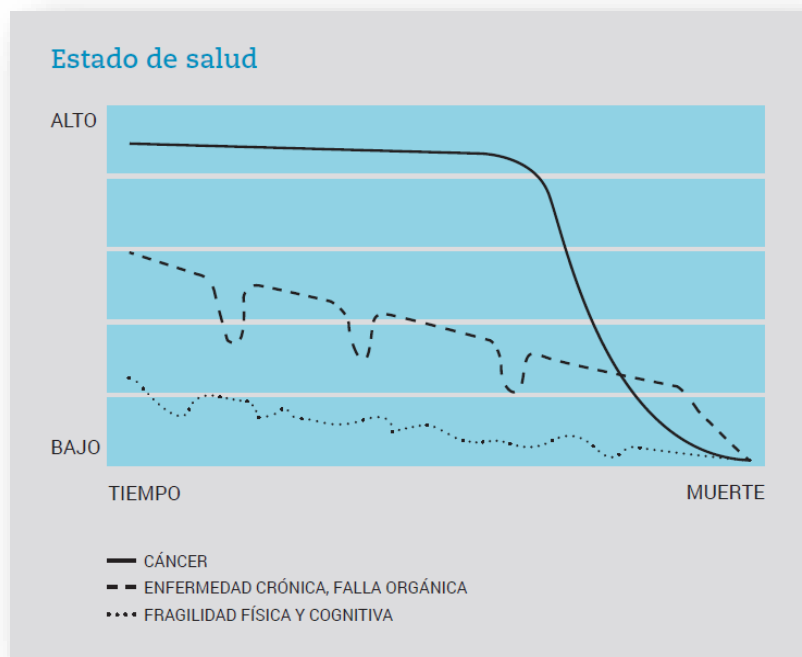
FIGURA 4. SITUACION DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS SEGÚN PAISES EN AMERICA LATINA

Pais	Ley nacional	Programa/ Plan nacional	Auditoría, monitoreo, evaluación	Programa Nacional de Cáncer (incluye CP)	Programa Nacional de VIH/ SIDA (incluye CP)	Programa Nacional de Atención Primaria (incluye CP)	Recursos para desarrollo	Recursos para investigación	Opioides: Colaboración entre prescriptores y reguladores	
Argentina	No*	No	No	Si (Si)	Si (Si)	Si (No)	No	Si†	4.0	
Bolivia	No	No	No	No	—	Si (No)	Si (No)	No	No	1.0
Brasil	No	Si+	No	Si (Si)	Si (Si)	Si (Si)	No	No	No	3.5
Chile	Si	Si+	Si	Si (Si)	Si (Si)	Si (Si)	Si	No	No	4.0
Colombia	Si+	No	No	Si (Si)	Si (No)	Si (No)	No	Si	No	3.5
Costa Rica	No	No	Si	Si (Si)	Si (Si)	Si (Si)	Si	No	No	5.0
Cuba	No	Si+	Si	Si (Si)	Si (Si)	Si (Si)	Si	Si	Si	4.0
Ecuador	No	No	No	Si (Si)	Si (No)	Si (No)	No	No	No	3.0
El Salvador	No	No	No	Si (No)	Si (No)	Si (No)	No	No	No	2.0
Guatemala	No	No	No	No	—	Si (No)	Si (No)	No	No	2.0
Honduras	No	No	No	Si (No)	Si (No)	Si (No)	No	No	No	1.3
México	Si	Si	No	Si (Si)	Si (Si)	Si (No)	No	Si	No	3.0

FUENTE: (27) REVISTA HORIZONTE MÉDICO 2016; 16(1)

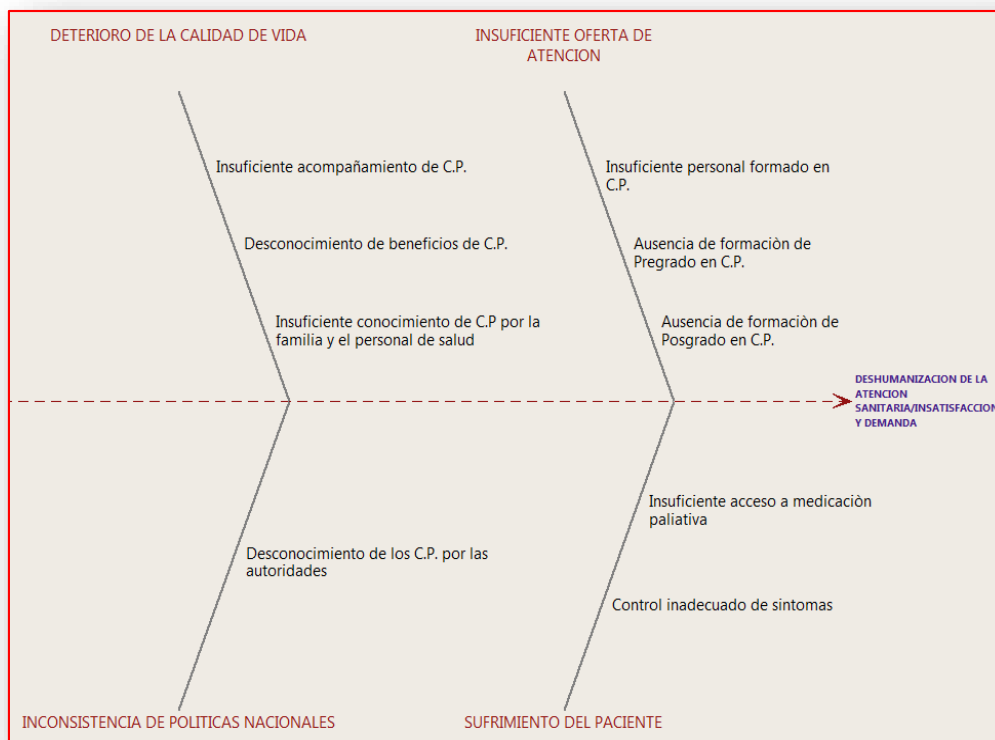
A consecuencia de esta deficiencia los pacientes fallecen tras vivir una etapa previa de intenso sufrimiento (años, meses y días). En esta etapa buscan alternativas de tratamiento, deambulando en su gran mayoría de un establecimiento de salud a otro, en demanda de servicios accesibles y humanizados, repitiendo pruebas laboratoriales y tratamientos médicos que puedan darles esperanza; al sufrimiento emocional se añade el dolor y los síntomas físicos, que requieren un buen manejo interdisciplinario, pero la falta de respuesta a estas necesidades por el sistema de salud, el desconocimiento de los cuidados paliativos, el control inadecuado de dolor por la falta de acceso a medicación esencial, las políticas altamente restrictivas para el acceso a opioides; generan en el paciente y su familia un deterioro de la calidad de vida, en consecuencia una situación de abandono, no respetándose los principios bioéticos de la persona y su ejercicio del derecho a la atención en salud. Figura 5 y 6. (9, 16, 17, 22)

FIGURA 5. TRAYECTORIAS PRINCIPALES DE DECLINACION EN LA ETAPA FINAL DE LA VIDA



FUENTE: MANUAL DE CUIDADOS PALIATIVOS PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD. (3)

FIGURA 6. CAUSAS DE LA DESHUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON NECESIDADES PALIATIVAS



En relación al manejo del dolor en pacientes con cáncer y otras patologías degenerativas, se conoce que decenas de millones de personas se enfrentan a una muerte en agonía debido al abandono en cuidados paliativos. Esta dura realidad es difícil de comprender debido a que el dolor físico puede ser remediado a través de medicamentos, como la morfina que son altamente eficaces, de bajo costo y simples de administrar, cuando se tiene una formación especializada que permita el uso del medicamento en enfermos terminales. El manejo de dolor en domicilio es el mejor procedimiento para el paciente terminal, sin embargo, solo el 5% y el 36 % de los pacientes lo reciben. (26)

Es importante entender que los gastos de los pacientes terminales han llegado al límite con el tratamiento que conlleva la quimioterapia, radioterapia y otros, en este sentido los familiares ya no cuentan con los recursos suficientes para atender al enfermo, por lo que llevarlo al domicilio es la mejor salida.(17, 22).

Como se puede analizar, la búsqueda de respuesta a una atención digna genera mayor gasto de bolsillo, empobrecimiento, frustración y desaliento por los servicios médicos; principalmente públicos.

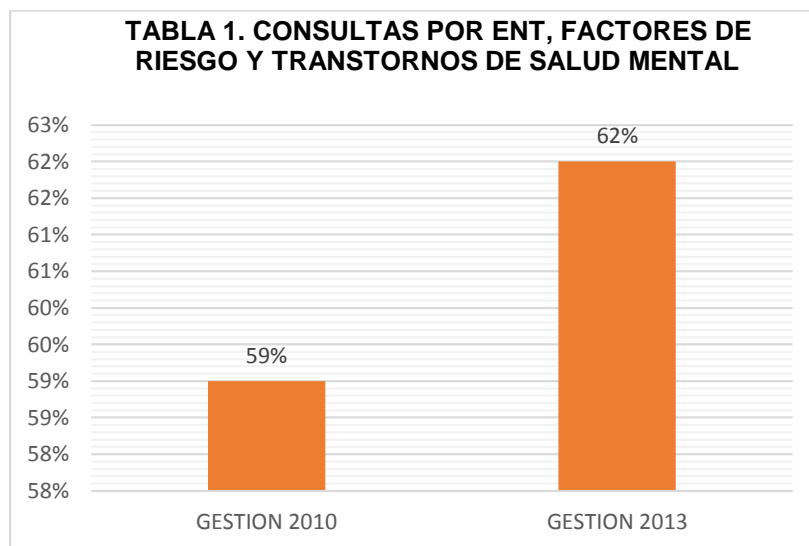
Como antecedente del impacto económico, podemos observar que el 31% de las familias con enfermos crónicos y terminales deben gastar la mayoría de sus ahorros familiares producto de la enfermedad, el 29% pierde la principal fuente de su ingreso familiar y en general, estas familias tienden a endeudarse y a adquirir trabajos adicionales para cubrir la gran demanda de dinero (1, 4)

En general con independencia de la crisis, de los países y de las tendencias, en todos los casos el gasto de bolsillo en salud se ha incrementado, de forma agregada y per cápita, tal vez debido a la Insuficiencia de gasto público y del Sistema de salud, por la falta de programas eficientes que den respuesta a la problemática. (18, 19)

En respuesta a este contexto; la OMS ha recomendado a todos los países y sobre todo a los países en desarrollo, la implementación de intervenciones eficientes para hacer frente al incremento de las enfermedades no transmisibles; *en su informe sobre la situación de las enfermedades no transmisibles 2010*, menciona que la prevención primaria, la detección precoz, el tratamiento y **los cuidados paliativos** son las intervenciones eficientes en términos de costo disponibles para el cáncer, las enfermedades crónicas y degenerativas, y los pacientes geriátricos.(5, 7)

Las enfermedades no transmisibles (ENT) derivan en una *Enfermedad avanzada progresiva o terminal*, siendo la principal causa de mortalidad en todo el mundo; los datos disponibles demuestran que casi el 80% de las muertes por ENT ocurren en los países de ingresos bajos y medios. Según el informe de la *Organización Mundial de la Salud (OMS) 2010*, se prevé que para el año 2030 las ENT superarán a las enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales como principal causa de defunción. Para el año 2020 se espera que ocurran 840.000 defunciones por cáncer en América Latina y el Caribe.

En nuestro país durante la gestión 2010 se registró que el **59,09%** de consultas en los establecimientos de salud respondían a las demandas sobre ENT, sus factores de Riesgo (FR)¹¹ y Trastornos de salud mental; este porcentaje solo correspondía al registro de algunas enfermedades crónicas no transmisibles. Para la gestión 2013 los registros de consultas del SNIS, para las mismas variables mostraron que las ENT y sus FR, están en aumento en un 62%. (20)

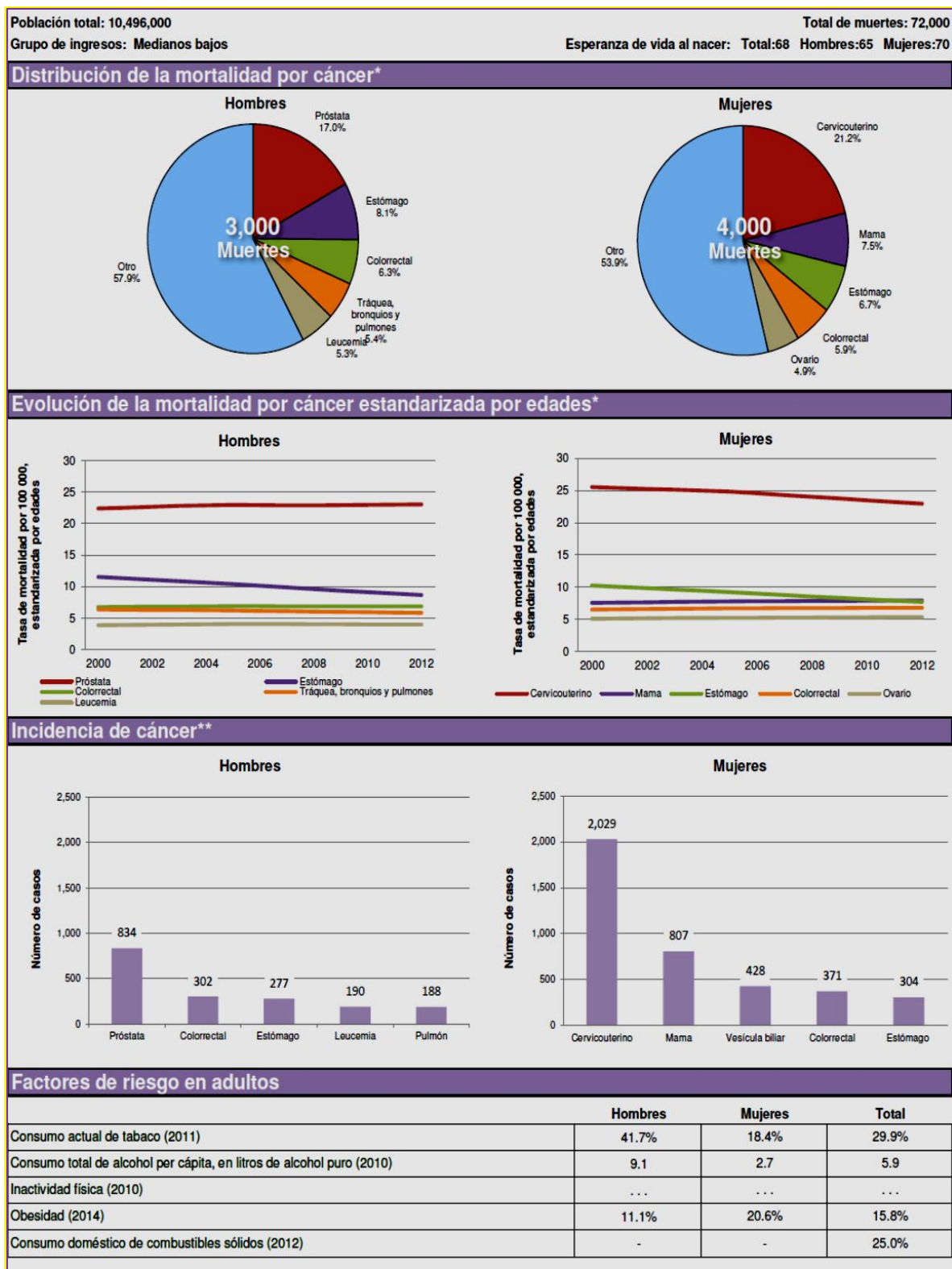


FUENTE: SERES EL ALTO. ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES Y FACTORES DE RIESGO. GUÍA PARA REDES FUNCIONALES DE SERVICIOS DE SALUD - 2015

En el *Informe de la OMS–ENT Perfiles de Países 2014* se calculó que, en nuestro país el 59%, del total de muertes fueron por causa de Enfermedades No Transmisibles; y que la probabilidad de morir entre los 30 y 70 años por cáncer, diabetes, patología cardiovascular y/o respiratoria crónica era del 18 %. **Figura 7**

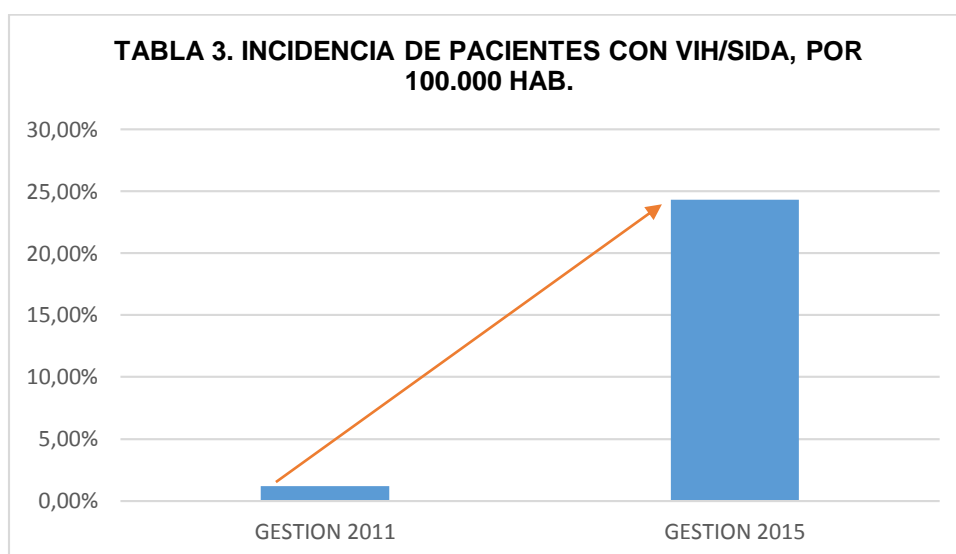
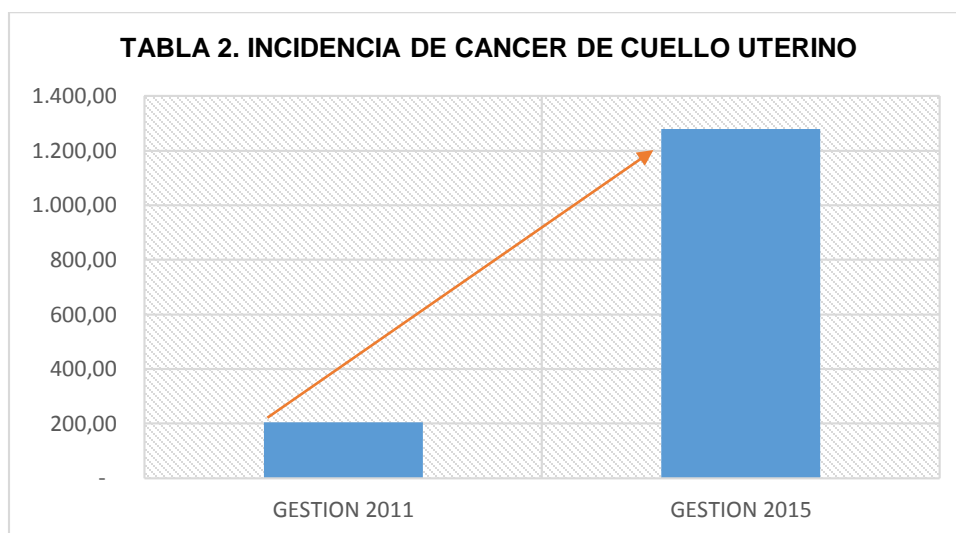
¹¹ Factores de riesgo: Consumo de Tabaco, Consumo perjudicial de Alcohol, Sobrepeso y Sedentarismo, Hábitos alimentarios.

FIGURA 7. ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA



FUENTE: O.M.S - PERFILES ONCOLOGICOS DE LOS PAISES, 2014

En el Municipio de El Alto de la Ciudad de La Paz, según la información estadística en salud en relación a las Enfermedades No Transmisibles-ENT: la incidencia de cáncer de cuello uterino incremento de 204 casos a 1280 casos reportados para la gestión 2015, los pacientes con VIH/SIDA, que son pacientes que en el curso de la enfermedad tendrán necesidades paliativas, también mostraron un incremento alarmante por 100.000 habitantes, en la gestión 2011 se reportaron 1,2% casos y 24,3% casos para la gestión 2015.(21)



FUENTE: SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD. ESTADISTICAS DE SALUD QUINQUENAL DE MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DE LA PAZ: 2011 – 2015.

En general como lo plantea la OMS ante el incremento de las Enfermedades no transmisibles y su impacto social, es responsabilidad del sistema sanitario, incluir los cuidados paliativos en el proceso continuo de atención de quienes padecen afecciones crónicas que ponen en peligro la vida, vinculando dichos cuidados con los programas de prevención, detección precoz y tratamiento.

Con la presente propuesta se pretende implementar un modelo en cuidados paliativos integrado en la atención del sistema público de salud, sobre todo en la atención primaria, la atención comunitaria y domiciliaria; para dar respuesta a la demanda de pacientes y sus familiares con necesidades paliativas; y mejorar la calidad de atención de los servicios de salud de la Red Corea del Municipio de El Alto.

6. ANÁLISIS DE ACTORES

6.1. Beneficiarios directos

Profesionales en salud, de la Red de Salud Corea del Municipio de El Alto, por lo menos 100 personas, quienes requieren el fortalecimiento de sus competencias, tener acceso a herramientas prácticas y eficaces para facilitarles la atención de pacientes con necesidades de cuidados paliativos.

Pacientes de diferentes edades y sus familiares con necesidades de cuidados paliativos, por lo menos 600 familias.

La Red de Salud Corea, quienes se beneficiarían con la mejora de la calidad de atención de sus servicios y dar respuesta a las demandas de sus beneficiarios.

6.2. Beneficiarios Indirectos

100 % de pacientes con una enfermedad avanzada progresiva, quienes apoyan y demandan la atención centrada en la persona, el desarrollo de programas en cuidados paliativos, el alivio de síntomas y el acceso a medicación esencial.

6.3. Oponentes

No existen oponentes.

6.4. Afectados

Instituciones y personal de salud, que, de forma privada, practican la atención paliativa no integral, pero que, para el paciente y su familia, les implica un gasto económico significativo.

7. CONTEXTO O LUGAR DE INTERVENCIÓN

El Municipio de El Alto cuenta con 89 establecimientos de salud públicos de primer nivel y 6 de segundo nivel, con un total de 1.333 recursos humanos en salud, de estos 686 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, que 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 servicios de salud. Cuadro 3

La presente propuesta se desarrollará en la Red de Salud Corea que integra a los Distritos 2, 3 y 12 del Municipio de El Alto.

CUADRO 3 ESTRUCTURA DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD EN EL MUNICIPIO DE EL ALTO

<i>RED DE SALUD</i>	PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN	TERCER NIVEL DE ATENCIÓN	TOTAL
RED BOLIVIANO HOLANDES	16	2	0	18
RED COREA	27	1	0	28
RED DE SALUD SENKATA	7	1	0	8
RED LOS ANDES	24	2	0	26
RED LOTES Y SERVICIOS	17	0	0	17
TOTAL	89	6	0	95

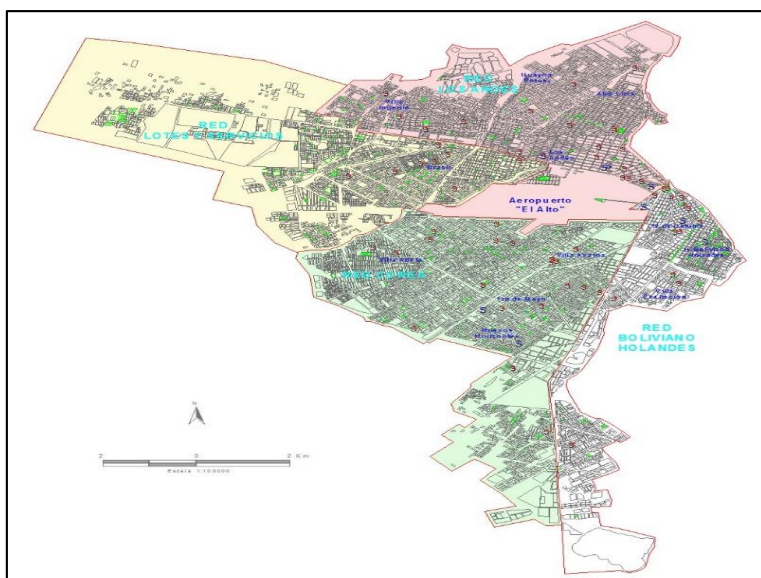
Fuente: Elaboración a base de datos del SNIS-VE 2015.

La red de Salud Corea es una entidad del Estado Plurinacional de Bolivia que brinda prestaciones de salud a la población del Distrito 2-3-12 de la Ciudad de el Alto con personal capacitado; dependiente del SEDES LA PAZ, SERES EL ALTO, facilitando los procesos de Gestión Pública, Sanitaria, Epidemiología, Social y desarrollando estrategias para la implementación de las políticas de salud nacionales y locales, SIS, SESO, SAFCI, con acciones de promoción, prevención con enfoque intercultural y responsabilidad compartida en el marco de la “SALUD PARA LA PAZ CON TODOS”

La Red Corea es la más grande de las 5 redes de salud de El Alto, cuenta con una población de 259.797 hab., 27 establecimientos de primer nivel, 1 de segundo nivel (Hospital Corea, que forma parte del Sistema Público) y 1 de tercer nivel (Hospital privado Corazón de Jesús de El kenko), y el Centro de Salud Jesús Obrero, entidad de la Iglesia Católica, que brinda atenciones de 2º nivel y servicios especializados en Cuidados Paliativos, coordinando sus atenciones con la Clínica FIDES y otros establecimientos del Municipio de El Alto y de La Paz.

Para fortalecer las atenciones, el Ministerio de Salud a través del programa nacional MI SALUD desde el 2013, implementó Consultorios Médicos Vecinales, una gran mayoría instalados en las Sedes Sociales.

FIGURA 8. UBICACIÓN DE LA RED COREA EN EL MUNICIPIO DE EL ALTO



FUENTE: SEDES LA PAZ

FIGURA 9. DISTRIBUCIÓN DE LOS CENTROS DE SALUD DE LA RED COREA

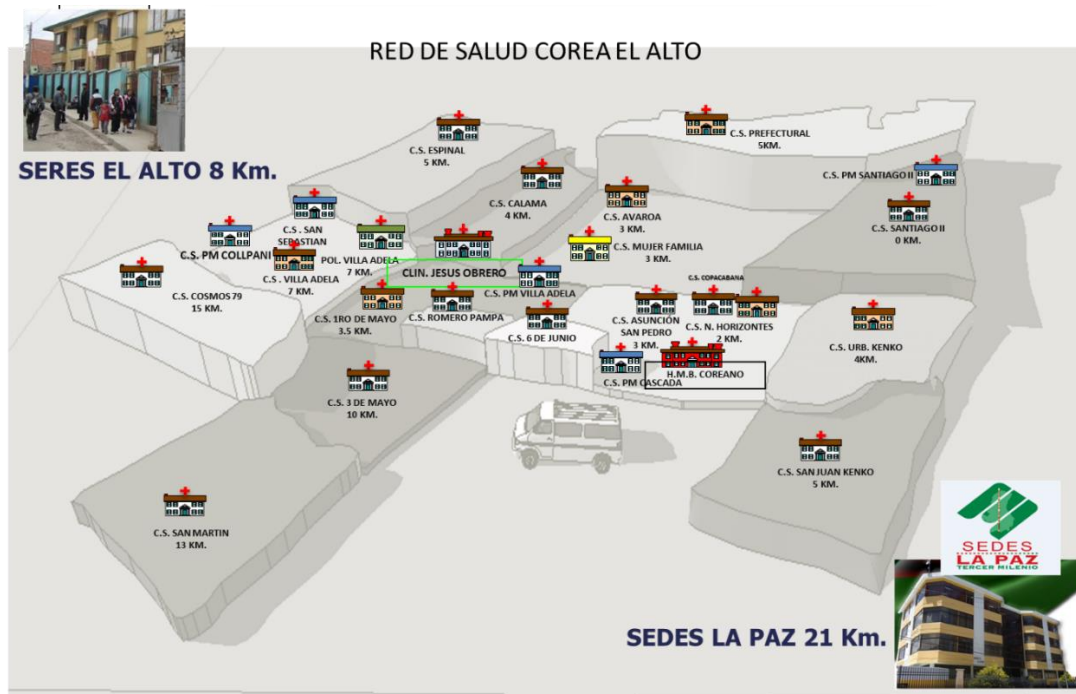
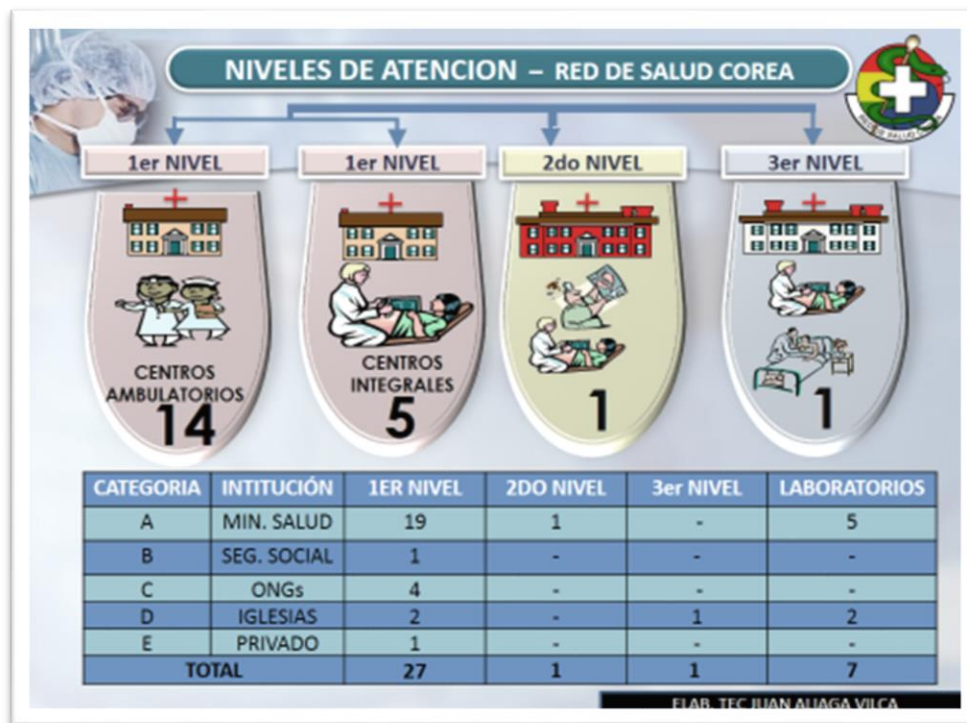


FIGURA 10. NIVELES DE ATENCIÓN - RED DE SALUD COREA



FUENTE: COORDINACION DE RED COREA 2015

En relación a la presentación de enfermedades no transmisibles – ENT, durante la gestión 2015, en la Red de Salud Corea, el 27 % de los casos reportados se debió a Hipertensión arterial, 17 % Diabetes mellitus 2, 14 % Artritis reumatoide y 1,7 % cáncer en diferentes órganos. Cuadro 4

CUADRO 4 DISTRIBUCIÓN DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES, RED DE SALUD COREA

ENT	NUEVOS	REPETIDOS
Hipertensión arterial	1157	1630
Infarto Agudo de Miocardio	81	67
Insuficiencia cardiaca	85	75
Cáncer de cuello uterino	33	8
Cáncer de próstata	5	1
Cáncer de mama	7	
Leucemia	1	3
Cáncer en distintas formas	26	14
Artritis reumatoide	577	450
Diabetes 2	722	1331
Diabetes 1	54	28
Enfermedad Renal Estadio 5	22	7
Hipotiroidismo	24	9
EPOC	30	27
Asma	29	22
Enfermedad renal estadio3	4	1
Enfermedad renal	94	50
TOTAL	2951	3723

FUENTE: GERENCIA DE LA RED DE SALUD COREA - GESTIÓN 2015 NOTIFICACIÓN MENSUAL PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA FORMULARIO 302 B

Los factores de riesgo directamente relacionados con la Hipertensión arterial, Diabetes, patología cardiovascular, respiratoria y cáncer, son el consumo de tabaco, consumo perjudicial de alcohol, sobrepeso, sedentarismo y hábitos alimenticios, entre otros; según los datos del SNIS-VE de la gestión 2015 se registra a la Obesidad y sedentarismo como principales factores de riesgo notificados.

Los registros de mortalidad por ENT, en la Red de Salud Corea, muestran incremento de casos de la gestión 2015 a la 2016. Cuadro 5

CUADRO 5. MORTALIDAD POR ENT. RED DE SALUD COREA

MORTALIDAD POR ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES.	GESTION 2015	GESTION 2016
Diabetes	3	5
Infarto agudo de miocardio	1	2
Otras Enfermedades cardiovasculares	0	2
EPOC	1	0
Cáncer de cuello uterino	0	3
Cáncer de mama	0	2
Cáncer en sus distintas formas	5	19
Accidente cerebrovascular	5	2
TOTAL	15	35

FUENTE: SNIS-VE. REPORTE DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA, FORMULARIO 302 B, GESTIONES 2015 Y 2016.

En el contexto anterior, se observa que existe un incremento en la morbilidad y mortalidad por enfermedades no transmisibles en la Red de Salud Corea y se deduce que pacientes y familiares en fase terminal debieron recibir apoyo de cuidados paliativos, pero lamentablemente no existen registros del servicio en los reportes estadísticos.

8. ESTRUCTURA DE OBJETIVOS

8.1 Objetivo General / Fin

El Objetivo principal es el de Contribuir al ejercicio del Derecho a la Salud, política establecida en el Plan sectorial de desarrollo integral para vivir bien 2016 – 2020.

8.2 Objetivo Especifico / Propósito

Implementada la Atención y los cuidados paliativos en los centros de Atención primaria de salud de los Distritos que conforman la Red de salud Corea (2, 3 y 12) de la Ciudad de El Alto, durante la gestión 2018; fortaleciendo al personal de salud en competencias de identificación de pacientes con necesidades paliativas, manejo y control de síntomas secundarios a la patología o al tratamiento específico de la enfermedad; generar una red de referencia y contra referencia con el apoyo de

personal especializado en el tema y el acceso a un establecimiento de salud para la transferencia de casos complejos.

9. RESULTADOS

R1. Organizada e implementada la Red Socio sanitaria en Cuidados Paliativos en los Distritos 2, 3 y 12 de la Ciudad de El Alto, durante la gestión 2018.

R2. Mejorada la Disponibilidad de Medicamentos Esenciales para la Atención de Cuidados Paliativos de pacientes en fase terminal de patología crónica avanzada en los Distritos 2, 3 y 12 de la Ciudad de El Alto.

R3. Fortalecido el Entorno familiar y el apoyo al cuidador del paciente en fase terminal.

R4. Mejorada las competencias del personal de salud de los Distrito 2, 3 y 12 de la Ciudad de El Alto, en conocimientos teórico prácticos de los Cuidados Paliativos para pacientes con patología crónica en fase terminal.

10. ACTIVIDADES

R1. A1. Conformar 2 equipos de cuidados paliativos cada uno con 1 médico/a y 1 enfermera/o, para el apoyo del seguimiento domiciliario de pacientes referidos de la consulta médica de atención primaria.

Este equipo de cuidados paliativos, recibirá la referencia de pacientes con necesidades de seguimiento domiciliario, supervisando y adecuando el manejo de los síntomas secundarios a la enfermedad o del tratamiento específico a la patología de base; tendrá la responsabilidad de realizar el acompañamiento del paciente y su familia en la fase terminal de la enfermedad y prepararlos para el duelo.

R1. A2. Diseño e impresión de una herramienta de comunicación escrita para referencia y contra referencia de pacientes, desde el primer o segundo nivel de atención al equipo de cuidados domiciliarios y de contra referencia simultánea. Se deberá contar con al menos 1000 formularios de comunicación escrita de referencia

y contra referencia oportuna de casos de pacientes con necesidades de cuidados paliativos.

R1. A3. Comprar servicio de internet y crear un grupo en WhatsApp entre el personal de atención primaria y el equipo de cuidados paliativos; que permitirá la coordinación, comunicación y referencia oportuna de pacientes con necesidades de Cuidados Paliativos. Una vez que el personal de atención primaria identifique al paciente con necesidades de cuidados paliativos y realice el llenado del formulario de referencia, deberá comunicarse con el equipo de cuidados paliativos del área para el seguimiento del paciente, en caso necesario; por lo que este medio de comunicación facilitara la coordinación oportuna de casos.

R1. A4. Instalar y comprar servicio de telefonía fija, en el centro de referencia de casos complejos. Se instalará una línea gemela en el Centro de referencia especializado en los cuidados paliativos, específica para la consulta de pacientes, familiares o de la comunidad en general, que requieran información y orientación sobre el servicio.

R1. A5. Referir casos complejos al Centro de Salud especializado en Cuidados Paliativos. Se establecerá como Establecimiento de referencia, de pacientes complejos, al Centro de Salud Jesús Obrero ubicado en el Distrito 3 de la Ciudad de El Alto, que cuenta con personal especializado en cuidados paliativos. La referencia de pacientes se realizará, bajo un circuito de referencia y contra referencia desde los servicios de primer nivel o segundo nivel al equipo de cuidados domiciliarios y este equipo, de acuerdo al grado de complejidad de los síntomas del paciente, referirá el caso al centro especializado.

R2. A1. Gestionar la Autorización para la disponibilidad de opioides en 2 establecimientos de segundo nivel de atención en los distritos 2, 3 y 12 de la ciudad de El Alto. En los distritos 2 y 3, el Hospital Corea y el Centro de Salud Jesús Obrero, cuentan con el servicio de farmacia institucional y las respectivas resoluciones de funcionamiento, por lo que serían las instituciones de referencia para la adquisición de opioides.

R2. A2. Adquirir recetas valoradas para el equipo de cuidados paliativos de atención domiciliaria y para 21 médicos de atención primaria capacitados en el manejo de opioides.

R3. A1. Realizar 2 Talleres de Orientación sobre los beneficios de los Cuidados Paliativos, para 50 personas, familiares de los pacientes en fase terminal y la Comunidad interesada en la temática, con una duración de 2 horas cada una.

R3. A2. Elaborar e imprimir una Guía de acompañamiento paliativo para familiares de pacientes con necesidades paliativas.

R3. A3. Seguimiento y evaluación domiciliaria, por el equipo de cuidados paliativos, a pacientes con necesidades de acompañamiento paliativo, referidos por los médicos de atención primaria de salud. Según la ruta crítica los pacientes son detectados en el primer nivel de atención o son referidos por los especialistas al equipo de cuidados paliativos, para que este equipo realice, visitas domiciliarias de evaluación, seguimiento, acompañamiento, comunicación y orientación, a pacientes y sus familiares, con enfermedad crónica terminal.

R4. A1. Reunión de coordinación con las direcciones de los 21 establecimientos de salud de los distritos 2, 3 y 12 de la ciudad de El Alto. El personal responsable de la ejecución del proyecto en compañía de los especialistas en cuidados paliativos, convocaran a una reunión de Directores de los diferentes establecimientos de salud, para socializar el proyecto de intervención socio sanitario y sus alcances; y conseguir el compromiso de participación del personal de salud designado a la atención de pacientes con patología crónica terminal.

R4. A2. Diseño, impresión y distribución de afiches, de invitación a Talleres de formación en cuidados paliativos.

R4. A3. Elaboración e impresión de 100 Manuales de Cuidados Paliativos para la atención primaria de salud. Los responsables de la ejecución del proyecto y los especialistas en cuidados paliativos, elaboraran un Manual en cuidados paliativos

como texto de consulta y guía clínica, para el abordaje de pacientes con patología crónica terminal durante la consulta en la atención primaria de salud y las visitas domiciliarias del equipo de salud.

R4. A3. 4 Talleres de formación en Cuidados Paliativos, de 3 horas de duración cada una, para 100 profesionales del primer y segundo nivel de atención de los centros de salud del Distrito 2, 3 y 12 de la Ciudad de El Alto. En coordinación con los colegios médicos y de enfermería, y la Sociedad de Medicina General de El Alto; se llevarán a cabo 4 talleres teórico práctico, con docentes especializados en Medicina Paliativa.

11. INDICADORES POR LA ESTRUCTURA DE OBJETIVOS

Del Objetivo General/ Fin:

Según el análisis del problema, en la actualidad las políticas públicas en nuestro país, no favorecen el acceso a la atención y los cuidados paliativos, por lo que los pacientes deben recurrir al servicio privado incrementando el gasto económico de la familia, gasto que suele llegar a más del 10 % de su capacidad de pago con el riesgo de empobrecimiento. La asistencia paliativa en primer nivel de atención y los cuidados domiciliarios pueden resultar eficaz y eficiente en términos de costo; por lo que los indicadores del Objetivo principal serian la Disminución del Gasto Catastrófico familiar de por lo menos 5% y el Incremento del acceso a servicios de cuidados paliativos en el servicio público.

Del Objetivo Específico/ Propósito:

Se pretende alcanzar al 100% de los servicios de atención primaria de salud de la Red de Salud Corea de la ciudad de El Alto, los que contaran con personal formado en atención paliativa básica y apoyo de profesionales especializados en cuidados paliativos para el seguimiento domiciliario de pacientes en fase terminal.

Por otra parte, se desea favorecer al 100 % de pacientes en fase terminal facilitando su atención en Cuidados Paliativos en los servicios de Atención primaria de salud y

en domicilio, en los centros de salud de la Red Coreia de la Ciudad de El Alto, con la alternativa de beneficiar a pacientes procedentes de otras áreas.

De Los Resultados / Componentes:

R1. / C1.

Una vez implementada la red socio sanitaria en los distritos 2, 3 y 12 de El Alto, los 19 establecimientos de salud de Primer nivel de atención y los 2 establecimientos de segundo nivel, trabajaran en coordinación y comunicación efectiva, refiriendo y transfiriendo pacientes con necesidades paliativas desde el primer nivel al segundo nivel y al centro especializado en cuidado paliativos, y viceversa.

R2. / C2.

Es sumamente necesario mejorar la disponibilidad de medicamentos esenciales, sobre todo para el control del dolor de pacientes en fase terminal, por lo que se pretende que por lo menos **2** establecimientos de salud cuenten con medicamentos esenciales para el control de síntomas de pacientes con patología oncológica en fase terminal.

R3. / C3.

El sufrimiento del paciente es compartido con el entorno familiar del mismo, por lo que es imperioso, realizar actividades de orientación e información y acompañamiento, para que todos los familiares del paciente, sobre todo los cercanos, conozcan los beneficios de los Cuidados Paliativos y los empleen para mejorar la calidad de vida de los pacientes en fase terminal de una patología crónica.

R4. / C4.

Para el cumplimiento del propósito es imprescindible mejorar las competencias del personal de salud que trabaja en los centros de primer y segundo nivel del sistema público de los distritos 2, 3 y 12 de El Alto, por lo que al menos 100 profesionales deben tener competencias teórico prácticas en Atención paliativa y Cuidados Paliativos.

12. FUENTE DE VERIFICACIÓN

Del Objetivo General/ Fin:

Indicadores socioeconómicos y de salud del Instituto Nacional de Estadísticas.
Gasto de bolsillo en salud per cápita Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas (UDAPE).

Ministerio de Salud y Deportes: Estadísticas de Gestión y Producción de servicios - SNIS.

Del Objetivo Específico/ Propósito:

Registro de centros de atención primaria y oferta de servicios. SNIS.
Libros de Registro de Atenciones en los centros de atención primaria de salud.
Historias clínicas de pacientes registrados.

De Los Resultados / Componentes:

R1. / C1.

Convenios Interinstitucional firmados, entre los servicios de primer nivel de atención y el centro de referencia de casos complejos.

Formularios de Comunicación, referencia y contra-referencia, copia en el historial clínico.

Historia clínica de pacientes con diagnóstico de patología crónica en fase terminal.

Libros de Registro de atención de pacientes.

R2. / C2.

Resolución de autorización de expendio de opioides para dos establecimientos uno de segundo nivel y otros de referencia de casos complejos.

Registro en Vademécum institucional o informático.

Libro de registros de medicamentos controlados

Recetas valoradas archivadas.

R3. / C3.

Lista de familiares que asisten a talleres de orientación y encuestas de verificación de conocimientos.

R4. / C4.

Lista de personal formado, número de Certificados entregados y fotografías

De las Actividades:

- ✓ Boletas de Pago, por 3500 Bs/mes a cada profesional.
- ✓ Factura por la cancelación de la Impresión de 1000 formularios con doble copia
- ✓ Factura por la compra de servicio de Internet.
- ✓ Factura por instalación de línea gemela y servicio mensual de telefonía fija
- ✓ Factura por el uso del servicio
- ✓ Recibo / factura del trámite.
- ✓ Recibo / factura por la adquisición de los recetarios valorados.
- ✓ Recibos / Facturas por Honorarios a facilitadores, alquiler de ambiente,
- ✓ Registros de asistencia a reuniones, talleres, consumo de refrigerios.
- ✓ Registro de distribución del material.
- ✓ Factura por la impresión del material de apoyo (manuales y guías).
- ✓ Costo de viáticos, del equipo de cuidados domiciliarios.
- ✓ Hoja de ruta firmada por el paciente de seguimiento y/o un familiar.
- ✓ Historias clínicas de pacientes atendidos con necesidades paliativas.
- ✓ Factura por refrigerios y material de escritorio
- ✓ Fotografías de reuniones y talleres.
- ✓ Factura por cancelación de impresión

13. SUPUESTOS

Del Objetivo Específico/ Propósito:

Para implementar la atención paliativa y los cuidados paliativos en los establecimientos públicos de la red de salud Corea de la ciudad de El Alto, el personal de salud y las máximas autoridades de los establecimientos de salud del área, deben asumir su responsabilidad frente a la problemática y su compromiso en la implementación y continuidad del servicio.

De Los Resultados / Componentes:

R1. / C1.

El personal de salud de los diferentes centros de la red de salud Corea de El Alto, cuenta con las competencias en atención paliativa y la detección de pacientes con necesidades del servicio empleando las herramientas de referencia y contra referencia oportuna de casos.

R2. / C2.

Para mejorar la disponibilidad de medicamentos esenciales empleados en los cuidados paliativos, principalmente opioides, las empresas farmacéuticas dotan de forma oportuna los medicamentos esenciales y existen Políticas favorables para la Autorización de disponibilidad de opioides en los centros de salud.

R3. / C3.

Familiares de pacientes y la comunidad en general, asumen su participación en la problemática y demandan servicios de calidad y accesibilidad en cuidados paliativos.

R4. / C4.

Para mejorar las competencias del personal de salud, este asume su responsabilidad y compromiso con la problemática.

De las Actividades:

R1. A1.

El personal de salud de los servicios de atención primaria tiene competencias en la identificación y manejo integral de pacientes con necesidad de atención paliativa y permanece en el establecimiento de salud.

R1. A2.

Existe una comunicación y coordinación adecuada entre el personal. Los que harán uso eficiente de los instrumentos de comunicación y coordinación, de referencia y contra referencia de casos.

R1. A3.

Acceso permanente de servicio de Internet, en diferentes áreas.

R1. A4.

Acceso a servicios de telefonía y comunicación en el área.

R1. A5.

C.S. Jesús Obrero cuenta con el Servicio permanente Especializado en Cuidados Paliativos.

14. ANÁLISIS DE VIABILIDAD

La Red de Salud Corea de la Ciudad de El Alto, cuenta con 29 establecimientos de salud, de los cuales, 20 centros de salud pertenecen al sistema público (19 centros de 1er nivel de atención y 1 hospital de 2do nivel de atención, Hospital Corea); el resto de los establecimientos pertenecen a ONGs (4 de 1er nivel), Iglesia (2 de 1er nivel y 1 de 3er nivel), Seguridad social (1 de 1er nivel) y sistema privado (1 de 1er nivel). Para la gestión 2015 el personal de salud por 10.000 habitantes ha sido de 6 médicos, 3.1 licenciadas en enfermería y 6.1 auxiliares de enfermería, en el sistema público.¹² Según la estructura de establecimientos de salud en la Red Corea, el total de médicos del sistema público en el 1er nivel de atención es de 55 médicos, los cuales atienden en promedio 25 pacientes/turno de médico. La Gerencia de la Red Corea, reporto que en la gestión 2015 se atendieron 2.951 casos nuevos de pacientes con Enfermedades No Transmisibles y 3.723 pacientes por consulta repetida; es decir se atendieron 61 casos nuevos de pacientes con ENT por semana. El contexto socioeconómico de la mayoría de los pacientes que asisten al servicio público, es precario, y corresponde al 36% de la población alteña con necesidades básicas insatisfechas, lo que genera mayor demanda de servicios públicos de salud.

Por la demanda asistencial del sistema público por la población en general, es casi imposible que el personal ya existente realice el acompañamiento paliativo a pacientes en fase terminal de una ENT, pero si es necesario que tengan las competencias para detectar y realizar la atención de pacientes con necesidades

¹² Información Estadística en Salud, Quinquenal del Municipio de El Alto. 2011-2015. SEDES La Paz.

paliativas en la consulta regular, y derivar a los pacientes a los cuidados paliativos, a fin de evitar el sufrimiento del paciente y sus familiares, apoyar en la disminución del gasto económico por la búsqueda de atención a sus necesidades y mejorar el acceso a servicios humanizados.

La presente propuesta, como se ha, analizado en los párrafos anteriores responde a las declaraciones establecidas en la Constitución Política del estado Plurinacional de Bolivia, sobre el Derecho a la salud, y contribuye a los Planes de Desarrollo Económico y Sociales del Estado, por lo que su realización es viable.

15. ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD

15.1. Factibilidad Social

La presente propuesta es factible, porque la población en general, principalmente en la Ciudad de El Alto, que tiene indicadores altos de pobreza y de crecimiento poblacional; demanda servicios de salud accesibles en términos económicos y geográficos, con alta resolución de sus necesidades. Mucho más los pacientes y sus familias, con enfermedades crónicas, quienes requieren acceso a programas de intervención Integrales, humanizados, que respeten los principios Bioéticos y contribuyan en el Ejercicio del derecho a su salud.

15.2. Factibilidad Cultural/Intercultural

La Integración de los Cuidados Paliativos, a los programas de intervención en salud, desde el punto de vista Cultural e Intercultural, es plenamente factible; ya que los Cuidados Paliativos, intervienen en la dimensión de la persona de forma integral; es decir, en sus dimensiones física, emocional, social, intelectual y espiritual; como lo define la OMS en el año 2002 *“cuidado activo e integral de pacientes cuya enfermedad no responde a terapéuticas curativas. Su fundamento es el alivio del dolor y otros síntomas acompañantes y la consideración de los problemas psicológicos, sociales y espirituales; con el objetivo de alcanzar la máxima calidad de vida posible para el paciente y su familia. Muchos aspectos de los cuidados*

paliativos son también aplicables en fases previas de la enfermedad conjuntamente con tratamientos específicos”.

Los Cuidados Paliativos, respetan las creencias culturales y tradicionales, de la persona y de la sociedad, e incorpora la visión integral del hombre con su entorno, durante la enfermedad y el proceso del duelo.

15.3. Factibilidad Económica

Existe un insuficiente acceso a servicios integrales de salud en Cuidados Paliativos, sobre todo en el sistema público, en el que no existe el servicio, debido a la falta de políticas y recursos económicos destinados a la problemática. Por otra parte, hasta la fecha no se han diseñado programas efectivos en temas de investigación, prevención, detección, tratamiento y seguimiento de las Enfermedades No Transmisibles, principalmente en aquellas que provocan mayor sufrimiento y abandono del paciente, como el Cáncer; lo que generará mayor incidencia de casos de morbilidad y mortalidad.

El incremento de casos, como en toda patología preventiva, provoca mayor gasto económico para el sistema público, la seguridad social, el paciente y su familia. Los pacientes en Fase terminal de una entidad crónica, lastimosamente, por falta de información y conocimientos, deambulan en busca de alternativas asistenciales de un centro de salud a otro del servicio público y privado, que conlleva el gasto económico del bolsillo a más del 10%, las familias de medianos recursos pueden llegar al umbral de la pobreza, llegando a perder el patrimonio de toda su vida; las familias y los pacientes en situación de pobreza, no tiene más remedio que dejar en situación de abandono al paciente.

La implementación de los Cuidados Paliativos en el sistema público, es factible en términos económicos, porque permitirá reducir en por lo menos el 5% el Gasto Catastrófico en el sistema, por otra parte, incrementará la credibilidad de la población en los servicios de salud; con la disminución del sufrimiento y la mejora de la calidad de vida de los pacientes y sus familias.

15.4. Factibilidad de Género

Los Cuidados Paliativos proponen medidas de acompañamiento, apoyo, control de síntomas, soporte emocional y espiritual; velando por la igualdad socioeconómica y de género. Por lo que es factible su implementación, contribuyendo también, en la participación del paciente y de su familia en la toma de decisiones, resolución de problemas y satisfacción de sus necesidades básicas.

16. ANÁLISIS DE SOSTENIBILIDAD DEL PROYECTO

Los Establecimientos de Salud del sistema público, cuentan con la capacidad física y el apoyo de recursos humanos suficientes para la Atención paliativa (detección de pacientes con necesidades paliativas y control de síntomas).

Una vez realizada la mejora de las competencias del personal y con las herramientas que faciliten la atención paliativa, es necesario el apoyo con 3 equipos de profesionales especializados en cuidados paliativos, con los que se implementará la red socio sanitaria.

El equipo de cuidados paliativos es el que realizará el acompañamiento de los pacientes y sus familias en la fase terminal de la enfermedad, y/o referirá a los pacientes al Establecimientos Especializado en cuidados paliativos según las complicaciones de su estado de salud.

Los costos operativos serán financiados, durante la ejecución del proyecto, por la cooperación no reembolsable externa.

17. IMPACTO ESPERADO DEL PROYECTO

Con la implementación de los Cuidados paliativos en la atención primaria de salud, se espera dar respuesta a las necesidades de pacientes, sus familias y la comunidad; en el acceso a servicios humanizados, que brinden un abordaje integral del paciente con una enfermedad avanzada, incurable con múltiples síntomas y gran afectación de su esfera psicosocial; contribuyendo a paliar su sufrimiento, mejorar

la calidad de vida del paciente en su fase final y apoyar a su entorno familiar a fin de evitar el agotamiento y el abandono del paciente.

Por otra parte, al brindar los Cuidados Paliativos e integrarlos al sistema público, incrementaremos la accesibilidad al servicio, disminuirémos el gasto económico del paciente y su familia por la búsqueda de alternativas de tratamiento, cumpliremos con el respeto a los principios bioéticos y a su derecho del ejercicio a su salud, establecido en la Constitución Política del estado plurinacional de Bolivia.

La medición del impacto de la presente propuesta se realizará a través de indicadores en Cuidados Paliativos establecidos por la Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos (8); y la satisfacción de los pacientes y sus familiares, a través del análisis de percepción y expectativas; recogidas en cuestionarios de expectativas y de percepción de calidad, que serán diseñados con la participación del personal formado en cuidados paliativos.

TABLA DE INDICADORES PARA MEDIR EL ACCESO AL CUIDADO PALIATIVO

<p>1. RAZON DE SERVICIOS DE CUIDADOS PALIATIVOS POR MILLON DE HABITANTES:</p> $\frac{\text{Número de servicios de cuidado paliativo} \times 1,000,000}{\text{Número total de habitantes}}$
<p>2. RAZON DE MEDICOS TRABAJANDO EN CUIDADOS PALIATIVOS POR MILLON DE HABITANTES:</p> $\frac{\text{Número de médicos trabajando en servicios de cuidado paliativo} \times 1,000,000}{\text{Número total de habitantes}}$
<p>3. CONSUMO DE OPIOIDES POR MUERTES POR CANCER:</p> $\frac{\text{Consumo opioides fuertes (*) en eq. morfina (excl. metadona)/año}}{\text{Número total de muertes por cáncer}}$
<p>(*) morfina, oxicodona, hidromorfona, meperidina, fentanilo</p>

FUENTE: ALCP, INDICADORES DE CUIDADOS PALIATIVOS – 2013.

18. FUENTE DE FINANCIAMIENTO PARA EL PRESUPUESTO

Para la implementación de la presente propuesta se requiere la cooperación financiera no reembolsable de Miembros del Grupo de Socios para el Desarrollo de Bolivia.

19. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

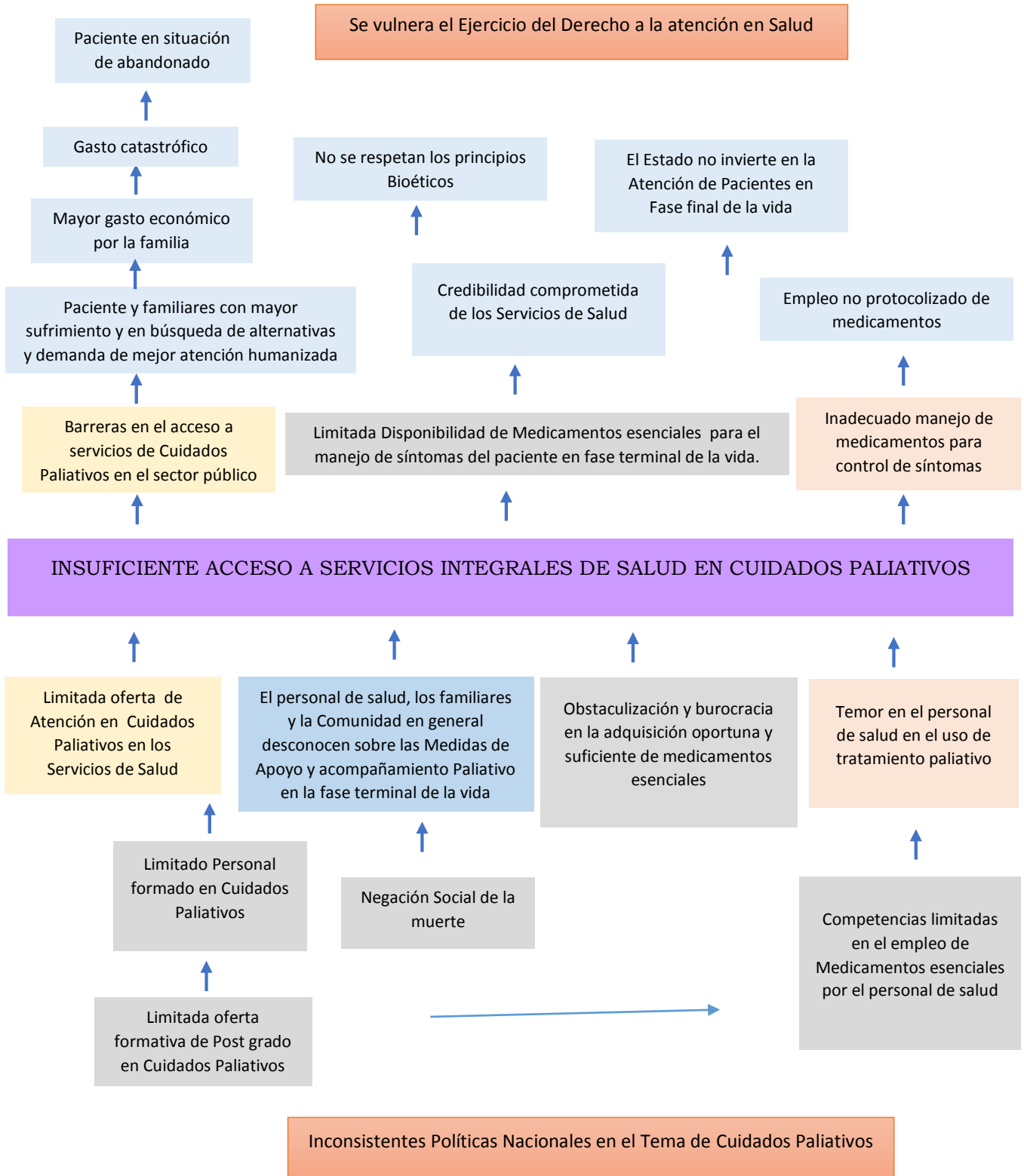
1. Del Rio Maria I. y Col, Cuidados Paliativos: Historia y desarrollo; Boletín Escuela de Medicina U.C.; Pontificia Universidad Católica de Chile; 2007;32 (1).
2. Organización Panamericana de la Salud. Cuidados Paliativos - Guías para el manejo clínico. Houston, USA; 2012.
3. Jacob G, Col. Manual de Cuidados Paliativos para la atención primaria de la salud. 1º ed. Buenos Aires Argentina: Instituto Nacional del Cáncer; 2014.
4. SECPAL. Libro blanco sobre normas de calidad y estándares de cuidados paliativos de la Sociedad Europea de Cuidados Paliativos. Madrid; 2012.
5. Organización Mundial de la Salud. Informe de la OMS; 2010.
6. Lynch T, Connor S, Clark D. Mapping levels of palliative care development: a global update. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2013;45(6):1094-6.
7. Plan de Acción Mundial de la OMS para la Prevención y el Control de las enfermedades No Transmisibles 2013–2020. Disponible en: <http://www.paho.org/hq/>
8. Pastrana T, De-Lima, Wenk R, Eisenclas J, Monti C, Rocafort J, et al. Atlas de Cuidados Paliativos de Latinoamérica ALCP. 1a ed. Houston IAHPC Pres; 2012. p. 40-8.
9. Muñoz B. Memorias "Cuidados Paliativos" 2010-2016. El Alto-La Paz-Bolivia: Fundación Sembrando Esperanza; 2017. p. 4-9.
10. Estrategia en cuidados paliativos. España: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007. p. 15-6.
11. Plan Nacional de Cuidados Paliativos 2015-2017. Quito-Ecuador; Ministerio de Salud Pública 2015. p. 3-10.
12. Política Pública para el control de Cáncer. Ecuador: Ministerio Salud Pública; 2013-2023.

13. Programa nacional de capacitación en Cuidados Paliativos para equipos de primer contacto en atención primaria. México: Secretaria de Salud; 2013. p 9-10.
14. Limachi M, Muñoz J., El cuidado a personas con Enfermedades Crónicas Avanzadas; La Paz-Bolivia; 2014. p 1-2.
15. Nueva Constitución Política del Estado. Bolivia: Asamblea Constituyente, Honorable Congreso Nacional; Octubre 2008. p. 16,27.
16. Pastrana T, De-Lima, Wenk R, Eisenchlas J, Monti C, Rocafort J, et al. Atlas de Cuidados Paliativos ALCP-Bolivia. 1a ed. Houston: IAHPC Pres; 2012.
17. Bustamante D., El Cuidado Paliativo y su Importancia en la Agenda del Cuidador Revista de Investigación Scientia 2016:6.
18. Pedraza C., Gasto de Bolsillo en salud y Rol del gasto público en países de América del Sur - IV Encuentro de Unidades de Economía de la Salud. Santiago-Chile; 2013.
19. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe Nacional sobre Desarrollo Humano en Bolivia. 2015; p 1º.
20. OPS / OMS, SERES EL ALTO. Enfermedades No Transmisibles y Factores de riesgo: Guía para redes funcionales de servicios de salud. Estrategia integrada. Bolivia 2015.
21. Servicio Departamental de Salud. Estadísticas de Salud Quinquenal de Municipios del Departamento de La Paz. 2011-2015.
22. Lara S., Introducción a los cuidados paliativos. Revista Mexicana de Anestesiología 2005; 28(1): 193-195.
23. Martínez G, Álvarez D., Incorporación de los cuidados paliativos a la Legislación Mexicana de salud. Revista Conamed Derechos humanos y salud 2016; 21(4): 205 - 210.
24. Castañeda de la Lanza C, O`Shea C, Lozano H, Castañeda P., Programa de medicina y cuidados paliativos. Gaceta Mexicana de Oncología 2015; 14(3): 171-175. Disponible en <http://www.elsevier.es/gamo>
25. Navarro M., Cuidados paliativos en el primer nivel de atención. Atención Familiar 2017; 24(3): 95-96. Disponible en <http://www.elsevier.es>

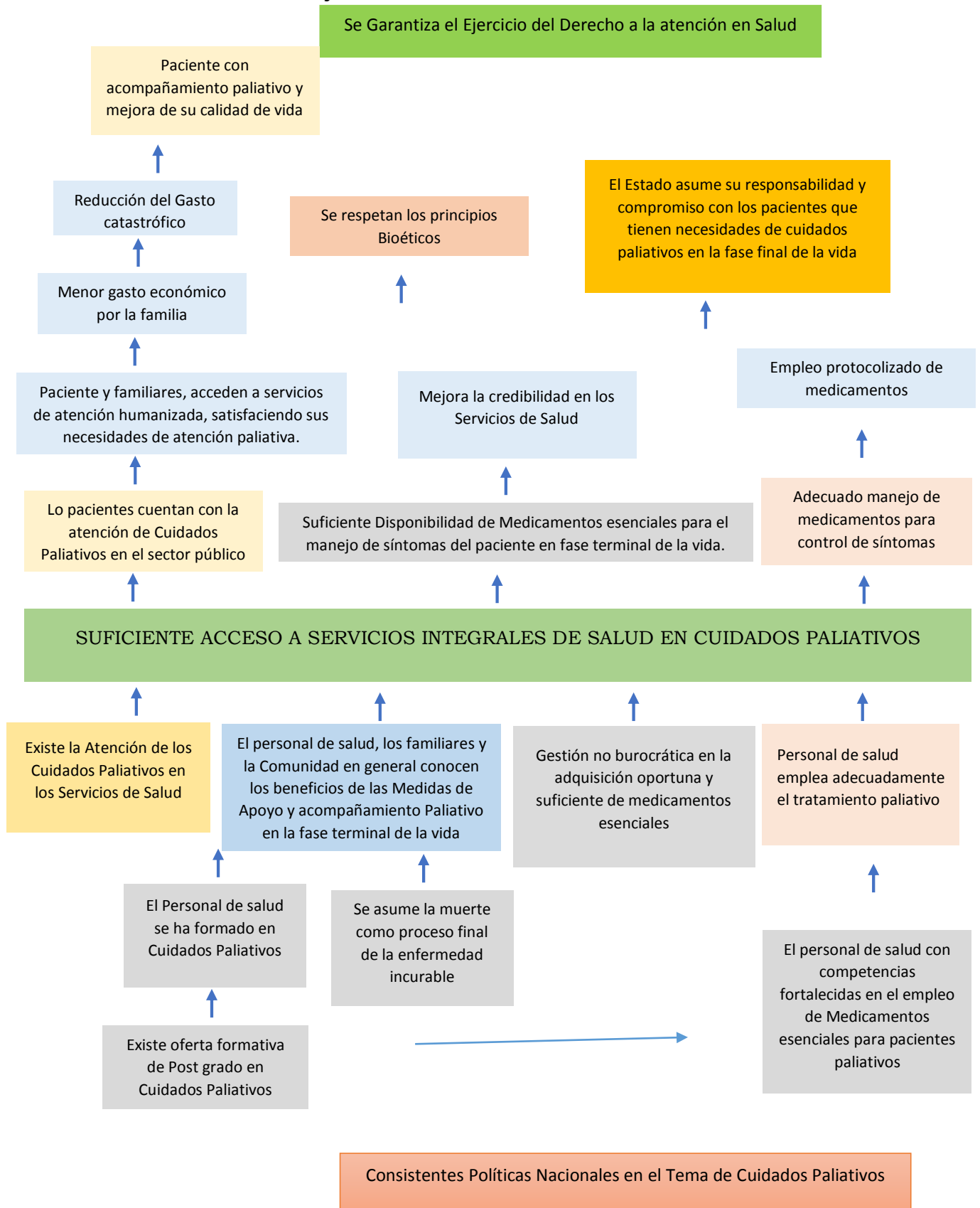
26. Leite N, Kimiko S. Sedación paliativa del paciente terminal. Revista Brasileira de Anestesiología 2012; 62(4): 1-7.
27. Parodi J, Morante R, Hidalgo L, Carreño R., Propuesta de Políticas sobre cuidados paliativos para personas adultas mayores en Latinoamérica y el Caribe. Scielo (Perú) Horizonte Médico 2016; 16(1).

20. ANEXOS

20.1. Árbol de Problemas



20.2. Árbol de Objetivos



20.3. Matriz de Marco Lógico

RESUMEN NARRATIVO DE OBJETIVOS	INDICADORES VERIFICABLES OBJETIVAMENTE		MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
	INDICADOR META	FORMULA		
FIN Contribuir al ejercicio del Derecho a la Salud	Disminución del Gasto Catastrófico familiar en un 5%. Incremento de la accesibilidad a servicios públicos.	% de hogares con CG por salud. Nº de pacientes atendidos con necesidades paliativas _____ x 100 Total de pacientes con necesidades paliativas	Indicadores socioeconómicos y de salud del Instituto Nacional de Estadísticas. Gasto de bolsillo en salud per cápita UDAPE Producción de servicios SNIS.	
PROPOSITO Implementada la Atención y los Cuidados Paliativos en los centros de Atención primaria de salud de los Distritos 2, 3 y 12 de la Ciudad de El Alto, durante la gestión 2018.	100% de los servicios de atención primaria de salud cuentan con atención y apoyo en cuidados paliativos. 100 % de pacientes en fase terminal con acceso a los Cuidados Paliativos en los servicios de Atención primaria de salud.	Nº de servicios de Atención primaria con atención y apoyo paliativos _____ x 100 Total, de servicios d Atención primaria Nº de pacientes en fase terminal que reciben atención en Cuidados paliativos _____ x 100 Total, de Pacientes con Patología Crónica en fase terminal Nº de pacientes en fase terminal _____ x 100 Población Adscrita	<ul style="list-style-type: none"> Registro de centros de atención primaria y oferta de servicios. SNIS. Libro de Registro de Atenciones Historias clínicas 	El personal de salud y las máximas autoridades de los establecimientos de salud del área, asumen su responsabilidad frente a la problemática y se comprometen a dar continuidad a la atención.
COMPONENTES				
C 1. Organizada e implementada la Red Socio sanitaria en Cuidados Paliativos en los Distritos 2, 3 y 12 de la Ciudad de El Alto durante la gestión 2018.	28 establecimientos de salud en los Distrito 2, 3 y 12 de El Alto, trabajan en coordinación y comunicación efectiva.	<ul style="list-style-type: none"> Convenio Interinstitucional entre los servicios de primer y segundo nivel de atención, con el centro de referencia de casos complejos. Formulario de Comunicación, referencia y contra-referencia. Historial clínico. Libros de Registro de atención de pacientes. 	El personal de salud en los diferentes servicios cuenta con las herramientas de referencia y contra referencia oportuna de casos.	
C 2. Mejorada la Disponibilidad de Medicamentos Esenciales para la Atención de Cuidados Paliativos de pacientes en fase terminal	Al menos 2 establecimientos de salud cuentan con medicamentos esenciales para el control de	<ul style="list-style-type: none"> Certificado de autorización de expendio de opioides Vademécum institucional Libro de registros de medicamentos controlados 	Empresas farmacéuticas dotan de forma oportuna los medicamentos esenciales.	

de patología crónica avanzada en los Distritos 2, 3 y 12 de El Alto.	síntomas de pacientes con patología oncológica en fase terminal.	<ul style="list-style-type: none"> Recetas valoradas archivadas. 	Políticas favorables y no burocráticas para la Autorización de disponibilidad de opioides en los centros de APS.
C3. Fortalecido el Entorno familiar y el apoyo al cuidador del paciente en fase terminal.	La totalidad del entorno familiar del paciente, conocen los beneficios de los Cuidados Paliativos en fase terminal de la persona con patología crónica.	<ul style="list-style-type: none"> Lista de familiares que asisten a talleres de orientación. Encuestas de verificación de conocimientos. 	Familiares y la comunidad asumen su participación y demandan el servicio de cuidados paliativos.
C4. Mejorada las competencias del personal de salud de los Distritos 2, 3 y 12 de la Ciudad de El Alto, en conocimientos teórico prácticos de los Cuidados Paliativos para pacientes con patología crónica en fase terminal.	Al menos 100 profesionales de Atención primaria de salud en los Distritos 2, 3 y 12 de El Alto con competencias en Cuidados Paliativos.	<ul style="list-style-type: none"> Lista de personal formado Numero de Certificados entregados Fotografías 	Personal de salud asume su responsabilidad y compromiso con la problemática

ACTIVIDADES

RESUMEN NARRATIVO DE OBJETIVOS	Costo	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
C1. A1. Conformar 2 equipos de cuidados paliativos cada uno con 1 médico/a y 1 enfermera/o, para el apoyo del seguimiento domiciliario de pacientes referidos de la consulta médica de atención primaria.	168. 000 Bs.	Boletas de Pago, por 3500 Bs/mes a cada profesional.	El personal de salud de los servicios de atención primaria tiene competencias en la identificación y manejo integral de pacientes con necesidad de atención paliativa. El Personal capacitado permanece en el establecimiento.
C1. A2. Diseño e impresión de una herramienta de comunicación escrita para referencia y contra referencia de pacientes.	750 Bs	Factura por la cancelación de la Impresión de 1000 formularios con doble copia.	Comunicación y coordinación adecuada del personal capacitado.
C1. A3. Compra de servicio de internet y crear un grupo en WhatsApp, del personal de atención primaria y el equipo de cuidados paliativos.	6.000 Bs	Factura por la compra de servicio de Internet.	Acceso permanente de servicio de Internet, en diferentes áreas.

C1. A4 Instalar y comprar servicio de Telefonía fija para el centro de referencia de casos complejos.	4.040 Bs	Factura por instalación de línea gemela y servicio mensual de telefonía fija	Acceso a servicios de telefonía y comunicación en el área.
C2. A1. Gestionar la Autorización para la disponibilidad de opioides en 2 establecimientos de segundo nivel de atención.	500 Bs.	Recibo / factura del trámite.	Existen políticas favorables para el acceso a Opioides en centros de salud.
C2. A2. Adquirir recetas valoradas para el equipo de cuidados paliativos de atención domiciliaria y para 21 médicos de atención primaria capacitados en el manejo de opioides	480 Bs.	Recibo / factura por la adquisición de los recetarios.	Personal médico formado permanece en la Institución
C3. A1. Realizar 2 Talleres de Orientación sobre los beneficios de los Cuidados Paliativos, para 50 personas, familiares de los pacientes en fase terminal y la Comunidad interesada en la temática, con una duración de 2 horas cada una.	8.000 Bs.	Recibos / Facturas por Honorarios a facilitadores, alquiler de ambiente, Registro de asistencia. Refrigerios.	Oportuna difusión de la actividad y adecuada respuesta de los Familiares y la comunidad en general.
C3. A2. Elaborar e imprimir una Guía de acompañamiento paliativo para familiares de pacientes con necesidades paliativas.	1.000 Bs.	Registro de distribución del material. Factura por la impresión del material.	Existen guías de consulta a nivel latinoamericano que pueden adaptarse al contexto familiar de nuestra sociedad.
C3. A3. Seguimiento y evaluación domiciliaria, por el equipo de cuidados paliativos, a pacientes con necesidades de acompañamiento paliativo, referidos por los médicos de atención primaria de salud.	18.000 Bs.	Costo de viáticos Hoja de ruta firmada por el paciente de seguimiento y/o un familiar. Historias clínicas	Se realiza una oportuna detección y referencia de pacientes con necesidades paliativas en domicilio.
C4. A1 Reunión de coordinación con las direcciones de los 21 establecimientos de salud de los distritos 2, 3 y 12 de la ciudad de El Alto.	350 Bs.	Factura por refrigerios y material de escritorio	Participación responsable y comprometida de las diferentes Direcciones de cada establecimiento de salud.

C4. A2. Diseño, impresión y distribución de 100 afiches, de invitación a Talleres de formación en cuidados paliativos.	250 Bs.	Factura Fotografía de afiche colocado	Acceso económico a servicios de imprenta.
C4. A3. Elaboración e impresión de 100 Manuales de Cuidados Paliativos para la atención primaria de salud.	2.000 Bs.	Factura por cancelación de impresión	Existen textos de consulta a nivel latinoamericano y europeo, que se adecuaran al contexto nacional.
C4. A4. 4 Talleres de formación en Cuidados Paliativos, de 3 horas de duración cada uno, para 100 (50 médicos , 50 enfermeras) profesionales del primer y segundo nivel de atención de los centros de salud de los Distritos 2, 3 y 12 de la Ciudad de El Alto.	15.000 Bs.	Recibos / Facturas por Honorarios a facilitadores, alquiler de ambiente, material de escritorio y Refrigerios.	Los profesionales en salud asumen su responsabilidad y compromiso con el servicio humanizado al paciente y su familia.

20.4. Presupuesto

N°	Tipo de Gasto	Cantidad	Costo unitario	SUB TOTAL EN BOLIVIANOS
1	Contratación de personal	4 personas	3.500	168.000
2	Diseño e impresión de formularios de referencia y contra referencia	1000 formularios		750
3	Compra de servicio de internet	230 MB	25	6.000
4	Compra de línea telefónica	1	3.500	3.500
5	Instalación de línea telefónica	1	300	300
6	Servicio mensual	12 meses	20	240
7	Gestión de Autorización de medicamentos opioides	2	250	500
8	Adquisición de recetas valoradas	24	20	480
9	Taller de orientación para familiares	2	4.000	8.000
10	Guía de cuidados paliativos para familiares	100	10	1.000
11	Taller de formación en cuidados paliativos	4	15.000	15.000
12	Impresión de manuales de cuidados paliativos	100	20	2.000
13	Impresión de afiches de convocatoria a Talleres	100		250
14	Compra de material de escritorio	varios		350
15	Viáticos para las visitas domiciliarias	en 12 meses	1.500	18.000
16	Refrigerios para reuniones de coordinación	5	350	1.750
17	Seguimiento y coordinación del proyecto	1	3.500	42.000
			TOTAL	268.120

	En Dólares Americanos	En Bolivianos
Costo total	38,523 \$us.	268.120 Bs

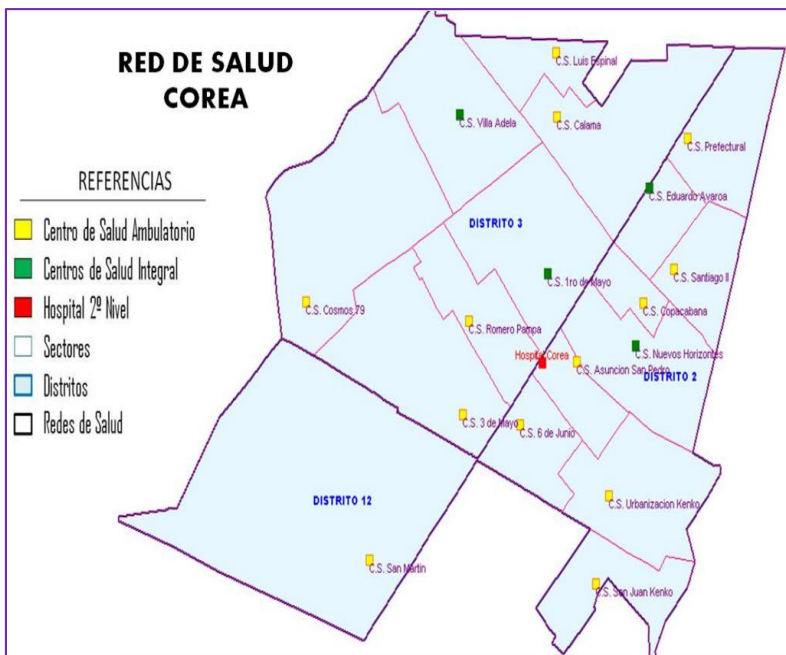
20.5. Mapa de Ubicación del proyecto



La propuesta de Intervención “Implementación de los Cuidados Paliativos”, se realizará en los Distritos 2,3 y 12 de la ciudad de El Alto.

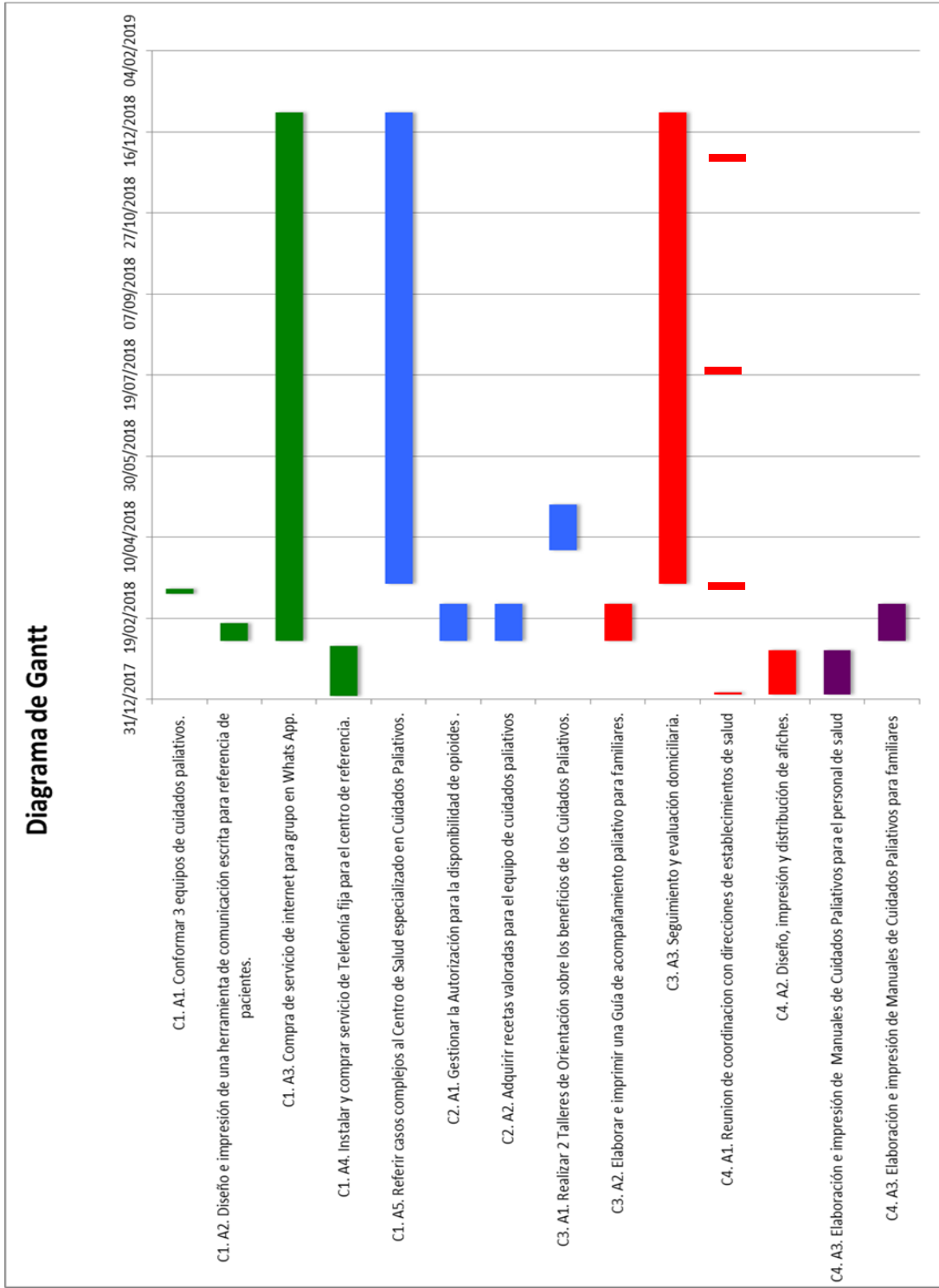
El grafico muestra la distribución de Distritos en el Municipio de El Alto y el número de habitantes según el censo de la gestión 2012.

20.6. Estructura Institucional o comunitaria



El gráfico muestra la distribución de los diferentes centros de salud en los distritos 2, 3 y 12 de la Red de salud Corea de la ciudad de El Alto, lugar de la Intervención propuesta.

20.7. Cronograma



20.8. Plan de Ejecución del proyecto

En una primera fase:

- Se convocará a un Equipo de especialistas en Cuidados Paliativos conformado por 1 Médico paliativista, 1 Psicóloga y 1 Enfermera, quienes desarrollan sus actividades en el Centro de Salud Jesús Obrero y cuentan con la experiencia en el acompañamiento de pacientes y sus familiares, con patología crónica avanzada. En esta fase se socializará y organizará, con los profesionales el presente proyecto. (equipo coordinador)
- Posteriormente se organizará una reunión con la Gerencia de la Red Coreia de la Ciudad de El Alto, los representantes de las juntas vecinales de los distritos 2, 3 y 12 y representantes de otros actores sociales; en la que se dará a conocer la Problemática que motiva la implementación del proyecto, sus beneficios, alcances y limitaciones.

En la segunda fase:

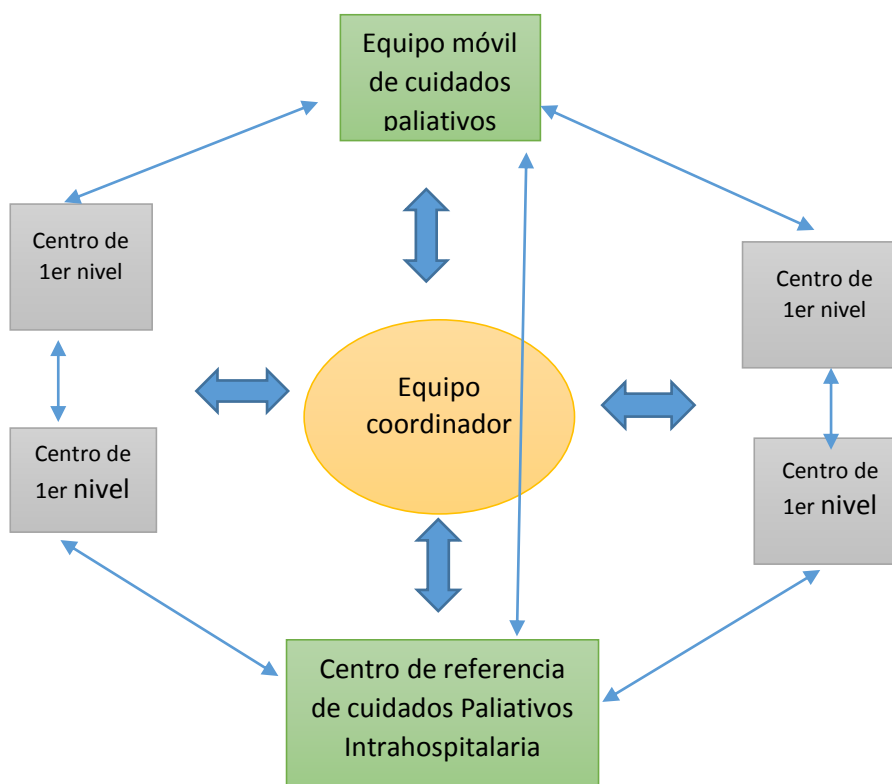
- La Gerencia de la Red Coreia, el equipo coordinador y el/la responsable del proyecto, realizarán una reunión con las diferentes Direcciones Médicas y administrativas de los diferentes centros de salud de los Distritos 2, 3 y 12 de la ciudad de El Alto. Se socializará el Contenido del Proyecto, consiguiendo el compromiso de las Direcciones para la participación del personal de salud en la Implementación del Proyecto.

En la tercera fase:

- Se iniciará la ejecución de las actividades, dando continuidad al cronograma establecido. (Distribución de afiches, Talleres para la mejora de las competencias del personal, revisión de guías y manuales, conformación de un grupo en línea para la coordinación de referencia y contra referencia, etc.)
- Se organizará a 2 equipos de cuidados paliativos, conformado por 1 médico y 1 enfermera, quienes realizarán el acompañamiento del paciente de acuerdo al área de designación.

En la Cuarta fase:

- Se llevará a cabo la Implementación del proyecto, en los servicios de salud de 1er nivel de atención y en el de 2º nivel, en esta fase se realizará la Detección de pacientes con patología crónica avanzada y con necesidades paliativas, en la consulta regular del personal de salud.
- Se activará la Red socio sanitaria en cuidados paliativos, de acuerdo al siguiente esquema:



- Se realizarán los talleres para familiares de pacientes con patología crónica avanzada, según cronograma.

Durante las diferentes fases se realizarán reuniones de evaluación y seguimiento, con el equipo de cuidados paliativos.

La última fase será la de Evaluación al final de la gestión 2018

20.9. Sistema de monitoreo y evaluación del proyecto

La evaluación del proyecto, una vez implementado, se realizará a través de los indicadores verificables objetivamente redactados en la Matriz del Marco Lógico (Anexo 20.3).

La recopilación de la información, se realizará de los registros de las actividades, según los medios de verificación del Marco Lógico.

Los datos serán recopilados al concluir cada trimestre y al término de los 12 meses calendario.

Los siguientes cuadros serán aplicados en la ejecución del proyecto, partiendo de una línea de base, lastimosamente por la problemática planteada, en la actualidad en la Red de Salud Corea, no existe datos de atención en cuidados paliativos.

FIN	CONTRIBUIR AL EJERCICIO DEL DERECHO A LA SALUD
------------	--

INDICADORES DE FIN

Indicador	Unidad de Medida	Línea Base			Gestión actual	Fin de Proyecto
		Valor	Año			
DISMINUCION DEL GASTO CATASTROFICO	GASTO DEL BOLSILLO DE LA FAMILIA POR SALUD	10%	2016	PLANEADO		5%
				ACTUAL		
INCREMENTO DE ACCESIBILIDAD A SERVICIOS PUBLICOS	ATENCION DE PACIENTES CON NECESIDADES PALIATIVAS EN LOS SERVICIOS PUBLICO	0	2016	PLANEADO		100%
				ACTUAL		

MEDIOS DE VERIFICACION Y OBSERVACIONES/COMENTARIOS A LOS INDICADORES DE FIN

Indicador	Unidad de Medida	Medios de Verificación	Observaciones/comentarios
DISMINUCION DEL GASTO CATASTROFICO	GASTO DEL BOLSILLO DE LA FAMILIA POR SALUD	INDICADORES SOCIOECONOMICOS Y GASTO DEL BOLSILLO PER CAPITE	ANALISIS REALIZADO POR EL INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICAS Y LA UDAPE
INCREMENTO DE ACCESIBILIDAD A SERVICIOS PUBLICOS	ATENCION DE PACIENTES CON NECESIDADES PALIATIVAS EN LOS SERVICIOS PUBLICOS	SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA - SNIS	SE REFIERE AL REPORTE MENSUAL DE ATENCIONES DE PACIENTES CON NECESIDADES PALIATIVAS CASOS NUEVOS Y REPETIDOS REGISTRADO EN LOS FORMULARIOS DEL SNIS DURANTE LA GESTION 2018

PROPOSITO

IMPLEMENTADA LA ATENCION Y LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN LOS CENTROS DE ATENCION PRIMARIA DE SALUD DE LOS DISTRITOS 2, 3 Y 12 DE LA CIUDAD DE EL ALTO , DURANTE LA GESTION 2018

INDICADORES DE PROPOSITO

Indicador	Unidad de Medida	Línea Base		Gestión actual	Fin de Proyecto
		Valor	Año		
100% DE LOS SERVICIOS DE ATENCION PRIMARIA DE SALUD CUENTAN CON ATENCION Y APOYO EN CUIDADOS PALIATIVOS	CENTROS DE SALUD	0	2016	PLANEADO	20 CENTROS DE SALUD DE ATENCION PRIMARIA, 1 ESTABLECIMIENTO DE 2º NIVEL DE ATENCION
				ACTUAL	
100% DE PACIENTES EN FASE TERMINAL CON ACCESO A CUIDADOS PALIATIVOS EN LOS SERVICIOS DE ATENCION PRIMARIA DE SALUD	PACIENTES	0	2016	PLANEADO	LA TOTALIDAD DE LOS PACIENTES CON NECESIDADES PALIATIVAS
				ACTUAL	

MEDIOS DE VERIFICACION Y OBSERVACIONES/COMENTARIOS A LOS INDICADORES DE PROPOSITO

Indicador	Unidad de Medida	Medios de Verificación	Observaciones/comentarios
100% DE LOS SERVICIOS DE ATENCION PRIMARIA DE SALUD CUENTAN CON ATENCION Y APOYO EN CUIDADOS PALIATIVOS	CENTROS DE SALUD	REGISTRO DE CENTROS DE ATENCION PRIMARIA Y OFERTA DE SERVICIOS	SE OBTIENE LA INFORMACION DEL REGISTRO UNICO DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD - RUES DE LA RED COREA.
100% DE PACIENTES EN FASE TERMINAL CON ACCESO A CUIDADOS PALIATIVOS EN LOS SERVICIOS DE ATENCION PRIMARIA DE SALUD	PACIENTES	SNIS, LIBROS DE REGISTROS DE ATENCIONES, HISTORIAS CLINICAS	DOCUMENTACION REGISTRADA EN CADA ESTABLECIMIENTO DE SALUD

COMPONENTES

COMPONENTE 1 ORGANIZADA E IMPLEMENTADA LA RED SOCIOSANITARIA EN CUIDADOS PALIATIVOS EN LOS DISTRITOS 2, 3 Y 12 DE LA CIUDAD DE EL ALTO DURANTE LA GESTION 2018

Indicador	Unidad de Medida	Línea Base			1º TRIMESTR E	2º TRIMESTRE	3º TRIMESTRE	Fin de Proyecto
		Valor	Año					
21 ESTABLECIMIENTOS DE SALUD EN LOS DISTRITOS 2, 3 Y 12 DE EL ALTO, TRABAJAN EN COORDINACION Y COMUNICACIÓN EFECTIVA	CENTROS DE SALUD	0	2016	PLANEADO	7	7	7	21 ESTABLECIMIENTOS
				ACTUAL				

COMPONENTE 2 MEJORADA LA DISPONIBILIDAD DE MEDICAMENTOS ESENCIALES PARA LA ATENCION PALIATIVA DE PACIENTES EN FASE TERMINAL DE PATOLOGIA CRONICA AVANZADA., EN LOS DISTRITOS 2,3 Y 12 DE EL ALTO.

Indicador	Unidad de Medida	Línea Base			1º TRIMESTR E	2º TRIMESTRE	3º TRIMESTRE	Fin de Proyecto
		Valor	Año					
AL MENOS 2 ESTABLECIMIENTOS DE SALUD CON MEDICAMENTOS ESENCIALES PARA EL CONTROL DE SINTOMAS	ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	0		PLANEADO		2		2
				ACTUAL				

COMPONENTE 3 FORTALECIDO EL ENTORNO FAMILIAR Y EL APOYO AL CUIDADOR DEL PACIENTE EN FASE TERMINAL.

Indicador	Unidad de Medida	Línea Base			1º TRIMESTR E	2º TRIMESTRE	3º TRIMESTRE	Fin de Proyecto
		Valor	Año					
LA TOTALIDAD DEL ENTORNO FAMILIAR DEL PACIENTE, CONOCEN LOS BENEFICIOS DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS	FAMILIARES DEL PACIENTE	0		PLANEADO		50	50	100
				ACTUAL				

COMPONENTE 4 MEJORADA LAS COMPETENCIAS DEL PERSONAL DE SALUD DE LOS DISTRITOS 2, 3 Y 12 DE LA CIUDAD DE EL ALTO, EN CONOCIMIENTOS TEORICO PRACTICOS DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS PARA PACIENTES CON PATOLOGIA CRONICA EN FASE TERMINAL

Indicador	Unidad de Medida	Línea Base			1º TRIMESTR E	2º TRIMESTRE	3º TRIMESTRE	Fin de Proyecto
		Valor	Año					
AL MENOS 100 PROFESIONALES DE ATENCION PRIMARIA DE SALUD CON COMPETENCIAS EN CUIDADOS PALIATIVOS.	PROFESIONALES DE SALUD	0	2016	PLANEADO	50	50		100
				ACTUAL				

Se empleará los Indicadores de acceso a cuidados paliativos, que identificará el número de profesionales formados, el acceso a medicamentos para control del dolor y la evaluación del entorno familiar de acuerdo encuestas de satisfacción.