

TITULO

**EVALUACION DE IMPACTO DEL PROGRAMA MI SALUD EN
FAMILIAS PERIURBANAS DEL BARRIO “VINTO” DE LA CIUDAD
DE ORURO EN PERIODO
FEBRERO – AGOSTO DEL 2019**



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE ORURO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA



PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

EVALUACION DE IMPACTO DEL PROGRAMA MI SALUD EN FAMILIAS PERIURBANAS DEL BARRIO “VINTO” DE LA CIUDAD DE ORURO EN PERIODO FEBRERO – AGOSTO DEL 2019

ESTUDIANTES:

1. LASTRA MORALES ANA PAULA
2. LEON PANIAGUA ROMEL ARIEL
3. LIMA OTALORA WEIMAR BORIS
4. LIZARAZU VENTURA MAGALY
5. LUCANA LOPEZ JOCELINE DALSY
6. MACIAS FERNANDEZ PATRICIA FANNY
7. MAGNE FERNANDEZ LIZETH ANA
8. MAMANI HUAYLLATA VICTOR HUGO
9. MAMANI MAMANI FABIOLA

TUTORES:

Dr. Henry Chiara Miranda
Dr. Waldo Nina Calizaya

**ABRIL DEL 2019
ORURO – BOLIVIA**

HOJA DE APROBACION

DEDICATORIA

El presente proyecto esta dedicado con el más profundo amor, cariño y respeto a nuestros queridos padres, a nuestros hermanos a todas las personas que nos han apoyado incondicionalmente, a nuestro querido docente por ser nuestro guía. También dedicar el presente trabajo a la Zona Periurbana “VINTO” y al Programa MI SALUD - SAFCI por ser los principales participes en la elaboración y culminación del mismo.

Agradecimiento

A Dios por su protección.

A la Facultad de Ciencias de la Salud –Carrera Medicina por darnos la oportunidad de demostrarnos que si podemos lograr lo que nos proponemos.

Al Programa MI SALUD-SAFCI por la colaboración y guía con sus respectivos profesionales por la Zona elegida como muestra de estudio para este proyecto.

A la doctora Erika Arandia, encargada del Programa MI SALUD-SAFCI a nivel departamental, Oruro, por su disposición e interés por nuestro trabajo de investigación.

A la doctora Luz B. Choquecallata, Médico SAFCI del centro de salud Vinto y los doctores que se encuentran trabajando en los diferentes consultorios vecinales de la zona.

A nuestros padres por el apoyo incondicional.

Nuestros más sinceros agradecimientos van dirigidos a nuestro tutor quien nos colaboró y guio en el desarrollo del presente trabajo.

Resumen biográfico de los postulantes

ANA PAULA LASTRA MORALES

Nació el 20 de diciembre de 1996 en la ciudad de Oruro, estudió en el Colegio Reekie actualmente se encuentra Cuarto Año en la Facultad de Ciencias de la Salud, Carrera Medicina.

ROMEL ARIEL LEON PANIAGUA

Nació el 30 de Enero de 1994 en la ciudad de Oruro, estudió en el colegio La Salle actualmente cursa cuarto año en la Facultad de Ciencias de la Salud Carrera Medicina.

WEIMAR BORIS LIMA OTALORA

Nació el 20 de marzo de 1996 en la ciudad de Oruro, estudió en el colegio Ignacio León actualmente cursa cuarto año en la Facultad de Ciencias de la Salud Carrera Medicina.

MAGALY LIZARAZU VENTURA

Nació el 24 de febrero de 1994 en la ciudad de Oruro, estudió en el colegio Juan Pablo Fe y Alegría actualmente cursa cuarto año en la Facultad de Ciencias de la Salud Carrera Medicina.

JOCELINE DALSY LUCANA LOPEZ

Nació el 7 de abril de 1996 en la ciudad de Oruro, estudió en el colegio Genoveva Jiménez actualmente cursa cuarto año en la Facultad de Ciencias de la Salud Carrera Medicina.

PATRICIA FANNY MACIAS FERNANDEZ

Nació el 19 de Junio de 1997 en la ciudad de Oruro, estudió en el colegio Bolivia actualmente cursa cuarto año en la Facultad de Ciencias de la Salud Carrera Medicina.

LIZETH ANA MAGNE FERNANDEZ

Nació el 30 de Abril de 1998 en la ciudad de Oruro, estudió en el colegio Maria Quiroz actualmente cursa cuarto año en la Facultad de Ciencias de la Salud Carrera Medicina

VICTOR HUGO MAMANI HUAYLLATA

Nació el 26 de octubre de 1990 en la ciudad de Oruro, estudió en el colegio Antonio José de Zains actualmente cursa cuarto año en la Facultad de Ciencias de la Salud Carrera Medicina.

FABIOLA MAMANI MAMANI

Nació el 14 de julio de 1996 en la ciudad de Oruro, estudió en colegio Liceo Pantaleón Dalence y actualmente cursa cuarto año en la Facultad de Ciencias de la Salud Carrera Medicina.

TABLA DE CONTENIDOS

TITULO	1
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN	2
DEDICATORIA	4
Agradecimiento	5
Resumen biográfico de los postulantes	6
Resumen.....	14
Abstract	15
CAPITULO I: GENERALIDADES	16
1.1 EL PROBLEMA.....	16
1.1.1 Antecedentes	17
1.1.1.1 Antecedentes generales	18
1.1.1.2 Antecedentes específicos	18
1.1.1.3 Árbol de problemas.	19
1.1.2. Descripción del problema de investigación.....	20
1.1.3. Formulación del problema de investigación.....	20
1.1.3.1 Precisión del problema de investigación.....	20
1.2 JUSTIFICACION	21
1.3 ALCANCE	22
1.3.1. Alcance temático.....	22
1.3.2. Alcance espacial.	22
1.3.3. Alcance temporal.	22
1.4. OBJETIVOS	23
1.4.1. Objetivo general	23
1.4.1.1. Precisión del objetivo general	23
1.4.2. Objetivos específicos	23
1.4.2.1. Operacionalización de las variables	23
1.4.3. HIPOTESIS	25
1.4.3.1. Hipótesis nula	25
1.4.3.2. Hipótesis alternativa	25
1.5. DISEÑO METODOLOGICO	26
1.5.1. Tipo de investigación	26

1.5.2. Población	26
1.5.3. Diseño muestral	26
1.5.4. Muestra	26
1.5.5. Descripción del trabajo de campo	26
1.5.6. Técnicas, instrumentos de recolección de datos	27
1.5.7. Fuentes de información	27
1.5.7.1. MATRIZ METODOLOGICA	27
1.5.8. Técnica de análisis de datos	28
CAPITULO II. MARCO TEORICO	28
2.1 Programa mi salud definición e historia	28
2.1.1 Definición	28
2.1.2 Historia	28
2.2 Programa Mi Salud determinantes del estado de salud:	31
2.3 SAFCI Y APS	32
2.4 OBJETIVOS DEL PROYECTO MI SALUD	32
2.4.1 OBJETIVO GENERAL	32
2.4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	32
2.4.3 METAS	33
2.5 AREAS DE INTERVENCION	33
2.5.1 CARACTERISTICAS OPERATIVAS	33
2.5.1.1 Con la comunidad (comunidad o barrio)	33
2.5.1.2 Con la familia	34
2.5.1.3 Con la persona	34
2.5.1.4 En el ámbito institucional (Establecimiento de salud)	35
2.6 METODOLOGIA DE INTERVENCION	35
2.6.1 ETAPA I: FORTALECER EL 1ER NIVEL DE ATENCIÓN	35
2.6.2 ETAPA II: CONTRIBUIR A FORTALECER LA CAPACIDAD RESOLUTIVA DE	36
LOS HOSPITALES DEL 2DO NIVEL DE ATENCIÓN, MEDIANTE:	36
2.6.2.1 ACCIONES PREVIAS A LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA	36
2.6.2.2 MODALIDAD GENERAL DE IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA	36
2.6.2.3 INDICADORES EN LOS QUE INTERVIENE EL PROGRAMA MI SALUD	36
2.6.3 PROCESO DE IMPLENTACION DE SAFCI	37
2.6.3.1 Articulación con el municipio	37

2.6.3.2	Articulación con la red de salud	37
2.6.3.3	Articulación con organizaciones sociales	38
2.6.3.4	Articulación con la medicina tradicional	38
2.7	MARCO CONCEPTUAL	38
2.7.1	Historia de los programas sociales	38
2.7.2	Definición del programa social	39
2.7.3	Programas social de salud en Bolivia	40
2.7.4	La historia de la atención domiciliaria	40
2.7.5	Parto	42
2.7.5.1	Historia del parto	42
2.7.5.2	Corrientes actuales del parto natural	43
2.7.5.3	Definición del parto en casa	44
2.7.5.4	Riesgos y complicaciones de partos domiciliarios	44
2.7.5.5	¿Cuándo está completamente contraindicado el parto en casa?	45
2.7.5.6	¿Cómo se debe preparar la casa para el parto domiciliario?	45
2.7.5.7	Cuidados en la atención de parto domiciliario	45
2.7.6	Definición de desnutrición Infantil	46
2.7.6.1	Historia de la iniciativa contra la Desnutrición Infantil	46
2.7.6.2	Bolivia reduce la Desnutrición Crónica en menores de 5 años	47
2.7.6.3	INTERVENCION DEL PROGRAMA MI SALUD PARA MEJORAR LA DESNUTRICION INFANTIL	48
2.7.6.3.1	RESULTADOS ESPERADOS	48
2.7.6.3.2	COMPONENTES Y PRODUCTOS	49
2.7.7	MORTALIDAD MATERNA:	50
2.7.7.1	DEFINICION	50
2.7.7.2	HISTORIA	50
2.7.7.3	MORTALIDAD MATERNA EN BOLIVIA	51
2.7.7.4	MORTALIDAD MATERNA EN ORURO	51
2.7.7.5	INTERVENCION DEL PROGRAMA MI SALUD	52
2.7.8	PAPANICOLAU:	52
2.7.8.1	PROCEDIMIENTO	52
2.7.8.2	¿Cuáles son los requisitos para el Papanicolau?	52
2.7.8.3	¿Quiénes deben realizarse este examen?	53

2.7.8.4 ¿Quiénes tienen más peligro de adquirir cáncer uterino?	53
2.7.8.5 ¿Cada cuánto debe realizarse?	53
2.7.8.6 ¿Qué pasa si el Papanicolau es anormal?	53
2.7.8.7 IMPORTANCIA DEL PAPANICOLAO.....	53
2.7.8.8 CONSECUENCIAS DE NO REALIZAR EL PAPANICOLAO	54
2.7.9 MORTALIDAD INFANTIL EN BOLIVIA	54
2.7.9.1 CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL	55
2.7.9.2 En Bolivia la mortalidad infantil disminuyó en 56 porciento	55
2.7.9.3 FORMAS EN QUE EL PROGRAMA MI SALUD INTERVIENE PARA LA PREVENCION DE LA MORTALIDAD INFANTIL	56
2.7.10 LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA.....	56
2.7.10.1 Beneficios de la lactancia materna	57
2.7.10.1.1 Beneficios para el bebé.....	57
2.7.10.1.2 Beneficios para la madre	57
2.8. ESTADO DEL ARTE	58
2.9 DESCRIPCION DE HERRAMIENTAS DEL ESTUDIO.....	58
2.9.1 El cuestionario.....	58
2.9.2 Ficha de registro	60
CAPITULO III MARCO PRACTICO.....	60
3.1. CARACTERISTICAS GENERALES DEL TRABAJO DE CAMPO	61
3.2. OBJETIVOS DEL TRABAJO DE CAMPO	62
3.2.1 Objetivo general del trabajo de campo	62
3.2.2. Objetivo especifico del trabajo de campo	62
3.3. PROCEDIMIENTOS DEL TRABAJO DE CAMPO	63
3.4 RESULTADOS DEL TRABAJO DE CAMPO.....	63
3.4.1 Resultados del objetivo general:	63
3.4.2 Resultados de los objetivos específicos:.....	63
3.5 ANALISIS ESTADISTICO DE LOS DATOS	89
3.5.1 Descripción de los datos:	89
3.5.2 Base estadística inferencia:	89
3.6 CONCLUSIONES DEL TRABAJO DE CAMPO	89
CONCLUSIONES.....	89

RECOMENDACIONES	92
BIBLIOGRAFÍA	95
ANEXOS	97
Anexo 1. Herramientas utilizadas en la investigación	98
Anexo 2. Base de datos del trabajo de campo.	101
Anexo 3. Fotografías.	104
Anexo 4. Manual Guía de Sugerencias recolectadas en los vecindarios de Vinto de la Ciudad de Oruro	111
Anexo 5. Diagrama de Gantt	112

TABLA DE CUADROS Y GRAFICOS

1.¿Tiene usted conocimiento acerca del Programa Mi Salud?	62
2.¿A quién/a qué acude usted cuando tiene un problema de salud?	63
3.¿Alguna vez recibió la visita en su domicilio del personal de Salud?	63
4.¿Con qué frecuencia visita usted el Centro de Salud de su barrio?	64
5.En su familia, ¿Alguna vez fueron atendidas por parto domiciliario?	64
6.¿Recibió ayuda del Programa MI SALUD para algún parto domiciliario?	65
7.¿Tiene conocimiento sobre la practica de partos domiciliarios en su barrio?	66
8.¿Existen personas que padecen o padecieron Tuberculosis en su familia?	67
9.¿Recibe o recibió ayuda del Programa MI SALUD para el tratamiento de Tuberculosis?	68
10.¿Sabe de alguna madre en su familia que haya fallecido?	69
11.¿Alguna vez se realizó Papanicolau?	70
12.¿Recibió información sobre el Papanicolau por el Programa MI SALUD?	71
13.¿Recibió alguna ayuda y/o información del Programa MI SALUD sobre Nutrición Infantil?	71
14.¿Sabe usted de algún niño en su familia que haya fallecido?	71
15.¿Tiene conocimiento acerca de la Lactancia Materna Exclusiva?	71
16.¿Alguna vez recibió capacitación sobre Lactancia Materna Exclusiva	

por el Programa MI SALUD?.....	72
17.¿Cuál es su grado de satisfacción sobre el Programa MI SALUD?.....	73
18.¿Opinión sobre calidad de la Atención del personal del Programa MI SALUD?.....	74
19. ¿Qué otras atenciones solicitaría de parte del Programa MI SALUD?.....	75
20. RELACIÓN DE VARIABLES: VECINDARIO + SATISFACCIÓN SOBRE EL PMS.....	76
21. RELACIÓN DE VARIABLES: VECINDARIO + OPINIÓN DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN POR EL PROGRAMA MI SALUD.....	79
22. RELACIÓN DE VARIABLES: VECINDARIO + ATENCIÓN PRIMARIA DOMICILIARIA POR EL PROGRAMA MI SALUD.....	82
23. RELACIÓN DE VARIABLES: VECINDARIO + ¿Recibió alguna ayuda y/o información del PMS sobre Nutrición Infantil?.....	85
24. RELACIÓN DE VARIABLES: VECINDARIO + ¿Alguna vez recibió capacitación sobre Lactancia Materna Exclusiva por el PMS? ...	86
25. RELACIÓN DE VARIABLES: VECINDARIO + ¿Recibió información sobre el Papanicolaou por el PMS?.....	87
 TABLA DE MAPAS	
1. MAPA 1: PLANO GENERAL ZONA VINTO, ORURO.....	78
2. MAPA 2: VECINDARIO MÁS SATISFECHO CON EL SERVICIO DEL PROGRAMA MI SALUD.....	79
3. MAPA 3: VECINDARIOS INSATISFECHOS CON EL SERVICIO DEL PROGRAMA MI SALUD.....	79
4. MAPA 4: VECINDARIOS CON OPINIÓN DE CALIDAD NEGATIVA (MUY MALA, MALA) ACERCA DEL SERVICIO DEL PERSONAL DEL PROGRAMA MI SALUD.....	81

5. MAPA 5: VECINDARIOS CON OPINIÓN DE CALIDAD POSITIVA (REGULAR, BUENA Y MUY BUENA) ACERCA DEL SERVICIO DEL PERSONAL DEL PROGRAMA MI SALUD.....	81
6. MAPA 6: VECINDARIOS QUE REFIRIERON QUE NO RECIBIERON VISITAS DOMICILIARIAS POR PARTE DEL PROGRAMA MI SALUD.....	84
7. MAPA 7: VECINDARIOS QUE RECIBIERON VISITA DOMICILIARIAS POR PARTE DEL PROGRAMA MI SALUD.....	85

RESUMEN:

El problema radical es la alta exclusión en salud, para cumplir con ello se implementó programas como MI SALUD desde el 1 de Junio de 2013 en el país y en la Ciudad de Oruro desde el año 2017 se va implementando en 24 municipios bajo convenio en el departamento contando mínimamente con 1 especialista por municipio, actualmente se tienen a su servicio a 178 médicos SAFCI y 53 Médicos en Salud en las poblaciones desprotegidas por razones económicas, geográfica y culturales. **Objetivo:** Evaluar el Impacto de los indicadores del Programa MI SALUD en la Atención Primaria Domiciliaria en las Familias Periurbanas del Barrio “Vinto” de la Ciudad de Oruro en el periodo de Febrero a Agosto del año 2019. **Método:** El presente trabajo es un estudio descriptivo, transversal y observacional, tomando en cuenta 150 familias periurbanas, con una muestra de 50 familias, 5 vecindarios de “Vinto” de la ciudad de Oruro cada uno evaluado al principio y al final del proyecto. **Resultados:** Al inicio del estudio un 98% de la población elegida no tenía conocimiento sobre el PMS. Al finalizar el estudio, solo un 30% no conocía el PMS. Al inicio del estudio un 48% no era beneficiaria por la Atención Primaria Domiciliaria del PMS, el porcentaje se mantuvo al finalizar el estudio. En cuanto a los indicadores del PMS, atención por parto domiciliario solo en un 6%, atención en el tratamiento de TB en el 94% de personas que padecieron la enfermedad, realización de Papanicolau en el 60%, educación sobre el Papanicolau por el PMS en un 38%, educación en nutrición infantil al inicio del estudio en un 40% alcanzando un 54% al final del estudio, educación en Lactancia Materna Exclusiva en un 50% al finalizar el estudio. Vecindarios satisfechos con el PMS, “Ksso” con 60% INSATISFECHO, Virgen del Carmen 2 (50%) y San Antonio (60%) MUY SATISFECHOS, con valor de Chi de 36,453, una significación asintótica bilateral de 0.3%. Según la Opinión de Calidad sobre el PMS se obtuvo que el vecindario “Ksso” con (75%) refiriéndose a la calidad del servicio como MALA, a diferencia de los vecindarios “Virgen del Carmen 2” (80%), “San Francisco” (75%) y “San Antonio” (26,3%) con opinión positiva entre REGULAR, BUENA y MUY BUENA, teniendo un Chi de 43,772 con significación asintótica bilateral de 0,0%. **Conclusiones:** Se concluye que existe una clara diferencia estadísticamente significativa según el vecindario en cuanto a la opinión de calidad de servicio del programa y la satisfacción de los habitantes. Se recomienda mayor gestión del trabajo realizado por los médicos SAFCI y cumplimiento a las peticiones recolectadas por vecindario en este proyecto.

Palabras claves: Evaluación de impacto, Programa MI SALUD, Atención primaria, Atención primaria domiciliaria.

ABSTRACT:

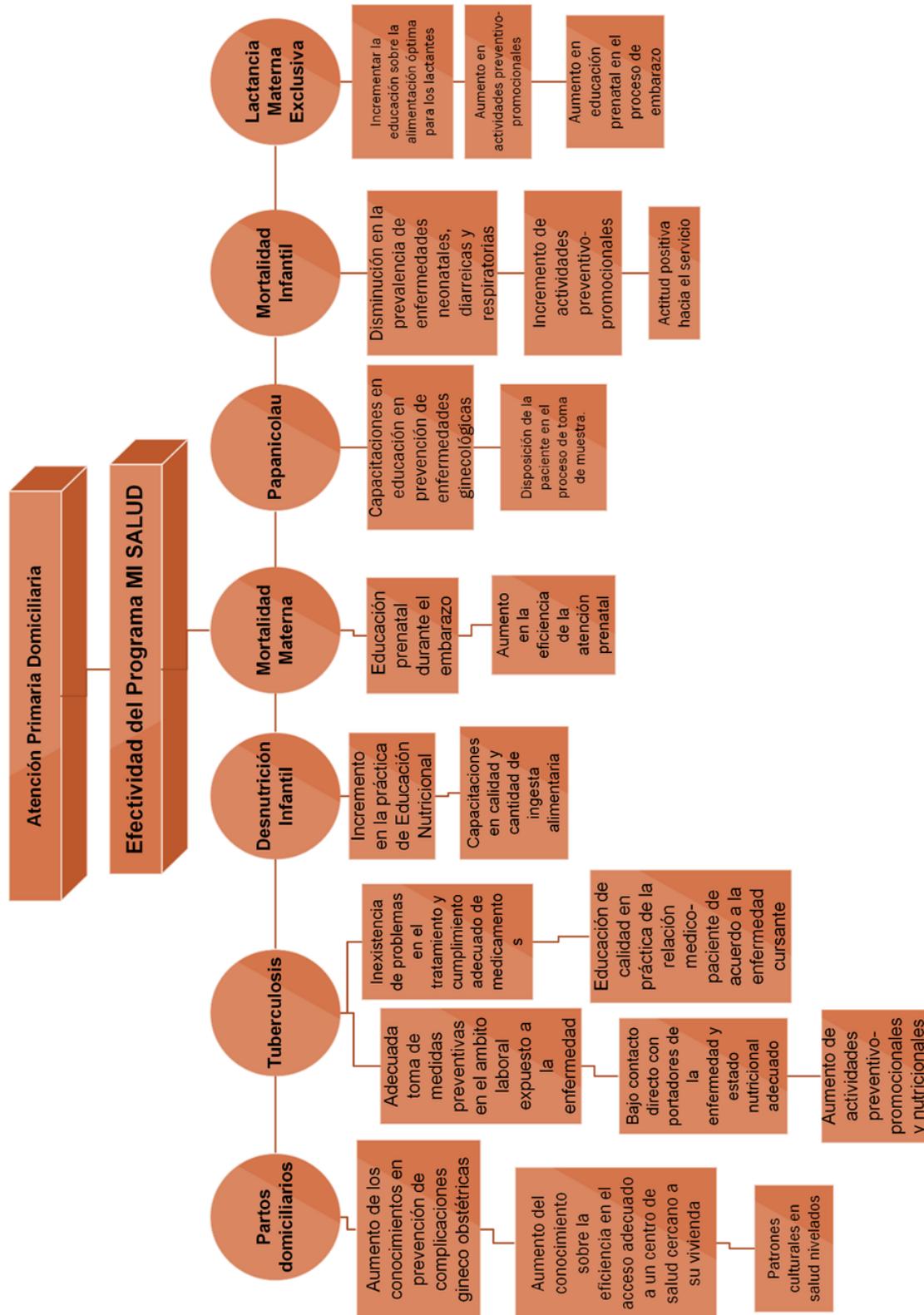
The radical problem is the high exclusion in health, in order to comply with this, programs such as MY HEALTH have been implemented since June 1, 2013 in the country and in the City of Oruro since 2017 it is being implemented in 24 municipalities under an agreement in the With a minimum of 1 specialist per municipality, 178 SAFCI doctors and 53 Health Doctors are currently at your service in unprotected populations for economic, geographical and cultural reasons. **Objective:** To evaluate the impact of the indicators of the MY HEALTH Program on Primary Primary Care in the Periurban Families of the "Vinto" Neighborhood of the City of Oruro in the period from February to August of the year 2019. **Method:** The present work is a study descriptive, cross-sectional and observational, taking into account 150 peri-urban families, with a sample of 50 families, 5 neighborhoods of "Vinto" in the city of Oruro each evaluated at the beginning and at the end of the project. **Results:** At the beginning of the study, 98% of the population chosen had no knowledge about PMS. At the end of the study, only 30% did not know PMS. At the beginning of the study, 48% were not beneficiaries of the Primary Primary Care of the PMS, the percentage was maintained at the end of the study. Regarding the indicators of the PMS, home delivery care in only 6%, attention in the treatment of TB in 94% of people who suffered from the disease, Pap smear in 60%, Pap smear education by the PMS in 38%, education in infant nutrition at the beginning of the study in 40% reaching 54% at the end of the study, education in Exclusive Breastfeeding in 50% at the end of the study. Neighborhoods satisfied with the PMS, "Ksso" with 60% UNSATISFIED, Virgen del Carmen 2 (50%) and San Antonio (60%) VERY SATISFIED, with Chi value of 36,453, a bilateral asymptotic significance of 0.3%. According to the Quality Opinion on the PMS, it was obtained that the neighborhood "Ksso" with (75%) referring to the quality of the service as MALA, unlike the neighborhoods "Virgen del Carmen 2" (80%), "San Francisco" (75%) and "San Antonio" (26.3%) with a positive opinion between REGULAR, GOOD and VERY GOOD, having a Chi of 43,772 with bilateral asymptotic significance of 0.0%. **Conclusions:** It is concluded that there is a clear statistically significant difference according to the neighborhood regarding the quality of service opinion of the program and the satisfaction of the inhabitants. More work management by SAFCI physicians and compliance with the requests collected by neighborhood in this project is recommended.

Keywords: Impact assessment, MY HEALTH Program, Primary care, Primary home care.

CAPITULO I: GENERALIDADES

1.1 EL PROBLEMA

Gráfico n°1 Árbol de objetivos



Elaboración propia.

En este árbol de objetivos se identifica los indicadores del Programa Mi Salud en los cuales se está trabajando para que la población de Oruro de la Zona “Vinto” tenga el conocimiento sobre las atenciones que ofrece el programa mencionado en beneficio de la población periurbana.

1.1.1 Antecedentes

La nueva Constitución Política del Estado (CPE) considera: Que la Vida, la Salud y la Seguridad, están establecidos como derechos fundamentales. En concordancia, el Código de Salud señala “La salud es un bien de interés público, corresponde al Estado velar por la salud del individuo, la familia y la población en su totalidad”. Asimismo, prioriza la promoción de la salud y prevención de enfermedades.

El Estado Plurinacional de Bolivia en el marco del proceso de cambio ha emprendido la elaboración filosófica en torno al concepto de Vivir Bien. Filosofía, que tiene por objetivo determinar el enfoque con el cual se abordará las diferentes problemáticas. En este sentido se define al vivir bien cómo: “...la base de un modelo de vida comunitario, donde prevalece el “todos nosotros” sobre el “yo”, se privilegia la complementariedad, la armonía y la interdependencia, se desarrollan las condiciones materiales y al mismo tiempo las espirituales, las relaciones sociales, las redes sociales y la solidaridad; el bien común se privilegia sobre el bienestar particular, la plenitud es una condición permanente que expresa las relaciones entre las personas y el medio ambiente natural constituido.”

Según la OPS en el 2004 más del 70 % de la población boliviana estuvo excluida de alguna manera del acceso a la salud. Por tanto, no es suficiente estar asegurado para tener salud, porque existen varias formas de exclusión y entre ellas la cultural ha sido y sigue siendo un obstáculo muy importante, característico del modelo de atención hegemónico y de privilegios, en el plano asistencial y basado en una lógica académica occidental.

El problema radical es la alta exclusión en salud y en consecuencia la CPE ordena la constitución del SUS, cuya finalidad es garantizar la inclusión y la equidad en salud a todo tipo de servicios de salud como un derecho humano y universal. Para cumplir con ello se está implementando la política SAFCI y desplegando Programas como MISALUD.

En Julio del 2018, se ha destacado el trabajo del Programa MI SALUD en la ciudad del Alto, siendo que al mismo el gobierno Boliviano desde el 2013 llegó a invertir recursos económicos para el óptimo funcionamiento del mismo en todo el país y siendo de importancia la evaluación constante del programa para mejoras futuras por el bien de la población.

1.1.1.1 Antecedentes generales

Sin duda, el Programa MI SALUD fue creado con el motivo de impulsar y transformar las determinantes sociales de la salud bajo los principios de: Participación Comunitaria, Integralidad, Interculturalidad e Intersectorial para fortalecer el acceso a la salud de la población y mejorar el impacto en la prevención en los indicadores supuestos del programa tales como, mortalidad materno-infantil, desnutrición infantil, lactancia materna exclusiva entre otros.

Con el fin de atender las necesidades de la población boliviana. Se concreta la conformación del equipo de salud, con actitud de servicio y consciencia social, integrada por: Médicos Especialistas SAFCI, el Ministerio de Salud y Médicos Generales que tienen por objetivo eliminar o reducir en la medida de lo posible las vulnerabilidades, aun cuando se trate de sujetos sanos, debido a la teoría misma del proceso salud-enfermedad, donde la salud está determinada por diferentes condiciones, no solo biológicas, sino también ambientales, sociales, políticas, geográficas, económicos y por supuesto, culturales.

1.1.1.2 Antecedentes específicos

El Programa MI SALUD fue creado el 1 de Junio de 2013 en la Ciudad del Alto, el programa empezó con presencia en 308 municipios de todo el país, y cuenta con un total de 2714 médicos que fortalecen los servicios de Salud en los lugares más alejados, atendiendo especialmente a las poblaciones desprotegidas aquellas a las que el sistema tradicional no llegaba, por razones económicas, geográfica y culturales.

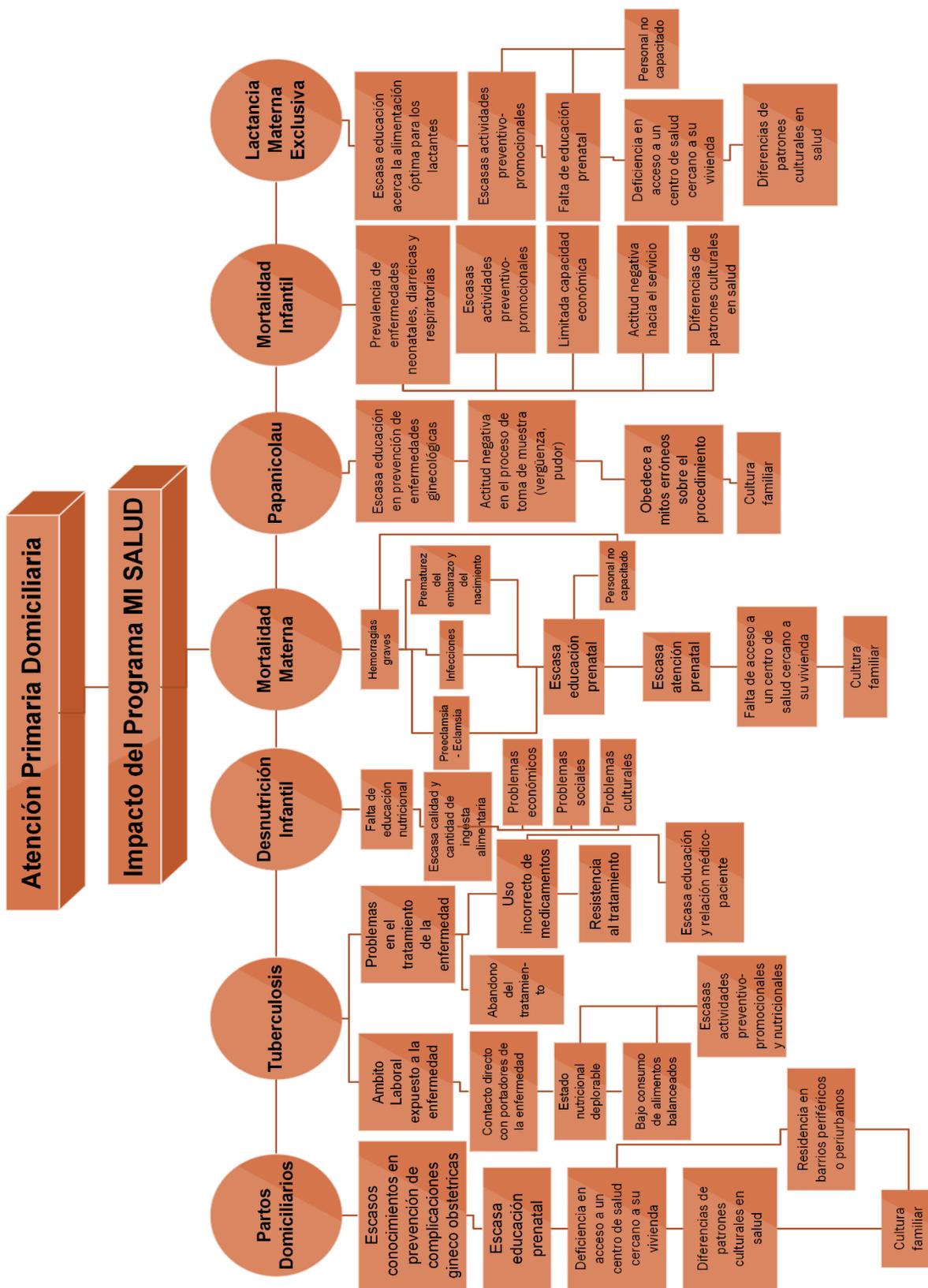
La presencia de médicos y enfermeras Mi Salud se extendió en el mes de Julio de 2018 a 310 de los 339 municipios del país.

En la Ciudad de Oruro, desde el año 2017 se encuentra operando en 24 municipios bajo convenio en el departamento contando mínimamente con 1 especialista por municipio, sin embargo, actualmente se tienen a su servicio a 178 médicos SAFCI y 53 Médicos en Salud.

De esta manera, la actividad principal es la visita domiciliaria y la carpeta familiar, a través de estos instrumentos nosotros elaboramos nuestra sala situacional y hacemos el seguimiento pormenorizado de cada familia, comunidad y paciente, siendo esto en el primer nivel de atención y por ello el más importante para prevenir enfermedades transmisibles y no transmisibles.

1.1.1.3 **Árbol de problemas.**
Elaboración propia.

Gráfico N°2 Árbol de problemas



En este árbol de problemas se identifica los factores más importantes que llevan a la población periurbana a consecuencias de riesgo y para las cuales el Programa MI SALUD trabajo constantemente en disminuir y/o eliminar y los mismos que serán evaluados por el presente proyecto para destacar un impacto positivo o negativo en la Zona “Vinto” de la Ciudad de Oruro de Febrero a Agosto del año 2019.

1.1.2. Descripción del problema de investigación

La salud, ya sea la del individuo o la de una población, no es el resultado de la acción de un solo factor, sino que es el producto de la interacción de diferentes procesos que ocurren en la sociedad: económico-sociales, ecológicos, biológicos y culturales, es decir, es el resultado de las interrelaciones que se desarrollan entre el ser humano y el medio donde vive (social y natural). Razón por la cual, la Atención Primaria Domiciliaria en Salud debe renovarse constantemente, con una promoción y prevención adecuada para influir sobre los aspectos mencionados en la población en riesgo. Solo así se conseguirá el control adecuado y la erradicación de los indicadores prevalentes en el terreno boliviano.

1.1.3. Formulación del problema de investigación

¿Cómo la implementación del Programa MI SALUD afecta el nivel de Atención Primaria Domiciliaria en las Familias Periurbanas de la Zona “Vinto” de la Ciudad de Oruro en el periodo de Febrero – Agosto del año 2019?

1.1.3.1 Precisión del problema de investigación

<i>VARIABLE DEPENDIENTE</i>	ATENCION PRIMARIA DOMICILIARIA
<i>VARIABLE INDEPENDIENTE</i>	INDICADORES DEL PROGRAMA MI SALUD
<i>OBJETIVO DE ESTUDIO</i>	FAMILIAS PERIURBANAS
<i>DELIMITACION ESPACIAL</i>	BARRIO PERIURBANO “VINTO” DE LA CIUDAD DE ORURO
<i>DELIMITACION TEMPORAL</i>	FEBRERO 2019 – AGOSTO 2019

Elaboración propia.

1.2 JUSTIFICACION

A inicios de los 1880s, la Alemania Imperial liderada por Otto von Bismarck implementó los programas gubernamentales que formarían las bases del "Estado de Bienestar": Estos fueron, un seguro de desempleo, un sistema de pensiones, un seguro de salud, compensación laboral (accidentes), salud ocupacional y regulaciones de seguridad laboral, entre otras.

En los Estados Unidos, a inicios de los 1920s, los hospitales de manera individual, comenzaron a ofrecer sus servicios a cualquier persona sobre la base un sistema prepago, lo que eventualmente llevó a desarrollar el sistema de Organizaciones de la Cruz Azul. Las predecesoras de las actuales (Organizaciones para el Mantenimiento de la Salud) que se originaron al inicio de 1929 y continuaron su expansión durante la II Guerra Mundial.

A mediados de los noventa, los países latinoamericanos implementaron importantes cambios en sus políticas sociales tales como el incremento del gasto social, creación de instituciones rectoras de la política social e introducción de programas que buscaban atender problemas específicos de la población pobre. Así, surgieron programas de cuidado y desarrollo infantil enfocados a mejorar la nutrición, el desarrollo cognitivo y psicosocial de los niños; programas de transferencias monetarias condicionadas orientados a aliviar la transmisión intergeneracional de la pobreza; programas de pensiones no contributivas destinados a brindar protección social a los adultos mayores, entre otros.

Paralelamente, nació el interés por evaluar los efectos de estas intervenciones a partir de evaluaciones experimentales y cuasiexperimentales. Se han encontrado efectos positivos y significativos en desarrollo cognitivo y psicosocial de los niños, en la mortalidad y natalidad de los mismos y de mismo calibre, en el impacto que los programas sugieren para el mejoramiento de la calidad de vida de los adultos mayores. No obstante, los efectos sobre la salud de los mismos no son concluyentes. Algunos han encontrado que la mayor exposición ha contribuido al cumplimiento de esquemas de vacunación; mientras que otros han hallado efectos negativos en dichas variables y escasos efectos sobre la desnutrición crónica infantil.

En tiempos antiguos, la atención a domicilio en sus inicios era la única forma de atención médica, reservada a algunos privilegiados que se la podían permitir. Por su lado los hospitales estaban destinados para cuidados a los indigentes o a quienes no disponían de una familia que les pudiera atender durante la enfermedad o muerte.

El desarrollo de las técnicas diagnósticas y de tratamiento ha favorecido que los hospitales se conviertan en el centro de atención de los problemas de salud, dejando atrás la atención en domicilio. Sin embargo, en los últimos años se ha despertado nuevamente el interés por la atención en domicilio, forzados por motivos económicos, y por el aumento de las enfermedades crónicas.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la atención domiciliar es aquella modalidad de asistencia programada que lleva al domicilio del paciente, los cuidados y atenciones biopsicosociales y espirituales.

En Bolivia, en los últimos 13 años invirtió más de mil millones de dólares en proyectos productivos y sociales. Desde hace unos años atrás, el Ministerio de Salud implementó cuatro mega programas como Mi Salud, Bono Juana Azurduy administrado por este programa el Subsidio Universal Prenatal por la Vida, Telesalud y el cuarto Mi Sonrisa, que brindaron atenciones gratuitas a las familias bolivianas.

En el país, no es casual la reducción de casos de desnutrición crónica en niños menores de cinco años, ni la disminución en mortalidad materna, infantil, o neonatal; si no se debe a la implementación de estos programas. La importancia de este proyecto de investigación es la evaluación de impacto del Programa MI SALUD en las poblaciones a las cuales está destinada y de igual forma, la disminución en los indicadores establecidos por el programa. La presente investigación pretende describir y analizar el estado actual para ser de futura guía a los estudiantes, profesionales u otros. Además, de ser instrumento facilitador para un seguimiento futuro en cuánto a los programas sociales en salud, proyectos, actuaciones e iniciativas que se plasman en el para el país.

1.3 ALCANCE

1.3.1. Alcance temático.

El impacto del Programa MI SALUD y la presencia de sus indicadores en la población periurbana será evaluado en las familias periurbanas del Barrio “Vinto” de la Ciudad de Oruro, siendo esta zona beneficiaria del programa y con la necesidad de una evaluación en la implementación adecuada y el cumplimiento de sus objetivos permanentemente.

1.3.2. Alcance espacial.

El impacto del Programa MI SALUD y la presencia de sus indicadores en la población periurbana será evaluado en la población del Barrio “Vinto” ubicada en el este del Departamento de Oruro, Provincia Cercado, Municipio de Oruro.

1.3.3. Alcance temporal.

El impacto del Programa MI SALUD y la presencia de sus indicadores en la población periurbana será evaluado en la población del Barrio “Vinto” de la ciudad de Oruro en el periodo de Febrero a Agosto del año 2019.

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. Objetivo general

Evaluar el Impacto de los indicadores del Programa MI SALUD en la Atención Primaria Domiciliaria en las Familias Periurbanas del Barrio “Vinto” de la Ciudad de Oruro en el periodo de Febrero a Agosto del año 2019.

1.4.1.1. Precisión del objetivo general

Variable dependiente	Atención primaria domiciliaria
Variable independiente	Indicadores del programa mi salud
Objeto de estudio	Familias Periurbanas
Delimitación espacial	Barrio Periurbano “Vinto” de la ciudad de Oruro
Delimitación temporal	Febrero a Agosto de 2019

1.4.2. Objetivos específicos

1. Describir el nivel de Atención Primaria Domiciliaria en las Familias Periurbanas del Barrio “Vinto” de la Ciudad de Oruro en el periodo de febrero a agosto del año 2019.

2. Analizar el logro de los indicadores del programa mi salud en las Familias Periurbanas del Barrio “Vinto” de la Ciudad de Oruro en el periodo de febrero a agosto del año 2019.

1.4.2.1. Operacionalización de las variables

OBJETIVOS ESPECIFICOS	VARIABLE	DEFINICION	INDICADORES	INSTRUMENTO
Describir el nivel de Atención Primaria Domiciliaria en las Familias Periurbanas del Barrio “Vinto” de la Ciudad de Oruro en el periodo de febrero a agosto del año 2019.	Nivel de Atención Primaria Domiciliaria	Un conjunto de actividades que surgen del contexto de un planificación previa, desarrollado por profesionales de un equipo de salud y que tienen como objetivo proporcionar atención de salud mediante actividades que incluyen contenidos de promoción, protección, curación y rehabilitación, dentro de un marco de plena corresponsabilización	Nivel de satisfacción ante la Atención Domiciliaria realizada por el personal del Programa MI SALUD. Nivel de conocimiento acerca de la implementación del Programa MI SALUD.	Aplicación de encuestas.

del usuario y/o familia con los profesionales de la salud, en el domicilio de aquellas personas, que debido a sus estado de salud o a otros criterios no pueden desplazarse al centro de salud.

Analizar el logro de los indicadores del programa mi salud en las Familias Periurbanas del Barrio “Vinto” de la Ciudad de Oruro en el periodo de febrero a agosto del año 2019.

Indicadores del Programa MI SALUD.

Reducción de casos de desnutrición crónica en niños menores de cinco años, la disminución en mortalidad materna, infantil, o neonatal, promoción y prevención en mortalidad materna, prevención de resistencia a la antibioticoterapia en tuberculosis además de otorgar tratamiento a los pacientes que la padecen, promoción en lactancia materna exclusiva y demás.

Cantidad de familias que refieren casos de mortalidad infantil, neonatal o materna.

Cantidad de familias que refieren tener un pariente que padeció tuberculosis y fue tratado con ayuda del Programa MI SALUD.

Cantidad de familias con niños pertenecientes a su entorno.

Nivel de conocimiento en prevención y

Aplicación de las encuestas y fichas de registro.

promoción de
enfermedades o
procedimientos
médicos básicos.

1.4.3. HIPOTESIS

1.4.3.1. Hipótesis nula

No existe un impacto en el nivel de Atención Primaria Domiciliaria a partir de la implementación de los indicadores del programa MI SALUD.

1.4.3.2. Hipótesis alternativa

Existe un impacto en el nivel de Atención Primaria Domiciliaria a partir de la implementación de los indicadores del programa MI SALUD.

1.5. DISEÑO METODOLOGICO

1.5.1. Tipo de investigación

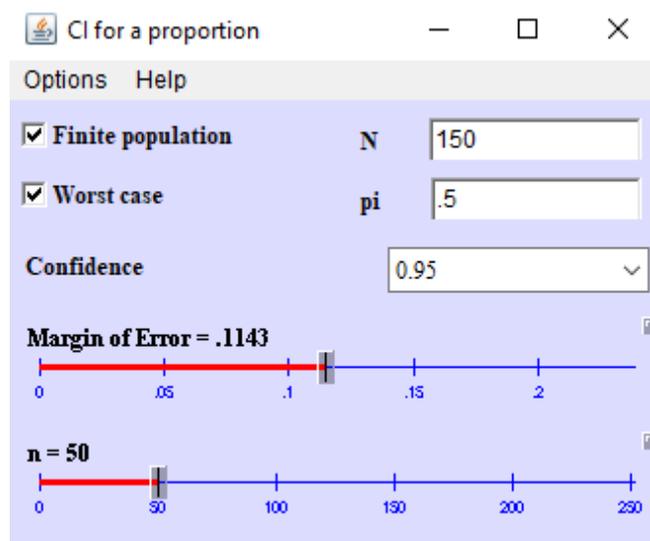
Observacional, transversal, descriptivo, correlacional.

El tipo de estudio en el presente proyecto es un estudio observacional de tipo transversal enfocado en evaluar el impacto del Programa MI SALUD en dirigido a la población periurbana de la Ciudad de Oruro, es descriptivo porque se deducirá las circunstancias que se estén presentando actualmente con la implementación

1.5.2. Población

Todas las familias (incluyendo recién nacidos, niños, adolescentes y adultos), que aproximadamente son 150 familias periurbanas del Barrio “Vinto” de la ciudad de Oruro del año 2019, para ello se aplicó la formula estadística para la población diana, utilizando un margen de error de (0.05) ,intervalo de confianza que será de (0.95%),probabilidad de éxito es de (0.50) y la probabilidad de éxito es de (0.50), para calcular una muestra de 50.

1.5.3. Diseño muestral



Elaboración propia.

1.5.4. Muestra

Se tomó una población de 150 familias, con una muestra representativa de 50 familias periurbanas del Barrio “Vinto” de la ciudad de Oruro en el periodo de Febrero a Agosto del año 2019.

1.5.5. Descripción del trabajo de campo

El trabajo de campo fue realizado en las diferentes urbanizaciones del Barrio “Vinto” de la Ciudad de Oruro ubicada en el este del Departamento de Oruro, Provincia Cercado, Municipio de Oruro. Se contó con visita por los consultorios vecinales de la zona, verificando la implementación del programa con los profesionales en el Área SAFCI en las familias cercanas y lejanas al consultorio, además, de la visita domiciliaria a familias que habitan por toda la zona para contar con una evaluación óptima.

1.5.6. Técnicas, instrumentos de recolección de datos

- ✓ Encuestas
- ✓ Ficha de registro

1.5.7. Fuentes de información

- ✓ Programa MI SALUD – SAFCI oficina central.
- ✓ Médicos SAFCI, Centro de Salud “Vinto”.
- ✓ Familias periurbanas de la Zona “Vinto”.

1.5.7.1. MATRIZ METODOLOGICA

Matriz de marco lógico

	Objetivos	Indicadores	Medios de verificación	Supuesto
Meta	Medición del nivel de atención primaria domiciliaria del programa mi salud	Al 2 de agosto del 2019 se realizará una medición al 100% de la población tomada como muestra sobre el nivel de atención primaria en salud del programa MI SALUD.	Encuestas a cerca del conocimiento y participación activa en la atención primaria en salud del programa MI SALUD.	Políticas nacionales a favor de la contribución del programa MI SALUD a la sociedad.
Resultado	Obtención de resultados acerca del impacto del programa MI SALUD.	Al 2 de agosto de 2019 se determinará un impacto en el 100% en la población tomada por el programa MI SALUD en 50 familias en la zona Vinto.	INFORME A cerca de los resultados obtenidos en las encuestas de programa MI SALUD.	Políticas departamentales a favor del análisis y seguimiento del programa MI SALUD.
Actividad	<p>ACTIVIDAD 1: Medición con encuestas de elaboración propia a 50 familias periurbanas habitantes del Barrio “Vinto” de la Ciudad de Oruro.</p> <p>ACTIVIDAD 2: Medición y registro con fichas a 50 familias de elaboración propia a 50 familias periurbanas habitantes del Barrio “Vinto” de la Ciudad de Oruro.</p>			<p>30 Bs. 50 Bs. 50 Bs. 125 Bs. 20 Bs. 30 Bs. 30 Bs.</p> <p>TOTAL: 335 Bs.</p>

Elaboración propia.

1.5.8. Técnica de análisis de datos

Se utilizaron Word, Excel (Para contabilizar los datos y sacar estadística), Microsoft Word (Para realizar hojas de encuestas) SPSS (Tablas y datos estadísticos).

CAPITULO II. MARCO TEORICO

2.1 Programa mi salud definición e historia

2.1.1 Definición:

El programa 'Mi Salud' es una iniciativa del Gobierno boliviano, que cuenta con el asesoramiento de Cuba, y que de manera piloto se implementó en la ciudad de El Alto, para que posteriormente llegue a cubrir todo el territorio nacional. El objetivo del programa mi salud es brindar atención médica a la población mediante visitas domiciliarias y de manera gratuita, además fortalecer los centros de salud.

2.1.2 Historia:

En Junio del 2013, el presidente Evo Morales inauguró el programa “MI SALUD” que es parte del nuevo sistema de salud boliviano basado en la política SAFCI.

Entre los años 2013 y 2015, Mi Salud se ha desplegado en un tercio del país, en los municipios más pobres y vulnerables. El piloto del Programa se ha desarrollado en la ciudad de El Alto.

El Gobierno de Bolivia ha definido la erradicación de la desnutrición como una de sus políticas prioritarias. En cumplimiento de ello ha diseñado el Programa Multisectorial Desnutrición Cero (PMDC), en implementación desde el año 2008. Este Programa tiene alcance nacional, pero concentra sus acciones en 166 municipios con una alta y muy alta vulnerabilidad a la inseguridad alimentaria.

La Cooperación Técnica Belga (CTB) tiene a su cargo el acompañamiento y seguimiento técnico al PMDC y en la segunda fase de su apoyo concentra su atención en la institucionalización y consolidación de la estructura, estrategias y operación del Programa.

Los programas mencionados, MI SALUD y PMDC, comparten un enfoque integral y la priorización de acciones de prevención y promoción, mediante intervenciones colectivas ampliando la oferta de servicios regulares de salud. Se identifica la necesidad de vincular y articular de manera efectiva ambos programas, por lo que resulta necesario sistematizar la implementación de MI SALUD en un ámbito urbano y rural.

La SAFCI adopta la salud como un concepto positivo en sí mismo, superando el enfoque negativo que la caracteriza como ausencia de enfermedad y teniendo en cuenta los diferentes determinantes de la misma. Estos se refieren a los estilos de vida, el medio ambiente, la biología SISTEMATIZACION DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA MI SALUD EN AMBITO URBANO Y RURAL DE BOLIVIA, Y PRO-PUESTA DE

ARTICULACION CON EL PROGRAMA MULTISECTORIAL DESNUTRICION Cero humanos y el sistema de atención de salud. Conceptualmente salud y enfermedad no es sólo una cuestión científica sino también social y política.

Se desprende de esto que las acciones a desarrollar exigen la más amplia participación y compromiso de toda la población. Es sobre esta última que deben efectivizarse las intervenciones del sistema, dirigidas no sólo a quienes acuden al mismo, sino también a aquellos que no lo hacen.

Así, el objetivo consiste en eliminar o reducir en la medida de lo posible las vulnerabilidades aun cuando se trate de sujetos sanos. Dada la concepción de la salud integral, dentro del cambio de modelo, resultan fundamentales las acciones de atención primaria en salud. Para ello es condición necesaria priorizar y articular las mismas en el primer nivel de asistencia, con criterios de complementariedad, integración y coordinación con el resto de los actores del sistema y demás niveles, con el propósito de mejorar la calidad de la atención, su eficacia y eficiencia.

La salud en una población implica que su abordaje desde la promoción, prevención e intervención se convierta en un tema central, el cual debe ser vinculante con otros sectores, debido a la teoría misma del proceso salud enfermedad, donde la salud está determinada por diferentes condicionantes, no solo biológicos, sino ambientales, sociales, políticos, geográficos, económicos y cultura-les, con un enfoque intersectorial.

El objetivo del presente trabajo consiste en sistematizar las experiencias del programa MI SALUD en el municipio de El Alto en La Paz y San Julián en Santa Cruz, y dar cuenta de su puesta en marcha como implementador clave de la política SAFCI.

Se eligió El Alto, como ámbito urbano, porque en fue el primer municipio en el que se implementó MI SALUD, que en su momento sirvió de piloto, y San Julián para poder tener un panorama del programa en dos ámbitos, distintos en sentido geográfico, demográfico, económico y político.

La presencia de médicos y enfermeras Mi Salud se extendió en julio de 2013 al municipio de Tito Yupanqui del departamento de La Paz, llegando hasta ese momento a 310 de los 339 municipios del país, según el informe del Coordinador Nacional del Programa Safci - Mi Salud del Ministerio de Salud, Franz Trujillo el año 2013.

Este programa del Ministerio de Salud fue implementado en junio de 2013, con el fin de brindar atención médica gratuita a la población más necesitada casa por casa y en consultorios vecinales.

Con esta nueva incursión, Mi Salud está presente en 78 municipios del departamento de La Paz, 51 de Santa Cruz, 47 de Cochabamba, 29 de Chuquisaca, 37 de Potosí, 24 de Oruro, 11 de Tarija, 18 de Beni y 15 de Pando.

En cinco años los profesionales realizaron más de 16,5 millones de atenciones médicas, de los cuales, el 50% de los pacientes fueron atendidos en su vivienda.

Además de salvar vidas, los médicos atendieron más de 21 mil partos y capturaron 147.577 nuevos embarazos.

También propiciaron 2,2 millones de evaluaciones integrales en niños menores de cinco años para identificar casos de desnutrición.

A cinco años de inaugurado, el programa Mi Salud está presente en 308 de los 339 municipios de Bolivia, con resultados relevantes, resaltó el ministro del sector, Rodolfo Rocabado.

Tras cinco años de iniciado como proyecto, con la asesoría de Cuba, el programa cubre hoy casi todo el territorio boliviano, pues se encuentra insertado en 308 municipios del país, con una cobertura del 90,8 por ciento del territorio nacional.

Más de dos mil bolivianos graduados en la Escuela Latinoamericana de Medicina, radicada en la Isla caribeña, están vinculados a este programa, en el cual participa también un grupo de galenos cubanos que aportan, además de sus conocimientos, sus experiencias en esta humanitaria práctica.

Según las autoridades del sector, la intención es que los equipos conformados por médicos especialistas de Salud Familiar e Intercultural (Safci), médicos generales y enfermeras, realicen atenciones médicas gratuitas, acercarse a la familia, a la casa, identificando riesgos precozmente, lo cual posibilite prevenir los problemas.

Mi Salud está presente en dos mil establecimientos de salud, sobre todo en el primer nivel de atención, y en este periodo se han efectuado más de 16 millones de atenciones médicas, parte de ellas en los consultorios y otra en los domicilios de los enfermos.

2.2 Programa Mi Salud determinantes del estado de salud:

Un sistema de salud basado en la APS, es revisado para actualizar en el marco de las reformas de Estado que se están produciendo en Bolivia e incluir los alcances provistos por la Organización Panamericana de la Salud –OPS- en el documento: “La Atención Primaria de Salud Renovada” que incluye orientaciones estratégicas y programáticas en Atención Primaria de Salud con una visión renovada para el desarrollo de los sistemas de salud: la de los sistemas de salud basados en la APS, este documento de posición articula los componentes de una nueva estrategia para la renovación de la APS y esboza la secuencia de pasos que deberán seguirse para su implementación.

La Carta de Ottawa se constituye en otro elemento sustantivo para la promoción de la salud, así como la Declaración del Milenio y el análisis de los Determinantes Sociales de la Salud propuesto por Lalonde.

En Bolivia se justifica ampliamente repensar la atención a la salud, en razón de los cambios que desde ya una década se están implementando como respuesta a y también a los nuevos desafíos epidemiológicos en una franca transición así como las condiciones económicas. Sin embargo, encontramos debilidades e inconsistencia en la conceptualización de la interculturalidad, como consecuencia de una brecha importante en la puesta en práctica a partir de la articulación del sistema de atención académico-occidental con la atención cultural de la medicina tradicional ancestral vigente históricamente. Igualmente, persisten diferentes enfoques de la APS con una fragmentación, no solo en el sistema ortodoxo de atención, sino y, fundamentalmente la ausencia de diálogo entre la medicina académica con la tradicional.

La salud, ya sea la del individuo o la de una población, no es el resultado de la acción de un solo factor, sino que es el producto de la interacción de diferentes procesos que ocurren en la sociedad: económico-sociales, ecológicos, biológicos y culturales, es decir, es el resultado de las interrelaciones que se desarrollan entre el ser humano y el medio donde vive (social y natural). Cuando se mencionan los determinantes de la salud, es preciso citar a Marc Lalonde, ex Ministro de Salud de Canadá, el cual presentó en 1974, un documento titulado “Nueva Perspectiva sobre la Salud de los Canadienses” (A New Perspective on the Health of Canadians) o más conocido como el Informe de Lalonde. Este informe brindó un marco conceptual innovador un enfoque nuevo para analizar las necesidades de salud y definir las vías y medios para satisfacerlas. El documento presenta a la salud determinada por cuatro elementos generales: biología humana, medio ambiente, estilo de vida y organización de la atención de la salud. De esta manera la salud podemos verla como una variante dependiente influenciada por estos cuatro factores o determinantes.

Sin embargo, Lalonde en este enfoque no tiene en cuenta el papel protagónico de la formación socioeconómica, minimizando su papel dentro del medio ambiente. Por tanto el primer paso en el análisis del estado de salud de una población debe partir del conocimiento de la estructura social, la organización político-jurídica y conciencia espiritual lo que determina en última instancia las condiciones de vida, las diferentes formas de actividad vital del hombre y sus consecuencias, en definitiva las características del modo y estilos de vida de dicha población. A su vez esto está determinado por el modo de producción y las relaciones económicas existentes en cada sociedad. Por otro lado sobre estas condiciones influyen de diversas formas los avances científico-técnica.

En resumen, las condiciones naturales y sociales de la vida y el modo de vida de las personas están condicionadas por la estructura económico-social y las influencias del desarrollo científico-técnico que le imprimen una dinámica siempre cambiante al proceso histórico- del desarrollo de la salud del hombre.

2.3 SAFCI Y APS

Al referirnos a la problemática de salud, surge una pregunta natural y es si la atención de salud actual está respondiendo suficientemente a la necesidad de las personas, familiar y a la comunidad. Una de las constataciones es que estos actores están tratando de proteger su salud por si mismos, pero al mismo tiempo dependiendo en forma exagerada del personal de salud.

A partir de esta aparente contradicción surge la necesidad de modificar la atención de salud para responder apropiadamente a la necesidad lo que conlleva a conformar la estructura

social para que la sociedad pueda proteger su salud cada vez más por sí mismos. Y a partir de esto se construye un modelo de atención y un modelo de gestión alineado a la política SAFCI.

Es difícil proporcionar la atención médica avanzada solo en forma centralizada en el hospital, pues enfrenta barreras múltiples de acceso incluyendo un costo elevado. En cambio, la atención de salud con participación comunitaria puede generar servicios eficientes y de acceso amplio, lo que es justamente la APS.

La OMS plantea como estrategias la Atención Primaria y la Promoción en salud. La política SAFCI responde claramente a este planteamiento a con un modelo de atención y un modelo de gestión. Apela a ambas estrategias con un enfoque adaptado a las especificidades bolivianas.

2.4 OBJETIVOS DEL PROYECTO MI SALUD

2.4.1 OBJETIVO GENERAL:

Contribuir a la mejora de la situación de salud de la población de los barrios periurbanos de la ciudad de ORURO, evaluar el impacto de los indicadores del programa MI SALUD en la atención Primaria domiciliaria en las familias periurbanas del barrio “VINTO” de la ciudad de Oruro en el período de febrero a agosto del año 2019.

2.4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ✓ Describir el nivel de atención Primaria domiciliaria en familias periurbanas del barrio “Vinto” de la ciudad de ORURO en el período de febrero a agosto del año 2019.
- ✓ Analizar el logro de los indicadores del programa MI SALUD en familias periurbanas del barrio “Vinto” de la ciudad de ORURO en el período de febrero a agosto del año 2019.

2.4.3 METAS

Lograr que se reconozca la relación entre el desarrollo económico y la salud, con la reducción de indicadores de salud básicos.

- Disminuir la prevalencia tuberculosa en familias educando y promoviendo una mejor atención en los centros de salud de las áreas periurbanas.
- Promover la Lactancia materna exclusiva en el 100% de los menores de 6 meses atendidos durante la visita y en centros zonales de la zona de Vinto.
- Alcanzar que el 100% de los partos de las mujeres sean controladas atendidos y con parto institucional para Disminuir la Mortalidad materna infantil en los barrios periurbanas.
- Disminuir la Mortalidad materna atendiendo a mujeres con parto, y disminuyendo la mortalidad materna durante el parto de madres de la zona de Vinto.

- Disminuir la Tasa de mortalidad en menores de 5 años por 1 000 nacidos vivos mejorando la atención de madres embarazadas antes, durante y después del parto y Promover las chispitas para la mejor nutrición de niños menores de 5 años.
- Disminuir la desnutrición crónica con el aporte de las chispitas a niños de Vinto menores de 3 años y una mejor Lactancia exclusiva.
- Aumentar el conocimiento del examen papanicolaou para Disminuir y prevenir el cáncer de útero en mujeres de las áreas periurbanas Vinto de la ciudad de ORURO.

2.5 AREAS DE INTERVENCION

El Programa “Mi Salud” tiene alcance Municipal de intervención.

2.5.1 CARACTERISTICAS OPERATIVAS

Las características operativas implementadas por los equipos de salud en los diferentes niveles de atención están enmarcadas a cuatro ámbitos:

- 1. La comunidad*
- 2. La Familia*
- 3. La Persona*
- 4. El establecimiento de Salud*

2.5.1.1 Con la comunidad (comunidad o barrio)

- Promover la gestión participativa en salud a partir de la movilización de la comunidad con organizaciones sociales (urbana y/o rural), tanto para la identificación, priorización y control de las determinantes que afectan la salud
- Realizar acciones de educación para la salud en escuelas, clubes deportivos, sindicatos, asociaciones y otros, a partir de las necesidades identificadas en la visita familiar y en la comunidad
- Articulación complementaria con la medicina tradicional
- Seguimiento epidemiológico a través de la sala situacional en coordinación con las organizaciones sociales
- Actualización permanente del Módulo de Información Básica
- Constitución de las Autoridades, de los Consejos Sociales Territoriales de Salud.
- Coordinar todas las acciones de prevención y de promoción de la salud organizaciones sociales y la Estructura Social en salud.

2.5.1.2 Con la familia

- Realizar visita familiar planificada para:

- Registro de las familias de la comunidad o barrio.
 - Detección y tratamiento de personas enfermas, y en riesgo
 - Vigilancia y seguimiento
- Acciones de educación para la promoción de la salud, prevención, tratamiento de la enfermedad, discapacidad y rehabilitación basada en la comunidad, con el enfoque integral e intercultural.
 - Identificación de las familias en riesgo y su grado de vulnerabilidad con el propósito de generar el autocuidado en salud y realizar acciones preventivas
 - Sistematización de la información recolectada permanentemente mediante la carpeta familiar para analizar, interpretar y decidir conjuntamente con las familias acciones y compromisos que modifiquen las condiciones que afectan a su salud.
 - Organización y clasificación de las carpetas familiares según criterios de riesgo, para programar y priorizar las visitas familiares domiciliarias.
 - Vigilancia y seguimiento a los casos de riesgos detectados

2.5.1.3 Con la persona

- Promoción de la salud, prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad y su rehabilitación.
- Acciones de educación en salud para la vida, destinadas a la prevención de la enfermedad, al autocuidado de su salud y del medio ambiente.
- Adecuación cultural de la oferta de servicios.
- Conocimiento del proceso de salud enfermedad en el marco de la interculturalidad.

2.5.1.4 En el ámbito institucional (Establecimiento de salud)

- Acciones con el enfoque de red como forma de articular e interrelacionar a los diferentes establecimientos de salud (independientemente de su nivel) con comunidades (urbanas y/o rurales).
- Fortalecimiento de la organización del establecimiento y su capacidad resolutive.
- Desarrollo de acciones de prevención y atención de la enfermedad y discapacidad de acuerdo a los protocolos y guías de atención según el nivel al que corresponde.
- Respeto a la decisión de la persona, respecto al tipo de atención que desea tener, tomando en cuenta la cultura de la persona, familia y comunidad (urbana y/o rural).
- Respeto a la decisión de la familia o tutor respecto al tipo de atención sin atentar contra los derechos fundamentales de las personas.

- Establecimiento de estrategias conjuntas con las autoridades locales para la referencia y contra referencia a los diferentes niveles de atención.
- Realización de acciones de atención en el marco de los protocolos y normas emanadas del Ministerio de Salud y Deportes.

2.6 METODOLOGIA DE INTERVENCION

Las fases de implementación del Programa son las siguientes:

2.6.1 ETAPA I: FORTALECER EL 1ER NIVEL DE ATENCIÓN

a) Incorporar médicos y auxiliares de enfermería, para los centros de salud públicos de los Municipios, logrando una relación de 1 médico/3000 habitantes para una atención gratuita y universal:

- ✓ Responsables de brindar acciones promoción y atención integral e intercultural de la salud en domicilio y establecimientos de salud.
- ✓ Facilitar la articulación de las organizaciones sociales y la población organizada con el desarrollo de las acciones de salud identificadas participativamente.
- ✓ Para ello la comunidad organizada deberá apoyar al médico y enfermera con una vivienda transitoria hasta la construcción de un módulo de consultorio-vivienda.
- ✓ Este equipo de médico y enfermera lleva un módulo con 106 medicamentos básicos y equipamiento médico necesario.

b) Identificar y fortalecer centros de salud estratégicos para la atención de 24 horas con mayor capacidad resolutive, incorporando en ellos equipamiento y servicios de:

- Laboratorio clínico.
- Ecografía.
- Electrocardiograma
- Equipo de Rayos X móvil.
- Mejoras y adecuación de infraestructuras.

c) Lograr efectividad en el sistema de referencia y contra referencia, mediante un mecanismo controlado según las necesidades, entre el 1er y 2do nivel de atención, con un Centro Coordinador de Emergencias, para evaluar la complejidad del caso y a donde será referido.

2.6.2 ETAPA II: CONTRIBUIR A FORTALECER LA CAPACIDAD RESOLUTIVA DE LOS HOSPITALES DEL 2DO NIVEL DE ATENCIÓN, MEDIANTE:

- Políticas de recursos humanos.
- Equipamientos y tecnologías

- Medicamentos e insumos.
- Mejoramiento y adecuación de infraestructura.

2.6.2.1 ACCIONES PREVIAS A LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA

- Reuniones de Socialización y Coordinación con organizaciones sociales, municipales y SEDES, Trabajo en comisiones, recolección y revisión de la situación de salud de los Municipios.

2.6.2.2 MODALIDAD GENERAL DE IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA

La implementación de la nueva Política de Salud está garantizada en su continuidad por la CPE y Ley Marco de Autonomías (LMA) de manera que es auto sostenible en base al presupuesto nacional otorgado al sistema de salud. De igual forma se irá gestionando su inclusión en las Carta Orgánica Municipal.

Al tratarse de una política diseñada y apoyada ampliamente por altos niveles de gobierno su continuidad está garantizada.

2.6.2.3 INDICADORES EN LOS QUE INTERVIENE EL PROGRAMA MI SALUD

Los indicadores en los que interviene el programa mi salud se basan:

- número de miembros por familia
- número de niños por familia (menor a 12 años)
- numero de recién nacidos
- número de niños 1 – 5 años
- ocupación de él o la persona encuestada

Los indicadores son los siguientes:

- Partos domiciliarios
- Prevalencia de tuberculosis
- Mortalidad materna
- Mortalidad infantil
- Examen del Papanicolau
- Conocimiento de nutrición infantil

2.6.3 PROCESO DE IMPLEMENTACION DE SAFCI

En el proceso de implementación de SAFCI, es importante los distintos tipos de articulación que se han producido para incrementar los distintos procesos del PROGRAMA MI SALUD,

2.6.3.1 Articulación con el municipio

La articulación con el municipio, siendo la instancia que tiene mayor coordinación, si bien esta coordinación es fluida con las autoridades municipales.

Luego de ser lanzado oficialmente el programa se ha podido instalar y poner en funcionamiento siete centros de salud reforzados de un total 11, equipado con rayos X, ecografía y laboratorio. Los establecimientos de salud tienen destinado un ambiente en cuanto a los síntomas que se mantenían, el programa MI SALUD inició con un monto de ocho millones para la compra de medicamentos para la población.

2.6.3.2 Articulación con la red de salud

Existen coordinaciones directas con los establecimientos de salud y no está apropiadamente articulado a la red de servicios de salud. En la mayoría de los casos se dedica casi específicamente a realizar atenciones específicas individuales integrales.

Resaltan algunas acciones de los médicos para gestión de equipamiento, insumos, medicamentos. Y la referencia de pacientes cuando así lo requiere.

En el municipio de El Altotrabajo más de 150 médicos MI SALUD en 44 consultorios comunitarios, que realizan tareas de promoción de salud y diariamente realizan las visitas a las familias e identificar la situación de riesgo. Cada profesional médico tiene a su cargo un promedio de 600 familias para visitar a lo largo del mes. La atención integral centrada en la persona se enmarca en los programas prioritarios del MS, con un enfoque familiar y comunitario rígido por criterios epidemiológicos.

Operativamente el personal de salud se organiza mediante la conformación de micro territorios, cada uno con un determinado número de familias, sobre todo las poblaciones con mayor vulnerabilidad e inequidad social. La información recogida por MI SALUD es reportada al establecimiento que luego sigue la vía formal, paralelamente la misma información directamente al MS, situación que genera descuentos y hasta conflictos.

2.6.3.3 Articulación con organizaciones sociales

El contacto inicial con las organizaciones sociales fue un proceso seguido por cada profesional individual, luego de la asignación de un territorio geográfico con 3000 habitantes, la articulación con la junta de vecinos de cada zona, participando en las reuniones de vecinos donde se socializa los objetivos del programa y un espacio que permite el funcionamiento del consultorio vecinal, en la mayoría los sedes vecinales, A partir de esta conformación se instaura el control social por las organizaciones sociales, por ejemplo en el cumplimiento del horario de trabajo (8 hrs).

En algunos casos el único nexo con la comunidad, es importante para el desarrollo de estrategias de promoción y prevención en las escuelas y colegios. Las organizaciones sociales mediante el presidente de la zona coordinan con el médico para identificar personas con problemas de salud.

La actividad con la comunidad incluye actividades de promoción de salud, educación para la salud con participación de la población, aprovechando las reuniones vecinales. El

trabajo realizado también llevo a facilitar la referencia de personas a centros de atención que tradicionalmente eran inaccesibles, así como acercar la red de salud a la comunidad.

2.6.3.4 Articulación con la medicina tradicional

Dentro de las acciones del personal de MI SALUD en el enfoque de la SAFCI esta crear espacios de articulación con la medicina tradicional. La tarea es identificar médicos tradicionales en la comunidad se concretó, con el registro oficial parcial, Sin embargo, el proceso de articulación con médicos tradicionalmente requiere todavía consolidarse. Es importante resaltar las experiencias de trabajo coordinado con parteras identificadas en la comunidad sobre todo el parto domiciliario.

2.7 MARCO CONCEPTUAL

2.7.1 Historia de los programas sociales

En programas sociales para el alivio de la pobreza que actualmente están en operación en los siguientes diez países de América Latina: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, México, Nicaragua y Venezuela.

A partir de la experiencia de estos países, se intenta develar las principales orientaciones que se les ha dado a los programas contra la pobreza, con énfasis en sus características particulares y en determinados aspectos de su diseño, tales como la incorporación de nuevos sujetos de atención y el papel actual de los beneficiarios.

Así, es posible concluir que en materia de esfuerzos destinados a la superación de la pobreza se avanza gradualmente en tres ámbitos:

Constituir una red efectiva de protección social para los grupos vulnerables, “afinando” la definición e identificación de esos grupos y ampliando las dimensiones cubiertas por la red.

Integrar efectivamente a los grupos pobres a la red de protección social tradicional, a través de intervenciones multisectoriales altamente focalizadas.

Desarrollar acciones de “segundo piso”, entendidas como aquéllas que sirven de nexo entre una base de protección social y las oportunidades de desarrollo de los más desfavorecidos y su incorporación a la vida económica y social de sus países.

La preocupación mundial por la pobreza y la cuestión social se vuelven cada vez más acuciantes en la medida que se constata que el crecimiento económico –considerado el elemento central en la lucha contra la pobreza– por sí solo no es suficiente para elevar las condiciones de vida y reducir la vulnerabilidad social de grupos significativos de la población.

Si a ello se suma, en el caso particular de América Latina y el Caribe, el efecto de las crisis económicas recurrentes, de los desastres naturales y del aumento generalizado en

la desigualdad salarial y de ingresos en los últimos años, estos fenómenos cobran aún más urgencia y constituyen desafíos cruciales para los países de la región.

En este marco, el objetivo de este trabajo es hacer una revisión de la situación actual de los programas sociales contra la pobreza en distintos países de América Latina y el Caribe, a través de una clasificación que facilite una mirada sistemática de estas acciones, e identificar las nuevas directrices, tendencias y principales corrientes que se vienen desarrollando en materia de política social. Para esto, se ha tomado una muestra de referencia de diez países en la región, cuya elección se basó principalmente en la disponibilidad y el acceso a la información pertinente. El grupo de países quedó conformado por Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, México, Nicaragua y Venezuela.

Durante la década de 1990, la región experimentó un crecimiento del 3,3% y la pobreza disminuyó en casi 6 puntos porcentuales.

2.7.2 Definición del programa social

Un programa puede ser un listado de temas, una planificación, el anticipo de algo o un proyecto. Social, por su parte, es el adjetivo que califica a aquello vinculado a la sociedad (la comunidad de personas que mantienen interacciones y comparten una cultura). Puede decirse que un programa social es una iniciativa destinada a mejorar las condiciones de vida de una población. Se entiende que un programa de este tipo está orientado a la totalidad de la sociedad o, al menos, a un sector importante que tiene ciertas necesidades aún no satisfechas. La mayoría de los programas sociales son desarrollados por el Estado, que tiene la responsabilidad de atender las necesidades de todas las personas. Un gobierno, de este modo, puede poner en marcha planes que busquen garantizar el acceso a la educación, campañas de prevención para cuidar la salud o iniciativas para combatir la desnutrición infantil.

2.7.3 Programas social de salud en Bolivia

- ✓ Juana Azurduy
- ✓ Comité nacional de integración docente asistencial investigación e interacción comunitaria
- ✓ Coordinación nacional de laboratorio
- ✓ Aula virtual educativa
- ✓ Programa nacional de salud oral
- ✓ Programa nacional de salud renal
- ✓ Agencia estatal de medicamentos y tecnologías en salud
- ✓ Unidad de seguros públicos de salud
- ✓ Programa SAFSCI
- ✓ Sistema de información del programa de registro único nacional de la persona con discapacidad

2.7.4 La historia de la atención domiciliaria

Siempre es bueno conocer la historia, porque de esa forma podemos entender los cambios y experiencias a lo largo del tiempo y nos permite situar nuestras experiencias, como mencionamos en la introducción la Atención Domiciliaria siempre existió, lo que sucede es que es bueno conocer el momento que se empieza a sistematizar y ser parte de los sistemas de salud organizados. En Estados Unidos en la ciudad de Nueva York, los servicios de la HD se inician en 1947, como una extensión del hospital hacia el domicilio del paciente. Según se constata en la literatura, las razones para crear esta primera unidad de HD en el mundo eran descongestionar las salas hospitalarias y brindar a los pacientes un ambiente más humano y favorable a su recuperación. En Canadá en la década de 1970, algunas provincias comenzaron a formular una visión más amplia de asistencia a domicilio, una que incluía unidades de agudos y servicios de apoyo a las personas mayores frágiles y los canadienses con discapacidades, de igual manera empiezan a funcionar servicios de AD orientados a pacientes quirúrgicos dados de alta tempranamente (alta precoz). Esto se realizó en coordinación con los hospitales de Montreal. En 1987 se realizó un plan piloto denominado Hospital extramural, que consistía en la administración y control de antibióticos parenterales en el domicilio de pacientes con problemas agudos. Mirando las experiencias sanitarias de asistencia domiciliaria de Europa, tenemos que en Francia en el Hospital de Tenon en París, se creó una unidad de hospitalización domiciliaria en 1951, más tarde, en 1957, se estableció en la misma ciudad el Santé Service, organización no gubernamental sin fines de lucro que aún hoy sigue prestando asistencia sociosanitaria a domicilio a pacientes con padecimientos crónicos y terminales. Cabe decir que la AD y HD en Francia recién fue reconocida plena y oficialmente como una alternativa a los servicios tradicionales desde 1992, en virtud a decretos sanitarios gubernamentales que se emitieron y dieron validez a dicha modalidad. En otros países de Europa después de 10 años empezaron a desarrollar la AD. En el Reino Unido esta modalidad asistencial fue introducida en 1965 con el nombre de Hospital Care at Home (Atención Hospitalaria en el Hogar). En Alemania y en Suecia fue desarrollada durante los años setenta, y en Italia se implementó con el nombre de *Ospedalizzazione* a Domicilio, esto sucedió a comienzos de los años ochenta. Si se evalúa el desarrollo de la AD en Europa este ha sido muy irregular, tanto cualitativa como cuantitativamente; por lo tanto, para contribuir en este sentido, la Oficina Europea de la Organización Mundial de la Salud coordina desde 1996 el programa From Hospital to Home Health Care (Del hospital a la atención de salud en el hogar), dirigido a promover, estandarizar y registrar más adecuadamente esta modalidad asistencial (9).

En Latinoamérica han existido varios ensayos de modelos de atención domiciliaria y en la mayoría de ellos con una orientación hacia atención primaria, programas de atención de adultos mayores y con una alianza estratégica con servicios sociales para complementar los servicios sanitarios. En la Argentina las primeras experiencias en internación domiciliaria fueron producto de la extensión hospitalaria, el hospital de la Comunidad de Mar del Plata y el hospital Castex de San Martín fueron pioneros en esta modalidad de atención. En 1991 la empresa "En Casa", conformada por médicos Clínicos

del Hospital Italiano en asociación con otros profesionales, emprende este desafío que luego sería imitado por otras empresas privadas para brindar el servicio a prepagas. Las Obras Sociales, mutuales y pacientes privados, (PAMI y obras sociales provinciales) actualmente cuentan con el servicio de Atención domiciliaria. En Rosario se cuenta con Internación Domiciliaria en la red de la Salud Pública del Municipio desde el año 1992. Otra experiencia se da en el Hospital de Niños de La Plata, donde existe un programa de soporte nutricional domiciliario desde el año 1985. En Colombia se empezó a implementar la AD y la HD de manera sistemática con la aplicación de la Ley 100, en los últimos 16 años, hasta el punto de que hoy casi todas las grandes aseguradoras tienen sus empresas filiales para la prestación del servicio domiciliario, y está en crecimiento constante. En Medellín, además del servicio de HD, existen incluso múltiples centros privados de atención post-hospitalización con equipo profesional y recursos tecnológicos, que ayudan a reducir la estancia hospitalaria, en pacientes con enfermedades crónicas, en estados comatosos prolongados, sin familia en la ciudad, pacientes con pérdida total de la autonomía, para personas pobres y también para aquellas con capacidad económica. En Costa Rica las políticas de Salud están actualmente en una fase de cambios profundos, escenario en el cual se debate cuál es la mejor manera de organizar y maximizar el uso de los recursos de la seguridad social, en este panorama pareciera que la familia está llamada a asumir tareas que ha delegado al Estado, ello conlleva la necesidad de su capacitación y la de los profesionales de la atención domiciliaria. Por lo tanto, se ha iniciado la metodología para la construcción del proceso y las razones que justifican propuesta y objetivos, relacionándolos con los antecedentes de la atención en el domicilio, la concepción moderna de la salud y la situación de la salud en el mundo globalizado, para luego describir las consideraciones éticas que deben tomarse en cuenta al implementar la hospitalización y atención en el domicilio. Finalmente, las políticas gubernamentales proponen el Subsistema de Hospitalización, Atención y Apoyo a Domicilio que la CCSS (Caja Costarricense de Seguridad social) podría paulatinamente implementar.

Es en Brasil, en el 2001 que se establece el Programa de Asistencia Domiciliaria a partir de una norma operacional de la Asistencia en salud Pública, está orientada a asistir a adultos mayores preferencialmente y cuenta con un gran apoyo de servicios sociales comunitarios, estos servicios están comandados por los gobiernos locales. En el Perú, el 16 de Diciembre 1993 se da comienzo a la AD de forma organizada, en el antiguo IPSS (Instituto Peruano de Seguridad Social) donde se crea el PADOMI (Programa de Atención Domiciliaria), de igual manera que en algunos otros países hasta el momento no tiene una estandarización de sus servicios y la validación lamentablemente no tiene el sustento en políticas de salud gubernamental; esto no quiere decir que si exista un consenso sobre la AD como modelo complementario e importante en los servicios de salud de la Seguridad Social del Perú y de potencial incalculable para la gestión eficiente de las prestaciones de salud que brinda este sistema.

2.7.5 Parto

Proceso por el que la mujer o la hembra de una especie vivípara expulsa el feto y la placenta al final de la gestación; consta de tres fases: la fase de dilatación, la de expulsión y la placentaria o de alumbramiento.

2.7.5.1 Historia del parto:

El parto o nacimiento, es el punto final del embarazo en el ser humano, cuando el nuevo bebé sale del útero materno al exterior. Para la mayoría de las culturas se considera este momento como la fecha inicial de la nueva vida del bebé y siempre ha tenido una gran significación antropológica a nivel social y familiar, siendo clave en el desarrollo de vínculo emocional entre la mamá y el bebé.

El parto sin complicaciones que requieran intervención médica es un proceso natural. Hablar de parto natural durante muchos años se consideró redundante pero hoy el parto natural es un nuevo modo de entender el momento del parto. Son tantas las corrientes actuales sobre este tema que es necesario explicar en qué consiste un parto natural, o también llamado naturalista.

Al comienzo de la humanidad, unos 40.000 a.C., se tienen datos que indican que el parto era atendido por el marido; sin embargo, ya en el año 6000 a.C., se empieza considerar la ayuda al nacimiento como un "arte" y algunas mujeres van tomando mayor experiencia que otras, por lo que son requeridas con más frecuencia durante el trabajo de parto. Ése fue el inicio de unos de los oficios más antiguos de la humanidad, el de comadrona, partera o, en griego, "*obstetrix*" (palabra de la que deriva obstetricia y obstetra).

La primera descripción de un parto normal fue hecha por Hipócrates (460-377 a.C.), en su libro Naturaleza del Niño. Él consideró que el parto comenzaba cuando el feto tenía hambre y rompía la bolsa de las aguas con movimientos de sus manos y pies. A lo largo de la historia otros grandes médicos y ginecólogos, como Galeno, Mauriceau o Schroeder, también expusieron diferentes teorías de porqué comenzaba el parto. Hoy todavía las causas del inicio del parto son objeto de discusiones científicas.

En cuanto a la asistencia al parto en sí, fueron muy pocos los cambios que ocurrieron a lo largo de los siglos. Las comadronas seguían siendo las únicas verdaderas especialistas que sabían atender correctamente a las mujeres en el parto, además de aliviarles el dolor, aconsejar en su vida sexual o incluso llevar a cabo técnicas abortivas, sus conocimientos y experiencias los enseñaban de generación en generación. Mientras tanto los médicos consideraban que la sangre, heridas y partos no eran trabajos dignos de sus conocimientos; además la mujer en general estaba considerada un ser inferior y las comadronas, por sus conocimientos en hierbas, eran sospechosas habituales de brujería.

Fue en el siglo XVIII cuando los primeros médicos se interesaron por la obstetricia y comenzaron a pasar a la sala donde la mujer paría. Se comenzó a estudiar el parto como una ciencia y pronto se desarrollaron instrumentos como el fórceps y se impuso la posición horizontal de la parturienta. Los nuevos avances, además de los nuevos

conocimientos de la anestesia y la asepsia en el siglo XIX, hicieron que disminuyera el riesgo de muerte en el parto del bebé y de la madre.

Durante el siglo XX, el control de la natalidad, el seguimiento médico durante el embarazo, el registro tocográfico durante el embarazo y técnicas quirúrgicas como la cesárea han hecho que la gran mayoría de los partos se desarrollen felizmente. Sin embargo, al mismo tiempo que se han producido estos avances, el momento del parto ha sufrido un proceso de deshumanización en el que la madre y la familia se han visto privadas de su derecho de intimidad y elección. Fue en esa época cuando diversos doctores (Lamaze, Bradley, Leboyer, etc.) comenzaron a desarrollar métodos que favorecían un desarrollo natural del parto centrándose en la mujer y/o el bebé, evitando medicamentos e intervenciones médicas innecesarias.

Por supuesto, la asistencia medicalizada de los partos y las reivindicaciones de su humanización es algo propio de los países industrializados, ya que la mayor parte de la humanidad sigue atendiendo el parto con una partera y nada más, haciendo que el parto siga siendo una de las causas de muerte más frecuente en los países subdesarrollados.

2.7.5.2 Corrientes actuales del parto natural

En la actualidad, hay varias calificaciones hacia el parto que, en ocasiones, se confunden entre sí. En un sentido más tradicional, podemos hablar de parto natural como aquel parto que se desarrolla con normalidad a través de la vagina y que no requiere más asistencia médica que control y medicamentos suaves como pueden ser, por ejemplo, los analgésicos.

Sin embargo, las nuevas corrientes naturalistas han tendido a diferenciar entre un parto medicalizado, es decir, partos que se desarrollan bajo supervisión y control médico para intervenir si es necesario (dentro podemos incluir el parto instrumentalizado, parto por cesárea, etc.), y un parto natural, como aquel parto en el que prima la fisiología y la naturalidad del proceso por encima de la técnica médica.

2.7.5.3 Definición del parto en casa

El parto en casa o el parto domiciliario es una tendencia cada vez más de moda entre las gestantes. Este tipo de parto consiste en dar a luz en casa, sin atención hospitalaria inmediata. El parto en casa se realiza en casa de la futura mamá y del bebé, y no en un centro de salud de maternidad.

¿Cuándo se hace el parto en casa? Este tipo de parto puede llevarse a cabo siempre y cuando la salud de la madre y el bebé sea buena, evitando así ciertos riesgos en el momento del parto. No es ilógico pensar en que el parto en casa cada día tiene más adeptos, dado que hace muchos años era lo más común.

El concepto del parto en casa abarca el hecho de evitarla angustia y estrés de dar a luz en un hospital, por lo que tiene su parte positiva. Por otro lado, es importante señalar que el parto en casa incluye la asistencia de una partera a tu lado.

2.7.5.4 Riesgos y complicaciones de partos domiciliarios

La mayoría de las complicaciones que aparecen durante el parto suceden en mujeres que a priori no presentaban un embarazo de riesgo. Entre las más graves están:

- Pérdida de bienestar fetal
- Hemorragia aguda
- El prolapso de cordón umbilical
- Las lesiones y desgarros del canal del parto.

“El riesgo del parto domiciliario es que no se puedan atender y dar solución a esas complicaciones por falta de conocimiento o de medios para hacerlo en el domicilio, o bien que no pueda hacerse con la rapidez necesaria”.

Para evitar este riesgo, y al mismo tiempo atender a la demanda de las embarazadas de tener un parto más “fisiológico”, surge el parto humanizado, también llamado parto no intervenido o parto mínimamente medicalizado. “Se basa en el concepto general de que el nacimiento es un proceso fisiológico, en el que solo se debe intervenir para corregir desviaciones de la normalidad. Se trata de favorecer el proceso del parto con el mínimo intervencionismo necesario que permita garantizar la seguridad materna y fetal, pero sin renunciar a las posibilidades de control y rapidez de actuación que se ofrecen en la atención hospitalaria del parto. Para ello, se ofrecen cuidados individualizados basados en las necesidades de la mujer, respetando sus decisiones, y favoreciendo un clima de confianza, seguridad e intimidad.

2.7.5.5 ¿Cuándo está completamente contraindicado el parto en casa?

En general, dice la especialista de Sanitas, el parto en casa está contraindicado siempre que la madre o el feto presenten alguna enfermedad, cuando el feto no está en presentación cefálica, también en embarazos múltiples, cuando el parto aparezca de forma prematura, o cuando haya antecedentes de complicaciones previas (tanto en el embarazo actual como en los partos anteriores).

2.7.5.6 ¿Cómo se debe preparar la casa para el parto domiciliario?

El parto domiciliario requiere sólo unas pocas preparaciones. Como primera medida la casa debe estar lo más limpia posible. La partera tiene que verificar que la temperatura de la habitación sea óptima y que haya agua limpia. Se debe mantener una higiene profunda de manos. Será necesario contar con ropa y toallas calientes para cubrir al bebé inmediatamente al momento del nacimiento.

Además, según las recomendaciones de la OMS, se debería disponer de un kit de parto que puede ser preparado en casa, de acuerdo a las indicaciones del obstetra, cuyos contenidos deberán mantenerse limpio o preferentemente esterilizados. De esta forma se crea un ambiente de asepsia para evitar complicaciones en la mamá y el bebé.

Por último, el día del parto se debería disponer de un medio de transporte al que se pueda acceder cómodamente, en caso de que la mamá o el bebé deban ser trasladados de urgencia al centro médico.

2.7.5.7 Cuidados en la atención de parto domiciliario

1. Habría que colocar a la mujer en un sitio que sea seguro, limpio y lo más cómodo posible para ella.
2. Necesitaremos toallas y mantas, para secar y abrigar al recién nacido y a la madre.
3. Si el parto es inminente, hay que tratar de interferir lo menos posible en su evolución natural, permaneciendo siempre al lado de la madre, apoyándola y dándole ánimos.
4. Una vez que el feto salga al exterior hay que colocarlo sobre la madre, en contacto piel con piel, y no cortar el cordón umbilical -a no ser que se disponga de material estéril y de utensilios adecuados para pinzar el cordón- hasta que no haya dejado de latir.
5. Hay que vigilar que el recién nacido comience a respirar, retirando las secreciones de la vía aérea si es preciso y estimulándole al frotarlo con una toalla. Es muy importante que el bebé no pierda calor, sobre todo a través de la cabeza.
6. Una vez que se expulse la placenta, hay que recogerla para entregarla al personal sanitario cuando llegue la asistencia, para que puedan hacer las pruebas que se precisen.
7. A partir de ese momento, y si el recién nacido se ha adaptado bien, la vigilancia se centra en que el útero se contraiga correctamente y que no haya un sangrado excesivo.

2.7.6 Definición de desnutrición Infantil

La desnutrición infantil es el **resultado de la escasa ingesta de alimentos durante la infancia**, siendo la niñez la etapa que requiere de más nutrientes para un desarrollo físico e intelectual adecuado.

La desnutrición infantil, que puede ser crónica o aguda con diferentes grados, implica tener un **peso corporal y una estatura inferior a la correspondiente** a la edad (retraso de crecimiento), ser extremadamente delgado o tener carencia de micronutrientes (hambre oculta). La ausencia de lactancia materna, la carencia de vitaminas y alimentos fortificados, la falta de educación, el costo **de los alimentos** son sólo algunas de las causas, además de la pobreza. La desnutrición infantil hipoteca el futuro de los niños de por vida, que serán adultos frágiles que perpetuarán en su familia el **círculo vicioso de pobreza y hambre**. La desnutrición afecta el 45 % de las muertes anuales de niños en el mundo, donde sólo 1 cada 10 niños desnutridos tienen acceso a un tratamiento nutricional adecuado.

2.7.6.1 Historia de la iniciativa contra la Desnutrición Infantil

Entre 1996 y 2005, la desnutrición crónica afectaba a 1 de cada 4 niños y niñas en el país (626,386 menores de 5 años). Esta situación se mantenía inalterable a pesar del crecimiento de la economía y de la existencia de múltiples programas sociales

alimentarios. En ese contexto, instituciones de apoyo al desarrollo, tales como ADRA Perú, CARE Perú, CARITAS del Perú, PRISMA, decidieron conformar la Iniciativa contra la Desnutrición Infantil, hacia fines de 2005, con la finalidad de promover políticas públicas y acciones concretas orientadas a reducir la desnutrición crónica.

La desnutrición crónica no es sólo un problema de salud, es un indicador de desarrollo, en tanto está fuertemente ligado a la pobreza, limita el potencial intelectual del país y atenta contra el derecho fundamental a la salud y a la vida. Las experiencias exitosas impulsadas por algunas instituciones llevan a la convicción de que es posible reducir este flagelo, y a iniciar coordinaciones para desarrollar actividades conjuntas en ese sentido.

De otro lado, las elecciones generales del 2006, realizadas en abril, así como las regionales y municipales realizadas en noviembre, planteaban una coyuntura de renovación total de las autoridades en el país, lo que motivó a buscar formas de aprovecharla para incidir en políticas públicas, colocando el tema de la desnutrición infantil en la agenda.

Ya en julio de 2004 se había aprobado en el Perú la Estrategia Nacional de Seguridad Alimentaria – ENSA, uno de cuyos objetivos era reducir la desnutrición crónica, pero su implementación no estaba siendo impulsada con suficiente energía desde el gobierno nacional. Algunos gobiernos regionales (a esa fecha, los de Cajamarca, Ancash y Huancavelica), empero, la habían asumido y estaban elaborando Estrategias Regionales de Seguridad Alimentaria – ERSA.

En el contexto de cambio de autoridades resultaba especialmente importante evitar que estos procesos quedaran trancos y más bien, darles un nuevo impulso. Con ese fin, en enero de 2006, la iniciativa promovida por ADRA, CARE, Caritas, PRISMA -a la que se suma USAID-, conforma dos grupos de trabajo, uno integrado por especialistas técnicos y el otro por comunicadores/a de las instituciones.

A medida que se fueron desarrollando las primeras acciones, otras organizaciones se acercaron o fueron invitadas a incorporarse. Así, entre febrero y marzo de 2006 se integraron la Mesa de Concertación de Lucha contra la Pobreza – MCLCP y varios organismos de Naciones Unidas (FAO, OPS/OMS, PMA, UNICEF). Desde mayo de ese mismo año, el Banco Mundial empezó a participar como invitado con opinión, quedando la IDI integrada por 10 socios y un invitado, situación que se mantuvo hasta fines de 2006, en que se incorporó UNFPA. En octubre de 2007 se sumó Futuras Generaciones y en marzo de 2008 el Instituto de Investigación Nutricional. Posteriormente se incorporaron Acción contra el Hambre y Plan Internacional (2010) y MSH (2012), quedando la IDI integrada por diecisiete (17) instituciones.

A lo largo de estos años la IDI ha alcanzado importantes logros en lo que se refiere a hacer visible el problema de la desnutrición infantil, posicionarlo en la agenda pública, comprometer la voluntad de autoridades nacionales, regionales y locales para enfrentarlo

y, finalmente, convertirlo en el eje ordenador de la articulación de los programas sociales de lucha contra la pobreza.

Actualmente, el Gobierno reconoce a la IDI como referente técnico en el tema y valora su rol articulador entre el Estado y la sociedad civil, convocándola para aportar al diseño de la política pública relativa a la reducción de la desnutrición infantil en el país.

2.7.6.2 Bolivia reduce la Desnutrición Crónica en menores de 5 años

De acuerdo con resultados de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (EDSA 2016) en Bolivia se redujo la desnutrición crónica del 32.3% al 16% en niños menores de 5 años, en todo el país.

En caso de los niños de 6 a 23 meses de edad, la desnutrición crónica se redujo del 25.1% al 15.2%. Cifra que disminuyó en los últimos años, gracias a micronutrientes como el **Nutribebe y chispitas nutricionales**.

Asimismo, los datos presentados por la Encuesta de Evaluación de Salud y Nutrición (ESNUT 2012), situó a Bolivia entre los países que cumplieron con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM1), es decir, que hasta la gestión 2015 se disminuyó a la mitad el porcentaje de personas que padecen hambre.

El responsable de la Unidad de Alimentación y Nutrición del Ministerio de Salud, Yecid Humacayo, informó que para continuar con esta labor, el Gobierno Central conformó el Consejo Nacional de Alimentación y Nutrición con la participación de 10 ministerios, también se impulsa el Programa Multisectorial Desnutrición Cero, la Ley N°775 de Promoción de la Alimentación Saludable, entre otras iniciativas.

En el caso del departamento de **La Paz**, la desnutrición crónica descendió del 19,3% al 14,7% en menores de 5 años.

Caso similar sucede con los menores de 2 años, sector de la población que en 2014 registró un 17,5% en desnutrición crónica, cifra que descendió al 12,6% hasta el 2016. Mi Salud evaluó la nutrición de 1.797.460 niños en Bolivia.

Médicos del Programa Mi Salud brindaron evaluación médica gratuita a 1.797.460 niños menores de cinco años en los nueve departamentos del país, para verificar el control de crecimiento, alimentación desarrollo corporal, toma de peso y talla.

El reporte indica que de los 1.797.460 de pacientes atendidos, 636.897 pertenecen al departamento de **La Paz**, 585.189 a **Cochabamba**, 223.391 habitan en **Santa Cruz**, 126.672 en **Potosí**, 89.911 en **Tarija**, 52.005 en **Chuquisaca**, 31.522 en **Oruro**, 31.848 en **Beni** y finalmente, 20.025 en **Pando**.

El 51% de los pacientes fueron vistos en sus domicilios y el resto de los niños acudieron a consulta en un establecimiento de salud.

Después de visitar a los pequeños pacientes casa por casa, los médicos registraron a 102.431 niños con talla baja.

2.7.6.3 INTERVENCION DEL PROGRAMA MI SALUD PARA MEJORAR LA DESNUTRICION INFANTIL

Programa que lleva a cabo acciones multisectoriales en aras de erradicar la desnutrición en menores de cinco con énfasis en menores de dos años, forma parte de la Política de

Protección Social y Desarrollo Integral Comunitario. Fue implementado en el año 2006 por el Consejo Nacional de Alimentación y Nutrición.

1. Ampliar el acceso de la población a los servicios de salud, nutrición, educación, agua y saneamiento, así como la disponibilidad de alimentos, fortaleciendo los activos sociales y productivos.
2. Contribuir a la disponibilidad, acceso y uso de suficientes alimentos nutritivos, para reducir la desnutrición, a través del Programa Estratégico Nacional de Seguridad y Soberanía Alimentaria.
3. Mejorar hábitos de alimentación y consumo, y prácticas de cuidado de la salud de niños y niñas menores de 5 años, mujeres embarazadas y en periodo de lactancia.
4. Contribuir a la realización del Derecho Humano a una Alimentación Adecuada (DHAA) de la población boliviana, impulsando la articulación interinstitucional y la formulación e implementación de instrumentos normativos legales.
5. Mujeres embarazadas, en periodo de lactancia, niños y niñas menores de 5 años, son atendidos con calidad y en forma oportuna por los establecimientos de salud del sistema público, bajo el modelo de salud familiar, comunitaria e intercultural.

2.7.6.3.1 RESULTADOS ESPERADOS

- Mujeres embarazadas y en etapa de lactancia, niñas y niños menores de 5 años, reciben y consumen los principales micronutrientes para evitar su deficiencia y enfermedades carenciales prevalentes.
- Los miembros de la familia, saben leer y escribir y conocen los beneficios de una alimentación adecuada.
- Las familias cuentan con agua segura y saneamiento básico.
- Las familias consumen una dieta diversificada con alimentos de calidad provenientes de su producción agropecuaria.
- Niñas y niños menores de 5 años, mujeres embarazadas y en periodo de lactancia, consumen una alimentación variada, nutritiva, oportuna e higiénicamente elaborada.
- Niñas y niños menores de 5 años, mujeres embarazadas y en periodo de lactancia, reciben un cuidado adecuado por parte de la familia y la comunidad.
- El marco normativo y legal para la realización del DHAA es conocido y complementado por instituciones públicas y organizaciones sociales.
- Se ha fortalecido la articulación interinstitucional para la implementación de acciones multisectoriales del PMD-C.
- El PMD-C, ha logrado el consenso a nivel nacional para ser propuesto como Ley de la República, orientada a erradicar la desnutrición en niños y niñas menores de 5 años y garantizar su sostenibilidad.
- Se ha apoyado a la implementación de la Política Nacional de Desarrollo Infantil Integral con enfoque de género e interculturalidad, en corresponsabilidad con los gobiernos departamentales, municipales, padres de familia y comunidad.
- Se ha contribuido a la implementación de la Ley de Alimentación Complementaria Escolar con un enfoque multisectorial y su reglamentación a nivel nacional.
- Se ha elaborado el Programa Estratégico Nacional de Seguridad y Soberanía Alimentaria.

2.7.6.3.2 COMPONENTES Y PRODUCTOS

Mejorar las prácticas alimentarias y la ingesta de alimentos

1. Fomento a la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y prolongada hasta los 24 meses; suplementación con micronutrientes a los grupos vulnerables con chispitas nutricionales, vitamina A, jarabe de hierro y sulfato ferroso.
2. Distribución del alimento complementario Nutribebé para niños de 6 a 23 meses.
3. Distribución del alimento complementario para mujeres embarazadas y en período de lactancia con desnutrición.
4. Control de calidad de los alimentos fortificados (harina de trigo, aceite vegetal, sal).
5. Información, educación y comunicación alimentaria nutricional
6. Desarrollo de una estrategia comunicacional de salud y nutrición.
7. Movilización, comunicación y mercadeo social del Programa Desnutrición Cero y de promoción integral de salud y nutrición.
8. Coordinación con organizaciones sociales y otros actores de la sociedad civil para facilitar el acceso de la población a educación y servicios básicos.
9. Aplicación del nuevo modelo de salud familiar, comunitaria e intercultural en el Sistema de Salud.
10. Atención integral de enfermedades prevalentes en la infancia (AIEPI - NUT clínico y comunitario)
11. Implementación de Unidades Nutricionales Integrales (UNI) con enfoque preventivo promocional.
12. Coordinación con entidades formadoras de recursos humanos, para la realización de cursos de postgrado en nutrición dirigidos a profesionales y técnicos en salud.
13. Institucionalización de los Consejos Nacional, Departamental y Municipal de Alimentación y Nutrición y seguimiento de su funcionamiento.
14. Gestión a nivel municipal para la incorporación de actividades orientadas a la meta "Desnutrición Cero".
15. Supervisión de la implementación del programa Desnutrición Cero.
16. Monitoreo de la ejecución presupuestaria municipal de las acciones comprometidas.

2.7.7 MORTALIDAD MATERNA:

2.7.7.1 DEFINICION:

La Organización Mundial de la Salud define la defunción materna como «la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independiente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales».3 Por lo general se hace una distinción entre «muerte materna directa» que es resultado de una complicación del propio embarazo, parto o su atención, y una «causa de muerte indirecta» que es una muerte asociada al embarazo en una paciente con un problema de salud preexistente o de reciente aparición. Otras defunciones ocurridas durante el embarazo y no relacionadas con el mismo se denominan accidentales, incidentales o no obstétricas.

2.7.7.2 HISTORIA:

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la muerte materna es un problema de salud e injusticia social en vista de que: «Cada minuto de cada día, en algún lugar del mundo una mujer fallece a causa de complicaciones del embarazo y el parto, lo mismo puede suceder al futuro recién nacido o a ambos». La mayor parte de estas muertes son prevenibles y por lo tanto evitables.

Por lo anterior, los cuidados de salud que un país brinda a las mujeres y a los niños a través de los servicios de atención médica y sanitaria miden el grado de desarrollo de esa nación y son uno de los indicadores usados a nivel internacional para catalogar el progreso de un país, ya que reflejan el grado de inequidad social, la mala cobertura y la deficiente calidad de la atención médica del mismo o viceversa, es decir, la excelente atención otorgada.

Los médicos en general, los cirujanos, los ginecobstetras, los anestesiólogos, los intensivistas e internistas, así como los especialistas encargados del cuidado de la mujer en todas sus etapas, sabemos que en particular el embarazo, el parto e incluso la operación cesárea son acontecimientos que producen felicidad, ya que representan en la gran mayoría de los casos, la llegada de un nuevo ser, es decir, de nueva vida, de salud materna, de ilusiones de los cónyuges y de toda la familia(2), sin embargo, el espectro de la muerte ronda alrededor de cada gestante y de su producto, debido a que el momento del nacimiento es el más crucial para el ser humano por estar en peligro su vida e integridad y porque sin aviso previo pueden presentarse eventos adversos y/o complicaciones, debidos a padecimientos anteriores, a los tratamientos instituidos o por situaciones atribuibles al embarazo y que implícitamente llevan a las pacientes a cirugía y anestesia para resolver estas problemáticas, pero que además también son un factor de riesgo para que se presente la muerte materna; cuando ésta sucede, o es el recién nacido quien fallece o son los dos quienes mueren, la situación familiar se torna caótica, el equipo de salud se ve amenazado porque siente que no cumplió con su objetivo primordial que es el de salvar vidas y de restaurar la salud de sus pacientes y porque la balanza de la ley suele inclinarse en su contra, debido a la práctica de una medicina cada vez más defensiva y en la que nuestros pares, los colegas de la institución en la que laboramos y los de otras instituciones se convierten en nuestros principales enemigos. La demanda laboral, la civil e incluso la penal aparecen, se pone en riesgo nuestra estabilidad profesional, familiar y humana.

2.7.7.3 MORTALIDAD MATERNA EN BOLIVIA:

Los datos de mortalidad materna van a contramano de las cifras de la economía. Bolivia mejoró en los últimos años de 2.7% (2003) a 4.6% (2016) su crecimiento económico, pero los esfuerzos del Gobierno por tratar de reducir la mortalidad materna no han logrado los resultados esperados, ya que el país sigue presentando los índices más altos de América Latina y el Caribe, con una tasa de 160 mujeres muertas por cada 100 mil nacidos vivos, lo que significa que 538 mujeres murieron a consecuencia de complicaciones del

embarazo, parto y posparto, según los datos del Estudio Nacional de Mortalidad Materna de 2011.

De acuerdo con el informe de Mortalidad Materna en Bolivia, las complicaciones más comunes que se presentan son la hemorragia con 33%; infecciones, 17%; aborto, 9%, hipertensión, 5%, y parto prolongado, 2%.

Sin embargo, entre las causas externas relacionadas con fallecimientos de las madres también está la violencia (patadas en el vientre, golpes y otros), homicidios y suicidios. Este último motivo se registra más en embarazos de adolescentes que al verse en gestación temen la reacción de sus familias y deciden quitarse la vida.

En el área rural y barrios periféricos de las ciudades, muchas mujeres siguen alumbrando solas o con la ayuda de una partera.

2.7.7.4 MORTALIDAD MATERNA EN ORURO:

Durante este año, en Oruro se presentaron nueve casos de mortalidad materna según datos estadísticos del Programa Departamental de Salud Sexual. Estos casos son atribuibles a la falta de control prenatal en algún establecimiento de salud donde se les debe brindar la capacitación y atención durante los nueve meses de gestación.

Los datos se dieron a conocer en la actualización y capacitación sobre este tema al personal y profesionales que tienen la labor de atender a las gestantes, que se desarrolló ayer en el hotel Virgen del Socavón.

2.7.7.5 INTERVENCION DEL PROGRAMA MI SALUD:

- Contribuir a la mejora de la situación de salud de la población boliviana, mediante la implementación de la política SAFCI (promoción y atención integral-intercultural con participación comunitaria y control social)
- Promover la participación social en la elaboración del Plan Estratégico y POA de Salud, en el marco de la política SAFCI.
- Establecer procesos de gestión para que los gobiernos autónomos municipales asuman las responsabilidades establecidas en los convenios suscritos con el Ministerio de Salud referidos a: presupuesto para recursos humanos, infraestructura, equipamiento, medicamentos e insumo..
- Impulsar y profundizar el ejercicio del derecho al seguimiento-control.
- Responsables de brindar acciones promoción y atención integral e intercultural de la salud en domicilio y establecimientos de salud.
- Identificación de las familias en riesgo y su grado de vulnerabilidad con el propósito de generar el autocuidado en salud y realizar acciones preventivas.
- Acciones de educación en salud para la vida, destinadas a la prevención de la enfermedad, al auto cuidado de su salud y del medio ambiente.
- Promoción de la salud, prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad y su rehabilitación.

- Promover y mejorar en las familias sus sentires, saberes-conocimientos y prácticas saludables de protección de la salud y la vida.

2.7.8 PAPANICOLAU:

El Papanicolau o citología del cuello de útero es una prueba o examen que se hace a las mujeres, cuyo fin es detectar en forma temprana alteraciones del cuello del útero, que posteriormente pueden llegar a convertirse en cáncer.

2.7.8.1 PROCEDIMIENTO:

Para obtener la muestra se utiliza un aparato médico llamado espéculo, que se coloca dentro de la vagina, para así poder tomar una muestra de células o " agüita espesa", que luego se extiende en una lámina de vidrio y que se manda al laboratorio para ser analizada.

2.7.8.2 ¿Cuáles son los requisitos para el Papanicolau?

- No estar en el período menstrual (regla).
- No haber tenido relaciones sexuales las 48 horas anteriores
- No haberse realizado duchas vaginales en el lapso de 48 horas antes.
- No haberse aplicado ningún tratamiento médico vaginal (óvulos o cremas), durante las últimas 48 horas

La prueba no es dolorosa. Mantener una actitud positiva será de mucha utilidad para que el examen transcurra sin ningún inconveniente. Se recomienda estar relajada y sobre todo, eliminar los nervios.

2.7.8.3 ¿Quiénes deben realizarse este examen?

Todas las mujeres con 20 años o más, sin excepción, y las menores de 20 años que hayan mantenido relaciones sexuales.

En el caso de las mujeres que son vírgenes, la muestra para el examen se tomará con un instrumento especial para ellas. El Papanicolau no quita la virginidad.

2.7.8.4 ¿Quiénes tienen más peligro de adquirir cáncer uterino?

Todas las mujeres corren riesgo, sin embargo se presentan más en:

- Mujeres que iniciaron su vida sexual a temprana edad (menores de 20 años)
- Mujeres con múltiples compañeros
- Mujeres mayores de 45 años de edad

2.7.8.5 ¿Cada cuánto debe realizarse?

Debe realizarse cada año si los resultados son normales. Si se presenta alguna anomalía, el médico indicará cuándo debe volver a hacérselo.

2.7.8.6 ¿Qué pasa si el Papanicolau es anormal?

Un resultado anormal, quiere decir que sí existe una lesión, la cual si no es tratada a tiempo puede transformarse en una no curable.

Si se encuentra una lesión, la paciente será transferida a un especialista en oncología.

2.7.8.7 IMPORTANCIA DEL PAPANICOLAO:

El Papanicolaou o citología del cuello de útero es un examen cuyo fin es detectar en forma temprana alteraciones del cuello del útero, las cuales posteriormente pueden llegar a convertirse en cáncer.

En la prueba de Papanicolaou se examinan células que se recogen del cérvix (el extremo inferior del útero).

El propósito principal de la prueba de Papanicolaou es detectar cambios anormales en las células, lo que puede desencadenar a largo plazo cáncer cérvico-uterino.

En el peor de los casos el diagnóstico del Papanicolau arroja que estas anomalías en las células se deben ya a un cáncer.

Este test detecta el 95% de cánceres cervicales en un estado en que todavía no se ven a simple vista. Además, ocasionalmente puede determinar cáncer endometrial o de ovarios.

2.7.8.8 CONSECUENCIAS DE NO REALIZAR EL PAPANICOLAO:

Es posible que, en un principio, el cáncer de cuello uterino no cause síntomas, pero más adelante puede haber dolor en la pelvis o sangrado vaginal. Suele tomar varios años para que las células normales del cuello uterino se conviertan en células cancerosas. El médico puede encontrar células anormales haciendo una citología vaginal o Papanicolau (Pap) al examinar las células del cuello uterino. También, puede pedirle que se realice un examen de VPH. Si los resultados son anormales, usted necesitará una biopsia u otros exámenes. Hacerse exámenes con regularidad, permitirá a su doctor encontrar y tratar cualquier problema antes que se convierta en cáncer.

El tratamiento puede incluir cirugía, terapia de radiación, quimioterapia o una combinación de estos. El tratamiento dependerá del tamaño del tumor, si el cáncer se ha propagado o si usted quisiera quedar embarazada más adelante.

2.7.9 MORTALIDAD INFANTIL EN BOLIVIA

La **mortalidad infantil** es el indicador demográfico que señala el número de defunciones de niños en una población de cada mil nacimientos vivos registrados, durante el primer año de su vida.

La consideración del primer año de vida para establecer el indicador de mortalidad infantil se debe a que el primer año de vida es el más crítico en la supervivencia del ser humano: cuando se sobrepasa el primer cumpleaños, las probabilidades de supervivencia

umentan drásticamente. Se trata de un indicador relacionado directamente con los niveles de pobreza y de calidad de la sanidad y constituye el objeto de uno de los 8 Objetivos del Milenio de las Naciones Unidas.

En Bolivia la mortalidad infantil -en menores de un año- bajó en 50% en los últimos ocho años. Sin embargo, aún hay 29 niños menores de cinco años por cada mil que siguen muriendo, según el estudio de la Encuesta de Demografía y Salud (EDSA) 2016. "La mortalidad en los niños se redujo bastante en los últimos ocho años", afirmó la Ministra de Salud, Ariana Campero, en la presentación del estudio.

La autoridad explicó además que hay tres tipos de mortalidad en niños: la neonatal que se evalúa hasta los 28 días de vida; la infantil, hasta el primer año de vida, y la menor de cinco años. En el primer caso, el estudio indica que el índice se redujo de 27 por cada mil nacidos vivos que se registró en EDSA a 15 por la misma cantidad de niños para 2016, aunque es "más complicado" bajar esos datos.

En cambio, la mortalidad infantil se redujo en un 50% entre 2008 y 2016. El informe indica que de 50 bajó a 24 el índice de mortalidad infantil por cada mil nacidos vivos, es decir que por cada mil nacidos vivos 24 niños menores de un año fallecen, la mortalidad en niños menores de cinco años también bajó en 50%. El EDSA de 2008 indica que por cada mil nacidos vivos 63 fallecían hasta los cinco años y ahora fallecen 29.

2.7.9.1 CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL

(Porcentajes)		
Causa de defunción	Neonatal	Posneonatal
	(2)	(3)
Problemas de parto o recién nacidos	11,7	0,5
Tétano	5,7	2,0
Problemas respiratorios	37,2	27,4
Diarreas	13,2	38,9
Sarampión	0,1	2,0
Accidentes/lesiones de parto	13,8	3,6
Otras causas	16,9	25,1
Otras infecciones	-	0,5
Causas no declaradas	1,4	-
Total	100,0	100,0
Nº	200	232

Fuentes: INE/DHS, Bolivia, Encuesta Nacional de Demografía y Salud, ENDSA 1989, Op. Cit

2.7.9.2 En Bolivia la mortalidad infantil disminuyó en 56 por ciento

La Ministra de Salud, Ariana Campero Nava, informó que en Bolivia la mortalidad infantil disminuyó en 56 por ciento por las políticas sociales implementadas por el Gobierno Nacional, entre ellas, el Bono Juana Azurduy.

Como sucede en países con alta mortalidad infantil, todavía es mayor en Bolivia la cantidad de muertes sucedidas en el período postneonatal (después de un mes y antes de un año) que en el neonatal (recién nacidos hasta el primer mes), pese a que la reducción es más fácil de realizar en la fase postneonatal, conforme mejoren las condiciones sanitarias básicas (que suprimen una cantidad importante de muertes por enfermedades respiratorias y diarreicas), mientras que la reducción de mortalidad en la fase neonatal necesita de técnicas clínicas más sofisticadas.

De acuerdo con la Encuesta en Demografía y Salud EDSA - 2016, desde el 2003 se evitaron la muerte de 7.788 niños menores de un año de edad en el país.

En los últimos ocho años, la mortalidad infantil se redujo en 50% o más en todas sus formas y en los niños menores de cinco años llegó a disminuir en aproximadamente 55%, según datos de la Encuesta de Demografía y Salud (EDSA) 2016, informó el Instituto Nacional de Estadística (INE).

Durante el primer quinquenio previo a la ENDSA 2008, es decir durante 2003-2008, la tasa de mortalidad infantil registró 50 decesos de cada mil nacidos vivos antes de cumplir un año. Análogamente durante el primer quinquenio previo a la EDSA 2016, es decir entre 2011 y 2016, se registró una tasa de mortalidad infantil de 24 muertes por cada mil nacidos vivos.

2.7.9.3 FORMAS EN QUE EL PROGRAMA MI SALUD INTERVIENE PARA LA PREVENCIÓN DE LA MORTALIDAD INFANTIL

La mortalidad infantil baja en 50%

Salud: se reduce la mortalidad y desnutrición infantil, pero aumentan la obesidad y sobrepeso en Cochabamba, según la “Encuesta de Demografía y Salud” (EDSA) 2016, que presentó ayer el Instituto Nacional de Estadística (INE) en la Gobernación.

Para elaborar la encuesta se realizaron 14.655 entrevistas en 15.333 hogares en los nueve departamentos. El estudio se realiza cada ocho años para evaluar las políticas públicas en el sector salud y establecer estrategias para un futuro en salud materna, embarazo en la adolescencia, nutrición y mortalidad infantil.

Como resultado se evidenció una disminución de la mortalidad infantil en un 50 por ciento. De 2008 a 2016, se pasó de 50 a 24 decesos por cada 1.000 niños por la implementación de programas de nutrición y el Bono Juana Azurduy.

2.7.10 LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

Bolivia, líder en promoción de la lactancia materna. El ministro de Salud, Rodolfo Recabado, destacó ayer el liderazgo de Bolivia en la promoción de la lactancia materna, a través de campañas de información y servicios de salud.

“A nivel de Sudamérica tenemos un promedio de 34,9% de lactancia exclusiva y nosotros estamos como país en 58%. Eso nos muestra que estamos bien”, dijo en el inicio del mes de la lactancia materna.

El ministro de Salud resaltó, además, que la lactancia materna tiene un valor nutricional para el niño que ayuda a fortalecer sus defensas. “Ayuda a un buen crecimiento, prevenir enfermedades y crea un nexo entre la madre y su bebé”, dijo.

El Ministerio de Salud realizó ayer el lanzamiento del tercer Concurso Nacional de Fotografía sobre este tema y lleva el lema de “Lactancia materna, pilar de vida”.

Bolivia es el segundo país, después de Perú a nivel latinoamericano con una prevalencia de lactancia materna exclusiva del 60% de madres que dan de lactar a sus bebés, habiendo incrementado en 6 puntos porcentuales de acuerdo a la Encuesta Nacional de Demografía y Salud-ENDSA 2008 que reflejaba un porcentaje del 54%.

La lactancia materna es una práctica saludable, cómoda y barata que reporta múltiples beneficios. Todo niño debe ser alimentado exclusivamente con leche materna durante los seis primeros meses de vida, momento en que el pequeño debe recibir alimentos complementarios. Se recomienda la lactancia materna con alimentación complementaria hasta los dos años.

Los primeros años de vida son una etapa muy importante en el desarrollo del niño. Los pequeños desarrollan la capacidad de relación social y la aptitud intelectual. En esta etapa, pueden establecerse mejor las bases para un buen desarrollo físico, mental y emocional del niño. Una alimentación deficiente en este período causa daños irreversibles en la salud del bebé.

2.7.10.1 Beneficios de la lactancia materna

2.7.10.1.1 Beneficios para el bebé:

- Ayuda a protegerlo contra la muerte infantil súbita y contra las afecciones propias de la niñez.
- Asegura un crecimiento óptimo y desarrollo del cerebro, del sistema inmunológico y fisiológico.

- Ayuda a prevenir enfermedades comunes; infecciones respiratorias, urinarias y del oído.
- Reduce el riesgo de enfermedades provocadas por el ambiente y la malnutrición durante los primeros seis meses de vida.
- Ayuda a prevenir enfermedades atópicas (hipersensibilidad humana sujeta a influencia hereditaria), incluyendo estados asmáticos, eccema atópico, alergias a determinados alimentos, tanto en la infancia como en la adolescencia.

2.7.10.1.2 Beneficios para la madre:

- Comenzar a dar pecho después del parto reduce el riesgo de sangrados excesivos post parto y de anemia.
- Reduce el riesgo de osteoporosis y de cáncer de seno y de ovario.
- Reduce la necesidad de insulina de las madres diabéticas.
- Provee seguridad y beneficios emocionales, como estabilidad para las madres y sus niños.

El 15 de agosto de 2006 se promulga en Bolivia la Ley Nro. 3460 de Fomento de la Lactancia Materna y Comercialización de sus Sucedáneos, y aunque esta norma no prohíbe el consumo de sucedáneos, promociona e impulsa con acciones concretas que las madres opten por la lactancia materna como primera acción tras el alumbramiento.

El Programa Mi Salud también promueve la lactancia materna exclusiva, ya que es una medida importantísima para evitar enfermedades y problemas de salud con acciones de educación para la promoción de esta práctica, educar fundamentalmente a las madres para que sepan que es indispensable esta práctica ya que es una acción de prevención de enfermedades.

2.8. ESTADO DEL ARTE

Este estudio nos mostrará el impacto del programa MI SALUD en la población elegida para el proyecto, además de destacar la necesidad de un mayor control en los profesionales del área y la opinión de la población sobre el servicio que se ofrece en las diferentes zonas de la ciudad. De acuerdo a la recolección de datos se espera mayor atención a las peticiones de los habitantes de la zona estudiada para la creación o implementación de recursos en los diferentes consultorios vecinales visitados.

2.9 DESCRIPCION DE HERRAMIENTAS DEL ESTUDIO

2.9.1 El cuestionario:

El Cuestionario es un instrumento de investigación. Este instrumento se utiliza, de un modo preferente, en el desarrollo de una investigación en el campo de las ciencias sociales: es una técnica ampliamente aplicada en la investigación de carácter cualitativa.

No obstante, lo anterior, su construcción, aplicación y tabulación poseen un alto grado científico y objetivo. Elaborar un Cuestionario válido no es una cuestión fácil; implica controlar una serie de variables.

El Cuestionario es "un medio útil y eficaz para recoger información en un tiempo relativamente breve".

En su construcción pueden considerarse preguntas cerradas, abiertas o mixtas.

Características del cuestionario:

- Es un procedimiento de investigación.
- Es una entrevista altamente estructurada.
- "Un cuestionario consiste en un conjunto de preguntas respecto a una o más variables a medir".
- Presenta la ventaja de requerir relativamente poco tiempo para reunir información sobre grupos numerosos.
- El sujeto que responde, proporciona por escrito información sobre sí mismo o sobre un tema dado.

Desventaja del cuestionario:

Presenta la desventaja de que quien contesta responda escondiendo la verdad o produciendo notables alteraciones en ella. Además, la uniformidad de los resultados puede ser aparente, pues una misma palabra puede ser interpretada en forma diferente por personas distintas, o ser comprensibles para algunas y no para otras. Por otro lado, las respuestas pueden ser poco claras o incompletas, haciendo muy difícil la tabulación.

Tipos de cuestionario:

➤ *TIPO 1: Cuestionario Restringido o Cerrado*

Es aquel que solicita respuestas breves, específicas y delimitadas.

Estas respuestas piden ser contestadas con: dos alternativas de respuestas (respuestas dicotómicas): Si o No.

Varias alternativas de respuestas: donde se señala uno o más ítems (opción o categoría) en una lista de respuestas sugeridas. Como no es posible prever todas las posibles respuestas, conviene agregar la categoría Otros o Ninguna de las Anteriores, según sea el caso. En otras ocasiones, el encuestado tiene que jerarquizar opciones o asignar un puntaje a una o diversas cuestiones.

Ventajas: requiere de un menor esfuerzo por parte de los encuestados, limitan las respuestas de la muestra, es fácil de llenar, mantiene al sujeto en el tema, es relativamente objetivo, es fácil de clasificar y analizar.

➤ *TIPO 2: Cuestionario No Restringido o Abierto.*

Las preguntas abiertas no delimitan de antemano las alternativas de respuesta, es aquel que solicita una respuesta libre, esta respuesta es redactada por el propio sujeto, proporciona respuestas de mayor profundidad y es de difícil tabulación, resumen e interpretación.

➤ *TIPO 3: Cuestionario Mixto.*

Es aquél que considera en su construcción tanto preguntas cerradas como abiertas.

Para el presente estudio, se realizó un cuestionario con 19 preguntas, 18 preguntas cerradas, 5 de ellas con escala Likert y las 13 restantes con dos alternativas de respuestas (Sí o No) y una pregunta abierta.

○ *La Escala de Likert:*

Es un tipo de instrumento de medición o de recolección de datos que disponemos en la investigación social, es una escala para medir las actitudes.

Consiste en un conjunto de ítems bajo la forma de afirmaciones o juicios ante los cuales se solicita la reacción (favorable o desfavorable, positiva o negativa) de los individuos.



Fuente de imagen: QuestionPro (Escala Likert, ejemplo)

Para obtener las puntuaciones de la escala de Likert, se suman los valores obtenidos respecto de cada frase. El puntaje mínimo resulta de la multiplicación del número de ítems por 1. Una puntuación se considera alta o baja respecto del puntaje total (PT); este último está dado por el número de ítems o afirmaciones multiplicado por 5.

2.9.2 Ficha de registro:

Las fichas se utilizan para registrar y resumir los datos extraídos de fuentes bibliográficas (como libros, revistas y periódicos) o no bibliográficas. Tradicionalmente las fichas eran tarjetas de forma rectangular de diversos tamaños, pero a partir de finales del siglo XX se empezaron a usar bases de datos y otros soportes electrónicos para almacenar la información. Las fichas se utilizan como medios para realizar un trabajo de investigación. Contienen datos de identificación de las obras, conceptos, ideas, resúmenes, síntesis, entre otros. Las fichas se almacenan en un fichero o archivo, un sistema real o virtual de organización de la información mediante una clasificación determinada. Existen diversos tipos de fichas.

Para el presente estudio se elaboró una ficha de resumen, también conocida como una ficha de estudio, es una hoja de papel o un documento dónde se recogen todos los datos principales de un tema a estudiar.

CAPITULO III MARCO PRACTICO

El presente proyecto realizado para evaluar el impacto del Programa Mi Salud a través del análisis del logro de sus indicadores se llevó a cabo en el Barrio “Vinto” de la Ciudad de Oruro y sus diferentes zonas mediante la medición de los mismos con el uso de herramientas de recolección de datos dirigidas a las familias periurbanas habitantes del barrio.

3.1. CARACTERISTICAS GENERALES DEL TRABAJO DE CAMPO

El presente estudio contará de la participación de las familias periurbanas del Barrio “Vinto” y el Centro de Salud “Vinto” de la ciudad de Oruro, en el período de marzo a agosto de 2019, con el objetivo de evaluar el impacto del Programa Mi Salud en cuanto al nivel de atención primaria domiciliaria otorgada a las familias periurbanas y al análisis del logro de sus indicadores en las mismas familias.

Por medio de las herramientas de trabajo y la metodología empleada se quiere y desea llegar al objetivo de facilitar principalmente el conocimiento del tema impartiendo ideas, conclusiones y conceptos que realmente sean correctos.

El proceso de planeación para la iniciación del proyecto empezó con la visita de la encargada del proyecto de impacto a las oficinas SAFCI en fecha 25 de febrero del 2019, para la primera recolección de información y guía para iniciar el proyecto de investigación.

Se continuó con la entrevista en las oficinas del Programa MI SALUD, en fecha 27 de febrero con la Dra. Erika Arandia encargada del Programa MI SALUD en la ciudad de Oruro, socializando e informando sobre los objetivos y la importancia de su realización.

En fecha 15 de marzo, se realizó la visita al Centro de Salud del barrio periurbano elegido para la investigación, para el contacto directo con las autoridades del lugar informando sobre nuestro motivo de investigación logrando la cita para nuestra primera medición para fecha 10 y 17 de abril.

En fecha 10 de abril se llevó a cabo la reunión con la doctora Luz Choquecallata M. encargada del Programa Mi Salud del Centro de Salud “Vinto” donde se llevó a cabo el respectivo permiso y firma del consentimiento para el inicio de trabajo de campo con las familias periurbanas de la zona.

En fecha 17 de abril, se llevó a cabo la primera recolección de datos para la evaluación de impacto en familias periurbanas del Barrio “Vinto”, a horas 8:00 am con guía de 5 profesionales SAFCI para la visita a los diferentes consultorios vecinales concluyendo con la aplicación de fichas de registro y encuestas en los vecindarios visitados, siendo un total de 50 encuestas y 50 fichas de registro realizadas para nuestra primera medición.

3.2. OBJETIVOS DEL TRABAJO DE CAMPO

3.2.1 Objetivo general del trabajo de campo

Evaluar el Impacto de los indicadores del Programa MI SALUD en la Atención Primaria Domiciliaria en las Familias Periurbanas de la Zona “Vinto” de la Ciudad de Oruro a través de recolección de datos con herramientas destinadas al presente proyecto y con el contacto directo con la población periurbana en el periodo de Febrero a Agosto del año 2019.

3.2.2. Objetivo específico del trabajo de campo

Describir el nivel de Atención Primaria Domiciliaria en las Familias Periurbanas del Barrio “Vinto” de la Ciudad de Oruro en el periodo de febrero a agosto del año 2019.

- Contar con la realización de una encuesta planteada por los mismos investigadores para determinar si la población periurbana que cuenta con el beneficio del Programa Mi Salud tiene conocimiento de la existencia del mismo.
- Determinar el nivel de conocimiento acerca del Programa MI SALUD.
- Determinar en lugar al que la población periurbana acude cuando tiene un problema de Salud.
- Determinar si las visitas domiciliarias son realizadas en los hogares periurbanos.
- Determinar la frecuencia de la visita al Centro de Salud de su barrio.

- Registrar el grado de satisfacción de la población periurbana sobre el Programa Mi Salud.
- Registrar la opinión sobre la calidad de la Atención del personal del Programa MI SALUD.
- Recolectar otras atenciones requeridas por la población periurbana para que sea implementada en el Programa Mi Salud.

Analizar el logro de los indicadores del programa mi salud en las Familias Periurbanas del Barrio “Vinto” de la Ciudad de Oruro en el periodo de febrero a agosto del año 2019.

- Determinar las ocupaciones con mayor incidencia en la población periurbana del Barrio “Vinto” para analizar y redactar las necesidades que se deberían cubrir por el Programa Mi Salud.
- Determinar la existencia de prácticas de partos domiciliarios en el barrio periurbano y si el Programa Mi Salud y/o personal de Salud se encarga del control y promoción de atención para los mismos.
- Determinar la existencia de familiares de pacientes que padecieron Tuberculosis en el barrio periurbano y si el Programa Mi Salud y/o personal de Salud se encargó del tratamiento de los mismos.
- Determinar la presencia de tasa de mortalidad materna e infantil aproximada en las familias periurbanas.
- Determinar si alguna vez el Programa Mi Salud promocionó y/o educó a la población periurbana sobre Nutrición Infantil y Lactancia Materna Exclusiva, además de la realización del Papanicolau en las mujeres de la zona.

3.3. PROCEDIMIENTOS DEL TRABAJO DE CAMPO

Al contar con el protocolo aprobado y al obtener la encuesta desde marzo hasta abril de la presente gestión nos permitió obtener la primera medición para la evaluación de impacto del Programa Mi Salud y el logro de sus indicadores en la población y familias periurbanas del Barrio “Vinto”.

3.4 RESULTADOS DEL TRABAJO DE CAMPO

3.4.1 Resultados del objetivo general:

Se determinó un impacto positivo de los indicadores del Programa MI SALUD a través de la respectiva Atención Primaria Domiciliaria realizada por los profesionales en Salud del área correspondiente en las Familias Periurbanas de la Zona “Vinto” de la Ciudad de Oruro.

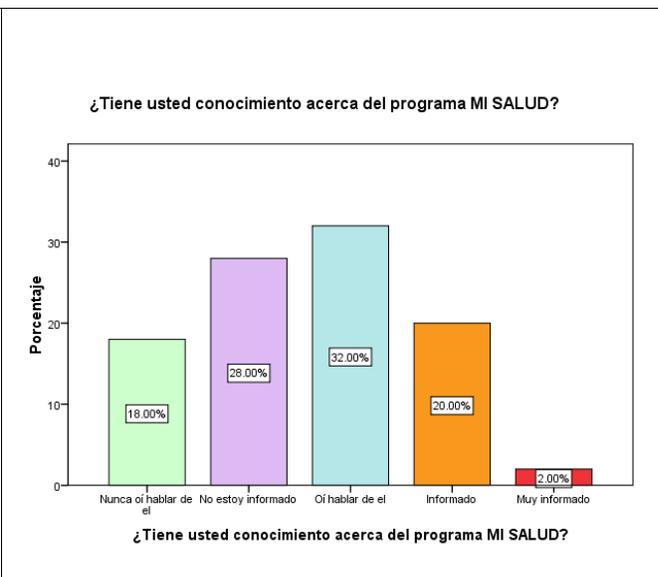
3.4.2 Resultados de los objetivos específicos:

CUADRO 1.

GRAFICO 1.

¿Tiene usted conocimiento acerca del programa MI SALUD?

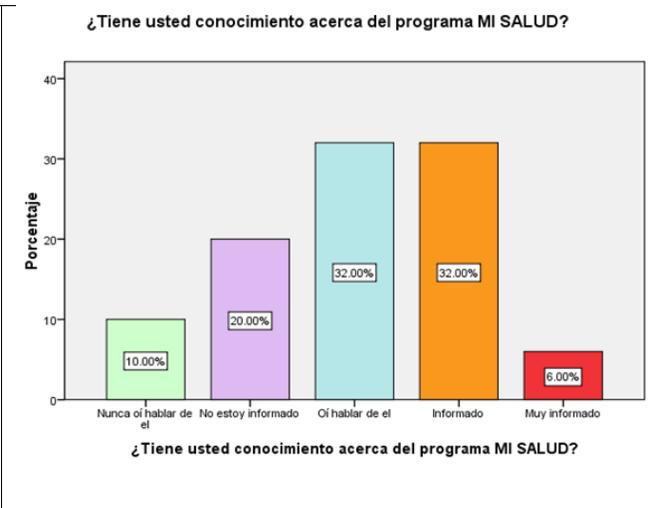
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Nunca oí hablar de el	9	18.0	18.0
No estoy informado	14	28.0	46.0
Oí hablar de el	16	32.0	78.0
Informado	10	20.0	98.0
Muy informado	1	2.0	100.0
Total	50	100.0	



ANALISIS: Al inicio del presente estudio casi la mitad de la población del barrio de Vinto de la ciudad de Oruro, no tenía conocimiento sobre el programa MI SALUD (46%), mientras que el restante (52%) había oído hablar del programa o tenía conocimiento pleno de su funcionamiento. Se concluye que solo el 2% de la población se encuentra muy informada sobre el PMS. Se recomienda promocionar con mayor efectividad en el 98% de la población que habita la Zona Vinto de la Ciudad de Oruro.

¿Tiene usted conocimiento acerca del programa MI SALUD?(Al finalizar el estudio)

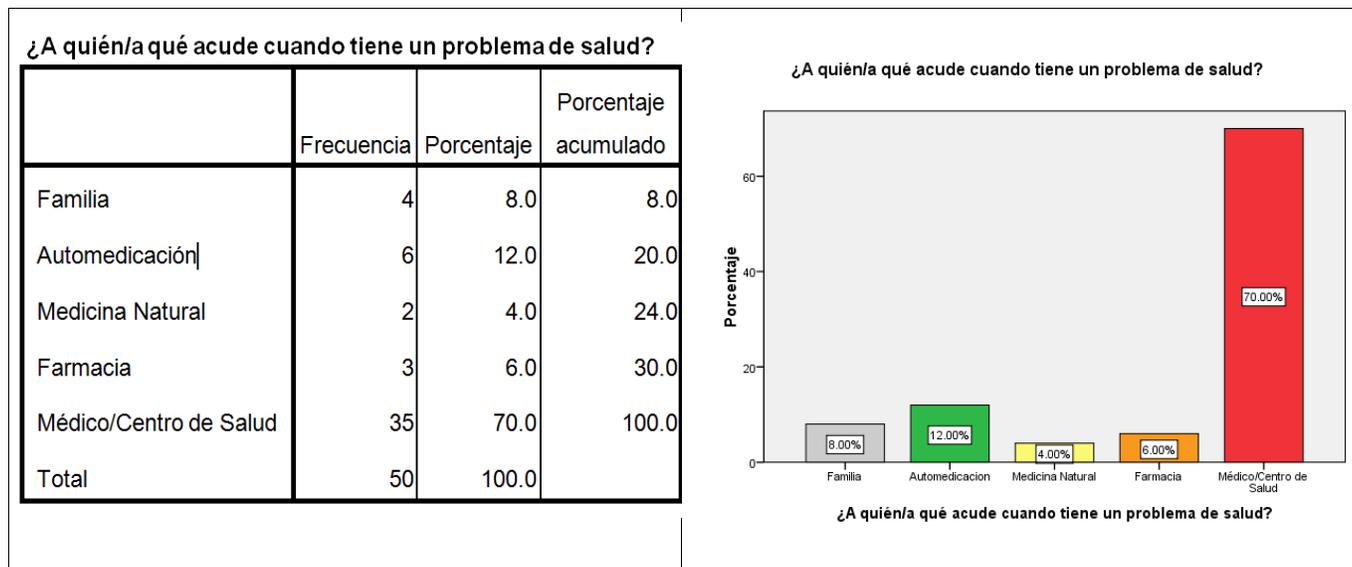
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Nunca oí hablar de el	5	10.0	10.0
No estoy informado	10	20.0	30.0
Oí hablar de el	16	32.0	62.0
Informado	16	32.0	94.0
Muy informado	3	6.0	100.0
Total	50	100.0	



ANALISIS: Al finalizar el estudio la población sin conocimiento del programa mi salud disminuyo del 46% al 30% incrementándose la población con conocimiento del programa en un 10%. Se concluye que el nivel de conocimiento del Programa Mi Salud en el Barrio de Vinto es del 62%. Por tanto se recomienda implementar actividades de difusión de los beneficios del programa mi salud en el 30% de la población que aún no conoce el mismo.

CUADRO 2.

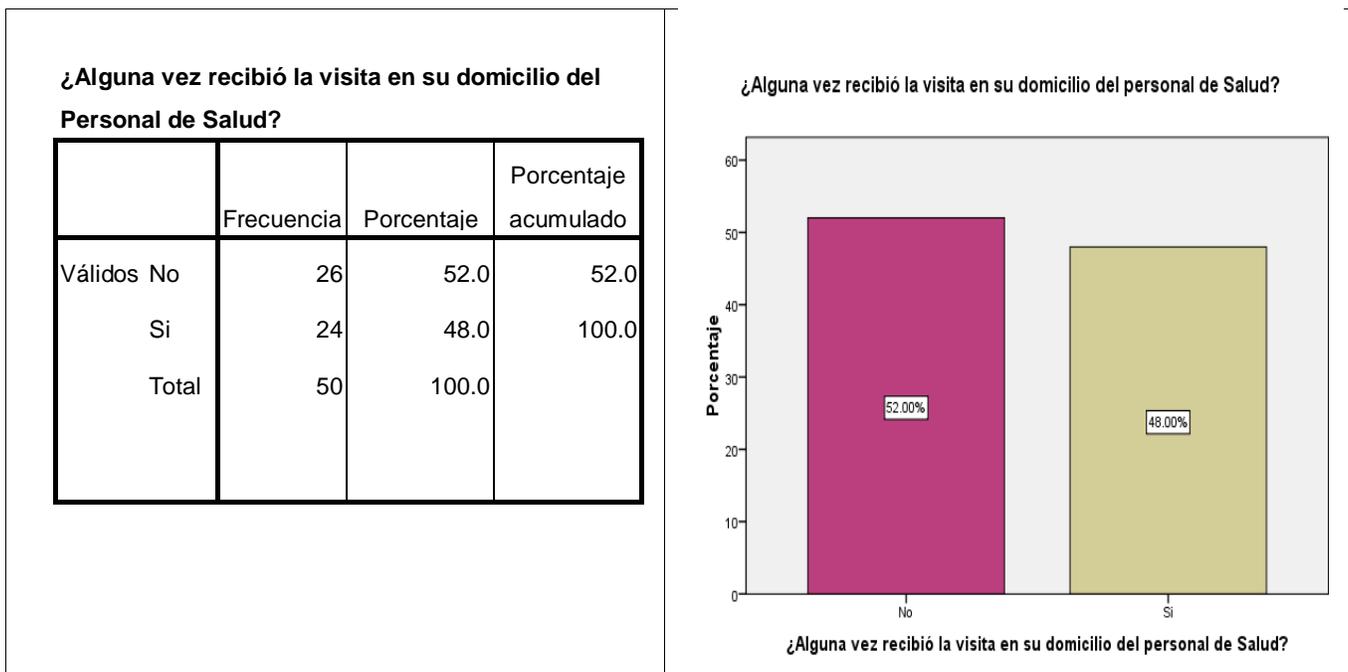
GRAFICA 2.



ANALISIS: En el presente estudio, mas de la mitad de las familias (70%) refiere acudir a un Medico o centro de Salud, mientras que el restante de las familias prefieren Familia y/o Medicina Natural (12%), Automedicacion (12%), y en un mínimo porcentaje Farmacia (6%). Se concluye que la mayor cantidad de pobladores (70%) prefieren acudir a un Centro Médico ante algún problema de salud que se presente. Se recomienda implementar mayor cantidad de capacitaciones sobre la importancia de la Atención Médica profesional ante un problema de salud en aquel 30% que refirió no acudir a un Centro Médico.

CUADRO 3.

GRAFICA 3.



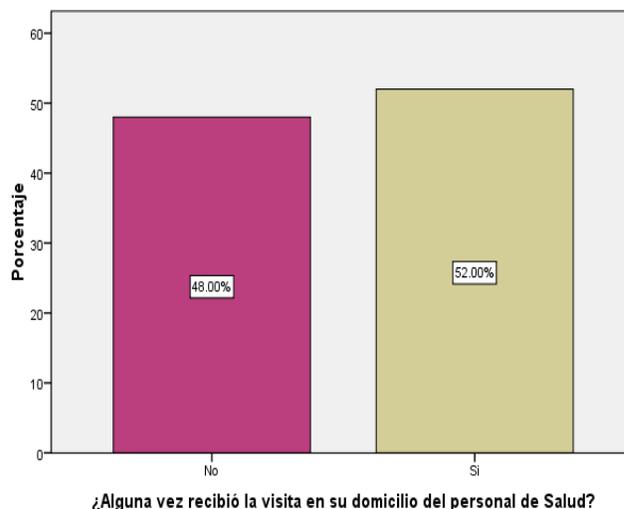
ANALISIS: Al inicio del presente estudio el (52%) de la población del Barrio Vinto no recibió visita en sus domicilios del PMS, mientras que el restante (48%) recibió visita del programa mi salud. Se concluye que casi la mitad de la población (48%) no es beneficiada con la

Atención Primaria Domiciliaria del PMS. Se recomienda implementación continua a todos los hogares (48%) que refirieron no recibir visitas domiciliarias por el PMS.

¿Alguna vez recibió la visita en su domicilio del personal de Salud? (al finalizar el estudio)

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos No	24	48.0	48.0
Si	26	52.0	100.0
Total	50	100.0	

¿Alguna vez recibió la visita en su domicilio del personal de Salud?



ANALISIS: Al finalizar el estudio en la población de Vinto sin visita del programa mi salud ha disminuido del (52%) al (48%) incrementándose las visitas en sus domicilios en un (4%). Por lo tanto se concluye que la visita en sus domicilios del Programa Mi Salud en la población de Vinto es del (52%). Se recomienda hacer más actividades de visita y de difusión de los beneficios del PMS para los hogares (48%) restantes que aún no gozan con la APD.

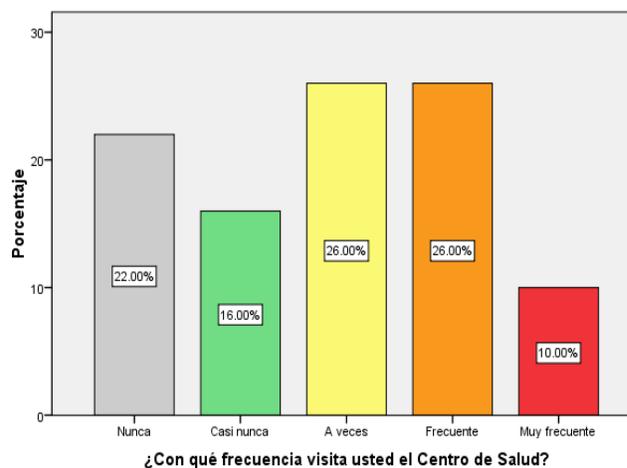
CUADRO 4.

GRAFICA 4.

¿Con qué frecuencia visita usted el Centro de Salud?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Nunca	11	22.0	22.0
Casi nunca	8	16.0	38.0
A veces	13	26.0	64.0
Frecuente	13	26.0	90.0
Muy frecuente	5	10.0	100.0
Total	50	100.0	

¿Con qué frecuencia visita usted el Centro de Salud?

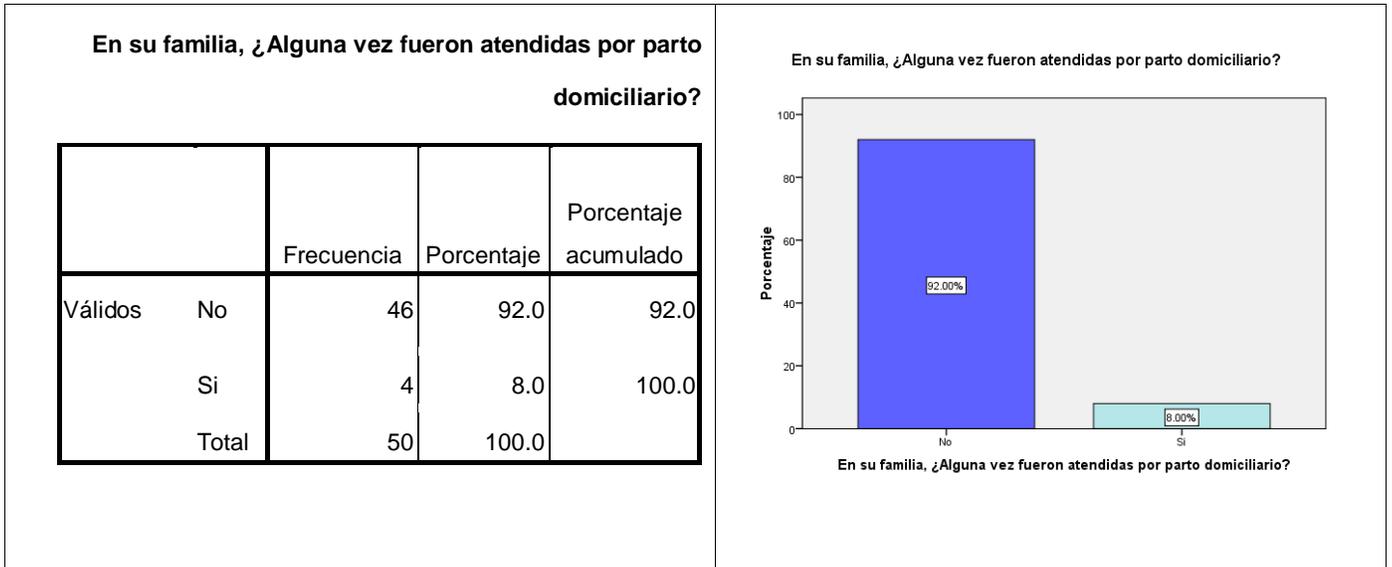


ANALISIS: En el barrio de Vinto de la ciudad de Oruro un (13%) de la población visita *frecuentemente* el centro de salud a la par un (13%) *a veces* visita el centro de salud, un (11%) de la población *nunca* visito el centro de salud, un (8%) de la población *nunca* visita el centro de salud y un (5%) de la población visita *muy frecuente* en centro de salud de Vinto. Por lo tanto, se concluye un (18%) de la población visitan con frecuencia el centro de

salud, y un (32%) de la población no visita con frecuencia el centro de salud de Vinto. Se recomienda impulsar la visita al Centro de Salud o Posta más cercano a cada vecindario, más que todo en aquel 76% de población que no frecuenta la visita.

CUADRO 5.

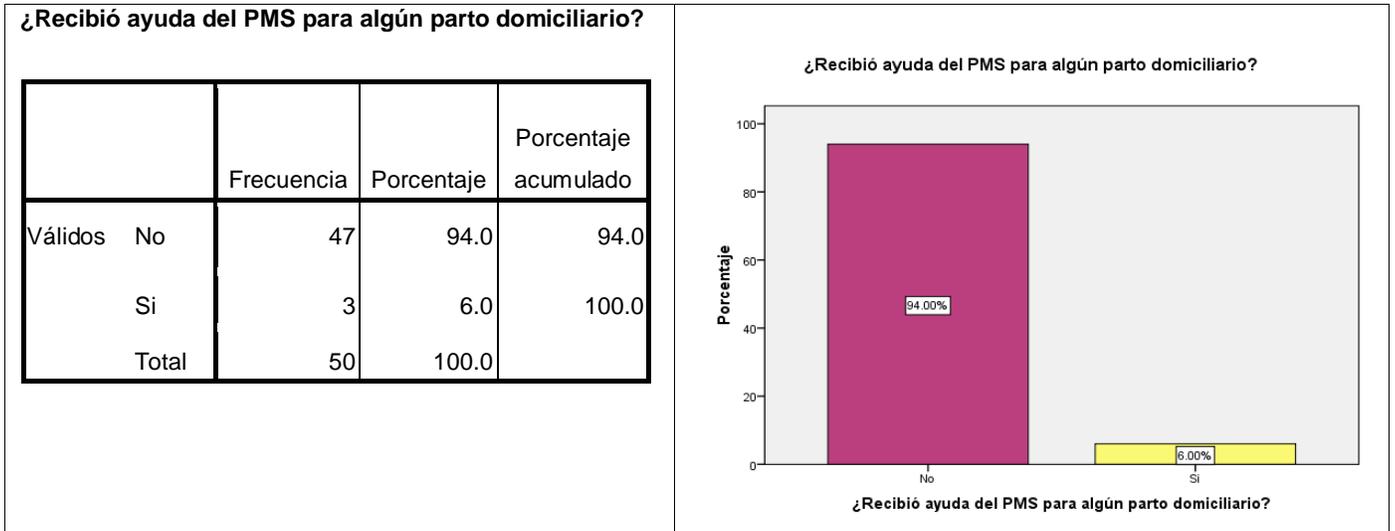
GRAFICA 5.



ANALISIS: Según nuestra recolección de datos, los partos domiciliarios atendidos por el personal del PMS fueron de un 8% y un 92% de la población refirieron atención en centros hospitalarios. Se concluye que el 92% de la población que necesitó atención médica en algún parto prefirió asistir a los ambientes hospitalarios. Se recomienda promocionar el PMS y sus funciones para la realización de partos domiciliarios seguros en aquel 92% y en la población en general de la zona.

CUADRO 6.

GRAFICA 6.



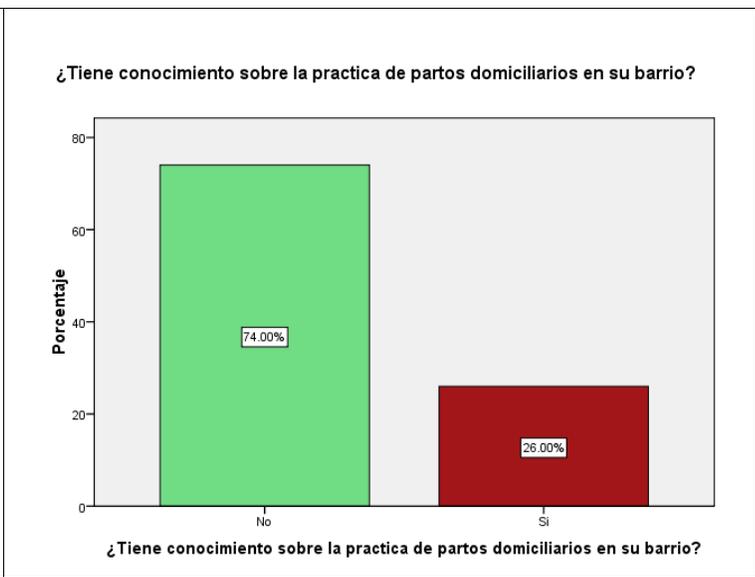
ANALISIS: De aquella población estudiada con anterioridad, siendo un 8% de la población de Vinto la cual fue atendida por algún parto domiciliario, solo un 6% obtuvo atención del PMS y un 94% refirió que la atención no fue dada por el PMS. Se concluye que aquel 94% de población desconoce la posibilidad de ser atendidos con el servicio de Atención Primaria Domiciliaria por el PMS, prefiriendo así asistir a un Centro Médico cercano para la realización del mismo. Se recomienda mayor promoción en la población femenina de la zona para llegar en un futuro a un 100% de pacientes con conocimiento sobre la posibilidad de Atención Domiciliaria realizada por los médicos SAFCI del Programa Mi Salud.

CUADRO 7.

GRAFICA 7.

¿Tiene conocimiento sobre la práctica de Partos Domiciliarios en su barrio?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	No	37	74.0	74.0
	Si	13	26.0	100.0
Total		50	100.0	



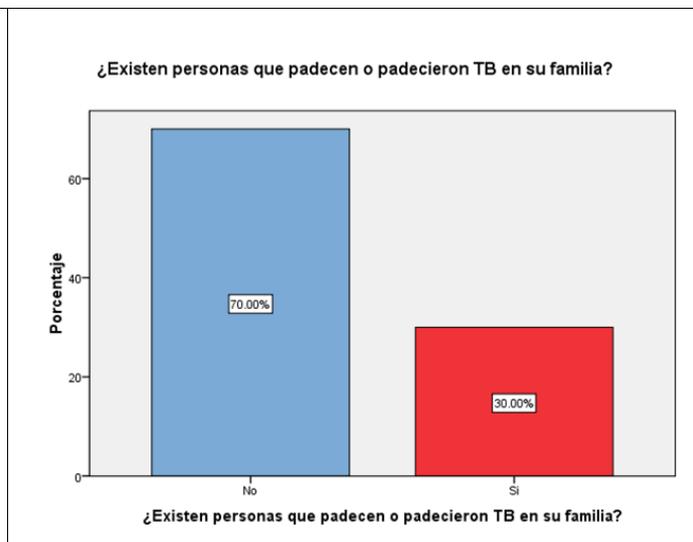
ANALISIS: Según nuestra recolección de datos, el conocimiento acerca de la práctica de partos domiciliarios en la Zona Vinto es de 26% y un 74% de la población refirió no conocer acerca la atención de partos de domiciliarios en la zona y/o vecindario que habita.

CUADRO 8.

GRAFICA 8.

¿Existen personas que padecen o padecieron TB en su familia?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
No	35	70.0	70.0
Si	15	30.0	100.0
Total	50	100.0	

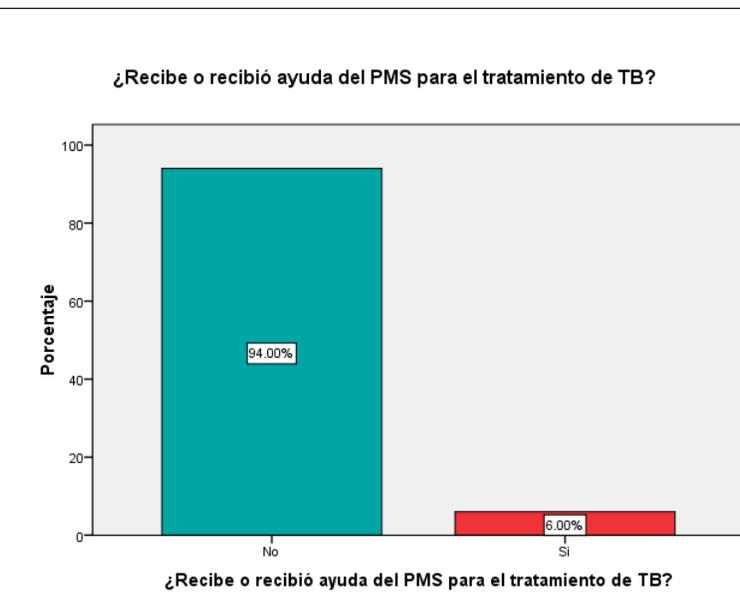


ANALISIS: En la población del Barrio Vinto de la ciudad de Oruro un (30%) de la población afirmó el padecimiento de TB en ellos o en algún familiar cercano, siendo un (70%) la población que refiere no tener antecedentes de la enfermedad. Como conclusión, tenemos un porcentaje de 30% de población con antecedentes de atención de la enfermedad en el pasado. Se recomienda implementar capacitaciones sobre detección de la enfermedad TB de parte del equipo de médicos SAFCI en el 100% de la población de la zona Vinto.

CUADRO 9.

GRAFICA 9.

¿Recibe o recibió ayuda del PMS para el tratamiento de TB?			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
No	47	94.0	94.0
Si	3	6.0	100.0
Total	50	100.0	

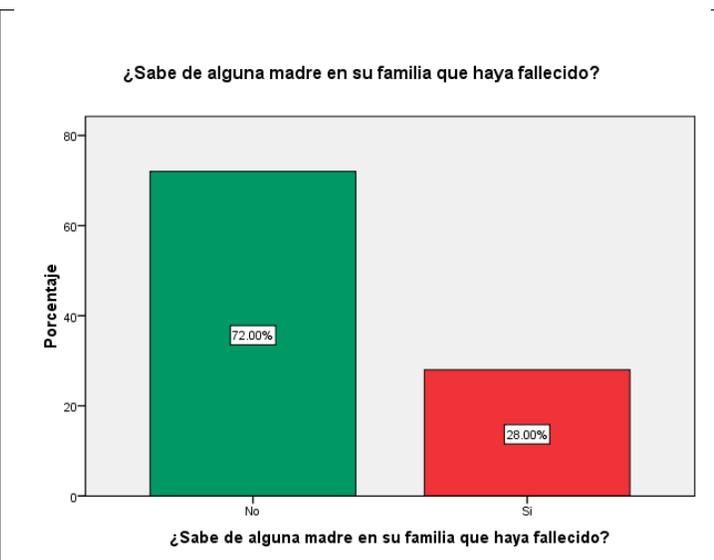


ANALISIS: Podemos observar que en la población del 30% que si refirió antecedentes de la enfermedad Tuberculosis el 94% recibió ayuda del Programa MI SALUD para el tratamiento adecuado del padecimiento y un 6% no recibió su tratamiento a partir del Programa MI SALUD. Se concluye que en un 94% de la población que sufrió TB tuvo la atención necesaria para la enfermedad. Se recomienda promoción de atención en salud de la TB para ese 6% que no fue atendido en su enfermedad.

CUADRO 10.

GRAFICA 10.

¿Sabe de alguna madre en su familia que haya fallecido?			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
No	36	72.0	72.0
Si	14	28.0	100.0
Total	50	100.0	



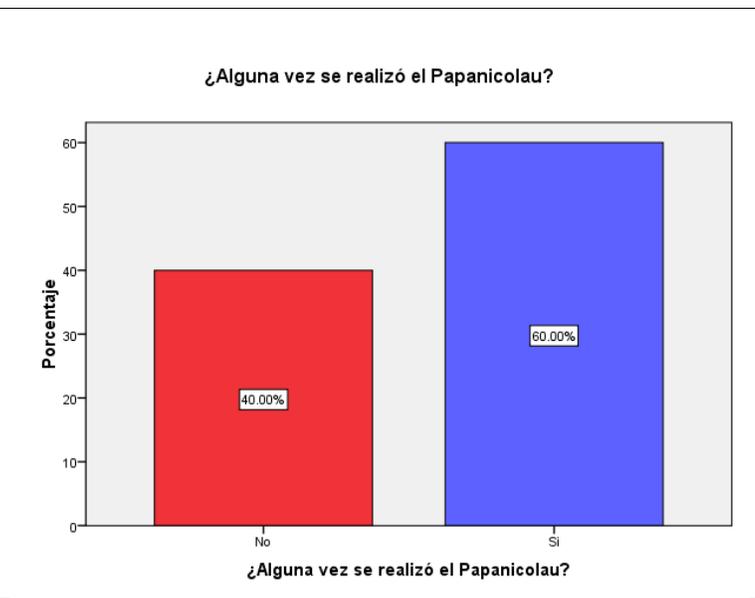
ANALISIS: La presencia de la mortalidad materna en la familia de nuestra población del Barrio Vinto de la Ciudad de Oruro es de un 28%. Y en un 72% no refirió antecedentes de mortalidad materna. Se concluye con un porcentaje (28%) de mortalidad materna en la población de Vinto. Se recomienda debida promoción y prevención de enfermedades atendidas en el nivel primario de Salud en el 72% de la población sin antecedentes de mortalidad materna.

CUADRO 11.

GRAFICA 11.

¿Alguna vez se realizó el Papanicolau?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
No	20	40.0	40.0
Si	30	60.0	100.0
Total	50	100.0	



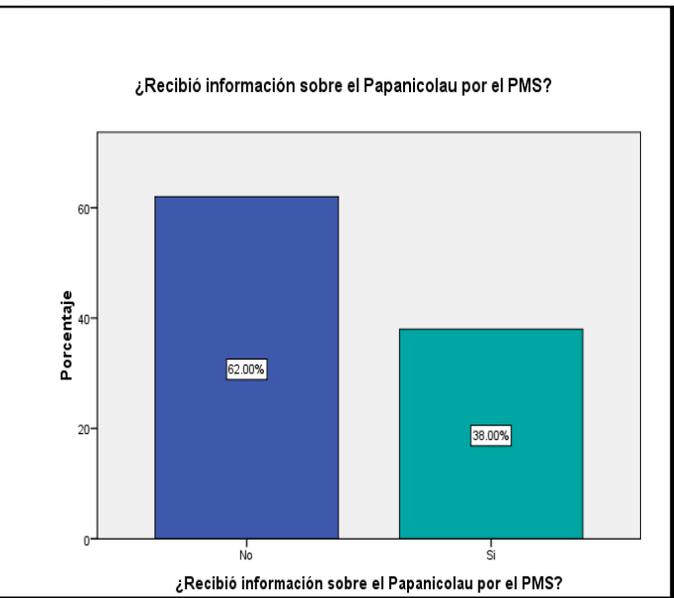
ANALISIS: En nuestra población de la Zona Vinto de la Ciudad de Oruro solo el 60% de las mujeres en dicho estudio se realizaron el Papanicolau, siendo un 40% la población que aún no se realizó el Papanicolau. Se concluye la promoción de la realización del Papanicolau y a su vez, la prevención de enfermedades que competen al sexo femenino solo llega a un 60% de la población de la zona. Se recomienda gestión y mayor promoción sobre los beneficios de la realización del estudio en el 40% de la población restante.

CUADRO 12.

GRAFICA 12.

¿Recibió información sobre el Papanicolaou por Programa mi salud?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
No	31	62.0	62.0
Si	19	38.0	100.0
Total	50	100.0	



ANALISIS: Las personas que recibieron información sobre el Papanicolaou por parte del programa mi salud es el 38 % y el restante 62 % no recibieron tal información.

CUADRO 13.

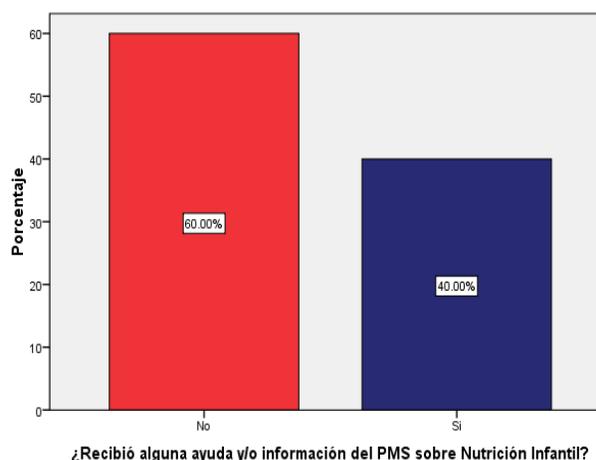
GRAFICA 13.

¿Recibió alguna ayuda y/o información del Programa Mi Salud sobre Nutrición Infantil?

(al inicio del estudio)

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
No	30	60.0	60.0
Si	20	40.0	100.0
Total	50	100.0	

¿Recibió alguna ayuda y/o información del PMS sobre Nutrición Infantil?

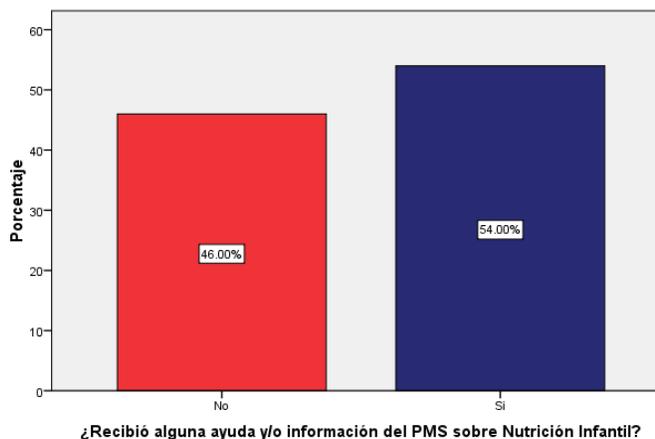


ANALISIS: Al inicio del presente estudio solo el 40 % recibió alguna ayuda y/o información sobre la nutrición infantil por parte de los médicos SAFCI del Programa Mi Salud y el restante 60% no recibieron tal ayuda y/o información.

¿Recibió alguna ayuda y/o información del programa mi salud sobre nutrición infantil?
(al finalizar el estudio)

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
No	23	46.0	46.0
Si	27	54.0	100.0
Total	50	100.0	

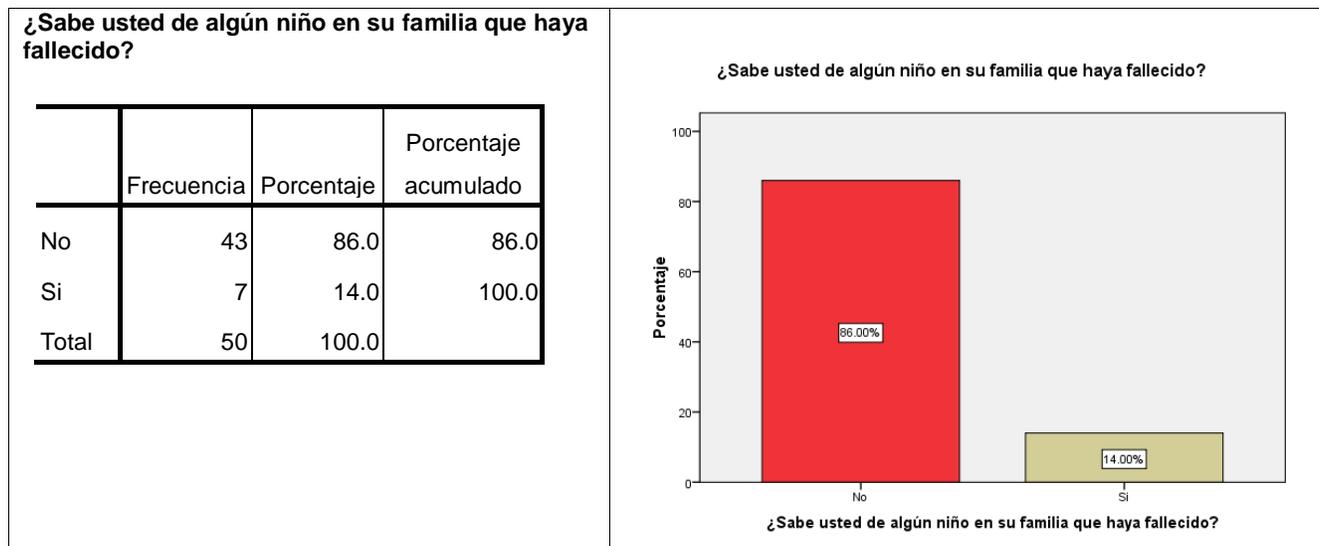
¿Recibió alguna ayuda y/o información del PMS sobre Nutrición Infantil?



ANALISIS: Al finalizar el estudio la población que no recibió ayuda y/o información por parte del programa mi salud en educación nutricional infantil disminuyó del 60% al 46% incrementándose un 14% la ayuda y/o información en la población del Barrio Vinto de la Ciudad de Oruro. Se concluye que el 54% de la población tiene una adecuada educación sobre Nutrición Infantil y se les entregó por parte del PMS diferentes insumos para llevar a cabo una nutrición adecuada en sus niños (chispitas nutricionales, capacitaciones). Se recomienda implementar de igual manera la educación nutricional infantil en el 46% restante que exige capacitaciones en ese ámbito.

CUADRO 14.

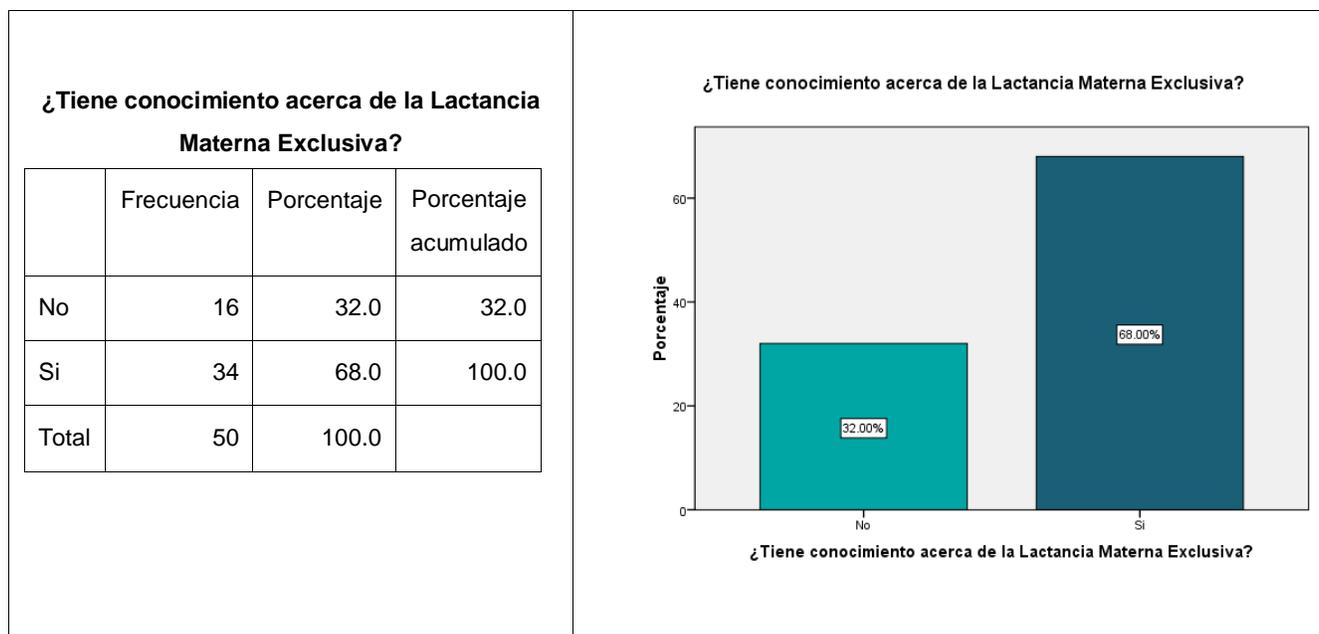
GRAFICA 14.



ANALISIS: Según nuestro estudio, las personas pobladoras de la Zona Vinto que reportan el fallecimiento de algún niño en sus familias es de un 14% y el restante 86% no reportan algún fallecimiento de un niño en sus familias. Se concluye que, el porcentaje de mortalidad infantil en la zona Vinto es de un 14%. Se recomienda registro de causas de la mortalidad infantil en aquel 14% para prevención y promoción de Salud en el total de la población de la zona.

CUADRO 15.

GRAFICA 15.



ANALISIS: Al inicio del presente estudio aproximadamente una tercera parte de la población de Vinto de la ciudad de Oruro, no tenía conocimiento ni educación previa acerca de la lactancia materna exclusiva (32%), mientras que el restante (68%) había oído hablar o tenía conocimiento pleno de la importancia de la lactancia materna exclusiva. Se concluye que solo el 68% de las madres habitantes de la zona tiene conocimiento sobre la importancia de la Lactancia Materna Exclusiva. Se recomienda implementar eventos de capacitación en Lactancia Materna Exclusiva a las madres del 32% que desconocen aún la importancia del mismo.

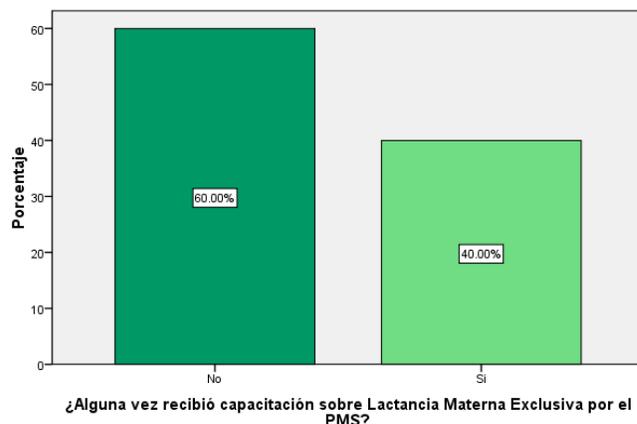
CUADRO 16.

GRAFICA 16.

¿Alguna vez recibió capacitación sobre Lactancia Materna Exclusiva por el PMS? (inicio del estudio)

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
No	30	60.0	60.0
Si	20	40.0	100.0
Total	50	100.0	

¿Alguna vez recibió capacitación sobre Lactancia Materna Exclusiva por el PMS?

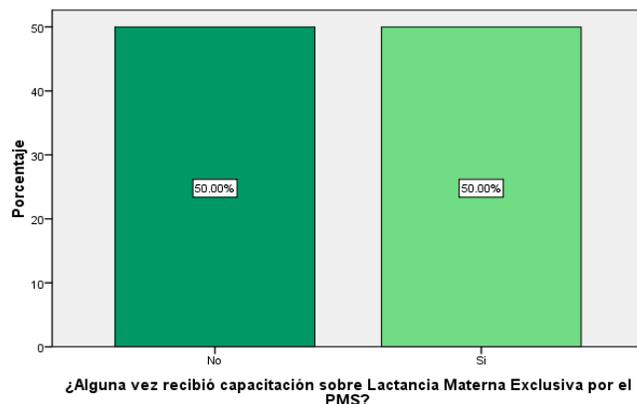


ANALISIS: Al inicio del presente estudio el 60% de la población de Vinto de Oruro, refirió no recibir capacitación sobre la lactancia materna exclusiva proporcionada por el personal del Programa Mi Salud, mientras que el restante 40% había sido capacitado sobre la importancia de la lactancia materna exclusiva o había oído hablar de él. Se concluye que un 40% de las madres en Vinto poseen educación en el tema de Lactancia Materna Exclusiva. Se recomienda aumentar la promoción y educación sobre el tema mencionado en aquel 60% de madres que no conocen la importante de ello.

¿Alguna vez recibió capacitación sobre Lactancia Materna Exclusiva por el PMS? (al finalizar el estudio)

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
No	25	50.0	50.0
Si	25	50.0	100.0
Total	50	100.0	

¿Alguna vez recibió capacitación sobre Lactancia Materna Exclusiva por el PMS?



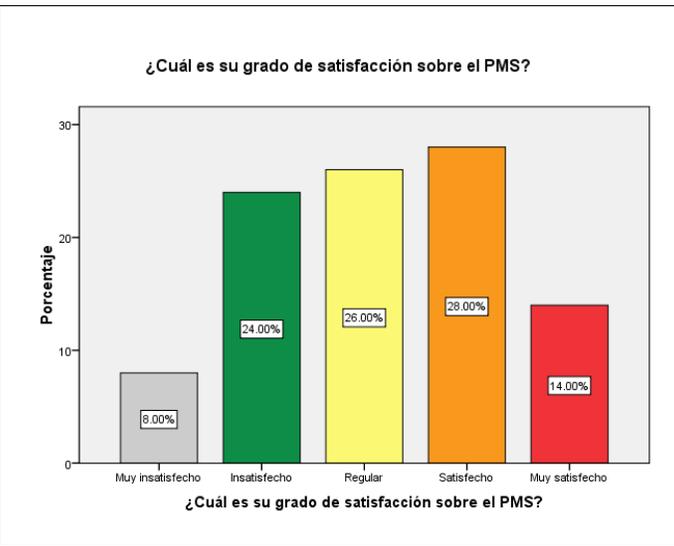
ANALISIS: Al finalizar el estudio la población que refirió no haber sido capacitada sobre la importancia de la lactancia materna exclusiva por el personal del PMS disminuyó del 60% al 50% incrementándose la población capacitada en un 10%. Se concluye que en el transcurso de Abril a Julio (mes de la finalización del estudio) el personal del PMS realizó las capacitaciones respectivas llegando a un 10% más de la población materna de la zona. Se recomienda continuar con la educación a las madres de familia para llegar a futuro a un conocimiento del tema en el total de madres habitantes de los vecindarios periurbanos.

CUADRO 17.

GRAFICA 17.

¿Cuál es su grado de satisfacción sobre el programa MI SALUD?

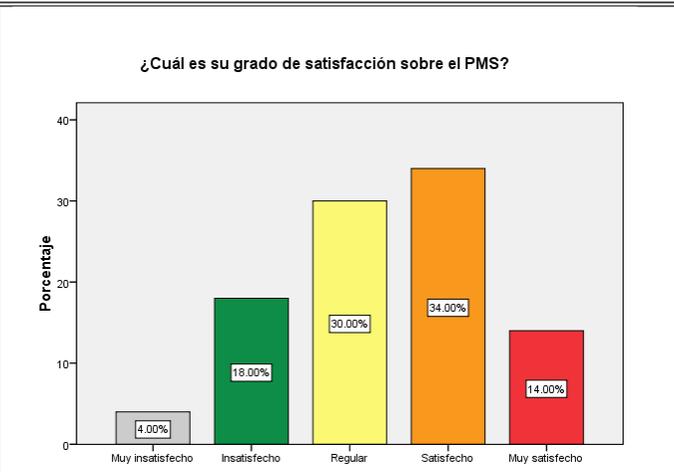
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Muy insatisfecho	4	8.0	8.0
Insatisfecho	12	24.0	32.0
Regular	13	26.0	58.0
Satisfecho	14	28.0	86.0
Muy satisfecho	7	14.0	100.0
Total	50	100.0	



ANALISIS: Al inicio del presente estudio un 58% de los pobladores de Vinto se encontraban muy insatisfechas/insatisfechas con el servicio del PMS, mientras el restante 42%refirió un grado satisfecho o muy satisfecho sobre el PMS. Se concluye que más de la mitad de la población de Vinto (58%) no está satisfecha con el servicio del PMS. Se recomienda gestión y control en las actividades del PMS.

¿Cuál es su grado de satisfacción sobre el programa MI SALUD? (al finalizar el estudio)

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos Muy insatisfecho	2	4.0	4.0
Insatisfecho	9	18.0	22.0
Regular	15	30.0	52.0
Satisfecho	17	34.0	86.0
Muy satisfecho	7	14.0	100.0



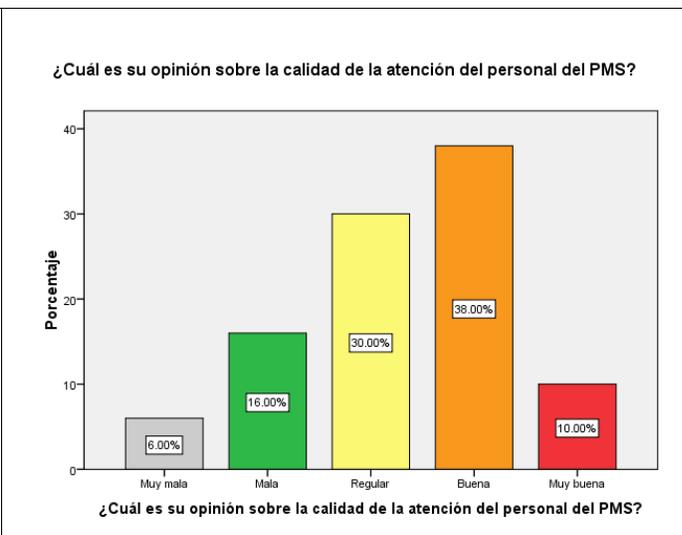
ANALISIS: Al finalizar el estudio, el grado de insatisfacción de la población acerca del servicio del Programa Mi Salud se contempló en un 52% aumentando el grado de satisfacción sobre el Programa Mi Salud en un 68% a un 78%. Se concluye que, solo el 48% de la población se encuentra satisfecha con el servicio proporcionado por los médicos SAFCI de la zona. Se recomienda gestión en el trabajo que se lleva a cabo por el personal médico en los diferentes vecindarios de Vinto e implementación de un nivel de atención en los pobladores de ese 52% insatisfecho.

CUADRO 18.

GRAFICA 18.

¿Cuál es su opinión sobre la calidad de la atención del personal del PMS? (al inicio del estudio)

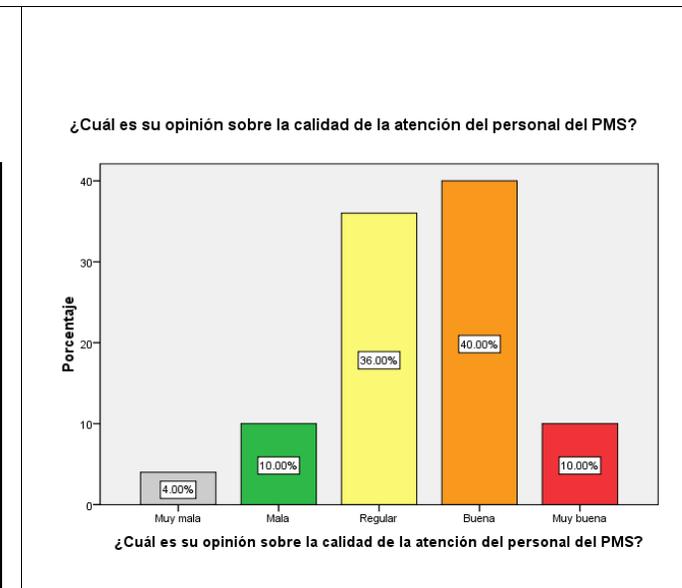
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Muy mala	3	6.0	6.0	6.0
Mala	8	16.0	16.0	22.0
Regular	15	30.0	30.0	52.0
Buena	19	38.0	38.0	90.0
Muy buena	5	10.0	10.0	100.0
Total	50	100.0	100.0	



ANALISIS: Al inicio del presente estudio un 52% dio a conocer su opinión sobre la calidad de atención del personal del PMS como MUY MALA Y MALA. Solo un 48% de la población describió la atención del personal del PMS como BUENA Y MUY BUENA. Se concluye que el nivel de satisfacción y calidad de atención estaría similarmente conjugados con más de la mitad de la población (52%) describiendo como “mala” la atención que se le proporciona. Se recomienda mejoramiento de actividades, de la relación medico-paciente y gestión de actividades para el cambio a futuro de la opinión sobre la calidad de atención en ese 52% de habitantes de Vinto, Oruro.

¿Cuál es su opinión sobre la calidad de la atención del personal del PMS? (al finalizar el estudio)

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Muy mala	2	4.0	4.0
Mala	5	10.0	14.0
Regular	18	36.0	50.0
Buena	20	40.0	90.0
Muy buena	5	10.0	100.0
Total	50	100.0	

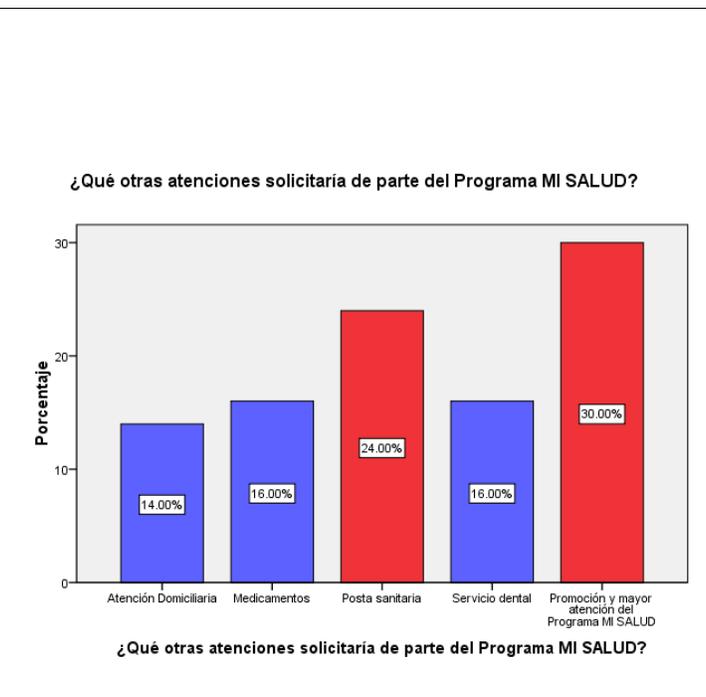


ANALISIS: Al finalizar el presente estudio la opinión de calidad de la atención se describió como MUY MALA Y MALA en un 50% de la población, disminuyendo solo en un 2% de Abril a Julio (mes de la última medición) y elevándose la opinión BUENA Y MUY BUENAS en solo 2% llegando a un 50%. Se concluye que de Abril a Julio la calidad aumentó en un 2%. Se recomienda mejoramiento de actividades y gestión respectiva para mejorar la opinión sobre el servicio del PMS en aquel 50% de la población.

CUADRO 19.

GRAFICA 19.

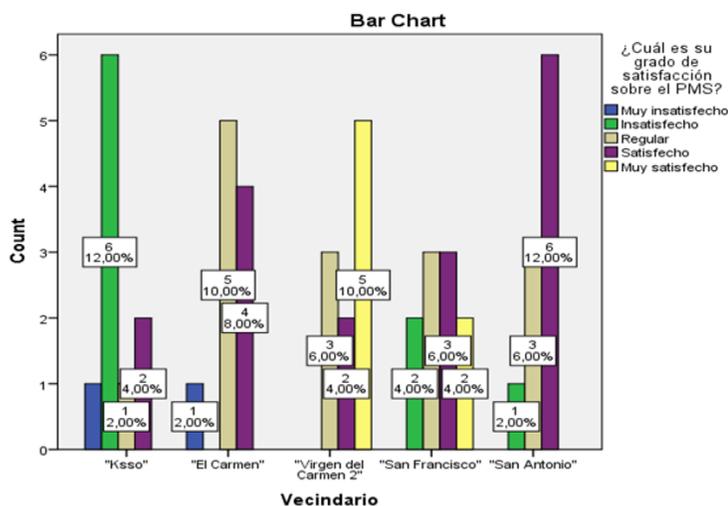
¿Qué otras atenciones solicitarían de parte del Programa MI SALUD?			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Atención Domiciliaria	7	14.0	14.0
Medicamentos	8	16.0	30.0
Posta sanitaria	12	24.0	54.0
Servicio dental	8	16.0	70.0
Promoción y mayor atención del Programa MI SALUD	15	30.0	100.0
Total	50	100.0	



ANALISIS: En el presente estudio se solicitó propuestas para la mejora del servicio del Programa Mi Salud según las necesidades de la población de Vinto, por lo que gracias a la recolección de datos se recopilaron peticiones en los siguientes ámbitos: Promoción y mayor atención del Programa MI SALUD (30%), en la creación de una posta sanitaria activa por la zona (24%), Servicio Dental (16%), a su vez Medicamentos en un mismo porcentaje del 16% y Atención Domiciliaria (14%). Se concluye que en un 100% expresa necesidades y mejoramiento de la atención por parte del Programa Mi Salud. Se recomienda tomar muy en cuenta las cinco peticiones por parte de la población de muestra para elevar los niveles de satisfacción, promoción y prevención de enfermedades en los respectivos vecindarios por el bien de los habitantes de la zona periurbana.

TABLA DE RELACIÓN DE VARIABLES: VECINDARIO + SATISFACCIÓN SOBRE EL PMS

	¿Cuál es su grado de satisfacción sobre el PMS?					Total
	Muy insatisfecho	Insatisfecho	Regular	Satisfecho	Muy satisfecho	
"Ksso"	10,0%	60,0%	10,0%	20,0%	0,0%	100,0%
"El Carmen"	10,0%	0	50,0%	40,0%	0,0%	100,0%
"Virgen del Carmen 2"	0	0	3	2	5	10
0,0%	0,0%	30,0%	20,0%	50,0%	100,0%	
"San Francisco"	0	2	3	3	2	10
0,0%	20,0%	30,0%	30,0%	20,0%	100,0%	
"San Antonio"	0	1	3	6	0	10
0,0%	10,0%	30,0%	60,0%	0,0%	100,0%	
Total	2	9	15	17	7	50
	4,0%	18,0%	30,0%	34,0%	14,0%	100,0%

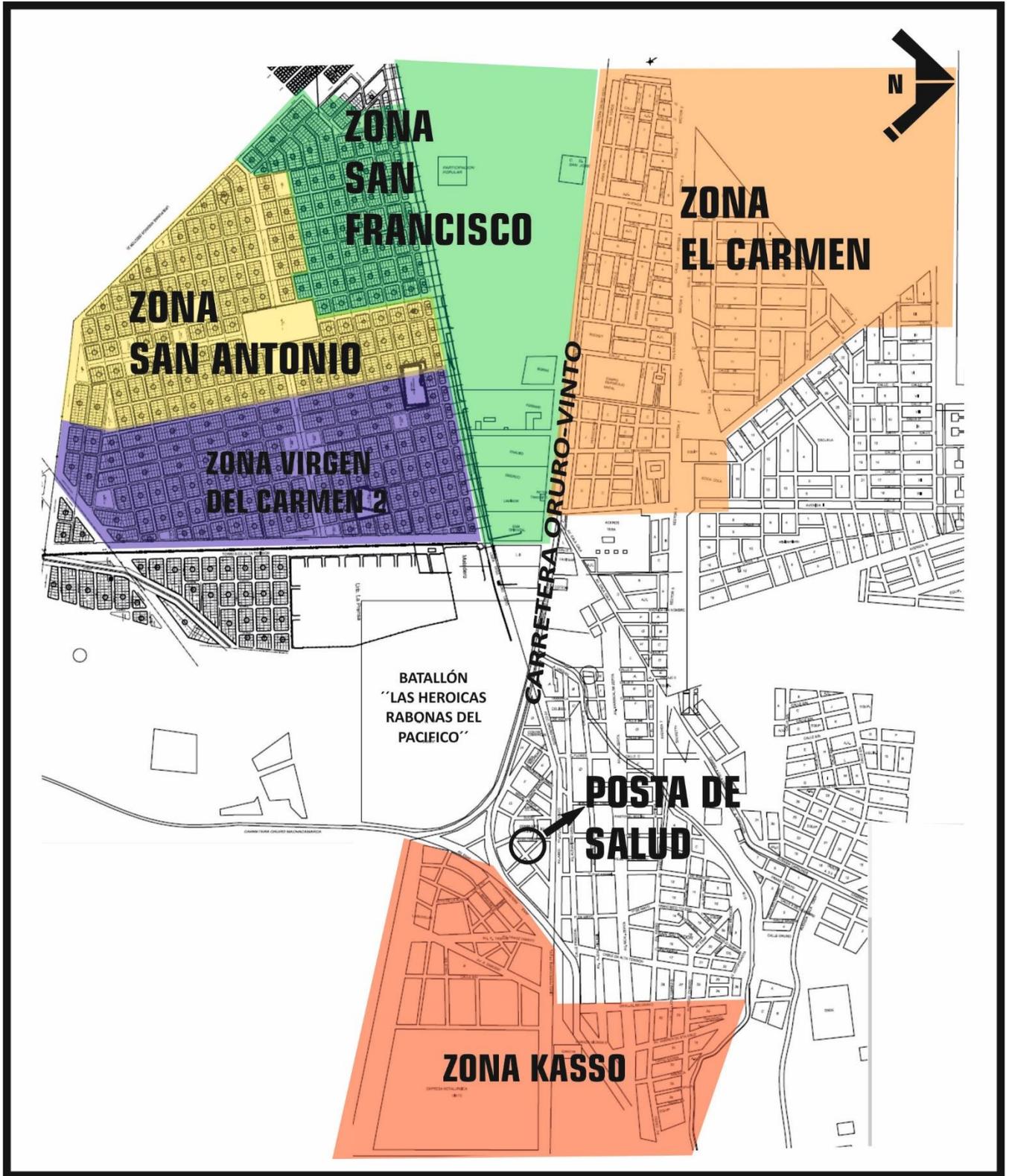


Pruebas de chi-cuadrado

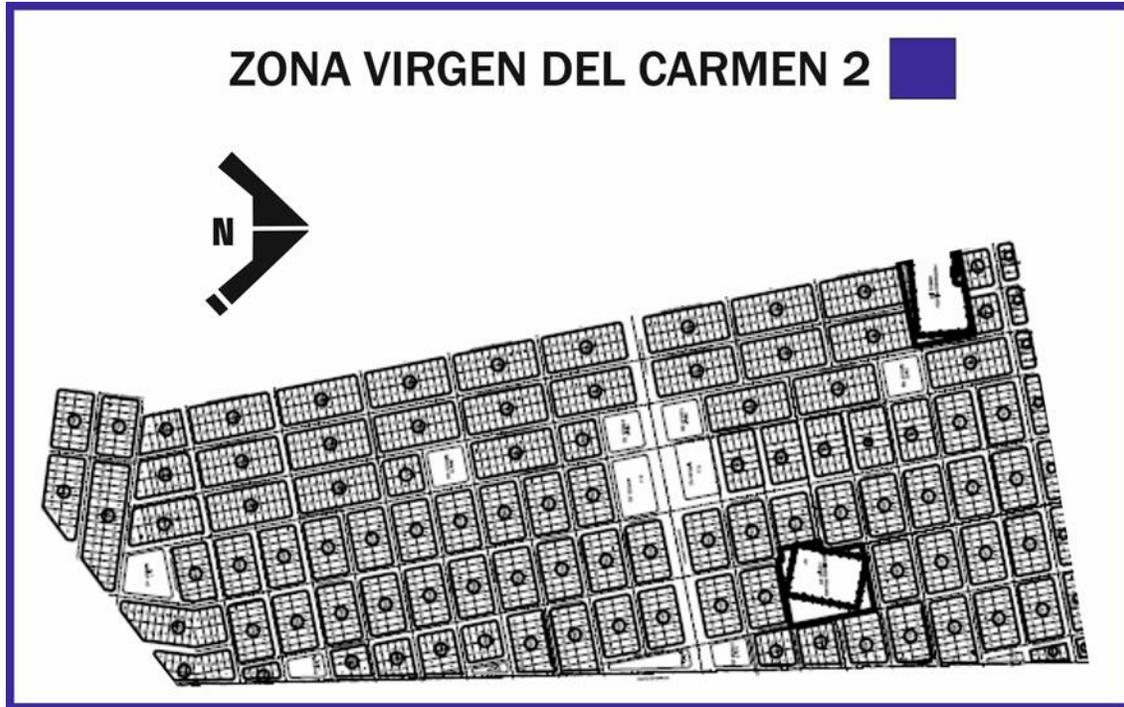
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	36,453^a	16	,003
Razón de verosimilitudes	37,546	16	,002
Asociación lineal por lineal	5,516	1	,019
N de casos válidos	50		

ANÁLISIS: Con los datos recolectados por nuestro estudio, se decidió asociar ambas variables "Vecindario" y "Satisfacción del PMS". Según nuestro estudio, se aprecia a los cinco vecindarios estudiados, de los cuales en un (60%) de porcentaje de **INSATISFACCIÓN** corresponde al vecindario "Ksso", en segundo lugar con un porcentaje de **MUY INSATISFECHO/INSATISFECHO** (60%) el vecindario "El Carmen". Los más destacables son "Virgen del Carmen 2" con un 50% en **MUY SATISFECHO** y "San Antonio" con un (60%) **SATISFECHO**, siguiendo en un "San Francisco" (50%) ambos, vemos una clara diferencia de satisfacción por vecindarios. Realizado el análisis de Chi cuadrado se concluye que, con un valor de Chi de **36,453** con un grado de libertad de 16 no da una significación asintótica bilateral de **0.3%** como es menor al 5% de alfa, entonces se concluye que la diferencia que hemos encontrado es **significativa**. Por tanto, se recomienda que en los vecindarios "Ksso" y "El Carmen" debe mejorarse el nivel de satisfacción del Programa Mi Salud con actividades de promoción y prevención en Salud, además de gestión de las mismas actividades por parte de los encargados del PMS en Vinto en los vecindarios mencionados.

MAPA 1: PLANO GENERAL ZONA VINTO, ORURO.



MAPA 2: VECINDARIO MÁS SATISFECHO CON EL SERVICIO DEL PROGRAMA MI SALUD.



MAPA 3: VECINDARIOS INSATISFECHOS CON EL SERVICIO DEL PROGRAMA MI SALUD

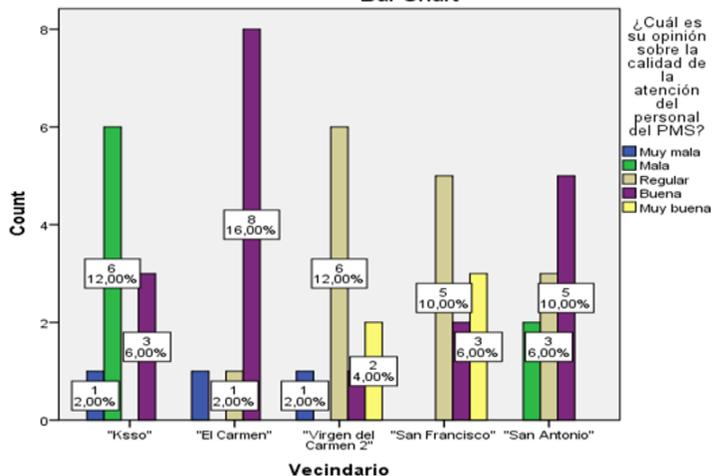


TABLA DE RELACIÓN DE VARIABLES:

VECINDARIO + OPINIÓN DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN POR EL PROGRAMA MI SALUD

	¿Cuál es su opinión sobre la calidad de la atención del personal del PMS?					Total
	Muy mala	Mala	Regular	Buena	Muy buena	
Vecindario						
"Ksso"	1 33,3%	6 75,0%	0 0,0%	3 15,8%	0 0,0%	10 20,0%
"El Carmen"	1 33,3%	0 0,0%	1 6,7%	8 42,1%	0 0,0%	10 20,0%
"Virgen del Carmen 2"	1 33,3%	0 0,0%	6 40,0%	1 5,3%	2 40,0%	10 20,0%
"San Francisco"	0 0,0%	0 0,0%	5 33,3%	2 10,5%	3 60,0%	10 20,0%
"San Antonio"	0 0,0%	2 25,0%	3 20,0%	5 26,3%	0 0,0%	10 20,0%
Total	3 100,0%	8 100,0%	15 100,0%	19 100,0%	5 100,0%	50 100,0%

Bar Chart



Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	43,772 ^a	16	,000
Razón de verosimilitudes	48,411	16	,000
Asociación lineal por lineal	2,913	1	,088
N de casos válidos	50		

a. 25 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,60.

ANÁLISIS: Según nuestra base de datos y al asociar las variables de Opinión de Calidad por Vecindario se llegó a un análisis importante, siendo el vecindario "Ksso" con el mayor porcentaje (75%) refiriéndose a la calidad del servicio como **MALA**, y un 33,3% refiriendo su opinión como **MUY MALA** por parte del personal del Programa Mi Salud. A diferencia de los vecindarios "Virgen del Carmen 2" (80%), "San Francisco" (75%) y "San Antonio" (26,3%) que expresaron una opinión positiva entre **REGULAR, BUENA y MUY BUENA** en cuanto a calidad sobre el servicio por parte del personal del PMS en su vecindario respectivamente. Se concluye que, existe una diferencia de opinión de calidad sobre el servicio del PMS con el estudio del Chi cuadrado, teniendo un Chi de **43,772** con un grado de libertad de 16 y una significación asintótica bilateral de **0,0%** cómo es menor al 5% de alfa, entonces se concluye que la diferencia que hemos encontrado es **significativa**. Se recomienda mayor gestión en las actividades de los médicos encargados del vecindario "Ksso" y "El Carmen" para una mayor eficiencia en servicio en el 100% de la población de su zona asignada, buscando el mejoramiento de la opinión sobre la calidad del Programa Mi Salud de los pobladores.

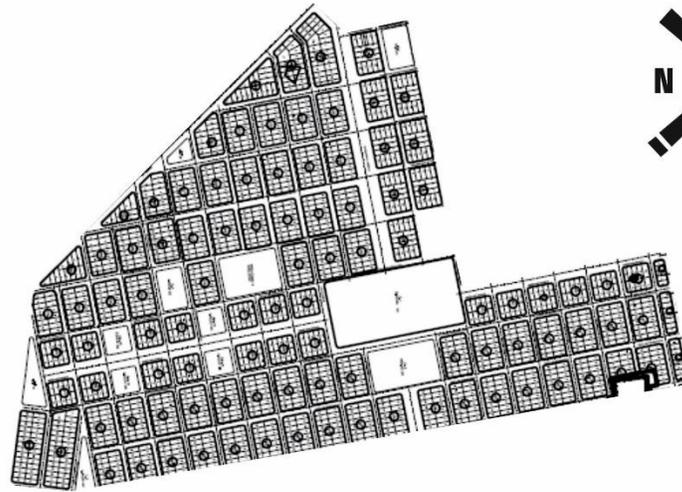
MAPA 4: VECINDARIOS CON OPINIÓN DE CALIDAD NEGATIVA (MUY MALA, MALA) ACERCA DEL SERVICIO DEL PERSONAL DEL PROGRAMA MI SALUD.



MAPA 5: VECINDARIOS CON OPINIÓN DE CALIDAD POSITIVA (REGULAR, BUENA Y MUY BUENA) ACERCA DEL SERVICIO DEL PERSONAL DEL PROGRAMA MI SALUD.



ZONA SAN ANTONIO



ZONA SAN FRANCISCO

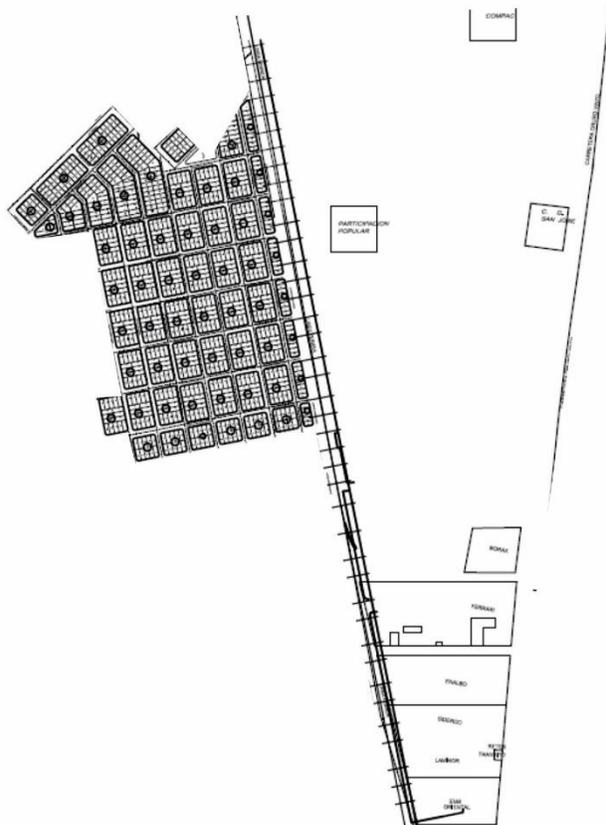
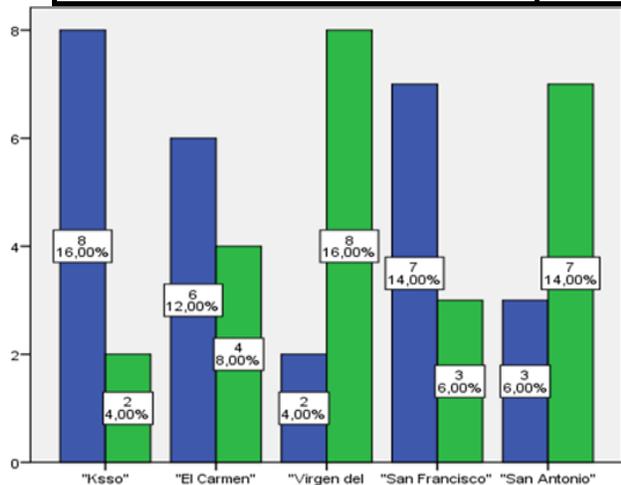


TABLA DE RELACIÓN DE VARIABLES:

VECINDARIO + ATENCIÓN PRIMARIA DOMICILIARIA POR EL PROGRAMA MI SALUD

		¿Alguna vez recibió la visita en su domicilio del personal de Salud?		Total
		No	Si	
Vecindario	"Ksso"	8 30,8%	2 8,3%	10 20,0%
	"El Carmen"	6 23,1%	4 16,7%	10 20,0%
	"Virgen del Carmen 2"	2 7,7%	8 33,3%	10 20,0%
	"San Francisco"	7 26,9%	3 12,5%	10 20,0%
	"San Antonio"	3 11,5%	7 29,2%	10 20,0%
Total		26 100,0%	24 100,0%	50 100,0%



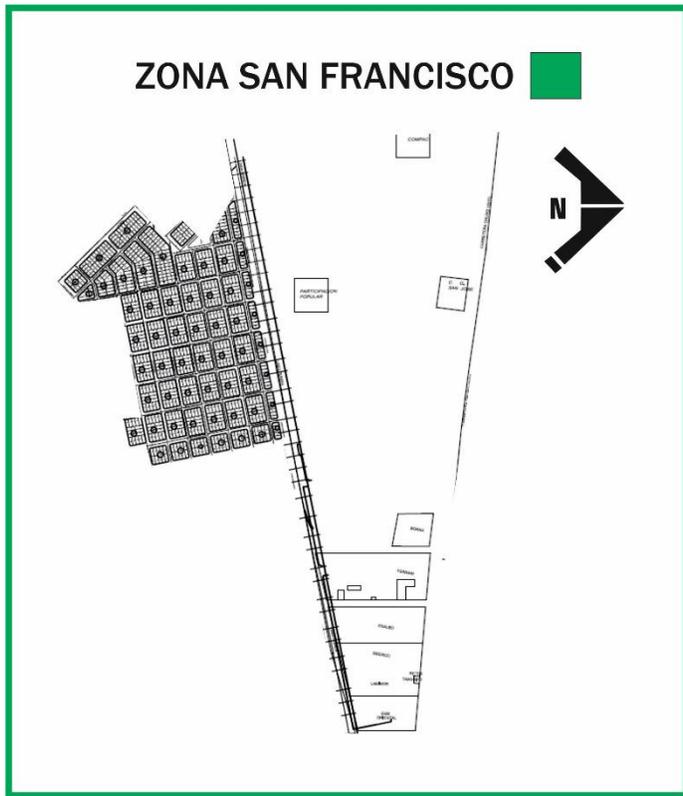
Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10,737 ^a	4	,030
Razón de verosimilitudes	11,324	4	,023
Asociación lineal por lineal	3,180	1	,075
N de casos válidos	50		

a. 5 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 4,80.

ANÁLISIS: Con los datos recolectados por nuestro estudio, se decidió asociar ambas variables "Vecindario" y "Visitas al domicilio por parte del personal del Programa Mi Salud" (Atención Primaria Domiciliaria). Según nuestro estudio, se aprecia a los cinco vecindarios estudiados, de los cuales en un (38.5%) de porcentaje de **NO RECIBI** corresponde al vecindario "Ksso", en segundo lugar, con un porcentaje de **NO** (26.9%) el vecindario "San Francisco" y "El Carmen" **con 23.1% en NO RECIBI**. Los más destacables son "Virgen del Carmen 2" con un 33.3% en **SI RECIBI** y "San Antonio" con un (29.2%) afirmando que **si recibió** la visita correspondiente por el PMS, vemos una clara diferencia de Atención Primaria Domiciliaria según vecindario. Se concluye que, con el análisis de Chi cuadrado vemos que esta diferencia nos da un valor de Chi de **10,737** con un grado de libertad de 4 no da una significación asintótica bilateral de **0.3%** como es menor al 5% de alfa, entonces se concluye que la diferencia que hemos encontrado es **significativa**.

MAPA 6: VECINDARIOS QUE REFIRIERON QUE NO RECIBIERON VISITAS DOMICILIARIAS POR PARTE DEL PROGRAMA MI SALUD.



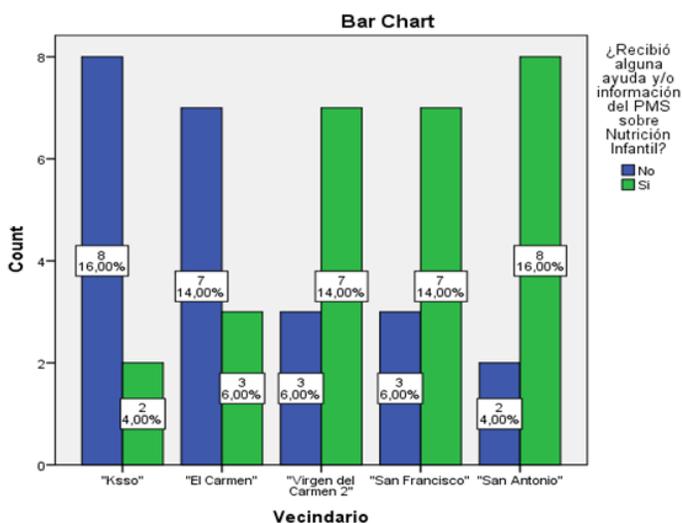
MAPA 7: VECINDARIOS QUE RECIBIERON VISITAS DOMICILIARIAS POR PARTE DEL PROGRAMA MI SALUD.



TABLA DE RELACIÓN DE VARIABLES:

VECINDARIO + ¿Recibió alguna ayuda y/o información del PMS sobre Nutrición Infantil?

	¿Recibió alguna ayuda y/o información del PMS sobre Nutrición Infantil?		Total
	No	Si	
"Ksso"	8 34,8%	2 7,4%	10 20,0%
"El Carmen"	7 30,4%	3 11,1%	10 20,0%
"Virgen del Carmen 2"	3 13,0%	7 25,9%	10 20,0%
"San Francisco"	3 13,0%	7 25,9%	10 20,0%
"San Antonio"	2 8,7%	8 29,6%	10 20,0%
Total	23 100,0%	27 100,0%	50 100,0%



Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10,781 ^a	6	,095
Razón de verosimilitudes	13,878	6	,031
Asociación lineal por lineal	2,025	1	,155
N de casos válidos	50		

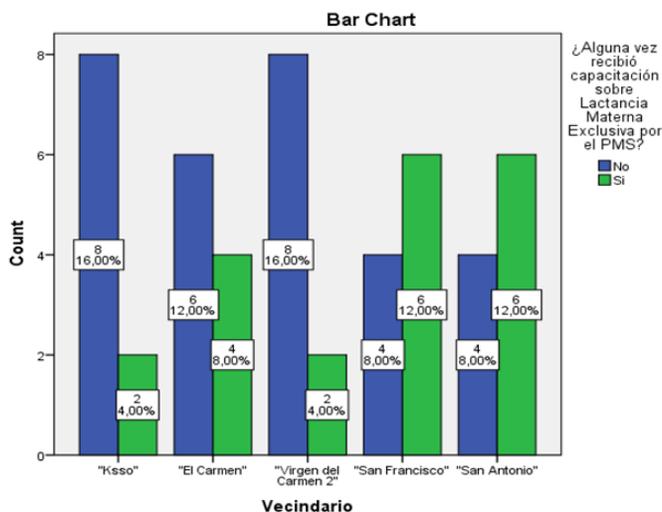
a. 10 casillas (71,4%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,40.

ANÁLISIS: Con los datos recolectados por nuestro estudio, se decidió asociar ambas variables “Vecindario” y “¿Recibió alguna ayuda y/o información del PMS sobre Nutrición Infantil?” Según nuestro estudio, se aprecia a los cinco vecindarios estudiados en los cuales se ve una diferencia según el conteo. Siendo el vecindario “Ksso” (34.8%) y “El Carmen” (30.8%) quienes refirieron no recibir capacitaciones sobre Nutrición Infantil. El vecindario “San Antonio” afirma que recibió información y/o capacitaciones sobre Nutrición Infantil, al igual que “Virgen del Carmen 2” y “San Francisco” con un porcentaje de 25.9% cada uno. Pero, con el análisis de Chi cuadrado vemos que esta diferencia nos da un valor de Chi de **10,781** con un grado de libertad de 6 nos da una significación asintótica bilateral de **95%** como es mayor al 5% de alfa, entonces se concluye que la diferencia que hemos encontrado **no es significativa**. De todas formas, se recomienda aumentar la promoción y educación a los vecindarios Ksso y El Carmen sobre el tema Nutrición Infantil para elevar el nivel de conocimiento en la población de los vecindarios de Vinto.

TABLA DE RELACIÓN DE VARIABLES:

VECINDARIO + ¿Alguna vez recibió capacitación sobre Lactancia Materna Exclusiva por el PMS?

		¿Alguna vez recibió capacitación sobre Lactancia Materna Exclusiva por el PMS?		Total
		No	Si	
Vecindario	"Ksso"	8 26,7%	2 10,0%	10 20,0%
	"El Carmen"	6 20,0%	4 20,0%	10 20,0%
	"Virgen del Carmen 2"	8 26,7%	2 10,0%	10 20,0%
	"San Francisco"	4 13,3%	6 30,0%	10 20,0%
	"San Antonio"	4 13,3%	6 30,0%	10 20,0%
Total		30 100,0%	20 100,0%	50 100,0%



Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,667 ^a	4	,155
Razón de verosimilitudes	6,904	4	,141
Asociación lineal por lineal	4,083	1	,043
N de casos válidos	50		

a. 5 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 4,00.

ANÁLISIS: Con los datos recolectados por nuestro estudio, se decidió asociar ambas variables "Vecindario" y "¿Alguna vez recibió capacitación sobre Lactancia Materna Exclusiva por el PMS?" Según nuestro estudio, se aprecia a los cinco vecindarios estudiados en los cuales se ve una diferencia según el conteo. Siendo el vecindario "Ksso" (26.7%) y "Virgen del Carmen 2" (86.7%) quienes refirieron no recibir capacitaciones sobre Lactancia Materna Exlusiva. El vecindario "San Antonio" y "San Francisco" afirmaron recibir información sobre el tema en un (30%) cada uno. Pero, con el análisis de Chi cuadrado vemos que esta diferencia nos da un valor de Chi de **6.667** con un grado de libertad de 4 nos da una significación asintótica bilateral mayor al 5% de alfa, entonces se concluye que la diferencia que hemos encontrado **no es significativa**. De todas formas, se recomienda aumentar la promoción y educación a los vecindarios Ksso y Virgen del Carmen 2 sobre la importancia de la Lactancia Materna Exclusiva para elevar el nivel de conocimiento en la población de los vecindarios de Vinto.

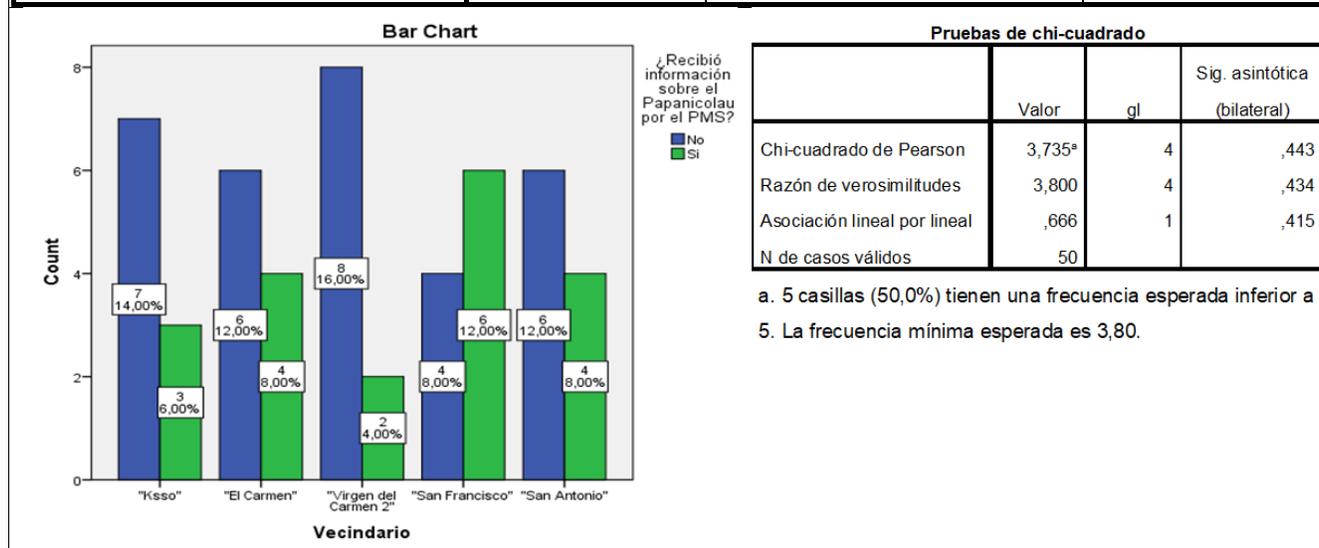
CUADRO 25.

GRAFICA 25.

PRUEBA DE CHI CUADRADO 5.

TABLA DE RELACIÓN DE VARIABLES:
VECINDARIO + ¿Recibió información sobre el Papanicolaou por el PMS?

	¿Recibió información sobre el Papanicolaou por el PMS?		Total
	No	Si	
"Ksso"	7 22,6%	3 15,8%	10 20,0%
"El Carmen"	6 19,4%	4 21,1%	10 20,0%
Vecindario "Virgen del Carmen 2"	8 25,8%	2 10,5%	10 20,0%
"San Francisco"	4 12,9%	6 31,6%	10 20,0%
"San Antonio"	6 19,4%	4 21,1%	10 20,0%
Total	31 100,0%	19 100,0%	50 100,0%



ANALISIS: Con los datos recolectados por nuestro estudio, se decidió asociar ambas variables "Vecindario" y "¿Recibió información sobre el Papanicolaou por el PMS?" Según nuestro estudio, se aprecia a los cinco vecindarios estudiados en los cuales se ve una diferencia según el conteo. Siendo el vecindario "Ksso" (22.6%) y "Virgen del Carmen 2" (25.8%) quienes refirieron no recibir información acerca de la importancia del Papanicolau. El vecindario "San Francisco" (31.6%), "El Carmen" y "San Antonio" afirmaron recibir información sobre el tema en un (21.1%) cada uno. Pero, con el análisis de Chi cuadrado vemos que esta diferencia nos da un valor de Chi de **3.735** con un grado de libertad de 4 nos da una significación asintótica bilateral mayor al 5% de alfa, entonces se concluye que la diferencia que hemos encontrado **no es significativa**. De todas formas, se recomienda aumentar la promoción y educación a los vecindarios Ksso y Virgen del Carmen 2 sobre la importancia del Papanicolau para elevar el nivel de conocimiento en la población de los vecindarios de Vinto.

3.5 ANALISIS ESTADISTICO DE LOS DATOS

3.5.1 Descripción de los datos:

Se recopilaron datos cualitativos de cada familia, entre los cuales se preguntó el número de miembros en su familia, número de niños en su familia, número de recién nacidos y ocupación. Además de recopilar datos sobre su conocimiento del Programa Mi Salud y si fueron beneficiados con el programa con el logro de los indicadores que tiene como objetivo a cumplir el mismo.

El tamaño de la muestra fue de 50 familias periurbanas encuestadas.

3.5.2 Base estadística inferencia:

Mediante estadística inferencial estimamos un parámetro a partir de las 50 familias encuestadas de muestra, así como realizar los datos estadísticos descriptivos, tablas de contingencia y frecuencia, chi cuadrado y riesgo relativo con sus respectivas tablas para la interpretación de los mismos.

3.6 CONCLUSIONES DEL TRABAJO DE CAMPO

1. Se obtuvo la información de 50 familias periurbanas de las cuales cada 10 las dividimos en vecindarios del Barrio "Vinto" organizados respectivamente, con lo cual se estableció los resultados esperados.
2. Se obtuvo resultados estadísticamente significativos para la evaluación óptima del impacto del Programa Mi Salud y la Atención Primaria Domiciliaria en la población elegida y por ende, se realizó un análisis óptimo del logro de los indicadores.

CONCLUSIONES

- Se concluye que el nivel de conocimiento del Programa Mi Salud en el Barrio de Vinto es del 62%.
- Se concluye que la mayor cantidad de pobladores (70%) prefieren acudir a un Centro Médico ante algún problema de salud que se presente.
- Se concluye que casi la mitad de la población (48%) no es beneficiada con la Atención Primaria Domiciliaria del PMS.
- Se concluye que la visita en sus domicilios del Programa Mi Salud en la población de Vinto es del (52%).
- Se concluye un (18%) de la población visitan con frecuencia el centro de salud, y un (32%) de la población no visita con frecuencia el centro de salud de Vinto.
- Se concluye que el 92% de la población que necesitó atención médica en algún parto prefirió asistir a los ambientes hospitalarios.
- Se concluye que aquel 94% de población desconoce la posibilidad de ser atendidos con el servicio de Atención Primaria Domiciliaria por el PMS, prefiriendo así asistir a un Centro Médico cercano para la realización del mismo.
- Como conclusión, tenemos un porcentaje de 30% de población con antecedentes de atención de la enfermedad en el pasado.

- Se concluye que en un 94% de la población que sufrió TB tuvo la atención necesaria para la enfermedad.
- Se concluye con un porcentaje (28%) de mortalidad materna en la población de Vinto.
- Se concluye la promoción de la realización del Papanicolau y a su vez, la prevención de enfermedades que competen al sexo femenino solo llega a un 60% de la población de la zona.
- Se concluye que el 54% de la población tiene una adecuada educación sobre Nutrición Infantil y se les entregó por parte del PMS diferentes insumos para llevar a cabo una nutrición adecuada en sus niños (chispitas nutricionales, capacitaciones).
- Se concluye que, el porcentaje de mortalidad infantil en la zona Vinto es de un 14%.
- Se concluye que solo el 68% de las madres habitantes de la zona tiene conocimiento sobre la importancia de la Lactancia Materna Exclusiva.
- Se concluye que un 40% de las madres en Vinto poseen educación en el tema de Lactancia Materna Exclusiva.
- Se concluye que en el transcurso de Abril a Julio (mes de la finalización del estudio) el personal del PMS realizó las capacitaciones respectivas llegando a un 10% más de la población materna de la zona.
- Se concluye que más de la mitad de la población de Vinto (58%) no está satisfecha con el servicio del PMS.
- Se concluye que, solo el 48% de la población se encuentra satisfecha con el servicio proporcionado por los médicos SAFCI de la zona.
- Se concluye que el nivel de satisfacción y calidad de atención estaría similarmente conjugados con más de la mitad de la población (52%) describiendo como “mala” la atención que se le proporciona.
- Se concluye que de Abril a Julio la calidad aumentó en un 2%.
- Se concluye que en un 100% expresa necesidades y mejoramiento de la atención por parte del Programa Mi Salud.
- Según nuestro estudio, se aprecia a los cinco vecindarios estudiados, de los cuales en un (60%) de porcentaje de **INSATISFACCIÓN** corresponde al vecindario “Ksso”, en segundo lugar con un porcentaje de **MUY INSATISFECHO/INSATISFECHO** (60%) el vecindario “El Carmen”. Los más destacables son “Virgen del Carmen 2” con un 50% en **MUY SATISFECHO** y “San Antonio” con un (60%) **SATISFECHO**, siguiendo en un “San Francisco” (50%) ambos, vemos una clara diferencia de satisfacción por vecindarios. Realizado el análisis de Chi cuadrado se concluye que, con un valor de Chi de **36,453** con un grado de libertad de 16 no da una significación asintótica bilateral de **0.3%** como es menor al 5% de alfa, entonces se concluye que la diferencia que hemos encontrado es **significativa**.

- Según nuestra base de datos y al asociar las variables de Opinión de Calidad por Vecindario se llegó a un análisis importante, siendo el vecindario “Ksso” con el mayor porcentaje (75%) refiriéndose a la calidad del servicio como **MALA**, y un 33,3% refiriendo su opinión como **MUY MALA** por parte del personal del Programa Mi Salud. A diferencia de los vecindarios “Virgen del Carmen 2” (80%), “San Francisco” (75%) y “San Antonio” (26,3%) que expresaron una opinión positiva entre **REGULAR, BUENA y MUY BUENA** en cuanto a calidad sobre el servicio por parte del personal del PMS en su vecindario respectivamente. Se concluye que, existe una diferencia de opinión de calidad sobre el servicio del PMS con el estudio del Chi cuadrado, teniendo un Chi de **43,772** con un grado de libertad de 16 y una significación asintótica bilateral de **0,0%** cómo es menor al 5% de alfa, entonces se concluye que la diferencia que hemos encontrado es **significativa**.
- Según nuestro estudio, se aprecia a los cinco vecindarios estudiados, de los cuales en un (38.5%) de porcentaje de **NO RECIBI** corresponde al vecindario “Ksso”, en segundo lugar, con un porcentaje de **NO** (26.9%) el vecindario “San Francisco” y “El Carmen” **con 23.1% en NO RECIBÌ**. Los más destacables son “Virgen del Carmen 2” con un 33.3% en **SI RECIBÌ** y “San Antonio” con un (29.2%) afirmando que **si recibió** la visita correspondiente por el PMS, vemos una clara diferencia de Atención Primaria Domiciliaria según vecindario. Se concluye que, con el análisis de Chi cuadrado vemos que esta diferencia nos da un valor de Chi de **10,737** con un grado de libertad de 4 no da una significación asintótica bilateral de **0.3%** como es menor al 5% de alfa, entonces se concluye que la diferencia que hemos encontrado es **significativa**.
- Según nuestro estudio, se aprecia a los cinco vecindarios estudiados en los cuales se ve una diferencia según el conteo. Siendo el vecindario “Ksso” (34.8%) y “El Carmen” (30.8%) quienes refirieron no recibir capacitaciones sobre Nutrición Infantil. El vecindario “San Antonio” afirma que recibió información y/o capacitaciones sobre Nutrición Infantil, al igual que “Virgen del Carmen 2” y “San Francisco” con un porcentaje de 25.9% cada uno. Pero, con el análisis de Chi cuadrado vemos que esta diferencia nos da un valor de Chi de **10,781** con un grado de libertad de 6 nos da una significación asintótica bilateral de **95%** como es mayor al 5% de alfa, entonces se concluye que la diferencia que hemos encontrado **no es significativa**.
- Según nuestro estudio, se aprecia a los cinco vecindarios estudiados en los cuales se ve una diferencia según el conteo. Siendo el vecindario “Ksso” (26.7%) y “Virgen del Carmen 2” (86.7%) quienes refirieron no recibir capacitaciones sobre Lactancia Materna Exclusiva. El vecindario “San Antonio” y “San Francisco” afirmaron recibir información sobre el tema en un (30%) cada uno. Pero, con el análisis de Chi cuadrado vemos que esta diferencia nos da un valor de Chi de **6.667** con un grado de libertad de 4 nos da una significación

asintótica bilateral mayor al 5% de alfa, entonces se concluye que la diferencia que hemos encontrado **no es significativa**.

- Según nuestro estudio, se aprecia a los cinco vecindarios estudiados en los cuales se ve una diferencia según el conteo. Siendo el vecindario “Ksso” (22.6%) y “Virgen del Carmen 2” (25.8%) quienes refirieron no recibir información acerca de la importancia del Papanicolau. El vecindario “San Francisco” (31.6%), “El Carmen” y “San Antonio” afirmaron recibir información sobre el tema en un (21.1%) cada uno. Pero, con el análisis de Chi cuadrado vemos que esta diferencia nos da un valor de Chi de **3.735** con un grado de libertad de 4 nos da una significación asintótica bilateral mayor al 5% de alfa, entonces se concluye que la diferencia que hemos encontrado **no es significativa**.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda realizar ferias, talleres informativos con el motivo de brindar a la población local mayor información acerca del programa mi salud.
- Se recomienda a las familias acudir al centro de salud de la urbanización Vinto para poder consultar, pedir información acerca del programa mi salud y de los servicios que el mismo dispone para la población.
- Se recomienda a las autoridades pertinentes responsables del programa Mi Salud en la urbanización Vinto realizar una mayor implementación de material en los consultorios vecinales repartidos en la zona.
- Se recomienda al personal de salud de los consultorios vecinales brindar una atención responsable, de la manera en que lo establece el programa Mi Salud.
- Se recomienda a las personas de la urbanización Vinto y al personal de salud de la posta de salud Vinto, coordinar actividades para un mejor entendimiento y para poder prever las necesidades en salud que demanda dicha urbanización.
- Se recomienda implementar actividades de difusión de los beneficios del programa mi salud en el 30% de la población que aún no conoce el mismo.
- Se recomienda implementar mayor cantidad de capacitaciones sobre la importancia de la Atención Médica profesional ante un problema de salud en aquel 30% que refirió no acudir a un Centro Médico.
- Se recomienda implementación continua a todos los hogares (48%) que refirieron no recibir visitas domiciliarias por el PMS.
- Se recomienda hacer más actividades de visita y de difusión de los beneficios del PMS para los hogares (48%) restantes que aún no gozan con la Atención Primaria Domiciliaria del Programa Mi Salud.
- Se recomienda impulsar la visita al Centro de Salud o Posta más cercano a cada vecindario, más que todo en aquel 76% de población que no frecuenta la visita.
- Se recomienda promocionar el PMS y sus funciones para la realización de partos domiciliarios seguros en aquel 92% y en la población en general de la zona.

- Se recomienda mayor promoción en la población femenina de la zona para llegar en un futuro a un 100% de pacientes con conocimiento sobre la posibilidad de Atención Domiciliaria realizada por los médicos SAFCI del Programa Mi Salud.
- Se recomienda implementar capacitaciones sobre detección de la enfermedad TB de parte del equipo de médicos SAFCI en el 100% de la población de la zona Vinto.
- Se recomienda promoción de atención en salud de la TB para ese 6% que no fue atendido en su enfermedad.
- Se recomienda debida promoción y prevención de enfermedades atendidas en el nivel primario de Salud en el 72% de la población sin antecedentes de mortalidad materna.
- Se recomienda gestión y mayor promoción sobre los beneficios de la realización del estudio en el 40% de la población restante.
- Se recomienda implementar de igual manera la educación nutricional infantil en el 46% restante que exige capacitaciones en ese ámbito.
- Se recomienda registro de causas de la mortalidad infantil en aquel 14% para prevención y promoción de Salud en el total de la población de la zona.
- Se recomienda implementar eventos de capacitación en Lactancia Materna Exclusiva a las madres del 32% que desconocen aún la importancia del mismo.
- Se recomienda aumentar la promoción y educación sobre el tema mencionado en aquel 60% de madres que no conocen la importante de ello.
- Se recomienda continuar con la educación a las madres de familia para llegar a futuro a un conocimiento del tema en el total de madres habitantes de los vecindarios periurbanos.
- Se recomienda gestión en el trabajo que se lleva a cabo por el personal médico en los diferentes vecindarios de Vinto e implementación de un nivel de atención en los pobladores de ese 52% insatisfecho.
- Se recomienda mejoramiento de actividades, de la relación médico-paciente y gestión de actividades para el cambio a futuro de la opinión sobre la calidad de atención en ese 52% de habitantes de Vinto, Oruro.
- Se recomienda mejoramiento de actividades y gestión respectiva para mejorar la opinión sobre el servicio del PMS en aquel 50% de la población.
- Se recomienda tomar muy en cuenta las cinco peticiones por parte de la población de muestra: Promoción y mayor atención del Programa MI SALUD (30%), en la creación de una posta sanitaria activa por la zona (24%), Servicio Dental (16%), a su vez Medicamentos en un mismo porcentaje del 16% y Atención Domiciliaria (14%) para elevar los niveles de satisfacción, promoción y prevención de enfermedades en los respectivos vecindarios por el bien de los habitantes de la zona periurbana.
- Se recomienda que en los vecindarios “Ksso” y “El Carmen” debe mejorarse el nivel de satisfacción del Programa Mi Salud con actividades de promoción y prevención en Salud, además de gestión de las mismas actividades por parte de los encargados del PMS en Vinto en los vecindarios mencionados.
- Se recomienda mayor gestión en las actividades de los médicos encargados del vecindario “Ksso” y “El Carmen” para una mayor eficiencia en servicio en el 100% de

la población de su zona asignada, buscando el mejoramiento de la opinión sobre la calidad del Programa Mi Salud de los pobladores.

- Se recomienda aumentar la promoción y educación a los vecindarios Ksso y El Carmen sobre el tema Nutrición Infantil para elevar el nivel de conocimiento en la población de los vecindarios de Vinto.
- Se recomienda aumentar la promoción y educación a los vecindarios Ksso y Virgen del Carmen 2 sobre la importancia de la Lactancia Materna Exclusiva para elevar el nivel de conocimiento en la población de los vecindarios de Vinto.
- Se recomienda aumentar la promoción y educación a los vecindarios Ksso y Virgen del Carmen 2 sobre la importancia del Papanicolau para elevar el nivel de conocimiento en la población de los vecindarios de Vinto.

BIBLIOGRAFÍA

1. El Sevier. Cochabamba: La medicina familiar en América Latina; 2007 [acceso 29 de abril de 2019]. De José Ruíz Guzmán. Revista de atención primaria. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-la-medicina-familiar-bolivia-13099564>
2. Academia [sede Web]. Rio de Janeiro: Instituto Suramericano de Gobierno en Salud; 2014 [Acceso 29 de abril de 2019]. De Herland Tejerina. Mapeo y análisis de los modelos de atención primaria en salud en los países de América del Sur- Disponible en: https://www.academia.edu/20451170/Mapeo_y_An%C3%A1lisis_de_los_Modelos_de_Atenci%C3%B3n_Primaria_en_Salud_en_los_Pa%C3%ADses_de_Am%C3%A9rica_del_Sur_Mapeo_de_la_APS_en_Bolivia
3. Ministerio de Salud. minsalud.gob.bo [sede Web]. La Paz: minsalud.gob.bo 2018 [Actualizado el 17 de Julio de 2018; acceso 29 de abril de 2019]. Disponible en: www.minsalud.gob.bo
4. The Belgian Development Cooperation, CTB Bolivia, Ministerio de Salud. Sistematización de la Implementación del Programa MI SALUD en el ámbito urbano y rural de Bolivia, y propuesta de articulación con el programa multisectorial desnutrición cero. (on-line) Estado Plurinacional de Bolivia, 2015 (consultado en 30 de Febrero del 2019) Disponible en: <http://belgicacontigo.com/wp-content/uploads/2017/11/DOCUMENTO-MI-SALUD-FINAL.pdf>
5. Ministerio de Salud. La OPS/OMS respaldan que el modelo Safci sea aplicado en todo el sistema de Salud en Bolivia (Internet) Bolivia, (citado el 10 de Noviembre del 2017) Disponible en: <https://www.minsalud.gob.bo/2880-la-ops-oms-respaldan-que-el-modelo-safci-sea-aplicado-en-todo-el-sistema-de-salud-en-bolivia>
6. Bolivia.com, Gobierno lanza Programa MI SALUD. (Internet) Estado Plurinacional de Bolivia, (citado en 1 de Junio del 2013) Disponible en: <https://www.bolivia.com/actualidad/nacionales/sdi/63396/gobierno-lanza-programa-mi-salud>
7. Ministerio de Salud, Resultados de la implementación de la política SAFCI y mi salud en los municipios de intervención (Revista de consulta). Estado Plurinacional de Bolivia, 2016.
8. Revista de Medicina Experimental y Salud Pública, Scielo. Los efectos de los programas sociales en la salud de la población en condición de pobreza: Evidencias a partir de las evaluaciones de impacto del presupuesto por resultados a programas sociales en Perú. (on-line) Perú; 2017. (Citado en Septiembre de 2017) Disponible es: https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1726-46342017000300528&script=sci_arttext&tlng=en

9. Ministerio de Salud. Atención gratuita de Mi Salud se extiende a 310 municipios de Bolivia (Internet) Bolivia; 2018 (citado el 17 de Julio del 2018) Disponible en: <https://www.minsalud.gob.bo/3359-atencion-gratuita-de-mi-salud-se-extiende-a-310-municipios-de-bolivia>
10. The Belgian Development Cooperation, CTB Bolivia, Ministerio de Salud. Sistematización de la Implementación del Programa MI SALUD en el ámbito urbano y rural de Bolivia, y propuesta de articulación con el programa multisectorial desnutrición cero. (on-line) Estado Plurinacional de Bolivia, 2015 (consultado en 30 de Febrero del 2019) Disponible en PROCESO DE IMPLMENTACION DE SAFCI pág.30 , ARTICULACIÓN CON EL MUNICIPIO pág.30, 31 (párrafo 1, 2,4)ARTICULACIÓN CON LA RED DE SALUD pág.31, 32 (párrafo 1, 2, 3,)ARTICULACIÓN CON ORGANIZACIONES SOCIALES pág. 32, 33,34, 35 (párrafo 1, 2, 3, 4,5) ARTICULACIÓN CON LA MEDICINA TRADICIONAL pág. 35(párrafo 1, 2) Disponible en: <http://belgicacontigo.com/wp-content/uploads/2017/11/DOCUMENTO-MI-SALUD-FINAL.pdf>

ANEXOS

Anexo 1.

Herramientas

utilizadas

en la

investigación

ENCUESTA PARA EVALUACION DE IMPACTO:

ENCUESTA

IMPACTO DEL PROGRAMA MI SALUD EN BARRIO "VINTO" DE LA CIUDAD DE ORURO

FAMILIA: # _____

Elaboración propia.

PREGUNTAS	CALIFICACIÓN				
	<i>Nunca oí hablar de el</i>	<i>No estoy informado</i>	<i>Oí hablar de el</i>	<i>Informado</i>	<i>Muy informado</i>
1. ¿Tiene usted conocimiento acerca del Programa MI SALUD?	1	2	3	4	5
	<i>Familia</i>	<i>Auto-medicación</i>	<i>Medicina Natural</i>	<i>Farmacia</i>	<i>Médico /Centro de Salud</i>
2. ¿A quién/a qué acude usted cuando tiene un problema de salud?	1	2	3	4	5
3. ¿Alguna vez recibió la visita en su domicilio del personal de Salud?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
	<i>Nunca</i>	<i>Casi nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Frecuente</i>	<i>Muy frecuente</i>
4. ¿Con qué frecuencia visita usted el Centro de Salud de su barrio?	1	2	3	4	5
5. En su familia, ¿Alguna vez fueron atendidas por parto domiciliario?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
6. ¿Recibió ayuda del Programa MI SALUD para algún parto domiciliario?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
7. ¿Tiene conocimiento sobre la practica de partos domiciliarios en su barrio?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
8. ¿Existen personas que padecen o padecieron Tuberculosis en su familia?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
9. ¿Recibe o recibió ayuda del Programa MI SALUD para el tratamiento de Tuberculosis?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
10. ¿Sabe de alguna madre en su familia que haya fallecido?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
11. ¿Alguna vez se realizó PAPANICOLAU?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
12. ¿Recibió información sobre el Papanicolau por el Programa MI SALUD?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
13. ¿Recibió alguna ayuda y/o información del Programa MI SALUD sobre Nutrición Infantil?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				

FICHA DE REGISTRO PARA LA POBLACION DE MUESTRA:

FICHA

FAMILIA: # _____

# de miembros de su familia	
# de niños en su familia	
# de recién nacidos	
# de niños de 1 – 5 años	
Ocupación	Elaboración propia.

Anexo 2.

Base de datos

del trabajo de

campo

PRIMERA MEDICIÓN:

BASE DE DATOS PROGRAMA MI SALUD 1.sav [Conjunto_de_datos1] - SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Edición Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Complementos Ventana Ayuda

1: P19 5.0 Visible: 29 de 29 variables

	Familia	Vecindario	P1	R1	P2	R2	P3	R3	P4	P5	P6	P7	P8
1	Familia en...	"Ksso"	Nunca oí hablar de el	No conoce	Familia	No acude	No	.	Nunca	No	No	Si	Si
2	Familia en...	"Ksso"	Nunca oí hablar de el	No conoce	Familia	No acude	No	.	Casi nunca	No	No	No	No
3	Familia en...	"Ksso"	Nunca oí hablar de el	No conoce	Medicina Natural	No acude	No	.	Casi nunca	No	No	No	No
4	Familia en...	"Ksso"	Nunca oí hablar de el	No conoce	Medicina Natural	No acude	No	.	A veces	No	No	No	No
5	Familia en...	"Ksso"	No estoy informado	No conoce	Médico/Centro de Salud	Si acude	No	.	A veces	No	No	No	No
6	Familia en...	"Ksso"	No estoy informado	No conoce	Médico/Centro de Salud	Si acude	No	.	Frecuente	No	No	No	No
7	Familia en...	"Ksso"	Oí hablar de el	Si conoce	Médico/Centro de Salud	Si acude	No	.	A veces	No	No	No	No
8	Familia en...	"Ksso"	Oí hablar de el	Si conoce	Médico/Centro de Salud	Si acude	No	.	Frecuente	No	No	No	No
9	Familia en...	"Ksso"	Oí hablar de el	Si conoce	Médico/Centro de Salud	Si acude	Si	.	A veces	No	No	No	No
10	Familia en...	"Ksso"	Nunca oí hablar de el	No conoce	Médico/Centro de Salud	Si acude	Si	.	Frecuente	No	No	No	No
11	Familia en...	"El Carmen"	Informado	Si conoce	Médico/Centro de Salud	Si acude	Si	.	Casi nunca	No	No	No	No
12	Familia en...	"El Carmen"	Informado	Si conoce	Médico/Centro de Salud	Si acude	Si	.	Nunca	No	No	Si	No
13	Familia en...	"El Carmen"	No estoy informado	No conoce	Médico/Centro de Salud	Si acude	Si	.	Casi nunca	No	No	No	No
14	Familia en...	"El Carmen"	No estoy informado	No conoce	Médico/Centro de Salud	Si acude	No	.	Casi nunca	No	No	Si	No
15	Familia en...	"El Carmen"	Informado	Si conoce	Médico/Centro de Salud	Si acude	No	.	Nunca	No	No	No	No
16	Familia en...	"El Carmen"	Oí hablar de el	Si conoce	Familia	No acude	No	.	Nunca	No	No	No	No
17	Familia en...	"El Carmen"	No estoy informado	No conoce	Médico/Centro de Salud	Si acude	No	.	Nunca	No	No	No	No
18	Familia en...	"El Carmen"	Oí hablar de el	Si conoce	Familia	No acude	No	.	Nunca	No	No	No	No
19	Familia en...	"El Carmen"	No estoy informado	No conoce	Médico/Centro de Salud	Si acude	No	.	Nunca	No	No	No	No
20	Familia en...	"El Carmen"	Oí hablar de el	Si conoce	Médico/Centro de Salud	Si acude	Si	.	Nunca	No	No	No	No
21	Familia en...	"Virgen del Carmen 2"	Nunca oí hablar de el	No conoce	Automedicación	No acude	No	.	Casi nunca	No	No	No	No
22	Familia en...	"Virgen del Carmen 2"	No estoy informado	No conoce	Médico/Centro de Salud	Si acude	Si	.	Muy frecue...	No	No	Si	Si
23	Familia en...	"Virgen del Carmen 2"	No estoy informado	No conoce	Médico/Centro de Salud	Si acude	Si	.	Muy frecue...	No	No	Si	Si
24	Familia en...	"Virgen del Carmen 2"	Oí hablar de el	No conoce	Médico/Centro de Salud	Si acude	Si	.	Muy frecue...	No	No	Si	Si

Vista de datos Vista de variables

BASE DE DATOS PROGRAMA MI SALUD 1.sav [Conjunto_de_datos1] - SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Edición Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Complementos Ventana Ayuda

1: Familia 1.0 Visible: 26 de 26 variables

	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	Miembros_fa milia	Niños_familia	Recien_nacid os	niños_1a5	Ocupación
1	No	No	No	Si	Si	No	Muy insatisfecho	Muy mala	Promoción...	2	0	0	0	Otros trabajos (albañil...
2	Si	No	Si	No	Si	No	Insatisfecho	Mala	Atención D...	3	1	0	0	Ayudante de cocina
3	No	No	No	No	Si	No	Insatisfecho	Mala	Atención D...	3	0	0	0	Labor de casa
4	Si	Si	No	No	No	No	Insatisfecho	Mala	Servicio de...	3	1	0	1	Labor de casa
5	Si	Si	No	No	Si	Si	Regular	Buena	Servicio de...	5	2	0	0	Ayudante de cocina
6	No	No	No	No	No	No	Satisfecho	Buena	Servicio de...	5	2	0	0	Labor de casa
7	Si	No	Si	No	Si	No	Satisfecho	Buena	Atención D...	5	2	0	0	Labor de casa
8	Si	Si	No	Si	Si	No	Insatisfecho	Mala	Posta sani...	5	1	0	0	Otros trabajos (albañil...
9	Si	No	No	Si	No	Si	Insatisfecho	Mala	Posta sani...	5	3	1	1	Labor de casa
10	No	No	No	No	Si	No	Insatisfecho	Mala	Posta sani...	8	2	0	1	Labor de casa
11	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Regular	Buena	Atención D...	7	3	0	1	Labor de casa
12	Si	Si	No	No	No	No	Regular	Regular	Posta sani...	4	1	0	1	Otros trabajos (albañil...
13	Si	No	No	No	No	No	Muy insatisfecho	Muy mala	Promoción...	7	3	0	1	Labor de casa
14	Si	Si	Si	No	Si	Si	Satisfecho	Buena	Posta sani...	4	1	0	0	Labor de casa
15	Si	Si	Si	No	Si	Si	Satisfecho	Buena	Medicame...	5	2	0	1	Otros trabajos (albañil...
16	Si	No	No	No	No	No	Satisfecho	Buena	Medicame...	7	2	0	0	Labor de casa
17	No	No	No	No	No	Si	Satisfecho	Buena	Posta sani...	10	5	1	3	Labor de casa
18	No	No	No	No	No	No	Regular	Buena	Atención D...	6	1	0	0	Otros trabajos (albañil...
19	No	No	No	No	No	No	Regular	Buena	Atención D...	5	3	0	1	Labor de casa
20	No	No	No	No	No	No	Regular	Buena	Atención D...	3	0	0	0	Estudiantes
21	No	No	No	No	No	Si	Muy insatisfecho	Muy mala	Promoción...	8	6	0	1	Labor de casa
22	Si	Si	Si	Si	Si	No	Muy satisfecho	Buena	Medicame...	4	2	0	0	Labor de casa
23	Si	No	No	No	Si	No	Muy satisfecho	Regular	Medicame...	3	0	0	0	Comerciantes
24	Si	No	Si	Si	Si	No	Muy satisfecho	Regular	Medicame...	5	3	0	0	Labor de casa

Vista de datos Vista de variables

SEGUNDA MEDICIÓN:

base de datos final.sav [Conjunto_de_datos1] - SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Edición Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Complementos Ventana Ayuda

1 : codigo 1.0 Visible: 32 de 32 variables

	ia	Recien_nacidos	niños_1a5	Ocupación	P1FINAL	P3FINAL	P13FINAL	P16FINAL	P17FINAL	P18FINAL	var	var	var	var	var
1	0	0	0	Otros trabajos (albañil...	Oí hablar de el	No	No	No	Muy insatisfecho	Muy mala					
2	1	0	0	Ayudante de cocina	Nunca oí hablar de el	No	Si	No	Insatisfecho	Mala					
3	0	0	0	Labor de casa	Informado	No	No	No	Insatisfecho	Buena					
4	1	0	1	Labor de casa	Nunca oí hablar de el	No	No	No	Insatisfecho	Mala					
5	2	0	0	Ayudante de cocina	No estoy informado	No	No	Si	Regular	Buena					
6	2	0	0	Labor de casa	No estoy informado	No	No	No	Satisfecho	Buena					
7	2	0	0	Labor de casa	Informado	No	Si	No	Satisfecho	Buena					
8	1	0	1	Otros trabajos (albañil...	Informado	No	No	No	Insatisfecho	Regular					
9	3	1	1	Labor de casa	Informado	Si	No	Si	Insatisfecho	Mala					
10	2	0	1	Labor de casa	Oí hablar de el	Si	No	No	Insatisfecho	Mala					
11	3	0	1	Labor de casa	Informado	Si	Si	Si	Regular	Buena					
12	1	0	1	Otros trabajos (albañil...	Informado	Si	No	No	Regular	Regular					
13	3	0	1	Labor de casa	Oí hablar de el	Si	No	No	Muy insatisfecho	Muy mala					
14	1	0	0	Labor de casa	No estoy informado	No	Si	Si	Satisfecho	Buena					
15	2	0	1	Otros trabajos (albañil...	Informado	No	Si	Si	Satisfecho	Buena					
16	2	0	0	Labor de casa	Muy informado	No	No	No	Satisfecho	Buena					
17	5	1	3	Labor de casa	No estoy informado	No	No	Si	Satisfecho	Buena					
18	1	0	0	Otros trabajos (albañil...	Oí hablar de el	No	No	No	Regular	Buena					
19	3	0	1	Labor de casa	No estoy informado	No	No	No	Regular	Buena					
20	0	0	0	Estudiantes	Oí hablar de el	Si	No	No	Regular	Buena					
21	6	0	1	Labor de casa	Informado	Si	Si	Si	Regular	Regular					
22	2	0	0	Labor de casa	Informado	Si	Si	Si	Muy satisfecho	Buena					
23	0	0	0	Comerciantes	Muy informado	Si	Si	Si	Muy satisfecho	Regular					
24	3	0	0	Labor de casa	Oí hablar de el	Si	Si	Si	Muy satisfecho	Regular					

Vista de datos Vista de variables

SPSS Statistics: El procesador está listo

base de datos final.sav [Conjunto_de_datos1] - SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Edición Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Complementos Ventana Ayuda

1 : codigo 1.0 Visible: 32 de 32 variables

	ia	Recien_nacidos	niños_1a5	Ocupación	P1FINAL	P3FINAL	P13FINAL	P16FINAL	P17FINAL	P18FINAL	var	var	var	var	var
27	2	0	1	Labor de casa	Oí hablar de el	Si	No	No	Regular	Regular					
28	0	0	0	Labor de casa	Informado	Si	Si	No	Satisfecho	Regular					
29	0	0	0	Comerciantes	Oí hablar de el	Si	No	No	Muy satisfecho	Muy buena					
30	1	0	0	Comerciantes	Muy informado	Si	Si	No	Muy satisfecho	Muy buena					
31	1	0	1	Estudiantes	Nunca oí hablar de el	No	No	No	Satisfecho	Regular					
32	2	1	1	Labor de casa	Nunca oí hablar de el	No	Si	Si	Regular	Regular					
33	2	0	1	Labor de casa	Nunca oí hablar de el	No	Si	Si	Regular	Regular					
34	4	0	1	Estudiantes	No estoy informado	Si	Si	No	Satisfecho	Buena					
35	1	0	1	Labor de casa	Oí hablar de el	Si	No	No	Insatisfecho	Regular					
36	1	0	1	Labor de casa	No estoy informado	No	No	No	Insatisfecho	Regular					
37	1	0	1	Labor de casa	Oí hablar de el	Si	Si	Si	Muy satisfecho	Muy buena					
38	3	1	1	Otros trabajos (albañil...	No estoy informado	No	Si	Si	Regular	Buena					
39	1	0	1	Labor de casa	Informado	No	Si	Si	Satisfecho	Muy buena					
40	2	0	0	Labor de casa	Informado	No	Si	Si	Muy satisfecho	Muy buena					
41	1	1	1	Comerciantes	Informado	Si	No	No	Regular	Regular					
42	2	1	1	Labor de casa	Oí hablar de el	Si	Si	Si	Insatisfecho	Mala					
43	1	0	0	Labor de casa	Oí hablar de el	No	Si	Si	Satisfecho	Regular					
44	2	0	1	Comerciantes	Oí hablar de el	No	Si	Si	Regular	Buena					
45	2	1	1	Otros trabajos (albañil...	Informado	Si	Si	Si	Satisfecho	Buena					
46	3	1	3	Labor de casa	Informado	Si	Si	Si	Regular	Buena					
47	3	0	2	Labor de casa	Informado	Si	No	Si	Satisfecho	Regular					
48	4	0	1	Labor de casa	Oí hablar de el	No	Si	Si	Satisfecho	Buena					
49	1	0	1	Otros trabajos (albañil...	Oí hablar de el	Si	Si	No	Satisfecho	Buena					
50	1	1	1	Comerciantes	No estoy informado	Si	Si	Si	Satisfecho	Regular					

Vista de datos Vista de variables

SPSS Statistics: El procesador está listo

Anexo 3.

Fotografías

del trabajo de

campo

Anexo 3. Fotografías.

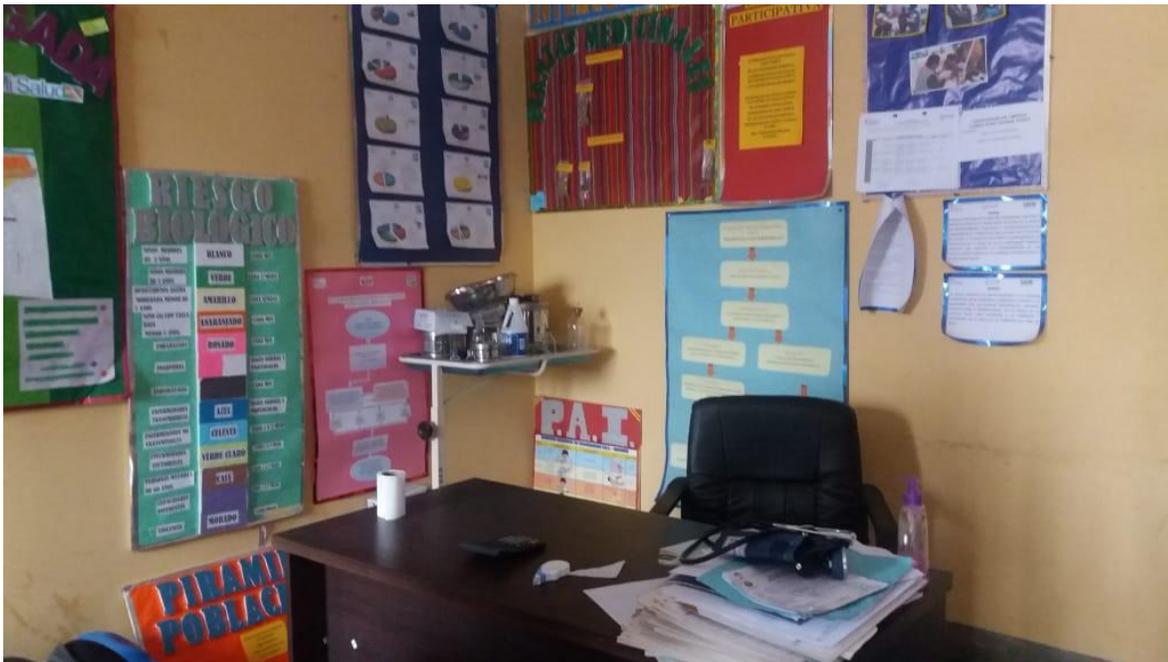
**PRIMERA MEDICION EN EL CENTRO DE SALUD VINTO
(ENCUESTAS PROGRAMA MI SALUD)**



**PRIMERA MEDICION SECTOR DEL CENTRO DE SALUD VINTO
(ENCUESTAS PROGRAMA MI SALUD)**



PUESTOS DE CONSULTA DE LOS DOCTORES QUE CONFORMAN EL PROGRAMA MI SALUD



SALA SITUACIONAL CONSULTORIO VECINAL SAN FRANCISCO- VINTO MI SALUD (SEGUNDA MEDICION)



**SALA SITUACIONAL CONSULTORIO VECINAL SAN ANTONIO-
VINTO MI SALUD
(SEGUNDA MEDICION)**



**SALA SITUACIONAL CONSULTORIO VECINAL KASSO-VINTO-
ZONA KASSO
(SEGUNDA MEDICION)**



**SALA SITUACIONAL CONSULTORIO VECINAL KASSO-VINTO-
ZONA KASSO
(SEGUNDA MEDICION)**



Anexo 4.
Manual Guía
de Sugerencias
recolectadas para el
Programa Mi Salud
en los vecindarios de
Vinto de
la Ciudad de Oruro

Anexo 5.

Diagrama

de Gantt

Anexo 5. Diagrama de Gantt.

N°	Actividad	Duración de meses - inicio febrero 2019							
		FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	
1.	Inicio del estudio del problema de investigación	X							
2.	Diseño y aprobación del protocolo.		X						
3.	Contacto con la población y con el Programa MI SALUD de la Ciudad de Oruro.		X						
4.	Elaboración del Marco Teórico		X						
5.	Realización de la primera encuesta a familias periurbanas del Barrio "Vinto"			X					
6.	Realización de la ficha de registro a familias periurbanas del Barrio "Vinto" de la ciudad de Oruro.			X					
7.	Procesamiento de los datos			X					
8.	Descripción de los resultados				X				
9.	Análisis de los resultados				X				
10.	Realización de la evaluación de impacto del Programa MI SALUD			X	X	X	X		
11.	Procesamiento de los datos						X		
12.	Descripción de los resultados						X		
13.	Redacción del informe final						X		
14.	Revisión del informe final por el tutor						X	X	
15.	Entrega el informe final							X	