



PLAN DE ACCIÓN QUINQUENAL EN SALUD HACIA EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y SALUDABLE

Con el apoyo de:



La Paz – Bolivia
2020

MINISTERIO DE SALUD

AUTORIDADES NACIONALES

Dra. María Eidy Roca de Sangüeza
MINISTRA DE SALUD

VICEMINISTERIO DE GESTIÓN DEL SISTEMA SANITARIO

**VICEMINISTERIO DE PROMOCIÓN, VIGILANCIA
EPIDEMIOLÓGICA Y MEDICINA TRADICIONAL E
INTERCULTURALIDAD**

VICEMINISTERIO DE SEGUROS DE SALUD

Dra. Gaciela Enriqueta Minaya Ramos
DIRECTORA GENERAL DE REDES DE SERVICIOS DE SALUD

PLAN DE ACCIÓN QUINQUENAL EN SALUD HACIA EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y SALUDABLE

Elaboración Técnica:

Abg. Lorena Godoy Gonzales
Lic. Michelle Lugones Vera
Dra. Natalia Coaquira Alcón

Apoyo financiero y técnico:

Pastoral Social Cáritas Bolivia
Cáritas Alemana

Equipo de Revisión de PSCB:

Lic. Marcela Rabaza Valverde
Abg. Elizabeth Araly Calizaya Mamani

Ministerio de Salud – 2020

PRESENTACIÓN

A pesar de los ingresos económicos reportados en los últimos años, principalmente debido a la venta de los hidrocarburos en Bolivia, en materia de salud no se han realizado avances, teniendo como consecuencia escases de infraestructura sanitaria, poco personal especializado, insuficientes equipos y maquinaria de tecnología, poco acceso a medicamentos de última generación, entre otras de las necesidades evidentes.

A partir de la Ley del Sistema de Planificación Integral del Estado (SPIE) se elaboró el Plan Sectorial de Desarrollo Integral de Salud 2016-2020, con objetivos estratégicos y acciones estratégicas que contribuyen a los resultados, metas y pilares del Plan de Desarrollo Económico y Social 2016-2020, con el propósito de implementar la política de Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural (SAFCI), a través del Sistema Único de Salud (SUS), con acceso universal y gratuito, promoción de la salud y rectoría sanitaria, a la cabeza del Ministerio de Salud, que se constituye en la entidad rectora del Sector, encargada de la formulación de la política nacional de salud y de la reglamentación correspondiente.

Al Ministerio de Salud le corresponde velar por una eficiente atención en salud a la población de todas las edades, a través de políticas, planes, programas y proyectos. El presente Plan de Acción Quinquenal en Salud hacia el envejecimiento activo y saludable, aborda la problemática en salud de las personas adultas mayores, con el propósito de garantizar una vejez digna, tal como lo establece la Constitución Política del Estado Plurinacional y la normativa vigente.

En tal sentido, ha sido fundamental el apoyo que ha brindado Pastoral Social Cáritas Bolivia, comprometida con la población más vulnerable y desprotegida de la sociedad, quien a través de su proyecto “Una Bolivia para todas las edades”, financiado por Caritas Alemana, viene aportando a la coordinación interinstitucional y a un nuevo paradigma de vejez y envejecimiento y un enfoque centrado en la persona, lo que también ha permitido la participación de las personas adultas mayores organizadas a través de la Asociación Nacional de Personas Adultas Mayores de Bolivia –ANAMBO, en la construcción del presente Plan de Acción Quinquenal de Envejecimiento Activo y Saludable.

Dra. María Eidy Roca de Sangüeza
Ministra de Salud

Introducción

El concepto de envejecimiento no ha recibido la misma consideración a lo largo de la historia, según los valores que imperan en cada sociedad y que ancestralmente en Bolivia era considerado sinónimo de adquisición de sabiduría, experiencia y autoridad, y que posteriormente ha estado ligado a un aspecto negativo ya que desde su definición se lo enfoca como un proceso deletéreo que culmina en la muerte.

De esta manera se ve que la población adulta mayor crece a pasos agigantados, dando lugar a un mayor número de enfermedades que se presentan con mayor frecuencia en este grupo altamente vulnerable, dejando “secuelas” que producen dependencia, es decir una pobre funcionalidad relacionada con una discapacidad (términos que serán diferenciados más adelante en este documento). Por supuesto, esto genera un problema, no sólo de salud, sino una fuerte carga económica en los Servicios de Salud, sin hacer menos la carga económica, social y emocional en la familia de la personas adultas mayores.

Sin embargo, pocos enfocan el envejecimiento “en positivo”; esto quiere decir que hay una forma diferente de envejecer, alejando de la discapacidad y de la dependencia a la persona adulta mayor.

El binomio: envejecimiento-dependencia o, este otro: envejecimiento-pobreza, o la conjunción del envejecimiento-pobreza-dependencia discapacidad, dan lugar a problemas socio-sanitarios de gran importancia, cuyas repercusiones aún no están siendo visualizadas en su real dimensión por los respectivos actores, no sólo de salud, sino de todo el aparato estatal.

El Envejecimiento Activo y Saludable, en su definición habla de tres conceptos: *Salud, Participación y Seguridad*, tratando de optimizar las oportunidades de las personas adultas mayores en estos niveles, para mejorar su calidad de vida.

Esto quiere decir, promover:

- A nivel de **salud**, personas adultas mayores que, a pesar de las enfermedades estas hayan sido adecuadamente controladas, cuyas complicaciones con un grado variable de discapacidad, hayan sido prevenidas a tiempo, de tal forma que puedan desenvolverse en forma independiente o con mínima ayuda. Por otro lado busca personas adultas mayores que, cuando la prevención no ha sido efectiva por un sin número de causas, y han desarrollado una gran dependencia y discapacidad, estas puedan acceder a una atención y soportes domiciliarios y comunitarios considerando el deseo de continuar en su casa o en su medio, y de centros capacitados con el fin de prevenir una mayor discapacidad, y finalmente,

acompañarlos en los últimas etapas de su vida junto a su familia para una muerte digna.

Es decir, que todas las personas adultas mayores, con diferentes grados de funcionalidad, ya sea con un envejecimiento saludable o con envejecimiento patológico, tengan opciones de atención especial o especializada. (*oportunidad de salud*). Asimismo, a la atención centrada en la persona promovida por la Organización Mundial de la Salud –OMS, consiste en contar con un sistema sólido de gestión de casos, en el que se evalúen las necesidades individuales y se establezca un plan integral de atención personalizada en torno al objetivo único de mantener la capacidad funcional, teniendo en cuenta las preferencias y los objetivos de la persona adulta mayor.

- A nivel de **Participación**, personas adultas mayores que envejecen saludablemente, con la máxima funcionalidad posible, que tengan oportunidades de trabajo a edades superiores a los 60 años, momento en el cual están en la “cima” de su desarrollo laboral, habiendo acumulado un gran bagaje de conocimientos, los cuales pueden ser transmitidos a personas jóvenes. Personas adultas mayores que participen en todas las actividades sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas en su comunidad (oportunidad en la participación a nivel individual y colectivo), así como la promoción de la participación en espacios de toma de decisiones, espacios de asociatividad y espacios del ejercicio de la democracia, donde se potencie su autonomía, física y moral, siendo un elemento fundamental para su bienestar que tiene una influencia enorme en su dignidad, su integridad, su libertad y su independencia.
- A nivel de **Seguridad**, personas adultas mayores que estén rodeadas de un ambiente tranquilo, sin discriminación, que puedan transitar por calles y adecuaciones de infraestructura, minimizando al máximo el riesgo de accidentes (en especial caídas), con acceso fácil y oportuno a centros de salud, es decir que puedan vivir en una “ciudad amigable” para la persona adulto mayor, sin detrimento a la libertad de toma de decisiones (oportunidad en seguridad).

El presente **Plan de Acción Quinquenal en Salud Hacia el Envejecimiento Activo y Saludable**, del Ministerio de Salud, se enfoca en el aspecto meramente de salud, obviamente sin dejar de lado recomendaciones acerca de los otros componentes del Envejecimiento Activo y Saludable, como el aspecto de Participación y Seguridad; se estructura este Plan, abordando, en primer lugar varios conceptos sobre el envejecimiento, la longevidad, los mitos sobre el envejecimiento, diferencias entre la funcionalidad, discapacidad y dependencia, etc, aspectos desconocidos o confundidos por la mayoría de los actores en salud.

Se presenta además un resumen de los instrumentos internacionales de promoción y protección al derecho a la salud de las personas adultas mayores y el envejecimiento activo, para luego centrarnos en la problemática de Bolivia, donde, haciendo uso de encuestas a varios sectores que trabajan con personas adultas mayores, se obtiene un diagnóstico situacional que da el pie para la propuesta de este plan a través de 5 ejes:

1. Fortalecimiento institucional
2. Entornos favorables en los servicios de salud
3. Prevención de las enfermedades y promoción del envejecimiento activo y saludable, con un enfoque centrado en la persona.
4. El envejecimiento activo y saludable dentro el sistema integral de cuidados
5. Seguimiento, Monitoreo y evaluación del Plan.

Cada uno de estos ejes, tiene objetivos estratégicos que buscan cumplir el propósito de este Plan de Acción, que pretende en resumen, mejorar la calidad de vida de las personas adultas mayores y disminuir la carga socioeconómica y afectiva que trae consigo un envejecimiento patológico con discapacidad y dependencia.

ÍNDICE DE CONTENIDO

PRESENTACIÓN	4
INTRODUCCIÓN	5
GLOSARIO DE TÉRMINOS.....	11
ANTECEDENTES.....	15
CAPÍTULO I. MARCO CONCEPTUAL Y NORMATIVO.....	16
CAPÍTULO II. ESTADO DE SITUACIÓN	41
CAPÍTULO III. PROPUESTA DE DESARROLLO	76
CAPÍTULO IV. INSTRUMENTOS DE SEGUIMIENTO, MONITOREO Y EVALUACIÓN.....	151
BIBLIOGRAFÍA.....	165

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Longevidad y factores

Gráfico 2: Determinantes del envejecimiento activo

Gráfico 3: Determinantes del envejecimiento activo y saludable

Gráfico 4: Grupos de edad en el censo de 2012

Gráfico 5: Evolución de los grupos poblacionales (en % de la población total)

Gráfico 6: Estructura de la población total por sexo, según grupos quinquenales de edad, censos 2001 y 2012

Gráfico 7: Pirámide poblacional por grupos de edad y sexo, proyecciones 2017 - 2030

Gráfico 8: Evolución de personas de más de 95 años de edad

Gráfico 9: Población de personas adultas mayores según área de residencia 1976 – 2012 (por 100)

Gráfico 10: Municipios con mayor porcentaje de población 60 y más años

Gráfico 11: Diferencia entre Esperanza de vida al nacer y Esperanza de vida sana-EVAS

Gráfico 12: Esperanza de vida libre de discapacidad al nacer en las Américas, 1998

Gráfico 13: Esperanza de vida libre de discapacidad después de los 60 años

Gráfico 14: Determinantes de la calidad de vida – área urbana

Gráfico 15: Determinantes de la calidad de vida – área rural

Gráfico 16: Participación por Edad

Gráfico 17: Participación por Edad en la Clínica Geriátrica de la CNS

Gráfico 18: Tiempo de asistencia al programa

Gráfico 19: Participación en distintos programas

Gráfico 20: Edad de los participantes

Gráfico 21: Tiempo de asistencia a su organización

Gráfico 22: Calificación de las actividades que realizan

Gráfico 23: Medio por el que se enteró del programa

Gráfico 24: Percepción de mejoría

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Resultado 12 -PDES

Tabla 2: Porcentaje de población por grandes grupos de edades de acuerdo a los Censos 1976, 1992, 2001 y 2012

Tabla 3: Evolución de grupos quinquenales mayores a 60 años

Tabla 4: Población de 60 años o más, por sexo, según departamento, censo 2012

Tabla 5: Población de 60 años o más, por sexo, según declaración de pertenencia a nación o pueblo indígena originario campesino, Censo 2012

Tabla 6: Enfermedades, síndromes y condiciones comunes en personas adultas mayores.

Tabla 7: Porcentaje de población de 60 años o más por lugar donde asiste cuando tiene problemas de salud, según grupos quinquenales de edad, Censo 2012

GLOSARIO DE TÉRMINOS

Actividades de la vida diaria (AVD)	Son un conjunto de tareas o conductas que una persona realiza de forma diaria y que le permiten vivir de forma autónoma e integrada en su entorno y cumplir su rol o roles dentro de la sociedad.
Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)	Este grupo de actividades están orientadas al cuidado y mantenimiento del cuerpo. Se realizan a diario y casi de forma automática, y son además imprescindibles para poder sobrevivir. Podemos agruparlas a su vez en varias secciones: <ul style="list-style-type: none"> • Alimentación: llevar la comida/bebida a la boca, masticar y tragar, • Aseo e higiene: lavar, enjabonar y aclarar partes del cuerpo, control de esfínteres • Vestido: vestirse y desvestirse, elección de prendas acorde al tiempo, situación... • Movilidad: moverse para realizar actividades cotidianas • Sueño y descanso: organizar las pausas necesarias en el trabajo o actividad.
Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (ABID)	Son más complejas que las ABVD, tanto a nivel cognitivo como motriz, en las que es necesario interacción con el medio. Son menos “básicas”, por lo que no limitan tanto la autonomía, pudiendo delegarse en otros. <ul style="list-style-type: none"> • Cuidar de otras personas o mascotas • Preparar la comida • Comunicarse por medios como la escritura, el teléfono • Conducir, usar medios de transporte. • Mantenimiento de la salud: manejar la medicación, controlar la alimentación, asistir al médico • Manejar el dinero: realizar compras, manejo de finanzas • Mantenimiento y cuidado del hogar: mantener y reparar objetos • Pedir ayuda en situaciones de emergencia.
Atención Especial	Atención exclusiva a las personas adultas mayores.
Atención Especializada	Atención por un personal con estudios en Geriátrica y Gerontología, ya sea del área médica o paramédico (enfermería, fisioterapia, psicología, trabajo social, etc.)
Autocuidado	Este comprende hábitos saludables respecto a la alimentación, trastornos del sueño, cuidado de la dentadura, de los pies, de la piel, ojos, oídos, sexualidad de la persona adulta mayor.

Autonomía personal ¹	Es la capacidad del individuo para hacer elecciones, tomar decisiones y asumir las consecuencias de las mismas.
Calidad del servicio	Conjunto de características que confieren al servicio la capacidad de satisfacer las necesidades actuales y potenciales.
Determinantes sociales de la salud ²	<p>Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas.</p> <p>Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria.</p>
Dignidad	Considera el derecho de las personas mayores a vivir con dignidad y seguridad, verse libres de explotación y malos tratos físicos o mentales, ser tratados con dignidad independientemente de su edad, sexo, raza, procedencia étnica, discapacidad, situación económica o cualquier otra condición y ser valorados debidamente con prescindencia de su contribución económica. ³
Discriminación por edad en la vejez	Cualquier distinción, exclusión o restricción basada en la edad que tenga como objetivo o efecto anular o restringir el reconocimiento, goce o ejercicio en igualdad de condiciones de los derechos humanos y libertades fundamentales en la esfera política, económica, social, cultural o en cualquier otra esfera de la vida pública y privada.
Emergencia Sanitaria Internacional	La Organización Mundial de la Salud (OMS) utiliza el término "emergencia de salud pública de interés internacional" (PHEIC, por sus siglas en inglés) cuando el brote de una enfermedad afecta a más de un país y se requiere una estrategia coordinada internacionalmente para enfrentarlo. Además, debe tener un impacto serio en la salud pública y ser "inusual" e "inesperado".
Envejecimiento	Proceso gradual que se desarrolla durante el curso de vida y que conlleva cambios biológicos, fisiológicos, psico-sociales y funcionales de variadas consecuencias, las cuales se asocian con interacciones dinámicas y permanentes entre el sujeto y su medio.

¹ Teresa Martínez, 2013. En: www.acpgerontologia.com

² Definición establecida por la Organización Mundial de la Salud en 2005.

³ Principios de las Naciones Unidas en favor de las Personas de Edad, adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 16 de diciembre de 1991, Resolución 46/91

Envejecimiento Patológico	Es el proceso de aparición de cambios que se producen como consecuencia de enfermedades, malos hábitos, etc., que no forman parte del envejecimiento normal, que en algunos casos pueden prevenirse, y en otros casos son reversibles.
Envejecimiento activo y saludable	Proceso por el cual se optimizan las oportunidades de bienestar físico, mental y social, de participar en actividades sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas, y de contar con protección, seguridad y atención, con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable y la calidad de vida de todos los individuos en la vejez, y permitirles así seguir contribuyendo activamente a sus familias, amigos, comunidades y naciones. El concepto de envejecimiento activo y saludable se aplica tanto a individuos como a grupos de población.
Equidad	Trato justo y proporcional en las condiciones de acceso y disfrute de los beneficios sociales para las personas adultas mayores, sin distinción por sexo, situación económica, identidad étnica, credo, religión o cualquier otra circunstancia.
Equipo Interdisciplinario	Es un grupo de profesionales de diferentes disciplinas que tienen un objetivo común y que trabajan por y para la consecución del mismo, aportando cada uno de sus conocimientos teórico-prácticos específicos de su profesión. Es el equipo de tratamiento más nuevo y mejor integrado. Los límites profesionales se combinan, se armonizan, y los miembros del equipo enseñan y aprenden unos de otros, promocionando un incremento superpuesto y coincidente de la práctica y del conocimiento.
Geriatría	Rama de la Medicina que se especializa en la salud y las enfermedades de la vejez y en prestar atención y servicios apropiados.
Gerontocomía	Es el arte de cuidar a las personas adultas mayores.
Gerontología	Ciencia que se dedica a estudiar los aspectos sociales, psicológicos, espirituales y biológicos del envejecimiento fisiológico de los individuos y las poblaciones.
Gerontoprofilaxis	“Cualquier medida o procedimiento de todo tipo y con carácter preventivo encaminado a aprender a aceptar la vejez como etapa de la vida y a vivirla de manera plena y digna”.
Objetivos estratégicos	Los objetivos estratégicos son aquellas medidas incluidas en cada eje del Plan de Acción Quinquenal en Salud Hacia el Envejecimiento Activo y Saludable y son los que darán el marco para el establecimiento de intervenciones, normativas, actividades y acciones realizadas por los establecimientos de salud, con el

	objetivo de garantizar un nuevo paradigma de envejecimiento activo y saludable.
Organización Mundial de la Salud –OMS	Autoridad directiva y coordinadora en asuntos de sanidad internacional en el sistema de las Naciones Unidas.
Persona adulta mayor	Aquella persona de 60 años o más, en el territorio boliviano. Cada país o región define a partir de quedad se considera persona adulta mayor.
Servicio sociosanitario ⁴	La atención sociosanitaria es un área que combina dos aspectos: la salud y las necesidades sociales. En particular se centra en aquellos colectivos que tienen necesidades especiales, ya sean físicas, psíquicas, sensoriales o sociales. Su objetivo es mejorar la calidad de vida de colectivos especialmente vulnerables, entre los que se encuentran las personas mayores, y poder optimizar recursos y mejorarla eficiencia de las intervenciones.
Trato Preferente	Es el conjunto de caracteres que buscan un trato prioritario, digno en la atención prestada a las personas adultas mayores en las instituciones públicas o privadas.
Vejez	Construcción social de la última etapa de la vida.

⁴ Gregorio Rodríguez Cabrero, Julia Monserrat Codorníu, Modelos De Atención Sociosanitaria, Una aproximación a los costes de la dependencia, Ministerio De Trabajo Y Asuntos Sociales, España, 2002

ANTECEDENTES

Con la promulgación de la Ley N.º 369 “Ley General de las Personas Adultas Mayores”, se introduce el principio de Autonomía y Auto-realización, a través del cual, todas las acciones que se realicen en beneficio de las personas adultas mayores, deben estar orientadas a fortalecer su independencia, su capacidad de decisión y su desarrollo personal y comunitario.

Asimismo, la misma norma y su reglamento, el Decreto Supremo No. 1807 determinan siete criterios que en su totalidad comprenden el trato preferente: Uso eficiente de los tiempos de atención; Capacidad de respuesta institucional; capacitación y sensibilización del personal; atención personalizada y especializada; trato con calidad y calidez; erradicación de toda forma de maltrato y uso del idioma materno, siendo deber de toda institución pública y privada que presta servicios a la población adulta mayor (comprendidos también los centros de salud), el contar con su Reglamento Interno de Trato Preferente.

En tal sentido, las acciones del Estado y las nuevas políticas públicas destinadas a la población adulta mayor, se han orientado al cumplimiento del Derecho a una Vejez Digna y la promoción de una visión positiva del envejecimiento a fin de romper estereotipos negativos a través de la sensibilización, concientización, intergeneracionalidad, fortalecimiento institucional y empoderamiento de las organizaciones de personas adultas mayores.

Este aspecto ha sido reforzado a partir de la Ley No. 872 que ratifica la “Convención Interamericana sobre la protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores” que brinda un concepto amplio sobre el Envejecimiento Activo y Saludable, constituyéndolo como parte del Derecho a la Salud a partir de la formulación, implementación, fortalecimiento y evaluación de políticas públicas, planes y estrategias nacionales.

Es así que el Estado Plurinacional de Bolivia cuenta con un “Plan de Desarrollo Integral de las Personas Adultas Mayores 2016-2020”, aprobado mediante Resolución Ministerial Nro. 007/2018 del Ministerio de Justicia y Transparencia Institucional en fecha 24 de enero de 2018, siendo su Eje 1 “Salud para las Personas Adultas Mayores” y su Política 2: Promoción de estrategias de prevención en salud, así como una cultura de vejez y envejecimiento activo.

Por tanto, al ser competencia del Ministerio de Salud la planificación del Sistema Nacional de Salud, se presenta el “Plan de Acción Quinquenal en Salud Hacia el Envejecimiento Activo y Saludable” con la finalidad de dar cumplimiento a la normativa y la planificación nacional vigente y proseguir las acciones en beneficio de la salud de las personas adultas mayores.

Capítulo I.
**MARCO CONCEPTUAL
Y NORMATIVO**

A. MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL

1.1. Envejecimiento poblacional

La humanidad experimenta en las últimas décadas, un fenómeno sin precedentes: *el envejecimiento de la población*, hecho que supone el aumento en proporción de personas de edad avanzada (mayores de 60 años) teniendo en cuenta el total de la ciudadanía, dicho fenómeno que se vive también en Bolivia⁵.

De este modo, al ser las condiciones de vida cada vez mejores, las personas alargan su esperanza de vida y, por tanto, se incrementa el volumen de personas adultas mayores en la sociedad llevando a considerar nuevos escenarios sobre los campos económico, cultural, y socio asistencial, a los que hay que hacer frente y dar una respuesta adecuada por el bienestar de las personas adultas mayores.

El cambio demográfico se entiende con más claridad cuando se menciona que hay personas viviendo más tiempo por los avances médicos, las medidas en la medicina preventiva y la reducción de la natalidad. Factores claramente responsables de este evidente cambio en la población.

La salud en general es la más afectada por este proceso, y la prevalencia de las enfermedades está presente claramente en el grupo de mayor edad.

Ante una sociedad en proceso de envejecimiento se debe considerar los efectos que provoca esto a la economía, como tener una fuerza laboral reducida, habrá mayores gastos en la salud, en seguridad social y pensiones, sin dejar de lado el hecho que, las personas adultas mayores aportan económicamente a sus hogares a través de sus rentas o el trabajo doméstico que realizan.⁶

Por otra parte, a nivel familiar el envejecimiento también implica cambios, ya que las personas adultas mayores en situación de dependencia demandan más atención y cuidado, provocando mayores gastos en la manutención y atención.

Debido a estos factores, el país debe diseñar planes y políticas públicas, a mediano y largo plazo, considerando el envejecimiento, pues el 2050 uno de cada cuatro habitantes tendrá más de 60 años.⁷

⁵ Msg René Pereira Morata/Daniel Hernando López. Dimensiones Demográficas del envejecimiento. La Paz – Bolivia;2016

⁶ Mauricio Medinaceli Monroy. Ingreso de las personas adultas mayores en Bolivia. En: HelpAge Internacional. Personas Adultas Mayores: Desigualesy Diversas. Rafael Archondo. La Paz Bolivia. Edobol. 2011. p. 93-122

⁷. Naciones Unidas. Ideas Calve del Informe “perspectivas de la población mundial” [11/11/2019]. Disponibles en: <https://www.un.org/es/sections/issues-depth/ageing/index.html>

1.2. Longevidad

Es de interés del Plan de Acción Quinquenal en Salud Hacia el Envejecimiento Activo y Saludable, recalcar la importancia de la prevención y las tareas que se deben tomar para el beneficio de la persona adulta mayor. Lo que lleva a nombrar la definición de longevidad según L. Salvador Carulla:⁸

“Mientras que el envejecimiento es una condición de salud que se ocupa de los procesos que acontecen después de la madurez, la longevidad es un área de conocimiento que trata de los factores asociados a una esperanza de vida sana después de los 65 años⁹ desde una perspectiva multidisciplinaria e integradora (biopsicosocial)”

Un reciente estudio elaborado con datos de la Organización Mundial de la Salud y la LSE Cities (un organismo de la London School of Economics dedicado a estudiar cómo interactúan las personas y las ciudades), muestra que, en general, la esperanza de vida de las personas que viven en las ciudades es ligeramente más alta que las que viven en el medio rural.

A nivel de Latinoamérica el año 2017 el Organismo mundial menciona que la población ha ganado 16 años de vida como promedio en los últimos 45 años, es decir casi 2 años por quinquenio.

Actualmente una persona que nace en el continente puede aspirar a vivir hasta los 75 años, casi 5 años más que el promedio mundial. Sin embargo, las enfermedades emergentes y las no transmisibles, que causan cuatro de cada cinco muertes anuales, son los principales desafíos a enfrentar en una de las regiones más desiguales del mundo.

“Vivimos más años de vida y morimos menos por causas que podemos evitar, pero esa ganancia no ha sido equitativa”, Carissa F. Etienne¹⁰

Se deben tomar medidas urgentes para combatir las inequidades y que todas las personas en las Américas tengan acceso a los servicios de salud que necesitan y a las condiciones que determinen una buena salud.

Según datos proporcionados por proyecciones del INE, en Bolivia la población más longeva, se encuentran en el área rural representando el 55% del grupo perteneciente a mayores de 80 años de edad., situación contradictoria a aquellos que tienen mayores posibilidades de acceso a centros de salud e información y

⁸ L. Salvador Carulla, A. Cano Sénches. Tratado Integral sobre salud en la segunda mitad de la vida. Longevidad. Madrid España: Editorial Médica Panamericana;2004.

⁹ En Bolivia se considera persona adulta mayor desde los 60 años

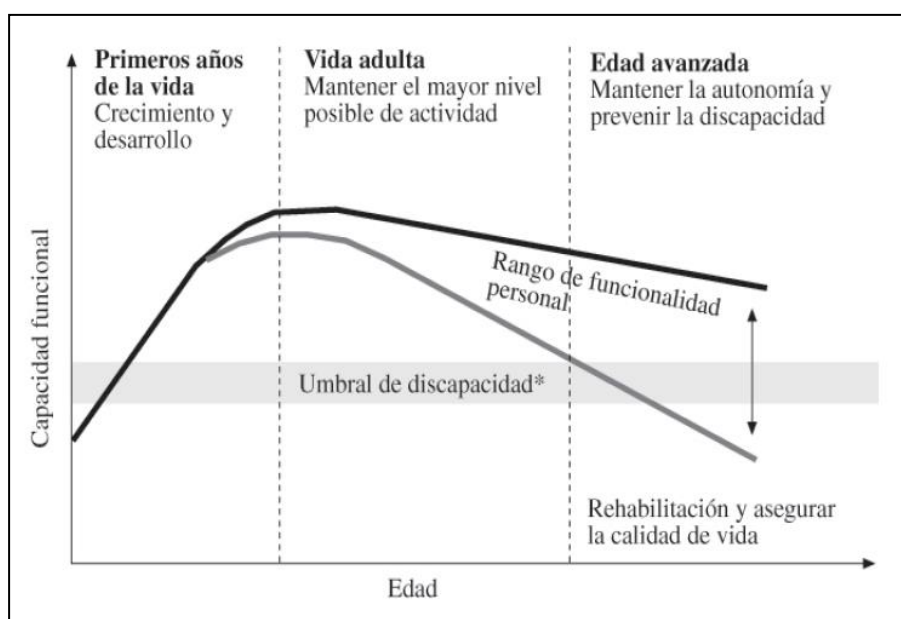
¹⁰ Organización mundial de la salud [Internet]. [actualizado 06 de noviembre 2014]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/detail/06-11-2014--ageing-well-must-be-a-global-priority>

beneficiarse de toda la tecnología actual en equipos y medicamentos; sin embargo, el otro aspecto relacionado al menor grado de estrés, alimentación sana, sin químicos, vida no sedentaria (trabajo físico hasta edades máximas como se realiza en el campo), pudieran reflejar una mayor longevidad.

1.3. Factores que influyen en la longevidad en todas las etapas de vida

La longevidad se relaciona estrechamente con la promoción de la salud, estudia factores y procesos que ocupan todo el ciclo vital del sujeto, como se ve en el siguiente cuadro:

Gráfico 1: Longevidad y factores



Fuente: Kalacha y Kickbusch

El cuadro precedente explica los factores relacionados con el mantenimiento de la capacidad funcional a lo largo de las etapas del ciclo vital. Los cambios en el ambiente pueden disminuir el umbral de discapacidad y así descenderá el número de personas con discapacidad en una comunidad específica.

Es decir, que las investigaciones realizadas rebelan que entre el 25 y 30% de los factores que influyen en la longevidad, están genéticamente determinados; mientras que los restantes 70 a 75% se relacionan con los hábitos de vida: hábitos saludables de alimentación, actividad física, ausencia de hábitos tóxicos (tabaco, alcohol, drogas, etc.) actitud mental positiva, ricas relaciones humanas, etc.¹¹

¹¹ L. Salvador Carulla, A. Cano Sénches. Tratado Integral sobre salud en la segunda mitad de la vida. Longevidad. Madrid España: Editorial Médica Panamericana;2004.

Por tanto hay un mayor porcentaje que no depende del aspecto genético, lo que representa un gran reto a nivel personal, a nivel de los actores de salud e incluso del aparato estatal para intentar modificar la longevidad y por ende la esperanza de vida en las siguientes generaciones.

Vida Temprana: Desde la gestación se ha visto que la influencia de la alimentación en las madres gestantes, los hábitos tóxicos, situaciones psicoafectivas negativas, el estrés, los controles de salud periódicos (prenatales), etc., pueden influir no sólo en la supervivencia del recién nacido, sino en el grado de respuesta de éste ante diferentes situaciones adversas en los primeros años de vida.¹²

Vida Adulta: Por demás está repetir lo anteriormente mencionando en cuanto a los hábitos de vida, a los cuales se puede añadir las horas efectivas de sueño, participación en diversos grupos incluyendo la familia, influirán en la longevidad de las personas.¹³

Etapas del Adulto Mayor: Aunque es fácil pensar que, una vez alcanzados los 60 años, ya no hay mucho que hacer para prolongar la longevidad, este pensamiento está lejos de la realidad, pues se ha visto que las modificaciones en los hábitos de vida en esta etapa, si bien, ya están muy arraigados y estructurados, no es imposible cambiarlos, de esta manera lograr un envejecimiento con menor carga de discapacidad y mejor calidad de vida. Por ejemplo, el tener una jubilación planificada, con perspectivas futuras, mejora la salud física y por ende permite un envejecimiento activo y saludable.¹⁴

1.4. Mitos y estereotipos del envejecimiento en Bolivia

El año 2014 varios países de Latinoamérica reconocieron los problemas que enfrentan las personas adultas mayores respecto a sus Derechos Humanos, mismos que se encuentran relacionados a prácticas discriminatorias (CEPAL, 2014), lo que incide sobre la autonomía, productividad y, de alguna manera, sobre la salud de las personas adultas mayores.

Esta discriminación recibe varias denominaciones, ageismo, edaismo, viejismo, gerontofobia, edadismo o etarismo, términos que se refieren al proceso de elaboración de estereotipos y discriminación contra las personas, debido a que son mayores, este fenómeno adquiere gran relevancia por el aumento de la población adulta, esto:

¹² Rush D. Nutrition and maternal mortality in the developing world. *American Journal of Clinical Nutrition*. 2000, 72:212S-40S

¹³ Dieta, Nutrición y prevención de enfermedades crónicas: report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation. WHO Technical Report Series, No. 916. Geneva: World Health Organization; 2003.

¹⁴ Jhon Jairo Bejarano. Alimentación, nutrición y envejecimiento: un análisis desde el enfoque social de los derechos. *Rev Fac Med*. 2014 Vol. 62 Supl. 1 1: S73-79

“Lleva a la sociedad a tomar muchas formas, como actitudes prejuiciosas, prácticas discriminatorias o políticas y prácticas institucionales que perpetúan estas creencias estereotipadas” (OMS, 2017).

Respecto a las actitudes, se puede entenderlas como sentimientos a favor o en contra de un objeto social, como una persona, hecho o cualquier producto de la actividad humana. Por lo que es importante el trabajo sobre estereotipos positivos para que, de alguna manera, se contribuya al cumplimiento de los derechos de las personas adultas mayores.

La definición de envejecimiento activo como un enfoque integral según la OMS ayuda a quitar dichos estereotipos:

“El envejecimiento activo, es un proceso de optimizar las oportunidades de salud, participación y seguridad a fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen” (OMS, 2002)

Bolivia no se aleja de la discriminación que sufre la persona adulta mayor, creyendo que las capacidades mentales se reducen a cierta edad, lo que los hace incompetentes en sus labores cotidianas, pero, pese al pensamiento de que ellos han disminuido sus capacidades también físicas, no se les da el lugar que corresponde al hacer uso del transporte o en las instituciones públicas donde a la mayoría, le molesta que una persona adulta mayor de 60 años, tenga ciertos privilegios, por lo que, los jóvenes no les ceden el asiento, los transportistas no se detienen al ver una persona adulta mayor.¹⁵

Por otro lado, a las familias, les parece normal que la persona adulta mayor se olvide las cosas o repita una y otra vez la misma historia, haciendo que el diagnóstico de un deterioro cognitivo se retrase.

Incluso, a nivel hospitalario, una persona adulta mayor, mientras más años tenga, está limitado a ser atendido por ejemplo en una Terapia Intensiva o ser sometido a ciertos procedimientos invasivos, pensando que se les podría causar más daño o considerar innecesario el uso de tanto arsenal terapéutico, que debería ser usado en personas jóvenes pues ellos “tienen una vida por delante”.

Desde la experiencia médica, se ve que, pequeños cambios hacen grandes diferencias en la persona adulta mayor, y que hay varios casos de pacientes mayores, que sobreviven en procedimientos heroicos, asombrando a médicos y familiares por la capacidad de adaptación de la persona adulta mayor, que no es homogéneo en su respuesta terapéutica, sino más bien, tienen respuestas muy individuales.

¹⁵ Mauricio Chumacero Visacarra, Federico Escobar Loza. Encuesta a hogares con Personas Adultas Mayores y cercanas a la edad de 60 años. La Paz – Bolivia. Ministerio de Planificación: HelpAge . 2011

En general, los mitos de la inutilidad, el aislamiento social, la incapacidad de aprender nuevas tareas, la asexualidad, y la inflexibilidad, entre otros, pueden encontrarse con un porcentaje no muy bajo, si se hicieran estudios de encuestas específicas en el país.

1.5. Determinantes de la salud que influyen en el Envejecimiento Activo y Saludable

Se denominan determinantes de la salud al conjunto de factores tanto personales como sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o de las poblaciones:¹⁶

Se pueden dividir a estos determinantes de la salud en dos grandes grupos:

1. Aquellos que son de responsabilidad multisectorial del Estado y son los determinantes económicos, sociales y políticos.

La Organización Mundial de la Salud define los determinantes sociales de la salud como «las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen», incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana.¹⁷

El determinante social, quizás sea uno de los determinantes en el que mayor influencia se puede conseguir, es decir la pobreza que conlleva a no tener un acceso al agua potable, saneamiento, alimentación, vivienda e incluso una adecuada información con relación con la salud, lo que implica el llamado Derecho a la Salud).

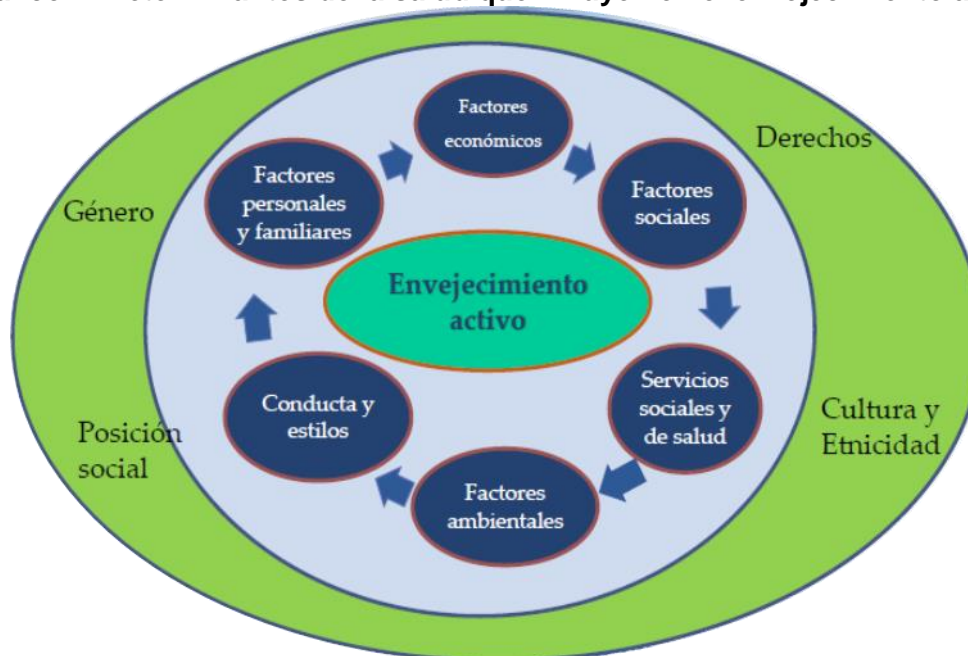
2. Y los de responsabilidad del sector Salud, dentro del accionar del Estado en beneficio de la salud de la población, en lo que se refiere a vigilancia y control en unos casos y de promoción y actuación directa en otros. Estos factores determinantes de la salud son:
 - Aquellos relacionados con los estilos de vida.
 - Los llamados factores ambientales.
 - Los factores relacionados con los aspectos genéticos y biológicos de la población.
 - Los relacionados con la atención sanitaria, los relacionados con los servicios de salud que se brindan a las poblaciones.

¹⁶ Álvarez Castaño LS. Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo. Rev. Gerenc. Polit. Salud (Colombia); 2009; 8 (17): 69-79.

¹⁷ Organización Mundial de la Salud. Determinantes sociales de la salud [página web]. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/es/

Como se puede advertir, el Estado juega un rol en ambos grupos. Dichos determinantes son muy importantes en cada etapa de la vida (temprana, adulta, adulta mayor), la Organización Mundial de la Salud los señala también como influyentes para aportar a un envejecimiento activo y saludable.

Gráfico 2: Determinantes de la salud que influyen en el envejecimiento activo



Fuente: Organización Mundial de la Salud

Por medio del gráfico se puede entender los determinantes de la salud con respecto al envejecimiento activo. Serán todos los mencionados con anterioridad los que se deben tomar en cuenta cuando se quiera intervenir con las personas adultas mayores.

1.6. El envejecimiento activo y saludable

La Convención Interamericana Sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores define al envejecimiento activo y saludable como:

*“El proceso por el cual se **optimizan las oportunidades de bienestar físico, mental y social, de participar en actividades sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas, y de contar con protección, seguridad y atención, con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable y la calidad de vida de todos los individuos en la vejez, y permitirles así seguir contribuyendo activamente a sus familias, amigos, comunidades y naciones**”.*

Este concepto debe aplicarse tanto a los individuos como a los grupos de población.

Bajo ese concepto se debe potenciar las oportunidades de salud, participación y seguridad con el principal objetivo, dar mayor esperanza y calidad de vida a las personas adultas mayores, incluyendo a las personas frágiles con discapacidad o las que necesitan asistencia.

1.6.1. Acciones que promueven el Envejecimiento Activo y Saludable

El paradigma del envejecimiento activo es la base del Estado porque este buscará el bienestar humano, y esto claramente será una manera óptima de prevenir la discapacidad en la vejez. En este sentido se debe hablar de:

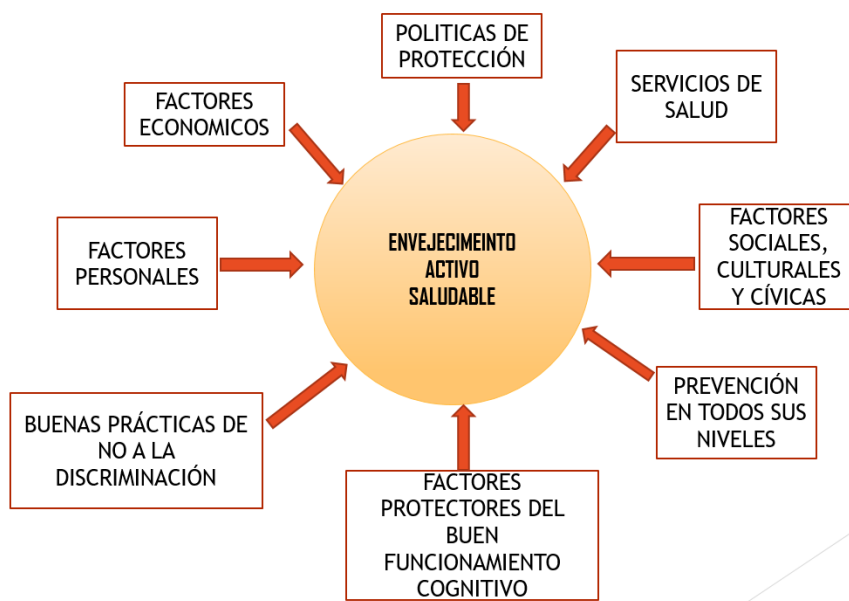
- Desarrollar acciones que promuevan un reparto equitativo en la provisión de cuidados en el ámbito familiar.
- Difundir las buenas prácticas en los diferentes contextos en materia de lucha contra todo tipo de discriminación, por razones de edad, género, particularizando en las situaciones que rodean a las mujeres adultas mayores.
- Fomentar espacios de convivencia multi generacionales, para evitar la segregación por razón de edades.
- Promover el envejecimiento activo a través de acciones educativas y con una perspectiva del ciclo vital en la que se contemple la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.
- Desde la prevención primaria, trabajando con aquellas personas adultas mayores que no presentan ningún deterioro con el objeto de prevenir la aparición de los mismos.
- Desde la prevención secundaria, llevada a cabo con aquellas personas que presentan niveles bajos de deterioro complementando de esta forma otras actuaciones desarrolladas por los Servicios Sociales Comunitarios.
- Desde la prevención terciaria, complementando las prestaciones y servicios de la Ley de Promoción y Atención a las personas en situación de dependencia con aquellas personas que se encuentran con importantes mermas en su autonomía.
- Promover los factores protectores del buen funcionamiento cognitivo, a través de: actividades Lúdicas, Programas de Ocio y tiempo libre, talleres de creatividad, talleres de autocuidado, talleres de preparación para la Jubilación y programas de voluntariado
- Generar propuestas investigativas y de innovación capaces de originar propuestas acertadas a las necesidades fundamentales de las personas mayores, y que a su vez sean inclusivas y participativas.
- Políticas de protección no solo a la persona adulta mayor, sino a la familia en su totalidad, debido a toda la dinámica de cambio que se incorpora cuando uno de sus miembros es ya mayor.

Desde luego todos estos elementos favorecedores de una vejez digna, contrariamente tienen un conjunto de amenazas que dificultan la promoción del

envejecimiento activo, tanto desde el punto de vista sociocultural como del propio individuo. Por lo que habría que favorecer el empoderamiento de las personas adultas mayores y combatir los estereotipos negativos sobre la vejez y evitar el edadismo, así como fomentar las creencias de eficacia personal en el propio proceso de envejecimiento.

En el siguiente gráfico se resume lo anteriormente mencionado:

Gráfico 3: Acciones que promueven el Envejecimiento Activo y Saludable



Fuente: Elaboración propia según datos de la OMS

Más adelante en el texto, se proponen ejes de acción que pueden implementarse en nuestro medio para promover el envejecimiento activo y saludable, cada uno de estos cuentan con objetivos claros a seguir.

1.6.2. Pilares de Acción según la Organización Mundial de la Salud

La Organización Mundial de la Salud se basa en cinco principios de las Naciones Unidas para esta tarea, estos serán los pilares para cualquier acción a tomar: Independencia, Participación, Cuidado, Autorrealización y Dignidad.

a) Independencia

Las personas adultas mayores deberán:

- Tener acceso a alimentación, agua, vivienda, vestimenta y atención de salud adecuados, mediante ingresos, apoyo de sus familias y de la comunidad y su propia autosuficiencia;
- Tener la oportunidad de trabajar o de tener acceso a otras posibilidades de obtener ingresos;
- Poder participar en la determinación de cuándo y en qué medida dejarán de desempeñar actividades laborales;
- Tener acceso a programas educativos y de formación adecuados;
- Tener la posibilidad de vivir en entornos seguros y adaptables a sus preferencias personales y a sus capacidades en continuo cambio;
- Poder residir en su propio domicilio por tanto tiempo como sea posible.

b) Participación

Las personas adultas mayores deberán:

- Permanecer integradas en la sociedad, participar activamente en la formulación y la aplicación de las políticas que afecten directamente a su bienestar y poder compartir sus conocimientos y habilidades con las generaciones más jóvenes;
- Poder buscar y aprovechar oportunidades de prestar servicio a la comunidad y de trabajar como voluntarios en puestos apropiados a sus intereses y capacidades;
- Poder formar movimientos o asociaciones de personas de edad avanzada.

c) Cuidados

Las personas adultas mayores deberán:

- Poder disfrutar de los cuidados y la protección de la familia y la comunidad de conformidad con el sistema de valores culturales de cada sociedad;
- Tener acceso a servicios de atención de salud que les ayuden a mantener o recuperar un nivel óptimo de bienestar físico, mental y emocional, así como a prevenir o retrasar la aparición de la enfermedad;
- Tener acceso a servicios sociales y jurídicos que les aseguren mayores niveles de autonomía, protección y cuidado;
- Tener acceso a medios apropiados de atención institucional que les proporcionen protección, rehabilitación y estímulo social y mental en un entorno humano y seguro;
- Poder disfrutar de sus derechos humanos y libertades fundamentales cuando residan en hogares o instituciones donde se les brinden cuidados o tratamiento, con pleno respeto de su dignidad, creencias, necesidades e intimidad, así como de su derecho a adoptar decisiones sobre su cuidado y sobre la calidad de su vida.

d) Autorrealización

Las personas adultas mayores deberán:

- Poder aprovechar las oportunidades para desarrollar plenamente su potencial;
- Tener acceso a los recursos educativos, culturales, espirituales y recreativos de la sociedad.

e) Dignidad

Las personas adultas mayores deberán:

- Poder vivir con dignidad y seguridad y verse libres de explotaciones y de malos tratos físicos o mentales;
- Recibir un trato digno, independientemente de la edad, sexo, raza o procedencia étnica, discapacidad u otras condiciones, y han de ser valoradas independientemente de su contribución económica.

Lo que lleva a concluir que el término activo no solo debe llevar a pensar en la actividad física sino también en la participación activa de cuestiones sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas.

1.7. La atención centrada en la persona

La atención centrada en la persona es un modelo de atención que busca y prioriza la calidad de vida de las personas adultas mayores. Plantea una atención desde la profesionalidad y el conocimiento técnico, pero poniendo en el centro de la planificación de los cuidados a la persona usuaria de los servicios, partiendo de sus necesidades, pero, sobre todo, garantizando sus derechos y respetando sus preferencias y sus deseos en la atención y en la vida cotidiana.^{18 19}

Para poder cumplir con este concepto se necesita de:

- **Respeto**, esto está estrechamente relacionado con recibir atención personalizada, un trato amable, respeto a sus hábitos, costumbres, y valores, promover a que sigan tomando decisiones sobre sus cosas, ser tratados como adultos, y proteger su intimidad. En resumen, cualquier acción que se tome con las personas adultas mayores deben ser adecuadas porque son ellas dignos de ese trato.

¹⁸ Martínez, T. La atención centrada en la persona. Algunas claves para avanzar en los servicios gerontológicos. Actas de la Dependencia. p 8, 25-47

¹⁹ Teresa Martínez Rodríguez. Modelo de Atención centrada en la persona. Madrid: Gobierno de España España; 2015. Informes de Envejecimiento en res ISSN: 2340-566X

- **Apoyar los proyectos de vida**, esto es importante, es la forma en que las personas adultas mayores plantean su existencia, para conseguir metas, deseos, ya sea en el ámbito personal, social, familiar, respecto a sus propiedades, al ocio y al tiempo libre. Se debe conocer lo que para cada persona es realmente importante, permitir y apoyar su continuidad con su modo de vida, sus hábitos, las rutinas que le dan seguridad, destacar los logros positivos conseguidos en la vida, apoyar las metas de vida aun alcanzables.
- **Modelo de profesionales que busca calidad de vida**, esto se refiere a la profesionalización de la atención a las personas adultas mayores, a buscar la diversidad, a sistematizar la gestión de recursos, y la calidad técnica de las intervenciones. Un modelo centrado en la persona busca promover la calidad de vida las personas adultas mayores, donde las personas son protagonistas y activas, donde el entorno y la organización se convierten en apoyos para desarrollar los proyectos de vida y asegurar el bienestar de las personas.

B. MARCO NORMATIVO

1.8. Marco Normativo Internacional y Políticas asumidas por Bolivia

A continuación, se detalla en orden cronológico y esquemáticamente, los principales instrumentos internacionales de promoción y protección al derecho a la salud de las personas adultas mayores y el envejecimiento activo, promovidos por la Organización de Naciones Unidas –ONU:

Primera Asamblea Mundial sobre Envejecimiento y Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento, 1982²⁰. El Plan de Acción de Viena fue adoptado en la Primera Asamblea Mundial sobre Envejecimiento y Vejez en 1982 y entre sus objetivos plantea la comprensión nacional e internacional de las cuestiones humanitarias y de desarrollo relacionadas con el envejecimiento, donde se plasma el derecho a la salud.

Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad, 1991²¹. Alientan a los Gobiernos a que introduzcan en sus programas nacionales cada vez que sean posibles destacándose los principios de Independencia que incluye el derecho a la atención sanitaria; de Cuidados, a través del acceso a servicios sanitarios y de Autorrealización.

²⁰ Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento, Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. 26 de julio a 6 de agosto de 1982, Viena, Austria.

²¹ Aprobados por Resolución 46/91 de la Asamblea General de las Naciones Unidas en fecha 16 de diciembre de 1991.

Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento, Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, 2002. Fue suscrito por el Estado Plurinacional de Bolivia. Se reconocen tres ejes prioritarios:

- 1) Las personas de edad y el desarrollo;
- 2) El fomento de la salud y el bienestar en la vejez; y
- 3) La creación de un entorno propicio y favorable.

Acciones a partir de la Organización Mundial de la Salud –OMS. Se cuenta con las siguientes acciones:

- 1) Resolución WHA52.7 (1999) sobre envejecimiento activo y la resolución WHA58.16 (2005) sobre la promoción de un envejecimiento activo y saludable, en las que se insta a los Estados Miembros a que adopten medidas para asegurar a la población rápidamente creciente de ciudadanos de edad avanzada el grado máximo de salud y bienestar que se pueda lograr.
- 2) Resolución WAH67 (2013)²² que establece la emisión de un informe mundial sobre el envejecimiento saludable (2015)²³ y la elaboración de una estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud 2016-2020: hacia un mundo en el que todas las personas puedan vivir una vida prolongada y sana²⁴.

Acciones Regionales a partir de la Organización de Estados Americanos. Además de tener varias normas sobre la salud, la región ha sido pionera en la definición de normas a favor de las personas adultas mayores, como una de las acciones de seguimiento al Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento del 2002, así se dispone de un marco más desarrollado:

- 1) *Primera Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento: hacia una estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. Santiago de Chile, 2003*²⁵. Se promueve el acceso a servicios de salud integrales y adecuados, que garanticen una mejor calidad de vida en la vejez y la preservación de su funcionalidad y autonomía.
- 2) *Segunda Conferencia Regional Intergubernamental sobre envejecimiento en América Latina y el Caribe: Hacia una sociedad para todas las edades y de protección social basada en derechos, Brasil, 2007.* Se aprobó la y Declaración de Brasilia, misma que plantea acciones en cuanto a disminuir las barreras que impiden el acceso adecuado a servicios de salud y mejorar

²² Résolution WAH67(13) Mai 2013 de la asamblea de la OMS

²³ http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67-REC1/A67_2014_REC1-fr.pdf

²⁴ http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_ACONF8-sp.pdf

²⁵ Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid, Conferencia regional intergubernamental sobre el envejecimiento, Santiago de Chile, 19 al 21 de noviembre de 2003.

los niveles de información. Todo esto siguiendo una estrategia de intervención intergeneracional y comunitaria.

- 3) *Tercera Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento, Costa Rica, 2012*. Aprobó la y Carta de San José sobre los derechos de las personas mayores de América Latina y el Caribe que promueve avanzar en el acceso a la salud y a los cuidados.
- 4) *Cuarta Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento y Derechos de las Personas Mayores en América Latina y el Caribe, Paraguay, 2017*²⁶. Se aprobó la Declaración de Asunción “Construyendo Sociedades Inclusivas: Envejecimiento con Dignidad y Derechos” que exhorta a los Gobiernos a incorporar de manera transversal en sus políticas, planes y programas de desarrollo el tema del envejecimiento y a poner en marcha políticas específicas para las personas mayores, que promuevan su autonomía e independencia, así como la solidaridad intergeneracional.

Convención Interamericana Sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. Fue aprobada en el Cuadragésimo Quinto Período Ordinario de Sesiones de la Asamblea General de la Organización de Estado Americanos —OEA el 15 de junio de 2015, suscrita por el Estado Plurinacional de Bolivia el 9 de junio de 2016 y ratificada mediante Ley N° 872 de 21 de diciembre de 2016.

Su objetivo, plasmado en el artículo 1 es promover, proteger y asegurar el reconocimiento y el pleno goce y ejercicio, en condiciones de igualdad, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de las personas adultas mayores, a fin de contribuir a su plena inclusión, integración y participación en la sociedad.

Entre los Derechos protegidos, está el de igualdad y no discriminación por razones de edad; Derecho a la vida y a la dignidad en la vejez; Derecho a la salud y Derecho a la independencia y a la autonomía.

Su artículo 2 establece una definición de “envejecimiento activo y saludable” como aquel proceso por el cual se optimizan las oportunidades de bienestar físico, mental y social, de participar en actividades sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas, y de contar con protección, seguridad y atención, con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable y la calidad de vida de todos los individuos en la vejez, y permitirles así seguir contribuyendo activamente a sus familias, amigos, comunidades y naciones.

Por otra parte, su artículo 29 hace referencia a situaciones de riesgo y emergencias humanitarias, determinando que el Estado debe tomar todas las medidas específicas que sean necesarias para garantizar la integridad y los derechos de la

²⁶ Ésta conferencia se realizó del 27 al 30 de junio de 2017 en Asunción del Paraguay, en el marco del tercer ciclo de examen y evaluación del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento

persona adulta mayor en situaciones de riesgo (como ser ante declaratoria de una emergencia sanitaria nacional o internacional), debiendo adoptar medidas de preparación, prevención, reconstrucción y recuperación ante este tipo de situaciones.

Acciones a partir de la Organización Panamericana de la Salud –OPS. Se cuenta con las siguientes acciones:

- 1) Resolución CD49.R15 (2009) que aprueba el Plan de Acción de la Organización Panamericana de la Salud sobre la salud de las personas adultas mayores, incluido el envejecimiento activo y saludable 2009-2018²⁷.
- 2) Plan de lucha contra la Demencia²⁸.

1.9. Marco Normativo Nacional y Políticas Relacionadas

Antes de revisar las normas nacionales de protección en salud para las personas adultas mayores, es necesario partir de lo establecido en la Constitución Política del Estado y las competencias autonómicas establecidas en la Ley Marco de Autonomía y Descentralización “Andrés Báñez”:

1.9.1. Constitución Política del Estado, 7 de febrero de 2009

El Texto Constitucional en su artículo 35, párrafo I, establece que el Estado, en todos sus niveles, debe proteger el derecho a la salud, promoviendo políticas públicas orientadas a mejorar la calidad de vida. En concordancia y de manera específica, los artículos 67 y 68 señalan que todas las personas adultas mayores tienen derecho a una vejez digna, con calidad y calidez humana, siendo deber del Estado adoptar políticas públicas para la atención, recreación y ocupación social de las personas adultas mayores, de acuerdo con sus capacidades y posibilidades.

1.9.2. Ley No. 031 - Ley Marco de Autonomía y Descentralización “Andrés Báñez”, 19 de julio de 2010

El numeral 1, párrafo I, del artículo 81 de la Ley No. 031 establece como competencia del nivel central del Estado la elaboración de la política nacional de salud y las normas nacionales que regulen el funcionamiento de todos los sectores, ámbitos y prácticas relacionados con la salud.

Por su parte, los incisos e) y j) del numeral 1, del párrafo III del artículo 81 de la misma norma establecen como competencia concurrente de los Gobiernos Departamentales Autónomos la coordinación con los municipios y universidades públicas el uso exclusivo de los establecimientos del Sistema de Salud público para la formación adecuada de los recursos humanos, en el marco del respeto prioritario

²⁷ <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49-08-s.pdf?ua=1>

²⁸ <http://www.mayoresaludables.org/etiquetas/plan-de-lucha-contra-alzheimer>

del derecho a las personas; y la elaboración y ejecución de programas y proyectos departamentales de promoción de salud y prevención de enfermedades en el marco de la política de salud.

Asimismo, los incisos c), e) y g) del numeral 2, del párrafo III del artículo 81 de la Ley No. 031 determinan como competencia concurrente de los Gobiernos Municipales Autónomos la administración la infraestructura y equipamiento de los establecimientos de salud de primer y segundo nivel de atención organizados en la Red Municipal SAFCI; ejecutar el componente de atención de salud haciendo énfasis en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en las comunidades urbanas y rurales; y dotar a los establecimientos de salud del primer y segundo nivel de su jurisdicción: servicios básicos, equipos, mobiliario, medicamentos, insumos y demás suministros, así como supervisar y controlar su uso.

1.9.3. Normas de Protección a las Personas Adultas Mayores

A continuación se detallan las normas de protección en salud para las personas adultas mayores en Bolivia:

Ley N° 1886 de Derechos y Privilegios de 14 de agosto de 1998. Establece un régimen de descuentos y privilegios a favor de las personas adultas mayores y crea el primer seguro universal para esta población: el Seguro Médico Gratuito de Vejez.

Ley N° 369, Ley General de las Personas Adultas Mayores, de 1 de mayo de 2013. Tiene por objeto regular los derechos, garantías y deberes de las personas adultas mayores, así como la institucionalidad para su protección. Entre los derechos que desarrolla, se encuentra el acceso a la salud con calidad y calidez, el derecho a la información sobre el tratamiento, intervención médica o internación con el fin de respetar su consentimiento y el trato preferente.

Respecto a este último, la Ley No. 369 establece que todas las instituciones públicas y privadas deben brindar trato preferente a las personas adultas mayores de acuerdo a los siguientes criterios:

- 1) Uso eficiente de los tiempos de atención.
- 2) Capacidad de respuesta institucional.
- 3) Capacitación y sensibilización del personal.
- 4) Atención personalizada y especializada.
- 5) Trato con calidad y calidez.
- 6) Erradicación de toda forma de maltrato.
- 7) Uso del idioma materno.

Ley N° 459, Ley de Medicina Tradicional Ancestral Boliviana, de 19 de diciembre de 2013. Entre sus objetivos se encuentra la promoción y fortalecimiento del ejercicio y la práctica de la medicina tradicional ancestral

boliviana, cuyos ámbitos de aplicación son los órganos del nivel nacional, las entidades territoriales autónomas y las instancias asociativas, consultivas, formativas y de investigación.

Define a la medicina tradicional ancestral boliviana como “un conjunto de conceptos, conocimientos, saberes y prácticas milenarias ancestrales, basadas en la utilización de recursos materiales y espirituales para la prevención y curación de las enfermedades, respetando la relación armónica entre las personas, familias y comunidad con la naturaleza y el cosmos, como parte del Sistema Nacional de Salud”.

Ley N° 475, Ley de Prestaciones Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia, de 30 de diciembre de 2013. Fue modificada por la Ley N° 1152 de 20 de febrero de 2019 denominada “Hacia un Sistema Único de Salud, Universal y Gratuito -SUS”. Establece y regula la atención integral y la protección financiera en salud de la población que no se encuentra cubierta por la Seguridad Social a Corto Plazo, siendo parte las personas adultas mayores.

El artículo 6 de la Ley No. 475 establece que la atención integral de salud comprende las siguientes prestaciones: acciones de promoción, prevención, consulta ambulatoria integral, hospitalización, servicios complementarios de diagnóstico y tratamiento médico, odontológico y quirúrgico y la provisión de medicamentos esenciales, insumos médicos y productos naturales tradicionales.

Su antecesora fue la Ley No. 3323 del Seguro de Salud Para el Adulto Mayor – SSPAM, reglamentada mediante Decreto Supremo N° 28968.

Decreto Supremo N° 0264, de 26 de agosto de 2009. Declara el 26 de agosto como el día de la Dignidad de las Personas Adultas Mayores en todo el territorio del Estado Plurinacional de Bolivia.

Establece que el Ministerio de Salud, entre otros, debe incorporar en su planificación anual la implementación de programas específicos de apoyo, desarrollo y protección a las personas adultas mayores.

Resolución Ministerial Nro. 007/2018, que aprueba el "Plan Multisectorial de Desarrollo Integral de las Personas Adultas Mayores 2016 – 2020" de 24 de enero de 2018. Busca generar y ampliar mecanismos de garantía y protección de derechos de las personas adultas mayores, dando cumplimiento a la Ley N° 369, a su Decreto Supremo Reglamentario N° 1807 y la Ley 872, que Ratifica la Convención Interamericana de Protección de los Derechos de las Personas Adultas Mayores. Su Eje 1 se refiere a la “SALUD PARA LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES” y su Política 2 a la “promoción de estrategias de prevención en salud, así como una cultura de vejez y envejecimiento activo”.

1.9.4. Transversalización del Plan de Acción Quinquenal en Salud Hacia el Envejecimiento Activo y Saludable

El Estado, mediante Decreto Supremo N° 29272 de fecha 12 de septiembre de 2007 aprobó el Plan Nacional de Desarrollo (PND) “Bolivia Digna, Soberana, Productiva y Democrática, PARA VIVIR BIEN”, como marco de referencia de los planes sectoriales, departamentales y municipales de desarrollo. El Vivir Bien es la capacidad de potencializar los modos de la vida en armonía, es la visión política de los pueblos ancestrales, originarios y campesinos, que durante siglos han desarrollado estrategias de planificación que beneficiaba a todo el pueblo en general y no solo a un sector.

El sector salud contribuyó a la Estrategia con el Plan Sectorial de Desarrollo 2010-2020. El Plan establece los lineamientos políticos, estratégicos y programáticos que guían el quehacer sanitario en el sistema de salud, durante el periodo 2010-2020, en el marco de la política Salud Familiar Comunitaria Intercultural-SAFCI.

El modelo de atención dentro de la política SAFCI, es el conjunto de acciones que facilitan el desarrollo de procesos de promoción de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad de manera eficaz, eficiente y oportuna en el marco de la horizontalidad, integralidad e interculturalidad, de tal manera que las políticas de salud se presentan y articulan con las personas, familias y la comunidad o barrio.

La Ley No. 650 de 19 de enero de 2015, que eleva a rango de Ley la "Agenda Patriótica del Bicentenario 2025", contiene trece (13) pilares de la Bolivia Digna y Soberana, especificándose en el PILAR 3 la “salud, educación y deporte para la formación de un ser humano integral”.

El Estado, mediante Ley N° 777 de 21 de Enero de 2016, aprueba el Sistema de Planificación Integral del Estado SPIE que establece tres subsistemas que se articulan los cuales son: la Planificación, el Presupuesto y el Seguimiento, marco de referencia para la elaboración de los planes sectoriales y territoriales.

Asimismo mediante Ley N° 786 de 9 de Marzo de 2016 que aprueba el Plan de Desarrollo Económico y Social PDES 2016 – 2020 que contribuye a los 13 pilares de la Agenda patriótica se establece el resultado 12 el cual está desarrollado en el Plan Sectorial de Desarrollo Integral para vivir bien 2016 – 2020²⁹:

²⁹ Plan Sectorial de Desarrollo Integral para vivir bien 2016 – 2020

Tabla 1: Resultado 12 -PDES

RESULTADO 12: Se ha fortalecido el apoyo integral para personas adultas mayores en centros de acogida y otros espacios para su ejercicio al derecho a una vejez digna.					
OBJETIVO ESTRATÉGICO	INDICADORES DE IMPACTO	LÍNEA BASE	ACCIONES	PRODUCTO	INDICADOR DE PROCESO
OE1. Mejorar la situación de salud de la población	Incidencia de Artritis Reumatoide por 1000 adultos mayores de 60 años	44.84	1. Apoyo integral para personas adultas mayores. (7)	Adultos mayores envejecen saludablemente	N° de personal calificado que atiende adultos Mayores
	Incidencia de cataratas en personas adultas mayores de 50 años	2%	1. Apoyo integral para personas adultas mayores. (7)	Adultos mayores atendidas en salud	Adultos mayores atendidas en el marco de la Ley 475
	Tasa Mortalidad por Cáncer por 1000 habitantes	0.07	1. Apoyo integral para personas adultas mayores. (7)	Adultos mayores atendidas en salud de forma gratuita	Adultos mayores atendidas en el marco de la Ley 475

Fuente: Elaboración en base a PDES

El Ministerio de Salud cuenta con un Plan Estratégico Institucional (PEI) 2016-2020, aprobado mediante Resolución Ministerial No. 0909 de 9 de septiembre de 2016, que establece los lineamientos políticos, estratégicos y programáticos que guían el quehacer sanitario en el sistema de salud, durante el periodo 2016-2020. Los lineamientos priorizan:

- El Derecho a la Salud
- La Salud Familiar Comunitaria Intercultural-SAFCI.
- El Sistema Único de Salud
- Servicios de Salud de Calidad
 - Red Funcional de Servicios de Salud
 - Atención Integral de Servicios de Salud
 - El Continuo de Atención en la Salud en el curso de la vida
 - Envejecimiento Saludable
- El Régimen autonómico en salud
- La Rectoría Sanitaria
- La Medicina Tradicional y la Salud Intercultural

Por la primera vez en un marco estratégico macro del sector salud, se identifica el envejecimiento saludable como área prioritaria³⁰.

³⁰ Plan Sectorial de Desarrollo Integral para vivir bien 2016 – 2020, página 138

1.9.5. Contextualización del Plan de Acción Quinquenal en Salud Hacia el Envejecimiento Activo y Saludable en el Enfoque del Continuo de la Atención en el Curso de la Vida

El primer nivel de atención se constituye en la puerta de entrada al Sistema de Salud Familiar Comunitaria Intercultural. El personal de salud de los establecimientos de primer nivel de atención, como parte principal de la red funcional de salud, tiene la tarea de desarrollar procesos de educación y promoción de la salud, orientación, prevención y tratamiento de enfermedades, prestación de servicios integrales e interculturales (en la familia, en la comunidad y en el establecimiento) de tipo ambulatorio, de internación de tránsito, con servicios básicos complementarios de diagnóstico, articulados con la medicina tradicional, mediante el componente de referencia y contrarreferencia, para contribuir a mantener y mejorar la salud de la población, enmarcándose en el cuidado de su salud física, mental, social, espiritual, cultural y ambiental.

En la actualidad, el enfoque del ‘continuo de atención’ contribuye a brindar atención integral en salud a la población; según este principio, la población debe tener acceso a servicios calificados durante el curso de la vida, (sobre todo en salud reproductiva, embarazo y parto, atención al recién nacido, niño/a y adolescente), reconociendo que el mejorar el estado de salud en un ‘momento’ del continuo, repercute favorablemente en el siguiente. Además, el enfoque del continuo de atención promueve la integración de los diferentes ámbitos de atención: hogar, la comunidad y los establecimientos de salud por nivel de atención. Estos servicios deben estar orientados a la promoción de la salud, prevención, atención y rehabilitación de enfermedades.

En Bolivia, el continuo de la atención incluye dos componentes: La Atención Integral al Escolar (niño/a de 5 a 12 años) y a las personas adultas mayores (de 60 años o más), con lo cual el enfoque abarca prácticamente todas las fases del curso de la vida.

El Ministerio de Salud cuenta con un documento técnico de “Atención Integrada al Continuo del Curso de la Vida Adolescente-Mujer en edad Fértil-Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperiorecien Nacido/a- Niño/a Menor de 5 Años- Niño/a de 5 años a Menor de 12 Años de Edad- Personas Adultas Mayores” que presenta unos “Cuadros de Procedimientos para el Primer Nivel de Atención” respecto a la incorporan la aplicación de conceptos de calidad durante la atención al curso de la vida y contribuyen a mejorar los conocimientos, actitudes, aptitudes y prácticas respecto al cuidado y mantenimiento de la salud, tanto en los servicios de salud como en la comunidad y en el hogar.

Por tanto, el presente Plan de Acción Quinquenal en Salud Hacia el Envejecimiento Activo y Saludable es aplicable al Continuo de la Atención en el Curso de la Vida, debido a que representa una atención integral que no solo estará dirigido para las

población adulta mayor, sino también a la familia en general y la atención del/la adolescente-mujer en edad fértil-mujer durante el embarazo, parto y puerperio-recién nacido/a-niño/a menor de 5 años, escolar y persona adulta mayor, en el marco de la Política SAFCI, en los siguientes cuadros de procedimientos, según la clasificación que establecen:

TIPO DE ATENCIÓN	CUADRO DE PROCEDIMIENTO CON EL QUE SE RELACIONA EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y SALUDABLE	ASPECTOS A PRESTAR ATENCIÓN PARA UN ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y SALUDABLE, SEGÚN CLASIFICACIÓN
Atención integral del/la adolescente-mujer en edad fértil	Cuadro 1: evaluar el estado nutricional del/la Adolescente •evaluar factores psicosociales	La obesidad, sobrepeso, desnutrición grave o anemia grave, trastorno alimenticio.
	Cuadro 5: evaluar riesgo de consumo de sustancias - Todos los adolescentes de ambos sexos	Consumo de sustancias
	Cuadro 6: evaluar riesgo de depresión en los/las Adolescentes	Depresión grave con riesgo de suicidio Detectar signos de Alerta de depresión
Mujer durante el embarazo, parto y puerperio	Cuadro 14: evaluar y clasificar el estado de salud de la madre en el periodo postnatal	Puerperio con Complicación Severa Puerperio con Complicación
	Cuadro 15: evaluar en la madre la condición de los senos	Mastitis infecciosa o absceso del seno Ingurgitación Mamaria

Atención inmediata al recién nacido/a	Cuadro 17: evaluar la condición al nacer atención al menor de 7 días que es llevado al establecimiento de salud	Condición grave al Nacer Condición de cuidado al nacer
	Cuadro 20: determinar si tiene problemas de alimentación o bajo peso	Bajo peso grave Problemas de alimentación o bajo peso
Atención al niño/a de 7 días a menor de 2 meses de edad	Cuadro 23: determinar si hay problemas de alimentación o bajo peso	Desnutrición grave Problemas de Alimentación o bajo peso
	Cuadro 24: evaluar el desarrollo en niños menores de 2 meses de edad	Probable retraso Del desarrollo Desarrollo normal con factores de riesgo
Atención al niño/a menor de 5 años	Cuadro 26: determinar si presenta desnutrición aguda o Sobrepeso/obesidad desnutrición aguda moderada	Desnutrición aguda grave y/o anemia grave Sobrepeso Obesidad
	Cuadro 34: evaluar el desarrollo en niños de 2 meses a menores de 5 años de edad	Probable retraso Del desarrollo
Atención al niño de 5 años a menor de 12 años de edad	Cuadro 36: evaluar el estado nutricional del/la escolar	Obesidad Sobrepeso Desnutrición grave y/o o anemia grave
	Cuadro 42: evaluar problemas de audición y agudeza visual	Posible problema De agudeza auditiva

		Posible problema de agudeza visual
Atención personas adultas mayores a partir de los 60 años de edad (valoración geriátrica breve)	Cuadro 43: determinar si presenta signos de peligro en General	Adulto mayor con Signos de peligro
	Cuadro 44: evaluar el estado nutricional	Obesidad Sobre peso Desnutrición
	Cuadro 48: evaluar caídas	Probable fractura Caídas a repetición
	Cuadro 49: evaluar maltrato, abandono, violencia y discriminación por edad	Abuso físico/sexual Abuso psicológico
	Cuadro 50: evaluar depresión y demencia en las personas adultas mayores	Sospecha de depresión Sospecha de demencia Alteración mental Secundaria

1.9.6. Experiencias Nacionales e Internacionales de Acciones Asumidas para Promover el Envejecimiento Activo y Saludable

A continuación, se mencionan algunos planes, programas y estrategias nacionales de países latinoamericanos, que hacen referencia al envejecimiento activo y saludable:

País	Acciones nacionales	Institución Rectora	Año
Argentina	Programa Nacional de Envejecimiento Activo y Salud	Ministerio de Salud, Dirección Nacional de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades no Transmisibles.	2013
Bolivia	Plan Multisectorial de	Ministerio de Justicia y	2018

	Desarrollo Integral de las Personas Adultas Mayores 2016-2020	Transparencia Institucional	
Brasil	Política Nacional de Salud de la Persona Mayor (Política Nacional de Saúde do Idoso) a través de la Ley del Ministerio de la Salud número 1.395/99	Ministerio de la Salud	1999
Chile	Programa Nacional De Salud De Las Personas Adultas Mayores	Ministerio de Salud Subsecretaria de Salud Pública División de Prevención y Control de Enfermedades Departamento de Ciclo Vital Programa Nacional de Salud del Adulto Mayor	2014
Colombia	Política Colombiana de Envejecimiento Humano y Vejez 2015-2024	Ministerio de Salud	2015
Costa Rica	Estrategia Nacional para un Envejecimiento Saludable Basado en el Curso de Vida 2018-2020	Organización Panamericana de la Salud y Ministerio de Salud, Dirección de Planificación Estratégica y Evaluación de las Acciones en Salud	2018
Perú	Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores 2013-2017 - Aprobado por Decreto Supremo N° 002-2013-MIMP	Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables	2013

Como se puede evidenciar, la última década países de la Región han ido elaborando diversos instrumentos orientados a la promoción del envejecimiento activo y saludable, predominantemente del sector salud, mismos que sirven de referencia para la implementación del Plan de Acción Quinquenal en Salud hacia el Envejecimiento Activo y Saludable.

Asimismo, en Bolivia, el año 2020 corresponde la evaluación al Plan Multisectorial de Desarrollo Integral de las Personas Adultas Mayores 2016-2020 y la elaboración de uno nuevo con las lecciones aprendidas.

Capítulo II.

DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN

El diagnóstico de situación que justifica la necesidad del Plan de Acción Quinquenal en Salud hacia el Envejecimiento Activo y Saludable, se estructura a partir de la revisión de la evolución demográfica internacional y nacional que refleja un envejecimiento demográfico y el aumento de la esperanza de vida. Así también permite ver cómo se encuentra la situación en salud de esta población para encarar acciones de envejecimiento activo y saludable. Posteriormente, se proporciona información cualitativa y cuantitativa respecto a programas existentes que promueven el envejecimiento activo y saludable.

Por tanto, la información primaria del diagnóstico de situación se obtiene a partir de la encuestas a personas adultas mayores (varones y mujeres) que participan en programas de envejecimiento activo y/u organizaciones de personas adultas mayores del área rural, entrevistas al personal que los coordina o realiza actividades y grupos focales de las instancias de coordinación del programa “Una Bolivia para todas las edades” de Pastoral Social Cáritas Bolivia y la Directiva Nacional de la Asociación Nacional de Personas Adultas Mayores de Bolivia – ANAMBO.

Por su parte, la información secundaria se obtiene a partir de la revisión bibliográfica, estadística y proyecciones de crecimiento poblacional y de longevidad a nivel internacional, regional y principalmente nacional, con la finalidad de que el diagnóstico de situación contenga información necesaria para la implementación del presente Plan.

2.1. Contexto Demográfico

A nivel regional, América Latina es el continente que más rápidamente está envejeciendo en todo el mundo. De 5 millones de personas adultas mayores en 1950, pasó a 50 millones para el 2000, y serán 100 millones en 2025 y 200 millones en 2050. Se estima que en la década 2020-2030, las personas mayores de 60 años superarán a los niños menores de 5 años y en la década 2030-2040, las personas mayores de 60 años superarán a los menores de 15 años.

En Bolivia, según el censo 2012, se registraron 878.012 personas mayores de 60 años (468.934 mujeres y 409.078 hombres), representando el 8,9% de la población boliviana.

Tabla 2: **BOLIVIA: PORCENTAJE DE POBLACIÓN POR GRANDES GRUPOS DE EDAD DE ACUERDO A LOS CENSOSES DE 1976, 1992, 2001, 2007 Y 2012**

Área y grupos de edad	Porcentaje de población por grandes grupos de edad			
	Censo 1976	Censo 1992	Censo 2001	Censo 2012
Total	100.0	100.0	100.1	100.0
0 - 14	41.5	41.4	38.7	31.6
15 - 29	27.0	26.3	27.4	28.3
30 - 59	25.1	25.8	27.0	31.1
60 y más	6.4	6.5	7.0	9.0

Fuente: Bases de Datos del CNPV – 2012

Es importante notar que en Bolivia, la proporción de personas mayores de 60 años está alcanzando la proporción de menores de 5 años (8,9% versus 10,8%).

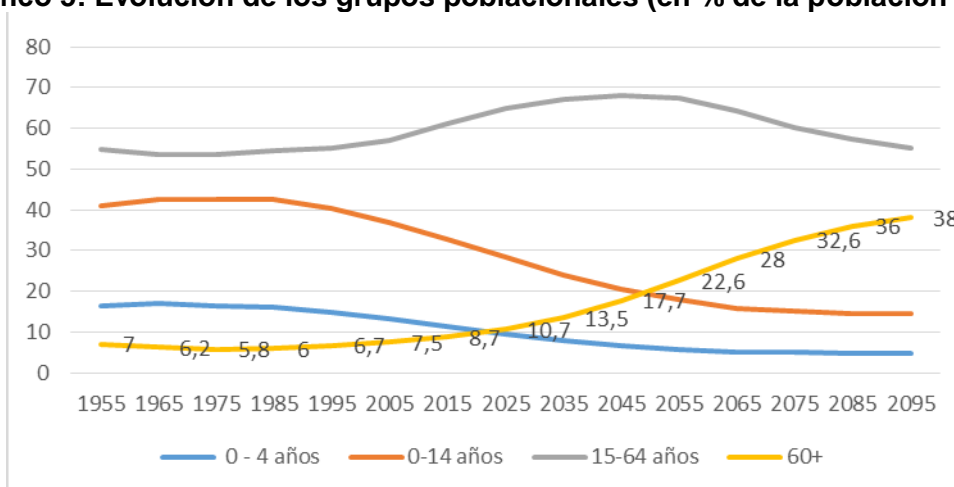
Gráfico 4: Grupos de edad en el censo de 2012



Fuente: Bases de Datos del CNPV – 2012

Al seguir la evolución en el tiempo, se evidencia que la población adulta mayor es el único grupo a crecer mientras todos los demás grupos tienden a disminuir; entre 2015 y 2020, habrá tantas sino más personas adultas mayores que de niños menores de 5 años y entre 2045 tantas personas adultas mayores como de menores de 15 años.

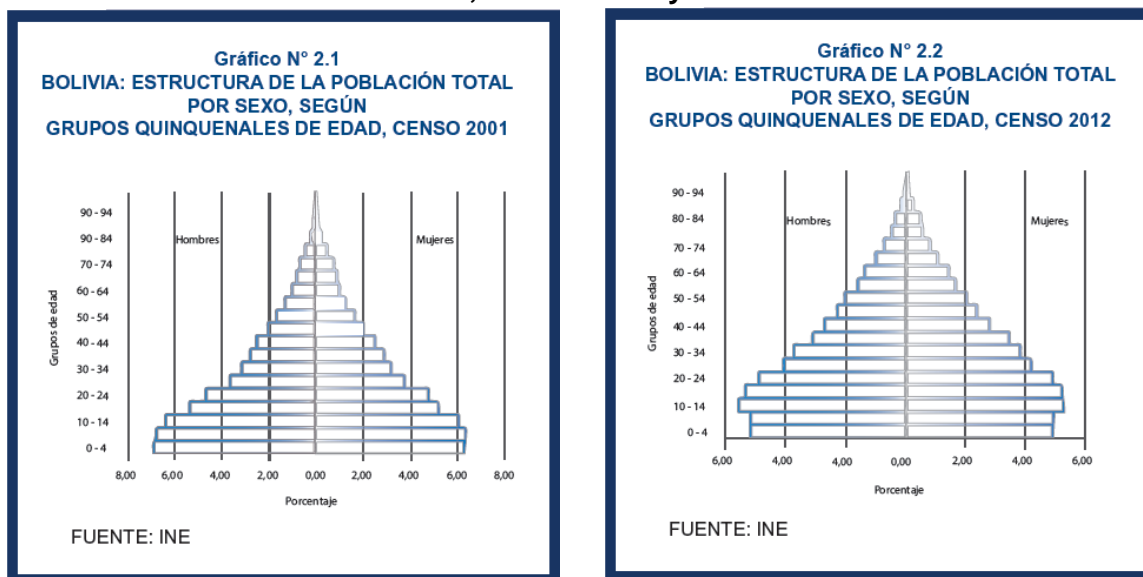
Gráfico 5: Evolución de los grupos poblacionales (en % de la población total)



Fuente: CELADE - División de Población de la CEPAL. Revisión 2014³¹

Este fenómeno demográfico también se ve reflejado en la evolución de las pirámides demográficas:

Gráfico 6: Estructura de la población total por sexo, según grupos quinquenales de edad, censos 2001 y 2012



Fuente: Instituto Nacional de Estadística, 2001

³¹ Notar que el presente cuadro muestra cifras ligeramente diferentes en el tiempo, a los datos del censo; los datos de CELADE son proyecciones, las cuales presentan un margen de error; sin embargo, los datos son muy similares y confirman las tendencias.

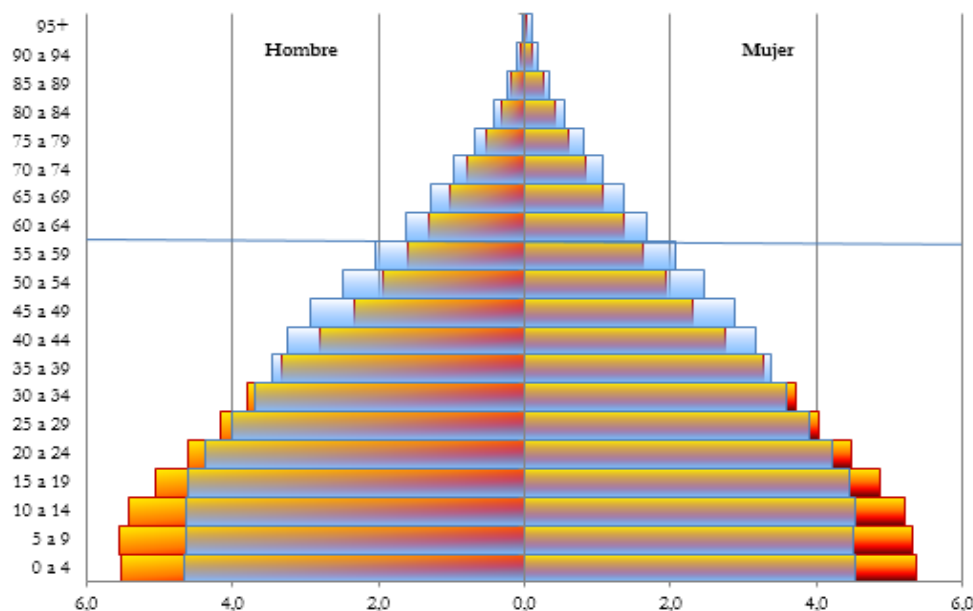
2.2. Esperanza de Vida

En Bolivia, el año 1960 la esperanza de vida alcanzaba a 43,47 años. Para el año 2017 subió hasta llegar a 69,47 años, de las mujeres fue de 72,06 años, mayor que la de los hombres que fue de 67 años.

Si se compara la evolución de la esperanza de vida en Bolivia en los últimos años, se puede ver que ha subido respecto a 2016 en el que fue de 69,13 años, al igual de lo que ocurre respecto a 2007, en el que estaba en 64,69 años³².

La pirámide poblacional sigue la tendencia de reducir su base, mientras que continúa el crecimiento tanto en el centro como en la parte alta, situación que refleja el incremento de las personas adultas mayores. Este cambio en la pirámide también se traduce en que la esperanza de vida.

Gráfico 7: Pirámide poblacional por grupos de edad y sexo, proyecciones 2017 - 2030



Fuente: Instituto Nacional de Estadística, Revisión 2014

2.3. Grupos específicos según la edad

Al estudiar la composición y las características de la población adulta mayor, es evidente que no se trata de un grupo homogéneo. Una característica es la edad misma debido a que no se puede asimilar una personas de 60 años que probablemente es sana, trabaja y es independiente, a una persona de 85 años, quien tendrá más probabilidad de ser afectada por dos o tres enfermedades crónicas, no trabajar y ser dependiente.

³² <https://datosmacro.expansion.com/demografia/esperanza-vida/bolivia>

La tasa de mortalidad hace que los sub grupos de edad disminuyan. A continuación se puede ver los números de población por grupos de edad.

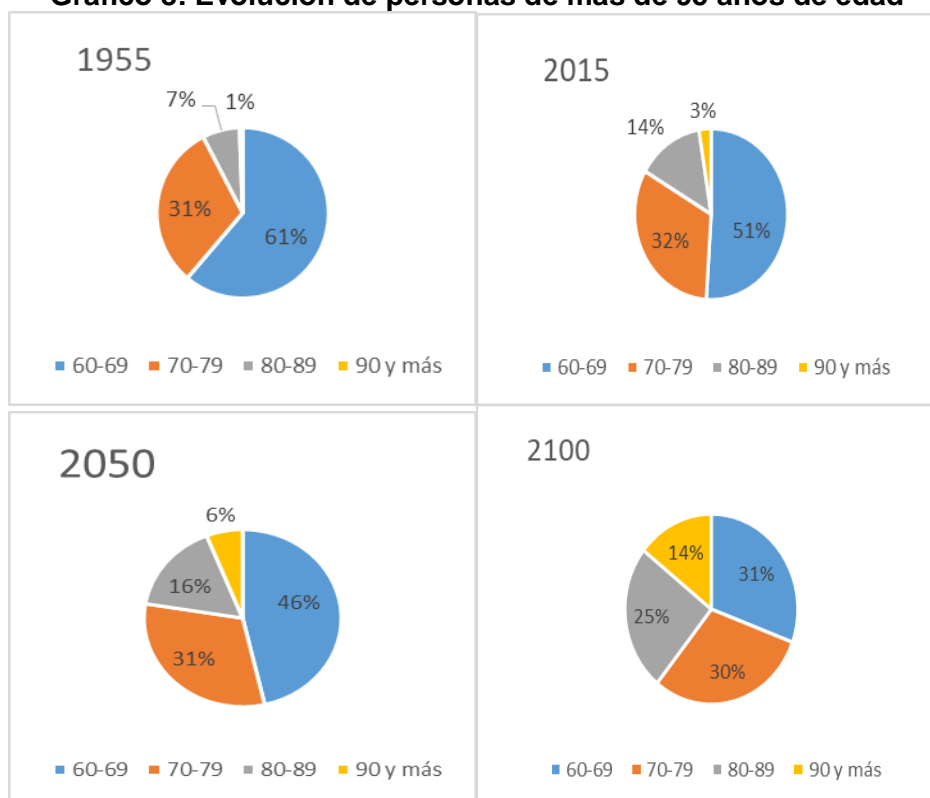
Tabla 3: Evolución de grupos quinquenales mayores a 60 años

	1955	1975	2000	2015	2025	2050	2075	2100
60 – 64	85 140	107 061	172 230	262 716	368 610	783 130	1 066 816	992 053
65 – 69	71 996	81 431	145 999	215 710	302 013	678 513	1 024 353	1 005 361
70 – 74	51 080	54 223	119 400	178 920	227 707	556 620	956 083	1 001 228
75 – 79	29 243	29 444	78 563	124 452	172 909	425 655	845 765	966 131
80 – 84	13 100	11 764	41 840	84 371	125 808	311 289	684 014	883 188
85 – 89	4 928	2 873	16 757	47 572	71 232	206 284	506 887	731 841
90 – 94	1 242	367	4 049	18 717	35 777	119 691	325 476	523 445
95 – 99	195	11	478	4 773	13 236	52 412	161 362	292 918
100 y más	25	0	14	373	1 918	15 163	55 512	121 071
Total	256 949	287 174	579 330	937 604	1 319 210	3 148 757	5 626 268	6 517 236

Fuente: Naciones Unidas, 2015

Según del censo 2012, había 8.234 personas de más de 95 años de edad. A continuación se puede ver reflejada esa evolución:

Gráfico 8: Evolución de personas de más de 95 años de edad



Fuente: CELADE - División de Población de la CEPAL. Revisión 2014

Considerando la velocidad de crecimiento de este grupo en riesgo de discapacidad y dependencia es necesario introducir estrategias específicas relacionadas con el mantenimiento de la funcionalidad y a la vez respuesta a la dependencia (cuidados a largo plazo) que sean estas respuestas institucionales o comunitarias.

2.4. Género

A nivel mundial, en promedio las mujeres sobreviven a los hombres en casi 4.5 años. Es decir, el 55% de las personas mayores de 60 años son mujeres, y el porcentaje aumenta con la edad: el 64% del grupo de personas mayores de 80 años y el 82 % de los centenarios son mujeres.³³

Las proyecciones realizadas por el INE al año 2020 reflejan que en Bolivia el porcentaje de mujeres es mayor a lo de los varones. De 1.099.785 personas adultas mayores estimadas, 53% (581.180) representa a las mujeres y el 47% (518.605) a los varones.³⁴

Según el siguiente cuadro, siete departamentos de los nueve de Bolivia, presentan mayor población en mujeres:

Tabla 4: Población de 60 años o más, por sexo, según departamento, Censo 2012

	Total	Hombre	Mujer
Total	878.012	409.078	468.934
1. Chuquisaca	60.334	26.868	33.466
2. La Paz	274.404	130.373	144.031
3. Cochabamba	159.525	70.306	89.219
4. Oruro	47.935	21.993	25.942
5. Potosí	89.075	38.758	50.317
6. Tarija	43.154	19.864	23.290
7. Santa Cruz	170.337	83.328	87.009
8. Beni	28.676	14.886	13.790
9. Pando	4.572	2.702	1.870

Fuente: Instituto Nacional de Estadística

2.5. Lugar de residencia

El fenómeno del envejecimiento en Bolivia, se puede apreciar que se presenta cada vez más en el área urbana, lo que se puede verificar con apoyo de información recogida de los últimos cuatro censos de población, apreciándose esta

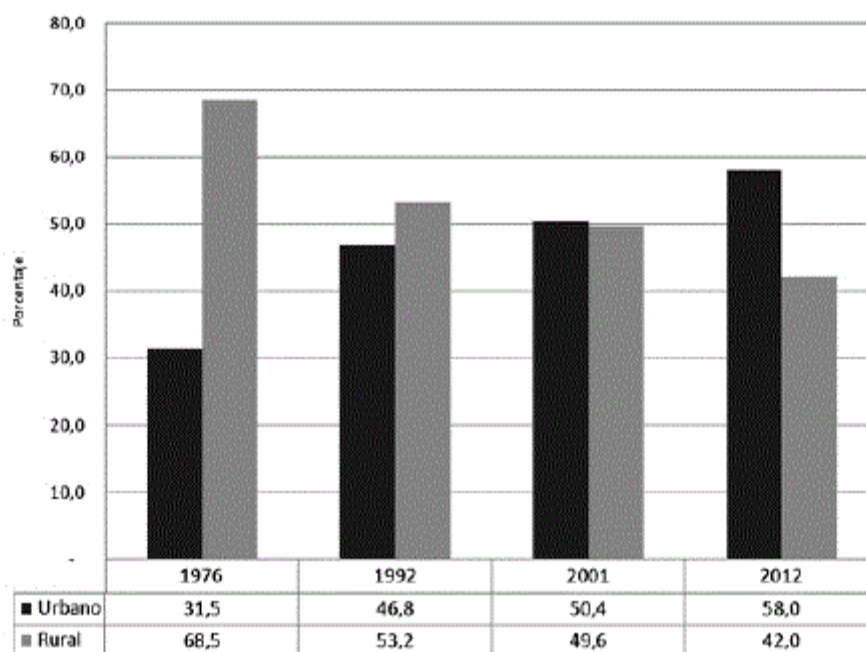
³³ Sitio Web Internacional [Internet]. Organización Mundial de la Salud.[20 Noviembre 2019] Disponible en: <https://es.slideshare.net/soniajackeline3/manual-del-estilo-vancouver>.

³⁴ Instituto Nacional de Estadística INE [Internet]. Bolivia; [agosto 2017; [20 de Noviembre 2019]. Disponible en: <https://www.ine.gob.bo/index.php/notas-de-prensa-y-monitoreo/item/1419-poblacion-adulta-mayor-boliviana-tiende-a-incrementarse-en-los-proximos-anos>.

tendencia poblacional en el siguiente gráfico, donde la población de 60 y más años se encontraba mayormente en el área rural, siendo que en para el año 1976 la población urbana era del 31.5% y para el año 1992 alcanzaba al 46.8%.³⁵

Pero es a partir del Censo 2001 que se aprecia el cambio hacia una población mayormente urbana, siendo el 50.4% que vivía en área urbana, incrementándose a 58% para el año 2012, confirmándose el proceso de urbanización y envejecimiento en Bolivia.³⁶

Gráfico 9: Población de personas adultas mayores según área de residencia 1976 – 2012 (por 100)



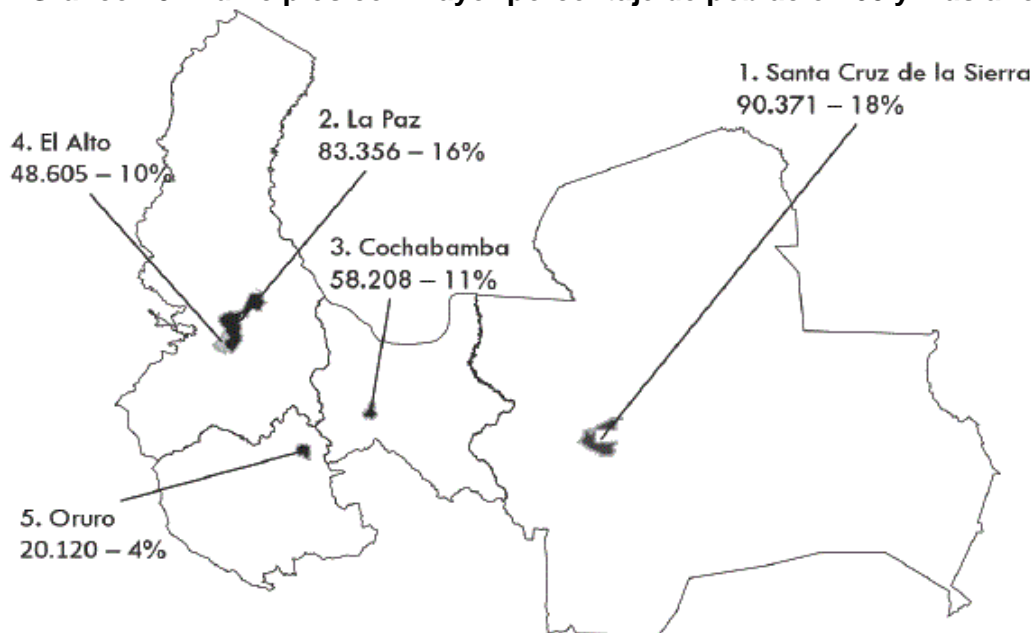
Fuente: Modificado INE por Vladimir Pinto S. Temas Sociales, número 40, 2017, pp. 141-177, ISSN 0040-2915

De toda la población de personas de 60 y más años, según el censo del 2012, el 58% (509.015) se encuentran en el área urbana, de los cuales el 59% de estas personas adultas mayores urbanas se encuentran concentrados en 5 municipios mayormente urbanos, como se puede apreciar en la siguiente Ilustración, en donde el municipio de Santa Cruz concentra el 18%, seguido por el municipio de La Paz, con el 16%, como tercer municipio está Cochabamba, con el 11%, el cuarto es el municipio de El Alto con 10% y, por último, está el municipio de Oruro, con el 4%,

³⁵ Msc. Rene Pereira Morato. La Paz Bolivia. Dimensiones Demográficas del Envejecimiento en Bolivia: Instituto de Investigaciones Sociológicas IDIS- UMSA. 2016

por lo que al enfocar acciones en estos cinco municipios se puede generar un impacto en mayor cantidad de las personas adultas mayores.^{37,38}

Gráfico 10: Municipios con mayor porcentaje de población 60 y más años



Fuente: Modificado INE por Vladimir Pinto S. Temas Sociales, número 40, 2017, pp. 141-177, ISSN 0040-2915

Ante este fenómeno se ve que en zonas rurales, es común encontrar un número importante de hogares liderados por personas mayores responsables de niños pequeños; o en otros casos viviendo solos haciéndose cargo de sí mismos.³⁹

2.6. Pueblos indígena originario campesinos e idiomas

De acuerdo a datos proporcionados por el INE del Censo 2012 realizado en Bolivia, la autopercepción de pertenencia a nación o pueblo indígena originario campesino de las personas adultas mayores se traduce en el siguiente cuadro:

³⁷ Instituto Nacional de Estadística INE [Internet]. Bolivia; [agosto 2017; [20 de Noviembre 2019]. Disponible en: <https://www.ine.gob.bo/index.php/notas-de-prensa-y-monitoreo/item/1419-poblacion-adulta-mayor-boliviana-tiende-a-incrementarse-en-los-proximos-anos>

³⁸ Vladimir Pinto Saravia. Bolivia: Hacia una sociedad Amigable con los adultos mayores: Temas Sociales. Bolivia.: número 40, 2017, pp. 141-177, ISSN 0040-2915

³⁹ Msc. Rene Pereira Morato. La Paz Bolivia. Dimensiones Demográficas del Envejecimiento en Boliva: Instituto de Investigaciones Sociológicas IDIS- UMSA. 2016

Tabla 5: Población de 60 años o más, por sexo, según declaración de pertenencia a nación o pueblo indígena originario campesino, Censo 2012

	Total	Hombre	Mujer
Total	521.534	245.478	276.056
A: Naciones o pueblos mayoritarios	397.641	184.479	213.162
B: Naciones o pueblos minoritarios contemplados en la ley del Régimen Electoral	36.521	18.522	17.999
C: Otros grupos poblacionales	29.742	14.385	15.357

Fuente: Instituto Nacional de Estadística

En el cuadro se observa que las personas adultas mayores se auto perciben dentro de las naciones o pueblos mayoritarios en un 76% del total de personas mayores de 60 años que respondió la pregunta específica del Censo 2012.

Respecto al tema idioma, a medida que las nuevas generaciones de las personas adultas mayores han tenido mayores accesos a la educación, el porcentaje de personas quienes solo hablan un idioma nativo disminuye⁴⁰.

Sin embargo, las cifras muestran un número de personas adultas mayores que solo hablan un idioma nativo de manera cerrada además de que muchas que son bilingües, son más cómodas en su idioma materno. Datos que deben ser tomados en cuenta para la atención a las personas adultas mayores en el área rural.⁴¹

2.7. Epidemiología

Los datos epidemiológicos hacen referencia a la enfermedad y la muerte en la población de cualquier grupo etario. Entonces, el perfil epidemiológico, está definido por la morbilidad, morbilidad con o sin discapacidad y la mortalidad. Pero antes de mencionar estos datos, puntualizaremos ciertas definiciones:

2.7.1. Morbilidad y comorbilidad

Se entiende por **morbilidad** al índice de personas enfermas en un lugar, es una combinación de eventos cuya diversidad y complejidad está condicionada por determinantes que se relacionan entre sí, y que pueden dar origen a las enfermedades transmisibles o infecciosas, a las enfermedades crónicas no transmisibles y la patología social.

La OMS estima que para el año 2006, 34% del número de años de vida perdidos en Bolivia se debieron a enfermedades no transmisibles, 55%, a enfermedades

⁴⁰ En base a datos proporcionados por el Censo 2001.

⁴¹ Mauricio Chumacero Vsicarra. Encuesta a Hogares con Personas Adultas Mayores y cercanas a la edad de 60 años. Rafael Archondo. La Paz Bolivia. 2013

transmisibles (incluyendo en este grupo las causas maternas y las que se presentan durante el periodo perinatal y las deficiencias nutricionales) y 11% a lesiones (OMS, 2008).

Entre las enfermedades no transmisibles más relevantes y en expansión se encuentran las enfermedades cardiovasculares, tales como el infarto de miocardio (infartos cardiacos), accidente o evento cerebro vascular (EVC), hipertensión arterial y otras como la diabetes mellitus.⁴²

La morbilidad en América Latina se caracteriza por la presencia de enfermedades infecciosas y crónicas combinadas, lo que, sin duda, debe ejercer un poderoso efecto sobre la distribución de las personas adultas mayores según su estado de salud y las necesidades de atención, aunque, en muchas ocasiones, es muy difícil distinguir entre los efectos de las enfermedades relacionadas con la edad sobre la salud de ellos y los efectos propios del envejecimiento.

Entre las causas de morbilidad en América Latina destacan: las artropatías, la hipertensión arterial, la cardiopatía isquémica en sus diferentes formas de expresión, várices de miembros inferiores, infecciones respiratorias y urinarias, diabetes mellitus y enfermedades cerebrovasculares y sus secuelas.⁴³

Mención aparte merecen cuatro condiciones con alta prevalencia en las personas adultas mayores cuyas consecuencias conducen a un alto grado de discapacidad y limitación de la autonomía. Estas son: las fracturas de la cadera, la demencia y el deterioro de la visión y la audición.⁴⁴

A continuación el cuadro muestra las causas comunes de morbilidad en las personas adultas mayores, divididas por entidades, síndromes y condiciones anormales. Adicionalmente, en ellos, con mucha mayor frecuencia que en otras edades, coexisten varias condiciones crónicas a la vez.

⁴² Dra. Micaela Valda Sánchez. Relación entre la frecuencia de los grados de dependencia funcional y los estados mórbidos en los pacientes internados en el hospital integral de especialidades geriátrico la paz de la caja nacional de salud. [Tesis de grado]. Bolivia; 2016

⁴³ Eduardo Penny Montenegro, Felipe Melgar Cuellar. Geriatria y Gerontología para el médico Internista. 1ª Ed. Bolivia: La Hoguera; 2012

⁴⁴ Eduardo Penny Montenegro, Felipe Melgar Cuellar. Geriatria y Gerontología para el médico Internista. 1ª Ed. Bolivia: La Hoguera; 2012

Tabla 6: Enfermedades, síndromes y condiciones comunes en personas adultas mayores

Enfermedades	Síndromes	Condiciones
Osteoartritis	Caidas	Inestabilidad
Hipertensión geriátrica	Delirium	Deterioro funcional
Cardiopatía isquémica	Inmovilización	Disfunción sexual
Insuficiencia cardiaca	Úlceras por presión	Malnutrición
Vasculopatías de miembros inferiores	Demencia	Constipación
Diabetes tipo 2	Depresión	Trastornos del sueño
Cáncer de próstata	Incontinencia	Estrés familiar
Enfermedad cerebrovascular	Deshidratación	
Enfermedad de Parkinson		
Osteoporosis		
Fracturas		
Cataratas, glaucoma		
Mieloma múltiple		
Leucemia linfocítica crónica		
Arteritis de células gigantes		
Angiodisplasia colónica		

Fuente: Romero AJ. Asistencia Clínica al adulto mayor. Cien fuegos: Ed. Universo Sur, 2007

La Morbilidad se origina en la combinación con las enfermedades transmisibles, o infecciosas, las enfermedades crónicas no trasmisibles y la patología social.

Comorbilidad, Las personas adultas mayores en su mayoría no padecen una sola enfermedad, sino que coexisten al mismo tiempo diferentes enfermedades en ellas, o, una enfermedad conlleva a otras, como su consecuencia o complicación, por ejemplo: la diabetes puede condicionar a la nefropatía diabética, cataratas diabéticas, etc. en el mismo paciente.⁴⁵

Otros problemas que impactan sobre la salud de las personas adultas mayores son los vinculados con la violencia, el abuso, y las condiciones precarias de saneamiento básico.

2.7.2.Mortalidad

Se dice que la información sobre la mortalidad en una sociedad permite evaluar el desarrollo de esta.

A nivel mundial, como las tres primeras causas de mortalidad, se tenían en primer lugar a las Enfermedades Cardiovasculares (Infartos cardiacos), seguidas de las

⁴⁵ Martínez Velilla NI, Gaminde Inda de. Índices de comorbilidad y multi morbilidad en el paciente anciano. Med Clin (Barc). 2011. doi:10.1016/j.medcli.2010.01.018

Enfermedades Cerebrovasculares (EVC o embolias) y el Cáncer; sin embargo, en los últimos años, el cáncer ocupa el segundo lugar.⁴⁶

En América Latina las causas de mortalidad en orden de frecuencia son, Diabetes, Infarto agudo al miocardio, tumores malignos, enfermedades del hígado, enfermedades pulmonares obstructivas crónicas (EPOC), neumonía, insuficiencia renal, enfermedad alcohólica del hígado.⁴⁷

En Bolivia según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud, las muertes ocurridas en el 2012 se debieron en 24% de casos a enfermedades cardiovasculares, 28%, a afecciones maternas, infantiles y nutricionales, 18% de casos, a otras enfermedades crónicas no transmisibles, 13% traumatismos, 10% cáncer, 4% diabetes y 3% enfermedades respiratorias crónicas., dos de cada tres muertes son atribuibles a las enfermedades no transmisibles y las restantes a las enfermedades cardiovasculares.⁴⁸

2.7.3. Esperanza de vida sana en la población boliviana

Vivir más tiempo no significa que una persona viva bien y en buena salud. La comparación entre la Esperanza de vida al nacer y la Esperanza de vida sana (sin enfermedad) evidencia una brecha de varios años, lo que significa que al final de nuestras vidas pasamos muchos años afectados por las enfermedades, lo que cual puede amenazar nuestra calidad de vida.

En Bolivia, la esperanza de vida sana es inferior de 11 años a la esperanza de vida al nacer. En el siguiente cuadro se ve la diferencia entre Esperanza de vida al nacer y Esperanza de vida sana-EVAS:

⁴⁶ Infosalus. [Internet] Madrid. [actualizado 23 Julio 2013; citado 05 de diciembre 2019] Disponible en: <https://www.infosalus.com/actualidad/noticia-enfermedades-cardiovasculares-cancer-diabetes-enfermedades-pulmonares-mas-muertes-causan-mundo-20130723125932.html>

⁴⁷ CEPAL [Internet]: Juan Chackkiel; [citado 05 enero 2020]. Disponible en: La investigación sobre causas de muerte en la america latina https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/12734/NP4401_es.pdf?sequence=1&isAllowed

⁴⁸ OPS-OMS [Internet]. Bolivia: Pan American Health Organization. [actualizado 2009; citado 05 enero 2020]. Disponible en: https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?page_t_es=informes%20de%20pais/bolivia&lang=es

Gráfico 11: Diferencia entre Esperanza de vida al nacer y Esperanza de vida sana-EVAS



Fuente: WHO report, 2014

La esperanza de vida sana se utiliza como sinónimo de esperanza de vida libre de discapacidad. Mientras que la esperanza de vida continúa siendo una medida relevante para la población general, la esperanza de vida sana es prioritaria para la población anciana.

La esperanza de vida de las mujeres suele superar a la de los hombres en un porcentaje del 5% a 10%.⁴⁹

Las condiciones ambientales, económicas, culturales y sociales en un determinado contexto histórico influirán en las formas de envejecer. Los países con más alto nivel socioeconómico, cuentan con más alta esperanza de vida y esperanza de vida libre de discapacidad, debido a los programas de promoción y prevención de la salud.

2.8. Acceso a la salud urbano – rural

A través del “estudio de la situación y características diferenciadas del envejecimiento urbano y rural en Bolivia - 2019” elaborado por la Pastoral Social CárITAS Boliviana, se obtiene información sustancial de la percepción del sistema de salud de las personas adultas mayores en el ámbito urbano y rural.

Es importante señalar que existe un avance en la cobertura de servicios de salud con relación al año 2004 en el que se realizó la investigación *Vejez y pobreza en Bolivia, la visión de las personas de edad*⁵⁰, año en el que entonces no existían servicios en áreas rurales y ni siquiera había la posibilidad de registrarse en el seguro.

⁴⁹ Mauricio Chumacero Vsicarra. Encuesta a Hogares con Personas Adultas Mayores y cercanas a la edad de 60 años. Rafael Archondo. La Paz Bolivia. 2013

⁵⁰ Zerda, M (2004). Se trata de una investigación que realizó la misma consultora que hizo el “estudio de la situación y características diferenciadas del envejecimiento urbano y rural en Bolivia - 2019”, eso hace relevante la comparación.

En áreas rurales y periurbanas valoran mucho la atención gratuita. En el área rural, atienden sus problemas de salud en primera instancia con medicina natural y solamente si la enfermedad se complica, acuden a los centros de salud. Médicos del programa Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI), llegan hasta las comunidades y hacen seguimiento de las enfermedades, coordinando con los médicos tradicionales nativos de los pueblos originarios y las parteras.

El suplemento nutricional “Carmelo” es distribuido en cada comunidad y los médicos van en ambulancias a hacer seguimiento del estado de salud de las personas adultas mayores.

Este avance en atención de salud en el área rural también implica problemas:

- Se desconfía de la medicina occidental, algunos no quieren ser auscultados o inyectados, o no entienden que deba ser en ausencia de la familia
- En el área rural no hay mucho control y algunos médicos no atienden el tiempo que debieran,
- Es perjudicial el cambio permanente de médicos y su falta de experiencia.

Respecto a la percepción en el área periurbana, usan medicina natural o casera, pero también, asisten a los centros de salud de primer nivel ubicados en los barrios periféricos, pocas personas llegan a necesitar atención en el segundo y tercer nivel. La mayor parte de las personas de áreas periurbanas reciben atención a través del Seguro Integral atendido en centros de salud públicos y consideran que en el primer nivel la atención es regular y buena, pero empeora en el segundo nivel, donde hay mala atención, largas filas en la madrugada, estudios con meses de retraso y no son gratuitas las medicinas. En el tercer nivel reciben tratamientos complicados y operaciones, pero tienen que pagar insumos y medicamentos.

En el área urbana, las personas adultas mayores son mayormente jubilados que cuentan con el seguro de la Caja Nacional de Salud y otras cajas, quienes observan una cierta discriminación con relación a los aportantes activos, mal trato, falta de infraestructura, pocas camas, mala calidad de medicamentos.

Respecto a la medicina natural, es muy valorada por las personas adultas mayores, la usan cotidianamente y su conocimiento sobre las yerbas y sus propiedades es amplio. Por tanto, su incorporación al sistema de salud boliviano es urgente y más aún al seguro de salud que atiende a las personas adultas mayores.

2.8.1. Funcionalidad, Discapacidad y Dependencia.

La **funcionalidad**, definida como la suma de las capacidades que requiere una persona adulta mayor para realizar por sí mismo aquellas actividades indispensables para poder satisfacer sus necesidades dentro y fuera de su

domicilio, es un fenómeno complejo y multidimensional que requiere del equilibrio de las esferas biológicas, psicológicas y sociales de cada individuo.

En cambio, la **discapacidad** es la ausencia en la capacidad para desarrollar una habilidad previa, implica limitaciones en ciertas actividades por restricción, generalmente social, suelen presentar alteraciones secuenciales en los componentes físicos de la funcionalidad manifestando primero alteraciones en la marcha y el equilibrio que pueden comprometer la movilidad del individuo.

Cabe hacer notar que el término discapacidad difiere de la definición de una “persona con discapacidad” establecida por la Convención sobre los derechos de la discapacidad (CDPD).

Conforme progresa el deterioro de la función se afectan después las actividades instrumentales de la vida diaria y por último las actividades básicas de la vida diaria, lo cual se asocia con la pérdida de la autonomía, es decir, aquí hablamos de otro término que es la **dependencia**, ya sea para cualquiera de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, lo cual se asocia con aumento en la mortalidad en las personas adultas mayores.

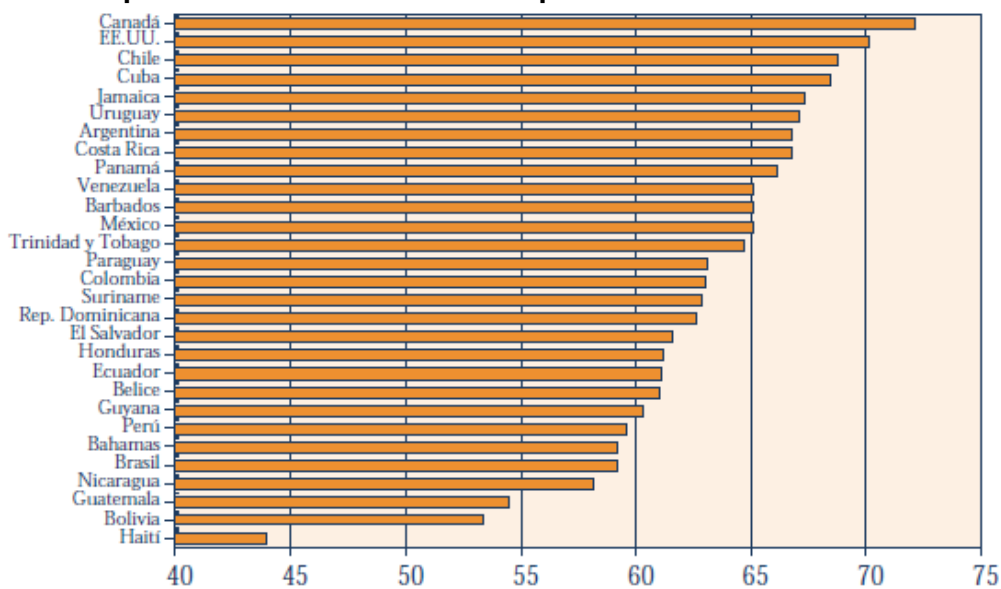
Según varios estudios, es posible vivir teniendo una vejez alejada de la discapacidad y dependencia, o retrasar al máximo estas, en la presentación de las enfermedades a edades más tardías.

Es así que, datos empíricos, en varios países, muestran que la mayoría de las personas pueden vivir sin enfermedades y discapacidades crónicas, por ser posible la “compresión” o contención de éstas en el período cercano al final de la vida. Tales acciones tienen un sentido no sólo social, sino también económico en función de la contribución social y económica real y potencial de las personas adultas mayores, así como de políticas de seguridad económica y jubilación basadas en proyecciones estadísticas que reconozcan ese potencial (políticas que permitirían no sólo reducir los niveles actuales de pobreza y dependencia en la población adulta mayor, sino también generar ahorros sustantivos de recursos fiscales y filantrópicos)⁵¹

En el siguiente gráfico, se puede ver que Bolivia ocupa el segundo lugar, luego de Haití, como uno de los países con el menor número de años de Esperanza de vida libre de discapacidad al nacer en América, alcanzando aproximadamente los 53 a 54 años. Debe aclararse que esta estadística data de 1998, lo que quiere decir que, a la fecha, obviamente estos valores han cambiado.

⁵¹ Tomas A. Engler y Martha B. Pelaez [archivo electrónico]. Washintong D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo- Organización Panamericana de la Salud. 2002

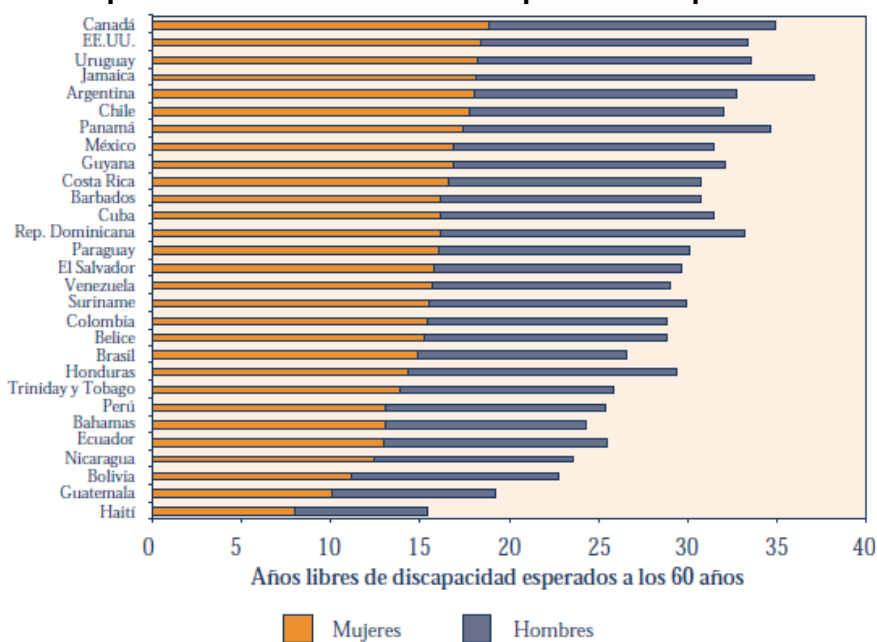
Gráfico 12: Esperanza de vida libre de discapacidad al nacer en las Américas, 1998



Fuente: Datos de la OMS

En el siguiente gráfico, se observa que Bolivia ocupa el tercer lugar entre los países con más baja esperanza de vida libre de discapacidad después de los 60 años, sin embargo, también se puede observar que la diferencia entre hombres y mujeres es casi similar en proporción en casi todos los países, incluso con distintas realidades socioeconómicas. Esta diferencia entre sexos, no está del todo esclarecida. En Bolivia se muestra 12 años de vida saludable al cumplir los 60 años en la mujer, frente a 23 años aproximadamente a favor de los hombres.

Gráfico 13: Esperanza de vida libre de discapacidad después de los 60 años



Fuente: Datos de la OMS

2.9. Acceso a salud

Ante la aún latente heterogeneidad y desigualdad dentro del sistema de salud, pese a que esta es un derecho básico, es deber del Estado dar una asistencia sanitaria accesible, aceptable y de calidad.

La Encuesta a Hogares con Personas Adultas Mayores y cercanas a la edad de 60 años (EPAM 2011) registra los siguientes porcentajes que muestran el acceso a los Centros de Salud de este grupo etéreo: Tomando tanto a los hospitales públicos, hospitales de la seguridad social, postas y centros de salud de manera conjunta, son los “servicios públicos” son los establecimientos a los que más acceden las personas adultas mayores, con un 66.8% en el área urbana dentro el grupo de edad de 60-74, y 72.8% en el área rural. Para el grupo de mayor edad (75 y más), estos porcentajes son 61.7% para el área urbana y 73.1% en el área rural.

Respecto a las clínicas u hospitales privados, para el grupo de personas adultas mayores de menor edad (60-74), el 14.2% de las personas del área urbana acude a estos establecimientos y solo un 8% en el área rural. En el caso de las personas de 75 y más años, en el área urbana, un 15.8% de las personas acude a servicios privados mientras que en el área rural solamente un 5.4%.⁵²

Asimismo, es importante señalar que, en todos los grupos de edad, las proporciones de personas que no acuden a ningún lugar y usan medicina casera no son bajas (entre 5 y 15% según grupos y áreas) y son mayores en áreas rurales, mientras el uso de los médicos tradicionales expresado queda por debajo del 2% en ambas áreas y en todos los grupos de edad.⁵³

Por otra parte, el Censo 2012 reveló información importante respecto al lugar donde acude la población adulta mayor cuando se presentan problemas de salud, misma que puede observar en el siguiente cuadro:

Tabla 7: Porcentaje de población de 60 años o más por lugar donde asiste cuando tiene problemas de salud, según grupos quinquenales de edad, Censo 2012

	Seguro de Salud Privado	Establecimiento de salud Público	Establecimiento de salud Privado	Médico tradicional	Soluciones caseras	La farmacia o se automedica
Total	10,5	51,9	15,7	22,3	48,9	41,1
1. 60-64	10,4	52,3	16,0	21,5	48,7	42,9
2. 65-69	10,8	51,5	15,7	21,9	48,8	41,7
3. 70-74	10,6	51,9	15,1	22,6	48,7	40,2
4. 75-79	10,5	51,9	15,1	23,0	49,4	39,7

⁵² Mauricio Chumacero Vsicarra. Encuesta a Hogares con Personas Adultas Mayores y cercanas a la edad de 60 años. Rafael Archondo. La Paz Bolivia. 2013

⁵³ Mauricio Chumacero Vsicarra. Encuesta a Hogares con Personas Adultas Mayores y cercanas a la edad de 60 años. Rafael Archondo. La Paz Bolivia. 2013

5. 80-84	10,2	51,9	15,3	23,7	49,9	38,8
6. 85-89	10,8	51,0	17,4	22,6	49,1	39,6
7. 90-94	10,5	51,2	17,3	23,2	49,1	38,5
8. 95 o mas	8,8	54,7	13,7	24,1	47,9	36,8

Fuente: Instituto Nacional de Estadística

En este cuadro se puede apreciar que la población mayor de 60 años prefiere o está a su alcance usar los establecimientos público, pero de cerca le sigue la opción de soluciones caseras, la automedicación, y como cuarta opción, la medicina tradicional. Finalmente, muy pocos pueden costear un seguro de salud privado.

El hecho de que las personas adultas mayores acudan a soluciones caseras da a entender una actitud de autocuidado que debe ser considerada con especial atención por parte del sistema de salud que promueve un envejecimiento activo y saludable.

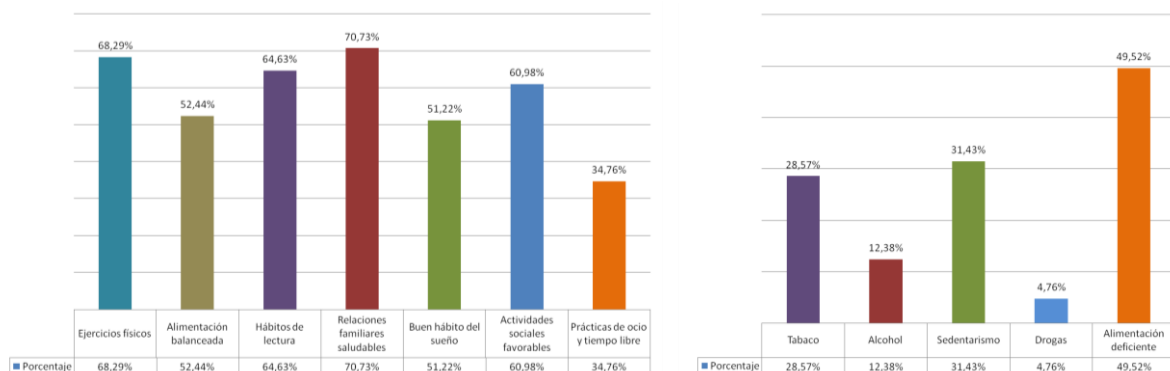
Respecto a la automedicación puede resultar un tanto riesgosa para las personas adultas mayores, pues los efectos adversos pueden repercutir en forma mucho más agresiva puesto que, por el propio proceso del envejecimiento, los fármacos son metabolizados de manera distinta, haciendo que estos circulen por un mayor tiempo en el organismo, siendo la causa de los mencionados efectos adversos.

2.10. Determinantes de la calidad de vida de las personas adultas mayores

La autopercepción de las personas adultas mayores respecto a las decisiones y el estilo de vida que tuvieron desde su juventud, representa un factor muy importante al implementar programas intergeneracionales de envejecimiento activo y saludable, sobre todo para generar una conciencia personal sobre las consecuencias en la calidad de vida.

Por tanto, a partir de la encuesta realizada a personas adultas mayores para la realización del presente Plan, se obtiene la siguiente información respecto a cuáles considera que son los hábitos saludables que les ha permitido tener una mejor calidad de vida.

Gráfico 14: Determinantes de la calidad de vida – área urbana
Actividades saludables **Hábitos tóxicos**

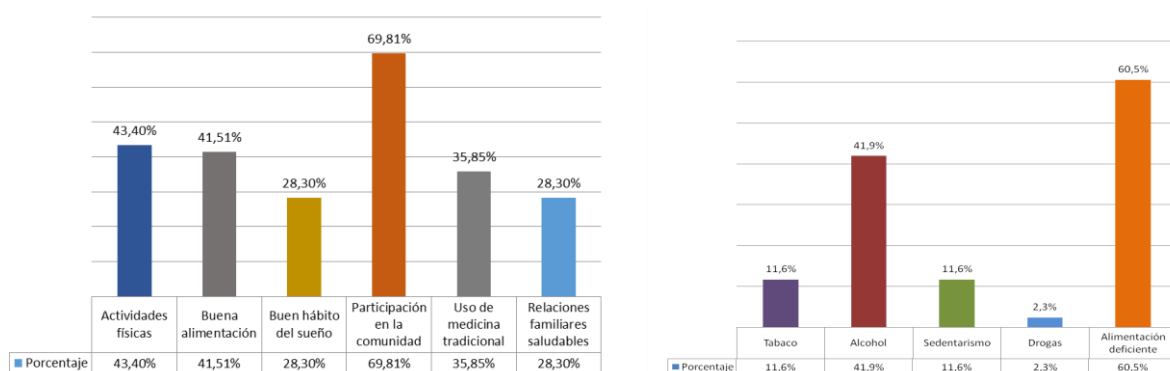


Fuente: Encuesta a personas adultas mayores en programas de envejecimiento activo 2019

En el área urbana, identifican como actividades saludables, en primer lugar con un 70,73% las relaciones familiares saludables, seguidas del ejercicio físico (68,29%) y el hábito de lectura (64,63%). Alrededor de la mitad de los encuestados lo atribuyen una alimentación balanceada y solo un tercio considera importante las prácticas de ocio y el tiempo libre.

Asimismo, desde el punto de vista de hábitos tóxicos o dañinos que han repercutido en su estado de salud, las personas adultas mayores consideran que un factor determinante fue la alimentación deficiente. Solo un tercio considera dañino a su estado de salud actual el sedentarismo y el consumo de tabaco.

Gráfico 15: Determinantes de la calidad de vida – área rural
Actividades saludables **Hábitos tóxicos**



Fuente: Encuesta a personas adultas mayores en programas de envejecimiento activo 2019

Por su parte, las personas adultas mayores del área rural, con un 69,81% señalan como factor determinantes en su calidad de vida la participación activa en la comunidad, seguido de las actividades físicas (43,40%), la buena alimentación (51,51%) y el uso de la medicina tradicional (35,85%).

Respecto a los hábitos que consideran tóxicos y que han repercutido en su vejez, el 60,5% hace referencia a la alimentación deficiente, seguido de un 41,9% que señala el consumo de alcohol.

2.11. Análisis de las experiencias nacionales de programas dirigidos a un envejecimiento activo y saludable

En Bolivia, se han ido desarrollando diversos programas dirigidos a fortalecer el envejecimiento activo y saludable bajo la iniciativa de instituciones privadas (fundaciones, organizaciones religiosas, centros educativos, entre otros), en centros de acogida de personas adultas mayores (residencias/hogares) y recientemente de Gobiernos Autónomos Municipales.

Para la elaboración del Plan de Acción Quinquenal en Salud Hacia el Envejecimiento Activo y Saludable se ha recopilado información cualitativa y cuantitativa de algunos programas que fomentan el envejecimiento activo y saludable en personas adultas mayores, a partir del trabajo institucional y de la experiencia de las personas adultas mayores.

A continuación se presentan las instituciones que fueron consideradas para el diagnóstico de experiencias nacionales:

ENTREVISTAS	
INSTITUCIONES	Casitas parroquiales a cargo de Pastoral Social Caritas La Paz
	Fundación Envejecimiento Activo
	Hogar San Ramón
	Universidad Para la Tercera Edad – UPTTE
	Comunidad Awichas de Pampahasi
	Centro de la Gobernación Ciudad Satélite
GOBIERNOS AUTÓNOMOS MUNICIPALES	Gobierno Autónomo Municipal de La Paz
	Gobierno Autónomo Municipal de Oruro
	Gobierno Autónomo Municipal de Potosí
	Gobierno Autónomo Municipal de Tarija
	Gobierno Autónomo Municipal de El Alto
CENTROS HOSPITALARIOS	Clínica Geriátrica – CNS
	Clínica 9 de Abril - CNS
	Centro de Salud Carmenpampa Coroico
	Hospital de Patacamaya
	Hospital Fe y Alegría – Chuquisaca
	Hospital Santa Bárbara – Chuquisaca
	Hospital Los Pinos
	Colegio de Médicos

GRUPOS FOCALES – ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA	
1)	Equipo técnico de Pastoral Social Cáritas a nivel nacional y las regionales de La Paz, Coroico, Umala y Sucre
2)	Directorio Nacional de ANAMBO

Ante la necesidad de tomar en cuenta la percepción de las personas adultas mayores que participan en programas de envejecimiento activo o en organizaciones específicas de esta población, a continuación se presenta la institución a la que pertenecen, la cantidad de encuestas realizadas y el porcentaje que representan respecto al resultado total:

ENCUESTAS A PERSONAS ADULTAS MAYORES – ÁREA URBANA			
	Institución	Cantidad	Porcentaje
1)	Hogar San Ramón	10	6,06
2)	Fundación Envejecimiento Activo	19	11,52
3)	Casita del Adulto Mayor - Bajo San Isidro	9	5,45
4)	UCB – UPTÉ	20	12,12
5)	Policlínico 9 de abril – CNS	18	10,91
6)	Clínica Geriátrica CNS	53	32,12
7)	Programa SEDEGES LP	19	11,52
8)	Centro de Día Tercera Edad CH	10	6,06
9)	Sociedad Mutual San José CH	7	4,24
	Total Encuestas Urbanas	165	100,00
ENCUESTAS A PERSONAS ADULTAS MAYORES – ÁREA RURAL			
	Institución	Cantidad	Porcentaje
10)	CAUP AWICHAS	16	30,19
11)	Organización PAM COROICO	19	35,85
12)	Organización PAM UMALA	18	33,96
	Total Encuestas Rurales	53	100,00

2.11.1. Respecto a las instituciones que implementan programas de envejecimiento activo y saludable

Los programas con los que cuentan las diversas instituciones entrevistadas son los siguientes:

- 1) Actividades intergeneracionales
- 2) Educación alternativa y a lo largo de la vida; tecnología y post alfabetización
- 3) Interacción social
- 4) Religión
- 5) Intervenciones grupales para resolución de problemas
- 6) Crecimiento personal y formación ciudadana
- 7) Identidad cultural
- 8) Musicoterapia y gerontogimnasia

Asimismo, las actividades que más se ofertan son: la estimulación cognitiva, los ejercicios físicos, talleres de creatividad y talleres de autocuidado. En menor medida son las actividades lúdicas, programas de ocio y tiempo libre y actividades recreativas. Por último, el voluntariado y la preparación para la jubilación son las que tienen menor impulso por parte de las instituciones.

La edad de las personas adultas mayores que participan en diversas actividades, en su mayoría son de 60 a 80 años de edad, sin embargo, también hay interés de personas menores de 60 años quienes buscan espacios de interacción social. La participación de personas mayores de 80 años depende mucho de su estado de salud y sus posibilidades funcionales.

Algo que se debe rescatar es que en todos los programas dirigidos a fomentar el envejecimiento activo y saludable se da una participación de hombres y mujeres, sin embargo, en la mayoría de las actividades predomina la participación femenina, lo que se atribuye a un tema cultural. Existe un común denominador entre el personal entrevistado respecto a la necesidad de generar actividades de interés para ambos sexos, ya que se ha identificado que las actividades artísticas son de mayor preferencia de mujeres y las culturales y educativas atraen más a los varones adultos mayores.

Una de las mayores fortalezas de los programas mencionados, es la capacitación constante al personal respecto a la atención a las personas adultas mayores, la gerontología y la geriatría, aspecto fundamental para generar el abordaje integral y centrado en la persona. Así también, se destaca la evaluación y seguimiento que se hace a las personas adultas mayores por parte de algunas instituciones, y la evaluación secreta al personal que brinda servicios.

A nivel municipal, se han ido aperturando oficinas específicas de atención a personas adultas mayores que cuentan con espacios recreativos y de ocupación social para esta población. Esto se debe a la evolución de las competencias autonómicas establecidas en la Constitución Política del Estado, que en su artículo 302, numeral 39 determina como “Competencias exclusivas de los Gobiernos Municipales Autónomos” la promoción y desarrollo de proyectos y políticas para las personas adultas mayores.

Este aspecto ha sido fortalecido a través del Consejo de Coordinación Sectorial Por una Vejez Digna, donde se ha aprobado el Protocolo de Atención y Protección a las Personas Adultas Mayores presentado por el Ministerio de Justicia y Transparencia Institucional, documento que hace referencia a programas y proyectos de actividades socioculturales dirigidas a promover un envejecimiento activo. En tal sentido, los municipios están ampliando presupuestos, espacios físicos y personal para trabajar con la población adulta mayor.

Finalmente, entre las principales sugerencias que plantearon las personas entrevistadas, se sintetizan las siguientes:

- Importancia de realizar encuentros intergeneracionales con una finalidad preventiva y toma de conciencia en las generaciones más jóvenes.
- Evaluaciones de 5 forma anónima al personal.
- Afrontar el tema de la soledad y el miedo a la muerte
- Intervención psicológica en los centros de 3er nivel de atención
- Estimulación de la creatividad para fortalecer la autoestima.
- Establecer grupos según la afinidad.
- Mayores espacios de voluntariado e interacción con el medio ambiente
- Capacitación y sensibilización al personal
- Dotar de infraestructura y ampliar el personal
- Protocolos de intervención en domicilio para las personas adultas mayores que inician con la dependencia
- Programas de prevención con personas de 40 años.
- Prevención del deterioro cognitivo; enfermedades prevalentes.
- Dar a conocer el tipo de actividades y el propósito de las organizaciones a través de medios de comunicación y redes sociales.
- Implementación de un equipo integrado por profesionales de distintas áreas

2.11.2. Respetto a los centros de salud y su visión de la promoción del envejecimiento activo y saludable

En lo que se refiere a las actividades que realizan los centros de salud, aún son escasas. Los centros de primer nivel de atención a cargo de Gobiernos Autónomos Municipales son los que menos han avanzado en la promoción del envejecimiento activo y saludable, se puede ver un poco más en centros de salud que conforman la Seguridad Social a través de las distintas Cajas con grupos de estimulación física.

Donde se ha visto un mayor avance con un equipo multidisciplinario es en la Clínica Geriátrica dependiente de la Caja Nacional de Salud, que realizan programas de prevención, gerontocomía y gerontoprofilaxis. Así también se capacita al personal a través del área de jefatura de enseñanza que desarrolla un programa de capacitación médica, y cada área está encargada de desarrollar charlas destinadas a la atención a las personas adultas mayores.

Pese a que aún es incipiente el desarrollo de actividades en centros de salud, los entrevistados consideran que es posible promocionar el envejecimiento activo y saludable a partir de grupos de autocuidado para prevenir algunas enfermedades (prevención con grupos desde los 40 años y programas de salud mental preventiva), abordar temas de nutrición, desarrollar actividades de promoción de la salud y actividades físicas según el nivel de dependencia tanto para el área cognitivo y físico.

Sin embargo, se identifican como obstáculos o necesidades la falta de infraestructura y la poca o nula sensibilidad del personal.

2.11.3. Respecto a las personas adultas mayores que acceden a programas de envejecimiento activo y saludable

En cumplimiento al derecho a la participación de las personas adultas mayores y su protagonismo en las acciones que promueve el Estado, se ha considerado a personas que acceden a programas de envejecimiento activo y saludable y a quienes se encuentran agrupadas en organizaciones sociales, siendo la Asociación Nacional de Personas Adultas Mayores de Bolivia - ANAMBO la más representativa a nivel nacional.

Las personas adultas mayores organizadas manifiestan que participar en sus organizaciones les hace sentir útiles permitiendo un envejecimiento activo en la vida social, pudiendo transmitir sus experiencias a futuro sintiéndose útiles en la sociedad.

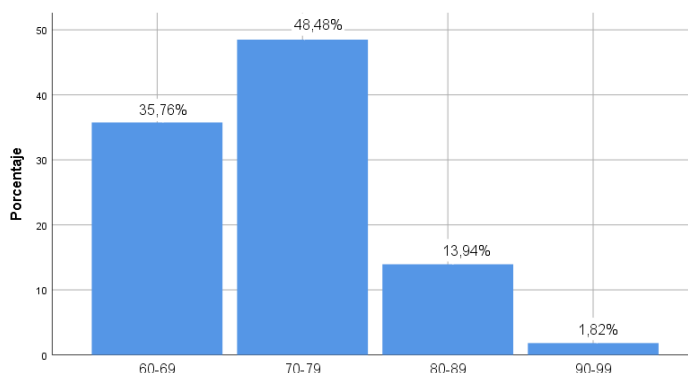
Respecto a la percepción de las personas adultas mayores que participan en programas de envejecimiento activo y saludable (a cargo de instituciones públicas, privadas y centros de salud), se extrajo información a través de encuestas urbanas-rurales realizadas a un total de 218 personas adultas mayores⁵⁴.

Información en el ámbito urbano

Se aplicaron 165 encuestas a personas adultas mayores que habitan áreas urbanas de La Paz, El Alto y Sucre de las cuáles se proporciona la siguiente información:

⁵⁴ El muestreo se basó en un aproximado del 10% de 12 instituciones/organizaciones.

Gráfico 16: Participación por Edad

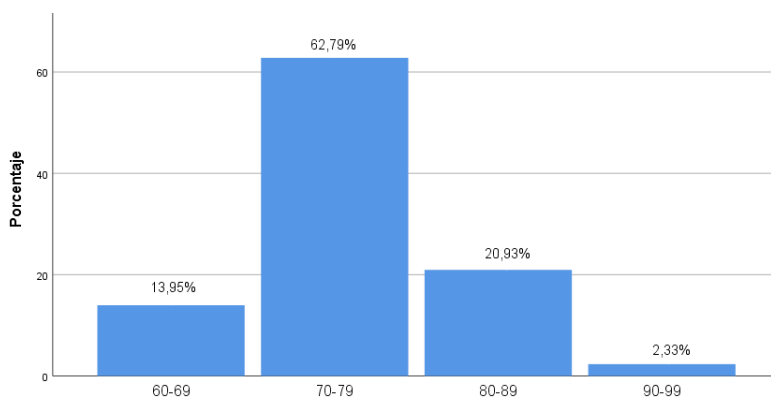


Fuente: Encuesta a personas adultas mayores en programas de envejecimiento activo 2019

Un 48,48% de personas adultas mayores asistentes a programas de envejecimiento activo comprenden entre los 70 a 79 años de edad, seguidos por un 35,76% los de 60 a 69 años, sin dejar de lado que las personas mayores de 80 años también acceden a ese tipo de programas en un importante 13,94%.

Es importante considerar a un grupo específico de los encuestados, que el de personas adultas mayores que acuden a la Clínica Geriátrica, ya que es la única institución en salud que realiza actividades de envejecimiento activo y saludable con una visión gerontológica. En comparación al cuadro precedente respecto a la edad de los participantes, es importante hacer notar que un 86,05% son personas mayores de 70 años de edad, como se ve en el siguiente cuadro:

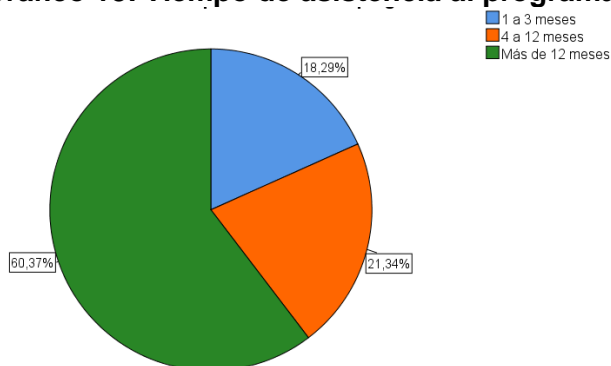
Gráfico 17: Participación por Edad en la Clínica Geriátrica de la CNS



Fuente: Encuesta a personas adultas mayores en programas de envejecimiento activo 2019

Respecto al tiempo de asistencia a los distintos programas se evidencia que un 60,37% de personas adultas mayores acude por más de 12 meses, lo que demuestra el interés de esta población por mantenerse activa y pertenecer a un grupo social étareo.

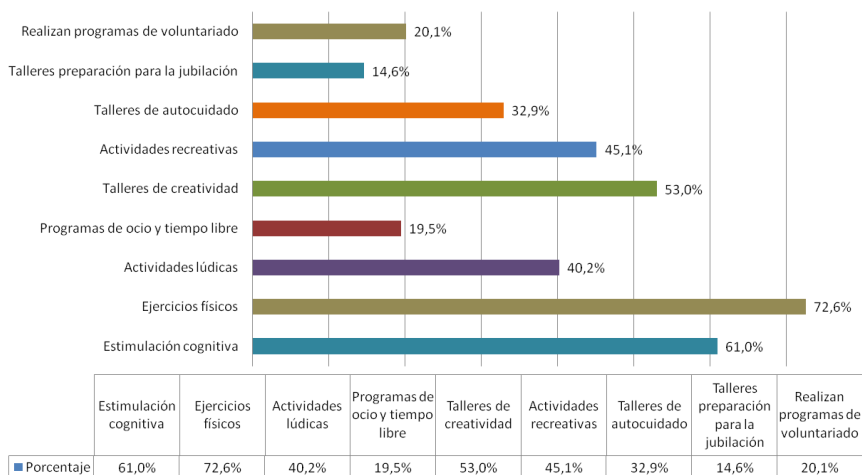
Gráfico 18: Tiempo de asistencia al programa



Fuente: Encuesta a personas adultas mayores en programas de envejecimiento activo 2019

Respecto a las actividades que realizan en los programas de envejecimiento activo y saludable, la mayor cantidad de personas adultas mayores participan en ejercicios físicos, seguidos de estimulación cognitiva y talleres de creatividad.

Gráfico 19: Participación en distintos programas



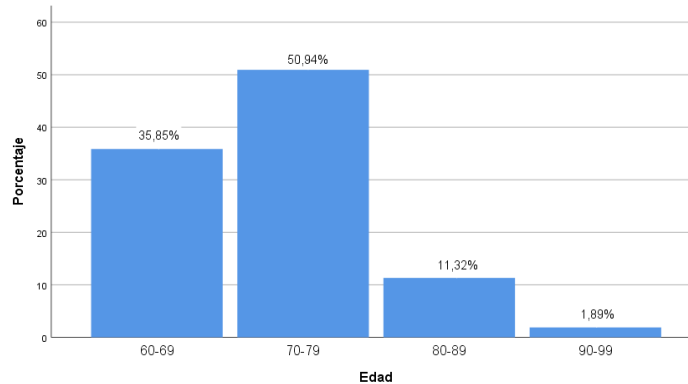
Fuente: Encuesta a personas adultas mayores en programas de envejecimiento activo 2019

Las actividades que aún son poco desarrollados y/o de interés de las personas adultas mayores son los talleres de preparación para la jubilación, los programas de ocio y tiempo libre y el voluntariado.

Información en el ámbito rural

En el área rural, se aplicaron encuestas a personas adultas mayores de Coroico, Umala y de la Comunidad Aymaras Urbanos de Pampahasi, de las cuáles se proporciona la siguiente información:

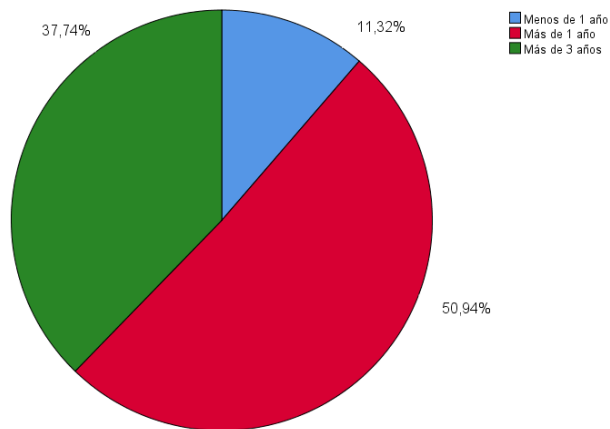
Gráfico 20: Edad de los participantes



Fuente: Encuesta a personas adultas mayores en programas de envejecimiento activo 2019

De las personas adultas mayores encuestadas en el área rural que pertenecen a una organización social, más de la mitad, es decir el 50,84% se encuentran en las edades comprendidas entre los 70 a 79 años, seguidas por aquellas de 60 a 69 años con un 35,85%. En menor medida, un 13,21% significativo representa a personas mayores de 80 años.

Gráfico 21: Tiempo de asistencia a su organización



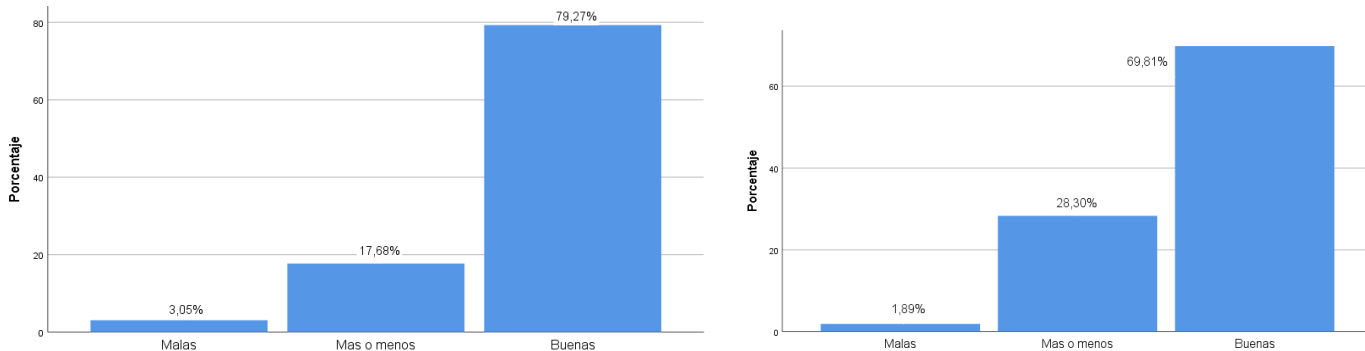
Fuente: Encuesta a personas adultas mayores en programas de envejecimiento activo 2019

Respecto al tiempo de asistencia a la organización social, un 50,94% de personas adultas mayores acude por más de un año y el 37,74% acuda por más de 3 años, demostrándose la importancia de la conformación de grupos etáreos y el interés de esta población por mantenerse activa.

Comparativos

A continuación se presenta información comparativa entre resultados de las encuestas realizadas en el área urbana y el área rural, respecto a preguntas similares, obteniéndose la siguiente información:

Gráfico 22: Calificación de las actividades que realizan
Calificación en el Área Urbana **Calificación en el Área Rural**

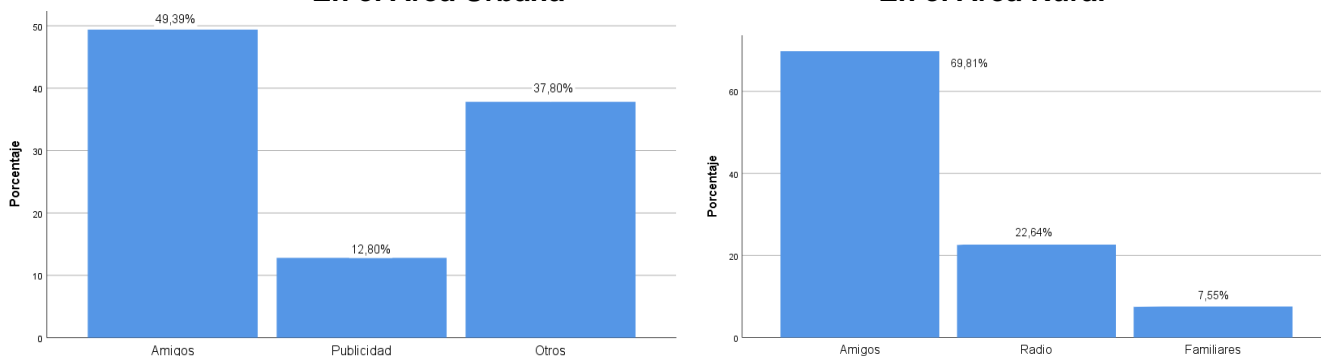


Fuente: Encuesta a personas adultas mayores en programas de envejecimiento activo 2019

Se solicitó a los encuestados que puedan calificar las actividades que realizan, evidenciándose una gran aceptación al calificarlas de “buena” con un 79,27% en el área urbana y el 69,81% en el área rural, por lo que los programas actuales de envejecimiento activo y saludable podrán ser tomados como referentes para lo que puedan ser implementados por los centros de salud.

Sin embargo, es importante hacer notas que casi un tercio de las personas adultas mayores del área rural (28, 30%) califican las actividades de manera regular, lo cual debe llevar a una evaluación constante de satisfacción.

Gráfico 23: Medio por el que se enteró del programa
En el Área Urbana **En el Área Rural**



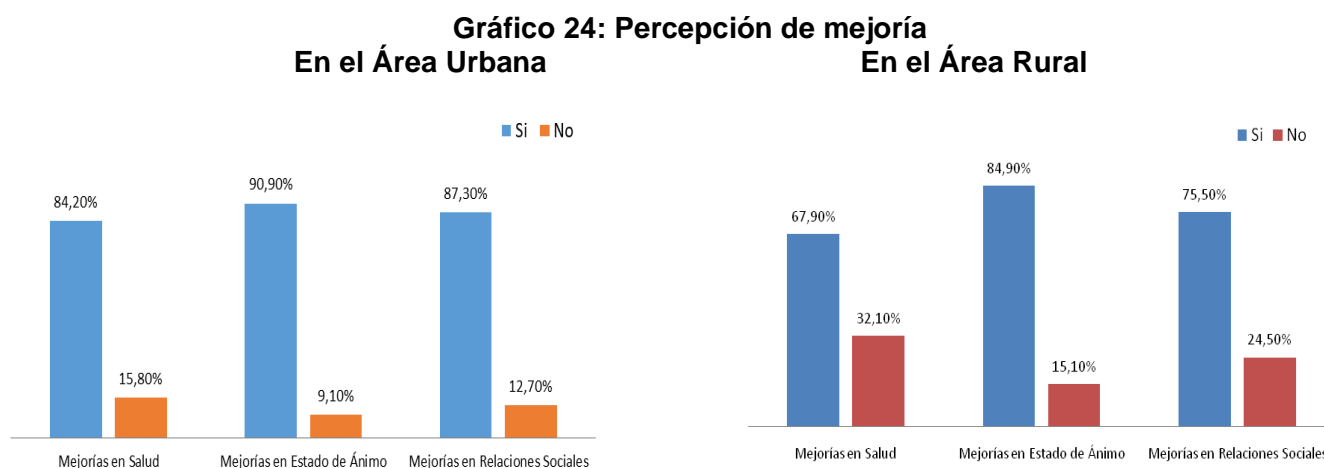
Fuente: Encuesta a personas adultas mayores en programas de envejecimiento activo 2019

Por otra parte, fue importante conocer los medios de difusión de los programas de envejecimiento activo y saludable, siendo destacable el hecho de que las personas adultas mayores se enteraron por medio de un amigo, notándose la amplia diferencia en el ámbito urbano y el rural, ya que las personas adultas mayores en el área rural son casi la mitad (49,39%) mientras que en el área rural representa el 69,81% haciendo prevalecer la importancia del apoyo comunitario.

Sobre el mismo gráfico, las personas adultas mayores que habitan el área urbana, en segundo lugar se anotan de los programas de envejecimiento activo a través de derivaciones médicas o motivación familiar, situación muy distinta en el área rural donde la familia juega un rol incipiente representando el 7.55%.

En el área rural la difusión a través de las radios comunitarias juegan un rol fundamental, reportándose un 22,64% de personas adultas mayores que se enteraron de la conformación de organizaciones y de las actividades que realizan a través de ese medio de comunicación.

Asimismo, se les preguntó respecto a su autopercepción de mejoría en tres ámbitos, a los que se dio la siguiente información:



Fuente: Encuesta a personas adultas mayores en programas de envejecimiento activo 2019

La percepción de mejoría es más alta en las personas adultas mayores del área urbana, siendo la brecha más estrecha respecto a la mejoría en el estado de ánimo: 90,90% de personas adultas mayores del ámbito urbano frente a un 84,90% en el área rural. Algo similar respecto a la mejora en sus relaciones sociales: un 87,30% en el ámbito urbano y un 75,50% en el área rural.

Donde se evidencia una brecha más amplia es en la autopercepción de la mejora de la salud, ya que en el área urbana un 84,20% respondió de manera afirmativa mientras que el área rural el porcentaje disminuye a un 67,90%.

La información presentada, demuestra que los programas de envejecimiento activo y saludable tienen buena aceptación por parte de las personas adultas mayores ya que les aporta beneficios en los ámbitos bio-psico- sociales, sin embargo, en el ámbito rural, la organización social aún está muy vinculada al fortalecimiento social dejando un poco atrás la promoción de la salud.

2.12. Análisis FODA de la problemática de la población adulta mayor

Conforme lo descrito en el diagnóstico, la experiencia actual en programas de envejecimiento activo y saludable y en coordinación con organizaciones de personas adultas mayores, se han identificado las debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades que contribuirán a los Ejes y Objetivos Estratégicos del presente Plan:

PROBLEMÁTICA 1: DEBILIDAD INSTITUCIONAL PARA LA ATENCIÓN EN SALUD DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES		
	FORTALEZAS	DEBILIDADES
ANÁLISIS INTERNO	<ul style="list-style-type: none"> • Existencia de la atención integrada al continuo del curso de la vida. • Ley No. 872 que ratifica la "Convención Interamericana de protección de los derechos humanos de las personas adultas mayores" 	<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de un área específica de salud de personas adultas mayores a nivel institucional. • Invisibilización de las necesidades de las personas adultas mayores por parte de autoridades en salud (Ministerio de Salud, Seguridad Social a Corto Plazo, SEDES y Direcciones Municipales de Salud). • Inexistencia de presupuesto para implementación de programas de envejecimiento activo y saludable y ausencia de material destinado específicamente para actividades con personas adultas mayores. • Escasa formación del personal respecto a la atención a personas adultas mayores, la geriatría y gerontología. • Falta de espacios físicos para el desarrollo de actividades con personas adultas mayores en los centros de salud. • Poco o nulo abordaje del envejecimiento en las etapas de la vida previas a la vejez. • Cambio permanente de autoridades en todos los niveles. <p>Falta de proyectos de inversión pública</p>

ANÁLISIS EXTERNO	OPORTUNIDADES	AMENAZAS
	<ul style="list-style-type: none"> • Experiencias institucionales de programas de envejecimiento activo y saludable. • Desarrollo de la gerontología y geriatría. • Existencia de organizaciones nacionales, departamentales, municipales y sectoriales de personas adultas mayores. 	<ul style="list-style-type: none"> • Demandas sociales no sustentables.
<p>Conclusiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es necesario la socialización y difusión del Plan a personal de salud, autoridades regionales, locales y organizaciones sociales para mejorar la calidad y calidez humana en la atención a personas adultas mayores. • Se debe destinar, adaptar o gestionar espacios para las actividades de envejecimiento activo y saludable. • Es fundamental la creación de espacios específicos a nivel institucional (área, unidad, dirección, etc) para la atención, coordinación y gestión de los programas destinados a las personas adultas mayores. • Se debe gestionar con las instituciones la participación activa de las organizaciones con las personas adultas mayores a través del control social. • Es necesario involucrar a todo el personal con el que cuenta el centro de salud (personal médico, psicológico, trabajo social, enfermería, internos, residentes y otros) en las actividades de promoción de envejecimiento activo y saludable. • Es necesario involucrar lo sanitario con lo social para prevenir enfermedades. • También se debe prever la dotación de presupuesto específico para la implementación de programas de envejecimiento activo y saludable y dotación de material. • Incluir la temática de vejez y envejecimiento en programas institucionales orientados a los grupos poblacionales de niñez, adolescencia, juventud, discapacidad y enfermedades prevalentes. 		

PROBLEMÁTICA 2: DIFICULTADES EN EL EJERCICIO DEL DERECHO A LA SALUD DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES					
ANÁLISIS INTERNO	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">FORTALEZAS</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">DEBILIDADES</td> </tr> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> • Los municipios cuentan con oficinas de atención a personas adultas mayores, quienes deben coordinar con diversas instancias para el cumplimiento de derechos. • Se ha desarrollado el Plan Multisectorial de Desarrollo Integral de las personas Adultas Mayores 2016-2020. • La promulgación de la Ley No. 872 que ratifica la “Convención Interamericana de protección de los derechos humanos de las personas adultas mayores” </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> • Incumplimiento del trato preferente a las personas adulta mayores • Escasa promoción del uso de la medicina tradicional por parte del personal médico de salud, principalmente en áreas rurales. • Irregularidad en la dotación del complemento nutricional Carmelo • Desabastecimiento de medicamentos. • No se cuenta con personal capacitado y sensibilizado, lo que se evidencia en los prejuicios arraigados en el personal de salud y administrativo del sistema de salud • Problemas en la dotación de medicamentos. • El actual Sistema Único de Salud, no contempla las patologías geriátricas. • Falta de información sobre el envejecimiento activo y saludable • Falta de información sobre la enfermedad o problema de salud específica que atraviesa la persona adulta mayor </td> </tr> </table>	FORTALEZAS	DEBILIDADES	<ul style="list-style-type: none"> • Los municipios cuentan con oficinas de atención a personas adultas mayores, quienes deben coordinar con diversas instancias para el cumplimiento de derechos. • Se ha desarrollado el Plan Multisectorial de Desarrollo Integral de las personas Adultas Mayores 2016-2020. • La promulgación de la Ley No. 872 que ratifica la “Convención Interamericana de protección de los derechos humanos de las personas adultas mayores” 	<ul style="list-style-type: none"> • Incumplimiento del trato preferente a las personas adulta mayores • Escasa promoción del uso de la medicina tradicional por parte del personal médico de salud, principalmente en áreas rurales. • Irregularidad en la dotación del complemento nutricional Carmelo • Desabastecimiento de medicamentos. • No se cuenta con personal capacitado y sensibilizado, lo que se evidencia en los prejuicios arraigados en el personal de salud y administrativo del sistema de salud • Problemas en la dotación de medicamentos. • El actual Sistema Único de Salud, no contempla las patologías geriátricas. • Falta de información sobre el envejecimiento activo y saludable • Falta de información sobre la enfermedad o problema de salud específica que atraviesa la persona adulta mayor
FORTALEZAS	DEBILIDADES				
<ul style="list-style-type: none"> • Los municipios cuentan con oficinas de atención a personas adultas mayores, quienes deben coordinar con diversas instancias para el cumplimiento de derechos. • Se ha desarrollado el Plan Multisectorial de Desarrollo Integral de las personas Adultas Mayores 2016-2020. • La promulgación de la Ley No. 872 que ratifica la “Convención Interamericana de protección de los derechos humanos de las personas adultas mayores” 	<ul style="list-style-type: none"> • Incumplimiento del trato preferente a las personas adulta mayores • Escasa promoción del uso de la medicina tradicional por parte del personal médico de salud, principalmente en áreas rurales. • Irregularidad en la dotación del complemento nutricional Carmelo • Desabastecimiento de medicamentos. • No se cuenta con personal capacitado y sensibilizado, lo que se evidencia en los prejuicios arraigados en el personal de salud y administrativo del sistema de salud • Problemas en la dotación de medicamentos. • El actual Sistema Único de Salud, no contempla las patologías geriátricas. • Falta de información sobre el envejecimiento activo y saludable • Falta de información sobre la enfermedad o problema de salud específica que atraviesa la persona adulta mayor 				
ANÁLISIS EXTERNO	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">OPORTUNIDADES</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">AMENAZAS</td> </tr> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> • Las organizaciones de personas adultas mayores se encuentran empoderadas y exigen el cumplimiento de sus derechos. • Las personas adultas mayores del área rural y también en las ciudades, tienen amplios conocimientos sobre la medicina tradicional. </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> • Falta de apoyo familiar y del entorno de las personas adultas mayores. • Escepticismo por parte de las personas adultas mayores respecto a las actividades que ofrezca el centro de salud. </td> </tr> </table>	OPORTUNIDADES	AMENAZAS	<ul style="list-style-type: none"> • Las organizaciones de personas adultas mayores se encuentran empoderadas y exigen el cumplimiento de sus derechos. • Las personas adultas mayores del área rural y también en las ciudades, tienen amplios conocimientos sobre la medicina tradicional. 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de apoyo familiar y del entorno de las personas adultas mayores. • Escepticismo por parte de las personas adultas mayores respecto a las actividades que ofrezca el centro de salud.
OPORTUNIDADES	AMENAZAS				
<ul style="list-style-type: none"> • Las organizaciones de personas adultas mayores se encuentran empoderadas y exigen el cumplimiento de sus derechos. • Las personas adultas mayores del área rural y también en las ciudades, tienen amplios conocimientos sobre la medicina tradicional. 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de apoyo familiar y del entorno de las personas adultas mayores. • Escepticismo por parte de las personas adultas mayores respecto a las actividades que ofrezca el centro de salud. 				
<p>Conclusiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se debe gestionar y difundir información del envejecimiento activo y saludable a toda la población y comunidades (campañas y talleres) • Es necesario profundizar la Promover los siete criterios del trato preferente establecidos en la Ley No. 369 destinado al personal, personas adultas mayores y usuarios en general del centro de salud. • Se debe integrar en los centros de salud la medicina tradicional e intercultural para favorecer el respeto y la interacción entre los distintos tipos de medicina • Es necesario el Fortalecer la gestión con ETAs para la adquisición de medicamentos • Debe darse cumplimiento a la Ley N° 369 respecto a la información precisa que debe proporcionar el médico tratante a la persona adulta mayor y a la familia sobre su problema de salud, las causas y sus consecuencias. • Es necesaria la implementación de protocolos y cuidados específicos de atención según patologías de las personas adultas mayores. • Se debe dar continuidad a los programas sociales a través de la entrega del Complemento Nutricional Carmelo 					

PROBLEMÁTICA 3: AUSENCIA DE ACCIONES DE PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES Y DE LA PROMOCIÓN DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y SALUDABLE		
ANÁLISIS INTERNO	<p style="text-align: center;">FORTALEZAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • La Ley No. 475 establece que en el primer nivel de atención de salud deben realizarse actividades de prevención y de promoción de la salud. • La Ley N° 1152, hacia el Sistema Único de Salud, amplía la atención en salud en todas las etapas de la vida. 	<p style="text-align: center;">DEBILIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inexistencia de protocolos específicos de actividades relacionadas con el envejecimiento activo y saludable. • Inexistencia de guías o protocolos de prevención, atención y desarrollo de actividades domiciliarias y en centros de acogida en caso de emergencias sanitarias. • Falta de conciencia del personal de salud sobre la necesidad de implementar acciones preventivas orientadas a un envejecimiento activo y saludable.
ANÁLISIS EXTERNO	<p style="text-align: center;">OPORTUNIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existen mayores espacios de intercambio intergeneracional donde trabajar el envejecimiento activo y saludable. • Las personas adultas mayores organizadas tienen la predisposición de transmitir sus experiencias de vida a otros grupos poblacionales. 	<p style="text-align: center;">AMENAZAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Falta de una cultura intergeneracional de prevención de enfermedades y promoción del envejecimiento activo y saludable • Limitada integración familiar con las actividades que desarrollan las personas adultas mayores
<p>Conclusiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se hace necesaria la implementación de acciones orientadas a la prevención de enfermedades a partir de educación en nutrición, autocuidado, beneficios de la actividad física y mental, concientización de conductas nocivas para la salud en las diferentes etapas de la vida. • También se debe considerar el acompañamiento de las personas adultas mayores a poblaciones más jóvenes con enfermedades similares. • Se deben implementar actividades de prevención, detección temprana, diagnóstico y tratamiento de enfermedades transmisibles • La generación de espacios de intercambio familiar e intergeneracional que promuevan un envejecimiento activo y saludable, deben ser orientadas a la prevención de enfermedades • Será necesaria la creación de protocolos específicos de actividades relacionadas con el envejecimiento activo y saludable. • Es de suma importancia el Desarrollar investigaciones, producción y difusión del conocimiento ancestral sobre la prevención en salud para un envejecimiento activo y saludable. • Se requiere prever acciones, guías y protocolos de prevención y promoción del envejecimiento activo y saludable de manera integral bio-psico-social en caso de presentarse situaciones de emergencia sanitaria, como como lo acontecido con el COVID-19. 		

PROBLEMÁTICA 4: AUSENCIA DE UN SISTEMA INTEGRAL DE CUIDADOS		
ANÁLISIS INTERNO	<p>FORTALEZAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • La Clínica Geriátrica de la Caja Nacional de Salud cuenta con experiencia en la atención a personas adultas mayores dependientes, así como los cuidados domiciliarios. 	<p>DEBILIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de un sistema nacional integral de cuidados a largo plazo. • Escepticismo por parte de las personas adultas mayores respecto a las actividades que ofrezca el centro de salud.
ANÁLISIS EXTERNO	<p>OPORTUNIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Países vecinos y de Latinoamérica cuentan cada vez más con experiencia y material que puede servir de referencia. 	<p>AMENAZAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • No existe conocimiento sobre la atención a personas adultas mayores en situación de dependencia, por parte del personal de salud, los familiares y las mismas personas adultas mayores. • Falta de equipos interdisciplinarios para el abordaje de personas adultas mayores dependientes y sus familias
<p>Conclusiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La promoción del envejecimiento activo y saludable debe darse aún durante la dependencia de las personas adultas mayores. • La elaboración del sistema nacional de cuidados definirá los actores, escenarios y procedimientos que deberán emplearse para el abordaje a personas adultas mayores en situación de dependencia. • Se deberán desarrollar talleres educativos sobre las etapas del envejecimiento, la dependencia, adaptación de entornos y cuidados paliativos dirigidos a personal de salud, familiares y personas adultas mayores. • Un aspecto fundamental será la creación de áreas conformadas con equipos interdisciplinarios para la atención integral hacia el envejecimiento activo y saludable. 		

Capítulo III.
PROPUESTA DE DESARROLLO

3.1. Visión y Misión

Visión

Personas adultas mayores en Bolivia que ejercen efectivamente su derecho a la salud, con dignidad, autonomía, trato preferente e inclusión social, a través del acceso a servicios de salud con eficiencia y calidad de atención gozando de un envejecimiento activo y saludable.

Misión

Plan de acción quinquenal en salud hacia el envejecimiento activo y saludable implementado en la planificación a corto y mediano plazo en el sector salud con la participación activa de las personas adultas mayores.

3.2. Principios orientadores del Plan de Acción Quinquenal en Salud Hacia el Envejecimiento Activo y Saludable

Para fomentar una cultura de envejecimiento activo y saludable que responda a las necesidades de las personas adultas mayores y repercuta directamente en su longevidad mediante una atención integral y satisfactoria, en primer lugar, se consideran los principios ético-morales establecidos en la Constitución Política del Estado sintetizados en el Vivir Bien o Buen Vivir, referido al saber vivir en armonía y equilibrio, en armonía con los ciclos de la Madre Tierra, del cosmos, de la vida y de la historia, y en equilibrio con toda forma de existencia⁵⁵.

Asimismo, basándose en los valores que sustentan el Estado⁵⁶ y los principios establecidos en la Ley N° 369 y en la Convención Interamericana Sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, se extraen los siguientes principios que deben guiar la implementación del Plan de Acción Quinquenal en Salud Hacia el Envejecimiento Activo y Saludable:

- **Dignidad.** Referido a que las personas adultas mayores puedan vivir con dignidad, recibir un trato digno, independientemente de la edad, sexo, raza o procedencia étnica, discapacidad u otras condiciones, siendo valoradas independientemente de su contribución económica.

⁵⁵ Ministerio de Relaciones Exteriores, 2016.

⁵⁶ Constitución Política del Estado, art.8., par. II que establece “El Estado se sustenta en los valores de unidad, igualdad, inclusión, dignidad, libertad, solidaridad, reciprocidad, respeto, complementariedad, armonía, transparencia, equilibrio, igualdad de oportunidades, equidad social y de género en la participación, bienestar común, responsabilidad, justicia social, distribución y redistribución de los productos y bienes sociales, para vivir bien”

- **Equidad y no discriminación:** Busca prevenir y erradicar toda forma de distinción, exclusión, restricción o preferencia que tenga por objeto o por resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos fundamentales y libertades de las personas adultas mayores. Promueve la igualdad de oportunidad incluyendo entre géneros, eliminar el “viejismo”⁵⁷ y minimizar las diferencias en salud.
- **Atención centrada en la persona.** Es necesario que cualquier abordaje que se realice a la persona adulta mayor tenga un enfoque individualizado y de calidad, reconociendo la singularidad y unicidad de la persona y fijar la mirada en sus capacidades frente a aquello que la hace dependiente, apoyando su autodeterminación.
- **El derecho a la diferencia y el respeto de la interculturalidad.** Busca prevenir y erradicar la marginalidad socioeconómica y geográfica, la intolerancia intercultural, y la violencia institucional y familiar, para garantizar el desarrollo e incorporación de las personas adultas mayores a la sociedad con dignidad e integridad.
- **Participación, integración e inclusión plena y efectiva en la sociedad.** Es la relación por la que las personas adultas mayores ejercen una efectiva y legítima participación a través de sus formas de representación y organización, para asegurar su integración en los ámbitos social, económico, político y cultural.
- **Autonomía y Autorealización.** Todas las acciones que se realicen en beneficio de las personas adultas mayores, están orientadas a fortalecer su independencia, su capacidad de decisión y su desarrollo personal y comunitario.
- **Bienestar y cuidado.** Es el poder disfrutar de los cuidados y la protección de la familia y la comunidad de conformidad con el sistema de valores culturales de cada sociedad, así como el acceso a servicios de atención de salud que les ayuden a mantener o recuperar un nivel óptimo de bienestar físico, mental y emocional, así como a prevenir o retrasar la aparición de la enfermedad.

3.3. Ejes, Objetivos Estratégicos y Acciones Estratégicas del Plan de Acción Quinquenal en Salud Hacia el Envejecimiento Activo y Saludable

⁵⁷ Muchas percepciones populares y prejuicios sobre las personas adultas mayores se basan sobre estereotipos obsoletos, los cuales llegan a la discriminación basada en la edad. Eso ha sido calificado “viejismo” y es asimilado a una forma de racismo.

El Plan de Acción Quinquenal en Salud Hacia el Envejecimiento Activo y Saludable está compuesto por 5 ejes, cada uno con sus respectivos objetivos estratégicos y sus acciones estratégicas, los cuáles se describen a continuación:

1) Eje 1: Fortalecimiento institucional para garantizar el derecho a la salud de las personas adultas mayores

Los derechos de las personas adultas mayores y las temáticas de vejez y envejecimiento deben ser implementados a partir de todas las instancias que tengan competencia al respecto. Es así que, el derecho a la salud de este grupo poblacional debe ser abordado de manera amplia e integral desde el Ministerio de Salud y sus dependencias, los Servicios Departamentales de Salud –SEDES, instancias municipales y el sistema de salud a través de los que se brinden servicios.

En tal sentido, el fortalecimiento institucional se refiere justamente a crear o mejorar estos espacios generando secciones (área, unidad, dirección, etc.) específicas de gestión del trabajo con personas adultas mayores, previendo la dotación de presupuesto, personal e infraestructura. Pero además fortalecer las capacidades del personal a través de la formación y la investigación para responder acorde a las necesidades de las personas adultas mayores de cada región.

Objetivo Estratégico 1: Fortalecer la capacidad de gestión de los actores en el sistema de salud de acuerdo a sus competencias garantizando el derecho a la salud de las personas adultas mayores en cumplimiento a la normativa de protección del sector y el SUS.

Acciones estratégicas del OE1

- Planificar y gestionar presupuestos para el desarrollo de programas operativos anuales que incluyan los recursos humanos y materiales requeridos; así como la transversalización del Plan en las gestiones Ministeriales, Entidades Territoriales Autónomas, sistema de seguros, Sistema Nacional de Salud, organizaciones sociales y cooperación externa.
- Fortalecer el equipo técnico y crear áreas específicas en vejez dentro el Ministerio de Salud y Gobiernos Autónomos Departamentales y Municipales para asegurar la gestión del Plan a través del desarrollo de perfiles y funciones, así como la atención, coordinación y gestión de los programas destinados a las personas adultas mayores.
- Destinar, adaptar o gestionar espacios físicos propios o en coordinación con SEDES, Gobiernos Autónomos Departamentales, Gobiernos Autónomos Municipales y otros, para las actividades de envejecimiento activo y saludable.

Objetivo Estratégico 2: Generar mecanismos de capacitación y sensibilización dirigidos al personal involucrado en las acciones de promoción del envejecimiento activo y saludable, con el fin de optimizar el servicio y promover el cumplimiento de derechos de la población adulta mayor.

Acciones estratégicas del OE2

- Socializar y difundir el Plan a personal de los SEDES, autoridades regionales, locales y organizaciones sociales, para mejorar la calidad y calidez humana en la atención a personas adultas mayores.
- Involucrar a todo el personal con el que cuenta el centro de salud (personal médico, psicológico, trabajo social, enfermería, internos, residentes y otros) para la atención con calidad y calidez a las personas adultas mayores.
- Incluir la temática de vejez y envejecimiento en programas institucionales orientados a los grupos poblacionales de niñez, adolescencia, juventud, discapacidad y enfermedades prevalentes.
- Sensibilizar, capacitar y actualizar sobre derechos y la atención a la persona adulta mayor, la geriatría, la gerontología, patologías prevalentes, vejez y envejecimiento.
- Desarrollar la producción y difusión del conocimiento incluyendo la investigación sobre vejez y envejecimiento y tecnología en salud.

Objetivo Estratégico 3: Promover la participación activa de las organizaciones de personas adultas mayores orientada a la proposición y seguimiento de actividades de envejecimiento activo y saludable, así como la generación de espacios de apoyo interinstitucional.

Acciones estratégicas del OE3

- Desarrollar e implementar mecanismos de participación y control social de las personas adultas mayores en el diseño y evaluación de políticas, planes y estrategias en todos los niveles del Estado (Ministerio de Salud y Consejos Departamentales y Consejos Municipales de Salud) con énfasis en el nivel comunitario.
- Desarrollar alianzas estratégicas intersectoriales con otros Ministerios, organismos de cooperación, organizaciones de personas adultas mayores y otros para el apoyo a las acciones diseñadas y acciones sobre los determinantes sociales de la salud.

2) Eje 2: Entornos favorables en los servicios de salud que respondan a las necesidades de las personas adultas mayores orientados al envejecimiento activo y saludable

Los servicios socio-sanitarios así como los diferentes actores que participan de la salud deben tener la capacidad de implementar una atención diferenciada, según necesidades de las personas adultas mayores de cada región, enmarcado en el trato preferente establecido en la Ley No. 369 “Ley General de las Personas Adultas Mayores”.

Se trata de construir servicios a la medida de las necesidades de las personas adultas mayores, no solo en el ámbito sanitario sino familiar, intergeneracional y comunitario, donde se involucre el personal a través del equipos interdisciplinarios.

Un factor clave del eje es poder disponer de recursos humanos sensibilizados y capacitados en el abordaje a la persona adulta mayor y sus derechos.

Objetivo Estratégico 4: Fortalecer la atención a la personas adultas mayores con la implementación de la Ley No. 1152, atendiendo sus necesidades a través de entornos favorables en los servicios de salud mediante acciones dirigidas a este grupo etáreo, su familia y la comunidad en general promoviendo un envejecimiento activo y saludable.

Acciones estratégicas del OE4

- Dar continuidad a los programas sociales a través de la entrega del Complemento Nutricional Carmelo.
- Implementar protocolos y cuidados específicos de atención según patologías a las personas adultas mayores.
- Promover los siete criterios del trato preferente establecidos en la Ley No. 369 destinado al personal, personas adultas mayores y usuarios en general del centro de salud.
- Brindar información precisa del médico tratante a la persona adulta mayor y a la familia sobre su problema de salud, las causas y sus consecuencias.
- Fortalecer la gestión con ETAs para la adquisición de medicamentos

Objetivo Estratégico 5: Involucrar a la familia y la comunidad en general en las acciones tendientes a promover el envejecimiento activo y saludable a fin de generar una conciencia intergeneracional de autocuidado.

Acciones estratégicas del OE5

- Generar campañas de difusión del envejecimiento activo y saludable dirigido a poblaciones de todas las edades. En las campañas de salud ya programadas, incluir el tema de vejez
- Desarrollar actividades con familiares y otros grupos del entorno de las personas adultas mayores, involucrándolos en diversas actividades que genera el centro de salud

Objetivo Estratégico 6: Promover el uso de la medicina tradicional e intercultural en los centros de salud, recogiendo y valorando los conocimientos con los que cuentan las personas adultas mayores.

Acciones estratégicas del OE6

- Integrar en los centros de salud la medicina tradicional e intercultural para favorecer el respeto y la interacción entre los distintos tipos de medicina.
- Capacitar al personal sobre la medicina tradicional y uso transversal de la misma a partir de los conocimientos con los que cuentan las personas adultas mayores.

3) Eje 3: Prevención de las enfermedades, promoción del envejecimiento activo y saludable y de la autonomía personal, con un enfoque centrado en la persona

Es importante abordar los conceptos de promoción y prevención. La prevención busca la salud desde el punto de referencia de la enfermedad. Su objetivo es la ausencia de enfermedad. Mientras que la promoción hace énfasis en la optimización del estado de bienestar, entendiendo la salud como un camino sin principio ni final.

En este sentido la promoción hace énfasis en el desarrollo de habilidades personales, en el fortalecimiento de la acción comunitaria y destaca la responsabilidad del individuo en la solución de problemas que afectan su salud.

Por tanto, a partir de la prevención de enfermedades y de la promoción del envejecimiento activo y saludable y por ende, de la autonomía personal, deben abordarse diversos escenarios en los que no solo se tenga alcance a las personas adultas mayores, sino que también se logre sensibilizar y concientizar

a niñas, niños y jóvenes en su autocuidado y su propio proceso de envejecimiento.

También será necesario hacer seguimiento al estado nutricional, compensar la desnutrición y promover la buena alimentación (sobre peso, contenidos en sal y azúcar, etc.) no solo en las personas adultas mayores, sino desde la niñez a fin de prevenir enfermedades en la vejez.

Objetivo Estratégico 7: Establecer lineamientos mínimos en los centros de salud para generar acciones de prevención de enfermedades crónico degenerativas (diabetes, malnutrición, cáncer, otros).

Acciones estratégicas del OE7

- Creación de protocolos específicos de actividades de prevención, promoción del envejecimiento activo y saludable y de la autonomía personal.
- Creación de guías y protocolos de prevención, atención y desarrollo de actividades domiciliarias y en centros de acogida en caso de emergencias sanitarias.
- Desarrollar talleres educativos sobre la prevención de enfermedades y las ventajas del envejecimiento activo, dirigidos a personal de salud, familiares y personas adultas mayores.
- Desarrollar programas multisectoriales de alimentación y nutrición en el ciclo de la vida.
- Sistema Único de Salud: Programas de reducción de enfermedades no transmisibles

Objetivo Estratégico 8: Generar una visión intergeneracional en la promoción de la salud a través de la participación familiar y comunitaria, para que el autocuidado se inicie desde las generaciones más jóvenes, desde el inicio del ciclo vital en todas las edades.

Acciones estratégicas del OE8

- Implementación de acciones orientadas a la prevención de enfermedades a partir de educación en nutrición, autocuidado, beneficios de la actividad física y mental, concientización de conductas nocivas para la salud en las diferentes etapas de la vida.

- Generación de espacios de intercambio familiar e intergeneracional que promuevan un envejecimiento activo y saludable, orientado a la prevención de enfermedades y dirigido a poblaciones de todas las edades.
- Integración familiar y comunitaria en la prevención de enfermedades y promoción del envejecimiento activo.

Objetivo Estratégico 9: Gestionar los conocimientos y destrezas de las personas adultas mayores en la prevención y autocuidado, partiendo de su experiencia personal y el curso de vida.

Acciones estratégicas del OE9

- Desarrollar investigaciones, producción y difusión del conocimiento ancestral sobre la prevención en salud para un envejecimiento activo y saludable.
- Generar el acompañamiento de las personas adultas mayores a poblaciones más jóvenes con enfermedades similares.

4) Eje 4: El sistema integral de cuidados

La Ley No. 872 que ratifica la Convención Interamericana Sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, en su artículo 12 establece los derechos de la persona adulta mayor que recibe servicios de cuidado a largo plazo, haciendo referencia al derecho a un sistema integral de cuidados que provea la protección y promoción de la salud, cobertura de servicios sociales, seguridad alimentaria y nutricional, agua, vestuario y vivienda; promoviendo que la persona adulta mayor pueda decidir permanecer en su hogar y mantener su independencia y autonomía.

Para dar cumplimiento a lo precitado, el Estado debe adoptar medidas tendientes a desarrollar un sistema integral de cuidados con una perspectiva de género y el respeto a la dignidad e integridad física y mental de la persona adulta mayor, y debe ser diseñado considerando su dirección, estructura y servicios.

Actualmente en Bolivia no existe el mencionado sistema, lo que no quiere decir que no existan personas adultas mayores que reciben cuidados a largo plazo, por el contrario, pese a la inexistencia de información estadística, la apertura de centros de acogida de larga estadía y la apertura de espacios formativos de cuidadoras y cuidadores reflejan que cada vez son más las personas adultas mayores que se encuentran en situación de dependencia y requieren de servicios de cuidados.

Por tanto, el Eje 4 va orientado a la elaboración de un sistema integral de cuidados siendo necesario iniciar una reflexión sobre el tema desde el sector salud. Un paso fundamental será el desarrollar las capacidades de los actores para proveer un cuidado integral de calidad con un enfoque centrado en la persona. Sin embargo, el sector salud no puede llevar solo la tarea, por lo que deberá coordinar/articular con otros sectores que tengan competencia en el sector⁵⁸.

Objetivo Estratégico 10: Activar el cuidado integral en las personas adultas mayores en situación de dependencia y el continuo de la vida.

Acciones estratégicas del OE10

- Desarrollar talleres educativos sobre las etapas del envejecimiento, la dependencia, adaptación de entornos y cuidados paliativos dirigidos a personal de salud, familiares y personas adultas mayores.
- Generar diagnósticos a nivel nacional, departamental, municipal y en cada centro de salud respecto a la población adulta mayor que se encuentra en situación de dependencia y requiere/recibe cuidados a largo plazo.
- Desarrollar protocolos de atención en el Sistema Único de Salud para personas adultas mayores en centros de acogida de larga estadía públicos, privados y mixtos, así como durante el cuidado domiciliario, promoviendo un envejecimiento activo y saludable.

Objetivo Estratégico 11: Promover el envejecimiento activo y saludable mediante el desarrollo de las capacidades del sistema de salud orientado a la elaboración de un sistema integral de cuidados.

Acciones estratégicas del OE11

- Promocionar el envejecimiento activo y saludable aún durante la dependencia de las personas adultas mayores.
- Elaborar el sistema nacional de cuidados y protocolos específicos de atención según patologías
- Creación de áreas conformadas con equipos interdisciplinarios para la atención integral hacia el envejecimiento activo y saludable.

⁵⁸ La Ley No. 369 “Ley General de las Personas Adultas Mayores” determina como cabeza de sector al Ministerio de Justicia y Transparencia Institucional.

5) Eje 5: Seguimiento, Monitoreo y evaluación del Plan de Acción Quinquenal en Salud hacia el Envejecimiento Activo y Saludable

Con la finalidad de implementar y dar cumplimiento a los objetivos y metas del Plan de Acción Quinquenal en Salud Hacia el Envejecimiento Activo y Saludable, se ha previsto desarrollar los procesos de seguimiento, monitoreo y evaluación, que sustentado en evidencias, permita generar información confiable y útil para la toma de decisiones y el logro de resultados propuestos.

Esto implica contar con un sistema de seguimiento, monitoreo y evaluación el cual permita detectar a tiempo los problemas y adoptar las medidas oportunas, y avanzar hacia los resultados propuestos.

El sistema se alimentará con información proveniente de los sectores, gobiernos regionales y locales y entidades responsables del cumplimiento del Plan, para lo cual se desarrollarán los mecanismos, y se elaborarán los instrumentos y herramientas pertinentes para la medición de los indicadores, y se elaborarán los informes técnicos de los resultados del cumplimiento de los objetivos y metas del Plan.

Objetivo Estratégico 12: Generar una gestión pública eficaz, eficiente y transparente; dando cumplimiento del Plan de Acción Quinquenal en Salud Hacia el Envejecimiento Activo y Saludable.

Acción estratégica del OE12

- Supervisión, evaluación y seguimiento de la atención de salud a las personas adultas mayores y las acciones correspondientes al envejecimiento activo y saludable.

IDENTIFICACIÓN DE PILAR, METAS Y RESULTADOS DEL PLAN DE ACCIÓN QUINQUENAL HACIA EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y SALUDABLE				
PILAR 3: SALUD, EDUCACIÓN Y DEPORTE				
META: 1. ACCESO UNIVERSAL AL SERVICIO DE SALUD				
Eje 1: Fortalecimiento institucional para garantizar el derecho a la salud de las personas adultas mayores				
RESULTADO: 76. Se implementará el Servicio de Salud Universal				
Objetivo	Acción Estratégica	Producto	Indicadores	Responsable
OE1. Fortalecer la capacidad de gestión de los actores en el sistema de salud de acuerdo a sus competencias garantizando el derecho a la salud de las personas adultas mayores en cumplimiento a la normativa de protección del sector y el SUS	Planificar y gestionar presupuestos para el desarrollo de programas operativos anuales que incluyan los recursos humanos y materiales requeridos; así como la transversalización del Plan en las gestiones Ministeriales, Entidades Territoriales Autónomas, sistema de seguros, Sistema Nacional de Salud, organizaciones sociales y cooperación externa.	Presupuesto inscrito en la Planificación Quinquenal de las ETAs e Instituciones para el envejecimiento y la vejez	% de ETAs con POA para el envejecimiento y la vejez	ETAs, MS, INSTITUCIONES
			% de Instituciones con POA para el envejecimiento y la vejez	
	Fortalecer el equipo técnico y crear áreas específicas en vejez dentro el Ministerio de Salud y Gobiernos Autónomos Departamentales y Municipales para asegurar la gestión del Plan a través del desarrollo de perfiles y funciones, así como la atención, coordinación y gestión de los programas destinados a las personas adultas mayores.	Programa de salud de la Persona Adulta Mayor implementado.	% de ETAs que crean el programa en salud para el adulto mayor en coordinación con el MS	ETAs, MS- Unidad del Continuo

	Destinar, adaptar o gestionar espacios físicos propios o en coordinación con SEDES, Gobiernos Autónomos Departamentales, Gobiernos Autónomos Municipales y otros, para las actividades de envejecimiento activo y saludable.	Espacios físicos implementados para las personas adultas mayores	% de ETAs con espacios para actividades para personas adultas mayores	ETAs
OE2. Generar mecanismos de capacitación y sensibilización dirigidos al personal involucrado en las acciones de promoción del envejecimiento activo y saludable, con el fin de optimizar el servicio y promover el cumplimiento de derechos de la población adulta mayor.	Socializar y difundir el Plan a personal de los SEDES, autoridades regionales, locales y organizaciones sociales, para mejorar la calidad y calidez humana en la atención a personas adultas mayores	Acciones del Plan de acción quinquenal en salud hacia el envejecimiento activo y saludable socializado	% de personal de salud de los SEDES capacitado en el Plan % de autoridades regionales, locales y organizaciones sociales capacitado en el Plan	MS-Unidad del Continuo
	Involucrar a todo el personal con el que cuenta el centro de salud (personal médico, psicológico, trabajo social, enfermería, internos, residentes y otros) para la atención con calidad a las Personas Adultas Mayores.	Personas Adultas Mayores con atención de calidad	% de personas adultas mayores que acceden a establecimientos de Salud	SNIS
	Sensibilización, Capacitación y actualización sobre los derechos y la atención a la persona adulta mayor, la geriatría, la gerontología,	Personal de salud y ETAs conocen los derechos de personas adultas mayores	% de talleres a personal de salud, ETAs en los derechos de personas adultas mayores	ANAMBO, ETAs, MS-Unidad del Continuo

	patologías prevalentes, vejez y envejecimiento.			
	Incluir la temática de vejez y envejecimiento en programas institucionales orientados a los grupos poblacionales de niñez, adolescencia, juventud, discapacidad y enfermedades prevalentes	Se habla de vejez y envejecimiento en todos los programas institucionales que aborden a grupos poblacionales y diversas patologías	% de personal que incorpora la temática de vejez y envejecimiento en sus áreas operacionales	MS – Unidad del Continuo y Proyectos específicos, ETAS.
OE3. Promover la participación activa de las organizaciones de personas adultas mayores orientada a la proposición y seguimiento de actividades de envejecimiento activo y saludable, así como la generación de espacios de apoyo interinstitucional.	Desarrollo e implementación de mecanismos de participación y control social de las personas mayores en el diseño y evaluación de políticas, planes y estrategias en todos los niveles del Estado (Ministerio de Salud y Consejos Departamentales y Consejos Municipales de Salud) con énfasis en el nivel comunitario.	Supervisión de acciones del Plan por ANAMBO en los Planes Sectoriales de Salud	% de reuniones para la elaboración de Planes de Salud	ANAMBO, ETAS, MS- Unidad del Continuo
	Desarrollar alianzas estratégicas intersectoriales con otros Ministerios, organismos de cooperación, organizaciones de personas adultas mayores y otros para el apoyo a las acciones diseñadas y acciones sobre los determinantes sociales de la salud.	Plan de salud quinquenal hacia el envejecimiento activo y saludable socializado	% de reuniones con la cooperación internacional y ANAMBO	ANAMBO, ETAS, MS- Unidad del Continuo

PILAR 1: ERRADICAR LA POBREZA EXTREMA				
META 6: CONSTRUIR UN SER HUMANO INTEGRAL PARA VIVIR BIEN				
Eje 1: Fortalecimiento institucional para garantizar el derecho a la salud de las personas adultas mayores				
RESULTADO 36: Se aplican de prácticas, valores ancestrales y constitucionales, saberes y conocimientos que promueven la construcción del nuevo ser humano integral en la sociedad boliviana hacia el Vivir Bien.				
Objetivo Estratégico	Acción Estratégica	Producto	Indicadores de Proceso	Responsable
OE2. Generar mecanismos de capacitación y sensibilización dirigidos al personal involucrado en las acciones de promoción del envejecimiento activo y saludable, con el fin de optimizar el servicio y promover el cumplimiento de derechos de la población adulta mayor.	Desarrollar la producción y difusión del conocimiento incluyendo la investigación sobre vejez y envejecimiento y tecnología en salud.	Documento de conocimientos saberes para un vejez saludable	% de talleres a personal de salud, ETAs en vejez y vejez saludable.	Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad (VMTI)
PILAR 3: SALUD, EDUCACIÓN Y DEPORTE				
META 1: ACCESO UNIVERSAL AL SERVICIO DE SALUD				
Eje 2: Entornos favorables en los servicios de salud que respondan a las necesidades de las personas adultas mayores orientados al envejecimiento activo y saludable				
RESULTADO 76: Se implementará el Servicio de Salud Universal.				
Objetivo Estratégico	Acción Estratégica	Producto	Indicadores de Proceso	Responsable
OE 4. Fortalecer la atención a la personas adultas mayores con la implementación de la Ley No.	Dar continuidad a los programas sociales a través de la entrega del Complemento Nutricional Carmelo	Se ha entregado el Complemento nutricional Carmelo a los adultos mayores	% de adultos que mayores que reciben el Complemento Nutricional Carmelo de acuerdo a	MS - Unidad de Alimentación y Nutrición (UAN)

<p>1152, atendiendo sus necesidades a través de entornos favorables en los servicios de salud mediante acciones dirigidas a este grupo etáreo, su familia y la comunidad en general promoviendo un envejecimiento activo y saludable.</p>			norma	
			% de GAM que adquieren el Complemento Nutricional Carmelo	MS - DGPS (UAN)- GAM
	Implementación de protocolos y cuidados específicos de atención según patologías a las personas adultas mayores.	Establecimientos de salud acreditados	N° de establecimientos de salud acreditados	MS - URSSyC Área de Redes
	Promover los siete criterios del trato preferente establecidos en la Ley No. 369 destinado al personal, personas adultas mayores y usuarios en general del centro de salud.	Personal de salud conoce los siete criterios de trato preferente para las personas adultas mayores	% de talleres con personal de salud sobre Ley N° 369	ETAs, Unidad Continuo MS-del
	Brindar información precisa del médico tratante a la persona adulta mayor y a la familia sobre su problema de salud, las causas y sus consecuencias	Personal de salud informa a la Persona Adulta Mayor y Familia sobre su tratamiento en salud	% de talleres sobre sensibilización al personal de salud sobre la importancia de información en salud a las personas adultas mayores	ANAMBO, ETAs, Unidad Continuo MS-del
OE5. Involucrar a la familia y la comunidad en general en las acciones tendientes a promover el envejecimiento activo y saludable a fin de generar una	Desarrollar actividades con familiares y otros grupos del entorno de las personas adultas mayores, involucrándolos en diversas actividades que genera el centro de salud	Personas Adultas Mayores con participación en la planificación anual de salud en sus ETAs	% Talleres de Actividades de Personas Adultas Mayores con familiares y otros en elaboración del POA.	ETAs, Unidad Continuo MS-del

<p>conciencia intergeneracional de autocuidado</p>	<p>Generar campañas de difusión del envejecimiento activo y saludable dirigido a poblaciones de todas las edades. En las campañas de salud ya programadas, incluir el tema de vejez</p>	<p>Población conoce el envejecimiento y vejez activo saludable</p>	<p>% de Campañas para difundir el envejecimiento y vejez activo saludable.</p>	<p>ANAMBO, ETAs, Unidad del Continuo MS-del</p>
<p>OE6. Promover el uso de la medicina tradicional e intercultural en los centros de salud,</p>	<p>Integrar en los centros de salud la medicina tradicional e intercultural para favorecer el respeto y la interacción entre los distintos tipos de medicina</p>	<p>Documentos normativos para la aplicación y fortalecimiento de la Medicina Tradicional implementado.</p>	<p>Número de Médicos Tradicionales aplicando normas nacionales.</p>	<p>Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad (VMTI)</p>
<p>recogiendo y valorando los conocimientos con los que cuentan las personas adultas mayores.</p>	<p>Capacitar al personal sobre la medicina tradicional y uso transversal de la misma a partir de los conocimientos con los que cuentan las personas adultas mayores.</p>	<p>Establecimientos de Salud acreditados con adecuación intercultural.</p>	<p>Número de establecimientos de salud acreditados con adecuación intercultural.</p>	<p>Programa Nacional de Salud Intercultural (DGMTI) (PNSI)-(SEDES)</p>

RESULTADO 77: La mayor parte de la población accede a medicamentos.				
Objetivo Estratégico	Acción Estratégica	Producto	Indicadores de Proceso	Responsable
OE 4. Fortalecer la atención a la personas adultas mayores con la implementación de la Ley No. 1152, atendiendo sus necesidades a través de entornos favorables en los servicios de salud mediante acciones dirigidas a este grupo etáreo, su familia y la comunidad en general promoviendo un envejecimiento activo y saludable.	Fortalecer la gestión con ETAs para la adquisición de medicamentos	Población con acceso a medicamentos de calidad	% de instituciones de salud que adquieren medicamentos e insumos por economía de escala	AGEMED

PILAR 3: SALUD, EDUCACIÓN Y DEPORTE				
META 1: ACCESO UNIVERSAL AL SERVICIO DE SALUD				
EJE 3: Prevención de las enfermedades, promoción del envejecimiento activo y saludable y de la autonomía personal, con un enfoque centrado en la persona				
RESULTADO 85: Se ha reducido la incidencia de casos y defunciones de enfermedades transmisibles				
Objetivo Estratégico	Acción Estratégica	Producto	Indicadores de proceso	Responsable
OE7. Establecer lineamientos mínimos en los centros de salud para generar acciones de prevención de enfermedades crónico degenerativas (diabetes, malnutrición, cáncer, otros).	Implementación de actividades de prevención, detección temprana, diagnóstico y tratamiento de enfermedades transmisibles	Estrategia de Gestión Integrada de prevención y control de dengue, Chikungunya y Zika implementado	Número de municipios endémicos con la Estrategia de Gestión Integrada de prevención y control de Dengue - Chikungunya y Zika implementada de forma efectiva y eficiente.	MS - Programa Nacional de Dengue, Chikungunya y Zika (PNDCHZ)
	Implementación de guías y protocolos de prevención, atención y desarrollo de actividades domiciliarias y en centros de acogida en caso de emergencias sanitarias.	Estrategia de Gestión Integrada de prevención y atención integral bio-psico-social en caso de emergencias sanitarias.	Número de municipios con la Estrategia de Gestión Integrada de prevención y atención integral bio-psico-social en caso de emergencias sanitarias implementada de forma efectiva y eficiente.	MS – Unidad de Redes de Salud y Calidad

	Sensibilización y formación del personal de salud sobre la prevención de las enfermedades y las ventajas del envejecimiento activo.	Plan de Acción Quinquenal en Salud Hacia el Envejecimiento Activo y Saludable, implementado	N° de niveles subnacionales aplicando el Plan de acción quinquenal en salud hacia el envejecimiento activo y saludable	Unidad de Redes de Salud y Calidad
	Campañas de difusión del envejecimiento activo y saludable dirigido a poblaciones de todas las edades.	ETAs, incorporan en su POA actividades del Plan de Acción Quinquenal en Salud Hacia el Envejecimiento Activo y Saludable	Establecimientos de salud fortalecidos aplican actividades del Plan de acción quinquenal en salud hacia el envejecimiento activo y saludable programadas por las ETAs	Unidad de Redes de Salud y Calidad
	Creación de protocolos específicos de actividades relacionadas con el envejecimiento activo y saludable	Protocolos creados hacia el envejecimiento activo y saludable	% de actividades para la creación de protocolos hacia el envejecimiento activo y saludable	ETAs, ANAMBO
RESULTADO 86: Se ha reducido la incidencia de casos y defunciones de enfermedades no transmisibles				
OE7. Establecer lineamientos mínimos en los centros de salud para generar acciones de prevención de enfermedades crónico degenerativas (diabetes, malnutrición,	Sistema Único de Salud: Programas de reducción de enfermedades no transmisibles.	Prevención, promoción, atención y vigilancia del cáncer implementado	N° de Pacientes diagnosticados precozmente por tipo de cáncer priorizado % de Establecimientos de Salud Fortalecidos con capacidad resolutive	MS- Programa Nacional de Lucha contra el Cáncer (PC)

cáncer, otros).	Prevencción y atención de Diabetes Mellitus	Porcentaje de pacientes con síndrome metabólico controlados y compensados	MS - Programa Nacional de Enfermedades no Transmisibles (PNENT)
	Prevencción y atención de Enfermedades Cardio vasculares	% de pacientes con hipertensión arterial detectados tempranamente	
	Atención y control de enfermedades de trastorno de la coagulación (Hemofilia)	% de pacientes con Hemofilia detectados tempranamente	
	Prevencción y atención de Obesidad	% de pacientes con Obesidad detectados tempranamente	
	Prevencción y control de los factores de riesgo (sobrepeso y sedentarismo)	% de pacientes detectados con Factores de Riesgo (sobrepeso y sedentarismo) detectados tempranamente	
	Pacientes con enfermedad renal crónica han recibido el tratamiento gratuito de hemodiálisis	% de pacientes con tratamiento gratuito de Hemodiálisis	MS - Programa Nacional de Salud Renal y Trasplantes (PNSRT)

RESULTADO 130: La población boliviana tiene acceso a terapias ancestrales y productos naturales tradicionales a través del sistema nacional de Salud.				
Objetivo Estratégico	Acción Estratégica	Producto	Indicadores de proceso	Responsable
OE8. Generar una visión intergeneracional en la promoción de la salud a través de la participación familiar y comunitaria, para que el autocuidado se inicie desde las generaciones más jóvenes, desde el inicio del ciclo vital en todas las edades.	Implementación de acciones orientadas a la prevención de enfermedades a partir de educación en nutrición, autocuidado, beneficios de la actividad física y mental, concientización de conductas nocivas para la salud en las diferentes etapas de la vida.	Acciones implementadas en beneficios de la actividad física y mental en diferentes etapas de la vida	% de actividades programadas en actividad física y mental en diferentes etapas de la vida, en las ETAs.	ETAs, ANAMBO
	Generación de espacios de intercambio familiar e intergeneracional que promuevan un envejecimiento activo y saludable, orientado a la prevención de enfermedades	ETAs, implementan espacios de intercambio familiar e intergeneracional hacia el envejecimiento activo y saludable	% de espacios de intercambio familiar en las ETAs	ETAs, ANAMBO
	Integración familiar y comunitaria en la prevención de enfermedades y promoción del envejecimiento activo.	ETAs, implementan espacios de intercambio familiar e intergeneracional hacia el envejecimiento activo y saludable	% de espacios de intercambio familiar en las ETAs	ETAs, ANAMBO

OE9. Gestionar los conocimientos y destrezas de las personas adultas mayores en la prevención y autocuidado, partiendo de su experiencia personal y el curso de vida.	Desarrollar investigaciones, producción y difusión del conocimiento ancestral sobre la prevención en salud para un envejecimiento activo y saludable.	Documento de conocimientos de prácticas medicina ancestral intercultural	Número de atenciones con la Medicina Tradicional.	Dirección General de Medicina Tradicional (DGMTI)- Programa Nacional de Salud Intercultural (PNSI)
	Generar el acompañamiento de las personas adultas mayores a poblaciones más jóvenes con enfermedades similares	Células conformadas entre personas adultas mayores y jóvenes en enfermedades similares	% de Células conformadas	ETAs, ANAMBO
OE10. Activar el cuidado integral en las personas adultas mayores en situación de dependencia y el continuo de la vida.	Desarrollar talleres educativos sobre las etapas del envejecimiento, la dependencia, adaptación de entornos y cuidados paliativos dirigidos a personal de salud, familiares y personas adultas mayores.	Personal de salud capacitado en etapas del envejecimiento, la dependencia, adaptación de entornos y cuidados paliativos en Personas Adultas Mayores	% de Talleres etapas del envejecimiento, la dependencia, adaptación de entornos y cuidados paliativos en Personas Adultas Mayores	ANAMBO, ETAs

PILAR 3: SALUD, EDUCACIÓN Y DEPORTE				
META 1: ACCESO UNIVERSAL AL SERVICIO DE SALUD				
Eje 4: El sistema integral de cuidados				
RESULTADO 84: La mayor parte de los municipios cuentan con planes municipales de salud con enfoque intersectorial ejecutado				
Objetivo Estratégico	Acción Estratégica	Producto	Indicadores de Proceso	Responsable
OE10. Activar el cuidado integral en las personas adultas mayores en situación de dependencia y el continuo de la vida.	Desarrollar talleres educativos sobre las etapas del envejecimiento, la dependencia, adaptación de entornos y cuidados paliativos dirigidos a personal de salud, familiares y personas adultas mayores.	Guía de prácticas ancestrales para el cuidado del envejecimiento activo y saludable	% de implementación de talleres educativos para cuidados paliativos hacia un envejecimiento activo y saludable	MS - Unidad de Promoción de la Salud y Movilización Social (UPSMS)
	Generar diagnósticos a nivel nacional, departamental, municipal y en cada centro de salud respecto a la población adulta mayor que se encuentra en situación de dependencia y requiere/recibe cuidados a largo plazo	Documento Nacional respecto a la población adulta mayor que se encuentra en situación de dependencia y requiere/recibe cuidados a largo plazo	Nº de Documento elaborado	ANAMBO, ETAS, Unidad del MS-Continuo
	Desarrollar protocolos de atención en el Sistema Único de Salud para personas adultas mayores en centros de acogida de larga estadía públicos, privados y mixtos, así como durante el cuidado domiciliario, promoviendo un envejecimiento activo y saludable.	Documentos nacionales a ser implementados en centros de acogida de larga estadía públicos, privados y mixtos, así como durante el cuidado domiciliario.	Nº de Documento elaborado	MS - Unidad de Promoción de la Salud y Movilización Social (UPSMS)

OE11. Promover el envejecimiento activo y saludable mediante el desarrollo de las capacidades del sistema de salud orientado a la elaboración de un sistema integral de cuidados.	Promocionar el envejecimiento activo y saludable aún durante la dependencia de las personas adultas mayores.	Familiares de Personas Adultas Mayores conocen el envejecimiento activo y saludable	% Talleres con Familiares de Personas Adultas Mayores que conocen el envejecimiento activo y saludable	ANAMBO, ETAs, Unidad Continuo	MS-del
	Elaborar el sistema nacional de cuidados y protocolos específicos de atención según patologías	Sistema Nacional de cuidados y protocolos para Personas del Adulto Mayor implementado	% de ETAs, que cuentan con actividades en su POA para la implementación del Sistema Nacional de cuidados y protocolos	ANAMBO, ETAs, Unidad Continuo	MS-del
	Creación de áreas conformadas con equipos interdisciplinarios para la atención integral hacia el envejecimiento activo y saludable.	Áreas conformadas para la atención integral de las Personas Adultas Mayores en las ETAs	% de áreas de atención integral conformadas para Personas Adultas Mayores	ANAMBO, ETAs, Unidad Continuo	MS-del

PILAR 11: SOBERANÍA Y TRANSPARENCIA EN LA GESTIÓN PÚBLICA				
META 1: GESTIÓN PÚBLICA TRANSPARENTE, CON SERVIDORES PÚBLICOS ÉTICOS, COMPETENTES Y COMPROMETIDOS QUE LUCHAN CONTRA LA CORRUPCIÓN				
Eje 5: Seguimiento, Monitoreo y evaluación del Plan de Acción Quinquenal en Salud hacia el envejecimiento activo y saludable				
RESULTADO 298: Se ha implementado un modelo de servicio público inclusivo, intercultural y comprometido con la concreción del Vivir Bien.				
Objetivo Estratégico	Acción Estratégica	Producto	Indicadores de Proceso	Responsable
OE12. Generar una gestión pública eficaz, eficiente y transparente; dando cumplimiento del Plan de Acción Quinquenal en Salud Hacia el Envejecimiento Activo y Saludable	Supervisión, evaluación y seguimiento de la atención de salud a las personas adultas mayores.	Gestión y gerencia administrativa y financiera en proyectos y programas de salud	% Seguimiento de ejecución de presupuesto, en actividades del Plan de Acción Quinquenal en Salud Hacia el Envejecimiento Activo y Saludable en las ETAs	MS - DGAA, GAM, GAD

PLANIFICACION DE LAS ACCIONES ESTRATEGICAS

PILAR 3: SALUD, EDUCACIÓN Y DEPORTE

META: 1. ACCESO UNIVERSAL AL SERVICIO DE SALUD

Eje 1: Fortalecimiento institucional para garantizar el derecho a la salud de las personas adultas mayores

RESULTADO: 76. Se implementará el Servicio de Salud Universal

Acción Estratégica	Responsable	Indicadores	Línea Base	Meta	2020	2021	2022	2023	2024
Planificar y gestionar presupuestos para el desarrollo de programas operativos anuales que incluyan los recursos humanos y materiales requeridos; así como la transversalización del Plan en las gestiones Ministeriales, Entidades Territoriales Autónomas, sistema de seguros, Sistema Nacional de Salud, organizaciones sociales y cooperación externa.	ETAS, MS, INSTITUCIONES	% de ETAS con POA para el envejecimiento y la vejez	0%	60%	5%	10%	20%	40%	60%
		% de Instituciones con POA para el envejecimiento y la vejez	0%	60%	5%	10%	20%	40%	60%

<p>Fortalecer el equipo técnico y crear áreas específicas en vejez dentro el Ministerio de Salud y Gobiernos Autónomos Departamentales y Municipales para asegurar la gestión del Plan a través del desarrollo de perfiles y funciones, así como la atención, coordinación y gestión de los programas destinados a las personas adultas mayores.</p>	<p>ETAs, MS- Unidad del Continuo</p>	<p>% de ETAs que crean el programa en salud para el adulto mayor en coordinación con el MS</p>	<p>0%</p>	<p>80%</p>	<p>10%</p>	<p>20%</p>	<p>40%</p>	<p>60%</p>	<p>80%</p>
<p>Destinar, adaptar o gestionar espacios físicos propios o en coordinación con SEDES, Gobiernos Autónomos Departamentales, Gobiernos Autónomos Municipales y otros, para las actividades de envejecimiento activo y saludable.</p>	<p>ETAs</p>	<p>% de ETAs con espacios para actividades para personas adultas mayores</p>	<p>0%</p>	<p>60%</p>	<p>10%</p>	<p>20%</p>	<p>40%</p>	<p>50%</p>	<p>60%</p>
<p>Socializar y difundir el Plan a personal de los</p>	<p>MS-Unidad del Continuo</p>	<p>% de personal de salud de los SEDES</p>	<p>0%</p>	<p>70%</p>	<p>20%</p>	<p>40%</p>	<p>50%</p>	<p>60%</p>	<p>70%</p>

SEDES, autoridades regionales, locales y organizaciones sociales, para mejorar la calidad y calidez humana en la atención a personas adultas mayores		capacitado en el Plan							
		% de autoridades regionales, locales y organizaciones sociales capacitado en el Plan	0%	90%	50%	60%	70%	80%	90%
Involucrar a todo el personal con el que cuenta el centro de salud (personal médico, psicológico, trabajo social, enfermería, internos, residentes y otros) para la atención con calidad a las Personas Adultas Mayores.	SNIS	% de personas adultas mayores que acceden a establecimientos de Salud	0%	60%	10%	29%	39%	45%	60%
Sensibilización, Capacitación y actualización sobre los derechos y la atención a la persona adulta mayor, la geriatría, la gerontología, patologías prevalentes, vejez y envejecimiento.	ANAMBO, ETAS, MS- Unidad del Continuo	% de talleres a personal de salud, ETAs en los derechos de personas adultas mayores	0%	60%	10%	29%	39%	45%	60%

Incluir la temática de vejez y envejecimiento en programas institucionales orientados a los grupos poblacionales de niñez, adolescencia, juventud, discapacidad y enfermedades prevalentes	MS – Unidad del Continuo y Proyectos específicos, ETAS.	% de personal que incorpora la temática de vejez y envejecimiento en sus áreas operacionales	0%	70%	10%	15%	25%	45%	70%
Desarrollo e implementación de mecanismos de participación y control social de las personas mayores en el diseño y evaluación de políticas, planes y estrategias en todos los niveles del Estado (Ministerio de Salud y Consejos Departamentales y Consejos Municipales de Salud) con énfasis en el nivel comunitario.	ANAMBO, ETAS, MS- Unidad del Continuo	% de reuniones para la elaboración de Planes de Salud	0%	80%	10%	30%	60%	70%	80%
Desarrollar alianzas estratégicas intersectoriales con otros Ministerios, organismos de cooperación, organizaciones de personas adultas mayores	ANAMBO, ETAS, MS- Unidad del Continuo	% de reuniones con la cooperación internacional y ANAMBO	0%	80%	10%	30%	50%	70%	80%

y otros para el apoyo a las acciones diseñadas y acciones sobre los determinantes sociales de la salud.									
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PILAR 1: ERRADICAR LA POBREZA EXTREMA

META 6: CONSTRUIR UN SER HUMANO INTEGRAL PARA VIVIR BIEN

Eje 1: Fortalecimiento institucional para garantizar el derecho a la salud de las personas adultas mayores

RESULTADO 36: Se aplican de prácticas, valores ancestrales y constitucionales, saberes y conocimientos que promueven la construcción del nuevo ser humano integral en la sociedad boliviana hacia el Vivir Bien.

Acción Estratégica	Responsable	Indicadores de proceso	Línea Base	Meta	2020	2021	2022	2023	2024
Desarrollar la producción y difusión del conocimiento incluyendo la investigación sobre vejez y envejecimiento y tecnología en salud.	Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad (VMTI)	% de talleres a personal de salud, ETAs en envejecimiento y vejez saludable.	0%	75%	10%	15%	25%	45%	70%

PILAR 3: SALUD, EDUCACIÓN Y DEPORTE

META 1: ACCESO UNIVERSAL AL SERVICIO DE SALUD

Eje 2: Entornos favorables en los servicios de salud que respondan a las necesidades de las personas adultas mayores orientados al envejecimiento activo y saludable

RESULTADO 76: Se implementará el Servicio de Salud Universal.

Acción Estratégica	Responsable	Indicadores de proceso	Línea Base	Meta	2020	2021	2022	2023	2024
Dar continuidad a los programas sociales a través de la entrega del Complemento Nutricional Carmelo	MS - Unidad de Alimentación y Nutrición (UAN)	% de adultos que mayores que reciben el Complemento Nutricional Carmelo de acuerdo a norma	28%	90%	35%	55%	75%	80%	90%

	MS - DGPS (UAN)- GAM	% de GAM que adquieren el Complemento Nutricional Carmelo	28%	100%	35%	55%	75%	80%	100%
Implementación de protocolos y cuidados específicos de atención según patologías a las personas adultas mayores.	MS - URSSyC Área de Redes	N° de establecimientos de salud acreditados	28%	60%	15%	25%	45%	55%	60%
Promover los siete criterios del trato preferente establecidos en la Ley No. 369 destinado al personal, personas adultas mayores y usuarios en general del centro de salud.	ETAs, Unidad Continuo MS-del	% de talleres con personal de salud sobre Ley N° 369	80%	100%	82%	85%	88%	95%	100%
Brindar información precisa del médico tratante a la persona adulta mayor y a la familia sobre su problema de salud, las causas y sus consecuencias	ANAMBO, ETAs, Unidad Continuo MS-del	% de talleres sobre sensibilización al personal de salud sobre la importancia de información en salud a las personas adultas mayores	320	500	350	390	450	480	500
Desarrollar actividades con familiares y otros grupos del entorno de las personas adultas	ETAs, Unidad Continuo MS-del	% Talleres de Actividades de Personas Adultas Mayores con familiares y otros en	2130	2600	2200	2300	2400	2500	2600

mayores, involucrándolos en diversas actividades que genera el centro de salud		elaboración del POA.									
Generar campañas de difusión del envejecimiento activo y saludable dirigido a poblaciones de todas las edades. En las campañas de salud ya programadas, incluir el tema de vejez	ANAMBO, ETAs, Unidad Continuo	MS-del % de Campañas para difundir el envejecimiento y vejez activo saludable.	0%	60%	10%	30%	40%	50%	60%		
Integrar en los centros de salud la medicina tradicional e intercultural para favorecer el respeto y la interacción entre los distintos tipos de medicina	Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad (VMTI)	Número de Médicos Tradicionales aplicando normas nacionales.	0%	90%	40%	60%	70%	80%	90%		
Capacitar al personal sobre la medicina tradicional y uso transversal de la misma a partir de los conocimientos con los que cuentan las personas adultas mayores.	Programa Nacional de Salud Intercultural (DGMTI) (PNSI)-(SEDES)	Número de establecimientos de salud acreditados con adecuación intercultural.	0%	80%	30%	50%	70%	76%	80%		

RESULTADO 77: La mayor parte de la población accede a medicamentos.									
Acción Estratégica	Responsable	Indicadores de Proceso	Línea Base	Meta	2020	2021	2022	2023	2024
Fortalecer la gestión con ETAs para la adquisición de medicamentos	AGEMED	% de instituciones de salud que adquieren medicamentos e insumos por economía de escala	70%	100%	75%	85%	90%	95%	100%
PILAR 3: SALUD, EDUCACIÓN Y DEPORTE									
META 1: ACCESO UNIVERSAL AL SERVICIO DE SALUD									
EJE 3: Prevención de las enfermedades, promoción del envejecimiento activo y saludable y de la autonomía personal, con un enfoque centrado en la persona									
RESULTADO 85: Se ha reducido la incidencia de casos y defunciones de enfermedades transmisibles									
Acción Estratégica	Responsable	Indicadores de proceso	Línea Base	Meta	2020	2021	2022	2023	2024
Implementación de actividades de prevención, detección temprana, diagnóstico y tratamiento de enfermedades transmisibles	MS - Programa Nacional de Dengue, Chikungunya y Zika (PNDCHZ)	Número de municipios endémicos con la Estrategia de Gestión Integrada de prevención y control de Dengue - Chikungunya y Zika implementada de forma efectiva y eficiente.	19	72	35	40	50	60	72
Sensibilización y formación del personal de salud sobre la prevención de las enfermedades y las ventajas del envejecimiento activo.	Unidad de Redes de Salud y Calidad	N° de niveles subnacionales aplicando el Plan de acción quinquenal en salud hacia el envejecimiento activo y saludable	0	9	0	2	4	7	9

Campañas de difusión del envejecimiento activo y saludable dirigido a poblaciones de todas las edades.	Unidad de Redes de Salud y Calidad	Establecimientos de salud fortalecidos aplican actividades del Plan de Acción Quinquenal en Salud Hacia el Envejecimiento Activo y Saludable programadas por las ETAs	0%	40%	0	0	0	20%	20%
--	------------------------------------	---	----	-----	---	---	---	-----	-----

RESULTADO 86: Se ha reducido la incidencia de casos y defunciones de enfermedades no transmisibles

Acción Estratégica	Responsable	Indicadores de proceso	Línea Base	Meta	2020	2021	2022	2023	2024
Sistema Único de Salud: Programas de reducción de enfermedades no transmisibles.	MS- Programa Nacional de Lucha contra el Cáncer	N° de Pacientes diagnosticados precozmente por tipo de cáncer priorizado	20%	60%	25%	35%	45%	50%	60%
	(PC)	% de Establecimientos de Salud Fortalecidos con capacidad resolutive	30%	80%	35%	40%	60%	70%	80%
	MS - Programa Nacional de Enfermedades no Transmisibles	Porcentaje de pacientes con síndrome metabólico controlados y compensados	23%	70%	25%	40%	60%	65%	70%
	(PNENT)	% de pacientes con hipertensión arterial detectados tempranamente	20%	100%	30%	40%	60%	80%	100%
	(PNENT)	% de pacientes con Hemofilia detectados tempranamente	10%	60%	15%	20%	30%	50%	60%

	(PNENT)	% de pacientes con Obesidad detectados tempranamente	15%	80%	30%	45%	65%	75%	80%
	(PNENT)	% de pacientes detectados con Factores de Riesgo (sobrepeso y sedentarismo) detectados tempranamente	30%	90%	40%	60%	70%	80%	90%
	MS - Programa Nacional de Salud Renal y Trasplantes (PNSRT)	% de pacientes con tratamiento gratuito de Hemodiálisis	70%	100%	70%	80%	90%	95%	100%

RESULTADO 130: La población boliviana tiene acceso a terapias ancestrales y productos naturales tradicionales a través del sistema nacional de Salud.

Acción Estratégica	Responsable	Indicadores de proceso	Línea Base	Meta	2020	2021	2022	2023	2024
Implementación de acciones orientadas a la prevención de enfermedades a partir de educación en nutrición, autocuidado, beneficios de la actividad física y mental, concientización de conductas nocivas para la salud en las diferentes etapas de la vida.	ETAs, ANAMBO	% de actividades programadas en actividad física y mental en diferentes etapas de la vida, en las ETAs.	0%	80%	20%	30%	50%	70%	80%

Generación de espacios de intercambio familiar e intergeneracional que promuevan un envejecimiento activo y saludable, orientado a la prevención de enfermedades	ETAs, ANAMBO	% de espacios de intercambio familiar en las ETAs	0%	30%	5%	10%	15%	20%	30%
Integración familiar y comunitaria en la prevención de enfermedades y promoción del envejecimiento activo.	ETAs, ANAMBO	% de espacios de intercambio familiar en las ETAs	0%	60%	10%	20%	30%	50%	60%
Desarrollar investigaciones, producción y difusión del conocimiento ancestral sobre la prevención en salud para un envejecimiento activo y saludable.	Dirección General de Medicina Tradicional (DGMTI)- Programa Nacional de Salud Intercultural (PNSI)	Número de atenciones con la Medicina Tradicional.	0%	80%	20%	35%	50%	70%	80%
Generar el acompañamiento de las personas adultas mayores a poblaciones más jóvenes con enfermedades similares.	ETAs, ANAMBO	% de Células conformadas	0%	60%	10%	20%	30%	50%	60%

Desarrollar talleres educativos sobre las etapas del envejecimiento, la dependencia, adaptación de entornos y cuidados paliativos dirigidos a personal de salud, familiares y personas adultas mayores.	ANAMBO, ETAs	% de Talleres etapas del envejecimiento, la dependencia, adaptación de entornos y cuidados paliativos en Personas Adultas Mayores	0%	70%	10%	20%	30%	50%	70%
PILAR 3: SALUD, EDUCACIÓN Y DEPORTE									
META 1: ACCESO UNIVERSAL AL SERVICIO DE SALUD									
Eje 4: El sistema integral de cuidados									
RESULTADO 84: La mayor parte de los municipios cuentan con planes municipales de salud con enfoque intersectorial ejecutado									
Acción Estratégica	Responsable	Indicadores de Proceso	Línea Base	Meta	2020	2021	2022	2023	2024
Desarrollar talleres educativos sobre las etapas del envejecimiento, la dependencia, adaptación de entornos y cuidados paliativos dirigidos a personal de salud, familiares y personas adultas mayores.	MS - Unidad de Promoción de la Salud y Movilización Social (UPSMS)	% de implementación de talleres educativos para cuidados paliativos hacia un envejecimiento activo y saludable	0%	60%	10%	20%	30%	40%	60%

Generar diagnósticos a nivel nacional, departamental, municipal y en cada centro de salud respecto a la población adulta mayor que se encuentra en situación de dependencia y requiere/recibe cuidados a largo plazo	ANAMBO, ETAs, Unidad Continuo	MS-del	N° Documento elaborado	0	1	-	-	1	-	-
Promocionar el envejecimiento activo y saludable aún durante la dependencia de las personas adultas mayores.	ANAMBO, ETAs, Unidad Continuo	MS-del	% Talleres con Familiares de Personas Adultas Mayores que conocen el envejecimiento activo y saludable	0%	60%	20%	30%	40%	50%	60%
Elaborar el sistema nacional de cuidados y protocolos específicos de atención según patologías	ANAMBO, ETAs, Unidad Continuo	MS-del	% de ETAs, que cuentan con actividades en su POA para la implementación del Sistema Nacional de cuidados y protocolos	0%	70%	35%	45%	55%	65%	70%
Creación de áreas conformadas con equipos interdisciplinarios para la atención integral hacia el envejecimiento activo y saludable.	ANAMBO, ETAs, Unidad Continuo	MS-del	% de áreas de atención integral conformadas para Personas Adultas Mayores	0%	50%	5%	5%	30%	35%	50%

PILAR 11: SOBERANÍA Y TRANSPARENCIA EN LA GESTIÓN PÚBLICA									
META 1: GESTIÓN PÚBLICA TRANSPARENTE, CON SERVIDORES PÚBLICOS ÉTICOS, COMPETENTES Y COMPROMETIDOS QUE LUCHAN CONTRA LA CORRUPCIÓN									
Eje 5: Seguimiento, Monitoreo y evaluación del Plan de Acción Quinquenal en Salud hacia el envejecimiento activo y saludable									
RESULTADO 298: Se ha implementado un modelo de servicio público inclusivo, intercultural y comprometido con la concreción del Vivir Bien.									
Acción Estratégica	Responsable	Indicadores de Proceso	Línea Base	Meta	2020	2021	2022	2023	2024
Supervisión, evaluación y seguimiento de la atención de salud a las personas adultas mayores.	MS - DGAA, GAM, GAD	% Seguimiento de ejecución de presupuesto, en actividades del Plan de acción quinquenal en salud hacia el envejecimiento activo y saludable en las ETAs	0%	60%	10%	20%	30%	50%	60%

ARTICULACION DE LAS ACCIONES ESTRATEGICAS

PILAR 3: SALUD, EDUCACIÓN Y DEPORTE

META: 1. ACCESO UNIVERSAL AL SERVICIO DE SALUD

Eje 1: Fortalecimiento institucional para garantizar el derecho a la salud de las personas adultas mayores

RESULTADO: 76. Se implementará el Servicio de Salud Universal

Acción Estratégica	Responsable	Entidades Territoriales				
		Nivel Central	GAD	GAM	GAR	GIOC
Planificar y gestionar presupuestos para el desarrollo de programas operativos anuales que incluyan los recursos humanos y materiales requeridos; así como la transversalización del Plan en las gestiones Ministeriales, Entidades Territoriales Autónomas, sistema de seguros, Sistema Nacional de Salud, organizaciones sociales y cooperación externa.	ETAS, MS, INSTITUCIONES	X	X	X	X	X
		X	X	X	X	X
Fortalecer el equipo técnico y crear áreas específicas en vejez dentro el Ministerio de Salud y Gobiernos Autónomos Departamentales y Municipales para asegurar la gestión del Plan a través del desarrollo de perfiles y funciones, así como	ETAs, MS- Unidad del Continuo	X				

la atención, coordinación y gestión de los programas destinados a las personas adultas mayores.						
Destinar, adaptar o gestionar espacios físicos propios o en coordinación con SEDES, Gobiernos Autónomos Departamentales, Gobiernos Autónomos Municipales y otros, para las actividades de envejecimiento activo y saludable.	ETAs	X				
Socializar y difundir el Plan a personal de los SEDES, autoridades regionales, locales y organizaciones sociales, para mejorar la calidad y calidez humana en la atención a personas adultas mayores	MS-Unidad del Continuo	X	X	X	X	X
		X				
Involucrar a todo el personal con el que cuenta el centro de salud (personal médico, psicológico, trabajo social, enfermería, internos, residentes y otros) para la atención con calidad a las Personas Adultas Mayores.	SNIS	X	X	X	X	X

<p>Sensibilización, Capacitación y actualización sobre los derechos y la atención a la persona adulta mayor, la geriatría, la gerontología, patologías prevalentes, vejez y envejecimiento.</p>	<p>ANAMBO, ETAS, MS-Unidad del Continuo</p>		<p>X</p>	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>X</p>
<p>Incluir la temática de vejez y envejecimiento en programas institucionales orientados a los grupos poblacionales de niñez, adolescencia, juventud, discapacidad y enfermedades prevalentes</p>	<p>MS – Unidad del Continuo y Proyectos específicos, ETAS.</p>	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>X</p>
<p>Desarrollo e implementación de mecanismos de participación y control social de las personas mayores en el diseño y evaluación de políticas, planes y estrategias en todos los niveles del Estado (Ministerio de Salud y Consejos Departamentales y Consejos Municipales de Salud) con énfasis en el nivel comunitario.</p>	<p>ANAMBO, ETAS, MS-Unidad del Continuo</p>	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>X</p>

<p>Desarrollar alianzas estratégicas intersectoriales con otros Ministerios, organismos de cooperación, organizaciones de personas adultas mayores y otros para el apoyo a las acciones diseñadas y acciones sobre los determinantes sociales de la salud.</p>	<p>ANAMBO, ETAS, MS-Unidad del Continuo</p>	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>X</p>
<p>PILAR 1: ERRADICAR LA POBREZA EXTREMA</p>						
<p>META 6: CONSTRUIR UN SER HUMANO INTEGRAL PARA VIVIR BIEN</p>						
<p>Eje 1: Fortalecimiento institucional para garantizar el derecho a la salud de las personas adultas mayores</p>						
<p>RESULTADO 36: Se aplican de prácticas, valores ancestrales y constitucionales, saberes y conocimientos que promueven la construcción del nuevo ser humano integral en la sociedad boliviana hacia el Vivir Bien.</p>						
Acción Estratégica	Responsable	Entidades Territoriales				
		Nivel Central	GAD	GAM	GAR	GIOC
<p>Desarrollar la producción y difusión del conocimiento incluyendo la investigación sobre vejez y envejecimiento y tecnología en salud.</p>	<p>Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad (VMTI)</p>	<p>X</p>				

PILAR 3: SALUD, EDUCACIÓN Y DEPORTE

META 1: ACCESO UNIVERSAL AL SERVICIO DE SALUD

Eje 2: Entornos favorables en los servicios de salud que respondan a las necesidades de las personas adultas mayores orientados al envejecimiento activo y saludable

RESULTADO 76: Se implementará el Servicio de Salud Universal.

Acción Estratégica	Responsable	Entidades Territoriales				
		Nivel Central	GAD	GAM	GAR	GIOC
Dar continuidad a los programas sociales a través de la entrega del Complemento Nutricional Carmelo	MS - Unidad de Alimentación y Nutrición (UAN)	X				
	MS - DGPS (UAN)- GAM	X				
Implementación de protocolos y cuidados específicos de atención según patologías a las personas adultas mayores.	MS - URSSyC Área de Redes	X				
Promover los siete criterios del trato preferente establecidos en la Ley No. 369 destinado al personal, personas adultas mayores y usuarios en general del centro de salud.	ETAs, MS- Unidad del Continuo	X	X	X	X	X
Brindar información precisa del médico tratante a la persona adulta mayor y a la familia sobre su problema de salud, las causas y sus consecuencias	ANAMBO, ETAs, MS- Unidad del Continuo	X	X	X	X	X

<p>Desarrollar actividades con familiares y otros grupos del entorno de las personas adultas mayores, involucrándolos en diversas actividades que genera el centro de salud</p>	<p>ETAs, MS- Unidad del Continuo</p>	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>X</p>
<p>Generar campañas de difusión del envejecimiento activo y saludable dirigido a poblaciones de todas las edades. En las campañas de salud ya programadas, incluir el tema de vejez</p>	<p>ANAMBO, ETAs, MS- Unidad del Continuo</p>	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>X</p>
<p>Integrar en los centros de salud la medicina tradicional e intercultural para favorecer el respeto y la interacción entre los distintos tipos de medicina</p>	<p>Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad (VMTI)</p>	<p>X</p>				
<p>Capacitar al personal sobre la medicina tradicional y uso transversal de la misma a partir de los conocimientos con los que cuentan las personas adultas mayores.</p>	<p>Programa Nacional de Salud Intercultural (DGMTI) (PNSI)- (SEDES)</p>	<p>X</p>	<p>X</p>			

RESULTADO 77: La mayor parte de la población accede a medicamentos.						
Acción Estratégica	Responsable	Entidades Territoriales				
		Nivel Central	GAD	GAM	GAR	GIOC
Fortalecer la gestión con ETAs para la adquisición de medicamentos	AGEMED	X	X	X		
PILAR 3: SALUD, EDUCACIÓN Y DEPORTE						
META 1: ACCESO UNIVERSAL AL SERVICIO DE SALUD						
EJE 3: Prevención de las enfermedades, promoción del envejecimiento activo y saludable y de la autonomía personal, con un enfoque centrado en la persona						
RESULTADO 85: Se ha reducido la incidencia de casos y defunciones de enfermedades transmisibles						
Acción Estratégica	Responsable	Entidades Territoriales				
		Nivel Central	GAD	GAM	GAR	GIOC
Implementación de actividades de prevención, detección temprana, diagnóstico y tratamiento de enfermedades transmisibles	MS - Programa Nacional de Dengue, Chikungunya y Zika (PNDCHZ)	X				
Sensibilización y formación del personal de salud sobre la prevención de las enfermedades y las ventajas del envejecimiento activo.	Unidad de Redes de Salud y Calidad	X				

Campañas de difusión del envejecimiento activo y saludable dirigido a poblaciones de todas las edades.	Unidad de Redes de Salud y Calidad	X				
RESULTADO 86: Se ha reducido la incidencia de casos y defunciones de enfermedades no transmisibles						
Acción Estratégica	Responsable	Entidades Territoriales				
		Nivel Central	GAD	GAM	GAR	GIOC
Sistema Único de Salud: Programas de reducción de enfermedades no transmisibles.	MS- Programa Nacional de Lucha contra el Cáncer	X				
	(PC)	X				
	MS - Programa Nacional de Enfermedades no Transmisibles	X				
	(PNENT)	X				
	(PNENT)	X				
	(PNENT)	X				

	(PNENT)	X				
	MS - Programa Nacional de Salud Renal y Trasplantes (PNSRT)	X				

RESULTADO 130: La población boliviana tiene acceso a terapias ancestrales y productos naturales tradicionales a través del sistema nacional de Salud.

Acción Estratégica	Responsable	Entidades Territoriales				
		Nivel Central	GAD	GAM	GAR	GIOC
Implementación de acciones orientadas a la prevención de enfermedades a partir de educación en nutrición, autocuidado, beneficios de la actividad física y mental, concientización de conductas nocivas para la salud en las diferentes etapas de la vida.	ETAs, ANAMBO		X	X		
Generación de espacios de intercambio familiar e intergeneracional que promuevan un envejecimiento activo y saludable, orientado a la prevención de enfermedades	ETAs, ANAMBO		X	X		

Integración familiar y comunitaria en la prevención de enfermedades y promoción del envejecimiento activo.	ETAs, ANAMBO		X	X		
Desarrollar investigaciones, producción y difusión del conocimiento ancestral sobre la prevención en salud para un envejecimiento activo y saludable.	Dirección General de Medicina Tradicional (DGMTI)-Programa Nacional de Salud Intercultural (PNSI)	X	X	X		
Generar el acompañamiento de las personas adultas mayores a poblaciones más jóvenes con enfermedades similares.	ETAs, ANAMBO		X	X		
Desarrollar talleres educativos sobre las etapas del envejecimiento, la dependencia, adaptación de entornos y cuidados paliativos dirigidos a personal de salud, familiares y personas adultas mayores.	ANAMBO, ETAs		X	X		

PILAR 3: SALUD, EDUCACIÓN Y DEPORTE**META 1: ACCESO UNIVERSAL AL SERVICIO DE SALUD****Eje 4: El sistema integral de cuidados****RESULTADO 84: La mayor parte de los municipios cuentan con planes municipales de salud con enfoque intersectorial ejecutado**

Acción Estratégica	Responsable	Entidades Territoriales				
		Nivel Central	GAD	GAM	GAR	GIOC
Desarrollar talleres educativos sobre las etapas del envejecimiento, la dependencia, adaptación de entornos y cuidados paliativos dirigidos a personal de salud, familiares y personas adultas mayores.	MS - Unidad de Promoción de la Salud y Movilización Social (UPSMS)	X				
Generar diagnósticos a nivel nacional, departamental, municipal y en cada centro de salud respecto a la población adulta mayor que se encuentra en situación de dependencia y requiere/recibe cuidados a largo plazo	ANAMBO, ETAS, MS-Unidad del Continuo		X	X		
Promocionar el envejecimiento activo y saludable aún durante la dependencia de las personas adultas mayores.	ANAMBO, ETAs, MS- Unidad del Continuo		X	X		

Elaborar el sistema nacional de cuidados y protocolos específicos de atención según patologías	ANAMBO, ETAS, MS-Unidad del Continuo		X	X		
Creación de áreas conformadas con equipos interdisciplinarios para la atención integral hacia el envejecimiento activo y saludable.	ANAMBO, ETAs, MS-Unidad del Continuo		X	X		
PILAR 11: SOBERANÍA Y TRANSPARENCIA EN LA GESTIÓN PÚBLICA						
META 1: GESTIÓN PÚBLICA TRANSPARENTE, CON SERVIDORES PÚBLICOS ÉTICOS, COMPETENTES Y COMPROMETIDOS QUE LUCHAN CONTRA LA CORRUPCIÓN						
Eje 5: Seguimiento, Monitoreo y evaluación del Plan de Acción Quinquenal en Salud hacia el envejecimiento activo y saludable						
RESULTADO 298: Se ha implementado un modelo de servicio público inclusivo, intercultural y comprometido con la concreción del Vivir Bien.						
Acción Estratégica	Responsable	Entidades Territoriales				
		Nivel Central	GAD	GAM	GAR	GIOC
Supervisión, evaluación y seguimiento de la atención de salud a las personas adultas mayores.	MS - DGAA, GAM, GAD	X	X	X		

ROLES Y ACTORES PARA LA EJECUCION DE LAS ACCIONES ESTRATEGICAS

PILAR 3: SALUD, EDUCACIÓN Y DEPORTE

META: 1. ACCESO UNIVERSAL AL SERVICIO DE SALUD

Eje 1: Fortalecimiento institucional para garantizar el derecho a la salud de las personas adultas mayores

RESULTADO: 76. Se implementará el Servicio de Salud Universal

Acción Estratégica	Universidades	Sector Privado	Organizaciones Comunitarias	Organizaciones Sociales Cooperativas	Otros Actores	Responsable
Planificar y gestionar presupuestos para el desarrollo de programas operativos anuales que incluyan los recursos humanos y materiales requeridos; así como la transversalización del Plan en las gestiones Ministeriales, Entidades Territoriales Autónomas, sistema de seguros, Sistema Nacional de Salud, organizaciones sociales y cooperación externa.	X		X	X		ETAS, MS, INSTITUCIONES
	X		X	X		
Fortalecer el equipo técnico y crear áreas específicas en vejez dentro el Ministerio de Salud y Gobiernos Autónomos Departamentales y Municipales para			X	X		ETAs, MS- Unidad del Continuo

asegurar la gestión del Plan a través del desarrollo de perfiles y funciones, así como la atención, coordinación y gestión de los programas destinados a las personas adultas mayores.						
Destinar, adaptar o gestionar espacios físicos propios o en coordinación con SEDES, Gobiernos Autónomos Departamentales, Gobiernos Autónomos Municipales y otros, para las actividades de envejecimiento activo y saludable.			X	X		ETAs
Socializar y difundir el Plan a personal de los SEDES, autoridades regionales, locales y organizaciones sociales, para mejorar la calidad y calidez humana en la atención a personas adultas mayores	X		X	X		MS-Unidad del Continuo
Involucrar a todo el personal con el que cuenta el centro de salud (personal	X		X	X		SNIS

médico, psicológico, trabajo social, enfermería, internos, residentes y otros) para la atención con calidad a las Personas Adultas Mayores.						
Sensibilización, Capacitación y actualización sobre los derechos y la atención a la persona adulta mayor, la geriatría, la gerontología, patologías prevalentes, vejez y envejecimiento.	X	X	X	X		ANAMBO, ETAS, MS- Unidad del Continuo
Incluir la temática de vejez y envejecimiento en programas institucionales orientados a los grupos poblacionales de niñez, adolescencia, juventud, discapacidad y enfermedades prevalentes	X	X	X	X	ANAMBO	MS – Unidad del Continuo y Proyectos específicos, ETAS.
Desarrollo e implementación de mecanismos de participación y control social de las personas mayores en el diseño y evaluación de políticas, planes y estrategias en todos los niveles del Estado (Ministerio de Salud y Consejos Departamentales y	X		X	X		ANAMBO, ETAS, MS- Unidad del Continuo

Consejos Municipales de Salud) con énfasis en el nivel comunitario.						
Desarrollar alianzas estratégicas intersectoriales con otros Ministerios, organismos de cooperación, organizaciones de personas adultas mayores y otros para el apoyo a las acciones diseñadas y acciones sobre los determinantes sociales de la salud.			X	X		ANAMBO, ETAS, MS- Unidad del Continuo
PILAR 1: ERRADICAR LA POBREZA EXTREMA						
META 6: CONSTRUIR UN SER HUMANO INTEGRAL PARA VIVIR BIEN						
Eje 1: Fortalecimiento institucional para garantizar el derecho a la salud de las personas adultas mayores						
RESULTADO 36: Se aplican de prácticas, valores ancestrales y constitucionales, saberes y conocimientos que promueven la construcción del nuevo ser humano integral en la sociedad boliviana hacia el Vivir Bien.						
Acción Estratégica	Universidades	Sector Privado	Organizaciones Comunitarias	Organizaciones Sociales Cooperativas	Otros Actores	Responsable
Desarrollar la producción y difusión del conocimiento incluyendo la investigación sobre vejez y envejecimiento y tecnología en salud.			X	X		Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad (VMTI)

PILAR 3: SALUD, EDUCACIÓN Y DEPORTE**META 1: ACCESO UNIVERSAL AL SERVICIO DE SALUD****Eje 2: Entornos favorables en los servicios de salud que respondan a las necesidades de las personas adultas mayores orientados al envejecimiento activo y saludable****RESULTADO 76: Se implementará el Servicio de Salud Universal.**

Acción Estratégica	Universidades	Sector Privado	Organizaciones Comunitarias	Organizaciones Social Cooperativas	Otros Actores	Responsable
Dar continuidad a los programas sociales a través de la entrega del Complemento Nutricional Carmelo	X		X	X		MS - Unidad de Alimentación y Nutrición (UAN)
	X		X	X		MS - DGPS (UAN)- GAM
Implementación de protocolos y cuidados específicos de atención según patologías a las personas adultas mayores.			X			MS - URSSyC Área de Redes
Promover los siete criterios del trato preferente establecidos en la Ley No. 369 destinado al personal, personas adultas mayores y usuarios en general del centro de salud.	X		X			ETAs, MS- Unidad del Continuo
Brindar información precisa del médico tratante a la persona adulta mayor y a la familia sobre su problema de salud, las causas y sus consecuencias		X	X			ANAMBO, ETAs, MS- Unidad del Continuo

Desarrollar actividades con familiares y otros grupos del entorno de las personas adultas mayores, involucrándolos en diversas actividades que genera el centro de salud		X	X			ETAs, MS- Unidad del Continuo
Generar campañas de difusión del envejecimiento activo y saludable dirigido a poblaciones de todas las edades. En las campañas de salud ya programadas, incluir el tema de vejez		X	X			ANAMBO, MS- ETAs, Unidad del Continuo
Integrar en los centros de salud la medicina tradicional e intercultural para favorecer el respeto y la interacción entre los distintos tipos de medicina			X	X		Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalid ad (VMTI)

Capacitar al personal sobre la medicina tradicional y uso transversal de la misma a partir de los conocimientos con los que cuentan las personas adultas mayores.			X			Programa Nacional de Salud Intercultural (DGMTI) (PNSI)- (SEDES)
---	--	--	---	--	--	--

RESULTADO 77: La mayor parte de la población accede a medicamentos.

Acción Estratégica	Universidades	Sector Privado	Organizaciones Comunitarias	Organizaciones Social Cooperativas	Otros Actores	Responsable
Fortalecer la gestión con ETAs para la adquisición de medicamentos		X				AGEMED

PILAR 3: SALUD, EDUCACIÓN Y DEPORTE

META 1: ACCESO UNIVERSAL AL SERVICIO DE SALUD

EJE 3: Prevención de las enfermedades, promoción del envejecimiento activo y saludable y de la autonomía personal, con un enfoque centrado en la persona

RESULTADO 85: Se ha reducido la incidencia de casos y defunciones de enfermedades transmisibles

Acción Estratégica	Universidades	Sector Privado	Organizaciones Comunitarias	Organizaciones Social Cooperativas	Otros Actores	Responsable
Implementación de actividades de prevención, detección temprana, diagnóstico y tratamiento de enfermedades transmisibles			X			MS - Programa Nacional de Dengue, Chikungunya y Zika (PNDCHZ)

Sensibilización y formación del personal de salud sobre la prevención de las enfermedades y las ventajas del envejecimiento activo.			X			Unidad de Redes de Salud y Calidad
Campañas de difusión del envejecimiento activo y saludable dirigido a poblaciones de todas las edades.			X			Unidad de Redes de Salud y Calidad
RESULTADO 86: Se ha reducido la incidencia de casos y defunciones de enfermedades no transmisibles						
Acción Estratégica	Universidades	Sector Privado	Organizaciones Comunitarias	Organizaciones Social Cooperativas	Otros Actores	Responsable
Sistema Único de Salud: Programas de reducción de enfermedades no transmisibles.		X	X			MS- Programa Nacional de Lucha contra el Cáncer
		X	X			(PC)
		X	X			MS - Programa Nacional de Enfermedades no Transmisibles
		X	X			(PNENT)

		X	X			(PONENT)
		X	X			(PONENT)
		X	X			(PONENT)
		X	X			MS - Programa Nacional de Salud Renal y Trasplantes (PNSRT)

RESULTADO 130: La población boliviana tiene acceso a terapias ancestrales y productos naturales tradicionales a través del sistema nacional de Salud.

Acción Estratégica	Universidades	Sector Privado	Organizaciones Comunitarias	Organizaciones Social Cooperativas	Otros Actores	Responsable
Implementación de acciones orientadas a la prevención de enfermedades a partir de educación en nutrición, autocuidado, beneficios de la actividad física y mental, concientización de conductas nocivas para la salud en las diferentes etapas de la vida.		X	X			ETAs, ANAMBO

Generación de espacios de intercambio familiar e intergeneracional que promuevan un envejecimiento activo y saludable, orientado a la prevención de enfermedades	X	X	X	X	X	ETAs, ANAMBO
Integración familiar y comunitaria en la prevención de enfermedades y promoción del envejecimiento activo.		X	X			ETAs, ANAMBO
Desarrollar investigaciones, producción y difusión del conocimiento ancestral sobre la prevención en salud para un envejecimiento activo y saludable.	X					Dirección General de Medicina Tradicional (DGMTI)- Programa Nacional de Salud Intercultural (PNSI)
Generar el acompañamiento de las personas adultas mayores a poblaciones más jóvenes con enfermedades similares.		X	X			ETAs, ANAMBO

Desarrollar talleres educativos sobre las etapas del envejecimiento, la dependencia, adaptación de entornos y cuidados paliativos dirigidos a personal de salud, familiares y personas adultas mayores.	X		X	X		ANAMBO, ETAs
---	---	--	---	---	--	--------------

PILAR 3: SALUD, EDUCACIÓN Y DEPORTE

META 1: ACCESO UNIVERSAL AL SERVICIO DE SALUD

Eje 4: El sistema integral de cuidados

RESULTADO 84: La mayor parte de los municipios cuentan con planes municipales de salud con enfoque intersectorial ejecutado

Acción Estratégica	Universidades	Sector Privado	Organizaciones Comunitarias	Organizaciones Social Cooperativas	Otros Actores	Responsable
Desarrollar talleres educativos sobre las etapas del envejecimiento, la dependencia, adaptación de entornos y cuidados paliativos dirigidos a personal de salud, familiares y personas adultas mayores.		X	X			MS - Unidad de Promoción de la Salud y Movilización Social (UPSMS)

Generar diagnósticos a nivel nacional, departamental, municipal y en cada centro de salud respecto a la población adulta mayor que se encuentra en situación de dependencia y requiere/recibe cuidados a largo plazo	X					ANAMBO, ETAS, MS- Unidad del Continuo
Promocionar el envejecimiento activo y saludable aún durante la dependencia de las personas adultas mayores.			X	X		ANAMBO, ETAs, MS- Unidad del Continuo
Elaborar el sistema nacional de cuidados y protocolos específicos de atención según patologías	X	X				ANAMBO, ETAS, MS- Unidad del Continuo
Creación de áreas conformadas con equipos interdisciplinarios para la atención integral hacia el envejecimiento activo y saludable.	X	X	X			ANAMBO, ETAs, MS- Unidad del Continuo

PILAR 11: SOBERANÍA Y TRANSPARENCIA EN LA GESTIÓN PÚBLICA**META 1: GESTIÓN PÚBLICA TRANSPARENTE, CON SERVIDORES PÚBLICOS ÉTICOS, COMPETENTES Y COMPROMETIDOS QUE LUCHAN CONTRA LA CORRUPCIÓN****Eje 5: Seguimiento, Monitoreo y evaluación del Plan de Acción Quinquenal en Salud hacia el envejecimiento activo y saludable****RESULTADO 298: Se ha implementado un modelo de servicio público inclusivo, intercultural y comprometido con la concreción del Vivir Bien.**

Acción Estratégica	Universidades	Sector Privado	Organizaciones Comunitarias	Organizaciones Social Cooperativas	Otros Actores	Responsable
Supervisión, evaluación y seguimiento de la atención de salud a las personas adultas mayores.		X				MS - DGAA, GAM, GAD

PROPUESTA DE PRESUPUESTO DEL PLAN

PILAR 3: SALUD, EDUCACIÓN Y DEPORTE

META: 1. ACCESO UNIVERSAL AL SERVICIO DE SALUD

Eje 1: Fortalecimiento institucional para garantizar el derecho a la salud de las personas adultas mayores

RESULTADO: 76. Se implementará el Servicio de Salud Universal

Acción Estratégica	Presupuesto Quinquenal en Bs.						Responsable
	2020	2021	2022	2023	2024	Total	
Planificar y gestionar presupuestos para el desarrollo de programas operativos anuales que incluyan los recursos humanos y materiales requeridos; así como la transversalización del Plan en las gestiones Ministeriales, Entidades Territoriales Autónomas, sistema de seguros, Sistema Nacional de Salud, organizaciones sociales y cooperación externa.	100.000	105.000	110.000	125.000	130.000	570.000	ETAS, MS, INSTITUCIONES
Fortalecer el equipo técnico y crear áreas específicas en vejez dentro el Ministerio de Salud y Gobiernos Autónomos Departamentales y Municipales para asegurar la gestión del Plan a través del desarrollo de perfiles y funciones, así como la atención, coordinación y gestión de los programas destinados a las personas adultas mayores.	70.000	73.500	77.175	81.034	85.085	386.794	ETAs, MS- Unidad del Continuo

Destinar, adaptar o gestionar espacios físicos propios o en coordinación con SEDES, Gobiernos Autónomos Departamentales, Gobiernos Autónomos Municipales y otros, para las actividades de envejecimiento activo y saludable.	50.000	52.500	55.125	57.881	60.775	276.282	ETAs
Socializar y difundir el Plan a personal de los SEDES, autoridades regionales, locales y organizaciones sociales, para mejorar la calidad y calidez humana en la atención a personas adultas mayores	50.000	52.500	55.125	57.881	60.775	276.282	MS-Unidad del Continuo
Involucrar a todo el personal con el que cuenta el centro de salud (personal médico, psicológico, trabajo social, enfermería, internos, residentes y otros) para la atención con calidad a las Personas Adultas Mayores.	5.000	5.250	5.513	5.788	6.078	27.628	SNIS
Sensibilización, Capacitación y actualización sobre los derechos y la atención a la persona adulta mayor, la geriatría, la gerontología, patologías prevalentes, vejez y envejecimiento.							ANAMBO, ETAs, MS-Unidad del Continuo
Incluir la temática de vejez y envejecimiento en programas institucionales orientados a los grupos poblacionales de niñez, adolescencia, juventud, discapacidad y enfermedades prevalentes							MS – Unidad del Continuo y Proyectos específicos, ETAs.

Desarrollo e implementación de mecanismos de participación y control social de las personas mayores en el diseño y evaluación de políticas, planes y estrategias en todos los niveles del Estado (Ministerio de Salud y Consejos Departamentales y Consejos Municipales de Salud) con énfasis en el nivel comunitario.	70.000	73.500	77.175	81.034	85.085	386.794	ANAMBO, ETAS, MS-Unidad del Continuo
Desarrollar alianzas estratégicas intersectoriales con otros Ministerios, organismos de cooperación, organizaciones de personas adultas mayores y otros para el apoyo a las acciones diseñadas y acciones sobre los determinantes sociales de la salud.	5.000	5.250	5.513	5.788	6.078	27.628	ANAMBO, ETAS, MS-Unidad del Continuo
PILAR 1: ERRADICAR LA POBREZA EXTREMA							
META 6: CONSTRUIR UN SER HUMANO INTEGRAL PARA VIVIR BIEN							
Eje 1: Fortalecimiento institucional para garantizar el derecho a la salud de las personas adultas mayores							
RESULTADO 36: Se aplican de prácticas, valores ancestrales y constitucionales, saberes y conocimientos que promueven la construcción del nuevo ser humano integral en la sociedad boliviana hacia el Vivir Bien.							
Acción Estratégica	Presupuesto Quinquenal en Bs.						Responsable
	2020	2021	2022	2023	2024	Total	
Desarrollar la producción y difusión del conocimiento incluyendo la investigación sobre vejez y envejecimiento y tecnología en salud.	50.000	52.500	55.125	57.881	60.775	276.282	Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad (VMTI)

PILAR 3: SALUD, EDUCACIÓN Y DEPORTE**META 1: ACCESO UNIVERSAL AL SERVICIO DE SALUD****Eje 2: Entornos favorables en los servicios de salud que respondan a las necesidades de las personas adultas mayores orientados al envejecimiento activo y saludable****RESULTADO 76: Se implementará el Servicio de Salud Universal.**

Acción Estratégica	Presupuesto Quinquenal en Bs.						Responsable
	2020	2021	2022	2023	2024	Total	
Dar continuidad a los programas sociales a través de la entrega del Complemento Nutricional Carmelo	3.250.000	3.412.500	3.583.125	3.762.281	3.950.395	17.958.302	MS - Unidad de Alimentación y Nutrición (UAN)
Implementación de protocolos y cuidados específicos de atención según patologías a las personas adultas mayores.	50.000	50.000	50.000	50.000	50.000	250.000	MS - URSSyC Área de Redes
Promover los siete criterios del trato preferente establecidos en la Ley No. 369 destinado al personal, personas adultas mayores y usuarios en general del centro de salud.	50.000	50.000	50.000	50.000	50.000	250.000	ETAs, MS- Unidad del Continuo
Brindar información precisa del médico tratante a la persona adulta mayor y a la familia sobre su problema de salud, las causas y sus consecuencias	50.000	50.000	50.000	50.000	50.000	250.000	ANAMBO, ETAs, MS- Unidad del Continuo
Desarrollar actividades con familiares y otros grupos del entorno de las personas adultas mayores, involucrándolos en diversas actividades que genera el centro de salud	50.000	50.000	50.000	50.000	50.000	250.000	ETAs, MS- Unidad del Continuo

Generar campañas de difusión del envejecimiento activo y saludable dirigido a poblaciones de todas las edades. En las campañas de salud ya programadas, incluir el tema de vejez	50.000	50.000	50.000	50.000	50.000	250.000	ANAMBO, ETAs, MS- Unidad del Continuo
Integrar en los centros de salud la medicina tradicional e intercultural para favorecer el respeto y la interacción entre los distintos tipos de medicina	40.000	42.000	44.100	46.305	48.620	221.025	Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad (VMTI)
Capacitar al personal sobre la medicina tradicional y uso transversal de la misma a partir de los conocimientos con los que cuentan las personas adultas mayores.	50.000	50.000	50.000	50.000	50.000	250.000	Programa Nacional de Salud Intercultural (DGMTI) (PNSI)-(SEDES)

RESULTADO 77: La mayor parte de la población accede a medicamentos.

Acción Estratégica	Presupuesto Quinquenal en Bs.						Responsable
	2020	2021	2022	2023	2024	Total	
Fortalecer la gestión con ETAs para la adquisición de medicamentos	1.000.000	4.000.000	4.000.000	5.000.000	5.000.000	19.000.000	AGEMED

PILAR 3: SALUD, EDUCACIÓN Y DEPORTE**META 1: ACCESO UNIVERSAL AL SERVICIO DE SALUD****EJE 3: Prevención de las enfermedades, promoción del envejecimiento activo y saludable y de la autonomía personal, con un enfoque centrado en la persona****RESULTADO 85: Se ha reducido la incidencia de casos y defunciones de enfermedades transmisibles**

Acción Estratégica	Presupuesto Quinquenal en Bs.						Responsable
	2020	2021	2022	2023	2024	Total	
Implementación de actividades de prevención, detección temprana, diagnóstico y tratamiento de enfermedades transmisibles	50.000	55.000	60.500	66.550	73.205	305.255,00	MS - Programa Nacional de Dengue, Chikungunya y Zika (PNDCHZ)
Sensibilización y formación del personal de salud sobre la prevención de las enfermedades y las ventajas del envejecimiento activo.	50.000	55.000,00	60.500,00	66.550,00	73.205,00	305.255,00	Unidad de Redes de Salud y Calidad
Campañas de difusión del envejecimiento activo y saludable dirigido a poblaciones de todas las edades.	50.000	55.000,00	60.500,00	66.550,00	73.205,00	305.255,00	Unidad de Redes de Salud y Calidad

RESULTADO 86: Se ha reducido la incidencia de casos y defunciones de enfermedades no transmisibles

Acción Estratégica	Presupuesto Quinquenal en Bs.						Responsable
	2020	2021	2022	2023	2024	Total	
Sistema Único de Salud: Programas de reducción de enfermedades no transmisibles.							MS- Programa Nacional de Lucha contra el Cáncer
							(PC)
							MS - Programa Nacional de Enfermedades no Transmisibles
							(PNENT)
	3.590.00 0.000	4.308.00 0.000	5.169.60 0.000	6.203.520 .000	7.444.22 4.000	26.715.3 44.000	(PNENT)
							(PNENT)
							(PNENT)
							MS - Programa Nacional de Salud Renal y Trasplantes (PNSRT)

RESULTADO 130: La población boliviana tiene acceso a terapias ancestrales y productos naturales tradicionales a través del sistema nacional de Salud.

Acción Estratégica	Presupuesto Quinquenal en Bs.						Responsable
	2020	2021	2022	2023	2024	Total	
Implementación de acciones orientadas a la prevención de enfermedades a partir de educación en nutrición, autocuidado, beneficios de la actividad física y mental, concientización de conductas nocivas para la salud en las diferentes etapas de la vida.	250.000	312.500	390.625	488.281	610.352	2.051.758	ETAs, ANAMBO
Generación de espacios de intercambio familiar e intergeneracional que promuevan un envejecimiento activo y saludable, orientado a la prevención de enfermedades	50.000	62.500	78.125	97.656	122.070	410.352	ETAs, ANAMBO
Integración familiar y comunitaria en la prevención de enfermedades y promoción del envejecimiento activo.	20.000	25.000	31.250	39.063	48.828	164.141	ETAs, ANAMBO
Desarrollar investigaciones, producción y difusión del conocimiento ancestral sobre la prevención en salud para un envejecimiento activo y saludable.	50.000	62.500	78.125	97.656	122.070	410.352	Dirección General de Medicina Tradicional (DGMTI)- Programa Nacional de Salud Intercultural (PNSI)

Generar el acompañamiento de las personas adultas mayores a poblaciones más jóvenes con enfermedades similares.	10.000	12.500	15.625	19.531	24.414	82.070	ETAs, ANAMBO
Desarrollar talleres educativos sobre las etapas del envejecimiento, la dependencia, adaptación de entornos y cuidados paliativos dirigidos a personal de salud, familiares y personas adultas mayores.	50.000	62.500	78.125	97.656	122.070	410.352	ANAMBO, ETAs
PILAR 3: SALUD, EDUCACIÓN Y DEPORTE							
META 1: ACCESO UNIVERSAL AL SERVICIO DE SALUD							
Eje 4: El sistema integral de cuidados							
RESULTADO 84: La mayor parte de los municipios cuentan con planes municipales de salud con enfoque intersectorial ejecutado							
Acción Estratégica	Presupuesto Quinquenal en Bs.						Responsable
	2020	2021	2022	2023	2024	Total	
Desarrollar talleres educativos sobre las etapas del envejecimiento, la dependencia, adaptación de entornos y cuidados paliativos dirigidos a personal de salud, familiares y personas adultas mayores.	50.000	62.500	78.125	97.656	122.070	410.352	MS - Unidad de Promoción de la Salud y Movilización Social (UPSMS)
Generar diagnósticos a nivel nacional, departamental, municipal y en cada centro de salud respecto a la población adulta mayor que se encuentra en situación de dependencia y requiere/recibe cuidados a largo plazo	10.000	12.500	15.625	19.531	24.414	82.070	ANAMBO, ETAs, MS-Unidad del Continuo

Promocionar el envejecimiento activo y saludable aún durante la dependencia de las personas adultas mayores.	50.000	62.500	78.125	97.656	122.070	410.352	ANAMBO, ETAs, MS- Unidad del Continuo
Elaborar el sistema nacional de cuidados y protocolos específicos de atención según patologías	30.000	37.500	46.875	58.594	73.242	246.211	ANAMBO, ETAs, MS-Unidad del Continuo
Creación de áreas conformadas con equipos interdisciplinarios para la atención integral hacia el envejecimiento activo y saludable.	30.000	37.500	46.875	58.594	73.242	246.211	ANAMBO, ETAs, MS-Unidad del Continuo

PILAR 11: SOBERANÍA Y TRANSPARENCIA EN LA GESTIÓN PÚBLICA

META 1: GESTIÓN PÚBLICA TRANSPARENTE, CON SERVIDORES PÚBLICOS ÉTICOS, COMPETENTES Y COMPROMETIDOS QUE LUCHAN CONTRA LA CORRUPCIÓN

Eje 5: Seguimiento, Monitoreo y evaluación del Plan de Acción Quinquenal en Salud hacia el envejecimiento activo y saludable

RESULTADO 298: Se ha implementado un modelo de servicio público inclusivo, intercultural y comprometido con la concreción del Vivir Bien.

Acción Estratégica	Presupuesto Quinquenal en Bs.						Responsable
	2020	2021	2022	2023	2024	Total	
Supervisión, evaluación y seguimiento de la atención de salud a las personas adultas mayores.	300.000	375.000	468.750	585.938	732.422	2462109	MS - DGAA, GAM, GAD

Capítulo IV.

***INSTRUMENTOS DE
SEGUIMIENTO, MONITOREO
Y EVALUACIÓN***

El Ministerio de Salud tiene la posibilidad de pensar, decir, comprender, y/o analizar los pasos de la planificación, involucrándose fuertemente apropiándose de lo que se va creando y por ende participando activamente en el proceso que se genera. La planificación participativa abre el espacio a que las diferentes visiones se conjuguen, se debatan las diferencias, se construyan consensos, se democratizen los vínculos y también la institución, en un proceso activo, dinámico de crecimiento y enriquecimiento basado esencialmente en la integración y respecto a la diversidad.

El presente capítulo está compuesto por tres partes: la Primera referente al Marco General de los Sistemas de Programación de Actividades y Presupuesto, la segunda a los procesos de Seguimientos Mensuales y Trimestrales y la Tercera a la Evaluación Parcial y final.

I. PRIMERA PARTE MARCO GENERAL:

a) OBJETIVO.

Servir como instrumento en apoyo para el trabajo de Seguimientos y Evaluación al Plan.

b) MARCO LEGAL.

- Constitución Política del Estado
- Ley N° 777 Sistema de Planificación Integral del Estado SPIE
- Ley N° 1178 de Administración y Control Gubernamentales
- Plan Sectorial de Desarrollo Integral 2016 -2020 (PSDI)
- Plan Estratégico Institucional del Ministerio de Salud 2016-2020 (PEI)
- Normas Básicas del Sistema de Programación de Operaciones (NB-SPO) DS N° 3246 de 05.07.2017
- Reglamento Específico del Sistema de Programación de Operaciones (RE-SPO) y Manual de Procesos y Procedimientos, aprobado mediante Resolución N° 273 del 29/05/2018 Ministerio de Salud

c) IMPORTANCIA:

Un sistema de seguimiento y evaluación funcional es un componente crucial de un buen mecanismo de gestión y rendición de cuentas. Un proceso de seguimiento y evaluación oportuno y confiable brinda información que permite: fundamentar la ejecución del Plan con informes exactos y basados en evidencias (medios de verificación), que proporcionan datos a los responsables de la gestión y de la adopción de decisiones de modo que dirijan la intervención y mejoren sus

resultados; contribuir al aprendizaje institucional y a la difusión de conocimientos al compartir y reflexionar sobre las experiencias y enseñanzas de modo que podamos extraer óptimo provecho de lo que hacemos y cómo lo hacemos; velar por la rendición de cuentas y el cumplimiento al demostrar si hemos llevado a cabo nuestra tarea conforme a lo acordado y en consonancia con las normas establecidas; brindar oportunidades para que las partes interesadas, en particular los beneficiarios, expresen sus opiniones y percepciones acerca de nuestra labor, mostrándonos, nuestro deseo de aprender de las experiencias y de adaptarnos a las necesidades cambiantes; fomentar y encomiar nuestra labor poniendo énfasis en nuestros logros y resultados, reforzando la moral y contribuyendo a la optimización de recursos.

d) DEFINICIONES UTILIZADAS.

Actividad: Se trata de las **acciones** que desarrolla una persona o una institución de manera cotidiana, como parte de sus obligaciones, tareas o funciones para la obtención de un producto.

Acciones de corto plazo: Una acción de corto plazo es aquella programada para una gestión fiscal, articulada y concordante con las acciones establecidas en el Plan Estratégico Institucional. Los resultados esperados de las acciones de corto plazo, serán medibles y cuantificables a través de indicadores, debiendo contribuir a los establecidos en el Plan Estratégico Institucional (Normas Básicas del Sistema de Programación de Actividades, DS N° 3246 de 05.07.2017 Art. 12).

Bienes: Son productos físicos y tangibles, por ejemplo: un camino, una posta, un canal de riego, un alcantarillado, etc. Son acumulables, sujetos a depreciación y desgaste con el uso, por lo que requieren mantenimiento rutinario (Guía Metodológica para el Proceso de Planificación Estratégica Institucional, CENCAP).

Datos Cuantitativos: Los datos cuantitativos miden y dan cuenta del objeto de estudio mediante cifras, por ejemplo, re- cuentas, cocientes, porcentajes, proporciones y puntajes promedio. Los métodos cuantitativos suelen utilizar enfoques estructurados, como respuestas codificadas para las encuestas, los cuales brindan datos precisos que pueden ser analizados estadísticamente y replicados (copiados) para efectuar comparaciones. Ejemplo: Sesenta y cuatro comunidades cuentan con un sistema de alerta temprana.

Datos Cualitativos: Los datos cualitativos dan cuenta del objeto de estudio mediante palabras, por ejemplo, observaciones documentadas, descripciones de casos representativos, percepciones o juicios de valor. Los métodos cualitativos utilizan técnicas semiestructuradas, como observaciones y entrevistas, para lograr un entendimiento profundo de las actitudes, las creencias, los motivos y las conductas. En la práctica, suelen alentar una mayor participación y reflexión. Ejemplos: Según los grupos focales comunitarios, el sistema de alerta temprana sí

sonó durante el simulacro de emergencia, pero en algunos casos el volumen no fue lo suficientemente alto.

Evaluación: Es una apreciación, lo más sistemática y objetiva posible, de una UE, tareas concluidas, su aplicación de normas, su puesta en práctica y sus resultados. El objetivo es determinar la pertinencia y el logro de los objetivos, así como la eficiencia, la eficacia, el impacto y la sostenibilidad para el desarrollo. Una evaluación deberá proporcionar información creíble y útil, que permita incorporar las enseñanzas extraídas de los procesos de adopción de decisiones de los beneficiarios.

Gestión basada en Resultados: Es una estrategia para el manejo de las Unidades Ejecutoras del Ministerio de Salud basada en resultados claramente definidos y en las metodologías y las herramientas que permiten medirlos y alcanzarlos. Al identificar de antemano los resultados previstos de una UE y la forma de medir su grado de avance, es posible lograr una mejor gestión de éste y determinar si realmente se ha marcado alguna diferencia para su propio beneficio.

Indicadores: Son índices cuantitativos y cualitativos (cifras o enunciados que dan a conocer la situación en un momento dado) que permiten: verificar el logro o consecución de las acciones de corto plazo; identificar si existen desviaciones entre lo programado y lo ejecutado; y deducir cuál es la situación actual del logro de las acciones de corto plazo (Guía Metodológica para el Proceso de Planificación Estratégica Institucional, CENCAP).

Indicadores de Eficacia: Son indicadores de eficacia, los que miden el grado de cumplimiento de las acciones de corto plazo, se calcula dividiendo el resultado obtenido en la gestión entre el resultado planteado al iniciar la gestión (Guía para el Establecimiento de indicadores de medición, Numeral IV, Ministerio de Economía y Finanzas Públicas).

Indicadores de Eficiencia: Son indicadores de eficiencia los que miden los resultados obtenidos en la gestión versus recursos empleados (Guía para el Establecimiento de indicadores de medición, Numeral IV, Ministerio de Economía y Finanzas Públicas).

Línea Base: Se define como un conjunto de indicadores seleccionados para el seguimiento y la evaluación sistemáticos de políticas y programas. Quienes diseñan y ejecutan la política, obtienen en los indicadores claves la información general sobre la forma cómo evolucionan los problemas y, en los secundarios, información puntual que explica o complementa la suministrada por los indicadores claves.

Marco Legal: Está compuesto por el instrumento legal de constitución de una entidad, del cual se extrae lo relacionado con su creación (Guía Metodológica para el Proceso de Planificación Estratégica Institucional, CENCAP).

Misión: Es la razón de ser de una entidad, expresada en objetivos permanentes que determinan su creación. La misión se establece en concordancia con el instrumento jurídico de creación de cada entidad, así como con la Constitución Política del Estado, Ley de Ministerios, Ley Orgánica de municipalidades y otras disposiciones legales sobre organización del Sector Público. La misión del Ministerio de Salud está establecida en el Artículo 18º, 35º y 37º de la Constitución Política del Estado.

“El Ministerio de Salud es el ente rector del sector que promueve y garantiza los derechos y deberes a la salud de las bolivianas y los bolivianos; mediante la regulación y ejecución de políticas para la inclusión y el acceso a la salud integral, intercultural para las personas, familias y comunidades sin exclusión ni discriminación alguna, implementando la Política de Salud Familiar Comunitario Intercultural, el Sistema Único de Salud con participación social”.

Normas: Son las reglas que la entidad produce para regular la producción de bienes o servicios a su interior o con referencia a los otros actores sociales o para la sociedad en su conjunto, por ejemplo: ordenanzas municipales, reglamentos de pagos, etc. (Guía Metodológica para el Proceso de Planificación Estratégica Institucional, CENCAP)

Objetivos Estratégicos: Tomando en cuenta el enfoque político identificado por la entidad o institución pública establecerá sus objetivos y estrategias institucionales que considere pertinentes para alcanzar las metas y resultados de su sector establecidos en su PDES, PSDI, PEM o PTDI, según corresponda (Lineamientos Metodológicos para la formulación de Planes Estratégicos Institucionales para Vivir Bien (PEI) (Punto 4.5)

Operaciones /Actividades: La programación de las acciones de corto plazo, permitirá la identificación de las operaciones a desarrollar al interior de cada una de ellas, permitiendo su seguimiento, cuantificación y verificabilidad. Cada operación debe contener tareas específicas, que conducirán al logro de los resultados esperados para las acciones de corto plazo. Las operaciones deben clasificarse en categorías de funcionamiento y de inversión pública (Normas Básicas del Sistema de Programación de Actividades, DS N° 3246 de 05.07.2017 Art. 15).

Planificación Estratégica Institucional: Determina las acciones institucionales específicas para alcanzar las metas y resultados definidos en la planificación de mediano plazo (Art. 5 Ley N°777 de 21 de enero de 2016)

Plan Operativo Anual (POA): El Plan Operativo Anual materializa en acciones de corto plazo, las actividades estratégicas de las entidades del sector público, establecidas en sus Planes Estratégicos Institucionales, mismos que deben ser concordantes con los Planes Sectoriales o Territoriales (Normas Básicas del Sistema de Programación de Actividades, DS N° 3246 de 05.07.2017 Art. 5).

PEI: El Plan Estratégico Institucional 2016-2020 del Ministerio de Salud (PEI) es el instrumento de planificación que orienta el accionar del Ministerio de Salud en el marco de los mandatos y paradigmas de desarrollo establecidos en la Constitución Política del Estado Plurinacional (CPE), el Plan de Desarrollo Económico y Social 2016-2020 (PDES), la política sanitaria familiar comunitaria intercultural SAFCI, el Plan Sectorial de Desarrollo Integral para Vivir Bien 2016-2020 (PSDI) y las atribuciones institucionales señaladas en las leyes del Estado Plurinacional.

Presupuesto: Es un instrumento de planificación económico-financiero de corto plazo, en el que se expresan objetivos y metas del sector público que son traducidos en programas operativos anuales, destinados a prestar bienes y servicios públicos, mediante la combinación adecuada y eficiente de los recursos. Por otro lado, el presupuesto es también entendido como una herramienta básica para los entes públicos, en el cual se define, expresa, aprueba, ejecuta, controla y evalúa la responsabilidad que se les asigna en materia de producción de bienes y/o prestación de servicios, así como en la administración de los recursos reales y financieros que se requieren.

Procesos: Un proceso es una secuencia de pasos dispuesta con algún tipo de lógica que se enfoca en lograr algún resultado específico. Los procesos son mecanismos de comportamiento que diseñan los hombres para mejorar la productividad de algo, para establecer un orden o eliminar algún tipo de problema. El concepto puede emplearse en una amplia variedad de contextos, como por ejemplo en el ámbito jurídico, en el de la informática o en el de la empresa. Es importante en este sentido hacer hincapié que los procesos son ante todo procedimientos diseñados para servicio del hombre en alguna medida, como una forma determinada de accionar.

Procedimientos: Un **procedimiento administrativo**, por su parte, se compone de diversas etapas cuyo objetivo es emitir, al final del proceso, un acto administrativo. La administración pública los establece para garantizar a los ciudadanos que las medidas tomadas por el gobierno serán coherentes entre sí, y que estarán siempre documentadas. Las personas tienen derecho a conocer dicha información, de manera que nunca sean sorprendidas por medidas que atenten contra su seguridad o integridad.

Productos: Son resultados concretos que se esperan alcanzar durante el proceso de ejecución del Programa de Actividades y verificables en base a los indicadores establecidos (Normas Básicas del Sistema de Programación de Actividades, R.S. 216784, Art. 18).

Recursos: Son insumos necesarios e indispensables para la ejecución de los productos (recursos financieros, humanos, materiales, etc.).

Resultados: Están dados por la producción total generada por un área durante una gestión.

Seguimiento: Es el proceso sistemático en virtud del cual se recopila y se analiza información con el objeto de comparar los avances logrados en función a la programación formulada y corroborar el cumplimiento de las normas establecidas. Ayuda a identificar tendencias y patrones para adaptar las estrategias y a fundamentar las decisiones relativas a la gestión de la UE.

Según la Norma ISO 9001:2015 - Es la base del Sistema de Gestión de la Calidad - SGC. Es una norma internacional que se centra en todos los elementos de la gestión de la calidad con los que una empresa debe contar para tener un sistema efectivo que le permita administrar y mejorar la calidad de sus productos o servicios.

Servicios: Son productos que se caracterizan por ser intangibles, no pueden poseerse físicamente, generan comodidades, beneficios o satisfacciones, por ejemplo: la atención de trámites, vacunaciones, alumbrado público, etc. (Guía Metodológica para el Proceso de Planificación Estratégica Institucional, CENCAP)

Sistema de Programación de Actividades (SPO): Las Normas Básicas del Sistema de Programación de Operaciones, son un conjunto ordenado de principios, disposiciones normativas, procesos e instrumentos técnicos, que regulan el Sistema de Programación de Operaciones, en las entidades del sector público (Normas Básicas del Sistema de Programación de Actividades, DS N° 3246 de 05.07.2017 Art. 1).

Seguimiento Financiero

1. Identificación de Objetivo estratégico, Pilar meta Resultado y Acción lo cual debe encontrarse en el Marco del PDID. Salud.
2. Datos como ser: Unidad ejecutora
3. Código Sisin el cual identifica el proyecto o programa
4. Nombre de la acción estratégica
5. Entidades de gestión
6. Intervención territorial
7. Cuáles fueron las estrategias correctivas que se implementaron.
8. LINEA BASE (A)
9. AVANCE 2020 (A)
10. ALCANCE 2024 (B)

11. BRECHA 2020 (B-A)
12. PRESUPUESTO TGN
13. FINANCIAMIENTO EXTERNO
14. FINANCIAMIENTO CREDITO
15. FINANCIAMIENTO CONTRAPARTE ETAs (Gobernacion o Municipio)
16. Presupuesto total
17. Ejecución financiera, programada , reprogramada y ejecutada
18. Grado de avance acumulado en %
19. Parámetro de avance

Datos generales

CONTRIBUCION AL PDES Y PSDI					UNIDAD EJECUTORA	COD. SISIN	PROYECTO O PROGRAMA
OE	P	M	R	A			

Datos específicos

VIGENCIA DE CONTRATO		Entidades de gestion		Intervencion territorial	beneficiarios del proyecto o programa	Objetivo general del proyecto o programa	Objetivos especificos del proyecto o programa	Descripcion de dificultades que impidieron el avande	Cuales fueron los estrategias correctivas que se implementaron.
Fecha de inscripcion	Fecha de finalizacion	Entidad de financiamiento	Entidad ejecutora						

Análisis de avances

LINEA BASE (A)	AVANCE 2020 (A) ALCANCE 2019 (B)	BRECHA 2020 (B-A)
		0
		0

Seguimiento Físico

1. Unidad Ejecutora
2. Cod. Sisin
3. Acción Estratégica
4. Línea Base (A)
5. Avance 2020 (A)
6. Alcance 2024 (B)
7. Brecha 2020 (B-A)
8. Actividades / Acciones
9. Actividades Programadas
10. Calendario
11. Programado
12. Ejecutado
13. Descripción Del Avance Físico
14. Parámetro De Avance %

Monitoreo y Evaluación

1. Identificación de contribución al PDES- PSDI y PEI
2. Acción
3. Proyecto O Programa
4. Línea base
5. Indicador de impacto
6. Indicador de proceso
7. Fuente de verificación
8. Meta

Monitoreo y Evaluación

MONITOREO Y EVALUACIÓN A PROGRAMAS Y PROYECTOS DE INVERSIÓN PÚBLICA DEL MINISTERIO DE SALUD													
CONTRIBUCIÓN AL PDES Y PSDI					<i>proposito</i>		<i>resultado</i>						
OE	P	M	R	A	Accion	Proyecto/Programa de inversión pública (POA)	Indicador de proyecto	Línea Base	Indicador de impacto	Indicador de proceso	Fuente de verificación	Meta	Proyecto/Programa de inversión pública (POA)

BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez Castaño LS. Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo. Colombia: Rev. Gerenc. Polit. Salud; 2009.
- Bejarano Jhon Jairo. Alimentación, nutrición y envejecimiento: un análisis desde el enfoque social de los derechos. Vol. 62 Supl; 1. 2014
- Carulla L. Salvador. Tratado Integral sobre salud en la segunda mitad de la vida. Longevidad. Madrid España: Editorial Médica Panamericana; 2004.
- Chackkiel Juan. La investigación sobre causas de muerte en América Latina. CEPAL; 2020.
- Chumacero Visacarra Mauricio, Escobar Loza Federico. Encuesta a hogares con Personas Adultas Mayores y cercanas a la edad de 60años. Bolivia: Ministerio de Planificación, HelpAge; 2011.
- Dieta, Nutrición y prevención de enfermedades crónicas: report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation. WHO Technical Report Series, No. 916. Geneva: World Health Organization; 2003.
- Engler Tomas A. y Peláez Martha B. Más Vale por viejo: lecciones de longevidad. Washintong D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo-Organización Panamericana de la Salud. 2002
- Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid, Conferencia Regional Intergubernamental sobre el Envejecimiento, Santiago de Chile, 19 al 21 de noviembre de 2003.
- Ideas Clave del Informe “perspectivas de la población mundial”. Naciones Unidas; 2019
- Instituto Nacional de Estadística INE. Bolivia; 2017.
- Martínez Rodríguez Teresa. Modelo de Atención centrada en la persona. Madrid: Gobierno de España; 2015.
- Martínez, T. La atención centrada en la persona. Algunas claves para avanzar en los servicios gerontológicos. Actas de la Dependencia. 2015.
- Martínez Velilla NI, Gaminde Inda de. Índices de comorbilidad y multi morbilidad en el paciente anciano. España: Med Clin. 2011.

- Medinaceli Monroy Mauricio. Ingreso de las personas adultas mayores en Bolivia. En: HelpAge Internacional. Bolivia. Edobo; 2011.
- Montenegro Eduardo Penny, Melgar Cuellar Felipe. Geriátría y Gerontología para el médico Internista. 1ª Ed. Bolivia: La Hoguera; 2012.
- Pereira Morata René, Hernando López Daniel. Dimensiones Demográficas del envejecimiento. Bolivia; 2016
- Pinto Saravia Vladimir. Bolivia: Hacia una sociedad amigable con los adultos mayores: Temas Sociales. Número 40. Bolivia, 2017
- Rush D. Nutrition and maternal mortality in the developing world. *American Journal of Clinical Nutrition*. 2000.
- Valda Sánchez Micaela. Relación entre la frecuencia de los grados de dependencia funcional y los estados mórbidos en los pacientes internados en el hospital integral de especialidades geriátrico la paz de la caja nacional de salud. [Tesis de grado]. Bolivia; 2016