



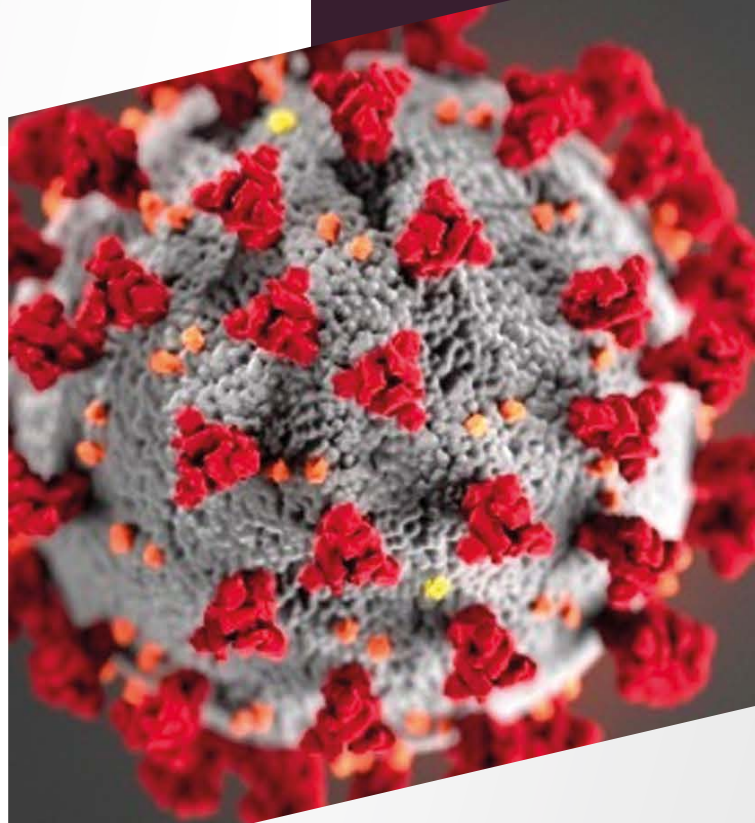
Gobierno del Estado Plurinacional de

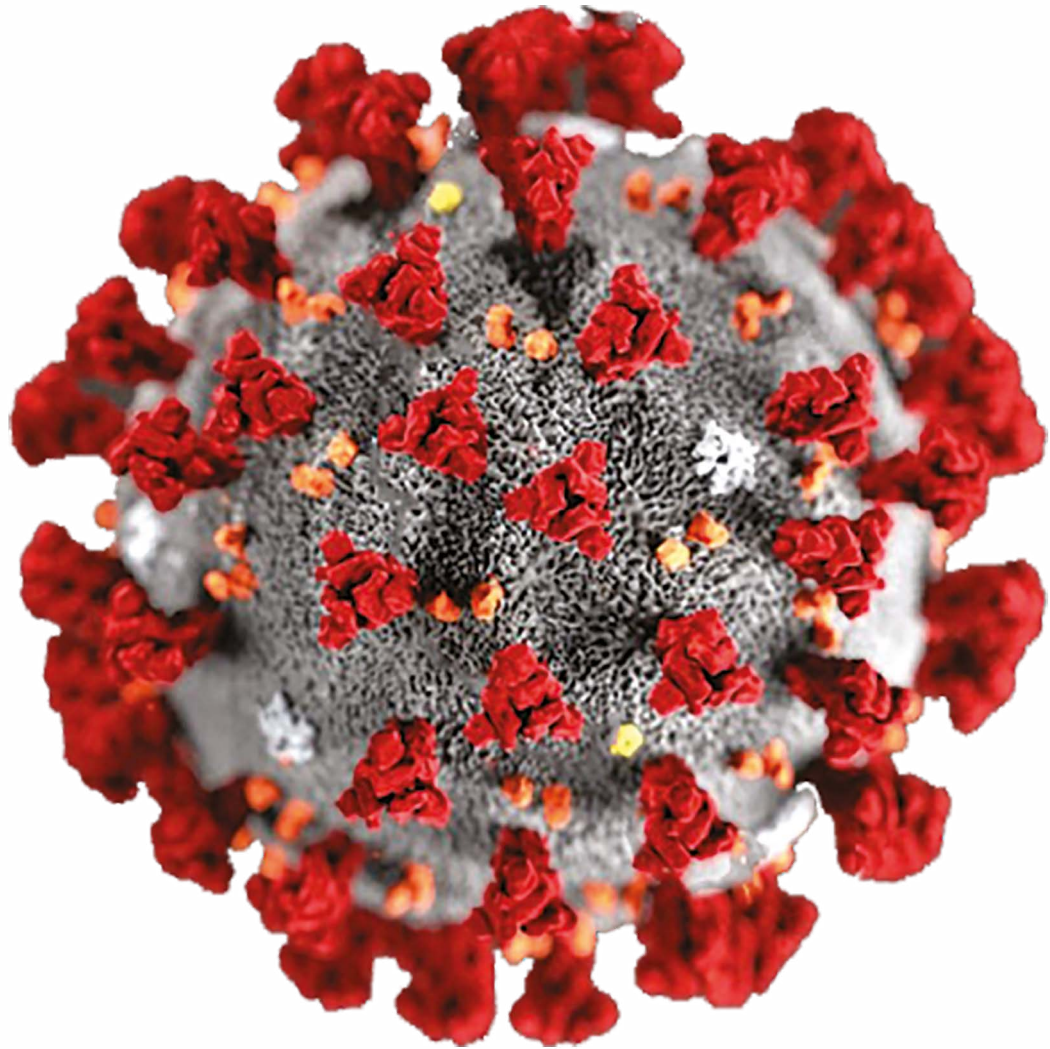
BOLIVIA

Ministerio de
Salud

Estrategia de **VIGILANCIA COMUNITARIA ACTIVA**

Plan de
CONTENCIÓN, MITIGACIÓN Y
RECUPERACIÓN
POST CONFINAMIENTO
EN RESPUESTA A LA COVID-19





CONTENIDO

PRESENTACIÓN.....	7
I. INTRODUCCIÓN.....	9
II. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE SALUD DE BOLIVIA.....	10
2.1. Situación de la Salud.....	10
2.2. Sistema de Salud	11
III. ANTECEDENTES Y CONTEXTO	16
3.1. Situación de la pandemia de la COVID-19	16
3.2. Estrategia Nacional de Salud en Respuesta a la COVID-19 y sus cuatro Líneas Estratégicas	23
IV. ESTRATEGIAS, OBJETIVOS Y LÍNEAS DE ACCIÓN.....	25
A. CONTENCIÓN	27
A.1. Monitoreo de Contactos y Vigilancia Comunitaria.....	31
A.2. Vigilancia comunitaria integral frente a la COVID-19	37
A.3. Comunicación de Riesgos.....	37
B. MITIGACIÓN	38
B.1. Fortalecimiento en Servicios de Salud para la atención a la COVID-19	38
B.2. Adecuación de los Servicios de Salud.....	49
B.3. Manejo de casos y Protocolos COVID-19	65
C. RECUPERACIÓN POST PICO EPIDÉMICO COVID-19	69
C.1. Transformación para el escenario Post pico epidémico COVID-19.....	69
C.2. Apoyo psicosocial frente a la COVID-19	75
C.3. Continuidad de la provisión de servicios esenciales de salud a la población en escenario post pico epidémico COVID-19.....	76
C.4. Promoción de estilos saludables de vida en escenario post pico epidémico COVID-19.....	78
C.5. Gobernanza del Plan: Coordinación intrasectorial, intersectorial e Intergubernativa.	80
V CAPACITACIÓN DE RRHH DE SALUD.....	83
5.1. Necesidades y prioridades de capacitación.....	83
5.2. Población meta.....	83
5.3. Capacitación en áreas de respuesta a la COVID-19	84
5.4. Seguimiento, monitoreo y evaluación.....	84
5.5. Modalidades de capacitación.....	85
5.6. Metodología	86
VI. PLANES DE ACCIÓN.....	87
VII. ANEXOS.....	91
7.1. Marco Legal	91
7.2. Equipamiento esencial y complementario para UTI e internación.....	93
7.3. Guías de manejo de pacientes COVID-19 para los tres niveles de atención.....	96
VIII. BIBLIOGRAFÍA.....	99

SIGLAS Y ABREVIATURAS

AASANA	Administración de Aeropuertos y Servicios Auxiliares a la Navegación Aérea
ACS	Agentes Comunitarios de Salud
AGETIC	Agencia de Gobierno Electrónico y Tecnologías de Información y Comunicación
AISEM	Agencia de Infraestructura en Salud y Equipamiento Médico
APS	Atención Primaria en Salud
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
BMGF	Fundación Bill y Melinda Gates
CCI COVID-19	Consejo Científico Interinstitucional COVID-19
CDC	Centers for Disease Control and prevention
CEASS	Central de Abastecimiento y Suministros de Salud
COED	Centro de Operaciones de Emergencia Departamental
COEM	Comité de Operaciones de Emergencia Municipal
COEN	Centro de Operaciones de Emergencia Nacional
CVSP	Campus Virtual de Salud Pública
DGAC	Dirección General de Aeronáutica Civil
DGSS	Dirección General de Servicios de salud
DILOS	Directorio Local de Salud
EBRP	Estrategia Boliviana de Reducción de la Pobreza
ECV	Enfermedad Cardiovascular
EESS	Establecimientos de Salud
ENT	Enfermedad No Trasmisible
EPP	Equipos de Protección Personal
ETAs	Entidades Territoriales Autónomas
GAD	Gobierno Autónomo Departamental
GAM	Gobierno Autónomo Municipal
GAVI	Siglas en inglés de la Alianza Mundial para Vacunas
GTS	Gasto Total en Salud
INLASA	Instituto Nacional de Laboratorios de Salud
INE	Instituto Nacional de Estadísticas
MERS	Síndrome Respiratorio del Medio Este
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OPS/OMS	Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
RISS	Redes Integradas de Servicios de Salud
RRHH	Recursos Humanos
RSI	Reglamento Sanitario Internacional
SAFCI	Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural
SARS	Síndrome Respiratorio Agudo Severo
SNIS	Sistema Nacional de Información en Salud
SNIS VE	Sistema Nacional de Información en Salud y Vigilancia Epidemiológica
SUMI	Sistema Universal Materno Infantil
SUS	Seguro Universal de Salud
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
UTI	Unidad de Terapia Intensiva
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana

AUTORIDADES

Dra. María Eidy Roca de Sangüeza

MINISTRA DE SALUD

Dra. Graciela Minaya

COORDINADORA DE DESPACHO MINISTERIAL

Dr. Oscar Landívar Zambrana

VICEMINISTRO DE PROMOCIÓN,

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Y MEDICINA TRADICIONAL E INTERCULTURALIDAD

Dr. Miguel Delgado

VICEMINISTRO DE GESTIÓN

DEL SISTEMA SANITARIO

Dr. Juan Carlos Capra Jemio

VICEMINISTRO DE SEGUROS DE SALUD

Agradecimientos a:

Dr. Alfonso Tenorio

REPRESENTANTE DE OPS/OMS

Mr. Changsup Kim

DIRECTOR DE PAÍS

AGENCIA INTERNACIONAL DE COOPERACIÓN

DE COREA- KOICA





Bolivia viene experimentado desde marzo de este año los efectos devastadores de la Pandemia por COVID-19. Las pérdidas humanas, sociales y económicas no tienen precedentes en las décadas recientes. Ningún país estuvo preparado para esta emergencia mundial.

El Gobierno de Bolivia fue uno de los primeros en la Región en implementar medidas de confinamiento rígidas. Esa decisión drástica, pero necesaria, retrasó por varios meses la evolución de la epidemia. Esta valiosa ventana de oportunidad permitió que el Ministerio de Salud implemente medidas como la búsqueda, diagnóstico y aislamiento precoz de casos. Asimismo, pudo ser posible, a pesar de numerosas dificultades, el alistamiento de los servicios de salud en mejores condiciones para enfrentar la previsible avalancha de casos.

El pico epidémico nacional se produjo entre julio y septiembre. Si bien la mayoría de las grandes ciudades del país sufrieron colapso de sus servicios, en particular de Terapia Intensiva, es remarcable el gran esfuerzo que el personal de salud realizó para mitigar al máximo las pérdidas aun con condiciones limitadas.

El presente Plan Nacional de Contención Mitigación y Recuperación COVID 19 está alineado a lo establecido por el Decreto Supremo 4314, del 27 de agosto, que establece medidas para la transición de la cuarentena a la fase de post confinamiento, en particular la Estrategia de Vigilancia Comunitaria Activa. Se busca consolidar la contención y mitigación, así como mantener la vigilancia y alistamiento en previsión a una segunda ola epidémica. Igualmente, este Plan y Estrategia renovados, se proponen recuperar y dar continuidad a los servicios de salud esenciales (i.e. inmunizaciones, salud reproductiva) que fueron afectados durante la epidemia.

La Estrategia de Vigilancia Comunitaria Activa prioriza la acción integral en ámbitos más cercanos a la persona, familia y comunidad y con ello, busca responder más temprana y efectivamente a la COVID-19 y otros desafíos sanitarios. Incluye por ello, como una acción fundamental, la participación social y comunitaria activas. Detener la diseminación y Salvar Vidas siguen siendo los objetivos mayores. La Estrategia para este segundo semestre ha sido ajustada en base a las lecciones aprendidas en Bolivia y el mundo. Países con sistemas de salud con acceso universal, integrados, con una estrategia de

Atención Primaria de Salud (APS) robusta han enfrentado mejor la epidemia. Igualmente, países con un primer nivel de atención con mayor capacidad resolutiva no han sufrido el colapso de los servicios hospitalarios. La Estrategia de Vigilancia Comunitaria Activa, se funda sobre estas consideraciones.

La pandemia COVID-19 plantea la revisión de los Sistemas de Salud a nivel mundial y es una oportunidad para catalizar transformaciones largamente esperadas. Un Sistema resiliente deberá ser estructurado no sólo para resolver la epidemia actual, sino para enfrentar futuros desafíos.

Es crítico el fortalecer la rectoría y gobernanza de la Salud en Bolivia. Para ello es fundamental un mayor desarrollo técnico en el Ministerio, SEDES, coordinaciones de red y municipios, incluyendo la reorganización del Ministerio de Salud con una nueva Estructura.

Finalmente, transmito un reconocimiento a toda la comunidad de la cooperación internacional que es y fue fundamental en la respuesta a la epidemia. En particular agradecemos a la OPS/OMS y la cooperación coreana por su apoyo sustantivo para la preparación y publicación del presente documento.

Dra. Eidy Roca de Sangüeza

Ministra de Salud

Con el fin de responder de manera efectiva a la emergencia ocasionada por la COVID-19, el Gobierno de Bolivia, a la cabeza del Ministerio de Salud, ha implementado un conjunto de intervenciones relacionadas con la adecuación de infraestructura sanitaria, compra de equipamiento, medicamentos e insumos, reconversión y contratación de Recursos Humanos (RRHH) para hacer frente al incremento de la demanda por servicios de salud. El gran esfuerzo técnico logístico, en muy pocos meses, sin comparación en los últimos 50 años, ha demandado la asignación de recursos financieros adicionales, incluyendo la cooperación internacional.

El presente *Plan* recoge las experiencias y lecciones aprendidas durante el primer semestre de respuesta a la COVID-19 y sobre esa base establece tres Líneas de Acción, para el segundo semestre 2020: **Contención, Mitigación y Recuperación**, incluyendo Planes de acción que permitirán dinamizar y extender la respuesta a la COVID-19 para hacerla más efectiva.

Se plantea sostener los mecanismos de **Contención**, para reducir la transmisión de la COVID-19 y evitar la saturación de los servicios de salud; Ampliar los mecanismos de **Mitigación**, fortaleciendo y adecuando los servicios de salud para reducir la morbilidad grave, discapacidad y letalidad por COVID-19; **Recuperar** para dar continuidad a los servicios esenciales de salud al tiempo de continuar y consolidar la atención a la COVID-19. En los tres casos se prioriza el fortalecimiento de la salud comunitaria, la gobernanza de las Redes de Servicios Integrales de Salud (RISS), la capacidad resolutive del primer nivel de atención y uso intensivo de Telemedicina.

El documento pone también de relieve que la respuesta a la COVID-19 se constituye en una magnífica oportunidad para catalizar transformaciones del Sistema Público de Salud en Bolivia, largamente ambicionadas. Las pocas experiencias de respuesta exitosa a la COVID-19 a nivel mundial muestran que los países con una sólida estrategia de Atención Primaria de Salud (APS) y un robusto primer nivel de atención con mayor capacidad resolutive, no han experimentado el colapso de los servicios hospitalarios como ha sucedido en países con predominio hospitalario y recuperativo.

El Ministerio de Salud prioriza para este segundo semestre la Vigilancia Comunitaria en el marco del fortalecimiento de las RISS para así garantizar la prevención, diagnóstico y tratamiento oportunos y efectivos de casos de la COVID-19. En este escenario de recuperación post pico epidémico COVID-19, se renueva la pertinencia de la salud comunitaria. No sólo para ir en busca de los casos sospechosos de la COVID-19 y monitorear contactos, sino también para garantizar que la población de mayor riesgo reciba atención sin necesariamente acudir a los servicios de salud. De lo contrario la morbilidad y mortalidad por otras causas crecerían sin control. Igualmente, el trabajo en comunidad permitirá incidir con mayor éxito en los factores de riesgo, asociados también a los determinantes sociales de la salud.

Finalmente, frente a la persistencia de la fragmentación entre diferentes niveles de gobierno, así como la segmentación en tres subsistemas, el Plan señala la necesidad de fortalecer la rectoría y gobernanza en el Sistema de Salud Boliviano, para lo cual es necesario reformar y reorganizar el Ministerio de Salud.

II Diagnóstico situacional de salud de Bolivia

2.1. Situación de la Salud

Según las estimaciones del Instituto Nacional de Estadísticas (INE) en 2020 la población de Bolivia alcanza 11.633.000 habitantes con una tasa de crecimiento anual de 1,42%. La densidad de la población es de 10,59 habitantes por km². La mayor concentración de la población se encuentra en el eje central del país y en el oriente y los llanos. Bolivia se caracteriza por tener una población joven (Bono Demográfico).

El *perfil epidemiológico* de Bolivia en los últimos años ha ido transitando de un predominio de enfermedades infectocontagiosas a otro que muestra una prevalencia mayor de las enfermedades no transmisibles (ENT). Por ello, el Sistema de Salud boliviano soporta una doble *carga de enfermedad*, incluyendo la persistencia de la desnutrición crónica, la mortalidad materna e infantil.

Tabla N° 1: Prevalencia de enfermedades no transmisibles.

Prevalencia ajustada por edad	Masculino (%)	Femenino (%)
Hipertensión arterial (2015)	19.7	16.1
Diabetes mellitus (2014)	7	8.9
Sobrepeso y obesidad en adultos (2016)	52.2	59.8

Fuente: Elaboración Propia

El tipo de cáncer más frecuente en los hombres es el de próstata con 17%, y en las mujeres el cervicouterino con 21,2% y el de mama con 7,5% (2012). En 2015 la prevalencia de consumo de tabaco en adolescentes fue 18.7 % y en adultos 23.7 %. El consumo per cápita anual de alcohol era de 4.8 litros.

La mortalidad a causa de ENT según estimaciones de la OPS/OMS en 2012 se debió en 24% a enfermedades cardiovasculares; 18% a otras enfermedades crónicas no transmisibles; 13% a traumatismos; 10% al cáncer; 4% a la diabetes; y 3% se debió a enfermedades respiratorias crónicas.

En cuanto a las enfermedades transmisibles en 2018 Bolivia registró 94% menos casos de malaria encaminándose a ser un país declarado libre de esta enfermedad. En el 2017 se registraron 9.938 casos sospechosos de dengue, 5 casos de fiebre amarilla y 67 casos de lepra.

En 2017 la tasa de incidencia para el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) fue de 24.7 por 100.000 habitantes, de éstas transmisiones, 96% fueron por vía sexual. La sífilis afecta a 7,2% de las mujeres embarazadas y a 11 por 1.000 recién nacidos vivos. La incidencia de tuberculosis en el 2014 fue de 70,8 casos por 100.000 habitantes.

Tabla Nº 2: Incidencia VIH y Tuberculosis.

	Incidencia (100 000 hab)
Virus de Inmunodeficiencia Humana (2017)	24.7
Tuberculosis (2014)	70.8

Fuente: Elaboración Propia

La razón de mortalidad materna es de 160 muertes por 100.000 nacidos vivos (2011), la mayoría de ellas causada por complicaciones en el momento del parto. La cobertura del parto por personal capacitado es de 87.5% y la cobertura de cuatro controles prenatales es de 75% (2017). La cobertura de uso de anticonceptivos modernos fue de 48 % y la demanda insatisfecha de planificación familiar de 16 % (2018).

La tasa de mortalidad infantil es de 24 por 1.000 nacidos vivos (2016). La cobertura de vacunación en menores de un año (2017) contra la tuberculosis (BCG) es de 93 %, la tercera dosis de vacuna pentavalente de 84 % y la vacuna triple viral de 83 % de cobertura. No se ha reportado casos de poliomielitis desde 1989, tampoco de rubeola desde 2006. Sin embargo, en 2010 se registró un brote de difteria reportándose cuatro casos y recientemente ocurrió un brote de sarampión en abril de 2020 después de 20 años sin reporte de casos de esta enfermedad.

2.2. Sistema de Salud

2.2.1. Organización y Gestión

Bolivia no cuenta con una ley general de salud y el sector de salud funciona en base al Código de la Seguridad Social de 1956 y el Código de Salud de 1978. El Poder Ejecutivo, a través del Ministerio de Salud, define la política nacional de salud, la regulación, planificación, control y coordinación de todas las actividades en el territorio nacional. La Ley de Participación Popular (1994) y La ley de Descentralización (1995) transfieren a los municipios los establecimientos de salud.

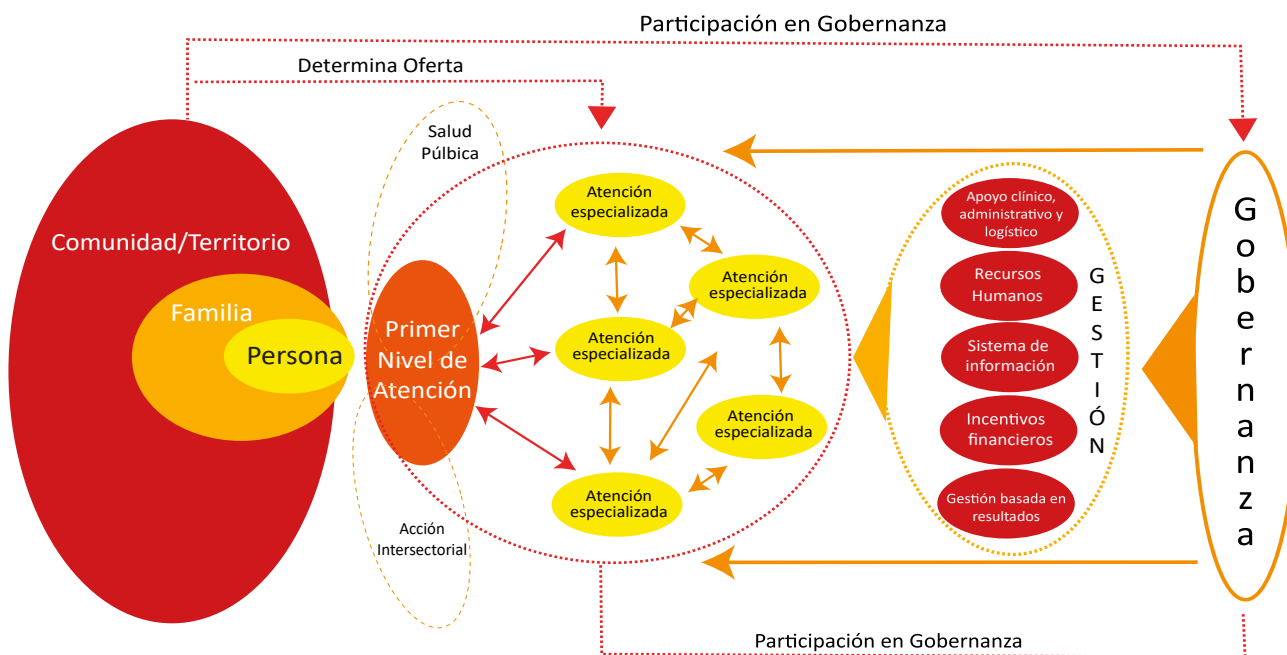


Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS)

Las RISS se definen como “una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos, económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve”.

La red de servicios no se representa más como una pirámide de tipo jerárquico en la cual el primer nivel de atención se encuentra en el nivel más bajo. La RISS se muestra de manera horizontal con el primer nivel como eje del Sistema de Salud en contacto con la persona, la familia y la comunidad

Figura N° 1: Modelo de Representación de una RISS.

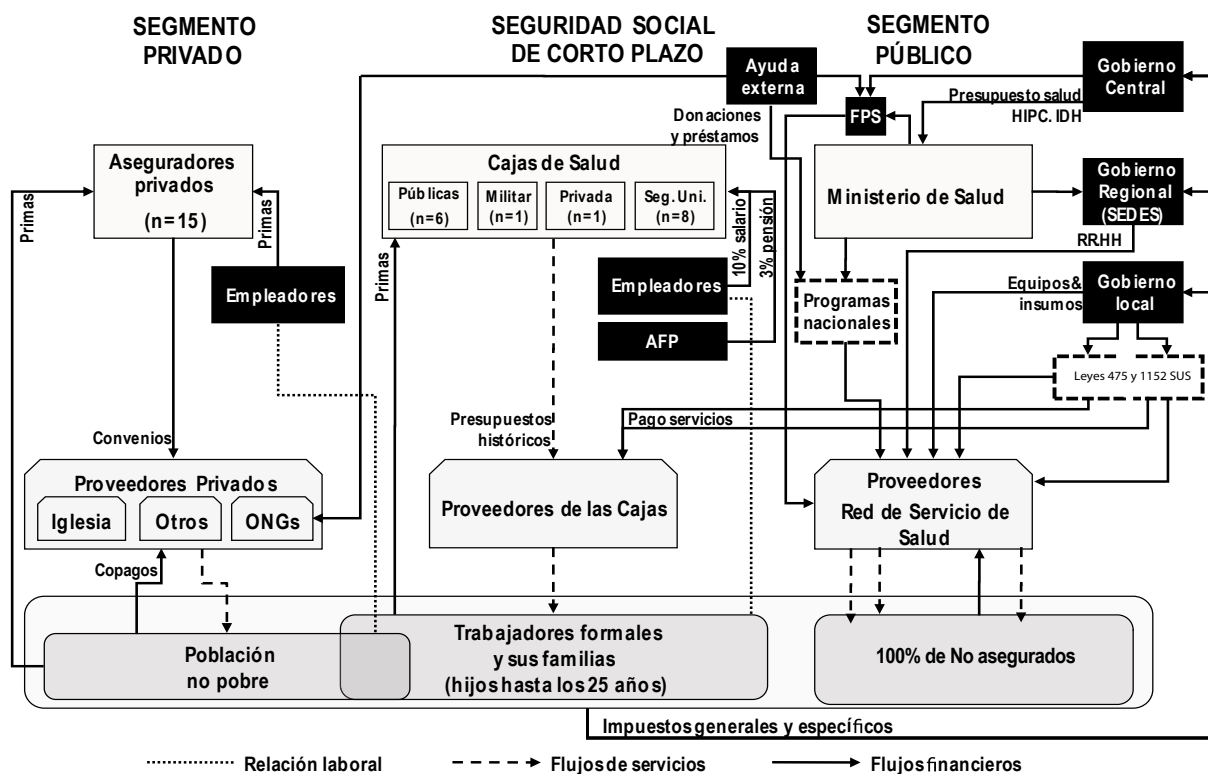


Segmentación y Fragmentación

En la primera y segunda década del siglo XXI, se emitieron leyes y políticas que promovieron una visión de Sistema Nacional de Salud con cobertura universal. Sin embargo, no ha habido avances sustantivos en ese sentido. La segmentación se expresa en la existencia de tres subsistemas (Público, Seguridad Social y Privado) para poblaciones específicas con financiamiento y establecimientos separados, así como con acceso y tipo de atención segregada. Igualmente, se mantiene una gran fragmentación derivada de la débil rectoría sectorial, por la cual los Servicios Departamentales de Salud (SEDES) y municipios actúan casi de manera autónoma. Asimismo, la coordinación horizontal y vertical entre instituciones de salud es muy limitada. Estas dos características están a la base de las grandes inequidades, ineficiencias y reducida efectividad del Sistema de Salud.

El Sistema de Salud boliviano se caracteriza por una débil rectoría tanto a nivel ministerial como departamental. Las coordinaciones de red de salud tienen una autoridad muy disminuida y no cuentan con presupuesto suficiente para su funcionamiento. El Sub Sistema Público de Salud se organiza en 3 niveles de atención, los dos primeros constituyen las RISS organizadas para dar mayor eficiencia, integralidad y efectividad a los servicios para toda la población. Los municipios son responsables de los dos primeros niveles, seguidamente el SEDES y Ministerio de Salud del tercer nivel de atención.

Gráfico Nº 1: Flujo de recursos financieros en el sector de la salud en Bolivia.



Fuente: Elaboración Propia

El gráfico Nº 1 muestra el flujo de los recursos financieros en los tres subsistemas de salud.

2.2.2. Seguros de Salud, Financiamiento, RRHH

El Seguro Básico de Salud, creado en 1998, garantizó acceso gratuito a un paquete de 92 prestaciones. Igualmente, dicho año fue creado el Seguro Médico Gratuito de Vejez (posteriormente Seguro de Salud para el Adulto Mayor (SSPAM)). En 2003 se crea el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI).

En el año 2006 el Ministerio de Salud presentó un marco general de rediseño de las políticas de salud basadas en el modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI). El modelo SAFCI comprende cuatro principios: Participación social; Interculturalidad; Integralidad; e Intersectorialidad. En el 2019 se promulga la Ley 1152 hacia el Sistema Único de Salud, Universal y Gratuito (SUS). La Seguridad Social cubre al 38% de la población. El aseguramiento privado representa alrededor del 3% de la población.

Las principales fuentes de financiamiento son el gobierno (51%), las empresas (18.7%), los hogares (28%) y fuentes externas no reembolsables o préstamos de Bancos de Desarrollo (2.3%). El gasto total per cápita en salud es de 240 USD (2017). El gasto total en salud representa el 7.1% del Producto Interno Bruto (PIB). El componente público es igual al 5.1% del PIB.

Tabla N° 3: Gasto total en Salud en Bolivia en 2017.

Subsector	Total (\$us.) 2017	%
Gasto subsector público en salud	1.124.373.380	42%
Gasto seguridad social en salud	783.991.339	30%
Gasto privado en salud	749.105.776	28%
Gasto total en salud	2.657.470.495	100%

Fuente: Cárdenas M. en base a GHED 2020.

La tabla N° 3 muestra el gasto total en salud en Bolivia en el año 2017. El Gasto Total en Salud (GTS) para 2017 fue igual a Bs. 18,363 millones equivalentes a \$US. 2,657 millones, de los cuales un 42% fue ejecutado por las entidades del sub-sector público, 30% por las entidades de la seguridad social y un 28% fue administrado por el sector privado, que incluye a los hogares. El gasto corriente representa un 91.6% del GTS y el gasto de capital el restante 8.4%.



En general, existe un número insuficiente de RRHH para la salud en Bolivia y su distribución está concentrada en algunos departamentos, las grandes ciudades y en los hospitales del tercer nivel en desmedro de los establecimientos del primer nivel. Además, el personal más calificado del sector se encuentra mayoritariamente en las zonas urbanas y poco en las zonas rurales.

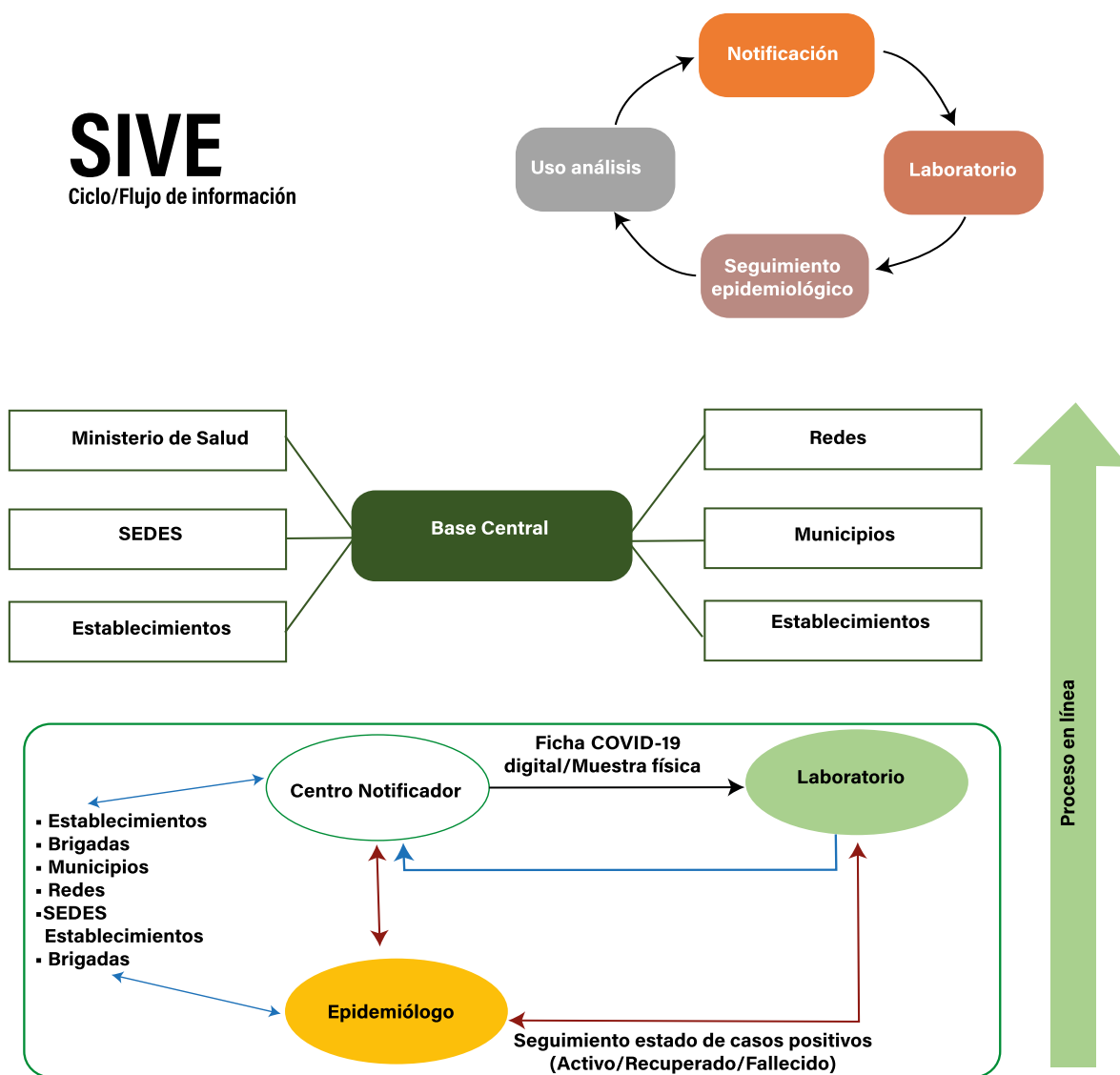
2.2.3. Sistema de Información en Salud SNIS VE y COVID SIVE

El Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS) y Vigilancia Epidemiológica (SNIS VE) tiene como objetivo mejorar la calidad de datos de vigilancia epidemiológica. Se compone de notificación,

procesamiento, análisis y comunicación de la información, así como de los procedimientos para el análisis de la situación de salud en todos los ámbitos del Sistema Nacional de Salud.

La COVID SIVE tiene como objetivo registrar los casos sospechosos y confirmados de la COVID-19, digitalizando la ficha epidemiológica. Cuenta con 3 módulos: notificación (a partir del registro de la ficha epidemiológica COVID-19), Laboratorio y Epidemiología. Surge a partir de una coordinación entre la Agencia de Gobierno Electrónico y Tecnologías (AGETIC) y el Ministerio de Salud. La Resolución Ministerial 245 del 4 de mayo 2020 aprueba su implementación a nivel nacional.

Gráfico N° 2: Sistema Nacional de Información en Salud y Vigilancia Epidemiológica.



Fuente: SNIS-VE

El gráfico N° 2 muestra el flujo de información de la COVID-SIVE. No se cuenta aún con un sistema de información integrado, lo que tiene un impacto importante en la generación de políticas de salud en el contexto de la crisis de la COVID-19.

3.1. Situación de la pandemia de la COVID-19

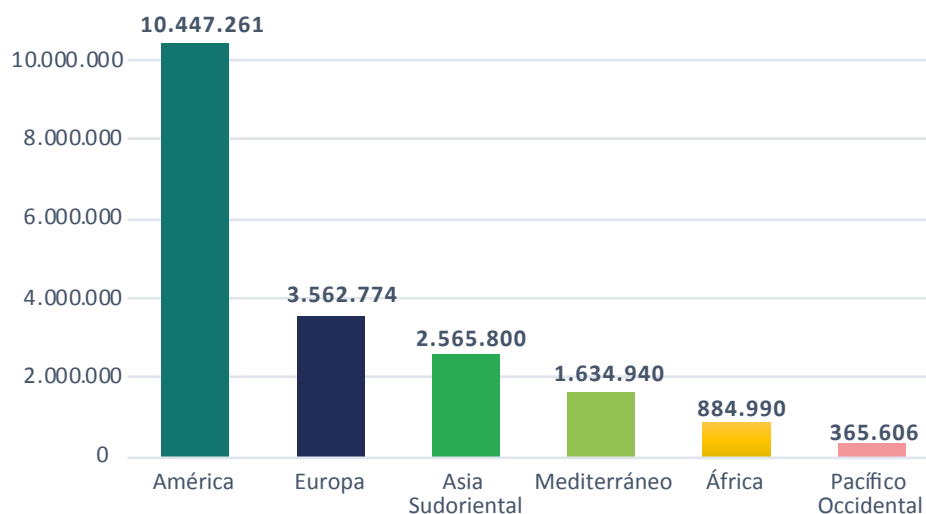
3.1.1. Antecedentes internacionales

El 31 de diciembre de 2019 las autoridades chinas notificaron a la Organización Mundial de la Salud (OMS) un brote de 27 casos de neumonía, incluyendo 7 casos graves, con una exposición común a un mercado mayorista de mariscos, pescados y otros animales vivos en la ciudad de Wuhan. El primer caso manifestó los síntomas el 8 de diciembre de 2019. El 7 de enero de 2020 se identificó como agente causal un nuevo coronavirus que se denominó SARS-CoV-2. Entre el 10 y 12 de enero 2020 la OMS publicó un conjunto integral de documentos de orientación para los países sobre la gestión del brote.

El 30 de enero de 2020, con base en la progresión de la situación mundial y las recomendaciones del Comité de Emergencia del Reglamento Sanitario Internacional, el Director General de la OMS declaró el brote del nuevo coronavirus (COVID-19) como una “emergencia de salud pública de importancia internacional”. El 12 de marzo de 2020, después de que la pandemia de la COVID-19 se extendió por más de dos continentes, la OMS adoptó la decisión de declarar la COVID-19 como “pandemia” y resaltó la necesidad de activar y ampliar los mecanismos de respuesta de emergencia para frenarla.

Desde el mes de enero 2020, la OPS/OMS ha venido apoyando acciones de preparación para contener y responder a la pandemia. El documento *Actualización de la estrategia frente a la COVID-19* publicado por la OPS/OMS es parte de estas iniciativas.

Gráfico N° 3: Casos acumulados de la COVID-19 por continente.

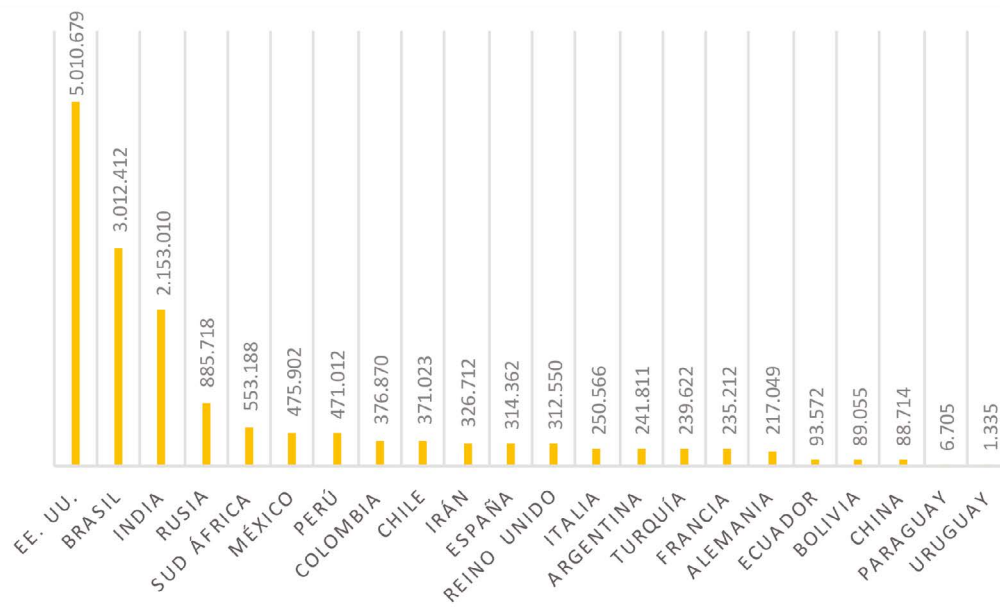


Fuente: OMS Situación Report 202 de 9 de agosto de 2020

El gráfico Nº 3 muestra la cantidad de casos acumulados de la COVID-19 por regiones al 8 de agosto 2020. Se observa que el continente americano es el más afectado con 10.447.261 casos.

A nivel mundial el 10 de agosto 2020 se reportan 20.044.254 casos de COVID-19 y el número de muertes es de 733.929 según informó la Universidad Johns Hopkins.

Gráfico Nº 4: Comparación de casos acumulados COVID-19 de Bolivia con otros países.



Fuente: SNIS-VE

El gráfico Nº 4 muestra el número de casos acumulados de COVID-19 en comparación con otros países del mundo. Bolivia se destaca por tener una menor cantidad de casos de contagio por COVID-19. Esta cantidad de casos esta relacionada con el tamaño de a su población.

3.1.2. Antecedentes nacionales

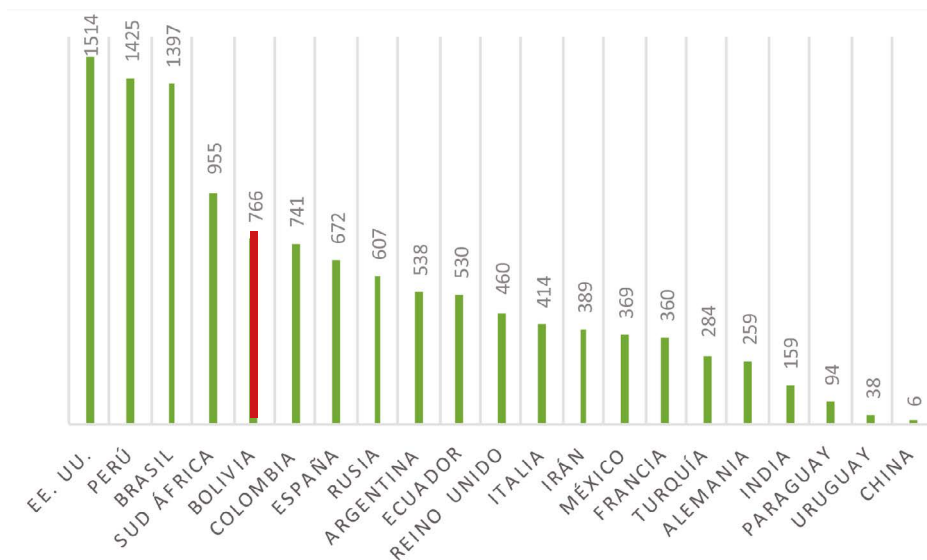
El 10 de marzo 2020, el Ministerio de Salud de Bolivia confirma los primeros dos casos importados de COVID-19 en dos mujeres bolivianas (una en Oruro y otra en Santa Cruz) ambas procedentes de Italia. Inmediatamente el Ministerio de Salud incrementó los esfuerzos para la vigilancia epidemiológica, fortalecimiento de la capacidad de diagnóstico y laboratorios, así como la protección del personal de salud y la Comunicación de Riesgos dirigida a la comunidad.

Oruro se convirtió en la primera ciudad de Bolivia en asumir medidas de restricción de circulación y toque de queda y posteriormente la medida fue aplicada a nivel departamental. A nivel nacional se dispusieron medidas de cuarentena total y dinámica que incluían restricción de circulación de menores de edad y adultos mayores, ajustes de horarios laborales, suspensión de clases escolares y universitarias, restricciones en reuniones y concentraciones, entre otras.

El Gobierno de Bolivia declaró el 21 de marzo 2020 la cuarentena total. El Decreto Supremo Nº 4200 del 25 de marzo de 2020 declara a Bolivia en “Situación de Emergencia Nacional”. La cuarentena total fue mantenida en el país hasta el 10 de mayo 2020. A partir de entonces las autoridades municipales y departamentales evaluaron la flexibilización de la cuarentena en coordinación con el Ministerio de

Salud. Algunas medidas como el encapsulamiento de municipios y/o la militarización y cierre total de municipios fueron aplicadas excepcionalmente. El Decreto Supremo 4302 establece que, hasta el 31 de agosto 2020, independientemente de la categoría de cuarentena definida, se mantiene el cierre de las fronteras, salvo para bolivianos que deben retornar al país, así como la suspensión de clases, eventos deportivos, reuniones en iglesias y eventos culturales.

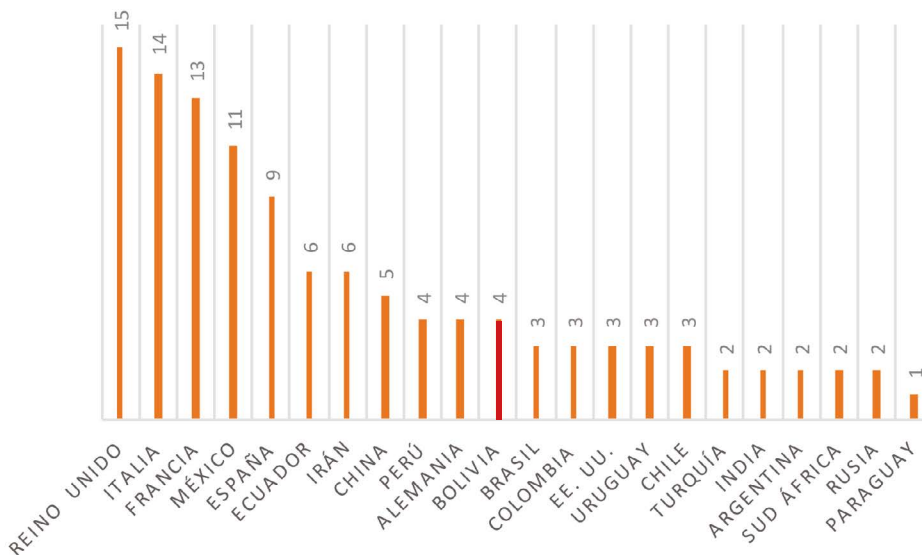
Gráfico N° 5: Comparación de incidencia de casos COVID-19 de Bolivia con otros países.



Fuente: Ministerio de Salud

El gráfico N° 5 muestra la incidencia de casos COVID-19 de Bolivia en comparación con otros países del mundo. En relación con la tasa de casos COVID-19 de los países latinoamericanos Bolivia se encuentra alrededor de la media de contagio de la región. Sin embargo, se observa que esta media es superior a la media mundial.

Gráfico N° 6: Comparación de la tasa de letalidad por COVID-19 de Bolivia con otros países.

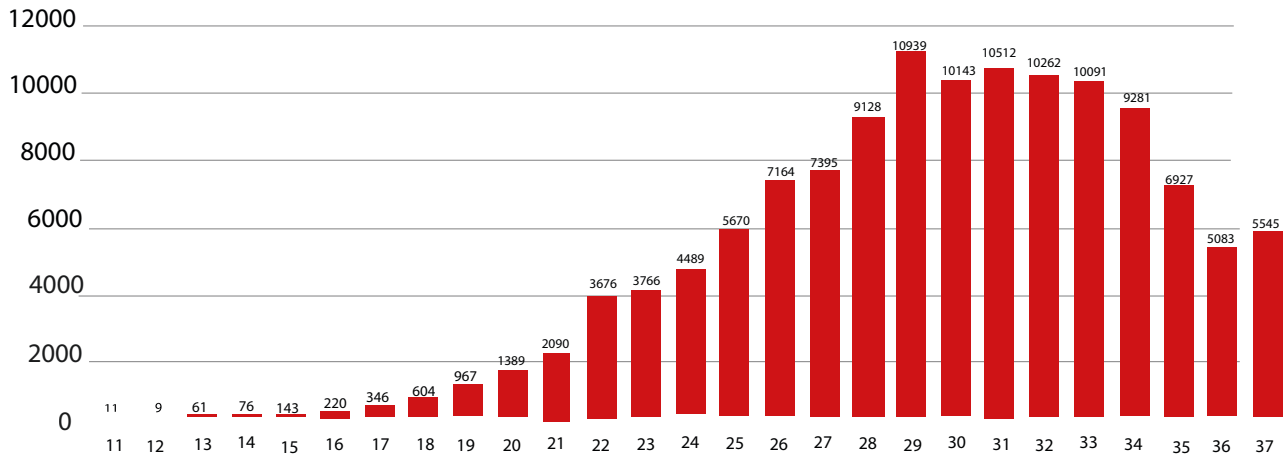


Fuente: Ministerio de Salud

El gráfico N° 6 muestra la tasa de letalidad por COVID-19 de Bolivia en comparación con otros países del mundo. La tasa de letalidad por COVID-19 de Bolivia es similar al promedio mundial y a los países de la región latinoamericana.

3.1.3. Análisis de la situación de la epidemia en Bolivia.

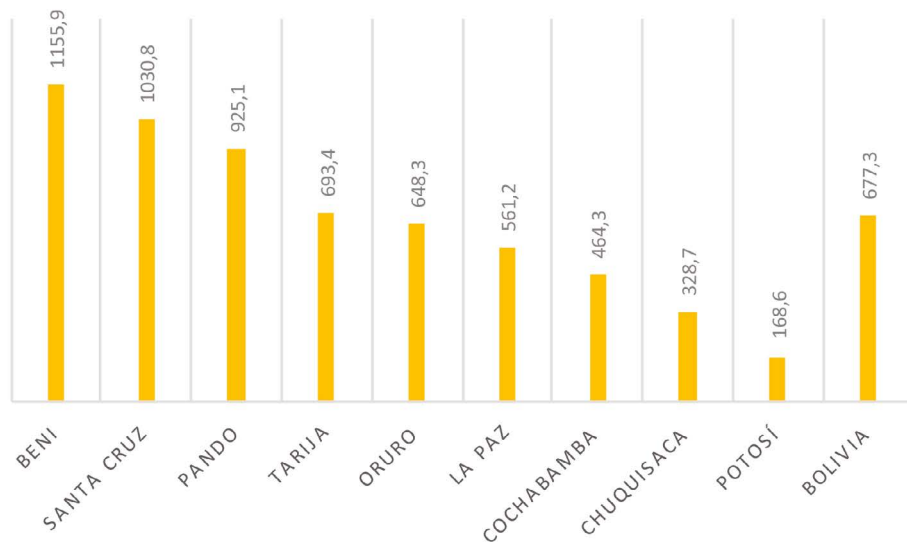
Gráfico N° 7: Evolución de casos COVID-19.



Fuente: SNIS-VE

El gráfico N° 7 muestra que hasta la semana epidemiológica N° 37 Bolivia acumula un total de 125,982 casos.

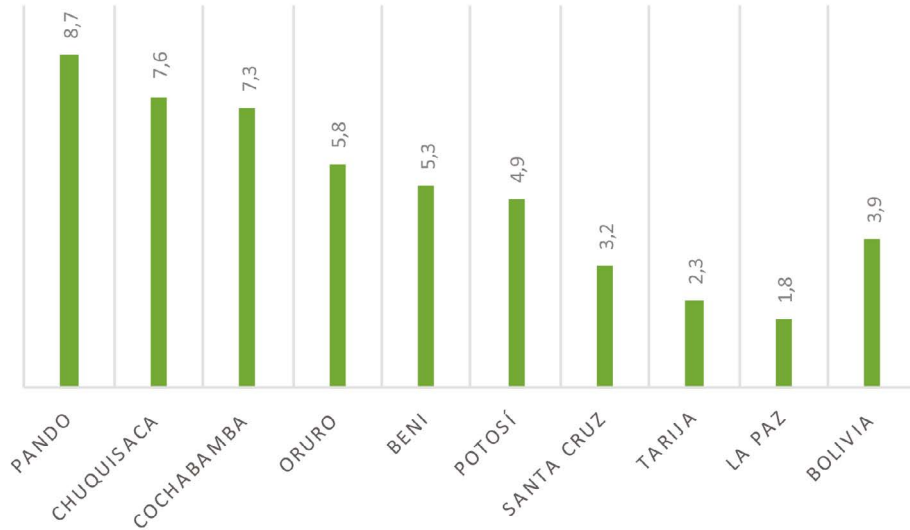
Gráfico N° 8: Tasa de incidencia acumulada COVID-19.



Fuente: SNIS-VE

El gráfico N° 8 respecto a la tasa de incidencia acumulada, muestra que los departamentos del oriente boliviano son los más afectados por la COVID-19.

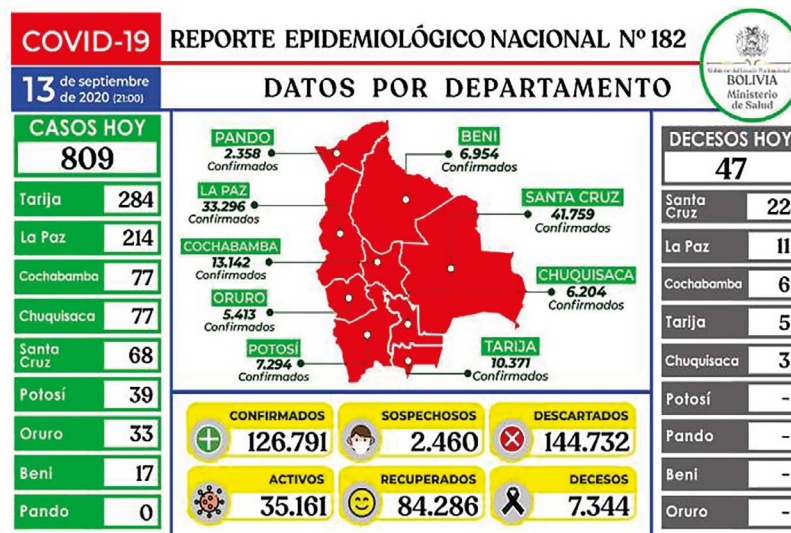
Gráfico N° 9: Tasa de letalidad COVID-19 por Departamento.



Fuente: SNIS-VE

El gráfico N° 9 muestra que la letalidad promedio es de 3,9 por 100.000 habitantes, siendo el departamento de Pando el de mayor tasa de letalidad con 8,7 por 100.000 habitantes.

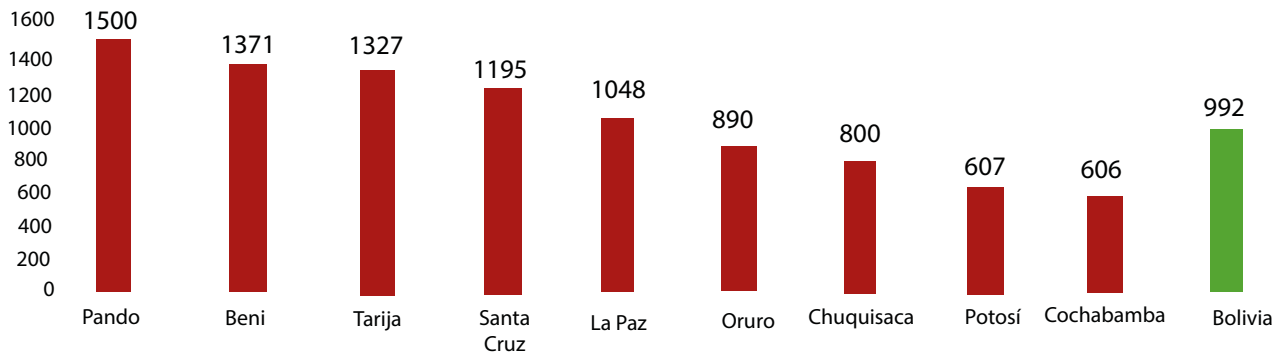
Figura N° 2: Reporte Epidemiológico del 13.09.2020.



Fuente: Ministerio de Salud

La figura N° 2 muestra que a los 6 meses del inicio de la pandemia de la COVID-19, en Bolivia Reporte N° 182 del 13 de septiembre 2020 establece un total de 126,791 casos, 7,344 fallecidos y 84,286 recuperados. Ese día se reportaron 809 nuevos casos.

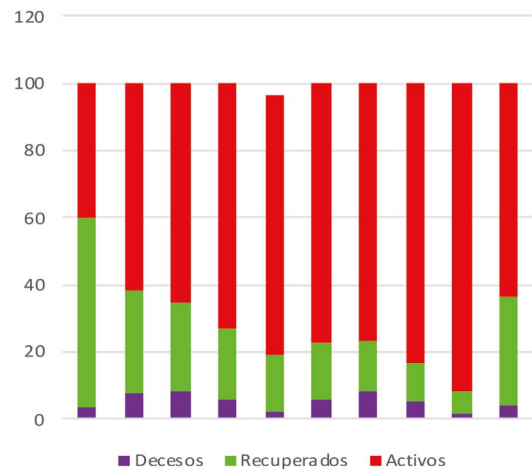
Gráfico N° 10: Incidencia por COVID-19 en la semana N 35.



El gráfico N° 4 muestra que en la semana 35 la incidencia por COVID-19 en Bolivia es de 992 casos por cada 100.000 habitantes siendo los departamentos de Beni y Pando los que cuentan con los valores más altos.

Tabla N° 4: Número de Activos, Recuperados y Decesos en Bolivia por Departamentos.

Departamento	N.º activos	N.º recuperados	N.º decesos	Total de casos
La Paz	19336	1404	365	21105
Santa Cruz	14799	20813	1312	36924
Cochabamba	6430	3224	781	10435
Beni	4806	664	307	5777
Tarija	3733	780	116	4629
Oruro	3188	688	241	4117
Chuquisaca	1730	706	225	2661
Potosí	1330	387	103	1820
Pando	1212	238	137	1587
Bolivia	56564	28904	3587	89055



	Santa Cruz	Cochabamba	Chuquisaca	Potosí	Tarija	Oruro	Pando	Beni	La Paz	Bolivia
Decesos	3,6	7,5	8,5	5,7	2,5	5,9	8,6	5,3	1,7	4
Recuperados	56,4	30,9	26,5	21,3	16,9	16,7	15	11,5	6,7	32,5
Activos	40,1	61,6	65	73,1	77,4	77,4	76,4	83,2	92	63,5

Fuente: Ministerio de Salud – Unidad de Epidemiología (actualizado al 08 de agosto 2020 – semana 32)

Santa Cruz es el departamento con más tasa de recuperados, seguido de Cochabamba, La Paz es el departamento que menos porcentaje de recuperados está reportando actualmente.

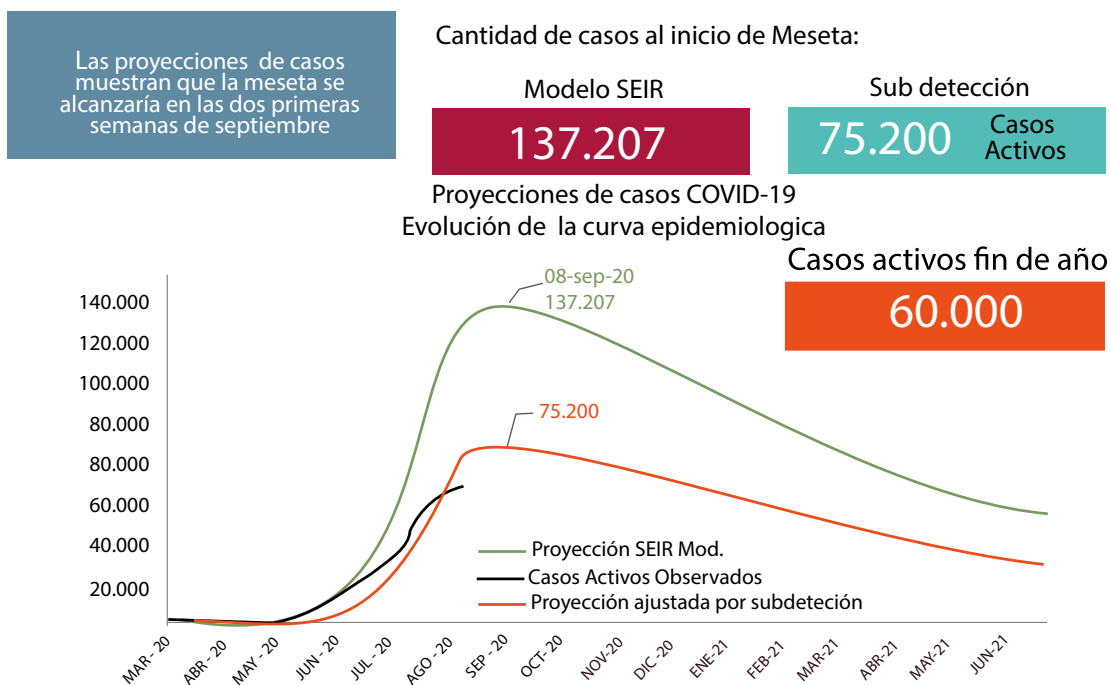
La tabla N° 4 muestra el porcentaje de Recuperados, Activos y Decesos en Bolivia por departamentos. El departamento de Santa Cruz tiene la tasa más elevada de Recuperados, el de La Paz tiene la tasa más elevada de Activos y el de Pando tiene la tasa más elevada de decesos.

Proyección

El Ministerio de Salud proyecta que habrá aproximadamente 137.000 casos de COVID-19 hasta septiembre 2020. Para fines de julio se esperaba unos 2.500 casos diarios de COVID-19, pero la cifra fue 30% menor, lo que señalaría el efecto positivo de las acciones de Contención y Mitigación tomadas aún considerando las limitaciones de laboratorios PCR en el país. Sin embargo, la progresión de las proyecciones puede cambiar abruptamente de acuerdo con el nivel y efectividad de las medidas de Contención y Mitigación. Este fenómeno puede explicar el ingreso en la fase de transmisión sostenida de La Paz y Cochabamba, al mismo tiempo que el resto de los departamentos está en fase acelerada.

El reporte de sistema de información SNIS/VE del 10 de julio 2020 establece el pronóstico del pico de la pandemia por COVID-19 para Bolivia en el mes de agosto 2020, junto a los picos para los departamentos de Santa Cruz y Pando; en el mes de septiembre 2020 la ocurrencia de picos será en los departamentos de La Paz, Cochabamba, Potosí, Tarija, Oruro y Chuquisaca. Para el departamento del Beni, los reportes indican que se encuentra en fase declinatoria de la epidemia. El seguimiento a los casos positivos y su extrapolación a las proyecciones de manera periódica está estrechamente vinculado a la capacidad de los laboratorios de referencia.

Gráfico N° 11: Proyección de casos.

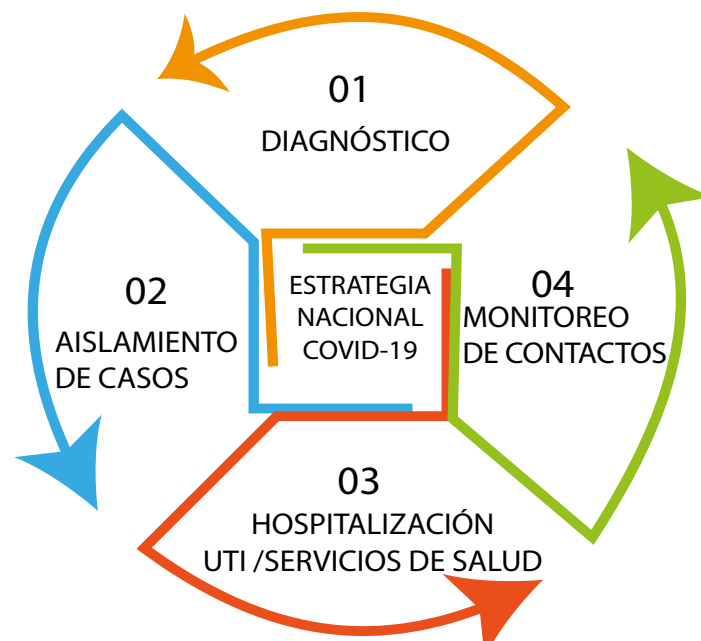


El gráfico N° 11 muestra que según la proyección la meseta se alcanzaría a inicios del mes de septiembre 2020.

3.2. Estrategia Nacional de Salud en Respuesta a la COVID-19 y sus cuatro Líneas Estratégicas

La *Estrategia Nacional de Salud en Respuesta a la COVID-19* fue elaborada de manera participativa y difundida en abril 2020. Tiene como objetivo la protección de la vida (salud y seguridad) a través de la acción oportuna y secuencial de procesos y procedimientos orientados a la identificación, tratamiento y monitoreo de la COVID-19. Se divide en 4 Líneas estratégicas: 1) Fortalecimiento de la capacidad de diagnóstico 2) Implementación de una estrategia de aislamiento de casos positivos, 3) Fortalecimiento de la capacidad de los Servicios de Salud/Hospitalización para casos leves y graves. y 4) Gestión de casos y monitoreo de contactos se complementan entre sí, y cuentan con una de estrategia transversal de Comunicación del Riesgo.

Figura Nº 3: Líneas Estratégicas de la Estrategia Nacional de Salud en Respuesta a la COVID-19.



Fuente: Ministerio de Salud

La figura Nº 3 muestra las cuatro Líneas Estratégicas de la Estrategia Nacional de Salud en Respuesta a la COVID-19.

Para el segundo semestre 2020, el Ministerio de Salud ha decidido mantener y consolidar las acciones de **Contención y Mitigación**, orientadas a (1) **Detener la diseminación** con: (a) Detección y aislamiento temprano de casos; Seguimiento y cuarentena de contactos (b) Participación de la comunidad en medidas de higiene y otras; (2) Distanciamiento social y reducción de tránsito y viajes. Y (3) **Salvar Vidas mediante**: (a) Adecuación y Fortalecimiento de los Servicios de Salud (RRHH, equipamiento) (b) Mantenimiento de medidas de prevención y control de infecciones en Servicios de Salud y la población en general (c) Optimización del manejo clínico de la COVID-19 y (d) Aseguramiento del suministro de insumos y medicamentos. **La Recuperación** post pico epidémico será también iniciada en este semestre.

La Estrategia Mundial de Respuesta a la COVID-19 recomienda:

- Movilizar todos los sectores y comunidades para garantizar que cada sector del gobierno y de la sociedad asuma la responsabilidad y participe en la respuesta y en la prevención de casos mediante el lavado de manos, el protocolo de higiene respiratoria y el distanciamiento físico a nivel individual.
- Controlar los casos esporádicos y grupos de casos, así como prevenir la transmisión comunitaria mediante la detección rápida y el aislamiento de todos los casos, la prestación de los cuidados adecuados y la trazabilidad, cuarentena y apoyo de todos los contactos.
- Contener la transmisión comunitaria mediante la prevención del contagio, distanciamiento físico y restricciones de viajes domésticos e internacionales no esenciales.
- Reducir la mortalidad prestando una atención clínica adecuada a los enfermos de COVID-19, asegurando la continuidad de los servicios sanitarios y sociales esenciales y protegiendo a los trabajadores de primera línea y las poblaciones vulnerables.
- Desarrollar vacunas y terapias seguras y eficaces que puedan ofrecerse a escala y que estén accesibles en función de la necesidad.

3.3.1. Marco Legal

El *Plan de Contención Mitigación y Recuperación post confinamiento en respuesta a la COVID-19* se enmarca dentro de las normativas internacionales, nacionales y sectoriales; así como de las guías, instructivos y protocolos oficiales mencionados en la Bibliografía y en Anexo.

En especial se basa en el Decreto Supremo 4314. del 27 de agosto de 2020, que establece la transición de la cuarentena a la fase de post confinamiento, estableciendo las medidas con Vigilancia Comunitaria Activa.

3.3.2. Metodología

Para elaborar el *Plan de Contención Mitigación y Recuperación post confinamiento en respuesta a la COVID-19* se procedió al análisis de fuentes de información del Ministerio de Salud, Planes de Contingencia de países de Centro y Suramérica y documentos técnicos de OPS/OMS. Finalmente se realizó un amplio análisis y discusión con la alta dirección del Ministerio de Salud y funcionarios de distintos niveles de gobierno y de los establecimientos de Salud.

3.3.3. Población meta

La población meta del *Plan de Contención Mitigación y Recuperación post confinamiento en respuesta a la COVID-19* está representada por la población total de Bolivia, el Ministerio de Salud, los 9 SEDES y las RISS que incluyen los 342 municipios.

IV

Estrategia, Objetivos y líneas de acción

Estrategia Nacional de Vigilancia Comunitaria Activa (EVCA)

El Gobierno Nacional a través del Ministerio de Salud implementa la **Estrategia Nacional de Vigilancia Comunitaria Activa (EVCA)** de casos de Coronavirus (COVID-19), establecida oficialmente mediante el DS 4314 del 27 de agosto para la transición de la cuarentena a la fase de post confinamiento.

Esta Estrategia es complementaria a las acciones que cada departamento y municipio vienen realizando en respuesta a la COVID-19 (Rastrillaje), para prevenir un rebrote de la epidemia local o nacional, contenerlo rápidamente y reducir un segundo colapso de hospitales como ha sucedido en el primer semestre del año en las principales ciudades del país. Igualmente busca que la población tenga una atención y tratamiento precoz que evite una complicación mayor que requiera traslado a hospitales de 3er. nivel.

La Estrategia de Vigilancia Comunitaria se basa en 4 objetivos principales:

1. Detectar de forma temprana a nivel domiciliario y en grupos de riesgo.
2. Reforzar la información al público y motivar su participación efectiva.
3. Involucrar a la comunidad en vigilancia epidemiológica.
4. Investigación operativa a nivel comunitario.

La Vigilancia Comunitaria Activa es una acción integral y permanente mediante brigadas de salud vinculadas a los establecimientos regulares (Centros de Salud, Red) que visitan casa por casa a la ciudadanía evaluando si tienen síntomas o que estuvieron en contacto con personas contagiadas de COVID-19.

Está planteada no sólo para atender casos COVID-19; sino que se prolonga para reforzar el sistema de salud de forma permanente. Por ello incluye el fortalecimiento de la capacidad resolutive del primer nivel de atención. Para que realmente la mayoría de las necesidades, incluyendo casos COVID-19, se resuelvan en dicho nivel. Para ello será necesario reorganizar y adecuar los servicios e incrementar modalidades virtuales y a distancia (Telemedicina). Se busca entonces recuperar y dar continuidad de todos los servicios esenciales.

La EVCA implica vigilancia epidemiológica, prevención, contención, diagnóstico, atención, tratamiento y búsqueda activa de casos de Coronavirus (COVID-19), a través de rastrillajes u otros medios más integrales y regulares.

Las medidas de post confinamiento con vigilancia comunitaria activa de casos de Coronavirus (COVID-19), serán aplicadas considerando los siguientes índices determinados por el Ministerio de Salud:

- a) Índice de riesgo alto;
- b) Índice de riesgo medio;
- c) Índice de riesgo moderado.

Las medidas de post confinamiento con Vigilancia Comunitaria Activa de casos de Coronavirus (COVID-19), podrán ser determinadas por el Centro de Operaciones de Emergencia Departamental (COED) o el Centro de Operaciones de Emergencia Municipal (COEM), en coordinación con el Ministerio de Salud, Ministerio de Trabajo, Empleo y Previsión Social, Entidades Territoriales Autónomas (ETAs), y otras entidades que correspondan, en función a los índices de riesgo y serán las siguientes:

- a) Medidas en Municipios con índice de riesgo alto:
 1. Suspensión de todas las actividades públicas y privadas en todos los sectores, en los días a ser determinados, excepto las señaladas en el DS 4314;
 2. Suspensión de circulación vehicular pública y privada en los días a ser determinados, excepto las señaladas en el DS mencionado;

- b) Medidas en Municipios con índice de riesgo medio:
 1. Circulación vehicular de bicicletas o motocicletas, con fines laborales.

- c) Medidas en Municipios con índice de riesgo moderado:
 1. Autorización de transporte público y privado, de acuerdo a la regulación general del nivel central del Estado y regulación especial y/o particular de las ETAs, que deberán realizar el control y asegurar su cumplimiento. Durante la vigencia de la fase de post confinamiento con vigilancia comunitaria activa de casos de Coronavirus (COVID-19), es obligatorio cumplir las siguientes medidas de bioseguridad:
 - a) Distanciamiento físico mínimo de uno y medio (1½) metros;
 - b) Uso de barbijo;
 - c) Para la desinfección el uso del alcohol al setenta por ciento (70%) y/o alcohol en gel; y
 - d) Lavado permanente de manos.

Objetivo General del Plan

Reducir la transmisión de la COVID-19 y salvar vidas, transformando el Sistema de Salud con base en la salud comunitaria, mejorando la capacidad resolutive del primer nivel y recuperando el acceso a servicios esenciales de salud.

Objetivos específicos del Plan

- Sostener los mecanismos de Contención, con el fin de reducir la transmisión de la COVID-19 y evitar la saturación de los servicios de salud.
- Fortalecer los mecanismos de Mitigación para reducir la morbilidad grave, discapacidad y letalidad por COVID-19.
- Recuperar y Readecuar los servicios de salud fortaleciendo la salud comunitaria, la gobernanza de las RISS y la capacidad resolutive del primer nivel.
- Mejorar las capacidades de los RRHH para una Contención, Mitigación y Recuperación efectivas post pico epidémico de COVID-19.

Líneas de acción

A. CONTENCIÓN

Esta línea de acción implica detectar oportunamente los casos de COVID-19 y sus contactos, minimizar la transmisión de la enfermedad y evitar la diseminación comunitaria. Asimismo, la Comunicación de Riesgo debe proporcionar información oportuna, transparente y basada en evidencia científica.

Bolivia ha sido uno de los países de la región que ha implementado **más rápidamente medidas de confinamiento y/o cuarentena** (incluyendo el cierre de sus fronteras) para limitar los desplazamientos internos y externos. Igualmente se ha prohibido los eventos masivos. La Vigilancia rutinaria fue activada, de acuerdo con lo dispuesto por el Reglamento Sanitario Internacional (2005), para la valoración y respuesta al riesgo. Asimismo, se ha instalado la Vigilancia en puntos de entrada del país para la detección oportuna de casos sospechosos de COVID-19. El conjunto de estas medidas ha permitido contener y enlentecer la transmisión postergando el pico epidémico nacional liberando así un tiempo valioso para la planificación e implementación de medidas de Mitigación en el Sistema de Salud a nivel nacional.

Aunque la cuarentena se haya flexibilizado se requiere mantener las precauciones de distanciamiento social, medidas de bioseguridad como el uso de barbijo y lavado de manos frecuente, así como limitando a lo esencial los desplazamientos y reuniones.

Figura Nº 4: Medidas recomendadas frente a la COVID-19.



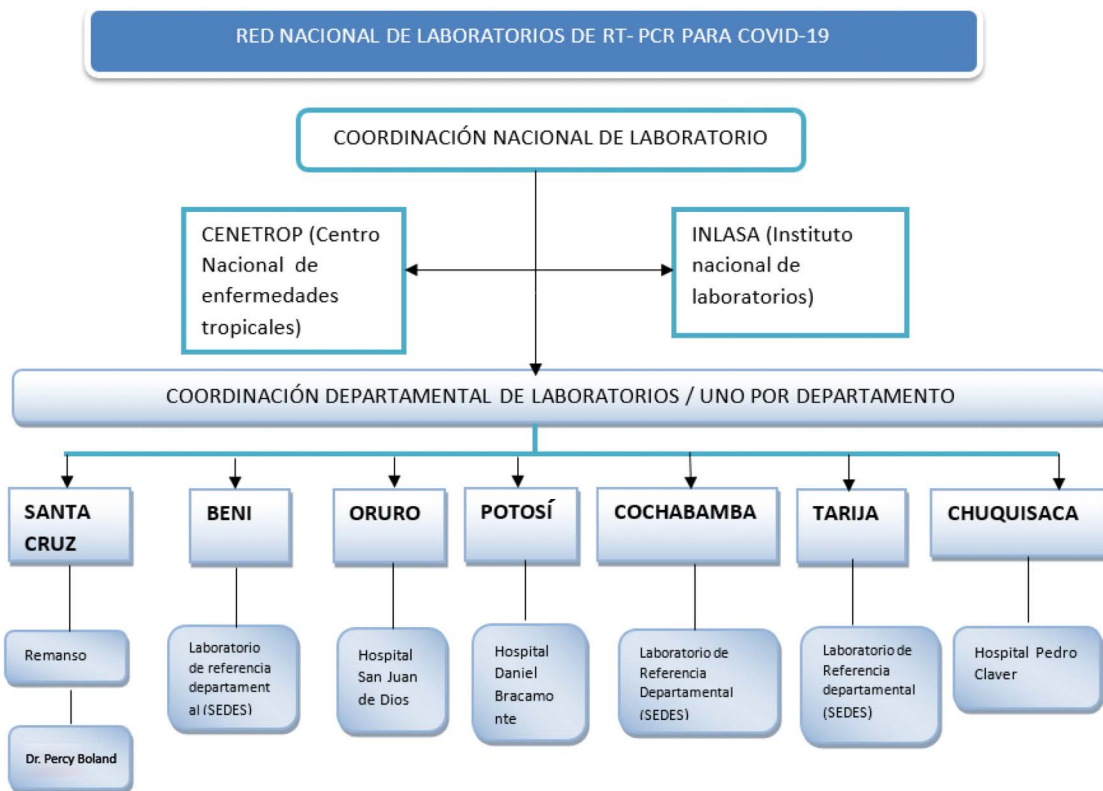
La figura Nº 4 muestra las principales medidas preventivas recomendadas. Entre ellas las más efectivas como el lavado de manos, distanciamiento social y uso de barbijo.

Mejorar las capacidades de Diagnóstico de Laboratorio

Es fundamental garantizar el **diagnóstico**, desarrollando la red nacional de laboratorios para la detección del virus (método RT-PCR). El diagnóstico oportuno permite conocer el escenario epidemiológico y a la vez guiar las acciones de control y prevención de la COVID-19. El fortalecimiento de la capacidad de diagnóstico de COVID-19 permite, además de la detección temprana, la determinación de patrones de circulación viral. El diagnóstico de todo caso sospechoso debe realizarse en los laboratorios autorizados por el Ministerio de Salud. La toma y envío de muestras, debe ser realizada de forma inmediata al centro de procesamiento establecido. Al momento de la notificación se deberá proceder con las medidas ya sea de aislamiento y/o hospitalización. Para enfrentar la transmisión comunitaria sostenida y un gran aumento de la demanda se debe prever ampliar rápidamente la capacidad de procesamiento.

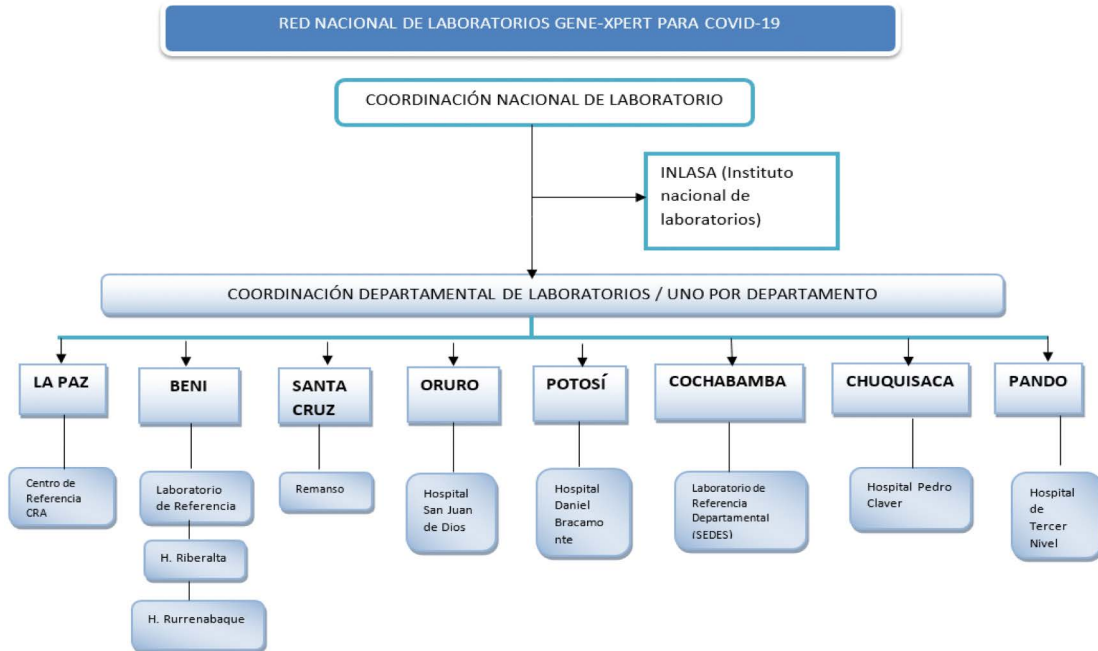
Actualmente se cuenta a nivel nacional con Laboratorios de Biología Molecular convencional y Laboratorios de biología molecular con el método GENEXPERT. Estas redes se muestran en los siguientes dos gráficos:

Figura Nº 5 : Laboratorios de RT-PCR para COVID-19.



La figura Nº 5 muestra la red nacional de laboratorios de RT-PCR para COVID-19 por departamento.

Figura Nº 6: Laboratorios GENEXPERT para COVID-19.



La figura Nº 6 muestra la red nacional de laboratorios GENEXPERT para COVID-19 por departamento.



Tabla N° 5 : Total de equipos de laboratorio Termocicladores PCR y GENEXPERT.

TOTAL DE EQUIPOS DE LABORATORIO.
TERMOCICLADORES Y GENEXPERT

40

TERMOCICLADORES PCR

GENEXPERT

21

ADQUIRIDOS

5

DONADOS

14

Funcionando

Departamento	Termociclador PCR		Equipo GENEXPERT	Total
	Funcionando	Donados OIE atómica		
La Paz	5	1 (El Alto BH)	2	8
Santa Cruz	7	1	2	10
Oruro	2	1	1	4
Cochabamba	2		1	3
Chuquisaca	2		2	4
Potosí	1	1	1	3
Tarija	1			1
Pando			1	1
Beni	1	1 (Trinidad)	4	6
Total	21	5	14	40
	26			

La tabla N° 5 muestra el total y la distribución de equipos de laboratorio Termocicladores y GENEXPERT por departamentos y a nivel nacional.

Aislamiento en Centros de Recuperación

El Aislamiento comprende la separación de las personas contagiadas por COVID-19 de otras que sean susceptibles de contraerlo o que pueden propagar la enfermedad. Este aislamiento se debe implementar en lugares y bajo condiciones tales que garanticen limitar la transmisión del agente infeccioso. Para ello es necesario categorizar los casos en: caso sospechoso, caso confirmado y caso descartado¹:

Caso sospechoso

Un paciente con infección respiratoria aguda (fiebre y al menos un signo/síntoma de enfermedad respiratoria (por ejemplo, tos, dificultad para respirar), y sin otra etiología que explique completamente la presentación clínica y un historial de viaje o residencia en un país, área o territorio que reportó la transmisión local de la enfermedad COVID-19 durante los 14 días anteriores a la aparición de síntomas; o

- Un paciente con alguna infección respiratoria aguda y que haya estado en contacto con un caso COVID-19 confirmado en los últimos 14 días antes del inicio de los síntomas; o
- Un paciente con infección respiratoria aguda grave (fiebre y al menos un signo / síntoma de enfermedad respiratoria (por ejemplo, tos, dificultad para respirar) y que requiere hospitalización y sin otra etiología que explique completamente la presentación clínica.

Caso positivo o confirmado (Dx. Laboratorial)

Caso sospechoso con prueba de laboratorio para SARS-CoV-2 positiva.

Caso descartado

Caso sospechoso con prueba de laboratorio para SARS-CoV-2 negativa. En el presente acápite se desarrolla la ruta para el manejo de caso sospechoso y caso confirmado.

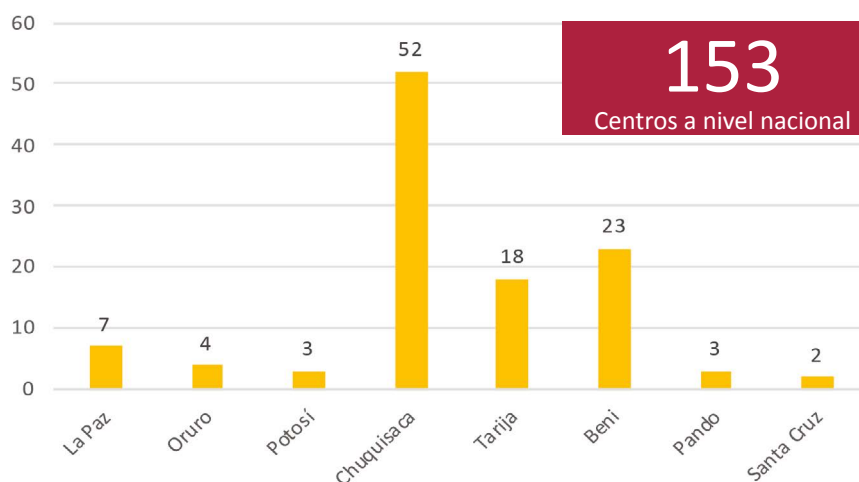
Caso Probable

- Un caso sospechoso para quien las pruebas para el virus COVID-19 no son concluyentes, o
- Un caso sospechoso para quien las pruebas no pudieron realizarse por ningún motivo.

La OPS/OMS recomienda la implementación del circuito de acción para casos sospechosos y positivos de COVID-19 mediante el mecanismo de: “Identificar – Aislar – Informar”.

Ante la limitada capacidad del Sistema de Salud para aislar al volumen creciente de casos y sospechosos, se ha ido implementando **Centros de Aislamiento COVID-19** como una extensión de los establecimientos de salud, para el confinamiento de casos confirmados leves de COVID-19. El número de **Centros de Aislamiento COVID-19** se ha ido ajustando para responder de manera más efectiva a la variada evolución de la pandemia en los 9 departamentos del país. El aislamiento puede ser domiciliario sólo si se cuenta con habitaciones separadas del resto de la vivienda con el fin de proteger del contagio a los demás integrantes de la familia.

Gráfico N° 12: Centros de Aislamiento COVID-19 y Sospechosos.



El gráfico N° 12 muestra la distribución de los 153 Centros de Aislamiento COVID-19 en Bolivia a nivel departamental.

A.1. Monitoreo de Contactos y Vigilancia Comunitaria

A.1.1. Monitoreo de Contactos

El Monitoreo de Contactos es una de las principales acciones que realizan las Brigadas de Vigilancia Comunitaria. Estos equipos deben ser capaces de efectuar el seguimiento sea en los Centros de Aislamiento COVID-19 como en los domicilio.

El Monitoreo de Contactos se realiza de manera activa y temprana a las personas que cumplan con la siguiente definición: Toda persona que estuvo expuesta, durante los dos días anteriores y 14 días después del inicio de los síntomas de un caso probable o confirmado, en cualquiera de las siguientes formas:

- Contacto cara a cara con un caso probable o confirmado a menos de 1,5 metros de distancia, por más de 15 minutos;
- Contacto físico directo con un caso sospechoso, probable o confirmado;
- Atención directa de un paciente sospechoso, probable o confirmado de COVID-19, sin usar el equipo de protección personal adecuado;

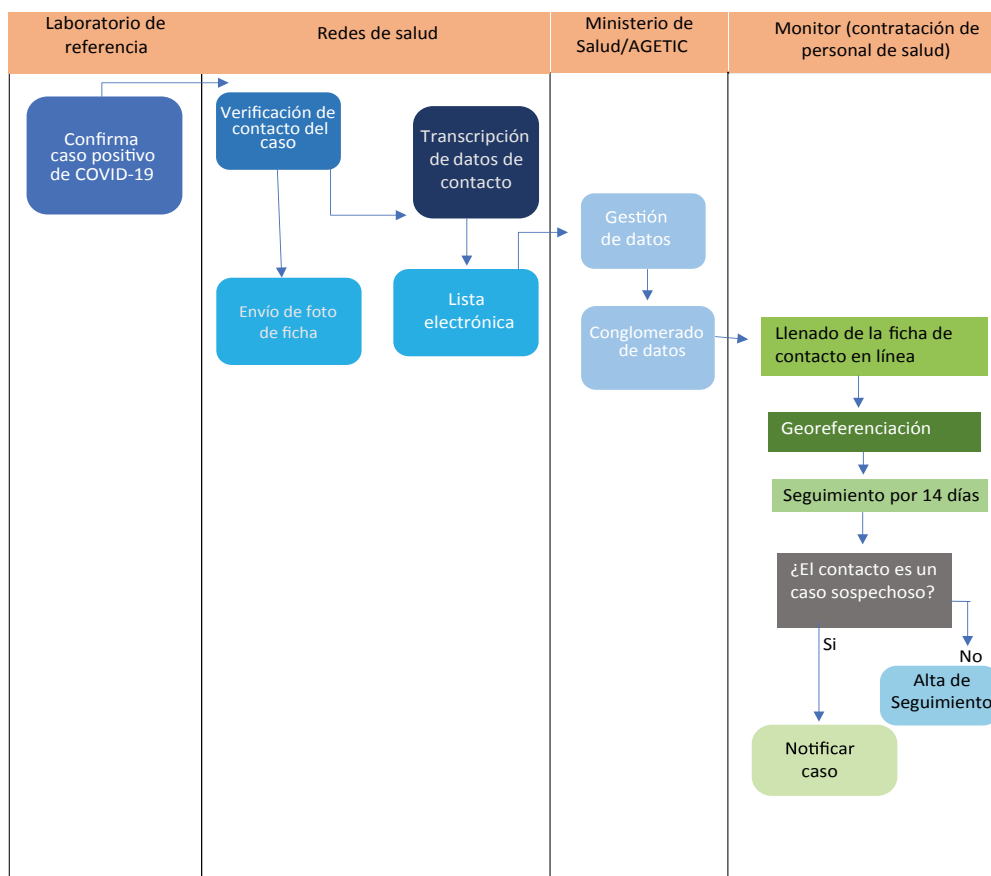
- Otras situaciones según lo indicado por las evaluaciones de riesgos locales de acuerdo con el contexto epidemiológico.

Un subgrupo importante de los contactos lo constituye la población que además de cumplir con la definición anotada, tenga una condición o patología de base que incremente las probabilidades de que, en caso de pasar a ser caso positivo, desarrolle formas graves o muy graves de la enfermedad. A este grupo se denomina “contactos de alto riesgo”. Las personas mayores de 60 años, mujeres embarazadas, personas con sobrepeso u obesidad o que cursan con alguna patología pulmonar, hipertensión arterial, diabetes o cáncer conforman este grupo.

El Monitoreo de Contactos, sea o no de alto riesgo, es la actividad más costo-efectiva de todas las acciones de lucha contra la epidemia, ya que permite evitar el contagio, así como una detección temprana de la enfermedad y la toma de acciones para evitar complicaciones brindando el tratamiento oportuno.

El Monitoreo de Contactos es una actividad de **Contención** especialmente relevante en municipios que cursan fases iniciales de la epidemia (fase 1 de preparación, fase 2 de casos importados y fase 3 de transmisión comunitaria inicial) no obstante, no debe dejar de realizarse en fases más avanzadas. De la misma manera, el monitoreo de contactos vuelve a tener especial relevancia en la fase de **Recuperación** de la epidemia.

Figura Nº 7: Flujograma del Monitoreo de contactos.



La figura Nº 7 muestra el flujograma del monitoreo de contactos a través de sus diferentes actores.

A.1.2. Vigilancia Comunitaria

El Instructivo MS/DPCH/IN/40/2020 del Ministerio de Salud establece las medidas de Contención a partir del fortalecimiento del primer nivel de atención y la implementación de la estrategia de Vigilancia Comunitaria que incluye el despliegue de las Brigadas de vigilancia comunitaria en conjunto con las organizaciones comunitarias y sus representantes. La Vigilancia Comunitaria se define como un conjunto de acciones desarrolladas por el primer nivel de atención orientadas a conocer los determinantes de salud de su población asignada y a implementar las acciones necesarias para mejorarla.

Los determinantes pueden ser de dos tipos: a) condiciones y b) actitudes y comportamientos. Las condiciones se refieren al entorno inmediato de la persona y la familia, vale decir las características de la vivienda, acceso a servicios básicos, número de ambientes, etc. y a la comunidad en la que la persona habita y/o trabaja. Las actitudes y comportamientos se refieren al estilo de vida de las personas y a los hábitos relacionados con su salud y bienestar.

En sus extremos, tanto las condiciones como los actos de las personas pueden ser saludables o insalubres; y es función de la Vigilancia Comunitaria conocer el grado en el que las condiciones del entorno y los actos de las personas, las familias y las comunidades determinan su estado de salud.

Las actividades que componen la Vigilancia Comunitaria son las siguientes:

1. Actividades de gestión
 - a. Programación de actividades en función a la población, el territorio y los recursos disponibles (personal, insumos y medicamentos, tiempo, etc.).
 - b. La evaluación periódica de los procesos y resultados obtenidos.
 - c. Definición de los datos a recolectarse y de la información a procesar.
 - d. Acciones para incorporar a la comunidad como sujeto de su accionar, no como objeto.

2. Actividades de atención
 - a. Primer contacto con las personas, familias y la comunidad (visita domiciliaria), con especial atención a contactos y sospechosos de COVID-19 mientras dure la epidemia:
 - i. La identificación de condiciones saludables e insalubres (vivienda, entorno domiciliario)
 - ii. La identificación de actos saludables e insalubres (personas)
 - iii. La identificación de la población vulnerable (patologías crónicas)

 - b. El seguimiento de las condiciones y hábitos saludables e insalubres que incluye:
 - i. Tele seguimiento, tele consulta y tele orientación (Tele Salud).
 - ii. Visitas de seguimiento, después de realizada la primera visita.

 - c. Referencia de pacientes al Centro de Salud, de ser necesario.

La Vigilancia Comunitaria debe incorporar la formación de promotores vecinales de salud, los que se constituyen como el brazo operativo de la comunidad para su interacción con las brigadas y los servicios. Se constituirá progresivamente una red de promotores vecinales de salud.

Brigadas de vigilancia comunitaria

Las Brigadas de vigilancia comunitaria desarrollan acciones de promoción de salud y comunicación del riesgo destinadas a la población para identificar signos de alarma, implementar prácticas de higiene y alimentación, distanciamiento social y reducción de desplazamientos, generar compromiso del autocuidado, medidas de protección. Las Brigadas de vigilancia comunitaria deben reforzar el mecanismo de retroalimentación constante entre las comunidades y el equipo de respuesta a emergencias, anticipar las necesidades de información especial y participación por lo que respecta a las personas con discapacitadas o analfabetas.

Figura Nº 7: Composición de las Brigadas de vigilancia comunitaria.



La figura Nº 7 muestra la composición general de una Brigada de Vigilancia Comunitaria puede ser constituida por un médico general, un/a auxiliar de enfermería, un profesional social y un agente comunitario.

A este grupo se puede adicionar un responsable de Seguimiento de Casos y Monitoreo de Contactos. Así mismo con el fin de brindar una atención más integral se puede incluir un psicólogo, nutricionista, odontólogo, terapeuta, etc.

Tabla Nº 6: Distribución en Bolivia de las Brigadas de Vigilancia Comunitaria por departamentos.

Total brigadas programadas 717	Total RRHH 2.988	77% de total nacional de redes 68% de total de municipios		
Conformación básica (BVC)				
<ul style="list-style-type: none"> Profesional de vigilancia comunitaria Auxiliar de enfermería Técnico de apoyo 				
Para mayor integralidad				
<ul style="list-style-type: none"> Promotor de salud Nutricionista Psicólogo Odontólogo Rehabilitador Otros 				
	Departamento	Brigadas	Redes	Municipios
	La Paz	120	18	38
	Beni	60	5	10
	Oruro	60	6	25
	Chuquisaca	57	5	23
	Cochabamba	120	10	29
	Tarija	45	7	7
	Pando	30	2	10
	Potosí	90	9	36
	Santa Cruz	135	18	54
	Total	717	80	232

La tabla N° 6 muestra la distribución del total de las Brigadas de vigilancia comunitaria por departamentos.

Provisión de Botiquín de Medicamentos



La Brigada de Vigilancia Comunitaria que realice la atención debe contar con un botiquín de medicamentos para fase inicial de la COVID-19 de acuerdo con protocolos establecidos, para realizar una atención de manera más integral. También debe realizar el control y atención médica a pacientes no COVID-19, sobre todo a los grupos de riesgo que así lo ameriten, para evitar descompensación de sus patologías de base.

El desarrollo de las acciones de la Brigada estará basado en la aplicación de protocolos estandarizados, asimismo debe implicar un análisis permanente de la situación de la pandemia en el territorio que le toca operar, lo que permitirá intervenir de acuerdo con el riesgo municipal. Las formas leves de COVID-19 pueden tratarse en domicilio una vez que se hayan tomado todas las previsiones de aislamiento contenidas en la normativa vigente y recomendaciones de la OMS/OPS².

El Botiquín de medicamentos de medicamentos para tratamiento sintomático debe incluir medicamentos administrados por vía oral que no necesitan receta para su adquisición y están ampliamente disponibles sin un costo elevado. Sin embargo, las mujeres embarazadas, niños y niñas, adultos mayores de 60 años o personas que estén cursando alguna otra patología de base no pueden automedicarse y deberán consultar con su médico. El uso del botiquín de medicamentos es recomendado entre el primer y el tercer día de inicio de síntomas. No se recomienda su uso de manera preventiva, vale decir antes del inicio de los síntomas. Por otra parte, si el inicio de los síntomas ocurrió 4 o más días antes, lo mejor es acudir a consulta. A pesar de que inicialmente se recomendó la no utilización de antiinflamatorios no esteroideos, actualmente la OMS ha incluido este grupo de fármacos como seguros para su administración y manejo de síntomas asociados a

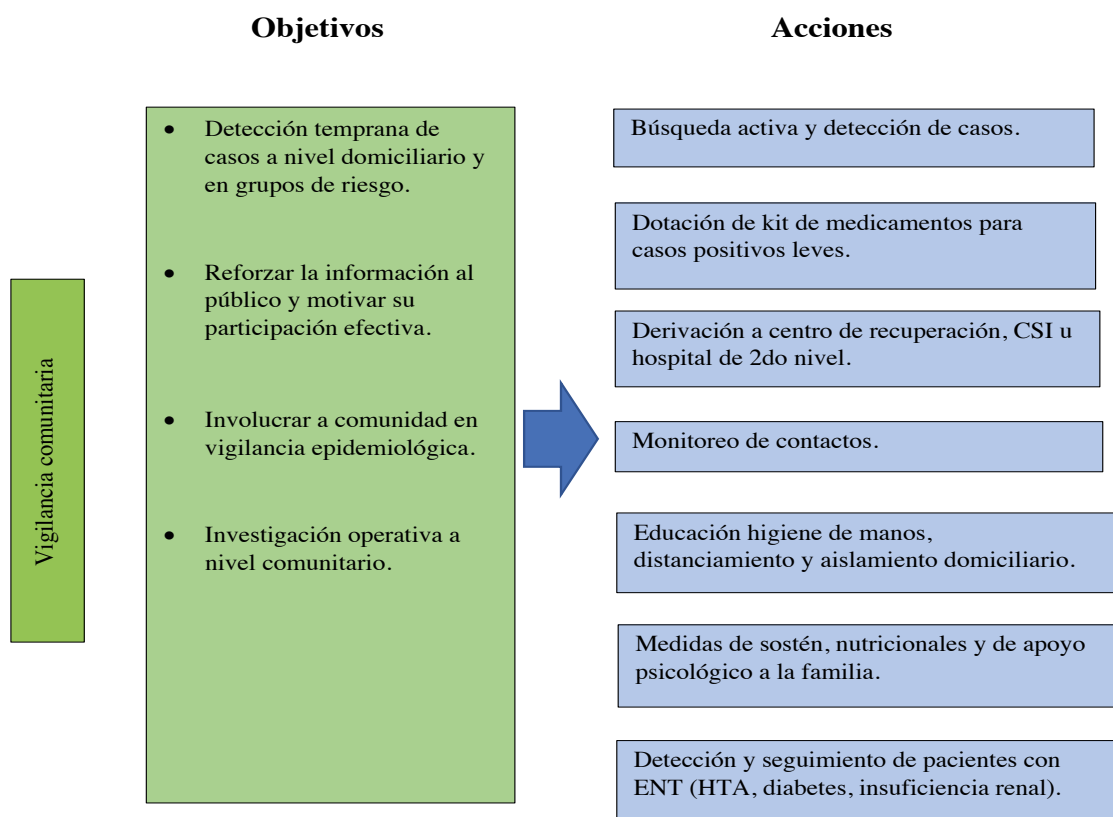
2 <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331528>

COVID-19³. Los botiquines de medicamentos pueden incluir:

- Antiinflamatorios (una de las 2 opciones presentadas):
 - o Ibuprofeno de 400 mg., tres veces al día durante 7 días. Cantidad: 20 comprimidos de 200 mg o 10 comprimidos de 400 mg. por paciente.
 - o Indometacina 25 mg. tres veces al día durante 7 días. Cantidad: 20 comprimidos 25 mg.
- Antigripal (Paracetamol + Antihistamínico + Vasoconstrictor con o sin Cafeína, LINAME R0501) 3 veces al día. Cantidad: 20 comprimidos.
- Opcional: Antiséptico bucal. Clorhexidina gluconato (LINAME D0802) Buchadas y gárgaras 3 veces al día, durante 7 días. Cantidad: Una botella 350 ml.

No debe incluirse en los botiquines de medicamentos fármacos como la Ivermectina⁴ (salvo como parte de un ensayo o investigación clínica), Azitromicina, ni ningún otro antibiótico para el tratamiento de una probable sobreinfección bacteriana. De la misma manera no deben incluirse en los botiquines de distribución al público, corticoides de ningún tipo, ya que se uso debe estar prescrito y controlado por el médico tratante.

Figura Nº 9: Objetivos y Acciones de la Vigilancia Comunitaria.



La figura Nº 9 muestra los principales objetivos y acciones de la Vigilancia Comunitaria.

³ <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332638/WHO-2019-nCoV-clinical-2020.5-spa.pdf>

⁴ https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52379/OPSIMSCDECOVID-19200033_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

A.2. Vigilancia Comunitaria integral frente a la COVID-19

La Vigilancia Comunitaria integral viene a ser el pilar de la **Contención**. Las RISS ejercen la conducción de la Contención de la COVID-19 a nivel local en coordinación con el o los municipios. Es fundamental que las actividades de las Brigadas de vigilancia comunitaria sean coordinadas por las RISS para complementar y completar una atención integral a la población con el soporte del personal y recursos de los establecimientos. Los Programas SAFCI, Bono Juana Azurduy y Tele salud deben ser integradas a las RISS.

Las Coordinaciones de redes deberán supervisar que los RRHH de los establecimientos de salud se involucren también en la Vigilancia Comunitaria y Promoción de la Salud en articulación con la Estructura Social en Salud. Esta actividad es esencial para la respuesta oportuna y permita adoptar medidas de salud pública apropiadas por las diferentes instancias de gestión y atención del Sistema de Salud.

A.3. Comunicación de Riesgos

El objetivo de la Comunicación de Riesgo es prevenir el riesgo de introducción y diseminación de la COVID-19 por medio de la difusión de información oportuna, clara y pertinente para mantener alerta a la población en general, y al personal de salud en particular. Busca además incidir positivamente en el cuidado y comportamiento individual y colectivo de las familias para responder de forma adecuada y oportuna, con medidas de prevención. En emergencias de salud pública, la Comunicación de Riesgos se constituye en una acción esencial para salvar vidas.

Las personas tienen derecho a saber cómo proteger su salud teniendo la responsabilidad de tomar decisiones y estar informadas para protegerse a sí mismas, a sus seres queridos y a quienes les rodean. Una Comunicación de Riesgos eficaz no sólo salva vidas y reduce la propagación de enfermedades, sino también permite a los países preservar su estabilidad social, económica y política frente a emergencias.

La Comunicación de Riesgo tiene en consideración los factores políticos, sociales y económicos del momento, analiza el riesgo real y percibido a fin de seleccionar la mejor respuesta en comunicación para la seguridad de la población ante un peligro. Asigna una gran importancia al diálogo con las poblaciones afectadas y con el público interesado, para brindarles la información necesaria, que les permita tomar las mejores decisiones posibles durante una emergencia o desastre con impacto en la salud pública.

La Comunicación de Riesgo incluye:

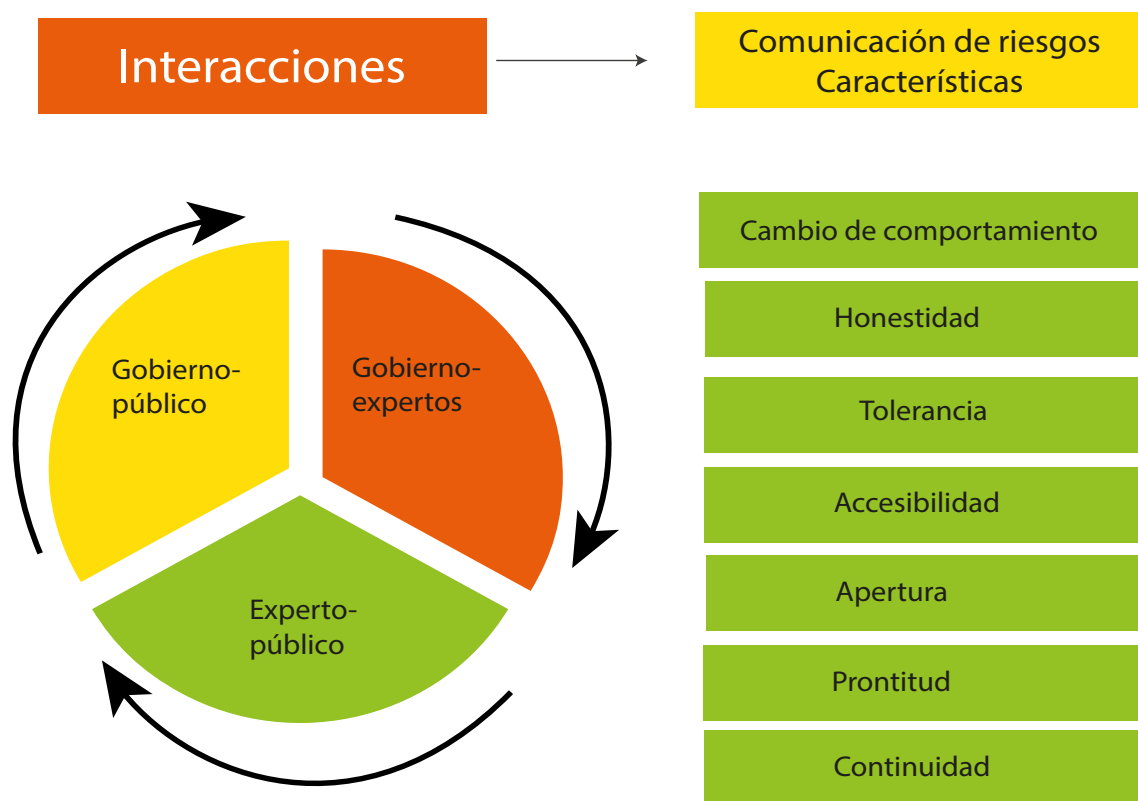
- Anuncio temprano, transparencia y difusión de la información.
- Coordinación de la comunicación pública.
- Comunicación de Riesgo para las reuniones públicas y conferencias de prensa.
- Escuchando a través del diálogo.
- Desarrollo de las capacidades de la Comunicación de Riesgo y planes nacionales de acción.

La Comunicación de Riesgos sólo funciona cuando hay una comunicación basada en la confianza entre los que saben (expertos), los responsables (autoridades) y los afectados. Sin confianza, es poco probable que las personas sigan las recomendaciones brindadas. Escuchar y comprender las

creencias, preocupaciones y percepciones de la gente es tan importante como proporcionarles evidencias y orientación.

Explicar honestamente lo que se conoce sobre la naturaleza del riesgo y admitir lo que es incierto es esencial. La credibilidad de los que dan información y recomendaciones; sus expresiones de cariño y empatía, así como la identificación con el público son factores que hacen eficaz a la Comunicación de Riesgo. La Comunicación de Riesgo es una intervención transversal al Plan de Contención Mitigación y Recuperación post Confinamiento en Respuesta al COVID-19 asegurando la difusión de la información de forma oportuna, precisa y completa, implementando las medidas de control, y minimizando el riesgo de exposición.

Figura Nº 10: Características de la Comunicación de Riesgo.



La figura Nº 10 muestra a los diferentes actores que interaccionan en la Comunicación de Riesgo y las características que ésta debe tener.

B. MITIGACIÓN

B.1. Fortalecimiento de Servicios de Salud para la atención de COVID-19

La mayor parte de los casos, en su presentación clínica, son leves a moderados (81%). En una proporción menor (14%) el virus causa una enfermedad grave que incluye neumonía y dificultad para respirar, que requiere manejo hospitalario y un 5% de los pacientes cursan con una enfermedad

crítica que incluye insuficiencia respiratoria aguda, shock séptico y falla multisistémica. Estas formas graves son las que requieren cuidado crítico y ser tratadas en Unidad de Terapia Intensiva (UTI). Por ello, además del fortalecimiento de hospitales es fundamental reforzar el primer nivel de atención para ampliar las capacidades de diagnóstico, aislamiento, y tratamiento temprano y oportuno. La intervención sistémica y equilibrada permitirá evitar o postergar la saturación de los hospitales, así como de las UTIs.

La Mitigación de la Epidemia requiere adecuación de la infraestructura, equipamientos y suministros esenciales, así como reconversión del personal en salud para hacer frente a un gran aumento de la demanda. Se deberá priorizar los servicios regulares esenciales liberando espacio y personal para ampliar capacidad de atención de pacientes COVID-19.

B.1.1. Equipamiento

Para asegurar la provisión y distribución en el país de equipamiento, medicamentos y suministros necesarios para la respuesta a la COVID-19, la Dirección General de Servicios de Salud (DGSS) del Ministerio de Salud realizó las estimaciones de estos requerimientos a nivel nacional.

Tabla Nº 7: Requerimiento de Equipamiento y Recursos Humanos UTI y Hospitalización.

N. °	Detalle	Costo total (Bs.)	Costo total (\$us.)
Equipamiento 500 camas UTI y 1080 camas internación			
1	Equipamiento médico para UTIs.	512,279,300	75,113,601
2	Equipamiento médico para internación (1080 camas)	52,618,000	7,670,262
Subtotal		567,897,300	82,783,863
Estimación recurrentes 3 meses			
1	Recursos humanos UTI internación.	123,525,990	18,006,704
2	Medicamentos para UTI.	598,027,447	87,176,013
3	Insumos para unidades de terapia intensiva.	104,265,611	15,199,069
4	Insumos para laboratorios UTI.	80,276,205	11,702,071
5	Reactivos laboratorios UTI.	20,313,804	2,961,196
6	Insumos de limpieza UTI.	109,000	27,697
Subtotal		926,409,057	135,045,052
Total		1,494,306,357	217,828,915

Fuente: DGSS, Ministerio de Salud.

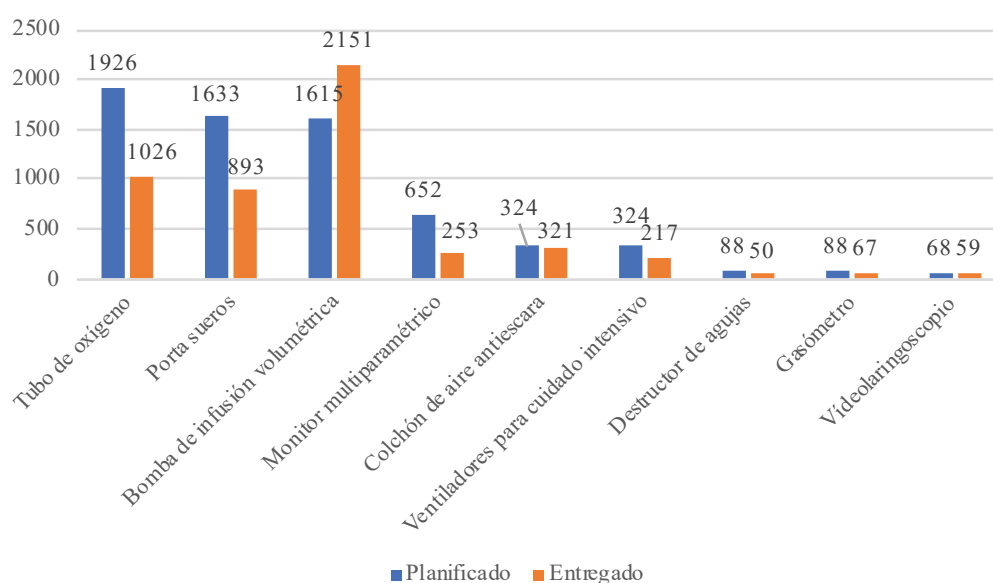
La tabla Nº 7 muestra el requerimiento total estimado para equipamiento médico, insumos, reactivos, medicamentos y RRHH para la implementación adicional de 500 camas de terapia intensiva y 1080 camas de internación, igual a Bs. 1.494.306.357 (equivalente a \$us. 217.828.915).

Tabla N° 8: Equipamiento de camas UTI y camas de internación entregado a nivel departamental.

VENTILADOR MECÁNICO	72	51	70	19	18	24	25	25	20	324
TUBO DE OXÍGENO	318	210	46	6	0	158	144	18	126	1026
CENTRAL DE MONITOREO	16	15	24	6	4	6	7	7	6	91
BOMBA DE INFUSIÓN	292	371	715	77	135	110	133	239	79	2151
VÍDEO LARINGOSCOPIO	10	9	13	3	4	8	6	3	3	59
CAMAS UTI	20	0	16	10	15	0	9	5	0	75
MONITOR MULTI PARAMÉTRICO	57	37	56	27	13	21	10	12	20	253
PORTA SUEROS 5 PATAS	175	162	111	55	89	55	105	94	47	893
AUTOCLAVE 127 LITROS	1	1	1	0	0	0	0	0	0	3

La tabla N° 8 muestra la relación de equipamientos para UTI y Hospitalización entregados a los 9 departamentos hasta el 15 de agosto.

Gráfico N° 13: Total de equipamiento UTI planificado y entregado.



El gráfico N° 13 muestra el total de equipamiento UTI planificado y entregado.

Para el segundo semestre, se ha programado la priorización del equipamiento cuyos procesos de adquisición no pudieron ser completados y deberán ser iniciados nuevamente. Se busca garantizar la entrega del equipamiento esencial y complementario que aún es necesario para completar las UTI, y anular las compras de equipamiento que ya fueron realizadas por otras instancias, o que ya no se consideran esenciales.

Tabla N° 9: Total de equipamiento complementario adquirido por departamento

DETALLE	DEPARTAMENTO									TOTAL
	LA PAZ	CBBA	SANTA CRUZ	BENI	PANDO	TARIJA	CHUQUISACA	POTOSÍ	ORURO	
BALÓN O2 TRANSPORTE 1m3	20	16	26	22	6	6	14	8	6	124
GASÓMETRO PORTÁTIL LACTATO	16	16	25	9	5	9	14	6	8	108
DESTRUCTOR DE AGUJAS	7	7	12	5	3	3	7	3	3	50
GRADILLA	122	130	294	45	100	64	95	90	140	1080
PORTA SUEROS 5 PATAS	289	233	220	87	57	37	95	138	125	1281
PORTA SUEROS 3 PATAS	122	130	294	45	100	64	95	90	140	1080
ESTETOSCOPIO	200	134	225	103	44	74	46	64	110	1000
ESTETOSCOPIO PEDIÁTRICO	70	60	99	24	17	32	43	20	35	400
GLUCÓMETROS	100	67	110	56	22	42	26	32	45	500
TENSÍOMETRO ANEROIDES	24	31	64	54	14	30	32	5	40	294
TENSÍOMETRO	100	67	110	56	22	42	26	32	45	500
AUTOCLAVE 127 LITROS	0	0	0	1	1	0	0	1	0	3
FREZEER LABORATORIO - 80 °C	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
BASURERO PLÁSTICO	58	116	87	238	60	87	150	59	58	913

La tabla N° 9 muestra el total de equipamiento complementario adquirido por departamento.

Respiradores donados por USA

Se ha programado la distribución de los 200 respiradores donados por el Gobierno de los Estados Unidos de America (USA) por gestiones del Gobierno de Bolivia. Considerando que la totalidad de los hospitales de tercer nivel fueron ya equipados en el primer semestre, la priorización ha tomado principalmente en cuenta los hospitales de segundo nivel.

Se espera realizar la distribución de manera rápida, incluyendo la capacitación en su uso y medidas de mantenimiento. Se prevé concluir la distribución a fines de septiembre de 2020.

Fortalecimiento con equipamiento, medicamentos e insumos al primer y segundo nivel

En relación con el primer y segundo nivel de atención, los Gobiernos Autónomos Municipales (GAMs) cuentan con recursos regulares que pueden destinar para dotar de equipamiento para mejorar su capacidad resolutive. Se orientará técnicamente a los GAMs desde el Ministerio de Salud a efectos que las adquisiciones tomen en consideración los servicios esenciales, así como la evaluación de las tecnologías más apropiadas.

Tabla N° 10: Fortalecimiento de Establecimientos de primer nivel.

N°	EQUIPAMIENTO	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO \$US	COSTO TOTAL \$US
1	AUTOCLAVE DE 50 LTS	100	7,300	730,000
2	ASPIRADOR DE SECRECIONES	100	2,187	218,700
3	ANALIZADOR HEMATOLÓGICO	100	13,120	1,312,000
4	DETECTOR ULTRASÓNICO DE LATIDO FETAL	400	875	350,000
5	ECÓGRAFO	100	29,155	2,915,500
6	ESTERILIZADOR ELÉCTRICO DE MESA 30 LTS	100	2,368.75	236,875
7	ESTETOSCOPIO	1,000	50	50,000
8	LÁMPARA PARA EXAMEN	200	147	29,400
9	MESA PARA EXAMEN	50	1,250	62,500
10	MESA PARA PARTO	40	6,250	250,000
11	NEBULIZADOR ELÉCTRICO	300	750	225,000
12	OTO-OFTALMOSCOPIO	200	500	100,000
13	REFRIGERADOR	10	1,112	11,120
14	TENSIÓMETRO	600	100	60,000
15	TENSIÓMETRO PEDIÁTRICO	200	100	20,000
16	EQUIPO DE COMPUTACIÓN	150	1,125	168,750
17	IMPRESORA	150	125	18,750
18	LÁMPARA CIALÍTICA DE PIE	90	8,747	787,230
19	LAVADORA AUTOMÁTICA	60	937.5	56,250
20	RAYOS X DE 300 MILIAMPERIOS, DIGITALIZADOR	50	102,050	5,102,500
21	SERVOCUNA	50	17,493	874,650
22	SEPARADOR DE AMBIENTE	200	112.5	22,500
23	SILLA DE RUEDAS	80	387.5	31,000
24	STAT FAX	60	5,103	306,180
25	TUBO DE OXÍGENO	600	250	150,000
26	MACROCENTRÍFUGA	55	6,269	344,795
27	MICROCENTRÍFUGA	55	3,936	216,480
28	MICROSCOPIO	55	2,187	120,285
29	GLUCÓMETRO	200	100	20,000
30	OXÍMETRO DE PULSO	1,000	60	60,000
31	TERMÓMETRO INFRAROJO	1,000	146	146,000
TOTAL		7,355	214293.25	14,996,465.00

La tabla N° 10 muestra la cantidad de equipamientos adquiridos y sus costos unitarios y total.

El Instructivo MS/DPCH/IN/42/2020, emitido por el Ministerio de Salud en fecha 29 de julio 2020, establece lineamientos en relación con la dotación de medicamentos e insumos para el primer y segundo nivel de atención:

I. Los GAMs deben dotar de medicamentos, insumos, reactivos y equipos de bioseguridad para el personal de establecimientos de salud de primer y segundo nivel de atención, de acuerdo con normas establecidas, incluyendo a las Brigadas de Vigilancia Comunitaria dependientes de los centros de salud de primer nivel de atención.

- Los GAMs deberán optimizar la provisión de medicamentos, en establecimientos de salud de primer y segundo nivel, incluyendo los kits para tratamiento de pacientes leves, que podrán ser suministrados mediante las Brigadas de vigilancia comunitaria, a partir de

los centros de salud, en el marco del Instructivo 40/2020 de julio 2020 emitido por el Ministerio de Salud.

- La provisión de medicamentos debe ser canalizada a través del SUS, mediante requerimiento ante la Central de Abastecimiento y Suministros en Salud (CEASS) de acuerdo a normas vigentes, o mediante compra a cargo de los GAMs, para garantizar la disponibilidad y provisión de las mencionadas Brigadas de Vigilancia Comunitaria, estrategia central de contención y mitigación de la pandemia.
- Realizar el seguimiento de pacientes COVID-19, detectados clínicamente en las visitas domiciliarias por las Brigadas de vigilancia comunitaria. Este seguimiento podrá realizarse mediante visitas periódicas, comunicación vía Whatsapp, Call-Center y/o cualquier otro mecanismo que el GAM tenga disponible.
- Organizar, mediante la Red de Servicios, la derivación de pacientes leves y moderados a los Centros de Salud Integrales (de 24 horas) y a hospitales de segundo nivel de atención y referencia de la respectiva Red, con el fin de garantizar el seguimiento oportuno y la derivación al hospital de tercer nivel, en caso necesario.
- La Vigilancia Comunitaria forma parte de las acciones de promoción y prevención, una de las competencias municipales establecidas en la Ley Marco de Autonomías y Descentralización, Andrés Babiáñez (Ley No. 031 de 19 de julio de 2010).
- Los SEDES, por medio de los Equipos de Redes, deberán asesorar a las Direcciones Municipales de Salud, en la programación y/o entrega de medicamentos e insumos y otros, en el marco del Sistema Nacional Único de Suministros, así como en la organización de las Brigadas de Vigilancia Comunitaria, a partir de los Centros de Salud de primer nivel.

II. Los Gobiernos Autónomos Departamentales (GAD), a través de los SEDES, deben dotar los medicamentos e insumos incluidos los Equipos de Protección Personal (EPP) para los hospitales de tercer nivel en el marco del SUS, ya sea por compras a asignaciones de la CEASS, para garantizar la provisión oportuna contemplando los siguientes aspectos:

- En el marco del cambio de perfil epidemiológico nacional y la Emergencia Sanitaria que el país ha experimentado por COVID-19, todos los establecimientos públicos de tercer nivel de atención, deberán actualizar su Programación Anual de Medicamentos, Dispositivos Médicos y Reactivos de Laboratorio en el marco de la Ley N° 1152 de 20 de febrero de 2019, solicitada en Instructivo MS/VMSyP/DGSP/IN/3/2020 de fecha 13/02/2020.
- La información deberá ser remitida a la Dirección General de Seguros de Salud mediante las Jefaturas de Farmacias de los SEDES hasta el lunes 20 de agosto de 2020, en medio físico y digital, con firma de los responsables de su elaboración y aprobación por parte del director del Hospital. Los Jefes de Farmacias de los SEDES remitirán lo solicitado a la mencionada Dirección previa verificación de su coherencia, consistencia y pertinencia.
- Todos los medicamentos e insumos para tratar el COVID-19, para beneficiarios de la Ley No. 1152, deben proveerse mediante los mecanismos establecidos en este marco legal, según los procedimientos y protocolos definidos.

- La CEASS atenderá únicamente los requerimientos de establecimientos de salud públicos que cumplan con lo establecido en la Ley No. 1152 y su normativa conexas.
- Toda distribución de medicamentos e insumos realizada por la CEASS será canalizada a través de las CEASS regionales, para su posterior entrega a los establecimientos de salud públicos.

III. Los GADs y GAMs, y establecimientos de salud públicos deberán, con cargo a sus presupuestos, proceder con la adquisición de EPP de uso médico, cuando sea necesario, pudiendo estos adquirir equipos de protección personal de industria textil o artesanal para aquellos que no requieran los de uso médico.

- Se deberá fortalecer la participación de la comunidad a través de sus organizaciones naturales, como Juntas de Vecinos y Promotores de Salud para facilitar la articulación entre las familias y el servicio de salud.
- El Ministerio de Salud, mediante compras realizadas por el PNUD, está dotando de lotes de insumos y EPP a los respectivos SEDES, a través de la CEASS para coadyuvar en la tarea de prevención y bioseguridad del personal de salud.
- Para el caso de consumibles, tales como medicamentos e insumos, incluidos los reactivos de diagnóstico y equipos de protección personal, los receptores finales de donaciones, asignaciones o adquisiciones deberán proceder al registro de los mismos en la Farmacia Institucional (FI), según corresponda, y remitir copia de los Informes de Movimiento Mensual (IMM) y Consolidados de Pedido Trimestral (CPT) a la CEASS y a la Dirección General de Seguros Salud, para el monitoreo y registro correspondiente.
- Los GADs mediante los SEDES y los Gobiernos Municipales, mediante las Direcciones Municipales de Salud, deben garantizar el cumplimiento y aplicación de los diferentes instructivos emitidos por esta cartera de Estado.

B.1.2. Desarrollo y Gestión de RRHH COVID-19. (Monitoreo, seguimiento y evaluación)

El Ministerio de Salud en el marco de sus atribuciones y competencias, estableció la necesidad de contratar RRHH para fortalecer los servicios hospitalarios de primer nivel y laboratorios para identificar de manera oportuna casos positivos, seguimiento de contactos, así como la atención de pacientes en Centros de Aislamiento COVID-19 y establecimientos de salud. Una gran asignación financiera se destinó para garantizar la atención de los casos graves que precisan de cuidados en UTIs.

La contratación de RRHH se organizó en 5 áreas de intervención:

1. UTIs.
2. Hospitalización.
3. Centros de Aislamiento COVID-19.
4. RISS.
5. Brigadas de Monitoreo y Vigilancia Comunitaria.

Para este fin se utilizaron 3 fuentes de financiamiento a través de los siguientes Organismos Financiadores: Banco Mundial (con el porcentaje mayor de financiamiento), Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y Corporación Andina de Fomento (CAF).

Se proyectó la contratación de 7.628 profesionales médicos y personal de salud, distribuidos en equipos multidisciplinarios de intervención para cada área, con un costo previsto para 3 meses de contratos que asciende a USD 25.664.925,22.

Tabla N° 11: Áreas de intervención para atención y atención de la COVID-19.

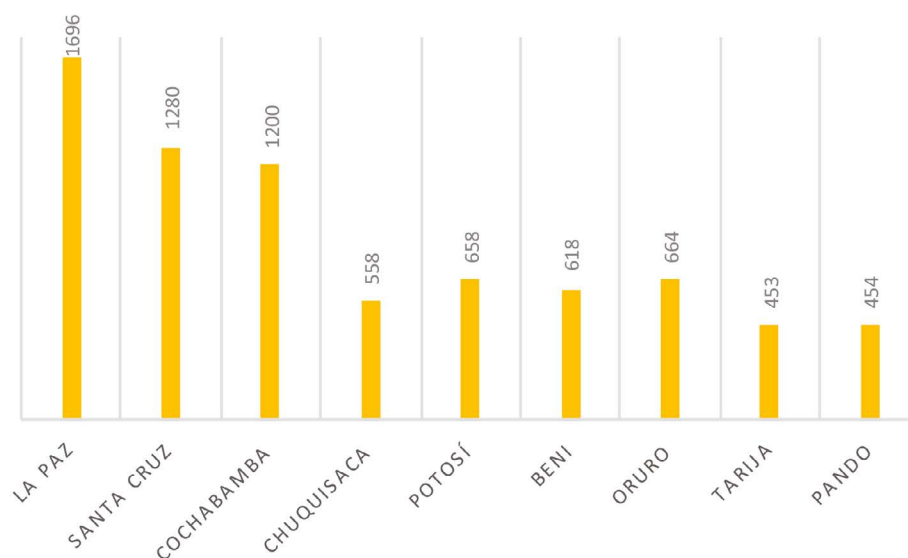
Unidades de Terapia Intensiva	2.461	3.835.289,65	11.505.868,95
Hospitalización /urgencias	1.989	2.135.246,94	6.405.740,82
Laboratorio	42	56.828,57	170.485,71
Redes COVID-19	188	252.045,92	756.137,76
Monitoreo y vigilancia epidemiológica	2.431	1.806.074,93	5.451.819,53
Centros de aislamiento	479	390.486,73	1.171.460,20
Brigadas de acción rápida	15	28.695,04	86.085,13
Fortalecimiento Institucional	23	39.109,04	117.327,11
TOTAL	7628	8.543.776,82	25.664.925,22

Fuente: Elaboración Propia

La tabla N° 11 muestra la distribución de RRHH requerido y su costo mensual en USD por áreas de intervención para atención de la COVID-19.

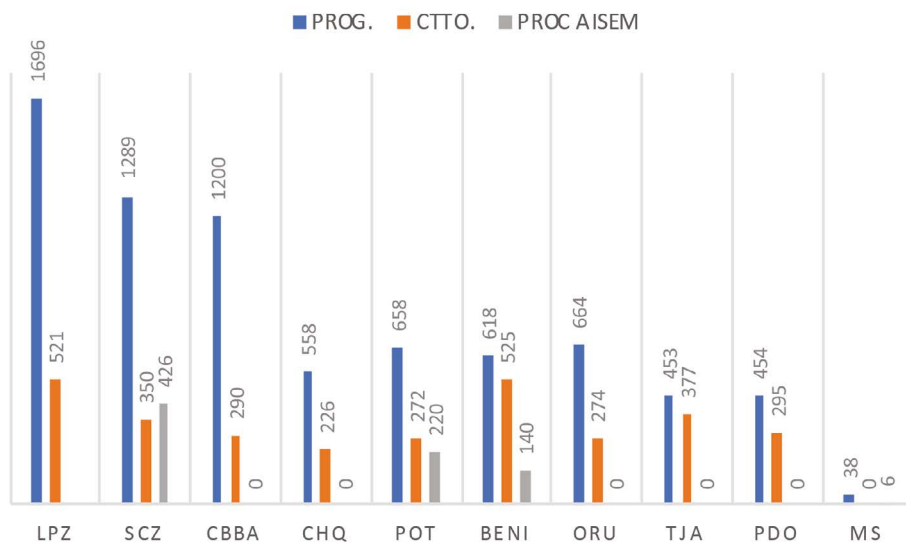
La DGSS, es la instancia del Ministerio de Salud que lidera la coordinación con las Autoridades Departamentales, SEDES, Gobiernos Municipales y otras entidades del sector. La DGSS conformó un equipo de profesionales que coordina y ejecuta las acciones necesarias para que el proceso de contratación de RRHH sea oportuno.

Gráfico N° 14: Recursos Humanos asignados por Departamento.



El gráfico N° 14 muestra la distribución de RRHH asignado a nivel nacional por departamentos. El avance logrado muestra que del total programado de 7.628 RRHH, se contrató hasta el 13 de agosto de 2020 el 51.5%, es decir 3.922 médicos y profesionales de salud a nivel nacional.

Gráfico N° 15: Recursos Humanos programados versus contratados por Departamento hasta el 13 de agosto 2020.



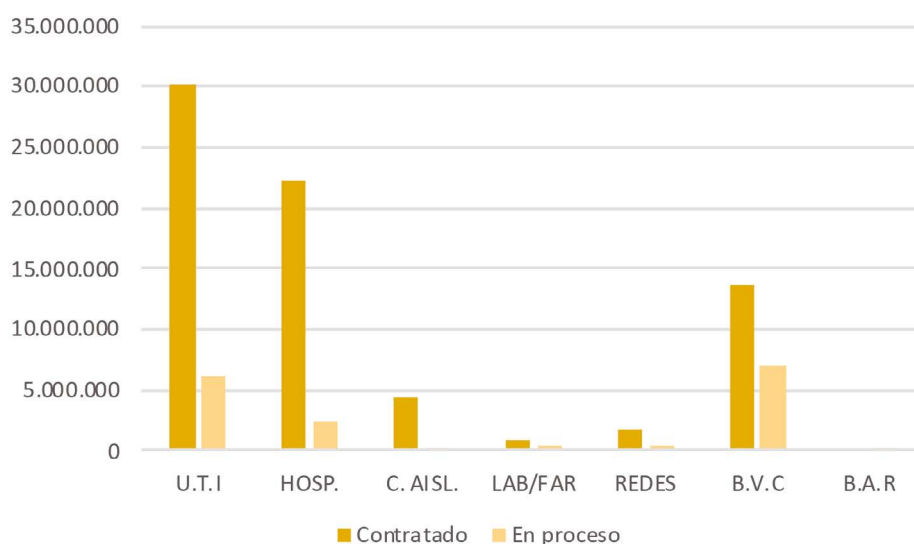
El gráfico N° 15 muestra la cantidad de RRHH programados versus contratados por departamento.

Tabla N° 12: Estado actual de órdenes de servicio por línea de acción.

Líneas de acción	Contratado		En proceso		Totales	
	Cantidad RRHH	Presupuesto para 3 meses	Cantidad RRHH	Presupuesto para 3 meses	Cantidad RRHH	Presupuesto para 3 meses
Brigadas de acción rápida			6	159.960	6	159.960
Centro de aislamiento	241	4.423.890	7	133.647	139	2532.393
Farmacia			4	109.605	4	109.605
Hospitalización/Urgencias	935	22.148.502	93	2.484.741	1.028	24.633.243
Laboratorio	34	942.084	8	220.989	42	1.163.073
Monitoreo de contactos y Vigilancia Comunitaria	868	13.714.722	457	7.135.962	1325	20.850.684
SEDES y redes de salud	64	1.758.489	14	374.463	78	2.132.952
Unidad de terapia intensiva	988	30.070.980	203	6.195.387	1.191	36.266.367
Total general	3.130	73.058.667	792	16.814.754	3.922	89.873.421

La tabla N° 12 muestra el estado actual de órdenes de servicio por la línea de acción. La inversión en 3.922 Recursos Humanos COVID-19 contratados a nivel nacional, al 13 de agosto de 2020, asciende a Bs. 89.873.421, equivalente de USD. 13, 101,000

Gráfico N° 16: Importe en Bs. de los Contratos de RRHH COVID- 19 a Nivel Nacional.



El gráfico N° 16 muestra el importe en boliviano de los contratos RRHH COVID-19 contratados y en proceso de contratación a nivel nacional.

Segundo semestre julio- diciembre 2020

En este periodo la DGSS completará los procedimientos para la contratación de los RRHH COVID-19 que todavía no lo hayan sido. Al mismo tiempo realizará el monitoreo y seguimiento al cumplimiento de la AISEM en los pagos al RRHH contratado.

De igual modo, en este segundo semestre es necesario capitalizar los RRHH contratados

implementando un Plan de Inducción, Capacitación, Monitoreo y Evaluación, desarrollado a través de modalidades virtual y presencial. El Ministerio de Salud establecerá un equipo técnico nacional que comandará dichas acciones en coordinación con los SEDES y Redes de salud. Como ya se planteó en el punto B.2. Redes Integrales de Servicios de Salud (RISS) de este documento, se debe dar la debida importancia a las Coordinaciones de red y fortalecer al personal otorgándoles capacidades técnicas precisas.

De otro lado, se buscará coordinar con las instancias correspondientes la continuidad del Capital Humano necesario para la fase de recuperación post mitigación. Esto es necesario para sostener la Vigilancia Comunitaria activa a través de las Brigadas de vigilancia comunitaria, el fortalecimiento de las Redes de salud y hospitales tanto para la COVID-19 como para la continuidad de los servicios esenciales que fueron afectados durante los meses de mayor incidencia de COVID-19.

B.1.3. Estado de Gestión de vacuna COVID-19

La OPS ha informado al Ministerio de Salud sobre los Mecanismos de Acceso a la Vacuna COVID-19 y ha socializado los lineamientos técnicos para la planificación de la introducción de la vacuna en América Latina y el Caribe. Existen tres mecanismos para acceder a las vacunas.

- **Acceso nacional.** Los países hacen acuerdos con los fabricantes de manera individual (ej. Acuerdos de suministros locales).
- **Acceso en grupo.** Los países de bloques o grupos regionales negocian acuerdos de suministros, a través del fondo rotatorio de la OPS.
- **Acceso global.** Los países participan en un mecanismo mundial para la obtención y acceso a los productos **COVAX**. En la región es el fondo rotatorio de la OPS. Para el resto del mundo es UNICEF.
- El acceso global permite:
 - » Oportunidad de tener acceso mediante una asignación equitativa entre los países.
 - » “Agrupación de riesgos” esenciales (ej. menor riesgo de no tener suministros si una vacuna falla).
 - » Los países participantes recibirán acceso a las vacunas al precio negociado.

Para las Américas, los países participantes del Fondo Rotatorio de la OPS están siendo representados como un «bloque» unificado. Los países con posibles acuerdos bilaterales con los fabricantes también podrían beneficiarse del mecanismo.

No hay vacunas disponibles todavía, 5 están en fase III, 11 en fase II y 8 en fase I. 142 candidatas están en fases preclínicas.

El Fondo de Acceso Mundial de Vacunas COVID-19 (COVAX)

Este fondo fue diseñado en conjunto por la Secretaría GAVI, OMS/OPS, UNICEF, CEPI, BMGF, Banco Mundial y otros asociados. Su objetivo es acelerar el acceso equitativo a vacunas adecuadas, seguras y eficaces. Los países participantes accederán a vacunas para el 20% de su población total, debiendo priorizar a la población más vulnerable (personal de salud, personas de más de 60 años y personas con enfermedad de base). Un total de 10 Estados miembros podrían optar a la ayuda financiera: Bolivia, República Dominicana, El Salvador, Granada, Guyana, Haití, Honduras, Nicaragua, St. Lucia, St. Vincent & the Grenadines. Bolivia ya envió la solicitud correspondiente para ser parte del mecanismo COVAX y a GAVI para que mantengan a Bolivia como país prioritario.

Figura Nº 11 Características del Acceso de Bolivia a la Vacuna COVAX



«Covax facility» .

Bolivia se encuentra dentro de la lista de países elegibles para la vacuna de Oxford.

Se ha priorizado e identificado los grupos vulnerables de la población que accederán a la vacuna.

La figura Nº 11 muestra las características propias a Bolivia respecto a su acceso a la vacuna COVAX.

B.2. Adecuación de los Servicios de Salud

En marzo 2020 el Ministerio de Salud inició la identificación, conjuntamente con las Gobernaciones y SEDES, de los Hospitales Centinela COVID-19, considerando capacidad resolutive, personal existente, ubicación, etc. En abril 2020 se oficializó 41 Hospitales Centinela COVID-19, la mayoría de tercer nivel y con UTI. Se idéntificó las necesidades de equipamiento y personal acorde con las camas de hospitalización y UTI que se ampliarían. Se consideró la población y las necesidades proyectadas para cada departamento. El listado se ha ido ajustando para responder a la evolución de la epidemia en los 9 departamentos del país.

Tabla Nº 13: Establecimientos COVID-19 por Departamento al 1º de agosto.

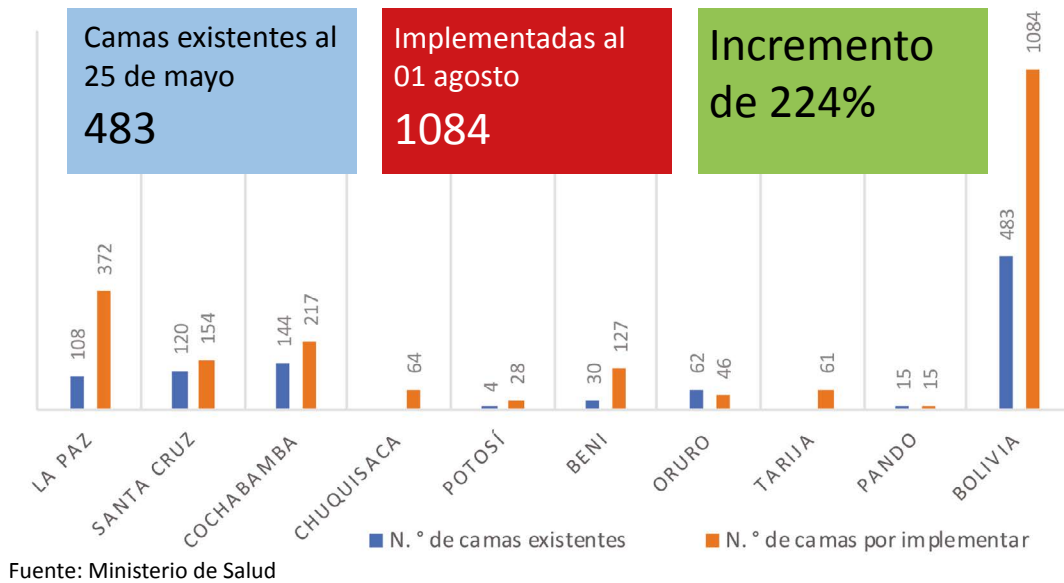
LA PAZ	HOSPITAL TERCER NIVEL ALTO NORTE - EL ALTO
	HOSPITAL GENERAL DE CLINICAS - LA PAZ
	HOSPITAL TERCER NIVEL ALTO SUR - EL ALTO
	HOSPITAL MUNICIPAL LA PORTADA
	HOSPITAL MUNICIPAL COTAHUMA*
	HOSPITAL SAN BUENAVENTURA*
	HOSPITAL BOLIVIANO HOLANDÉS EL ALTO*
TOTAL LA PAZ	7
SANTA CRUZ	HOSPITAL DEL NIÑO - SANTA CRUZ
	CS DM5 EL REMANSO
	CS DM7
	CS DM10
	HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - SANTA CRUZ
	HOSPITAL JAPONÉS - SANTA CRUZ *
	HOSPITAL DE 2do NIVEL PAMPA DE LA ISLA
	HOSPITAL BAJIO DEL ORIENTE *
	HOSPITAL PUERTO SUÁREZ *
	HOSPITAL COMARAPA *
	HOSPITAL MATERNIDAD PERCY BOLAND*
	HOSPITAL DE TERCER NIVEL - MONTERO
TOTAL SANTA CRUZ	12

DEPARTAMENTO	ESTABLECIMIENTO
COCHABAMBA	HOSPITAL SOLOMÓN KLEIN - SACABA
	HOSPITAL MUNICIPAL DEL SUR - COCHABAMBA
	HOSPITAL MUNICIPAL DEL NORTE - COCHABAMBA
	HOSPITAL TERCER NIVEL VIEDMA - COCHABAMBA
TOTAL COCHABAMBA	4
CHUQUISACA	HOSPITAL SAN PEDRO CLAVER - SUCRE
	HOSPITAL SANTA BARBARA - SUCRE
	HOSPITAL DEL NIÑO - SUCRE
	HOSPITAL DE 2do NIVEL SAN JUAN DE DIOS - CAMARGO
	HOSPITAL DE 2do NIVEL SAN ANTONIO DE LOS SAUCES - MONTEAGUDO
TOTAL CHUQUISACA	5
POTOSI	CENTRO SEVILLA - POTOSÍ
	HOSPITAL LLALLAGUA*
TOTAL POTOSI	2
BENI	CENTRO CENTINELA COVID-19 EX COSSMIL - TRINIDAD
	HOSPITAL GERMÁN BUSCH - TRINIDAD
	UAP FEXPO BENI*
	HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL - GUAYARAMERÍN
	HOSPITAL GENERAL - RIBERALTA
	HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL REYES*
	HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL - RURRENABAQUE
	HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL - SAN BORJA
	HOSPITAL SANTA ANA*
	HOSPITAL MAGDALENA*
	HOSPITAL SAN RAMÓN*
HOSPITAL SAN JOAQUÍN*	
TOTAL BENI	12
ORURO	HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
	CAMPO FERIAL KILLA WASI *
	PARQUE ACUÁTICO*
TOTAL ORURO	3
TARIJA	HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - TARIJA
	UNIDAD NUEVA QUEMADOS HRSD - TARIJA
	CENTRO SAN ANTONIO*
	CENTRO SEMILLAS*
	HOSPITAL TERCER NIVEL FRAY QUEBRACHO - YACUIBA
	HOSPITAL VIRGEN DE CHAGUAYA - BERMEJO
TOTAL TARIJA	6
PANDO	CENTRO DE REFERENCIA PERLA DEL ACRE - COBIJA
	HOSPITAL DE TERCER NIVEL HERNÁN MESSUTI - COBIJA
TOTAL PANDO	2
TOTAL NACIONAL	53

*Establecimientos no priorizados inicialmente como COVID-19. Han ido incorporándose en respuesta a la dinámica de la epidemia en el país. Se requiere formalización y completar programación.

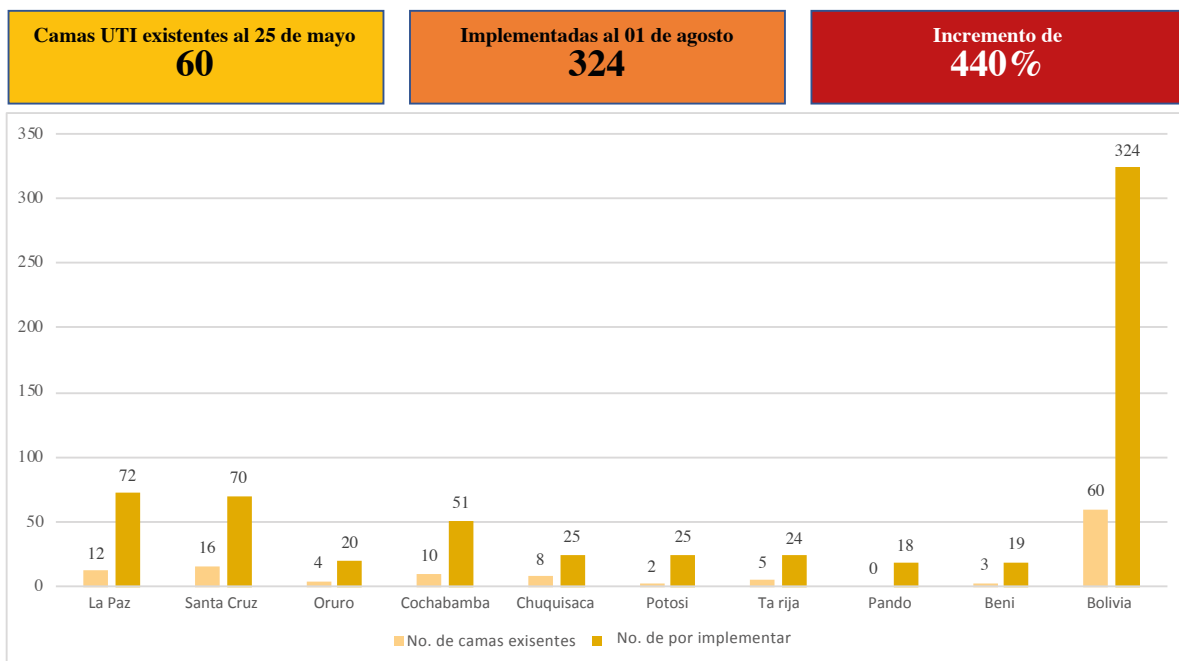
La tabla N° 13 muestra los establecimientos COVID-19 por departamentos que fueron ampliados y extendidos en los departamentos más afectados por la COVID-19 como Beni y Santa Cruz.

Gráfico N° 17: Número de camas de hospitalización COVID-19 versus número de camas implementadas.



El gráfico N° 17 muestra la cantidad de camas de hospitalización COVID-19 existentes versus la cantidad de camas hospitalarias implementadas por departamentos.

Gráfico N° 18: Número de camas UTI COVID-19 existentes versus número de camas implementadas.



El gráfico N° 18 muestra la cantidad de camas UTI COVID-19 existentes versus la cantidad de camas UTI COVID-19 implementadas por departamentos.

Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS)

Las RISS son la expresión operativa de la APS, comprenden 4 ámbitos: 1) el modelo de atención, 2) los arreglos para la gobernanza y la participación social, 3) la organización y gestión de la red, y 4) la asignación de recursos e incentivos asociados. A su vez, cada ámbito está compuesto por atributos que en total son 14, de acuerdo con el siguiente detalle:

- I. Modelo de atención. Se refiere a cómo se organiza la red de servicios (y no cada establecimiento de salud por separado) para atender a la población a cargo.
 1. **Población y territorio a cargo definido** y amplio conocimiento de sus necesidades y preferencias en cuestiones de salud, que determinan la oferta de servicios de salud.
 2. Una extensa **red de establecimientos de salud** que presta servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos; y que integra los programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicas.
 3. Un **primer nivel multidisciplinario** que cubre toda la población con capacidad resolutoria y que integra y coordina la atención de salud.
 4. Prestación de **servicios especializados en el lugar más apropiado**, que se ofrecen de preferencia en entornos extrahospitalarios.
 5. Existencia de mecanismos de **coordinación asistencial**.
 6. Atención centrada en **la persona, la familia y la comunidad**, teniendo en cuenta las particularidades culturales y de género, y la diversidad de la población.
- II. Modelo de Gobernanza. Se refiere a los arreglos, interacciones y acuerdos entre las instituciones (Ministerio de Salud, SEDES, Gobiernos Municipales, otros subsectores de salud y comunidad organizada) orientados para la toma de decisiones.
 7. Un **sistema de gobernanza único** para toda la red.
 8. **Participación social** amplia.
 9. Acción intersectorial y abordaje de los **determinantes de salud** y de la equidad en salud.
- III. Modelo de gestión. Permite a la Coordinación de red hacer un uso eficiente de los recursos.
 10. **Gestión integrada** del apoyo clínico, logístico y administrativo. Elimina la gestión fragmentada, en la cual cada Establecimientos de Salud (EE. SS.) desarrolla sus propios mecanismos.
 11. **Recursos humanos** suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la red. La red planifica de manera eficiente la dotación y la distribución de los RR.HH.
 12. **Sistema de información** integrado con desglose de los datos por edad, sexo, lugar de residencia, origen étnico, y otras variables pertinentes.
 13. **Gestión basada en resultados**. No en procesos. La Coordinación de red es la responsable de priorizar las actividades que le permitan alcanzar resultados.
- IV. Modelo de Financiamiento
 14. **Financiamiento adecuado** e incentivos financieros alineados con las metas de la red.

B.2.1. Adecuación de las RISS

La *Adecuación de las RISS* implica el fortalecimiento de la capacidad de gestión de las **Coordinaciones de red**, así como el **fortalecimiento del primer nivel de atención**, implementando y ampliando modalidades de prestación y mejorando su capacidad resolutive.

La adecuación de la RISS se basará sobre dos pilares:

- a) Fortalecimiento de las Coordinaciones de red de salud.
- b) Fortalecimiento del primer nivel de atención.
 - Conformación de Brigadas de vigilancia comunitaria.
 - Mejoramiento de la capacidad resolutive.
 - Atención y seguimiento de pacientes a distancia (Telemedicina).

Estos pilares a su vez se apoyarán sobre un programa de capacitación continuo para mejorar las capacidades del personal de salud en el campo de la gestión y en el campo asistencial.

Figura N° 12: Plan de adecuación de la Red de Servicios.



La figura N° 12 muestra cómo deben adecuarse las RISS para dar una respuesta efectiva a la COVID-19, asegurando la continuidad de los servicios esenciales de salud.

B.2.1.1. Fortalecimiento de las Coordinaciones de Red de salud

Las Coordinaciones de Red de salud son actores fundamentales ya que constituyen la autoridad técnica en las RISS. Una de las principales actividades a realizar en respuesta a la epidemia es el

apoyo a la implementación del plan de adecuación de la red de servicios. Este equipo técnico genera una base de datos sobre la comunidad capaz de ser actualizada, facilitando así la planificación de los servicios de salud. Esto implica el análisis de necesidades, demandas y oferta de servicios de salud en términos de recursos humanos; recursos físicos; y técnicos necesarios. Asimismo, desarrolla los vínculos más cercanos con los individuos, las familias y la comunidad, así como con el resto de los sectores, facilitando la participación social y la acción intersectorial.

Para fortalecer las Coordinaciones de red de salud se realizará:

a) La contratación de RR.HH. para fortalecer la labor técnica y gerencial en base a los siguientes perfiles profesionales:

- Profesional Gestor de apoyo al Equipo Técnico.
- Profesional de Promoción de Salud y Vigilancia Comunitaria.
- Profesional informático/comunicador.

b) La mejora de las competencias de gestión del Equipo técnico a través de un programa de capacitación en las siguientes áreas:

- Modelo de atención de salud centrado en la persona, la familia y la comunidad, teniendo en cuenta las particularidades culturales y de género.
- Articulación de las unidades del primer nivel de atención entre ellas y con el hospital de referencia.
- Participación social amplia, desarrollando las capacidades de las comunidades y sus representantes para constituirse en socios activos en la gobernanza y la evaluación del desempeño.
- Acción intersectorial y abordaje de los determinantes de la salud. Colaboración con la seguridad social, subsector privado, organizaciones no-gubernamentales y de carácter religioso. También la coordinación con los sectores de educación, trabajo, vivienda, alimentos, medio ambiente, agua y saneamiento, entre otros. Interacción con los diferentes órganos de gobierno de las entidades que componen la red y estarán a cargo de armonizar la cooperación internacional.
- Gestión del Sistema de información integrado. Todas las unidades componentes de la red deben estar vinculadas con el sistema de información, aun cuando cada unidad operativa use porciones diferentes de la base de datos del sistema.
- Monitoreo y evaluación de los resultados y los procesos de la red, apoyando la normalización de las funciones clínicas y administrativas de la red.

B.2.1.2. Fortalecimiento del primer nivel de atención

Para apoyar las acciones que aseguren hacer frente a la emergencia sanitaria y la continuidad en la provisión de los servicios esenciales de salud es imprescindible el fortalecimiento del primer nivel de atención, que incluye: a) la implementación de nuevas modalidades de prestar servicios a través de la formación de Brigadas de vigilancia comunitaria que brinden atención domiciliaria para personas en aislamiento y a la población más vulnerable, b) el mejoramiento de la capacidad resolutive para

prestar algunas atenciones de los hospitales de referencia y c) la atención y seguimiento a distancia de los pacientes a través de la Telemedicina.

B.2.1.2.1 Conformación de las Brigadas de vigilancia comunitaria

Se conformarán Brigadas de Vigilancia Comunitaria para brindar una atención comprensiva a la familia y comunidad, incluyendo la valoración integral, caracterización de riesgos en salud y sociales. Las Brigadas de Vigilancia Comunitaria estarán bajo responsabilidad de la red de salud y articuladas a los establecimiento de salud. Para la conformación se recomiendan los siguientes perfiles:

- Monitor (Para el monitoreo de contactos y seguimiento a casos).
- Profesional de Brigada de Vigilancia Comunitaria.
- Auxiliar en Enfermería de la Brigada de Vigilancia Comunitaria.
- Personal Técnico de Apoyo / Agente comunitario.

Las actividades serán de dos tipos:

a) Actividades centradas en la respuesta al COVID-19:

Actividades de promoción y prevención

- Educación en hábitos y estilos de vida saludables.
- Lavado de manos, distanciamiento social, higiene de la tos y aislamiento precoz de pacientes sintomáticos.

Identificación de casos sospechosos y contactos, y Contención de la expansión de la enfermedad

- Detección temprana de casos sospechosos y contactos.
- Prevención de la transmisión en el hogar y la comunidad: aislamiento domiciliario si existen condiciones o derivación del paciente a un Centro de Aislamiento COVID-19 cuando no.
- Toma de muestra para el diagnóstico.

Manejo de pacientes en Centros de Aislamiento COVID-19 y domicilio

- Atención y seguimiento de personas con síntomas leves incluyendo el tratamiento.
- Cuidado y seguimiento a pacientes convalecientes que hayan superado el COVID-19.
- Apoyo psicológico a casos, contactos y la comunidad en general.

Referencia de pacientes

- Referencia de pacientes a un hospital de referencia de la red de servicios de salud en caso de pacientes con síntomas respiratorios moderados o graves.

b) Actividades para asegurar la continuidad de servicios esenciales

Las medidas de confinamiento y aislamiento implementadas han resultado en una reducción de hasta 40% de la demanda activa por servicios de salud. Esta situación fue incrementada por el temor de contagio en los establecimientos y ha reducido significativamente el acceso a servicios esenciales de salud. Sin embargo, el descuidar la provisión de servicios esenciales para la población puede llegar a ser un problema sanitario, constituyéndose potencialmente en una carga para los servicios de salud ya que los problemas prevalentes de salud de nuestro país son constantes.

Atención de pacientes con Enfermedades No Transmisibles (ENT).

La pandemia puede afectar negativamente la población que sufre de ENT por tres vías: **a)** mayor riesgo a tener formas graves de la enfermedad, **b)** descompensaciones que dan lugar a formas más graves de la enfermedad; y **c)** incremento de los factores de riesgo conductuales, como la inactividad física y el aumento del uso de sustancias nocivas.

La evidencia muestra que las personas con Enfermedad Cardiovascular (ECV) o diabetes, así como aquellas con factores de riesgo de ECV, como hipertensión y obesidad, tienen un mayor riesgo de enfermedad grave y muerte. Este mal pronóstico parece aumentarse con la edad avanzada. En este subgrupo, se justifica una *evaluación clínica temprana* para detectar cualquier síntoma sospechoso.

Por otro lado, la naturaleza de la COVID-19 puede hacer que algunas ENT sean más difíciles de reconocer. Por ejemplo, se ha asociado con complicaciones cardiovasculares que pueden dificultar el diagnóstico preciso de infarto de miocardio. Además, los pacientes con enfermedades respiratorias crónicas enfrentan desafíos sobre cuándo buscar atención, ya que su enfermedad de base puede causar signos y síntomas similares. Asimismo, en el tratamiento de pacientes afectados por ENT y COVID-19, es fundamental vigilar los efectos secundarios y las interacciones de los medicamentos.

También es importante promover los comportamientos saludables relacionados con los hábitos alimenticios y la realización de actividad física. Finalmente, la pandemia de la COVID-19 brinda una oportunidad para promover el abandono del tabaco, lo que también beneficia la prevención y el control de las enfermedades respiratorias crónicas.

La atención de ENT se centrará en pacientes con diabetes, hipertensión, VIH, cáncer, uso de corticoides o inmunosupresores, EPOC, Asma y malnutrición (obesidad y desnutrición), a través de las siguientes actividades:

- Aumentar la conciencia de los pacientes con ENT sobre su mayor riesgo de tener formas graves de la COVID-19 y las formas de reducir el riesgo de transmisión.
- Seguimiento y control en domicilio a pacientes con ENT.
- Dispensación de medicamentos por tiempos más prolongados.
- Referencia a servicios especializados cuando corresponda.

Atención de pacientes con enfermedades transmisibles

En el caso de las enfermedades trasmisibles, una atención deficiente resultante de la sobrecarga de los servicios de salud por COVID-19, las interrupciones del suministro de medicamentos y la restricción de las pruebas de diagnóstico tendrán un impacto negativo en la población. Para limitar esas interrupciones, la OMS recomienda que su dispensación pueda prolongarse hasta por 6 meses.

De manera específica, entre las personas que viven con el VIH, las que tienen un recuento bajo de células CD4, una carga viral alta y además no reciben Terapia Antirretroviral (TAR) tienen un riesgo mayor de infecciones y complicaciones relacionadas. Proporcionar pruebas tempranas, garantizar la continuidad del TAR son esenciales para mantener una respuesta eficaz al VIH durante la pandemia.

Una estimación reciente sugiere que la COVID-19 condujo a una reducción del 25% en la detección esperada de tuberculosis esto haría que los niveles de morbilidad y mortalidad por tuberculosis

volvieron a los de hace 5 años. Por otra parte, la superposición de las características clínicas entre el nuevo coronavirus y la tuberculosis, incluida la tos, fiebre y la dificultad para respirar, afecta la detección y la evaluación de ambas enfermedades.

Algunas enfermedades tropicales desatendidas son propensas a brotes, y otras son fatales o conducen a discapacidades si no se diagnostican y tratan con prontitud. Estas deben monitorearse, y si se identifican brotes, se deben implementar medidas para reducir la transmisión.

La atención de Enfermedades Transmisibles priorizará Tuberculosis, VIH y enfermedades tropicales desatendidas (dengue, Chagas, etc.), con las siguientes actividades:

- Seguimiento y control de pacientes en domicilio.
- Dispensación de medicamentos por tiempos más prolongados.
- Apoyo a la adherencia al tratamiento (a través de la formación de grupos virtuales pequeños).
- Referencia a servicios especializados cuando corresponda.

Atención en salud de las gestantes, recién nacidos y la lactancia materna

Complicaciones, discapacidades y muertes en las gestantes y los recién nacidos podrían presentarse en mayor proporción debido a la reducción del acceso a los servicios de salud. A fin de evitarlas se asegurará la atención de los recién nacidos y mujeres en periodo de lactancia a través de las siguientes actividades:

- **Control prenatal de las gestantes con bajo riesgo obstétrico.**
Se deben implementar y garantizar por los menos cuatro controles incluyendo exámenes de laboratorio y entrega de medicamentos.
- **Control prenatal de las gestantes con alto riesgo obstétrico.**
Durante la fase de mitigación se deberá dar continuidad a la atención prenatal especialmente a mujeres con alto riesgo obstétrico para reducir complicaciones graves para la mujer y el feto.
- **Parto y puerperio.**
Se garantiza una consulta postparto domiciliaria entre el tercer y quinto día. Se concientizará sobre la importancia de que brinden información sobre posibles signos de alarma de la madre y del neonato. Ante la presencia de dichos factores se derivará a la paciente a una institución especializada.
- **Atención de gestantes con cuadro sospechoso o confirmado de COVID-19.**

Vacunación

El Control de las enfermedades prevenibles por vacunación es una política pública en Bolivia que ha permitido la erradicación de la poliomielitis, del sarampión, de la rubéola y del tétanos neonatal como problema de salud pública. El impacto de este servicio esencial explica en gran medida la reducción de la mortalidad infantil en Bolivia.

En las últimas dos décadas se han incorporado en el esquema regular nuevas vacunas como la pentavalente, SRP, SR, Anti amarílica, Anti rota vírica, Antineumocócica, Anti-influenza, y contra el Virus del Papiloma Humano. Desde el año 2000 se mantienen coberturas de vacunación por encima del 80%, situación que se mantuvo hasta el 2018. El 2019 las coberturas llegaron a 78.3% y se estima que el 2020 serán más bajas aún debido al contexto de la pandemia.

Con el fin de evitar una acumulación de individuos susceptibles y una mayor probabilidad de brotes por enfermedades prevenibles por vacunas, se continuará la prestación de este servicio en la modalidad extramural garantizando la seguridad del usuario y trabajador de la salud realizando:

- Cualquier oportunidad de vacunación haciendo especial énfasis en la influenza estacional y el sarampión para proteger a la población de mayor riesgo con los virus circulantes y facilitar la identificación y diagnóstico de una posible infección por COVID-19.
- La vacunación en domicilio se realizará previa evaluación de casos sospechosos de COVID-19 en el hogar. Si es una vivienda sin casos probables se continuará el proceso de vacunación y si es una vivienda en la que habita una o varias personas sospechosas se diferirá la vacunación por 14 días previa verificación del estado de salud del usuario.

Atención a la salud de los adultos mayores

Establecer la atención domiciliar como medida especial de protección para los adultos mayores de la comunidad es vital, dado que es el grupo de mayor riesgo de presentar formas graves y letalidad con la COVID-19. Se evitará realizar traslados a los servicios de salud, a menos que sea absolutamente necesario.

Las actividades serán las siguientes:

- Seguimiento y control en domicilio a pacientes adultos mayores.
- Activación de redes de apoyo comunitario para realizar actividades como compras entre otras, en caso de requerirse.
- Facilitar mecanismos para que puedan comunicarse telefónicamente o por Whatsapp.
- Dispensación de medicamentos para enfermedades crónicas por tiempos más prolongados.
- Referencia a servicios especializados cuando sea absolutamente indispensable.

El envejecimiento demográfico es un fenómeno de alta progresión. Las tendencias y proyecciones de población, así como la dinámica demográfica, lo hacen evidente. La disminución en la natalidad y la mortalidad y el aumento en la esperanza de vida son elementos que reflejan el progreso socioeconómico de los países y han condicionado el envejecimiento de la población, constituyendo uno de los fenómenos demográficos más importantes de los últimos años en Bolivia y todo el mundo con importantes repercusiones económicas y sociales.

Habitualmente, la población de este grupo de edad utiliza servicios de salud con una alta frecuencia (se estima 4 veces mayor que el resto de la población) y los servicios que requiere son por lo general más costosos y requieren de personal capacitado para otorgar una atención integral.

En la actualidad en materia de salud las acciones capaces de afrontar el proceso de envejecimiento y sus consecuencias son limitadas. Se concentra la atención de grupos etarios de adultos jóvenes y niños, dejando de lado la atención al adulto mayor, quienes son tratados como grupo homogéneo, independientemente de la edad, condicionando así una situación de vulnerabilidad en materia de atención, lo cual se traduce como un riesgo para la salud de esta población.

Los servicios de salud frente a la COVID-19 para el adulto mayor.

Los servicios de atención primaria siguen siendo los referentes⁵ especialmente porque representan un acceso rápido y continuado a los servicios de salud. Proteger la salud de la población y reducir su mortalidad en el contexto de la pandemia por COVID-19 requiere el mantenimiento y fortalecimiento de la atención primaria es necesaria, no sólo para una adecuada prevención, contención y atención de la epidemia, sino también para la atención y el cuidado del resto de problemas de salud que seguirán afectando a la población. Centrar todo el esfuerzo en el medio hospitalario supondrá un error dramático a largo plazo.

- a. En la actual fase de mitigación se considera necesario centrarse en enlentecer la difusión de la enfermedad, protegiendo a los grupos de mayor riesgo (colectivos con enfermedades previas o de mayor edad principalmente). Se tratará de reducir picos de utilización de los servicios sanitarios, de combinar el aislamiento domiciliario de los casos leves con cuarentena de las personas en contacto, y de limitar la movilidad (distanciamiento social) de las personas en riesgo.

Es posible realizar una parte de la atención sanitaria de forma virtual ante una pandemia de estas características. Esta atención a distancia debe complementarse con la asistencia presencial, en un Centro de Aislamiento COVID-19 o en el domicilio, en aquellos casos que precisen el contacto personal, ya sea por razones diagnósticas, terapéuticas, o de acompañamiento y cuidado.

Estas alternativas se organizarán de dos formas distintas:

- a. Diferenciando la atención a problemas respiratorios/infecciosos del resto de problemas en el mismo centro de atención primaria.
- b. Diferenciando los procesos en centros diferentes de la RISS Red de Servicios, de forma que unos centros atiendan exclusivamente a pacientes con síntomas respiratorios, mientras que el resto atiendan los demás problemas, generalmente, de forma alternante. Las demandas de atención serán derivadas a un centro u otro en función de sus características.

Para esta organización de servicios es imprescindible extremar las medidas de protección a profesionales sanitarios y de apoyo, tanto en el Centro de Aislamiento COVID-19 como en domicilio, especialmente ante síntomas sospechosos de enfermedad.

- **Fortalecer la protección:** El primer nivel de complejidad priorizará el registro, atención y seguimiento de enfermedades crónicas en adultos mayores de su área de influencia. Tendrá la capacidad de identificación precoz de síntomas de COVID-19 y la disponibilidad de Bolsa

⁵ Es reiterativo pero vale la pena recordar que los sistemas sanitarios con una Atención Primaria de Salud (APS) fuerte alcanzan mejores resultados a un menor coste. Esto se cumple aún más en situaciones de pandemia: uno de los argumentos fundamentales que justificaron la elaboración de una nueva Declaración para la APS (la declaración de Astana 13 de 2018), fue la demostración de su papel imprescindible en el abordaje de la epidemia de ébola de 2015. Su análisis demostraba que la respuesta sanitaria era dependiente del grado de competencia de su AP.

de tratamiento inicial. Se contará con líneas telefónicas gratuitas en la gerencia de Red de servicios de primer nivel priorizados, destinado al seguimiento de pacientes COVID-19 adultos mayores y articulación con cada uno de sus servicios.

- **Reforzar los servicios de salud:** Se dará énfasis en el primer nivel de complejidad. Se dotará de oxígeno en los centros de salud, medicamentos e insumos básicos para el distrés respiratorio inicial. Se deberá aumentar sus capacidades de conocimiento y manejo en bioseguridad y atención de pacientes adultos mayores con COVID-19 de acuerdo con su rol y según las etapas/fases de la enfermedad (infección temprana, fase pulmonar e hiper inflamación). Asimismo, se reforzará la articulación con las Brigadas de vigilancia comunitaria para esfuerzos conjuntos en relación con la detección y atención temprana.
- **Potenciar el cuidado en el hogar y residencias de adultos mayores:** Se elaborarán y difundirán los lineamientos específicos de prevención, detección y de atención de enfermos en esos ámbitos (establecimiento de rutas críticas). Dotación de insumos y disponibilidad de Bolsa de tratamiento inicial para las residencias. Articulación con medios de comunicación. Establecimiento de redes sociales de apoyo (comunicación e información mediante tecnología con programas de apoyo psicológico, nutricional y de actividad física). Enlace con otros actores (Gestión Social de las Gobiernos Departamentales).

Tabla Nº 14: Complemento nutricional “Carmelo” programado versus entregado por departamentos actualizado al 17 de junio de 2020.

Departamento	Cantidad programada	Cantidad entregada a los SEDES y CEASS	Saldo
Beni	5130	5130	0
Chuquisaca	8652	8652	0
Cochabamba	15180	15180	0
La Paz	48513	39309	9204
Oruro	7914	3636	4278
Pando	1177	1176	1
Potosí	6539	5388	1151
Santa Cruz	35198	35198	0
Tarija	6697	4056	2641
Total	135000	117725	17275

La adquisición fue realizada por el Banco Mundial.

La CEASS Nacional apoyo con la entrega del producto a la CEASS departamentales, estas coordinan con los SEDES.

Los SEDES han realizado la entrega en el mes de julio y se encuentran reportando la cantidad de beneficiarios.

Fuente: Plan Nacional “ABUELO TE QUIERO VIVO, QUÉDATE EN CASA”.

La tabla Nº 14 muestra la cantidad programada versus la cantidad entregada del complemento nutricional “Carmelo” entregado por departamentos a los adultos mayores.

Plan Nacional de Salud para Personas Adultas Mayores “Abuelo te quiero Vivo”.

En marzo de 2020, el Ministerio de Justicia aprobó la RM 30/2020, cuyo objeto es regular acciones de prevención y atención a personas adultas mayores señalando la aplicación y cumplimiento obligatorio para EESS, Centros de Acogida, asilos, residencias, geriátricos públicos o privados. Asimismo, dispone restricción de ingreso de personas externas a estos centros y plantea establecer medidas de prevención, protección, apoyo y resguardo a personas adultas mayores en estos establecimientos.

Objetivo general

Desarrollar un Plan Nacional de Salud para Personas Adultas Mayores, de carácter integral y que establezca mecanismos y acciones dirigidas a mitigar el impacto de la COVID-19.

Objetivos específicos

- Establecer mecanismos de atención y prestación de servicios en salud a la población adulta mayor en los diferentes niveles de atención y en centros de acogida COVID-19 de larga estadía.
- Fortalecer la detección temprana de casos en centros de acogida de larga estadía y fortalecer el establecimiento de medidas de prevención y bioseguridad.
- Desarrollar estrategias de promoción y prevención orientadas a proteger las condiciones en salud mental de las personas mayores, con intervenciones basadas en la familia y la comunidad.
- Fortalecer mecanismos de responsabilidad interinstitucional de las ETAs en su ámbito de competencia.

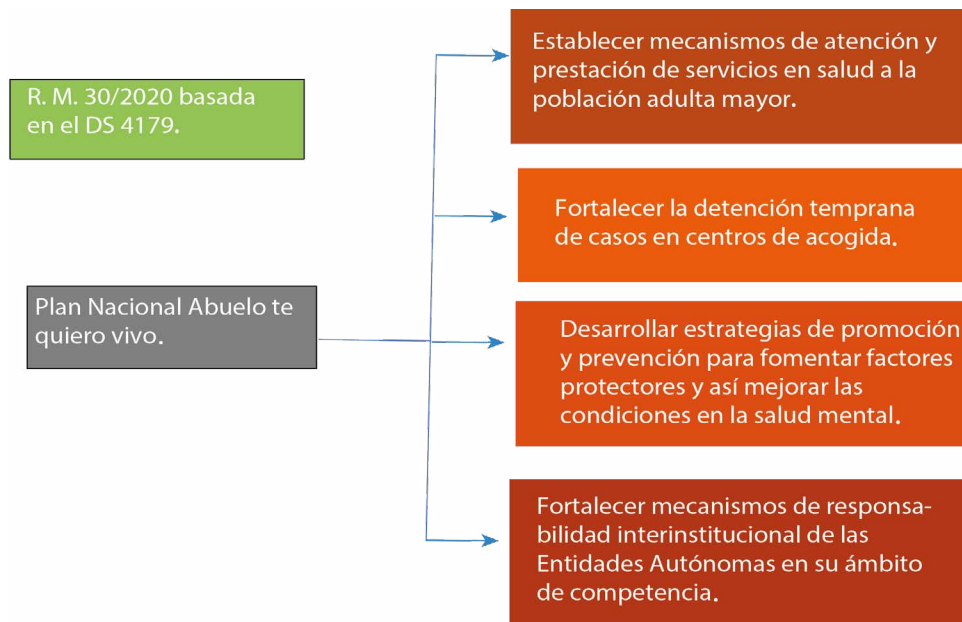
Línea Estratégica 1.- Abogacía y fortalecimiento del trabajo intersectorial para atender las necesidades de las personas mayores en salud, favoreciendo su calidad de vida y participación social.

Línea Estratégica 2.- Organización de la Oferta de Servicios en salud, sobre la base del modelo de atención integral de la persona adulta mayor, con oportunidad y continuidad de la atención en las redes de salud.

Línea Estratégica 3.- Elaboración y difusión de Documentos Regulatorios: normas técnicas, guías clínicas, orientaciones y protocolos que permitan mejorar la atención de los Centros de Acogida de larga estadía.

Línea Estratégica 4.- Implementación de intervenciones basadas en la familia y la comunidad que favorezcan el apoyo y cuidado del adulto Mayor en contextos de la COVID-19.

Figura Nº 14: Objetivos del Plan Nacional “Abuelo Te Quiero Vivo”.



La figura Nº 14 detalla los objetivos específicos del Plan Nacional “Abuelo te quiero vivo”.

Atención a la salud sexual y reproductiva

Debido a la epidemia el acceso a los servicios esenciales de Salud Sexual y Reproductiva (SSR) ha sido sustantivamente afectado, situación que aflige en particular a las mujeres y las niñas, y las expone a riesgos de salud prevenibles como embarazos no deseados y abortos inseguros. La prestación de servicios de SSR priorizará el acceso a la anticoncepción, salud sexual y prevención del cáncer del cuello uterino.

- **Acceso a la anticoncepción**
En vista que los métodos a más largo plazo (DIU) y métodos permanentes (ligadura de trompas y vasectomía) son menos demandados o interrumpidos se debe dispensar condones, anticoncepción oral o en inyectable y anticoncepción de emergencia. Se proporcionará suministros para varios meses con información clara sobre el método y cómo acceder a la atención en caso de reacciones adversas.
- **Consejería en SSR, y planificación familiar.**
Se brindarán mensajes apropiados para tener relaciones sexuales seguras y consensuadas durante los períodos de autoaislamiento.
- **Detección y prevención del cáncer de cuello uterino.**
Se impulsará la vacunación contra el Virus del Papiloma Humano en la población a riesgo.

Atención a la Salud Mental

Las consecuencias directas e indirectas de la epidemia como el aislamiento social, la actividad física reducida, etc. impactan la salud mental pudiendo producir una variedad de trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias. Entre estos podemos mencionar trastornos depresivos, trastornos de ansiedad, trastornos por consumo de alcohol y drogas, trastorno de duelo prolongado, psicosis, trastornos de estrés postraumático y tendencias suicidas.

Para abordar la salud mental se realizarán las siguientes actividades:

- Promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias. Esto se logrará brindando información sobre métodos de afrontamiento positivos por un lado y por otro apoyando entornos de aprendizaje enriquecedores para niños y jóvenes confinados en casa. De la misma forma, se apoyará actividades que ayuden a los adultos mayores aislados a mantenerse conectados con los demás.
- Atención, seguimiento y control de pacientes en domicilio con trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias. Para esta actividad se asegurará la dispensación de medicamentos por tiempos más prolongados y la referencia a servicios especializados cuando corresponda.

Atención a la salud de las naciones y pueblos indígenas originarios campesinos, con enfoque intercultural.

El Estado boliviano reconoce y protege la diversidad étnica y cultural, así como las naciones y pueblos indígenas originario-campesinos. Igualmente asume la interculturalidad como el respeto por las diferencias culturales y el esfuerzo deliberado por construir mecanismos que las integren a partir del reconocimiento de los saberes, prácticas y medios tradicionales, alternativos y complementarios.

Los pueblos indígenas son agrupaciones que se encuentran afectadas en mayor medida por los determinantes sociales de la salud, lo que genera una mayor vulnerabilidad no solamente frente a la COVID-19 sino también a otras patologías. Esto lleva a la necesidad de definir orientaciones específicas que permitan la atención integral de salud, especialmente en una situación de emergencia sanitaria.

Para los pueblos indígenas las orientaciones frente a la epidemia deben contemplar dos características: a) la vulnerabilidad epidemiológica, b) la atención médica respetando el contexto intercultural.

En este grupo además de seguir las indicaciones para la población en general, de manera característica se realizarán las siguientes actividades:

- Promover la vigilancia comunitaria definiendo actores de las comunidades indígenas (líderes, jilaqatas, entre otros) para la notificación y reporte inmediato.
- Garantizar la información en salud según la cosmovisión y respetando los usos y costumbres de cada grupo indígena, en lo posible en su lengua propia y con lenguaje claro y sencillo que facilite la interacción y la comprensión efectiva de los mensajes.
- Permitir, en el marco de la atención integral en salud, el uso de prácticas tradicionales, siempre y cuando éstas no representen un riesgo para la salud e integridad del paciente.
- Limitar el desarrollo de actividades comunitarias o de asistencia masiva, reprogramándolas sin perjuicio de sus usos y costumbres.

Mejoramiento de la capacidad resolutive del primer nivel de atención

Será imprescindible el mejoramiento de la capacidad resolutive del primer nivel de atención para responder a la epidemia y otras morbilidades con el fin de disminuir la demanda a los hospitales de referencia y evitar su saturación. Se organizará un primer nivel de atención mejorado, descentralizando algunas actividades de los hospitales de referencia a los primeros niveles de atención. Además, será importante la reorganización de los servicios, como por ejemplo concentrando al personal de salud de la red, (incluyendo el especializado) en centros de salud estratégicos, que cuenten con apoyo diagnóstico (laboratorios, Rayos X, Ecografía). Esta medida no sólo asegura un nivel resolutivo mejorado sino también la permanencia en el servicio de salud 24/7 para la atención de COVID-19 y referencias.

Se organizará un programa de capacitación en las siguientes áreas:

Atención del parto e intervenciones obstétricas menores

- Atención de parto domiciliario cuando existan las condiciones.
- Parto asistido con oxitócicos, utilización de maniobras en las distintas presentaciones, etc.
- Intervenciones menores de obstetricia: retención placentaria, hemorragias, etc.

Emergencias pediátricas y recuperación nutricional

- Atención de emergencias pediátricas: reanimación neonatal, tratamiento de neumonías, etc.
- Rehabilitación del niño desnutrido agudo.

Atención de emergencias con nivel de resolución mejorado

- Reducción de fracturas simples, tratamiento de quemaduras (primer y segundo grado), tratamiento no invasivo de vólvulos intestinales. etc.

Atención a personas con discapacidad

- Desarrollo de destrezas personales
- Prevención de accidentes y caídas
- Nutrición saludable
- Autocuidado

Atención y seguimiento de pacientes a distancia (Telemedicina)

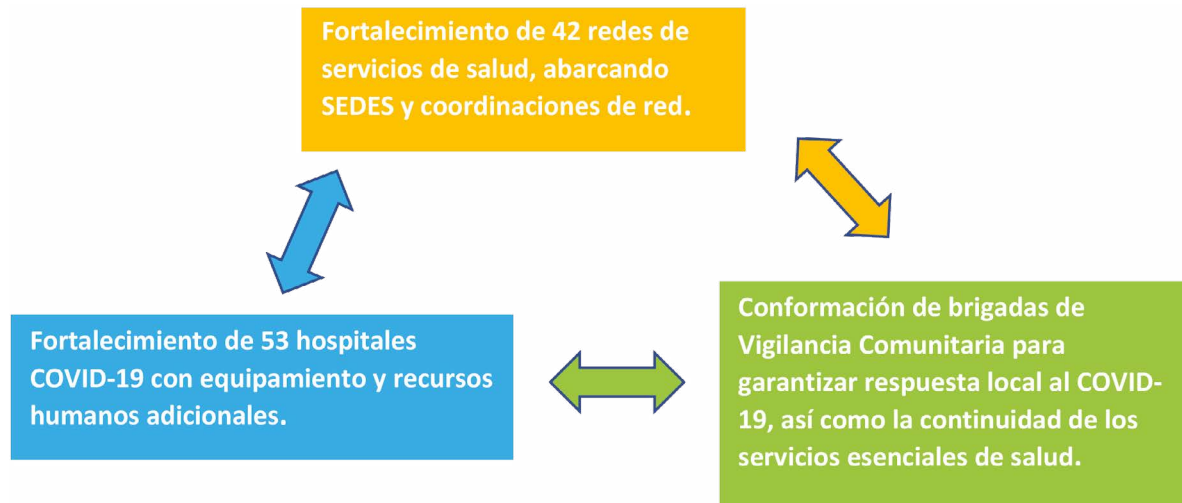
Una manera muy efectiva de lograr la interconexión y comunicación de servicios de salud y la población a través de medios virtuales es la *telemedicina*, que permitirá por un lado evaluar los casos sospechosos de COVID-19 y guiar el diagnóstico y el tratamiento; y por otro lado garantizar el seguimiento y control de la población que necesite la provisión de servicios esenciales de salud. De ese modo las actividades de telemedicina se concentrarán en la teleconsulta, teletriaje y teleseguimiento.

Para esta actividad se prevé:

- a) Instalar centros de llamadas (call centers) para la atención de las consultas de la comunidad
- b) El uso de la aplicación WhatsApp (tele mensajes) por parte del personal de los servicios de salud y de las Brigadas de vigilancia comunitaria para el control y seguimiento de los pacientes.

Por un lado, se realizará el seguimiento de las personas que están en aislamiento domiciliario, a fin de verificar la condición de salud en caso de encontrar alguna alteración en la salud. Por otro lado, se hará el seguimiento de los grupos a riesgo como mujeres gestantes, adultos mayores, pacientes con ENT, etc. para disponer de la atención domiciliaria o institucional según su condición.

Figura N° 14: Objetivos de la Adecuación de los Servicios de Salud.



La figura N° 14 resume los diferentes objetivos de la adecuación de los servicios de salud.

B.3. Manejo de casos y Protocolos COVID-19

Se describen 4 fases de evolución de la pandemia según la cantidad de casos y la forma de transmisión de la enfermedad, aplica al nivel nacional, departamental, de las RISS y/o municipales.

Fase 1. Inicial o de preparación: En esta fase todavía no se registran casos positivos, y si existieran casos sospechosos; éstos dan un resultado negativo en el laboratorio.

Fase 2. Casos importados: En esta fase se registra el primer (o primeros) caso(s) que tienen las características de ser todos ellos importados. En esta fase no hay transmisión de una persona a otra dentro del territorio definido para el análisis.

Fase 3. Transmisión local: Para todos o para la gran mayoría de los casos positivos diagnosticados, se tiene la posibilidad de identificar la persona de donde vino el contagio.

Fase 4. Transmisión comunitaria sostenida: En esta fase ya no es posible definir claramente quién o de dónde proviene la fuente del contagio de los casos positivos que se diagnostican.

Tabla N° 15: Manejo según tipos de casos para cada fase de la pandemia.

FASES DE LA PANDEMIA	Tipo de Caso		
	Casos Sospechosos	Casos Confirmados	Contactos de Casos Confirmados
Fase 1 Preparación (Sin casos confirmados)	<ul style="list-style-type: none"> •Triaje •Toma de muestra •Aislamiento individual en domicilio 	No aplica	No aplica
Fase 2 Casos importados	<ul style="list-style-type: none"> •Triaje •Toma de muestra •Aislamiento individual, en domicilio o en establecimiento de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> •Realizar valoración clínica de la gravedad y factores de riesgo. •Aislamiento de casos leves en centros de aislamiento. •Internación de casos moderados y graves en hospitales designados. 	<ul style="list-style-type: none"> •Cuarentena en domicilio •A ambos, Monitoreo de contactos directos e indirectos por Brigadas de vigilancia comunitaria (Anexo N° 28). •Toma de muestra a contactos directos de muestra después del día 7. Sujeto a Disponibilidad de pruebas, priorizando población vulnerable.
Fase 3 Transmisión local	<ul style="list-style-type: none"> •Triaje y búsqueda activa por zonas. •Aislamiento individual en establecimiento de salud o centro de aislamiento. •Toma de muestra. 	<ul style="list-style-type: none"> •Realizar valoración clínica de la gravedad y factores de riesgo. •Aislamiento de casos leves en centros de aislamiento. •Internación de casos moderados y graves en Hospitales. 	<ul style="list-style-type: none"> •Cuarentena en domicilio •A ambos, Monitoreo de contactos directos e indirectos por Brigadas de vigilancia comunitaria. •Toma de muestra a contactos directos de muestra después del día 7. Sujeto a Disponibilidad de pruebas, priorizando población vulnerable.
Fase 4 Transmisión comunitaria sostenida	<ul style="list-style-type: none"> •Triaje (llegada de casos a establecimientos de salud). •Toma de muestra en servicios de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> •Realizar valoración clínica de la gravedad y factores de riesgo. •Aislamiento de casos leves en centros de aislamiento. •Internación de casos moderados y graves en Hospitales. 	<ul style="list-style-type: none"> •Identificación de contactos directos (familiares o convivientes). •Cuarentena en domicilio. •Toma de muestra a contactos directos de muestra después del día 7. Sujeto a Disponibilidad de pruebas, priorizando pob. con factores de riesgo.

La tabla N° 15 muestra el manejo según tipos de casos para cada fase de la pandemia.

Todos los establecimientos deben estar preparados frente a un gran aumento del número de casos COVID-19. Deben estar capacitados para el diagnóstico, aislar y derivar a los pacientes de acuerdo con el cuadro clínico al Centro de Aislamiento COVID-19, acorde a la Norma Nacional de Referencia – Contra referencia.

Dentro de los **criterios clínicos** se debe hacer una completa anamnesis de los antecedentes de **enfermedades crónicas** subyacentes como enfermedades; cardiovascular, afecciones pulmonares crónicas, insuficiencia renal, trastornos asociados a inmunosupresión, diabetes, cáncer, hipertensión – dado que la COVID-19 afecta más severamente a las personas con enfermedades prevalentes - y evaluar el riesgo del paciente en relación con su edad.

Se debe aplicar el protocolo correspondiente mencionado en la Guía rápida de manejo de pacientes con COVID-19 (Ver Guía Rápida de Manejo de Pacientes con COVID-19 Disponible en <https://www.minsalud.gob.bo/8-institucional/4154-guias-para-el-manejo-del-covid-19-ministerio-de-salud>)

Esquema terapéutico/Manejo de Casos

El Ministerio de Salud ha emitido una guía de manejo de pacientes COVID-19 (Anexo)

Figura N° 15 Manejo de casos según tipos de casos

Manejo ambulatorio	Muy leves
Internación en C de recuperación	Asintomáticos leves
Internación en 1er. nivel	Leves con factores de riesgo
Hospitalización en 2do. nivel	Moderados
Hospitalización en 3er. nivel	Severos
Hospitalización en UTI	Graves

Guías y protocolos oficiales

La figura N° 15 muestra cómo se deben manejar los casos según los diferentes tipos de casos.

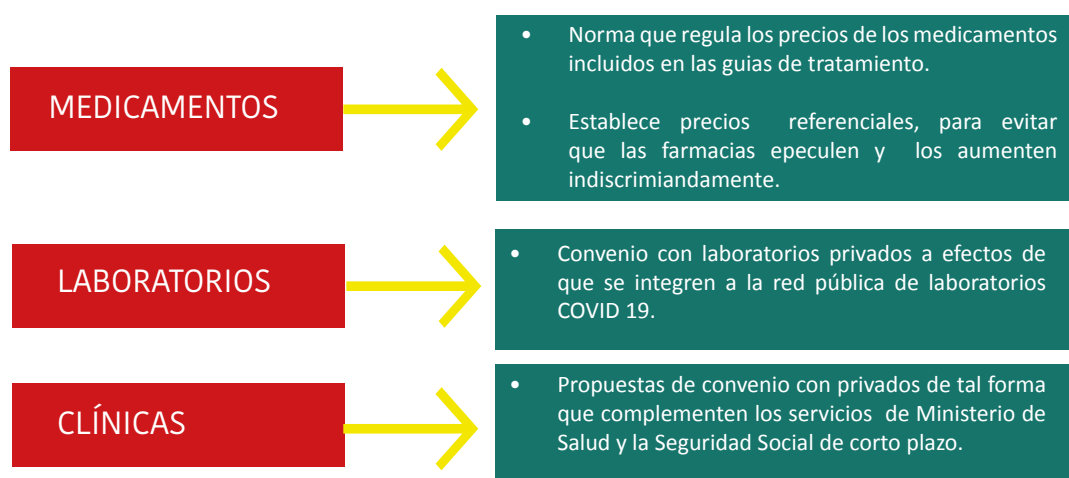
Regulación

- **Medicamentos**
Se ha emitido una norma que regula los precios de los medicamentos incluidos en las guías de tratamiento. Dicha norma establece precios referenciales para impedir que las farmacias especulen y aumenten indiscriminadamente los precios.
- **Laboratorios**
Se ha elaborado un proyecto de convenio con laboratorios privados a efectos de que se integren a la red pública de laboratorios de COVID-19.
- **Hospitales Privados**
Igualmente se ha elaborado una propuesta de Convenio con Clínicas privadas de tal forma que puedan complementar los servicios del Ministerio de Salud y la Seguridad Social de corto plazo.
- **Tratamientos alternativos, ensayos e investigaciones terapéuticas.**

El Ministerio de Salud ha emitido el Instructivo **MS/DPCH/IN/38/2020**, que establece:

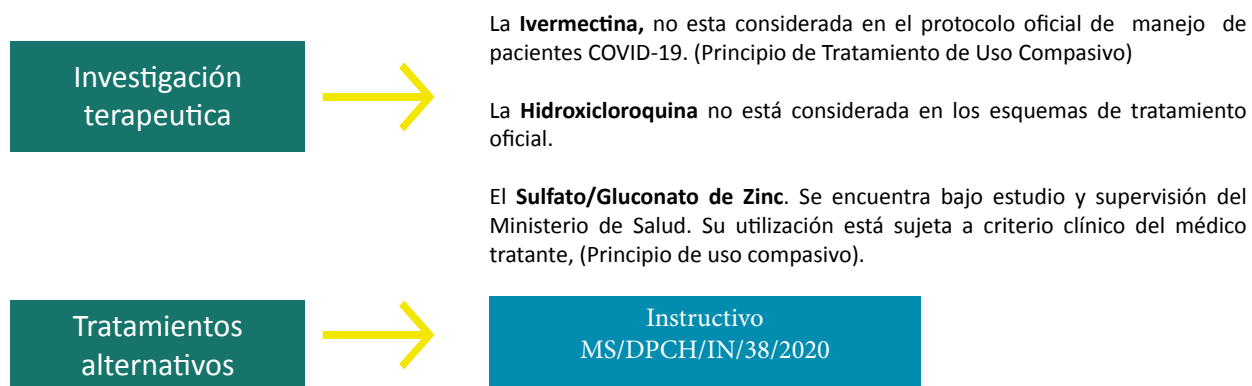
- La Ivermectina no está considerada en el protocolo oficial de manejo de pacientes COVID-19 del, su uso sólo estará sujeto al principio de "tratamiento de uso compasivo", en la primera fase de la enfermedad, a dosis adecuada, sujeto a criterio clínico del médico tratante, bajo prescripción médica y protocolo registrado en el Ministerio de Salud y con seguimiento estricto de pacientes, (Circular AGEMED-41-2020).
- El Sulfato/Gluconato de Zinc. Se encuentra bajo estudio y supervisión del Ministerio de Salud. Su utilización está sujeto a criterio clínico del médico tratante, bajo el principio "de uso compasivo" y con seguimiento estricto de la evolución del paciente, hasta contar con resultados concluyentes.
- Dióxido de cloro. Por la evidencia de los efectos colaterales nocivos y riesgos de intoxicación está prohibido el uso de este producto en todo el territorio nacional.
- Hidroxicloroquina. No está incluido en los esquemas del Ministerio de Salud.

Figura Nº 16: Normas y Convenios que regulan los medicamentos, laboratorios y clínicas.



La Figura Nº 16 muestra cuáles son las Normas y Convenios que regulan los medicamentos, laboratorios y clínicas.

Figura Nº 17: Regulación de los medicamentos alternativos y en investigación.



La Figura Nº 17 muestra como la Ivermectina, la Hidroxicloroquina y el Sulfato/Gluconato de Zinc son regulados.

C. RECUPERACIÓN POST PICO EPIDÉMICO COVID-19

C.1. Transformación para el escenario Post pico epidémico COVID-19

La Epidemia de la COVID-19 ha impactado de manera profunda la sociedad boliviana provocando una crisis socioeconómica sin precedentes. En términos sanitarios, el impacto directo de la pandemia en la salud y en la vida de las personas es enorme. La epidemia de la COVID-19 ha desnudado la debilidad del Sistema de Salud boliviano, pero presenta una oportunidad para repensar, transformar y afianzar el Sistema de Salud para los próximos años.

El logro de dicha transformación obliga a remodelar el Sistema de Salud asentado en la APS como fundamento sobre él que se articule el resto del Sistema de Salud.

Luego de superar el pico y meseta de la epidemia será necesario implementar medidas de ajuste al Sistema de Salud dada la insuficiencia e inaplicabilidad de las medidas regulares anteriores a la epidemia.

El Sistema de Salud deberá refundarse en un Modelo de Atención de base poblacional, territorial y universal. Un modelo que fortalezca la prevención de enfermedades al mismo tiempo que mantenga y promueva la salud. Un modelo que mejore la cobertura pero que también reduzca las inequidades en el acceso. Se renueva la necesidad de la salud comunitaria. No sólo para ir en busca de los casos sospechosos de COVID-19 y monitoreo de contactos, sino para garantizar que la población de mayor riesgo reciba los servicios esenciales sin los cuales la morbilidad y mortalidad crecerían sin control.

Servicios de calidad, Integrales, Integrados, continuos y primer nivel de atención con mayor capacidad resolutive.

Los Servicios de Salud resilientes están basados en una APS y un primer nivel de atención robusto. Es fundamental tener un enfoque sistémico en el cual debemos integrar todos los niveles para garantizar la continuidad y oportunidad de la atención. Los Hospitales deben ser definidos en función y articulación con las RISS y verse como proveedores de los servicios de salud, atendiendo referencias y contra refiriendo efectivamente.

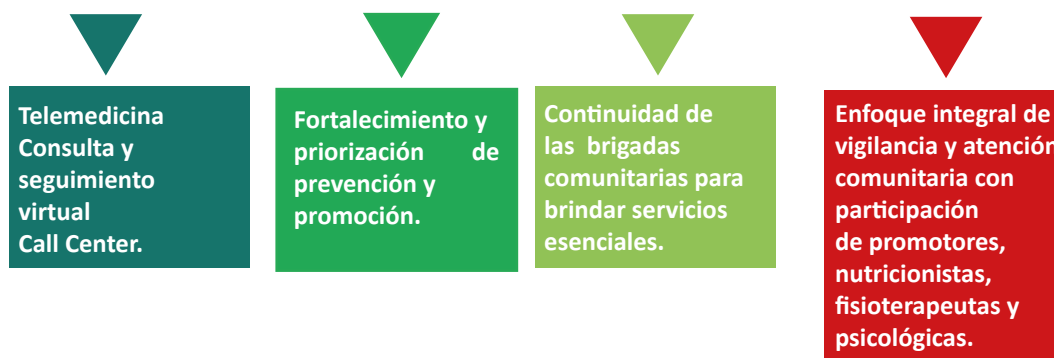
Se deberá ampliar e intensificar los servicios comunitarios para atender a la población que acudía de modo regular a los servicios y que se ha reducido en más de 30% (sea por temor a ser contagiado o por limitaciones de desplazamiento como los adultos mayores y embarazadas).

Tal como se ha presentado en páginas anteriores de este documento será necesario desarrollar y ampliar:

- La consulta Virtual utilizando telefonía, whatsapp, telemedicina, etc.
- Fortalecer la Labor de Prevención y Promoción.
- Garantizar la permanencia de las Brigadas de vigilancia comunitaria dándoles integralidad y recursos para que puedan brindar atención de los servicios esenciales.
- Reconducir el enfoque de “Rastrillaje” hacia un enfoque integral dentro de la vigilancia comunitaria de acuerdo con el instructivo MS/DPCH/IN/40/2020:

- » Orientación en prácticas de Higiene Básica para la prevención de la infección de COVID-19 como lavado de manos, higiene respiratoria, higiene para ingresar al domicilio.
 - » Medidas de prevención para los contactos.
 - » Medidas de prevención para las personas que conviven en el domicilio.
 - » Recomendaciones para personas responsables de los cuidados de pacientes positivos.
 - » Recomendaciones para las personas que realizan la limpieza.
 - » Orientaciones de cómo preparar soluciones desinfectantes.
 - » Orientación sobre los riesgos de la automedicación y sus consecuencias.
 - » Detección de personas de riesgo (adultos mayores, co-morbilidad-discapacidad, etc).
 - » Orientación y apoyo psicológico.
 - » Coordinación con la medicina tradicional en sus respectivas áreas de influencia.
 - » En los Centros de Salud de 24 horas podrán internarse pacientes con sintomatología leve, sin signos de insuficiencia respiratoria.
 - » Los pacientes con distres respiratorio deberán referirse al segundo nivel.
- Los establecimientos y las Brigadas de vigilancia comunitaria deberán brindar atención a la familia y no solamente al demandante de atención. Igualmente deberán desarrollar una mayor interacción con la población y las organizaciones de base a efectos de vincularlos activamente a las acciones de educación, promoción de salud y prevención de enfermedades.
 - Mejorar la Calidad en el Trato para incrementar la adherencia y confianza en los servicios de salud.
 - Proporcionar un apoyo psico emocional a la población en general para reducir el impacto en la salud mental producido por los meses de enclaustramiento y temor a la enfermedad, así como los efectos de la pérdida de seres queridos.
 - Reorientar los servicios, adecuándolos a las nuevas demandas y necesidades de la población, incluyendo los pobladores que superaron de la COVID-19 pero quedaron con secuelas y discapacidades.
 - Promocionar estilos de vida saludables que reduzcan la prevalencia de enfermedades crónicas tales como obesidad, HTA y DM de tal forma de reducir el riesgo a formas severas de COVID-19.

Figura Nº 18: Cuidado de la salud con base en estrategia de APS.



La figura N° 18 muestra los cuidados de la salud centrado en la persona, familia y comunidad con base en estrategia de APS.

C.1.1. Reimpulso de la Estrategia de Atención Primaria de la Salud

El Modelo de Atención de base poblacional, territorial y universal. Un modelo que fortalezca la prevención de enfermedades al mismo tiempo que mantenga y promueva la salud. Un modelo que mejore la cobertura, pero que también reduzca las inequidades en el acceso. Asimismo, se deberá fortalecer las Coordinaciones de red de salud, en particular aquellas compuestas por pequeños municipios con débil capacidad de gestión sanitaria.

Las actividades de vigilancia epidemiológica a través de las Brigadas de vigilancia comunitaria deberán ser reforzadas y sostenibles en el periodo post pico epidémico de la COVID-19 para controlar posibles nuevos brotes epidemiológicos y atender a las consultas domiciliarias de la población.

C.1.2. Telemedicina

Las tecnologías digitales de información y comunicación son fundamentales en un contexto post pico epidémico de COVID-19 y de Recuperación. Estas herramientas digitales permitirán un acceso fácil y seguro a servicios esenciales que han sido y continuarán limitados en tanto se mantengan los casos COVID-19.

Es necesario intensificar el uso de esta herramienta para poder dar respuestas a las necesidades de los segmentos vulnerables de la población que por distintas razones no acudirán en la magnitud previa a los servicios regulares. La Telemedicina puede utilizar vídeo llamadas a través de teléfono y plataformas extendidas como whatsapp y zoom.

C.1.3. Fortalecimiento de Rectoría y de capacidades técnicas en el Ministerio de Salud.

El nuevo escenario post pico epidémico COVID-19 hace aún más evidente la necesidad crítica de Rectoría y Gobernanza en el Sistema Público de Salud boliviano. La COVID-19 ha desnudado la perversa fragmentación entre los diferentes niveles de gobierno, así como la segmentación en tres subsistemas. Para resolver esa gran debilidad es fundamental el desarrollo de Capacidad Técnica en el Ministerio de Salud y los SEDES. En un contexto de una legislación que privilegia la descentralización y autonomía tanto a nivel departamental como municipal resulta clave fortalecer condiciones esenciales de rectoría.

La dinámica política reciente, con el cambio de régimen y asunción de un gobierno transitorio a fines del 2019, hace más urgente resolver la fragmentación y segmentación en el Sistema de Salud boliviano. Resulta fundamental un enfoque que alinee las políticas y planes, como los asociados a la Contención y Mitigación de la epidemia de COVID-19. Igualmente se debe buscar fortalecer la autoridad y dirección a cargo de las Gobernaciones (incluyendo SEDES y Coordinaciones de red de salud) y Municipios dado que son las autoridades a quienes corresponde asumir las responsabilidades frente a la población.

Reestructuración del Sistema de Salud y Reorganización del Ministerio.

La Respuesta a la COVID-19 plantea la revisión de los Sistemas de Salud a nivel mundial de tal forma de adaptarlos o transformarlos a efectos de resolver las grandes dificultades para la contención y mitigación efectivas. La Respuesta a la epidemia COVID-19 es una oportunidad para catalizar transformaciones que han sido largamente visionadas.

Países con Sistemas de Salud con Acceso Universal, integrados, han enfrentado mejor la epidemia. Igualmente, países con una estrategia de APS (Promoción, Prevención, Recuperación, Rehabilitación) y un primer nivel de atención con mayor capacidad resolutive no han sufrido el colapso de los servicios hospitalarios. El Sistema resiliente deberá estar estructurado no sólo para resolver la epidemia actual, sino para enfrentar futuros desafíos. El Sistema deberá entonces refundarse en APS, un Modelo de Atención de base poblacional, territorial y un primer nivel de atención robusto.

Reorganización del Ministerio de Salud

Mediante Decreto Supremo Nº 29894 de 07 de febrero de 2009, el Estado Plurinacional de Bolivia, aprueba la estructura organizativa del Órgano Ejecutivo, consecuentemente la *Estructura Organizacional del Ministerio de Salud*.

En fecha 4 de junio del año en curso, mediante Decreto Supremo Nº 4257, se modifica la Estructura Organizacional del MINISTERIO DE SALUD.

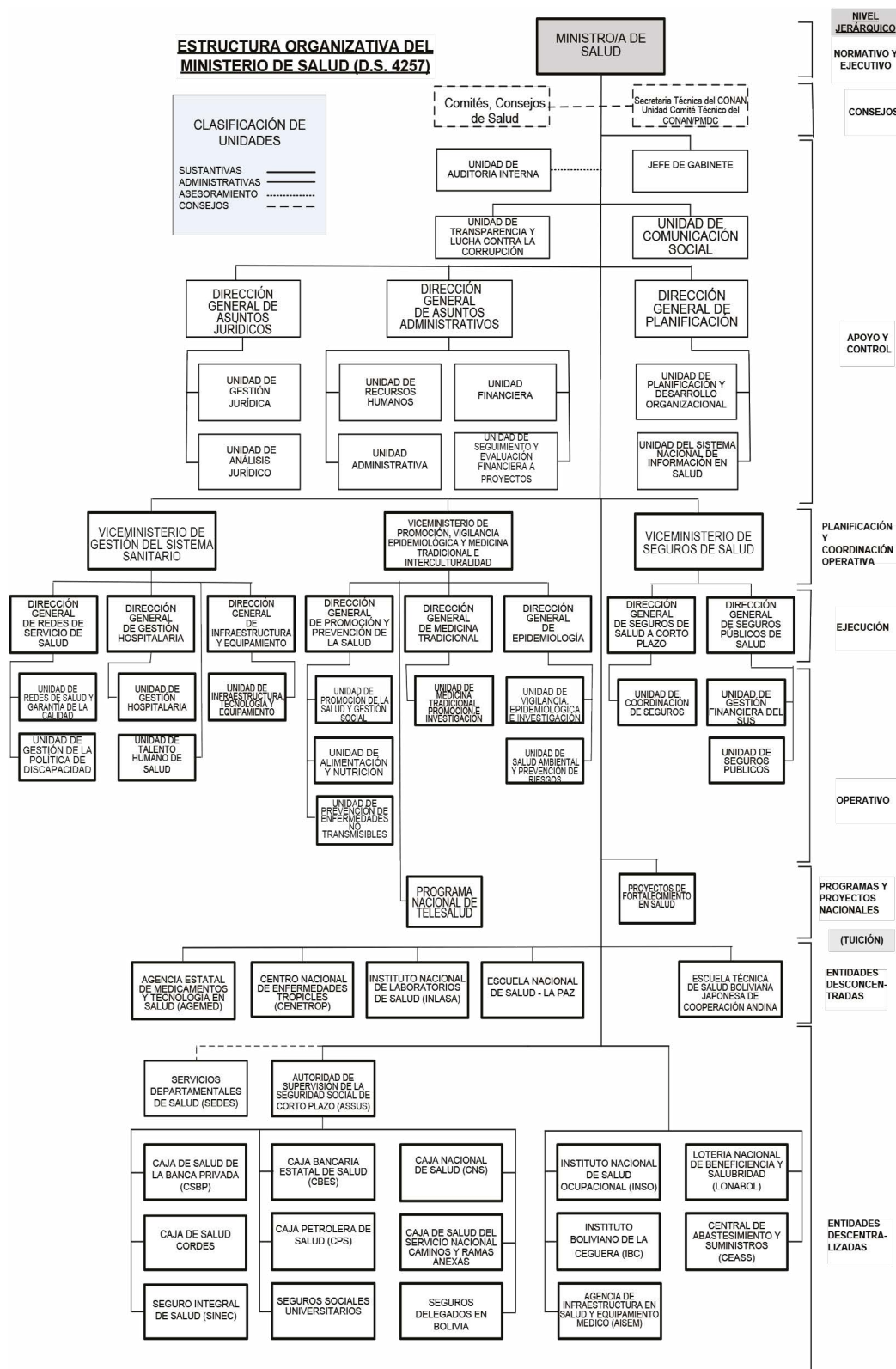
Figura Nº 19: Estructura organizacional del Ministerio de Salud según D.S. 4257/2020.



La figura Nº 19 muestra la Estructura organizacional del Ministerio de Salud aprobada por Decreto Supremo 4257/2020.

Con la Resolución Ministerial Nº 0355 de 23 de julio de 2020, se aprueba la siguiente Estructura Organizacional del Ministerio de Salud.

Figura N° 20 Estructura Organizativa del Ministerio de Salud según D.S. 4257/2020



Aprobado por:
MINISTRO/A DE SALUD

En cumplimiento a la norma básica del Sistema de Organización Administrativa, se aprueba conjuntamente el plan de implementación de acuerdo con el siguiente detalle:

- Objetivos
- Estrategia de implantación general.
- Etapa preparatoria.
- Reubicación de las unidades organizaciones de acuerdo con la nueva estructura organizativa del Ministerio de Salud aprobada y actualización de los manuales, reglamentos.
- Elaboración y Actualización del Manual de Organización y Funciones (M.O.F.).
- Actualización del Sistema de Correspondencia SOFCOM.
- Elaboración y Actualización del Manual de Puestos (M.P.).
- Actualización de los Reglamentos Específicos y Reglamentos Internos que requieran de actualización.
- Etapa de *seguimiento*.

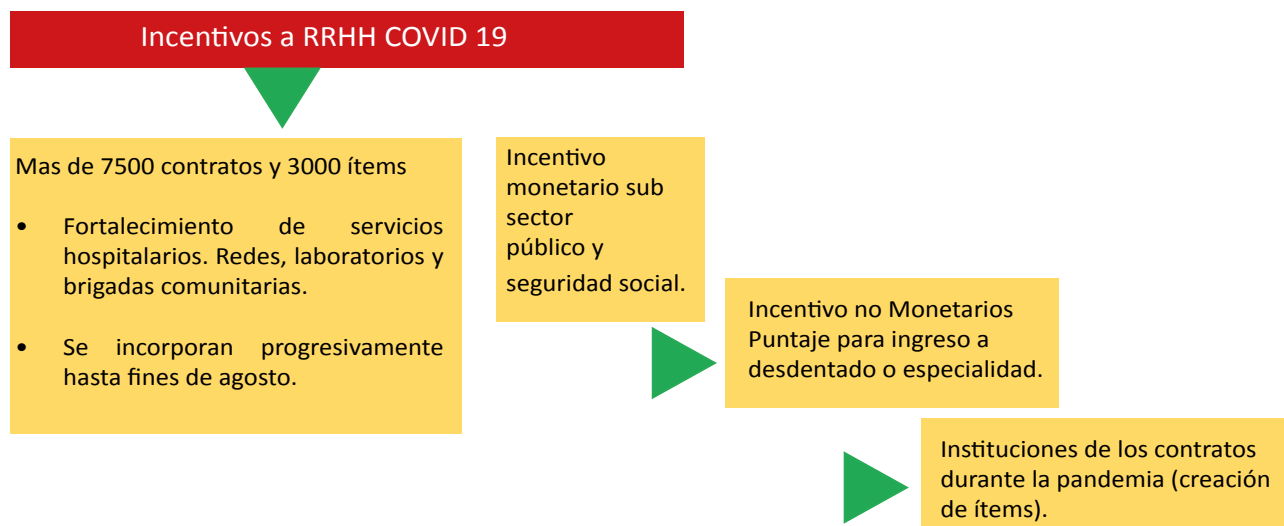
La implementación de este Plan de Contención Mitigación y Recuperación post confinamiento en respuesta al COVID-19 se tiene prevista en un plazo de 4 meses.

C.1.4. Fortalecimiento de los RR.HH. en salud

Si bien se han establecido niveles salariales adecuados para todos los médicos, enfermeras y personal de salud de Hospitales, Centros de Aislamiento COVID-19 y Brigadas de Vigilancia Comunitaria, el riesgo que significa estar en primera línea, en muchos casos el estrés y la preocupación del peligro que se corre de ser contagiados influye en la decisión de los trabajadores de salud de seguir o no en su puesto de trabajo, razón por la cual se deben desarrollar y elaborar incentivos apropiados.

Para promover la permanencia del RR.HH. COVID-19 es importante desarrollar un plan de incentivos (monetarios y no monetarios). Igualmente se deberá gestionar recursos presupuestales que puedan asegurar la permanencia del capital humano necesario para continuar con la Contención y Mitigación de la COVID-19 en los establecimientos de salud de todos los niveles de atención.

Figura Nº 21: Incentivos a RRHH COVID-19.



La figura Nº 21 muestra los diferentes incentivos establecidos para los RRHH COVID-19.

C.2. Apoyo psicosocial frente a la COVID-19

Durante la crisis COVID-19 los problemas de salud mental han ido creciendo y según las proyecciones de la OPS/OMS persistirán en prevalencia y severidad en el periodo post pico epidémico. El confinamiento, el distanciamiento social, las pérdidas de seres queridos o miedo a perderlos, la situación social, económica, educativa, incluso la carencia de oxígeno y otros insumos están generando problemas adaptativos y de salud mental que deben ser abordados prioritaria y oportunamente.

Para responder a esta situación surge la psicología de la emergencia enfocada en el estudio del comportamiento humano antes, durante y después de estas situaciones inesperadas. Se debe prevenir, intervenir, rehabilitar, así como minimizar el impacto psicológico en personas afectadas y familiares, profesionales sanitarios, personas con problemas psicológicos y en toda la población.

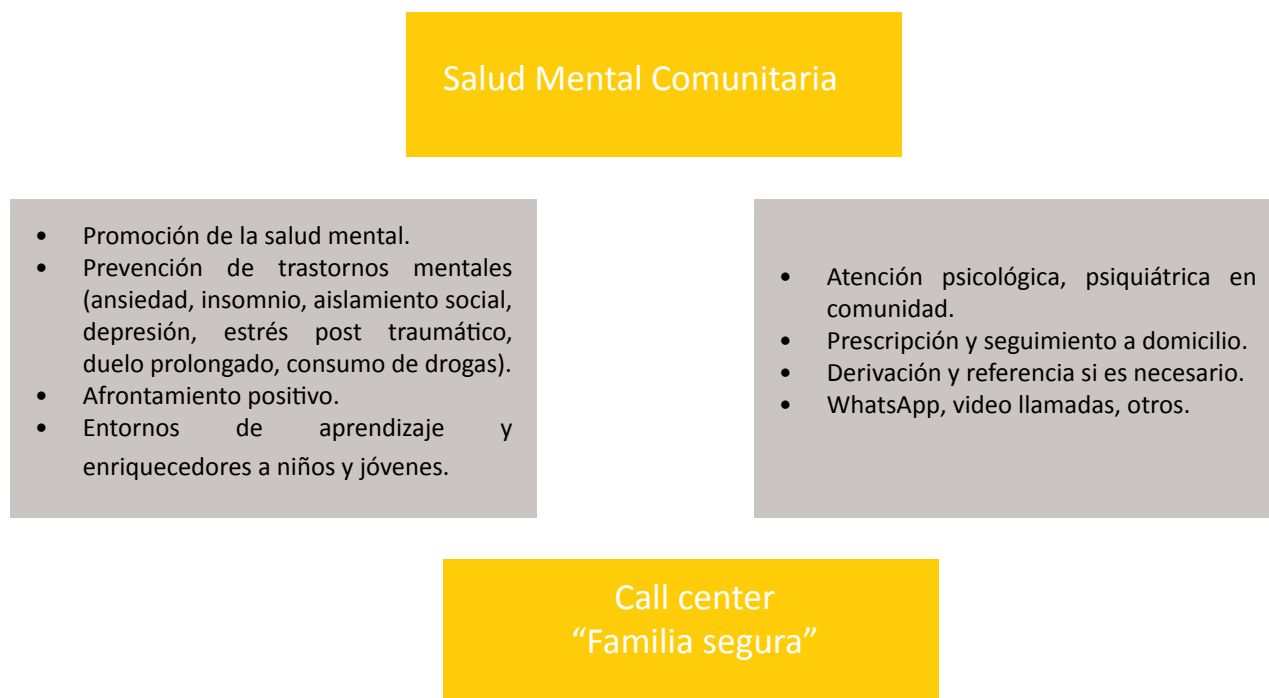
En la lucha contra la pandemia de la COVID-19 el personal de salud es el más expuesto a un alto riesgo de sufrir la infección de la COVID-19 y a consecuencia de ello puede experimentar problemas tales como estrés, ansiedad, síntomas depresivos, insomnio, entre otros. Asimismo, enfrenta una enorme presión de trabajo y por ello siente frustración, sufre discriminación, agotamiento físico y mental. Estos problemas afectan la calidad de atención, su capacidad de comprensión clínica y sus habilidades en la toma de decisiones ; y pueden tener un impacto significativo en su bienestar y calidad de vida. Por lo tanto, es muy importante establecer medidas de protección de la salud mental del personal de salud.

De la misma manera, la pandemia por la COVID-19 tiene un impacto psicológico en la población en general, con consecuencias en la salud física y mental, que podrían estar caracterizadas por incertidumbre, insomnio, ira, temor a ser infectado, aumento del consumo de drogas, aislamiento social, ansiedad, estrés post traumático, depresión, somatización y el miedo a la pérdida de la salud. Por estas razones se debe poner especial atención en la población vulnerable: pacientes, sus familias y el personal de salud que les brinda cuidado, personas con condiciones físicas y trastornos mentales preexistentes.

A nivel de la población en general las RISS a través de las Brigadas de Vigilancia Comunitaria serán responsables de proporcionar atención psicoemocional a la comunidad, con preferencia a los grupos vulnerables. Igualmente deberán detectar las necesidades y derivar las personas a atenciones especializadas en psicología y/o psiquiatría a través de consultas virtuales.

Respecto a la población de adultos mayores, una de las mejores prácticas consiste en compartir con ella información sencilla y clara sobre cómo reducir el riesgo de infección. Además, los cuidadores, familiares y personas del entorno tienen que ser muy pacientes con ella al momento de comunicar estos hechos. Dado que las personas mayores tienen un acceso limitado a aplicaciones móviles como WhatsApp, la información debe ser de fácil acceso y citando a diferentes fuentes oficiales de confianza para disminuir la posibilidad de generar angustia y temor. La aplicación de los principios de la Comunicación de Riesgo es altamente recomendada.

Figura N° 22: Características de la salud mental comunitaria.



La figura N° 22 muestra las principales características de la salud mental comunitaria.

C.3. Continuidad de la provisión de servicios esenciales de salud a la población en escenario post pico epidémico COVID-19.

Los sistemas de salud de todo el mundo enfrentan el desafío de la creciente demanda de atención de las personas con COVID-19, agravado por el miedo, el estigma, la desinformación y las limitaciones de desplazamiento que interrumpen la prestación de servicios de salud para todas las condiciones.

Cuando los sistemas de salud están abrumados y las personas no pueden acceder a la atención necesaria, tanto la mortalidad directa por un brote y la mortalidad indirecta por enfermedades prevenibles y tratables aumentan drásticamente.

Es clave mantener la confianza de la población en la capacidad del Sistema de Salud para satisfacer de manera segura las necesidades esenciales y controlar el riesgo de infección en los establecimientos de salud para garantizar un comportamiento adecuado de búsqueda de atención y el cumplimiento de los consejos de salud.

La capacidad de cualquier sistema para mantener la prestación de servicios de salud esenciales dependerá de su carga de enfermedad de base, la fase de transmisión de COVID-19 y la respuesta a medida que evoluciona la pandemia. La APS proporciona una base fundamental para adaptarse al contexto de la pandemia y sostener la cobertura de salud. Un bien organizado y preparado Sistema de Salud tiene la capacidad de mantener un acceso equitativo a los servicios de salud esenciales de alta calidad en emergencia, limitando la mortalidad directa y evitando la mortalidad indirecta.

C.3.1. Servicios de rutina versus Servicios Esenciales

En las primeras fases del brote de COVID-19, muchos sistemas de salud han podido mantener un servicio de rutina además de gestionar una carga de casos de COVID-19 relativamente limitada. A medida que aumentaron las demandas de los sistemas los propios trabajadores de la salud se han visto cada vez más afectados por la infección por COVID-19. Debido a las consecuencias indirectas de la pandemia, las adaptaciones se han vuelto urgentes para asegurar que los recursos limitados del sector público y privado proporcionen el máximo beneficio para las poblaciones.

Los países están tomando decisiones difíciles para equilibrar la respuesta de las demandas de la pandemia con la necesidad de mantener la prestación de otros servicios esenciales de salud. Establecer un flujo de pacientes seguro y eficaz, la selección y la derivación dirigida sigue siendo fundamental en todos los niveles de atención. Muchos servicios de rutina y los servicios electivos se han suspendido y los enfoques existentes se están adaptando a la evolución, contexto pandémico y al análisis de riesgo-beneficio para cualquier cambio de actividad. Cuando se ven amenazados los servicios esenciales de salud es necesario implementar mecanismos eficaces de gobernanza y coordinación, protocolos de servicio, así como priorización y adaptación, para mitigar el riesgo de falla total del sistema.

C.3.2. Medidas post pico epidémico COVID-19

A medida que se controla el brote y se alivian gradualmente las medidas restrictivas de salud pública, puede ser necesario realizar algunas adaptaciones en la prestación de servicios: unas prestaciones continuarán por un tiempo limitado, y aún otras, al demostrar su eficacia, seguridad y beneficio, pueden ser incorporadas a la práctica habitual después de una pandemia. El curso del brote puede aumentar y disminuir, y la respuesta estratégica deberá ser dinámica y calibrada. Los tomadores de decisiones deberán anticipar la necesidad de iniciar, detener y reiniciar las adaptaciones. Las decisiones deben estar alineadas con las políticas subnacionales y deberían ser reevaluadas a intervalos regulares.

La implementación exitosa de estos cambios requerirá la participación de las comunidades y actores públicos y privados, así como de medidas específicas para asegurar el acceso de poblaciones vulnerables, transparencia y comunicación frecuente con el público y un alto grado de cooperación de las personas. Todas las adaptaciones deben realizarse de acuerdo con principios éticos, como la equidad en la asignación de recursos, acceso, autodeterminación, no abandono y respeto a la dignidad y los Derechos Humanos. En general, el fracaso para proteger a los grupos vulnerables los somete a un mayor riesgo y socava la respuesta COVID-19 y otras prioridades de salud pública.

Las medidas a implementar para una apropiada Continuidad de Servicios Esenciales son:

- Fortalecer la gobernanza y mecanismos de coordinación para apoyar acción oportuna.
- Priorizar servicios esenciales y adaptarlos al contexto y necesidades cambiantes.
- Optimizar la organización de la prestación de servicios.
- Establecer un flujo seguro y efectivo de pacientes en todos los niveles.
- Optimizar rápidamente la capacidad de los RR.HH.
- Mantener la disponibilidad de medicamentos esenciales, equipamiento e insumos.
- Incrementar el financiamiento público para remover barreras financieras al acceso.

- Fortalecer estrategias de comunicación para apoyar el apropiado uso de servicios esenciales.
- Fortalecer el monitoreo de servicios esenciales.
- Utilizar plataformas digitales para apoyar la prestación de servicios esenciales.

C.4. Promoción de estilos saludables de vida en escenario post pico epidémico COVID-19

La crisis por COVID-19 pone de relieve que la población con mayor tasa de letalidad presentaba enfermedades prevalentes (diabetes, obesidad, hipertensión, etc.). Según la OMS en Bolivia en 2017 las enfermedades crónicas no transmisibles afectan al 59% de la población y la probabilidad de morir por esta causa en personas de 30 a 70 años es de 18%. La promoción de buenos hábitos de salud debe ser clave para prevenir a futuro estas enfermedades o rehabilitar a la población en función de sus patologías para evitar que las solicitudes de atención lleguen al tercer nivel de atención.

Entre los factores de riesgo para las ENT se encuentran factores comportamentales como el consumo de tabaco, la alimentación poco saludable, el consumo nocivo de alcohol y la inactividad física, además de factores fisiológicos (metabólicos). Tanto los factores de riesgo comportamentales como los fisiológicos están relacionados con determinantes y condiciones sociales subyacentes.

Figura N° 23: Determinantes y factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares.



La figura N° 23 muestra cuales son las determinantes y condiciones sociales y los factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares.

C.4.1. Cambio de comportamiento

Reducir los riesgos para la salud puede requerir cambios en algunos comportamientos. El cambio de comportamiento es un tema complejo y no es un evento único, por el contrario, comprende un conjunto de diferentes etapas por las que debe atravesar una persona. El cambio de comportamiento lleva tiempo, y distintas personas avanzan a través de las mismas etapas a ritmos diferentes. Algunos pueden permanecer indefinidamente en una etapa: por ejemplo, pueden reconocer y pensar que necesitan cambiar, pero no estar listos para hacerlo. Incluso aunque una persona tenga la intención de comenzar o mantener un nuevo comportamiento, por diversas razones puede retroceder a una etapa previa.

Muchas personas que finalmente adoptan un nuevo comportamiento hacen varios intentos antes de que se mantenga a largo plazo y puede ocurrir que una persona se sienta decepcionada, frustrada y cansada y que a consecuencia de ello se produzca una recaída.

Comprender el cambio de comportamiento es importante para los prestadores de servicios a nivel de la APS, ya que generalmente estos son el primer punto de contacto entre el paciente y el Sistema de Salud. Por lo tanto, es necesario que el personal de salud a nivel de la atención primaria evalúe y comprenda las diferentes etapas de preparación para que el paciente realice el cambio de comportamiento requerido. Esto permite una asesoría ajustada al contexto, relevante y centrada en el paciente. Cada visita o interacción con un profesional de la salud es una oportunidad para proporcionar información y asesoramiento sobre los factores de riesgo.

La Salutogénesis o “Génesis de la Salud”, es un paradigma de la promoción de la salud y se centra en los recursos del individuo, es uno de los modelos y teorías más fuertes de la promoción de la salud. La teoría Salutogénica hace énfasis en los fundamentos siguientes: los orígenes de la salud y el bienestar. Principal preocupación centrada en el mantenimiento y realce del bienestar.

La teoría salutogénica plantea dar a las personas conocimientos como herramientas de transformación y las destrezas que les permitan utilizar sus propios recursos, establece que cada persona tiene la capacidad de mejorar su propia salud y su calidad de vida. La forma de ver la vida tiene una influencia positiva en la salud a través de acciones de salud destinadas a promocionar los estilos de vida saludables, aumentar el control y potenciar la calidad de vida, en particular los hábitos activos de salud necesarios para la creación y el mantenimiento de la salud. Estos son los recursos con que cuentan las personas para el cuidado de su salud y la modificación de comportamientos hacia estilos de vida saludables, impulsar una vida agradable, mejorar los hábitos alimentarios.

El énfasis en los activos para la salud se caracteriza por:

- Centrarse en los factores de protección y promoción de la salud positiva;
- Ayudar a reconstruir el conocimiento existente y a reunir nuevo conocimiento;
- Promover un enfoque del curso vital para comprender los activos clave en cada fase de la vida;
- Centrarse en la necesidad de implicar a jóvenes y comunidades en todos los aspectos del proceso de desarrollo de la salud;
- Reconocer que muchos de los activos clave para crear salud se encuentran dentro del contexto social de las vidas de las personas y por tanto orienta con la oportunidad de contribuir a equilibrar las desigualdades de salud.

Figura N° 24: Reorientación de los servicios de salud frente a la COVID-19.



La figura N° 24 muestra cómo se debe reorientar los servicios de salud para consolidar acciones frente a la COVID-19 y dar continuidad a los servicios esenciales de salud.

C.5. Gobernanza del Plan: Coordinación intrasectorial, intersectorial e Inter gubernativa.

Durante el primer semestre de respuesta a la epidemia, el gobierno nacional designó un ministro como responsable en cada departamento de la coordinación con los niveles subnacionales. Igualmente, el Ministerio de Salud designó un delegado en los SEDES a fin de facilitar la coordinación de la respuesta.

En este segundo semestre es necesario activar de manera urgente espacios y definir líneas de mando claras para organizar y garantizar la coordinación intrasectorial, intersectorial e Inter gubernativa para la implementación del *Plan de Contención Mitigación y Recuperación post confinamiento en respuesta a la COVID-19*:

- **Coordinación intrasectorial:** Generar espacios de trabajo con todos los actores del Ministerio de Salud y el Sistema Nacional de Salud coordinando las intervenciones vinculadas con el Plan. Organizar las acciones y funciones de referentes implicados.
- **Coordinación intersectorial:** Conformar una red con los sectores de educación, transporte, turismo, trabajo, medioambiente, desarrollo social y otros con participación directa o indirecta en actividades asociadas al Plan. Definir referentes en cada ministerio para coordinar los circuitos de información, implementar las recomendaciones sanitarias, instrumentar líneas de colaboración técnica formales y coordinar la estrategia de comunicación en medios.
- **Coordinación intergubernativa:** En el marco autonómico y descentralizado, deben propiciarse acuerdos entre los gobiernos subnacionales con el nivel central para coordinar la implementación conjunta del plan en el marco de las competencias de cada nivel, promoviendo la complementariedad y respetando la rectoría sectorial del Ministerio de Salud.

Figura N° 25 Gobernanza del Plan Coordinación intra sectorial, intersectorial, e intergubernativa



La figura N° 25 muestra los actores claves de la Gobernanza del Plan mediante la Coordinación intra sectorial, intersectorial, e intergubernativa.

Para la implementación exitosa del Plan es fundamental la participación y movilización de todas las fuerzas y capacidades en el territorio. Esto implica la convocatoria a los subsistemas de salud (Seguridad Social, Público y Privado) pero también a aquellos actores, que no siendo del sector salud, son determinantes para la respuesta, tales como la policía, las escuelas, migraciones, el comercio, etc. Es clave potenciar la identidad social, la reciprocidad, la solidaridad, el apego al lugar, los lazos intergeneracionales y comunitarios.

Asimismo, se debe organizar las actividades promoviendo la sinergia y complementariedad intra e intersectorial. Ello implica un gran esfuerzo de negociación y conciliación entre diferentes enfoques e intereses. De lo contrario el riesgo de conflicto y superposiciones será alto.

C.5.1. Mecanismo de coordinación: Comités de Operaciones de Emergencia.

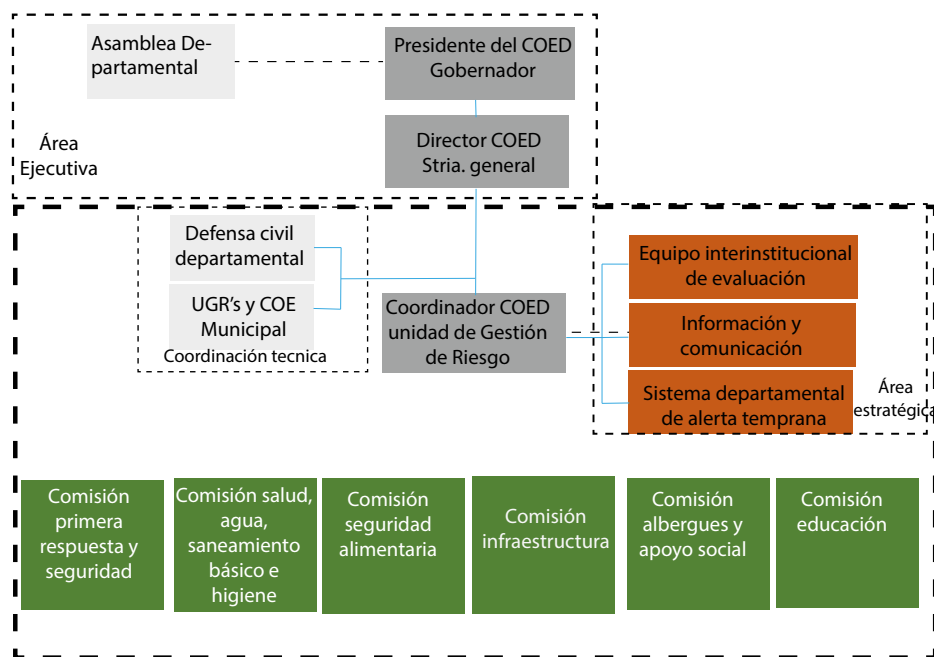
En base a lo que estipula la Ley 602 de Gestión de Riesgos se ha activado el **Comité de Operaciones de Emergencia Nacional (COEN)**, para viabilizar las declaratorias de emergencia y los procedimientos de excepción para la respuesta. El COEN ha sido estructurado con la participación del Ministerio de Salud, Comunicación, Gobierno, Defensa, Educación, OPS/OMS, UNICEF, la Embajada de China, Cancillería, DGAC, Servicios Aeroportuarios, AASANA, Sociedad Boliviana de Infectología, SEDES, Naciones Unidas, Consorcio de Agencias Humanitarias de Boliviana, la Cruz Roja Boliviana, policía, bomberos. El Ministerio de Defensa tiene a su cargo el liderazgo del COEN

De otro lado, en cada departamento el **COED** es la instancia que articula las acciones de los organismos municipales, departamentales y nacionales. El COED coordinará la implementación global del Plan y fortalecerá los SEDES contribuyendo con especialistas de diferentes áreas. Igualmente hará monitoreo permanente y en tiempo real de la situación, realizando análisis de los requerimientos logísticos para garantizar la provisión oportuna de insumos en los servicios de salud entre otras medidas.



En cada Municipio el **COEM** tiene la finalidad de llevar adelante las acciones de preparación, alerta y respuesta ante la COVID-19 de manera eficiente y eficaz, contribuyendo a minimizar sus efectos sobre la población.

Figura Nº 26: Organigrama Comité de Operaciones de Emergencia Departamental (ejemplo Oruro).



La figura Nº 26 muestra el Organigrama del Comité de Operaciones de Emergencia Departamental de Oruro.

El Consejo Científico Interinstitucional (CCI – COVID-19) para la acreditación del Comité de Ética de Investigación Clínica (en base a Resolución Ministerial No 0834 del Ministerio de Salud) realiza el registro, revisión y validación de los respectivos protocolos de investigación.

Se requiere contar con RR.HH. con capacidades para la detección, manejo de casos, monitoreo de contactos en la comunidad, la notificación inmediata y la referencia oportuna siguiendo los lineamientos, protocolos **y guías** oficiales de prevención y atención integral de la pandemia. Por lo tanto, es importante fortalecer las competencias del personal de salud designado para los servicios regulares y extrainstitucionales a través de diversas modalidades de capacitación que se adecuen a las necesidades y condiciones del personal de salud.

5.1. Necesidades y prioridades de capacitación

La identificación de las necesidades de capacitación implica comparar las competencias actuales del personal de salud y las requeridas para cada área de respuesta a la pandemia. Para ello se realizará una evaluación diagnóstica al inicio de cada actividad de capacitación la cual permitirá identificar los conocimientos y habilidades previas y las que se necesitan fortalecer bajo los siguientes criterios de desempeño:

- Conoce características sustantivas de la epidemia COVID-19 y cómo contener su propagación a través de medidas de bioseguridad, vigilancia comunitaria y monitoreo de contactos.
- Identifica y reporta casos y contactos de las personas con COVID-19, según los protocolos y guías nacionales para encausar y derivar a los pacientes.
- Conoce el tratamiento de pacientes con síntomas leves en Centros de Aislamiento COVID-19 y domicilio a través de la atención y seguimiento incluyendo el apoyo psicológico a casos y contactos.
- Refiere a pacientes moderados y graves o que cuenten con factores de riesgo de acuerdo a normas de referencia y contra referencia.

Entre las prioridades que marcarán la secuencia de la capacitación resalta la urgencia de iniciar las actividades con el fortalecimiento de las Coordinaciones de redes de servicios de salud y las Brigadas de vigilancia comunitaria. Las actividades de capacitación contienen acciones orientadas a la actualización de conocimientos, información, comprensión y modificación de actitudes, comportamientos y hábitos del personal de salud.

5.2. Población meta

La población beneficiaria de la capacitación está representada por:

- a. El personal de salud contratado en áreas de respuesta a la COVID-19, distribuidos en redes priorizadas de salud, personal de apoyo a las Coordinaciones de red de salud y Brigadas de vigilancia comunitaria en todo el territorio nacional.
- b. El personal permanente o eventual dedicado a tareas de COVID-19 contratado por los GADs y GAMs, y otras instituciones.

Tabla N° 16: Distribución de Recursos Humanos por áreas de intervención.

Área de Intervención	Cantidad RRHH
UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA	2,461
HOSPITALIZACION/URGENCIAS	1,989
LABORATORIO	42
REDES COVID - 19	188
MONITOREO Y VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA	2,431
CENTROS DE AISLAMIENTO	479
FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL MS	38
TOTAL	7,628

5.3. Capacitación en áreas de respuesta a la COVID-19

5.3.1. Cursos virtuales de autoaprendizaje sobre COVID-19.

Estos cursos están orientados al total de los RRHH contratados, mediante capacitación a través de cursos básicos sobre temas imprescindibles como bioseguridad, prevención y control de infecciones, apoyo psicológico, y manejo clínico, entre otros. Se utilizará el Campus Virtual de Salud Pública de la OPS/OMS (CVSP) y otras herramientas de educación a través de internet, que pueden ser asincrónicas y sincrónicas.

5.3.2. Capacitación en guías y protocolos de atención de la COVID -19.

La capacitación en atención a pacientes confirmados con COVID-19 leves y moderados de Centros de Salud Integrales y hospitales de acuerdo con normas, guías y protocolos del Ministerio de Salud, se abordará en una modalidad semipresencial, es decir la combinación de la modalidad virtual y presencial. Los contenidos comprenden elementos teóricos y prácticos, con el apoyo de las herramientas tecnológicas como videoconferencias a cargo de expertos en temas de manejo y tratamiento de pacientes con COVID-19 y medidas de Bioseguridad para la prevención de Infecciones.

5.3.3. Capacitación en procedimientos de manejo clínico de casos de COVID-19.

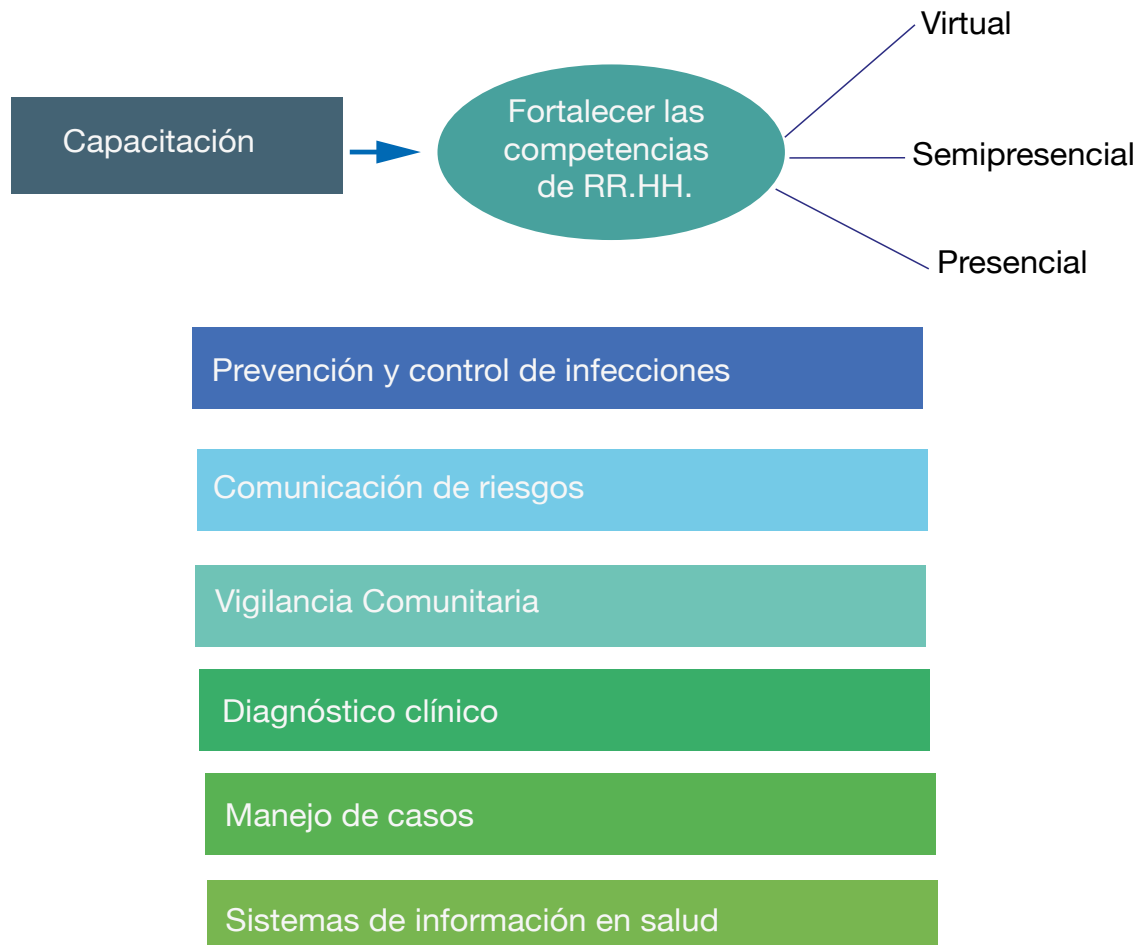
Las capacitaciones presenciales se realizarán in situ, para que el personal de salud desarrolle habilidades y destrezas psicomotrices, procedimentales, en el manejo clínico, cuidado y tratamiento de los pacientes confirmados con COVID-19 leves, moderados, así como en la prevención de infecciones al interior del establecimiento de salud y el uso adecuado de equipos de protección personal.

5.4. Seguimiento, monitoreo y evaluación

Para asegurar la participación del personal de salud a los cursos virtuales mediante el acceso de la plataforma del CVSP y a las videoconferencias con tutor y determinar el nivel de conocimientos adquiridos por los participantes se realizará un seguimiento y monitoreo del proceso de capacitación mediante las autoevaluaciones y encuestas de Conocimiento, Actitudes y Practicas a la conclusión de los cursos virtuales.

La evaluación permitirá contrastar, a partir de las acciones impartidas, la mejora del desempeño, es decir de las competencias desarrolladas en el personal de salud, según los 4 niveles de evaluación de la formación de Kirkpatrick (reacción, aprendizaje, conducta y resultados)

Figura N° 27 Contenidos y modalidades de capacitación de los RRHH en salud



La figura N° 27 muestra los contenidos y las modalidades de capacitación priorizados para fortalecer las competencias de los RR.HH. en salud.

5.5. Modalidades de capacitación

La operativización de la capacitación se realizará a través de cursos, módulos, unidades temáticas contenidas en el programa curricular respectivo, para alcanzar las competencias requeridas, a través de las modalidades virtual, semipresencial y presencial.

- a. Virtual, a través de cursos virtuales, utilizando la plataforma del CVSP de la OPS/OMS. Estos cursos son de autoaprendizaje (libre, al ritmo del participante y sin plazo para su culminación) o con tutor (con plazos para entrega de actividades y evaluaciones).
- b. Semipresencial, mediante talleres/videoconferencias y otras actividades virtuales y otras presenciales, utilizando la plataforma del CVSP y aplicaciones de videoconferencias como el Webex, Zoom o Teams.

c. Presencial, en las tareas que requieran desarrollar destrezas y capacidades específicas y especializadas, mediante talleres, prácticas guiadas, simulaciones. Esta modalidad puede requerir una etapa mínima de comunicación virtual, y envío de información de documentos previa a las actividades presenciales.

Tabla N° 17: Características de las modalidades de capacitación.

Modalidad	Participantes	Áreas temáticas	Medios
Virtual	Personal de las Coordinaciones de red de salud y Brigadas de vigilancia comunitaria Personal de salud de atención COVID-19	Organización, planificación, Comunicación de Riesgo Diferentes áreas de respuesta a la COVID-19	Cursos virtuales con tutor Acompañamiento a las coordinaciones de Redes de Servicios de Salud Comunidades de Practica Campus Virtual de Salud Pública OPS/OMS
Semipresencial	Personal de las coordinaciones de redes de salud y brigadas de vigilancia comunitaria Centros de Recuperación	Vigilancia Comunitaria Gestión de redes de salud	Cursos virtuales con tutor Acompañamiento a las coordinaciones de Redes de Servicios de Salud Comunidades de Practica
Presencial	3: Guías y protocolos y entrenamiento práctico	Procedimientos de manejo clínico de casos de COVID-19	Cursos, videoconferencias, talleres prácticos, entrenamiento en servicio Medios electronicos para el envío de información y material educativo digital

La tabla N° 17 muestra cuales son las diferentes modalidades de capacitación y sus características.

5.6. Metodología

Haciendo uso de la plataforma del CVSP de la OPS/OMS se brindará al participante un espacio de aprendizaje dinámico que maximice el proceso de aprendizaje. La metodología de los cursos en línea consiste en un adecuado balance entre contenidos adecuados que aborden los temas necesarios para las diferentes tareas; la activa interacción e intercambio entre los participantes con el apoyo y constante dirección de los tutores y expertos de reconocida trayectoria en las áreas temáticas de los cursos, la evaluación que permitirá retroalimentación de los aprendizajes.

Para ello se utilizarán recursos como la Videoconferencias con pizarra, audio o imágenes como el Webex o zoom de Internet, chat, chat de voz, audio y asociación en grupos virtuales. El Método Asincrónico, con mensajes sin necesidad de coincidir entre el emisor y receptor en la interacción instantánea, y el método sincrónico que facilita la interacción entre tutores/participantes de forma simultánea.

PLAN DE ACCION - EJE CONTENCIÓN

OBJETIVO ESPECÍFICO	RESULTADOS	RESULTADOS INTERMEDIOS (PRODUCTOS)	ACTIVIDADES	ESPECIFICACIONES	INDICADORES	CALENDARIO (SEMANAS)
<p>1. Sostener los mecanismos de Contención, con el fin de reducir la transmisión del COVID-19 y evitar la saturación de los servicios de salud.</p>	<p>1. Se ha evitado la saturación de los servicios de salud COVID-19.</p> <p><u>Indicadores:</u></p> <p>Porcentaje de camas de piso y terapia intensiva disponibles.</p>	<p>Vigilancia Epidemiológica Activa de acuerdo con criterios epidemiológicos y de riesgo municipal.</p>	<p>Análisis y reportes epidemiológicos del comportamiento de la epidemia.</p>	<p>Difusión de material de prevención por TV, Whatsapp, Radio.</p>	<p>Nº de RS o RM. Cantidad de Material de difusión producido y difundido.</p>	
		<p>Red de laboratorios COVID-19 instalada y en operación.</p>	<p>Completar instalación de equipos en pruebas PCR y GenXpert de los laboratorios de diagnóstico del COVID-19.</p>	<p>Control de calidad para equipamiento, Pruebas PCR y suministros. TDR.</p>	<p>Número de laboratorios empleados. Número de pruebas realizadas. Medicamentos, insumos y suministros comprados y distribuidos.</p>	
	<p>Centros de Aislamiento COVID-19 instalados y en operación.</p>	<p>Brigadas de Vigilancia Comunitaria organizadas y operando a nivel de las redes de salud que brindan atención integral en salud.</p>	<p>Instalar y Adecuar los Centros de Aislamiento COVID-19.</p>	<p>Supervisión de Aislamiento</p>	<p>Número de centros. Número de camas disponibles y porcentaje de ocupación.</p>	
		<p>Estrategia de Comunicación de Riesgo implementada.</p>	<p>Implementar a través de las Brigadas de vigilancia comunitaria la Comunicación de Riesgos sobre COVID-19.</p>	<p>Definición de planes operativos de monitoreo de contactos y vigilancia comunitaria de las Brigadas.</p>	<p>Planes operativos disponibles. Porcentaje de cobertura de las Brigadas de Vigilancia comunitaria. Cantidad de kits entregados.</p>	
	<p>2. Implementar una Comunicación de Riesgos efectiva hacia la población.</p>			<p>Informar de manera transparente, oportuna y actualizada a la población. Actualizar la información en función a la evolución de la epidemia.</p>	<p>Informes Información actualizada.</p>	
				<p>Organizar redes de whatsapp y una central s telefónicas en las Redes para la atención de las consultas de la comunidad. Establecer sistemáticamente mecanismos para informar a la comunidad y recibir sus aportes por medio de redes sociales; encuestas de las percepciones, los conocimientos, las actitudes y la práctica de la comunidad; el diálogo y las consultas directas.</p>	<p>Mecanismo establecido. Redes de whatsapp funcionando. Mecanismos establecidos.</p>	

PLAN DE ACCION - EJE MITIGACION

OBJETIVO ESPECÍFICO	RESULTADOS	RESULTADOS INTERMEDIOS (PRODUCTOS)	ACTIVIDADES	ESPECIFICACIONES	INDICADORES	CALENDARIO (SEMANAS)
2. Fortalecer los mecanismos de Mitigación para reducir la morbilidad grave, discapacidad y letalidad por COVID-19.	2. Se han disminuido los casos de morbilidad grave, discapacidad y letalidad por COVID-19. Indicadores: Tasa de letalidad por COVID-19. % recuperación de pacientes con COVID-19.	Servicios de Salud fortalecidos integralmente.	Fortalecer complementariamente en equipamiento, insumos y suministros los Centros de Salud, Hospitales COVID-19 y Coordinaciones de Red para atención y contención del COVID-19.	Definición de especificaciones técnicas para equipamiento, insumos y suministros complementarios a los ya provistos en el primer semestre.	TDR y Cantidad de equipamientos, medicamentos, insumos y suministros comprados y distribuidos. Inventario actualizado. Informe de ejecución financiera.	
		Servicios de Salud fortalecidos en RRHH para COVID-19.	Monitoreo y seguimiento al proceso de contratación, inducción, capacitación y evaluación de desempeño del RRHH contratado.	Plan de incentivos para permanencia del RRHH. Ítems y escala salarial acorde a las responsabilidades y riesgo profesional.	Número de Brigadas de vigilancia comunitaria que realiza atención integral. Plan de Incentivos para permanencia del RRHH	
			Provisión de servicios centrada en la respuesta al COVID-19. Garantizar la continuidad de la provisión de servicios esenciales de salud a la población durante la crisis COVID-19. Atención y seguimiento de pacientes a distancia.	Equipamiento, Medicamentos, insumos disponibles. RRHH contratados. Atención en servicios esenciales garantizada. RRHH disponibles.	Cantidad de ítems obtenidos. Número de referencias de pacientes desde domicilio. Número de vacunas administradas en domicilio.	
				Elaboración de protocolos para Casas de Acogida. Aplicación del Plan "Abuelo te quiero vivo". Aplicación de las Guías y Protocolos COVID-19 oficiales.	Número de CPN en domicilio. Número de pacientes con ENT y ET controlados en domicilio. Número de adultos mayores atendidos en domicilio. Número de indígenas originarios campesinos atendidos. Número de consultas telefónicas y por whatsapp.	

PLAN DE ACCION - EJE RECUPERACION

OBJETIVO ESPECIFICO	RESULTADOS	RESULTADOS INTERMEDIOS (PRODUCTOS)	ACTIVIDADES	ESPECIFICACIONES	INDICADORES	CALENDARIO (SEMANAS)
3. Recuperar y adecuar los servicios de salud fortaleciendo la salud comunitaria, la gobernanza de las RISS y la capacidad resolutiva del primer nivel.	3. Se ha incrementado la capacidad resolutiva del primer nivel de atención Indicadores: Coberturas en provisión de servicios esenciales de salud en el primer nivel de atención.	Servicios de salud transformados para responder a las necesidades post pico epidémico COVID-19	Transformar los servicios de salud en torno a las necesidades del escenario Post pico epidémico COVID-19. Fortalecer los Centros de Salud y Hospitales COVID-19 garantizando la continuidad de los servicios asistenciales. Monitoreo y seguimiento al proceso de inducción, capacitación y evaluación de desempeño del RRHH contratado.	Generalizar el uso de Telemedicina. Transformar el sistema de información COVID SIVE en un sistema de información inteligente. Movilización de Recursos Financieros para la contratación de RRHH. Elaborar Plan de incentivos para permanencia del RRHH Fortalecer la Gobernanza y Abogacía.	Estrategia definida Informe de implementación. RRHH contratados. Salas equipadas Sistema de información inteligente funcionando. Cantidad de RRHH con contratos firmados. Presupuesto disponible. Cantidad de ítems obtenidos. RM-DS. Estructura organizacional del Ministerio de Salud según D.S 4257/20202 implementada. Protocolos aplicados. Cantidad de personas atendidas. Campañas de salud pública. Nº de pacientes atendidos.	
			Proporcionar un apoyo psicosocial desde las RISS frente al COVID-19.	Aplicar los protocolos de atención en salud mental para el personal de salud. Facilitar y garantizar el acceso a los servicios de salud mental y apoyo psicosocial.		
			Promover nuevos hábitos saludables de vida en escenario Post COVID-19	Abogar por alimentación saludables, la realización de actividad física y práctica de deportes.		
			Garantizar la continuidad de la provisión de los servicios esenciales de salud a la población	Reorientar las RISS en torno a los servicios esenciales		

PLAN DE ACCION - EJE CAPACITACION

OBJETIVO ESPECÍFICO	RESULTADOS	RESULTADOS INTERMEDIOS (PRODUCTOS)	ACTIVIDADES	ESPECIFICACIONES	INDICADORES	CALENDARIO (SEMANAS)
4. Fortalecer las competencias del personal de salud designado para los servicios regulares y extra institucionales en áreas de respuesta a la COVID-19.	4. Se han disminuido la incidencia de casos, los casos de morbilidad grave, discapacidad y letalidad por COVID-19 a través de las capacitaciones en COVID-19.	Personal de Salud capacitado en áreas de respuesta a la COVID-19.	Desarrollar cursos virtuales de autoaprendizaje COVID-19 en el CVSP OPS.	Socialización y coordinación de actividades con el MIS y SEDES. Preparación y adaptación de los cursos virtuales COVID-19 en el nodo Bolivia Campus Virtual Desarrollo y seguimiento de la capacitación. Evaluación de la capacitación.	2619 personas capacitadas (188 de las coordinaciones de redes de salud y 2.431 de las Brigadas de Vigilancia Comunitaria). 80% de satisfacción en cursos de capacitación. No. de horas de capacitación. Informes de evaluación	
			Desarrollo de cursos semipresenciales en guías y protocolos de atención del COVID-19.	Elaboración del material educativo y diseño del curso virtual. Preparación y adaptación de los cursos virtuales sobre COVID-19 Selección de tutores y expertos para los cursos. Desarrollo y seguimiento de la capacitación. Evaluación de la capacitación.	70% del personal contratado participó de los cursos. 7 cursos virtuales de autoaprendizaje desarrollados. Tutores y expertos contratados 80% de los participantes aprobados. Informes de seguimiento. Informes de evaluación.	
			Desarrollo de cursos y talleres presenciales en procedimientos de manejo clínico de casos de COVID-19.	Preparación de las actividades semipresenciales sobre COVID-19. Selección de tutores y expertos para los cursos. Desarrollo y seguimiento de la capacitación. Evaluación de la capacitación.	70% del personal (hospitalización, laboratorio y UTI) participó de los cursos. 10 actividades de capacitación desarrolladas. 80% de los participantes aprobados. Informes de seguimiento y de evaluación.	

7.1. Marco Legal

Internacional	Reglamento Sanitario Internacional Organización Mundial de la Salud, 2005	Instrumento jurídico internacional tiene que por objeto ayudar a la comunidad internacional a prevenir y afrontar riesgos agudos de salud pública susceptibles de atravesar fronteras y amenazar a poblaciones de todo el mundo, obliga a los países a reforzar sus medios actuales de vigilancia y respuesta sanitarias para poder detectar, notificar y controlar los eventos de salud pública.
	Marco de Sendai para la Reducción del Riesgo de Desastres 2015-2030 Organización de las Naciones Unidas	Se adoptó en la tercera Conferencia Mundial de las Naciones Unidas celebrada en Sendai (Japón) el 2015. Expone una serie de innovaciones con énfasis en la gestión del riesgo de desastres. Se promueve la reducción del riesgo existente y la resiliencia incluida la responsabilidad de los Estados de prevenir y reducir el riesgo de desastres, y la participación de la sociedad y sus instituciones. Se promueve plenamente la resiliencia sanitaria.
Nacional	Constitución Política del Estado Plurinacional, 2009	La Constitución establece en el artículo 18 una de las garantías fundamentales que otorga el Estado a sus ciudadanos, el derecho a la salud. Orienta la gestión del riesgo al garantizar el bienestar, desarrollo, seguridad y protección e igual dignidad de las personas, las naciones, los pueblos y las comunidades, fomentando el respeto mutuo y el diálogo intracultural, intercultural y plurilingüe con acceso a la salud. Toda persona tiene derecho a la vida e integridad física, psicológica y sexual.
	Ley Nº 031 Marco de Autonomías y Descentralización, 2010	En el Artículo 100 (Gestión de Riesgos y Desastres naturales). Incisos II y III. Establece competencias exclusivas de los gobiernos departamentales y municipales en Gestión de Riesgos y atención de desastres.
	Ley Nº 602 de Gestión de Riesgos, 2014	El artículo 18. Indica que el Ministerio de Salud deberá establecer directrices, guías y protocolos para la evaluación de riesgos en materia de salud y la atención médica frente a desastres y/o emergencias, en coordinación con instituciones especializadas en salud de los niveles nacional, departamental y municipal.
	Decreto Supremo Nº 2342 Reglamento de la Ley Gestión de Riesgos, 2015	Establece que el nivel central del Estado debe coordinar con las Entidades Territoriales Autónomas (ETAs) la atención de desastres y/o emergencias. Artículo 18.
	Ley No. 777 del Sistema de Planificación Integral del Estado (SPIE), 2016	El Sistema de Planificación Integral del Estado, incorpora de forma integrada la gestión de riesgos, gestión del cambio climático y gestión de sistemas de vida, fortaleciendo las capacidades de resiliencia de la sociedad y la naturaleza. (Artículo 10, párrafo III).

Normativa	Título	Objeto
Sectorial	Política Nacional de Salud para la Atención en Casos de Desastres, 1996	Establece las acciones, funciones y responsabilidades de los organismos y entidades del sector salud en las diferentes fases de los desastres, dentro del sistema nacional de Defensa Civil.
	Ley Nº 475 de Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia, 2013	Establece y regula la atención integral y la protección financiera en salud de la población beneficiaria. En su artículo 7, indica que los casos de emergencia y urgencia que serán regulados por el Ministerio de Salud y Deportes, deben ser atendidos inmediatamente en cualquier nivel de atención del Sistema Nacional de Salud.
	Ley Nº 1678 - De la Persona con Discapacidad, 1995	En el artículo 43°. - (Transversalidad de la temática de discapacidad), sostiene que el Estado Plurinacional en todos sus niveles deberá transversalizar la temática de discapacidad, en su régimen normativo, planes, programas y proyectos de acuerdo a su competencia.
	Norma Nacional de Referencia y Contrarreferencia, 2013	Se crean los Centros Coordinadores de Urgencias y Emergencias Médicas (CCEUM) como ente articulador del componente referencia y contrarreferencia Se estructura en dos niveles: el CCNEUM Nacional y el CCDEUM Departamental, quienes podrán coadyuvar en situaciones de catástrofes o desastre a nivel nacional e internacional en coordinación con: policía, bomberos, SEDES, Municipios, COEs, defensa civil y otros.
Específica	Decreto Supremo Nº 4197 de 18 de marzo de 2020	Establece un Bono de Bs. 500 a estudiantes del ciclo primario fiscal, y una reducción del 30% en la tarifa de electricidad.
	Decreto Supremo Nº 4198 de 18 de marzo de 2020	Establece medidas de apoyo económico y postergaciones en los pagos impositivos, especialmente del Impuesto a las Utilidades de las Empresas (IUE).
	Decreto Supremo Nº 4179 del 12 de marzo 2020	El Artículo 2 del DS declara situación de Emergencia Nacional por la presencia del brote de Coronavirus y fenómenos adversos reales e inminentes provocados por amenazas: naturales, socionaturales y antrópicas en el territorio nacional.
	Decreto Supremo Nº 4196 de 17 de marzo de 2020	El Artículo 2 del DS declara emergencia sanitaria nacional y cuarentena en todo el territorio del Estado Plurinacional de Bolivia.
	Decreto Supremo Nº 4199 de 21 de marzo de 2020	Declaratoria de Cuarentena total en el territorio nacional.
	Decreto Supremo Nº 4200 de 25 de marzo de 2020	El DS refuerza y fortalece las medidas en contra del contagio y propagación del Coronavirus en todo el territorio del Estado Plurinacional de Bolivia.
	Ley 1293, del 1 de abril 2020	Ley para la Prevención, Contención y Tratamiento de la infección por el Coronavirus que declara de interés y prioridad nacional las actividades, acciones medidas necesarias para la prevención, contención y tratamiento de la infección del Coronavirus.
	Decreto Supremo Nº 4229 de 29 de abril de 2020	El DS amplía la vigencia de la cuarentena por la emergencia sanitaria nacional de la COVID-19 desde el 1 al 31 de mayo 2020; y establece la cuarentena condicionada y dinámica, en base a las condiciones de riesgo determinadas por el Ministerio de Salud en su calidad de órgano Rector, para la aplicación de las medidas correspondientes que deberán cumplir los municipios y/o departamentos.
	Decreto Supremo Nº 4245 de 28 de mayo de 2020	El DS tiene por objeto continuar con la cuarentena nacional, condicionada y dinámica hasta el 30 de junio 2020 según las condiciones de riesgo en las jurisdicciones de las entidades Territoriales Autónomas – ETA's; e iniciar las tareas de Mitigación para la ejecución de los Planes de Contingencia por la Pandemia del Coronavirus de las ETAs en el marco de la Ley Nº 602, del 14 de noviembre de 2014, de gestión de Riesgos.
	Decreto Supremo Nº 4276 del 26 de junio de 2020	DS que amplía la cuarentena nacional, condicionada y dinámica dispuesto por el DS Nº 4245 del 28 de mayo hasta el 31 de julio 2020.
	Decreto Supremo Nº 4290 del 15 de julio de 2020	Otorga atención en salud gratuita por COVID-19 a personas en situación de calle y población en situación de riesgo social que no se adscribieron al SUSo no cuenten con cedula de CI
Decreto Supremo Nº 4302 del 31 de julio de 2020	DS que amplía la cuarentena nacional, condicionada y dinámica dispuesto por el DS Nº 4276 del 31 de julio hasta el 31 de agosto 2020.	

Normativa	Título	Objeto
Instructivos	Instructivo MS/DPCH/IN/40/2020	Instructivo que establece las medidas de Contención y Mitigación a partir del fortalecimiento del Primer Nivel de Atención y la implementación de la estrategia de Vigilancia Comunitaria que incluye un conjunto de acciones para los Centros de Recuperación de COVID-19 y las brigadas de vigilancia COVID-19 en conjunto con las organizaciones comunitarias y sus representantes.
	Instructivo MS/DPCH/IN/42/2020	Instructivo sobre la dotación de medicamentos e insumos para primer y Segundo Nivel de Atención.
Guías	Guía Rápida de manejo de pacientes con COVID-19	Guía que establece el manejo de pacientes con COVID-19 en el 1er, 2do y 3er Nivel de Atención.

7.2. Equipamiento esencial y complementario para UTI e internación

Tabla Nº 18: Adquisición del equipamiento esencial de terapia intensiva (en negrillas y subrayada).

Ítem	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD TOTAL SOLICITADA	CANTIDAD ENTREGADA	%	MONTO \$us.
1	Cama de Terapia Intensiva	500	75	15%	317,055
2	Ventilador Mecánico para uso en la altura. Con turbina (Deseable)	500	164	33%	5,932,598
3	Monitor multiparamérico Modular (ECG,Resp,SpO2,T,PANI,PAI,CO2)	500	500	100%	6,086,006
4	Bombas de Infusión Volumetrica continua	2500	2500	100%	3,388,484
5	Bombas de Infusión a jeringa	1000	34	3%	57,362
6	Aspirador de secreciones de 8 Lt.	500	10	2%	22,002
7	Bolsa de Reanimacion con mascarilla	625			
8	Estetoscopio	500	500	100%	40,087
9	Colchón de aire antiescara.Articulado	500	500	100%	57,799
10	Camaras de Aislamiento	750			
	TOTAL				15,901,393

Fuente: AISEM y UGESPRO

La tabla Nº 18 presenta el porcentaje del equipamiento esencial para terapia intensiva entregado al CEASS.

Tabla N° 19: Adquisición de equipamiento complementario de terapia intensiva

Ítem	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD TOTAL PAIS	CANTIDAD ENTREGADA	%	MONTO \$us.
1	Central de monitoreo	125	125	100%	2,733,236
2	Electrocardiógrafo de 12 canales	62	9	15%	39,577
4	Glucómetro	500	500	100%	40,452
5	Ventilador de transporte	176	176	100%	2,386,800
6	Monitor de transporte modular (ECG,Resp,SpO2,T,PANI,PAI,CO2)	100	100	100%	1,217,201
8	Videolaringoscopio	100	100	100%	699,708
10	Gasómetro portatil/ CON LAGTATO	125	125	100%	1,186,261
11	Balón de oxígeno de transporte de 1m3	124	124	100%	32,536
12	Equipo de Rx portatil* (5 CAJAS DE PLACAS POR EQ)	20	3	15%	162,536
14	Generador Externo de Marca Paso	62	62	100%	107,551
15	TUBOS DE OXÍGENO COMPLETO MAS MANÓMETRO DE ALTA PRESIÓN	3000	3000	58%	1,220,117
19	TENSIÓMETROS CON MANGUITO ANEROIDES	300	300	100%	26,239
20	ESTETOSCOPIOS PEDIÁTRICOS - NEO	400	400	100%	29,738
25	PORTA SUEROS 5 PATAS	1500	1500	100%	306,122
27	BASURERO PLÁSTICO	1000	1000	100%	14,286
30	AUTOCLAVE DE 127 LITROS	100	3	3%	104,956
Total Equipo Complementario UTIs					10,307,317

Fuente: AISEM Y UGESPRO

La tabla N° 19 presenta el porcentaje del equipamiento complementario para terapia intensiva entregado al CEASS.

Tabla Nº 20: Adquisición de equipamiento de internación

Ítem	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD TOTAL PAIS	CANTIDAD ENTREGADA	%	MONTO \$us.
1	Central de monitoreo	125	125	100%	2,733,236
2	Electrocardiógrafo de 12 canales	62	9	15%	39,577
4	Glucómetro	500	500	100%	40,452
5	Ventilador de transporte	176	176	100%	2,386,800
6	Monitor de transporte modular (ECG,Resp,SpO2,T,PANI,PAI,CO2)	100	100	100%	1,217,201
8	Videolaringoscopio	100	100	100%	699,708
10	Gasómetro portatil/ CON LAGTATO	125	125	100%	1,186,261
11	Balón de oxígeno de transporte de 1m3	124	124	100%	32,536
12	Equipo de Rx portatil* (5 CAJAS DE PLACAS POR EQ)	20	3	15%	162,536
14	Generador Externo de Marca Paso	62	62	100%	107,551
15	TUBOS DE OXÍGENO COMPLETO MAS MANÓMETRO DE ALTA PRESIÓN	3000	3000	58%	1,220,117
19	TENSIÓMETROS CON MANGUITO ANEROIDES	300	300	100%	26,239
20	ESTETOSCOPIOS PEDIÁTRICOS - NEO	400	400	100%	29,738
25	PORTA SUEROS 5 PATAS	1500	1500	100%	306,122
27	BASURERO PLÁSTICO	1000	1000	100%	14,286
30	AUTOCLAVE DE 127 LITROS	100	3	3%	104,956
	Total Equipo Complementario UTIs				10,307,317

Fuente: AISEM

La tabla Nº 20 muestra el equipamiento entregado para internación. Se puede ver que, con relación a las cantidades solicitadas, las gradillas, los porta-sueros, los oxímetros de pulso y el oxígeno fueron contratados y entregados en su totalidad al CEASS. Los monitores básicos fueron entregados en un 56%, las camas de tres movimientos en un 37% y los equipos de aspiración de secreciones en un 10%.

7.3. Guías de manejo de pacientes COVID-19 para los tres niveles de atención

Tabla N° 21: Guía de manejo de pacientes COVID-19 para el primer nivel de atención.

Clasificación Fisiopatológica	Situación clínica		Lugar de atención	Tratamiento específico	
ETAPA I (80%)	INFECCIÓN VIRAL TEMPRANA	Pacientes asintomáticos o con enfermedad leve sin evidencia clínica de neumonía ni factores de riesgo	Ambulatorio	• TRATAMIENTO SINTOMÁTICO (a continuación)	
TRATAMIENTO SINTOMÁTICO					
Propósito	Droga	Dosificación		Presentación/Cantidad	Precauciones
		Pediátrica	Adultos		
Antitérmicos (no combinar)	Paracetamol	- 10-15 mg/kg/dosis c/4 – 6 h VO x 3 días	- 500 mg c/6 h VO por 3 días	<ul style="list-style-type: none"> • Comprimidos 100mg y 500mg (12 comp.) • Suspensión 120mg/5ml (1 envase) • Gotas 100/1ml (1ml =20 gotas) (1 envase) 	✓ No usar en hepatitis
	Ibuprofeno	- 5-10 mg/kg/dosis c/6 – 8 h VO x 3 días	- 400-600 mg c/8 h VO x 3 días	<ul style="list-style-type: none"> • Comprimidos 200–400–600 mg (10 comp.) • Suspensión 100-200 mg/5ml (1 envase) 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ No usar en pacientes con antecedentes de úlcera péptica o Enf. Coronaria ✓ Usar con precaución ya que puede haber daños asociados en COVID-19. Probabilidad de empeoramiento en pacientes hospitalizados por COVID-19
Fortalecimiento y/o estímulo del sistema inmunitario (uno o las cuatro drogas)	Vitamina C	- 50-200 mg c/24 h VO x 10 días	- 1 g c/24 h VO x 10 días	<ul style="list-style-type: none"> • Comprimidos 100 mg (10 comp.) • Comprimidos 1 g (10 comp.) 	✓ Urolitiasis por oxalato de calcio, talasemia, hemocromatosis, enfermedad renal
	Vitamina D3 (colecalfiferol)	- 400 UI c/24 h VO x 10 días - 1-2 gotas/Kg/día VO x 10 días	- 1000 a 2000 UI c/24 h VO x 10 días	<ul style="list-style-type: none"> • Capsulas 2000 UI (10 caps.) • Gotas (1 envase) 	✓ Contraindicado en enfermedad renal grave
	Omega 3	- 2 a 3 años 400 mg c/24 h VO x 10 días - Mayores de 4 años 600 mg c/24 h VO x 10 días	- 1000 mg c/24 h VO x 10 días	<ul style="list-style-type: none"> • Capsulas blandas 1000 mg (10 caps.) • Suspensión 1000 mg/5ml (1 envase) 	✓ Sin efectos relevantes
	Sulfato de Zinc	- 0,5-1mg/kg c/24 h VO x 10 días - Menores de 10 kg 5 mg - Entre 10 y 19 kg 10 mg - 20 a 29 kg 15 mg - Más de 30 kg 20 mg - Duplicar dosis en desnutridos crónicos	- 40-60 mg c/24 h VO x 10 días	<ul style="list-style-type: none"> • Comprimidos 50 mg (10 comp.) • Suspensión 10 y 20 mg/5ml (1 envase) 	✓ Hipersensibilidad, precaución en pacientes con ulcera gástrica
Control de las tos improductiva	Codeína	- Mayores de 2 años 0,5-1 mg/kg c/6 h VO x 3 días	- 10 mg a 20 mg c/ 4 – 6 h VO x 3 días	• Jarabe 10 mg/5ml (1 envase)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Usar con precaución puede producir depresión respiratoria ✓ No usar en pacientes con tos productiva
	Dextrometorfano	- Mayores de 2 años 0,5-1 mg/kg c/6 h VO x 3 días	- 10mg a 20 mg c/4 – 6 h VO x 3 días	• Jarabe 10 mg/5ml (1 envase)	
Control de diarrea	Loperamida	No recomendable	4 mg dosis de ataque luego 2 mg después de cada deposición máximo 6 mg/día	• Comprimidos 2 mg (6 comp.)	✓ Hipersensibilidad, diarrea infecciosa bacteriana
Antimicrobianos	Amoxicilina/Ac. Clavulánico	- Amoxicilina 50 a 90 mg/kg/día – Ac. Clavulánico 9 a 15 mg/kg/día c/12 h VO x 5 días	- Amoxicilina/Clavulánico 875/125mg c/ 12 h VO x 5 días	<ul style="list-style-type: none"> • Capsulas (10 caps.) • Suspensión 250 mg/62,5 mg 5 ml (1 envase) 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ NO ADMINISTRAR sistemáticamente antibióticos si no hay evidencia de infección bacteriana dado que la tasa de co-infección es menor al 1% ✓ Hipersensibilidad a beta-lactámicos o macrólidos
	Azitromicina	- 10 mg/kg/día VO 1er día 5 mg/kg/día VO los siguientes 4 días	- 500 mg VO 1er día, 250 mg VO los siguientes 4 días	<ul style="list-style-type: none"> • Capsulas 500 mg (3 caps.) • Suspensión 200 mg/5ml (1 envase) 	

La tabla N° 21 presenta la Guía de manejo de pacientes COVID-19 para el primer nivel de atención.

El Ministerio de Salud elaboró una Guía de manejo de pacientes COVID-19 para el manejo hospitalario en segundo y tercer nivel de atención.

Tabla Nº 22 Guía de manejo de pacientes COVID-19 para el manejo hospitalario en segundo y tercer nivel de atención.

Clasificación Fisiopatológica	Situación clínica	Lugar de atención	Tratamiento específico
ETAPA II (15%)	ENFERMEDAD LEVE/MODERADA	Sala General	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento de sostén: <ul style="list-style-type: none"> - Tromboprofilaxis: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dosis estándar: Enoxaparina 40 mg c/ 24 h SC ▪ Dosis intermedia: Enoxaparina 40 mg c/ 12 h SC ▪ Indicaciones de dosis intermedia: <ul style="list-style-type: none"> - Obesidad: IMC \geq30 - Dímero D \geq 4 veces el valor normal - Ferritina \geq 4 veces el valor normal ▪ Ajuste de dosis: <ul style="list-style-type: none"> - Clearance de creatinina < 30 ml/min reducir 50% la dosis - Antimicrobianos: <ul style="list-style-type: none"> ▪ NO ADMINISTRAR sistemáticamente antibióticos si no hay evidencia de infección bacteriana dado que la tasa de co-infección es menor al 1% ▪ NO ADMINISTRAR sistemáticamente antivirales (oseltamivir) dado que la circulación poblacional de virus de influenza es baja
	ENFERMEDAD GRAVE	Sala General	<ul style="list-style-type: none"> • Dexametasona 6 mg c/24 h EV por 10 días a partir de los 7 días del inicio de los síntomas (si no se dispone de dexametasona usar prednisona 40 mg VO c/24 h x 10 días) NOTA: Controlar glucemia en pacientes diabéticos. • Tratamiento de sostén: <ul style="list-style-type: none"> - Tromboprofilaxis: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dosis estándar: Enoxaparina 40 mg c/ 24 h SC ▪ Dosis intermedia: Enoxaparina 40 mg c/ 12 h SC ▪ Indicaciones de dosis intermedia: <ul style="list-style-type: none"> - Obesidad: IMC \geq30 - Dímero D \geq 4 veces el valor normal - Ferritina \geq 4 veces el valor normal ▪ Ajuste de dosis: <ul style="list-style-type: none"> - Clearance de creatinina < 30 ml/min reducir 50% la dosis - Pronación vigil: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Todos los pacientes con hipoxemia deberían ser estimulados a colocarse en PRONO vigil la mayor parte del tiempo posible - Oxigenoterapia <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mantener la saturación de O₂ \geq93% (88-92% si EPOC o restrictivo severo) usando bigotera a bajo flujo (5 L/min). Si no responde evaluar O₂ a alto flujo (10-15 L/min). Considerar en este caso la producción de aerosoles. - Antimicrobianos: <ul style="list-style-type: none"> ▪ NO ADMINISTRAR sistemáticamente antibióticos si no hay evidencia de infección bacteriana dado que la tasa de co-infección es menor al 1% ▪ NO ADMINISTRAR sistemáticamente antivirales (oseltamivir) dado que la circulación poblacional de virus de influenza es baja • Plasma convaleciente compatible 400 a 500 mL/día (2 transfusiones secuenciales de 200 a 250 mL) <ul style="list-style-type: none"> ▪ En adultos con COVID-19, ante la falta de evidencia contundente sobre su uso, no se puede recomendar a favor o en contra del uso de plasma convaleciente o inmunoglobulina hiperinmune. ▪ Si el equipo médico desea considerar su uso, se debe tener en cuenta los riesgos potenciales (reacciones adversas, contraindicaciones) y evaluar ante todo riesgo – beneficio – costo ▪ En caso de decidirse el uso de plasma convaleciente compatible asegurar un nivel de anticuerpos totales en el plasma del donante de al menos 1:160. ▪ En pacientes (receptores) en los que se considere la administración de plasma después de los 10 días posteriores al inicio de los síntomas se recomienda test de anticuerpos por ELISA o Inmunofluorescencia para evitar el uso de plasma en pacientes con anticuerpos positivos <p>NOTA: Vigilar posibles eventos adversos (TRALI –Injuria Pulmonar Aguda Asociada a la Transfusión; TACO – Sobrecarga Circulatoria Asociada a la Transfusión)</p>

Clasificación Fisiopatológica	Situación clínica	Lugar de atención	Tratamiento específico
ETAPA III (5%) ESTADO HIPERINFLAMATORIO	<p>ENFERMEDAD GRAVE (con criterio de manejo en Unida de Terapia Intensiva)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Neumonía grave ✓ Insuficiencia Respiratoria Aguda ✓ SDRA ✓ Shock ✓ Sepsis ✓ SDOM 	Unidad de Cuidados Intensivos	<ul style="list-style-type: none"> • Dexametasona 6 mg c/24 h EV por 10 días a partir de los 7 días del inicio de los síntomas (si no se dispone de dexametasona usar prednisona 40 mg VO c/24 h x 10 días) NOTA: Controlar glucemia en pacientes diabéticos. • Tratamiento de sostén: - Tromboprofilaxis: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Enoxaparina 40 mg c/ 12 h SC ▪ Ajuste de dosis: <ul style="list-style-type: none"> - Clearance de creatinina < 30 ml/min reducir 50% la dosis - Soporte respiratorio: <ul style="list-style-type: none"> • El uso de VNI en insuficiencia respiratoria aguda hipoxémica se desaconseja por la posibilidad de generar aerosoles (seguridad del personal de la UCI). • Si se optara por el uso VNI, se debe colocar al paciente en lo posible en una habitación con presión negativa, extremar el monitoreo y proceder a su intubación rápidamente si no mejoran los parámetros clínicos y de laboratorio • Utilizar protocolo de secuencia rápida de intubación para disminuir la producción de aerosoles - Implementar un protocolo de manejo temprano del SDRA • Para adultos en ventilación mecánica invasiva con COVID-19 y SDRA moderado a severo, se sugiere la ventilación en posición prono por 12 a 16 horas diarias, en lugar de la ventilación sin prono <ul style="list-style-type: none"> - Indicaciones de PRONO en UCI <ul style="list-style-type: none"> ✓ SDRA severo ✓ Criterios PROSEVA: PaFi < 150; FiO2 > 60%; PEEP > 5 cm H2O ✓ Hipoxemia refractaria: PaFi < 100; PaO2 < 60 mmHg; FiO2 100% - Contraindicaciones de PRONO <ul style="list-style-type: none"> ✓ Shock; Sangrado activo; Fracturas múltiples; Inestabilidad vertebral; Hemorragia intracraneana; Cirugía traqueal; Esternotomía - Líquidos intravenosos: <ul style="list-style-type: none"> • Administrar con precaución, la sobrecarga puede empeorar la hipoxemia y el SDRA - Antimicrobianos: <ul style="list-style-type: none"> • Dado que los pacientes que ingresan provienen de la comunidad no es necesario usar antimicrobianos de amplio espectro. Intentar obtener una muestra de secreción respiratoria (esputo; aspirado traqueal; minibal) para guiar el esquema antimicrobiano y luego descalar. • Amoxicilina sulbactam 1,5 g c/8 hs EV o Ceftriaxona 1 g c/24 hs EV. Descalar en base al resultado de los cultivos • NO ADMINISTRAR sistemáticamente antivirales (oseltamivir) dado que la circulación poblacional de virus de influenza es baja • Plasma convaleciente compatible 400 a 500 mL/día (2 transfusiones secuenciales de 200 a 250 mL) <ul style="list-style-type: none"> ▪ En adultos con COVID-19, ante la falta de evidencia contundente sobre su uso, no se puede recomendar a favor o en contra del uso de plasma convaleciente o inmunoglobulina hiperinmune. ▪ Si el equipo médico desea considerar su uso, se debe tener en cuenta los riesgos potenciales (reacciones adversas, contraindicaciones) y evaluar ante todo riesgo – beneficio – costo ▪ En caso de decidirse el uso de plasma convaleciente compatible asegurar un nivel de anticuerpos totales en el plasma del donante de al menos 1:160. ▪ En pacientes (receptores) en los que se considere la administración de plasma después de los 10 días posteriores al inicio de los síntomas se recomienda test de anticuerpos por ELISA o Inmunofluorescencia para evitar el uso de plasma en pacientes con anticuerpos positivos <p>NOTA: Vigilar posibles eventos adversos (TRALI –Injuria Pulmonar Aguda Asociada a la Transfusión; TACO – Sobrecarga Circulatoria Asociada a la Transfusión)</p> <p>Para un manejo específico del paciente crítico referirse a la “Guía de Diagnóstico y Tratamiento de COVID-19 en Unidades de Terapia Intensiva” (Versión Mayo 2020) de la Sociedad Boliviana de Medicina Crítica y Terapia (SBMCTI)</p>

La tabla N° 22 presenta la Guía de manejo de pacientes COVID-19 para el manejo hospitalario en segundo y tercer nivel de atención.

- CEPAL-OPS (2020). Salud y economía: una convergencia necesaria para enfrentar el COVID-19 y retomar la senda hacia el desarrollo sostenible en América latina y el Caribe.
- KOICA-OPS (2020). Plan de Contención y Mitigación COVID-19 de Oruro.
- Ministerio de Salud de Bolivia (2018). Cuentas de Salud 2016.
- Ministerio de Salud de Bolivia (2020). Estrategia Nacional de Salud en respuesta al COVID-2019.
- Ministerio de Salud de Bolivia (2020). Guía y lineamientos de manejo COVID-19.
- Ministerio de Salud de Bolivia (2020). Unidad de Epidemiología. Plan de preparación y respuesta para la prevención y control del coronavirus en Bolivia.
- Ministerio de Salud de España (2020). Plan de Acción para la transformación del Sistema Nacional de Salud en la era Post COVID-19.
- Ministerio de Salud del Salvador (2020.) Plan Nacional de preparación y respuesta ante el Novel Coronavirus.
- Ministerio de Salud de Tucumán de Argentina (2020). Plan de Contingencia COVID-19.
- Ministerio de Salud de Uruguay (2020). Plan Nacional de Contingencia para la Infección (COVID-19) por el nuevo Coronavirus (SARS CoV2).
- Ministerio de Salud Pública de la República Dominicana. Guía para el análisis y la gestión de eventos adversos en establecimientos de salud.
- Ministerio de Salud Pública de la República Dominicana. Guía para la prevención de eventos adversos en establecimientos de salud.
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (2020). Lineamientos para la prevención, detección y manejo de casos de coronavirus (covid-19) para población en situación de calle en Colombia.
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (2020). Lineamientos, Orientaciones y Protocolos para enfrentar la COVID-19 en Colombia.
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (2020). Plan de Contingencia para responder ante la emergencia por COVID-19.
- OMS (2020). Actualización de la Estrategia frente a la COVID-19.
- OMS (2020). Maintening essential health services operational guidance for the COVID-19 context.
- OMS (2020). Plan Estratégico de preparación y respuesta para la enfermedad por Coronavirus 2019 (COVID-19). Pautas para la planificación operativa de la preparación y respuesta de los países.
- OPS (2020). Algoritmo de manejo de pacientes con sospecha de infección por COVID-19 en el primer nivel de atención y en zonas remotas de la Región de las Américas.
- OPS (2020). Atención inicial de personas con Infección Respiratoria Aguda (IRA) en el contexto de la infección por Coronavirus (COVID-19) en establecimientos de salud: evaluar el riesgo, aislar, referir.
- OPS (2020). Guía para el cuidado de pacientes adultos críticos con COVID-19 en las Américas. Versión 2.

- OPS (2020). Plan de adecuación de la Red de Oruro. Proyecto de Mejoramiento de la Salud y la Calidad de vida en el Altiplano.
- OPS (2010). Redes Integrales de Servicios de Salud. Serie La renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. N° 4.
- OPS/OMS (2020). Estado de situación de la respuesta a la epidemia de COVID-19 en Bolivia.
- OPS/OMS (2018). Indicadores básicos Situación de Salud en las Américas.
- OPS/OMS (2017). Salud en las Américas. Resumen: panorama regional y perfiles de países.
- PNUD (2020). Plan de respuesta humanitaria COVID-19 Honduras.
- Prieto, L y Cid, C (2010). Análisis del Sector Salud de Bolivia. BID.
- UDAPE-OPS (2004). Caracterización de la exclusión en salud en Bolivia.

EQUIPO TÉCNICO DE APOYO AL MINISTERIO DE SALUD

Coordinador

Dr. Julio Pedroza. Asesor Internacional de Sistemas de Salud. OPS, Bolivia.

Red Nacional de Laboratorios COVID-19

Lic Pamela Aguirre

Programación, Contratación y Seguimiento de Recursos Humanos

Lic. Teresa Becerra

Organización y Gestión de Servicios de Salud

Dr. Roberto Bohrt

Programación y Seguimiento Ejecución Financiera

Eco. Marina Cárdenas

Coordinador Técnico Proyecto PROMESA OPS/KOICA Oruro

Dr. Rimsky Chavez

Sistema de Información COVID-19

Ing. Patricia Llanos

Apoyo Técnico a Hospitales COVID-19

Dra. Deborah Rodríguez

Planificación y Seguimiento

Dra. Cécile Roux

Gestión y adecuación de Redes de Servicios de Salud

Dr. Marcelo Rojas

Desarrollo y Capacitación de Recursos Humanos

Ing. Roberto Sánchez

Normas y Procedimientos Administrativos de Emergencia

Dr. Sergio Toro

EQUIPO TÉCNICO DEL MINISTERIO DE SALUD

Dirección de Servicios de Salud

Director General

Dr. René Sahonero

Jefe Unidad de Redes

Dr. Juan Carlos Arraya

Responsable del Área Continuo

Dra. Mariela Becerra

Responsable del Área de Redes

Dr. Ahmed Soliz

Coordinador CONALAB

Dr. Juan Carlos Mollinedo

Lic. América Bustos

Dra. Dunia Calla

Ing. Pablo Martínez

Dr. Iván Loza

Dirección de Promoción de la Salud

Planificación

Ing. Brenda Alanoca

Jefe Unidad de Promoción de la Salud

Dr. Guillermo Aponte

Jefe Unidad de Alimentación y Nutrición

Dr Yecid Humacayo

Jefe Unidad de Discapacidad

Dra Neyda Alvarado

Ing. Vicky Aguilar

Dra. Elvira Chaua

Dr. Nicolas Calle

Lic Beatriz Mercado

Lic. Sonia Tarquino

Lic. Shirley Valverde

Lic. Morayma Isnado

Lic. Estela Machaca



Gobierno del Estado Plurinacional de

BOLIVIA

Ministerio de
Salud

El presente documento ha sido elaborado y se publica con el apoyo de:

