

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y FINANCIERAS
CARRERA DE ECONOMÍA
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES ECONÓMICAS



**MEMORIA LABORAL
(PETAENG)**

**ESTRATEGIA “ATENCIÓN INTEGRADA DE LAS ENFERMEDADES PREVALENTES
DE LA INFANCIA, AIEPI” EN EL DEPARTAMENTO DE LA PAZ**

**CONTRIBUCIÓN DE LA ESTRATEGIA DE SALUD AIEPI, EN LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD
INFANTIL”**

POSTULANTE : DANIA CORINA GUTIÉRREZ PAUCARA

TUTOR : LIC. MARCELO MONTENEGRO GÓMEZ GARCÍA

**LA PAZ - BOLIVIA
2014**

DEDICATORIA

**A MIS HIJOS;
RAFAEL Y GABRIEL**

AGRADECIMIENTOS Y RECONOCIMIENTOS

Agradezco al Instituto de Investigaciones Económicas, particularmente a Lic. Alberto Bonadona, Lic. Roberto Ticona, Lic. Luis Sucujayo, quienes me han orientado, apoyado y corregido, al tiempo de darme la confianza y fe para creer lo que me parecía imposible terminar. A la Lic. Jacqueline Cuentas que se tomó el tiempo de conocerme y apoyarme. Al Lic. Marcelo Montenegro por aceptarme para realizar esta Memoria Laboral bajo su dirección.

Un agradecimiento singular a mi familia, a mi compañero y esposo y a mi hermano por su apoyo total y constante.

También expresar mis agradecimientos a la Dra. Shirley Rocabado quien fue mi jefa durante mi estadía en el SEDES, gracias por las lecciones aprendidas del AIEPI, de trabajo, de la vida; para mí crecimiento personal y laboral.

Mi más sincero agradecimiento y sobre todo un Reconocimiento especial a mi Madre por estar a mi lado en cada momento de mi vida, por su ayuda en impulsarme a terminar este paso y reencaminar mi camino de superación profesional.

RESUMEN

La Estrategia de Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia AIEPI implementada por la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud, OPS/OMS; mejora las prácticas de tratamiento y atención; de promoción, prevención y diagnósticos oportunos; y permite una adecuada calidad en la evaluación, clasificación, tratamiento y seguimiento de las enfermedades que afectan la salud de la madre, del niño niña menor de 5 años, ayudando a reducir la incidencia de enfermedades, a evitar su agravamiento a disminuir la ocurrencia de secuelas o complicaciones y a reducir los índices de Mortalidad Infantil .

El Servicio Departamental de Salud SEDES La Paz, a nivel departamental mediante el Programa Menor de 5 años, Escolar y Adolescente; Asume la responsabilidad de articular las políticas que vayan en beneficio de la población infantil. En éste caso, la implementación de la Estrategia AIEPI en el Departamento de La Paz.

En el Departamento de La Paz, la estrategia AIEPI ha alcanzado logros importantes en pro de la salud del niño y niña menor de 5 años; logros que se muestran en el presente documento, y se hace una evaluación de su implementación, enfatizando dos componentes (Mejora del sistema de Salud y Mejora de las Habilidades de los Trabajadores en Salud). El tercer componente (Mejora de las Prácticas Familiares y Comunitarias) es tratado de manera parcial y/o como referencia.

El presente documento refleja los resultados obtenidos a partir de la aplicación de entrevistas, capacitaciones, seguimiento y monitoreo, que forman parte del trabajo desempeñado en la aplicación de la Estrategia

AIEPI en el Departamento de La Paz y las Redes de Salud del Sistema de Salud Pública.

El problema identificado para la implementación del AIEPI en el Departamento de La Paz, está referido a la Deficiente Gestión oportuna a financiamiento, que se manifiestan en problemas de calidad de la capacitación, seguimiento y monitoreo, disponibilidad de medicamentos y mejora de la calidad de atención a la población menor de 5 años con el fin de disminuir las altas tasas de mortalidad infantil.

Siendo, la creación de un Sistema de Gestión, Ejecución, Control, Evaluación y Capacitación Administrativa para el Programa Menor de 5 años, Escolar y Adolescente, la solución al problema, que se encargue de la elaboración y ejecución de los compromisos de gestión, diferentes actividades de fortalecimiento de los servicios de salud, de capacitaciones al personal en salud del Departamento y de la gestión continua de búsqueda de recursos económicos con las Organizaciones no Gubernamentales que cubran dichas actividades; y, puede servir para la coordinación de las futuras acciones, en la búsqueda de mejorar la salud de la niñez boliviana.

El desafío es grande y requiere el compromiso y aporte concreto de toda la sociedad y en particular, del personal de salud. Los bolivianos, paceños, vivimos en permanentes desafíos y nuestra historia nos muestra que sabemos enfrentarlos.

Dania Corina Gutiérrez Paucara
UNIV. CARRERA DE ECONOMÍA

INDICE GENERAL

RESUMEN	- 4 -
CAPÍTULO I	- 11 -
1.1 INTRODUCCIÓN	- 11 -
1.2. SECCION REFERENCIAL	- 13 -
1.2.1. IDENTIFICACIÓN DEL TEMA	- 13 -
1.2.2. DELIMITACIÓN DEL TEMA	- 14 -
1.2.2.1. COBERTURA TEMPORAL	- 14 -
1.2.2.2. COBERTURA ESPACIAL	- 14 -
1.2.3. DELIMITACION DE CATEGORIAS Y VARIABLES ECONOMICAS.	- 16 -
1.2.3.1. CATEGORIAS ECONOMICAS	- 16 -
Economía de la Salud	- 16 -
Población Beneficiaria	- 16 -
1.2.3.2. VARIABLES ECONOMICAS	- 16 -
Gasto Público en Salud	- 16 -
Población menor de 5 años en el Departamento de La Paz	- 16 -
Personal médico y Recursos humanos en Salud.....	- 16 -
Tasa de Mortalidad Infantil	- 16 -
1.3. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	- 16 -
1.4. IDENTIFICACIÓN DE SOLUCIÓN AL PROBLEMA	- 17 -
1.5. DETERMINACIÓN DE LOS OBJETIVOS	- 18 -
1.5.1. OBJETIVO GENERAL	- 18 -
1.5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	- 18 -
1.6. MARCO TEÓRICO	- 18 -
1.6.1. MARCO CONCEPTUAL	- 18 -
1.6.1.1. <i>Desarrollo Humano</i>	- 18 -
1.6.1.2. <i>Gestión Pública</i>	- 19 -
1.6.1.3. <i>Gestión de Recursos Humanos</i>	- 20 -
1.6.1.4. <i>Seguridad Social</i>	- 20 -
1.6.1.5. <i>Estrategia de Atención Integrada de las enfermedades Prevalentes de la Infancia AIEPI, por la OPS / OMS</i>	- 21 -
1.6.2. MARCO LEGAL	- 23 -
1.6.2.1. <i>La Constitución Política del Estado y la Salud</i>	- 23 -
1.6.2.2. <i>Ley Nº 1551 de Participación Popular</i>	- 26 -
1.6.2.3. <i>Ley Nº 1654 de Descentralización Administrativa</i>	- 27 -
1.6.2.4. <i>Ley Nº 2028 de Municipalidades</i>	- 28 -
1.6.2.5. <i>Ley Nº 3351 Organización del Poder Ejecutivo</i>	- 29 -
1.6.2.6. <i>Ley Nº 1178 Ley de Administración y Control Gubernamental</i>	- 30 -
1.6.2.7. <i>Ley Nº 2426 Seguro Universal Materno Infantil</i>	- 31 -

1.7. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	- 32 -
1.7.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN	- 32 -
1.7.2. TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN	- 32 -
1.8. JUSTIFICACIÓN.....	- 32 -
CAPÍTULO II.....	- 34 -
2.1. ANÁLISIS DE LA ESTRATEGIA AIEPI.....	- 34 -
2.1.1. LA ESTRATEGIA AIEPI	- 34 -
2.1.2. LOS OBJETIVOS DE AIEPI	- 35 -
2.1.3. LAS INTERVENCIONES DE AIEPI	- 35 -
2.1.4. LOS COMPONENTES DE AIEPI	- 35 -
2.1.4.1. <i>Mejora del Sistema de Salud,</i>	- 36 -
2.1.4.2. <i>Mejora de las aptitudes del personal de salud en la prevención, promoción de la salud y el tratamiento de las enfermedades de la infancia. .</i>	- 36 -
2.1.4.3. <i>Mejora de las prácticas familiares y comunitarias en cuanto a la salud de los niños.....</i>	- 36 -
2.1.5. BENEFICIOS DE LA ESTRATEGIA AIEPI	- 37 -
2.1.6. AIEPI EN EL MUNDO	- 37 -
2.1.7. AIEPI EN AMERICA LATINA.....	- 39 -
2.1.8. AIEPI EN BOLIVIA	- 40 -
2.1.9. LAS FASES DE LA IMPLEMENTACION DE AIEPI EN BOLIVIA	- 41 -
2.2. CARACTERISTICAS GENERALES DEL SEDES LA PAZ	- 45 -
2.2.1. LOGROS ALCANZADOS AL 2010.....	- 45 -
2.2.2. ALCANCES DE COMPROMISOS DE GESTIÓN	- 46 -
2.2.3. MISIÓN DEL SEDES	- 46 -
2.2.4. VISIÓN DE DESARROLLO	- 46 -
2.3. CARACTERISTICAS GENERALES DE LAS VARIABLES ECONOMICAS - 48 -	
2.3.1. CARACTERÍSTICAS DE LA INVERSION EN EL MENOR DE 5 AÑOS	- 48 -
2.3.1.1. <i>Fondos de Inversión</i>	- 49 -
2.3.1.2. <i>Cooperación externa</i>	- 54 -
2.3.2. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA POBLACIÓN.....	- 57 -
2.3.3. CARACTERÍSTICAS DEL PERSONAL MÉDICO Y RECURSOS HUMANOS EN SALUD.....	- 60 -
2.3.4. CARACTERÍSTICAS DE INFRAESTRUCTURA, EQUIPAMIENTO DE LOS CENTROS DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DE LA PAZ	- 62 -
2.3.5. CARACTERÍSTICAS DE LA SALUD Y LA MORTALIDAD INFANTIL EN EL DEPARTAMENTO DE LA PAZ	- 64 -
2.3.5.1. <i>Mortalidad Infantil en el Mundo</i>	- 66 -
2.3.5.2. <i>Estructura de la mortalidad del niño menor de 5 años</i>	- 69 -
2.3.5.3. <i>Nutrición y Mortalidad Infantil</i>	- 71 -

CAPÍTULO III.....	- 73 -
3.1. DESCRIPCIÓN Y EXPLICACIÓN DE LA SOLUCIÓN PLANTEADA Y EVALUACIÓN DE RESULTADOS	- 73 -
3.1.1. AIEPI Y SU IMPLEMENTACIÓN	- 75 -
3.1.2. ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS ECONÓMICOS EN LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA AIEPI EN EL DEPARTAMENTO DE LA PAZ	- 76 -
3.1.3. IDENTIFICACIÓN DE LA SOLUCIÓN AL PROBLEMA.....	- 77 -
3.1.3.1. <i>Solución Primaria</i>	- 77 -
3.1.3.2. <i>Soluciones secundarias</i>	- 78 -
3.1.4. DESARROLLO DE LA SOLUCION AL PROBLEMA	- 78 -
3.1.5. METODOLOGÍA DE INTERVENCIÓN	- 79 -
3.1.5.1. <i>Modelo Operacional</i>	- 79 -
3.1.5.2. <i>Implementación AIEPI</i>	- 81 -
3.1.5.3. <i>Presupuesto</i>	- 85 -
3.1.5.4. <i>Cooperación Externa</i>	- 86 -
3.1.5.5. <i>Avances</i>	- 87 -
3.1.5.6. <i>Seguimiento y Monitoreo</i>	- 90 -
3.2. ANÁLISIS DE LA INVERSION DE LA ESTRATEGIA AIEPI Y LA TASA DE MORTALIDAD INFANTIL.....	- 90 -
3.3. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	- 99 -
3.3.1. CONCLUSIONES.-	- 99 -
3.3.2. RECOMENDACIONES.-	- 102 -
3.4. BIBLIOGRAFIA	- 104 -
3.5. FUENTES NO BIBLIOGRAFICAS.....	- 105 -
3.6. ANEXOS.....	- 107 -

INDICE DE GRÁFICOS

GRAFICO Nro. 1.- Implementación de AIEPI en el Mundo	- 38 -
GRAFICO Nro. 2.- Implementación de AIEPI en Bolivia.....	- 41 -
GRAFICO Nro. 3.- Presupuesto para la implementación de la Estrategia AIEPI en el Departamento de La Paz 1999 – 2010 Expresado en Bolivianos.....	- 50 -
GRAFICO Nro. 4.- Fondos de Cooperación Externa para la implementación de la Estrategia AIEPI en el Departamento de La Paz 1999 – 2010 Expresado en Bolivianos.....	- 56 -
GRAFICO Nro. 5.- Población Menor de 5 años en el Departamento de La Paz 2005.....	- 59 -
GRAFICO Nro. 6.- Personal de los Servicios de Salud en el Departamento de La Paz, Año 2001.	- 60 -
GRAFICO Nro. 7.- Evolución de las Tasas de Mortalidad Infantil en países desarrollados.....	- 66 -
GRAFICO Nro. 8.- Tasas de Mortalidad Infantil en países principales.....	- 67 -
GRAFICO Nro. 9.- Mortalidad Infantil en Bolivia 1972 - 1996.....	- 68 -
GRAFICO Nro. 10.- Mortalidad Infantil en el Departamento de La Paz, 1999 – 2010	- 69 -
GRAFICO Nro. 11.- Causas de muerte en menores de 5 años.....	- 69 -
GRAFICO Nro. 12.- Curvas de Crecimiento en Brasil, Guyana, India, Noruega y USA.....	- 73 -
GRAFICO Nro. 13.- Curvas de Crecimiento en Principales país respecto a Bolivia.....	- 74 -
GRAFICO Nro. 14.- Modelo Operacional de Difusión de AIEPI Nut	- 80 -
GRAFICO Nro. 15.- Personal en Salud Capacitado en AIEPI 2006-2008	- 88 -
GRAFICO Nro. 16.- Personal en Salud Capacitado en AIEPI al 2006-2008 por sexo	- 89 -
GRAFICO Nro. 17.- Inversión Total para la implementación de la Estrategia AIEPI en el Departamento de La Paz 1999 – 2010.....	- 92 -
GRAFICO Nro. 18.- Inversión Comparativa para la implementación de la Estrategia AIEPI en el Departamento de La Paz 1999 – 2010.....	- 94 -

INDICE DE CUADROS

Cuadro Nro. 1.- Redes de Salud del Departamento de La Paz y su regionalización de acuerdo a Municipios 2005-2010.....	- 15 -
Cuadro Nro. 2.- Distribución de la Inversión Fondos TGN en el Programa Menor de 5 años Escolar y Adolescente - 49 -	
Cuadro Nro. 3.- Gasto social de la Administración Central en salud, 2005 – 2010 (a) (p).....	- 51 -
(En millones de Bs.).....	- 51 -
Cuadro Nro. 4.- Distribución de la Inversión de Fondos de Cooperación Externa al Programa Menor de 5 años, Escolar y Adolescente	- 55 -
Cuadro Nro. 5.- Estadísticas e Indicadores Demográficos La Paz- Bolivia 2011	- 58 -
Cuadro Nro. 6.- Población de 0 – 5 años del Departamento de La Paz Proyecta por año Calendario 2005 – 2010 . - 59 -	
Cuadro Nro. 7.- Establecimientos de Salud del Departamento de La Paz por Tipo, Años 2005 – 2010.....	- 63 -
Cuadro Nro. 8.- Número de Camas en Establecimientos de Salud del Departamento de La Paz por Tipo, Años 2005 – 2010.....	- 64 -
Cuadro Nro. 9.- Matriz de Compromisos de la Implementación de la Estrategia AIEPI.....	- 83 -
Cuadro Nro. 10.- Relación de Recurso Humanos en Salud Capacitados del Departamento de La Paz en AIEPI - 88 -	
Cuadro Nro. 11.- Relación de Recurso Humanos en Salud Capacitados del Departamento de La Paz en AIEPI por Sexo.....	- 89 -
Cuadro Nro. 12.- Distribución de la Inversión en el menor de 5 años en el departamento de La Paz.....	- 91 -
Cuadro Nro. 13.- Relación de la Inversión, Cooperación Externa y la Mortalidad Infantil en el departamento de La Paz	- 93 -

INDICE DE ANEXOS

ANEXO NRO. 1.- R. M. NRO.0626 DE 29 OCTUBRE DE 2002.....	- 107 -
ANEXO NRO. 2.- REGIONALIZACIÓN GERENCIAS DE RED.....	- 108 -
ANEXO NRO. 3.- REDES DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DE LA PAZ.....	- 108 -
ANEXO NRO. 4.- OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO.....	- 112 -
ANEXO NRO. 5.- CIRCUITO DE PROCEDIMIENTO PARA UNA SOLICITUD DE FONDOS, PROCEDIMIENTO REGULAR.....	- 116 -
ANEXO NRO. 6.- ORGANIGRAMA SEDES LA PAZ.....	- 117 -
ANEXO NRO. 7.- ESTABLECIMIENTOS DE SALUD Y PERSONAL DE SERVICIOS DE SALUD, DEPARTAMENTO DE LA PAZ.....	- 118 -
ANEXO NRO. 8.- INSTRUMENTO DE SEGUIMIENTO Y MONITOREO.....	- 120 -
ANEXO NRO. 9.- MORTALIDAD INFANTIL A NIVEL MUNDIAL (PRINCIPALES PAÍSES)	- 128 -
ANEXO NRO. 10.- MORTALIDAD INFANTIL EN BOLIVIA - 2008.....	- 128 -
ANEXO NRO. 11.- CICLO VITAL DE LA DESNUTRICIÓN.....	- 129 -
ANEXO NRO. 12.- MODELO CAUSAL DE LA DESNUTRICIÓN	- 129 -

CAPÍTULO I

1.1 INTRODUCCIÓN

La Salud infantil es y ha sido siempre un aspecto central en la temática de salud en el mundo entero, y es un tema de mayor reflexión en los países en desarrollo como Bolivia, dado que se trata de un aspecto muy fundamental en el desarrollo de la sociedad, siendo preciso integrar políticas y programas de salud en beneficio de éste grupo etéreo.

La reducción de la mortalidad en menores de cinco años, es fundamental no sólo para lograr los compromisos establecidos en los Objetivos de Desarrollo del Milenio para el 2015, enunciados en la Declaración del Milenio y firmados en el año 2000 por 189 países¹, sino para disminuir las grandes brechas entre países, áreas y grupos humanos y lograr la equidad en el acceso a estrategias disponibles para la prevención y tratamiento de las enfermedades, así como la promoción del crecimiento y el desarrollo saludable de la niñez.

La Estrategia de Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia AIEPI, establecida en 1996 por la Organización Mundial de la Salud; la Organización Mundial de la Salud OPS/OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia UNICEF,² constituye el mejor medio de abordar de manera adecuada las principales enfermedades y problemas que aquejan la salud de los niños y niñas, a través de un conjunto integrado de acciones de prevención y promoción que se deben brindar tanto en los servicios de salud como en el hogar y la comunidad. Por tal motivo, ésta iniciativa se acepta actualmente como un medio del que dispone el personal de los

¹ Objetivo 4: Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años; Meta 5: Reducir en dos terceras partes entre 1990 y 2015 la mortalidad de los niños menores de 5 años.

² La Organización Mundial de la Salud (OMS) y UNICEF han desarrollado desde inicios de los años 90, un método integral para la evaluación, clasificación, tratamiento de los niños menores de 5 años y orientación (consejería) a las personas que los atienden; este enfoque ha sido denominado Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI). Es una estrategia mediante la cual se lograrán los objetivos de reducción de la mortalidad, morbilidad y mejoramiento de la calidad de atención de las enfermedades más frecuentes en los niños.

establecimientos de salud y los agentes comunitarios para proporcionar atención de calidad a las familias y sus comunidades.

El presente documento es un instrumento de gestión destinado al Programa Niño Niña Menor de 5 años, Escolar y Adolescente del Servicio Departamental de Salud SEDES La Paz, y autoridades con el encargo de organizar la movilización de los miembros y recursos de las Redes de Salud a las que pertenecen, para promover prácticas destinadas a la protección de la salud y desarrollo de los niños recién nacidos y menores de cinco años.

Se presenta un documento técnico que resume el resultado obtenido de la implementación de la Estrategia AIEPI. a partir de la práctica, entrevistas, capacitaciones, seguimiento y monitoreo; que forman parte de la “Estrategia de Atención Integrada de las enfermedades Prevalentes de la Infancia AIEPI”.

El contenido incluye en su primera sección, una caracterización del Sistema Boliviano de Salud, Normativa vigente, objetivos del documento, Espacio territorial y temporal de estudio, visualización de la problemática y su justificación; la segunda sección presenta un análisis de la Estrategia AIEPI; el proceso de implementación en el Departamento de La Paz , sus principales limitaciones, gestión de financiamiento que se manifiestan en problemas de calidad de la capacitación constante al personal de salud, la familia y la comunidad; Seguimiento y monitoreo, disponibilidad de infraestructura, medicamentos y mejora de la calidad de atención a la población menor de 5 años.

Finalmente presenta una evaluación de la implementación de la Estrategia, que aglutina tres grandes etapas: Programación, Ejecución, Monitoreo y Evaluación, que es el producto de un proceso reflexivo para servir en la coordinación de las futuras acciones, en la búsqueda de mejorar la salud de la niñez boliviana.

Se anexa información sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio, y la influencia de la mortalidad infantil en el desarrollo económico del país.

Esperando que los tomadores de decisión en Salud, las personas en general encuentren éste documento como herramienta útil para la implementación de AIEPI en los establecimientos de salud del Departamento bajo lineamientos de trabajo que deben ser considerados bajo las características de financiamiento por las que atraviesa el sector de la salud y dar a la salud el lugar de privilegio que le corresponde, para así dar respuestas efectivas a las necesidades de la población en éste campo si se quiere lograr un impacto duradero en lo económico como en lo social.

1.2. SECCION REFERENCIAL

1.2.1. IDENTIFICACIÓN DEL TEMA

En el mundo se sitúan países con una mortalidad infantil superior a 40 por mil nacidos vivos, entre ellos Bolivia. Para ello, la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud, conjuntamente al Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, desarrollan la Estrategia AIEPI en la década de los 90.

Para los años 1999 Bolivia registra una tasa de Mortalidad Infantil de 65 por mil nacidos vivos, reduciendo lentamente estos índices elevados de mortalidad infantil para el año 2005 a 57 por mil nacidos vivos.

Estos datos reflejan la necesidad inmediata de acciones que coadyuven a disminuir estos índices en beneficio de toda la población infantil del país, entre éstas acciones de acuerdo a Resolución Ministerial Nro. 0626 de 29 Octubre de 2002³, se aprueba la Estrategia de Atención Integrada de las enfermedades Prevalentes de la Infancia AIEPI en sus diferentes componentes. Pese a éste esfuerzo, en el país y en el Departamento de La Paz, enfrentamos muchas limitaciones para poder implementar la Estrategia que se traducen en problemas.

³ Ver anexos. Copia de copia Legalizada de Resolución Ministerial Nro. 0626 del 29 de Octubre de 2002.

Por ello, la necesidad de un documento de análisis, que refleje el resultado de todas las actividades ejecutadas durante los años 2005 – 2010, en el marco de implementar la Estrategia AIEPI en el Departamento de La Paz y disminuir la tasa de mortalidad infantil.

1.2.2. DELIMITACIÓN DEL TEMA

1.2.2.1. COBERTURA TEMPORAL

El período de estudio del comportamiento de la Estrategia AIEPI, su aplicación, gestión, y evaluación en el presente trabajo, comprende los años 2005 hasta el 2010; dado periodo por la importancia significativa del desempeño laboral personal, en el Departamento de La Paz; Del mismo modo es necesario hacer mención y uso de datos anteriores y posteriores, como datos de referencia al documento.

1.2.2.2. COBERTURA ESPACIAL

El ámbito de estudio se centra en el Departamento de La Paz, según se identifican las distintas zonas, agrupadas en 14 Redes Rurales de Salud, 5 Redes Urbanas en el Municipio de La Paz y 4 Redes Urbanas en la ciudad de El Alto; haciendo un total de 23 Redes de Salud. (Ver en ANEXOS Gráfico de la Regionalización de Gerencias de Red).

Cuadro Nro. 1.- Redes de Salud del Departamento de La Paz y su regionalización de acuerdo a Municipios 2005- 2010

REDES DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DE LA PAZ			
Red	Municipio	Red	Municipio
Red Rural 1	San Buena Ventura	Red Rural 11	Catacora
	Ixiamas		Charaña
Red Rural 2	Apolo		Santiago de Machaca
	Aucarpata		Nazacara de Pacajes
	Curva		Calacoto
	Gral. J.J. Pérez (Charazani)		Caquiaviri
	Pelechuco		Comanche
	Ayata		Coro Coro
	Chuma	Red Rural 12	Santiago de Callapa
Red Rural 3	Mocomoco		Papel Pampa
	Puerto Acosta		Patacamaya
	Puerto Carabuco		San Pedro de Curahuara
Red Rural 4	Achacachi		Sica Sica (Villa Aroma)
	Ancoraimas		Umala
	Combaya		Chacarilla
	Sorata	Red Rural 13	Ayo Ayo
	Tacacoma		Calamarca
	Quiabaya		Collana
Red Rural 5	Batallas		Colquencha
	Copacabana		Sapahaqui
	Pucarani		Waldo Ballivian
	Puerto Pérez	Red Rural 14	Luribay
	San Pedro de Tiquina		Cairoma
	Tito Yupanqui (Parquipujo)		Malla
Red Rural 6	Achocalla		Yaco
	Mecapaca	Red Rural 15	Cajuata
	Palca		Colquiri
	Viacha		Ichoca
Red Rural 7	Caranavi		Quime
	Guanay		Licoma Pampa
	Mapiri		Inquisivi
	Teoponte	Red Urb La Paz	Sur Oeste
	Tipuani	Red Urb La Paz	Sur
	Palos Blancos	Red Urb La Paz	Nor Oeste
Red Rural 8	Chulumani (V. De la Libertad)	Red Urb La Paz	Este
	Coripata	Red Urb La Paz	Norte Central
	Coroico	Red Urb El Alto	Boliviano Holandes
	Irupana (Villa de Lanza)	Red Urb El Alto	Corea
	La Asunta	Red Urb El Alto	Los Andes
	Yanacachi	Red Urb El Alto	Lotes y servicios
Red Rural 9	Desaguadero		
	Guaqui		
	Laja		
	Taraco		
	Tiahuanacu		
	Jesus de Machaca		
	San Andrés de Machaca		

Elaboración Propia de acuerdo a información del SNIS

1.2.3. DELIMITACION DE CATEGORIAS Y VARIABLES ECONOMICAS.

1.2.3.1. CATEGORIAS ECONOMICAS

Economía de la Salud

Población Beneficiaria

1.2.3.2. VARIABLES ECONOMICAS

Gasto Público en Salud

Población menor de 5 años en el Departamento de La Paz

Personal médico y Recursos humanos en Salud

Tasa de Mortalidad Infantil

1.3. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

El problema identificado es la deficiente Gestión de los recursos económicos y financieros en la implementación de la Estrategia de Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia AIEPI, en el Departamento de La Paz, con el fin de disminuir las altas tasas de mortalidad infantil y la mejora continua de la atención en salud al niño y niña menor de 5 años.

Por ello nos enfrentamos a una persistente gestión burocrática de las solicitudes de fondos, su atención poco oportuna de acuerdo a presupuesto asignado y el reducido número de recursos humanos capacitados para la administración, gestión y rendición de cuentas de acuerdo a la normativa establecida de los fondos del Programa. (Ver Anexos CIRCUITO DE PROCEDIMIENTO PARA UNA SOLICITUD DE FONDOS, PROCEDIMIENTO REGULAR)

De acuerdo con autoevaluaciones de los diferentes programas de atención en salud del SEDES La Paz, en particular del Programa niño y niña menor de 5 años, escolar y adolescente, éste problema ocasiona ineficiencia en la atención del niño niña menor de cinco años frente a la mortalidad infantil, y enfermedades prevalentes en la infancia. Ya que la población en su conjunto no tiene acceso a actividades de

promoción, prevención, diagnósticos oportunos para ser aplicados tanto por el personal de salud, como por los miembros del hogar bajo respaldo político de autoridades nacionales de salud que estén en condiciones de aplicar los procedimientos que establece la misma, para la atención de menores de cinco años y de la población en general. Todo ello se traduce en la insatisfacción de los usuarios del Sistema Departamental de Salud.

1.4. IDENTIFICACIÓN DE SOLUCIÓN AL PROBLEMA

Bolivia ha venido demostrando en los últimos años un auténtico deseo de poner término al problema de la mortalidad infantil en el país, haciendo esfuerzos, a pesar de sus limitados recursos. En respuesta, la implementación de la Estrategia AIEPI⁴ se contempla, entre otros beneficios, a aumentar la cobertura de atención y a mejorar el conocimiento y las prácticas de cuidado y atención de los menores de cinco años en el hogar, de forma de contribuir a un crecimiento y desarrollo saludables. Para lograr la adecuada implementación de la Estrategia vale la pena subsanar las dificultades mencionadas anteriormente.

Por ello, la solución al problema encontrado es: La creación de un Sistema de Gestión, Ejecución, Control, Evaluación y Capacitación Administrativa para el Programa Menor de 5 años, Escolar y Adolescente que se encargue de la elaboración y ejecución de los compromisos de gestión, diferentes actividades que enmarcan la implementación de la Estrategia AIEPI; de fortalecimiento de los servicios de salud, de capacitaciones al personal en salud del Departamento.

Enfrentando de manera oportuna la gestión de fondos asignados al Programa, gestión, administración eficiente de fondos de Cooperación Internacional, y de la gestión continua de búsqueda de recursos económicos con las Organizaciones no Gubernamentales quienes proporcionan financiamiento, tecnología y capacitación a ciertos requerimientos de la Estrategia AIEPI para apoyar la meta propuesta.

⁴ Estrategia que se viene implementando en Bolivia, a cargo de los Servicios Departamentales de Salud, y del Ministerio de Salud y Deportes.

1.5. DETERMINACIÓN DE LOS OBJETIVOS

1.5.1. OBJETIVO GENERAL

- Evaluar la Estrategia AIEPI, la administración de recursos económicos en su implementación en el departamento de La Paz.

1.5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analizar el presupuesto del sector que viabilice el alcance de objetivos de la Estrategia AIEPI en el Departamento de La Paz.
- Determinar la cobertura de beneficiarios de la Estrategia AIEPI en el Departamento de La Paz.
- Conocer la calidad de atención y recursos humanos disponibles en el Departamento, que posibiliten la buena función profesional de los especialistas en la atención del menor de cinco años.
- Evaluar si la Estrategia AIEPI frena las altas tasas de mortalidad en niños y niñas menores de cinco años.

1.6. MARCO TEÓRICO

1.6.1. MARCO CONCEPTUAL

Para la realización de la presente memoria laboral es necesario distinguir y explicar diversos conceptos y definiciones que se van a emplear en el desarrollo del trabajo, sean éstos como:

1.6.1.1. Desarrollo Humano

Se ha definido el desarrollo humano como la ampliación de las oportunidades que tienen las personas de poder acceder a una vida más larga, más saludable y más plena⁵.

El comportamiento de diferentes estrategias confirma la necesidad de dar prioridad al desarrollo humano para alcanzar un ciclo virtuoso de crecimiento y más desarrollo

⁵ En el primer informe del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) sobre desarrollo humano se expresa: "El objetivo básico del desarrollo humano es crear un ambiente propicio para que los seres humanos disfruten de una vida prolongada, saludable y creativa" (PNUD, 1990, p. 31) y se define el desarrollo humano como "un proceso en el cual se amplían las oportunidades del ser humano" (ibid., p. 34).

humano. No hay duda alguna de que existe una firme relación recíproca entre ambos. Por una parte, el crecimiento económico proporciona los recursos que permiten mejorar ininterrumpidamente el desarrollo humano; por la otra, el mejoramiento de la calidad de recurso humano contribuye de manera importante al crecimiento económico.

El presente trabajo centra la atención en un limitado subgrupo de opciones, orientadas concretamente a la salud. Así contamos con la existencia de un firme respaldo empírico a la idea de que a medida que las personas se tornan más sanas, mejor alimentadas y más instruidas, contribuyen más al crecimiento económico. Se ha demostrado que el mejoramiento de la salud y de la nutrición influye directamente en la productividad de la mano de obra, especialmente entre las personas más pobres y más si son previstas a edades tempranas, en éste marco, la morbilidad tiene efectos negativos en la productividad.

El desarrollo humano desde el punto de vista del PNUD⁶ abarca los ODM⁷ y mucho más allá, pero éstos constituyen un referente crucial para medir el progreso hacia la creación de un nuevo orden mundial más justo, menos empobrecido e inseguro. A partir de los compromisos de la Cumbre del Milenio, los organismos internacionales utilizan el marco de los ODMs para implementar estrategias de cooperación técnica y ayuda financiera.

1.6.1.2. Gestión Pública

La Gestión Pública es un conjunto de instancias, instituciones, normas y procedimientos para el funcionamiento del sector público, que funciona a través de un conjunto de sistemas para planificar, programar, organizar, ejecutar y controlar.

La Ley N° 1178⁸, incorpora al ordenamiento jurídico administrativo nacional un contenido integral del concepto de la responsabilidad del servidor público, que no se

⁶ Programa de Naciones Unidas Para el Desarrollo

⁷ Objetivos de Desarrollo del Milenio. ODMs.

⁸ Haciendo referencia a la Adquisición de Bienes y servicios para la implementación de la Estrategia AIEPI, y la Gestión de fondos preesupuestados.

agota en el cumplimiento de formalidades, procedimientos, empleo o destino de los recursos que le fueron confiados, puesto que también abarca a la toma de decisiones por parte de los ejecutivos de las entidades y los resultados obtenidos en el manejo e inversión de los recursos del Estado.

Así mismo, se indaga los sistemas de gestión pública: Sistema de Programación de Operaciones (SPO), Sistema de Organización Administrativa (SOA), Sistema de Organización de Personal (SOP) y Sistema de Administración de Bienes y Servicios (SABS).

1.6.1.3. Gestión de Recursos Humanos

La Gestión de Recursos Humanos es una Estrategia que subraya la importancia de la relación individual frente a las relaciones colectivas entre gestores o directivos y trabajadores. La Gestión de Recursos Humanos se refiere a una actividad que depende menos de las jerarquías, órdenes y mandatos, y señala la importancia de una participación activa de todos los trabajadores de la institución. El objetivo es fomentar una relación de cooperación entre los directivos y los trabajadores para evitar los frecuentes enfrentamientos derivados de una relación jerárquica tradicional. Cuando la GRH funciona correctamente, los empleados se comprometen con los objetivos a largo plazo de la organización, lo que permite que ésta se adapte mejor a los cambios.

1.6.1.4. Seguridad Social

El Estado debe ejecutar determinadas políticas sociales que garanticen y aseguren el bienestar de los ciudadanos en determinados marcos como el de la sanidad, la educación y en general todo el aspecto posible de seguridad social. Estos programas gubernamentales, financiados por presupuestos estatales, deben tener carácter gratuito con el fin de proteger a los habitantes de la república de las contingencias de enfermedades y accidentes, de cualquier otro riesgo que pueda ser objeto de previsión social.

La seguridad social debe velar porque las personas que están en la imposibilidad reobtener un ingreso o que deben asumir responsabilidades financieras, puedan seguir satisfaciendo sus necesidades, proporcionándoles, a tal efecto, recursos financieros o determinados servicios.

1.6.1.5. Estrategia de Atención Integrada de las enfermedades Prevalentes de la Infancia AIEPI, por la OPS / OMS⁹

Es preocupación de los hacedores de políticas, la búsqueda de estrategias que apoyen a mejorar la salud infantil y así brindar a nuestra niñez los medios para crecer y desarrollar sin limitaciones de acceso a una adecuada atención; en éste sentido, es de prioridad el control de las enfermedades que con mayor frecuencia afectan la salud del niño y ponen en riesgo su vida y su capacidad funcional.

Como respuesta a éste problema se implementó la Estrategia de Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia AIEPI elaborada y desarrollada por la OMS / OPS y UNICEF a principios de los años 90 mundialmente y en la región de las Américas fue presentada de manera oficial por la OPS en febrero de 1996, en el cual representantes de 18 países entre ellos Bolivia expresaron su apoyo a la Estrategia AIEPI, que concentra actividades de promoción, prevención, diagnósticos oportunos para ser aplicados tanto por el personal de salud del primer nivel de atención, como por los miembros del hogar bajo respaldo político de autoridades nacionales de salud.

Las intervenciones de la estrategia AIEPI están orientadas a lograr mejoras en los tres siguientes componentes:

- a) Habilidades del trabajador de salud, principalmente del primer nivel de atención que atiende casos de niños menores de cinco años,
- b) Sistema de salud que permita un acceso fácil, disponibilidad de equipamiento, medicamentos y otros insumos, funcionamiento del sistema de referencia y contra-referencia favoreciendo la atención de calidad y

⁹ Breve resumen del enfoque integrado de la Estrategia AIEPI de acuerdo con la OPS/DMS.

c) Prácticas de la familia y la comunidad respecto a las enfermedades infantiles con un reconocimiento pronto de los signos de peligro, búsqueda de ayuda oportuna, cumplimiento de las indicaciones y aplicación de medidas de prevención y promoción de la salud.

La implementación de la estrategia AIEPI tiene tres componentes :

1. Mejorar el desempeño del personal de salud para la atención de los menores de cinco años y sus familias (componente de personal de salud).

2. Mejorar la organización y el funcionamiento de los servicios de salud para brindar una atención eficiente y de calidad adecuada (componente de servicios de salud).

3. Mejorar los conocimientos y las prácticas de las familias para el cuidado y atención de las niñas y niños en el hogar (componente comunitario).

El Componente Clínico es desarrollado por personal de salud calificado, y el Componente Comunitario por las y los ACS (Agentes Comunitarios de Salud, Manzaneras de la Salud, Responsables Populares de Salud, Voluntarios, etc.)

Así, la estrategia de AIEPI Comunitario, se ocupa principalmente de dar a conocer los cuidados que deben seguirse en el hogar y la comunidad para prevenir enfermedades y promover estilos de vida saludables para menores de 5 años. La Estrategia de AIEPI Neonatal Comunitario es la que trata sobre la salud, los cuidados de las y los bebés que nacen hasta que cumplen 28 días.

Todas estas actividades son el por qué en Bolivia, más de la mitad de las muertes de niños y niñas menores de un año (60%)¹⁰ ocurren en el primer mes de vida. Ésta situación nos plantea la necesidad de desarrollar acciones que favorezcan la atención oportuna de madres embarazadas y de las y los bebés recién nacidos. Lo que es fundamental para:

¹⁰ Según datos e información de la OPS/DMS.

- Promocionar y orientar sobre los cuidados más importantes en el hogar y la comunidad
- Detectar oportunamente señales de peligro
- Hacer la referencia inmediata para prevenir complicaciones

AIEPI puede ser aplicada tanto por el personal de salud como por otras personas que tienen a su cargo el cuidado y atención de niños y niñas menores de cinco años, entre ellos, los padres.

Sobre esta base, la AIEPI es considerada en la actualidad como la estrategia más oportuna para reducir la carga de enfermedad y discapacidad en la población, y contribuir a un crecimiento y desarrollo saludables durante los primeros cinco años de vida¹¹.

1.6.2. MARCO LEGAL

Con el propósito de contribuir con la Normativa Legal, se tiene una descripción y análisis de las normas y leyes relativas al presente trabajo y la aplicación de la estrategia AIEPI en el Departamento de La Paz.

El SEDES¹² desarrolla sus actividades en el marco del ordenamiento legal que rige el Sistema Nacional de Salud así como en el marco de la Nueva Constitución Política del Estado, las Leyes Nro.1178 de Administración y Control Gubernamental, Nro. 1654 de Descentralización Administrativa, entre otras.

1.6.2.1. La Constitución Política del Estado y la Salud

La constitución Política del Estado¹³ expresa en el artículo 18º:

I. Todas las personas tienen derecho a la salud:

¹¹ La Estrategia AIEPI, es la norma de atención para el niño y niña menor de cinco años en el sistema público de Salud en Bolivia.

¹² Servicio Departamental de Salud La Paz

¹³ Constitución Política del Estado Plurinacional 2009

II. El Estado garantiza la inclusión y el acceso a la salud de todas las personas, sin exclusión ni discriminación alguna

III. 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 y se desarrolla mediante políticas públicas en todos los niveles de gobierno.

Y de manera más específica; en la Sección II. Derecho a la Salud y a la Seguridad Social, en sus Artículos 35°

I. El Estado en todos sus niveles, protegerá el derecho a la salud, promoviendo políticas públicas orientadas a mejorar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso gratuito de la población a los servicios de salud.

II. El sistema de salud es único e incluye a la medicina tradicional de las naciones y pueblos indígena originario campesinos.

Artículo 36. I. El Estado garantizará el acceso al seguro universal de salud.

II. El Estado controlará el ejercicio de los servicios públicos y privados de salud, y lo regulará mediante ley.

Artículo 37. El Estado tiene la obligación indeclinable de garantizar y sostener el derecho a la salud, que se constituye en una función suprema y primera responsabilidad financiera. Se priorizará la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.

Artículo 38. I. Los bienes y servicios públicos de salud son propiedad del Estado y no podrán ser privatizados ni concesionados.

II. Los servicios de salud serán prestados de forma ininterrumpida.

Artículo 39. I. El Estado garantizará el servicio de salud público y reconoce el servicio de salud privado; regulará y vigilará la atención de calidad a través de auditorías

médicas sostenibles que evalúen el trabajo de su personal, la infraestructura y el equipamiento, de acuerdo con la ley.

II. La Ley sancionará las acciones u omisiones negligentes en el ejercicio de la práctica médica.

Artículo 40. El Estado garantizará la participación de la población organizada en la toma de decisiones, y en la gestión de todo el sistema público de salud.

Artículo 41. I. El Estado garantizará el acceso de la población a los medicamentos.

II. El Estado priorizará los medicamentos genéricos a través del fomento de su producción interna y, en su caso, determinará su importación.

III. El Derecho a acceder a los medicamentos no podrá ser restringido de los derechos de propiedad intelectual y comercialización, y contemplará estándares de calidad y primera generación.

Artículo 42. I. Es responsabilidad del Estado promover y garantizar el respeto, uso, investigación y práctica de la medicina tradicional, rescatando los conocimientos y prácticas ancestrales desde el pensamiento y valores de todas las naciones y pueblos indígena originario campesinos.

II. La promoción de la medicina tradicional incorporará el registro de medicamentos naturales y de sus principios activos, así como la protección de su conocimiento como propiedad intelectual, histórica, cultural, y como patrimonio de las naciones y pueblos indígena originario campesinos.

III. La ley regulará el ejercicio de la medicina tradicional y garantizará la calidad de su servicio.

Artículo 43. La Ley regulará las donaciones o transplantes de células, tejidos u órganos bajo los principios de humanidad, solidaridad, oportunidad, gratuidad y eficiencia.

Artículo 44. I. Ninguna persona será sometida a intervención quirúrgica, examen médico o de laboratorio sin su consentimiento o el de terceros legalmente autorizados, salvo peligro inminente de su vida.

II. Ninguna persona será sometida a experimentos científicos sin su consentimiento.

Es en ese marco que el Estado Plurinacional asume la responsabilidad de la salud y bienestar de toda la población delegada al Ministerio de Salud y Deportes como ente normador.

1.6.2.2. Ley Nº 1551 de Participación Popular

La ley de Participación Popular transfiere la infraestructura física a título gratuito y derecho propiedad a los gobiernos municipales, los bienes muebles e inmuebles de los servicios públicos de salud y deportes, hospitales de segundo y tercer nivel, centros de salud, puestos sanitarios y campos deportivos.

Para efecto de la aplicación de la ley de Participación Popular, la infraestructura de salud comprende el primer nivel de salud que corresponde a los puestos sanitarios, puestos médicos y centros de salud; el segundo nivel de atención, que son los hospitales generales en los que se desarrolla las cuatro especialidades básicas; el tercer nivel de atención, corresponde a los institutos especializados y a los hospitales generales regionales que desarrollan especialidades básicas y las subespecialidades inherentes a ellos.

Los medicamentos de los Programas de Salud Pública con carácter gratuito, serán cubiertos por el T.G.N.

El Poder Ejecutivo es el responsable de normar y definir las políticas nacionales para los sectores de Salud, regir los servicios técnico- médico profesionales en la salud. Así como todo el personal docente, administrativo y técnico especializado, responsable de ejecutar dichas políticas, queda bajo la dependencia del Gobierno Nacional quien deberá reminorarlos asegurando así la unidad en la prestación de estos servicios sociales.

Las competencias municipales son:

- a) Administrar y controlar el equipamiento, mantenimiento y mejoramiento de los bienes muebles.
- b) Dotar el equipamiento mobiliario, material, insumos, suministros incluyendo medicamentos y alimentos en los servicios de salud.
- c) Fiscalizar, supervisar y proponer el cambio o la ratificación de las autoridades en el área de salud pública.

Los suministros y gastos de alimentación de los centros hospitalarios y de salud serán cubiertos por ingresos propios y por los gobiernos municipales a cuenta de la participación tributaria. Los recursos generados por los servicios hospitalarios serán administrados por el Gobierno Municipal.

1.6.2.3. Ley Nº 1654 de Descentralización Administrativa

La descentralización Administrativa del Poder Ejecutivo a nivel departamental, como un sistema unitario de la República, en la transferencia y delegación de atribuciones de carácter técnico administrativo establece la estructura organizativa a nivel departamental, el régimen de recursos económicos, financieros en forma directa y cercana a la población.

El Prefecto, actual Gobernador Departamental; en el régimen de descentralización administrativa, tiene las siguientes atribuciones respecto al sector de salud:

- a) Administrar los recursos económicos y financieros y los bienes de dominio y uso departamental.
- b) Formular y ejecutar los planes departamentales de desarrollo económico social, de acuerdo a las normas del Sistema Nacional de Planificación; en coordinación con los Gobiernos Municipales del Departamento y el Ministerio de Desarrollo Sostenible y Medio Ambiente, en el marco del Plan General de Desarrollo Económico y Social de la República.
- c) Formular y ejecutar programas y proyectos de inversión pública en el marco del plan departamental de desarrollo y de acuerdo a las normas del Sistema

Nacional de Inversión Pública y la Régimen Económico financiero de la presente ley, en las áreas de: programas de asistencia social, Programas de fortalecimiento municipal y otros concurrentes con los Gobiernos Municipales.

- d) Administrar, supervisar y controlar, por delegación del Gobierno Nacional, los recursos humanos y las partidas presupuestarias asignadas al funcionamiento de los servicios personales de educación, salud y asistencia social en el marco de las políticas y normas para la provisión de estos servicios.

La organización y gestión de los servicios de salud deben adoptar, en adecuación a las Leyes 1551 y 1654, una modalidad de gestión descentralizada y compartida.

Es necesario atender los requerimientos de salud de la población en forma equitativa, eficaz, eficiente y con calidad, que los servicios se organicen y funcionen como un sistema escala nacional, en una red articulada de servicios por niveles de atención, manteniendo y reforzando la unidad normativa y técnica a cargo del nivel central.

1.6.2.4. Ley N° 2028 de Municipalidades

La autonomía municipal, ejercida por el Gobierno Municipal tiene la potestad normativa, fiscalizadora ejecutiva, administrativa y técnica, ejercida en:

- a) La Libre elección de las autoridades municipales
- b) La facultad de generar, recaudar e invertir recursos
- c) La potestad de dictar Ordenanzas y Resoluciones determinando así las políticas y estrategias municipales y
- d) La programación y ejecución de toda gestión jurídica, administrativa, técnica, económica, financiera, cultural y social.

Así mismo, las competencias del gobierno Municipal son:

- a) **En materia de Desarrollo Humano Sostenible**, son planificar y promover el desarrollo humano sostenible, promover la participación de todos los sectores e instituciones, sancionar en el marco de sus competencias los daños a la

salud pública y al medio ambiente, supervisar el desempeño de las autoridades, personal docente, médico, paramédico y administrativo del sector salud; promoviendo a la autoridad departamental correspondiente la ratificación por buenos servicios o la remoción por causa justificada, contribuir para la otorgación de prestaciones de salud a la niñez, a las mujeres, a la tercera edad, a los discapacitados y a la población en general.

- b) **En materia de infraestructura**, debe construir, equipar y mantener la infraestructura en el sector de salud y deportes, otorgar concesiones al sector privado, estableciendo mecanismos de financiamiento. Normar, regular, controlar y fiscalizar la prestación de servicios públicos y recursos económicos otorgados al sector privado en el área de su jurisdicción, en el marco de sus competencias y de acuerdo con normas nacionales. Administrar el equipamiento y mantenimiento de los bienes muebles e inmuebles de propiedad del municipio.
- c) **En materia administrativa y financiera**, debe supervisar es uso del equipamiento, mobiliario, material didáctico, medicamentos, alimentos y otros insumos que usan los servicios de educación y salud bajo su tuición, así como suministrar y administrar dichos bienes, cuando corresponda.
- d) **En materia de defensa del consumidor**, debe supervisar el cumplimiento de las normas y condiciones higiénicas de sanidad en la elaboración, transporte y venta de productos alimenticios, decomisar y destruir sin derecho a compensación alguna para los infractores, los bienes de consumo humano o animal que generen o puedan generar condiciones patológicas de cualquier naturaleza en individuos o poblaciones humanas o animales.
- e) **En materia de servicios**, debe otorgar en concesión, controlar, regular y planificar la prestación de obras, servicios públicos y explotaciones económicas en su jurisdicción cuando tenga competencia para ello.

1.6.2.5. Ley N° 3351 Organización del Poder Ejecutivo

La Ley 3351, denominada Ley de Organización del Poder Ejecutivo LOPE, es la que establece el diseño estructural y las competencias básicas de los diferentes órganos

del poder ejecutivo. Dentro de este contexto normativo define al Ministerio de Salud y Deportes las siguientes atribuciones específicas:

- a) Formular las políticas de los Sistemas Nacionales de Salud y de Seguridad a Corto Plazo
- b) Formular políticas y ejecutar programas de prevención y control de enfermedades
- c) Formular políticas y ejecutar programas de promoción de la salud con participación activa de la población.
- d) Formular políticas y ejecutar programas de alimentos y nutrición.
- e) Vigilar el cumplimiento de normas relativas a la salud pública.
- f) Formular políticas y ejecutar programas de prevención, rehabilitación y reinserción de dependientes de droga, tabaco y alcohol.
- g) Formular políticas y programas que fomenten las actividades deportivas, formativas, competitivas, profesionales y de recreación, promoviendo la salud física y mental.
- h) Reglamentar, supervisar y fiscalizar el funcionamiento de los SEDES para el cumplimiento de las políticas nacionales de salud.
- i) Coordinar acciones técnicas y económicas con la cooperación internacional en el área de la salud

1.6.2.6. Ley Nº 1178 Ley de Administración y Control Gubernamental

La Ley 1178, más conocida como la Ley SAFCO y los Decretos Supremos 23215 y 23318-A, reglamentarios del ejercicio de las atribuciones de la Contraloría General de la República y de la responsabilidad por la función pública, respectivamente.

Uno de los aspectos importantes de dicha Ley es la determinación de cinco órganos rectores, que tiene la atribución de formulación de las normas Básicas de los Sistemas de Administración Pública y Control, a fin de cada institución elabore, de acuerdo a su naturaleza y finalidad, los reglamentos específicos para su implantación y funcionamiento.

La Ley incorpora al ordenamiento jurídico administrativo nacional un contenido integral del concepto de la responsabilidad del servidor público, que no se agota en el cumplimiento de formalidades, procedimientos, empleo o destino de los recursos que le fueron confiados, puesto que también abarca a la toma de decisiones por parte de los ejecutivos de las entidades y los resultados obtenidos en el manejo e inversión de los recursos del Estado.

1.6.2.7. Ley Nº 2426 Seguro Universal Materno Infantil

Se creó el Seguro Universal Materno Infantil en todo el territorio nacional con carácter universal, integral y gratuito, para otorgar las prestaciones de salud en los niveles de atención del Sistema Nacional de salud y del Sistema de Seguridad Social de Corto Plazo a: las mujeres embarazadas desde el inicio de la gestación hasta los 6 meses posteriores al parto. De la misma manera a los niños y niñas desde su nacimiento hasta los 5 años de edad. Éste seguro es una prioridad de la Estrategia boliviana de Reducción a la Pobreza.

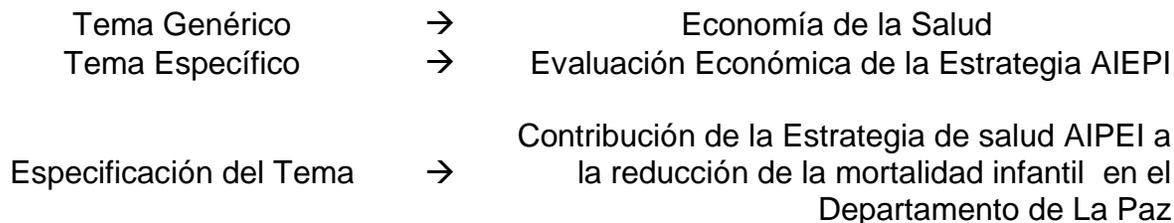
La modalidad de financiamiento está compuesto por El Tesoro General de la Nación, quien financia la totalidad del costo de recursos humanos que sean requeridos para la implementación del SUMI. El 10% de los Recursos de la Participación Popular (Coparticipación Tributaria Municipal) para el financiamiento de insumos, servicios no personales y medicamentos esenciales del SUMI y hasta el 10% de los Recursos de la Cuenta Especial Dialogo 2000 para el financiamiento de insumos, servicios no personales y medicamentos esenciales del SUMI, cuando los recursos de la Participación Popular, señalados en el inciso anterior, serán insuficientes.

El ministerio de Salud y Deportes¹⁴ reglamentará, coordinará y controlará las Redes de Servicios de Salud en todo el territorio nacional, para asegurar las prestaciones del SUMI y el Directorio Local de Salud (DILOS), como la máxima autoridad en la gestión local en cada municipio, responsable de la implementación del SUMI y cumplimiento de la Política Nacional de Salud.

¹⁴ De acuerdo a la Ley Nº 2426 del 21 de Noviembre de 2002, la institución responsable es el Ministerio de Salud y Previsión Social, hoy Ministerio de Salud y Deportes

1.7. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

El siguiente esquema resume los primeros pasos:



1.7.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Considerando el tipo de análisis que requiere el presente trabajo, se cree pertinente recurrir al Método de Investigación Deductivo, ya que el análisis se enfoca en la programación presupuestaria y la ejecutada a nivel departamental para después desglosar el análisis por tipo de gasto.

1.7.2. TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

El presente trabajo se realiza a partir del seguimiento de pasos que comprenden, desde fichas bibliográficas hasta la consulta de diferentes fuentes; tanto primarias (entrevistas), como secundarias (datos estadísticos).

El tratamiento de los datos abarca el análisis de carácter económico de la información principal, así como el análisis de resultados obtenidos a partir del trabajo desempeñado. Es decir, el tipo de trabajo realizado básicamente será el descriptivo, esto quiere decir, cómo es y cómo se manifiesta el fenómeno a ser evaluado, buscando la especificación de las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades a que se ha sometido el análisis.

1.8. JUSTIFICACIÓN

Las condiciones de salud de la población boliviana y por ende la del Departamento de La Paz reflejan aún elevadas cifras de mortalidad infantil, alcanzando niveles que

nos clasifican en altos niveles de pobreza y país en desarrollo en relación a otros países sudamericanos.

Siendo la tasa de mortalidad infantil del menor de 5 años, un indicador sensible que mide el desarrollo de los países porque refleja una variedad de factores tales como salud, nutrición, educación, ingreso económico etc., su valor nos clasifica como un país (departamento) en vías de desarrollo.

Es necesaria una evaluación económica que refleje en qué medida se van cumpliendo los objetivos propuestos por la Estrategia y la reciente incorporación de cambios que deberían beneficiar a la población en su conjunto superando la exclusión social y reduciendo las desigualdades e inequidades económicas y sociales¹⁵.

En el mismo marco, es vital detectar deficiencias e irregularidades en la gestión de recursos económicos y financieros de la Estrategia AIEPI para incorporar efectos de eficiencia en la gestión integral de los recursos para la continuidad de implementación, ampliación y mejora continua en las herramientas que contribuyan a la reducción de la mortalidad infantil y el mejoramiento de la calidad de atención al niño, niña menor de 5 años.

¹⁵ La evaluación de AIEPI se constituye en un instrumento trazador del proceso de mejoramiento de calidad en servicios, para planificar acciones futuras.

CAPÍTULO II

2.1. ANÁLISIS DE LA ESTRATEGIA AIEPI

2.1.1. LA ESTRATEGIA AIEPI

En el mundo, más de 11 millones de niños mueren cada año debido a enfermedades infecciosas y desnutrición. Las cinco principales causas de muerte, que contribuye al 70% de la morbilidad y la mortalidad, son la neumonía, diarrea, desnutrición, enfermedades perinatales, inmunoprevenibles (o una combinación de ellas), siendo las desnutrición un problema que agrava el curso de éstas enfermedades.

La magnitud de la mortalidad debido a éstas cinco causas, no justifican plenamente el enfoque integrado de AIEPI, ya que en el pasado estas enfermedades eran enfrentadas mediante programas específicos. La racionalidad de AIEPI se basa en el hecho de que muchos niños y niñas presentan signos y síntomas relacionados a más de una de las enfermedades, hacen que un solo diagnóstico no sea lo más apropiado. De manera que el enfoque integrado de AIEPI responde a la necesidad de ir más allá de los programas que responden a una sola enfermedad y considerar la salud del niño de manera integral.¹⁶

Sin duda la salud de los niños y niñas es una prioridad para Bolivia y lo ha sido desde hace mucho tiempo. Sin embargo, no podremos negar la dura realidad de que un número considerable de niños y niñas mueren antes de cumplir los cinco años de edad y que existe un número no determinado de niños y adultos que sufren las consecuencias de la desnutrición o de alguna enfermedad padecida durante la etapas iniciales de la vida. Lo más doloroso de todo, es que la mayor parte de éstas muertes o discapacidades pudieron ser evitadas.

La muerte o la discapacidad de la niñez, son producto de inequidades sociales que, si bien se visibilizan en el sector salud con mayor intensidad, reflejan el hecho de que

¹⁶ OPSOMS, Dr. Dilberth Cordero Valdivia, Dra. Martha Mejía Soto "Análisis del Proceso de la Implementación de la Estrategia AIEPI en Bolivia", Bolivia 2002.

la sociedad en su conjunto no ha tenido la capacidad de responder con las medidas apropiadas (prevención, promoción y tratamiento) en el momento oportuno. Y las autoridades no realizan las gestiones pertinentes para el buen desempeño de las políticas públicas en beneficio de la sociedad.

Es así que las muertes y las enfermedades de la niñez, no afectan de manera uniforme a toda la población, se concentran en los grupos más pobres, más aislados, con menor acceso a los establecimientos de salud, menor acceso a la educación en general y a la educación en salud en particular.

De ésta manera, la Estrategia AIEPI fue desarrollada a inicios de la década de los 90, por la OMS y UNICEF, fue destinada prioritariamente a países con una mortalidad infantil superior a 40 por 1000 nacidos vivos.

La Estrategia AIEPI combina la mejora de la atención de las enfermedades prevalentes de la niñez con aspectos de nutrición, vacunación, promoción y otros factores que tienen influencia sobre la salud infantil, incluyendo la salud materna.

2.1.2. LOS OBJETIVOS DE AIEPI

- Disminuir la mortalidad del menor de 5 años.
- Disminuir la frecuencia y severidad de las enfermedades prevalentes.
- Contribuir a mejorar el crecimiento y desarrollo del menor de 5 años.
- Mejorar la calidad de la atención del menor de 5 años en los establecimientos de salud.

2.1.3. LAS INTERVENCIONES DE AIEPI

Las intervenciones de AIEPI son curativas, preventivas y de promoción de la salud; que pueden ser aplicadas en el hogar y en los servicios de salud.

2.1.4. LOS COMPONENTES DE AIEPI

Desde su diseño original, la estrategia AIEPI plantea 3 componentes, interrelacionados y sinérgicos. Se requiere un desarrollo armónico de éstos componentes para alcanzar los objetivos y el impacto de la estrategia.

1er. Componente: Mejora del Sistema de Salud,

2do. Componente: Mejora de las aptitudes del personal de salud en la prevención, promoción de la salud y el tratamiento de las enfermedades de la infancia.

3er. Componente: Mejora de las prácticas familiares y comunitarias en cuanto a la salud de los niños

2.1.4.1. Mejora del Sistema de Salud,

Se refiere a crear las condiciones propicias para que la estrategia AIEPI pueda ser aplicada. Incluye, desde lo general a lo particular, el desarrollo de capacidades gerenciales (planificación, dirección, organización, coordinación, control) a todo nivel, de manera que exista coordinación e integración entre programas (Programa Menor de 5 Años, Escolar y Adolescente, Programa Nutrición, Salud Mental, Salud Sexual y Reproductiva, etc.) y entre otras iniciativas (Reforma de Salud, SUMI, etc.), buscando garantizar la existencia de una red de servicios funcional y estructurada, establecimientos de salud que cuenten con insumos básicos, sistemas de información adecuados, personal de salud calificado, etc. Además de la existencia de un plan de implementación y expansión de AIEPI, tanto a nivel central como regional.

2.1.4.2. Mejora de las aptitudes del personal de salud en la prevención, promoción de la salud y el tratamiento de las enfermedades de la infancia.

Éste componente se refiere fundamentalmente a la capacitación en AIEPI del personal de salud, tanto en pre como en post- grado, de quienes trabajan o trabajarán en establecimientos de salud y que serán los responsables de aplicar el modelo integrado de atención que propone la Estrategia.

2.1.4.3. Mejora de las prácticas familiares y comunitarias en cuanto a la salud de los niños

Este componente ha sido el último en desarrollarse y representa el componente comunitario de AIEPI. Promueve las 16 prácticas familiares clave orientadas a

reducir la mortalidad en niños menores de cinco años, así como a un crecimiento y desarrollo saludables.

2.1.5. BENEFICIOS DE LA ESTRATEGIA AIEPI

- Enfoca los principales problemas de la salud de la niñez, éste enfoque es sistemático y ordenado.

- Responde a la demanda, todos los días muchos niños son llevados a los hospitales, centros de salud, farmacias y a agentes comunitarios de salud. Al menos 3 de 4 de éstos niños padecen una de los aspectos enfrentados por AIEPI.

- Es probable que AIEPI tenga el mayor impacto en el estado de salud del niño/a, el Banco Mundial, el año 2003, estimó que AIEPI tiene el mayor potencial para lograr impacto en la carga global de enfermedades.

- Promueve la prevención y el tratamiento, además del tratamiento, existe un importante enfoque hacia intervenciones preventivas, tales como vacunación y mejora de las prácticas alimentarias.

- Promueve ahorro de recursos económicos, un manejo inapropiado de las enfermedades desperdicia los pocos recursos existentes. Pese a que es necesaria una inversión inicial (en capacitación y reorganización), a la larga es evidente el ahorro de recursos.

- Mejora la equidad, si bien casi todos los niños que viven en países desarrollados tienen acceso a servicios de salud que ofrecen una atención apropiada y de calidad, esto no ocurre para muchos niños que viven en países en desarrollo. AIEPI busca evitar esta inequidad.

2.1.6. AIEPI EN EL MUNDO

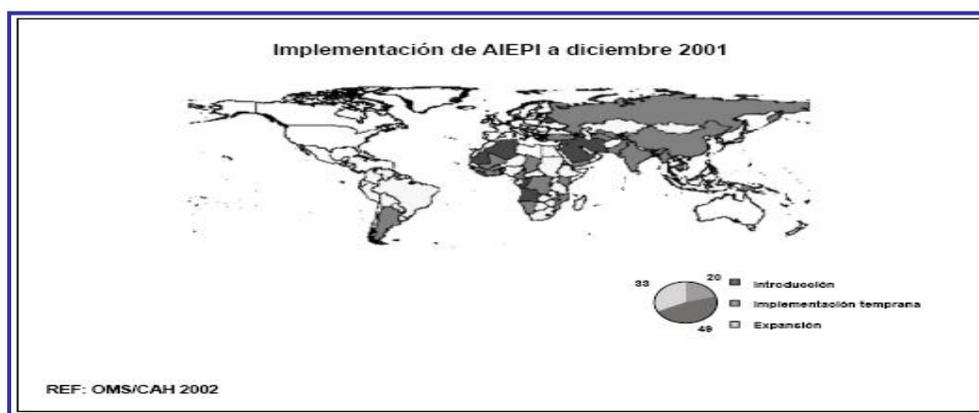
Cabe entonces analizar la importancia de AIEPI a la vista de la situación de salud de la niñez que presentó el Informe sobre la Salud en el Mundo 2002 .

Aproximadamente 1,7 millones de defunciones al año son atribuibles al agua insalubre y a las condiciones deficientes de saneamiento e higiene, principalmente por la diarrea infecciosa resultante. Nueve de cada diez muertes son de niños, y casi todas las muertes se producen en los países en desarrollo.

La carencia de hierro es una de las deficiencias nutricionales más prevalentes en el mundo, pues afecta a 2000 millones de personas, según estimaciones, y se cobra la vida de casi un millón cada año. Los niños pequeños y sus madres son los más frecuentes y gravemente afectados, debido al gran aporte de hierro que se necesita durante el crecimiento infantil y el embarazo.

Según el Estado Mundial de la Infancia 2003, de UNICEF. Diez millones ochocientos tres mil niños menores de cinco años murieron en el mundo durante el año 2001. Los doscientos treinta y un millones niños que nacieron en 2001 tienen una esperanza de vida hasta los 64 años¹⁷.

GRAFICO Nro. 1.- Implementación de AIEPI en el Mundo



¹⁷ OPSOMS, Dr. Dilberth Cordero Valdivia, Dra. Martha Mejía Soto "Análisis del Proceso de la Implementación de la Estrategia AIEPI en Bolivia". Bolivia 2002.

2.1.7. AIEPI EN AMERICA LATINA

540.000 niños menores de cinco años mueren cada año. 170.000 de esas muertes fueron por enfermedades transmisibles, que pueden prevenirse a tiempo¹⁸. Al finalizar el siglo XX una de cada tres muertes de menores de cinco años en el continente americano se debía a enfermedades infecciosas y desnutrición.

Hasta un 70% de las consultas médicas de menores de cinco años se deben a Infecciones Respiratorias Agudas, diarrea y Desnutrición.

Si bien las tasas de mortalidad infantil han venido disminuyendo en la región, existen diversos factores fundamentales que contribuyen a una salud infantil deficiente, a saber, las desigualdades en el acceso a la atención de salud, el bajo porcentaje de nacimientos atendidos por personal capacitado y una salud materna precaria.

La región de América Latina y el Caribe registra un grado considerable de inequidad entre países y dentro de los mismos. Las poblaciones urbanas y rurales pobres, los pueblos indígenas y los descendientes de africanos tienen tasas de alfabetización inferiores, un acceso menor a infraestructura básica y una cobertura insuficiente en cuanto a servicios sanitarios esenciales para la madre, el recién nacido y el niño y niña. Estas inequidades a menudo se agudizan en las poblaciones marginales que pertenecen a más de uno de estos grupos.

La finalidad de la Estrategia de América Latina y el Caribe para reducir la mortalidad y morbilidad es promover las intervenciones basadas en la evidencia para la atención del niño y niña menor de cinco años en las comunidades y en los servicios de salud, haciendo un énfasis en los grupos de población más vulnerables y marginados. La estrategia aprovecha la estrecha relación entre la salud del niño y la madre. Buscando brindar orientación a las instancias normativas y autoridades sanitarias

¹⁸ OPSOMS, Dr. Dilberth Cordero Valdivia, Dra. Martha Mejía Soto "Análisis del Proceso de la Implementación de la Estrategia AIEPI en Bolivia", Bolivia 2002.

para establecer prioridades, movilizar recursos y coordinar esfuerzos a fin de mejorar la salud infantil.

2.1.8. AIEPI EN BOLIVIA

Bolivia inició las actividades relacionadas con la implementación de AIEPI el año 1996.

Algunos hitos significativos de AIEPI en Bolivia fueron:

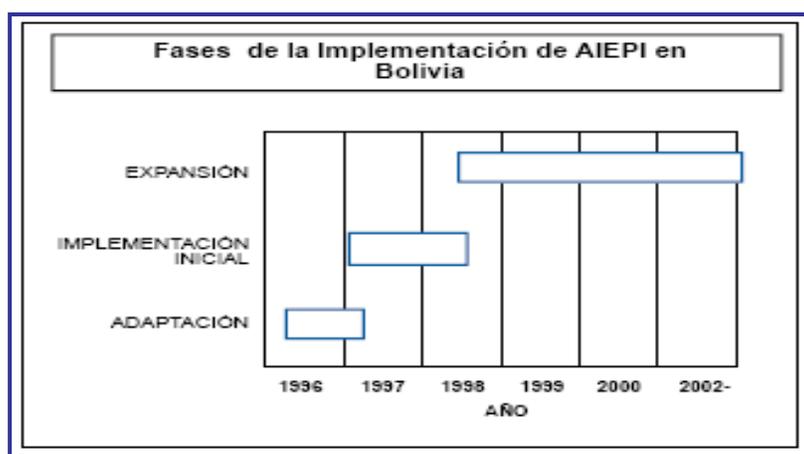
- Manifiesto de Santa Cruz, febrero 1996. Este manifiesto es el producto del consenso de 18 países de Latinoamérica, que se comprometieron a la implementación de AIEPI, entre ellos Bolivia.
- Seguro de Maternidad y Niñez, 1996. Enfocado hacia al atención de diarreas, infecciones respiratorias agudas y problemas neonatales y promovió un enfoque integrado.
- Conformación del equipo coordinador general, marzo 1996. Estuvo compuesto por técnicos del Ministerio de Salud (Materno-Infantil). OPS/OMS y BASICS.
- Capacitación del primer grupo de facilitadores nacionales en Etiopía (mayo 1996) y Lima (Septiembre y Octubre 1996).
- Conformación de equipos de expertos para la adaptación nacional de materiales genéricos de AIEPI julio 1996.
- Primera adaptación nacional de materiales AIEPI, septiembre 1996 y Primer curso nacional de AIEPI.
- Cursos para personal operativo de distritos iniciales, junio 1997 a febrero 1998. Los distritos iniciales fueron: Altiplano Valle Sur en La Paz, Chiquitanía Centro y Valles Cruceños en Santa Cruz.
- Apoyo de la Sociedad Boliviana de Pediatría, desde 1996.
- Primer curso para estudiantes de pregrado de la facultad de Medicina UMSA, 1998.
- Adecuación de materiales de capacitación para auxiliares de enfermería (Curso Complementario AIEPI) 1998.
- Estudio de línea de base de medicamentos AIEPI en 40 municipios. 1998.

- Evaluación mundial de AIEPI en servicios de Salud: Primera Prueba mundial, abril 1999. Contó con la presencia de técnicos nacionales e internacionales (Perú, Rep. Dominicana, Ecuador, Argentina, OPS/Washington, OMS/Ginebra, BASICS/Washington).
- Incorporación de AIEPI en el Seguro Básico de Salud, 1999.
- Primera adaptación de la versión genérica de materiales de AIEPI-Comunitario OPS, 1999 100.000 niños en las Américas mediante la estrategia AIEPI. Mayo de 2000.

2.1.9. LAS FASES DE LA IMPLEMENTACION DE AIEPI EN BOLIVIA

La implementación de AIEPI tiene 3 fases; el cronograma de estas fases se muestra en la siguiente figura:

GRAFICO Nro. 2.- Implementación de AIEPI en Bolivia



Fuente. I. OPSOMS, Dr. Dilberth Cordero Valdivia, Dra. Martha Mejia Soto "Análisis del Proceso de la Implementación de la Estrategia AIEPI en Bolivia", Bolivia 2002.

Fase I, Adaptación de materiales.- La versión genérica de los materiales de AIEPI clínico /OPS, llegó al país a mediados de 1996. El trabajo de adaptación fue realizado por un equipo nacional compuesto por técnicos de la Secretaría de Salud, OPS/OMS, BASICS y miembros de la Sociedad Boliviana de Pediatría.

El proceso de adaptación de los materiales AIEPI, se inició en mayo 1996 y duró hasta diciembre del mismo año; en este proceso se realizaron investigaciones para

definir las recomendaciones nutricionales de la tarjeta para la madre en 3 regiones (altiplano, valles y llanos)

En diciembre de 1996 se realizó el primer curso nacional AIEPI, en el cual se validaron los materiales adaptados y se capacitaron 25 facilitadores, nacionales e internacionales. El año 1998 se realizó una adecuación de los materiales adaptados, incorporando metodologías educativas para adultos; este curso está orientado a personal de salud no profesional (auxiliares de enfermería) y es el que aún se emplea para capacitar a este recurso humano.

Fase II, Implementación Inicial.- A partir de junio de 1997 comenzó la fase de implementación inicial. Se seleccionaron 3 distritos (Altiplano Valle Sur de La Paz, Chiquitanía Centro y Valles Cruceños, ambos de Santa Cruz). En estos distritos se capacitó a más del 80% de personal operativo y se alcanzó un porcentaje de visitas de seguimiento del 96%, consolidándose el diseño del sistema de seguimiento y monitoreo después de la capacitación AIEPI (incluye instrumentos, metodologías, flujo de información, etc.). La fase de implementación inicial duró hasta aproximadamente junio de 1998.

En abril 1999, se realizó la primera prueba mundial de evaluación de AIEPI en servicios de salud, en la cual se evaluó una muestra de servicios de salud de los distritos iniciales. Entre los resultados más sobresalientes se puede mencionar: mejora en las habilidades clínicas del personal en comparación con la línea de base de 1997, la aplicación de AIEPI revela que el enfoque de la consulta es integral reflejando un cambio cualitativo en la atención al menor de cinco años; este enfoque ha permitido la identificación de enfermedades no reconocidas por la madre y habitualmente tampoco identificadas por el personal que hace únicamente "control de niño sano".

Fase III, expansión.- La fase de expansión se inició el primer trimestre del año 1998, con el documento "Plan Nacional AIEPI. Año II de la implementación. Fase de

Expansión, Bolivia 1998”. Este Plan Nacional, es el producto de un taller nacional, que contó con el apoyo del Comité Interagencial AIEPI coordinado por UNAP y compuesto por OPS/OMS, BASICS, UNICEF, CCH Banco Mundial y participaron representantes de cuatro departamentos; el documento contiene definiciones operativas, metas nacionales y planes operativos departamentales.

A partir de la conformación de Centros de Capacitación Clínica AIEPI, sobre la base de los centros de capacitación para Diarrea e IRAs, la capacitación en AIEPI clínico se expandió hacia Cochabamba y Chuquisaca. Posteriormente, a partir de 1999, se expandió hacia Oruro, Potosí, La Paz, Tarija, Beni y Pando.

En esta fase se consolidó la metodología de control de calidad de la capacitación, mediante la aplicación de una serie de instrumentos, que permitieron la definición de estándares de calidad, que aún continúan en vigencia y la retroalimentación a los facilitadores, para lograr una mejora continua de la calidad del proceso de enseñanza-aprendizaje.

En ésta fase se efectúa el seguimiento y evaluación, de tal manera, los objetivos del seguimiento y monitoreo son: Retroalimentar de manera inmediata al personal de salud que ha sido observado durante la atención de un menor de 5 años, identificar barreras que limitan la aplicación de AIEPI en servicios, fortalecer el vínculo centros de capacitación- servicios y lograr compromisos del personal de salud para la aplicación de AIEPI.

Simultáneamente, se desarrolló un proceso de incorporación de la estrategia AIEPI en las escuelas formadoras de Recursos Humanos en Salud, especialmente en las universidades públicas y en las carreras de medicina y enfermería. El año 1999 el proceso de Reforma del Sector Salud, planteó la necesidad de implementar el Seguro Básico de Salud, incorporando la estrategia AIEPI como modelo de atención al menor de 5 años y adecuando las prestaciones de acuerdo a las clasificaciones

de AIEPI. De esta manera se instruyó que la aplicación de AIEPI sea de carácter nacional.

Hasta el año 1999, la capacitación de AIEPI Clínico en Bolivia, era realizada siguiendo una agenda de 11 días, en la cual se consideraba un porcentaje de al menos 40% del tiempo destinado a la práctica con pacientes menores de 5 años. Por instrucción de la Unidad de Capacitación y Acreditación Profesional (UCAP), dependiente del Ministerio de Salud, la capacitación fue abreviada a 5 días, intentando realizar cursos de “Capacitación Integral”, en los cuales se incluía contenidos de salud sexual y reproductiva, escudo epidemiológico, aspectos logísticos del SBS, además de AIEPI; el curso duraba 10 a 11 días.

Es importante remarcar que para la ejecución de actividades de AIEPI, durante este período de la expansión, se disponía de recursos económicos provenientes de varias fuentes (Banco Mundial/Fase I de la Reforma, OPS/OMS, USAID mediante CCH-PROSIN y BASICS, UNICEF, etc.).

A inicios del año 2000, Bolivia se adscribió a la iniciativa regional de OPS “Niños Sanos, la meta del 2002), buscando evitar 100.000 muertes de niños/as menores de 5 años, a través de la aplicación de AIEPI en la región de las Américas y el Caribe. Llegando a la estimación del número de muertes a evitar que le corresponde al país en el marco de ésta iniciativa y la relación de mortalidad existente. El lanzamiento nacional convocó y comprometió a personas del más alto nivel político y de la cooperación internacional. Este lanzamiento nacional fue seguido por lanzamientos en 8 departamentos.

Como parte del fortalecimiento a los contenidos técnicos de la estrategia, se desarrolló el componente neonatal del AIEPI, tomando como referencia la versión genérica del AIEPI Neonatal de OPS/OMS. El diseño del componente neonatal de AIEPI, también se enfoca hacia servicios de primer nivel de atención, e incluye temas tales como: Atención inmediata del Recién nacido, reanimación básica,

detección de riesgo y referencia, normas para el transporte del recién nacido. Este trabajo contó con la participación de expertos de Universidades, Sociedad Boliviana de Pediatría, neonatólogos de diversos Hospitales, OPS y BASICS, coordinados por el Ministerio de Salud.¹⁹

A la fecha desde el año 2002, la Estrategia AIEPI en relación y coordinación con la OMS viene sufriendo cambios en virtud a la mejora de calidad de atención a la población menor de 5 años, a ello, ha generado una complementación de AIEPI en su componente clínico con el aspecto nutricional, denominándolo AIEPI Nut. Éste es el componente esencial de implementación a nivel nacional sobre el que se forman las nuevas políticas de salud.

2.2. CARACTERISTICAS GENERALES DEL SEDES LA PAZ

La Dirección Sanitaria La Paz, creada el 1 de septiembre de 1965, mediante Decreto Supremo No 07299, fue objeto de diferentes modificaciones, la primera el 17 de septiembre de 1993 a través de la ley No 1493 por Secretaria Regional de Salud La Paz, posteriormente y mediante Decreto Supremo 24237 del 8 de febrero de 1996 fue cambiada por Dirección de Salud La Paz, el 2 de septiembre de 1997 mediante Decreto Supremo 29833 se la denomina: Dirección Departamental de Salud La Paz, para finalmente y por Decreto Supremo No 25233 de 3 de junio de 1998 por Servicio Departamental de Salud.

En la Actualidad el SEDES La Paz desarrolla sus actividades operativas en el marco de políticas establecidas por el Ministerio de Salud y Deportes y la Prefectura del Departamento de La Paz en lo que corresponde en el área administrativa

2.2.1. LOGROS ALCANZADOS AL 2010

Se ha logrado alcanzar el 100% de ejecución en cuanto a la difusión de información a través de Boletines y Notas de Prensa.

¹⁹ OPSOMS, Dr. Dilberth Cordero Valdivia, Dra. Martha Mejia Soto "Análisis del Proceso de la Implementación de la Estrategia AIEPI en Bolivia", Bolivia 2002.

Sobre la ejecución de Spots se ha llevado a cabo en la campaña de la rubéola; por falta de recursos económicos y financiamiento de la cooperación internacional.

Los grupos focales que fueron programados para medir impactos de campañas de vacunación, no se realizaron por la misma razón, no se contaba con los recursos para ejecutar dicha actividad.

De acuerdo a los Programas específicos de salud, se conserva una amplia ejecución de actividades de prevención y atención en salud.

2.2.2. ALCANCES DE COMPROMISOS DE GESTIÓN

Trabajar en la Prevención de endemias y promoción de la salud a través de medios de comunicación y comunicación interpersonal.

Cobertura y difusión de toda actividad de las diferentes Direcciones del SEDES La Paz. Informar al público interno y público externo sobre los beneficios que el SEDES otorga a la población (atención en los centros de salud, campañas de vacunación, Elaboración de propuesta comunicacionales para la prevención y promoción.

2.2.3. MISIÓN DEL SEDES

Institución con capacidad de resolver problemas sanitarios, que implementa un sistema de salud integrado y desconcentrado, para lograr que los municipios del departamento de La Paz sean saludables y productivos, así como, contribuir al liderazgo, competitividad y productividad del Departamento en el contexto nacional e internacional.

2.2.4. VISIÓN DE DESARROLLO

A un Sistema Departamental de Salud Integrado y Desconcentrado, con los siguientes principios, bases y atributos:

Principios de la Atención en Salud:

Universal,

Permanente,
Continuo,
Integral

Basado en:

Atención Primaria de Salud,
Atención Primaria Ambiental y Ocupacional
Gestión compartida con la Co Dirección
Atributos del sistema:
Desconcentrado
Con enfoque intercultural, de genero e intergeneracional,
Auto regulado y con control organizado de la Co Dirección.

El Programa Menor de 5 años, Escolar y Adolescente dependiente del SEDES La Paz, es el responsable de articular las actividades de Implementación de la Estrategia AIEPI. Dependiente de la Unidad de Redes y Servicios (Ver Anexos Organigrama SEDES La Paz -2008).

Éste Programa perteneciente a la Unidad de Redes y Servicios del SEDES La Paz, ha contribuido de manera exitosa en la implementación de diversas políticas de Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural; articulada y complementada con los diferentes Programas de Salud. Promoviendo la generación de capacidades individuales, sobre las determinantes en salud desde el nivel Local, Municipal y departamental.

El Objetivo del Programa Menor de 5 años, Escolar y Adolescente, de acuerdo al Manual de Funciones de la Institución, es: Brindar asistencia técnica y acompañar en el proceso de implementación de la Gestión Participativa de la Salud en todos los niveles de gestión, local, municipal y departamental, mediante el fortalecimiento de las competencias y capacidades técnicas de los gobiernos municipales, Estructura Social en Salud, Organizaciones Sociales y Personal de Salud de las Redes Municipales SAFCI y Redes de Servicios de Salud en general, con el fin de contribuir

a la mejora de la calidad de atención de los servicios de Salud y en la transformación de las Determinantes Sociales de la Salud para vivir Bien.

2.3. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS VARIABLES ECONÓMICAS

2.3.1. CARACTERÍSTICAS DE LA INVERSIÓN EN EL MENOR DE 5 AÑOS

El Servicio Departamental de salud, fue creado mediante D.S. N° 07299 de 1° de Septiembre de 1965, bajo la denominación Unidad Sanitaria La Paz, posteriormente fue modificada a través de la Ley N° 1493 de 17 de Septiembre de 1993 por Secretaria Regional de Salud. Con D.S. N° 24237 de 8 de Febrero de 1996 se denominó Dirección Departamental de Salud La Paz, posteriormente el D.S. N° 29833 de 2 de Septiembre de 1997 Unidad Departamento de Salud La Paz, finalmente con el D.S. N° 25233 de 27 de Noviembre de 1998 Servicio Departamental de Salud La Paz SEDES La Paz.

Desde su creación, el ahora Servicio Departamental de Salud SEDES La Paz, de acuerdo a normas establecidas lleva un estado general de cuentas de todos los programas en funcionamiento y ejecución de diferentes políticas emanadas por el Ministerio de Salud y Deportes de acuerdo a gestión.

Lamentablemente se puede evidenciar que la Administración financiera de los diferentes programas dependientes del Servicio Departamental de Salud La Paz no son óptimos en términos de eficiencia y eficacia. Tal como se ve en el comportamiento de los recursos económicos para la realización de las diferentes actividades que aporten a una mejor calidad de atención.

En lo que respecta al Programa Menor de 5 años escolar y adolescencia, que lleva adelante la implementación de la Estrategia AIEPI en sus diferentes componentes; recibe apoyo económico de dos tipos: Fondos de Inversión de la Dirección

Administrativa Financiera de la Gobernación del Departamento y Fondos de Cooperación Externa.

2.3.1.1. Fondos de Inversión

Los fondos de Inversión son provenientes de la Dirección Administrativa Financiera de la Gobernación del Departamento como un fondo rotativo que durante cada gestión es desembolsada para la ejecución de las diferentes actividades en los Programas de Salud en función a un presupuesto aprobado global.

Los fondos asignados por este medio son programados anualmente respecto a un presupuesto aprobado por la Gobernación del Departamento asignado a los diferentes programas

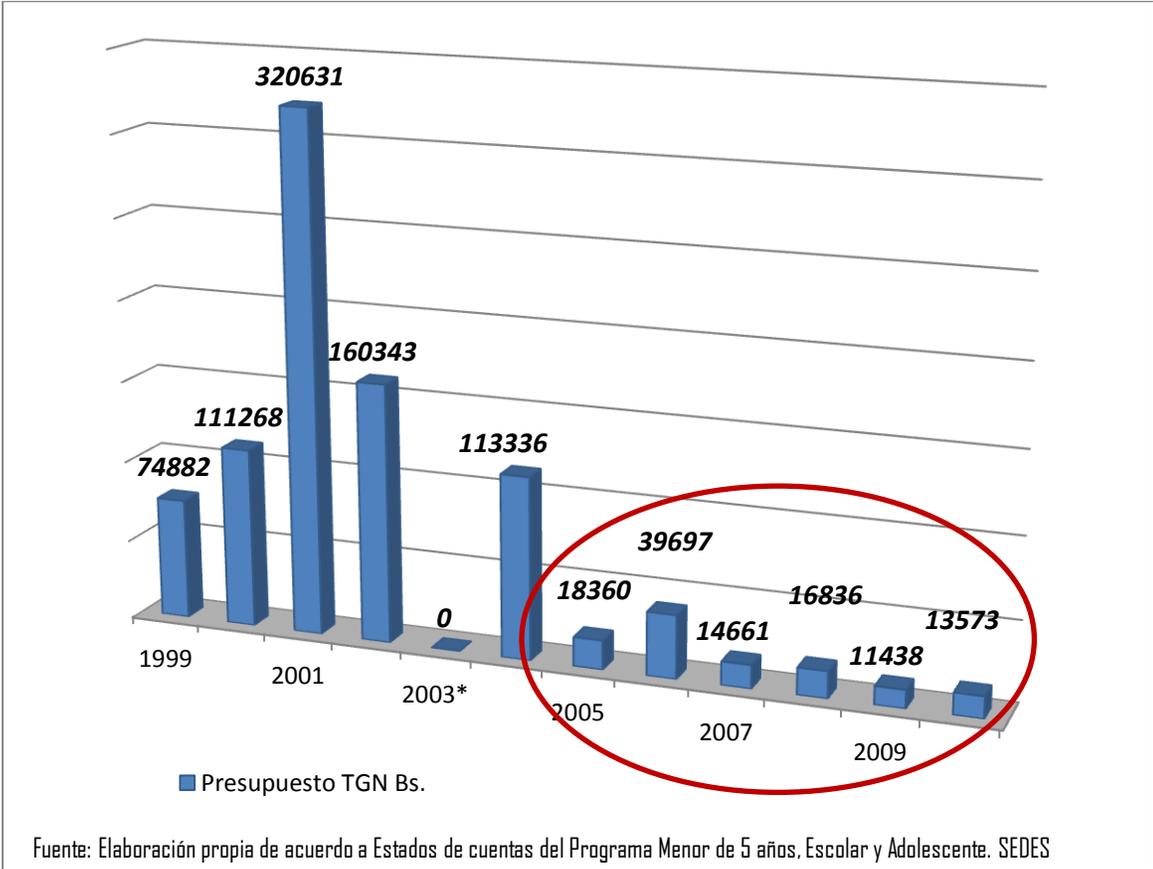
Cuadro Nro. 2.- Distribución de la Inversión Fondos TGN en el Programa Menor de 5 años Escolar y Adolescente

AÑO	Presupuesto TGN Bs.
1999	74881.80
2000	111268.03
2001	320631.30
2002	160343.42
2003*	0.00
2004	113336.25
2005	18359.66
2006	39696.96
2007	14661.00
2008	16836.00
2009	11438.00
2010	13573.00

* Gestión financiada únicamente por cooperación externa
Fuente Elaboración Propia en Base a documentación de Estados de Cuentas Prog. Menor 5 años, Escolar y Adolescente, SEDES La Paz, SNIS.

De acuerdo a los datos citados, en el año 1999 y 2000 se da implementación de la Estrategia AIEPI en Bolivia, inicia con un presupuesto considerable, que fue destinado a la Capacitación de los primeros facilitadores departamentales, las primeras adaptaciones de material para su difusión; para que en el año 2001, que es la gestión con el mayor presupuesto para el AIEPI, se destine estos recursos la réplica de los materiales de Capacitación, Difusión e implementación de la Estrategia AIEPI, a partir de ese año el presupuesto va disminuyendo considerablemente. Tal que, para el año 2003 el Programa Menor de 5 años, Escolar y Adolescente no cuenta con recursos para con presupuesto para la Estrategia AIEPI, debiendo continuar las actividades únicamente con fondos de Cooperación Externa.

GRAFICO Nro. 3.- Presupuesto para la implementación de la Estrategia AIEPI en el Departamento de La Paz 1999 – 2010 Expresado en Bolivianos



Considerando nuestra cobertura temporal desde el año 2005 al 2010, vemos un presupuesto con una tendencia constante los Bs. 15000 aproximadamente a excepción del año 2006 que incremento el presupuesto por la incorporación del componente Nutricional en el AIEPI y se debió actualizar los materiales de capacitación al personal en salud.

La gran deficiencia que existe respecto a los fondos de inversión de la Gobernación, es la burocrática gestión de acceso a fondos asignados por programas; si bien cada año se tiene un presupuesto programado, el presupuesto aprobado es otro y muy diferente el presupuesto ejecutado por su difícil acceso y gestión oportuna previa a la ejecución de las actividades comprometidas. (Ver Anexos CIRCUITO DE PROCEDIMIENTO PARA UNA SOLICITUD DE FONDOS, PROCEDIMIENTO REGULAR)

De acuerdo a la Administración Central, de acuerdo a datos del Ministerio de Economía y Finanzas públicas el gasto en salud para el año 2005 alcanzó a Bs. 1204.7 millones, y para el año 2010 el gasto en salud alcanzó Bs. 3221.3 millones; explicado por el incremento de gastos en fortalecimiento de sistemas de salud oral y transferencias para el seguro universal materno infantil²⁰.

***Cuadro Nro. 3.- Gasto social de la Administración Central en salud, 2005 – 2010
(a) (p)
(En millones de Bs.)***

²⁰ Ministerio de Economía y Finanzas Públicas, Memoria de la Economía Boliviana, Capítulo II La Economía Boliviana, Políticas Sociales Redistributivas.

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Total salud	1.204,7	1.555,7	1.652,8	1.860,7	2.265,9	3.221,3
Aparatos y equipos terapéuticos	12,5	4,4	0,0	0,0	0,0	0,0
Servicios médicos generales (pacientes externos)	36,1	15,0	34,6	11,9	7,6	7,0
Servicios hospitalarios especializados	0,0	270,1	266,1	453,5	502,7	454,4
Servicios de salud pública	290,0	237,3	142,8	221,4	373,9	213,4
Investigación y desarrollo	10,2	11,0	12,4	12,7	14,1	0,6
Otros	856,0	1.018,0	1.197,0	1.161,2	1.367,6	2.545,9

(p) Preliminar

(a) Incorpora la estimación en valor nominal de la cooperación cubana en salud y los desembolsos realizados en proyectos de salud por el programa Bolivia Cambia, Evo Cumple

(b) Incorpora otros productos médicos, servicios paramédicos, servicios hospitalarios generales y otros servicios de salud

Fuente: Dirección General de Contabilidad Fiscal

Elaboración: Ministerio de Economía y Finanzas Públicas, Unidad de Análisis y Estudios Fiscales (UAEF)

Cabe mencionar que el gasto social en salud citado, es dirigido a todo el sector en el territorio nacional, de la cual una desagregación corresponde a nivel Departamental y de acuerdo a conducto correspondiente a los Programas dependientes de SEDES La Paz.

Éstos ítems; Aparatos y Equipos Terapéuticos, Servicios Médicos generales (pacientes externos), Servicios Hospitalarios Especializados, Servicios de Salud Pública, Investigación y desarrollo son tratados y ejecutados por el Ministerio de Salud y por las Unidades Descentralizadas (Gobiernos Autónomos Departamentales y Municipales).

En el Programa Menor de 5 años, Escolar y Adolescente, únicamente se contemplan cierto tipo de gastos específicos y previamente aprobados de acuerdo a proyecto, o POA de gestión; en tal sentido tenemos:

12000 Empleados No permanentes.-

12100 Personal Eventual.- Gastos para remunerar los servicios prestados por personas sujetas a contrato eventual, de acuerdo con las necesidades de cada organismo. En nuestro caso, Pago a facilitadores, Asistentes de Logística para la realización de los diferentes talleres ejecutados.

20000 Servicios no Personales.-

21000 Servicios Básicos.-

21400 Servicios Telefónicos.- Gastos destinados al pago de llamadas telefónicas locales, servicio de fax.

22000 Servicios de Transporte y Seguros.-

22100 Pasajes.- Gastos por servicios de transporte por viaje de servidores públicos. Para nosotros significa el desplazamiento interprovincial de personal de los Servicios de Salud a los diferentes espacios de capacitación.

22200 Viáticos.- Gastos destinados a cubrir el alojamiento y manutención de servidores públicos que se encuentran en misión, de acuerdo a escalas establecidas.

23000 Alquileres.-

23200 Alquiler de Equipos y Maquinarias.- Gastos por el uso de equipos y maquinas, tales como: equipos audiovisuales. Especialmente Data Show para las capacitaciones.

25000 Servicios Profesionales y Comerciales

25600 Imprenta.- Gastos que se realizan por trabajos de impresión, compaginación, encuadernación, fotocopias, gastos por el revelado de fotografías, slides y otros efectuados por terceros. Se realizaron procesos de adjudicación para la Impresión del Material de Capacitación del Facilitador y del Participante, así también, fotocopias de Manuales de Procedimientos para el personal en salud.

25700 Capacitación del Personal.- Gastos por servicios destinados a la capacitación y adiestramiento de los servidores públicos. Comprende inscripciones, matrículas, cuotas, etc., en cursos y otros.

31000 Alimentos y Productos Agroforestales.-

31100 Alimentos y Bebidas para personas.- Gastos destinados al pago de comida y bebida en establecimientos hospitalarios. Comprende además, los gastos para el refrigerio al personal de cada identidad, almuerzos o cenas de trabajo según disposición legal

31110 Refrigerios y Gastos Administrativos.-

32000 Productos de papel, Cartón e Impresos.-

32100 Papel de Escritorio.- Gastos destinados a la adquisición de papel de escritorio, papel bond, papel continuo, etc.

32200 Productos de Artes Gráficas, Papel y Cartón.- Gastos para la adquisición de impresos, formularios, boletines y otros relacionados; además de todos los insumos necesarios para realizar trabajos de impresión. Como los formularios de seguimiento y Monitoreo, Formularios de Control de Crecimiento y Desarrollo, etc.

32400 Textos de enseñanza.- Gastos destinados a la compra de libros para uso docente.

34000 Combustibles, Productos Químicos, Farmacéuticos y otros.-

34100 Combustibles y Lubricantes.- Gastos para la adquisición de gasolina, kerosene, aceites, grasas, fuel-oil, diesel, gas, etc., se desagrega en:

34110 Combustibles y Lubricantes para consumo.

39000 Productos Varios

394000 Instrumental Menor Médico-Quirúrgico.- Gastos destinados a la compra de útiles menores médico-quirúrgicos utilizados en hospitales y demás dependencias médicas del sector público. Para nosotros significa la compra de Tallímetros, Infantómetros, Ambús pediátricos, etc.

39500 Útiles de Escritorio y Oficina.- Gastos destinados a la adquisición de útiles de escritorio como ser: tintas. Lápices, bolígrafos, etc.

2.3.1.2. Cooperación externa

Bajo la consideración que el Servicio Departamental es una entidad de servicio público sin fines de lucro, por ende los fondos de cooperación externa son utilizados para las diferentes actividades de fortalecimiento en las diferentes actividades de salud, que beneficia a la población. Siendo el caso de la Estrategia AIEPI el mayor cooperante la OPS/OMS.

Cuadro Nro. 4.- Distribución de la Inversión de Fondos de Cooperación Externa al Programa Menor de 5 años, Escolar y Adolescente

AÑO	Cooperación Externa Bs.
1999	74881.80
2000	34066.00
2001	13968.00
2002	48293.50
2003*	13968.00
2004	7087.97
2005	19126.00
2006	21652.00
2007	66423.60
2008	42195.00
2009	38645.00
2010	33594.00

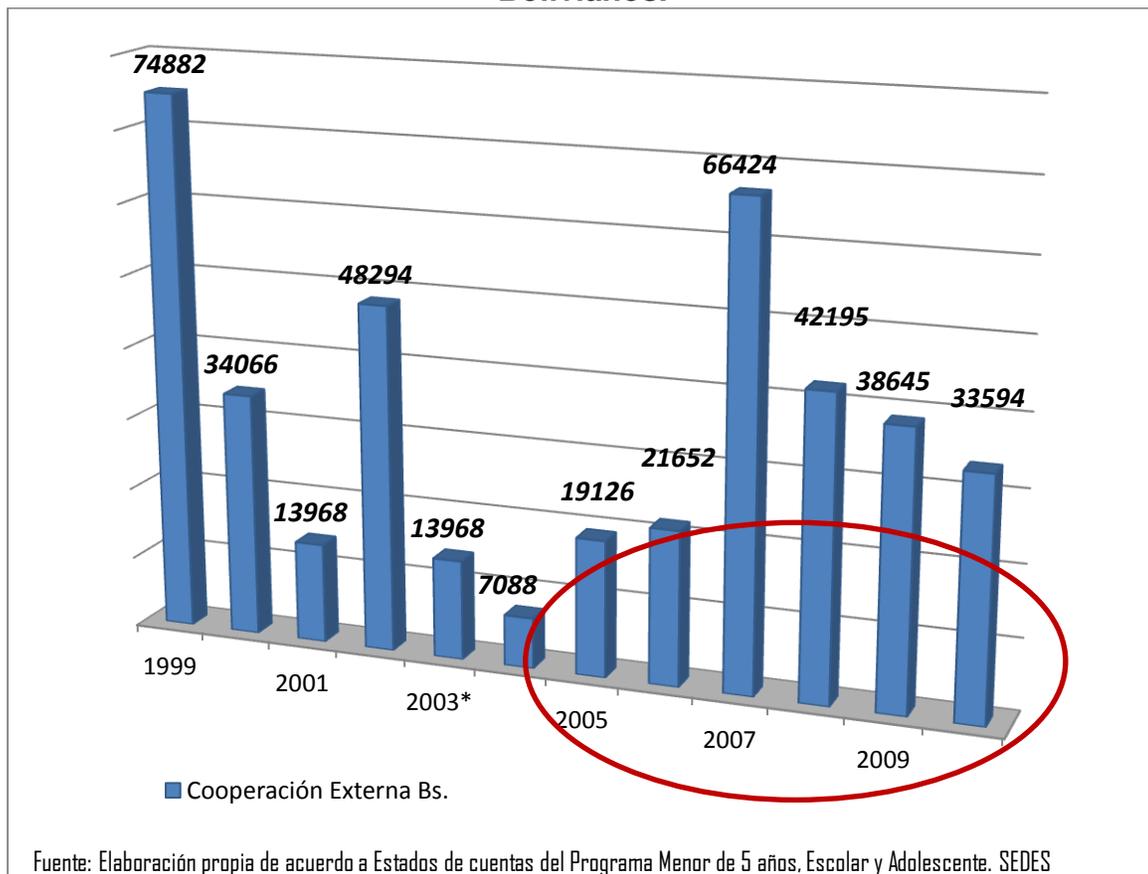
* Gestión financiada únicamente por cooperación externa
Fuente Elaboración Propia en Base a documentación de Estados de Cuentas Prog. Menor 5 años, Escolar y Adolescente, SEDES La Paz, SNIS.

Como mayor cooperante la OPS/OMS inicio sus actividades de implementación de la Estrategia AIEPI desde su inicio en Bolivia, capacitando a profesionales en salud del Departamento y dotando de materiales necesarios para su adaptación en el departamento de La Paz, para el año 2009, se dio un fuerte impulso a la implementación de la Estrategia marcando la más alta cooperación externa mostrada hasta la fecha.

A partir de la siguiente gestión se vio fuertemente reducido el apoyo a menos de la mitad de Recursos para la Implementación de la Estrategia AIEPI. El año 2003 que el

Programa Menor de 5 años, Escolar y Adolescente no contaba con recursos del TGN, pudo continuar con las actividades únicamente con fondos de Cooperación externa.

GRAFICO Nro. 4.-Fondos de Cooperación Externa para la implementación de la Estrategia AIEPI en el Departamento de La Paz 1999 – 2010 Expresado en Bolivianos.



Para los años 2005 y 2006, se realizaron reuniones interinstitucionales para coordinar actividades y especialmente el apoyo para la implementación de la Estrategia AIEPI.

En tal sentido es a partir del año 2007 que la Estrategia AIEPI es fuertemente respaldada con fondos de cooperación externa, en su implementación.

Es de suma importancia el apoyo que las diferentes Agencias de Cooperación ejercen para el sector salud, con la población en su integridad, y por grupos étnicos según los programas vigentes.

Uno de los mayores beneficiarios es la OPS/OMS, quien presta apoyo en cuanto a Capacitaciones al personal de salud y apoyo en Seguimiento y Monitoreo de la Estrategia AIEPI en todos sus componentes.

Contando al mismo tiempo con diferentes Organizaciones no Gubernamentales que también comprometen fondos para la implementación de la Estrategia AIEPI, en cuanto a capacitación del personal en salud y de la comunidad (AIEPI Comunitario, Tercer componente de la Estrategia), dotación de materiales de capacitación, adquisición de equipamiento menor de Salud, Tallímetros, Cuadros de procedimientos, infantómetros, etc. De acuerdo a su área de intervención en el área rural y/o urbana, contamos con:

PLAN Inc.

Save The Children,

Christian Children CCF,

Asociación Cuna,

Médicos del Mundo,

Cooperación Belga

Y otras.

2.3.2. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA POBLACIÓN

El departamento de La Paz cuenta de acuerdo a estimaciones el año 2005 con 2.630.381 habitantes y al año 2010 con 2.839.946 habitantes (Datos INE),

La población rural tiene características propias de la región, manteniéndose en la mayoría de los casos las tradiciones culturales ancestralmente arraigadas, es por ésta razón que se trata de una población plurilingüe, pluricultural y multiétnica.

A nivel urbano se encuentran también el aspecto plurilingüe, pluricultural y multiétnica, dada sobre todo por la gran migración de zonas que fueron afectadas por la sequía y otras situaciones ligadas a factores ambientales y sociales que obligaron en cierta medida a que la población del área rural migre hacia la ciudad en la búsqueda de mejores condiciones de vida.

Cuadro Nro. 5.- Estadísticas e Indicadores Demográficos La Paz- Bolivia 2011

Datos Demográficos del Departamento de La Paz			
Descripción	Año	La Paz	Bolivia
Población total	2009	2.798.653	9.827.522
Población Urbana La Paz	2009	840.044	
Población Urbana El Alto	2009	928.851	
Población Rural	2009	1.029.758	
Superficie (Km ²)	2009	33.985 (12%)	1.098.581
Densidad de Habitantes x Km ²	2009	20.26	8.95
% de Población Masculina	2009	49.47	49.86
% de Población Femenina	2009	50.53	50.14
Tasa media anual de Crecimiento (%)	2005-2010	15.58	2.01
Tasa neta de reproducción (Hijas por mujer)	2005-2010	1.76	1.54
Tasa global de Fecundidad (Hijos por mujer)	2005-2010	4	3.5
Tasa Bruta de Reproducción (Hijas por mujer)	2005-2010	1.97	1.71
Edad media de la fecundidad (años)	2005-2010	29.47	28.57
Tasa de Mortalidad Infantil (por mil nacidos vivos)	2005-2010	48.3	45.6
Esperanza de Vida al nacer (años)	2005-2010	64.63	65.51
Tasa de Analfabetismo Total	2001	11.39	13.28
Tasa de Analfabetismo área Urbana	2001	6.43	6.44
Tasa de Analfabetismo área Rural	2001	21.68	25.77
Años Promedio de Estudio (población de 19 años y mas) Dpto.	2001	7.88	
Años Promedio de Estudio (población de 19 años y mas) Urbano	2001	9.4	
Años Promedio de Estudio (población de 19 años y mas) Rural	2001	4.75	
Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas (Datos obtenidos de las Proyecciones de Población Nacional y Departamental, 2009)			

La Tasa Media anual de crecimiento poblacional es de 2.01%²¹ de Bolivia y de 15.58% a nivel Departamental, la tasa global de fecundidad es de 4 hijos por mujer, la tasa de mortalidad infantil es de 48.3 por mil nacidos vivos. La esperanza de vida al nacer es de 64.63 años de edad.

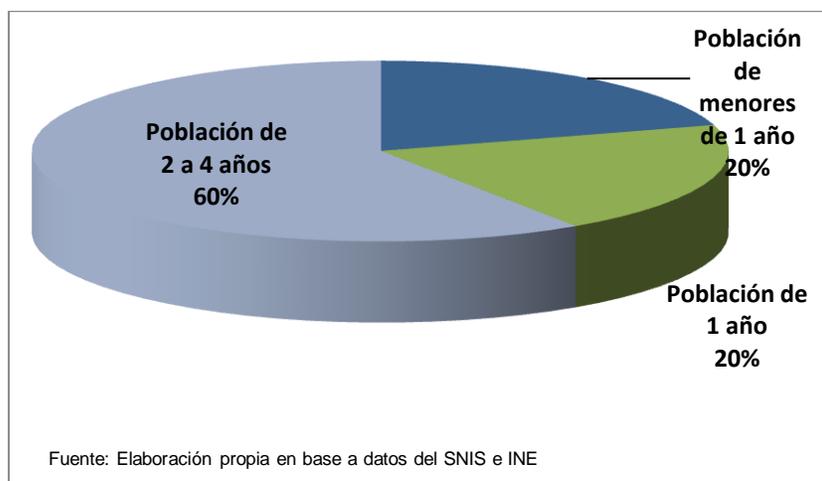
²¹ Datos INE Censo 2001-Proyecciones de Población Nacional y Departamental 2009.

Cuadro Nro. 6.- Población de 0 – 5 años del Departamento de La Paz Proyecta por año Calendario 2005 – 2010

EDAD	2005	2006	2007	2008	2009	2010
TOTAL 0 - 80 y +	2,630,381	2,672,793	2,715,016	2,756,989	2,798,653	2,839,946
0-5	329,638	331,046	331,846	332,178	332,187	332,010
0	67,138	67,304	67,244	67,045	66,792	66,575
1	66,724	66,935	66,956	66,854	66,696	66,548
2	66,219	66,477	66,585	66,587	66,531	66,460
3	65,272	65,617	65,895	66,103	66,239	66,299
4	64,285	64,713	65,166	65,589	65,929	66,128

Fuente: Elaboración propia en base a datos del INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA

GRAFICO Nro. 5.- Población Menor de 5 años en el Departamento de La Paz 2005



Tan solo la población comprendida en niños y niñas menores a los 5 años el año 2005 alcanza a 329.638 habitantes²² de los cuales el 60% corresponde a niños entre 2 a 4 años (195.776), el 20 % refiere a la población de 1 año (66.724) y el 20% refiere a la población de menores de 1 año de edad (67.138).

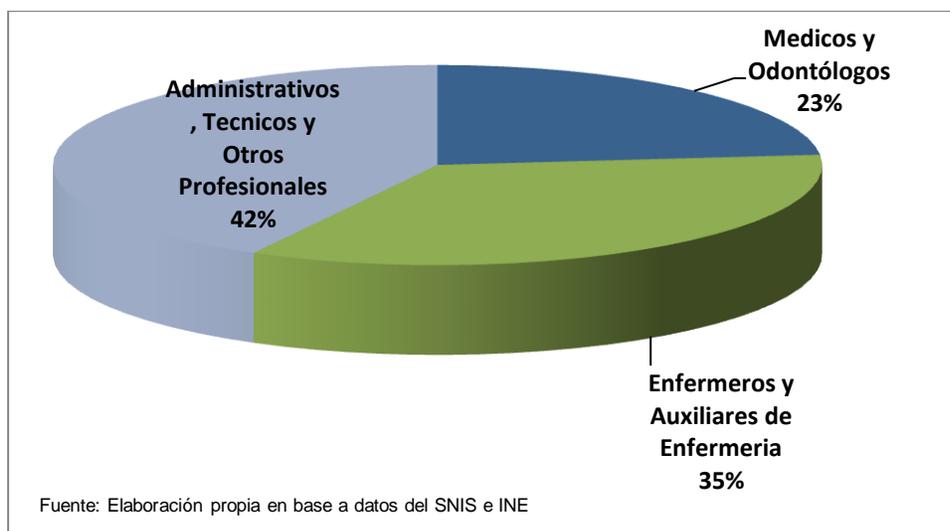
²² Datos INE Censo 2001, ENDSA 2003

2.3.3. CARACTERÍSTICAS DEL PERSONAL MÉDICO Y RECURSOS HUMANOS EN SALUD

Personal de Servicio de Salud, es el número total de personas que trabajan en los Establecimientos de salud, entre médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, administrativos, técnicos y otros profesionales.

Para el año 2001, de acuerdo a datos del Sistema Nacional de Información en Salud del Ministerio de Salud y Deportes²³, Se detallaba en 4.398 el total de personal de servicios de Salud, de los Cuales 1.028 se refieren a Médicos u odontólogos, 1.519 se refieren a Enfermeros y Auxiliares en Enfermería y a 1.851 se refieren a Administrativos, Técnicos y Otros Profesionales. (Ver ANEXO Personal de Servicios de Salud por Sección Municipal).

GRAFICO Nro. 6.- Personal de los Servicios de Salud en el Departamento de La Paz, Año 2001.



La Estrategia AIEPI resume las principales medidas disponibles para la prevención y el tratamiento de las enfermedades más frecuentes y para la promoción del

²³ Datos Instituto Nacional de Estadística, Departamento de La Paz, Estadísticas e Indicadores Socio demográficos, Productivos y Financieros por Municipio. Bolivia 2005. Ver en Anexos el Cuadro Detallado.

crecimiento y desarrollo saludables de la niñez. Su implementación incluye tres componentes:

- **Mejorar el desempeño del personal de salud** en la atención de los menores de 5 años.
- Mejorar la organización y funcionamiento de los servicios de salud para una atención de calidad.
- Fortalecer la capacidad de las familias para brindar cuidados y atención apropiados a los menores de 5 años a fin de garantizar su crecimiento y desarrollo saludables.

Para el personal de salud, AIEPI brinda una secuencia de pasos que optimizan el tiempo disponible para brindar una atención integrada que se enfoca no sólo en el motivo de consulta principal, sino también en la posible presencia de otros signos de enfermedad que no son causa de preocupación de la madre.

La secuencia de pasos de AIEPI²⁴ también incluye la verificación de aspectos preventivos y la promoción de la salud. De esta forma, AIEPI reduce las oportunidades perdidas de detectar y tratar precozmente un problema, especialmente si no fue el motivo de consulta; también evita la pérdida de oportunidades para la aplicación de medidas preventivas y para la promoción de la salud.

En el servicio de salud, AIEPI permite organizar el trabajo de manera más eficiente, asignando a cada personal una función acorde a su capacidad y desempeño para la atención de la niñez.

La aplicación de AIEPI optimiza el uso de los recursos humanos disponibles, reservando el tiempo del personal con mayor especialidad, generalmente el médico o el pediatra, para la evaluación y determinación del tratamiento de las

²⁴ Cuadro de Procedimientos Curso Clínico de Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia AIEPI. Ministerio de salud y Deportes

enfermedades que requieren su atención, reforzando esta tarea con la participación del resto del personal, quien puede apoyar en la administración de tratamientos, verificación y aplicación de medidas preventivas y de promoción de la salud.

AIEPI también optimiza el uso de los recursos del servicio, ya que reduce el uso innecesario de tecnologías de diagnóstico o de medicamentos, contribuyendo a reducir los costos de atención sin perjuicio para la recuperación de las enfermedades.

Finalmente, para los padres, la familia y la comunidad, AIEPI brinda un conjunto de prácticas clave que garantizan el crecimiento y desarrollo saludables durante la infancia y la niñez, reducen el riesgo de ocurrencia de enfermedades o su agravamiento y provee la información necesaria para determinar cuándo es necesario buscar ayuda en un servicio de salud, contribuyendo de esta manera a la detección y tratamiento precoz de los pacientes.

2.3.4. CARACTERÍSTICAS DE INFRAESTRUCTURA, EQUIPAMIENTO DE LOS CENTROS DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DE LA PAZ

Según información del Sistema Nacional de Información en Salud SNIS, del Ministerio de Salud y Deportes, a nivel nacional para el año 2005 se disponía de 2.870 Establecimientos de Salud.

Éste número total de establecimientos de Salud comprende primer, segundo y tercer nivel de atención.

Los niveles de atención en salud comprenden:

Primer nivel: Centros de Salud y Puestos de Salud

Segundo nivel: Hospitales Básicos

Tercer Nivel: Hospitales Generales o Institutos especializados.

Cuadro Nro. 7.- Establecimientos de Salud del Departamento de La Paz por Tipo, Años 2005 – 2010

ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, DEPARTAMENTO DE LA PAZ POR TIPO DE ESTABLECIMIENTO, 2005 - 2010						
DEPARTAMENTO Y TIPO DE ESTABLECIMIENTO	2005	2006	2007	2008	2009	2010
BOLIVIA	2,870	3,017	3,145	3,233	3,320	3,428
Puesto de Salud	1,412	1,431	1,500	1,520	1,549	1,606
Centro de Salud	1,218	1,319	1,374	1,438	1,500	1,539
Hospital Básico	182	209	211	214	212	221
Hospital General	33	34	35	35	34	34
Instituto Especializado	25	24	25	26	25	28
La Paz	602	644	656	674	690	710
Puesto de Salud	259	266	268	283	295	297
Centro de Salud	297	312	325	331	339	350
Hospital Básico	30	49	44	41	40	45
Hospital General	5	6	7	7	6	6
Instituto Especializado	11	11	12	12	10	12

Fuente: Elaboración Propia en Base a Datos MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES - INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA

En el Departamento de La Paz para el mismo año (2005) se contaba con 602 Establecimientos de Salud, de los cuales 556 corresponden a atención primaria (Postas y Centros de Salud) Y 46 Establecimientos corresponden a atención de Segundo y Tercer Nivel.

El número de camas existentes en establecimientos de Salud, en toda Bolivia fue de 12.574. Y en el Departamento de La Paz 3.393 camas. (Ver ANEXOS Establecimientos de Salud del Departamento de La Paz según Sección Municipal)

Según datos preliminares del Ministerio de Salud y Deportes, para el año 2007, el Departamento de La Paz contaba con 656 establecimientos de Salud, 12 más que en el año 2006. El número de establecimientos de La Paz representaba 20.86% del total de establecimientos de salud en el territorio nacional.

En tal sentido, para el año 2010, el Departamento de La Paz contaba con 710 Establecimientos de Salud, 108 más que en el año 2005.

Cuadro Nro. 8.- Número de Camas en Establecimientos de Salud del Departamento de La Paz por Tipo, Años 2005 – 2010

NUMERO DE CAMAS DEPARTAMENTO DE LA PAZ POR TIPO DE ESTABLECIMIENTO, 2005 - 2010						
DEPARTAMENTO Y TIPO DE ESTABLECIMIENTO	2005	2006	2007	2008	2009	2010
BOLIVIA	14,404	14,440	14,924	15,015	14,950	15,165
Puesto de Salud	949	919	934	881	886	897
Centro de Salud	3,549	3,386	3,388	3,511	3,538	3,465
Hospital Básico	4,004	4,104	4,467	4,517	4,509	4,706
Hospital General	4,127	4,244	4,316	4,266	4,167	4,167
Instituto Especializado	1,775	1,787	1,819	1,840	1,850	1,930
La Paz	3,397	3,445	3,609	3,590	3,519	3,612
Puesto de Salud	98	98	93	88	88	82
Centro de Salud	560	549	516	521	539	529
Hospital Básico	909	869	967	948	958	1,067
Hospital General	1,239	1,338	1,410	1,410	1,311	1,311
Instituto Especializado	591	591	623	623	623	623
Fuente: Elaboración Propia en Base a Datos MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES - INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA						

El número de camas hospitalarias para el año 2005 en el Departamento de La Paz, era de 3.397, de un total nacional de 14.404 camas, representando el 23.58%. El número de camas hospitalarias en el Departamento de La Paz para el año 2007 era de 3.609, equivalentes a 24.18% del total nacional. El año 2010 era de 3.612 camas hospitalarias equivalentes al 23.82% del total nacional.

2.3.5. CARACTERÍSTICAS DE LA SALUD Y LA MORTALIDAD INFANTIL EN EL DEPARTAMENTO DE LA PAZ

En forma sintética la situación de salud del departamento de La Paz y de la población se caracteriza de forma general por altos niveles de mortalidad infantil y materna que afectan la salud materno-infantil y que constituye una prioridad del sistema sanitario; y un escenario de morbilidad por enfermedades transmisibles que se expresa por dos situaciones: enfermedades endémicas y enfermedades epidémicas.

De acuerdo al sistema Nacional de Información en Salud SNIS el año 2005, el número de consultas prenatales nuevas registradas en ese periodo fue de 91.191. De las 362.453 registradas en el ámbito nacional, al departamento de La Paz le

correspondió 47.878 consultas prenatales realizadas antes del 5to. Mes de embarazo y 43.313 a consultas realizadas después del 5to. Mes de embarazo.

Del total de los 182.128 partos realizados en ámbito nacional, 42.379 fueron atendidos en el Departamento de La Paz, de éstos, 5.164 fueron atendidos en domicilio por personal capacitado en salud; y asistieron a su primer control post parto 35.204 mujeres. De la misma forma el año 2007, se registraron 2.430 nacimientos con bajo peso, es decir, peso menor a 2.500 gramos, ésta cantidad fue menor a la registrada en el año 2006 (2.615).

La situación de salud materno infantil, reflejadas en la mortalidad infantil y materna evidencian una mejoría según los diferentes estudios y análisis, pero a pesar de los grandes esfuerzos realizados, deben atenderse las desigualdades que existen en relación con la atención del embarazo y el parto, para continuar influyendo en esos dos indicadores.

Las condiciones de vida de la población en las áreas rurales con relación a la urbana han empeorado en los últimos 15 años y son cada vez más inequitativas, las fuentes de ingreso son menores y sobre todo el acceso a servicios de salud es bajo, lo que se refleja en las altas tasas de mortalidad materna e infantil. En este contexto, las poblaciones indígenas, especialmente las mujeres, son ciertamente, las más excluidas del desarrollo del país, y las que cuentan con los índices más altos de pobreza.

Finalmente debe decirse que el análisis de situación de salud del país refleja una problemática actual y relevante, todo ello es agravado por la falta de información y educación sanitaria de la población que no toma parte activa en el cuidado de la salud; lo que no ha sido debidamente tenido en cuenta en el desarrollo de las políticas de salud.

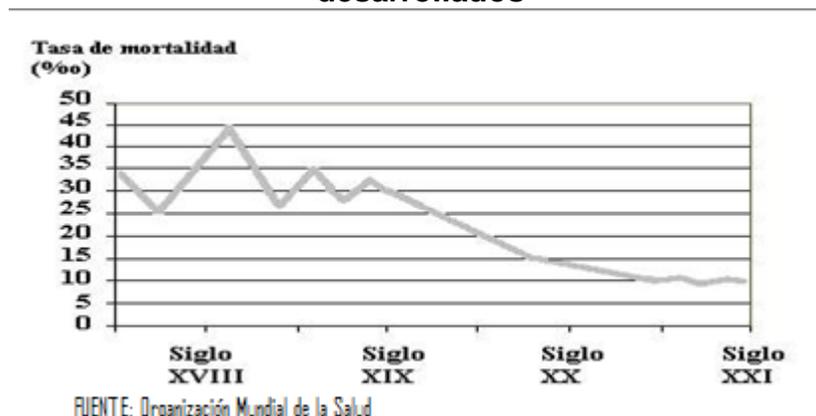
2.3.5.1. Mortalidad Infantil en el Mundo

Hasta comienzos del siglo XIX, la mayoría de los países actualmente desarrollados tenían tasas próximas al 30 ‰, siendo muy irregular y de carácter catastrófico (muy dependiente de las catástrofes naturales y humanas como guerras, epidemias, hambrunas, etc.), con bruscos incrementos y descensos.

Durante la primera mitad del siglo XIX, los países industrializados disminuyeron la mortalidad catastrófica, controlando el origen de esas catástrofes debido a la introducción de mejoras alimenticias y sanitarias. Posteriormente también se redujo la mortalidad ordinaria, mediante un alargamiento de la esperanza de vida. Las tasas de mortalidad se situaron entorno al 20 ‰ a principio del siglo XX y entorno al 10 ‰ a mediados de este.

En la segunda mitad del siglo XX, los países industrializados siguen reduciendo sus tasas de mortalidad hasta situarlas entorno al 7-8 ‰, aumentando posteriormente de forma natural debido al envejecimiento de su población y situándose alrededor del 12-13 ‰. Mientras los países subdesarrollados siguen con altas tasas de mortalidad catastróficas que comenzarán a retroceder tras la I Guerra Mundial y sobre todo tras la II Guerra Mundial con la introducción de los avances sanitarios ya habituales en otras partes del mundo.

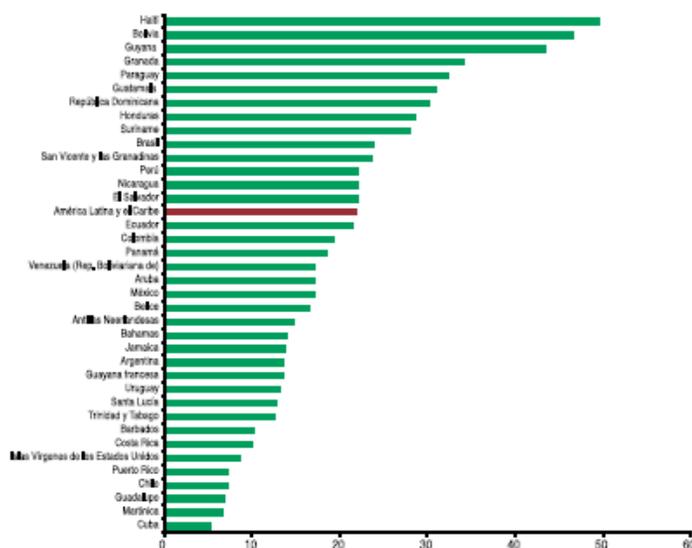
GRAFICO Nro. 7.- Evolución de las Tasas de Mortalidad Infantil en países desarrollados



Mientras que la tasa de mortalidad infantil en los países desarrollados se encuentra estabilizada entorno al 10 ‰, la tasa en algunos países subdesarrollados se encuentra por encima del 100 ‰. Estas diferencias se establecen debido a las mejores asistencias sanitarias en el momento del parto y a las mejores condiciones de alimentación de los recién nacidos de que se disponen en los países desarrollados.

GRAFICO Nro. 8.- Tasas de Mortalidad Infantil en países principales

AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (35 PAÍSES Y TERRITORIOS): MORTALIDAD INFANTIL
POR CADA 1.000 NACIDOS VIVOS, 2007*



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones de Naciones Unidas, World Population Prospects. The 2006 Revision [base de datos en línea] <http://www.un.org/urp/>.

* Corresponde a una interpolación lineal, elaborada por la fuente, de las estimaciones de la probabilidad de morir antes de cumplir un año de edad para los quinquenios 2000-2005 y 2005-2010.

En Bolivia, para 1994 se contaba con una de las tasas más altas de mortalidad infantil en Latinoamérica, la cual alcanza a 75 por mil nacidos vivos (1994); la misma se distribuía en partes casi iguales entre mortalidad neonatal (37 por mil) y post neonatal (39 por mil). De manera similar, el país presentaba una elevada tasa de mortalidad en menores de cinco años, llegando a 116 por mil nacidos vivos. Existen grandes brechas entre la mortalidad urbana/rural; la Tasa de Mortalidad Infantil (TMI) urbana ascendía a 60 por mil N.V., en tanto que la TMI rural a 92 por mil N.V. La Tasa de Mortalidad Materna alcanzando a 88 por mil en área urbana y 145 por mil en área rural.

Se estima que durante el año 1994 fallecieron cerca de 28.000 menores de cinco años y que más de la mitad de estas muertes se produjeron en el área rural.

GRAFICO Nro. 9.- Mortalidad Infantil en Bolivia 1972 - 1996

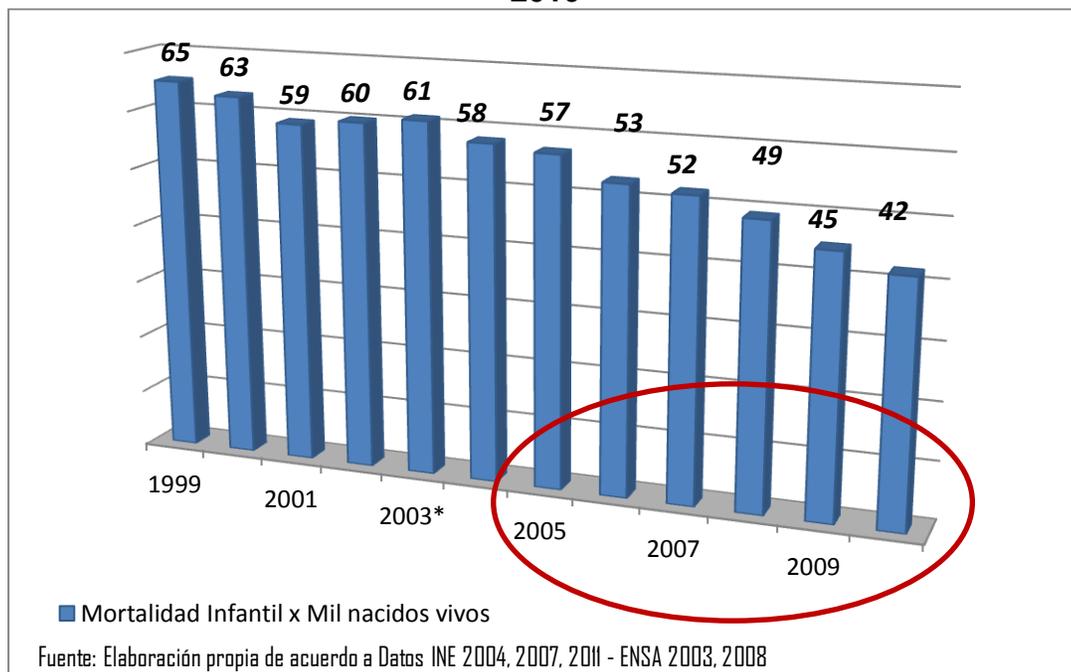
Tendencias de la mortalidad infantil en Bolivia según varias fuentes, Bolivia 1972 a 1993

Año	CENSO 76	CENSO 92	ENPV 88	ENDSA 89	ENDSA 94	ENDSA 98
1972	▶ 150					
1973						
1974			▶ 125			
1975						
1976						
1977			▶ 122			
1978						
1979						
1980			▶ 116			
1981				▶ 103		
1982			▶		105	
1983			▶ 109			
1984			▶ 100			
1985			▶			
1986			▶ 104	▶ 89		▶ 91
1987					99	
1988						
1989						
1990		75				
1991			▶	▶	▶	▶ 80
1992			▶	▶	▶ 75	
1993						
1994						
1995						
1996			▶	▶	▶	▶ 67

A la fecha, a partir del ministerio de Salud y Deportes, los Servicios Departamentales de Salud, han ido en ejecución y aplicación de nuevas políticas de Reducción de la Mortalidad Infantil de la mano de diferentes organismos internacionales para mejorar la calidad de vida a nivel nacional.

Según datos preliminares al año 2008, la mortalidad infantil se ha reducido a 48.3 %, en el departamento de La Paz y de 45.6 %, a nivel nacional.

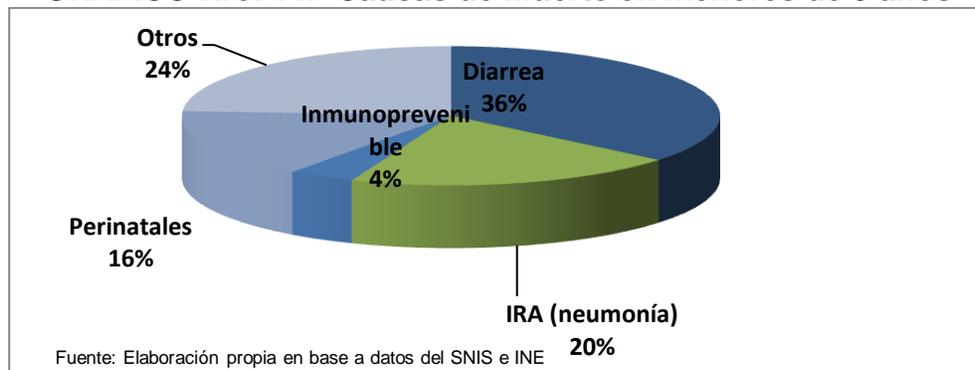
GRAFICO Nro. 10.- Mortalidad Infantil en el Departamento de La Paz, 1999 – 2010



2.3.5.2. Estructura de la mortalidad del niño menor de 5 años

Dentro de la Estructura de la mortalidad infantil, se encuentran las causas más frecuentes de muerte en niños y niñas menores de 5 años de edad, las principales son tres, la presencia de Infecciones Diarreicas Agudas (EDAs), las Infecciones Respiratoria Agudas (IRAs) que se presentan con y sin neumonía; y las causas perinatales.

GRAFICO Nro. 11.- Causas de muerte en menores de 5 años



Según datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDSA 2003), en el Departamento de La Paz se registró que 19.5% de los niños menores de 5 años presentaron episodios de diarrea en las últimas dos semanas previas a la encuesta, promedio al obtenido en el ámbito nacional que fue de 22.4%.

Las enfermedades diarreicas agudas, constituyen la primera causa de muerte en niños menores de 5 años,

A pesar de haberse registrado un importante descenso de la mortalidad proporcional por diarrea, la incidencia de esta enfermedad no se ha modificado. Aparentemente la difusión de la TRO (Terapia de Rehidratación Oral), ha sido un factor determinante para el descenso de la letalidad de la diarrea, al igual que el incremento de coberturas en los servicios.

Las infecciones respiratorias agudas constituyen la segunda causa de muerte, la mortalidad proporcional por IRA ha registrado un descenso mucho más lento debido a que la resolución de casos requiere el funcionamiento de una red de servicios de salud de diferente complejidad tras la implementación del Seguro de Maternidad y Niñez.

Según datos ENDSA 2003, del total de niños menores de 5 años en el Departamento de La Paz, 14.8% presentó síntomas de Infección Respiratoria Aguda (IRA), promedio inferior presentado en el ámbito nacional de 22.2%. El porcentaje de niños que presentaron síntomas de fiebre fue de 24.2%. El porcentaje para quienes buscaron tratamiento de un proveedor de salud fue 37.3%. En el país, 29.3% de los niños tuvo fiebre y 51.5% busco tratamiento de un proveedor de salud.

La tercera causa de muerte la constituyen las enfermedades perinatales con una estructura de causas poco definida; la mortalidad proporcional por estas causas, determinada a partir de la autopsia verbal, mostraba un 14% (Periodo 1985-89).

El resto de la mortalidad se encuentra englobada en el grupo de "otras causas", siendo este un tópico que requiere mayor investigación, donde probablemente figuren algunas otras enfermedades prevalentes como malaria, coqueluche, desnutrición, etc.

2.3.5.3. Nutrición y Mortalidad Infantil

La problemática nutricional está estrechamente vinculada con la mortalidad y morbilidad de la población menor de cinco años.

La desnutrición en niños y niñas menores de 5 años incrementa el riesgo de muerte, inhibe su desarrollo cognitivo y afecta su estado de salud de por vida. Por lo anterior, atender a este problema es una condición fundamental para asegurar el derecho a la supervivencia y al desarrollo de las niñas y niños del Departamento de La Paz

La pobreza, la desnutrición y el hambre como factores determinantes de las condiciones de salud de la población obstaculizan el disfrute efectivo de la salud como derecho ciudadano y de supervivencia.

En la región del Departamento de La Paz, hay una alta disparidad entre países y en el seno de cada uno de ellos respecto de la desnutrición infantil: algunas localidades y regiones presentan situaciones incluso más críticas, mientras que en otras se guarda un resultado similar. Entre los grupos más vulnerables se cuentan los pobres, los indígenas y aquellos en que la madre tiene un bajo nivel educacional. Sumado a otros factores, reviste importancia el hecho de que residan en zonas rurales, si bien grandes contingentes de población desnutrida viven en la periferia de las grandes ciudades.

Las deficiencias de micronutrientes (vitaminas y minerales), conocidas también como "hambre oculta", constituyen un grave problema nutricional. Las relacionadas con el hierro y la vitamina A y, en menor medida, las de yodo son las más frecuentes y mejor registradas. La anemia ferropriva, es decir, por deficiencia de hierro, es una

carencia muy extendida, sobre todo entre los niños menores de dos años y las mujeres embarazadas. A modo de ejemplo: en Bolivia, el 83,8% de las niñas y niños menores de dos años; el 51,6% de las niñas y niños menores de 5 años; y el 37% de las mujeres embarazadas sufren de anemia (Bolivia, 2007).

Se ha comprobado que el suministro de suplementos de yodo, vitamina A y zinc reducen la mortalidad infantil o la prevalencia de enfermedades graves, o ambas. Por su parte, si los niveles nutricionales de ácido fólico de la madre son adecuados, se reduce el riesgo de mortalidad por defectos del tubo neural. De allí que las intervenciones con micronutrientes, especialmente vitamina A, hierro y zinc, hayan influido positivamente en la reducción de la mortalidad infantil.

El Plan de Desarrollo 2006 – 2010 plantea el Programa de Desnutrición Cero, éste ofrece:

- Atención Integral de enfermedades prevalentes de la infancia con enfoque nutricional en los establecimientos de salud.
- Promoción y protección de lactancia materna exclusiva y prolongada.
- Promoción de alimentación complementaria suficiente y adecuada a partir de los 6 meses de edad
- Promoción del consumo de alimentos fortificados con vitaminas y minerales; sal con yodo, aceite con vitamina A y harina de trigo con hierro, ácido fólico y vitaminas del complejo B.
- Fortalecimiento de una red de protección social para niños menores de 6 años, con enfoque de interculturalidad, etc.

De tal manera que todos los niños y niñas recién nacidas recibirán los beneficios de una mejor alimentación, mejor calidad de atención en los diferentes establecimientos de salud y apoyo de mejorar la calidad de vida.

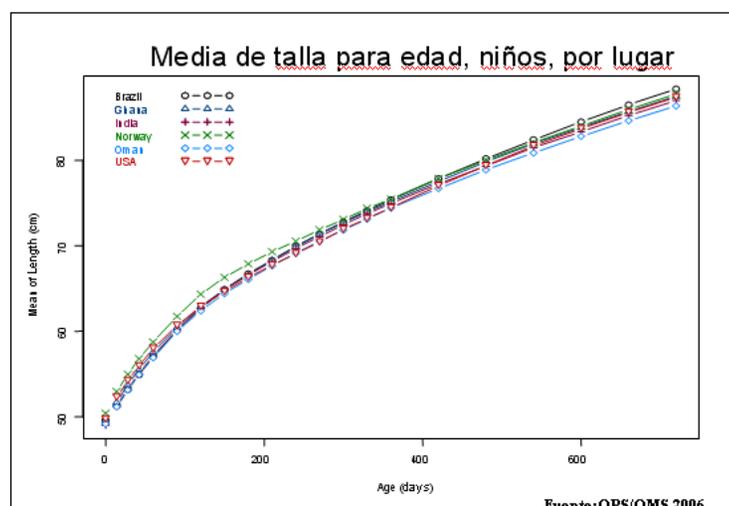
CAPÍTULO III

3.1. DESCRIPCIÓN Y EXPLICACIÓN DE LA SOLUCIÓN PLANTEADA Y EVALUACIÓN DE RESULTADOS

El 27 de Abril de 2006 la Organización Mundial de la Salud hace el lanzamiento de los Resultados del Estudio de Nuevos Patrones de Crecimiento, constituyéndose en el acontecimiento de gran trascendencia mundial. Estos patrones muestran cómo debería ser el crecimiento de los niños y niñas menores de cinco años, cuando sus necesidades de alimentación y cuidados de salud son satisfechos.

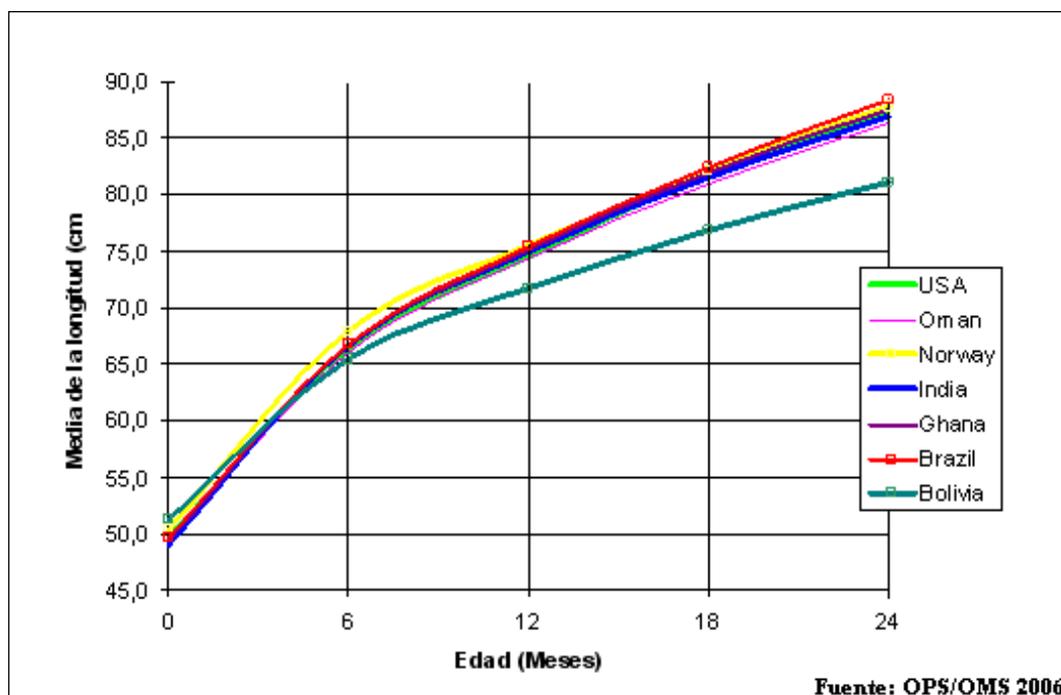
El estudio Multicéntrico de la OMS, para los Patrones de crecimiento ha mostrado que el crecimiento de los niños y niñas, durante sus primeros cinco años de vida, es similar en todas las regiones y que depende, fundamentalmente, de una alimentación apropiada (lactancia materna y alimentación complementaria) y de cuidados adecuados de salud y que los factores genéticos tienen menor importancia durante las etapas iniciales de vida.

GRAFICO Nro. 12.- Curvas de Crecimiento en Brasil, Guyana, India, Noruega y USA



El nuevo Patrón de Crecimiento Infantil de la OMS confirma que todos los niños, nacidos en cualquier parte del mundo, que reciban una atención óptima desde el comienzo de sus vidas, tienen el potencial de desarrollarse en la misma gama de tallas y pesos. Existen diferencias individuales entre los niños, pero a nivel regional y mundial la media de crecimiento de la población es notablemente similar. Por ejemplo, los niños de India, Noruega y Brasil registran patrones de crecimiento similares si se les proporcionan las condiciones para un crecimiento sano en la primera infancia. El nuevo patrón demuestra que las diferencias en el crecimiento infantil hasta los cinco años dependen más de las prácticas de lactancia materna y la alimentación complementaria, el medio ambiente y la atención sanitaria que de los factores genéticos o étnicos.

GRAFICO Nro. 13.- Curvas de Crecimiento en Principales país respecto a Bolivia



En éste gráfico se puede acentuar la diferencia entre el resto de los países que aplican políticas de reducción de la mortalidad infantil y desnutrición infantil siguiendo los principios propuestos por la estrategia AIEPI, Vemos que respecto a nuestro país,

Bolivia, demuestra un débil comportamiento de Crecimiento y Desarrollo, aún teniendo como punto inicial, un nivel alto de Crecimiento del nacimiento a los 5 meses aproximadamente, y una notable decaída a partir del sexto mes de vida creando una brecha en relación a los otros países.

En resumen, debido a éstas marcadas diferencias, las principales conclusiones del Estudio Multicéntrico son:

- Los nuevos patrones de crecimiento de la OMS, muestran cómo debería crecer el niño o niña (desde el nacimiento a los 5 años de edad), en cualquier parte del mundo.
- Todos los niños y niñas tienen el potencial de crecer y desarrollarse, de la manera que se describe en los nuevos patrones, cuando sus necesidades básicas son satisfechas.
- Por vez primera se dispone de una herramienta sólida, desde el punto de vista técnico, para medir, monitorizar y evaluar el crecimiento de todos y todas niños niñas del mundo, independientemente de su origen étnico, clase social u otras características particulares.
- Los nuevos patrones consideran a los niños y niñas que reciben la lactancia materna como la norma para el modelo de crecimiento.
- Los nuevos patrones serán una herramienta efectiva para la detección de la obesidad.
- Los nuevos patrones son una poderosa herramienta para realizar actividades de abogacía a favor de la salud y nutrición de los niños y niñas.

3.1.1. AIEPI Y SU IMPLEMENTACIÓN

En Bolivia, el Plan Nacional de Salud 2005 - 2010, promueve la universalización de la salud, aplica el modelo de atención de Salud Familiar, comunitaria e Intercultural, sosteniendo e impulsando a una de las prioridades de la gestión de gobierno, que es Desnutrición Cero. Para lograr esta meta, es imprescindible que los equipos de salud de los primeros y segundos niveles dispongan de las condiciones de atención adecuadas.

La estrategia de Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia AIEPI, en sus componentes clínico, comunitario y neonatal, es la norma de atención para el niño y niña menor de cinco años en el sistema público de salud.

Los requisitos de la meta de Desnutrición Cero, han obligado a que el AIEPI se transforme, con una mayor énfasis en la valoración, detección, tratamiento y prevención de problemas nutricionales en menores de cinco años, incorporando las nuevas curvas de Crecimiento propuestas por la OMS, cambiando indicador de evaluación nutricional, actualizando tratamientos para varias clasificaciones conforme a recomendaciones basadas en la evidencia y ampliando el componente de consejería para las madres o cuidadoras.

El resultado de éste proceso técnico es la aplicación y uso de diferentes materiales de atención, como los Cuadros de Procedimientos de AIEPI Nut, denominación nueva que conjuga los aciertos de la atención integral promovidos por AIEPI, con las exigencias de disponer de un instrumento que permita al personal de salud de los equipos comunitarios y de los establecimientos de Salud, promover, prevenir y recuperar la salud de los niños bolivianos menores de cinco años.

3.1.2. ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS ECONÓMICOS EN LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA AIEPI EN EL DEPARTAMENTO DE LA PAZ

Los problemas de la administración económica financiera en el sector salud constituyen un problema que nace a raíz del aumento o la variabilidad incesante de los costos, las dificultades de su financiamiento y la ausencia de cobertura real para toda la población.

Es evidente entonces que debe existir una reestructuración en la parte administrativa del sector salud, hacia el empleo más racional de los recursos económicos y financieros; se debe generar estrategias, guías para administrar los recursos humanos, técnicos, económicos y financieros y obtener los beneficios para la

población en general y en especial del niño y niña menor de cinco años (población vulnerable).

Es así que surge la iniciativa de incorporar un Sistema de Gestión, Ejecución, Control, Evaluación y Capacitación Administrativa para el Programa Menor de 5 años, Escolar y Adolescente, para llevar adelante un proceso real de gestión y control municipal para la administración de los recursos de salud, se propone crear un Sistema Gerencial de control, evaluación y capacitación administrativa para la aplicación de la Estrategia AIEPI.

Dicho control implementará conjuntamente con los municipios un sistema integrado de información presupuestaria y financiera oportuna del comportamiento presupuestario y financiero de todos los recursos destinados a cubrir los gastos en capacitación al personal en salud, a la dotación y fortalecimiento de las diferentes Redes de Salud y la inversión de los fondos asignados por la Gobernación del Departamento y de Cooperación externa en beneficio de los municipios más vulnerables.

Todo ello para que las autoridades tomen decisiones oportunas para mejorar los servicios en salud en el departamento.

3.1.3. IDENTIFICACIÓN DE LA SOLUCIÓN AL PROBLEMA

3.1.3.1. Solución Primaria

Creación de un Sistema de Gestión, Ejecución, Control, Evaluación y Capacitación Administrativa para el Programa Menor de 5 años, Escolar y Adolescente en aplicación de la estrategia AIEPI con la cual contribuyamos a mejorar la calidad de atención de los servicios de Salud y disminución de las tasas de mortalidad y desnutrición infantil desarrollando conocimientos, actitudes, prácticas adecuadas y saludables en AIEPI en el Departamento de La Paz para las gestiones futuras.

3.1.3.2. Soluciones secundarias

- Favorecer a la aplicación de la Estrategia AIEPI en sus diferentes componentes
- Promover la participación de la sociedad civil
- Plantear mecanismos de supervisión, control y fiscalización
- Los establecimientos de Salud implementarán procesos de mejoramiento de la calidad de los servicios de atención integral de las enfermedades prevalentes de la infancia.
- Capacitar y organizar al personal de los establecimientos de salud para el mejoramiento de la calidad en la atención
- Contribuir a la Reducción de la Tasas de Mortalidad Infantil y de Desnutrición en menores de cinco años. Como de mejorar la calidad de atención a éste grupo etáreo.

3.1.4. DESARROLLO DE LA SOLUCION AL PROBLEMA

La creación dentro del SEDES La Paz de un Sistema de Gestión, Ejecución, Control, Evaluación y Capacitación Administrativa para el Programa Menor de 5 años, Escolar y Adolescente, que se encargue de la elaboración de los Compromisos de gestión, entre las diferentes redes de salud, los cuales pueden lograr objetivos propuestos por lo que es muy importante que el gerente de red tenga la jerarquía de autoridad sobre el personal de salud de la red de salud a su cargo.

De la misma forma se habla de un control técnico administrativo para llevar adelante un proceso real de gestión y control para la administración de los recursos de salud de carácter multidisciplinario. Éste organismo de apoyo, implementará con los municipios rurales un sistema integrado de información presupuestaria y financiera en la cual permitirá contar con información oportuna de éste comportamiento presupuestario y financiero de todos los recursos destinados a cubrir los gastos de la aplicación de la Estrategia AIEPI, de acuerdo a los recursos que dispone el Programa y recursos de Cooperación.

La Capacitación Técnica administrativa, será importante para poder llevar adelante éste proceso con un compromiso laboral con la Estrategia ya que serán quienes gestionen y ejecuten los recursos del Programa. Ésta capacitación está basada principalmente en la ley 1178 (SAFCO) con el propósito de utilizar eficazmente los recursos públicos para el cumplimiento y ajuste oportuno de políticas, programas y proyectos.

3.1.5. METODOLOGÍA DE INTERVENCIÓN

Coordinar y gestionar asuntos administrativos del Programa Menor de Cinco años, Escolar y Adolescente a nivel departamental, procesos administrativos, normativos e institucionales con el Ministerio de Salud y Deportes, con la Gobernación del Departamento, Instituciones cooperantes, ONGs, etc.

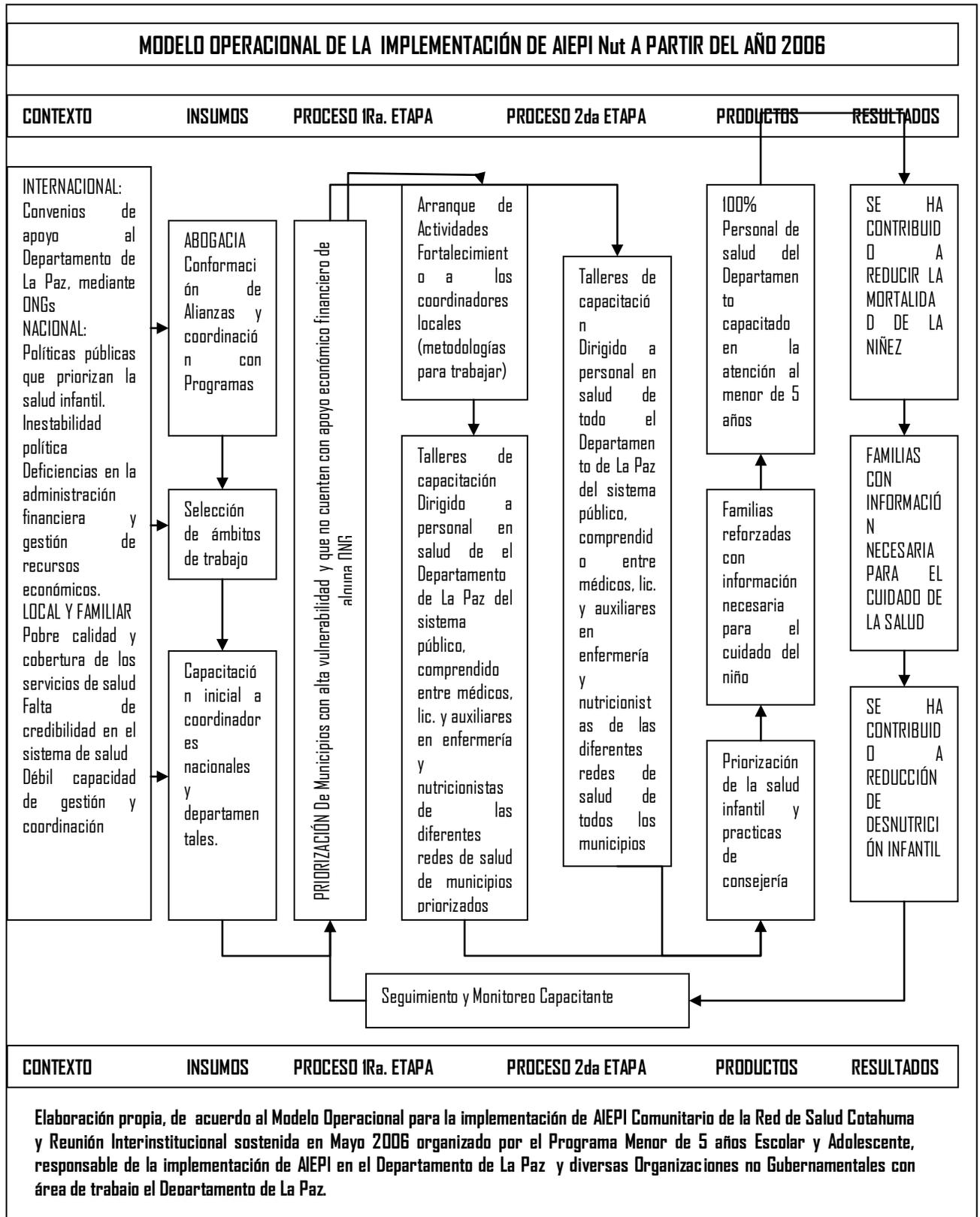
Cooperar con responsables de programas directos de intervención, para la capacitación de personal en salud en las clasificaciones de AIEPI Nut (Clínico), AIEPI Comunitario, y AIEPI Neonatal, las actividades a favor del niño y niña menor de cinco años y el levantamiento de una línea de base del departamento que permitirá el registro de la cobertura de capacitación de recursos humanos en salud así como la realización de Supervisión, Seguimiento y Monitoreo de la Estrategia AIEPI.

Remitir toda la información a la Unidad correspondiente para la fiscalización de las actividades realizadas, de la misma forma en la Gobernación del Departamento y ser remitidas al Sistema Nacional de Información en Salud y a las autoridades correspondientes.

3.1.5.1. Modelo Operacional

A la luz de la información recibida y considerando los conceptos antes mencionados, se presenta un Modelo operacional aplicado en el Departamento de La Paz por el Programa Menor de cinco años Escolar y Adolescente del Servicios Departamento de Salud, con el fin de difundir y aplicar la Estrategia AIEPI en el componente nutricional. A la luz de la vulnerabilidad de los municipios. (Ver ANEXOS Municipios Priorizados primera y segunda fase).

GRAFICO Nro. 14.- Modelo Operacional de Difusión de AIEPI Nut



En el año 2005, con el lanzamiento de la propuesta de las nuevas curvas de Crecimiento y Desarrollo de la OMS, se da inicio a la difusión de AIEPI conjugada con Nutrición AIEPI Nut, realizando las primeras capacitaciones y socializaciones a nivel nacional, y formación de facilitadores y coordinadores para realizar la réplica de conocimiento a todo el personal en salud de cada departamento.

Es para el año 2006 y 2007, que en una primera etapa de inicio se realiza una priorización de los municipios con alta vulnerabilidad y que no cuentan con el apoyo financiero de ninguna institución, para ser los que den inicio a la capacitación e implementación de AIEPI Nut. Siendo, el segundo semestre del mismo año 2007, cuando, en una segunda etapa, se capacita a todo el personal de los municipios restantes del Departamento de La Paz.

Para que en los siguientes años, 2008, 2009, se de paso al Seguimiento y Monitoreo Capacitante al personal en salud, en la implementación y aplicación de la estrategia AIEPI.

3.1.5.2. Implementación AIEPI

De acuerdo al Ministerio de Salud y Deportes se ha eliminado la exclusión social, con la implementación del Sistema Único, Intercultural y comunitario de Salud, que incorpora a la medicina tradicional, el cual es inclusivo, equitativo, solidario, de calidad y calidez y que participa de la dimensión económica, productiva sociocultural y política organizativa, generando capacidades individuales, familiares y comunitarias; actúa de manera intersectorial sobre los determinantes de salud, orientando hacia la promoción de hábitos saludables, de la actividad física y deportiva, cuida, cría y controla el ambiente; promueve y se contribuye en el espacio de organización y movilización socio comunitaria del Vivir Bien.

FIN: Mejorar la salud de niños y niñas del país asegurando su desarrollo integral y previniendo enfermedades.

El gobierno nacional mantiene la prioridad en el tema de mortalidad infantil, con la gestión de calidad de servicios de salud, del niño y niña menor de cinco años. Bajo la consideración que los sectores, agropecuario, educación, agua, producción y justicia contribuyen a resolver las causas subyacentes y estructurales de la mortalidad infantil.

Existe apoyo efectivo de Gobernación del Departamento, Municipios, ONGs, Agencias de cooperación y comunidad organizada.

Existe motivación y compromiso del personal de salud y disposición del personal de salud y disposición de los actores sociales para participar en el proceso.

Cuadro Nro. 9.- Matriz de Compromisos de la Implementación de la Estrategia AIEPI

PROPÓSITO	INDICADORES	FORMULA DE CALCULO	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	RIESGOS Y SUPUESTOS	
Contribuir a la mejora de la salud de niños y niñas del país asegurando desarrollo integral y previniendo enfermedades	Se habrá reducido:				
	1° La mortalidad infantil en niños y niñas menores de cinco años de edad	Nro. De muertes de niños menores de 5 años	x 1000	Línea de Base Nacional ENDSA 2003 - 2008	El gobierno nacional mantiene la prioridad en el tema de mortalidad infantil, con la gestión de calidad de servicios de salud, del niño y niña menor de cinco años. Los sectores agropecuario, educación, agua, producción y justicia contribuyen a resolver las causas subyacentes y estructurales de la mortalidad infantil. Existe apoyo efectivo de Prefectura del Departamento, Municipios, ONGs, Agencias de cooperación y comunidad organizada. Existe motivación y compromiso del personal de salud y disposición del personal de salud y disposición de los actores sociales para participar en el proceso.
		Total niños nacidos vivos menores de 5 años			
	Se habrá logrado				
	2° Que los establecimientos de salud apliquen AIEPI	Nro. De establecimientos de salud aplicando AIEPI	x 100	Línea de Base Nacional Línea de Base Departamental	
		Nro. Total De establecimientos de salud			
	3° Que las Redes de Salud contribuyan a la aplicación de AIEPI	Nro. De Redes de salud aplicando AIEPI	x 100	Línea de Base Nacional Línea de Base Departamental	
Nro. Total De Redes de salud					
Fuente: Elaboración Propia de acuerdo a Propósitos, Objetivos y Resultados de la Implementación de la Estrategia AIEPI, Reunión Interinstitucional					

RESULTADOS	INDICADORES	FORMULA DE CALCULO		MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
1. Se ha fortalecido la capacidad institucional para la atención del menor de cinco años y de las enfermedades prevalentes de la infancia.	1.1. Los establecimientos de salud brindan atención integral al menor de 5 años de acuerdo a estándares de AIEPI Nut	Nro. De establecimientos de salud aplicando AIEPI	X 100	Línea de Base Nacional SNIS	El personal de salud de todos los niveles está motivado y comprometido con AIEPI, reconoce la importancia de la promoción de la salud, de la prevención de las enfermedades y la necesidad de mejorar la calidad de atención.
		Nro. Total De establecimientos de salud			
	1.2. Los establecimientos de salud cuentan con equipo, insumos y medicamentos para la atención integral al menor de cinco años de acuerdo a estándares de AIEPI	Nro. De establecimientos de salud que cuentan con equipo, insumos y medicamentos para la atención integral al menor de 5 años	X 100	Informes de Seguimiento y monitoreo de AIEPI	
		Nro. De establecimientos de salud visitados			
2. Se ha reducido la mortalidad infantil en niños y niñas menores de 5 años	2. 1. Se reduce a mortalidad infantil en niños y niñas menores de cinco años de edad	Nro. De muertes de niños menores de 5 años	X 1000	Línea de Base Nacional ENDSA 2003 – 2008 SNIS	
		Total niños nacidos vivos menores de 5 años			
3. Se ha mejorado las prácticas de atención y cuidado del menor de cinco años	3.1.Los menores de cinco años seguirán un Control en su Crecimiento y Desarrollo	Nro. de controles efectuados a menores de 5 años	X 100	Línea de Base Nacional SNIS	
		Nro. De niños menores de 5 años			
Fuente: Elaboración Propia en Coordinación con el Programa Menor de 5 años, Escolar y Adolescente, Programa de Nutrición, SUMI, Programa Salud Sexual y Reproductiva, Programa Salud Mental y Violencia del SEDES La Paz					

3.1.5.3. Presupuesto

El programa Menor de cinco años, Escolar y Adolescente del Servicio Departamental de Salud SEDES La Paz, a partir del año 2006 pone en aplicación el Sistema de Gestión, Ejecución, Control, Evaluación y Capacitación Administrativa que hace un seguimiento estricto de los fondos con que cuenta el programa, desde la planificación de las actividades contempladas en POA, hasta la rendición de cuentas e informe económico final de actividades ejecutadas.

Cabe destacar que durante las gestiones anteriores el presupuesto quinquenal aprobado ha colaborado en diversas áreas de acción, enfrentado la gran problemática de morosidad y retardo de desembolsos presupuestarios para actividades programadas dentro del POA correspondiente, que fueron en gran medida subsanadas por la cooperación externa para no entorpecer el camino programado de desarrollo de la Estrategia.

Así mismo se han realizado actividades de apoyo a la implementación de AIEPI en la elaboración, diseño e impresión de documentos normativos y de materiales de comunicación; inicio de capacitación al personal en salud, socialización, abogacía del programa a nivel departamental y municipal, dirigida a autoridades de gobiernos departamentales y municipales, organizaciones sociales, entidades involucradas con el tema y personal de salud. Diversas actividades de similar índole fueron financiadas por UNICEF, OPS/OMS, PMA y Banco Mundial a través de la Reforma de Salud.

La sostenibilidad de la inversión expresada desde el corto plazo se expresará en la disminución drástica de la desnutrición infantil así como de la mortalidad infantil, será decisiva para permitir el desarrollo pleno de las capacidades físicas e intelectuales de las futuras generaciones, lo cual redundará en el largo plazo en una mano de obra más calificada y saludable, logrando mayores posibilidades de desarrollo en términos de generación de ingresos y riqueza y por ende de bienestar para el país.

La inversión debe focalizarse en una primera instancia, en los municipios más afectados por la exclusión y la pobreza, para mejorar las condiciones a futuro, logrando mayor equidad y como resultado, mejores niveles de estabilidad y gobernabilidad para el país.

El sistema de salud ahorrara recursos en el mediano y largo plazo, al disminuir la desnutrición y la mortalidad infantil y con ésta otras serie de patologías asociadas, por lo que podrá readecuar sus prioridades y ampliar la cobertura y calidad de asistencia.

Si bien se prioriza a los niños menores de cinco años, diversas actividades apuntan a cambios de hábitos y actitudes en forma permanente, lo cual se traducirá en un beneficio para todo el núcleo familiar y la comunidad y mayores niveles de salubridad y bienestar.

3.1.5.4. Cooperación Externa

El Departamento de La Paz, ha venido demostrando en los últimos años un auténtico deseo de poner término al problema de la mortalidad infantil en el país, haciendo esfuerzos a un costo económico y social, a pesar de sus limitados recursos. La Cooperación Internacional, como la participación de distintas Organizaciones no Gubernamentales proporcionan financiamiento, tecnología y capacitación a los requerimientos de la Estrategia AIEPI para apoyar la meta propuesta.

Los mayores cooperantes son: UNICEF; Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (OPS /OMS), Save The Children, Chirstian Children (C.C.F.), PLAN Internacional Bolivia, Médicos del Mundo, USAID con el Programa Gestión de Calidad, Cooperación Técnica Belga y muchos otros. Estos recursos han sido invertidos en el departamento de La Paz (Municipios de La Paz, El Alto y las 14 redes rurales del Departamento).

El accionar del Sistema de Gestión, Ejecución, Control, Evaluación y Capacitación Administrativa del Programa Menor de 5 años, Escolar y Adolescente, respecto a la

Cooperación externa, se explica con la continua coordinación con las Organizaciones No Gubernamentales en reuniones Interinstitucionales para ejecutar las actividades programadas y evitar recaer en las barreras burocráticas que impiden un desembolso a tiempo de fondos para una eficaz implementación de la Estrategia AIEPI en todos los Centros de Salud del Departamento de La Paz.

En tal sentido, de acuerdo a convenios establecidos con el SEDES La Paz y el Ministerio de Salud, son las Organizaciones No Gubernamentales quienes realizan los pagos por los diferentes ítems, necesarios para cumplir con el Modelo operacional de la Implementación de la Estrategia AIEPI. Es decir, el Responsable del Sistema de Gestión, Ejecución, Control, Evaluación y Capacitación Administrativa del Programa Menor de 5 años, Escolar y Adolescente, se encarga de coordinar directamente los requerimientos necesarios como compras de instrumental menor, pago de viáticos, pago de pasajes, pago a facilitadores, alimentos y bebidas, material de escritorio, combustible, etc.

3.1.5.5. Avances

Entre las acciones que se realizó en la implementación de la Estrategia AIEPI en los últimos dos años están:

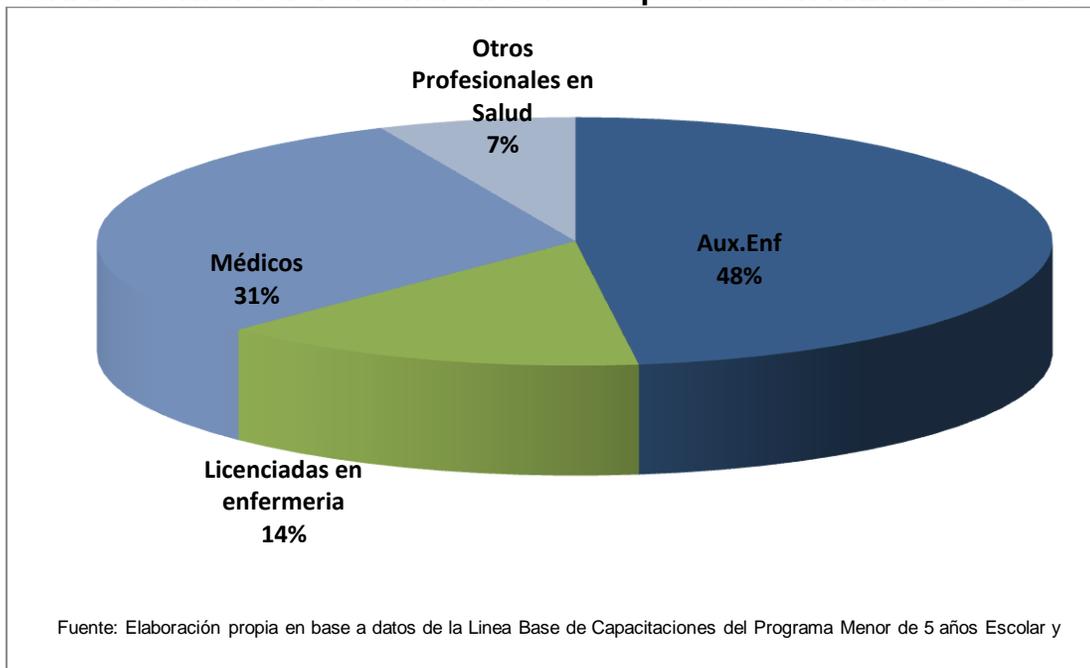
- El fortalecimiento de los establecimientos de salud del Departamento de La Paz
- Notable mejora de la coordinación de acciones a favor de la población infantil mediante la creación de Comités Interinstitucionales de atención al Menor de cinco años.
- Lograr la conformación de redes sociales municipales y de servicios articulados con un diagnóstico municipal y planes operativos participativos
- Certificación de Hospitales de 2° nivel como Hospitales Amigos.
- Incorporación de universidades y centros superiores de estudio, dentro de la capacitación continua de estudiantes del área de salud con la estrategia AIEPI.

Cuadro Nro. 10.- Relación de Recurso Humanos en Salud Capacitados del Departamento de La Paz en AIEPI

RRHH capacitados en AIEPI 2006-2008		
Profesión	Frecuencia	%
Aux. Enfermería	623	47,89%
Lic. en enfermería	189	14,53%
Médicos	402	30,90%
Otros Profesionales en Salud	87	6,69%
TOTAL	1301	100,00%

Fuente: Elaboración Propia de Línea Base, Programa Menor 5 años, Escolar y Adolescente

GRAFICO Nro. 15.- Personal en Salud Capacitado en AIEPI 2006-2008



Inicialmente la estrategia no cuenta con fondos suficientes para cubrir costos de capacitación para recursos humanos del Departamento, si bien, se cuenta con un

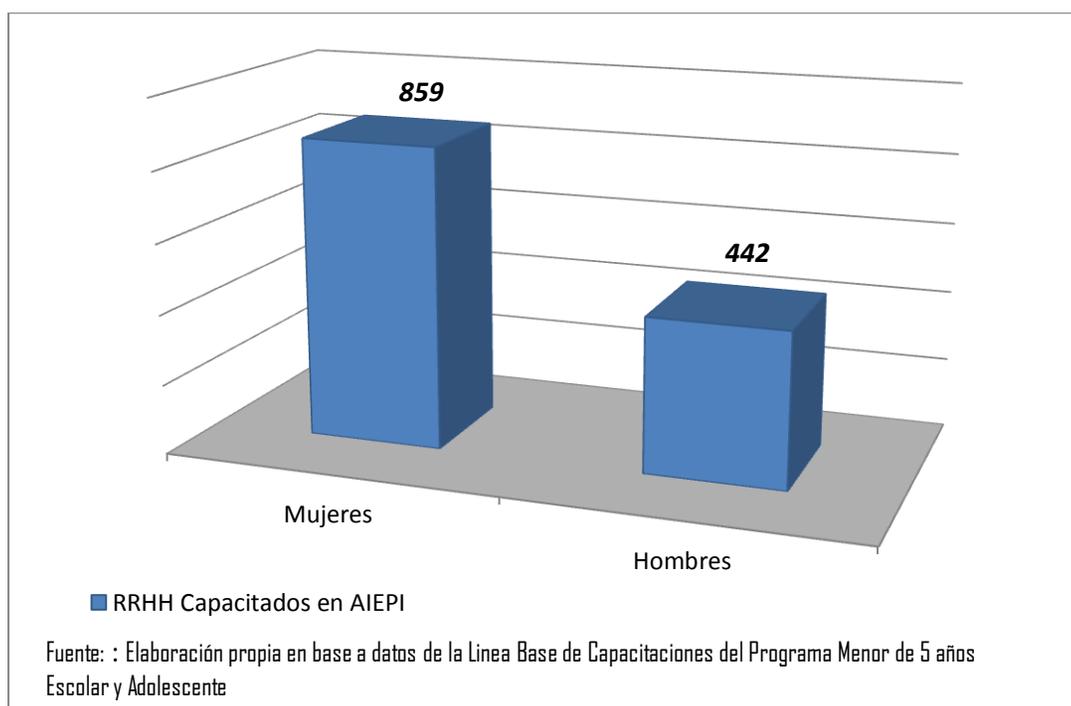
fondo rotativo, este es insuficiente para cubrir éstas necesidades; otro es el caso de la burocracia existente que genera morosidad en el desembolso oportuno de fondos necesarios. Por ello, se recurre a la cooperación externa, que a la fecha ha brindado de manera ágil y propicia el apoyo financiero para la implementación de AIEPI en los diferentes municipios del Departamento de La Paz. Logrando las cifras expuestas en éstos cuadros y gráficos

Cuadro Nro. 11.- Relación de Recurso Humanos en Salud Capacitados del Departamento de La Paz en AIEPI por Sexo

RRHH capacitados en AIEPI		
Sexo	Frecuencia	%
Mujeres	859	66,03%
Hombres	442	33,97%
TOTAL	1301	100,00%

Fuente: Elaboración Propia de Línea Base, Programa Menor 5 años, Escolar y Adolescente

GRAFICO Nro.16.- Personal en Salud Capacitado en AIEPI al 2006-2008 por sexo



3.1.5.6. Seguimiento y Monitoreo

La estrategia de Atención de Enfermedades Prevalentes de la Infancia requiere disponer de datos actualizados que permitan realizar un monitoreo bien enfocado, evaluar la implementación de todas las acciones y sus efectos y poder, de ésta forma realizar los ajustes necesarios. A lo que denominamos Seguimiento y Monitoreo Capacitante. (Formulario de Supervisión, Seguimiento y monitoreo²⁵ (Ver ANEXOS Formulario de Seguimiento y Monitoreo).

Inicialmente se realizó una línea de base para actualizar el personal en salud del departamento que está capacitado en el AIEPI. Al interior de los diferentes municipios del Departamento se enfatizará en las intervenciones de calidad de atención al niño y niña menor de cinco años en los establecimientos de salud de los tres niveles de atención. Así mismo, se implementará el seguimiento y monitoreo del sistema de Referencia y Contra referencia para conocer el número de casos diagnosticados, tratados, seguidos y sus resultados.

La información del monitoreo será consolidada trimestralmente. Además se realizarán evaluaciones puntuales sobre prácticas en la comunidad que permitirá, conocer parte de los cambios de la difusión de AIEPI en el corto plazo.

Con la Cooperación de la Unidad de Gestión de Calidad de USAID, se prevee la incorporación de un nuevo software en el trabajo de la línea de base de personal Supervisado en la aplicación de AIEPI Nut a nivel nacional, departamental; de manera de llevar un mejor seguimiento y monitoreo al personal en salud para mejorar su calidad resolutive de atención a la población menor de cinco años.

3.2. ANÁLISIS DE LA INVERSION DE LA ESTRATEGIA AIEPI Y LA TASA DE MORTALIDAD INFANTIL

²⁵ Formulario de Supervisión, Seguimiento y Monitoreo elaborado el 2008 en coordinación con responsables de los Programas Salud Integral del niño niña, escolar y adolescente. Y Nutrición.

En virtud a la Implementación de la Estrategia AIEPI como componente en la política de reducción de la Mortalidad Infantil, se analiza el flujo de inversiones realizadas por concepto de Presupuesto TGN y de Cooperación Externa explicados en anterior capítulo.

Éstos datos son relacionados con los indicadores respectivos de Mortalidad infantil en el Departamento de La Paz, en el periodo de estudio del comportamiento cronológico de la Estrategia AIEPI desde 2005 hasta 2010 bajo la consideración de la información disponible desde el año 1999.

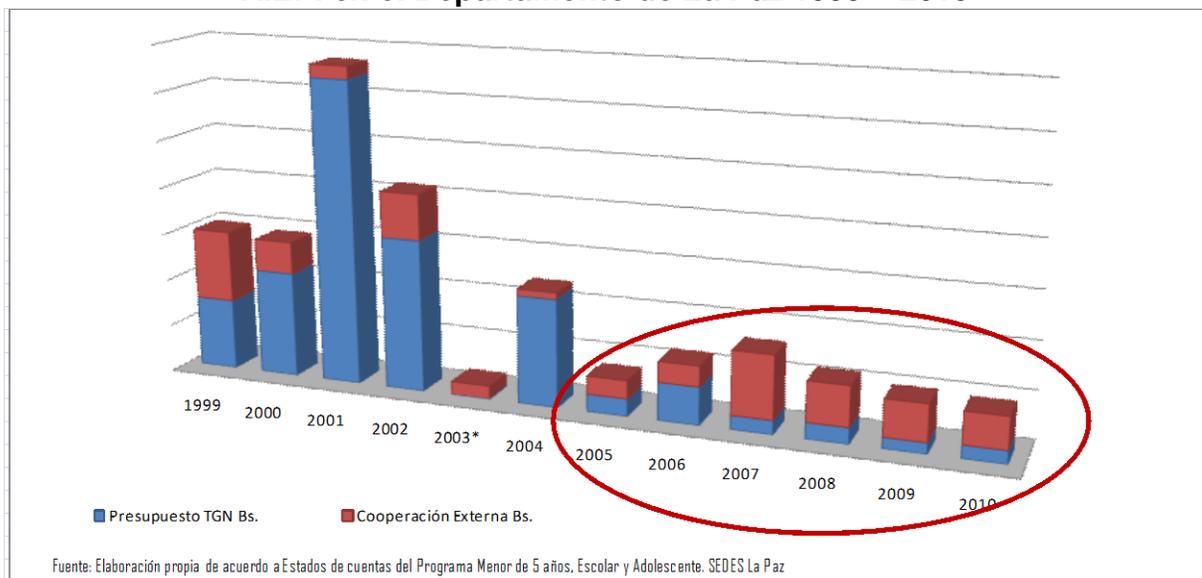
Cuadro Nro. 12.- Distribución de la Inversión en el menor de 5 años en el departamento de La Paz

AÑO	Presupuesto TGN Bs.	%	Cooperación Externa Bs.	%	TOTAL INVERSIÓN Bs.
1999	74882	50%	74882	50%	149764
2000	111268	77%	34066	23%	145411
2001	320631	96%	13968	4%	334695
2002	160343	77%	48294	23%	208714
2003*	0.00	0%	13968	100%	13968
2004	113336	94%	7088	6%	120518
2005	18360	49%	19126	51%	37545
2006	39697	65%	21652	35%	61414
2007	14661	18%	66424	82%	81103
2008	16836	29%	42195	71%	59060
2009	11438	23%	38645	77%	50106
2010	13573	29%	33594	71%	47196

* Gestión financiada únicamente por cooperación externa
Fuente Elaboración Propia en Base a documentación de Estados de Cuentas Prog. Menor 5 años, Escolar y Adolescente, SEDES La Paz, SNIS.

Los datos remarcados, indican la suma de la inversión pública con la cooperación externa, teniendo una serie de datos de la cantidad total de inversión ejecutada en el transcurso de las gestiones de 1999 a 2010.

GRAFICO Nro. 17.- Inversión Total para la implementación de la Estrategia AIEPI en el Departamento de La Paz 1999 – 2010



Fuente: Elaboración propia de acuerdo a Estados de cuentas del Programa Menor de 5 años, Escolar y Adolescente, SEDES La Paz

AÑO	1999	2000	2001	2002	2003*	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Presupuesto TGN Bs.	74,882	111,268	320,631	160,343	0.00	113,336	18,360	39,697	14,661	16,836	11,438	13,573
%	50%	77%	96%	77%	0%	94%	49%	65%	18%	29%	23%	29%
Cooperación Externa Bs.	74,882	34,066	13,968	48,294	13,968	7,088	19,126	21,652	66,424	42,195	38,645	33,594
%	50%	23%	4%	23%	100%	6%	51%	35%	82%	71%	77%	71%
TOTAL INVERSIÓN Bs.	149,764	145,411	334,695	208,714	13,968	120,518	37,545	61,414	81,103	59,060	50,106	47,196

* Gestión financiada únicamente por cooperación externa
Fuente: Elaboración Propia en Base a documentación de Estados de Cuentas Prog. Menor 5 años, Escolar y Adolescente, SEDES La Paz, SNIS.

Se puede denotar, que durante las primeras gestiones 1999 al 2002 el flujo de inversiones es considerablemente elevada en relación a los últimos años. Esto se debe a que las autoridad en gestión, dedicaban mayores recursos económicos en la dotación de Infraestructura, materiales de difusión de AIEPI, por ser recientemente implementada.

Es a partir del año 2003, que de acuerdo a proyecto aprobado de presupuesto quinquenal se reducen de manera significativa las asignaciones apartadas presupuestarias, teniendo que coadyuvar con el apoyo financiero de entidades externas.

De igual manera, se prevalecieron desde la aplicación de la estrategia AIEPI en 1998, su difusión en beneficio de la población menor de cinco años, a manera de fortalecer los diferentes establecimientos de salud del Departamento de La Paz y de mejorar las habilidades resolutivas del personal de salud.

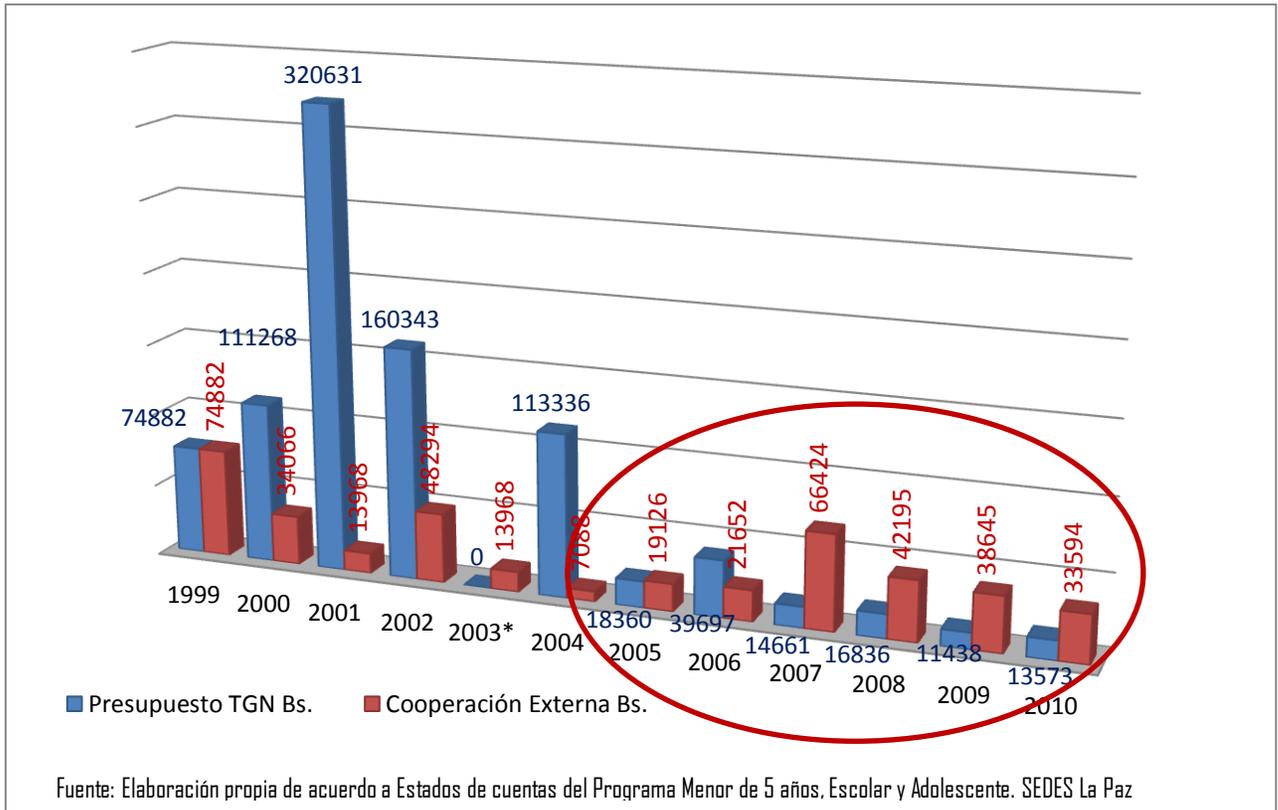
Cuadro Nro. 13.- Relación de la Inversión, Cooperación Externa y la Mortalidad Infantil en el departamento de La Paz

AÑO	Presupuesto TGN Bs.	%	Cooperación Externa Bs.	%	TOTAL INVERSIÓN Bs.	Tasa de Mortalidad Infantil x Mil nacidos vivos
1999	74882	50%	74882	50%	149764	65
2000	111268	77%	34066	23%	145411	63
2001	320631	96%	13968	4%	334695	59
2002	160343	77%	48294	23%	208714	60
2003*	0.00	0%	13968	100%	13968	61
2004	113336	94%	7088	6%	120518	58
2005	18360	49%	19126	51%	37545	57
2006	39697	65%	21652	35%	61414	53
2007	14661	18%	66424	82%	81103	52
2008	16836	29%	42195	71%	59060	49
2009	11438	23%	38645	77%	50106	45
2010	13573	29%	33594	71%	47196	42

* Gestión financiada únicamente por cooperación externa
Fuente Elaboración Propia en Base a documentación de Estados de Cuentas SEDES La Paz

Cabe aclarar, que debido a la implantación de la Estrategia AIEPI en la Gestión de 1998, ésta solo contaba con recursos oficializados por la Cooperación externa en las actividades iniciales de consenso y planificación. Siendo a partir de 1999 que se da el inicio y seguimiento continuo a la Estrategia AIEPI como Programa dentro del entonces Unidad Departamental de Salud La Paz.

GRAFICO Nro. 18.- Inversión Comparativa para la implementación de la Estrategia AIEPI en el Departamento de La Paz 1999 – 2010



De la misma forma, se tiene un vacío de presupuesto T.G.N. para la gestión 2003, debido al cierre de proyectos quinquenal, reforzado por la presencia de cooperación de instancias como la OPS/OMS en virtud a una aprobación del nuevo proyecto de implementación de la Estrategia AIEPI para las gestiones 2004 a 2008 bajo los mismo principios iniciales y continua con recursos de cooperación externa y recursos propios para los siguientes años 2009 y 2010.

Cabe resaltar que la Mortalidad infantil no solo depende de la inversión y del trabajo que realice la Estrategia AIEPI, sino de todo el componente en Salud.

Bajo este análisis, las intervenciones de la Estrategia AIEPI, ya que independientemente del nivel de inversión la Estrategia AIEPI interviene con promoción de la salud y prevención de enfermedades de manera integral, apoyado por diversos programas de salud como Nutrición, Salud Sexual y Reproductiva, Salud Mental, etc.

La evaluación de la Estrategia AIEPI corresponde a la situación con actividades definidas, para la cual se estima los costos y beneficios de prevenir enfermedades, desnutrición y mortalidad infantil. En la situación sin proyecto (Sin hacer nada), se considera que el niño que no asiste al Centro de Salud, continuará en un ambiente en donde las condiciones desfavorables son causantes de que el infante no se desarrolle en forma adecuada, y este desarrollo inadecuado es la causa de que cuando llegue a adulto tenga menor productividad laboral, debido a que su coeficiente de desarrollo y sus habilidades serán inferiores a las de una persona normal.

Es decir, no puede dejarse de lado la consideración de los efectos irreparables que ocasiona la desnutrición y las enfermedades prevalentes de la infancia. El mayor impacto de la afección lo sufre el cerebro del niño, en el que se producirán alteraciones metabólicas y estructurales irreversibles. Por ello la Estrategia Desnutrición 0 estrechamente vinculada a la Estrategia AIEPI enfatiza que en los dos primeros años de vida se puede actuar sobre la desnutrición con grandes probabilidades de éxito. Luego de este período, la recuperación del niño se torna más difícil, casi imposible.

Cuando el niño es tratado en el Centro de Salud, y es recuperado, tanto su estado nutricional como su entorno familiar y socioeconómico mejora. En cuanto a los beneficios por ahorro de costos por internaciones hospitalarias, puede esperarse que un niño que es tratado y recuperado en el Centro de Recuperación, deje de ser

desnutrido²⁶ y no volverá a serlo dado el tratamiento integral junto a la madre del niño. Siendo así, implementar la Estrategia AIEPI y la Estrategia Desnutrición 0 conlleva -al disminuir también los casos de desnutrición- el beneficio de ahorrar costos en internaciones hospitalarias. Entonces, una vez que el niño es dado de alta, deja de ser propenso a enfermedades, por lo que provoca un ahorro de costos al disminuir los riesgos de internación, asemejándolos al de un niño con situación nutricional normal.

Cuando el niño es recuperado, no sólo su condición nutricional, si no que existe una recuperación integral en todo su entorno que le permitirá al niño poder continuar con su desarrollo y crecimiento; los beneficios asociados a ello, son entre otros, una mejora en su capacidad de aprendizaje, conllevando a un mejor rendimiento escolar en el futuro. Sin embargo, las consecuencias producidas por la falta de nutrientes a lo largo de algún período, tendrá un efecto negativo que en el largo plazo se reflejarán en una menor capacidad intelectual, aumentando la deserción y repitencia en el sistema escolar.

Es decir, en la evaluación de implementar eficazmente la Estrategia AIEPI, conlleva a un beneficio asociado a una mayor escolaridad, dado que si la Estrategia funciona en un 100%, el niño contará con una mejor alimentación y estimulación, a causa de la “recuperación” del entorno familiar.

No obstante, cuando se evalúa la Estrategia AIEPI, el primer argumento, es donde la prevención logra el mayor éxito. Mientras más se retrase el tratamiento de la desnutrición y atención a las enfermedades prevalentes de la infancia, mayores son los efectos irreversibles y menores será las aptitudes psicomotoras e intelectuales del niño.

²⁶ “Téngase en cuenta que el crecimiento compensatorio dependerá de la intensidad del daño, de la duración, del período en que ocurre, de factores genéticos individuales y del medio ambiente en el que éstos se desarrollan. Sin embargo, una vez que el niño es recuperado, también lo hace de su inmunodeficiencia, teniendo las mismas probabilidades de enfermarse que un niño con situación nutricional normal”. Gajate Garrido, Guissele y Inurritegui Maúrtua, Marisol. El impacto de los programas alimentarios sobre el nivel de nutrición infantil; (Perú, consorcio de Investigación económica y social, Octubre 2002)

Las consecuencias de la enfermedad no sólo se manifiestan en el estado de salud de la persona sino también en la capacidad de aprendizaje, retención y memoria del niño así como en su nivel de coeficiente intelectual, lo cual termina minando el potencial nivel socioeconómico que puede alcanzar dicho individuo en su vida adulta.

El cerebro es el órgano que crece más rápidamente durante los primeros meses de vida; por lo tanto, cualquier tipo de privación de nutrientes que ocurra durante este período va a afectarlo.

El perímetro cefálico (PC) representa el crecimiento de la masa cerebral. Es mayor en los dos primeros años de vida y su déficit puede indicar una deficiencia nutricional en el período perinatal o posnatal temprano. Cuando este proceso es agudo, no aparecerán cambios manifiestos en la conducta, sin embargo, a medida que se prolonga en el tiempo, se producirá una disminución en la capacidad de concentración y en la motivación para la actividad intelectual. Por ello, la falta de nutrientes finaliza afectando el rendimiento escolar de la persona, siendo mayores las tasas de repitencia y deserción. Dado el vínculo entre el nivel de escolaridad con los ingresos que percibe una persona, mientras más tarde se trate la afección, menores serán los ingresos que una persona podrá percibir en el futuro.

Y de manera paralela es el caso de los niños lactantes, el beneficio alcanzado por el centro de salud, al alimentar a la madre embarazada, es disminuir la probabilidad de que el niño nazca con bajo peso al nacer²⁷; no puede observarse en el caso de que el niño sea tratado, ya que en el Centro de salud se trata a la madre embarazada, y en el caso de que el niño nazca con extremado bajo peso al nacer, la recuperación puede ser muy dificultosa y el niño tienen altas probabilidades de fallecer.

²⁷ Según un estudio realizado en Chile, los niños nacidos de madres con bajo nivel de ingreso, que fueron asistidas nutricionalmente con leche en polvo durante su embarazo, tienen un 11,8% menos de probabilidad de nacer con bajo peso. TORCHE, Aristides, Una evaluación del programa nacional de alimentación complementaria, en "Cuadernos de economía n°66", año 22, Pontificia Universidad Católica de Chile, Instituto de Economía (Chile, 1985). / citado por LLEDÓ, Pablo, op. cit., (Pág. 74).

La evaluación económica relativa a la prevención de la desnutrición y mortalidad infantil debe, necesariamente, considerar que, en el caso de que las enfermedades y/o la desnutrición del niño niña, no sea adecuadamente prevenida, existe otra alternativa aún disponible, a saber: un determinado tratamiento, orientado estrictamente por profesionales en salud, de acuerdo a los nuevos Cuadros de Procedimientos en AIEPI (Clínica, Neonatal) e incluso el Comunitario, para disminuir las probabilidades de muerte en los niños y niñas menores de 5 años . Aun cuando se reconoce que en una política de nutrición los esfuerzos deben ir orientados hacia la prevención, no puede evitarse la necesidad de desarrollar intervenciones eficientes destinadas al tratamiento y recuperación del niño desnutrido.

Sin perjuicio de todo lo expuesto, principalmente la desnutrición y/o las enfermedades prevalentes de la infancia, como las Enfermedades Diarreicas Agudas EDAs, Infecciones Respiratorias Aguda IRAs y otras, traen aparejada consigo efectos irreversibles que operarán haciendo que los beneficios asociados a la prevención sean siempre mayores a los de un tratamiento.

A su vez, debidamente se explicitaron, que la priorización de mejorar los accesos financieros con el fin de ejecutar las diferentes Estrategias en Salud, Programas específicos como las campañas, para la dotación de materiales y conocimientos actualizados al personal de salud de los Establecimientos de Salud del Departamento de La Paz, reflejan una invaluable labor, en cuanto a prevención, promoción con calidez oportuna para los niños y niñas menores de 5 años. Para reducir los índices de Mortalidad Infantil, no solo a nivel departamental, sino nacional. Alcanzar las metas propuestas en los ODMs y brindar condiciones saludables para un óptimo desarrollo humano, cuidando de nuestros niños.

3.3. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

3.3.1. CONCLUSIONES.-

En Bolivia, en el Departamento de La Paz, el lento y poco accionar de las entidades públicas y tomadores de decisión frente a las enfermedades prevalentes de la infancia, se han traducido en Altos niveles de Mortalidad infantil, La estrategia de Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia en el Mundo tienen como objetivo disminuir estos índices, El Departamento de La Paz, se asumió éste compromiso para beneficiar a toda la población infantil.

Aún cuando se cumpla el Objetivo de Reducir la Mortalidad Infantil en Bolivia, se deben continuar con las actualizaciones necesarias en los protocolos de atención para mejorar la calidad de vida, de atención, promoción y prevención con calidez oportuna de la Estrategia AIEPI.,

Para una inversión eficiente en la Implementación de la Estrategia AIEPI y la ejecución de los diferentes programas de salud, hemos notado que es importante contar con la gestión oportuna de desembolsos de fondos de inversión correspondientes a la estrategia AIEPI, lamentablemente, la gestión pública aún presenta morosidad en este proceso, que obstaculiza el desarrollo programado de actividades comprometidas. Ante ello, se tiene que fortalecer las relaciones interinstitucionales para la cooperación externa con el fin de dar prioridad al logro de metas propuestas.

La cobertura de beneficiarios de la Estrategia AIEPI no sólo se centra en 332.010 niños y niñas menores de 5 años, sino también es de beneficio de toda la población en general, pues la mejora de la calidad de atención del menor de cinco años, no es excluyente al resto de los grupos etéreos. De tal manera que se articulan todos los servicios de salud de manera integral.

La estrategia trata de recuperar la experiencia de los últimos años, que toma en cuenta las lecciones aprendidas e identifica aquellas estrategias que han probado su impacto generando servicios de salud preparados para satisfacer las necesidades de la población.

Se ha fortalecido la coordinación interinstitucional para el desarrollo de futuras intervenciones en diversos ámbitos. Se ha logrado construir alianzas y desarrollar compromisos en varios niveles de atención y en especial a nivel departamental.

La Tasa de Mortalidad Infantil muestra una independencia al costo de inversiones que realiza el Programa AIEPI. La Estrategia AIEPI ha fortalecido las capacidades del Programa Menor de cinco Años, Escolar y Adolescente del Servicio Departamental de salud, para la gestión y trabajo operativo en el marco de intervenciones en el sistema de salud. Por otro lado, ha permitido que se cumpla con las directrices emanadas y las políticas dentro del Plan de Nacional de Desarrollo.

La estrategia AIEPI ha logrado movilizar a un número importante de actores para la implementación de AIEPI en el Departamento de La Paz, con el fin de mejorar la calidad de atención de la población menor de cinco años; entre los actores principales está, los médicos, licenciadas y auxiliares en enfermería, nutricionistas y otros, de los tres niveles de atención en salud.

Una serie de factores explican el favorable desempeño de los indicadores de mortalidad infantil y de desnutrición, los que de manera contribuyeron a este resultado. Sin embargo puede afirmarse como elemento central en el logro de este resultado la existencia de políticas de estado de lucha contra la mortalidad infantil y la desnutrición infantil en el país y en el departamento. Éste resultado se debió en gran medida al consenso técnico logrado en el departamento respecto al tema de la desnutrición y sobre las políticas y programas más adecuados para enfrentarlo en la aplicación de la Estrategia AIEPI como una herramienta eficiente.

La incorporación y/o Creación de un Sistema de Gestión, Ejecución, Control, Evaluación y Capacitación Administrativa para el Programa Menor de 5 años, Escolar y Adolescente que se encargue de la elaboración y ejecución de los compromisos de gestión, diferentes actividades que enmarcan la implementación de la Estrategia AIEPI; de fortalecimiento de los servicios de salud, de capacitaciones al personal en salud del Departamento; será importante para poder llevar adelante éste proceso con un compromiso laboral con la Estrategia ya que serán quienes gestionen y ejecuten los recursos del Programa. Ésta capacitación está basada principalmente en la ley 1178 (SAFCO) con el propósito de utilizar eficazmente los recursos públicos y recursos disponibles de la Cooperación Externa, para el cumplimiento y ajuste oportuno de políticas, programas y proyectos.

La implementación de la Estrategia AIEPI contempla la participación tanto de los servicios de salud como de la comunidad y la familia. Enfoca la atención de los menores de cinco años en su estado de salud más que en las enfermedades que ocasionalmente pueden afectarlos. La AIEPI con un fuerte contenido preventivo y de promoción de la salud como parte de la atención contribuye, entre otros beneficios, a aumentar la cobertura de atención y a mejorar el conocimiento y las prácticas de cuidado y atención de los menores de cinco años en el hogar, de forma de contribuir a un crecimiento y desarrollo saludable.

3.3.2. RECOMENDACIONES.-

A la fecha, es inadmisibles que niños y niñas sigan muriendo por causas prevenibles, como sucede en la mayoría de los casos, así como es inaceptable que se mantenga la situación de exclusión social y postergación de grandes grupos humanos, cuya salud se encuentra en condiciones deplorables y que no cuentan con los servicios de salud a los que tienen derecho.

La deficiente Gestión de los recursos económicos y financieros en la implementación de la Estrategia de Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia AIEPI, en el Departamento de La Paz, le resta compromiso a los responsables de la Implementación de la Estrategia de Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia AIEPI, y de otros programas de salud, razón por la cual, la población en general ha perdido la confianza en nuestro Sistema de Salud.

La persistente gestión burocrática de las solicitudes de fondos y su atención oportuna de acuerdo a presupuesto asignado y el reducido número de recursos humanos capacitados para la administración (gestión y rendición de cuentas de acuerdo a la normativa establecida) de los fondos de Programas frena acciones a favor del Sector.

El SEDES La Paz, debe tomar conciencia de su situación y desarrollar diversos mecanismos para enfrentar esta problemática, lo que se demuestra en la creciente disminución de los indicadores negativos y en la capacidad humana y física dispuesta a lo largo del territorio departamental.

Es necesario afirmar experiencias exitosas, consolidar y perfeccionar los medios de financiamiento sostenible existente, optimizar el empleo de los recursos disponibles y, sobre todo, movilizar capacidades y voluntades enfocadas en la atención primaria de salud.

Mejorar la calidad de vida y la situación de la salud de la población, recuperando la dignidad, la identidad pluricultural del país, las libertades públicas, las condiciones materiales de bienestar y los derechos humanos en todos sus aspectos fundamentales, es la determinación que se expresa en las definiciones explicadas en este documento , estrategias y programas de salud vigentes.

El desafío es grande y requiere el compromiso y aporte concreto de toda la sociedad y en particular, del personal de salud. La Implementación de la Estrategia AIEPI no culmina una vez reducido el índice de Mortalidad Infantil, ésta se actualiza e incorpora dentro de sus componentes aspectos importantes como la Nutrición, Violencia, Género, Salud Materna y otros. Los bolivianos, paceños, vivimos en permanentes desafíos y nuestra historia nos muestra que sabemos enfrentarlos.

Todos los habitantes del Departamento de La Paz y de Bolivia, podemos ser participes de la consolidación de la Estrategia, seguros de que éste esfuerzo tendrá frutos si desarrollamos la capacidad de trabajar juntos.

3.4. BIBLIOGRAFIA

1. CEPAL, Crecimiento Económico y Desarrollo Humano en América Latina, Revista CEPAL Nro 78, Etc.
2. Encuesta Nacional de Demografía y Salud, ENDSA 2003
3. Gajate Garrido, Gissele y Inurritegui Maúrtua, Marisol, El impacto de los programas alimentarios sobre el nivel de nutrición infantil: una aproximación a partir de la metodología del “Propensity Score Matching”. (Perú, Consorcio de investigación económica y social, Octubre 2002)
4. Harold Alderman y Elizabeth M. King, “Invertir en el desarrollo en la primera infancia” Artículo de investigación del Banco Mundial, Agosto 2006
5. Hernandez, Sampieri Roberto. “Metodología de la Investigación”, 2º Ed. Buenos Aires.
6. La Constitución Política del Estado, 2009.
7. Ley Nº 1551 de Participación Popular,
8. Ley Nº 1654 de Descentralización Administrativa
9. Ley Nº 2028 de Municipalidades,
10. Ley Nº 1178 de Administración y Control Gubernamental
11. Ley Nº 2426 Seguro Universal Materno Infantil
12. Ministerio de Salud y Deportes, Bases para el Plan Estratégico de Salud 2006 – 2010
13. Ministerio de Salud y Deportes, Plan Nacional de Salud Integral para el Niño y la Niña Menor de 5 años Bolivia 2005-2008
14. Ministerio de Salud y Deportes, Sistema Regional de datos Básicos en Salud- Perfil País, Resumen del Análisis de Situación y Tendencias de Salud Bolivia
15. Ministerio de Salud y Deportes, Unidad Nacional de Gestión del SUMI, Implementación del Modelo de Gestión, Redes de Salud, DILOS, SUMI y SNUS, Módulo de Inducción Seguro Universal Materno Infantil Bolivia, Abril 2006.
16. OPS/OMS, Guía del Coordinador de la Red: Cámara Junior Internacional (JCI). Acciones AIEPI en el contexto de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)
17. OPSOMS, Dr. Dilberth Cordero Valdivia, Dra. Martha Mejia Soto “Análisis del Proceso de la Implementación de la Estrategia AIEPI en Bolivia”, Bolivia 2002.
18. Plan Nacional de Desarrollo Bolivia Digna, Soberana, Productiva y democrática para Vivir Bien 2006

19. PNUD, Informe sobre Desarrollo Humano 2005
20. Gobernación del Departamento de La Paz, Servicio Departamental de Salud, Anuario y Estadísticas de Salud Gestión 2005-Indicadores de Compromiso 2010
21. Gobernación del Departamento de La Paz, Servicio Departamental de Salud, Programa de Nutrición; Plan Departamental Integral de la Erradicación de la Desnutrición Aguda en Niños y Niñas menores de 5 años 2006 – 2010. SEDES La Paz, Octubre 2006.
22. Sociedad Boliviana de Pediatría, boletines informativos 2006 – 2007
23. Sociedad Paceña de Pediatría, Indicadores de compromiso para el niño niña menor de 5 años en El Departamento de La Paz 2004.
24. Ministerio de Economía y Finanzas Públicas, Memoria de la Economía Boliviana 2010 Gasto social de la Administración central en Salud.
25. Instituto Nacional de Estadística, Departamento de La Paz; Estadísticas e Indicadores, Socio demográficos, Productivo y Financieros por Municipio. Bolivia 2005.

3.5. FUENTES NO BIBLIOGRAFICAS

1. Sociedad Paceña de Pediatría, Entrevistas con Dra. Cecilia Uribe, Presidente; Dra. Ingrid Rocabado y Dra. Maria Luisa Santivañez. Talleres participativos, y coordinación de actividades.
2. Servicio Departamental de Salud, Unidad de Redes y Servicios, Lic. Carmen Peña y Lillo, Responsable Departamental del Programa Nutrición, gestión 2005 en adelante. Entrevista y coordinación de actividades.
3. Servicio Departamental de Salud, Unidad de Redes y Servicios, Dra. Shirley Rocabado, Responsable Programa Menor de 5años, escolar y Adolescente, gestión 2004 en adelante. Entrevista y atención continua, coordinación de actividades; ejecución de planes de acción, información complementaria, etc.
4. Servicio Departamental de Salud, Unidad de Redes y Servicios, Dra. Carmen Cornejo, Responsable del Programa Salud Sexual y Reproductiva, Presidente del Comité de Muerte Materno neonatal y Menor de 5 años. Entrevista y coordinación de actividades.

5. Servicio Departamental de Salud, Unidad de Redes y Servicios, Dr. Rolando Gómez Bejarano, Jefe de Unidad gestiones 2006 – 2008 Entrevista de situación actual del departamento en el área de intervención.
6. Servicio Departamental de Salud, Unidad de Planificación, Dr. Virgilio Prieto Jefe de Unidad gestiones 2006 – 2007 Gestión presupuestaria ejecutada.
7. Servicio Departamental de Salud, Unidad de Epidemiología, Dra. Nela Duran, Entrevista de situación actual del departamento en el área de intervención.
8. Ministerio de Salud y Deportes, Dr. Gonzalo Mansilla, Responsable de Salud Niño, escolar y Adolescente – en su componente nutrición, Entrevistas y coordinación de actividades y ejecución de planes de acción.

3.6. ANEXOS

ANEXO NRO. 1.- R. M. NRO.0626 DE 29 OCTUBRE DE 2002



COPIA LEGALIZADA

RESOLUCION MINISTERIAL **Nº0626**
29 OCT. 2002

VISTOS Y CONSIDERADOS:

Que el Art.158 de la Constitución Política del Estado, concordante con el Art.2 del Código de Salud de la República de Bolivia, establecen que la salud es un bien de interés público y que el Estado tiene la obligación de defender el capital humano protegiendo la salud del individuo, la familia y la población en su totalidad.

Que, el Ministerio de Salud y Previsión Social, en el marco del Plan Bolivia, ha formulado la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) como una estrategia para disminuir la mortalidad infantil en el país, destacando su implementación, expansión y coordinación con otros programas.

Que, la estrategia AIEPI brinda los conocimientos y habilidades para evaluar en forma integrada la condición de salud del menor de cinco años y detectar enfermedades, desnutrición o problemas que más lo afectan, según el perfil epidemiológico de cada lugar; a partir de la sistematización brindando instrucciones claras sobre la clasificación, tratamiento y seguimiento de pacientes en servicios de salud, y la comunidad.

Que, en el marco del Plan Bolivia, la AIEPI asigna responsabilidades por niveles de atención en concordancia con las atribuciones del Ministerio de Salud y Previsión Social. Asimismo, concede alta prioridad a las intervenciones a favor del neonato y de los niños y niñas de 5 años, como una obligación y derecho fundamental proteger el capital humano y la salud de la población.

Que es necesario aprobar la estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia AIEPI, como base de la Política Nacional de atención de salud al Neonato, Niño y Niña menor de 5 años.

POR TANTO; El Señor Ministro de Salud y Previsión Social, con las atribuciones previstas en el Art. 10, inciso L) de la Ley 1788 de Organización del Poder Ejecutivo;

RESUELVE:

ARTICULO UNICO.- Apruébese la Estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia AIEPI, en sus componentes clínico, comunitario y neonatal, que constituya la base para la política específica del Sector a Nivel Nacional, en los aspectos relacionados con la Atención Integral de la Salud del Neonato, Niño y Niña menor de 5 años, tanto a nivel de servicios de salud y comunidad en el marco del Seguro Universal Materno Infantil.

Se encomienda a la Dirección General de Salud y Seguros Públicos y a la Unidad Nacional de Atención a las Personas; la dirección, ejecución, seguimiento y evaluación dentro del sector y la coordinación con otros para su aplicación.

Regístrese, comuníquese y archívese.

Dr. Oscar Lora Sánchez
VICEMINISTRO DE SALUD Y PREVISION SOCIAL

Siloia Quintela López
DIRECTORA GENERAL DE ASUNTOS JURIDICOS
Min. de Salud y Previsión Social

AZR/99

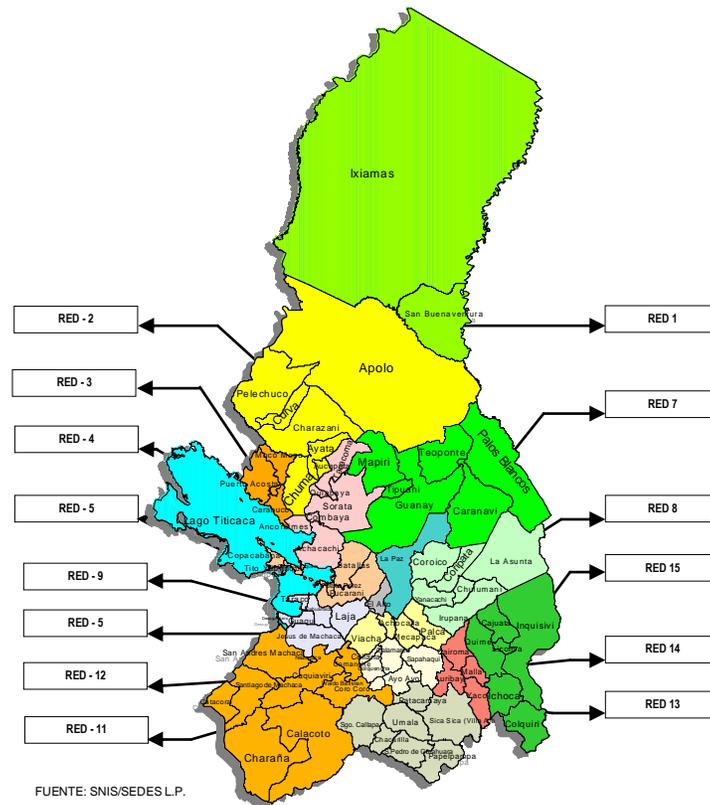
ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

Siloia Quintela López
JEFE ARCHIVO Y DOCUMENTACION
Ministerio de Salud y Previsión Social

Dr. David Córdova Solís
MINISTRO DE SALUD Y PREVISION SOCIAL



ANEXO NRO. 2.- REGIONALIZACIÓN GERENCIAS DE RED



ANEXO NRO. 3.- REDES DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DE LA PAZ

Redes de Salud del Departamento de La Paz			
RED DE SALUD 1			
			Municipio
1	1	Red Rural 1	San Buena Ventura
2	2	Red Rural 1	Ixiamas

RED DE SALUD 2			
			Municipio
3	1	Red Rural 2	Apolo
4	2	Red Rural 2	Aucarpata
5	3	Red Rural 2	Curva
6	4	Red Rural 2	Gral. J.J. Pérez (Charazani)
7	5	Red Rural 2	Pelechuco
8	6	Red Rural 2	Ayata
9	7	Red Rural 2	Chuma
RED DE SALUD 3			
			Municipio
10	1	Red Rural 3	Mocomoco
11	2	Red Rural 3	Puerto Acosta
12	3	Red Rural 3	Puerto Carabuco
RED DE SALUD 4			
			Municipio
13	1	Red Rural 4	Achacachi
14	2	Red Rural 4	Ancoraimenes
15	3	Red Rural 4	Combaya
16	4	Red Rural 4	Sorata
17	5	Red Rural 4	Tacacoma
18	6	Red Rural 4	Quiabaya
RED DE SALUD 5			
			Municipio
19	1	Red Rural 5	Batallas
20	2	Red Rural 5	Copacabana
21	3	Red Rural 5	Pucarani
22	4	Red Rural 5	Puerto Pérez
23	5	Red Rural 5	San Pedro de Tiquina
24	6	Red Rural 5	Tito Yupanqui (Parquipujo)
RED DE SALUD 6			
			Municipio
25	1	Red Rural 6	Achocalla
26	2	Red Rural 6	Mecapaca
27	3	Red Rural 6	Palca
28	4	Red Rural 6	Viacha
RED DE SALUD 7			
			Municipio
29	1	Red Rural 7	Caranavi
30	2	Red Rural 7	Guanay
31	3	Red Rural 7	Mapiri
32	4	Red Rural 7	Teoponte
33	5	Red Rural 7	Tipuani

34	6	Red Rural 7	Palos Blancos
RED DE SALUD 8			
			Municipio
35	1	Red Rural 8	Chulumani (V. De la Libertad)
36	2	Red Rural 8	Coripata
37	3	Red Rural 8	Coroico
38	4	Red Rural 8	Irupana (Villa de Lanza)
39	5	Red Rural 8	La Asunta
40	6	Red Rural 8	Yanacachi
RED DE SALUD 9			
			Municipio
41	1	Red Rural 9	Desaguadero
42	2	Red Rural 9	Guaqui
43	3	Red Rural 9	Laja
44	4	Red Rural 9	Taraco
45	5	Red Rural 9	Tiahuanacu
46	6	Red Rural 9	Jesus de Machaca
47	7	Red Rural 9	San Andrés de Machaca
RED DE SALUD 11			
			Municipio
48	1	Red Rural 11	Catacora
49	2	Red Rural 11	Charaña
50	3	Red Rural 11	Santiago de Machaca
51	4	Red Rural 11	Nazacara de Pacajes
52	5	Red Rural 11	Calacoto
53	6	Red Rural 11	Caquiaviri
54	7	Red Rural 11	Comanche
55	8	Red Rural 11	Coro Coro
RED DE SALUD 12			
			Municipio
56	1	Red Rural 12	Santiago de Callapa
57	2	Red Rural 12	Papel Pampa
58	3	Red Rural 12	Patacamaya
59	4	Red Rural 12	San Pedro de Curahuara
60	5	Red Rural 12	Sica Sica (Villa Aroma)
61	6	Red Rural 12	Umala
62	7	Red Rural 12	Chacarilla
RED DE SALUD 13			
			Municipio
63	1	Red Rural 13	Ayo Ayo
64	2	Red Rural 13	Calamarca
65	3	Red Rural 13	Collana
66	4	Red Rural 13	Colquencha

67	5	Red Rural 13	Sapahaqui
68	6	Red Rural 13	Waldo Ballivian
RED DE SALUD 14			
			Municipio
69	1	Red Rural 14	Luribay
70	2	Red Rural 14	Cairoma
71	3	Red Rural 14	Malla
72	4	Red Rural 14	Yaco
RED DE SALUD 15			
			Municipio
73	1	Red Rural 15	Cajuata
74	2	Red Rural 15	Colquiri
75	3	Red Rural 15	Ichoca
76	4	Red Rural 15	Quime
77	5	Red Rural 15	Licoma Pampa
78	6	Red Rural 15	Inquisivi
REDES DE SALUD La Paz			
			Redes
79	1	Red Urbana	Sur Oeste
	2	Red Urbana	Sur
	3	Red Urbana	Nor Oeste
	4	Red Urbana	Este
	5	Red Urbana	Norte Central
REDES DE SALUD El Alto			
			Redes
80	1	Red Urbana	Boliviano Holandes
	2	Red Urbana	Corea
	3	Red Urbana	Los Andes
	4	Red Urbana	Lotes y servicios
Fuente: Elaboración Propia de acuerdo a información SNIS			

ANEXO NRO. 4.- OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO

OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO

OBJETIVOS Y METAS (de la Declaración del Milenio)	INDICADORES PARA MEDIR LOS PROGRESOS
Objetivo 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre	
Meta 1: Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas cuyos ingresos sean inferiores a 1 dólar por día.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Porcentaje de la población con ingresos inferiores a 1 dólar por día a paridad del poder adquisitivo (PPA).¹ 2. Coeficiente de la brecha de pobreza (la incidencia de la pobreza multiplicada por la profundidad de pobreza). 3. Proporción del consumo nacional que corresponde al quintilo más pobre de la población.
Meta 2: Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas que padecen hambre.	<ol style="list-style-type: none"> 4. Porcentaje de menores de 5 años con insuficiencia ponderal. 5. Porcentaje de la población por debajo del nivel mínimo de consumo de energía alimentaria.
Objetivo 2: Lograr la enseñanza primaria universal	
Meta 3: Velar porque, para el año 2015, los niños y niñas de todo el mundo puedan terminar un ciclo completo de enseñanza primaria.	<ol style="list-style-type: none"> 6. Tasa neta de matriculación en la enseñanza primaria. 7. Porcentaje de alumnos que comienzan el primer grado y llegan al quinto grado. 8. Tasa de alfabetización de las personas de 15 a 24 años.
Objetivo 3: Promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer	
Meta 4: Eliminar las desigualdades entre los géneros en la enseñanza primaria y secundaria, preferiblemente para el año 2005, y en todos los niveles de la enseñanza antes de fines de 2015.	<ol style="list-style-type: none"> 9. Relación entre niñas y niños en la educación primaria, secundaria y superior. 10. Relación entre las tasas de alfabetización de las mujeres y los hombres de 15 a 24 años. 11. Proporción de mujeres entre los empleados asalariados en el sector no agrícola. 12. Proporción de puestos ocupados por mujeres en el parlamento nacional.
Objetivo 4: Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años	
Meta 5: Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años.	<ol style="list-style-type: none"> 13. Tasas de mortalidad de menores de 5 años. 14. Tasa de mortalidad infantil. 15. Porcentaje de niños de 1 año vacunados contra el sarampión.
Objetivo 5: Mejorar la salud materna	
Meta 6: Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes.	<ol style="list-style-type: none"> 16. Tasa de mortalidad materna. 17. Porcentaje de partos con asistencia de personal sanitario especializado.

Objetivo 6: Combatir el VIH, el paludismo y otras enfermedades	
Meta 7: Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH.	18. Prevalencia de VIH entre gestantes de 15 a 24 años. 19. Porcentaje de uso de preservativos dentro de la tasa de uso de anticonceptivos. ² 19a. Utilización de preservativos en la última relación sexual de alto riesgo. 19b. Porcentaje de la población de 15 a 24 años que tiene conocimientos amplios y correctos sobre el VIH. 20. Relación entre la matriculación de niños huérfanos y la matriculación de niños no huérfanos de 10 a 14 años.
Meta 8: Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves.	21. Prevalencia y tasas de mortalidad asociadas al paludismo. 22. Proporción de la población en zonas de riesgo de paludismo que aplica medidas eficaces de prevención y tratamiento. 23. Prevalencia y tasas de mortalidad asociadas a la tuberculosis. ³ 24. Proporción de casos de tuberculosis detectados y curados con el tratamiento breve bajo observación directa (DOTS). ⁴
Objetivo 7: Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente	
Meta 9: Incorporar los principios del desarrollo sostenible en las políticas y los programas nacionales, e invertir la pérdida de recursos del medio ambiente.	25. Proporción de la superficie cubierta por bosques. 26. Relación entre zonas protegidas para mantener la diversidad biológica y la superficie total. 27. Uso de energía (equivalente en kilogramos de petróleo) por 1 dólar del producto interno bruto (PPA). 28. Emisiones de dióxido de carbono (per cápita) y consumo de clorofluorocarburos que agotan la capa de ozono (toneladas de PAO). 29. Proporción de la población que utiliza combustibles sólidos.
Meta 10: Reducir a la mitad para el año 2015 el porcentaje de personas que carezcan de acceso sostenible al agua potable y a servicios básicos de saneamiento.	30. Proporción de la población con acceso sostenible a fuentes mejoradas de abastecimiento de agua, en zonas urbanas y rurales. 31. Proporción de la población con acceso a servicios de saneamiento mejorados, en zonas urbanas y rurales.
Meta 11: Haber mejorado considerablemente, para el año 2020, la vida de por lo menos 100 millones de habitantes de tugurios.	32. Proporción de hogares con acceso a tenencia segura.

Objetivo 8: Fomentar una asociación mundial para el desarrollo

Meta 12: Desarrollar aún más un sistema comercial y financiero abierto, basado en normas, previsible y no discriminatorio. Se incluye el compromiso de lograr una buena gestión de los asuntos públicos, el desarrollo y la reducción de la pobreza en cada país y en el plano internacional.

Meta 13: Atender las necesidades especiales de los países menos adelantados. Se incluye el acceso libre de aranceles y cupos de las exportaciones de los países menos adelantados; el programa mejorado de alivio de la deuda de los países pobres muy endeudados y la cancelación de la deuda bilateral oficial, y la concesión de una asistencia para el desarrollo más generosa a los países que hayan expresado su determinación de reducir la pobreza.

En los casos de los países menos adelantados, los países africanos, los países sin litoral y los pequeños Estados insulares en desarrollo, algunos de los indicadores mencionados a continuación se supervisarán por separado.

Asistencia oficial para el desarrollo

33. La AOD neta, total y para los países menos adelantados, en porcentaje del ingreso nacional bruto de los países donantes del CAD de la OCDE.
34. Proporción de la AOD total bilateral y por sectores de los donantes del CAD de la OCDE para los servicios sociales básicos (educación básica, atención primaria de la salud, nutrición, abastecimiento de agua salubre y servicios de saneamiento).
35. Proporción de la AOD bilateral de los donantes del CAD de la OCDE que no está condicionada.
36. La AOD recibida en los países sin litoral en porcentaje de su ingreso nacional bruto.
37. La AOD recibida por los pequeños Estados insulares en desarrollo en proporción a su ingreso nacional bruto.

Meta 14: Atender las necesidades especiales de los países sin litoral y de los pequeños Estados insulares en desarrollo (mediante el programa de acción para el desarrollo sostenible de los pequeños Estados insulares en desarrollo y las decisiones adoptadas en el vigésimo segundo período extraordinario de sesiones de la Asamblea General).

Meta 15: Encarar de manera general los problemas de la deuda de los países en desarrollo con medidas nacionales e internacionales a fin de hacer la deuda sostenible a largo plazo

Acceso a los mercados

38. Proporción del total de importaciones de los países desarrollados (por su valor y sin incluir armamentos) procedentes de países en desarrollo y de países menos adelantados, admitidas libres de derechos.
39. Aranceles medios aplicados por países desarrollados a los productos agrícolas, textiles y vestuario procedentes de países en desarrollo.
40. Estimación de la ayuda agrícola en países de la OCDE en porcentaje de su producto interno bruto (PIB).
41. Proporción de la AOD para fomentar la capacidad comercial.

Sostenibilidad de la deuda

42. Número total de países que han alcanzado los puntos de decisión y número que ha alcanzado los puntos de culminación en la iniciativa para la reducción de la deuda de los países pobres muy endeudados (acumulativo).
43. Alivio de la deuda comprometido conforme a la iniciativa para la reducción de la deuda de los países pobres muy endeudados (en dólares de Estados Unidos).
44. Servicio de la deuda como porcentaje de las exportaciones de bienes y servicios.

<p>Meta 16: En cooperación con los países en desarrollo, elaborar y aplicar estrategias que proporcionen a los jóvenes un trabajo digno y productivo.</p>	<p>45. Tasa de desempleo de jóvenes entre los 15 y los 24 años, por sexo y total.⁵</p>
<p>Meta 17: En cooperación con las empresas farmacéuticas, proporcionar acceso a los medicamentos esenciales en los países en desarrollo a un costo razonable.</p> <p>Meta 18: En colaboración con el sector privado, velar por que se puedan aprovechar los beneficios de las nuevas tecnologías, en particular de las tecnologías de la información y de las comunicaciones.</p>	<p>46. Proporción de la población con acceso estable a medicamentos esenciales a un costo razonable.</p> <p>47. Líneas de teléfono y abonados a teléfonos celulares por 100 habitantes.</p> <p>48. Computadoras personales en uso por 100 habitantes y usuarios de Internet por 100 habitantes.</p>

Los objetivos y Metas de Desarrollo del Milenio están enunciados en la Declaración del Milenio, firmada en septiembre de 2000 por 189 países, donde figuran como signatarios 147 jefes de Estado (Más información: www.un.org/documents/ga/res/55/a55r005.pdf - A/Red/55/2).

Los objetivos y metas están interrelacionados y deberán considerarse como un conjunto. Representan la asociación entre los países desarrollados y los en desarrollo que están decididos, como dice la Declaración, "a crear, en los planos nacional y mundial, un entorno propicio al desarrollo y a la eliminación de la pobreza".

1 Para supervisar las tendencias de la pobreza en los países deberían utilizarse indicadores basados en el umbral de la pobreza de cada país, si se dispone de ellos.

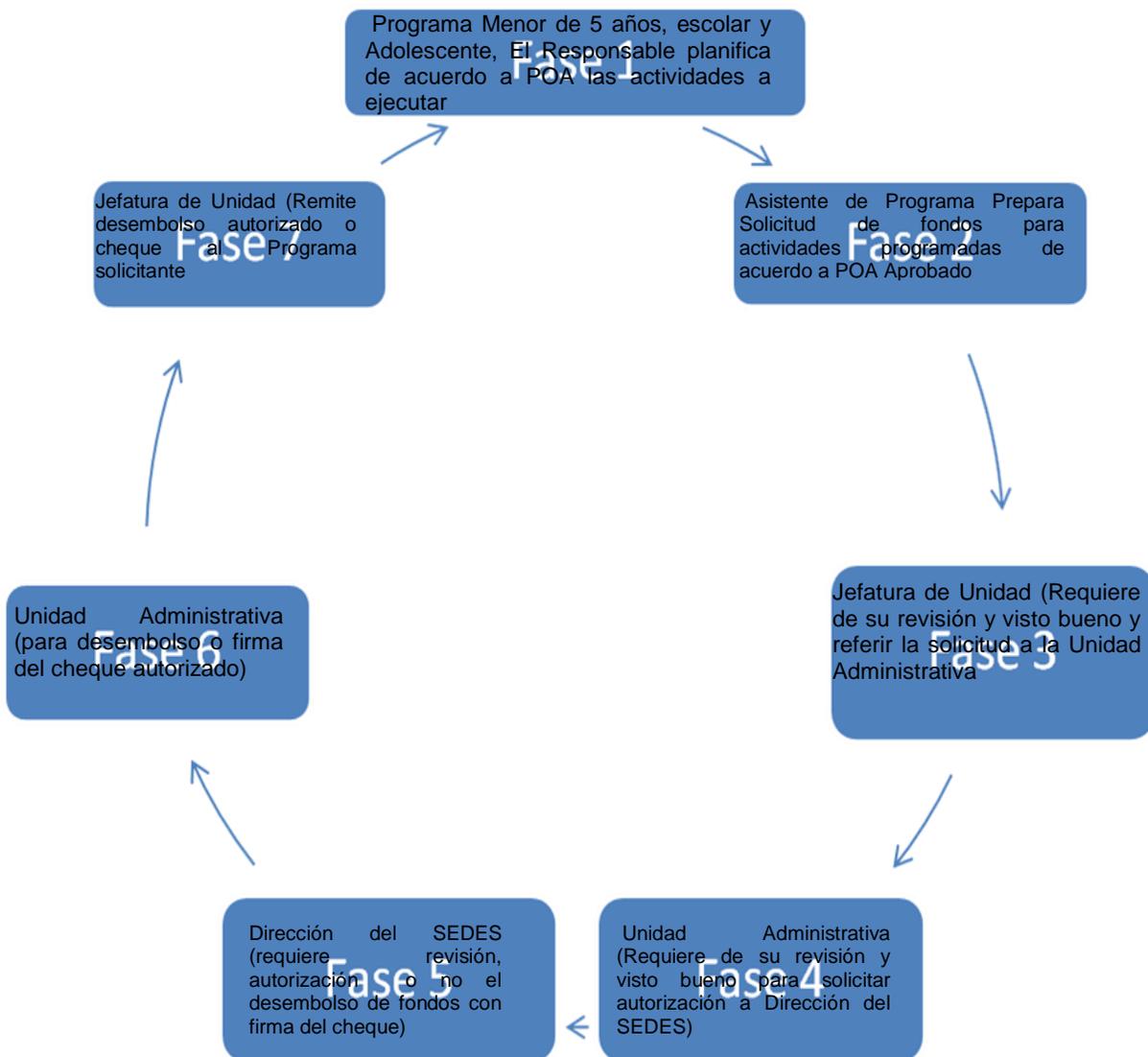
2 Entre los métodos anticonceptivos, solamente los preservativos son eficaces para prevenir la transmisión del VIH. La tasa de uso de anticonceptivos también es útil para conocer los progresos hacia el logro de otros objetivos relacionados con la salud, el género y la pobreza. Puesto que la tasa de uso de preservativos solo se mide entre las mujeres con la pareja fija, se complementa con un indicador sobre el uso de preservativos en situaciones de alto riesgo y con un indicador sobre los conocimientos relativos al VIH.

3 La prevención se mide por el porcentaje de niños menores de 5 años que duermen bajo mosquiteros tratados con insecticidas; el tratamiento se mide por el porcentaje de niños menores de 5 años que reciben tratamiento adecuado.

4 Éste indicador corresponde al porcentaje de la población de 15 a 24 años que puede identificar correctamente las dos principales formas de prevenir la transmisión sexual del VIH (utilizar preservativos y mantener relaciones sexuales solo con una pareja fiel y no infectada), que rechaza los dos errores más generalizados en el país sobre la transmisión del VIH, y que sabe que una persona de aspecto saludable puede transmitir el VIH. No obstante, como actualmente no se dispone de un número suficiente de encuestas para calcular el indicador definido supra, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia UNICEF, en colaboración con el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA ONUSIDA y la Organización Mundial de la Salud OMS, elaboran dos indicadores de sustitución que representan dos componentes del indicador real. Esos componentes son: a) el porcentaje de mujeres y hombres de 15 a 24 años que sabe que una persona puede protegerse de la infección del VIH mediante "el uso sistemático de preservativos"; b) el porcentaje de mujeres y hombres de 15 a 24 años que sabe que una persona de aspecto saludable puede transmitir el VIH. Para el informe sobre el año en curso solo se dispone de datos referentes a mujeres.

5 La OIT está elaborando un método mejorado para cuantificar el objetivo en el futuro.

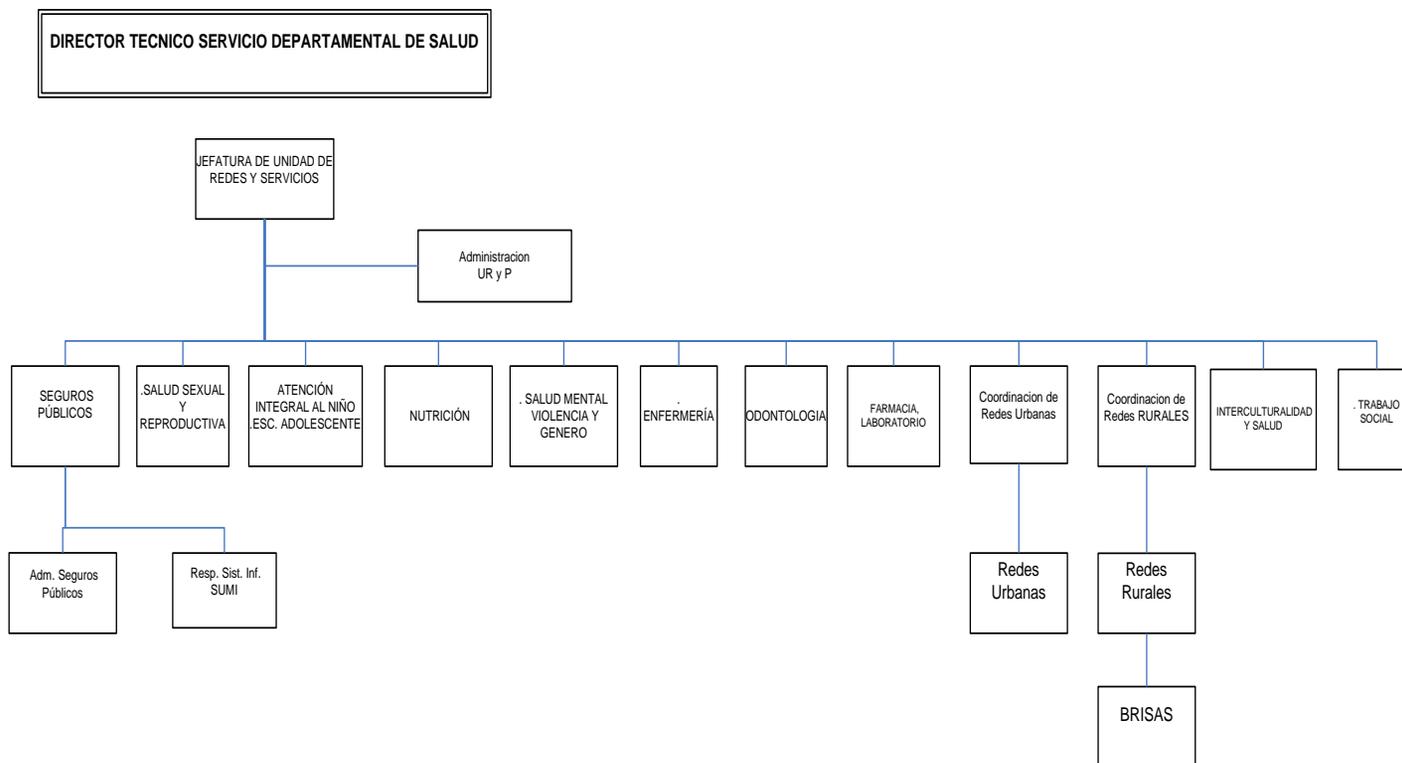
ANEXO NRO. 5.- CIRCUITO DE PROCEDIMIENTO PARA UNA SOLICITUD DE FONDOS, PROCEDIMIENTO REGULAR



- Nota:**
- En caso de solicitud de materiales de Bodegas se sigue éste mismo escenario.
 - Se debe de adjuntar en cada Solicitud un Breve Informe para conocimiento e información a los responsables de cada Unidad, en caso de omisión, la Solicitud es rechazada y se reinicia el circuito.
 - Cada fase puede demorar de uno a varios días.

Elaboración propia de acuerdo procedimientos del SEDES La Paz

ANEXO NRO. 6.- ORGANIGRAMA SEDES LA PAZ



ANEXO NRO. 7.- ESTABLECIMIENTOS DE SALUD Y PERSONAL DE SERVICIOS DE SALUD, DEPARTAMENTO DE LA PAZ

PROVINCIA	Establecimientos de Salud 2001 SECCIÓN MUNICIPAL	INDICADORES DE SALUD								
		Número de Establecimientos de Salud 2004		Número de		Personal de Servicios de Salud 2001				Número de Camas en establecimientos de salud 2004
		Total	Atención Primaria (Postas y Centros de Salud)	Total	Atención Primaria (Postas y Centros de Salud)	Total Personal de Servicios de Salud	Médicos y Odontólogos	Enfermeros y Auxiliares de Enfermería	Administrativos, Técnicos, Otros Profesionales y Técnicos	
BOLIVIA		2.617	2.282	2.688	2.600	14.577	3.251	5.611	5.815	1.2571
LA PAZ		540	516	501	535	43.90	1.020	1.519	1.051	3.080
PD. MURILLO	Sección CAPITAL - La Paz	116	102	121	90	3.256	767	1.008	1.431	2.270
	Primera Sección - Paiza	1	1	1	1	8	3	3	2	12
	Segunda Sección - Mampoma	7	7	7	7	0	2	6	0	2
	Tercera Sección - Achacala	3	3	3	3	1	0	1	0	0
	Cuarta Sección - El Alto	44	57	72	64	466	107	145	104	495
UMASUYUS	Primera Sección - Achacachi	5	5	16	10	34	5	20	9	33
	Segunda Sección - Anacoaimos	6	5	6	6	11	1	8	2	6
PACAIFI	Primera Sección - Cruz Carr	5	5	6	6	9	1	6	7	17
	Segunda Sección - Coquiaviri	6	6	6	6	9	2	3	4	0
	Tercera Sección - Galaxate	0	0	1	1	5	0	5	0	1
	Cuarta Sección - Comarcho	3	3	3	3	3	0	2	1	0
	Quinta Sección - Charaña	2	2	2	2	2	0	1	1	5
	Sexta Sección - Wadala-Bullitán	2	1	1	1	1	0	1	0	0
	Séptima Sección - Nazacara de Pacajes	1	1	1	1	0	0	0	0	3
	Octava Sección - Santiago de Collpa	4	4	4	4	4	1	3	0	0
P. COMARCO	Primera Sección - Puerto Aconcha	8	8	9	8	7	1	5	1	24
	Segunda Sección - Moco-moso	0	0	0	0	8	1	7	0	10
	Tercera Sección - Puerto Galaxias	9	9	9	9	10	3	10	2	0
MUÑECAS	Primera Sección - Chuma	7	6	6	6	7	1	4	2	6
	Segunda Sección - Ayata	5	5	5	5	4	1	3	0	5
	Tercera Sección - Aucapata	4	4	4	4	31	6	18	12	0
LARECAJA	Primera Sección - Sorata	8	8	9	8	20	4	10	6	27
	Segunda Sección - Guaray	2	11	18	12	20	5	7	8	28
	Tercera Sección - Bocapoma	2	2	2	2	4	1	2	1	2
	Cuarta Sección - Quiabaya	2	1	1	1	1	0	1	0	0
	Quinta Sección - Combaya	2	2	2	2	2	0	2	0	0
	Sexta Sección - Tipxani	4	4	4	4	0	0	0	0	8
	Séptima Sección - Mapiri	nd.	nd.	nd.	nd.	nd.	nd.	nd.	nd.	nd.
	Octava Sección - Topopoto	nd.	nd.	nd.	nd.	nd.	nd.	nd.	nd.	nd.
P. IANAYU	Primera Sección - Apollo	5	5	5	5	12	1	2	9	9
	Segunda Sección - Polochuco	5	5	5	5	5	2	3	0	3
INGAYI	Primera Sección - Viacha	9	10	10	10	41	7	26	8	31
	Segunda Sección - Guay	3	3	3	3	5	1	3	1	1
	Tercera Sección - Hahuanacu	9	9	9	9	9	2	5	1	1
	Cuarta Sección - Desaguadero	2	2	2	2	6	1	3	2	9
	Quinta Sección - San Andrés de Maderera	nd.	nd.	nd.	nd.	nd.	nd.	nd.	nd.	nd.
	Sexta Sección - Juana de Manaburu	nd.	nd.	nd.	nd.	nd.	nd.	nd.	nd.	nd.
	Séptima Sección - Iruco	nd.	nd.	nd.	nd.	nd.	nd.	nd.	nd.	nd.

PROVINCIA	Establecimientos de Salud 2001 SECCIÓN MUNICIPAL	INDICADORES DE SALUD							Número de Camas en establecimientos de salud 2004	
		Número de Establecimientos de Salud 2004		Número de		Personal de Servicio de Salud 2001				
		Total	Atención Primaria (Postos y Centros de Salud)	Total	Atención Primaria (Postos y Centros de Salud)	Total Personal de Servicio de Salud	Médicos y Odontólogos	Enfermeros y Auxiliares de Enfermería		Administrativos, Técnicos, Otros Profesionales y Técnicos
LUAYZA	Primera Sección - Lumbay	6	6	6	6	9	1	2	6	5
	Segunda Sección - Sapirahuqui	4	4	4	4	5	1	3	1	0
	Tercera Sección - Yaco	4	4	5	5	4	0	3	1	2
	Cuarta Sección - Mollo	2	2	2	2	0	0	0	0	1
	Quinta Sección - Cairoma	6	6	6	6	5	1	4	0	3
INIOBERMI	Primera Sección - Inquisivi	7	7	7	7	8	0	7	1	0
	Segunda Sección - Quime	5	5	5	5	9	1	3	5	12
	Tercera Sección - Cajuata	4	4	4	4	4	1	3	0	4
	Cuarta Sección - Colquini	7	7	7	7	18	3	10	5	18
	Quinta Sección - Ichoca	3	3	3	3	2	0	2	0	0
S. YUNGAS	Sexta Sección - Villa Libertad Licoma	1	1	1	1	1	1	0	0	0
	Primera Sección - Chulumani	4	4	5	4	21	5	8	8	30
	Segunda Sección - Inupana	9	9	10	9	22	3	13	6	16
	Tercera Sección - Yarasavili	9	9	4	4	4	0	4	0	2
	Cuarta Sección - Polvo Ribonon	12	12	14	12	0	0	0	0	24
LOS ANDES	Quinta Sección - La Asunta	5	5	5	5	9	2	6	1	13
	Primera Sección - Pucamani	5	5	7	6	15	3	8	4	9
	Segunda Sección - Laja	6	5	5	5	12	4	5	3	11
	Tercera Sección - Detallias	5	5	5	4	7	1	5	1	12
	Cuarta Sección - Puerto Pérez	6	6	6	6	6	1	4	0	1
AROMA	Primera Sección - Sica Sica	6	6	7	7	11	4	6	1	14
	Segunda Sección - Umala	2	2	4	4	0	0	0	0	1
	Tercera Sección - Ayu Ayu	3	3	3	3	3	0	2	3	10
	Cuarta Sección - Calanarua	4	4	4	4	5	0	4	1	4
	Quinta Sección - Patacamaya	3	3	4	3	0	3	4	1	19
N. YUNGAS	Sexta Sección - Colquancha	3	3	3	3	4	1	3	0	4
	Séptima Sección - Collana	1	1	1	1	1	0	1	0	0
	Primera Sección - Corolco	4	3	5	4	47	10	12	25	40
	Segunda Sección - Cónipata	3	2	3	2	8	1	2	5	7
	Primera Sección - Ixiamas	6	6	6	6	4	0	3	1	2
A. IRRALDE	Segunda Sección - San Buenaventura	5	5	5	5	12	1	10	1	14
	Primera Sección - Juan José Pérez (Charazani)	4	4	6	6	5	1	2	2	12
B. SAAVEDRA	Segunda Sección - Curva	1	1	2	2	1	0	1	0	6
	Primera Sección - Copacabana	2	2	3	2	10	2	6	2	0
M. KAPAC	Segunda Sección - San Pedro de Tiquina	2	2	3	3	2	1	1	0	0
	Tercera Sección - Tito Yupanqui	1	1	1	1	1	0	1	0	0
	Primera Sección - San Pedro de Curahuara	2	2	2	2	2	0	1	1	2
C. VILLARROEL	Segunda Sección - Papal Pampa	2	2	2	2	2	1	2	0	2
	Tercera Sección - Chacarilla	1	1	1	1	1	0	1	0	0
	Primera Sección - Santiago de Machaca	2	2	2	2	4	1	2	1	0
J.M. PANDO	Segunda Sección - Catacora	1	1	1	1	1	0	1	0	0
	Primera Sección - Caranavi	20	10	20	10	88	17	46	26	44

ANEXO NRO. 8.- INSTRUMENTO DE SEGUIMIENTO Y MONITOREO

INSTRUMENTO PARA LA VISITA DE SEGUIMIENTO Y MONITOREO DE AIEPI-*Nut* EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

Establecimiento de Salud.....	PS () CS ()
Hosp. ()	
Municipio.....	Red
Salud.....	de
Departamento	
Nombre del Personal de Salud	
Auxiliar de Enf. () Enfermera () Médico ()	
Nombre(s) del observador(es)	
Fecha de la vista	
Fecha de la capacitación en AIEPI- <i>Nut</i>	Duración de la capacitación:.....días

OBSERVACION DEL MANEJO DE CASOS DE NIÑOS/AS DE 2 MESES A MENORES DE 5 AÑOS DE EDAD (LLENAR UNO POR CADA ATENCION OBSERVADA)

El personal de salud evalúa los signos de peligro:	SI	NO
1. ¿Vomita todo lo que ingiere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Convulsiones en ésta enfermedad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Puede beber o lactar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Estado de conciencia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INDICADOR 1: *El personal de salud evalúa al niño/a en busca de los cuatro signos de peligro en general*
(P1 a 4 marcadas como SI).....SI NO

Observe cómo realiza la antropometría:

Técnica del Pesado	SI	NO
5. Niños/a sin ropa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Emplea la balanza adecuada (de bandeja o balanza madre-niño para el menor de 2 años, balanza de pie para el mayor de 2 años)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Coloca la balanza en 0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Registra el peso en el formulario de registro y CSI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. El peso tomado por el personal de salud coincide con el tomado por el observador (verificación, se permite diferencia de ± 200 gs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INDICADOR 2: *El personal de salud pesa correctamente al niño/a*
(P5 a 9 marcadas como SI)..... SI NO

Técnica de toma de talla o longitud	SI	NO
10. Retira moños/trabas, etc., de la cabeza del niño/a ²⁸	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. El niño/a está sin zapatos ni calcetines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. El niño menor de 2 años está recostado o está de pie si es mayor de 2 años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. El niño/a cumple con los 5 puntos de apoyo (nuca-omoplatos-nalgas-pantorrillas-talones) y la cabeza es mantenida en el <u>plano de Frankfurt</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

²⁸ Si el niño/a no tiene moños/trabas ni otro adorno en la cabeza, califique como SI

14. Registra la talla o longitud peso en el formulario de registro y CSI		
15. La talla o longitud tomada por el personal de salud coincide con la tomada por el observador (verificación, se permite diferencia de ± 0.5 cm)		

INDICADOR 3: El personal de salud toma la talla o longitud correctamente (P10 a 15 marcadas como SI)..... **SI**
NO

SI NO

El personal de salud:

16. ¿Pesa correctamente al niño/a? (el peso tomado por el personal de salud coincide con el del observador) –ver Indicador 2-		
17. ¿Talla correctamente al niño/a? (la talla o longitud tomada por el personal coincide con el del observador) –ver Indicador 3 -		
18. ¿Clasifica correctamente el estado nutricional del niño/a, buscando edema, emaciación y empleando la curva recomendada?		

INDICADOR 4: El personal de salud evalúa correctamente el estado nutricional del niño/a (P16 a P18 marcadas como SI)..... **SI**
NO

El personal de salud evalúa:

SI o NO
N/C²⁹

19. Si el niño/a recibe lactancia materna		
20. La posición y el agarre		
21. La frecuencia de las mamadas		
22. Si recibe lactancia materna exclusiva		
23. Problemas con la lactancia materna		

INDICADOR 5: El personal de salud evalúa correctamente la lactancia materna (P19 a 23 marcadas como SI o N/C)..... **SI NO**

El personal de salud evalúa:

SI o NO
N/C³⁰

24. Lactancia materna prolongada		
25. Inicio de alimentación complementaria		
26. Tipo de alimentos complementarios		
27. Frecuencia de los alimentos complementarios		
28. Si el niño/a tiene su plato propio		
29. Quién alimenta al niño/a		

INDICADOR 6: El personal de salud evalúa correctamente la alimentación complementaria del niño/a (P24 a 29 marcadas como SI o N/C)..... **SI NO**

El personal de salud pregunta/evalúa si el niño/a tiene:

SI NO

30. Tos o dificultad para respirar			
31. Diarrea			
32. Fiebre			
33. Dolor de oído			
34. Si el niño/a tiene algún síntoma principal: ¿Clasifica correctamente y realiza tratamiento acorde con la clasificación o clasificaciones?			N/C ³¹

²⁹ Marcar N/C si el niño/atendido es mayor de 6 meses

³⁰ Marcar N/C si el niño/atendido es menor de 6 meses

³¹ Marcar N/C (No Corresponde), si el niño/a no tiene ninguno de los síntomas principales

INDICADOR 7: El personal de salud evalúa los síntomas principales: tos, diarrea, fiebre y dolor de oído
 (P30 a P34 marcadas como SI y P34 marcada como SI o como N/C)..... **SI**
NO

El personal de salud: SI NO

35. Verifica el estado de vacunas empleando el CSI

Si el niño **no** tiene CSI:

36. Verifica antecedentes de vacunas preguntando a la madre

INDICADOR 8: El personal de salud verifica el estado de vacunación del niño
 (P35 o P36 marcadas como SI)..... **SI**
NO

SI o N/C³² NO

37. El niño recibe las vacunas que necesita según su edad

INDICADOR 9 : El niño sale del establecimiento con todas las vacunas que necesitaba
 (P37 marcada como SI o N/C) **SI**
NO

El personal de salud: SI o NO
N/C³³

38. Evalúa el desarrollo del niño menor de 2 años, empleando el CSI o el cuadro de procedimientos

INDICADOR 10: El personal de salud evalúa el desarrollo del niño/a menor de 2 años
 (P38 marcada como SI o N/C)..... **SI**
NO

El personal de salud brinda orientación nutricional específica: SI NO

39. ¿Da mensajes correctos sobre la alimentación del niño/a? (seno materno, alimentación complementaria)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
40. ¿Recomienda el empleo de Chispitas Nutricionales para niños/as de 6 a menores de 24 meses o hierro para niños de 24 meses a menores de 5 años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N/C ³⁴
41. ¿Recomienda el empleo de vitamina A para niños/as mayores de 6 meses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. ¿Recomienda el consumo de Nutribebé para niños/as de 6 meses a menores de 24 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INDICADOR 11: El personal de salud orienta correctamente sobre la alimentación del niño/a
 (P39 y P42 marcadas como SI o como N/C)..... **SI**
NO

El personal de salud: SI NO

43. Felicita a la madre/cuidador por acudir al establecimiento de salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Realiza preguntas abiertas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Verifica si la madre/cuidador entendió los mensajes brindados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Responde de manera concreta a las preguntas de la	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

³² Marcar N/C, si el niño/a, antes de la consulta, tiene las vacunas al día o ha sido vacunado recientemente

³³ Marcar N/C, si el niño/a es mayor de 2 años

³⁴ Para P41 y P42, marcar N/C si el niño/a no tiene la edad que se menciona en estas preguntas

madre/cuidador		
47. Demuestra interés y preocupación		
48. Emplea un lenguaje sencillo y comprensible		
49. Su lenguaje corporal es adecuado		
50. Evita criticar a la madre/cuidador		
51. Se sienta al lado de la madre (sin barreras)		
52. Indica cuando volver de inmediato		
53. Indica cuando volver para control		

INDICADOR 12: El personal de salud emplea habilidades apropiadas de orientación y comunicación interpersonal (9 o más marcadas como SI, de P43 a P53)..... **SI**
NO

INDICADOR DE APLICACION DE AIEPI-Nut

INDICADOR 13. El personal de salud aplica AIEPI - Nut durante la atención del niño/a (NUEVE O MAS DE LOS INDICADORES 1 AL 12 – EN RECUADRO – MARCADOS COMO SI)**SI**
NO

MEDICAMENTOS, INSUMOS Y VACUNAS EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD (LLENAR UNO POR ESTABLECIMIENTO)

Verificar si el establecimiento de salud cuenta con:

MEDICAMENTOS ESENCIALES

Medicamentos para **TODOS** los establecimientos

	SI 35	NO	OBSERVACIONES
1. Alimento Terapéutico Nutricional Listo para el Uso (ATLU), Plumpy Nut o BP100			
2. Ceftriaxona amp 1g			
3. Chispitas nutricionales			
4. Ciprofloxacina comp.250 mg			
5. Cloranfenicol amp.1 g			
6. Cotrimoxazol jarabe pediátrico (200/40/5mL) o tab de 100/20 mg			
7. Dextrosa 5% 500 o 1000 ml			
8. Gentamicina, amp.20,40,ó 80 mg			
9. Hierro Gts 25 mg/mL de hierro elemental o 125 mg de sulfato ferroso (Ferrasol)			
10. Mebendazol,tab 500 mg o tab.de 100 mg			
11. Nistatina suspensión (1mL=100,000 UI)			
12. Paracetamol jarabe 120 mg(5mL) o paracetamol, tab. de 100 mg o paracetamol gts 120 mg (20 gts)			
13. Pen.procaínica, 1.000,000, ó 800,000 ó 400,000 UI			
14. Ringer lactato, 500 o 1000 ml			
15. Salbutamol en aerosol 100 mcg/dosis			
16. SRO de baja osmolaridad ó SRO antiguo			

³⁵ Para calificar SI, la cantidad mínima del medicamentos debe ser suficiente para tratar a dos niños (de aproximadamente 4 años) y la fecha de expiración no debe estar vencida

17. Suero fisiológico 0.9% 500 ó 1,000 mL			
18. Vitamina A 100.000 UI			
19. Vitamina A 200.000 UI			
20. Zinc , tabletas 'dispersables' (o efervescentes) de 20mg o jarabe de zinc de 20 mg/5mL			

INDICADOR 14: El establecimiento de salud cuenta con medicamentos esenciales de AIEPI -Nut (18 o más de P1 a P20 marcadas como SI)..... SI NO

Medicamentos antimaláricos, para establecimientos en zonas de riesgo para malaria

	SI	NO	OBSERVACIONES
21. Artesunato comp.50mg			
22. Clindamicina susp.75mg/5mL			
23. Cloroquina, tab.150 mg			
24. Diclorhidrato de quinina, amp 300 mg/2mL			
25. Mefloquina tab 250 mg			
26. Primaquina, tab.5 mg			
27. Quinina, amp.600 mg			
28. Quinina, tab.300 mg			

INDICADOR 14.A. El establecimiento de salud, localizado en zona DE RIESGO DE MALARIA, cuenta con medicamentos antimaláricos (6 o más de P21 a P28 marcadas como SI)..... SI NO

EQUIPO E INSUMOS BASICOS

	SI	NO	OBSERVACIONES
29. Aerocámara espaciadora para salbutamol (puede ser confeccionada con un vaso o un envase de suero)			
30. Agua destilada para inyecciones			
31. Alcohol			
32. Algodón			
33. Balón de oxígeno con manómetro listo para el uso y accesible			
34. Catéter nasofaríngeo para niños/as			
35. CSI con hitos del desarrollo			
36. Cuadro de Procedimientos AIEPI Neonatal, disponible			
37. Cuadro de Procedimientos AIEPI -Nut Clínico, disponible			
38. Formularios de registro, niños/as de 2 meses a menor de 5 años			
39. Formularios de registro, niños/as de 7 días a menores de 2 meses			
40. Formularios de registro, niños/as menores de 7 días			
41. Formularios para seguimiento nutricional			
42. Jeringas de 1 cc y 5 cc, con agujas			
43. Refrigerador funcionando exclusivo para vacunas			
44. Sonda Nasogástrica para niños/as			

INDICADOR 15: El establecimiento de salud cuenta con los insumos básicos para aplicar AIEPI -Nut (13 o más de de P29 a P44 marcadas como SI)..... SI NO

	SI	NO	OBSERVACIONES
45. Tallímetro/infantometro de madera apropiado (3 cuerpos, madera sólida, cinta métrica en buen estado --			

-sobre todo en las uniones de los cuerpos-, tope fijo, tope móvil 'sin juego')			
46. Balanza pediátrica (de bandeja o balanza madre-bebé), escala mínima de 10 gs, en buen estado, para pesar a los niños menores de 2 años que acuden a consulta			
47. Balanza de pie, escala mínima 100 gs, en buen estado			
INDICADOR 16: El establecimiento de salud cuenta equipo de antropometría apropiado (P45 a P47 marcadas como SI).....			SI
NO			

VACUNAS³⁶		SI	NO
48. Antiamarílica			
49. Antipolio			
50. BCG			
51. Pentavalente			
52. SRP			
53. Otras			
INDICADOR 17: El establecimiento de salud cuenta con todas las vacunas esenciales (P48 a P53 marcadas como Si).....			SI
NO			

OBSERVACIONES:.....

REVISION DE FORMULARIOS DE REGISTRO

1. Total de hojas de registro de atención al niño llenadas.....
2. Hojas de registro correctamente llenadas.....
3. Hojas de registro con errores en:
 (Seleccionar 10 instrumentos al azar)
 - El encabezado ()
 - La verificación de signos de peligro ()
 - El marcado de los signos/síntoma ()
 - La clasificación ()
 - La verificación de antecedentes de vacunación ()
 - La evaluación de la alimentación ()
 - El tratamiento ()
 - La verificación de otros problemas ()
 - La consulta de reevaluación y seguimiento ()
 - Otras ()

4. **De 10 CSI seleccionados al azar**
Con errores en:
 - La identificación del niño (a) ()
 - El registro de vacunas ()

³⁶ Ver Kárdex

- La graficación de las curva de crecimiento ()
- Registro de Vitamina A, Hierro ()
- Registro de Aceite Vitaminado en desnutrición ()
- El registro de lactancia materna exclusiva ()
- El registro de alimentación complementaria ()
- El registro en las casillas de desarrollo ()
- Registro de problemas(salud, nutrición o bucodentales) ()

INFORME FINAL DE LA VISITA DE SEGUIMIENTO Y MONITOREO DE AIEPI -Nut EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

Al abandonar el servicio de salud visitado, deje una copia del informe de seguimiento y monitoreo al personal de salud y otra copia debe ser entregado al Director de la Red de

Establecimiento de Salud.....	PS () CS ()
Hosp. ()	
Municipio.....	Red de
Salud.....	
Departamento	
Nombre del Personal de Salud	
Auxiliar de Enf. () Enfermera () Médico ()	
Nombre(s) del observador(es)	
Fecha de la vista	
Fecha de la capacitación en AIEPI -Nut.....	Duración de la capacitación:.....días

1. **El servicio de salud aplica la Atención Integral del Niño, Niña menor de cinco años y el SUMI utilizando la sistematización (AIEPI)**

2. **Barreras que impiden su aplicación**

3. **Aspectos positivos identificados durante la visita**

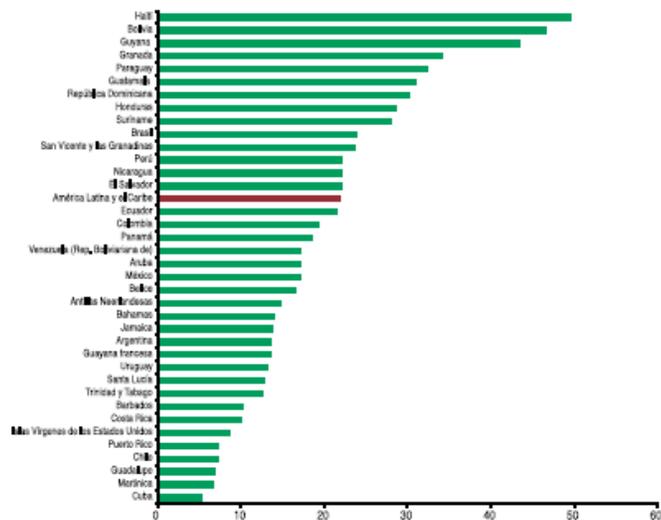
4. **Recomendaciones y compromiso del trabajador de salud visitado**

Firmas del equipo de seguimiento y monitoreo y del personal visitado³⁷

³⁷ Este formulario, cuenta con un programa de Software con apoyo de Gestión de Calidad de USAID, para el seguimiento de indicadores de compromiso y evaluación de resultados; bajo la premisa de efectuar seguimiento y monitoreo capacitante a todo personal institucional y agentes comunitarios en la aplicación de la Estrategia AIEPI en atención al menor de 5 años en todos los establecimientos de Salud del Departamento.

ANEXO NRO. 9.- MORTALIDAD INFANTIL A NIVEL MUNDIAL (PRINCIPALES PAÍSES)

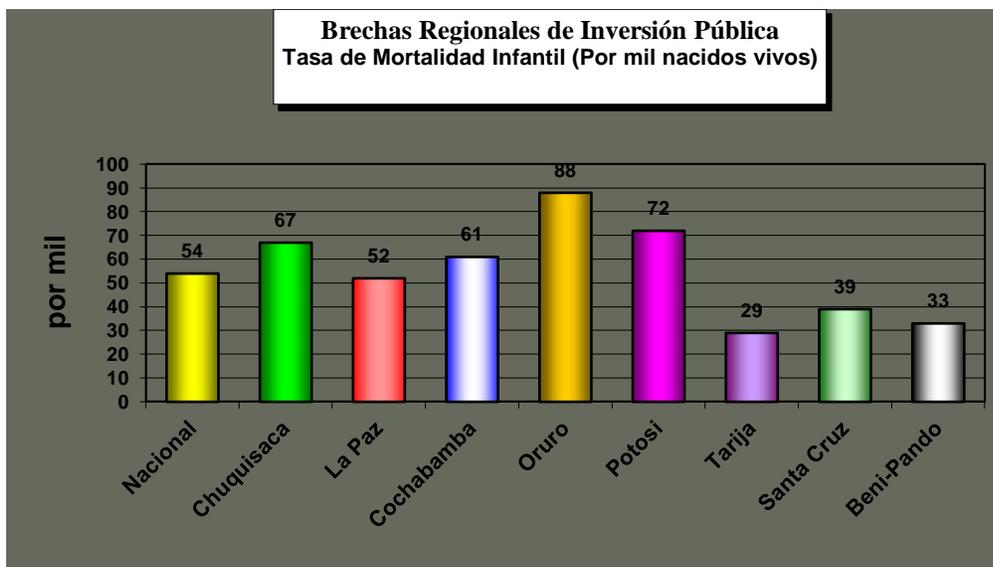
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (35 PAÍSES Y TERRITORIOS): MORTALIDAD INFANTIL POR CADA 1.000 NACIDOS VIVOS, 2007*



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones de Naciones Unidas, World Population Prospects, The 2006 Revision [base de datos en línea] <http://esa.un.org/lppp/>.

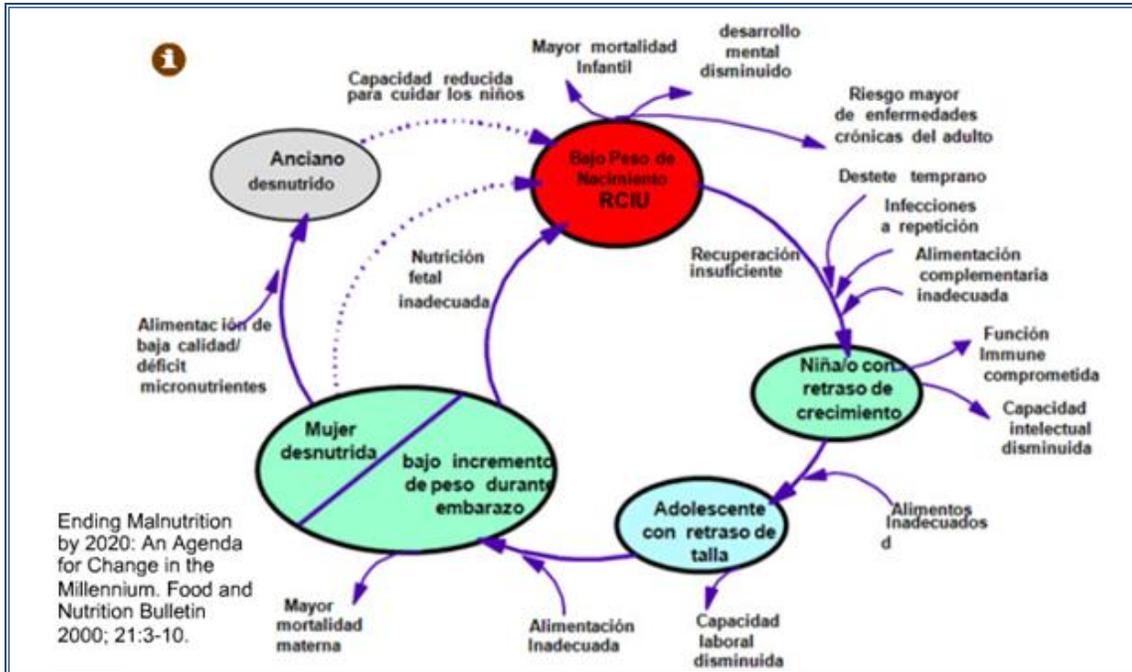
* Corresponde a una interpolación lineal, elaborada por la fuente, de las estimaciones de la probabilidad de morir antes de cumplir un año de edad para los quinquenios 2000-2005 y 2005-2010.

ANEXO NRO. 10.- MORTALIDAD INFANTIL EN BOLIVIA - 2008



Fuente: Elaboración propia en base a datos SNIS La Paz

ANEXO NRO. 11.- CICLO VITAL DE LA DESNUTRICIÓN



ANEXO NRO. 12.- MODELO CAUSAL DE LA DESNUTRICIÓN

