CSP20/A EN
(Sp.only)

REPUBLICA DE BOLIVIA

MINISTERIO DE PREVISION SOCIAL Y SALUD PUBLICA

INDEXED

ATENCION PRIMARIA DE SALUD

La Paz Bolivia Agosto 1978

INDEXED

REPUBLICA DE BOLIVIA

MINISTERIO DE PREVISION SOCIAL Y SALUD PUBLICA

ATENCION PRIMARIA DE SALUD

La Paz Bolivia Agosto 1978

ATENCION PRIMARIA DE SALUD

INDEXED

I N D I C E

Página

I. Marco Político Económico y Social 5

1 Generalidades 5
2 Población geográfica y sus implicaciones socio-económicas 6
3 Economía 8
4 Educación 10
5 Estratos sociales y participación de la Comunidad 9
5.1 Participación de la Comunidad 12
6 Política económica social del Gobierno 13

II. Situación de Salud

1 Nivel y estructura de salud 15
1.1 Esperanza de vida 15
1.2 Mortalidad general 15
1.3 Mortalidad infantil 15
1.4 Morbilidad 15
2 Situación de salud por áreas programáticas 16
2.1 Enfermedades Transmisibles 17
2.2 Saneamiento Ambiental 17
2.3 Salud Ocupacional 17
2.4 Materno Infantil - Situación de salud de la mujer 18
2.5 Nutrición 19
2.6 Atención Médica 19
3 Sistemas de Servicio de Salud 19
4 Análisis de la situación actual de Cobertura de Servicios 20

4.1 Cobertura Institucional 20
4.2 Cobertura Tradicional 22
5. Atención Primaria de Salud. Experiencias nacionales 23
5.1 Proyecto de salud rural Montero 24
5.1.1 Propósito 24
5.1.2 Organización 24
5.2 Proyecto de Salud "Ingavi" 26
5.3 Proyecto de Salud "Concern" 26

III. Plan Nacional de Salud
1. Objetivos 29
2. Politicas 29
3. Estrategias 30
4. Expansión de Cobertura Rural 31
4.1 Regionalización 33
4.2 Implementación de la primera etapa 34

- - - - - - - - - -

El Presidente Gral. Juan Pereda Asbún y los Ministros de Previsión Social y Salud Pública Dr. Oscar Román Vaca (derecha) y de Asuntos Campesinos y Agropecuerios Tcnl. Guillermo Escobar Uri.

REPUBLICA DE BOLIVIA

ATENCION PRIMARIA DE SALUD

1.- MARCO POLITICO - ECONOMICO Y SOCIAL.

1. Generalidades.- La República de Bolivia está situada en el Centro de Sud América, con una extensión territorial de 1.098.581 Km2, una población de 4.647.834, lo que hace una densidad de 4.23 habitantes por kilómetro cuadrado.

Bolivia sigue perteneciendo al grupo de países menos adelantados del Continente. El menor desarrollo relativo del país tiene sus principales expresiones en el insuficiente desarrollo cultural y tecnológico· en la poca integración de la sociedad boliviana y en la rigidéz de una estructura social que todavía excluye a vastos sectores de la población del proceso productivo, como es el caso de la asentada en el área rural.

Esta situación es el resultado acumulado de un largo proceso de coloniaje, desmembraciones territoriales, enclaustramiento marítimo, situaciones político sociales y otros factores históricos. Esta acumulación de causas hace que Bolivia presente una serie de características propias que obstaculizan su desarrollo é impiden el pleno uso de sus recursos.

En tal sentido el enclaustramiento marítimo como consecuencia de la guerra de 1879 con Chile junto a la falta de una infraestructura básica de transporte comunicaciones energía y servicios, entre ellos salud, ha constituído y es una verda

dera muralla para el contacto y la relación tanto interna como externa del país y por consiguiente para desarrollar su enorme capacidad productiva potencial.

Existe una mayoría poblacional campesina no incorporada adecuadamente a la vida de interrelación económica y la concentración de población en regiones menos generosas donde la capacidad productiva solo puede desarrollarse con gran esfuerzo, son indudablemente factores determinantes del bajo desarrollo del país. Sí a lo expresado se añade las deficiencias de los mecanismos jurídico, administrativos é institucionales y la falta del suficiente recurso humano técnicamente preparado para atender las necesidades del país, es mucho mas comprensible del porque no haber llevado el proceso de desarrollo con mejores resultados.

En la actualidad el esquema político del país, está orientado en el logro de un desarrollo basado en una estabilidad política oportunidades de trabajo, paz social desarrollo industrial mejoramiento de los mecanismos para la actividad técnica de los sectores productivos: agropecuarios, minería y metalurgia hidrocarburos y paralelamente con justicia distributiva de ls riqueza establecer los servicios que requiere las mayorias poblacionales del área rural y periféricos de los centros urbanos sobre todo.

2. Población Geográfica y sus Implicaciones Socio - Económicas. El censo nacional de población y vivienda de septiembre de 1976, señala una tasa de crecimiento demográfico en el país de 2,10 para el periodo de 1950 - 1976, tasa que aumentaría a 2.23 en 1978 y llegaría al 2.33 en el año 1980.

La estructura de población muestra particular concentración en los grupos de edad más jovenes y una

disminución progresiva a medida que la edad aumenta. Los menores de 20 años alcanza al 52 17% de la población total, lo que importa un alto porcentaje de población dependiente y en edad de necesidad de servicios de salud, educación, vivienda mejoramiento nutricional, etc. necesidades que no pueden ser satisfechas en grandes sectores poblacionales, pese a constituir el grupo humano más susceptible a los riesgos de enfermar y morir.

Es importante resaltar que la población rural o campesina de Bolivia representa el 75% de la población total de la cual más del 40% está distribuída en comunidades de menos de 200 personas totalmente dispersas, fenómeno que se constituye en serio limitante en la dotación de los servicios básicos para su incorporación ulterior en la vida nacional del país.

Es interesante resaltar la distribución de la población conforme al territorio nacional, cuyas características geográficas tan diversas. En el Altiplano en una superficie del 27.84% de la extensión territorial nacional está el 58.80% de la población total con una densidad de 8.03 habitantes por Kms2. Los Valles con el 13.17% del territorio tiene el 27.46% de la población y una densidad de 8,82 habitantes por Km2. Los Llanos orientales abarcan el 58.99 del territorio con el 19,74% de la población total y el 1 42 de densidad.

Esta distribución geográfica poblacional y densidad es elocuente en demostrar que el altiplano siendo geográfica, climática económica, social y políticamente pobre, árida con altitudes que llegan hasta los 5.000 metros sobre el nivel del mar, está concentrada la mayoría de la población del país lo inversamente observado en las fértiles, prósperas y acogedoras regiones de las llanu

ras orientales.

El crecimiento demográfico del país del 2,10 para el periodo 1950 - 1976 puede explicarse en lo fundamental en dos causas · la disminución de las tasas de natalidad y el de crecimiento de los índices de mortalidad general é infantil principalmente.

Añadimos que el 46.65% de la población total de Bolivia está dentro la edad fértil lo que abona más la tesís de la necesidad de servicios de salud. educación y vivienda principalmente. aspectos de los cuales carecen en gran proporción ese 75% de población rural a que hicimos referencia.

Los aspectos poblacionales, geográficos y otros mencionados sumados é interrelacionados con otros, dan lugar a la marginación social, cultural, económica. educativa y política hecho en las que se está dando particular perioridad en el Plan de Desarrollo Económico y Social del Supremo Gobierno.

3.-Economía. Bolivia pertenece al sistema de relaciones formado por los países capitalistas y dentro de él ocupa una situación de dependencia. Los elementos característicos de la dependencia fundamentalmente se reflejan en los aspectos de la producción importaciones y exportaciones, orientación del comercio exterior que a su vez inciden directamente en la evolución del sector interno.

La economía de Bolivia está concentrada en un sistema de producción primaria y de servicios en general, su transformación exige la incorporación del campesino a la vida nacional en condiciones de superación permanente.

El régimen de servidumbre a que estaba sometido el campesino ha sido sustituido por un sistema

de a las necesidades del país especialmente de nuestra población campesina.

La educación en las profesionales universitarias y sobre todo en el campo de las ciencias de la salud no guarda relación con las necesidades del desarrollo económico y social del país formándose recursos humanos para la exportación a un gran costo social ya que la Universidad Boliviana es gratuíta y es sostenida con la contribución económica del pueblo. No existe en la medida de los requerimientos de la vasta población campesina los profesionales medios y auxiliares que exigen sus condiciones económico, socio - culturales.

Las políticas de gobierno en la materia tiende a una educación boliviana democrática y gratuíta. educación de masas y no de castas con una orientación técnica y científica esencialmente nacional y popular. El cultivo de los valores éticos y culturales bolivianos con miras a crear una conciencia que conjugue los avances y conquistas universales con nuestra personalidad nacional y la erradicación del analfabetismo .

5.- Estratos Sociales y Participación de la Comunidad. La población campesina es el estrato más amplio y heterogéneo marginado por la estructura económica y social. El crecimiento demográfico su lenta acumulación de capital. su alta concentración poblacional en relación a la tierra y otros factores de la producción, bajos niveles de tecnología estancamiento educativo aislamiento cultural, dan por resultado una deficiente productividad del sector con las consecuencias directas y críticas en su condición y nivel de vida.

Dentro este estrato social se pueden distinguir las siguientes categorías: Al campesino par

celario, trabajadores minifundarios, campesinos asalariados y vecinos. Los dos primeros son los mas numerosos y los mas relegados en la estructura socio-económica-politica. Los campesinos asalariados son los captados por el sector moderno de la agricultura y el grupo de vecinos es el conformado por habitantes de los puebloes rurales con asimilación hídrida a estructuras urbanas.

Luego, los obreros mineros, la mayor parte de origen campesino son el elemento productivo sustancial del sector económico fundamental del país. pese a lo cual sus condiciones de trabajo y de vida son deficientes. más aún si una familia minera está constituída de un promedio de 7 a 9 miembros y si consideramos que son unos 65.000 mineros. sin contar aquellos mineros que en igual número, no son empleados . pero estan contribuyendo de alguna forma a la producción de minerales (pirquiñeros) representan una población significativa del país.

Los obreros fabriles y artesanos siendo destacable el artesanal, calculado en un 80% de 1 os 205.000 obreros que tiene el sector industrial. La casi totalidad de los obreros llamados artesanos ocultan en realidad amplios márgenes de desocupación disfrazada en los medios urbanos. Los fabriles tienen mayor nivel de ingresos y condiciones de trabajo más estables que el grupo artesanal.

Los sectores medios son tambien de composición heterogénea y amplia constituída por pequeños industriales desprendidos de algunos grupos artesanales mas prósperos estratos intermedios de funciones públicas técnicos medios, clases y ciertas jerarquias intermedias

que lo libera para convertirlo en dueño de la tierra en un proceso masivo de distribución de la tierra conforme lo establece la Ley de Reforma Agraria de 2 de agosto de 1953.

El nuevo sistema minifundista consecuencia de la Reforma Agraria, careció de una implementación técnica, administrativa, económica y social que lo convierte en un sistema de producción de autoconsumo, con un incipiente crecimiento tecnológico, destacandosé la escasa productividad de la mano de obra, con amplio margen de sub-empleo rendimientos agrícolas, sin riegos, falta de caminos secundarios, sin energía eléctrica, que actualmente cubre menos del 9% del área rural inexistencia de un mercado competitivo.

En los últimos años dentro del proceso de planificación nacional se ha enfatizado la elaboración de programas de desarrollo rural con la participación de los sectores productivos y sociales, con miras a establecer nucleamientos de población significativos en cuyas acciones está participando el sector salud dentro la concepción de la atención primaria de salud, dando participación conciente activa, permanente y efectiva a la comunidad en todas las etapas de esta incorporación rural a la vida económica del país. Tiende a suplir las deficiencias de implementación de la que ha carecido la Reforma Agraria.

4.- Educación. La estructura educativa sigue los moldes tradicionales de las naciones más avanzadas, carece de sentido pedagógico no prepara al educando para la vida, los programas de enseñanza son ampulosos y enciclopédicos con contenidos teóricos y abstractos, no contribuye a la formación de una conciencia ética y bolivianista: poco o nada se dice de nuestra dependencia económica política y cultural. Es un sistema educativo que no respon

de la constitución militar maestros etc. Otro grupo constituido por profesionales del sector privado y público, civil y militar, oficiales de las Fuerzas Armadas grados superiores, em presariales y administrativos.

El mayor ente empleador es el estatal fuente principal de ingresos y medio de movili dad social de estos estratos. Se estima que mas de 160.000 personas constituyen los emplea dos públicos y viven en su condición de tales en la satisfacción de sus necesidades y de su familia.

Finalmente los estratos superiores están constituidos por grupos profesionales, civiles militares y religiosos ligados a los niveles de supremacia en las actividades productivas comerciales, industriales financieras, é insti tucionales públicas y privadas.

Son los empresarios y ejecutivos la ban ca, los altos mandos militares y altos cargos de la administración del gobierno central, pú blico y mixto; en en síntesis el poder políti co latente y formalizado.

5.1. Participación de la Comunidad. El concepto de participación de la comunidad planificada den tro del próceso de desarrollo ha sido intro ducida en Bolivia a partir del año 1942 en oca sión de la cooperación internacional del Go - bierno de los Estados Unidos de Norte América con los denominados Servicios Cooperativos fueron establecidos los Servicios Cooperativos Interamericanos de Salud, de agricultura y de Educación principalmente. La organización de comités de salud, y otros, Clubes 4 Eses en agricultura Clubes de Madres y otros mecanis mos con expresiones de participación comunita- ria.

El sistema cooperativo, estimulado por la Dirección Nacional de Cooperativas, las organizaciones religiosas· las mismas organizaciones sicuakes, culturales, políticas, sindicales juntas vecinales. etc., son expresiones de participación de la gente en la identificación priorización y solución de problemas que los afectan.

El Plan de Desarrollo Económico Social vigente en sus politicas, objetivos y estratégias establece la necesidad de un estado de conciencia plena de la comunidad en participar en todo el proceso de su incorporación a la vida nacional. Los programas de desarrollo rural estan igualmente orientados con el ingrediente esencial de la participación de sus beneficiarios, quienes deben asumir la responsabilidad en las ideas las discusiones y las realizaciones de actividades.

El Plan Nacional de Salud como parte integrante del Plan de Desarrollo Económico y Social es igualmente claro en explicitar en sus políticas está participación de la comunidad lo que se hace evidente en el desarrollo de sus programas de etapas de ejecución.

La participación de la comunidad ha sido mas manejable como una técnica para el desarrollo, en el área rural· dado el hecho de identificar intereses que giran alrededor de poblaciones menos numerosas y ligadas por aspiraciones comunes bien definidas.

6.- Politica Económica y Social del Gobierno.- El Gobierno de Bolivia en sus objetivos económicos tiene definidos el desarrollo de los factores de producción mediante un modelo eficiente y viable en el marco de la realidad nacional.

Será diversificada la producción orientada especialmente hacía aquellos sectores económicos de uso intensivo de mano de obra· una industrialización verticalmente integrada a los recursos naturales y una incorporación de todos los sectores nacionales al proceso de desarrollo.

En lo social se tiende a efectivizar la re distribución del ingreso que supere las desigualdades económicas entre los diferentes grupos humanos, de la comunidad boliviana y se traduzca en un mejoramiento general de la calidad de vida, trabajo, educación, salud y vivienda. Es objetivo significa que el destino del hombre debe constituirse en el eje central de la estratégia para el desarrollo en razon de que el instrumento principal será la participación de la propia comunidad a quien está dirigido el desarrollo.

II. SITUACION DE SALUD

1. Nivel y Estructura de Salud

1.1. Esperanza de vida: Según los resultados preliminares de la encuesta demográfica realizada en 1975, la espectativa de vida al nacer ha sido estimada en 48.21 años que, en relación a estimaciones anteriores basadas en las proyecciones del censo de 1950, para 1974 significa una ganancia de dos años.

1.2. Mortalidad General: La estimación de la mortalidad general, según la misma encuesta es de 17.96% que comparado a las estimaciones del año 1974 ha disminuido en 1.44.

1.3. Mortalidad Infantil: Según la encuesta antes citada, la mortalidad infantil se estima en 174.73%o nacidos vivos, cifra mayor a estimaciones de años anteriores (154.6%o nacidos vivos; en el año 1972, 147.6%o en el año 1974).

Las principales causas de mortalidad general están representadas por enfermedades del aparato respiratorio, afecciones perinatales y gastro-intestinales agudas.

La mortalidad infantil se caracteriza por el impacto que tienen las enfermedades respiratorias, diarréicas, las perinatales, y otras enfermedades infecciosas.

1.4. Morbilidad: Según los egresos hospitalarios la morbilidad, en menores de 1 año está impactada por las enfermedades gastrointestinales y respiratorias con más del 80% en grupos de 1 a 4 años predominan las gastrointestinales y respiratorias, seguidas por accidentes, violencias y enfermedades del aparato digestivo; en el grupo de 5 a 14 años, las respiratorias, gastro intestinales y la tuberculosis; de 15 años adelante ocupa el primer lugar como causa de hospitalización la atención del parto normal, luego las complicaciones del embarazo, las enfermedades del aparato digestivo, accidentes y violencias entre las cuatro más importantes.

Del mismo modo que en la mortalidad, en la morbilidad las enfermedades transmisibles continúan siendo uno de los problemas más importantes de salud pública en el país no solamente por la magnitud del daño que provocan sino tambien por su gran impacto de vulnerabilidad en los grupos etarios menores de 5 años y por su trascendencia negativa en edades anteriores como son: la tuberculosis, el sarampión, la tosferina, tétanos, la poliomielitis, etc.

2. Situación del Sector por áreas programáticas

2.1. Enfermedades Transmisibles: El 70% de la mortalidad entre las 10 primeras causas se debe a enfermedades parasita

rias o infecciosas.

En cuanto a mortalidad las enfermedades infecciosas tanto respiratorias como gastrointestinales constituyen la mayor proporción, entre ellas un elevado porcentaje corresponde a daños prevenibles por inmunizaciones específicas.

2.2. Saneamiento Ambiental: En el área urbana menos del 50% dispone de servicios de agua potable y alrededor del 27% de servicio de alcantarillado.

En el área rural apenas 9% dispone de precarios servicios de agua y 5% de algún sistema de alcantarillado.

2.3. Salud Ocupacional: La incidencia de silicosis y tuberculosis en el sector minero el año 1976 fué del 14.9% en vez del 22.4% encontrado a principios del decenio de 1960. Los accidentes en este mismo sector son de 69 por millón de horas trabajadas.

El impacto económico causado por accidentes y enfermedades profesionales en el sector minero, cuya población trabajadora se estima en 65.000 personas, ha sido analizado por la Caja Nacional de Seguridad Social, cuyas conclusiones abarcando costos directos e indirectos, muestran pérdidas de aproximadamente 4.000.000 de $us. anuales.

La morbi-mortalidad por accidentes de

trabajo se ha duplicado entre los años de 1965-1975, en razón de carecer los centros laborales en gran parte de servicios de seguridad e higiene industrial.

La morbilidad por accidentes de trabajo en el sector manufacturero es de 15.2%. La morbilidad por pesticidas es de 1.23%o y la mortalidad de 0.60%o.

2.4. Materno Infantil: Elevada mortalidad infantil 174.7%o nacidos vivos y el 14.4 menores de 4 años; mortalidad materna 48%o nacidos vivos.

La mujer en edad fértil (15 a 49 años) constituye el 23.9% de la población, presentan altos índices de fecundidad alcanzando una tasa estimada de 24.4 por mil mujeres para 1975.

Las deficientes condiciones ambientales y socio-económicas de la población y la escasa cobertura útil de la atención del embarazo, parto y puerperio condicionan la alta tasa de mortalidad materna registrada, 48 por 1.000 nacidos vivos cifra nacional para 1971 con un rango de variación estimado entre 15%o nacidos vivos en La Paz, y 59.6%oo nacidos vivos en Riberalta. Se considera que el problema en las áreas rurales es mayor, en el área rural de La Paz se encontró una tasa de mortalidad materna de 84%oo nacidos vivos (1971). Por otra parte se esti-

ma que el aborto influye significativa mente en esta situación.

Se considera que el 50% de las embarazadas padecen de anemias nutricionales.

2.5. Nutrición: Alto índice de desnutrición sobre todo en menores de 15 años; el déficit es sobre todo proteíco-calórico en un 15% en la población en gene - ral, las anemias nutricionales en un 50% en las embarazadas, y la prevalencia del bocio endémico en un 75% en las zonas endémicas.

2.6. Atención Médica: Los servicios del Mi - nisterio, Seguridad Social y servicios privados cubren parcialmente la demanda en el área urbana, el problema grave es en el área rural en donde más del 70% de su población total no dispone de adecuados y suficientes servicios de salud.

3. Sistemas de Servicios de Salud:

Las múltiples instituciones públicas y privadas que prestan servicios de salud como función principal o colectiva, no conforman un sistema que vincule y coordine estrechamente sus políticas, acciones y actividades. Sus sistemas administrativos son diferentes y autónomos unos de otros, lo que dificulta la coordinación inter-institucional.

Cada uno de estos organismos tienen su es - tructura y organización basados en instru -

mentos jurídicos específicos que definen su naturaleza, fines, cobertura poblacional y financiamiento, razones por las cuales no guardan coherencia y tienen grandes desigualdades en su financiamiento, lo que crea las diferencias de calidad de servicios.

4. Análisis de la situación actual de cobertura de servicios:

El análisis está comprendido en tres aspectos: cobertura institucional, tradicional y el enlace entre ambas.

4.1. Cobertura Institucional: Las características de dispersión de población, accesibilidad, patrones culturales y niveles socio-económicos hacen que para analizar la cobertura institucional de servicios, se tenga necesariamente, que diferenciar dos áreas claramente definidas: Urbana y Rural.

a) Area Urbana: La prestación de servicios a través del Sistema Formal de Salud, conformado por el Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, la Seguridad Social, y otros organismos del Gobierno Central como la Junta de Acción Social de la Presidencia de la República y otras instituciones privadas, está concentrada mayormente en el área urbana, en tramos de población superiores a 5.000 habitantes, con servicios de diversa complejidad y clase.

Es necesario destacar asimismo que las áreas marginales de las ciudades, constituídas en su mayor parte por poblaciones provenientes del área rural, carecen en su generalidad de servicios suficientes y adecuados.

b) Area Rural: Con tramos de población menores de 5.000 habitantes, con una concentración de atención que no alcanza al 0.4 por habitante/año, situación que está condicionada por una serie de factores, advirtiéndose entre los principales:

Accesibilidad geográfica, económica y cultural:

La ubicación o emplazamiento de la infraestructura sanitaria rural, en gran porcentaje, frena la accesibilidad de la comunidad a los servicios debido a las distancias que deben recorrerse y sobre todo a las dificultades de los medios de transporte que no permiten recurrir a los servicios en tiempo y condiciones oportunas y adecuadas.

- La escasa capacidad económica de la comunidad, actúa en forma negativa, limitada su participación en programas y actividades que requieren de aporte económico comunitario en alguna medida.

- Los bajos niveles de educación y

y los patrones culturales tradicionales actuan como el mayor freno en la comprensión de los problemas de salud.

- Sin embargo, en los últimos tiempos la utilización significativa de los servicios de salud en algunas áreas rurales, así como los requerimientos de instalación de otros nuevos pueden ser considerados como un avance valorativo en mayor escala de las necesidades de salud de la comunidad, las migraciones internas, sobre todo de las áreas rurales hacia la periferia de las ciudades, capitales de departamento, ha impulsado a la identificación acelerada de necesidades de salud y la presión a las autoridades para satisfacer dichas necesidades.

4.2. Cobertura Tradicional: No se han hecho estudios específicos para determinar el tamaño y el contenido de las actividades desarrolladas por los recursos humanos de los que tradicionalmente las comunidades se han servido en la atención de la salud. Se conoce sin embargo, la gama de estos recursos que actuan desde remotos tiempos; de ellos los mas conocidos son indudablemente los "Callaguayas" curanderos herbolarios que han incursionado no sólo en el territorio nacional sino que han llevado su técnica tradicional fuera

del país. En las pareas rurales habitadas por poblaciones aymaras se destacan los "Usuyiris" que asisten a la mujer en el proceso del parto, del mismo modo en las poblaciones quechuas la atención del parto se la hace tambien por "Yompiris".

La cobertura resultante de las actividades de la medicina tradicional no es posible cuantificar, no obstante puede considerarse que es de gran volumen, cuya baja calidad indudablemente, es la que preocupa al sistema institucional.

5. Atención Primaria de Salud.- Experiencias Nacionales:

Desde la década del 60 se ha incorporado en la organización del sistema de servicios de salud, programas básicos integrados particularmente en el área rural, con la cooperación del Fondo de las Naciones Unidas de Protección a la Infancia (UNICEF), desarrollándose actividades de Control de Enfermedades Transmisibles, Atención Materno Infantil, Nutrición, Saneamiento Ambiental y Atención de la demanda, en las que de modo básico se ha promovido y fomentado la participación de la comunidad.

Los proyectos de Chuquisaca y Tarija son ejemplo inicial que concreta los propósitos de integración de actividades no sólo limitado al sector salud, sino extendiendo a acciones intersectoriales como educación,

agricultura y la participación de las Corporaciones de Desarrollo Regionales.

En la presente década, siguiendo los lineamientos de políticas, objetivos y estrategias del Plan Nacional de Salud, se han organizado y están en pleno desarrollo otros proyectos, entre los cuales se pueden citar:

Proyecto de Salud Rural de Montero, Proyecto Ingavi, Proyecto Concern.

5.1. Proyecto de Salud Rural Montero:

El Proyecto inició sus actividades el mes de abril de 1976 como área de demostración para extensión de cobertura en Salud en el área rural por convenio entre el Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, USAID/Bolivia, el Comité de Obras Públicas de Santa Cruz y la Iglesia Metodista.

5.1.1. Propósito: El Proyecto Salud Rural Montero tiene como propósito "el diseño, implementación, evaluación y ajuste de un sistema de prestación de servicios integrales de salud en el área rural, de acuerdo con un criterio de regionalización y por niveles de complejidad, con participación activa de la comunidad".

5.1.2. Organización: A nivel operacional el Proyecto se ha organizado de modo que las prestaciones de salud se desarrollen dentro

del patrón de complejidad que se señala a continuación:

Primer Nivel: Complejidad mínima: 40 comunidades de 30 a 120 familias cada una para ejecutar acciones de promoción y prevención y algunas funciones básicas de recuperación a cargo de un Promotor de Salud. Apoyo de un Comité de Salud supervisado por un Auxiliar de Enfermería para 3 a 5 unidades de cobertura.

Segundo Nivel: Complejidad mediana: 8 comunidades de 120 a 200 familias cada una a cargo de un Auxiliar de Enfermería, que además de las funciones de promoción prevención y recuperación de la salud ejerce funciones de supervisión a 3 o 5 unidades de cobertura de su unidad básica de salud.

Tercer Nivel: Es el de mayor complejidad en el área de salud, en número de 4, cumple funciones de prevención, de promoción y recuperación de la salud, siendo en este campo centro de referencia de pacientes de las diferentes Unidades Básicas de Salud (UBS) y unidades de cobertura (U.C.) del área. Presta servicios ambulatorios y de hospitalización. Está a cargo del personal médico y para-médico del Hospital. A

este nivel está el Auxiliar de Enfermería grado II que realiza funciones de supervisión en las UBS y UC del área y coordina las actividades de los Comités de Salud en los diferentes niveles.

Cuarto Nivel: Es el de máxima complejidad local en el Distrito de Montero, en las funciones de recuperación constituye la atención de los casos de la misma localidad de Montero y la referente a casos cuyo diagnóstico y/o tratamiento no puede ser resuelto por los hospitales subdistritales. Cuenta con un hospital general, un hospital pediátrico y un equipo de extensión del Proyecto Rural Montero. Ejerce funciones de capacitación de personal para los diferentes niveles.

Quinto Nivel: Es el de mayor capacidad técnica, humana y equipamiento. En el área de la recuperación resuelve los casos derivados de distrito y sub-distrito. Ejerce funciones de planificación, supervisión, evaluación y coordinación del nivel distrital y regional.

5.2. Proyecto de Salud Rural "Ingavi"

Por Decreto Supremo de diciembre de 1975, se ha creado la Unidad de Salud del Proyecto Ingavi para implementar el Proyecto de Desarrollo Rural Integrado que tiene por objeto elevar el nivel de vida de la población campesina comprendida en una superficie aproximada de 800 Km^2 situada en la región oriental de la provincia Ingavi y meridional de la provincia Los Andes, ambas del Departamento de La Paz, con la participación de varias instituciones del Estado y el financiamiento del Banco Mundial.

5.2.1. Propósito: Mejorar las condiciones de vida del habitante de la región del área del proyecto; proveyéndole asistencia técnica y prestación de servicios en campos de la agricultura, educación, salud, vivienda y mejoramiento del medio ambiente.

5.3. Proyecto de Salud Rural "Concern":

Proyecto que se ejecuta por acuerdo bajo convenio entre el Ministerio de Salud y una institución privada de ayuda en salud rural con sede en San Diego-California (EE.UU.).

El Proyecto se desarrolla en en Departamento de Pando, situado al norte del país con actividades programadas para la prestación de servicios integrados.

5.3.1. Propósito: Extender la cobertura de servicios de salud, en el área del Proyecto, especialmente a través de un sistema de atención primaria de salud, con participación de otros sectores.

* * *

III. PLAN NACIONAL DE SALUD 1976 - 1980

El Plan Nacional de Salud, en coherencia con el Plan de Desarrollo Económico y Social ha delineado las políticas de acción a seguirse fijando los objetivos, políticas y estrategias para su ejecución.

1. Objetivos

1.1. Elevar el nivel de salud de la población total, sin ninguna discriminación a fin de que se constituya en un factor dinámico del desarrollo económico y social del país.

1.2. Este objetivo se alcanzará a través de acciones integrales en el campo de la salud que progresivamente adquieren una cobertura cada vez mayor, mediante un sistema eficientemente coordinado y que produzca servicios eficaces de salud.

2. Políticas

2.1. Otorgar especial atención a los programas y servicios de medicina preventiva por su mayor impacto en el mejoramiento de la salud, aunque sin descuidar la demanda en el área de la medicina curativa.

2.2. Dar prioridad a la población de las areas rurales mediante el mejoramiento, la ampliación de los servicios existentes, la instalación de otros que respondan a sus necesidades reales para alcanzar coberturas totales en actividades de prevención, protección y reparación de la salud dentro de un sistema de referen

cia y supervisión que asegure su eficacia.

2.3. Robustecer las acciones de salud mediante un sistema radiado de entrega de servicios a la comunidad, con prioridad a las áreas marginales y rurales.

2.4. Encuadrar todos los planes y programas del sector salud, dentro del esquema de desarrollo integrado con énfasis en el área rural.

2.5. La formación de recursos humanos del sector salud en cantidad y calidad debe responder y adecuarse a las reales necesidades del país.

2.6 Fomentar la participación activa de la comunidad organizada educada y consciente.

3. Estrategias

3.1. Aplicar tecnología de la mayor simplicidad, eficacia y bajo costo para la solución de problemas de salud.

3.2. Realizar estudios de investigación que permitan conocer los problemas de salud en sentido de encontrar nuevas tecnologías aplicables a la realidad del país.

3.3. Utilizar los recursos humanos existentes en el área rural, tanto los que practican acciones de salud tradicional autóctona como otros que pudieran existir relacionándolos con el sistema formal de

salud, previo adiestramiento y permanente supervisión.

3.4. Incrementar las acciones educativas en salud a través del sistema de educación formal y de acciones propias de los servicios de salud. Además promover estas acciones educativas en los otros sectores.

4. Expansión de Cobertura Rural

En base al conocimiento real de la situación de salud en el área rural y particularmente relacionado con la oferta de servicios para la solución del problema a corto, mediano y largo plazo, se ha enfocado como estrategia la implementación del programa de expansión de cobertura rural a desarrollarse en dos etapas:

La Primera.- Corresponde al reforzamiento y mejoramiento de la infraestructura sanitaria rural existente y la implementación de programas de actividades integradas que permitan la irradiación de las acciones de salud hacia la comunidad, la adecuada y racional utilización de los recursos y el mejoramiento de los rendimientos basados en el desarrollo de programas específicos entre otros con los siguientes objetivos básicos:

a) Prestación de servicios de salud a las poblaciones rurales, mediante la utilización de técnicas y procedimientos simples que estén al alcance del personal auxiliar debidamente adiestrado, convenientemente supervisado, dentro de un sistema de referencia y regionalización de servicios.

b) Conseguir la participación creciente, deliberada, organizada y conciente de la comunidad en todas las fases del desarrollo de los programas y actividades de salud con particular énfasis en las áreas rurales y marginales de las ciudades, buscando la aplicación de tecnologías simples que permitan la efectiva y eficiente extensión de cobertura. Las estrategias en el Plan, al respecto dicen: "Utilizar los recursos Humanos existentes en el área rural, tanto los que practican acciones de salud tradicional autóctona como otros que pudieran existir relacionándolos con el sistema formal de salud, previo adiestramiento y permanente supervisión", con aplicación de tecnologías de la mayor simplicidad, eficacia y bajo costo para la solución de los problemas de salud"

c) Preparación y utilización de las áreas programáticas como campos de adiestramiento para el personal profesional, técnico y auxiliar.

d) Realización de acciones a objeto de constituirse en base para tomar a su cargo progresivamente, la responsabilidad en el desarrollo de las actividades referidas a enfermedades transmisibles.

La Segunda etapa.- comprenderá la ampliación de los servicios de salud a todo el área rural que actualmente se encuentra sin cobertura de servicios dentro de los moldes de desarrollo rural integrado.

Para este fin se realizará un estudio integral que comprenda fundamentalmente;

a) Análisis del comportamiento actual y futuro de la población en función de las condiciones existentes y modificaciones esperadas en los factores socio-económicos y la distribución y estructura demográfica a mediano y largo plazo.

b) Definición de los niveles de atención y las necesidades de salud de la población que permitan obtener una adecuada distribución y determinación de tipo y tamaño de los servicios en sus localizaciones espaciales, en áreas geográficas no cubiertas, escalonada dentro de un sistema de regionalización y referencia.

c) Determinación de construcciones, equipamiento y puesta en funcionamiento de nuevos establecimientos de salud para la expansión de cobertura en áreas carentes de infraestructura y consiguientemente de servicios, resultante del es tudio integrado con emplazamiento en áreas geográficas y de cobertura poblacional incorporados dentro del sistema regionalizado.

4.1. Regionalización

Se aplicará fundamentalmente el mecanismo administrativo funcional de la regionalización como un sistema de coordinación de los recursos de Salud, humanos y materiales, para lograr una mejor accesibilidad y utilización de éstos.

Los servicios regionales serán jerarquizados y articulados en una red de establecimientos de salud, en tal forma que representen un mecanismo de redistribución de recursos, facilitando a la vez su accesi-

bilidad. Para que la regionalización represente un efectivo instrumento de coordinación, todos los establecimientos de salud participarán en la programación, administración y ejecución de los programas de salud.

Los niveles de atención como una parte de la regionalización, están constituídos por una pirámide con grados de complejidad de servicios de acuerdo a la capacidad de atención, a su cobertura, accesibilidad y recursos.

El sistema de regionalización comprende:

I Región
II Zona
III Distrito
IV Area

4.2. Implementación de la Primera Etapa.- la implementación de recursos para el mejoramiento y acondicionamiento de la infraestructura actual del área rural se concreta al mejoramiento y reforzamiento de los siguientes recursos:

- Recursos Físicos.- De los 653 establecimientos sanitarios existentes en el área rural, el Plan de implementación comprende el mejoramiento y adecuación de 187 establecimientos entre Centros de Salud-Hospital, Puestos Médicos y Puestos Sanitarios y la construcción de 193 establecimientos nuevos en reemplazo de los que actualmente se encuentran en estado de deterioro o están funcionando en locales provisionales.

En equipamiento médico se preveé el equipamiento parcial o complementario de 516 establecimientos que actualmente disponen de equipamiento parcial y el equipamiento total de 94 establecimientos. Asimismo, la implementación comprende la dotación de insumos, mobiliario a todos los esta - blecimientos; medios de transporte y mejoramiento del sistema de comunicaciones.

- Recursos Humanos.- Los Recursos Humanos necesarios para la expansión de cobertura rural han sido compatibilizados teniendo en cuenta la actual disponibilidad del Ministerio (2133 funcionarios) y los requerimientos identificados por categorías funcionales (1957 en total).

  Para los diferentes níveles de atención programados y la adecuación de las categorías de personal, el plan comprende el desarrollo de actividades de adiestramiento de personal nuevo y en servicios con énfasis en técnicas simplificadas y de bajo costo.

4.3. Costo Total del Proyecto

Para la implementación de la primera etapa, se requiere un monto de $b.499.186.047 ($us. 24.959.302,35) distribuidos en los siguientes objetos del gasto:

(cuadro)

Inversiones	$b.	325.517.956	$us.	16.275.897.80
Construcciones	"	113.856.469	"	5.692.823.45
Equipamiento	"	211.661.487	"	10.583.074.35
Funcionamiento	$b.	173.668.091	$us.	8.683.404.55
Insumos	"	74.775.341	"	3.738.767.05
Personal	"	98.892.750	"	4.944.637.50
Total requerido	$b.	499.186.047	$us	24.959.302.35

****

Concentración campesina en la localidad de Ucureña Departamento de Cochabamba recordándose el 25° Aniversario de la Reforma Agraria el 2 de agosto de 1978.

Impreso Soc. Publicaciones - Mineralad La Paz - Bolivia

CSP20/B EN
(Sp.only)

XX CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA

St. George - Grenada Septiembre, Octubre, 1978

INFORME DEL GOBIERNO DE CHILE

MINISTERIO DE SALUD
1978