GOBIERNO AUTÓNOMO DEPARTAMENTAL DE LA PAZ
SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD
UNIDAD DE REDES Y SEGUROS PÚBLICOS

SEDES LA PAZ TERCER MILENIO

MANUAL DEL SERVICIO SOCIAL DE SALUD RURAL OBLIGATORIO

S.S.S.R.O.



2016

GOBIERNO AUTONOMO DEPARTAMENTO DE LA PAZ

SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE LA PAZ

MANUAL del SERVICIO SOCIAL de SALUD RURAL OBLIGATORIO

S.S.S.R.O.

PUBLICACION

No. 5

LA PAZ - BOLIVIA

2016

Esta es una publicación exclusiva del:
Servicio Departamental de Salud La Paz para el
"Servicio Social de Salud Rural Obligatorio"

Texto PDF disponible en http://www.sedeslapaz.gob.bo
Depósito Legal: 4-1-335-13 P.O.
ISBN:1199
Edición: 11va.
Impresión e infografía: Imp. Gala Impresores
Tel. 2901966 - Cel. 76246860
La Paz - Bolivia
2016

GOBIERNO AUTONOMO DEPARTAMENTAL DE LA PAZ



Dr. Felix Patzi Paco, Ph.D.

GOBERNADOR DEL DEPARTAMENTO DE LA PAZ

Dr. Félix Patzi Paco
GOBERNADOR DEL DEPARTAMENTO DE LA PAZ

AUTORIDADES DEL SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD LA PAZ

Dr. Freddy Valle Calderón
DIRECTOR TÉCNICO

Dra. Nélida Quispe Poma
JEFE DE GABINETE

Lic. Erasmo Martin Largo Mamani
JEFE UNIDAD DE PLANIFICACION Y DESARROLLO ORGANIZACIONAL

Lic. Freddy De Ugarte Vargas
JEFE UNIDAD ADMINISTRATIVA FINANCIERA

Dr. Nuguer Gutiérrez Quisperth
JEFE UNIDAD ASESORIAJURIDICA

Dra. Rosmeri Maquera Nina
JEFE UNIDAD REDES DE SERVICIOS DE SALUD

Dra. Cinthia Valdez Toledo
JEFE UNIDAD GESTION DE CALIDAD EN SALUD

Lic. Velka Z. Sánchez Zabalaga
JEFE UNIDAD DE COMUNICACIÓN, PROTOCOLO Y RELACIONES PÚBLICAS

Dra. Rosse Mary Yupanqui Márquez
JEFE UNIDAD DEL SISTEMA DEPARTAMENTAL DE INFORMACION EN SALUD

Dr. Jhonny Ayllon Cayetano
JEFE UNIDAD DE EPIDEMIOLOGIA E INVESTIGACION

Dra. Fanny Ramírez
JEFE UNIDAD PROMOCION DE LA SALUD Y PREVENCION DE ENFERMEDADES

Lic. Juan Chuquimia
JEFE UNIDAD DE TRANSPARENCIA

Lic. Donato Capia Flores
JEFE UNIDAD RECURSOS HUMANOS

GESTION 2016

AUTORES

Dr. Freddy Valle Calderón	Director Técnico Sedes La Paz
Dra. Nélida Quispe Poma	Jefe de Gabinete
Dra. Rosmeri Maquera Nina	Jefe Unidad Redes de Servicios de Salud
Dra. Ángela Lucia Mendoza Guachalla	Prof. Tec. Unidad de Redes y Servicios de Salud
Dr. Germany Hurtado Montesinos	Resp. Continúo de la Atención
Lic. Francy Venegas Arzabe	Resp. Área de atención a personas con Discapacidad
Dr. Nelson Quispe Ilaquita	Resp. Área Seguros Públicos de Salud
Dra. Savia Chipre Ramos	Resp. Área Salud Oral
Lic. Martha Hilari Ticona	Resp. a.i. Área de Gestión Hospitalaria
Dr. Edwin Morante Nina	Coordinador Redes Urbanas
Dr. Juan Ireneo Choque Rondo	Coordinador de Redes Rurales
Dr. José Antonio Zambrana	Resp. Epidemiología Hosp. Del Tórax
Dr. Juan Alfredo Tarquino Nina	Coordinador Red de Salud Nº 1 Sur Oeste
Dra. Liliam Sandra Belzu Cuba	Medico de Planta C.S. Divino Maestro
Dra. Cinthia Valdez Toledo	Jefe Unidad Gestión de
Dr. Boris Enriquez	Resp. Área de Acreditación
Dr. Juan Santos Domínguez	Resp. Área Laboratorio y de Medicina Transfusional
Lic. Lidia Ayaviri Céspedes	Resp. Área de la Vigilancia de la Calidad
Dra. Gladys Garzofino M.	Resp. Farmacia
Dra. Rosse Mary Yupanqui Márquez	Jefe Unidad del Sistema departamental de Información en Salud
Sr. Edgar Cabrera Ramos	Técnico Estadístico SDIS
Sra. Daly Silva Murillo	Técnico Estadístico SDIS
Dra. Fanny Ramírez	Jefe Unidad de Promoción de La Salud y Prevención de Enfermedades
Lic. Jesús Reynaldo Miranda Tórrez	Resp. Área Alimentación y Nutrición
Med. Trad. Evaristo Quenta Lipe	Resp. Salid Intercultural y Medicina Tradicional
Dr. Nelson Chavarria	Jefe Unidad Epidemiologia e Investigación
Dra. Kattya Patricia Choque Herbas	Resp. Área Vigilancia Epidemiológica
Dra. Aydeé Cristina Ramírez Laura	Resp. Área de Enfermedades no transmisibles y Salud Renal
Lic. Julia Quispe Mamani	PDCTB Área de Tuberculosis
Dra. Jaquelin María Ferrufino Montoya	Resp. Área de Enfermedades Emergentes y reemergentes
Lic. Hortencia Nina	Enfermera Vigilante – Unidad de Epidemiologia e Investigación
Dra. Ángela Mendoza Baldivieso	Resp. Área ITS/VIH/SIDA

Un agradecimiento infinito a todos los profesionales implicados en la mejora continúa de nuestra institución. 2016.

Diseño de Tapa, Carátula y Diagramación de interiores:

- ***Dra. Ángela Lucia Mendoza Guachalla***
- ***Dra. Rosmeri Maquera Nina***
- ***Dr. Juan Ireneo Choque Rondo***
- ***Sr. Edgar Cabrera Ramos***

Profesionales que participaron en la validación del documento:

- ***Dr. Freddy Valle Calderón***
- ***Dra. Rosmeri Maquera Nina***
- ***Dra. Cinthia Valdez Toledo***
- ***Dra. Nélida Quispe Poma***

Responsables de la Edición:

- ***Dra. Ángela Lucia Mendoza Guachalla***
- ***Dra. Rosmeri Maquera Nina***
- ***Dr. Juan Ireneo Choque Rondo***

Esta es una publicación exclusiva del:
Servicio Departamental de Salud La Paz para el "Servicio Social de Salud Rural Obligatorio"
11 va Edición
La Paz, Bolivia
Editorial: Imp. Gala Impresores - Tel. 2901966

Presentación



El Departamento de La Paz se encuentra en un proceso de reforma del sector salud a través de la nueva Política Departamental "SALUD PARA LA PAZ" dirigida a la construcción de una cultura de promoción de la salud y prevención de enfermedades, donde las personas acudan a nuestros servicios de salud no solo con el objetivo de curación sino con el objetivo de recibir información y orientación que les permita prevenir cualquier tipo de padecimiento, ya sean agudas y crónicas; esta construcción es tarea de todos/as, trabajo que debe ser realizado desde la formación de los recursos humanos cuyo perfil sea el adecuado para el desarrollo de estas actividades de prevención y promoción que exige nuestra población. Por este motivo las Universidades Públicas y Privadas deben integrarse y servir a la realidad del pueblo paceño, formando recursos humanos sensibilizados y con conciencia social, que puedan aplicar los conocimientos, destrezas y aptitudes adquiridas en su formación Universitaria. El servicio social es un espacio para el encuentro, la vinculación e interacción con la población del área rural, instituciones educativas y establecimientos de salud de primer y segundo nivel, que constituyen un conjunto que contribuye a la formación integral de los estudiantes favoreciendo que el estudiante adquiera habilidades, destrezas y lo mas importante seguridad profesional en cada uno de sus intervenciones sean estos en el ámbito administrativo, asistencial y/o de investigación.

El presente Manual del Servicio Social de Salud Rural Obligatorio es un documento técnico, que permitirá ser un instrumento de consulta práctico dirigido al estudiante de pregrado en relación a los programas y normativas vigentes a nivel Nacional y Departamental.

Dr. Freddy R. Valle Calderón
DIRECTOR TECNICO
SEDES LA PAZ

Salud para La Paz

Salud para La Paz



Los nuevos graduados, de las Carreras del Área de la Salud, que irradian energía personal al cumplir el Servicio Social de Salud Rural Obligatorio, y comienzan una nueva Carrera, como profesionales – en los niveles público y privado– tendrán la oportunidad de conocer, de cerca, la realidad que se vive en nuestras comunidades, en los 87 municipios de nuestras 20 provincias.

El conocimiento adquirido y vivido debe servir, a nuestros médicos, odontólogos, enfermeras, y a las otras y los otros nuevos profesionales de los servicios de salud, a actuar y desarrollar su Carrera Profesional, de servicio a nuestra sociedad, con profesionalismo y responsabilidad, de acuerdo a nuestra realidad, y a las diferentes comunidades que nos muestran cuales son las patologías de las regiones del Departamento de La Paz (Altiplano Norte, Altiplano Sur, Valles Interandinos Norte, Valles Interandinos Sur, Yungas y Amazonía).

Una de nuestras tareas fundamentales es aplicar – desde nuestra actividad específica – las medidas pertinentes, con prioridad en la PROMOCIÓN de la salud y la PREVENCIÓN de las enfermedades, como base para la atención de las enfermedades diversas.

El presente Manual, tiene el propósito de acercar a los nuevos profesionales de la salud, los usos y costumbres de la población de nuestras comunidades, que debe tener como respuesta la atención de los servicios de salud, con calidad y calidez.

LA PAZ
TERCER MILENIO

Dr. Félix Patzi Paco, Ph.D.
GOBERNADOR DEL DEPARTAMENTO DE LA PAZ

ÍNDICE

REGLAMENTO SERVICIO SOCIAL RURAL OBLIGATORIO 17

REDES Y SERVICIOS DE SALUD 27

SALUD FAMILIAR COMUNITARIA INTERCULTURAL 29

MODULO 1
DE REDES Y SERVICIOS DE SALUD 27

IMPLEMENTACION Y APLICACIÓN DE LA LEY 475 Y SU REGLAMENTACIÓN 33

BIOSEGURIDAD 44

ANALISIS DE LA SITUACION DE SALUD 57

PROMOCION Y PREVENSION EN SALUD BUCODENTAL 64

DISCAPACIDAD 72

CARPETA FAMILIAR 80

FAMILIOGRAMA 97

TECNICAS PARA EL DESARROLLO DE FERIAS DE SALUD 104

COMITÉ DE ANALISIS DE INFORMACION CAI 111

CONTINÚO DE LA VIDA 116

MODULO 2
PROMOCION DE LA SALUD Y PREVENSION DE LAS ENFERMEDADES 159

GESTION PARTICIPATIVA EN SALUD 161

INTERSECTORIALIDAD EN SALUD 164

MEDICINA TRADICIONAL E INTERCULTURALIDAD 167

ALIMENTACION Y NUTRICION 172

MODULO 3
EPIDEMIOLOGIA 185

VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA 187

PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES (PAI 194

TUBERCULOSIS 202

INFLUENZA 213

RABIA 217

INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL (ITS 227

ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES Y SALUD RENAL 238

ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES 247

MODULO 4
DE GESTION DE CALIDAD 255

MANEJO DEL EXPEDIENTE CLINICO 257

ACREDITACION DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD 260

VIGILANCIA DE LA CALIDAD 267

AUDITORIA EN SALUD 271

LABORATORIO Y ANALISIS CLINICO 276

FARMACIA 280

MEDICINA TRANFUSIONAL 283

MODULO N° 5
SISTEMA DEPARTAMENTAL DE INFORMACION EN SAUD 287

SISTEMA NACIONAL DE INFORMACION EN SALUD Y VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA 289

MODULO N°6
METODOLOGIA DE INVESTIGACION 297

METODOLOGIA DE INVESTIGACION 299

BIOESTADISTICA BASICA 311

ESTRUCTURA DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD
DEL DEPARTAMENTO DE LA PAZ 343

ANEXOS 361

PRESENTACION DE DOCUMENTACION

INTRUMENTOS DE EVALUACION Y CERTIFICACION

GOBIERNO AUTÓNOMO DEPARTAMENTAL DE LA PAZ
SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD
UNIDAD DE REDES Y SEGUROS PÚBLICOS

SEDES LA PAZ TERCER MILENIO

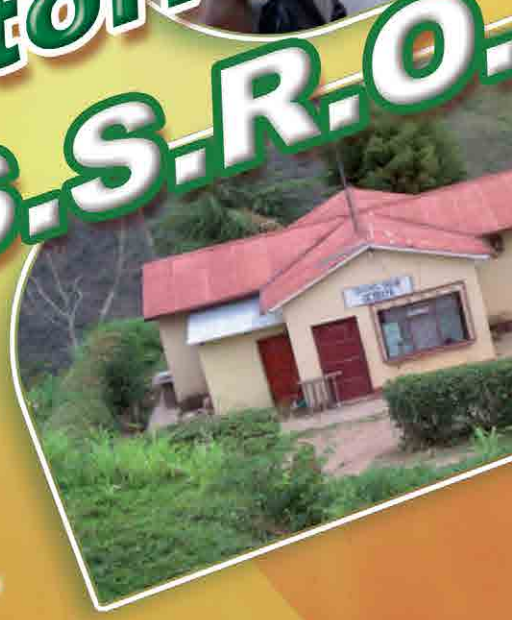
Reglamento



Servicio Social de Salud Rural Obligatorio

S.S.S.R.O.





SALUD PARA LA PAZ

"La verdadera disciplina no se impone, solo puede venir del interior de nosotros mismos"

Dalai Lama

SERVICIO SOCIAL DE SALUD RURAL OBLIGATORIO (SSSRO)

CAPITULO I

ARTICULO Nº 1. DEFINICION.- El Servicio Social de Salud Rural Obligatorio es el servicio prestado de atención en salud por parte de los estudiantes de las Carreras de las ciencias de la Salud: Medicina, Odontología y Enfermeria, realizado a dedicación exclusiva, en los establecimientos de salud de primer nivel de atención del área rural del Departamento de La Paz, bajo el denominativo de "Servicio Social de Salud Rural Obligatorio".

ARTICULO Nº 2. DURACION.- El tiempo de duración del Rote correspondiente al Servicio Social de Salud Rural Obligatorio es de 3 meses calendario para estudiantes egresados de universidades nacionales y de 6 meses para estudiantes egresados en el extranjero.

ARTICULO Nº 3. HABILITACION.- Todos los estudiantes deberán ser habilitados legalmente por el Director de la Carrera respectiva y/o autoridad competente designada por cada universidad, cuyas listas deberán ser remitidas a la Unidad de Redes y Seguros Públicos de acuerdo al cronograma establecido, no aceptándose estudiantes rezagados posteriores a la fecha determinada.

Una vez iniciado el rote, por ningún motivo se incluirá nuevos estudiantes, aquellos rezagados por diversas circunstancias deberán esperar el siguiente rote para habilitarse.

ARTICULO Nº 4. INGRESO.- Todos los estudiantes de las carreras de Medicina, Enfermeria y Odontología deberán contar con nota mínima de aprobación de 51 puntos sobre 100 del curso de inducción y/o preparación de la Universidad correspondiente. Evaluación que determina el conocimiento y formación del estudiante en Salud Pública.

ARTICULO Nº 5. AREA DE TRABAJO.- Los establecimientos de salud a los cuales son designados los estudiantes habilitados a este rote son centros de salud de primer nivel de atención y Hospitales de Segundo nivel del área rural del departamento de La Paz del sistema público de salud. Dicha designación es realizada por prelación de notas. Las instituciones como las fuerzas armadas, iglesia, ONGs u otras, que requieran la incorporación de estudiantes del internado rotatorio a sus establecimientos de salud deberán formalizar convenios respectivos con el Servicio Departamental de Salud La Paz.

ARTICULO Nº 6. Los estudiantes designados al Servicio Social de Salud Rural Obligatorio deben desempeñar sus funciones bajo la coordinación y supervisión del SEDES La Paz a través de las Coordinaciones Técnicas y la Universidad.

ARTICULO Nº 7. Al ser parte del Internado Rotatorio, no cuenta con reconocimiento de remuneración económica.

CAPITULO II

ARTICULO Nº 8. OBJETIVO.- Contribuir a la formación de profesionales del área de la salud de forma integral, capacitados y preparados para resolver los problemas dominantes de la salud de nuestro país, cuya visión de atención considere como prioridad la atención primaria en salud con enfoque integral del individuo, familia y comunidad y/o población.

CAPITULO III

ARTICULO Nº 9. ORGANIZACIÓN Y ADMINISTRACION.- El rote correspondiente al Servicio Social de Salud Rural Obligatorio se constituye en un sistema académico cuya planeación, organización, dirección, control y evaluación están a cargo de la Coordinación de Redes Rurales el cual depende de la Unidad de Redes y Seguros Públicos del SEDES La Paz.

El personal de planta de los establecimientos de salud del sistema público del departamento de La Paz se constituyen en los docentes y/o tutores designados para que a través de ellos se realice el tutelaje de todas las actividades del estudiante designado al SSSRO, estos tutores deberán ser correspondientes a cada carrera, ser reconocidos y avalados por la institución y las Universidades del Sistema público y privado.

CAPITULO IV

ARTICULO Nº 10. FUNCIONES DEL ESTUDIANTE DEL INTERNADO.- Estarán enmarcadas en las estrategias de Atención Primaria en Salud, Salud Familiar, Comunitaria, Intercultural (SAFCI), haciendo énfasis en funciones de Promoción de la Salud y Prevención de las enfermedades transmisibles y no transmisibles de acuerdo al área de trabajo asignado, y que deberá ser desarrollados como se detalla a continuación:

SALUD FAMILIAR COMUNITARIA E INTERCULTURAL (SAFCI)

- Desarrollar actividades de promoción; información, educación, capacitación sobre los riesgos identificados en la carpeta familiar y en el Modulo de Información Básica.
- Motivar a la familia para su participación y movilización en acciones colectivas en salud.
- Realizar atención integral, intercultural de acuerdo a normas, protocolos de atención, adecuados culturalmente.
- Desarrollar acciones de información, educación, comunicación, en problemas prioritarios para la zona de intervención de acuerdo a resultado de el Modulo de Información Básica MIB o Carpetas Familiares.
- Participar en las actividades de las organizaciones e instituciones de la comunidad, logrando alianzas estratégicas en el marco de la intersectorialidad para mejorar el estado de salud de la comunidad, apoyando el desarrollo de la participación social.
- Identificar a otros prestadores de servicios de salud (Parteras, Médicos Tradicionales u Otros) en la comunidad.
- Promover el censo de terapeutas tradicionales alternativos, en coordinación con las Autoridades Locales y Comités Locales de Salud.
- Promover la articulación tanto comunitaria como institucional de estos terapeutas con el establecimiento de salud.
- Capacitar en problemas de salud prioritarios de acuerdo al diagnóstico previo
- Coordinar capacitación de acuerdo a la vivencia propia de estos terapeutas tradicionales.
- Articulación de acciones con los Agentes Comunitarios en Salud y comités locales de salud.

PLANIFICACIÓN.-

- Elaborar un Plan Trimestral de Actividades en coordinación con el establecimiento de salud, la Red Municipal SAFCI y las Autoridades Municipales y Locales

- Elaborar de cronogramas de actividades mensuales
- Participar en CAIs del establecimiento de Salud, Apoyo al desarrollo para el seguimiento a las actividades programadas.
- Promocionar y apoyar para la realización de la mesa municipal de salud, una vez cada trimestre.
- Aplicar la Guía de Gestión Local en salud (autodiagnóstico comunitario), la información sistematizada de la Carpeta Familiar, el Módulo de Información Básica e Información del SNIS.

EDUCACIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES

- Identificación de grupos organizados y de líderes comunitarios (OTBs, Comités de Vigilancia, Agentes Cantorales, G. Municipal, ONGs, U. Militares, Juntas Escolares, Directores de Unidades Escolares, y otras organizaciones sociales, Asociaciones de Club de Madres, Comités de Adolescencia y juventud).
- Planificación participativa con la comunidad para determinar necesidades prioritarias en salud.
- Participación en actividades de salud familiar, odontológica y comunitaria.
- Apoyar acciones de promoción de las prestaciones de Salud vigentes.
- Realizar conferencias y/o Charlas sobre salud Materno Infantil incluyendo planificación Familiar y enfermedades no transmisibles.
- Realizar Ferias de Salud: ya sea en servicio de salud o especio público, y/o ferias en escuela colegio.
- Gestion Social: Entrevista Familiar – Carpeta familiar, llenado y/o actualización.

EPIDEMIOLOGIA

- Conferencias y/o charlas sobre Epidemiologia, enfermedades Transmisibles por Vectores (Chagas, Dengue, Malaria, Leishmaniosis, etc.)
- Vacunación en servicio o Fuera del Servicio
- Captación de Sintomáticos Respiratorios, Captación de pacientes con Tuberculosis, y captación de pacientes con Leishmaniosis.
- Conferencias y/o charlas sobre Epidemiologia, enfermedades No Transmisibles (Diabetes, Hipertensión, Cáncer, AVC y otras) y sus factores de riesgo (Tabaquismo, alcoholismo y obesidad)

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

- Identificación y reporte de enfermedades de notificación inmediata o semanal, con el Equipo de Salud.
- Capacitar a la comunidad en Vigilancia epidemiológica, para reconocer y notificar los casos y tomar decisiones de manera oportuna.

ACTIVIDAD ASISTENCIAL.-

- Como personal de apoyo estar siempre disponible para colaborar con la atención de emergencias y desastres
- Detección comunitaria de mujeres embarazadas y la realización de control prenatal

- Detección comunitaria de estados nutricionales carenciales, Control de crecimiento y Desarrollo.
- Control de salud Escolar
- Apoyo en la realización de Papanicolaou para detección de CA
- Detección comunitaria de altos índices de caries dental, enfermedad periodontal y maloclusión.
- Referencia de pacientes y su seguimiento en domicilios y comunidades
- Identificación de los casos que requieran control para coordinar con el personal de establecimientos fijos para su seguimiento hasta su resolución.

SNIS (SISTEMA NACIONAL DE INFORMACIONES EN SALUD).-

- Actualizar y analizar el módulo de información Básica (MIB)
- Aplicar y actualizar permanentemente la Carpeta Familiar, en coordinación con el personal del establecimiento de salud y las autoridades locales y el agente comunitario de salud.
- Analizar con la comunidad el resultado de la información en relación a determinantes de la salud para la toma de decisiones
- Actualizar los Canales Endémicos de mínimo tres enfermedades en dos grupos etáreos diferentes.
- Colaborar con la actualización del cuadro de monitorio del establecimiento de manera semanal.
- Colaborar con el llenado de la información de producción de servicios mensual (Formulario 301 SNIS)
- Colaborar con el llenado de la información del instrumento de Vigilancia Epidemiológica Semanal (Formulario 302 SNIS)
- Participación en la preparación de los CAI de área.
- Realizar investigación de mortalidad materna en su área de intervención

ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS

- Elaboración del Informe mensual de actividades del SSSRO.
- Elaboración del Protocolo de Investigación
- Elaboración del trabajo de Investigación, presentación y defensa respectiva ante la Red Municipal y la Coordinación Técnica de la Red a la cual fue designado.
- Rendir el examen del SSSRO en la red municipal y la Coordinación Técnica respectiva
- Seminario de Salud Pública y/o Política SAFCI

DIAGNOSTICO TEMPRANO Y TRATAMIENTO OPORTUNO.

- Apoyo en la consulta externa en las especialidades básicas, en el marco de las prestaciones de Salud vigentes.
- Atención y seguimiento supervisado de pacientes internados en el Servicio de Salud.
- Atención supervisada de emergencias y apoyo en actividades quirúrgicas, de acuerdo a requerimiento.

ACCIONES DE INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN (IEC).

- Detección de necesidades de aprendizaje en la comunidad para organizar y dirigir actividades de educación para la Salud, actuando en las determinantes de la salud (Saneamiento Básico, Nutrición y Alimentos seguros, Agua Segura, Medio Ambiente, Vivienda)
- Implementación de acciones de IEC, de los Programas de salud, dirigidos a grupos de riesgo y población en general.
- Programar Ferias de Salud, en convenios interinstitucionales, (Una vez por cada rotación), organizado por internos de Medicina, Odontología y Enfermería

TRABAJO DE INVESTIGACION

- Elaboración de un trabajo de Investigación priorizando los problemas prevalentes de la zona, enmarcadas a las determinantes de la Salud y/o Promoción de la salud.
- Dicha investigación será parte del proceso evaluativo de la rotación.

CAPITULO IV

ARTICULO Nº 11. DE LAS OBLIGACIONES DEL ESTUDIANTE DE INTERNADO.-

1. Cumplir con todos los términos del Servicio Social de Salud Rural Obligatorio y asistir a todas las reuniones que fueran convocados por sus inmediatos superiores.
2. Presentarse en el lugar de rotación a partir de la fecha de inicio de la misma y como máximo plazo hasta 48 horas después del inicio solo para aquellos lugares donde es difícil el acceso, ante autoridad máxima del Servicio de Salud designado, con el memorándum y credencial emitido por el SEDES.
3. Cumplir el cronograma de actividades establecido a partir del momento de reconocimiento del lugar de rotación de acuerdo a las funciones establecidas por el SEDES y la Universidad, priorizando actividades de Promoción de la Salud y Prevención de las enfermedades.
4. Tratar y dirigirse con respecto a sus superiores, iguales y subalternos, así como a los usuarios de servicios de salud que acudan al establecimiento de salud donde presten el SSSRO.
5. Permanecer en instalaciones del establecimiento el tiempo que no realiza actividad comunitaria, como parte del equipo de salud, apoyando las acciones y actividades de manera integral.
6. Permanecer debidamente uniformado e identificado ante todas las personas que asisten al establecimiento de salud.
7. Brindar colaboración necesaria al personal designado de la Universidad dependiente o del SEDES, en las supervisiones periódicas.
8. Comunicar por escrito el requerimiento de ausencia temporal, ante situaciones imprevistas excepcionales a la autoridad máxima del Servicio de Salud con copia al encargado de la rotación de la Universidad dependiente, y presentar el respaldo o justificativo pertinente a su solicitud 48 horas posteriores a los días de ausencia, con el correspondiente visto bueno de su universidad.
9. Cumplir con la labor designada, en función al cronograma establecido.
10. Ante requerimiento de la necesidad presencial del estudiante del internado en la sede de la universidad dependiente, deberá comunicar por escrito a la autoridad máxima del

establecimiento de salud, y presentar el respaldo o justificativo pertinente a su solicitud 48 horas posteriores a los días de ausencia, con el correspondiente visto bueno de su universidad.

11. Prohibición a acogerse a huelgas y/o paros en virtud a estar en fase de formación.
12. Elaborar un informe escrito completo y documentado de las actividades emprendidas en la estadía en el Servicio de Salud, acorde al cronograma de actividades presentado y a las funciones asignadas por el SEDES La Paz o su universidad.
13. Elaborar un trabajo de Investigación de campo en los dos meses iniciales de rotación (sujeto a normas académicas de la Universidad dependiente y del SEDES), estipular claramente en un cronograma los tiempos de desarrollo del trabajo para evitar retrasos posteriores en la conclusión del mismo.
14. Aplicación de las recomendaciones del trabajo de investigación en el último mes de rotación, refrendar su intervención con los resultados de la misma y sus respaldos correspondientes.
15. Informe de actividades de la rotación y del trabajo de investigación, ante tribunal conformado por personal de la Universidad y representantes del SEDES.

ARTICULO Nº 12. DE LOS DERECHOS DEL ESTUDIANTE DEL INTERNADO.-

1. Ser considerado personal de apoyo de Equipo del Servicio de salud
2. Recibir trato cordial del personal del Servicio de salud.
3. Ser respetada su privacidad personal.
4. Gozar de descanso de 48 horas por mes (lugares cercanos) y 72 horas (lugares poco accesibles a 6 o más horas de viaje de la ciudad de La Paz), sujeto a programación conjunta con el responsable del Servicio de Salud.
5. Disponer de los períodos de alimentación (para desayuno, almuerzo y cena) adaptadas a las actividades cotidianas de cada interno.
6. Participar de los beneficios de los talleres de capacitación y/o actualización continua que el personal de base tenga en sus establecimientos de salud de designación.
7. En situaciones de emergencia y/o accidentes deberán recibir asistencia médica respectiva y/o referencia de los establecimientos de salud al cual estén designados.
8. Con previo aviso a su inmediato superior y siempre y cuando sea por causas de salud podrá ausentarse de su establecimiento de salud, debiendo justificar dicha causa mediante la presentación de la licencia médica correspondiente y su documentación de respaldo. Los días de licencia podrán ser en un máximo de 3 días que posteriormente deberán ser repuestos.
9. Reclamar por escrito al Responsable del S.S.S.R.O. del SEDES situaciones consideradas anormales por el pasante.
10. Recibir por lo menos una supervisión, de las autoridades competentes, en el transcurso de la rotación.
11. Recibir colaboración del equipo de salud para conseguir sus resultados de acuerdo a las posibilidades de cada establecimiento y su personal.

ARTICULO Nº 13. DE LAS OBLIGACIONES DEL PERSONAL DEL SERVICIO DE SALUD

1. Hacer conocer al interno la infraestructura, funcionamiento del establecimiento, el personal dependiente del mismo y la jurisdicción geográfica a su cargo.

2. Programar las actividades del interno en función al presente reglamento y a las necesidades del servicio.
3. Brindar trato cordial y de respeto al estudiante del internado.
4. Brindar apoyo técnico necesario al estudiante del internado, para el desarrollo de sus actividades.
5. Supervisar en todo momento las actividades del estudiante del internado.
6. Emitir certificación de acciones comunitarias realizadas por el estudiante del internado.
7. Emitir informes a requerimiento de las actividades o comportamiento y desarrollo de actividades del interno.
8. Al concluir la rotación, el tutor correspondiente deberá emitir la certificación efectiva sin errores ni enmendaduras así como dar el visto bueno del trabajo de investigación realizado por el estudiante, este proceso deberá ser realizado antes de la evaluación respectiva en la Coordinación Técnica de la Red de Salud.

ARTICULO Nº 14. FALTAS PASIBLES DE SANCION.-

1. Falta de puntualidad al servicio de salud designado así como la falta de uso de la vestimenta e identificación requeridas para cada área del establecimiento de salud.
2. Distraer su atención durante el horario de servicio, ara realizar otras actividades a las que se le sean asignados.
3. Incurrir en actos de violencia, malos tratos, injuria, contra sus inmediatos superiores, compañeros, pacientes, familiares y/o población en general, ya sea dentro o fuera del establecimiento de salud.
4. Ausentarse de sus actividades sin autorización escrita de su inmediato superior y/o tutor y/o falta de documentación de ausencias al servicio de salud.
5. Sustraer del establecimiento de salud: material, medicamentos, material bibliográfico, etc., sin autorización por escrito de su inmediato superior y/o tutor.
6. Propiciar, celebrar y/o participar de acontecimientos ajenos a los intereses del establecimiento de salud.
7. Presentarse al servicio de salud bajo efectos del consumo de bebidas alcohólicas, estupefacientes o psicotrópicos, etc.
8. Realizar actos inmorales en el establecimiento de salud o en la comunidad dependiente del servicio de salud designado.
9. Comprometer con su imprudencia, descuido o negligencia, la seguridad del servicio de salud asignado o de las personas que ahí se encuentren, así como causar daños o destruir intencionalmente el mobiliario, útiles de trabajo, materiales y demás objetos que estén en el establecimiento de salud.
10. Cobrar cualquier servicio que este incluido en sus actividades, así como vender medicamentos para beneficio personal dentro del horario señalado, fuera o dentro del establecimiento de salud.
11. Conducir cualquier motorizado de uso del establecimiento de salud (vehículo y/o motocicleta) en el cumplimiento de sus obligaciones.

Ante faltas disciplinarias del estudiante del internado, consideradas como tales por el responsable del

Servicio, el tutor deberá elevar el informe correspondiente por conducto regular a la Coordinación de Redes Rurales.

Se conformará un comité tribunal disciplinario a cargo de un representante de la Universidad dependiente y el SEDES La Paz, quién emitirá el veredicto irrecusable.

ARTICULO Nº 15. MEDIDAS DISCIPLINARIAS.-

Las medidas disciplinarias serán realizadas bajo el siguiente orden;

1. Amonestación verbal: esta deberá ser realizada en privado por el tutor o responsable del establecimiento de salud y será aplicado cuando el estudiante infrinja los numerales 1y 2 del art. 14 y los numerales 2, 5, 6 y 7 del art. 11.
2. Amonestación escrita: es la observación por escrito que se aplicara cuando se infrinja de forma reiterada los numerales: 1, 2 y 11 del art. 14 y los numerales 2, 5, 6 y 7 del art. 11. Esta observación deberá ser realizada por el tutor a cargo con visto bueno de la Coordinación Técnica correspondiente.
3. Cancelación del SSSRO: la cancelación del SSSRO será procedente cuando:
   - 3 o más ausencias injustificadas en un periodo de 30 días.
   - Violación de los numerales 3, 5, 6, 7, 8, 9 y 10 del art. 14.
   - Reincidencia de una falta que ya amerito amonestación escrita.
   - Cometer algún delito de orden común.

   La cancelación del SSSRO será efectivizado a través de la presentación de un informe documentado procedente del Tuto y Coordinación Técnica al SEDES La Paz.
4. Otras faltas no consideradas en el presente reglamento, serán analizadas por el comité tribunal.

ARTICULO Nº 16. DE LAS FUNCIONES DEL SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD

1. Declaración por autoridad competente mediante memorándum, de un responsable del Servicio Social de Salud Rural Obligatorio en cada SEDES.
2. Planificación adecuada y equilibrada en la asignación de Servicios de Salud (Hospitales de segundo nivel y Centros de Salud de primer nivel) para los estudiantes del internado de las Universidades Públicas y Privadas.
3. Participación en la supervisión periódica a los estudiantes del internado (Una vez por cada rotación).
4. Remisión al responsable del S.S.S.R.O. de Universidad dependiente, la calificación emitida por el responsable del Servicio de Salud.
5. Participación en el tribunal de defensa de trabajos de campo y de investigación a la finalización de cada rotación.
6. Participación en el comité tribunal, ante requerimiento escrito, para análisis de situaciones disciplinarias.
7. Facilitación a los interesados, de la Resolución Administrativa, a la conclusión del proceso.
8. Participación en el Comité Regional y/o Nacional del S.S.S.R.O.

ARTICULO Nº 17. DE LAS FUNCIONES DE LAS UNIVERSIDADES PUBLICAS Y PRIVADAS.

1. Declaración por autoridad competente mediante memorándum, de un responsable del

Servicio de Salud Rural Obligatorio en cada Universidad.

2. Elaboración de la relación nominal de estudiantes del internado, especificando fechas de rotación de Salud Pública, y remisión de listas al responsable del S.S.S.R.O. del SEDES.
3. Planificación de las actividades académicas para la rotación correspondiente.
4. Participación en la supervisión periódica a los estudiantes del internado (Una vez por cada rotación).
5. Planificación conjunta con SEDES para conformación de tribunal de defensa de trabajos de campo y de investigación, a la finalización de cada rotación.
6. Participación en el comité tribunal de disciplina, ante requerimiento, para análisis de situaciones disciplinarias.
7. Participación en el comité regional y/o Nacional del S.S.S.R.O.

CAPITULO V

ARTICULO Nº 16. DEL SISTEMA DE APROBACIÓN DE LA ROTACIÓN.-

1. La calificación será de 100 puntos, ponderado sobre el total de rotaciones completadas en la gestión académica.
2. El sistema de calificación se regirá de acuerdo a las normas de cada Universidad. Como parámetros se podrá tomar en cuenta lo siguiente:

a)	Presentación (cumplimiento del reglamento)	4.5
b)	Planificación	1.5
c)	Promoción y prevención	29
d)	Epidemiologia	10
e)	Actividades Asistenciales	5
f)	SNIS	8
g)	Actividades Administrativas:	
	• Informe Mensual	3
	• Protocolo de Investigación	2
	• Trabajo de investigación	12
	• Presentación del trabajo de Investigación.	10
	• Evaluación escrita del SSSRO	12
	• Seminario de Salud Pública y/o Política SAFCI	3

3. Para tramitar la resolución administrativa se deberá obtener una nota mínima de 71% de acuerdo a normas.
4. En caso de la no obtención mínima el médico interno deberá repetir la rotación al concluir la gestión, de acuerdo a reprogramación por el responsable de la Universidad en coordinación con el SEDES La Paz.
5. La evaluación correspondiente en la red municipal y en la Coordinación Técnica deberá ser realizada en el lugar correspondiente y dependiente de la Red de Salud (ámbito rural), cuyo cronograma será elaborado por la Coordinación Técnica y no deberá ser posterior a los 3 o 6

GOBIERNO AUTÓNOMO DEPARTAMENTAL DE LA PAZ
SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD
UNIDAD DE REDES Y SEGUROS PÚBLICOS

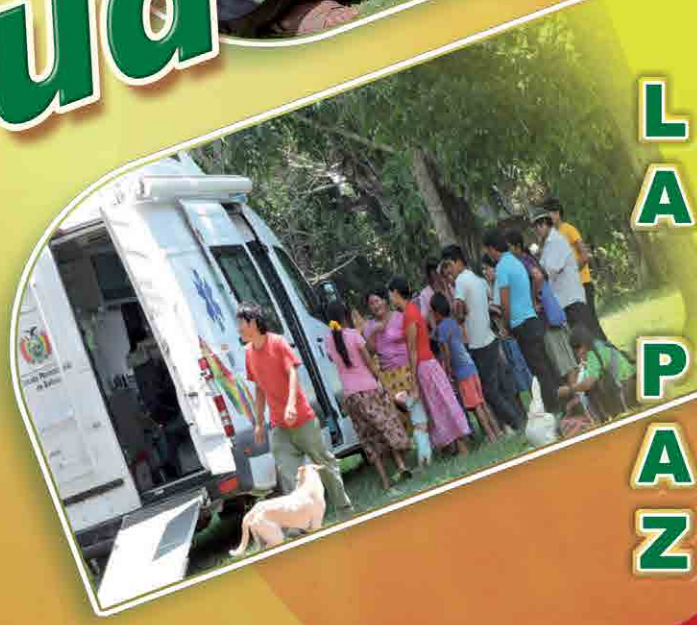
SEDES LA PAZ TERCER MILENIO

Modulo No. 1

Redes y Servicios de Salud







SALUD PARA LA PAZ

"Calidad es: una forma de trabajar, una forma de vivir, una forma de ser y la única forma de otorgar atención médica"

Maradi Matos

SALUD FAMILIAR COMUNITARIA INTERCULTURAL (S.A.F.C.I.)

Dra. Nélida Quispe Poma
Jefe de Gabinete

Objetivo de aprendizaje.-

El objetivo del tema, es sensibilizar y promover el conocimiento sobre la Salud Familiar Comunitaria e Intercultural, para su aplicación durante el rote del SSSRO y su vida profesional.

La Salud Familiar Comunitaria Intercultural SAFCI, es una política y estrategia de Salud actual delEstado Plurinacional de Bolivia, que se constituye en la nueva forma de sentir, saber, pensar, comprender y hacer la salud; involucra, vincula y articula a los médicos académicos y tradicionales con la persona, familia, comunidad y sus organizaciones en los ámbitos de gestión y atención de la salud para que TODOS VIVAMOS BIEN.

OBJETIVOS DE LA SAFCI

- Brinda atención a la persona, familia y comunidad
- Contribuye al VIVIR BIEN
- Articula la medicina biomédica y tradicional
- Promueve la participación comunitaria en las decisiones sobre la salud

La SAFCI cuenta con un enfoque:

- **FAMILIAR:** Porque el equipo de salud atiende a la persona y su familia en el establecimiento de salud, en sus casas y en la comunidad.
- **COMUNITARIO:** Porque promueve la participación y movilización social para la toma de decisiones junto al equipo de salud, sobre la salud que se quiere tener en la comunidad y cómo lograrlo.
- **INTERCULTURAL:** Porque la relación entre las personas que trabajan en salud debe basarse en el respeto, reconocimiento y valoración mutua de saberes, conocimientos y prácticas; acepta y valora los saberes, conocimientos y prácticas de la población y de los médicos tradicionales, los pueblos indígena originario campesinos y afrobolivianos, por lo que busca articular, complementar y reciprocar las capacidades de todos estos actores

Busca que el derecho a la salud y a la vida, se ejerza como un derecho fundamental que el Estado garantiza.

PRINCIPIOS FUNDAMENTALES DE LA SAFCI:









Participación Comunitaria: Capacidad de la comunidad para tomar decisiones en cuanto a planificación, ejecución-administración, seguimiento-evaluación-control de las acciones de salud en base a la identificación y priorización de sus necesidades y problemas mediante su representación legítima y organizada.

Intersectorialidad: Intervención coordinada entre comunidades con diferentes sectores con el fin de actuar sobre los problemas de la salud para mejorar las problemáticas y necesidades identificadas (salud, educación, saneamiento básico – agua, producción, medio ambiente, organización social y otras).

Interculturalidad: Es la articulación, complementariedad, reciprocidad, diálogo, reconocimiento y valoración mutua entre los distintos saberes y prácticas médicas de nuestros conocimientos y prácticas en salud para mejorar la salud.

Integralidad: Es ver la salud como una totalidad, de manera que se vea a la persona, la familia, la comunidad, la naturaleza y el mundo espiritual; con el fin de implementar procesos de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, rehabilitación y recuperación de manera eficiente y eficaz.

La Promoción: de la salud que utiliza la SAFCI es un proceso político continuo de movilización socialmediante el cual el equipo de salud y los actores sociales en corresponsabilidadasumen tareas para enfrentar las determinantes que son condiciones que pueden causar enfermedad(falta de agua potable, hacinamiento) y promover el cambio de comportamiento mediante la educación de salud para Vivir Bien. Que se lograra mediante la Movilización social, Alianzas/Estratégicas, Comunicación-Educación para la salud.

La SAFCI cuenta con:

- Modelo de Atención, a través de visita familiares con un instrumento que permite el seguimiento a las familias que son las carpetas familiares.
- Modelo de Gestión, donde se realiza la toma de decisiones entre la comunidad y sus representantes junto al sector salud, donde cada uno participa por igual en la toma de decisiones. Se participa en la planificación, ejecución y seguimiento y control.



Gestión Compartida en Salud. Es un proceso organizado de toma de decisiones entre la comunidad, sus representantes, el sector salud, donde cada uno de ellos participa de igual a igual en planificación, administración, seguimiento y control social de las acciones de salud.



Planificación: Es pensar y organizar los pasos a seguir para lograr lo que se quiere hacer. Debe quedar claro: qué, cómo, cuándo, dónde, con cuánto, quiénes son responsables y porqué se va a hacer lo pensado.

Ejecución-Administración: Es el trabajo en el que se cumplen las actividades planeadas con la participación de las autoridades de la comunidad, el personal de salud y de todos/as para utilizar mejor los recursos.

Seguimiento-Control: Es el trabajo de comparar lo que se ha logrado con lo planificado, se realiza cada cierto tiempo, para conocer en que se está fallando y se pueda corregir.

BIBLIOGRAFIA.-

1. *Ministerio de Salud. Curso de educación permanente en SUS y SAFCI dossier bibliográfico. Noviembre 2014.*
2. *Ministerio de salud. Documento Técnico Estratégico. No 17, Salud Familiar Comunitaria intercultural 2011.*
3. *Ministerio de Salud. Guía de Procedimientos en Gestión Participativa. Serie documentos técnicos normativos 2015.*

IMPLEMENTACIÓN Y APLICACIÓN DE LA LEY Nº 475 Y SU REGLAMENTACIÓN

Ley de Prestaciones de Servicios de Salud Integral -PSSI-

Dr. Nelzon Quispe lLaquita
Responsable Seguros Públicos de Salud

Objetivo de aprendizaje.-

El personal en formación de pre grado del área de la salud identificará los procesos técnico – administrativos, alcances y beneficios de la Ley Nº 475 de Prestaciones de Servicios de Salud Integral, que permitirá el cumplimiento y aplicación correcta de la normativa por el personal de salud y el personal de los Gobierno Autónomos Municipales vinculados al área de la salud. Así mismo ejecutar una gestión y atención de calidad en salud y que los(as) usuarios(as) conozcan sus derechos sobre la aplicación de Ley.

I. INTRODUCCIÓN.-

Los Servicios Departamentales de Salud –SEDES-, en cumplimiento al artículo 28. (DIFUSIÓN, CAPACITACIÓN Y ASISTENCIA TÉCNICA). Parágrafo II. Del Reglamento de Gestión Administrativa de la Ley Nº 475 PSSI aprobado mediante R.M. Nº 0646 de 9 de junio de 2014, son responsables de la difusión, capacitación y asistencia técnica – administrativa en los procesos y procedimientos de la Ley Nº 475 PSSI a los Gobiernos Autónomos Municipales y personal de salud.

La Ley Nº 475 es un documento que se constituye en una medida social que pretende establecer y regular la atención integral y la protección financiera en salud de la población boliviana que no cuenta con aseguramiento alguno. Para su aplicación por el equipo de salud y todo el personal encargado de su atención y gestión en los diferentes niveles de atención de acuerdo a la capacidad resolutiva y tecnología existente en el país.

II. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA SALUD EN BOLIVIA.-

Desde la cultura comunitaria incaica, conquista española, régimen feudal esclavista y guerra de la independencia 1809 – 1825. Se instala la Bolivia República a cargo de un sistema "militarismo y oligarquías" con características de exclusión social y explotación basada en régimen feudal esclavista con 75% de población indígena y 25% criollos; seguida de la Revolución Nacional de 1952 con la nacionalización de las minas (súper estado minero), reforma agraria (tierra para el que la trabaja) y voto universal. Las instituciones oficiales de salud en Bolivia fueron:

- Juntas de Sanidad Pública 1828.
- Protomedicato 1830.
- Dirección General de Sanidad Pública 1906.
- Ministerio de Trabajo Higiene y Previsión Social 1936.

- Ministerio de Higiene y Salubridad 1938.
- Ministerio de Previsión Social y Salud Pública 1947.

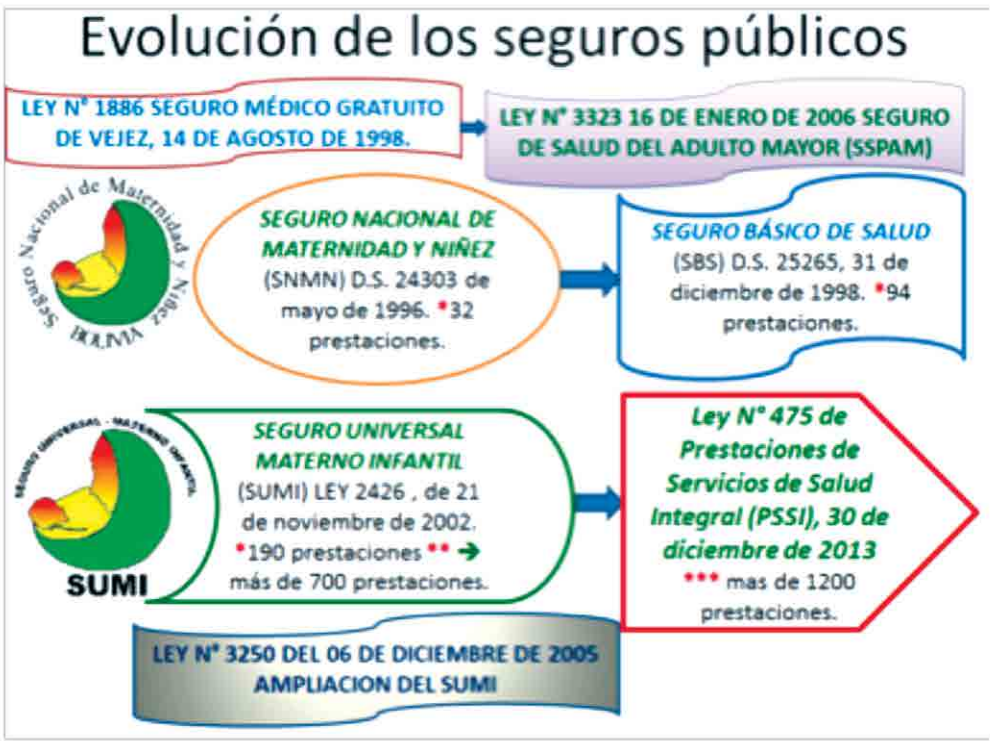
Durante el proceso revolucionario entre 1925 – 1964, con la fundación y desarrollo de la Central Obrera Boliviana – COB-, emergen los sindicatos agrarios, surge la hegemonía popular con la ***expansión rural en salud y educación.*** Entre los años 1964 – 1071 Bolivia es gobernada por militarismo populista, a partir de 1971 con la dictadura fascista caracterizada por represión, exilio, terrorismo de estado; surge la resistencia popular con la derrota de las dictaduras y fortalecimiento sindical y social.

En 1982. Con la recuperación de la democracia, el país se encuentra con una crisis económica, institucional y política. Algunos datos de importancia en salud son:

- Mortalidad infantil 200 por mil nacidos vivos.
- Causas: Diarrea, neumonías, sarampión y desnutrición.
- Bocio endémico 65.5%.
- Esperanza de vida al nacer 48 años.
- Mortalidad materna 480 por cien mil nacidos vivos (Hospital N. Aramayo).
- Anemia en embarazadas 70%.

Con la Ley Nº 1551 de PARTICIPACION POPULAR de 20 de abril de 1994 la población pasa de objeto de atención a sujeto de cambios a favor de su propio desarrollo y de su salud. Salud como derecho social en gestión elitista Vs gestión participativa, diferencias en gestión y atención de calidad con eficiencia y eficacia.

La evolución de los seguros: Ambiente internacional: seguros privados, seguro laboral –Bismark-, con aporte tripartito, seguridad social universal –Beveridge-; y ambiente nacional Bolivia: seguro y ahorro obrero, Caja Nacional de Seguridad Social y SEGURO PÚBLICO UNIVERSAL.



- SEGURONACIONAL DE MATERNIDAD Y NIÑEZ (SNMN) D.S. 24303 de mayo de 1996. Con 32 prestaciones.
- SEGURO BÁSICO DE SALUD (SBS) D.S. 25265, 31 de diciembre de 1998. Con 94 prestaciones.
- SEGURO UNIVERSAL MATERNO INFANTIL LEY 2426 DEL 21 DE NOV DE 2002. Con más de 700 prestaciones de servicios de salud.
- Ley Nº 3250 de ampliación del SUMI de 06 de diciembre de 2005 para otorgar prestaciones a las mujeres en edad fértil.



Se establece la conformación orgánica del Directorio Local de Salud –DILOS- como máxima autoridad en los municipios.

III. OBJETIVO GENERAL.-

Facilitar la labor del equipo de salud y de todo el personal encargado de su gestión y atención de calidad, ya que otorga información completa sobre aspectos normativos, fundamentales para la correcta implementación y aplicación de la Ley Nº 475 de Prestaciones de Servicios de Salud Integral (PSSI).

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.-

- Socializar la Ley Nº 475 –PSSI- y su reglamentación, para la correcta implementación y aplicación en todo el proceso técnico – administrativo a cargo del personal de salud y el personal de los GAMs vinculados al área de la salud para una gestión y atención de calidad, y los(as) usuarios(as) conozcan los alcances y beneficios de la citada Ley.
- Conocer la regulación de la atención integral y la protección financiera en salud de la población beneficiaria, que no se encuentre cubierta por el Seguro Social Obligatorio de Corto Plazo y definir las bases para la universalización de la atención integral en salud.

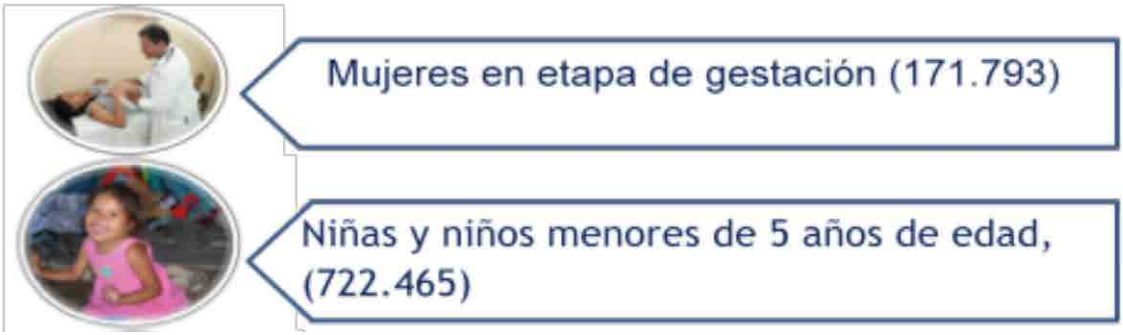
IV. LEY Nº 475 DE PRESTACIONES DE SERVICIOS DE SALUD INTEGRAL –PSSI- DEL ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA, de 30 de diciembre de 2013.-

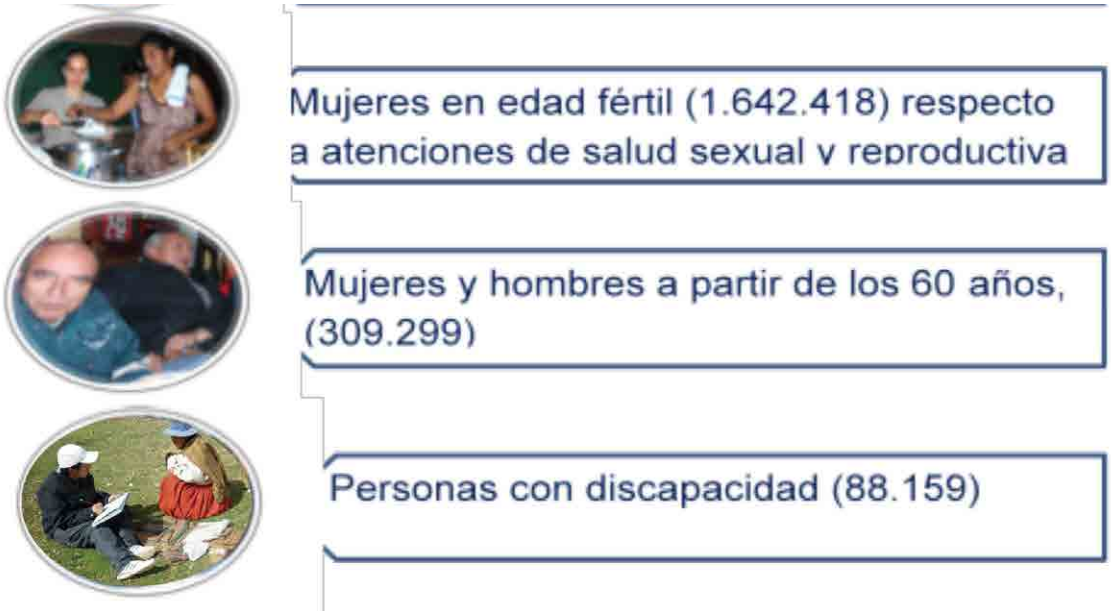
La Ley Nº 475, se constituye en una medida social que pretende establecer y regular la atención integral y la protección financiera en salud de la población boliviana que no cuenta con aseguramiento alguno. La Ley es de orden público, de carácter obligatorio y coercitivo para todo el Sistema Nacional de Salud, Seguridad Social de Corto Plazo, la Entidades Territoriales Autónomos y aquellas instituciones sujetas a convenio.

Justificación de la Ley

- Solucionar los principales problemas estructurales de los Seguros Públicos (SUMI y SSPAM)
- Establecer las bases para la universalización de la cobertura de salud a través de la ampliación progresiva de las beneficiarias y beneficiarios.

Cobertura Inicial de salud (mayo 2014)





- Reducir el gasto de bolsillo de las familias y reducir el gasto catastrófico en salud que ocasiona el empobrecimiento de la población (El 10% de los hogares presentaron gasto catastrófico en salud el año 2011 y el gasto de bolsillo alcanzaba a Bs.- 2.053 millones, que representa el 24% del gasto total en salud).
- Reordenar el acceso de la población beneficiaria a través del primer nivel de atención para reducir el gasto de los servicios de los hospitales, mejorar la calidad de atención y optimizar la producción efectiva de los servicios especializados y de alta complejidad.
- Mejorar la eficiencia y eficacia de la gestión, administración y financiamiento de los actuales seguros mediante:
  - Eliminación de procesos de afiliación de los beneficiarios.
  - Eliminación de la suscripción de convenios con los establecimientos de salud públicos y de la Seguridad Social
  - Reducción de procesos administrativos de los gestores municipales y de los establecimientos de salud.
  - Reducir los remanentes de las Cuentas Municipales de Salud y del Fondo Compensatorio Nacional de Salud.
  - Consolidación de fuentes de financiamiento estable y sostenible para la atención de salud.

Artículo 1.- Objeto

1. Establecer y regular la atención integral y la protección financiera en salud de la población beneficiaria descrita en la presente Ley, que no se encuentre cubierta por el Seguro Social Obligatorio de Corto Plazo.

2. Establecer las bases para la universalización de la atención integral en salud.

Artículo 4.- Ámbito de Aplicación

La presente Ley tiene como ámbito de aplicación el nivel nacional del Estado, las entidades territoriales autónomas y los subsectores de salud público, de la seguridad social de corto plazo, el privado bajo convenio y otras entidades reconocidas por el Sistema Nacional de Salud.

Artículo 5. Beneficiarias y beneficiarios

Son beneficiarias y beneficiarios de la atención integral y protección financiera de salud todos los habitantes y estantes del territorio nacional que no cuenten con algún seguro de salud y que estén comprendidos en los siguientes grupos poblacionales.

1. Mujeres embarazadas, desde el inicio de la gestación hasta los seis (6) meses posteriores al parto;
2. Niñas y niños menores de cinco (5) años de edad;
3. Mujeres y hombres a partir de los sesenta (60) años;
4. Mujeres en edad fértil respecto a atenciones de salud sexual y reproductiva;
5. Personas con discapacidad que se encuentren calificadas según el Sistema Informático del Programa de Registro Único Nacional de Personas con Discapacidad – SIPRUNPCD; y
6. Otros que se determinen por Resolución del Consejo de Coordinación Sectorial de Salud, refrendado y aprobado por Decreto Supremo, de acuerdo con lo establecido en el Artículo 12 de la presente Ley.

Artículo 6. Prestaciones de Salud

I. La atención integral de salud comprende las siguientes prestaciones: acciones de promoción, prevención, consulta ambulatoria integral, hospitalización, servicios complementarios de diagnóstico y tratamiento médico, odontológico y quirúrgico, y la provisión de medicamentos esenciales, insumos médicos y productos naturales tradicionales.

II. El Ministerio de Salud, reglamentará a través de norma específica las prestaciones a ser otorgadas, los costos, las exclusiones, la modalidad de pago y la ampliación de las prestaciones, beneficiarias y beneficiarios en el marco de la atención integral y protección financiera de salud.

Artículo 7. Acceso a la Atención Integral de Salud

I. Las beneficiarias y beneficiarios accederán a los servicios de salud de la atención integral y protección financiera de salud, obligatoriamente a través de los establecimientos de salud del primer nivel de los subsectores público, de la seguridad social a corto plazo y privados bajo convenio, y los equipos móviles de salud en el marco de la política SAFCI.

II. El acceso al segundo nivel, será exclusivamente mediante referencia del primer nivel.

III. El acceso al tercer nivel, será exclusivamente mediante referencia del segundo o primer nivel.

IV. Se exceptúa de lo establecido en el presente Artículo, los casos de emergencia y urgencia que serán regulados por el Ministerio de Salud, que deben ser atendidos inmediatamente en cualquier nivel de atención del Sistema Nacional de Salud.

Artículo 8. Financiamiento

La protección financiera en salud será financiada con las siguientes fuentes:

- Fondos del Tesoro General de Estado.
- Recursos de la Cuenta Especial del Dialogo 2000.
- Recursos de la Coparticipación Tributaria Municipal.
- Recursos del Impuesto Directo a los Hidrocarburos.

Artículo 10. Cuentas Municipales de Salud

I. Los Gobiernos Autónomos Municipales, tendrán a su cargo una cuenta fiscal específica, denominada "Cuenta Municipal de Salud" para la administración de:

1. El quince y medio por ciento (15.5 %) de los recursos de la Coparticipación Tributaria Municipal o el equivalente de los recursos provenientes del IDH municipal.
2. Los recursos que les sean transferidos por el Fondo Compensatorio Nacional de Salud.

II. La Cuenta Municipal de Salud estará destinada a financiar, las prestaciones que sean demandadas en establecimientos del primer, segundo y tercer nivel existentes en la jurisdicción municipal por toda beneficiaria y beneficiario que provenga de cualquier municipio.

III. En caso de existir saldos anuales acumulados de recursos en las Cuentas Municipales de Salud, serán reasignados a las mismas para la siguiente gestión o podrán ser utilizados para la contratación de recursos humanos, fortalecimiento de infraestructura y equipamiento de los establecimientos de salud o en programas especiales de salud.

Artículo 11. Fondo Compensatorio Nacional de Salud

I. Se crea el Fondo Compensatorio Nacional de Salud - COMSALUD que será administrado por el Ministerio de Salud, estará destinado a complementar oportuna y eficazmente los recursos de las Cuentas Municipales de Salud cuando los Gobiernos Autónomos Municipales demuestren que los recursos de dichas cuentas sean insuficientes para la atención de las beneficiarias y beneficiarios.

II. El Fondo Compensatorio Nacional de Salud - COMSALUD permitirá administrar:

1. El diez por ciento (10%) de los recursos de la Cuenta Especial del Diálogo 2000 hasta su cierre.
2. A partir del cierre de la Cuenta Especial del Diálogo 2000, el Tesoro General del Estado asignará un monto similar al promedio otorgado al Fondo Solidario Nacional del SUMI en el periodo 2009 – 2012.

III. Al final de cada gestión, en caso de existir saldos en el Fondo Compensatorio Nacional de Salud – COMSALUD, los recursos serán reasignados al mismo para la siguiente gestión o podrán ser utilizados de acuerdo a priorización y reglamentación del Ministerio de Salud, para:

1. Ampliación de prestaciones;
2. Ampliación de beneficiarias y beneficiarios; o
3. Ampliación o creación de programas especiales en salud.

Artículo 12. Ampliación o inclusión de fuentes de financiamiento, beneficiarias, beneficiarias y prestaciones

I. El Ministerio de Salud y las entidades territoriales autónomas, a través del Consejo de Coordinación Sectorial de Salud, podrán acordar el incremento de los porcentajes de las fuentes de financiamiento asignados a las Cuentas Municipales de Salud y al Fondo Compensatorio Nacional de Salud - COMSALUD o la inclusión de otras adicionales destinadas a la ampliación de las prestaciones, de beneficiarias y beneficiarios de acuerdo a priorización del Sector y disponibilidad financiera.

II. El Órgano Ejecutivo del nivel nacional del Estado, de acuerdo a la Resolución del Consejo de Coordinación Sectorial de Salud, refrendará y aprobará a través de Decreto Supremo las ampliaciones que sean concertadas.

Artículo 13. Creación de ítems adicionales para el personal de salud

Los Gobiernos Autónomos Departamentales y los Gobiernos Autónomos Municipales, podrán destinar recursos provenientes del Impuesto Directo a los Hidrocarburos que les sean asignados; a la creación de ítems adicionales para personal de salud de los establecimientos de salud de su ámbito territorial, en coordinación con el Ministerio de Salud, de acuerdo a normativa vigente.

Artículo 14. Financiamiento de Prestaciones Extraordinarias de Salud

Las entidades territoriales autónomas, en el marco de sus competencias y atribuciones autonómicas en salud, podrán asignar recursos adicionales provenientes de impuestos, regalías o de sus propios recursos, diferentes a los señalados en los Artículos 10 y 11 de la presente Ley, para el financiamiento de prestaciones extraordinarias o programas especiales para las poblaciones más vulnerables, de acuerdo a normativa vigente, dentro de su ámbito territorial, que no estén establecidas en el marco de la presente Ley, previa coordinación con el Ministerio de Salud.

Disposición Adicional

ÚNICA.- Los Entes Gestores de Seguridad Social de Corto Plazo, condonarán el pago de los recargos accesorios aplicados a las primas de cotizaciones que se encuentran pendientes de pago a partir de la vigencia de la Ley Nº 3323, de 16 de enero de 2006 y la implementación del Seguro de Salud para el Adulto Mayor - SSPAM, en favor de los Gobiernos Autónomos Municipales.

Disposiciones Transitorias

PRIMERA. I. Se dispone el cierre técnico del Seguro Universal Materno Infantil – SUMI creado por Ley N° 2426, del 21 de noviembre de 2002 y del Seguro de Salud para el Adulto Mayor – SSPAM creado por Ley N° 3323, del 16 de enero de 2006; en el plazo de hasta noventa (90) días hábiles, computables a partir de la publicación de la presente Ley.

II. Las prestaciones y convenios de los Seguros objeto de cierre en el Parágrafo anterior, mantendrán su vigencia hasta la publicación del Decreto Supremo reglamentario.

SEGUNDA. La presente Ley será reglamentada mediante Decreto Supremo en un plazo máximo de sesenta (60) días hábiles, computables a partir de la publicación de esta Ley.

TERCERA. Los saldos correspondientes a las Cuentas Municipales de Salud – SUMI, al 31 de diciembre del año en curso, una vez que sean canceladas todas las deudas por concepto de atención del SUMI, en el marco de la Gestión del Sistema Nacional de Salud serán dispuestos por los Gobiernos Autónomos Municipales, para el mejoramiento de infraestructura y equipamiento de salud en su municipio.

V. DECRETO SUPREMO 1984 del 30 de abril de 2014, REGLAMENTO A LA LEY Nº 475 de Prestaciones de Servicios de Salud Integral

Tiene por objeto reglamentar la Ley Nº 475 PSSI bajo la responsabilidad del Ministerio de Salud para todos los establecimientos de la salud pública, de la seguridad social de corto plazo y privados bajo convenio

RESPONSABILIDADES.

- El Ministerio de Salud.- Es responsable de ejercer rectoría, política, regulación y control de la aplicación de la Ley Nº 475.
- Establecimiento de Salud.- Los establecimientos de salud públicos, de la seguridad social de corto plazo y privados bajo convenio, además de la Medicina Tradicional Ancestral Boliviana y otras entidades reconocidas por el Sistema Nacional de Salud tiene la obligación de otorgar servicios y atenciones integrales e interculturales de salud determinados en la Ley Nº 475, de acuerdo a la normativa específica emitida por el Ministerio de Salud.



REGISTRO DE BENEFICIARIAS Y BENEFICIARIOS. Con fines de control, el Ministerio de Salud en coordinación con los Gobiernos Autónomos Municipales y los Servicios Departamentales de Salud –SEDES- determinará procesos de registro de beneficiarias y beneficiarios que sean atendidos en el marco de la Ley Nº 475, de acuerdo al área geográfica establecida en las redes funcionales de servicios de salud.

ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD INTEGRALES E INTERCULTURALES. El Ministerio de Salud, en coordinación con los SEDES y los GAMs, realizará la reorganización de los establecimientos de salud en redes funcionales de servicios de salud de acuerdo a la normativa vigente.

PRESTACIONES DE SALUD.

I. El Ministerio de Salud, deberá reglamentar y actualizar al menos cada dos (2) años, las prestaciones de salud de acuerdo a lo establecido en el Art. 6 de la Ley Nº 475.
II. Las prestaciones de salud deben enmarcarse en las Normas Nacionales de Atención Clínica y de Promoción de la Salud desarrolladas por el Ministerio de Salud.
III. Los medicamentos a utilizar se enmarcaran exclusivamente en la Lista Nacional de Medicamentos Esenciales –LINAME-, debiendo ser prescritos y dispensados utilizando la Denominación Común Internacional –DCI- o nombre genérico.
IV. Insumos -dispositivos médicos, establecidos en la Lista de Dispositivos médicos Esenciales.
V. Utilizar la Lista Plurinacional de Productos Naturales y Tradicionales –LINAT-
VI. El personal de salud deberá otorgar trato preferente a las personas con discapacidad, personas adultas mayores y aquellas que serán referidas desde el área rural.
VII. Los equipos móviles de salud realizarán atención integral e intercultural en la comunidad de acuerdo a normativa definida por el Ministerio de Salud; así como, la identificación de personas con discapacidad y otros grupos de riesgo.

ATENCIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS. De acuerdo a los requisitos para acceder a los beneficios de las prestaciones.

EXTENSIÓN DEL BENEFICIOS. En enfermedades agudas garantizar el tratamiento hasta su conclusión.

EXCEPCIÓN DE GRATUIDAD. El acceso directo a los hospitales públicos de II y III nivel por atenciones no consideradas como urgencias ni emergencias, deberán cancelar los aranceles establecidos por las entidades territoriales autónomas correspondientes. En los entes gestores y establecimientos privados, se aplicarán los aranceles vigentes en cada uno de ellos.

PROVISIÓN DE PRESTACIONES.

- Los establecimientos de salud públicos y de seguridad social brindaran la atención con carácter obligatorio, sin convenio.
- Los establecimientos de salud privados sujetos a convenios con los GAMs.
- La articulación y complementación con la medicina tradicional los GAMs establecerán acuerdos con los entes reconocidos por el Ministerio de Salud.

CUENTAS MUNICIPALES DE SALUD.

- Se autoriza al Ministerio de Economía y Finanzas Públicas –MEFP- a través del Viceministerio del Tesoro y Crédito Público –VMTCP- la apertura masiva de las cuentas corrientes fiscales en las entidades territoriales autónomas –ETA- denominadas: "Cuenta Municipal de Salud".
- Se autoriza al MEFP a través del VMTCP el cierre masivo de las cuentas corrientes fiscales de las ETAs de las cuentas del SUMI.
- Los saldos del SUMI pasaran a la Cuenta Municipal de Salud.

FONDO COMPENSATORIO DE SALUD.

- Se autoriza al MEFP a través del VMTCP el cierre de la cuenta correspondiente al Fondo Solidario Nacional del SUMI.
- Se autoriza al MEFP a través del VMTCP la apertura de la cuenta denominada "Fondo Compensatorio Nacional de Salud –COMSALUD", que será inscrita en el presupuesto del Ministerio de Salud.

RECURSOS INICIALES DISPONIBLES DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD PÚBLICOS.

- Los medicamentos, insumos y reactivos del SUMI y SSPAM existentes en la FIM.
- Saldos o remanentes del SUMI y SSPAM.
- RR HH independientemente de su financiamiento.
- La infraestructura y equipamiento sanitario existente.

MODALIDAD DE PAGO.

- Es mensual de acuerdo a las prestaciones otorgadas definidas por el Ministerio de Salud.
- No genera deudas municipales, deben ser canceladas por el municipio donde se efectuó la atención
- El Ministerio de Salud establecerá los costos de las prestaciones de forma anual.

FACTURACIÓN.

Los entes gestores del Seguro Social Obligatorio de Corto Plazo y los establecimientos de salud privados bajo convenio, deben emitir la factura correspondiente a los Gobiernos Autónomos Municipales.

S I C O F S (Sistema Informático de Control Financiero en Salud).

- El Ministerio de Salud dotará del SICOFS como herramienta informática a los Gobiernos Autónomos Municipales o Indígena Originario Campesinas, para la gestión administrativa y financiera de la Ley Nº 475.
- El Ministerio de Salud es el encargado de realizar ajustes y actualización permanente del SICOFS.
- Los Centros de Rehabilitación se articularan al Sistema Nacional de Salud bajo reglamentación del Ministerio de Salud.
- Los entes gestores del Seguro Social Obligatorio de Corto Plazo deberán efectuar pagos de las prestaciones de la Ley Nº 475 atendidas por los establecimientos de salud públicos.
- Los Consejos departamentales y municipales son los encargados de promover e implementar la Ley Nº 475
- El Ministerio de Salud elaborará normativa específica establecida en el Decreto Supremo Nº 1984.

V. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.-

1. *Ministerio de Salud del Estado Plurinacional de Bolivia. Marco Legal de la Ley Nº 475. Serie: documentos de política. Publicación 15, La Paz – Bolivia, 2014.*
2. *Ministerio de Salud del Estado Plurinacional de Bolivia. Manual para la aplicación de prestaciones ambulatorias Ley N 475. Serie: documentos técnico normativos. Publicación 380, La Paz – Bolivia, 2014.*
3. *Política Nacional de Salud. Fundamentos y Logros. Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, La Paz - Bolivia. 1989/1993.*
4. *Costa Arduz R. Historia del Ministerio de Salud y Previsión Social. La Paz junio 2000.*
5. *Mendizábal G. Historia de la Salud Pública en Bolivia. de las Juntas de Sanidad a los Directorios Locales de Salud. La Paz - Bolivia, 2002.*
6. *Mendizábal G. Las políticas de salud y la legislación sanitaria en Bolivia. Documento de trabajo elaborado para el Proyecto de Formulación de la Ley de Salud, acuerdo con la Primera Vicepresidencia del Senado, IMPO, Ministerio de Salud y Previsión Social, Naciones Unidas y Asesoría OPS/OMS, 1998.*
7. *Mendizábal G. El sistema de salud en Bolivia, su desarrollo, evolución y análisis actual del Sistema. Secretaría Nacional de Salud. Cochabamba, 1999.*
8. *Ledo C, Soria R. Sistema de salud de Bolivia. Salud Pública Mex. 2011; 53 supl. 2:S109-S119.*

BIOSEGURIDAD

Lic. Martha E. Hilari Ticona
Prof. Téc. Área Gestión Hospitalaria

Objetivo de aprendizaje.-

- *Promover prácticas adecuadas de Bioseguridad dentro del ambiente del establecimiento de salud, por parte del equipo multidisciplinario.*
- *Disminuir los riesgos de contraer una Infección Asociada a la Atención en Salud.*
- *Reconocer las situaciones de riesgo.*
- *Aplicar los principios universales.*
- *Contribuir a la construcción de una cultura de trabajo.*

I. INTRODUCCIÓN.-

La Bioseguridad se constituye hoy en día en un aspecto importante de la calidad de la atención en salud, debe ser concebida como un derecho de los pacientes, de la población y del personal en salud.

La importancia de que la prevención siempre es la mejor opción, conocer, aplicar y cumplir las normas, los procedimientos y cuidados de bioseguridad pueden determinar la propia seguridad de cada uno del personal de salud y de la comunidad. Las direcciones de los establecimientos .de salud deben cumplir con brindar las facilidades para que estas normas sean aplicadas.

En el presente documento se presentan definiciones, requisitos generales y requisitos específicos que deben ser considerados al momento de implementar y mantener la bioseguridad en las diferentes actividades de atención en los establecimientos de salud, se incluyen los niveles de bioseguridad que se requiere para su manipulación, normas y equipos para la protección del personal, condiciones para el manejo, transporte, conservación y desecho de sustancias potencialmente dañinas al personal y a la comunidad.

II. DEFINICIONES.-

A. BIOSEGURIDAD.-

Es el conjunto de medidas preventivas mínimas que tienen como objetivo proteger la salud y la seguridad del personal, de los pacientes y de la comunidad; disminuyendo o eliminando los riesgos producidos por agentes Biológicos, Físicos, Químicos y Mecánicos. Encaminados a la protección de la vida, del medio ambiente, encaminados a la universalidad mediante el uso de barreras para evitar la exposición a agentes contaminantes o potencialmente nocivos

Doctrina de comportamiento encaminada a lograr actitudes y conductas que disminuyan el riesgo del personal de salud, de adquirir infecciones en el ambiente laboral.

B. EXPOSICIÓN.-

Es el contacto que implica riesgo con un agente que puede transmitirse por la vía donde se está produciendo el contacto.

Tipo de agente y daños a los que está expuesto

- ***Biológicos:*** Virus, Bacterias, Hongos o Parásitos: pueden producir enfermedades.
- ***Físicos:*** Radiación, pueden producir malformaciones, Fuego: produce Quemaduras, Electricidad: produce electrocución.
- ***Químicos:*** Sustancias tóxicas o corrosivas: produce lesiones en piel, mucosas, ojos, envenenamientos.
- ***Mecánico:*** Accidentes por vehículos, estructuras y equipos: lesiones traumáticas diversas.
- ***Ergonómicos:*** Se define la ergonomía como el estudio científico de la relación del hombre y su medio ambiente y el trabajo. Se encuentra en aspectos físicos del trabajador y sus capacidades humanas tales como; fuerzas, postura y repeticiones.

C. RIESGO BIOLÓGICO.-

Consiste en la presencia de un organismo, o la sustancia derivada de un organismo, que plantea (sobre todo) una amenaza a la salud humana. Esto puede incluir los residuos sanitarios, muestras de un microorganismo, virus o toxina (de una fuente biológica) que puede resultar patógena. El término y su símbolo asociado se utilizan generalmente como advertencia, de modo que esas personas potencialmente expuestas a las sustancias lo sepan para tomar precauciones.

III. PRINCIPALES MEDIDAS DE RIESGO BIOLÓGICO.-

Entre todas las recomendaciones acerca de la protección del riesgo biológico, las que han demostrado mayor eficacia son:

- La aplicación de las precauciones universales.
- La inmunización de los trabajadores de salud.
- El aislamiento de los pacientes infectados.

El riesgo de transmisión es la probabilidad de adquirir una enfermedad infecciosa al ponerse en contacto con sangre y líquidos corporales. Depende del tipo de exposición y del tamaño de inoculo

PRINCIPIOS UNIVERSALES.-

La seguridad proviene de una actitud consciente y responsable de la persona y depende del esfuerzo de cada persona para eliminar toda condición y acto inseguro que pueda conllevar a un accidente.

Asumir que toda persona está infectada, que sus fluidos y todos los objetos que se han empleado en su atención son potencialmente infectantes. Todos los pacientes y sus fluidos corporales, deben ser considerados como potencialmente infectados, por lo cual se deberán tomar las precauciones necesarias para prevenir que ocurra transmisión de microorganismos y de esta forma, infecciones asociadas a la atención en salud.

No existen Normas ni Reglamentos absolutamente seguras.

MEDIDAS UNIVERSALES

Son el conjunto de procedimientos destinados a proteger al personal de salud de la exposición a productos biológicos potencialmente contaminados.

Política de control de infecciones, conjunto de técnicas y procedimientos para la protección del personal de salud de posibles infecciones por ciertos agentes, principalmente VIH, VHB, VHC, durante las actividades de atención a pacientes o durante el trabajo con los fluidos o tejidos corporales de éstos, dado que se asume que cualquier paciente puede estar infectado por algún agente transmisible por sangre.

Se aplica en todas las situaciones en las que se manipula sangre, fluidos corporales, secreciones y elementos punzo cortantes.

Dentro de las Medidas Universales están consideradas el Lavado de Manos, las Barreras Protectoras, (guantes, mascarillas, mandil, anteojos), Objetos punzocortantes (descarte adecuado), Ambientes Seguros (limpieza, desinfección, descontaminación), Disposición de desechos, Uso de señalización), las cuales se describen a continuación:

LAVADO DE MANOS:

El lavado de manos es la medida más importante para reducir la transmisión de microorganismos entre una persona y otra y entre dos sitios distintos en un mismo paciente. El lavado de manos debe realizarse tan pronta y meticulosamente como sea posible entre contactos con los pacientes y después del contacto con sangre, fluidos orgánicos, secreciones, secreciones y equipos contaminados

Se considera que la disminución de esta es suficiente para prevención y control de infecciones y aislamiento

El principal problema con el lavado de manos no está relacionado con la disponibilidad de insumos (jabón, toalla y agua), sino con la falta de cumplimiento de la norma.

La higiene de manos se puede realizar de dos formas: con agua y jabón líquido y con solución alcohólica (alcohol gel).



Técnica de Higiene de las Manos con preparaciones alcohólicas

Desinféctese las manos por higiene. Lávese las manos sólo cuando estén visiblemente sucias

Duración del procedimiento: 20 a 30 segundos



Deposite en la palma de la mano una dosis de producto suficiente para cubrir todas las superficies;





Frótese las palmas de las manos entres sí;



Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa;



Frótese las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados;



Frótese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos;



Frótese con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa;

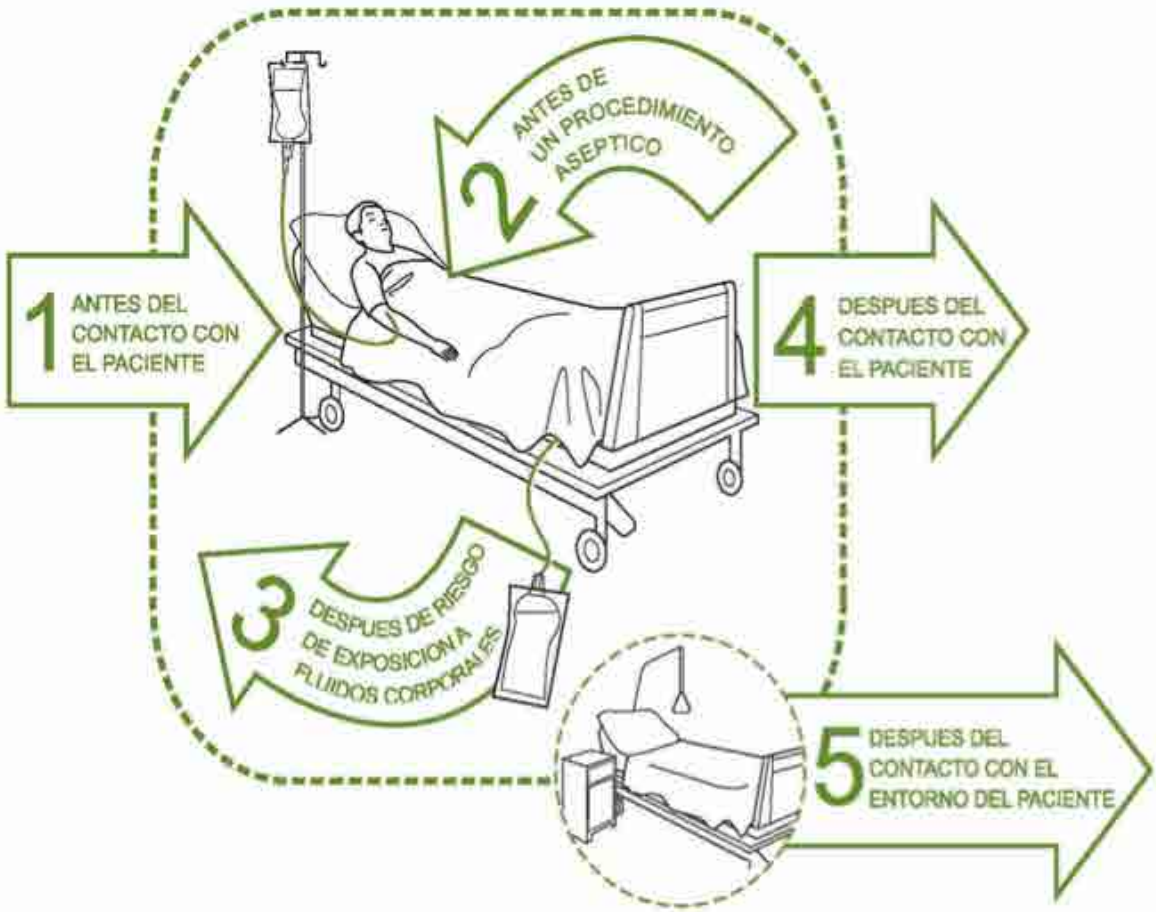


Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa;



Una vez secas, sus manos son seguras.

LOS 5 MOMENTOS DE LA HIGIENE DE MANOS



1 ANTES DEL CONTACTO CON EL PACIENTE	**¿Cuándo?** Lave sus manos antes de tocar a un paciente, cuando se aproxime a él. **¿Por qué?** Para proteger al paciente contra los microorganismos que transportan sus manos.
2 ANTES DE UN PROCEDIMIENTO ASEPTICO	**¿Cuándo?** Lave sus manos inmediatamente antes de cualquier procedimiento aséptico. **¿Por qué?** Para proteger al paciente contra los microorganismos que puedan entrar en su cuerpo, incluyendo los propios microorganismos del paciente.
3 DESPUES DE RIESGO DE EXPOSICION A FLUIDOS CORPORALES	**¿Cuándo?** Lave sus manos inmediatamente después de la exposición a fluidos corporales y luego del cambio de guantes. **¿Por qué?** Para proteger al ambiente y a Ud., de los microorganismos de los paciente.
4 DESPUES DEL CONTACTO CON EL PACIENTE	**¿Cuándo?** Lave sus manos después de tocar al paciente y su entorno. **¿Por qué?** Para proteger al ambiente y a Ud., de los microorganismos de los paciente.
5 DESPUES DEL CONTACTO CON EL ENTORNO DEL PACIENTE	**¿Cuándo?** Lave sus manos después de tocar cualquier objeto o mueble en el entorno del paciente, aún cuando el paciente no los haya tocado. **¿Por qué?** Para proteger al ambiente y a Ud., de los microorganismos de los paciente.

BARRERAS PROTECTORAS.-

Las cuales son:

a. Uso de guantes
b. Uso de mascarilla
c. Uso de lentes
d. Uso de mandiles, botas, gorros.

a. Uso de guantes:

- Sirve para disminuir la transmisión de gérmenes del paciente a las manos del personal de salud.
- El uso de guantes no es sustituto del lavado de manos.
- Los guantes deben cambiarse entre procedimientos sucios y limpios realizados en el mismo paciente
- Los guantes deben ser cambiados entre cada paciente
- Los guantes no deben ser lavados ni reutilizados con otros pacientes ni con el mismo paciente.
- Con los guantes puestos no se deben tocar superficies del ambiente antes o después de tocar al paciente
- El uso de guantes es imprescindible para todo procedimiento que implique contacto con:
- Sangre y otros fluidos corporales.
- Piel no intacta, membranas, mucosas o superficies contaminadas con sangre.
- Una vez colocado los guantes no tocar superficies ni áreas corporales que no estén libres de contaminación: los guantes deben cambiarse para cada paciente.
- El empleo de doble guante es una medida eficaz en la prevención de contacto con sangre y fluidos, disminuyendo así el riesgo de infección ocupacional en 25%.
- Asimismo, es importante el uso de guantes con la talla adecuada; ya que cuando son estrechos o grandes favorecen la ruptura y ocasionan accidentes laborales.

b. Uso de mascarillas, protección respiratoria, ocular y facial

Sirven para prevenir la transmisión de microorganismos que se propagan a través del aire y aquellos cuya puerta de entrada y salida puede ser el aparato respiratorio durante procedimientos.

El uso de mascarilla y protector ocular o protector facial, es para proteger las membranas mucosas de los ojos, nariz y boca durante procedimientos que sean probables de generar salpicaduras o pequeñas gotas de sangre, líquidos corporales, secreciones y excreciones

Las mascarillas deben ser quitadas con cuidado y descartadas luego de su uso, manejándolas solo por las tiras no deben ser guardadas para su uso posterior colgándola del cuello ni dentro del bolsillo

En el cuidado de paciente que requieran precauciones de aislamiento por aire las mascarillas deben ser del tipo N95

Utilización de mascarillas:

- Deben colocarse cubriendo la nariz y la boca.
- Mantener colocada la mascarilla dentro del área de trabajo y mientras se realiza la actividad.
- Evitar la manipulación de la mascarilla una vez colocada.

- En áreas de bajo riesgo utilizar en procedimientos invasivos que impliquen riesgo de salpicaduras (punción arterial, aspiraciones, intubación, etc.
- En Áreas de alto riesgo, emergencia, servicios de Neumología e Infectología, centro broncoscópico, anatomía patológica, patología clínica, áreas de nebulización, servicio de medicina, pediatría.





Batas, Mandiles o Delantales:

Indicados en todo procedimiento donde haya exposición a líquidos de precaución universal: drenaje de abscesos, atención de heridas, partos y punción de cavidades entre otros.

Usar batas limpias no estériles para proteger la piel y la ropa durante procedimientos que sean probables de generar salpicaduras de sangre, fluidos corporales, secreciones excreciones, o puedan ensuciar la ropa

Seleccionar la bata adecuada para el tipo de actividad y la cantidad de fluido probable a encontrar. Es importante quitarse la bata sucia tan pronto como sea posible y realizar higiene de las manos para evitar la transferencia de microorganismos a otros pacientes o el medio ambiente

AMBIENTES SEGUROS CON ADECUADA VENTILACIÓN E ILUMINACIÓN

Previene la transmisión de infecciones que se transmiten por vía aérea (tuberculosis, infecciones respiratorias altas virales en los niños).

- La separación entre cama y cama debe ser de 1.5 m.
- Todo ambiente debe recambiar aire 6 veces en 1 hora.
- El ingreso de luz debe ser de preferencia natural durante la jornada de trabajo.

Ubicación de los pacientes: La ubicación apropiada de los pacientes es un importante componente de las precauciones de aislamiento es ideal que los pacientes con infecciones ocasionadas por agentes altamente transmisibles o epidemiológicamente importantes estén en habitaciones individuales con facilidad para el lavado de manos y baño privado

Los paciente infectados con el mismo microorganismo pueden alojarse juntos cuando no están infectados con otro microorganismos y cuando la posibilidad de reinfección es mínima la habitación individual con manejo adecuado de la ventilación, es importante para el aislamiento de pacientes con enfermedades transmisibles por la vía área.



Rutina de Limpieza: Todo fluido corporal es un verdadero reservorio de microorganismos, y todo elemento en contacto con fluidos corporales y piel del paciente debe recibir un proceso de limpieza y desinfección

La rutina de limpieza de camas, colchones, barandas, mesas de apoyo, de los ambientes (pisos, paredes, ventanas), servicios higiénicos, etc., debe realizarse primero con agua y detergente diluido, enjuagar y luego desinfectar con una dilución de compuestos clorados (hipoclorito de sodio),

Todo servicio deberá tener un recipiente con hipoclorito de sodio al 1% para realizar la desinfección del mobiliario y/o superficies en caso de derrame

En ambiente donde hay abundante sangre como sectores de hemodiálisis, quirófanos o sala de partos, la política es la misma: primero limpieza por arrastre mecánico, luego desinfección con hipoclorito diluido, pero si hay sangre derramada, el operador primero debe absolverla con papel, utilizando guantes, descartar en bolsa roja el papel y luego proceder a la limpieza habitual

No se debe utilizar plumeros, escobas, escobillones o trapos secos para el proceso de limpieza.

OBJETOS PUNZO CORTANTES.- (agujas, bisturíes, navajas etc.)

Precauciones

- No Tirar las agujas ni jeringas al tacho de basura.
- No dejar agujas usadas en el velador, cama del paciente, ni en las mesas de trabajo.
- No dejar agujas junto a ropa que va a ser lavada.
- No tirar agujas al suelo.
- No usar agujas para colocar afiches, avisos, engrapar papeles o historias clínicas.

Manejo adecuado

- Usar un recipiente con lavandina al 1% y rotularlo como altamente contaminado.
- Cambio diario del líquido, diluirlo antes de desecharlo.
- El material descontaminado se esteriliza en autoclave.
- Usar Recipientes sólidos.
- Usar destructor de agujas.

Accidentes con lesiones punzo cortantes:

En el caso de un pinchazo o herida, las medidas generales son:

- Lavado inmediato de la zona cutánea lesionada con abundante agua y jabón.
- Permitir el sangrado en la herida o punción accidental.
- Realizar antisepsia de la herida con alcohol al 70° durante tres minutos o bien con alcohol yodado, tintura de yodo al 2%
- Dependiendo del tamaño de la herida se cubrirá con gasa estéril.
- En el caso de contacto con mucosa, por ejemplo ojos, nariz o boca, se lavará abundantemente con agua o suero fisiológico.
- Notificar el accidente al inmediato superior

Salpicadura de piel intacta: Efectuar arrastre mecánico con abundante agua corriente no menos de 10 minutos.

Salpicadura de mucosas: Ejecutar arrastre mecánico con abundante solución fisiológica estéril no menos de 10 minutos. Luego, agregar colirio simple.

NORMAS DE BIOSEGURIDAD GENERALES PARA EL PERSONAL.-

Recomendaciones generales del vestido:

- El uso de barreras protectoras es obligatorio en todo el personal que labora en áreas de riesgo.
- El gorro; debe ser usado correctamente según técnica establecida, de tal manera que la protección sea recíproca, tanto del personal como del material que se manipula.
- La mascarilla; debe ser descartable y de triple capa que cubra desde la nariz hasta debajo de la barbilla.
- Los lentes protectores, se usan siempre y cuando no se disponga de mascarilla con visor o cuando en la manipulación de sangre y fluidos corporales exista riesgo de salpicadura.
- Los mandiles o delantales; deben ser impermeables de manga larga de preferencia descartables, hasta bajo la rodilla.
- Los guantes; no deben ser estériles, si sólo se usan como barrera protectora del personal. Si son usados como parte de una técnica aséptica deben ser estériles.
- Los zapatos; deben ser cerrados que cubran completamente los pies, con la finalidad de proteger de derrames. Debe evitarse los tacos altos ya que facilitan los resbalones, las sandalias no son adecuadas para su uso ya que exponen la piel a riesgos.
- El uso de botas se limita a áreas de riesgo donde este indicado.
- Se debe evitar el uso de joyas o brazaletes y collares.
- Las uñas deben estar recortadas y sin esmalte, para evitar rasgaduras en los guantes, lesiones accidentales, o transporte de microorganismos.
- El personal deberá usar el mandil o uniforme limpio, de mangas largas según los lugares que lo requieran. Los mandiles deberán ser por lo menos lavados una vez por semana.
- Para el ingreso a zonas restringidas se utilizará vestimenta especial y esta vestimenta no deberán usarse en otros ambientes.
- El personal que usa el pelo largo deberá protegerse con gorro o mantener el cabello hacia atrás.

Controles de salud e inmunizaciones

- Para la selección del personal que ingrese a trabajar, debe contar con una evaluación médica.
- El examen médico completo a todo el personal que trabaja en áreas de riesgo debe realizarse anualmente. En él se debe incluir análisis de HIV, Hepatitis, TBC, entre otros. (es necesario implementar un programa de salud ocupacional)
- El personal que labora en áreas de riesgo, debe recibir inmunización contra la hepatitis B, tétanos, u otros.

MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS.-

Todo residuo generado en un establecimiento de salud y que puede ser potencialmente peligroso, debe establecer una adecuada recolección, transporte, almacenamiento y disposición final de los Desechos de Establecimientos,

La manipulación de los residuos, incrementa el riesgo para el trabajador de salud, que puede contaminarse la piel o las conjuntivas oculares, herirse con objetos corto punzantes, inhalar aerosoles infectados o irritantes, o ingerir en forma directa o indirecta el material contaminado, por lo tanto la falla en la seguridad de la gestión de residuos infecciosos puede facilitar la transmisión de enfermedades y la adquisición de las mismas dentro del ambiente.

Generación y Separación de residuos.-

Los desechos deben ser clasificados y separados inmediatamente después de su generación es decir, en el mismo lugar en el que se originan.En cada uno de los servicios son responsables de la clasificación y separación, los médicos, enfermeras, farmacia. Clasificarán los desechos en:

- Desechos comunes en recipientes de plástico con bolsa negra.
- Desechos infecciosos, en recipiente de plástico con bolsa roja.
- Desechos corto punzantes, en bidones de plástico resistente, de boca angosta.
- Desechos especiales en cajones de cartón duro resistente.

Los recipientes, las bolsas y los lugares donde éstos se ubican deben tener un letrero de identificación y los recipientes o bolsas colores e indicaciones visibles sobre el tipo de residuo y el riesgo que representan según las normas del establecimiento.



Característica de los recipientes reutilizables.-

Para el almacenamiento inicial de los residuos deben ser: livianos, de material plástico, debe estar en función a la cantidad de residuos que se genera, con tapa, de boca ancha.

Recipientes para residuos corto punzantes.-

Estos son recipientes desechables, rígidos de plásticos de alta densidad, resistente a la ruptura y perforación por elementos corto punzantes, con tapa ajustable o de rosca, de boca angosta (que impida el ingreso de la mano del hombre) de tal forma que al cerrarse quede completamente hermético.

Recipientes para residuos Especiales.-

Son recipientes de cartón con una abertura tipo alcancía para evitar el ingreso de la mano del hombre.

Bolsas desechables.-

Las bolsas deberán soportar la tensión ejercida por los residuos contenidos y su manipulación, las bolsas para residuos infeccioso y especial son de polietileno de alta densidad (60-120 micrones), opacos, impermeables sin roturas ni perforaciones. Se debe respetar el código de colores establecido por la Norma Boliviana:

ROJO	RESIDUOS INFECCIOSOS
AZUL	RESIDUOS INFECCIOSOS
NEGRO	RESIDUOS INFECCIOSOS

Estos recipientes deben estar al alcance del personal que genera la basura y debidamente identificado.

La separación de los desechos sólidos reduce el riesgo de exposición para las personas que están en contacto directo con la basura: personal de limpieza del Establecimiento, etc. ya que el peligro está en la fracción infecciosa y especial que se maneja en forma separada.

Almacenamiento.-

Los desechos debidamente clasificados se colocarán en recipientes específicos para cada tipo, de color y rotulación adecuada y que deben estar localizadas en los sitios de generación para evitar su movilización excesiva y la consecuente dispersión de los gérmenes contaminantes.

En las áreas donde se generan los residuos existirán por lo menos tres recipientes, claramente identificados para desechos comunes, infecciosos, corto punzante, especial.

Para evitar la diseminación de microorganismos, por ningún motivo los desechos se arrojarán al piso o se colocarán en bolsas rotas o recipientes provisionales.

Almacenamiento Inicial o Primario.-

El que se efectúa en el lugar de origen o generación de los residuos: consultorio, enfermería, odontología, áreas de tratamiento y otros.

Almacenamiento final.-

Lugar adecuado para recopilar todos los desechos de la institución y en el que permanecen hasta ser conducidos a su destino final.

Separación y Tratamiento de Corto Punzantes.-



Los objetos corto punzantes inmediatamente después de utilizados se depositarán en bidones de plástico resistentes para evitar el pinchazo de las agujas, con una abertura a manera de alcancía.

El personal que maneja los objetos corto punzantes, enfermeras, médicos, odontólogos y otros depositarán en bidones que irán con la leyenda DESECHOS CORTOPUNZANTES PELIGRO NO VACIAR existirá un bidón en las áreas donde se genera el residuo corto punzante. No es necesario tapar la aguja con el protector, en caso de emergencia cuando sea necesario, tapar la aguja, hay que hacerlo con una sola mano. La tapa o protector permanecerá en la mesa y puede sujetarse con un esparadrapo para evitar accidentes (pinchazos).



Los recipientes llenos en sus tres cuartas partes serán enviados para su tratamiento con desinfectante químico, mediante una solución de hipoclorito de sodio con concentración entre el 0,5 y el 1 % de acuerdo a la cantidad de sangre existente, se colocará 20 minutos y luego se escurre al inodoro.

Los desechos corto punzantes agujas, hojas de bisturí, hojas de afeitar, puntas de equipos de venoclisis, agujas de sutura que han estado en contacto con agentes infecciosos, al producirse accidentalmente heridas pinchazos pueden transmitir virtualmente todo tipo de infecciones aunque los más frecuentes son hepatitis B y C, VIH SIDA.

Derrames de Basura Infecciosa.-





Los derrames de desechos son situaciones que ponen en riesgo a los pacientes, al personal y a los visitantes familiares por la posibilidad de contaminación con gérmenes.

El personal de limpieza debe utilizar el equipo de protección recomendada por las normas de Bioseguridad; vestimenta de protección laboral, recogerá los fragmentos de vidrio, y los residuos sólidos y colocará en un recipiente cubierto con doble bolsa roja. Primero se cubre la zona con papel absorbente, luego echar lavandina al 1% dejar actuar 20 minutos, recoger los residuos en una bolsa roja, luego lavar con solución de lavandina al 1% y enjuagar con abundante agua.

SEÑALIZACIÓN.-

Las señales y símbolos de prevención de riesgos, son usados para prevenir accidentes, riesgos a la salud y enfrentar condiciones de emergencia o peligros inminentes. En todos los establecimientos de salud, cada área de trabajo debe estar debidamente señalizado los lugares, objetos, o situaciones que puedan provocar accidentes u originar riesgos a la salud, señalética que atraiga la atención sobre dichos lugares u objetos, así como indicar la ubicación de dispositivos, o equipos que tengan importancia desde el punto de vista de la seguridad

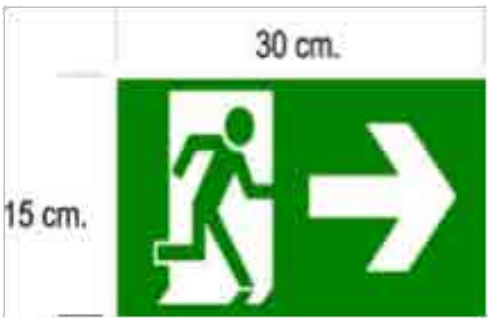


Tipos de señalizaciones:

Señales de advertencia. Forma triangular. Pictograma negro sobre fondo amarillo (el amarillo deberá cubrir como mínimo el 50 por 100 de la superficie de la señal), bordes negros.

Señales de prohibición. Forma circular. Pictograma negro sobre fondo blanco, bordes y banda (transversal descendente de izquierda a derecha atravesando el pictograma a 45º respecto a la hori¬zontal) rojos (el rojo deberá cubrir como mínimo el 35 por 100 de la superficie de la señal). Prohibición de una acción susceptible de provocar un riesgo

Señales de obligación. Forma redonda. Pictograma blanco sobre fondo azul (el azul deberá cubrir como mínimo el 50 por 100 de la superficie de la señal). Descripción de una acción obligatoria



Señales contra incendios. Forma rectangular o cuadrada. Pictograma blanco sobre fondo rojo (el rojo deberá cubrir como mínimo el 50 por 100 de la superficie de la señal).

Señales de información: cuadrado o rectángulo la relación de lados será como maximo1:2. Proporciona información para casos de emergencia



IV. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.-

1. *Norma Nacional de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud IAAS- MS Bolivia, 2013. Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud OPS, 2010*
2. *Manual de Bioseguridad para Toma y Transporte de Muestras, MS Bolivia, 2008.*
3. *Manual para la Prevención y Control de la Infecciones en Servicios de Salud dirigida a estudiantes de la Carreras de ciencias de la Salud – OPS 2007.*
4. *Manual de Bioseguridad hospital San Bartolomé. Lima, 2006.*
5. *Norma técnica de prevención y control de infecciones intrahospitalarias. MINSA. Lima; 2005. Comité de Infecciones Nosocomiales, Bioseguridad y Manejo de Residuos Hospitalarios, Hospital Materno Infantil Los Andes-2005.*
6. *Reglamento Municipal Para la Gestión de Residuos Sólidos Generados en Establecimientos de Salud en el Municipio de El Alto, 2005.*

ANALISIS DE SITUACION DE SALUD
A.S.I.S.

Dr. Juan Alfredo Tarquino Nina
Coordinador Técnico Red Nº 1 Sur Oeste

Objetivo de aprendizaje.-

- *Identificar componentes y técnicas para la elaboración de un Análisis de situación de salud local y la sala situacional de salud.*
- *Identificar capacidades para construir salud con participación.*

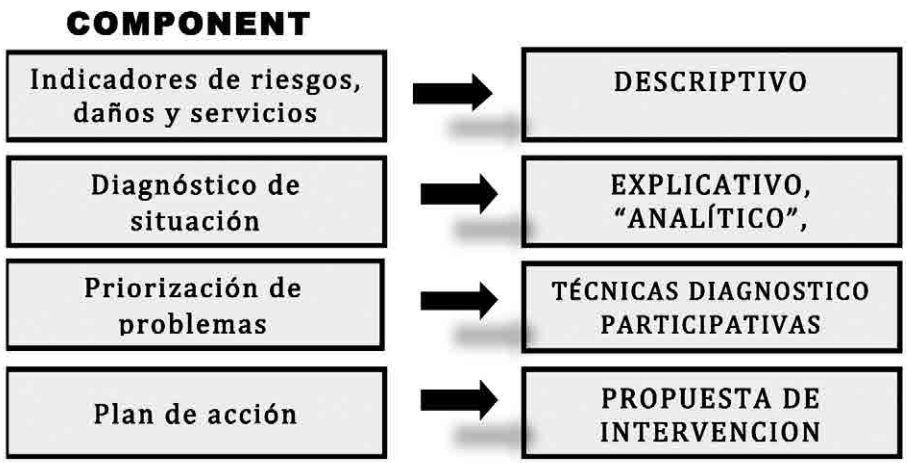
I. CONCEPTO.-

El Análisis de Situación de Salud (A.S.I.S.), es un proceso analítico-sintético que permite caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de una población, incluyendo los daños, problemas de salud así como sus determinantes. Se basa fundamentalmente en la interacción de las condiciones de vida y el proceso salud -enfermedad.

El A.S.I.S. busca identificar y priorizar los problemas de salud de la comunidad para desarrollar acciones que contribuyan a su solución.

De allí que también supone identificar los recursos disponibles para dar respuesta a las necesidades de salud de grupos y comunidades.

Estructura general del A.S.I.S



La estructura general del ASIS se organiza para fines prácticos en componentes y tipos de análisis, que se aproximan a la situación de salud de la comunidad y a la confección del plan de acción.

Cada componente puede ser desarrollado de forma cuantitativa y cualitativa, según su contenido lo requiera y de acuerdo con el modo en que se exprese en la población y en el territorio.

El ASIS es una concepción holística y social que considera la salud como una totalidad de componentes de orden biológico, psicológico, ambiental, cultural y socioeconómico que interactúan entre sí como una red de múltiples influencias internas y externas, y no como compartimentos que influyen en forma lineal en la totalidad, ni como la sumatoria de factores.

II. PROPOSITO.-

El ASIS tiene diversos propósitos, y su importancia radica en contribuir con la información que el ***componente técnico*** requiere para los procesos de conducción, gerencia y toma de decisiones en salud. Los propósitos son:

1. La definición de necesidades, prioridades y políticas en salud y la evaluación de su pertinencia.
2. La formulación de estrategias de promoción, prevención y control de daños a la salud y la evaluación de su pertinencia y cumplimiento.
3. La construcción de escenarios prospectivos de salud.
4. Los ASIS sirven para la negociación política, la conducción institucional, la movilización de recursos y la diseminación de información en salud.

III. META.-

La meta principal de los ASIS es contribuir a la ***«Toma racional de decisiones para la satisfacción de las necesidades de salud de la población con un máximo de equidad, eficiencia y participación social».***

IV. TIPOS DE ASIS.- Existen dos tipos de análisis situacional:

Análisis de Tendencias:

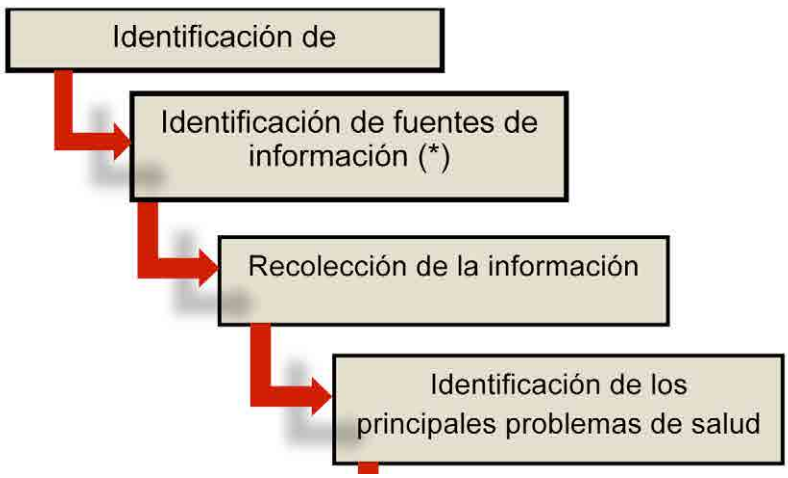
Su propósito es identificar y determinar las condiciones de cambios en los procesos de salud-enfermedad de una población, usualmente de mediano y largo plazo.

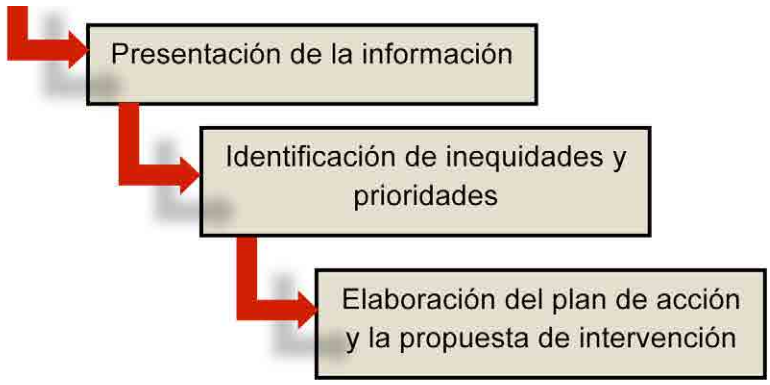
Análisis de Coyuntura:

Responden a un contexto y situaciones definidas de corto plazo que permiten orientar cursos de acción dependiendo de condiciones de viabilidad y factibilidad de la coyuntura política existente.

V. ETAPAS DE UN ASIS.-

Las etapas del ASIS consideran los siguientes elementos:





** Fuentes de información: Censos y Proyecciones, Carpeta Familiar, Encuestas Poblacionales, Estadísticas de Morbilidad, Estadísticas Hospitalarias, Estadísticas Vitales y otras de diferentes sectores (Economía, Desarrollo Social, Educación)*

Tanto la información cuantitativa como la cualitativa serán de utilidad y complementarias para la realización de un Análisis de Situación de Salud.

- La información cuantitativa permitirá en general estimar la frecuencia, magnitud y gravedad de los problemas de salud, y de factores de riesgo.
- La información cualitativa permitirá una mejor comprensión de los problemas políticos, humanos, sociales, económicos y ambientales, y serán una única fuente de información cuando no existen registros cuantitativos.

El ASIS tiene un carácter ético, dado por su condición de ser una investigación clínica, epidemiológica y social que se realiza en el primer nivel de atención. Debe alertarse el posible surgimiento de aspectos críticos, como la no confidencialidad de la información que afecta la intimidad de personas y familias, así como el falseamiento consciente de la información.

VI. COMPONENTES DE LA ESTRUCTURA DEL ASIS.-

1. Descripción de la situación sociohistórica y cultural del territorio:

ASPECTO	DESCRIPCION
CARACTERIZACIÓN GEOGRÁFICA	Comprende la delimitación territorial y extensión, accidentes geográficos y características climáticas.
RECURSOS NATURALES	Descripción de los recursos naturales existentes en la comunidad, y si esta se beneficia de ellos, si les da empleo a sus habitantes o si incide en la salud.
ASPECTOS HISTÓRICOS	Hechos históricos relacionados con el origen y desarrollo de la comunidad.
ORGANIZACIÓN POLÍTICA ADMINISTRATIVA	Descripción de cómo está organizada administrativamente la comunidad
RECURSOS Y SERVICIOS	Centros de producción y servicios, instituciones educacionales, culturales, religiosas, centros de recreación, organizaciones no gubernamentales, centros de expendio de alimentos, medios de transporte, vías de comunicación, electrificación, existencia de parques y áreas verdes.

2. Caracterización sociodemográfica de la población:

ASPECTO	DESCRIPCION
ESTRUCTURA POR EDAD Y SEXO DE LA POBLACIÓN	Caracterización sociodemográfica de la población (principales grupos de edad según sexo y población económicamente activa). Confección de la pirámide poblacional.
NIVEL DE ESCOLARIDAD DE LA POBLACIÓN	Nivel de escolaridad de la población adulta, permanencia de niños y adolescentes en la escuela.
ESTRUCTURA OCUPACIONAL	Ocupación de la población, trabajos más frecuentes (formales e informales) e ingresos familiares.
RAZÓN DE DEPENDENCIA	Personas menores de 18 y mayores de 60 años dependientes de la población económicamente activa.
NÚMERO DE FAMILIAS	Cantidad de familias sujetos de atención de salud y promedio de integrantes.
FECUNDIDAD	Mujeres en edad fértil e hijos por mujer en edad fértil.
MIGRACIONES	Características migratorias en la comunidad.

3. Identificación de los riesgos a nivel comunitario, familiar e individual.-

ASPECTO	DESCRIPCION
RIESGOS AMBIENTALES	Calidad y cobertura del agua. Disposición de los líquidos cloacales (fosas, alcantarillas). Residuos sólidos (tipo de recolección y frecuencia). Vertederos, focos de mosquitos, Contaminación del aire. Contaminación acústica. Presencia de animales domésticos, presencia de animales de corral y cría. Tipo de combustible con el que se cocina en los hogares, viviendas inseguras y viviendas insalubres.
RIESGOS SOCIALES	Desocupación, deserción escolar, barrios marginales, violencia social, consumo de bebidas alcohólicas o drogas.
RIESGOS LABORALES	Exposición a sustancias nocivas, radiaciones, ruidos y alturas.
RIESGOS GENÉTICOS	Principales problemas genéticos Enfermedades congénitas e inmunológicas.
COMPORTAMIENTOS DE RIESGOS A LA SALUD	Conductas adictivas, tabaquismo sedentarismo, hábitos alimentarios inadecuados, higiene bucal deficitaria, desorganización familiar, violencia.

4. Descripción de los servicios de salud existentes y análisis de las acciones de salud realizadas.-

ASPECTO	DESCRIPCION
RECURSOS DE SALUD DISPONIBLES	Tipos de servicios disponibles: hospitales, centros de atención caracterizados por nivel, centros de rehabilitación, red de referencia y retorno, comedores infantiles, farmacias en la zona y la región.
RECURSOS HUMANOS	Existencia de equipo básico de salud y especialistas
NIVEL DE INMUNIZACIONES	Vacunación, tipo de vacuna por grupos específicos.
CONTROL Y ACCIONES DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	Sobre enfermedades con vías de transmisión respiratoria, digestiva, vectorial y sexual, analizados según tipo de transmisión.
IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO PRECONCEPCIONAL	Analizadas según tipo de riesgo.
IDENTIFICACIÓN DE EMBARAZADAS DE RIESGO	Analizadas según tipo de riesgo.
TAMIZAJE DE CÁNCER EVITABLE	Cérvico uterino por citodiagnóstico, mama por diagnóstico clínico y mamografía, bucal, próstata, rectal y de piel.
ATENCIÓN EN SALUD BUCAL	Acciones de prevención: aplicación de flúor a niños, higiene bucal adecuada, visita anual al odontólogo, identificación de problemas de salud bucal, malformaciones congénitas.

5. Descripción y análisis de los daños y problemas de salud de la población.-

ASPECTO	DESCRIPCION
MORBILIDAD	Morbilidad por enfermedades transmisibles y no trasmisibles, malnutrición, accidentes, intentos suicidas y otras causas. Identificación de la incidencia y prevalencia, los casos controlados, análisis según sexo y edad.
DISCAPACIDAD	Identificar la incidencia y prevalencia según tipo, etiología y pronóstico. Realizar el análisis según sexo y edad.
MORTALIDAD	Cualquier defunción ocurrida debe ser analizada según sexo, edad y criterio de evitabilidad, considerando si la causa es evitable y si la muerte es prematura.

6. Análisis de la participación de la población en la identificación y solución de problemas de salud.-

ASPECTO	DESCRIPCION
NECESIDADES SENTIDAS	Si existen evidencias de las necesidades sentidas de la población en cuanto a servicios y recursos de salud.
PROBLEMAS PERCIBIDOS POR LA POBLACIÓN	Indagación de los problemas de salud prioritarios desde la perspectiva de la población.
CRITERIOS SOBRE LOS SERVICIOS DE SALUD	Identificación de expectativas en relación al sistema formal de salud Estudio de satisfacción de la población con los servicios de salud. Análisis de patrones de utilización según sexo y grupos de edad Factores que inciden en la sub y sobreutilización de servicios por sexo y grupos de edad Existencia y utilización de sistemas informales de cuidado.

ASPECTO	DESCRIPCION
ACCIONES CONJUNTAS CON ORGANIZACIONES DE BARRIO	Analizar la intervención de las organizaciones del barrio en la promoción de salud, prevención de riesgos y en la solución de los problemas de salud de la comunidad. Niveles de autonomía y relación con los servicios
ACCIONES CONJUNTAS CON OTROS SECTORES SOCIALES	Analizar convocatoria a diferentes actores sociales y si existe colaboración intersectorial en la identificación o solución de los problemas de salud de la comunidad.
ACCIONES DE REDES	Si hay evidencia de la existencia de la influencia de las redes de

7. Análisis de la inter-sectorialidad en la gestión de salud en la comunidad.-

VII. SALA SITUACIONAL DE SALUD.- La Sala de Situacional de Salud es el espacio físico o virtual donde se desarrolla el Proceso de Análisis de la Situación de Salud (ASIS). Este espacio permite analizar toda la información referente al ASIS de forma sistemática por un equipo de trabajo para caracterizar la situación de salud de una población, especialmente durante situaciones de emergencia.

La información es presentada y difundida en diversos formatos como tablas, gráficos, mapas, documentos técnicos o informes estratégicos, para tomar decisiones basadas en evidencias.

Sala Situacional de Salud
C.S.C.I. Jihuacuta, Red Nº 11, 2015



La sala de situación debe contar con una estructura de acuerdo al nivel de complejidad y a los recursos disponibles del lugar donde se implemente.

No requiere estructuras sofisticadas para garantizar su funcionamiento, pues lo más importante es su funcionalidad.

La Sala Situacional deberá contar con:

- Un espacio físico o virtual
- Uno o más sistemas de información que fluyan y se renueven constantemente en función de la demanda que generan las decisiones tomadas.
- Tecnología adecuada para el análisis de los datos que puede ir desde ordenadores, redes informáticas, hasta calculadoras o papel milimetrado.
- Un equipo humano responsable de la sala y con formación adecuada y continuada dependiendo de la tecnología que tengan que utilizar y del nivel de decisiones que se deban de tomar en función de dónde se implemente la sala de situación.

VIII. BIBLIOGRAFIA.-

1. *http://www.ops.org.ar/publicaciones/indicadoresbasicos.html*
2. *Becker R. Lineamientos básicos para el análisis de mortalidad, Programa Análisis de la Situación de Salud y sus tendencia (SHA), Washington: OPS, 1992, Publicación Nº PNSP/92-15.*
3. *Murray C.I., Salomon J.A., C.A. Critical examination of summary measures of population health. Bulletin of the World Health Organization. 200; 78 (8); 981-94.*
4. *Organización Panamericana de la salud, Funciones Esenciales en Salud Publica Resolución CE126, R18, 126º Sesión del Comité Ejecutivo. Aprobado en el 42º Consejo Directivo. Washington: OPS/ OMS; Septiembre del 2000.*
5. *Programa de las Naciones Unidas para el desarrollo (PNUD), Derechos Humanos y desarrollo humanos, informe sobre Desarrollo Humanos 2000. Madrid: Ediciones Mundi-Prensa;2000.*

PROMOCION Y PREVENCION EN SALUD BUCODENTAL

Dra. Savia F. Chipre Ramos

Objetivo de aprendizaje.-

El estudiante debe adquirir como primer paso el valor de la integración de su trabajo con el resto del equipo, para poder solucionar los problemas de salud oral existentes en nuestro departamento priorizando grupos de riesgo e implementando una cultura de salud oral con énfasis en la prevención de patologías bucales.

I. GENERALIDADES.-

La salud bucodental, es fundamental para la salud general de la población no solo se limita al tratamiento de enfermedades de la cavidad bucal más frecuentes como la caries, enfermedades periodontales, traumatismos y mal oclusiones. Sino que su campo de acción es amplia, "significa estar libre de dolores orofaciales - crónicos, así como de cánceres orales y faríngeos (garganta), lesiones del tejido oral blando, defectos congénitos tales como labio y paladar leporino, muchas otras enfermedades y trastornos que afectan los tejidos bucales, dentales y craneofaciales, conocido como el "complejo craneofacial", por lo que la ciencia de la odontología es importante para el cuidado de la salud de las personas.

Si bien el surgimiento de la odontología como profesión independiente nace entre los siglos XIX y XX tras "el auge del conocimiento científico/moderno y el triunfo del paradigma bacteriológico sobre el de la medicina. Convirtiendo su praxis profesional en una mercancía de servicio principalmente de lucro y monopolizada" Por otro lado el uso de las nuevas tecnologías médicas en la atención son sujetas a los productos comerciales de costos altos para los que terminan generando desigualdades en cuanto al acceso de salud oral.

A. Equidad en salud oral.-

Frente a este panorama antepuesto, los avances relacionados hacia un mayor acceso de la universalización de la salud ,se retoman desde hace tres décadas atrás tras el informe Lalonde de 1974, la Declaración de Alma Ata de 1978 y la Carta de Ottawa de 1986 que "reconoció la estructura social y económica como el principal factor determinante de la salud y el bienestar de las poblaciones "en cuanto a la salud oral podemos referirnos específicamente a la ampliación de las prestaciones odontológicas que surgen después de la II Guerra Mundial tras la implementación del enfoque del "estado del bienestar" en los países industrializados con fuertes repercusiones en el gasto sanitario y con poca mejora en los niveles de salud.

Esto nos muestra que no solo se debe priorizar políticas asistenciales relacionadas solo a una visión mercantilista de la odontología considerando que "el tratamiento de las enfermedades orales es extremadamente oneroso en la mayoría de los países y es además inaccesible para los llamados países de renta media o baja, reflejando así que aun no existe factibilidad en el acceso a la salud bucodental.

B. Salud pública en Bolivia.-

En la primera década del siglo XXI en Bolivia se han dado cambios profundos en sus aspectos políticos, económicos y sociales tras la movilización de movimientos sociales que han repercutido en distintos ámbitos.

Así en el área de la salud se creó un modelo sanitario de Salud denominado Salud Familiar Comunitario Intercultural (SAFCI) mediante la aplicación de los principios de participación comunitaria, interculturalidad integralidad e intersectorialidad. Incorpora un nuevo paradigma en la atención de la salud (promoción de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad) a partir de sus enfoques familiar, comunitario, integral e intercultural. Por otra parte su implementación busca una mayor participación de las personas para mejorar su salud tanto en los servicios como en la comunidad.

Es así que tras su implementación, la gestión participativa y de atención en la salud busca una mejora y aplicación de la estrategia de Promoción de la Salud para influir en las determinantes de la salud tras la movilización social. La OMS define la educación para la salud como una combinación de oportunidades de aprendizaje que facilita cambios voluntarios del comportamiento que conducen a una mejora de la salud

II. EDUCACIÓN PARA LA SALUD.-

La promoción de salud tiene tres componentes fundamentales e interrelacionados:

- **Educación para la salud:** Se ha constituido en una forma de enseñanza, la cual pretende conducir al individuo y a la colectividad en un proceso de cambio de actitud y de conducta,

  Posee tres componentes: cognitivo, conativo y afectivo.

  - Cognitivo: Incluye todo lo que sabe del objeto, el conjunto de opiniones y creencias.
  - Conativo: Indica si el sujeto está en disposición o intención de desarrollar la conducta para lograr una modificación.
  - Afectivo: Incluye los sentimientos, estados emocionales y de ánimo que suscitan en el sujeto, es el objeto de la actitud.
- **Comunicación:** La tarea de introducir nuevos comportamientos en una comunidad, a través de los medios de comunicación masiva y la comunicación directa a la comunidad.
- Información: Es la transmisión de contenidos generales y técnicos, hechos, temas para concientizar de forma directa, a docentes y población en general

III. PROMOCIÓN EN SALUD ORAL.-

La promoción de la salud es asumida por la SAFCI como estrategia fundamental, condición para alcanzar el objetivo, reclama el compromiso intersectorial principal estrategia que apoyada a la odontología preventiva nos permite mejorar los hábitos que contribuyen al mantenimiento de la salud bucodental contribuyendo al paradigma del vivir bien.



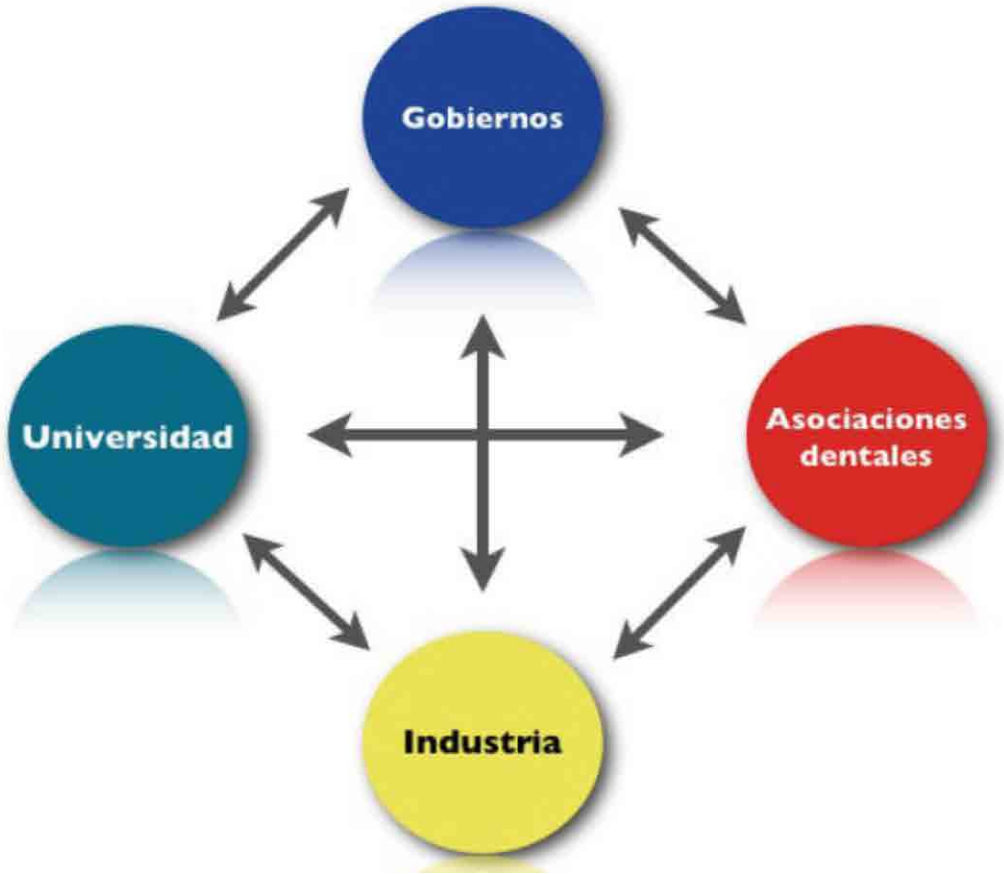
Figura 1

Fuente: De los Santos (2009) Odontología Preventiva.

Por lo que se busca desde la promoción de la salud, no solo dirigir su accionar hacia la población más vulnerable sino cambiar y mejorar la accesibilidad a este servicio a partir de las de alianzas estratégicas, movilización social, educación en salud oral y reorientación de los servicios de salud que son estrategias que el personal de salud debe implementar.

Además para poder lograr esta estrategia, juega un rol importante la colaboración de los actores promotores de salud oral señalados por Llotra (2013) para reducir las desigualdades sociales y aplicación de políticas para la promoción de la Salud Oral.

Figura 2 Principales actores promotores de salud oral



Fuente: (Llodra, 2013: 68)

Las acciones que realicen el personal de salud en forma conjunta con la población se enmarcaría en promover hábitos saludables en higiene buco dental que van desde las costumbres que les son inculcados en el hogar hasta la consulta especializada enfatizando medidas que podrían resumirse "en una alimentación balanceada o sana, control de la ingestión de carbohidratos o azucares, aplicarse en la técnica de cepillado 3 veces al día o después de cada alimento por un tiempo mínimo de 3 minutos, uso de hilo dental, enjuague oral, el uso de cepillos interproximales y visitar al odontólogo cada seis meses para valoración, limpieza o profilaxis, aplicación de flúor.

IV. PREVENCIÓN EN SALUD ORAL.-

Para evitar las enfermedades del aparato estomagnatico existe enfoques de prevención que pueden ser resumidas en:

A. Prevención primaria: Dirigida a evitar la aparición de la caries utilizando los siguientes métodos:

- **Individual.-**
  - Información de las medidas higiénicas dentales, teniendo en cuenta las técnicas de cepillado, el tipo de cepillo, pasta dental adecuada y el uso de elementos complementarios (hilo dental y enjuague oral)
  - Información sobre una dieta correcta balanceada, con bajo contenido de azúcares refinados e hidratos de carbono.

- Aplicación tópica de flúor en los dientes durante la infancia.
- Aplicar selladores en fosas y fisuras.

- **General.-**
  - Fluorización del agua de consumo público.
  - Consumo de sal fluorada.
  - Facilitar la asistencia odontológica a la población.
  - Erradicar los malos hábitos de consumo excesivo de caramelos.
  - Consumo de alimentos nutritivos.

B. Prevención secundaria: Se basa en el diagnóstico y en el tratamiento precoz de la caries con las siguientes recomendaciones:

- Revisión odontológica regular.
- Eliminación de sarro y tártaro existentes en las piezas dentarias de la cavidad bucal.
- Tratamiento de la caries, que consiste en limpiar la zona afectada para luego sustituirlo con material odontológico.

5. PREVENCION DE LA SALUD ORAL POR EDADES

Menor de 5 años



La prevención en este grupo etareo es evitar la infección temprana que se presenta de forma directa e indirecta:

Directa; son transmitidas atraves de los besos en la boca y la ingesta de alimentos masticados por otros, esta transmisión es atraves de la saliva.

Indirecto; se transmite por compartir diferentes objetos ejemplo: Utensilios de cocina (vasos, cucharas, tenedores, etc.) cepillos dentales y otros objetos.

En los primeros meses la alimentación del niño debe ser lactancia matera exclusiva a los 6 meses su alimentación es suplementaria iniciando con papillas de frutas, verduras y cereales, luego debe ser balanceada para que el menor pueda tener una buena nutrición.

La higiene oral se empezara en el menor con gasas húmedas limpias de agua hervida o manzanilla a partir del primer año hasta los 5 años se hará uso de los cepillos y pastas dentales pediátricas siempre con la ayuda de los padres.

Escolar



En esta etapa se debe dar información para que tengan conocimiento de la importancia su salud en general, y el cuidado que deben tener de la cavidad oral sobre todo de sus dientes, brindándoles información sobre hábitos correctos de higiene oral evitando la caries, enfermedades periodontales o la perdida de los dientes permanentes y sus consecuencias.

Las acciones complementarias que se deben de tomar son: Control de placa bacteriana, profilaxis, aplicación de flúor, sellado de fosas y fisuras, uso del hilo dental, del enjuague oral, los cepillos interproximales y las visitas periódicas al odontólogo

Adolescente



El mayor problema de salud oral en adolescentes es la caries, enfermedades periodontales, mal posición dentaria que en algunos casos repercute de manera negativa ocasionando problemas psicológicos.

Acciones a recomendadas a tomar son: Control de placa bacteriana, profilaxis, aplicación de flúor, sellado de fosas y fisuras, uso del hilo dental y del colutorio oral y las visitas periódicas al odontólogo.

Mujer gestante



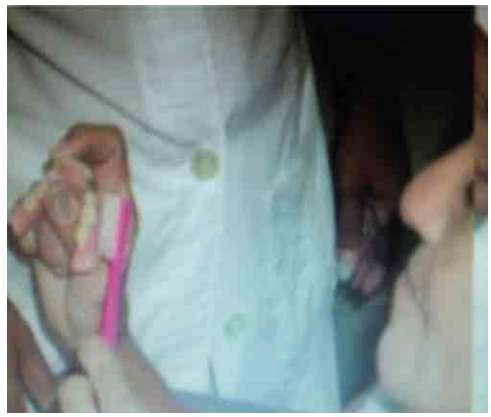
Se debe dar orientación y recomendaciones sobre los cuidados que debe tener ante los cambios a sufrir durante el periodo de gestación.

La alimentación es de vital importancia en esta etapa, debe ser balanceada y a la vez tener una buena higiene oral para que el embarazo llegue a un buen término.

El primer control prenatal debe ser evaluado también por el odontólogo determinando un plan de tratamiento de acuerdo a evaluación.

Informar a la vez que de no cumplir con las indicaciones dadas para su salud corre el riesgo de tener un fracaso del embarazo o una interrupción prematura de su gestación e inclusive tener un parto prematuro.

Adulto mayor



La mayoría de los adultos mayores no tienen piezas dentarias por distintos factores debido a la falta de información oportuna sobre el cuidado y prevención de su salud oral.

Promover en este grupo el cepillado dental la detección de placa bacteriana y su remoción, uso de hilo dental y revisión de tejidos bucales e higiene de prótesis.

Con todas las acciones mencionadas se busca promover y fortalecer la salud del aparato estomagnatico de la población del Departamento de La Paz.

V. NORMAS DE BIOSEGURIDAD EN ODONTOLOGIA.-

Conceptos.-

Bioseguridad.- Bio: Vida, Seguridad: libre riesgo "Conjunto de procedimientos y normas utilizadas para proteger la seguridad de los profesionales de salud y pacientes frente a los diferentes riesgos producidos por agentes físicos, químicos, biológicos y mecánicos.

Asepsia.- Ausencia de microorganismos que pueden causar enfermedad; este concepto incluye la preparación del equipo, la instrumentación y el campo de operaciones mediante los mecanismos de desinfección y esterilización.

Antisepsia.- Empleo de sustancias químicas para inhibir o reducir el número de microorganismos de la piel viva, las membranas mucosas o tejidos abiertos para no generar infecciones.

Desinfección.- Proceso de eliminación de la mayoría de los microorganismos patógenos y no patógenos de objetos inanimados exceptuando esporas mediante el uso de agentes físicos o químicos.

Esterilización.- Es el procedimiento en el cual se utilizan medios químicos o físicos para eliminar toda posibilidad de vida microbiana, incluidas esporas y bacterias altamente resistentes.

Principios de bioseguridad.

Universalidad; Se refiere a toda persona que asiste a al consulta dental se la considera como infecciosa, todo el instrumental utilizado debe considerarse altamente infectante.

Uso de barreras protectoras; Se dividen en:

Físicas

Barreras mínimas	• Lavado de manos • Uso de guantes
Barreras intermedias	• Uso de mascarillas • Uso del gorro • Lentes de protección • Vestimenta del profesional(mangas largas, cuello alto y zapatos cerrados)
Barreras máximas	• Uso de la pechera plástica • Uso de doble guante • Uso del autoclave

Químicas

Hipoclorito de sodio	Desinfección de superficies lavables equipos dental y Rx. Gárgaras o buches de higiene oral. Desinfección de ambiente ropa e instrumental.	1pade hipoclorito de Na diluido en 4 partes de agua al 1% 3 a 4 gotas en medio vaso de agua. Nueve partes de agua por una de Hipoclorito de Na al 5% durante 10 min.
DG 6,Glutaraldeido al 2%	Desinfección de ambiente ropa e instrumental. Limpieza de mano	Una cucharadita de té en medio litro de agua.

Medios de eliminación de material contaminado

CLASIFICACION	COLOR DE BOLSAS	TIPO DE DESECHOS
Patógenos	Rojo	Infectocontagiosos
Especiales	Azul	Tóxicos
Comunes	Negro	Reciclables

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.-

1. *Abadía, Cesar (2013) "Causas y efectos de las desigualdades sociales en la salud oral", en: COEM (2013) Estudio y análisis de la equidad en salud. Una visión en salud oral. Ed. Fundación del Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de Madrid (FCOEM).*
2. *Manual de Normas en Salud Oral, serie documento técnico normativo 2010 Ministerio de Salud y Deportes*
3. *Gonzales, David, Masa, Alicia y Julia Sánchez (2013) "Revisión Histórica de las políticas hacia la equidad en salud. Una visión en Salud Oral", en: COEM. Estudio y análisis de la equidad en salud. Una visión en salud oral. Ed. Fundación del Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de Madrid (FCOEM)*
4. *Llodra, Carlos (2013). "Equidad y salud oral. Contexto Mundial", en: COEM. Estudio y análisis de la equidad en salud. Una visión en salud oral. Ed. Fundación del Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de Madrid (FCOEM)*
5. *Limón, Edson (2009). Programa educativo en salud oral para pacientes de 6 a 12 años pertenecientes al seguro social universitario. Proyecto de grado para obtener el título de especialista en odontopediatría. UMRPDSFX.*
6. *Trujillo, Franz (2014) "Introducción en la Política SAFCI", en: Ministerio de Salud. Curso de Educación permanente en la Politice de Salud Familiar Comunitaria Intercultural y el Sistema Único de Salud. Programa SAFCI.*
7. *Cartilla nacional de salud del adulto mayor(personas de 60 años y mas)México 2013*

AREA DEPARTAMENTAL DE DISCAPACIDAD

Lic. Francy Venegas Arzabe.
Responsable Departamental de Discapacidad

I. ANTECEDENTES.-

El Estado Plurinacional de Bolivia, ante las necesidades de las Personas con Discapacidad, promulga leyes, resoluciones ministeriales y normas, que favorecen e identifican a las Personas con Discapcidad entre ellas:

- **CONSTITUCION POLITICA DEL ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA:** se menciona los derechos de las personas con discapacidad en los artículos Nº 70, 71, 72, 85, 105, 107.
- **LEY DE PRESTACIONES SERVICIO DE SALUD INTEGRAL DEL ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA, Nº475.** Donde se incluye a las Personas con Discapacidad como beneficiarias y beneficiarios de prestaciones y acceso a la atención integral de salud, en el Capitulo II, Artículo 5º, numeral 5: Personas con discapacidades que se encuentren calificadas según el Sistema Informático del Programa de Registro Único Nacional de Personas con Discapacidad - SIPRUNPCD.
- **LEY GENERAL PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD NRO. 223-PROMULGADA 2 DE MARZO DEL 2012.** Garantiza el ejercicio pleno de sus derechos y deberes en igualdad de condiciones y equiparación de oportunidades, trato preferente bajo un sistema de protección integral.
- **Resolución Ministerial Nº 0191/ de Abril 2009** Aprueba el "Manual de Procedimientos para la Calificación a las Personas con Discapacidad y la Guía para el Uso del Certificado de Registro Único Nacional de Personas con Discapacidad"
- **Resolución Ministerial N° 130 del 6 de marzo 2008,** El Ministerio de Salud a través de su Área de Discapacidad tiene la obligación de Supervisar el Registro y la Calificación para las Personas con Discapacidad (PCD). Las Gobernaciones y SEDES, SEDEGES son responsables de autorizar los establecimientos de salud acreditados para la CALIFICACIÓN, insertar en los POA`s, recursos que vayan en beneficio de la creación de equipos calificadores y la sostenibilidad de los mismos.
- EL ARTICULO 7mo. De la Resolución Ministerial Nro. 130 del 8 de marzo del 2008, establece" Apruébese el porcentaje de Discapacidad como Mínimo el 30% para otorgar el Carnet de Discapacidad".
- **La Resolución Ministerial número 0595 del 3 de agosto de 2007** que en su artículo tercero, establece que la GOBERNACIÓN, SEDES, SEDEGES y MUNICIPIOS deberán proveer las condiciones requeridas y autorizar a los establecimientos acreditados, para la sostenibilidad del Programa de Registro Unico Nacional de Personas con Discapacidad "PRUN-PCD" del Ministerio de Salud que en su artículo segundo indica dar cumplimiento a la Ley.
- **Resolución Ministerial Nº 0846 del 30 de noviembre de 2006,** Resuelve: reconocer como instrumento oficial para la calificación de discapacidades, BAREMO establecido en el documento valoración de las minusvalías.

- **Decreto Supremo Nº 27837 del 12 de Noviembre de 2004,** Resuelve: I. Se declara eld dia 15 de octubre de cada año, como el "DIA NACIONAL DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD".

AREA DISCAPACIDAD - SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD LA PAZ

El area de Discapacidad del servicio Departamental de Salud de La Paz, inicia sus actividades en una fase piloto en la gestión 2007 para la evaluacion de Personas con Discapacidad en el Municipio de La Paz. Posteriormente se amplia la cobertura a nivel Nacional a partir de la gestión 2008 y por ende el Departamento de La Paz deja de ser una fase piloto y pase a ser parte de las acciones en la Redes de Salud Urbano / Rural, en la identificación, evaluación de discapacidad y su posterior atención a través de los establecimientos de salud.

II. DEFINICION.-

Según la ley 223: LEY GENERAL PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Art. 5. a) Discapacidad es el resultado de la interacción de la persona, con deficiencias de función físicas, psíquicas, intelectuales y/o sensoriales a largo plazo o permanentes, con diversas barreras físicas, psicológicas, sociales, culturales y comunicacionales.

Art. 5. c) **Personas con Discapacidad.** Son aquellas personas con deficiencias físicas, mentales, intelectuales y/o sensoriales a largo plazo o permanentes, que al interactuar con diversas barreras puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.

III. TIPOS DE DISCAPACIDAD.-

El Estado Plurinacional de Bolivia se recononoce las siguientes Discapacidades a través de la Ley General de las Personas con Discacapacidad Nº 223:

- Art.5. e) **DISCAPACIDAD FISICO-MOTORA:** Son las personas con deficiencias anatómicas y neuromusculares o funcionales causantes de limitaciones en el movimiento.
- Art.5. f) **DISCAPACIDAD VISUAL:** Son las personas con deficiencias anatómicas y/o funcionales; causantes de ceguera completa.
- Art.5. g) **DISCAPACIDAD AUDITIVA** :Son las Personas con perdida y/o limitación auditiva en menor o mayor grado.
- Art.5. h) **DISCAPACIDAD INTELECTUAL:** Son las personas caracterizadas por alteraciones funcionales del sistema nervioso central, que ocasionan limitaciones significativas tanto en el funcionamiento de la inteligencia, el desarrollo psicológico evolutivo como en la conducta adaptativa.
- Art.5. i) **DISCAPACIDAD MENTAL O PSIQUICA:** Son las personas caracterizadas por deficiencias funcionales del sistema nervioso central, con limitaciones que generan enfermedad mental.
- Art.5. j) **DISCAPACIDAD MÚLTIPLE:** Está generada por múltiples deficiencias sean estas de carácter físico, visual, auditivo, intelectual o psíquico.

IV. GRADOS DE DISCAPACIDAD.-

GRADO	CLASE	PORCENTAJE DE DISCAPACIDAD	¿OBTIENE CARNÉ DE DISCAPACIDAD?
NULA	I	0 %	**NO**
LEVE	II	1-24 %	**NO**
MODERADA	III	25-49 %	**Se otorga el Carné de Discapacidad a partir del 30% ,** acogiéndose a los Beneficios de acuerdo a la ley 475 de prestaciones de Salud "SIS"
GRAVE	IV	50-74%	**Se otorga el Carné de Discapacidad ,** acogiéndose a los Beneficios de acuerdo a la ley 475 de prestaciones de Salud "SIS", más el **Bono Solidario anual** como indica en la ley N°223
MUY GRAVE	V	75% o mas	**Se otorga el Carné de Discapacidad ,** acogiéndose a los Beneficios de acuerdo a la ley 475 de prestaciones de Salud "SIS", **más el Bono Solidario anual** como indica en la ley N°223

V. REQUISITOS PARA LA CALIFICACIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD.-

1. PRESENCIA FÍSICA DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD (OBLIGATORIO)
2. CARNET DE IDENTIDAD (VIGENTE) Y CARNET DE PADRES O TUTORES EN CASO DE MENORES DE EDAD Y DISCAPACIDAD INTELECTUAL
3. INFORME MÉDICO ACTUALIZADO A LA FECHA DE EVALUACIÓN

   El informe medico debe ser expedido de manera gratuita por Centros de Salud y/o Hospitales de 2do o 3er nivel de acuerdo a la complejidad de la patología.

   - Personas con deficiencia auditiva se requiere audiometría Imprescindiblemente.
   - Epilepsia, Enfermedad Renal Crónica, Enfermedad Mental, debe referirse al segundo o 3er nivel de atencion para su correspondiente informe de especialidad.
   - Visual: toda persona debe contar de manera imprescindible carné del IBC (Instituto Boliviano de la Ceguera)

4. PAPELETA DE PAGO (si trabaja la PCD ó del tutor si es menor de edad)

- BOLETA DE AVC (si cuenta con seguro médico)

5. FACTURAS DE LUZ Y AGUA
6. CROQUIS DE DOMICILIO ACTUAL

NOTA: TODA LA DOCUMENTACIÓN DEBE PRESENTARSE EN ORIGINAL Y FOTOCOPIA

¿QUIEN DETERMINA SI / ES O NO PERSONA CON DISCAPACIDAD?

Se determina a través del proceso de evaluación realizado por el equipo multidisciplinario a través de examen clínico, revisión documental que esta sujeta a procedimientos normativos (Resolución Ministerial Nro. 0846 del 30 de Noviembre 2006); procedimiento que tiene una duración de 1 hora.

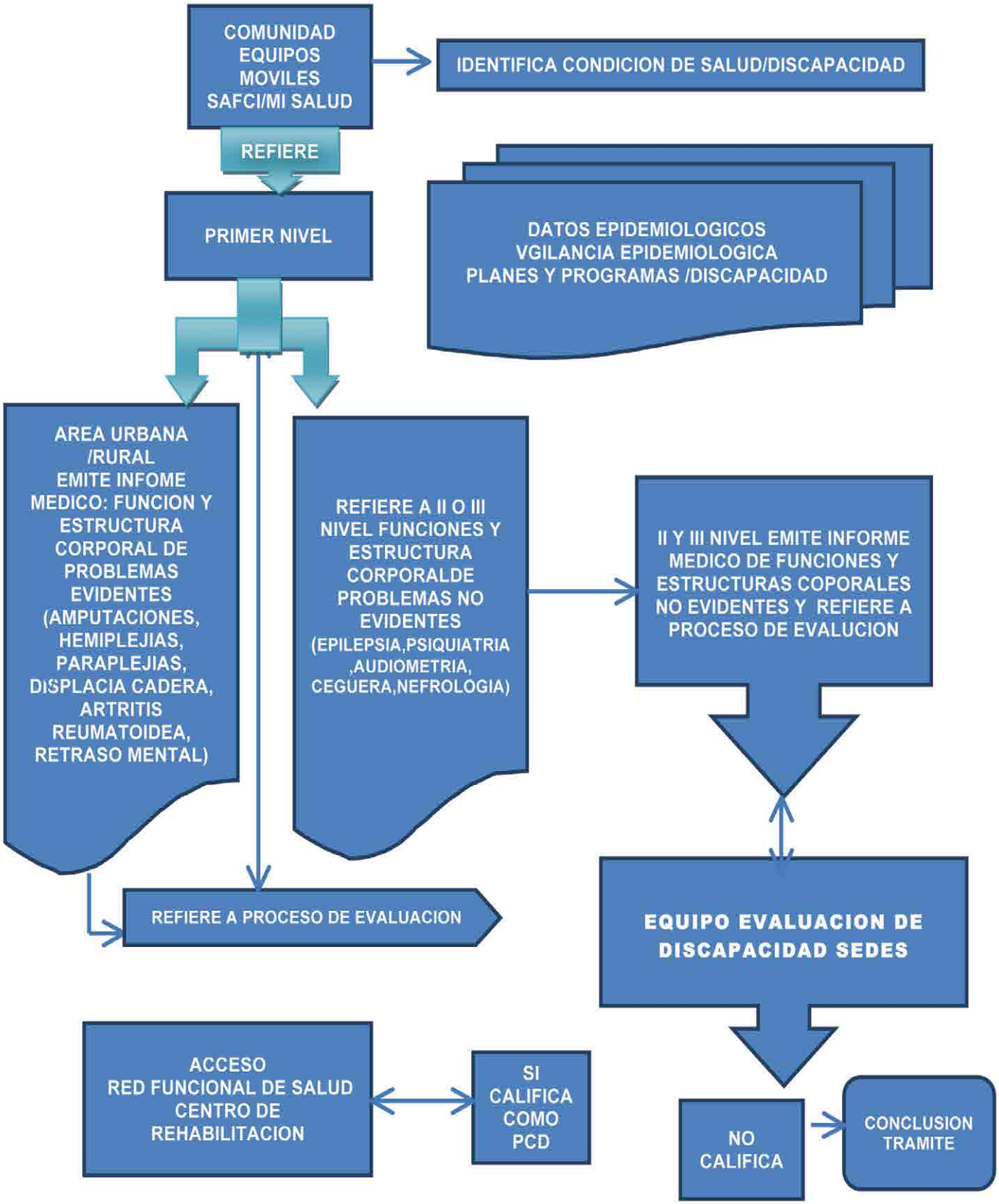
¿QUIENES COMPONEN EL EQUIPO DE CALIFICACION?

El equipo de calificación esta compuesto por un equipo multidisciplianario que consta de los siguientes profesionales:

- Médico Calificador de Discapacidad
- Psicologo Calificador de Discapacidad
- Trabajadora Social Calificadora de Discapacidad

EL PROCESO DE EVALUACIÓN ES GRATUITO!!!

FLUJOGRAMA DE PROCESO DE EVALUACION DISCAPACIDAD



VI. DOCUMENTACION QUE DEBE GENERARSE DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN LA RED FUNCIONAL DE SALUD.-

1. Censo poblacional de las personas con Discapacidad por Municipio
2. Carpetas familiares que identifique a la personas con Discapacidad (Anexo1)
3. Historia Clinica de la Persona con Discapacidad :
    - Fotocopia del carné de Discapacidad Vigente
    - Seguimiento trimestral de la condición de salud de la personas con Discapacidad
    - Copia del Informe Médico extendido para el procedimiento de la evaluacion de Discapacidad (realizado cada 4 años)
    - Boletas de referencia y contrareferencia del Centro de Rehabilitacion.
4. La Red Funcional de Salud debe referir a las personas identificadas con deficiencias para su procedimiento de evaluacion y renovaciones de su carné de discapacidad por caducidad (AREA DE DISCAPACIDAD)

VII. ACCIONES DE PROMOCION, PREVENCION, ATENCION Y REHABILITACIÓN DE LA DISCAPACIDAD EN LA RED FUNCIONAL DE SALUD.-

Las redes funcionales de salud por Municipio deben generar las siguientes acciones:

- Promoción de la salud a través de la estrategia de Rehabilitacion Basada en la Comunidad.
    - Ferias de Salud en las cuales se priorice la protección y derechos de las Personas con Discapacidad.
    - Charlas dirigidas a la comunidad relacionadas a la inclusión Social de las Personas con Discapacidad. (Educacion , Recreacion e Insersion Laboral)
    - Proceso de Informacion continúa dirigida a la comunidad para disminuir posibles Discapacidades.
- Prevencion de Salud
    - Identificacion Temprana de deficiencias que generan Discapacidad.
    - Seguimiento continuo de la condición de salud de la Persona con Discapacida
    - Investigaciones de la recurrencia de alguna discapacidad por Municipio
- Atención de Salud
    - Atención de acuerdo a patología en curso de la Persona con Discapacidad, dando cumplimiento a Ley 223 y Ley 475 (GRATUIDAD y TRATO PREFERENTE)
- Rehabilitación:
    - Según la OMS la rehabilitación y la Habilitación son procesos destinados a permitir que las personas con discapacidad alcancen y mantengan un nivel optimo de desempeño físico, sensorial, intelectual, psicológico y/o social.
    - La rehabilitación ha llegado a ser una parte aceptada del esquema diario de vida. Para las personas con un déficit físico, intelectual o sensorial hay un lento reemplazo del concepto de dependencia por el de actividad, mediante la cual las capacidades remanentes de la persona con discapacidad son desarrolladas al máximo.
    - Según el Decreto Supremo Nº 1984, Articulo 2.- (Definiciones) g) Centros de Rehabilitación: son unidades prestadoras de servicios en rehabilitación integral, con

extensión comunitaria, que permiten a las personas con deficiencia , obtener una máxima independencia, capacidad física, intelectual, mental, social y vocacional.

- Toda persona con discapacidad, debe ser referida obligatoriamente a proceso de rehabilitación, de acuerdo a patología cursante.
- Todo Centro de Rehabilitación debe coordinar acciones con su Red Establecimientos.
- La Red Funcional de Salud, debe identificar su Centro de Rehabilitación.
- Existen tres tipos de Centros de Rehabilitación de acuerdo a la complejidad de los servicios:

  Tipo A:Estimulación Temprana, termoterapia, electroterapia, logopedia, mecanoterapia, hidroterapia, consultorio y diagnostico. (Hospital de Norte de la Ciudad de El Alto, Municipios de Caranavi, Patacamaya "en Gestion", Palos Blancos "en Gestion")

  Tipo B:Estimulación Temprana, termoterapia, electroterapia, logopedia, mecanoterapia, consultorio diagnostico.(Municipio de Achacachi "en Gestion")

  Tipo C:Estimulación Temprana, termoterapia, electroterapia, mecanoterapia, consultorio y diagnostico (Municipio de Calamarca)

- Asesoramiento Genetico:
  - Alrededor de 2 a 3% de los recién nacidos tienen alguna anomalía congénita, muchas de ellas de origen genético. Se estima que la mitad de las causas de sordera, ceguera y retraso mental en la edad pediátrica son de causa genética. En el adulto, alrededor de 1% de los cánceres son de causa claramente genética, y alrededor de 10 % de los cánceres comunes tiene un fuerte componente genético.
  - El Asesoramiento Genético (AG) ha sido definido como: "Un proceso que ayuda a individuos y familias a comprender y adaptarse a las implicancias médicas, psicológicas, familiares y sociales de las enfermedades genéticas."
  - A quién se ofrece Asesoramiento Genético:

1. Mujeres en Edad Fértil para la consulta Pre-concepcional y Planificación Familiar.
2. Parejas que planifiquen su embarazo y presenten antecedentes familiares de alguna enfermedad genética o defecto congénito.
3. Hijos previos con defectos congénitos.
4. Mujeres embarazadas que hayan sido expuestas a algún teratógeno, entiéndase: medicamentos, alcohol, fiebre prolongada, maltrato físico y otros.
5. Mujeres en edad fértil con antecedentes de abortos recurrentes.
6. Mujeres en edad reproductiva que cursen edad avanzada y deseen embarazarse.
7. Parejas que presenten algún vínculo familiar (consanguinidad).
8. Riesgos en uniones de individuos que padecen la misma invalidez: ceguera, sordera, enanismo, etc.
9. Mujeres embarazadas que cursen con una patología de base que cause riesgo reproductivo (Asma, Epilepsia, VIH, Diabetes, Tuberculosis, Hipertensión y algunos trastornos Neurológicos).
10. Mujeres embarazadas en edades inferiores a 18 años y mayores a 35 años.
11. Recién Nacidos hasta los 7 días para su valoración clínica.

12. Niños menores de 5 años que presenten alguna malformación congénita o defecto congénito.
13. Niños menores de 5 años que presente retraso del desarrollo psicomotriz.
14. Niños menores de 5 años que presenten alteraciones auditivas, visuales y del lenguaje.
15. Personas que presenten Insuficiencia Renal Crónica con antecedentes familiares de la misma enfermedad.
16. Personas adultas que presenten malformaciones congénitas y defectos congénitos.
17. Personas que presenten discapacidad intelectual, físico-motora o sensorial.
18. Personas de la tercera de edad que cursen con enfermedades como: Parkinson y Alzhéimer.
19. Personas que presenten alteraciones funcionales y orgánicas que sugestionen procesos tumorales (Cáncer de Próstata, Mama, Ovarios y otros).
20. Grupos étnicos o áreas geográficas con mayor incidencia a patologías específicas.

VIII. DIRECCION.- Dirección: c. Muñoz Cornejo Nº 2702 esquina Mendez Arcos Zona Sopocachi; Telf. 2-412391, Correo Electrònico: intraid.saludmental@gmail.com.

CARPETA FAMILIAR

Dr. Juan Ireneo Choque Rondo
Coordinador de Redes Rurales SEDES

Objetivo de aprendizaje.-

Contribuir con una guía de enseñanza para el personal de Servicio Social de Salud Rural Obligatorio SSSRO que facilite el mejor desempeño en la aplicación de la Carpeta Familiar en el ámbito de influencia de cada Establecimiento de Salud.

DEFINICION.-

Instrumento para la implementación del modelo de salud familiar comunitario Intercultural que permite conocer las determinantes y condicionantes que establecen la situación de salud del individuo, la familia y la comunidad.

RESPONSABLE DE LA APLICACIÓN DE LA CARPETA FAMILIAR.-

El equipo de salud de todos los establecimientos de primer nivel y los equipos móviles de salud son los responsables en directa coordinación con los líderes, autoridades de la comunidad y las familias.

IMPORTANCIA DE LA CARPETA FAMILIAR.-

La carpeta familiar sirve para:

- Identificar las determinantes y condicionantes de la salud.
- Clasificar a individuos, familias y comunidades de acuerdo a factores de riesgo.
- Planificar actividades de atención, prevención, promoción y rehabilitación en el ámbito individu¬al, familiar y comunitario.
- Mejorar la calidad y oportunidad de la atención.
- Contribuir al conocimiento del perfil epidemiológico biomédico y sociocultural de las comuni¬dades.
- Elaborar el plan estratégico de salud con la comunidad y en los diferentes niveles de gestión.
- Planificar y hacer seguimiento de las actividades de atención, preven¬ción, promoción y rehabilitación en el ámbito individual, familiar y comunitario.

La Carpeta Familiar sirve para planificar y hacer seguimiento de las actividades de atención, preven¬ción, promoción y rehabilitación en el ámbito individual, familiar y comunitario

PASOS PARA LA APLICACIÓN.-

- Recibir capacitación en el manejo.
- Contar con el material necesario.
- Coordinar con las autoridades de la comunidad y la autoridad local de salud la realización de un taller de diagnóstico rural participativo para: Obtener la primera aproximación al perfil epidemiológico biológico, social y cultural desde la percepción de la comunidad.
- Identificar a los médicos tradicionales y parteras reconocidos por la comunidad.
- Realizar la lista de familias y el croquis de la comunidad.
- Verificar en campo y con participación de la autoridad local de salud y autoridades de la comuni¬dad la lista de familias y croquis; elaborar un acta de conformidad.
- Realizar una reunión con el personal del establecimiento de salud para elaborar un cronograma en el que se garantice la atención permanente en el establecimiento y el levantamiento de las carpetas familiares que incorpora de forma rotativa a todo el personal.
- Realizar una reunión con las autoridades locales de salud y el comité local de salud del establec¬imiento para presentar y coordinar la propuesta de cronograma respetando el calendario agrí¬cola, horarios laborales, costumbres y valores culturales de cada comunidad.

La participación de la comunidad en la aplicación de la Carpeta Familiar es parte de la Gestión Com¬partida .

APLICACIÓN DE LA CARPETA FAMILIAR.-

Para aplicar la carpeta familiar es recomendable:

- Contar con una identificación del establecimiento de salud.
- El croquis de la comunidad y las viviendas numeradas.
- Realizar el levantamiento de las carpetas familiares en el domicilio de cada familia de manera ordenada.
- Informar a la familia el motivo de la visita y la utilidad de la carpeta familiar.
- Elaborar una carpeta por cada familia y asignarle un código.
- Sistematizar la información de la carpeta familiar, a través del enfoque de riesgo definido por la carpeta familiar y priorizar la periodicidad de visitas familiares.
- Para resaltar el grado de riesgo de cada familia, se identificará cada carpeta familiar con un pedazo de lana en la esquina superior izquierda (rojo = alto riesgo; amarillo = mediano riesgo; verde = bajo riesgo).
- Elaborar un cronograma de visitas familiares orientadas a la prevención y promoción de la salud.
- Priorizar visitas familiares asistenciales en caso de seguimiento de enfermedades transmisibles y/o crónicas de riesgo, prenatales y PAI.
- Consensuar con la comunidad y sus autoridades la revisión médica de cada miembro de la fa¬milia por lo menos una vez al año en el establecimiento de salud. No olvidar utilizar la Carpeta Familiar para archivar el expediente clínico de los miembros de la familia.

- Socializar la información sobre la situación de salud con autoridades locales de salud, comité local de salud, autoridades comunales, autoridades municipales y de organizaciones sociales a través de la Sala Situacional para la definición del plan para mejorar la salud a corto, mediano y largo plazo de las comunidades asignadas al establecimiento de salud.
- Los Talleres de Análisis de la Información en Salud con participación comunitaria deben medir mensualmente el cumplimiento del plan, de las visitas familiares y la atención individual que deben reflejarse en el mejoramiento de los indicadores de salud tanto en el componente de gestión como en el de atención.
- Es necesario que se actualicen las carpetas familiares una vez al año.

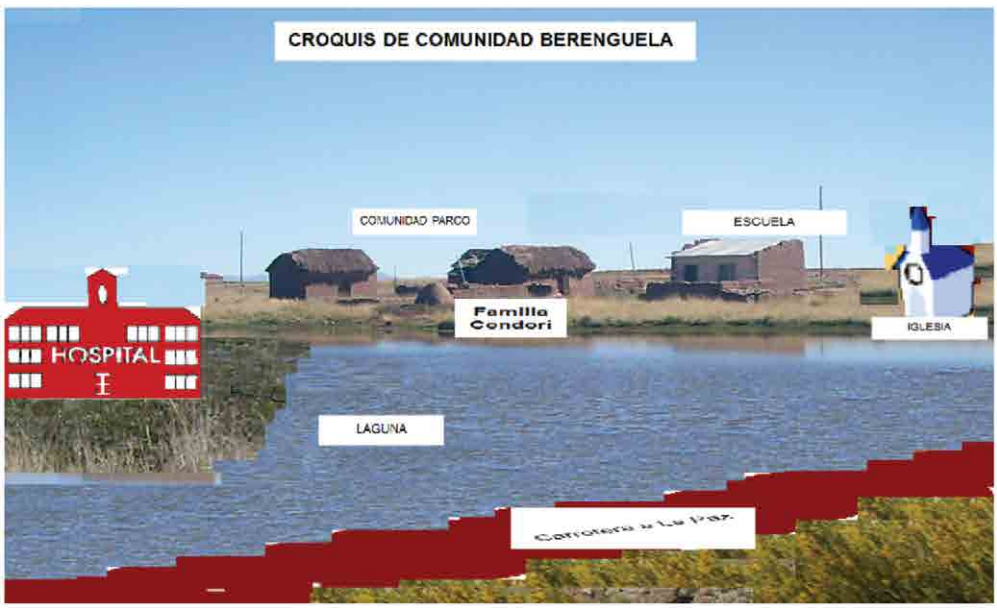
CROQUIS DE LA COMUNIDAD

El croquis sirve para orientarse, cuantificar viviendas, establecer límites, localizar calles y accesos e identificar servicios y recursos, en primera instancia se recurre a la elaboración conjunta con la comunidad, debemos realizar un recorrido sistemático y ordenado junto a autoridades co¬munales, garantizando que la totalidad del área sea cubierta de tal forma que no se omita ninguna vivienda (habitadas, vacías o en construcción) o viviendas dispersas, considerar que existen varias comunidades bien definidas y dispersas, a lo largo de una vía de comunicación o ribera de un río.

Se debe tratar de representar adecuadamente la forma, tamaño y distribución de las manzanas ubicando primero la manzana central, plaza o cancha de futbol y posteriormente los demás. Los que están ubicadas a lo largo de una vía de comunicación o riberas de un río se iniciará el croquis dibujando la vía, tomando como base las viviendas localizadas a la derecha del camino, la quebrada o río y una vez cubierta esa área, se continuará con las viviendas del lado izquierdo.

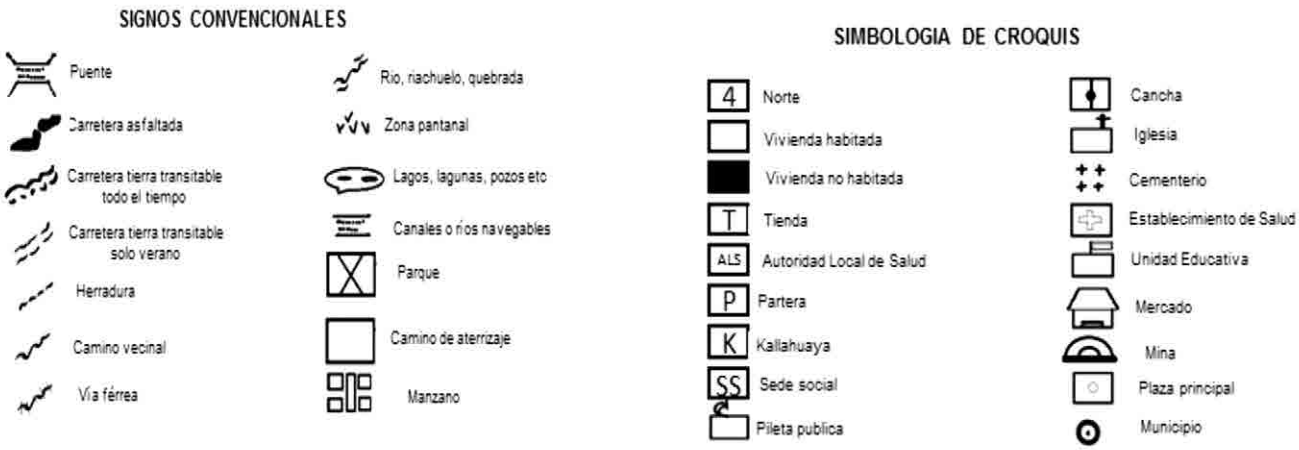
El croquis debe señalar el número de familias, la numeración de viviendas, las viviendas ocupadas o deshabitadas, nombre de la comunidad, municipio, Red de Salud y el Establec¬imiento de salud al que pertenece.

Figura Nº1 Diagrama de Localización de Viviendas en un Territorio Geográfico.



Fuente Elaboración propia 2015

Figura Nº2 Signos y Simbologías para Localización de las Familias



CODIFICACION DE LA CARPETA FAMILIAR

De acuerdo al instructivo de la Carpeta Familiar (Publicación 292 Ministerio de Salud y Deportes, 05/01/2012), la codificación se realizará de la siguiente forma:

Depto.	Provincia		Municipio		Red de Salud		Establecimiento		Comunidad		Vivienda			Familia

Depto.: Es el código de departamento establecido por el Instituto Nacional de Estadística (INE) en función a la cartografía realizada para el Censo 2012.

Departamento	Código
Chuquisaca	1
La Paz	2
Cochabamba	3
Oruro	4
Potosí	5
Tarija	6
Santa Cruz	7
Beni	8
Pando	9

Provincia: Es el código de departamento establecido por el INE. En el caso de la Red Apoloba¬mba 2, los códigos de la provincia son

Provincia	Código
Muñecas	05
Franz Tamayo	07

Municipio: Es el código de municipio establecido por el INE. En el caso de la Red Apolobamba 2, los códigos del municipio son:

Red: Se utilizará el número que corresponda a la estructura del SNIS-VE. en el caso de la Red Apolobamba es el 02.

Provincia	Municipio	Código
Muñecas	Chuma	01
	Ayata	02
	Aucapata	03
Franz Tamayo	Apolo	01
	Pelechuco	02

Establecimiento: Registrar el nombre que corresponda a la estructura del SNIS-VE. Enumerando en orden correlativo de acuerdo al orden establecido, en el caso de la Red 2 Apolobamba los establecimientos son:

ESTRUCTURA DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD RED DE SALUD Nº2 APOLOBAMBA- MUNICIPIO DE PELECHUCO GESTION 2015

Provincia	Municipio	Código
Muñecas	Chuma	01
	Ayata	02
	Aucapata	03
Franz Tamayo	Apolo	01
	Pelechuco	02

Comunidad: La numeración de las comunidades será determinada por la gerencia de la Red de Servicios. Si no existe una numeración preestablecida, utilizar los recursos geográficos disponibles (mapas, croquis, etc.). La comunidad 01 será donde está ubicado el establecimiento de salud, luego se ubicará el norte y se continuará la numeración en el sentido de las agujas del reloj.

Vivienda: Utilizar los recursos geográficos disponibles (mapas, croquis, etc.). En caso de no existir alguno, se recomienda realizar una exploración inicial de la comunidad y construir un croquis. Iniciar la numeración por el centro de la comunidad (usualmente ubicado en la plaza principal, cancha, centro de reuniones o asambleas, etc.); luego, ubicar el norte y continuar la numeración en el sentido de las agujas del reloj. La numeración comienza en 001.

Familia: En caso de que la vivienda sea ocupada por más de una familia se utilizará el alfabeto iniciando con la A la primera familia encuestada y luego correlativo.

BENEFICIOS DE LA CARPETA FAMILIAR

- Contribuye a cada familia a ejercer su derecho a la salud.
- Crea relación directa, humanizada y participativa entre la familia, la comunidad y el equipo de salud.
- Sirve de guía para la planificación participativa y el control social de las acciones en salud.

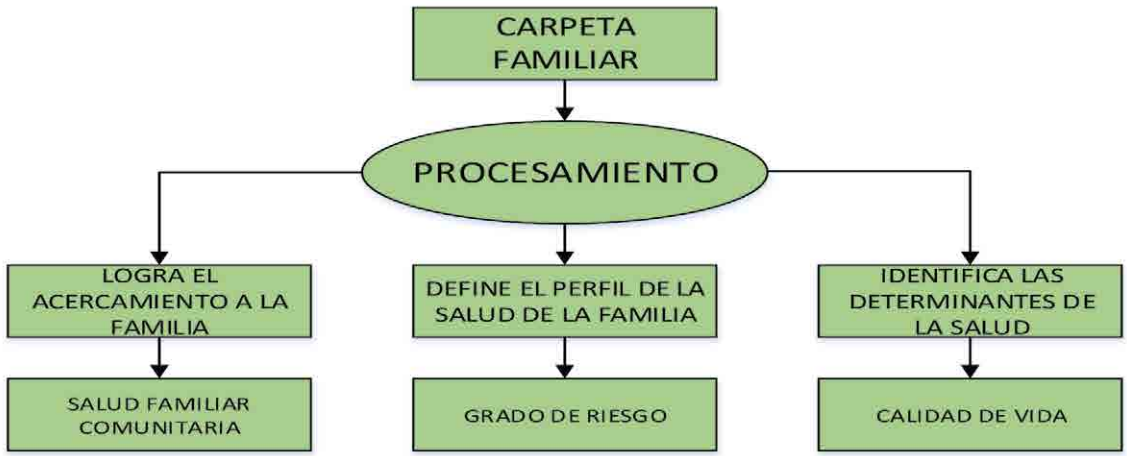
- Orienta la gestión pública hacia la satisfacción de los beneficiarios.
- Permite medir el progreso de las actividades realizadas.
- Ayuda al equipo de salud a cumplir con las acciones programadas.
- Orienta las necesidades de capacitación para el equipo de Salud.
- Orienta las áreas de información y orientación que se requiere desarrollar en la comunidad.
- Mejora la imagen institucional.

RESULTADOS ESPERADOS CON LA IMPLEMENTACIÓN DE LA CARPETA FAMILIAR

Con la implementación de la Carpeta Familiar en las comunidades beneficiadas y su empleo adec¬uado, se obtendrán los siguientes resultados:

- Ubicación rápida de viviendas donde viven familias con problemas de salud.
- Evaluación de riesgo de salud de cada familia, para identificar prioridades de intervención.
- Identificación oportuna de familias carpetizadas, por medio del código asignado.
- Caracterización de cada grupo familiar, en base a su composición y organización.
- Determinación de la magnitud de nacimientos y defunciones.
- Efectividad en el control de la salud de la mujer en edad fértil, del niño y niña menor de 5 años y de la población en general.

Gráfico: Nº 3 Flujograma de la Procesamiento de la Carpeta Familiar.



CONTENIDO DE LA CARPETA FAMILIAR

El contenido de la carpeta familiar es el siguiente:

I. Datos generales.
II. Croquis de la ubicación de la vivienda.
III. Familiograma.
IV. Determinantes de salud.
V. Salud de los integrantes de la familia.
VI. Comportamiento familiar.
VII. Evaluación del comportamiento familiar.
VIII. Resultados de la evaluación de la salud familiar.
IX. Forma de ayuda familiar necesaria.
X. Aspectos socioculturales.
XI. Medicina tradicional y participación comunitaria.
XII. Nacimientos.
XIII. Defunciones.
XIV. Observaciones especiales.

FORMA DE LLENADO DE LA CARPETA FAMILIAR.-

La fuente de información estará a cargo del Jefe (a) de familia, si no se encuentra se obtendrán los datos de una persona mayor a 15 años y se registrará en el siguiente orden: jefe (a) de familia, adultos, niños (as): según fecha de nacimiento, empezando por el mayor, llenar los datos con letra imprenta, clara y con lápiz.

I. DATOS GENERALES.-

Los datos generales nos permiten determinar la ubicación de la familia con mayor precisión, en la comunidad y el territorio nacional.

Familia: Se anotará el nombre de la familia, que estará compuesta por el apellido del padre, seguido por el de la madre. Cuando se trate de un solo responsable de la familia se registrará el apellido paterno y materno del mismo. El concepto de hogar depende de la relación establecida por las personas – individualmente o en grupos – en el proceso de abastecimiento y consumo de alimentos (olla común) y de otros artículos esenciales para vivir. Se puede reconstruir la composición familiar mediante el parentesco de los miembros con una persona clasificada como jefe de hogar. Así, una **familia** comprende a dos o más miembros del hogar multipersonal emparentados entre sí, hasta un grado determinado, por sangre, adopción o matrimonio, cuyos contenidos específicos se delimitan en cada país. Por tanto una vivienda puede tener un hogar y un hogar puede estar compuesto por más de una familia. Se deben realizar tantas carpetas como familias compartan ese hogar.

Idioma: este aspecto debe llenarse con el idioma que predomine en la familia. Hablado: se anotará el idioma que predomina en la comunicación que establece la familia con su entorno. Materno: se anotará el idioma original de familia.

Dirección de la vivienda: debe anotarse la dirección clara, con el mayor número posible de detalles.
Departamento: se escribirá el departamento al cual pertenece la comunidad donde vive la familia.
Municipio: se escribirá el nombre del municipio al que pertenece la comunidad donde vive la familia.

Distancia y tiempo desde la vivienda hasta el establecimiento de salud de primer nivel el Km: se anotará el número de kilómetros, el tiempo a pie: se anotará el tiempo necesario para llegar al establecimiento, esclareciendo horas y minutos. Los datos de movilidad: se anotará el tiempo necesario para llegar en movilidad de la vivienda al establecimiento de salud. **Otro medio de transporte:** se refiere a otro medio de desplazamiento de las personas al establecimiento de Salud (balsa, motocicleta, caballo, bicicleta) **Fecha de registro:** anotar día, mes y año en que se inicia el llenado de la Carpeta, se anotará el nombre y apellidos, así como la categoría ocupacional del registrador o registradora, continuación el registrador o registradora debe colocar su firma en el reglón disponible para ello.

II. CROQUIS DE UBICACIÓN DE LA VIVIENDA.-

Dibujar en el espacio blanco el croquis de ubicación de la vivienda, tomando en cuenta los puntos fijos de referencia más comunes o conocidos por la comunidad, como escuela, iglesias, ríos, cerros u otros. La orientación será registrada de acuerdo a los puntos cardinales

III. FAMILIOGRAMA.-

Se debe llenar al final del primer contacto con la familia.

IV. DETERMINANTES DE SALUD.-

Encerrar en un círculo sólo uno de los valores de las 5 opciones que aparecen en cada una de las variables. Se exceptúa la variable H (consumo diario de alimentos) en la que se debe calificar las 5 opciones. Estos datos nos permiten evaluar y clasificar el riesgo para la salud que tiene la familia en base a factores determinantes que inciden sobre el grupo familiar y priorizar su atención. Cada categoría esta enumerada de la siguiente manera:

- Variables: A, C, D, E, I. tienen valores entre el 5 al 25
- B, F, G. tiene valores del 1 al 5
- H. tiene valor de 0 o de 5 (se califican las 5 opciones)

Si el abastecimiento de agua de familia es de un pozo/noria/vertiente/cisterna, se encerrará en un círculo en la columna de la derecha el valor 15, que corresponde a esta forma de abastecimiento, se debe llenar una casilla por categoría, excepto en el grupo H que se debe llenar todas con 0 si lo consume a diario o con 5 si NO lo consume a diario.

a) Tipo de vivienda individual:

Vivienda individual: aquella en la cual habitan una o más familias, siempre que constituyan un hogar, con distribución de sus interiores independiente y cuyos exteriores pueden estar en contacto o no, teniendo cada una de ellas su propio acceso desde la vía pública. **Departamento:** se refiere a las viviendas que forman parte de una edificación de varias plantas, con divisiones que determinan la privacidad de cada una de las viviendas, que pueden estar una en cada piso o varias en un mismo piso y que tienen generalmente entradas y áreas comunes. **Cuartos o habitaciones sueltas:** se refiere a aquellas en las cuales solo se dispone de un cuarto para las actividades de cocción e ingestión de los alimentos, entretenimiento y descanso de su(s) habitante(s). **Choza y pahuichi:** Choza: vivienda sencilla construida con materiales naturales, generalmente con madera y cubierta de ramas o paja. Pahuichi: vivienda tradicional del oriente boliviano, construida con paredes de barro y "chuchío" (caña hueca) y techo de hoja de palmera, ya sea motacú (Attaleaphalerata) u otro tipo de palma según la zona de que se trate. Recordar que la vivienda es una edificación cuya principal función es ofrecer refugio y habitación a las personas, protegiéndolas de las inclemencias climáticas y de otras amenazas naturales.

b) Tenencia de vivienda:

Propia: cuando uno o más integrantes de la familia es o son propietarios de la vivienda. Anticrético: cuando la familia ha entregado un monto específico de dinero al dueño/propietario de la vivienda para habitarla por un período de tiempo determinado, lo cual debe haber quedado establecido mediante contrato, dinero que le será devuelto al concluir el tiempo establecido por el contrato. Alquiler: cuando los habitantes de la vivienda pagan mensualmente una cantidad de dinero al dueño del inmueble por el derecho de ocuparlo. Cuidador: cuando alguno de los habitantes de la vivienda se encarga del cuidado de la misma y la familia la ocupa de forma gratuita. Otra: especifique otras formas que sean diferentes a las señaladas anteriormente.

c) Número de personas por cuarto:

Se marca en la casilla que corresponda al número de personas que duermen en cada cuarto de la casa. Ejemplo: si es una casa de 4 cuartos viven 5 personas, pero un solo cuarto se destina para dormitorio, se marcará en la casilla "cinco".

d) Abastecimiento de agua:

Se refiere a la manera habitual por la cual la familia accede al agua para consumo en su vivienda. Se debe marcar a uno de los siguientes como la agua por cañería, pileta pública, pozo/noria/vertiente/ cisterna, acequia/río Charcos/atajados/curichi.

e) Eliminación de excretas:

Se refiere al sistema habitual por el que la familia elimina las excretas como el servicio higiénico en domicilio, servicio higiénico público, letrina, pozo ciego o eliminación al aire libre.

f) Manejo de basura:

Debe marcarse la variante de manejo habitual de la basura por parte de la familia como el recojo domiciliario, basura enterrada eliminación a la calle/campo abierto, cuando no existe recojo domiciliario y la familia deposita de manera habitual allí la basura. Si es área rural, cuando de manera habitual la deposita en el campo abierto sin hacerle ninguna modificación y otras formas como el quemado que puede ser en cualquier lugar que la realice, sea en el patio de la vivienda, en una calle o en campo abierto y otra lugar es en el río/quebrada: cuando se vierte la basura directamente en una corriente de agua natural, sea río o quebrada.

g) Ingreso familiar:

Se obtiene por la referencia de la familia que **le permite ahorrar:** cuando la familia tiene la capacidad de ahorro después de satisfacer sus necesidades de alimentación, vestido, vivienda, salud, educación y otras. Cuando se refiere al ahorro en áreas urbanas, se habla de dinero si puede disponer de una cantidad determinada con cierta periodicidad para guardarlo y utilizarlo en el futuro si resulta necesario o lo desea. Cuando se habla de ahorro en áreas rurales, especialmente en población originaria, que puede o no utilizar el dinero como una forma de cambio importante, la posesión de la cantidad de alimento, por ejemplo, el maíz, o de ganado puede considerarse como una forma de ahorro, es decir que la familia tiene posibilidades de una u otra forma, de garantizar la satisfacción de sus necesidades en un futuro inmediato o mediato. **Satisface necesidades básicas y otras:** el dinero o lo que obtiene la familia en conjunto, sea por su actividad laboral (producción o servicios) o por jubilación/prestaciones, le alcanza para satisfacer sus necesidades básicas (alimentación, vestido, vivienda, salud y educación) y no básicas, tales como pasear, comprar artículos que no son

imprescindibles para la vida, etc., pero no le permite ahorrar para el futuro o para alguna emergencia. **Satisface necesidades básicas:** cuando los ingresos de la familia alcanzan solo para satisfacer las necesidades de alimentación, vestido y vivienda, no le permite satisfacer necesidades básicas y tampoco ahorrar. **A veces no alcanza:** cuando la familia no dispone de los recursos suficientes afectándole a veces en la cantidad y calidad de la alimentación, vestimenta y vivienda por falta de recursos. Es decir que, por diversas razones (pérdida de empleo, pérdida de una cosecha, etc.), la familia no dispone temporalmente de recursos para satisfacer sus necesidades básicas. **Insuficiente:** cuando de manera habitual la familia no puede satisfacer sus necesidades básicas con lo que obtiene, ya sea en dinero o como resultado de su participación en la producción agropecuaria. Para llenar este acápite de ingreso familiar debe tenerse en cuenta las condiciones y estilos de vida que son propias de cada región y grupo poblacional del país.

h) Consumo diario de alimentos:

Se debe registrar en las variables de consumo de cereales, tubérculos, y derivados Consumo de alimentos de origen animal, el consumo de frutas y verduras, el consumo de aceite o el consumo de sal yodada. Pueden marcarse todos si a diario la familia consume los alimentos relacionados o un solo tipo que consuma la familia, las casillas están en blanco a diferencia del resto de los cuadros que aparecen en este acápite. Cuando la respuesta sea que sí se consume, se colocará "0" (cero) y cuando no se consuma ese alimento diariamente, se colocará "5". Para el resultado final sumarse los puntos de todas las casillas. Por ejemplo, una familia que no consume ninguno de los tipos de alimentos, ni use aceite y sal yodada, obtendrá un total de 25 puntos, 5 por cada casilla. El objetivo de la información recolectada es conocer el tipo de dieta que consume diariamente una familia, la cual debe ofrecer: energía, proteínas, grasas, vitaminas, minerales y yodo. Los cereales, tubérculos y derivados contienen carbohidratos y son la fuente más abundante y económica de energía en la alimentación diaria. Los alimentos de origen animal y derivados, proporcionan proteínas que son importantes para formar y regenerar los tejidos, las verduras y frutas proporcionan vitaminas y minerales esenciales para mantener la salud del ser humano, las grasas, son la fuente con mayor concentración de energía en alimentación diaria. De estás, es importante resaltar el consumo de aceite que es más beneficioso en relación a las otras grasas, el yodo interviene en la función de las hormonas tiroideas, importantes sobre todo en los niños, los cereales: arroz, quinua, maíz, poroto, trigo, tarhui, soya, avena, maní, fideo, cebada, cañahua,

Tubérculos, derivados y raíces: papa, yuca, oca, racacha, camote, plátano postre, izaño, chuño, tunta, alimentos de origen animal: de res, menudencias, llama, cordero, cabra, aves, pescado, animales silvestres, reptiles, huevos: de gallina, de pata, de tortuga, leche y derivados: Leche, queso, quesillo, yogurt, mantequilla.

i) Nivel de Instrucción de la madre:

Universitaria: encargada de la familia que tenga terminado el nivel universitario. **Técnica:** encargada de la familia que tenga terminado el nivel técnico. **Secundaria:** encargada de la familia que tenga terminado el nivel escolar secundario. **Básico:** encargada de la familia que tenga terminado el nivel escolar primario. Sin instrucción: encargada de la familia que no tenga ningún nivel de instrucción.

Para completar el acápite IV determinantes de salud debe calcularse el **total de puntos alcanzado por la familia,** lo cual permitirá ubicarla en el rango de riesgo correspondiente, todos los recuadros no tiene el mismo peso específico. Las cajas A, C, D, E, H, I tienen valores de 5 a 25. En tanto que las cajas B, F, G, tienen valores del 1 al 5, la caja H valores del 0 al 25; anotar 0 si consume a diario los alimentos específicos de cada fila, o se anota 5 si no lo consume a diario. Se debe sumar el resultado

de todas las cajas y se obtiene el puntaje alcanzado por la familia, para ubicarla en uno de los tres rangos de riesgo.

V. SALUD DE LOS INTEGRANTES DE LA FAMILIA.-

Este grupo nos permite ver el estado de la salud general de los integrantes de la familia, registrar la información de cada integrante de la familia, comenzando por sus nombre(s) y apellidos, parentesco con el miembro que se identifique como proveedor principal de la familia, sexo, fecha de nacimiento, factores de riesgo, enfermedad y/o discapacidad, clasificación por grupo de riesgo según factores y enfermedades (del I al IV), así como observaciones que el personal de salud que llena y actualiza la historia clínica individual y la carpeta familiar considere importante señalar, la información que aparezca en este acápite debe encontrarse también en la historia clínica o expediente individual de los integrantes de la familia, cada número corresponde a un integrante de la familia, comenzando por el que se reconozca como proveedor principal de la misma, que será el número 1 y así sucesivamente hasta terminar con el último integrante de la familia asignándoles su número correspondiente y correlativo. **Nombres y apellidos:** en cada línea debe colocarse el o los nombres y apellidos de cada miembro de la familia. Cada vez que ocurra un nacimiento debe incorporarse, llenando los datos correspondientes. **Parentesco:** la lista se inicia en el número 1 con el proveedor principal de la familia y debe llenarse para cada miembro, escribiendo su relación de parentesco con éste, que puede ser por sangre, adopción o matrimonio. **Sexo:** Se colocara **M** para los hombres y **F** para las mujeres. **Fecha de nacimiento:** se escribirá en el orden siguiente: día/mes/año. El mes debe colocarse con números para que alcance el espacio. Si se observa dudas en la respuesta o discrepancia entre la apariencia y la edad declarada, se puede solicitar algún documento que certifique la edad de la persona. En caso de desconocimiento de la fecha de nacimiento, debe consignarse como fecha de nacimiento el 1 de julio del año estimado, como mejor aproximación a su nacimiento. **Estado de Salud:** comprende los factores de riesgo biológicos que tiene cada integrante de la familia, enfermedad(es) o discapacidad(es), así como el grupo en el cual se clasifica, según sea su estado de salud. **Factores de riesgo y/o enfermedad:** deben inscribirse factores de riesgo, tales como: obesidad, sedentarismo, consumo excesivo de alcohol, caries dental, hábito de fumar: Activo y/o Pasivo (Considerándose Activo aquel que usa directamente el cigarro, y Pasivo aquel que inhala el humo proveniente de la acción del fumador Activo), y otros identificados en el área. Las enfermedades que deben aparecer en la carpeta son las enfermedades crónicas no transmisibles, tales como: diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedades del corazón, insuficiencia renal crónica, insuficiencia hepática y otras que requieran seguimiento para lograr el control del paciente.

Solo se debe llenar una casilla por categoría, excepto en el grupo h) que se debe llenar todas las casillas con 0 "cero" si lo consume a diario, o con 5 si no lo consume en forma diaria.

También enfermedades transmisibles que pueden conducir a la muerte al paciente o la discapacidad, de no establecerse el tratamiento y control adecuados, tales como: malaria, tuberculosis, Chagas, leishmaniosis, hepatitis por virus B o C, fiebre amarilla, VIH-SIDA, dengue clásico y hemorrágico, lepra, desnutrición crónica y otras. Por otro lado se debe incluirse también como factores de riesgo a grupos vulnerables de la población como menores de cinco años por el riesgo de desnutrición y mortalidad, las gestantes y puérperas y los adultos mayores de 60 años y más, también se debe registrarse cualquier tipo de discapacidad que presente el miembro de la familia, ya sea congénita o

adquirida, intelectual o motora.

Discapacidad: Los tipos de discapacidad son: **física.** Engloba las discapacidades generadas por deficiencias musculo esqueléticas desfiguradoras o viscerales, **Intelectual.** Engloba las discapacidades generadas por deficiencias psicológicas, intelectuales y deficiencias de lenguaje y de origen central, **la sensorial** toma en cuenta las discapacidades generadas por deficiencias auditivas y visuales y la **Múltiple** es la combinación de más de uno de los anteriores tipos de discapacidad.

Grupo de riesgo: una vez identificados y anotados los factores de riesgo, enfermedades o discapacidad que tenga el integrante de la familia, debe procederse a clasificarlo en un grupo según su estado de salud, de la siguiente manera:

Grupo I Sano: sin factores de riesgo ni enfermedades aparentes del tipo de las referidas. **Grupo II** Con factores de riesgo. **Grupo III:** Enfermo (exceptuando las enfermedades agudas que no pasen a la cronicidad, ni dejen secuelas) **Grupo IV:** Con discapacidad: sea discapacidad congénita o adquirida, sea esta: física, intelectual, sensorial o múltiple.

Observaciones: debe usarse para hacer alguna anotación que el personal de salud considere importante señalar para el seguimiento individual del integrante de la familia.

Enfermedades diarreicas agudas e infecciones respiratorias agudas, dermatitis agudas deben registrarse en la historia o expediente clínico individual, pero no deben aparecer en la carpeta, pues son transitorias.

VI. COMPORTAMIENTO FAMILIAR.-

Este acápite trata de visualizar cómo funciona la familia y permite conocer si la familia en conjunto está preparada para enfrentar cualquier problema que pueda presentarse, sin que se afecte la relación entre sus miembros o algunos sufran una sobrecarga. En dos familias diferentes puede producirse un mismo evento, por ejemplo la separación de los conyugues o el fallecimiento de uno de ellos, pero la forma de afrontarlo puede ser diferente, mientras una se mantiene como funcional, la otra presenta trastornos en las relaciones, afectación de la vida y las aspiraciones de uno o varios de sus integrantes y se convierte en una familia disfuncional. Un aspecto importante a medir en este punto es la existencia de violencia intrafamiliar, que a veces no es expresada verbalmente por la familia, pero puede sospecharse por conductas o manifestaciones indirectas. Es imprescindible ser muy cauteloso a la hora de explorar este aspecto, pues una indiscreción puede conducir a empeorar la situación de la familia.

Fecha: toda vez que se evalúe el comportamiento familiar debe anotarse la fecha, independientemente de que se detecte alguno de los eventos descritos en el acápite o no. La fecha debe colocarse en el orden siguiente: día/mes/año.

Violencia intrafamiliar: si se identifica, tickear (√) en la celda de la fecha correspondiente. Se considera violencia intrafamiliar a toda acción u omisión protagonizada por los miembros que conforman el grupo familiar y que transforma en maltratantes las relaciones entre estos, causando daño físico, emocional, sexual, económico o social a uno o varios de ellos. Lo que significa registrar el maltrato que se produce en el hogar. Ejemplos:

Abuso verbal y emocional: la persona que ejerce la violencia ofende a la otra persona usando palabras groseras o denigrantes.

Intimidación en los tratos: se puede coaccionar a la víctima utilizando a terceros, como a los hijos u otros miembros de la familia, sabiendo que por el bien de ellos la victima accederá a los requisitos de la o las personas que producen este tipo de violencia (agresor o agresores)

Aislamiento: controlando la vida de la víctima, como su tiempo, sus actividades, su contacto con los otros. No se le permite trabajar, recibir llamadas telefónicas, visitar amigos o familiares.

Abuso económico: se controla el acceso de toda la familia al dinero, su manejo y gasto.

Abuso sexual: por lo general se refiere a las violaciones, que pueden ocurrir tanto entre la pareja, como por uno de los miembros de la familia hacia otro, que puede ser inclusive a un menor de edad.

Abuso físico: empujones, patadas, golpes, mordiscos y amenazas con armas y otros objetos. **Desprecio:** tratar al otro como inferior, tomar decisiones importantes sin consultar al otro. **Maltrato infantil:** si se identifica, tickear (√) en la celda de la fecha correspondiente. Cualquier acción (física, sexual o emocional) u omisión no accidental en el trato hacia un menor, por parte de sus padres o cuidadores, que le ocasiona daño físico o psicológico y que amenaza a su desarrollo tanto

Físico como psicológico. **Tabaquismo:** adicción al tabaco (cigarrillos) y otros productos para fumar o mascar, provocada por uno de sus componentes activos como: la Nicotina, droga adictiva que después de inhalación o masticado llega al cerebro casi de manera inmediata. El tabaco fumado en cualquiera de sus formas causa el 90% de cáncer de pulmón y otros tipos de cánceres, es factor de riesgo considerable de accidentes cerebro vascular e infarto de miocardio. (Es una droga lícita). Las personas que comparten el mismo ambiente con el fumador se convierten en fumadores pasivos y tienen el mismo riesgo de padecer las enfermedades del fumador activo. **Consumo excesivo de alcohol:** si se identifica, tickear (√) en la celda de la fecha correspondiente. Es el uso nocivo de bebidas alcohólicas a un nivel que interfiere con las responsabilidades sociales, familiares, económicas o laborales y la salud física o mental. El uso nocivo de alcohol es el factor de riesgo evitable de trastornos neuropsiquiátricos y enfermedades no transmisibles como las enfermedades cardiovasculares, cirrosis hepática, canceres y también para enfermedades infecciosas como el VIH-SIDA, tuberculosis y neumonías. (Droga Lícita). Teniendo en cuenta que en algunas culturas la ingestión diaria de pequeñas cantidades de alcohol se considera normal, este concepto se utilizará cuando la ingestión sea tal, que interfiera con el funcionamiento normal del individuo dentro de la familia y el cumplimiento de su actividad social. **Consumo de drogas ilícitas:** si se identifica, tickear () en la celda de la fecha correspondiente.

Son aquellas que su tenencia y su consumo están penalizados, como la marihuana, el clorhidrato de cocaína, la pasta base, el crack, la heroína, el éxtasis, los alucinógenos de origen sintético, entre otras. Incluye a los inhalantes que pese a ser una sustancia de venta libre su uso no es legal como lo son la clefa, el tinner, la gasolina y acetona. Esta ingestión de la sustancia por cualquier vía (inhalación, ingestión, intramuscular, endovenosa), es capaz de actuar sobre el sistema nervioso central, provocando una alteración física y/o psicológica, la experimentación de nuevas sensaciones o la modificación de un estado psíquico, es decir, capaz de cambiar el comportamiento de la persona. Puede presentarse en uno o más miembros de la familia.

VII. EVALUACIÓN DEL COMPORTAMIENTO FAMILIAR.-

En cada evaluación el Comportamiento de la Familia, debe clasificarse en alguna de las dos categorías que aparecen en la carpeta. Funcional: si se considera que la familia es funcional, tickear (√) en la celda de la fecha correspondiente que se realiza la evaluación, entendiendo por tal familia cumple con las funciones básicas de la familia y tiene una dinámica adecuada de las relaciones internas. Disfuncional: se considera que la familia incumple con una o más de las funciones básicas de la familia y ésta

afectada la dinámica de las relaciones internas, tickear (√) en celda de la fecha correspondiente. Las principales funciones de la familia pueden sintetizarse en: **Función biosocial:** influencia al interior de la familia para que sus miembros reconozcan su naturaleza, lo que los rodea y logre convivir con sus semejantes, buscando su equilibrio y buen uso de sus recursos naturales. **Función económica:** implica atención y cuidado de la familia adoptando decisiones y tareas que relacionen aspectos de protección, seguridad y educación. **Función cultural y afectiva:** comprende aquella parte que se refiere a los procesos de reproducción cultural y espiritual de la sociedad que transcurren dentro de la familia, particularmente los relacionados con los valores sociales que trasmite la familia y las actividades del tiempo libre que desarrollan en el hogar o aquellos que los integrantes disfrutan en grupo fuera del hogar. **Función educativa:** de acuerdo a las posibilidades del grupo familiar, es muy importante proporcionar a sus miembros algún tipo de educación académica o formal (primaria, secundaria, superior) y que los adultos apoyen y ayuden a los otros miembros de la familia en las tareas escolares para enriquecer las relaciones entre familia, la escuela y la sociedad.

La familia es una institución que se encuentra en constante cambio y evolución, por lo que las funciones arriba mencionadas tienden a adecuarse al marco histórico-social dentro del cual se desenvuelve. Es necesario señalar que para las áreas rurales, especialmente en las comunidades constituidas por los pueblos originarios, teniendo en cuenta sus tradiciones, la evaluación de la situación de la familia debe hacerse con el enfoque de que la familia "respete los usos y costumbre", que en estas culturas representan formas armoniosas del funcionamiento y las relaciones intrafamiliares.

VIII. RESULTADOS DE LA EVALUACION DE LA SALUD FAMILIAR.-

Se debe registrar la **fecha:** debe anotarse la fecha cada vez que se realice la evaluación de la salud familiar, catalogándose como **sin problemas de salud:** cuando la salud de sus integrantes y/o el puntaje alcanzado en los determinantes sociales de la salud (IV) sean favorables y de no serlo, no influyan en la dinámica de las relaciones internas y el cumplimiento de las funciones básicas de la misma, conservando la familia su equilibrio y capacidad plena para enfrentar y solucionar estas situaciones, **con problemas de salud a predominio de:** tickear "√" el criterio predominante, según corresponda el problema identificando a los determinantes, a enfermedades o discapacidades de los miembros de la familia, o al comportamiento de la familia. Pueden estar afectadas las tres áreas mencionadas y entonces deben marcarse las 3 celdas. Para esto el puntaje en la evaluación de los determinantes debe ser desfavorable y/o varios integrantes de la familia están incluidos en los grupos de riesgo III y IV, y/o que la familia no cumpla con una o más de las funciones básicas.

IX. FORMA DE AYUDA FAMILIAR NECESARIA.-

Se debe registrar en la **fecha:** día, mes y año de la ayuda familiar necesaria identificada en la celda correspondiente. La fecha de identificación del tipo de ayuda debe coincidir con la fecha en que se identificó el problema que la requiere, como la **ayuda educativa** es cuando la familia es candidata de producir conocimientos sobre determinadas temas de salud y realizar una reflexión para adopción de estilos de vida saludables y patrones de relación funcionales y adaptativos a los cambios incluyendo lo de la salud y enfermedad se aplica en familias con algún grado de disfuncionalidad, **La ayuda terapéutica:** cuando la familia haya sido identificada como disfuncional o que "no respeta los usos y costumbres" y sea candidata de recibir este tipo de ayuda del equipo de salud. **La ayuda comunitaria:** cuando el personal de salud considera que los problemas que enfrenta la familia no pueden ser solucionados por esta requieren el apoyo de factores externos intersectoriales.

X. ASPECTOS SOCIOCULTURALES.-

Cada número corresponde a un integrante de la familia, respetando el orden en el que aparecen en el acápite V de esta Carpeta Familiar de debe registrar una de las siguientes variables como **la residencia temporal:** al miembro de la familia que esté de manera temporal en esta residencia. Se entiende por temporal cuando reside por menos de un año. Es importante considerar las familias que tienen dos viviendas, una que es la permanente y la otra temporal, usada en función de trabajo.

Lee: "Si" o "No", para cada miembro de la familia, según la respuesta sea que sabe o no leer. En las filas correspondientes a los menores que aún no alcanzan la edad escolar deben colocarse las letras NC. **El Nivel de instrucción:** registrar en la casilla correspondiente. En todos los casos, excepto en primaria sin concluir, se marcará en el nivel de instrucción que el miembro de la familia haya concluido. **La ocupación:** se escribirá la ocupación del miembro de la familia, incluida la de ama de casa. Cuando se trate de un menor o una persona con una discapacidad que le imposibilite realizar cualquier tipo de trabajo se anotara las letras NC. **Contribuye al sustento familiar:** en este acápite se considerará diferentes formas de contribución a la economía familiar, no solo el aporte directo en dinero o como resultado de la producción. Por ejemplo, si un adulto mayor cuida a los niños, prepara y les ofrece alimentación para que los demás puedan ir a laborar en el campo, se marcará "Si" en la casilla correspondiente a ese miembro de la familia.

De la misma manera si prepara los alimentos de los que están laborando fuera de la casa, también se anotará en la casilla "Si". Se anotará "No corresponde" en el caso de los niños, por ejemplo un lactante de 6 meses, de persona con discapacidad intelectual o motora severa y en los adultos mayores que no reciban pensión o renta dignidad y por pérdida de facultades intelectuales o motoras no realicen actividad alguna que contribuya al sustento familiar.

XII. MEDICINA TRADICONAL Y GESTION COMUNITARIA.-

Definiciones: Los siguientes términos se han extraído de las Pautas Generales para las Metodologías de Investigación y Evaluación de la Medicina Tradicional *(General Guidelines for Methodologies on Research and Evaluation of Traditional Medicine)* OMS. **La medicina tradicional** es todo el conjunto de conocimientos, aptitudes y prácticas basadas en teorías, creencias y experiencias indígenas de las diferentes culturas, sean o no explicables, usados para el mantenimiento de la salud, así como para la prevención, el diagnóstico, la mejora o el tratamiento de enfermedades físicas mentales. Las terapias de la Medicina Tradicional – MT incluyen terapias con medicación, si implican el uso de medicinas en base a hierbas, partes de animales y/o minerales, y terapias sin medicación, como en el caso de la acupuntura, las terapias manuales y las terapias espirituales. (Estrategia de la OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005) Registrar si **recurre a la medicina Tradicional:** respetando el orden en el que aparecen en el acápite V de esa carpeta familiar. Se refiere a la asistencia a servicios o prestadores de medicina tradicional y no a la ingestión de un remedio casero conocido a través de la familia. Se marcara en la casilla **"Siempre"** cuando en todos los casos esa sea su primera opción cuando esté enfermo. En el caso de los niños responderá la madre o el padre y para los adultos mayores que ya no tengan autonomía, el miembro de la familia encargado de la decisión en caso de "A veces", cuando la decisión varíe según el problema de salud, la accesibilidad u otros criterios y **"Nunca"**, cuando la persona no asista por motivo de salud alguno a servicios o prestadores de Medicina Tradicional. **En el nombre de la organización comunitaria a la cual pertenece:** anotar el nombre de la organización comunitaria a la cual pertenece el integrante de la familia entrevistado, caso de pertenecer a alguna. Si conoce que no existen organizaciones comunitarias en el área. El cargo que ocupa en esa organización: anotar el cargo que ocupa en la organización comunitaria el integrante

de la familia entrevistado.

XIII. NACIMIENTOS.-

Este dato nos permite saber cuántos niños (as) han nacido al interior de la familia en la gestión, se llena a partir de que se implemente la carpeta y no recoge nacimientos de años anteriores (solo la que corresponda, a la gestión en la que se realiza la entrevista), registrar **fecha de nacimiento:** de cada integrante de familia en el orden día, mes, año. Tickear el sexo: M para el sexo masculino y en la columna F para el femenino. El **parto:** solo incluye los partos ocurridos durante la gestión en que se implemente la carpeta, el **lugar del nacimiento** se debe anotar **dentro y fuera** del establecimiento de salud, el personal responsable si es **de la institución:** médico o personal de enfermería que presta los servicios en la institución en la cual se atiende el parto, o médico o personal de enfermería que concurre al domicilio para realizar el parto. **Partera:** cuando la partera realiza el parto ya sea en un establecimiento de salud o en domicilio. **Familiar u otro:** cuando el parto lo realiza un familiar de la gestante u otra persona que no sea médico o personal de enfermería.

Nota: Si en la atención del parto se combinan los actores de arriba mencionados, se tickea en cada uno si así corresponde.

Certificado de nacimiento: tickear "√" **Si:** en la columna, si a la familia puede mostrar el certificado de nacimiento del recién nacido, en la fila que tiene el número que corresponde, siempre y cuando este sea emitido por la oficialía del registro civil y No: en esa columna si la familia no tiene el certificado de nacimiento del recién nacido, en la fila que tiene el número que le corresponde.

XIV. DEFUNCIONES.-

Permite conocer el número de fallecimientos ocurridas al interior de cada familia y en la comunidad en la gestión, cada número corresponde a un integrante de la familia, respetando el orden en el que aparecen en el acápite V de esta Carpeta Familiar, los datos deben anotarse con el número que correspondió cuando fue registrado, no incluye las defunciones ocurridas en gestiones anteriores a la implementación de la carpeta, anotar la **fecha de defunción:** se anota la fecha de defunción según día, mes, año, **lugar de defunción,** si es **institucional:** tickear en esta columna cuando la defunción haya ocurrido en un establecimiento de salud público o privado (hospital, clínica, centro médico o puesto de salud.) y **no institucional:** en esta columna cuando la defunción haya ocurrido fuera de un establecimiento de salud (casa, calle, parque, trabajo, etc.) cuando es muerte neonatal: en esta columna si la defunción ocurrió antes de los 28 días de nacido.

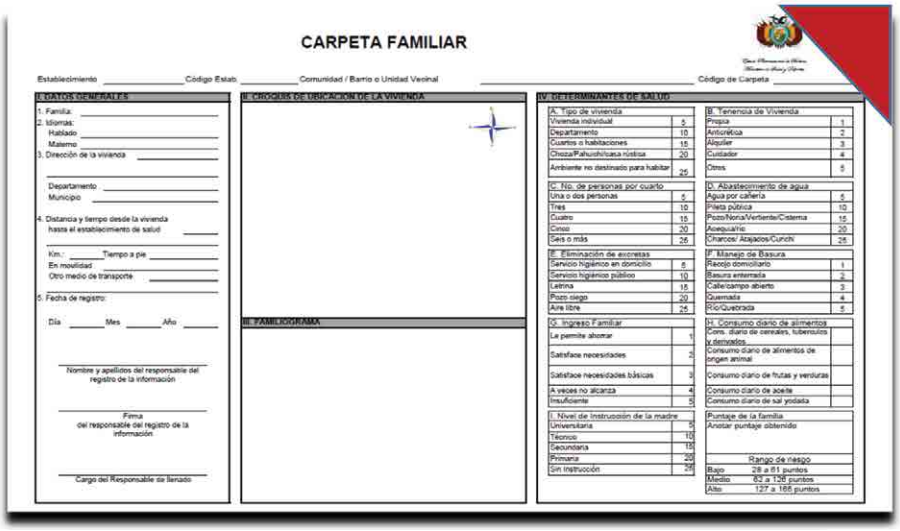
Si cuenta con **certificado médico de defunción:** anotar en esta columna si la defunción fue registrada mediante certifica de defunción emitido por el Ministerio de Salud y Deportes en actual vigencia. **Si ha sido otorgado** por alguien se deber registrar en el **medico, autoridad u otro,** además de la **causa básica** de la muerte y si cuenta con certificado de defunción, la **causa probable** debe anotarse de acuerdo a lo que expresa la familia.

XV. CAUSAS ESPECIALES.-

Registrar la **fecha:** anotar la fecha (día, mes, año) cada vez que haga observaciones, en este acápite deben aparecer observaciones que se consideren necesarias para mejorar el estado de la salud de la familia, tales como ayudas ofrecidas y apreciación sobre la respuesta de la familia.

IDENTIFICACION DE COLORES EN LA CARPETA FAMILIAR SEGÚN RIESGO.-

Cada uno de los instrumentos de la carpeta debe ser identificado por los distintos colores que



corresponde según los riesgos.

Figura Nº3 Forma de Identificar los Riesgos en la Carpeta Familiar

EVALUACIÓN DE DETERMINANTES	Sin grupo de riesgos	1 o más riesgos leves o medianos	1 o más riesgos graves o muy graves
RIESGO BIOLOGIGO	Grupo I	Grupo II,III y IV	Grupo III y IV
FUNCIONALIDAD FAMILIAR	Funcional	Funcional o disfuncional	Disfuncional
EVALUACIÓN FAMILIAR	Familia con riesgo bajo	Familia con riesgo mediano	Familia con riesgo alto
IDENTIFICACION DE COLORES			

IDENTIFICACION DE COLORES SEGÚN RIESGO DE ACUERDO A LA CARPETA FAMILIAR.-

La clasificación de las carpetas familiares una vez elaboradas deber realizarse de acuerdo a los siguientes colores:

REFERENCIAS BIBLIOGRAFÍAS.-

1. *GUIA PARA LA APLICACIÓN DE LA CARPETA FAMILIAR. Ministerio de Salud y Deportes 2003.*
2. *INSTRUCTIVO DE LA CARPETA FAMILIAR, Ministerio de Salud y Deportes. Publicación 292. 2012.*

FAMILIOGRAMA

Dr. Juan Alfredo Tarquino Nina
Coordinador Técnico Red Nº 1 Suroeste

Objetivo de aprendizaje.-

El estudiante podrá realizar el registro de la información familiar a través del trazado adecuado de un familiograma en la carpeta familiar que permitirá un diagnostico rápido sobre la salud familiar en base a su contexto y evolución en el tiempo.

I. INTRODUCCION.-

Desde diversas áreas y ámbitos se ha definido la familia sin embargo no existe una definición única de familia y debemos reconocerla como un constructo social que involucra distintos factores. Podemos decir que la estructura familiar tradicional ha cambiado en el transcurso del tiempo, dando paso a nuevas estructuras con patrones propios de comportamiento, y que la familia ensamblada pareciera hacerse cada vez más frecuente.

En tal sentido la familia es considerada como el eje idóneo para desarrollarnos y crecer sanos como personas, además de ser la unidad fundamental donde se desarrolla tanto la salud como la enfermedad.

Uno de los fines principales de cada país es incrementar el nivel de salud de la población, haciendo referencia a la "familia como uno de los grupos fundamentales en el terreno de la salud". La familia en el proceso Salud -Enfermedad puede contribuir al mantenimiento de la salud en tanto es un espacio de aprendizaje; es en este grupo donde se forman hábitos, costumbres, creencias, valores y estilos de vida saludables que conducen a comportamientos protectores de salud.

En ese sentido el grupo familiar puede favorecer la curación y rehabilitación de sus integrantes en la medida que sea capaz de identificar tempranamente los problemas de salud, facilita el cumplimiento del tratamiento terapéutico y brinda apoyo y seguridad en la evolución del enfermo, entre otros aspectos. En los casos de los miembros que necesiten rehabilitación puede contribuir a que el enfermo asuma su nuevo rol familiar y social, así como cubrir la dependencia que genera esta incapacidad.

La Salud Familiar puede considerarse determinada por la capacidad de la familia de cumplir funciones, adaptarse a los cambios y superar las crisis familiares ante las variaciones que pueden sucederse en el medio interno o externo.

La familia es tanto más saludable en la medida que facilite el crecimiento y el desarrollo de cada uno de sus integrantes, y contribuya a la satisfacción de las necesidades materiales y afectivas según las exigencias de cada etapa de la vida.

Es importante planificar Estrategias de Intervención dirigidas a promover una adecuada Salud Familiar.

La necesidad de intervenir con la familia tiene dos modalidades:

Intervención terapéutica: que se dirige hacia el logro de modificaciones en la dinámica relacional sistémica, en el proceso interactivo de relación entre los miembros de una familia disfuncional.

(Familia funcional: Es aquella que permite el desarrollo pleno de los individuos que la componen, asumiendo los roles que a cada uno le corresponde, flexibilizando las normas a medida que evoluciona en sus sucesivas etapas, haciendo frente a las crisis, en base a las fortalezas y recursos que la familia tiene en su seno y fuera de ella cuando sea necesario, comunicándose franca y claramente aunque esto lleve a provocar situaciones críticas y negociando estrategias para mantener la integridad familiar mas allá de las adversidades).

Intervención Educativa: que va dirigida a proveer información y orientación, propicia la reflexión y el análisis de diversos aspectos del curso de la vida familiar con el fin de que la familia esté psicológicamente mejor preparada para el funcionamiento a los acontecimientos y cambios del medio externo e interno. Se pretende desarrollar la capacidad en las familias para fomentar o mantener la funcionabilidad familiar ante las crisis. Este tipo de Intervención puede realizarse en diferentes espacios comunitarios tales como, centros de trabajo, escuelas, organizaciones femeninas, el barrio, etcétera.

Sin embargo el primer paso para realizar cualquier intervención es el conocimiento de los miembros de la familia, su dinámica familiar en cuanto a lo social, económico, componente de salud – enfermedad y las relaciones entre este conjunto.

II. DEFINICION.-

El familiograma es la representación gráfica de la estructura familiar, considerando que la estructura familiar no es un fenómeno estático, sino un proceso dinámico que cambia continuamente con relación a las etapas del ciclo de vida familiar y los acontecimientos vitales que ocurren en el seno familiar. Es conocido como Genograma, Familigrama o árbol familiar.

III. UTILIDADES.-

El familiograma es de gran importancia porque permite estudiar los antecedentes familiares, clínicos, patológicos, biológicos y sociales que pudieran originar problemas en algún miembro de la familia, así como permite obtener información de sus miembros a lo largo de tres o más generaciones.

El familiograma ayuda a organizar la información de la familia, las características de sus miembros, entender los patrones multigeneracionales del sistema familiar, conocer las relaciones existentes entre cada uno de los miembros y recoger datos que orientan a los miembros del equipo de salud, sobre la conducta a seguir con relación a cada uno de los miembros que componen el sistema, influir en la modificación de la dinámica y en la solución de la problemática.

Permite estimar la composición de la familia y determinar si es una familia nuclear, extensa o extensa compuesta; el número y la edad de cada uno de los miembros, tanto de los integrantes como de los que han fallecido; sus interrelaciones (separaciones, lazos afectivos, de conflictividad, rechazos, etc.), así como las situaciones de enfermedad.

Para la elaboración del familiograma se requiere de varias entrevistas, obteniéndose la información inicial del primer miembro de la familia que es atendido, bien sea en la consulta del centro asistencial o en el hogar durante la visita domiciliaria.

En síntesis la elaboración del familiograma nos permite obtener e identificar:

- Número de integrantes
- Convivientes en el hogar
- Edades de los distintos miembros
- Fallecimientos
- Etapas del ciclo vital que atraviesan
- Estructura familiar
- Repetición de patrones familiares
- Acontecimientos estresantes (abortos, divorcios, etc.)

IV. COMPONENTES BÁSICOS DEL FAMILIOGRAMA.-

El familiograma como representación gráfica, requiere de una simbología que esquematice en forma general la estructura y dinámica de sus integrantes, de manera que permita conocer la situación de cada uno de ellos. En este sentido, las figuras y líneas representan personas y sus relaciones.

Crear un familiograma supone tres niveles imprescindibles:

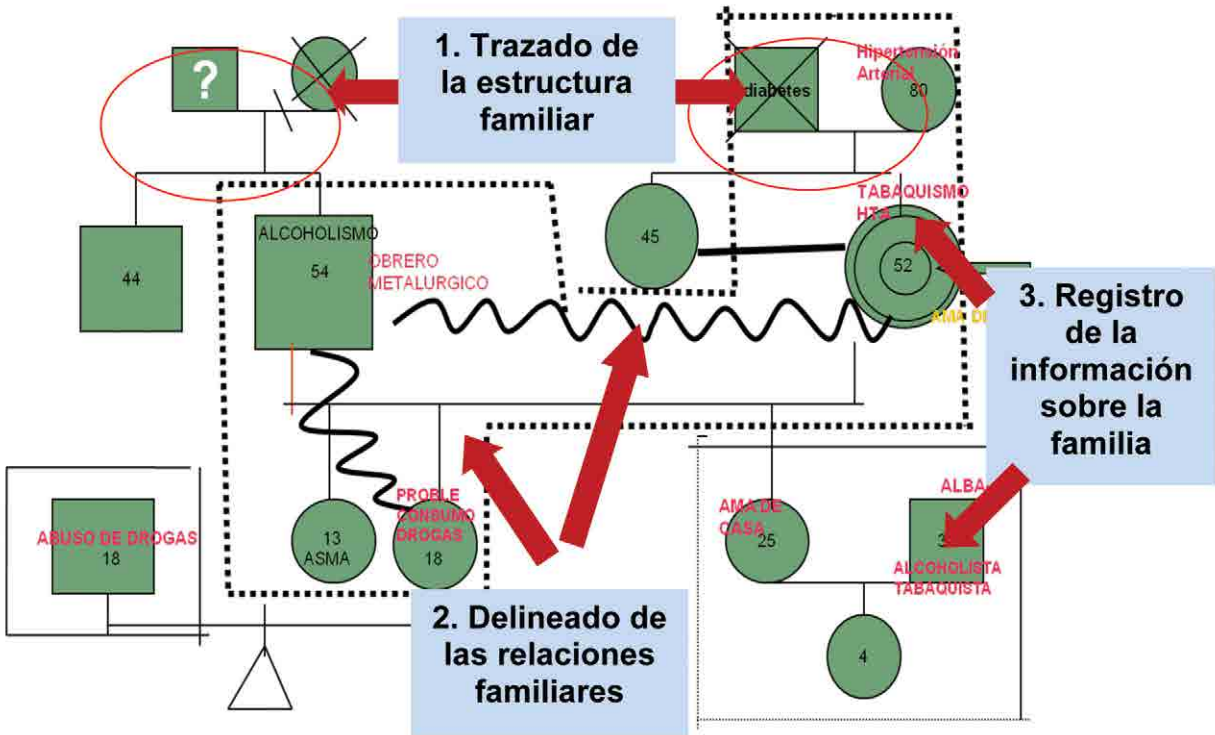
1. Trazado de la estructura familiar.

2. Delineado de las relaciones familiares.

3. Registro de la información sobre la familia.

(Ver Figura Nº 1)

Figura Nº 1



Componentes del Familiograma

1. Trazado de la estructura familiar.-

La estructura vertebral de un familiograma es el trazado de la estructura familiar, cuya construcción de figuras representan los miembros de la familia, los cuales están biológicamente y legamente ligados entre sí de una generación a otra.

GENERO: Cada miembro de la familia se representa como un cuadrado o círculo dependiendo

FIGURA Nº 1
Representación de género



de su género, masculino a la izquierda y femenino a la derecha.

HECHOS VITALES.- Las fechas de nacimiento y muerte se indican a la izquierda y a la derecha de la figura.

Para una persona muerta se pone una X dentro del círculo o cuadrado, usualmente indicando

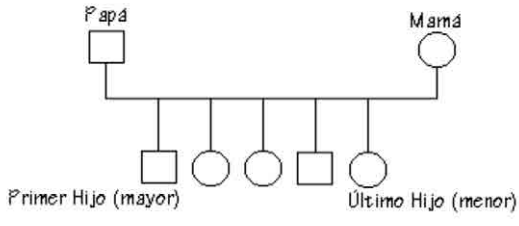
FIGURA Nº 2
Representación de una persona fallecida



la edad al fallecer.

Si una pareja tiene hijos, ellos cuelgan de la línea que conecta a la pareja. Los hijos se grafican

FIGURA Nº 3
Representación de la Familia

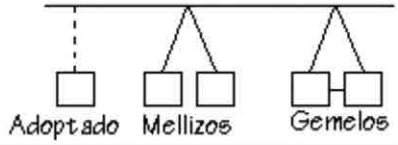


de izquierda a derecha desde el mayor al menor.

Si la familia tiene hijos adoptados se conectan con una línea de segmentos a la línea de la pareja. Los hijos mellizos se representan por la conexión de dos líneas convergentes a la línea de los padres (si son monocigóticos éstos a su vez están conectados por una barra).

Los símbolos para embarazo, abortos y muertes al nacer.

FIGURA Nº 4

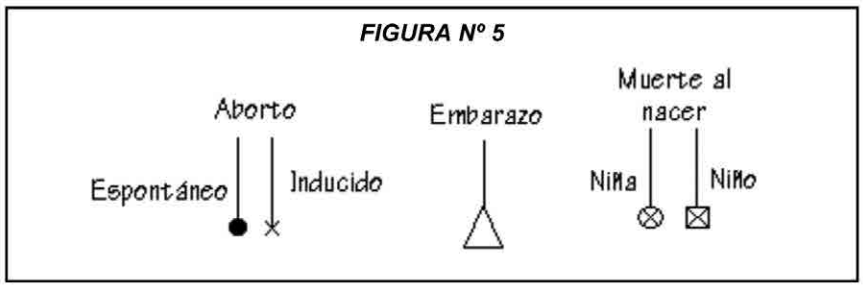


2. Delineado de las relaciones familiares.-

Las relaciones biológicas y legales entre los miembros se representan por líneas que conectan a dichos miembros.

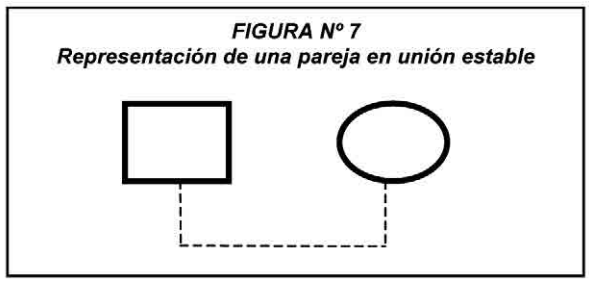
El matrimonio se representa por una línea que baja y cruza, con el esposo a la izquierda y la esposa a la derecha.

FIGURA Nº 5



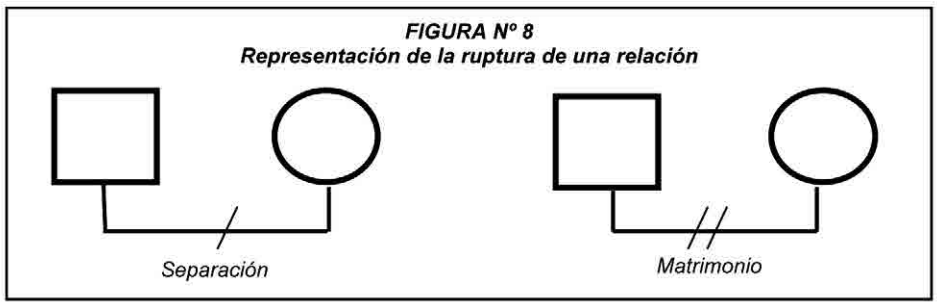
Las personas no casadas se representan igual que las casadas, pero con una línea de segmentos.

FIGURA Nº 7
Representación de una pareja en unión estable



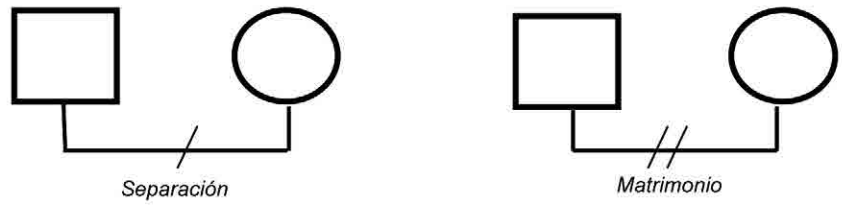
La línea que los une también es el lugar donde las separaciones o divorcios se indican, las líneas oblicuas significan una interrupción en el matrimonio: 1 diagonal para separación y 2 para un divorcio.

FIGURA Nº 8
Representación de la ruptura de una relación



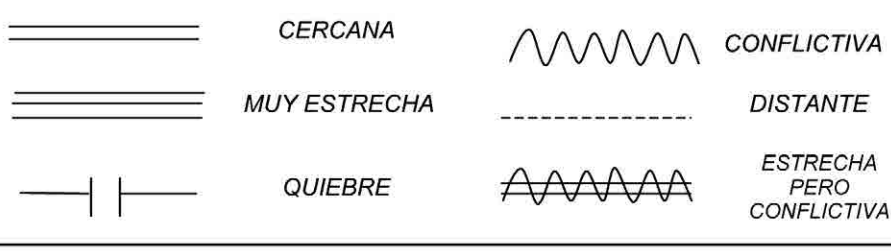
Para indicar a los integrantes de la familia que comparten el hogar (miembros convivientes), se utiliza una línea punteada englobando a los integrantes que comparten dicho espacio. Puede indicarse alrededor de la línea el período en el cual la familia está junta.

FIGURA Nº 8
Representación de la ruptura de una relación



Las relaciones interpersonales son demostradas por la conjunción de líneas y trazos:

FIGURA Nº 10
Relaciones interpersonales

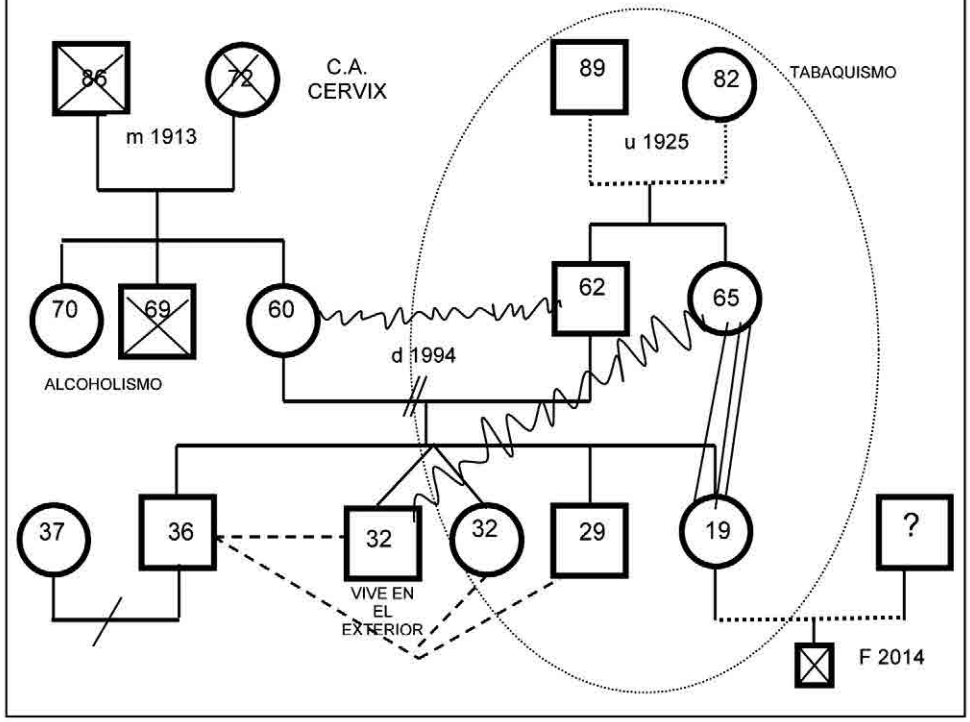


3. Registro de la información sobre la familia.-

La información que se agregara en el familiograma corresponde a:

- Información demográfica: como ser edades, fechas de nacimiento y muerte, ocupación, nivel de educación, etc.
- Información sobre el funcionamiento: que incluye el comportamiento de los distintos miembros de la familia, funcionamiento medico y emocional.
- Sucesos familiares críticos: transiciones importantes, cambios de relaciones, migraciones, fracasos y éxitos.

FIGURA Nº 11
DINAMICA FAMILIAR: TRES GENERACIONES, CON TRAZADO, RELACIONAMIENTO Y REGISTRO DE INFORMACION IMPORTANTE



V. CONCLUSION.- Al final de presente documento se debe tomar en cuenta que todo el personal de salud debe priorizar la atención de la familia con una visión integral, ya que este núcleo social ante un evento de enfermedad es susceptible a:

- Romper el clico evolutivo normal y disgregarse.
- Generan un nuevo problema familiar y por ende sobrecarga.
- Acercamiento o Alejamiento de los miembros de la familia y esta se reorganiza en base a su fortaleza de forma positiva o negativa.
- Exige cambios de roles y redistribución de las tareas, que puede vulnerar a los más pequeños.
- Aumenta la tensión, estrés y desadaptación del sistema familiar.

La intervención debe ser adecuada, oportuna y eficiente al conjunto familiar porque determinara la resolución negativa o positiva de un evento de salud – enfermedad.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.-

1. *Authur P.S. Psicopatología clínica; Núcleo Familiar. 2015; 8va. Ed. Pág. 324-362.*
2. *Giberti, E. (2005) "La Familia a pesar de todo". Ed. Novedades Educativas.*
3. *Veccia, T. (2005) "Enfoque conceptual psicodinámico del Diagnostico Psicológico: la necesidad de un marco integrador."*

TECNICAS PARA EL DESARROLLO DE FERIAS DE SALUD

Dra. Rosmeri Maquera Nina
Jefe de Unidad de Redes y Servicios de Salud

Objetivo de aprendizaje.-

El objetivo de la lección, es la estandarización de la metodología en el desarrollo de la Feria de Salud a nivel local, cumpliendo los objetivos planteados, y además de desarrollar paso a paso las tareas que conciernen a la ejecución de esta actividad.

I. INTRODUCCIÓN.-

Una feria de salud es un evento a nivel de la población, de la comunidad y desarrollado al aire libre, cuyo propósito es de llegar a miles de personas con mensajes importantes sobre la salud, de acuerdo a la temática que se desea exponer o en su caso alguna otra patología que sea emergente en el área local. La feria captura los elementos festivos de una feria comunitaria, pero a su vez conserva la importancia de tomar la decisión de llevar un estilo de vida saludable a través de la prevención.

El ambiente de Feria incluye música, baile, información, juegos, premios, oradores de temas de relacionados con la patología que se quiere exponer.

II. FASES PARA EL DESARROLLO DE LA FERIA.-

Para el desarrollo de una feria se cuentan con 9 fases:

1. Establecer los temas, objetivos y metas, en los que se desarrollara toda la planificación.
2. Determinar la fecha y el lugar de la feria.
3. Listado de las entidades e instituciones participantes.
4. Metodología de trabajo
5. Establecer las comisiones y grupos de trabajo.
6. Establecer la distribución y esquematización de la carpas.
7. Establecer el cronograma.
8. Establecer un presupuesto
9. Anexos (Modelo de planilla de asistencia, programa de la feria, materiales utilizados)

1. OBJETIVOS DE LA FERIA DE SALUD.-

El objetivo de una feria debe estar ligado a la temática de la exposición; siendo el objetivo el fin último al que se dirige todas las acciones en cuanto a la información u atención en salud que se desee realizar. Además no olvidar que se debe plantear los objetivos específicos, los cuales sigan una secuencia lógica que indique los pasos que se han de cumplir para lograr el objetivo general.

1.1 Objetivo General.-

Ejemplo: Contribuir a mejorar la situación de salud de la población del departamento/Municipio/ Ciudad/Comunidad, de La Paz, mediante la promoción y prevención a través de la información, educación y comunicación sobre cualquier tipo de patología.

1.2 Objetivos específicos.-

Ejemplo:

- *Ofrecer información y educación a la población en general con especial énfasis (incluir al grupo etáreo que se desee informar)…. sobre quien lo produce, como se transmite, a quienes afecta, las formas y estadios…. (De la patología), factores de riesgo y sus causas.*
- *Proporcionar información sobre las medidas de prevención y diagnóstico.*

1.3 Meta.- toda feria debe tener una meta, el cual debe ser de acuerdo a la población del departamento, ciudad, municipio, provincia.

Ejemplo: *Lograr informar a 6000 personas que visitaran la feria de salud (Siendo apenas un 5% de la población)*

1.4 Contenido temático.- Son los temas a desarrollar en la feria, de forma resumida de acuerdo a los objetivos.

Ejemplo: *Si el tema es "Cáncer de cuello uterino" la temática será lo siguiente*;

- Cáncer de cuello uterino, los estadios del cáncer, factores de riesgo y las causas.
- Medidas de prevención y diagnóstico.
- Consecuencias y complicaciones
- Impacto social y familia.

2. LUGAR Y FECHA.- Determinar la fecha y el lugar específico para el desarrollo de la feria, el cual puede ser: Plaza, cancha, escuela, coliseo, etc.

3. INSTITUCIONES PARTICIPANTES.-

Listado de las entidades e instituciones participantes en la feria de salud, con los cuales se desarrollara reuniones de coordinación, donde se establecerá las funciones y responsabilidades (delegar responsabilidades, relacionadas con la obtención de permisos, seguridad, transporte, publicidad y materiales impresos).

Ejemplo:

Nº	INSTITUCIONES	UNIDAD O ÁREA	FUNCIONES	RESPONSABLE Y PARTICIPANTES
1	SEDES	REDES	Responsable de la coordinación con el I Nivel y de 27 carpas. Participación con una de las CARPAS GUIA, donde se especificara a la población de la importancia del I, II, III NIVEL de atención en cuanto al CACU.	Rosmeri Maquera y la toda la unidad de Redes
2		PROMOCIÓN	Publicidad y materiales impresos, para difusión de la Feria de Salud.	
3		EPIDEMIOLOGIA	Participación con una carpa, (cine video) Préstamo de Carpas: 2 grandes de diámetro 5x3 y 6 pequeñas de 3x2. Además del armado y recojo de las carpas.	
4		SDIS	Elaboración del instrumento de registro de participantes que acudan a la feria, distribución y recojo de los mismos por stands, además de la consolidación, sistematización y presentación de datos	
5	MUNICIPIO LA PAZ	COMUNICACIÓN	Autorización para la utilización de la Plaza Mayor de San Francisco. Préstamo de 100 sillas y 50 mesas. Promoción de la feria por los medios de comunicación (Cuñas radiales, spots publicitarios, impresión de trípticos) Difusión de las cuñas radiales y por los medios televisivos. Palco y equipo de sonido.	

4. METODOLOGIA DE TRABAJO

El cual está dividido en 3 pasos:

PASO 1: Reuniones de coordinación

Convocatoria (caratas de invitación) y reuniones de coordinación, entre las instituciones participantes: ONG, Establecimientos de salud, Unidades Educativa, Gobierno Autónomo Municipal, etc. (municipio donde se desarrollara la feria de salud).

PASO 2: Presentación de la propuesta

Presentación de la propuesta de trabajo, con respecto al desarrollo de feria de salud a las instituciones invitadas.

PASO 3: Conformación de grupos y subgrupos

Conformación de grupos y subgrupos por áreas temáticas con los responsables correspondientes y la designación de los facilitadores.

a) **Grupos y subgrupos:** los grupos están conformados por 2 o 3 subgrupos de acuerdo a la temática, la primera carpa será el primer subgrupo y sucesivamente.

1er GRUPO (responsable:.....): *DE INFORMACIÓN*
ejemplo:*(LOS ESTADIOS DEL CÁNCER, FACTORES DE RIESGO Y LAS CAUSAS)*

- *Subgrupo 1 (carpa Nº 1) con su título de la carpa*
- *Subgrupo 2 (carpa Nº 2) con su título de la carpa*
- *Subgrupo 3 (carpa Nº 3) con su título de la carpa,* **el cual será la carpa de evaluación** de lo aprendido en la carpa 1 y 2; el personal realizara juegos para los visitantes, mediante el cual se evaluara a la población participante y de esta manera se reforzara lo aprendido, en esta carpa se entregara pequeños regalos y fichas para el sorteo de canastones, el cual se realizara a la conclusión de la feria de salud (en el palco).

2do GRUPO (responsable:.....): *DE INFORMACIÓN*
(SOBRE LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y DIAGNOSTICO)

3er GRUPO (responsable:.....): *DE INFORMACIÓN*
(SOBRE CONSECUENCIAS Y COMPLICACIONES)

4to GRUPO (responsable:.....): *DE INFORMACIÓN*
(SOBRE IMPACTO SOCIAL Y LA FAMILIA)

El título de la carpa:

Debe ser ***llamativo,*** y relacionado con lo que se quiere informar o transmitir a la población, ejemplo: si se quiere convocar a la población que pase a una carpa, donde se informara sobre: "las Infecciones de transmisión sexual", el cual se muestra muchas fotografías, la carpa puede tener el siguiente título: **"AL ROJO VIVO.** (El tamaño del título: la altura debe ser de 30 cm. y el largo depende del tamaño de la carpa, Dentro del título, además se debe Incluir la imagen Institucional del SEDES L.P. y del Municipio, en este caso de uno de los 87 municipios del departamento de La Paz.) ***EJEMPLO:***



b) Contenido de las Carpas: (EJEMPLO)



c) **Conformación de cada subgrupo:** cada carpa debe estar compuesto por 3 personas mínimamente y se debe asignar tareas específicas dentro de la carpa:

- **1ra persona.-** será quien convoque e invite a los visitantes a ingresar a la carpa.
- **2da persona.-** será quien exponga paso a paso los banner, rota folios u otros a los visitantes de la carpa.
- **3ra persona.-** será quien registre, a los visitantes de la carpa y entregue las planillas de registro de los visitantes al equipo organizador.

Ejemplo: *de los grupos y subgrupos.*

CONTENIDO TEMATICO DE LOS GRUPOS Y SUBGRUPOS DE TRABAJO

RESPONSABLE	GRUPO Y EL OBJETIVO	SUBGRUPO/ CARPA O STAND	CONTENIDO TEMATICO DE LOS SUBGRUPOS	TITULO DE LA CARPA
	GRUPO Nº 1 Ofrecer información y educación sobre quien lo produce, como se transmite, a quienes afecta, las formas y estadios del cáncer, factores de riesgo y sus causas.	Carpa Nº 1	CACU: ¿Qué es? ¿Quién o qué lo produce? ¿Cómo se transmite? ¿A quiénes Afecta?	***"Infórmate el CACU te sigue los pasos"***
		Carpa Nº 2	¿Cuáles son las formas, estadios, factores de riesgo y las causas? del Cáncer?	***"Mira quien provoca el CANCER***
		Carpa Nº 5 de **JUEGOS**	**Con los juegos**, se debe evaluar lo aprendido en la carpa 1, 2,3 y 4 ¿Que aprendiste? ¿Cómo lo aplicarías?	***"Juega aprendiendo"***

5. ESTABLECER LAS COMISIONES Y GRUPOS DE TRABAJO

Los mismos deben estar especificados con nombre y apellidos de las instituciones y la persona responsable de dicha comisión. Cabe recalcar que las comisiones deben estar 2 horas antes del inicio de la feria, en el armado de las carpas y el palco, los responsables serán quienes supervisen y tengan el compromiso de desarrollar la tarea encomendada.

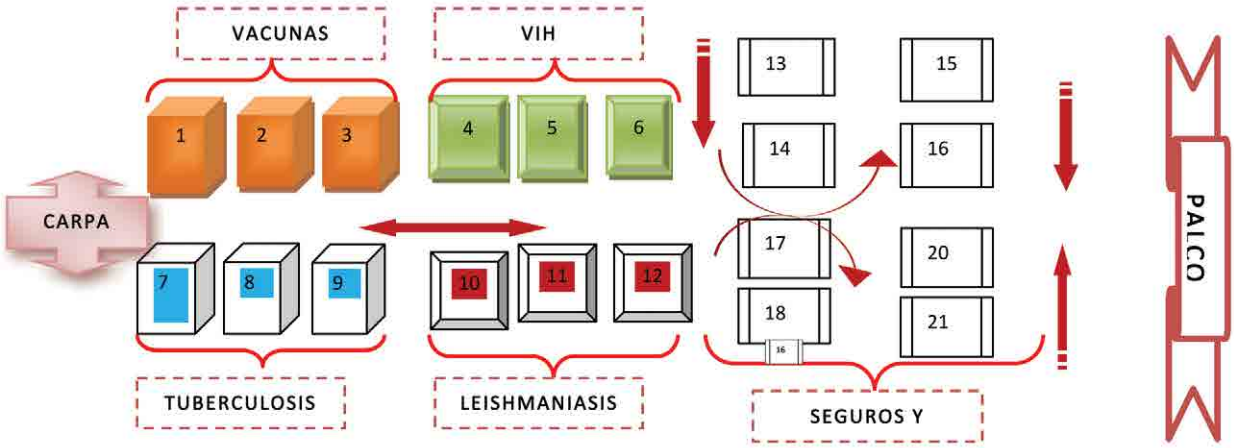
Ejemplo: *Se muestra las 10 comisiones que mínimamente deberá tener, para el desarrollo de la feria de salud.*

CONFORMACIÓN DE COMISIONES DE TRABAJO Y RESPONSABLES

Nº	GRUPO DE TRABAJO Y COMISIONES	INSTITUCIÓN	RESPONSABLE
1	Comisión de supervisión y apoyo técnico de los grupos.		
2	Comisión de apoyo logístico		
3	Comisión de recojo de las planillas de registro		
4	Comisión de amplificación	Gobierno Municipal	
5	Comisión de armado de palco y carpas	Gobierno Municipal	
6	Comisión de entrega de sillas y mesas.		
7	Comisión de comunicación y protocolo (locución y orador)		
8	Comisión de regalos: canastones y regalos pequeños a las carpas de juego		
9	Comisión de entrega de refrigerios		
10	Comisión de entrega de POLERAS Y GORRAS (si hubiera)	COOPERACIÓN	

**Se puede ampliar el número de comisiones si se requiere.*

6. ESQUEMA DE DISTRIBUCION DE CARPAS.- *se deberá diseñar de acuerdo a lugar dónde se desarrollara la feria, pudiendo ser en la plaza, cancha, etc.* ***Ejemplo:***



CARPA GUIA

RESPONSABLE	GRUPO Y EL OBJETIVO	SUBGRUPO /Stand	CONTENIDO TEMATICO DE LOS SUBGRUPOS	TITULO DEL STAND
	Guiar y especificar a la población, la importancia del I, II, III NIVEL de atención en salud, además debe orientar a la población sobre los temas en exposición.	Carpa GUIA Nº 1 (Si es necesario puede existir mas carpas guías)	¿Qué es un I, II, y III nivel de atención? ¿A dónde se debe acudir en primera instancia cuando se tiene alguna dolencia?	**" PASA ,TE GUIARE"**

7. CRONOGRAMA.-

ACTIVIDADES	OCTUBRE																
	1	2	3	4	5	6	7-11	12-16	17-21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
Elaboración de la propuesta	X	X																
Presentación de la			X															
propuesta																		
Reuniones de coordinación con las instituciones				X	X	X												
Reunión de seguimiento a la preparación de los temas							X											
Reunión del avance de la feria								X	X	X								
Seguimiento a comisiones											X	X	X	X	X			
Supervisión final																X		
Armado de Carpas y tarimas																X		
Inauguración de la feria																	X	
Evaluación de la feria.																		X

**** Ojo: Una feria de salud, se debe programarse un mes antes.***

8. PRESUPUESTO

En cuanto al presupuesto, si se tiene alguna cooperación u otro apoyo, se debe realizar el presupuesto del gasto que se realizara en toda la feria de salud.

LISTA DE ASISTENTES A LA FERIA DE SALUD MULTIPROGRAMATICA (Modelo)

Nº de la carpa y nombre:……
Responsable de la carpa:……..

Nº	Nombre y Apellido	Masculino	Femenino	Edad	Procedencia	Firma
1						
2						

* ***En la evaluación y presentación del informe, se debe sistematizar el número de asistentes para verificar si se alcanzó la meta.***

9. ANEXOS: (Modelo de planilla de asistencia, programa de la feria, etc.)

PROGRAMA DE LA FERIA (Modelo)

1. Himno Nacional
2. Palabras de bienvenida (Director del Hospital/Jefe Municipal/Coordinador)
3. Palabras de circunstancia
4. Inauguración de la Feria de Salud
5. Grupos Musicales u otros
6. Visita a las carpas o stands.

COMITÉ DE ANALISIS DE INFORMACIÓN (C.A.I.)

Dra. Rosmeri Maquera Nina
Jefe de Unidad de Redes y Servicios de Salud

Objetivo de aprendizaje.-

El objetivo de la lección es socializar el proceso dinámico del Comité de Análisis de Información, a partir del cual podrá realizar una participación adecuada a su nivel de formación.

I. INTRODUCCIÓN.-

Actualmente, los niveles de gestión vienen realizando de forma periódica los comités de análisis de la información, el mismo se ha convertido en la gran mayoría solo presentación de la información, sobre todo en los establecimientos de salud, dejando de lado el análisis técnico y debate correspondiente, es en este sentido, que uno de los retos para el personal de salud, es la utilización de la herramienta metodológica del CAI, el cual nos permite el análisis de la situación actual de salud, para de esta manera identificar los problemas y plantear las soluciones de forma participativa.

II. COMITÉ DE ANALISIS DE INFORMACIÓN (C.A.I.).-

El comité de Análisis de Información, es un espacio de discusión, análisis e intercambio de opiniones sobre problemas relacionados con la situación de salud de una comunidad o población determinada. Forma parte de un proceso dirigido a realizar una reunión de trabajo con el fin de analizar indicadores epidemiológicos y de gestión, debatir sobre las condiciones y determinantes de problemas de salud y tomar decisiones para el siguiente periodo de trabajo a nivel de los servicios de salud y la comunidad.

Las reuniones del CAI deben realizarse en cada uno de los niveles de gestión, desde el establecimiento hasta el nivel nacional, además no menos importante se incluye el CAI comunitario.

III. OBJETIVO DEL CAI.-

Contar con herramientas de discusión y análisis de la situación de salud, para la toma de decisiones adecuadas y oportunas que permitan mejorar las condiciones y la situación de salud de la población.

A. OBJETIVOS ESPECIFICOS DEL CAI.-

a. Presentar y analizar indicadores epidemiológicos y de gestión relacionados con la situación de salud.
b. Establecer prioridades e identificar problemas de salud.
c. Proponer acciones o definir estrategias, plan de acción a corto plazo y/o mediano plazo, con la participación de todos los actores.
d. Establecer niveles de responsabilidad para su posterior seguimiento.

IV. FASES DE LA METODOLOGIA DEL CAI.-

1ra Fase: Preparación

2da Fase: Desarrollo

3ra Fase: Seguimiento

1ra FASE: PREPARACIÓN

El cual incluye las siguientes actividades:

- ***a)*** ***Definición del equipo de trabajo y/o conducción;*** para organizar la reunión.
- ***b)*** ***Gestión de recursos;*** los responsables en los diferentes niveles de gestión tienen la obligación de incorporar en los planes operativos anuales, recursos económicos que viabilice la participación, la logística y ambiente para el CAI.
- ***c)*** ***Selección de los temas de análisis y la agenda de la reunión;*** en la selección se deben identificar los temas a ser analizados, de acuerdo al producto de análisis que se quiera obtener, la elaboración de la agenda debe incluir los objetivos, las actividades y resultados del CAI.
- ***d)*** ***Preparación de la documentación;*** datos de los indicadores que faciliten el análisis de los problemas de salud.
- ***e)*** ***Definición de los/as participantes del CAI , según niveles,*** Las acciones de salud no son privativas, por lo cual la intervención intersectorial e interinstitucional de las organizaciones sociales, comunitarias, autoridades nacionales, departamentales, municipales, locales, comités de vigilancia, cooperantes y otras instituciones que hacen a la salud.
- ***f)*** ***Envió de las invitaciones y la documentación;*** a todos los sectores involucrados, de acuerdo a la definición de los participantes, la información debe ser enviada con anticipación, además de recomendar la calendarización de las reuniones, las invitaciones deben ser escrita o verbal (personal, teléfono o radio).
- ***g)*** ***Preparación del ambiente de la reunión y aseguramiento logístico;*** elegir el ambiente adecuado de acuerdo número de participantes y la dotación de equipos (data display, pizarra acrílica, etc.) los cuales son recomendables pero no imprescindibles

2da FASE: DESARROLLO DEL CAI

El cual incluye las siguientes actividades

- ***a)*** ***Presentación de la información;*** exposición de los resultados a través de indicadores apropiados (según los temas a tratar) para analizar los problemas de salud que requieren una discusión y definición de acciones.
- ***b)*** ***Proceso de análisis;*** debate de los problemas de salud y la situación de los indicadores de gestión, para evaluar los resultados y los factores que influyen en las bajas coberturas o los obstáculos para alcanzar los resultados esperados.
- ***c)*** ***Identificación de alternativas de solución y toma de decisiones;*** definir las mejores alternativas para intervenir sobre los factores que impiden alcanzar mejores resultados y elaborar el plan de acción, que permitan alcanzar las metas previstas o programadas.

Esta fase constituye el núcleo central del proceso y basa su desempeño en el trabajo con los indicadores, para ello el grupo participante debe conocer claramente los indicadores que se analizan, su utilidad y el propósito especifico para el cual se están analizando en el CAI. Debe recordarse que existen básicamente tres tipos de indicadores: de estructura, de proceso y de resultado o impacto (pueden

encontrarse otras clasificaciones de indicadores), y cada uno de ellos debe utilizarse adecuadamente para evaluar el proceso de gestión y definir las acciones futuras.

El CAI debe concluir con la elaboración del acta, donde se recojan los acuerdos y compromisos para el próximo CAI. La elaboración del plan de acción el cual está dado por una matriz, que permite ordenar las intervenciones que den respuesta los problemas identificados, ejemplo de matriz.

Cuadro Nº 1. Matriz de Planeación.

Problema identificado	Objetivo de la intervención (Meta alcanzar)	Actividades a realizar	Fecha de cumplimiento	Responsables

3ra FASE: SEGUIMIENTO

Corresponde a la etapa posterior a la reunión y tiene el propósito de monitorear y evaluar las decisiones tomadas en el mismo mediante un seguimiento al plan de acción para garantizar el cumplimiento.

Incluye las siguientes actividades;

a) ***Definición del plan de seguimiento;*** Dependiendo del nivel de gestión la responsabilidad por las acciones de seguimiento recae en diferentes instancias. A nivel municipal y de la red es el Coordinador de Red, a nivel Departamental y Nacional son las unidades de planificación, a nivel comunitario y de establecimiento es la propia comunidad, sus autoridades y su comité local de salud que junto al personal de salud hacen el seguimiento al plan de acción.

Se propone que el instrumento de seguimiento sea la misma matriz de análisis de problemas (indicadores).El seguimiento deberá hacerse periódicamente y de acuerdo al cronograma de CAI para poder mostrar los resultados.

a) ***Realización de reuniones de control y evaluación del cumplimiento del plan;*** el mismo se realizara de acuerdo a nivel de gestión, los actores en el comité son encargados de realizar el seguimiento y cumplimiento de los compromisos.

Cuadro Nº 2. CAI de acuerdo a nivel de gestión

De acuerdo al nivel de gestión, la realización del CAI puede tener una periodicidad y participación diferente.

Nivel de gestión	Responsabilidades	Participantes	Equipo de Conducción	Periodicidad
Establecimiento/ Comunitario *	- Presentar indicadores - Analizar posibles causas y factores determinantes. - Identificar alternativas de Solución - Proponer acciones - especificas - Elaborar acta	- Personal de salud (médicos, enfermeras, técnicos, etc.) - Promotores de Salud (RPS) - Representantes comunitarios y líderes vecinales y otros	Personal de salud	Mensual
Municipal/ COTEMSA (Consejo Técnico Municipal de Salud)	- Presentar indicadores epidemiológicos y de gestión. - Analizar posibles causas y factores determinantes. - Identificar alternativas de solución. - Proponer acciones especificas - Elaborar acta.	- Alcalde, miembros de COTEMSA. - Personal de salud de los establecimientos - Representantes comunitarios, líderes vecinales, y otros.	Equipo técnico de la red municipal	Trimestral
Red de Salud	- Presentar indicadores epidemiológicos y de gestión. - Analizar posibles causas y factores determinantes. - Identificar alternativas de solución - Proponer acciones especificas - Elaborar acta	- Autoridades de salud, coordinación de red. - Personal de salud de los establecimientos. - Representantes comunitarios y líderes vecinales - Representantes de los Gobiernos Municipales.	Equipo técnico de la coordinación de red.	Trimestral
SEDES (Departamento)	- Presentar indicadores. - Analizar posibles causas y factores determinantes - Indicadores alternativas de solución. - Proponer acciones específicas. - Elaborar acta.	- Autoridades del SEDES y equipo técnico. - Personal de salud de los establecimientos. - Represente sectoriales (educación, saneamiento, agricultura, comercio, etc.) - Líderes vecinales y comunitarios	SNIS –VE departamental, Unidad de Planificación	Semestral
Nacional	- Presentar indicadores. - Analizar posibles causas y factores determinantes. - Identificar alternativas de solución. - Proponer acciones especificas - Elaborar acta.	- Autoridades de salud del SEDES, - personal de salud de los establecimientos. - Represente sectoriales (educación, saneamiento comercio, agricultura, hacienda, etc.) - Líderes vecinales y comunitarios	SNIS –VE Nacional	Anual

* El CAI comunitario se realiza a nivel de una comunidad específica o puede ser el equivalente a las comunidades vinculadas al establecimiento. Este CAI tiene características conceptuales metodológicas muy específicas que son desarrolladas en otro documento.

V. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.-

1. *Ministerio de Salud y Deportes, Guía de aplicación del comité de análisis de información (CAI), La Paz, Bolivia; 2008.*
2. *Ministerio de Salud y Deportes, Guía Metodológica para el Análisis de la situación de salud, Bolivia; 2005*

INTRODUCCION AL CONTINUO DE LA VIDA

Autor: Dr. Germany Hurtado Montecinos

Objetivo general de aprendizaje:

El objetivo del siguiente texto es la de fortalecer las aptitudes de los médicos de pre grado que se empapan de la atención en área rural, dándoles una herramienta que sirva de guía para la atención integral del continuo de la vida.

Objetivo específicos de aprendizaje:

1. *Conocer el alcance y las prestaciones del continuo de la vida*
2. *Conocer las prestaciones básicas y los grupos etáreos quienes se benefician con el continuo de la vida.*
3. *Reforzar el conocimiento de las patologías más prevalentes en primer nivel tanto de área rural como periurbana, con enfoque al continuo sus diferentes componentes.*
4. *Facilitar el manejo de pacientes para su atención diferenciada con enfoque del continuo de la vida y seguimiento en primer nivel de atención.*
5. *Ayudar a los médicos internos que hacen su SSRO para poder realizar la atención de la población tanto en la parte de prevención como en la parte asistencial, dentro de las competencias del continuo de la vida.*

1. INTRODUCCION.-

Dentro de la política de atención familiar comunitaria intercultural que busca el derecho a lograr vivir bien de las personas, familias, comunidades de nuestro país, plantean el fortalecimiento de la atención integrada al continuo del curso de la vida, con el objetivo fundamental de contribuir a reducir la morbimortalidad de la población boliviana.

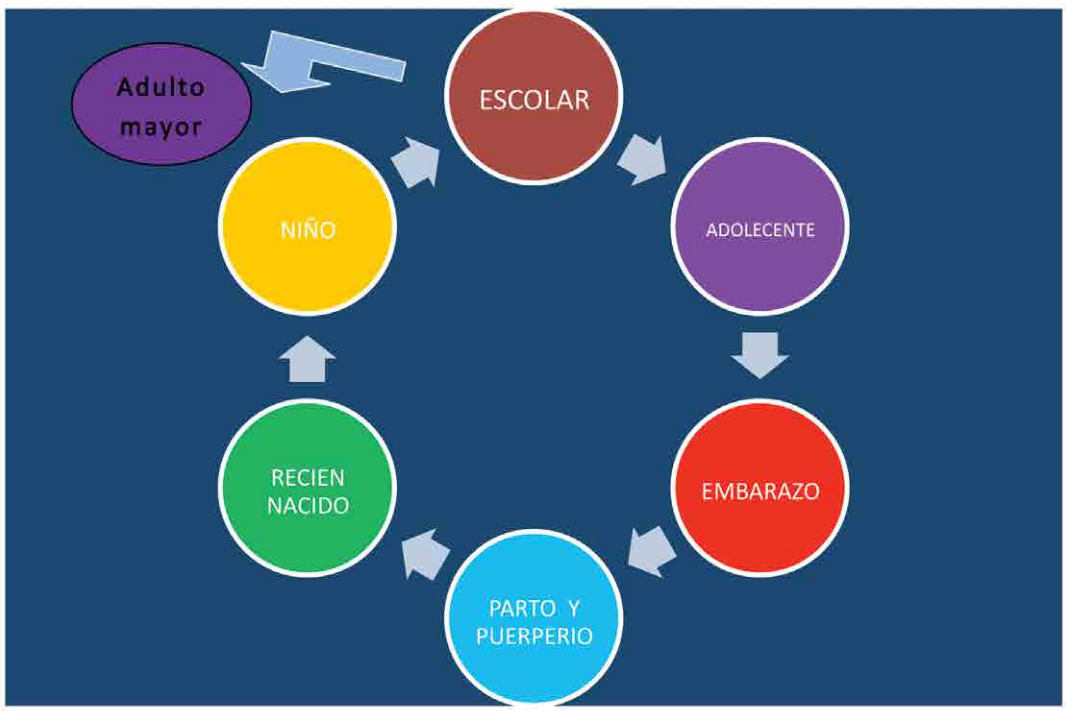
Por tal se indica que el primer nivel de atención se constituye en la puerta de entrada al Sistema de Salud Familiar

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

La red de servicios de salud se articula con la red social y sus acciones son desarrolladas por el equipo de salud del establecimiento, en coordinación y articulación con los actores comunitarios, aceptando, respetando, valorando y compartiendo sentimientos, conocimientos, saberes y prácticas, de acuerdo con su cultura y su cotidianeidad, adecuando culturalmente el espacio físico, equipamiento, mobiliario, indumentaria, horarios y protocolos de atención.

Es también importante el desarrollo de competencias del personal para mejorar la capacidad resolutiva de cada nivel de atención. El desarrollo de habilidades y destrezas del equipo de salud de los establecimientos de los diferentes niveles, permite diagnosticar, tratar y resolver problemas de salud de acuerdo al conocimiento y tecnología (infraestructura, equipamiento e insumos) a su alcance, contribuyendo de esta manera, a la solución de los problemas de salud prioritarios de la población. Ante la aparición de alguna complicación, puede ser necesario referir al/la paciente a otro establecimiento con mayor capacidad resolutiva. Si fuera así, se activará el sistema de referencia y contrareferencia como un componente articulador de la red de servicios.

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



En Bolivia, el continuo de la atención incluye dos componentes novedosos: La Atención Integral al Escolar (niño/a de 5 a 12 años) a la mujer gestante y no gestante al recién nacido, y a las personas adultas mayores (de 60 años o más), con lo cual el enfoque abarca prácticamente todas las fases del curso de la vida.

2. ATENCION AL ADOLESCENTE

La adolescencia es una etapa entre la niñez y la edad adulta que se inicia por los cambios puberales y se caracteriza por profundas transformaciones biológicas psicológicas y sociales muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones. No es solamente un periodo de adaptación a los cambios corporales, sino una fase de grandes determinaciones hacia una mayor independencia psicológica y social.

Es una época de aprendizaje y autodescubrimiento en la que se pasa de la dependencia de la infancia a la interdependencia de la adultez mediante una transición dinámica, que discurre de forma gradual y a un ritmo individualizado. Los cambios que experimenta el adolescente suponen crecimiento y maduración, de forma global en todos los aspectos de la vida, y su finalidad es alcanzar:

1. identidad: encontrar un sentido coherente a su existencia.
2. integridad: adquirir un sentido claro de lo que está bien y lo que está mal.

Para lo cual se necesita que un servicio de atención de primer nivel pueda brindar un ambiente de confianza y respeto por las opiniones y puntos de vista para conseguir un contacto con el paciente de integra confianza haciendo énfasis en F.A.C.T.O.R.E.S. nemotécnico de evaluación que indica:



F	**Familia**
A	**Amigos**
C	**Colegio**
T	**Tóxicos**
O	**Objetivos**
R	**Riesgo**
E	**Estima**
S	**Sexualidad**

Familia: Entrevistar al paciente su relación y grado de satisfacción con los padres, hermanos y otros.

Con quién vive.es muy importante revisar el entorno familiar y realizar las siguientes preguntas?

¿Con quién vives? ¿Cuántos hermanos tienes? ¿Cómo te llevas con tus padres? ¿Y con tus hermanos?

¿Consideras que en tu familia hay algún tipo de violencia (Física, psicológica, sexual)? ¿Qué haces al respecto?

¿Qué momentos comparten en familia?

Preguntas son importantes a la hora de evaluar.





Amigos: En esta esfera se debe indaga el entorno de amistades y actividades relacionadas, deportes, tipo de relaciones, entre otros adolecentes. Donde se debe realizar las siguientes preguntas: ¿Tienes amigos? ¿A qué se dedican cuando están juntos? ¿Practicas algún deporte? ¿Qué haces en tu tiempo libre? ¿Perteneces a algún grupo de amigos? ¿Cómo te sientes en este grupo? Muy importante para valor al adolecente.

Colegio: en esta tratar de abordar al paciente en cómo va su rendimiento y grado de satisfacción en el estudio y/o trabajo. Nivel de escolaridad. Tipo de colegio en el que estudio (particular o fiscal). este acápite es muy importante ya que una gran parte del tiempo el adolecente la pasa en el colegio. Se debe contemplar las siguientes preguntas:



¿Estudias o trabajas? ¿Cómo te va en el colegio?
¿Qué tipo de trabajo realizas?
¿Te sientes a gusto en el colegio y/o en el trabajo?
¿Cómo te llevas con tus profesores?
¿Tus compañeros te intimidan o se burlan de ti?
¿Cómo te sientes al respecto?
¿Tomas alguna actitud? ¿Cuál, por qué?

Tóxicos: esta esfera es donde se debe indagar sobre el consumo de drogas, tabaco, alcohol del paciente como de su entorno familiar, social (colegio y amigos).

Objetivo: Acá se debe preguntar como se ve el adolecente a mediano y largo plazo 5 a 10 años metas, planes perspectivas de viada y sobre todo nivel de auto superación, evaluar respuestas negativas donde el personal de salud debe trabajar con consejería y orientación.

Riesgos: Preguntar sobre actividades de recreación deportes y actividades, seguridad en el hogar y en la calle, factores de violencia por parte de compañeros y cosas que le desagradan o disgustan.

La información recabada permitirá al personal de salud determinar riesgo en contra de la vida.



Estima: Evalúa la aceptación personal, autoestima, valoración de la propia imagen, sentido de

Pertenencia e identidad familiar, identidad étnica racial, para el cual se deben realizar las siguientes preguntas:

¿Cómo te sientes contigo mismo/a? ¿Podrías definirte en tres palabras? ¿Cómo te sientes en tu familia? ¿En tu barrio? ¿Cómo te sientes con tus amigos? ¿Alguna vez te sentiste diferente o "relegado/a"? ¿Te has sentido discriminado alguna vez? ¿Por qué?

Sexualidad: La sexualidad es el grado de información, que cuenta el adolecente sobre su identidad sexual, temas que le preocupan. Los personeros en salud deben realizar las siguientes preguntas:
¿Sabes qué es la menstruación?
¿Recibiste alguna información sobre sexualidad?
¿Te interesaría recibir orientación en ese tema?
¿Tienes chico/a? ¿Tuviste o tienes relaciones sexuales?
¿Cómo te cuidas?
¿Conversas con tu pareja sobre sexualidad y protección o prevención? ¿Te has sentido alguna vez atraído/a por alguien de tu mismo sexo?
¿Qué hiciste al respecto?



3. EMBARZO EN ADOLECENTES

En Bolivia la población adolescente de 10 a 19 años representa alrededor del 23% de la población total del país, de la cual un 49% corresponde a adolescentes de sexo femenino. Según datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDSA 2008) cerca del 18% de las adolescentes de 15 a 19 años ya son madres o están embarazadas; este porcentaje resulta idéntico al de la subregión andina. De estos embarazos al menos el 70% no fueron planificados. En el área rural se observa un incremento del 22% en 2003 en adolescentes madres o embarazadas a un 25% en 2008.

El embarazo y la maternidad en adolescentes se registra con mucha mayor frecuencia en mujeres adolescentes con menor acceso a educación, que viven en zonas rurales y en condiciones de pobreza. Una de cada tres adolescentes del quintil más pobre es madre o se encuentra embarazada, frente a 1 de cada 10 del quintil superior.

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Juventudes de 2008, los municipios que presentan mayores porcentajes de adolescentes y jóvenes con al menos un embarazo son: El Alto con 83%, Santa Cruz 71%, Guayaramerín 76%, Riberalta 71% y Colcapirhua 74%.

Al ser un problema creciente el personal de salud debe realizar medidas preventivas como ser:

3.1. Educación integral de la sexualidad: con una metodología intersectorial, institucionalizando la misma en la currícula educativa en todos los ciclos y niveles; con enfoque de derechos y promoviendo las habilidades psicosociales de adolescentes y jóvenes para lograr una vida digna, garantizando que tanto mujeres y hombres puedan ejercer sus derechos reproductivos de forma plena, saludable y responsable.

3.2. Atención diferenciada para adolescentes y jóvenes en centros de salud pública: con el objetivo de acceder a información confiable y tomar decisiones informadas, es preciso contar con oferta de servicios de salud de calidad que contemplen aspectos interculturales y de confidencialidad.

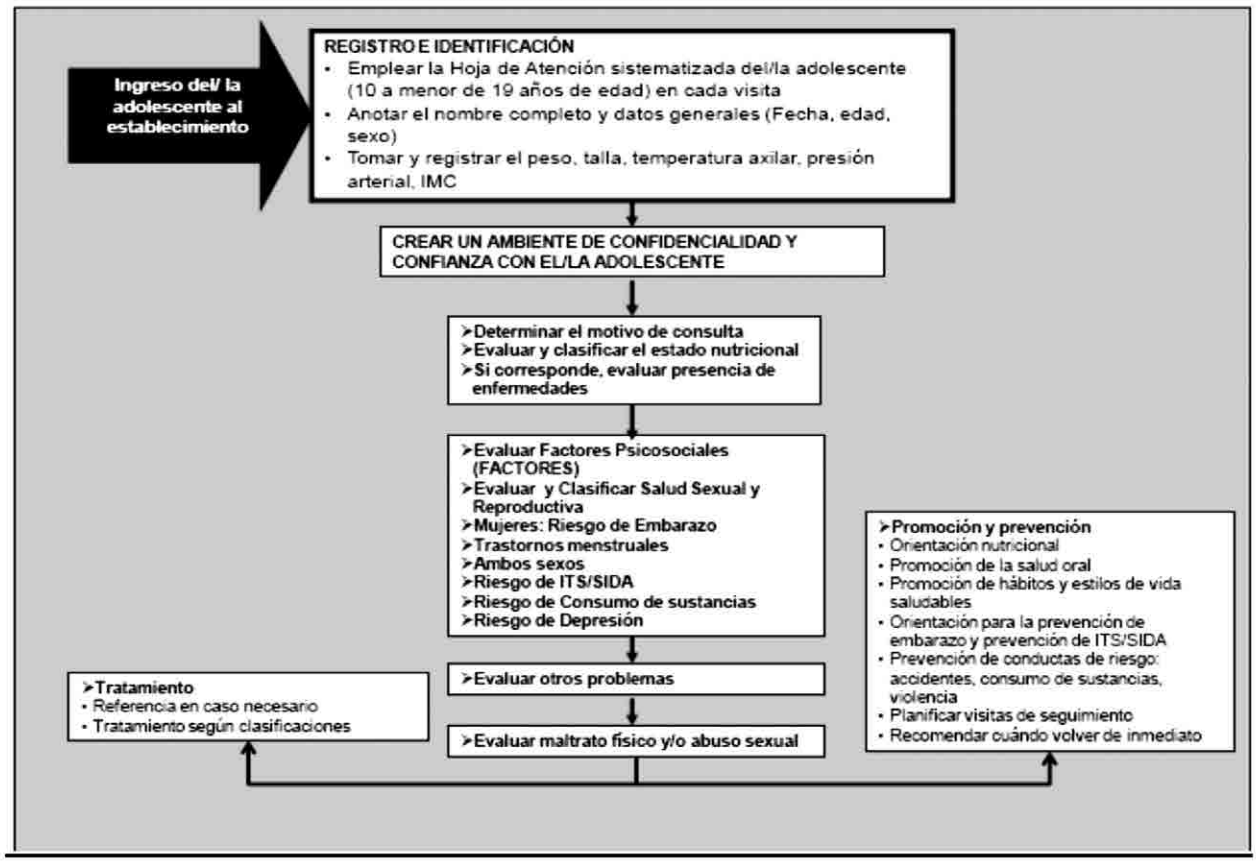
3.3. Sensibilizar a la sociedad sobre la importancia de la prevención del embarazo en la adolescencia, pues las madres adolescentes aun son discriminadas y censuradas en sus escuelas, hogares y comunidades.

3.4. Acceso a información y a métodos anticonceptivos: el acceso voluntario de adolescentes y jóvenes a métodos anticonceptivos sin ningún tipo de barreras o discriminación, es una de las estrategias probadas de reducción del embarazo y la mortalidad materna en este grupo de población.



Otras acciones clave son: estimular la comunicación abierta entre padres y madres de familia y sus hijas e hijos adolescentes.

FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN AL/LA ADOLESCENTE

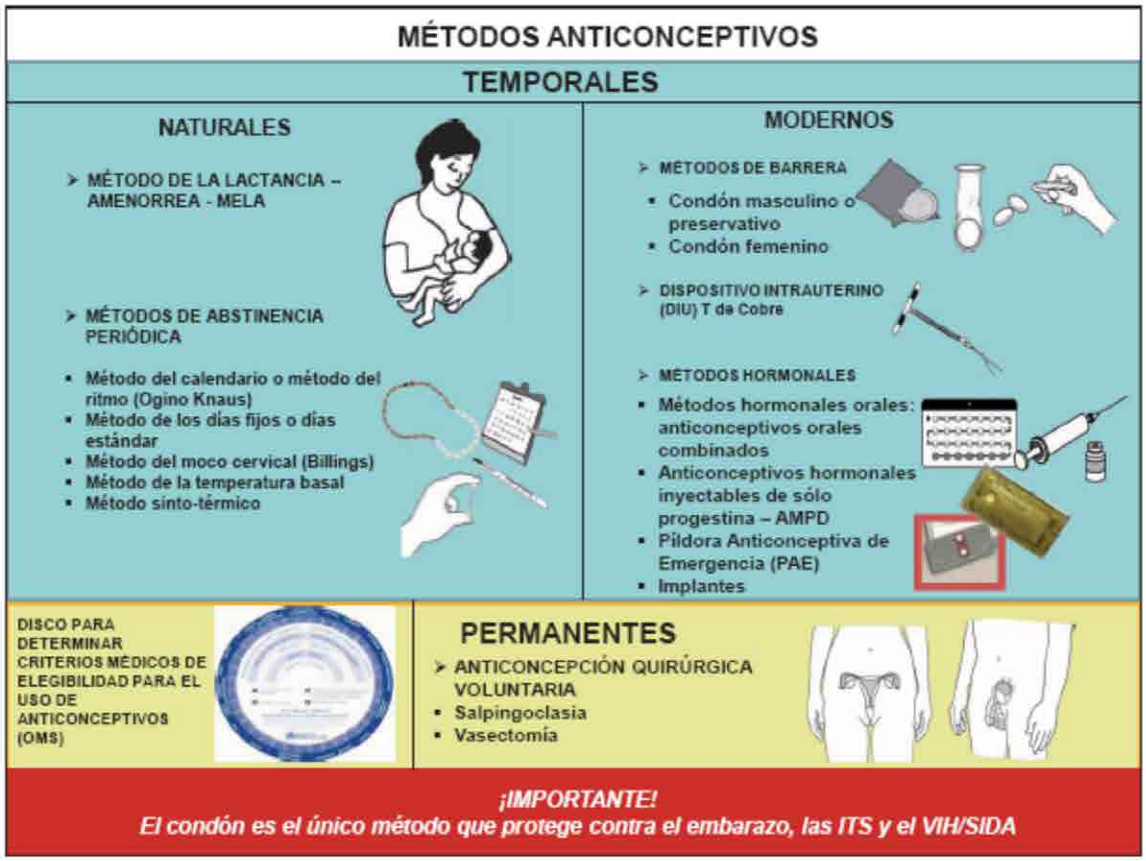


4. ATENCION DE LA MUJER EN EDAD FERTIL- EMBARAZO- PARTO Y PUERPERIO

La atención a la mujer tanto gestante como la no gestante es un capitulo muy importante en la consulta externa tanto la atención del parto, control del puerperio y la orientación y consejería de salud sexual y reproductiva sobre todo sobre los métodos anticonceptivos que maneja la planificación familiar.

Por esta razón el personal de salud de los servicios de primer nivel tenga conocimiento claro sobre los métodos anticonceptivos.

Es importante tomar en cuenta que dentro de la atención a la mujer no gestante se encuentra un acápite muy importante, que es la planificación familiar contemplado en el nuevo sistema integral de Salud (SIS) contemplado en la ley 475, donde la accesibilidad a métodos modernos es gratuita a toda mujer en edad fértil, donde el adolecente tiene acceso a estos métodos sin la necesidad de



aprobación de los padres de familia siempre precedida de consejería y orientación.

Un examen muy importante que no se debe obviar en el examen físico clínico de la mujer no gestante es; el examen de mama que según el grupo etareo, la enseñanza del autoexamen de mama es importante para la detección precoz de cáncer de mama indicando a la mujer los 5 pasos del examen.

- Paso 1: Colocar el brazo detrás de la nuca en posición de decúbito dorsal, esto para que el tejido mamario se extienda de forma uniforme sobre la pared torácica, permitiendo la facilidad de palpar todo el tejido del seno.
- Pasó 2: Para la palpación se debe utilizar las yemas de los dedos índice medio y anular realizando movimientos leves de rotación (circulares) de diámetro a una moneda de 10

ctvs., la papalpacion debe tener 3 niveles de presión que permitirá valorar desde piel hasta musculatura profunda.

- Paso 3: la revisión del seno se debe realizar por cuadrante dividiendo al seno en cuatro cuadrantes y realizando la palpación siempre en forma de agujas del reloj buscando masas o protrusiones. Se repite los pasos para el lado cotralateral.
- Paso 4: Posterior ala palpación se debe poner la mujer parada frente al espejo, con ambas manos en la cintura y observar tamaño, simetría, contorno y color rubor de pezones, de ambas mamas.
- Paso 5: Finalmente para concluir el examen se debe revisar siembre el área axilar de ambos lados buscando masas, y otras anomalías (ganglios), este examen selo debe practicar parada

PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER DE MAMA
AUTOEXAMEN DE MAMAS
Debe realizarse cada mes, unos 7 a 10 dias luego de iniciada la regla. Enseñar la siguiente técnica:

PASO 1
- Acuéstese y coloque el brazo derecho detrás de la cabeza. El examen se realiza mientras está acostada y no de pie
- Esto se debe a que cuando se está acostada el tejido del seno se extiende uniformemente sobre la pared torácica, haciendo que el tejido esté lo más delgado posible. Esto permite que se pueda palpar todo el tejido del seno con mayor facilidad



PASO 2
- Utilice las yemas de los tres dedos del medio de la mano izquierda, para palpar cualquier masa, bulto o protuberancia del seno derecho
- Emplee movimientos circulares contiguos, del tamaño de una moneda de diez centavos, para palpar el tejido del seno
- Use tres niveles de presión diferentes para palpar todo el tejido del seno. La presión leve es necesaria para palpar el tejido que está más cercano al pie; la presión moderada servirá para palpar un poco más profundo, y la presión firme para palpar el tejido más cercano al tórax y a las costillas

Emplee cada nivel de presión para palpar todo el seno antes de pasar a la próxima área.



PASO 3
- Mueva las yemas de sus dedos de arriba hacia abajo, comenzando con una línea vertical imaginaria dibujada en su costado, palpe desde la axila y hasta el medio del esternón. Asegúrese de examinar toda el área del seno yendo hacia abajo hasta donde usted siente sólo las costillas y hacia arriba hasta llegar al cuello o a la clavícula
- Repita el examen con el seno izquierdo, empleando las yemas de los dedos de la mano derecha



PASO 4
- Mientras esté de pie frente a un espejo, con sus manos presionando hacia abajo firmemente sus caderas, observe sus senos para detectar cualquier cambio en tamaño, forma, contorno, hundimientos o enrojecimiento de los pezones o de la piel de los senos
- Cuando se hace presión hacia abajo a las caderas, los músculos de la pared torácica se contraen y esto hace que sobresalga cualquier cambio en los senos



PASO 5
- Examine cada axila mientras esté sentada o parada y con su brazo ligeramente levantado para que usted pueda palpar esa área con facilidad. Si levanta el brazo completamente, el tejido estará rígido en esa área, lo que hará más difícil examinarla

ANTE CUALQUIER HALLAZGO ANORMAL (EJ. DOLOR, NODULACIONES) DEBE ACUDIR AL HOSPITAL

y con el brazo levemente extendido, acción que facilitara el examen.

Este examen se lo debe realizar a los 7 a 10 días posterior la menstruación.

Otra evaluación que se debe hacer a la mujer no gestante en edad fértil es el control y detección

PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO

Factores de riesgo:	• **Prevención primaria:**
– Multiparidad – Infecciones de transmisión sexual (ITS) (especialmente las vinculadas a las variedades 16 y 18 del virus del papiloma humano (VPH) – Tabaquismo activo y/o pasivo – Múltiples compañeros sexuales, compañero sexual con muchas compañeras sexuales – Inicio temprano de las relaciones sexuales – Lesiones precursoras del cáncer de cuello (displasias o lesiones escamosas intraepiteliales)	– Reducir los factores de riesgo – Disminuir la exposición al virus del papiloma humano (VPH): Ej. Postergar inicio de relaciones sexuales, evitar múltiples compañeros sexuales o compañero sexual con muchas compañeras sexuales – Sensibilizar a la población en general y en particular a la población adolescente para la utilización del condón y evitar prácticas sexuales de riesgo – Promover estilos de vida saludables – Vacuna contra las cepas 16 y 18 del VPH • **Prevención secundaria:** – Papanicolaou – Inspección Visual del cuello uterino con Ácido Acético (IVAA) o Inspección del cuello uterino con lugol (solución yodo-yodurada)

Ante reporte de lesión preneoplásica sospechosa (PAP positivo) o ante lesión *acetoblanca* (IVAA) en cérvix, referir a hospital para confirmación diagnóstica, la cual será realizada mediante colposcopia o biopsia dirigida

precoz del Cáncer de cuello uterino mediante el estudio citológico de PAPANICOLAOU, y evitando los factores de riesgo que incrementa la incidencia de esta patología.

Interpretación de resultados cuando un Papanicolaou sale con alguna lesión, del carácter displasico (MIC y LIEB) se debe referir a un centro de mayor complejidad para la valoración por especialidad para que se le practique una biopsia colposcopia, estudio que podrá definir tratamiento.

5. ATENCION INTEGRAL DE LA MUJER EMBARAZADA

La mayoría de los daños obstétricos y los riesgos para la salud de la madre y del niño pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito, mediante la aplicación de procedimientos normados para la atención, entre los que destacan el uso del enfoque de riesgo y la realización de actividades eminentemente preventivas y la eliminación o racionalización de algunas prácticas que llevadas a cabo en forma rutinaria aumentan los riesgos.

Las acciones propuestas tienden a favorecer el desarrollo normal de cada una de las etapas del proceso gestacional y prevenir la aparición de complicaciones, a mejorar la sobrevivencia materno-infantil y la calidad de vida y adicionalmente contribuyen a brindar una atención con mayor calidez.

De esta manera procedimientos frecuentemente usados para aprontar el parto, por señalar sólo algunos ejemplos, la inducción del mismo con oxitócina o la ruptura artificial de las membranas amnióticas, han sido revalorados en vista de que no aportan beneficios y sí contribuyen a aumentar la morbilidad y mortalidad materno-infantil, por lo que su uso debe quedar limitado a ciertos casos muy seleccionados.

Otros como la anestesia utilizada indiscriminadamente en la atención del parto normal, efectuar altas proporciones de cesáreas en una misma unidad de salud o el realizar sistemáticamente la revisión de la cavidad uterina postparto, implican riesgos adicionales y su uso debe efectuarse en casos cuidadosamente seleccionados. Algunos de estos procedimientos aún persisten como parte de las rutinas en la atención del parto, por lo que deben modificarse en las instituciones. No se trata de limitar el quehacer de los profesionistas, sino que a partir del establecimiento de lineamientos básicos se contribuya a reducir los riesgos que pudieran asociarse a las intervenciones de salud.

En la medida que se cuente con tecnología de mayor complejidad y por ende con el personal idóneo

EMBARAZO Y PARTO

CUADRO DE PROCEDIMIENTOS 9: VERIFICAR SI PRESENTA SEÑALES DE PELIGRO PARA UNA ATENCIÓN INMEDIATA

VERIFICAR SI LA EMBARAZADA PRESENTA SEÑALES DE PELIGRO		EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAR
En cuanto una mujer embarazada ingresa al establecimiento de salud, la primera acción debe ser la verificación de la presencia de alguna señal de peligro Preguntar si la embarazada: • Tiene hemorragia genital • Tiene salida de líquido por genitales • Dolor de cabeza intenso, visión borrosa • Dolor abdominal en barra (hipocondrio derecho y epigastrio) • Convulsiones • Fiebre • Dificultad respiratoria • Contracción uterina dolorosa que no calma • Si el bebé ha dejado de moverse	CLASIFICAR	Tiene una o más de las siguientes señales de peligro durante el embarazo y parto • Hemorragia genital • Salida de líquido por genitales • Dolor de cabeza intenso, visión borrosa • Dolor abdominal (en barra) • Convulsiones • Fiebre • Dificultad respiratoria • Contracción uterina dolorosa que no calma • Siente que el bebé ha dejado de moverse	SEÑALES DE PELIGRO DURANTE EL EMBARAZO	➢ Dar prioridad máxima para la atención (atenderla inmediatamente) ➢ Completar la atención y evaluación rápidamente ➢ Llenar la Historia Clínica Perinatal ➢ Realizar el tratamiento pre-referencia de acuerdo a las clasificaciones ➢ Referir URGENTEMENTE al hospital
Esta acción debe ser realizada antes del registro o entrega de ficha				

para su manejo e indicación precisa, este tipo de avances en la medicina deben ser utilizados.

RECUERDE QUE TODO EMBARAZO IMPLICA UN RIESGO PARA LA MADRE Y PARA EL BEBÉ

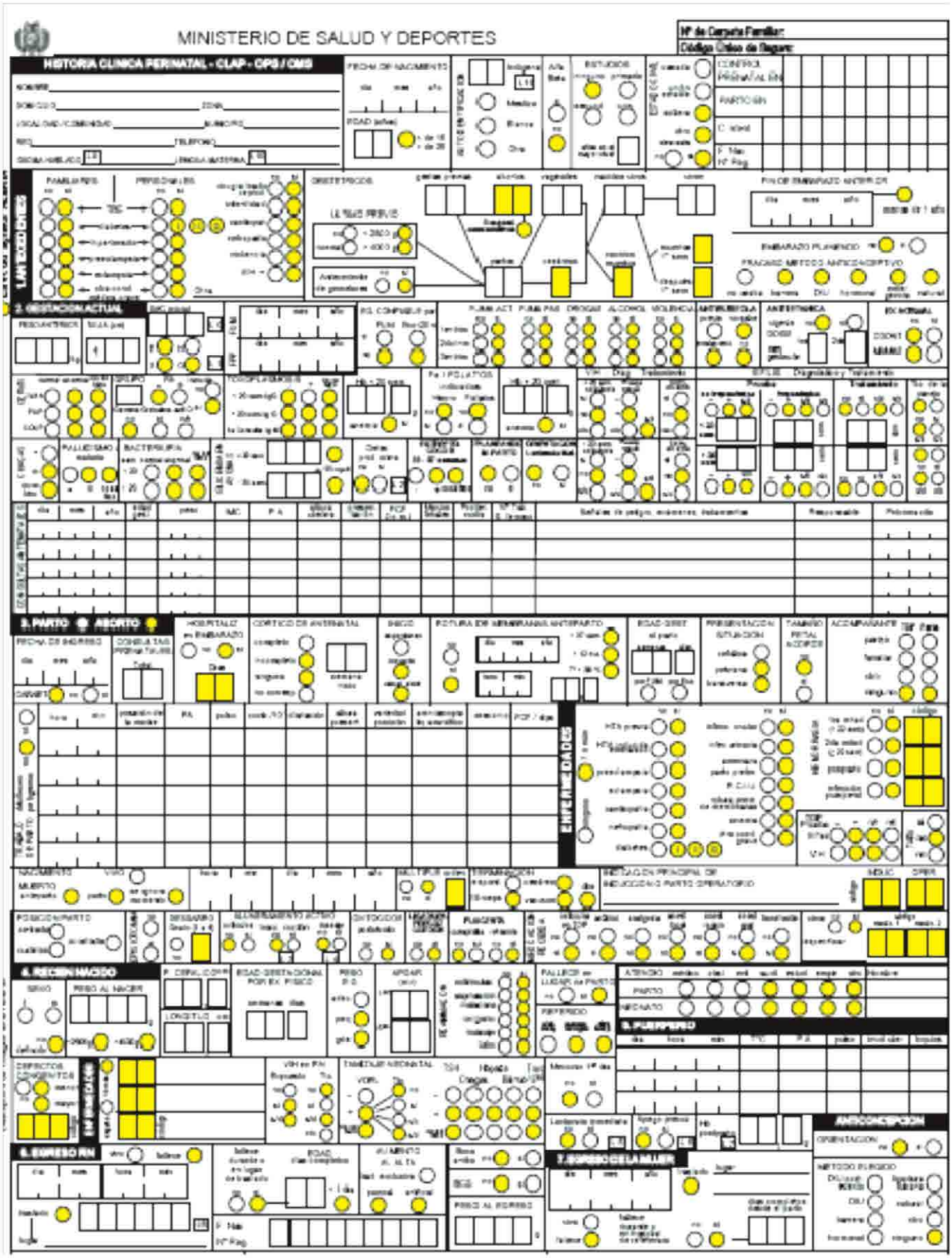
RIESGO MATERNO	RIESGO PARA EL BEBÉ
Es la probabilidad de morir o de sufrir una complicación grave como resultado del embarazo, parto o puerperio Tener en cuenta que: • Muchas mujeres que son clasificadas como de "Alto Riesgo" no llegan a presentar ninguna complicación • La mayoría de las mujeres que presentan complicaciones no tienen factores de riesgo previos, y por lo tanto, son clasificadas en la categoría de "Bajo Riesgo" • Es prácticamente imposible predecir qué mujer en particular presentará complicaciones que pongan su vida en peligro • La mayor parte de las complicaciones obstétricas no se pueden predecir ni evitar, pero pueden ser tratadas	• Es la probabilidad de morir o sufrir una complicación grave durante la gestación, parto o durante los primeros días de vida • Está fuertemente vinculado a la salud, bienestar y condiciones de la madre antes y durante el embarazo, parto y puerperio

➢ EL NUEVO PARADIGMA: "TODOS LOS EMBARAZOS SON DE RIESGO"

- *UNA MUJER QUE NO PRESENTA NINGÚN FACTOR DE RIESGO PUEDE COMPLICARSE EN CUALQUIER MOMENTO DEL EMBARAZO, DURANTE O DESPUÉS DEL PARTO*
- *EL OBJETIVO PRINCIPAL, DEL CONTROL PRENATAL, ES DETECTAR A TIEMPO CUALQUIER PATOLOGÍA Y/O COMPLICACIÓN Y TRATARLA*

Y por ende es necesario el conocimiento de procedimientos de atención como se señala a continuación:

En caso de no presentar ninguna seña de riesgo se debe tomar en cuenta la siguiente información:


MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES
HISTORIA CLINICA PERINATAL - CLAP - CPS / OMS
1. CONTROL PRENATAL
2. GESTACION ACTUAL
3. PARTO ABORTO
4. RECIEN NACIDO
5. PUERPERIO
6. EGRESO RN
7. SOBRE LA MUJER
ENFERMEDADES
EMBARAZO PLANIFICADO
METODO ELEGIDO

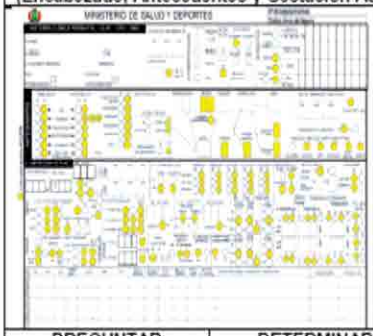
Para poder realizar la evolución de la mujer gestante se debe tener en cuenta como paso esencial el llenado de la historia clínica perinatal.

6. ATENCION DE PARTO Y RECIEN NACIDO

La atención institucional del parto es una medida de primer orden para disminuir de manera significativa la morbimortalidad materna y perinatal. En este sentido, se hace necesario establecer los parámetros mínimos que garanticen una atención de calidad, con racionalidad científica, para el desarrollo de las actividades, procedimientos e intervenciones durante la atención del parto, con el

CUADRO DE PROCEDIMIENTOS 10: EVALUAR Y DETERMINAR RIESGO DURANTE EL EMBARAZO – MUJER SIN TRABAJO DE PARTO

Completar la Historia Clínica Perinatal (Encabezado, Antecedentes y Gestación Actual)



PREGUNTAR	DETERMINAR, OBSERVAR
• ¿Ha tenido algun control prenatal? ¿Cuantas veces? • ¿Ha tenido hijos con alguna malformación congénita? • ¿Percibe movimientos fetales? (a partir de las 30 semanas de gestación) • ¿Ha tenido fiebre? • ¿Le han dado algún medicamento? ¿Cual? • ¿Le ha salido sangre por vagina? • ¿Ha tenido dolor en la parte superior del abdomen? ¿Muy intenso? • ¿Le ha salido liquido por la vagina? ¿De que color? • ¿Ha tenido flujo? • ¿Ha tenido dolor de cabeza severo, visión borrosa o convulsiones? • ¿Ha perdido la conciencia? • ¿Fuma, bebe o consume drogas? • ¿En anterior embarazo tuvo presión alta y/o convulsiones? • ¿Tiene tuberculosis? • ¿Toma medicamentos, drogas?	• Fecha probable de parto • Edad gestacional • Peso y Talla • Indice de Masa Corporal durante el embarazo (IMC) • Presión arterial • Temperatura • Altura del Fondo Uterino (AFU) • Frecuencia cardiaca fetal • Presentación • Embarazo multiple • Si tiene cesárea anterior y/o cirugia previa en útero • Si tiene palidez palmar intensa • Si tiene señales de peligro • Si hay hinchazón en cara, manos y/o piernas. • Si tiene o ha tenido hemorragia vaginal. • Signos de enfermedad sistémica y/o de transmisión sexual. • Toma de PAP en gestacion menor a 20 semanas. • Revisar la cavidad oral para observar presencia de inflamación de encias o dientes móviles (gingivitis, periodontitis)

CLASIFICAR	EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAR
	Uno o más de los siguientes: **ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS** • Muerte fetal o muerte neonatal previas • Malformación congénita • Antecedentes de 3 o más abortos espontáneos o consecutivos • Peso al nacer del último bebé < 2500 g o > 4000 g • Hipertensión o preeclampsia/eclampsia en el último embarazo • Cirugías previas en el tracto reproductivo **Embarazo actual** • Diagnóstico o sospecha de embarazo múltiple • Menor de 15 años o mayor de 35 años de edad • Isoinmunización Rh en el embarazo actual o anterior • Palidez palmar severa y/o anemia severa • Hemorragia genital • Masas pélvica • PA diastólica de 90 mmHg o más **HISTORIA CLÍNICA GENERAL** • Hipertensión arterial previa • Infección por VIH: PVVS o Western Blot (+) • Diabetes mellitus insulino dependiente • Nefropatía/Cardiopatía • Consumo de drogas (incluido consumo excesivo de alcohol) • Cualquier otra enfermedad o afección médica severa Laboratorio • Proteinuria (+ o más) • Prueba rápida para VIH reactiva • PAP (+)	EMBARAZO CON ALTO RIESGO OBSTÉTRICO Y PERINATAL	➢Manejo de emergencia - Si existe Preeclampsia/Eclampsia iniciar tratamiento: Manejo de emergencia (Págs. 68, 69) - Si existe hemorragia genital aplicar el Cuadro de Procedimientos 11 (Pág. 51) - Si presenta RPM y fiebre: Manejo de emergencia (Pág. 67) - Si presenta Amenaza de parto pretérmino: Manejo de emergencia (Pág. 67) ➢En embarazos de 24 a 34 semanas: Aplicar dosis inicial de betametasona 12 mg IM ➢Mantener a la embarazada en decúbito lateral izquierdo ➢Administrar oxigeno de acuerdo a disponibilidad. ➢Llenar el formulario de Referencia ➢Referir URGENTEMENTE AL HOSPITAL
	SI DURANTE LOS SIGUIENTES CONTROLES DETECTA UNO O MÁS DE LOS SIGUIENTES: • Preeclampsia severa (Dolor de cabeza intenso, dolor en epigastrio o hipocondrio derecho, visión borrosa) • Eclampsia (convulsiones, pérdida de conciencia) • Fiebre • Infección urinaria (ITU) con fiebre • Amenaza de parto pretérmino (edad gestacional menor a 37 S) • Restricción de crecimiento intrauterino • Rotura prematura de membranas (salida de líquido por la vagina). • Embarazo mayor de 41 semanas. • Disminución o ausencia de movimientos fetales. • Cambios en la frecuencia cardiaca fetal (menos de 120 o más de 160 latidos fetales por min.) • Diabetes no controlada (glicemia mayor a 105 mg/dl).		

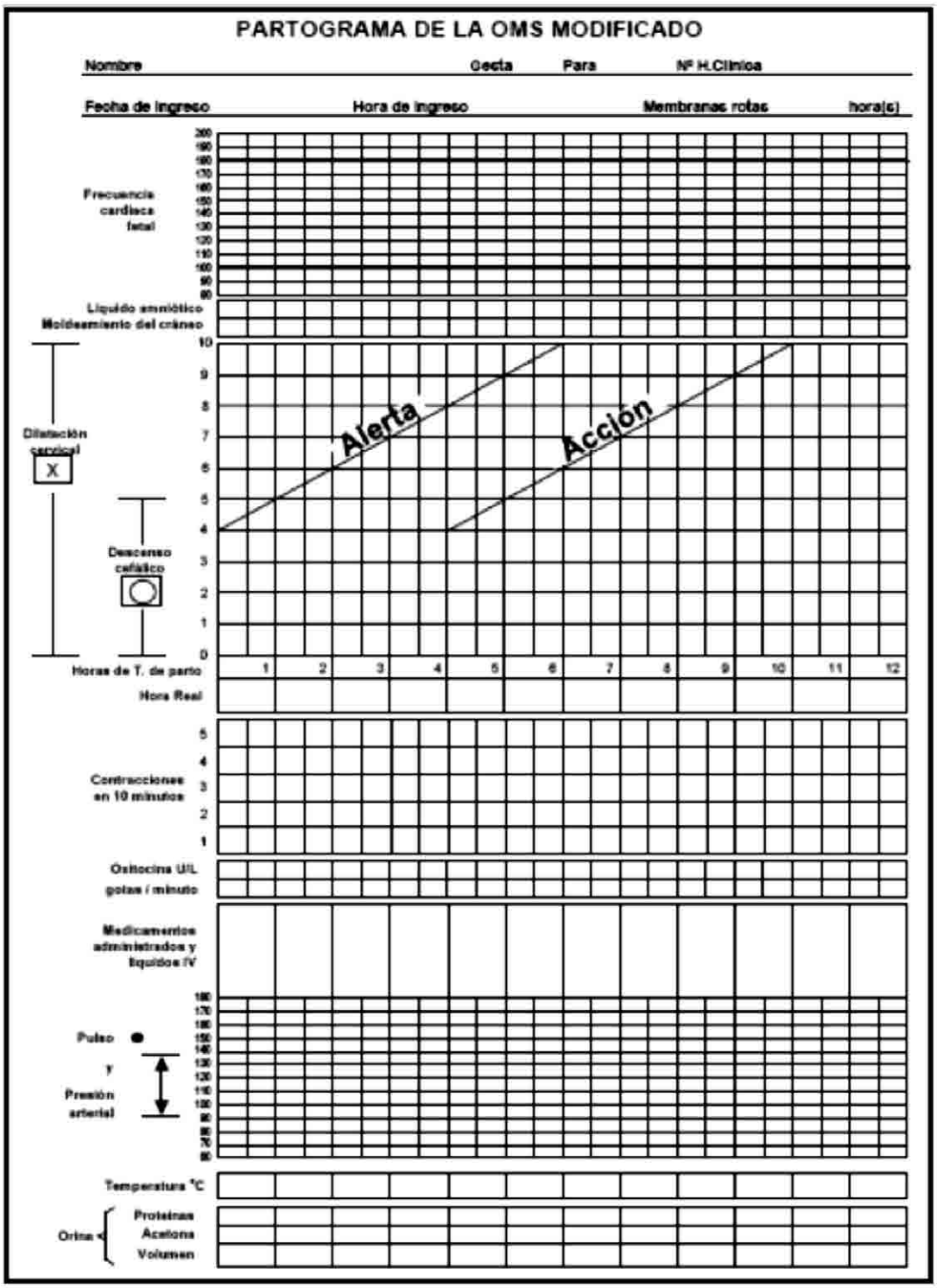
propósito de dar respuesta a los derechos en salud de las mujeres y sus hijos.

El primer pasó la evaluación de factores de riesgo que se detallan a continuación:

Segundo paso se debe realizar el seguimiento del 1er periodo de trabajo de parto Dilatación y borramiento, teniendo en cuenta:

1. Tomar signos vitales a la madre cada hora: Frecuencia cardiaca, tensión arterial, frecuencia respiratoria.
2. Iniciar el registro en el partograma y si se encuentra en fase activa, trazar la curva de alerta.
3. Evaluar la actividad uterina a través de la frecuencia, duración e intensidad de las contracciones y registrar los resultados en el parto grama.
4. Evaluar la fetocardia en reposo y pos contracción y registrarlas en el parto grama.

5 Realizar tacto vaginal de acuerdo con la indicación médica. Consignar en el partograma los hallazgos referentes a la dilatación, borramiento, estación, estado de las membranas y variedad de presentación. Si las membranas están rotas, se debe evitar en lo posible el tacto vaginal. Al alcanzar una estación de +2, la gestante debe trasladarse a la sala de partos para el



nacimiento. El parto debe ser atendido por el médico y asistido por personal de enfermería.

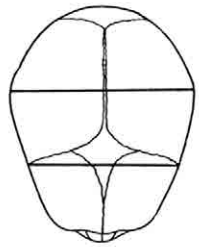
INSTRUCTIVO
USO DEL PARTOGRAMA DE LA OMS MODIFICADO

INFORMACIÓN SOBRE LA PARTURIENTA: Anote el nombre completo, gravidez (no incluir el embarazo actual), paridad, número de historia clínica, fecha y hora de ingreso. Anotar fecha y hora de rotura, y el tiempo transcurrido desde la rotura de las membranas (si ocurrió antes de comenzar el registro gráfico en el partograma).

FRECUENCIA CARDÍACA FETAL: Registre cada 30 minutos. Escuche el corazón fetal inmediatamente después de la contracción uterina. La mujer debe estar recostada boca arriba.

LÍQUIDO AMNIÓTICO: Registre el aspecto del líquido amniótico luego de cada examen genital:

I: Membranas intactas.
R: En el momento de la rotura de membranas.
C: Líquido amniótico claro.
M: Líquido con manchas de meconio.
S: Líquido con manchas de sangre.



MOLDEAMIENTO DE LA CABEZA FETAL:

1: suturas lado a lado.
2: suturas superpuestas, pero reductibles.
3: suturas superpuestas y no reductibles.

DILATACIÓN DEL CUELLO UTERINO: Luego de cada tacto genital, marque con una cruz (X) la dilatación cervical en el espacio correspondiente. Inicie el registro del partograma cuando la dilatación llega a 4 cm. Si la usuaria ingresa con más de 4 cm de dilatación, inicie el registro sobre la línea de alerta.

Una las "X" con una línea continua. Cuando el trabajo de parto progresa apropiadamente, el registro de la curva de dilatación permanece a la izquierda o sobre la LÍNEA DE ALERTA.

Si la curva de dilatación atraviesa la línea de alerta, es posible que el trabajo de parto se esté prolongando; por tanto, intensifique la vigilancia de la madre y el feto, y haga planes para una intervención apropiada o referencia.

LÍNEA DE ALERTA: Se inicia el registro a partir de los 4 cm de dilatación del cuello uterino hasta el punto de dilatación completa esperada, a razón de 1 cm por hora.

LÍNEA DE ACCIÓN: Es paralela a la línea de alerta y 4 horas a la derecha de la misma.

EVALUACIÓN DEL DESCENSO MEDIANTE PALPACIÓN ABDOMINAL: Se refiere al segmento de la cabeza (dividida en cinco partes) palpable por encima de la sínfisis del pubis; se registra como un círculo (O) en cada examen abdominal. En el nivel "0/5", el sincipucio (S) está al nivel de la sínfisis del pubis.

HORAS DE TRABAJO DE PARTO: Se refiere al tiempo transcurrido desde que se inició la fase activa del trabajo de parto (observado o extrapolado).

HORA REAL: Registre la hora real en la cual está realizando la atención del trabajo de parto, lo más cerca posible a la líneacorrespondiente. Si la parturienta ingresa con menos de 4 cm de dilatación, los controles de PA, actividad uterina, descenso de la cabeza fetal, dilatación cervical, etc., regístrelos en la historia clínica perinatal. Si ingresa con más de 4 cm, marque una "X" sobre la línea de alerta a la

CONTRACCIONES UTERINAS EN 10 MINUTOS: Registre cada 30 minutos; cuente el número de contracciones que ocurren en un período de 10 minutos y la duración de las mismas en segundos. Marque según corresponda:

- Menos de 20 segundos:
- Entre 20 y 40 segundos:
- Más de 40 segundos:



altura de la dilatación y hora correspondiente.

OXITOCINA: Cuando se utiliza, registre la dilución de oxitocina (U.I. por litro) y el goteo administrado. Debe monitorearse cada 30 minutos.

MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS: Registre cualquier medicamento adicional que se administre.

PULSO: Registre cada 30 minutos y marque con un punto (•) sobre la línea de la hora correspondiente.

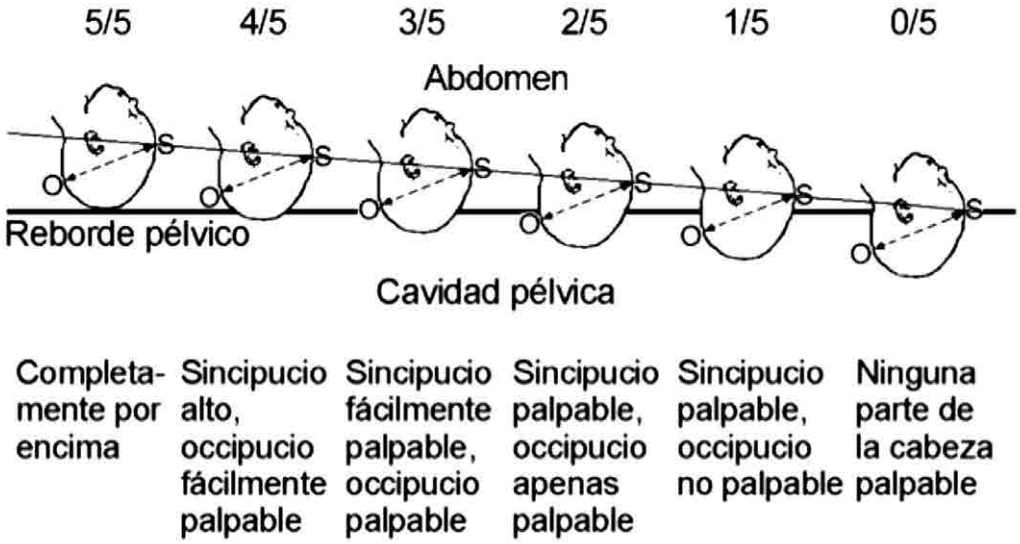
PRESIÓN ARTERIAL: Registre cada 3 - 4 horas y marque con flechas. El registro se realizará entre dos líneas verticales, un poco por delante de la hora correspondiente. Ante una paciente de riesgo, podría hacerse más seguido el control de PA.

TEMPERATURA: Registre cada 2 horas.

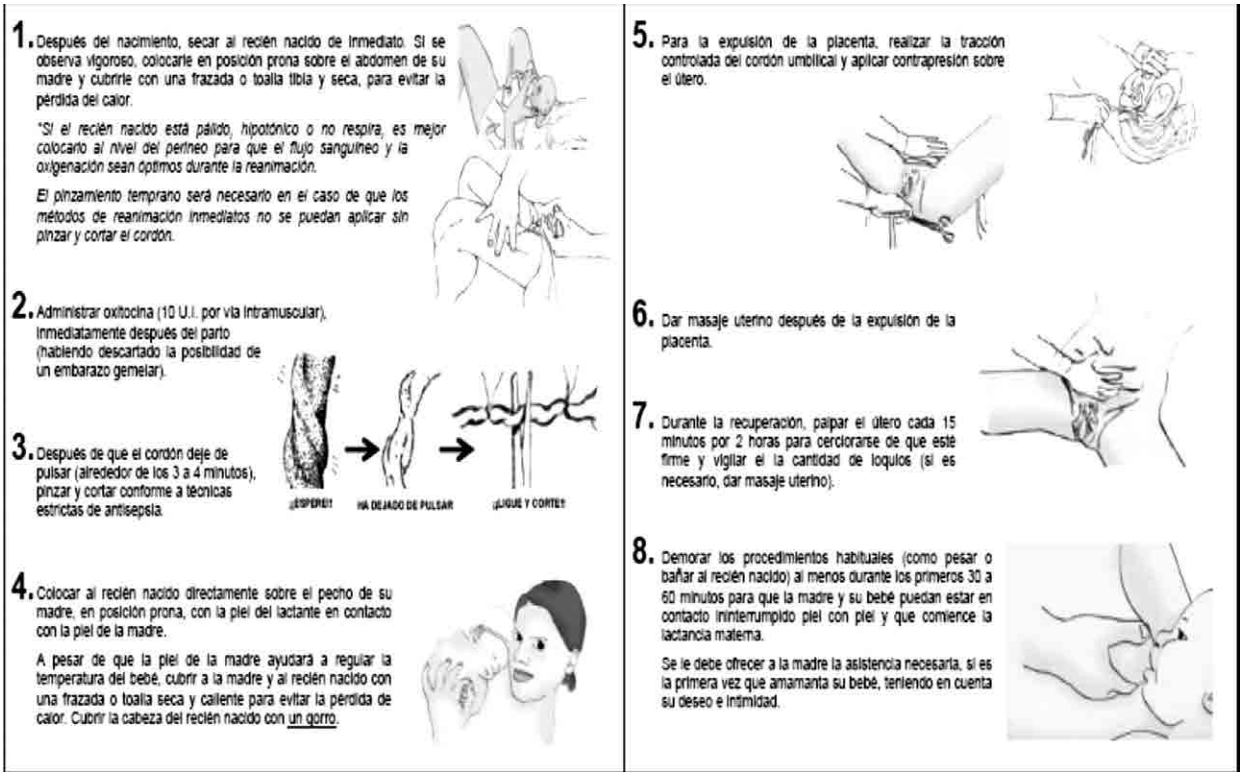
PROTEÍNA, ACETONA Y VOLUMEN: Registre cada vez que se produce orina.

OTROS DATOS: Registre la temperatura de la mujer cada dos horas.

Registre los detalles del parto: (terminación, fecha y hora, peso, talla, APGAR al nacer) en el espacio, a



la derecha de la línea de acción.



Una vez realizado la atención del parto

7. ATENCION DEL RECIEN NACIDO

La atención inmediata es el cuidado que recibe el recién nacido al nacer. El objetivo más importante de ésta es detectar y evaluar oportunamente situaciones de emergencia vital para el recién nacido.

La más frecuente es la depresión cardiorrespiratoria que requiere que siempre se cuente con los medios y personal entrenado para efectuar una buena y oportuna reanimación.

Para la atención inmediata y una eventual reanimación se debe contar con un lugar adecuado adyacente o en la misma sala de partos. Este debe tener condiciones de temperatura, iluminación y equipamiento necesarios para realizar la evaluación del recién nacido y los procedimientos que se realizan en el nacimiento de todo recién nacido.

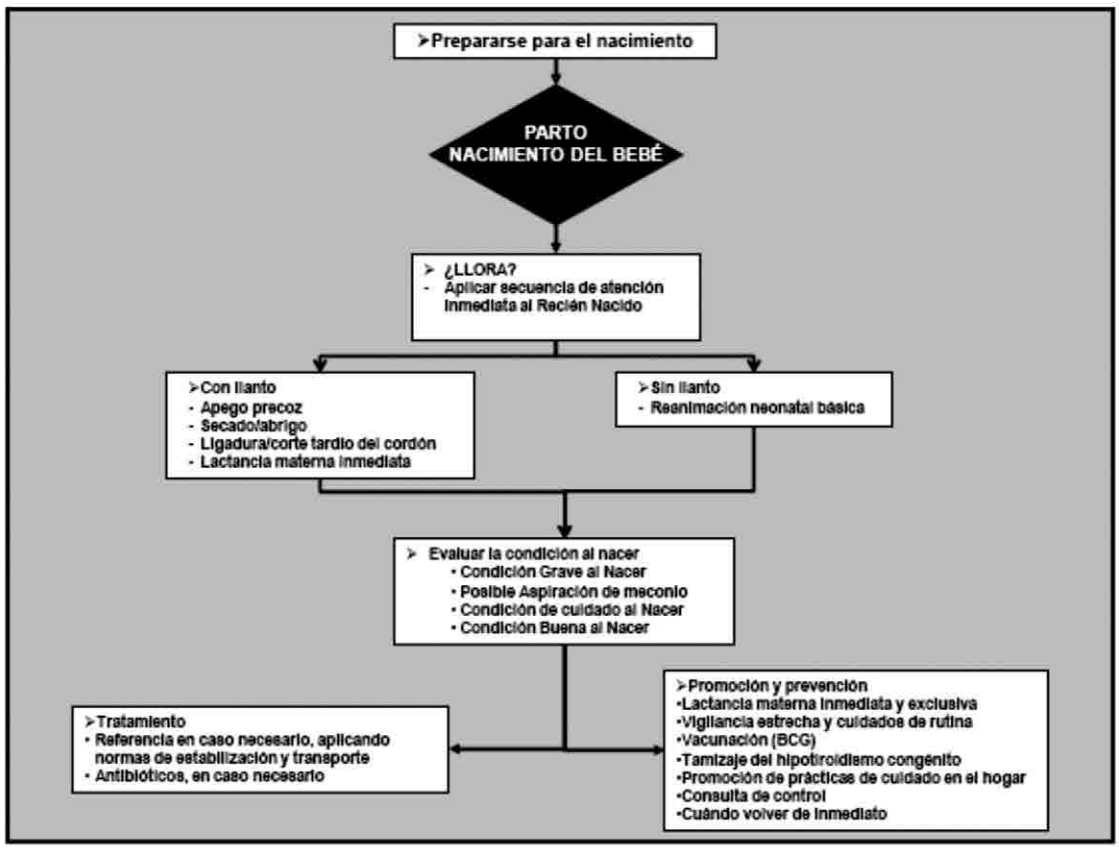
El personal de enfermería debe tener formación y entrenamiento requeridos para la primera evaluación y examen del recién nacido incluye los siguientes aspectos:

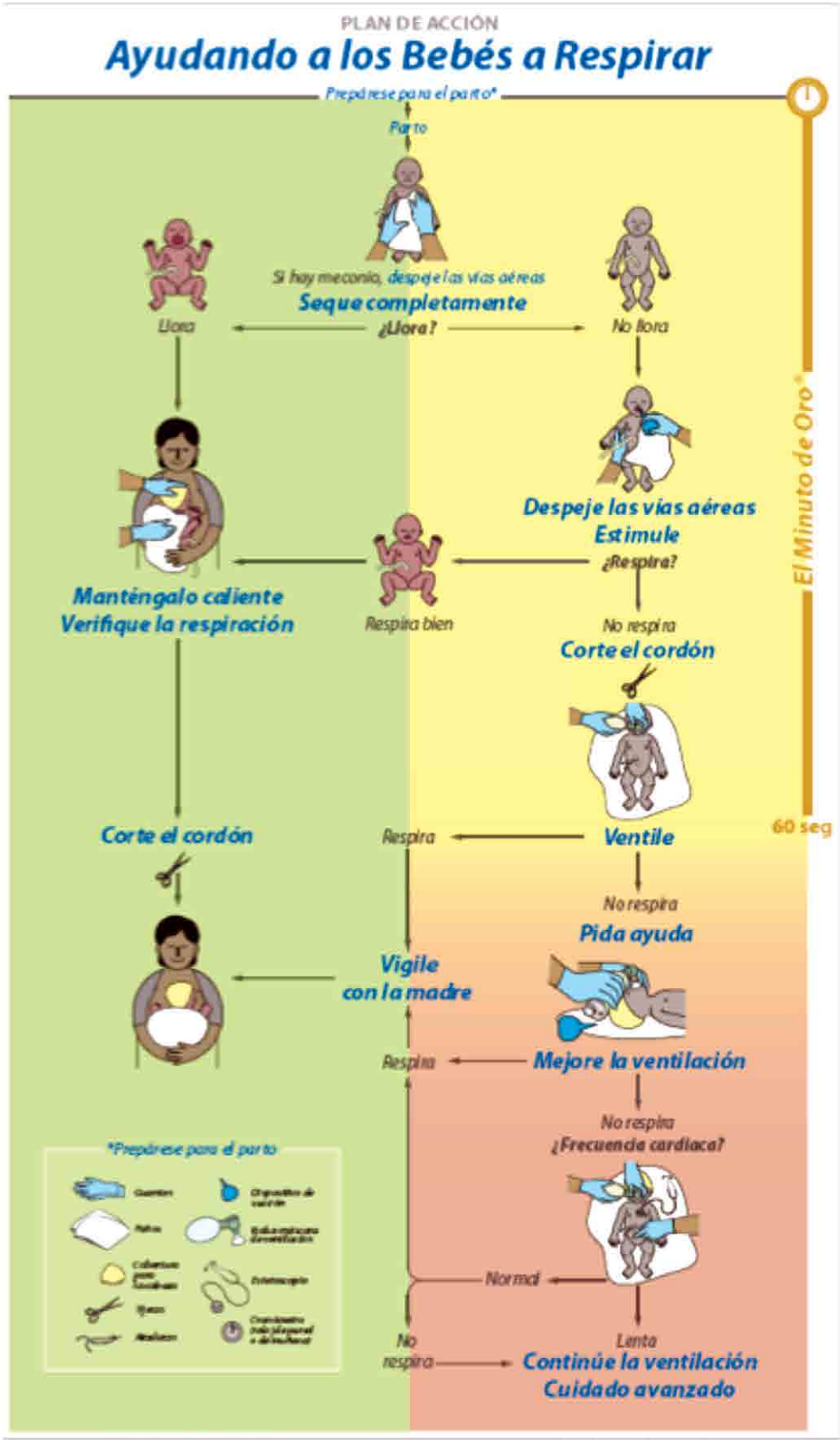
- ***Evaluación de la respiración, frecuencia cardíaca y color.*** Si estos están alterados se sigue la pauta de reanimación del RN descrita en el Capítulo 10.
- ***Test de Apgar. Al minuto y 5 minutos.*** Este test mantiene su plena vigencia como expresión de la buena adaptación vital del recién nacido a la etapa extrauterina.
- ***Descartar malformaciones mayores.*** Algunas son emergencias vitales que pueden presentarse inmediatamente o en el curso de las primeras horas y días de vida: atresia de coanas, hernia diafragmática, atresia esofágica, hipoplasia pulmonar, malformaciones renales, disrafias espinales, genitales ambiguos, e imperforación anal. La signología clínica y el examen físico orientado junto a ciertos procedimientos(p. ej. paso de sonda nasogástrica)

permiten descartar las principales malformaciones que conllevan un riesgo vital mayor, si no son oportunamente detectadas

- ***Antropometría y primera evaluación de edad gestacional-*** La edad gestacional, el peso y la adecuación de este a la EG permitirán la clasificación del RN. Para los padres es muy importante que tengan una información rápida del sexo, peso, talla, ausencia de malformaciones y si este tiene un primer examen normal.
  - Según el resultado de esta primera evaluación se indicará el destino del recién nacido:
  - transición habitual junto a su madre.
  - cuidado de transición con una orientación específica. Un ejemplo es el caso del RN PEG y del hijo de madre diabética. En ellos se deberá supervisar la glicemia y descartar una poliglobulia.

ATENCIÓN INMEDIATA AL RECIÉN NACIDO: FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN




PLAN DE ACCIÓN
Ayudando a los Bebés a Respirar
Prepárese para el parto*
Parto
Si hay meconio, despeje las vías aéreas
Seque completamente
¿Llora?
Llora
No llora
Despeje las vías aéreas
Estimule
¿Respira?
Respira bien
Manténgalo caliente
Verifique la respiración
No respira
Corte el cordón
El Minuto de Oro®
60 seg
Corte el cordón
Respira
Ventile
No respira
Pida ayuda
Vigile con la madre
Respira
Mejore la ventilación
No respira
¿Frecuencia cardíaca?
Normal
No respira
Lenta
Continúe la ventilación
Cuidado avanzado
*Prepárese para el parto

- hospitalización a cuidado intensivo o intermedio, según la gravedad del caso a supervisión y procedimientos requeridos en este período.

Entre las actividades y preparación para la atención del recién nacido esta , como primer paso la de la preparación del área de parto; la misma debe ser limpia, templada a 24 grados centígrados con paredes cerradas para evitar cruce de aire además de ser bien iluminada,

Lavarse las manos cuidadosamente y emplear guantes descartables

Preparar el espacio para la reanimación y verificar el equipo

El espacio (mesa) debe estar seco y debe ser plano, firme, seguro y accesible para que el bebé, en caso necesario, sea ventilado con presión positiva

El equipo (bolsa, mascarillas neonatales, perilla de aspiración, estetoscopio) debe estar colocado en la mesa y listo para su uso, desinfectado

Preparar los otros insumos necesarios para la atención al recién nacido

Guantes; Tijeras; ligaduras o clamps para el cordón; dos toallas limpias y secas; reloj con segundero fácilmente visible; gorro para el bebé

LA PERSONA QUE VA A ATENDER AL RECIÉN NACIDO/ ADEBE ESTAR CAPACITADA EN ATENCIÓN INMEDIATA Y REANIMACIÓN NEONATAL.

Puntos críticos para la Reanimación neonatal Básica.

Los primeros 30 segundos deben estar dedicados a la estabilización del recién nacido; esto incluye: **Evitar la pérdida de calor o hipotermia** secándolo completamente, cambiando la toalla y colocándolo en contacto piel a piel con su madre.

En caso de que el líquido amniótico esté teñido con meconio, antes del secado se debe limpiar la vía aérea, empleando una perilla o gasa

Si luego del secado, el bebé no llora, respira mal o no respira, colocarlo sobre el abdomen de la madre con el cuello ligeramente extendido, calentarlo, despejar vías aéreas con una perilla y estimularlo frotando su espalda una o dos veces

Si el bebé, aun no llora, respira mal o no respira, se debe cortar el cordón umbilical e iniciar la ventilación a presión positiva, empleando la bolsa de ventilación neonatal, en el espacio (mesa) preparado para la reanimación

Para la ventilación NO se debe emplear oxígeno al 100%, la decisión sobre el inicio de la ventilación debe ser tomada antes del minuto del nacimiento

La frecuencia de ventilación es de 40 ventilaciones por minuto, se debe cuidar que la mascarilla esté bien colocada (cubriendo boca y nariz, con cierre hermético); que la cabeza esté en posición neutra y que la ventilación sea efectiva (el tórax debe elevarse/expandirse con cada ventilación).

Si luego de un minuto de ventilación, el bebé no respira o respira mal verificar la frecuencia cardiaca; si ésta es menor a 100 latidos/minuto, se debe continuar la ventilación verificando que la técnica sea correcta.

CUIDADOS PARA MANTENER VÍA AÉREA PERMEABLE DURANTE LA VENTILACIÓN

- El recién nacido/a debe estar **acostado** de espaldas
- La cabeza debe estar en posición neutra. **La hiperextensión o flexión de la cabeza dificulta la respiración del recién nacido/a**
- Para mantener la posición neutra de la cabeza puede usar una compresa o toalla enrollada, que se coloca debajo de los hombros del recién nacido/a
- Para realizar aspiración de la boca y nariz, girar la cabeza hacia un costado
- Aspirar primero la boca y luego la nariz

VALORACIÓN DE LA DIFICULTAD RESPIRATORIA

DETERMINAR LA DIFICULTAD RESPIRATORIA

(Silverman-Andersen)

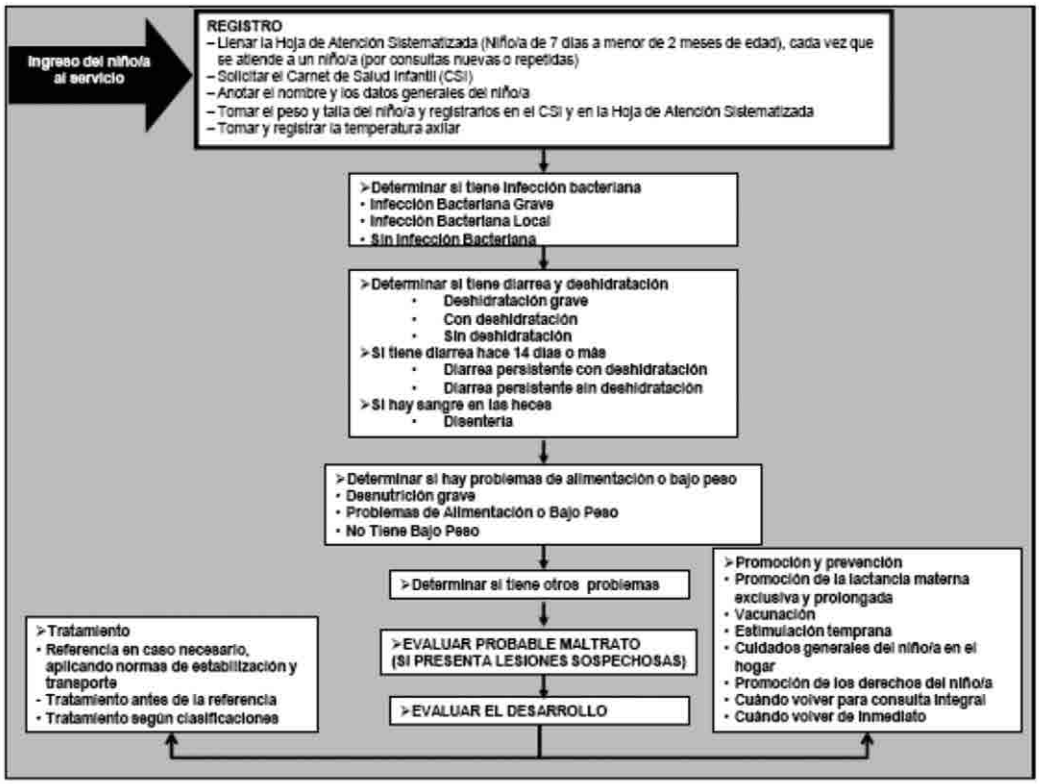
SIGNO	0	1	2
MOVIMIENTOS TORACO-ABDOMINALES	Rítmico y regular	Tórax inmóvil abdomen en movimiento	Tórax y abdomen (sube y baja)
TIRAJE INTERCOSTAL	**No**	Discreto	Intenso y constante
RETRACCION XIFOIDEA	**No**	Discreta	Notable
ALETEO NASAL	**No**	Discreto	Muy intenso
QUEJIDO ESPIRATORIO	**No**	Discreto	Constante e intenso

La puntuación de Silverman-Andersen mide la intensidad de la dificultad respiratoria:

- *5 puntos o más: dificultad respiratoria grave*
- *3 a 4 puntos: dificultad respiratoria moderada*
- *1 a 2 puntos: dificultad respiratoria leve*
- *0 puntos: sin dificultad respiratoria*

Suspender la reanimación neonatal si después de 10 minutos de aplicación correcta de maniobras, el bebé no respira y la frecuencia cardiaca e s 0

ATENCIÓN AL NIÑO/A DE 7 DÍAS A MENOR DE 2 MESES DE EDAD: FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN



Para la atención del neonato que abarca desde los 7 días hasta los dos meses de edad se debe tener en cuenta el siguiente flujograma:

Una de las cosas más importantes que el personero en salud debe cuidar en un recién nacido es la ictericia neonatal y diferenciarla de la ictericia fisiológica para eso tenemos que tener muy en cuenta, que La ictericia en recién nacidos sucede cuando un bebé tiene un alto nivel de bilirrubina en la sangre. La bilirrubina es una sustancia amarilla que el cuerpo produce cuando reemplaza los glóbulos rojos viejos. El hígado ayuda a descomponer la sustancia de manera que pueda eliminarse del cuerpo en las heces.

Un nivel alto de bilirrubina provoca que la piel y la esclerótica de los ojos del bebé luzcan amarillas. Esto se llama ictericia.

La causa s son, Cuando el bebé está creciendo en el vientre de la madre, la placenta elimina la bilirrubina del cuerpo del bebé. La placenta es el órgano que crece durante el embarazo para alimentar al bebé. Después del nacimiento, el hígado del bebé comienza a hacer este trabajo. Puede pasar algún tiempo para que el hígado del bebé sea capaz de hacer esto de manera eficiente.

La mayoría de los recién nacidos tienen algún color amarillento en la piel, o ictericia. Esto se llama

ictericia fisiológica. Con frecuencia es más notoria cuando el bebé tiene de 2 a 4 días. La mayoría de las veces, no causa problemas y desaparece al cabo de 2 semanas.

Se pueden presentar dos tipos de ictericia en los recién nacidos que están siendo amamantados. Ambos tipos en la mayor parte de los casos son inofensivos.

- La ictericia por la lactancia se observa en bebés lactantes durante la primera semana de vida. Es más probable que ocurra cuando los bebés no se alimentan bien o la leche de la madre es lenta para salir.
- La ictericia de la leche materna puede aparecer en algunos lactantes saludables después del día 7 de vida. Es probable que alcance su punto máximo durante las semanas 2 y 3, pero puede durar a niveles bajos durante un mes o más. El problema puede deberse a la forma en la que las sustancias en la leche materna afectan la descomposición de la bilirrubina en el hígado. Este tipo de ictericia es diferente de la ictericia por la lactancia.

La ictericia grave del recién nacido puede ocurrir si el bebé tiene una afección que aumente la cantidad de glóbulos rojos que necesitan ser reemplazados en el cuerpo, como:

- Formas anormales de las células sanguíneas.
- Incompatibilidades del grupo sanguíneo entre el bebé y la madre.
- Sangrado por debajo del cuero cabelludo (cefalohematoma) causado por un parto difícil.
- Niveles más altos de glóbulos rojos, lo cual es más común en bebés pequeños para su edad gestacional y algunos gemelos.
- Infección.
- Falta (deficiencia) de ciertas proteínas importantes, llamadas enzimas.

Los factores que pueden dificultar la eliminación de la bilirrubina del cuerpo del bebé también pueden llevar a que se presente ictericia más grave, por ejemplo:

- Ciertos medicamentos
- Infecciones congénitas como rubéola, sífilis y otras
- Enfermedades que afectan el hígado o las vías biliares, como la fibrosis quística o la hepatitis
- Bajo nivel de oxígeno (hipoxia)
- Infecciones (sepsis)
- Muchos trastornos hereditarios o genéticos diferentes

Los bebés que han nacido demasiado temprano (prematuros) son más propensos a presentar ictericia que los bebés a término.



Síntomas

La ictericia causa una coloración amarillenta de la piel. El color algunas veces empieza en la cara y luego baja hasta el pecho, la zona ventral (abdomen), las piernas y las plantas de los pies.

Algunas veces, los bebés con mucha ictericia pueden estar muy cansados y alimentarse mal.

Pruebas y exámenes

Los proveedores de atención médica vigilarán en busca de signos de ictericia en el hospital. Una vez que el recién nacido llega a su casa, suelen ser los familiares los que detectan la ictericia.

A cualquier bebé que parezca tener ictericia se le deben medir los niveles de bilirrubina inmediatamente. Esto puede hacerse con un examen de sangre.

Muchos hospitales revisan los niveles de bilirrubina total en todos los bebés más o menos a las 24 horas de nacidos. Los hospitales usan sondas que pueden calcular el nivel de bilirrubina simplemente tocando la piel. Es necesario confirmar las lecturas altas con exámenes de sangre.

Los exámenes que probablemente se lleven a cabo son:

- Hemograma o conteo sanguíneo completo
- Prueba de Coomb
- Conteo de reticulocitos

Se pueden necesitar pruebas adicionales para los bebés que necesiten tratamiento o cuyo nivel de bilirrubina total esté elevándose más rápidamente de lo esperado.

Tratamiento

La mayoría de las veces, no se requiere tratamiento.

Cuando se necesita tratamiento, el tipo dependerá de:

- El nivel de bilirrubina del bebé.
- Qué tan rápido se ha estado elevando el nivel.
- Si el bebé nació prematuro (los bebés prematuros tienen mayor probabilidad de tratamiento en niveles de bilirrubina más bajos).
- Cuál es la edad del bebé.

Un bebé necesitará tratamiento si el nivel de bilirrubina es demasiado alto o se está elevando con mucha rapidez.

Un bebé con ictericia necesita que lo mantengan bien hidratado con leche materna o leche maternizada (fórmula).

- Alimente al bebé con frecuencia (hasta 12 veces al día) para estimular las deposiciones frecuentes. Esto ayuda a eliminar la bilirrubina a través de las heces.
- Consulte con el médico antes de darle al recién nacido leche maternizada adicional.

Algunos recién nacidos necesitan tratamiento antes de salir del hospital. Otros posiblemente necesiten regresar al hospital cuando tengan unos días de vida. El tratamiento en el hospital por lo regular dura de 1 a 2 días.

Algunas veces, se utilizan luces azules especiales en los bebés cuyos niveles de bilirrubina están muy altos. Estas luces funcionan ayudando a descomponer la bilirrubina en la piel. Esto se denomina fototerapia.

- El bebé se coloca bajo luz artificial en una incubadora para mantener la temperatura constante.
- El bebé llevará puesto sólo un pañal y pantallas especiales para los ojos con el fin de protegerlos.
- El amamantamiento debe continuar durante la fototerapia, de ser posible.

- En contadas ocasiones, el bebé puede necesitar una vía intravenosa para suministrarle líquidos.

Si el nivel de bilirrubina no está demasiado alto o no se está elevando rápidamente, usted puede realizar la fototerapia en casa con una manta de fibra óptica, la cual contiene luces brillantes diminutas. También puede usar una cama que proyecta luz hacia arriba desde el colchón.

- Usted debe mantener la fototerapia sobre la piel de su hijo y alimentarlo cada 2 a 3 horas (10 a 12 veces al día).
- Una enfermera irá a su casa para enseñarle cómo usar la manta o la cama y para revisar a su hijo.
- La enfermera volverá diariamente para verificar el peso, las alimentaciones, la piel y el nivel de bilirrubina de su hijo.
- Le pedirán que cuente la cantidad de pañales mojados y sucios.

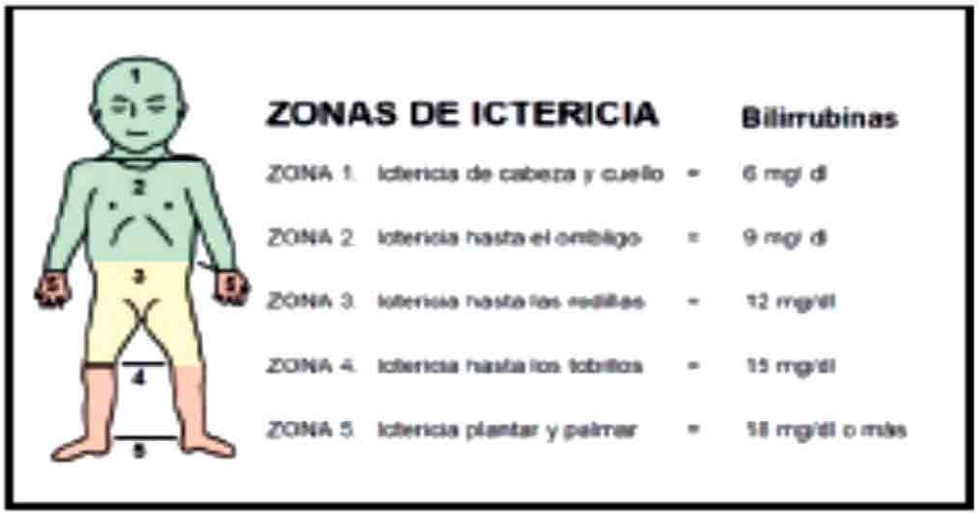
En los casos más graves de ictericia, es necesario realizar una exanguinotransfusión. En este procedimiento, se reemplaza la sangre del bebé por sangre fresca. Aplicarles a los bebés afectados gravemente por ictericia inmunoglobulina intravenosa también puede ser muy efectivo para reducir los niveles de bilirrubina.

Un nivel muy alto de bilirrubina puede causarle daño al cerebro. Esto se denomina kernicterus. La afección casi siempre se diagnostica antes de que el nivel llegue a ser tan alto como para causar este daño. El tratamiento generalmente es efectivo.

Entre las complicaciones serias, pero poco comunes, de los altos niveles de bilirrubina están:

- Parálisis cerebral
- Sordera

SI LA MAMA O EL PERSONAL DE SALUD OBSERVAN PRESENCIA DE ICTERICIA, PROCEDER DE LA SIGUIENTE MANERA:	
PREGUNTAR	**DETERMINAR, OBSERVAR**
• ¿Desde cuándo está amarillo (ictérico)? • ¿Lloró / respiró Inmediatamente al nacer? • ¿Tiene antecedentes de reanimación neonatal? • ¿Ha tenido deposiciones? - ¿Cuántas veces al día? • ¿Está orinando? - ¿Cuántas veces al día? • ¿Cuánto pesó al nacer?	• Zonas de ictericia (ver el cuadro de abajo) • Estado de Conciencia: letárgico, irritable • Determine: - Peso actual - Edad gestacional • ¿Hay hematomas en cualquier parte del cuerpo? • Estado de hidratación



- Kernícterus, que es daño cerebral a causa de niveles muy altos de bilirrubina

Para evaluar esto se debe tener en cuenta:

8. ATENCION DE L NIÑO DE 2 MESES A MENOR DE 5 AÑOS

Es importante que la sistematización de la atención, promovida por la estrategia, se realice en todos los niños y niñas que asisten a los servicios de salud, independientemente del motivo de consulta evidente, sea éste enfermedad, vacunas, "control del niño sano", entre otros.

La estrategia del continuo de la vida, plantea disminuir la mortalidad del niño menor de 5 años; así como la frecuencia y severidad de las enfermedades prevalentes en la infancia. Con esta capacitación, además se pretende contribuir a mejorar el crecimiento y desarrollo del niño menor de 5 años y mejorar la calidad de atención en los establecimientos del primer nivel de salud para la niñez.

2 a 24 meses de edad		2 años a menores de 5 años	
• **2 a 4 meses** - Mira el rosto - Sigue a un objeto - Reacciona a un sonido - Eleva la cabeza • **4 a 6 meses** - Responde al examinador - Agarra objetos - Emite sonidos (carcajadas) - Sostiene la cabeza • **6 a 9 meses** - Intenta alcanza un juguete - Lleva objetos a la boca - Localiza un sonido - Cambia de posición activamente (gira sobre su cuerpo) • **9 a 12 meses** - Juega a taparse y descubrirse - Transfiere objetos entre una mano a la otra - Repite sílabas - Se sienta sin apoyo	• **12 a 15 meses** - Imita gestos (ej. aplaude) - Pinza superior - Produce jerga - Camina con apoyo • **15 a 18 meses** - Ejecuta gestos a pedido - Coloca cubos en un recipiente - Dice una palabra - Camina sin apoyo • **18 a 24 meses** - Identifica dos objetos - Garabatea espontáneamente - Dice tres palabras - Camina para atrás	• **2 años a 2 años y 6 meses** - Se quita la ropa - Construye una torre de tres cubos - Señala dos figuras - Patea una pelota • **2 años y 6 meses a 3 años** - Se viste con supervisión - Construye torre de 6 cubos - Forma frases de dos palabras - Salta con ambos pies • **3 años a 3 años y 6 meses** - Dice el nombre de un amigo - Imita una línea vertical - Reconoce dos acciones - Tira la pelota • **3 años y 6 meses a 4 años** - Se pone una camiseta - Mueve el pulgar con mano cerrada - Comprende dos adjetivos - Se para en cada pie por 1 segundo	• **4 años a 4 años y 6 meses** - Iguala colores - Copia un círculo - Habla de manera comprensible - Salta en un solo pie • **4 años y 6 meses a 5 años** - Se viste sin ayuda - Copia una cruz - Comprende 4 órdenes - Se para en cada pie por 3 segundos

Para la atención del niño menor de 5 años lo primero que se debe valuar es el desarrollo psicomotriz del niño para ello se debe aplicar el siguiente cuadro

Las vacunas contribuyen a mejorar el nivel de salud de la población mediante la prevención y control de las enfermedades prevenibles por vacunas; entre ellas la Difteria, Tos Ferina, Tétanos, Hepatitis B, Influenza, Poliomielitis, Sarampión, Rubeola, Parotiditis, formas graves de la Tuberculosis, Meningitis, Fiebre Amarilla, Neumonías, diarreas por Rotavirus, infección por VPH. Por ello es importante la vacunación de forma oportuna, según el Esquema Nacional establecido.

La inmunización constituye la intervención más segura de salud pública que ha demostrado ser la de mayor costo-beneficio y costo-efectividad en los últimos dos siglos, y se detallan a continuación:

Para evaluación del niño lo primero que se debe evaluar en el servicio de Salud son los signos de peligro en general y los signos de peligro específicos por patología.

Entre los signos de peligro general encontramos:

VERIFICAR SI PRESENTA SIGNOS DE PELIGRO EN GENERAL	
Preguntar, el niño/a: • ¿Puede lactar o alimentarse? • ¿Vomita todo lo que ingiere? • ¿Ha tenido o tiene convulsiones o ataques durante esta enfermedad?	Observar o verificar: • El niño/a ¿está letárgico o inconsciente? (como desmayado)

Pero no menos importante esta la evalcion del estado nutricional del niño ya el desorden o alteración de alguno de ellos puede provocar patologías muy graves en estos como ser: la desnutrición aguda y la desnutrición crónica. Y también la obesidad.

Entre los signos de peligro específicos debemos tomar en cuenta las:

8.1. LAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS,

Las enfermedades respiratorias son comunes en niños menores de 5 años. La mayoría de los niños desarrollarán de 3 a 8 resfríos o enfermedades respiratorias al año. Este número puede ser incluso mayor en los niños que asisten a guarderías o están expuestos a humo de cigarro.

La mayoría de los casos son leves, pero alrededor de un tercio de las hospitalizaciones en este grupo de edad se deben a problemas respiratorios, como el asma y la neumonía.

A continuación les explicaremos como reconocer si los síntomas respiratorios son causados por enfermedad o infección, o por condiciones no respiratorias, y cuando su hijo necesita atención médica.

Podemos dividir las enfermedades respiratorias en infecciones respiratorias altas (cuando afectan el sistema respiratorio superior que incluye: la nariz, la boca, los senos paranasales y la garganta) y bajas (cuando afectan los bronquios y pulmones).

Si su hijo tiene una Infección Respiratoria Aguda (IRA) alta, él o ella puede sentirse incómodo y sonar congestionado, con secreción nasal y falta de apetito.

8.1.1. Infecciones respiratorias altas

Resfrío común

Lo que se conoce como "un resfrío" puede ser causado por 200 virus diferentes. Estos virus se transmiten fácilmente de persona a persona, tanto por el aire y por contacto con superficies cargadas de gérmenes y luego tocarse la nariz, la boca o los ojos. Es por eso que el lavado de manos es tan importante.

La mayoría de la gente está familiarizada con los principales síntomas de los resfriados: congestión nasal, goteo nasal, estornudos, dolor de garganta, tos leve a moderada, posible fiebre de bajo grado el primer o segundo día.

Influenza (gripe)

Al igual que un resfrío, la gripe afecta a las vías respiratorias superiores. A diferencia de un resfrío, suele ser una enfermedad más grave y con mayores complicaciones.

Dentro de sus síntomas encontramos: fiebre con escalofríos, dolores en el cuerpo, dolor de cabeza, tos, dolor de garganta, congestión nasal y rinorrea, agotamiento extremo y debilidad, posible dolor de estómago o vómitos en niños.

Sinusitis

Las infecciones virales y las alergias afectan a los senos de la misma manera en que afectan las fosas nasales, causando inflamación y producción de mucosidad.

Esto hace que sea difícil que los senos nasales drenen adecuadamente y como el moco se acumula, los senos se convierten en un refugio seguro para el desarrollo de gérmenes. La infección resultante puede causar presión en los senos y dolor.

La sintomatología incluye: congestión nasal y descarga posterior, tos de día y de noche, dolor facial o de cabeza, fatiga e irritabilidad, fiebre baja. Síntomas más graves: Fiebre mayor a 38,8 °C, mucosidad nasal amarillenta o verdosa, agotamiento extremo y debilidad, posible dolor de estómago o vómitos en niños.

8.1.2. Infecciones respiratorias bajas

Bronquitis aguda

La bronquitis es causada por una infección que afecta las vías respiratorias, llamados bronquios, que llevan a los pulmones. Estas vías respiratorias se inflaman, se hinchan y se llenan de mucosidad, lo que dificulta la respiración.

La bronquitis suele ser provocada por el VRS (virus respiratorio sincitial), también puede ser causada por resfríos, influenza (gripe) y el metapneumovirus humano (hMPV, que también puede causar neumonía).

Signos y síntomas: tos, fiebre, respiración rápida y poco profunda (disnea), retracciones: dibujo en los músculos y la piel alrededor del cuello y el tórax con cada respiración, ensanchamiento de las fosas nasales (aleteo nasal), cianosis (piel se torna de un tono morado-azuloso).

Neumonía

La neumonía es una infección bacteriana o viral de los pulmones que causa que las zonas donde se produce el intercambio gaseoso (alvéolos) en los pulmones, se inflamen.

Los pulmones pueden producir exceso de líquido, que puede acumularse en las vías respiratorias. Los médicos a menudo utilizan los rayos X para diagnosticar la neumonía.

Síntomas: fiebre, tos, respiración rápida, disminución de la actividad y la mala alimentación, gruñido cuando su hijo exhala, retracciones: dibujo en los músculos y la piel alrededor del cuello y el tórax con cada respiración, dolor torácico.

Asma

Es la enfermedad crónica más frecuente de la niñez, la que más afecta la calidad de vida de quienes la padecen y la que más provoca ausentismo escolar.

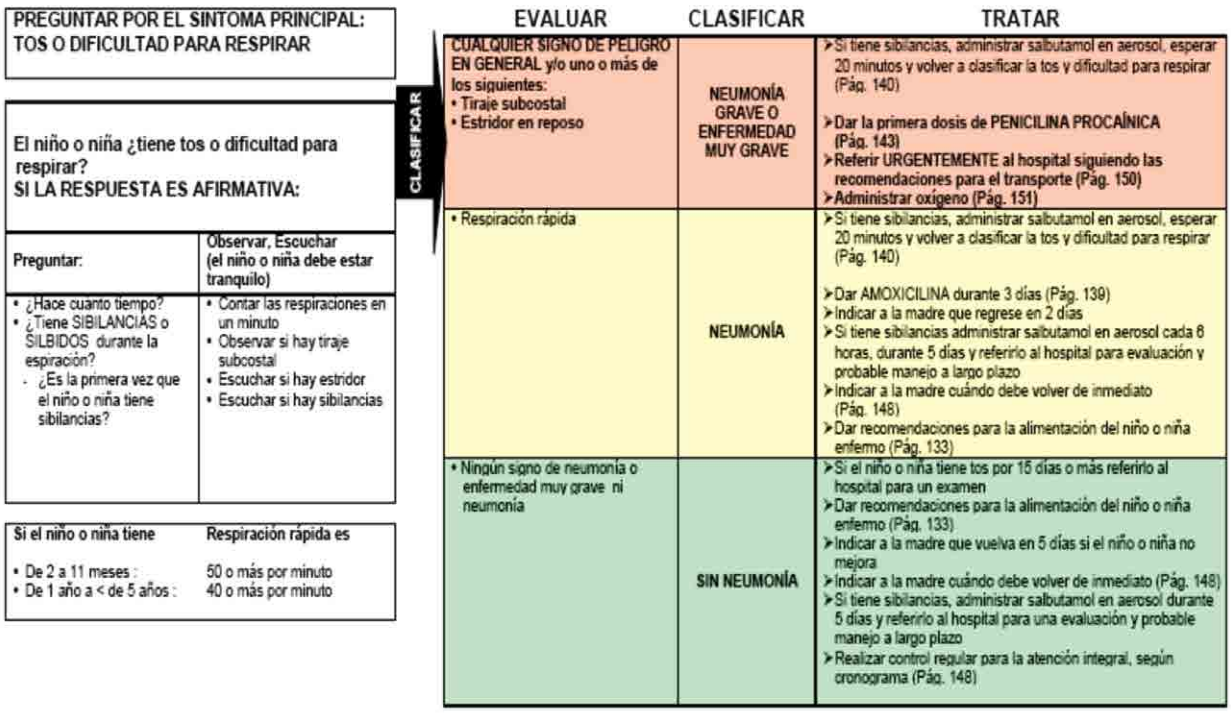
Los niños con asma tienen vías respiratorias sensibles e irritadas en sus pulmones. Cuando se expone a ciertos desencadenantes como virus, alérgenos, humo de cigarro, irritantes químicos, aire frío o la contaminación, las vías respiratorias se inflaman más, produciendo un aumento de moco, inflamación de la mucosa y la contracción muscular.

Esto da lugar a la obstrucción de las vías respiratorias, opresión en el pecho, tos, falta de aire y sibilancias (silbido en el pecho).

La forma en que el asma afecta a un niño varía de persona a persona, y los síntomas pueden mejorar o empeorar en ciertos momentos. En algunos niños, los síntomas del asma mejoran a medida que el niño crece.

Aunque el asma no se puede curar, los síntomas pueden ser manejados siguiendo un plan de tratamiento a desarrollar con el médico de su hijo. Síntomas:

tos, especialmente por la noche, sibilancias, dificultad para respirar, dificultad para respirar y tos al hacer ejercicio o jugar, frecuencia cardiaca rápida.



PREGUNTAR POR EL SINTOMA PRINCIPAL:
TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR

El niño o niña ¿tiene tos o dificultad para respirar?
SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA:

Preguntar:	Observar, Escuchar (el niño o niña debe estar tranquilo)
• ¿Hace cuanto tiempo? • ¿Tiene SIBILANCIAS o SILBIDOS durante la espiración? - ¿Es la primera vez que el niño o niña tiene sibilancias?	• Contar las respiraciones en un minuto • Observar si hay tiraje subcostal • Escuchar si hay estridor • Escuchar si hay sibilancias

Si el niño o niña tiene	Respiración rápida es
• De 2 a 11 meses :	50 o más por minuto
• De 1 año a < de 5 años :	40 o más por minuto

CLASIFICAR

EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAR
CUALQUIER SIGNO DE PELIGRO EN GENERAL y/o uno o más de los siguientes: • Tiraje subcostal • Estridor en reposo	NEUMONÍA GRAVE O ENFERMEDAD MUY GRAVE	➢Si tiene sibilancias, administrar salbutamol en aerosol, esperar 20 minutos y volver a clasificar la tos y dificultad para respirar (Pág. 140) ➢Dar la primera dosis de PENICILINA PROCAÍNICA (Pág. 143) ➢Referir URGENTEMENTE al hospital siguiendo las recomendaciones para el transporte (Pág. 150) ➢Administrar oxígeno (Pág. 151)
• Respiración rápida	NEUMONÍA	➢Si tiene sibilancias, administrar salbutamol en aerosol, esperar 20 minutos y volver a clasificar la tos y dificultad para respirar (Pág. 140) ➢Dar AMOXICILINA durante 3 días (Pág. 139) ➢Indicar a la madre que regrese en 2 días ➢Si tiene sibilancias administrar salbutamol en aerosol cada 6 horas, durante 5 días y referirlo al hospital para evaluación y probable manejo a largo plazo ➢Indicar a la madre cuándo debe volver de inmediato (Pág. 148) ➢Dar recomendaciones para la alimentación del niño o niña enfermo (Pág. 133)
• Ningún signo de neumonía o enfermedad muy grave ni neumonía	SIN NEUMONÍA	➢Si el niño o niña tiene tos por 15 días o más referirlo al hospital para un examen ➢Dar recomendaciones para la alimentación del niño o niña enfermo (Pág. 133) ➢Indicar a la madre que vuelva en 5 días si el niño o niña no mejora ➢Indicar a la madre cuándo debe volver de inmediato (Pág. 148) ➢Si tiene sibilancias, administrar salbutamol en aerosol durante 5 días y referirlo al hospital para una evaluación y probable manejo a largo plazo ➢Realizar control regular para la atención integral, según cronograma (Pág. 148)

En todas esta enfermedades el síntoma más importante es la Tos y/o Dificultad respiratoria Para la cual el continuo de la vida evalúa es el siguiente cuadro que debe conocer el personal que atiende en el primer nivel.

Otra de las patologías específicas que se debe tener en cuenta es:

8.2. LAS ENFERMEDADES DIARREICAS

Las enfermedades diarreicas son la segunda mayor causa de muerte de niños menores de cinco años, y ocasionan la muerte de 760 000 millones de niños cada año. La diarrea puede durar varios días y puede privar al organismo del agua y las sales necesarias para la supervivencia.

La mayoría de las personas que fallecen por enfermedades diarreicas en realidad mueren por una grave deshidratación y pérdida de líquidos. Los niños malnutridos o inmunodeprimidos son los que presentan mayor riesgo de enfermedades diarreicas potencialmente mortales.

Se define como diarrea la deposición, tres o más veces al día (o con una frecuencia mayor que la normal para la persona) de heces sueltas o líquidas. La deposición frecuente de heces formes (de consistencia sólida) no es diarrea, ni tampoco la deposición de heces de consistencia suelta y "pastosa" por bebés amamantados.

La diarrea suele ser un síntoma de una infección del tracto digestivo, que puede estar ocasionada por diversos organismos bacterianos, víricos y parásitos. La infección se transmite por alimentos o agua de consumo contaminado, o bien de una persona a otra como resultado de una higiene deficiente.

Las intervenciones destinadas a prevenir las enfermedades diarreicas, en particular el acceso al agua potable, el acceso a buenos sistemas de saneamiento y el lavado de las manos con jabón permiten reducir el riesgo de enfermedad. Las enfermedades diarreicas pueden tratarse con una solución de agua potable, azúcar y sal, y con comprimidos de zinc.

Hay tres tipos clínicos de enfermedades diarreicas:

- la diarrea acuosa aguda, que dura varias horas o días, y comprende el cólera;
- la diarrea con sangre aguda, también llamada diarrea disentérica o disentería; y
- la diarrea persistente, que dura 14 días o más.

8.2.1 Deshidratación

La amenaza más grave de las enfermedades diarreicas es la deshidratación. Durante un episodio de diarrea, se pierde agua y electrolitos (sodio, cloruro, potasio y bicarbonato) en las heces líquidas, los vómitos, el sudor, la orina y la respiración. Cuando estas pérdidas no se restituyen, se produce deshidratación.

El grado de deshidratación se mide en una escala de tres:

- Deshidratación incipiente: sin signos ni síntomas.
- Deshidratación moderada:
  - sed;
  - comportamiento inquieto o irritable;
  - reducción de la elasticidad de la piel;
  - ojos hundidos.
- Deshidratación grave:

- los síntomas se agravan;
- choque, con pérdida parcial del conocimiento, falta de diuresis, extremidades frías y húmedas, pulso rápido y débil, tensión arterial baja o no detectable, y palidez.

La deshidratación grave puede ocasionar la muerte si no se restituyen al organismo el agua y los electrolitos perdidos, ya sea mediante una solución de sales de rehidratación oral (SRO), o mediante infusión intravenosa.

Las causas más frecuentes están las infecciones y la mal nutrición;

Infección: La diarrea es un síntoma de infecciones ocasionadas por muy diversos organismos bacterianos, víricos y parásitos, la mayoría de los cuales se transmiten por agua con contaminación fecal.

La infección es más común cuando hay escasez de agua limpia para beber, cocinar y lavar. Las dos causas más comunes de enfermedades diarreicas en países en desarrollo son los rotavirus y Escherichia coli.

Malnutrición: Los niños que mueren por diarrea suelen padecer malnutrición subyacente, lo que les hace más vulnerables a las enfermedades diarreicas. A su vez, cada episodio de diarrea empeora su estado nutricional. La diarrea es la segunda mayor causa de malnutrición en niños menores de cinco años.

Fuente de agua: El agua contaminada con heces humanas procedentes, por ejemplo, de aguas residuales, fosas sépticas o letrinas, es particularmente peligrosa. Las heces de animales también contienen microorganismos capaces de ocasionar enfermedades diarreicas.

Otras causas: Las enfermedades diarreicas pueden también transmitirse de persona a persona, en particular en condiciones de higiene personal deficiente. Los alimentos elaborados o almacenados en condiciones antihigiénicas son otra causa principal de diarrea.

Los alimentos pueden contaminarse por el agua de riego, y también pueden ocasionar enfermedades diarreicas el pescado y marisco de aguas contaminadas.

Prevención y tratamiento

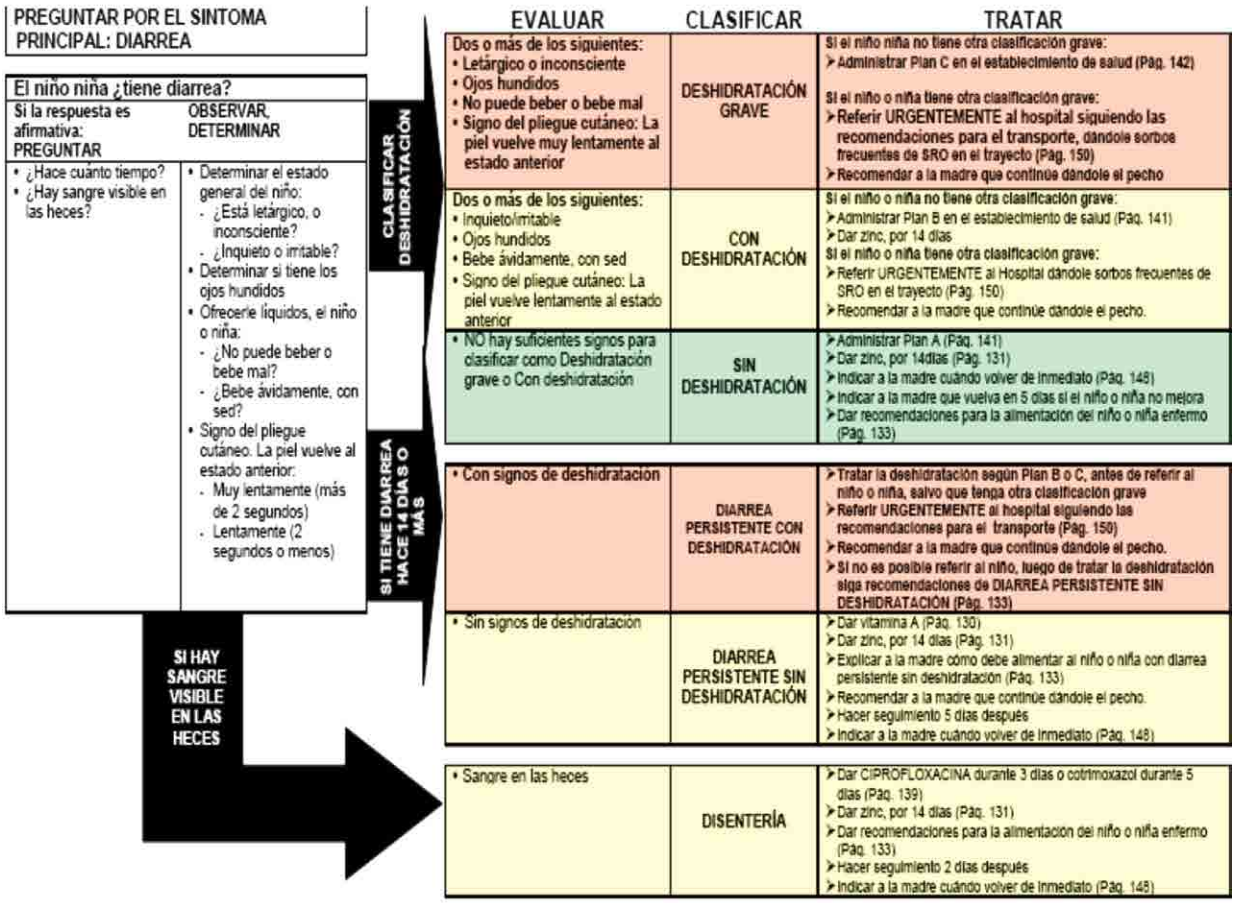
Entre las medidas clave para prevenir las enfermedades diarreicas cabe citar las siguientes:

- el acceso a fuentes inocuas de agua de consumo;
- uso de servicios de saneamiento mejorados;
- lavado de manos con jabón;
- lactancia exclusivamente materna durante los primeros seis meses de vida;
- una higiene personal y alimentaria correctas;
- la educación sobre salud y sobre los modos de transmisión de las infecciones;
- la vacunación contra rotavirus.

Entre las medidas clave para tratar las enfermedades diarreicas cabe citar las siguientes:

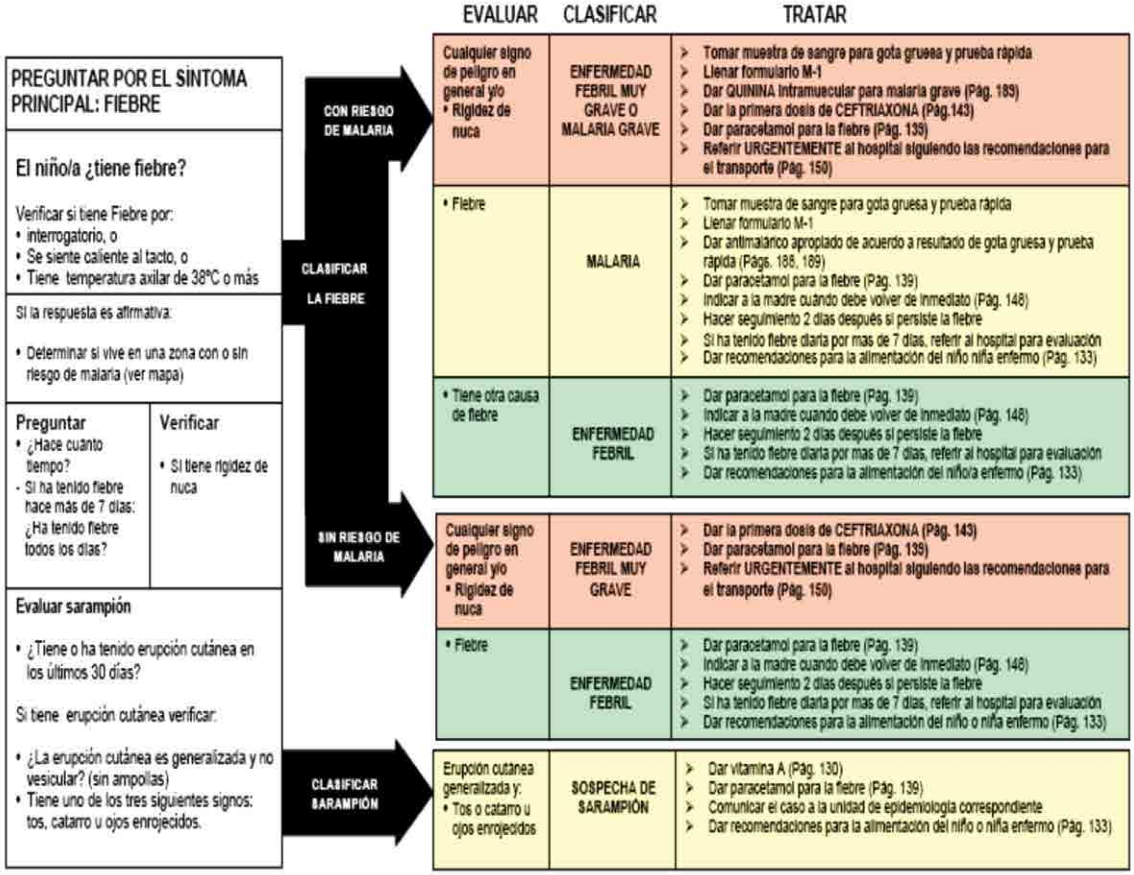
- Rehidratación: con solución salina de rehidratación oral (SRO). Las SRO son una mezcla de agua limpia, sal y azúcar. Cada tratamiento cuesta unos pocos céntimos. Las SRO se absorben en el intestino delgado y reponen el agua y los electrolitos perdidos en las heces.

- Complementos de zinc: los complementos de zinc reducen un 25% la duración de los episodios de diarrea y se asocian con una reducción del 30% del volumen de las heces.
- Rehidratación con fluidos intravenosos en caso de deshidratación severa o estado de choque.
- Alimentos ricos en nutrientes: el círculo vicioso de la malnutrición y las enfermedades diarreicas puede romperse continuando la administración de alimentos nutritivos —incluida la leche materna— durante los episodios de diarrea, y proporcionando una alimentación nutritiva —incluida la alimentación exclusiva con leche materna durante los seis primeros meses de vida— a los niños cuando están sanos.
- Consulta a un agente de salud, en particular para el tratamiento de la diarrea persistente o



cuando hay sangre en las heces o signos de deshidratación.

Una vez conocidas las causas de diarrea el continuo de la vida evalúa al síntoma principal que es



PLANES DE REHIDRATACIÓN

PLAN A: Tratar la diarrea en casa

Aconsejar a la madre o acompañante sobre las 4 reglas de manejo de la diarrea en el hogar: 1)Aumentar líquidos; 2) Dar suplementación con zinc (a partir de los de 2 meses de edad); 3) Continuar con la alimentación; 4) Cuándo regresar al establecimiento de salud

1. Aumentar líquidos (tanto como el niño o usuario/a pueda beber)

• Dar las siguientes instrucciones a la madre:
- Si el niño/a recibe pecho: Darle el pecho con frecuencia y por más tiempo cada vez
- Dar sales **Rehidratación Oral de Baja Osmolaridad*** (SRO) después de cada deposición
- Explicar y demostrar cómo preparar el SRO
- Si el niño ya recibe alimentación complementaria, es escolar adolescente o adulto mayor, darle uno o varios de los siguientes líquidos: SRO de baja osmolaridad; agua limpia; sopas; agua de arroz, agua de canela, jugo de frutas frescas u otros líquidos de uso corriente en el hogar sin exceso de azúcar.

Es especialmente importante dar SRO si:

• Durante esta consulta el usuario/a fue tratado con plan B o C
• El usuario/a no podrá volver a un servicio de salud o si la diarrea empeora
• Entregarle dos sobres de SRO para usar en casa
• Mostrar a la madre o acompañante la cantidad de SRO que debe dar en casa, además de los líquidos que habitualmente le da
- Menores de 2 años: 50 a 100 mL de SRO (1/4 a 1/2 taza) después de cada deposición acuosa
- Mayores de 2 años: 100 a 200 mL (1/2 a 1 taza) después de cada deposición acuosa

2. Dar suplementación con zinc (a partir de los 2 meses de edad)

• Explicar a la madre o acompañante cuánto zinc debe dar según la edad
• Las personas adultas mayores deben recibir 20 mg de zinc durante 14 días
• Demostrar cómo disolver la tableta dispersable de zinc y dar la primera dosis en el establecimiento de salud

3. Continuar alimentándolo

• **En el caso de niños/as lactantes: Apoyar la lactancia materna (exclusiva si es menor de 6 meses), prolongada (si es mayor de 6 meses)**
• **En niños/as o personas mayores: Deben continuar con la alimentación, evitando comidas de difícil digestión y condimentadas**

4. Cuándo regresar

PLAN B: Tratar la deshidratación con SRO de baja osmolaridad*:

• Si no conoce el peso: dar SRO a libre demanda usando una taza y cucharilla
• Si conoce el peso: dar 50 a 100 mL/Kg durante 4 horas.
  - **Si el niño o usuario/a quiere más SRO, darle más**

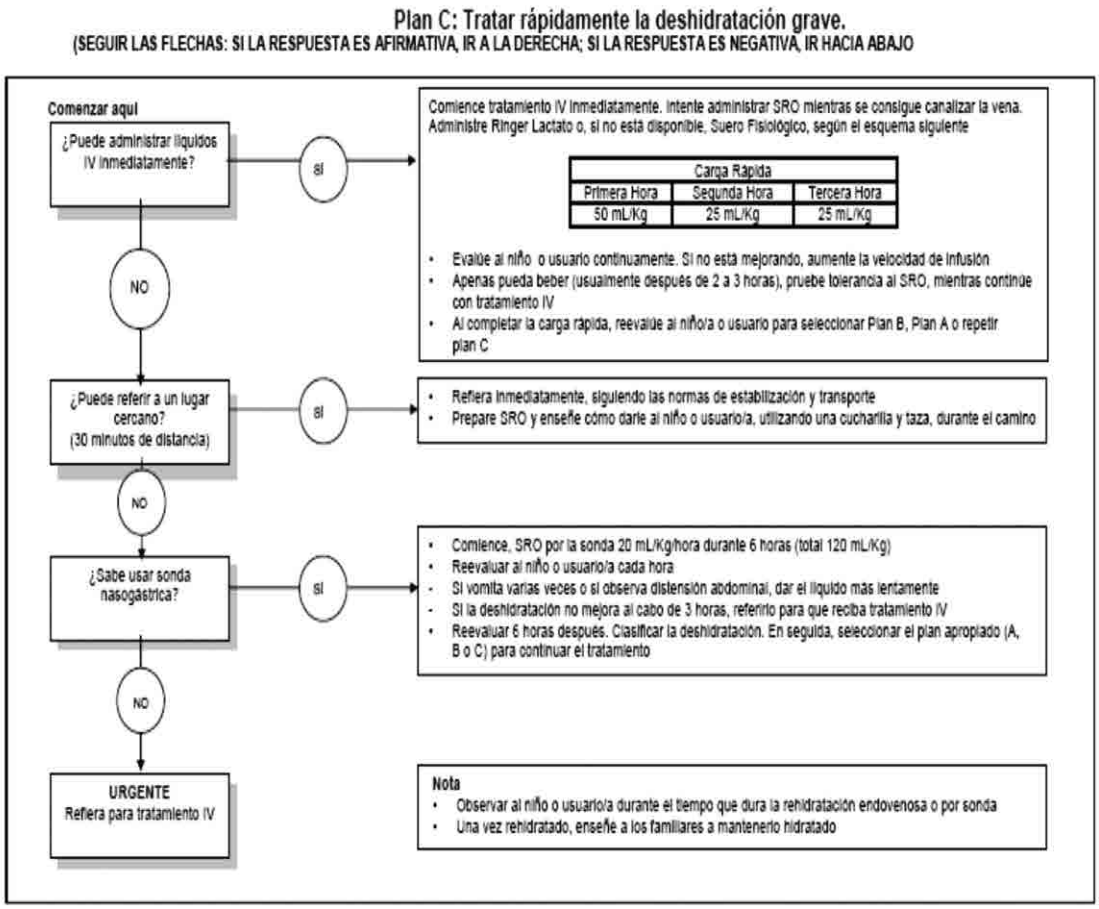
• **Muestre a la madre o acompañante cómo se prepara y administra el SRO:**
- Preparar el SRO con un litro de agua segura, mejor si es hervida y enfriada
- Dar con frecuencia pequeños sorbos de líquido en una taza y con cucharilla
- Si el niño o usuario/a vomita esperar 10 minutos y después continuar, pero más lentamente
- Si es lactante: Continuar dándole el pecho siempre que el niño lo desee

• **Cuatro horas después**
- Reevaluar al niño o usuario y clasificar la deshidratación
- Seleccionar el plan apropiado para continuar el tratamiento
- Si el niño o usuario/a continua deshidratado repita plan B durante dos horas más
- Si presenta signos de deshidratación grave: cambie a **Plan C**
- Si no presenta signos de deshidratación: cambie a **Plan A**

• **En el caso de niño/as: Si la madre o tiene que irse antes de que termine la administración del tratamiento**
- Iniciar la rehidratación oral por dos horas y si tolera, enseñe a la madre a preparar el SRO para continuar el tratamiento en el hogar.
- Enseñar a la madre las 4 reglas para el manejo de la diarrea en el hogar:

1)Aumentar líquidos
2) Dar suplementación con zinc (de 2 meses a menores de 5 años)
3) Continuar alimentándolo
4) Cuándo regresar al establecimiento de salud

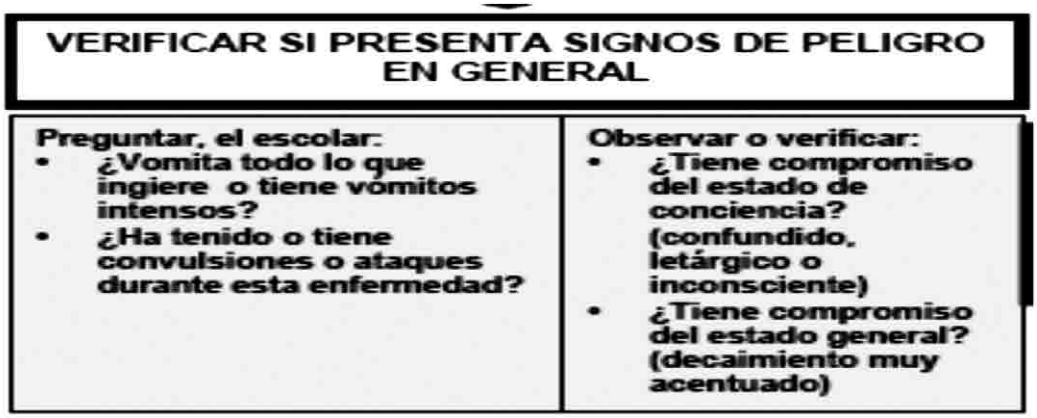
**Por las ventajas del SRO de Baja Osmolaridad (245 mmol/L), es recomendable emplear este tipo de SRO Si no se encuentra disponible, emplear el SRO tradicional (310 mmol/L)*



la diarrea mediante un esquema de evaluación que debe conocer el personal de primer nivel de atención.

Otras de los síntomas que se debe evaluar es la fiebre para el cual se debe evaluar y conocer el siguiente cuadro:

El, plan c se lo debe realizar ya en un cetro de mayor complejidad pero iniciando la primera parte del tratamiento.



9. ATENCION DE ESCOLAR DE 5 A 12 AÑOS

Al igual que los niños se evaluar signos de peligro repercuten en su salud y ponen en riesgo su vida y se debe tomar en cuenta los siguientes datos:

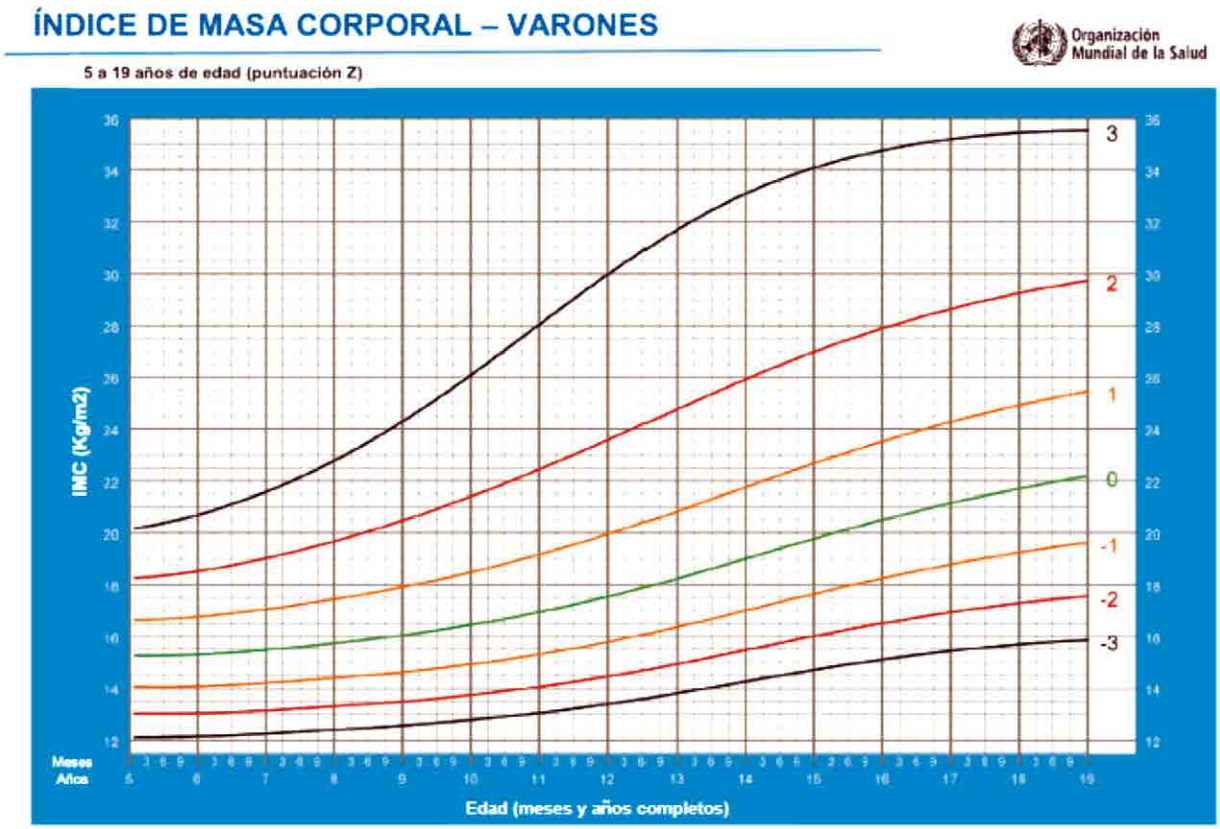
Si un niño de este grupo no presenta ningún signo de peligro se debe realizar la valoración nutricional del mismo si bien cada niño crece a un ritmo diferente, a continuación se enumeran los valores promedio para los niños de entre 6 y 12 años de edad:

- Peso: aumento promedio de entre 2 y 3 kilogramos (5 a 7 libras) al año
- Altura: crecimiento promedio de alrededor de 6,35 centímetros (2,5 pulgadas) por año.

Y para realizar esta evaluación se debe aplicar y utilizar la siguiente formula;

$$\frac{\text{Peso (Kg)}}{\text{Talla (m2)}}$$

El valor que vaya a obtener se constata en una curva de crecimiento da la OPS/OMS, para le edad escolar y adolecente (tabla de crecimiento del niño adolecente), tanto para varones como mujeres.





Una vez clasificado con estas tablas se debe tener en cuenta un esquema de evaluación que permitirá tipificar en qué estado nutricional se encuentra.

EVALUAR EL ESTADO NUTRICIONAL EN TODOS LOS/LAS ESCOLARES

OBSERVAR, DETERMINAR

- Enflaquecimiento extremo
- Peso en Kg
- Talla en cm
- Palidez palmar (intensa, con palidez, sin palidez)
- Determinar el IMC mediante la siguiente fórmula
  $IMC = \frac{\text{Peso actual (Kg)}}{\text{Talla}^2\ (m)}$
- VERIFICAR EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL OBTENIDO EN LA CURVA SEGÚN EDAD Y SEXO

CLASIFICAR

EVALUAR	CLASIFICAR
• **IMC: El punto cae por ENCIMA DE LA CURVA 2, según la edad y sexo**	**OBESIDAD**
• IMC: El punto cae por ENCIMA DE LA CURVA 1 HASTA LA CURVA 2 (INCLUYE SI EL PUNTO CAE EN LA CURVA 2), según la edad y sexo	**SOBREPESO**
Uno o más de los siguientes: • **Enflaquecimiento extremo** • **Palidez palmar intensa** • **IMC: el punto cae por DEBAJO DE LA CURVA -3, según la edad y sexo**	**DESNUTRICIÓN GRAVE Y/O O ANEMIA GRAVE**
Uno o más de los siguientes: • IMC: El punto cae POR DEBAJO DE LA CURVA -2 HASTA LA CURVA -3 (INCLUYE SI EL PUNTO CAE EN LA CURVA -3), según la edad y sexo • Palidez palmar	**DESNUTRICIÓN Y/O ANEMIA**
• IMC: El punto cae entre las CURVAS 1 y -2 (INCLUYE SI EL PUNTO CAE EN LA CURVA -2), según la edad y sexo • No tiene palidez palmar	**NO TIENE DESNUTRICIÓN NI OBESIDAD/ SOBREPESO**

Al igual que en los niños menores se debe evaluar también patologías especificas como ser enfermedades respiratorias, enfermedad diarreica y fiebre para el cual se debe tener en cuenta los siguientes cuadros:

EVALUAR PRESENCIA DE ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO

PREGUNTAR POR EL SINTOMA PRINCIPAL: TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR O DOLOR DE GARGANTA

El Escolar ¿tiene tos o dificultad para respirar o dolor de garganta?
SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA:

CLASIFICAR

Preguntar:	Observar, Escuchar (el escolar debe estar tranquilo)
• ¿Hace cuánto tiempo? • ¿Tiene sibilancias o silbido durante la espiración? • ¿Es la primera vez que el Escolar tiene sibilancias?	• Tomar la temperatura axilar • Contar las respiraciones en un minuto • Verificar retracción intercostal, aleteo nasal, uso de músculos accesorios • Presencia de cianosis en boca y labios • Escuchar si hay sibilancias • Observar faringe y palpar cuello: - Faringe enrojecida, placas blanquecinas, puede existir un puntillado petequial y amígdalas aumentadas de tamaño - Ganglios cervicales: Aumentados de tamaño y dolorosos

Si el escolar tiene	Respiración rápida es
• De 5 a 12 años	30 ciclos o más por minuto

EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAR
Dos o más de los siguientes • **Retracción intercostal** • **Aleteo nasal** • **Uso de músculos accesorios (esternocleidomastoideos)** • **Cianosis (labio y boca)** • **Sibilancias**	**NEUMONÍA GRAVE O ASMA GRAVE**	➢ **Si tiene sibilancias, administrar salbutamol en aerosol, 4 disparos, esperar 20 min. y volver a clasificar (Pág. 140)** ➢ **Si las sibilancias y la dificultad respiratoria persisten, repetir la administración de salbutamol cada 20 minutos durante una hora mientras se refiere al hospital** ➢ **Si tiene dificultad respiratoria sin sibilancias dar la primera dosis de penicilina procaínica IM (Pág. 166)** ➢ **Referir URGENTEMENTE al hospital siguiendo las recomendaciones para el transporte (Pág. 170)**
Uno de los siguientes: • Respiración rápida • Sibilancias	**NEUMONÍA/ ASMA**	➢ Si tiene sibilancias, administrar salbutamol en aerosol 2 disparos, esperar 20 min. y volver a clasificar (Pág.140) ➢ Referir al hospital para probable manejo a largo plazo de ASMA ➢ Si no tiene sibilancias: Dar AMOXICILINA VO cada 12 horas por 5 días (Pág. 165) ➢ Indicar a la madre cuándo debe volver de inmediato (Pág. 169) ➢ Dar recomendaciones para la alimentación del niño/a enfermo (Pág. 133) ➢ Consulta de seguimiento en 2 días
Faringe enrojecida y dos o más de los siguientes • **Placas blanquecinas** • **Puntillado Petequial** • **Fiebre** • **Ganglios cervicales aumentados de tamaño y dolorosos** • **Amígalas aumentadas de tamaño**	**FARINGITIS BACTERIANA**	➢ Administrar Penicilina Benzatinica IM, dosis unica (Pág. 166) ➢ Indicar paracetamol para dolor faringeo o fiebre (Pág. 165) ➢ Indicar a la madre cuándo debe volver de inmediato (Pág. 169) ➢ Dar recomendaciones para la alimentación del niño/a enfermo (Pág. 133) ➢ Consulta de seguimiento en 5 días
• Faringe enrojecida	**SIN NEUMONÍA**	➢ Si el niño o niña tiene tos por 15 días o másreferirlo al hospital para un examen ➢ Dar recomendaciones para la alimentación del niño o niña enfermo (Pág. 133) ➢ Indicar a la madre que vuelva en 5 días si el niño o niña no mejora ➢ Indicar a la madre cuándo debe volver de inmediato (Pág. 169) ➢ Realizar control regular para la atención integral, según cronograma (Pág. 169)

EVALUAR PRESENCIA DE DOLOR ABDOMINAL Y/O DIARREA

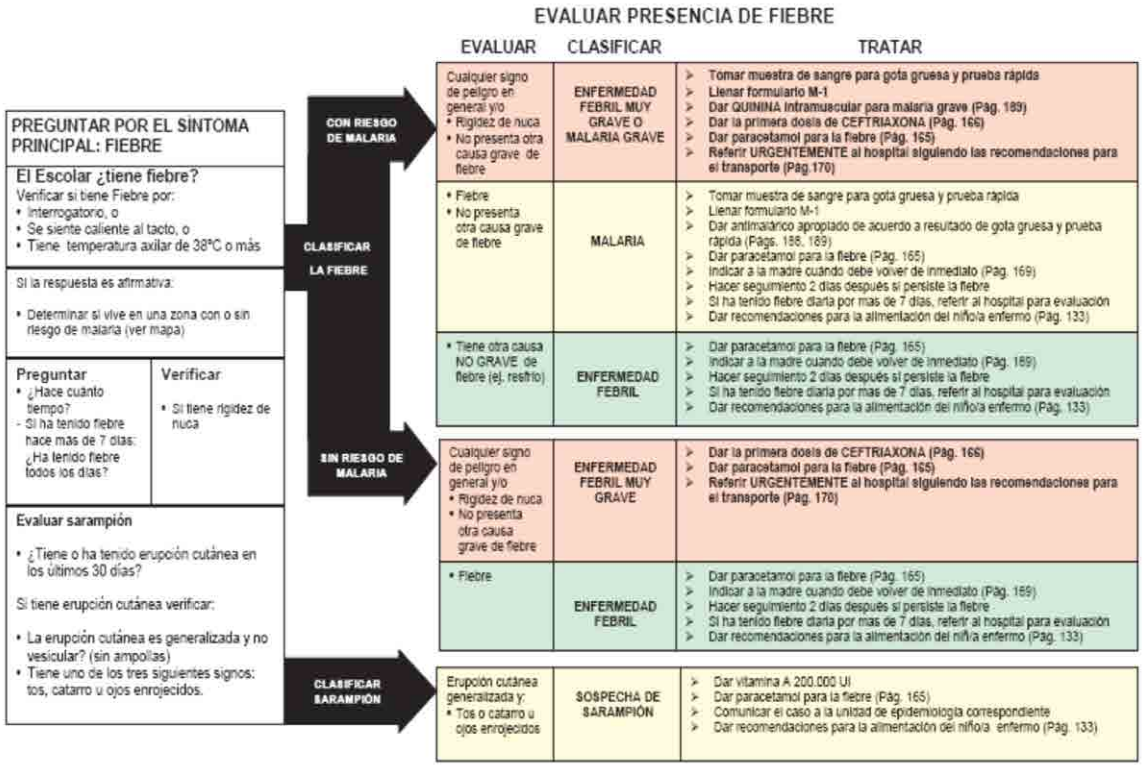
PREGUNTAR POR EL SINTOMA PRINCIPAL: DOLOR ABDOMINAL Y/O DIARREA

El Escolar ¿tiene dolor abdominal y/o diarrea?
SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA:

CLASIFICAR

Preguntar:	Observar, Escuchar (el escolar debe estar tranquilo)
Preguntar: • ¿Desde hace cuánto tiempo? • ¿Se acompaña de fiebre? • ¿Se acompaña de vómitos? • ¿El dolor abdominal es persistente o disminuye a momentos? • ¿Tiene diarrea con sangre visible en las heces?	• Dolor abdominal a la palpación: localizado/ Generalizado/rebote positivo • Compromiso del estado general (fiebre, malestar general, decaimiento) • Fiebre: Temperatura axilar > 38ºC

EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAR
Dolor abdominal y dos o más de los siguientes: • **Fiebre** • **Vómitos** • **Dolor persistente de menos de 24 horas de duración** • **Muy localizado o generalizado a la palpación o rebote positivo** • **Compromiso del estado general**	**PROBABLE ABDOMEN AGUDO**	➢ **Referir URGENTEMENTE al hospital siguiendo las recomendaciones para el transporte (Pág. 170)** ➢ **No administrar nada por vía oral** ➢ **Colocar vía venosa con Ringer Lactato**
Dolor abdominal y dos o más de los siguientes: • Disminuye a momentos • Diarrea sin sangre • No hay compromiso del estado general	**DOLOR ABDOMINAL/ DIARREA**	➢ Recomendar reposo ➢ Recomendar líquidos caseros mates, sopas y alimentación ➢ Si existe diarrea, evaluar el estado de hidratación y aplicar plan A, B o C (Págs. 141, 142) ➢ Visita de seguimiento en 24 horas o, si existe la posibilidad, mantener en observación durante 24 horas en el Establecimiento de Salud ➢ **Si el dolor persiste: referir al hospital para evaluación y exámenes complementarios** ➢ Indicarle cuándo volver de inmediato (Pág. 169)
• Dolor abdominal y diarrea con sangre visible en heces	**DISENTERÍA**	➢ Ciprofloxacina 250 mg VO cada 12 horas, durante 3 días ➢ Recomendar mayor consumo de líquidos (Plan A o B) ➢ Visita de seguimiento en 2 días ➢ Indicarle cuándo volver de inmediato (Pág. 169)



El traumatismo craneoencefálico es una causa importante de morbi-mortalidad entre la población infantil y juvenil y una causa frecuente de discapacidad adquirida entre esta población.

En los niños pequeños suele producirse por caídas, atropellos o accidentes en bicicleta y en los adolescentes por accidentes de tráfico. Las complicaciones neurológicas más comunes son la espasticidad, la ataxia, el temblor y la hemiparesia.

Pueden observarse alteraciones del lenguaje principalmente en forma de déficit de expresión y de ejecución en la respuesta verbal. Son frecuentes los trastornos neuropsicológicos como déficit de atención, memoria y concentración, a los que pueden asociarse trastornos del comportamiento como apatía, falta de iniciativa, labilidad emocional, depresión y agresividad entre otros.

En general hay una buena recuperación motora, pero suelen persistir déficit neuropsicológicos durante un tiempo prolongado. Los factores predictivos de los resultados funcionales están en relación con la severidad de la lesión, la edad del niño y las circunstancias prelesionales.

Debe establecerse un programa de rehabilitación encaminado a tratar precozmente tanto las secuelas motoras como las neuropsicológicas.

En este trabajo abordamos el traumatismo craneoencefálico en el niño y adolescente de forma global, analizando las secuelas y su manejo, y prestando especial atención a la repercusión de las mismas sobre el crecimiento, debido a las características propias de la edad.

Por ende se debe evaluar el siguiente cuadro:

EVALUAR TRAUMATISMOS O ACCIDENTES

EL ESCOLAR ¿HA SUFRIDO UN TRAUMA O ACCIDENTE?	EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAR
Si la respuesta es afirmativa: **Preguntar:** • Antecedente del traumatismo y/o accidente • ¿El accidente o trauma fue grave? (caída de una altura elevada, trauma craneal con pérdida de la conciencia, atropellamiento, accidente en vehículo en el que existieron heridos o muertos, etc.) **Observar, palpar:** • ¿Está respirando normalmente, sin dificultad? • ¿La tráquea está en posición medial (al centro del cuello)? • ¿Está pálido/a, frío y tiene un llenado capilar (en la punta de los dedos) normal? • ¿Está consciente, responde a las preguntas y órdenes? • ¿Las pupilas están reactivas a la luz y tienen el mismo tamaño? • ¿Existe deformidad, aumento de volumen o impotencia funcional de miembros? • ¿Existen heridas abiertas, que sangran profusamente? • ¿Existe hundimiento de cráneo? • Existe salida de sangre o líquido claro por uno o los dos oídos? • ¿Existe aumento de volumen del abdomen?	**CLASIFICAR**		
	• Antecedentes de traumatismo grave y uno o más de los siguientes • Dificultad para respirar • Desvío de la tráquea • Palidez cutánea y llenado capilar lento (más de 2 segundos) • Alteración del estado de conciencia • Una o más heridas sangran profusamente • Deformidad en una o más extremidades, con impotencia funcional	TRAUMA SEVERO/ POLITRAUMATISMO	➢ Asegurar la vía aérea colocando la cabeza en posición neutra, limpiando secreciones o sangre y retirando cuerpos extraños de la cavidad oral ➢ Si está inconsciente o hay antecedente de trauma en cuello: Fijar la cabeza con collarín. Si no se dispone de collarín, emplear un rollo de periódico o de cartón ➢ Administrar oxígeno por mascarilla a 5 L/min ➢ Inmovilizar el miembro o miembros afectados ➢ Reducir el sangrado por compresión ➢ Canalizar vía y administrar Solución Fisiológica ➢ Referir URGENTEMENTE al hospital (Pág. 170)
	• Antecedente de trauma craneal y uno o más de los siguientes: • No abre los ojos espontáneamente (solo al hablarle o producir dolor) • No habla, está confuso o dice palabras inadecuadas • No obedece órdenes (solo retira sus miembros al dolor) • Salida de líquido claro o sangre de oídos • Pupilas de diferente tamaño (anisocoria) • Hundimiento en el cráneo	TEC GRAVE	
	• Antecedentes de traumatismo no grave • No presenta ninguno de los signos previos	TRAUMA LEVE/POLICONTUSO	➢ Observar durante 4-8 horas ➢ Evaluar el estado de conciencia, respiración y palidez cutánea cada hora ➢ Si hay dolor, administrar ibuprofeno o paracetamol (Pág. 165) ➢ Luego de las 4-8 horas, enviar al niño/a a su domicilio ➢ Enseñar a la madre cuándo volver de inmediato (Pág. 169) ➢ Control en 2 días para verificar evolución de las contusiones o golpes

Dentro de la integralidad de atención se debe manejar la valoración siempre de forma multidisciplinaria para lo cual se debe tener encuentra:

EVALUAR LA SALUD ORAL DEL ESCOLAR

Revisar las arcadas superior e inferior, con la ayuda de un baja lenguas si se observa :	• Encías enrojecidas, hinchadas, que sangran fácilmente • Mal aliento	➢ Sospeche enfermedad periodontal	**En ambos casos refiera al odontólogo**
	• Manchas blancas, parduscas, destrucción del tejido dentario en las superficies de los dientes	➢ Caries dental	

➢ Higiene Oral en la edad escolar

Enseñar a realizar un cepillado de dientes correcto:

- Colocar pasta dentífrica del tamaño de una arveja sobre las cerdas del cepillo de dientes y mojarla con poco de agua
- Comenzar cepillando la cara externa de los dientes, con movimientos verticales de arriba abajo y de abajo arriba, con el cepillo en plano horizontal. Primero los incisivos, luego los caninos, premolares y acabar con los molares.
- Proseguir limpiando el interior de los dientes, con el cepillo en plano horizontal, empleando movimientos verticales de las encías hacia fuera. Acabar la limpieza con las superficies de masticación
- Realizar movimientos circulatorios y arrastrando las cerdas hacia el exterior de los dientes
- La lengua también debe ser incluida en la tarea de limpieza bucal. Se la debe cepillarla desde el interior hacia afuera
- Algunos cepillos incluyen cerdas de plástico muy suaves, en la cara posterior, con el propósito especifico de cepillar la lengua



➢ Recomendaciones para la salud oral en la edad escolar

- Cepillarse los dientes después de cada comida de 3 a 5 veces por día durante 1 a 3 minutos empleando pasta dental básica de adultos (de 1500 partes por millón o ppm)
- Visitar al odontólogo por lo menos una vez al año
- Consumir una dieta de frutas y verduras
- Evitar o reducir al máximo el consumo de golosinas y bebidas azucaradas

10. ATENCION DEL ADULTO MAYOR (MAYOR DE 60 AÑOS)

La población de este grupo de edad utiliza servicios de salud con una frecuencia 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 existen pocas políticas públicas en materia de salud capaces de afrontar el proceso de envejecimiento y sus consecuencias sociales.

En la actualidad los modelos de salud que predominan tienen una tendencia a 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 una situación de vulnerabilidad en materia de atención, lo cual se traduce como un riesgo para la salud de esta población.

El sistema de salud en la actualidad, a nivel de atención primaria, considera que el enfoque debe ser preventivo, efectivo, seguro y eficiente. Los programas en curso se basan en promoción para la salud desde edades tempranas, para mejorar la calidad de salud al llegar a la vejez, término conocido como «envejecimiento saludable», esta prevención primaria, aunado a las detecciones de factores de riesgo, constituyen el aspecto fundamental de los programas en el primer nivel de atención. Se incluye también dentro de estos puntos la detección temprana de enfermedades crónico-degenerativas, el tratamiento y control de enfermedades y un modelo integrado donde se promueve o fomenta el auto cuidado de la salud y se articula con el cuidado profesional.

Por ende la ley 475 del sistema integral de salud el adulto mayor se encuentra protegido con varias prestaciones que cubren diversas patologías entre ellas y más relevantes están y que debe conocer el personal de primer nivel es:

EVALUAR EL ESTADO NUTRICIONAL

DETERMINAR EN TODA PERSONA ADULTA MAYOR, SI PRESENTA DESNUTRICIÓN O SOBREPESO/OBESIDAD

OBSERVAR, DETERMINAR

- Enflaquecimiento extremo
- Determinar el Índice de Masa Corporal (IMC).

$$\frac{\text{Peso actual (Kg)}}{\text{Talla}^2\ (m)}$$

- Si existe peso previo, determinar la cantidad de peso perdido, en kg.

CLASIFICAR

EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAR
• IMC mayor a 29	OBESIDAD	➢Referir al hospital para evaluación ➢Dar recomendaciones nutricionales tomando en cuenta hábitos, cultura y situación socio económica (Págs. 14, 183)
• IMC de 25 a 29	SOBREPESO	➢Realizar Encuesta Alimentaria y corregir los problemas identificados (Pág. 13) ➢Realizar recomendaciones generales para el Sobrepeso y Obesidad, tomando en cuenta hábitos, cultura y situación socioeconómica (Pág. 14) ➢Realizar recomendaciones nutricionales específicas (Pág. 183) ➢Si es posible, referir para valoración por nutricionista ➢Promover la actividad física, de acuerdo a su capacidad y estado de salud ➢Corregir otros factores de riesgo (uso innecesario de fármacos, tabaquismo, consumo de alcohol)
Uno o más de los siguientes • IMC menor a 19 • Pérdida de peso reciente, sin causa aparente (más de 5 kg en 6 meses)	DESNUTRICIÓN	➢Referir al hospital para evaluación ➢Realizar recomendaciones nutricionales generales (Pág. 12 ➢Realizar recomendaciones nutricionales específicas (Pag. 183)
• IMC de 19 a 24 (inclusive)	ESTADO NUTRICIONAL NORMAL	➢Promover estilos de vida saludable: Evitar tabaquismo y consumo de alcohol; realizar ejercicios físicos según su capacidad, por lo menos 30 minutos al día ➢Recomendar prácticas de higiene y de alimentación saludable ➢Realizar recomendaciones nutricionales específicas (Pág. 183) ➢Promover la salud oral ➢Promover socialización ➢Control mensual de peso

EVALUAR PRESENCIA DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES Y CRÓNICAS

La persona adulta mayor puede presentar una variedad de síntomas que podrían deberse a la presencia de una enfermedad no transmisible y crónica que requiere diagnóstico y tratamiento apropiado

PREGUNTAR	OBSERVAR, DETERMINAR
• ¿Tiene dolor de cabeza constante? ¿Visión borrosa? • ¿Tiene poco o mucho apetito? ¿cansancio extremo? ¿orina mucho? • ¿Tiene mucha sed? • ¿Está perdiendo peso sin causa aparente? • ¿Las heridas tardan en sanar? • ¿Tiene tos que dura más de 2 semanas? • ¿Tiene algún lunar que ha creoido o cambiado de apariencia? • Dificultad para orinar en los hombres • ¿Presenta dolor persistente en alguna articulación? ¿Hay limitación de los movimientos? • ¿Existen factores de riesgo?: Sedentarismo, Tabaquismo, Abuso de alcohol, Ingesta elevada de sal, obesidad, estrés	• Medir la presión arterial • Presencia de masas o tumoraciones cervicales, axilares, inguinales • Aplicar la ficha de evaluación breve: Escala de Tinetti (aparato locomotor) • Solicitar glicemia o medir glicemia con tirilla reactiva • En mujeres, tomar muestra para Papanicolau

CLASIFICAR

EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAR
• Presión sistólica mayor a 160 mmHg y/o diastólica mayor a 100 mmHg	SOSPECHA DE CRISIS HIPERTENSIVA	➢ Nifedipino 10 mg VO, dosis única ➢ Referir URGENTEMENTE al hospital
Uno o más de los siguientes • Presión Arterial Sistólica 140 a menos de 160 mmHg y/o diastólica de 90 a menos de 100 mmHg	SOSPECHA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL	➢ Reducir ingesta de sal ➢ Promover el abandono de hábitos nocivos (tabaquismo, alcoholismo) ➢ Promover ejercicio físico adecuado para la edad ➢ Control de presión arterial cada semana ➢ Si la presión se mantiene elevada en dos controles, referir al hospital para valoración
Dos o más de los siguientes • Cansancio extremo • Orina mucho • Tiene mucho apetito • Ha perdido peso • Las heridas tardan en sanar O Si existe resultado de glicemia: • 126 o más mg/dL en ayunas o • 200 o más mg/dL (a cualquier hora)	SOSPECHA DE DIABETES MELLITUS	➢ Referir al URGENTEMENTE al hospital
Uno o más de los siguientes • Pérdida de peso sin causa aparente • Ganglios aumentados de volumen, generalmente indoloros • Dificultad para orinar (en hombres) • Lunar que ha modificados su apariencia • Cualquier síntoma que resista al tratamiento (E). tos, úlceras) • Papanicolau positivo • Tabaquismo intenso	SOSPECHA DE CÁNCER	➢ Referir al URGENTEMENTE al hospital
Uno o más de los siguientes • Dolores articulares con o sin limitación de los movimientos • Inflamación de articulaciones • Deformidad de articulaciones • Escala de Tinetti: Valor menor a 19	ENFERMEDAD OSTEOARTICULAR CRÓNICA	➢ Promover manejo general de apoyo: Fisioterapia, ayudas adaptativas (bastón, compresas calientes) ➢ Evitar alcohol, tabaco ➢ En caso de sobrepeso/obesidad: Reducir el peso ➢ En caso de dolor emplear las siguientes alternativas: Paracetamol 500 a 1500 mg por día (VO cada 8 horas) O Ibuprofeno 400 a 800 mg al día (VO cada 12 horas) O Diclofenaco 50 a 100 mg al día (cada 8 horas) ➢ Referir al hospital para evaluación y tratamiento a largo plazo

EVALUAR DEPRESIÓN Y DEMENCIA EN LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAR
Puntaje de la escala de Yesavage mayor a 6 O Si se ve triste y deprimido/a y presenta dos o más de factores de riesgo siguientes: • Antecedentes familiares de depresión o suicidio • Habla frecuentemente de muerte o suicidio • Evento traumático reciente o jubilación reciente • Enfermedad crónica • Intento suicida reciente	SOSPECHA DE DEPRESIÓN	➢ Referir URGENTEMENTE al Hospital o a un centro especializado (Hospital psiquiátrico) acompañado por otra/s persona/s ➢ Establecer contacto con la familia
Presenta dos o más de los siguientes: • Cambios en el patrón del sueño • Ha dejado de realizar sus actividades habituales • Descuido personal evidente • Llora con facilidad, aparece deprimido/a • Desorientación temporo-espacial • Irritabilidad • Pérdida de la memoria • Escala MMSE de 13 o menos puntos	SOSPECHA DE DEMENCIA	
Presenta desorientación, depresión o sospecha de demencia y uno o más de los siguientes • Deshidratación • Fiebre • Hipertensión	ALTERACIÓN MENTAL SECUNDARIA	
• No presenta ninguna señal previa	ESTADO MENTAL NORMAL	➢ Disminuir los estados de ansiedad, explicando a la persona mayor que no esta enferma ➢ Darle consejos para mejorar su participación social, cuidar la memoria, integrar grupos de personas mayores o actividades ➢ Control de pruebas (escalas) cada año

El capitulo fue revisado y creado para tener detalles más relevantes que deben tener los médicos internos, pero recordarles que el continuo es un tema muy extenso y que se encuentra vigentes en el

SALUD PARA LA PAZ

país y en el departamento de la Paz.

BIBLIOGRAFIA:

1.- Manual de procedimientos del continuo de la vida para atención en primer nivel de atención (publicación 240.M.S.2013).

2.-Guia Nacional para la atención integral y diferenciada de adolecentes y jóvenes,(publicación 274M.S.2013)

3.-Morvilidad Obstétrica grave más frecuente en Bolivia,(publicación 336,M.S. 2013)

4.- Norma Nacional del sistema de vigilancia epidemiológica mortalidad materna,(publicación 274,328,M.S. 2013)

5.-Guia Para la vigilancia de mortalidad perinatal y neonatal,(publicacion326.M.S.2013)

6.-Normas nacionales de atención clínica tomo I y II (publicación 288, M.S. 2013)

7.-Normannacional Reglas, protocolos y procedimientos de anticoncepción,(publicacion169,M.S. 2012)

8.-Guia practica de preparación de alimentos, (publicación 113, M.S. 2011)

9.- Anate guía" prevención del embarazo en adolescencia", comité de adolecentes y jóvenes para la prevención del embarazo en la adolescencia, (publicación UNFPA, 2012)

GOBIERNO AUTÓNOMO DEPARTAMENTAL DE LA PAZ
SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD
UNIDAD DE REDES Y SEGUROS PÚBLICOS

SEDES LA PAZ TERCER MILENIO

Modulo No. 2



Promoción de la Salud y Prevención de Enfermedades



SALUD PARA LA PAZ

"El doctor del futuro no tratara el cuerpo humano con drogas, sino que prevendrá las enfermedades con la nutrición" Thomas Edison

PROMOCION DE LA SALUD Y PREVENCION DE LAS ENFERMEDADES

Dra. Fanny Ramírez Flores
Jefe Unidad de Promoción de la Salud
y Prevención de Enfermedades

Objetivo de aprendizaje.-

- *Fortalecer el desempeño y la capacidad de interaccion con las personas familias y comunidad junto al personal de Salud.*
- *Dotar de instrumentos para fomentar la salud y el bien estar de la población promoviendo mediante la promocion de la Salud entornos y estilos de vida saludables en el marco de la SAFCI.*

I. INTRODUCCION.-

En las dos últimas décadas Bolivia ha progresado en su nivel de salud gracias a la implementación de una serie de políticas dirigidas primordialmente a la reducción de la mortalidad materna e infantil.

En este mismo periodo se han desarrollado instrumentos y documentos para favorecer la articulación y complementación entre la medicina académica y la tradicional y avances en la descentralización de la gestión pública, con la consiguiente mejora de la capacidad de toma de decisiones en los niveles locales.

Actualmente Bolivia se encuentra en una etapa de transformaciones sociales y políticas de mayor inclusión social en el marco del modelo Salud Familiar Comunitario Intercultural (SAFCI). DS. Nº 29601 de 11/06/ basado en los principios de:

- Participación Comunitaria
- Intersectorialidad
- Interculturalidad
- Integralidad

La Política amplía la participación social en el diseño, ejecución y seguimiento de planes, programas y proyectos de salud, que incluyen acciones de promoción de la salud y prevención de las enfermedades, orientadas al desarrollo integral de la comunidad, dentro del concepto de derechos y crea instancias de diálogo entre la institución de salud y la población en los diferentes niveles de gestión para consolidar una visión nacional y no sectorial o corporativo.

La SAFCI recupera el concepto de salud–enfermedad proveniente de la cosmovisión de los pueblos originarios de tierras altas y tierras bajas, que la define como "un proceso de equilibrio y armonía biopsicosocial, cultural y espiritual de la persona consigo misma y con su entorno, que implica la familia, la comunidad y la naturaleza".

II. PROMOCIÓN DE LA SALUD.-

La promoción de la salud es la estrategia de la política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, se la entiende como un proceso político de movilización social, intersectorial, transformadora de determinantes de la salud, realizada en corresponsabilidad entre la población organizada, autoridades, el sector salud y otros sectores, cuya finalidad es la de transformar las determinantes de la salud y generar sentires, saberes-conocimientos, actitudes y prácticas de protección de la salud, mediante la intervención positiva en el proceso salud-enfermedad en armonía y equilibrio entre la persona, la familia y la comunidad con la madre tierra, el cosmos y el mundo espiritual.

Cuyo Objetivo es la transformación de los servicios de salud, que reorienta la atención, organización y funcionamiento de los servicios de salud hacia la promoción de la salud y la interculturalidad, mediante la educación permanente, investigación pertinente e idónea, contextualización sociocultural del servicio, la articulación complementaria con la medicina tradicional; respetando y valorando las concepciones de las persona, familia y comunidad, con buen trato. La transformación de los servicios de salud trasciende los servicios restringidos a lo asistencial, a partir de la participación comunitaria con control social.

Los medios de la promoción de la salud son:

- Educación para la vida,
- Movilización Social
- Alianzas Estratégicas (intersectorial dad),
- Gestión Participativa
- Medicina Tradicional e Interculturalidad
- Nutrición.

III. BIBLIOGRAFIA.-

1. *Ministerio de Salud Bolivia.Curso de educacion permanentre en SUS y SAFCI docier bibliografico . Noviembre 2014. Pág 241-246*
2. *Ministerio de Salud. Documento técnico estratégico. Nº171 Salud Familiar Comunitaria intercultural 2011.*
3. *Ministerio de Salud. Guía de procedimientos en gestión participativa. Serie documentos técnicos normativos 381. 2015.*

GESTION PARTICIPATIVA EN SALUD

Dra. Miriam Gutiérrez Aguilar
Responsable Área de Gestión Participativa

Objetivo de aprendizaje.-

- *Fortalecer el desempeño y la capacidad de interacción con las personas familias y comunidad en cuanto a la gestión en Salud (Planificación, ejecución , seguimiento y control social de todas las acciones en Salud*
- *Dotación de herramientas en los y las estudiantes para identificar junto a la población las necesidades para mejorar su condicion de vida (saneamiento basico, agua potable, mejoramiento de vivienda).*

I. INTRODUCCION.-

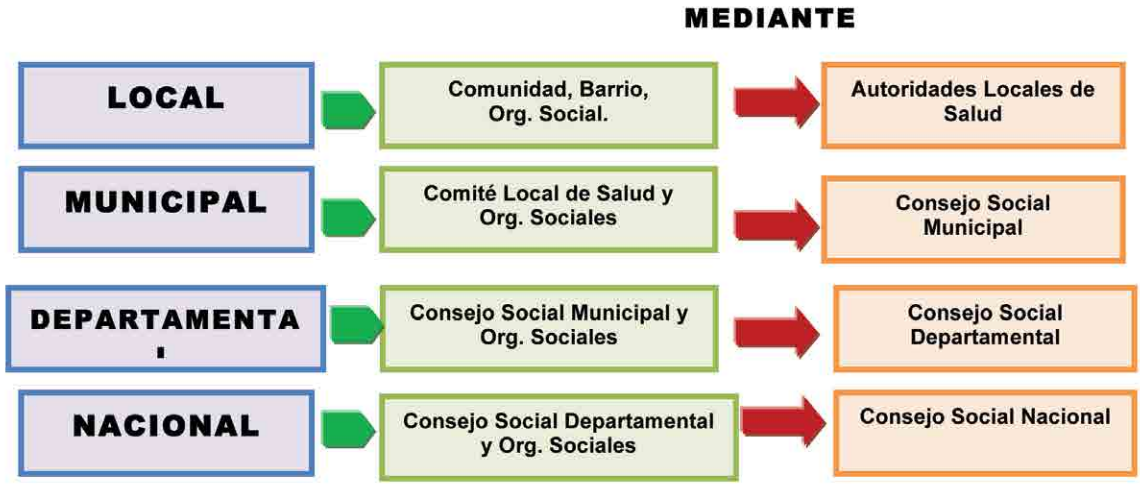
El Servicio Departamental de Salud tiene como visión mejorar las condiciones de vida de las poblaciones en el Departamento de La Paz ademas de promover el ejerciendo de derechos y el acceso a la atencion de calidad en Salud a través servicios de Salud integrales, interculturales y gratuitos en todos los niveles de atención con equidad de género , participación y control social en el marco de la Politica de Salud Familiar Comunitaria Intercultural.

Por lo descrito anteriormente es que la Unidad de Promoción de la Salud mediante el área de Gestión Partcipativa tiene como proposito promover la participación directa de la población organizada en todos los momentos de la Gestión en Salud como son en la planificación, la ejecución, evaluación. Control a través del fucionamiento de la estructura social en Salud (Comite Local de Salud, Consejo Social Municipal y Concejo Social Muncipal)

II. DEFINICION.-

Es la forma de generar espacios de representacion y participación donde las comunidades urbanas y rurales, ejemplo: (Ayllus, Capatanias , y otros) a través de sus representantes legítimos de salud "Estructura Social en salud" toman decisiciones de manera corresponsable en el sector de Salud (Planificación, Ejecución y Administración, Seguimiento y Control Social) a nivel local en la Comunidad, Municipal, Departamental y Nacional.

III. ESTRUCTRA SOCIAL EN SALUD.-







ESTRUCTURA SOCIAL MUNICIPIO DE GUAQUI 2014

IV. PASOS PARA SU IMPLEMENTACION DE LA GESTION PARTICIPATIVA .-

- Diagnóstico situacional de la comunidad conjunta personal de salud y comunidad (Instrumento Carpetas familiares)
- Análisis de las determinantes en Salud.
- Socialización la situación de salud de las comunidades y sus determinantes.
- Priorizar de los problemas de salud prevalentes junto a las comunidades y el personal de salud a nivel local (En las reuniones generales).
- Consolidación con el personal de Salud en el Centro de Salud de área problemas de salud y sus soluciones.
- Debatir con las organizaciones sociales del Muncipio los programas, proyectos para intervenir en determinantes de la salud y organizar la 1ra mesa municipal cuyo producto será el Plan Estratégico de Salud.
- En la Segunda Muncipal se presentara el Plan Municipal de Salud para que el gobierno municipal lo incluya el PDM del Municipio donde preveera su POA proyectos a 5 años para su ejecución.

ACCIONES DE SALUD.- El personal de salud debe ser parte de las comunidades articularse a sus problemas de salud para proponer soluciones para juntos tomar una decisión e intervenir en determinantes en Salud.

ACCIONES COMUNITARIAS A REALIZAR.- Se debe socializar permanentemente con la comunidad en sus reuniones como personal de salud y realizar un trabajo intersectorial informarles sobre las enfermermedades mas prevalentes que tiene que ver con la falta de intervencion en las mismas donde ellos propondran cambios y como evitarlas con la intervención mencionada.

V. NIVELES DE GESTION PARTICIPATIVA.-

Nivel Local, Área o Sector.- Donde se identifica los problemas de salud y necesidades de salud, prioriza y plantea soluciones: reunión(es), asamblea(s), cabildos, etc.





Planificación de demandas en Salud Municipio de Guaqui 2014

Nivel Municipal.- La mesa municipal de salud es el espacio donde se analiza y decide la planificación, ejecución y evaluación de la situación de salud en el municipio.



Mesa Muncipal De Salud Muncipio De Guaqui 2014

Nivel Departamental.- Asamblea Departamental de salud, se diseña el plan departamental de salud y se hace seguimiento a la ejecución-administración de las redes de salud.

Nivel Nacional.- En la Asamblea Nacional de salud donde se elaboran las políticas públicas en salud y se hace seguimiento a la ejecución-administración del Ministerio de Salud.

VI. BIBLIOGRAFIA.-

1. *Ministerio de Salud Bolivia.Curso de educacion permanentre en SUS y SAFCI docier bibliográfico . Noviembre 2014. Pág 241-246.*
2. *Ministerio de Salud. Documento técnico estratégico. No171 Salud Familiar Comunitaria intercultural 2011.*
3. *Ministerio de Salud. Guía de procedimientos en gestión participativa. Serie documentos técnicos normativos 381.2015.*



INTERSECTORIALIDAD EN SALUD

Lic. Edgar Freddy Vásquez Palenque
Responsable del Área de Intersectorialidad

Objetivo de aprendizaje.-

- *Conocer el concepto Intersectorialidad de la política SAFCI.*
- *Reflexionar sobre la importancia de la aplicación y práctica de la Intersectorialidad en Salud.*
- *Motivar el trabajo Intersectorial en el Sector Salud.*

La política SAFCI (Salud Familiar Comunitaria Intercultural) tiene 4 principios: Participación Social, Intersectorialidad, Interculturalidad e Integralidad. Esta política de salud define Intersectorialidad como "la intervención coordinada entre la comunidad organizada y sector salud con otros sectores estatales (agua, vivienda, educación, saneamiento básico y otros), en base a alianzas estratégicas, para actuar sobre las determinantes de salud en el marco de la corresponsabilidad" (Ministerio de Salud y Deportes, 2013: 21). Respondiendo a este principio de la SAFCI, el Servicio Departamental de Salud La Paz -SEDES LP- ha creado, en la Unidad de Promoción de la Salud y Prevención de Enfermedades, el Área Intersectorialidad y Coordinación Intergubernamental con el propósito de realizar acciones sobre las determinantes de salud.

En este marco, el Área Intersectorialidad tiene la tarea general de establecer ***alianzas estratégicas*** con otros sectores para lograr la ***intervención coordinada*** sobre las ***determinantes de salud*** que actúan desfavorablemente en el desarrollo de la vida de los habitantes y/o poblaciones del Departamento de La Paz.

Es decir, el Área Intersectorialidad gestiona y coordina la intervención de otros sectores según la determinante de salud a tratar. Por ejemplo, en muchas poblaciones del Departamento de La Paz, el agua está contaminada por diversos agentes propios del contexto y se presenta como una determinante de salud que demanda atención, no sólo con la intervención del sector salud (SEDES LP) que realiza varias tareas de promoción y prevención por medio del personal de los centros de salud y hospitales, sino también de otros sectores como los gobiernos municipales, los ministerios de agua, saneamiento básico, educación, comunicación, etc., que realizan tareas correspondientes con su personal y equipos en el propósito de garantizar la provisión de agua potable o saludable a la población. Este trabajo en equipo con diversos servicios en el abordaje integral de un problema y en beneficio de la población es lo que se denomina Intersectorialidad.

De este modo, la Intersectorialidad es una estrategia de atención integrada de la salud pública que permite abordar y transformar las determinantes de la salud como objetivo de la Promoción de la Salud y la Prevención de Enfermedades.



La Intersectorialidad se operacionaliza mediante la intervención coordinada entre población-sector salud y los diferentes sectores que prestan servicios, con el fin de actuar sobre las determinantes de salud basado en alianzas estratégicas y programáticas, dinamizando iniciativas conjuntas en el tratamiento de problemáticas y necesidades de salud identificadas.

Con el concepto de Intersectorialidad se entiende que la salud requiere de atención integral e integrada de los servicios con que cuenta una sociedad, que demanda la participación de diversos profesionales, técnicos y trabajadores, que abarca diferentes especialidades y conocimientos. Que la salud se trabaja antes y en su permanencia; que la salud se trabaja antes, durante y después de la enfermedad. El cuidado de la salud demanda siempre atención integral y por tanto la intervención integrada de varios o todos los sectores que tienen la función de cuidar, prever, dotar y suministrar insumos y servicios que satisfacen las necesidades básicas de las personas y poblaciones, que permiten el desarrollo de una vida sana en un ambiente sano (que, también, incluyen el cuidado y supervivencia de todos los seres vivos).

El trabajo Intersectorial en Salud se inicia en la observación de las determinantes de salud, determinantes que se presentan según el entorno y que pueden ser favorables o desfavorables. Todo lo que amenaza o pone en riesgo la salud es un determinante desfavorable. Puede ser un insecto, un mal hábito, un cambio ambiental, la escasez, carencia o exceso de alimentación, la falta de recursos, de información o de educación, la inadecuada disposición de elementos contaminantes o tóxicos, la presencia de elementos naturales infestados, etc.

El trabajo Intersectorial en Salud requiere contar con información de la existencia y funciones de diversas organizaciones comunales o sociales y de instituciones públicas y privadas.

El trabajo Intersectorial en Salud demanda gestión en procura de acuerdos, compromisos y corresponsabilidades para conjuntar experiencias, conocimientos y acciones de diferentes sectores de servicios, de lograr trabajo integrado, en la atención y/o solución de problemas de salud.

"El equipo de salud no sólo puede estar enfocado a la atención de la población cuando ésta adolece de un problema que afecta su salud, ya que ésta tiene un espectro de atención, disponibilidad y acción más allá de la reparación del ser humano cuando está afectado por un mal. Por ello, es preciso reconocer a la salud como un proceso de equilibrio armónico biopsicosocial, cultural y espiritual de la persona consigo misma y su entorno, es decir, con su familia, su comunidad o barrio y la naturaleza, en una constante dinámica" (Ministerio de Salud y Deportes, 2008: 32).

El personal del SEDES LP además de trabajar habitualmente cumpliendo sus funciones y actividades operativas orientadas en la atención y tratamiento de enfermedades de la población en los centros de salud y hospitales, también debe observar permanentemente las condiciones medioambientales (identificando determinantes de salud), considerando que muchas de las enfermedades se presentan por los cambios que ocurren en el medio, que su tratamiento no sólo debe estar dirigida a la persona enferma sino que también se requiere actuar en el entorno natural y social (entorno que debe conocerse y reconocerse permanentemente).



En el caso del agua potable, por ejemplo, investigar si la fuente es confiable, si el suministro es garantizado, si es necesario potabilizar el agua, etc., y estas acciones deben realizarse en coordinación y compañía de dirigentes y autoridades de la comunidad, autoridades municipales, representantes de organizaciones e instituciones locales y departamentales relacionadas con el agua en cualquiera de sus aspectos, de técnicos y personal de apoyo con equipos e instrumentos pertinentes. Así es el trabajo Intersectorial.

Básicamente, Intersectorialidad en Salud es juntar e integrar a varios sectores con el sector salud en torno a un problema de la comunidad para trabajar en equipo con la comunidad sobre el problema que amenaza la salud pública o que altera las condiciones favorables de salud. Este trabajo exige establecer relaciones y alianzas con todos los sectores y la comunidad; compartir tareas, experiencias y conocimientos; consensuar, coordinar y planificar acciones; también buscar y lograr apoyos financieros. El trabajo intersectorial es interesante y exige esfuerzo comprometido. Comprende que la salud es una condición natural de los humanos y no un efecto de curar la enfermedad.

Esta es la labor que debe realizar el Área Intersectorialidad y Coordinación Intergubernamental que funciona desde fines de Agosto 2015. La información básica que necesita conocer el Área es: a) una priorización de demandas de la población de las localidades y comunidades de las Redes de Salud en el marco de las determinantes de salud, b) una lista de organizaciones comunitarias o locales y c) una lista de instituciones y organizaciones públicas y privadas existentes en la Red de Salud. Enviar esta información a la Unidad de Promoción de la Salud y Prevención de Enfermedades del SEDES LP. Es necesaria la colaboración de todos, el trabajo de la Salud para La Paz es de todos y con todos.

BIBLIOGRAFÍA

Ministerio de Salud y Deportes. *Salud Familiar Comunitaria Intercultural. Documento Técnico-Estratégico. Versión Didáctica. La Paz, 2013.*

Ministerio de Salud y Deportes. *Norma Nacional. Red de Salud Familiar Comunitaria Intercultural -Red Municipal SAFCI- y Red de Servicios. La Paz, 2008.*

MEDICINA TRADICIONAL E INTERCULTURALIDAD

Med. Trad. Evaristo Quenta Lipe
Resp. Área Medicina Tradicional e Interculturalidad

Objetivo de aprendizaje.-

Fortalecer el aprendizaje sobre el uso y la experiencia de la medicina tradicional ancestral boliviana, asimismo sobre la legalidad de esta práctica en Bolivia, para aprovechar la atención y prevención de las enfermedades en el departamento de La Paz en marco de la Ley Nº 459 y Decreto Supremo Nº 2436.

I. INTRODUCCION.-

Bolivia es un país rico por sus diversas culturas ancestrales, siendo el departamento de La Paz, identificados los Kallawayas de la provincia Bautista Saavedra y patrimonio intangible de la humanidad, médicos tradicionales aimaras de la cultura Tahuanacota , los Huancaranes y otros marcas ayllus que tienen su forma de vivir respetando sus usos y costumbres, en la alimentación, medicina y utilizando los Medicamentos de los tres reinos vegetal, mineral y animal de sus regiones, además en cada pueblo existe el medico tradicional, partera /o, amauta, naturista y otros. La mayoría de la población acuden a esta medicina natural principalmente en el área rural la zona peri urbana de las ciudades de La Paz y El Alto, mismos que utilizan la Medicina Tradicional respetando los usos y costumbres de los pueblos indígenas originarios campesinos y afro bolivianos

II. MARCO LEGAL.-

Desde los años 80 fue libre el ejercicio y práctica de esta medicina en las ciudades, sin embargo en el área rural fue normal el uso y práctica de la medicina tradicional ancestral, en la actualidad existen 45 Asociaciones con Personerías Jurídicas legalmente establecidos en el departamento de La Paz, en urbano y rural que contribuyen con los saberes ancestrales a la población.

La nueva CPE Art. 35, 42 y la Salud Familiar Comunitaria Intercultural SAFCI y la Ley Nº 459 y D.S. 2436 de Medicina Tradicional Ancestral Boliviana y su Reglamento ha definido las Especialidades de los prestadores de la Medicina Tradicional en las siguientes categorías:

Médicos Tradicionales. Son las personas que practican y ejercen, en sus diferentes formas y modalidades la Medicina Tradicional ancestral utilizando plantas, animales, minerales, terapias espirituales y técnicas manuales para el equilibrio de las personas y de la familia y la comunidad.





LOS MEDICOS TRADICIONALES

Guías Espirituales. Son las mujeres y los hombres que practican fundamentos espirituales, estoricos y culturales de los pueblos indígena originarios, en complementariedad con la naturaliza y el cosmos, gozan de reconocimientos como autoridades espirituales amautas, y se constituyen en guardines de los sitios sagrados de la espiritualidad ancestral milenaria.





LOS GUIAS ESPIRITUALES

Parteras o Parteros tradicionales. Son las mujeres y los hombres que cuidan y asisten a las mujeres antes y después del parto, y el cuidado del recién nacido.





PARTERAS(OS) TRADICIONALES

Naturistas. Son las mujeres y los hombres con conocimientos de las plantas medicinales naturales de las diversas zonas geográficas de Bolivia que aplican en prevención y tratamiento de las enfermedades.





NATURISTA TRADICIONAL

Articulación en cumplimiento a la Ley 459 la Medicina Tradicional se está articulando en los establecimientos de salud de los municipios del departamento de La Paz, una de los ejemplos a nivel nacional es la implementación de la sala de parto tradicional y de médicos tradicionales en el Hospital Boliviano Español del municipio de Patacamaya de la provincia Aroma, asimismo existen otros establecimientos con salas interculturales de medicina tradicional en las redes rurales de salud del departamento.





ATENCION DE PARTO INTERCULTURAL
EN EL HOSPITAL BOLIVIANO ESPAÑOL PATACAMAYA

El artículo 10, 11 de la Ley 459 obliga al Medico tradicional a registrarse para el ejercicio legal en el Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad dependiente del Ministerio de Salud, bajo el Registro Único de Médicos Tradicionales "RUMETRAB".

En el Servicio Departamental de Salud "SEDES" La Paz actualmente existe 672 médicos tradicionales registrados y 730 médicos tradicionales en proceso de trámite de registro de las cuatro especialidades.

III. ANTECEDENTES.-

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la Medicina Tradicional (MT) en los siguientes términos: ***"Prácticas, enfoques, conocimientos y creencias sanitarias diversas que incorporan medicinas basadas en plantas, animales y/o minerales, terapias espirituales, técnicas manuales y ejercicios aplicados de forma individual o en combinación para mantener el bienestar, además de tratar, diagnosticar y prevenir las enfermedades".***

Asimismo busca responder a las recomendaciones de la O.M.S. y O.P.S., fortaleciendo a nivel de atención primaria de salud, realizando salud preventiva en la sociedad boliviana y en especial en nuestras áreas rurales del departamento, de la misma manera fortalecer los saberes y conocimientos de nuestros médicos tradicionales a partir de sus experiencias de trabajo en el marco de la interculturalidad, consolidando el reconocimiento profundo de la medicina tradicional expresada en la Constitución Política de Estado Plurinacional de Bolivia.

Por lo tanto, la Medicina Tradicional se fundamenta en los saberes y prácticas con conocimientos ancestrales, la cosmovisión y las raíces filosóficas culturales. El concepto de salud para la medicina tradicional ancestral está asentado en una cosmovisión integrada de la persona y su relación con la naturaleza, en equilibrio y armonía permanentes, basados, con la divinidad y comunicación de la persona con sus antepasados, Los símbolos de la naturaleza, seres divinos, dioses regionales, santos, etc. más representativos de la prácticas ancestrales Bolivianas en relación con Tata Inti (Padre Sol); Mama quilla Mama Pajse (Madre Luna); Pacha Mama (Madre Tierra); Achíchelas (Montañas Altas-Aimaras); Apus (Montañas Altas - Quechuas); Ruitas o Ñatas (Cráneo Humano). Ríos y Montañas, Rayos, creencias de los diferentes pisos ecológicos del departamento La Paz.

Los saberes ancestrales de los pueblos indígenas tienen la particularidad de crearse y recrearse en sus propios contextos territoriales, en el seno de las familias y sus comunidades, expresando sus relaciones consigo mismas y con la naturaleza, en la reproducción de la vida cotidiana. También debe recuperar saberes médicos tradicionales y populares de los propios terapeutas tradicionales, respetando los usos y costumbres, fortaleciendo las condiciones de producción, transmisión y validación de sus postulados esenciales.

Existen sitios asociados a corrientes turísticas de carácter comunitario y cultural, algunas han sido objeto de mejoras infraestructurales y de otras acciones fomentadas por el gobierno local, departamental y, también, fueron alistados para recibir los primeros rayos del sol el 21 de junio de los últimos tiempos; fecha en la que se celebra la llegada del Año nuevo Andino Amazónico **(WillkaKuti)** el regreso del año.

Es a partir de ese movimiento esencial de recomposición del Estado Plurinacional, junto con importantes trasformaciones en el sistema educativo, caracterizado por la institucionalización de prácticas y saberes ancestrales de los pueblos originarios ancestrales, que este sitio adquiere una importancia central en la recuperación y el fortalecimiento de la identidad cultural, de su rol central en el quehacer de los pueblos y de la construcción de un Estado Plurinacional efectivo.

Tomando en cuenta la riqueza en la diversidad cultural de Bolivia, se hace imprescindible proporcionar el desarrollo de actividades de promoción y recuperación de los valores culturales, médicas y terapéuticas de la medicina tradicional de nuestros pueblos que garanticen la calidad de atención de salud, y la articulación y la complementariedad en atención intercultural en los establecimientos de salud de los municipios en el Departamento de La Paz basados en los lugares sagrados.

COMARCAS CEREMONIALES EN EL DEPARTAMENTO

Illampu	Charazani – Curva	Desaguadero
Caranavi	Callapa - Pampahasi	Isla del Sol
Chulumani	San Pedro	Horca del Inca
Inkallajta	Animas, Achocalla	Lloko Lloko
Sajama	Tiawanaku	Cotakawana
Pajchiri	Quimsa Chata	Killi Killi
Suriki	Illimani	Illapa Guaqui
Ch'alla Pampa	Chapi Kollo, Guaqui	Huayna Potosí
Pasto Grande	Isla Inja, Huatajata	Cerro de Peñas
La Cumbre yungas	Puerto Acosta	Carabuco
Viliroco	Collana	Muela del Diablo
Qapique	Sampa cachi	Huaraqu apachita

IV. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.-

1. *CPE Art. 42 Ley Nº 459 DS Nº 2436 de la medicina tradicional Ancestral Boliviana y el Sistema Único de Salud Familiar Comunitaria SAFCI.*

ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN

Lic. Jesús Reynaldo Miranda Torrez
Responsable de Alimentación y Nutrición

Objetivo de aprendizaje.-

El estudiante será capaz de identificar los lineamientos técnicos de organización y funcionamiento del área de alimentación y nutrición, para su análisis y aplicación.

I. INTRODUCCION.-

La malnutrición particularmente en menores de 5 años, mujeres gestantes y en periodo de lactancia, continua siendo uno de los problemas de salud y nutrición pública no resueltos en Bolivia y el Mundo, pone evidencia la exclusión social, económica, política y cultural de importantes segmentos de la población, que viven en condiciones de pobreza, asimismo, la situación nutricional en Bolivia, en cuanto a indicadores nutricionales, según información generada por el Software de Atención Primaria en Salud (SOAPS) sobre el indicador de impacto del PMDC desnutrición crónica en niños menores de 2 años reporta una disminución de 1,4 puntos porcentuales en estrecha relación a la proyección de lo hallado en la Evaluación de Medio Término del PMDC.

Respecto a Lactancia Materna Exclusiva e inicio de la Alimentación Complementaria adecuada en niñas y niños menores de 2 años, para ambos indicadores se ha alcanzado una tasa de 87%, muy cercana a la meta trazada para la gestión 2014 (90%), dato recopilado por el SVINC en municipios priorizados.

En relación al Consumo del Alimento complementario (Nutribebé) por niñas y niños de 6 a 23 meses de edad, se encuentra en un 83%, valor cercano a la meta trazada para la gestión 2014 (90%). Fuente SVINC.

A nivel estratégico se tiene la promulgación de la Política de Alimentación y Nutrición aprobada mediante Decreto Supremo Nº2167 en Octubre de 2014. Su implementación se encuentra bajo la responsabilidad de los Ministerios de Salud, Ministerio de Educación, Ministerio de Desarrollo Productivo y Economía Plural y Ministerio de Desarrollo Rural y Tierras.



Otra estrategia para abordar la problemática de la desnutrición es la Iniciativa Amigos de la Madre y el niño, que es una estrategia, mundial impulsada por la UNICEF, LA OMS con el fin de promover y apoyar la Lactancia Materna como el único alimento idóneo para el recién nacido que garantiza el mejor comienzo de la vida.

La consolidación de las Unidades de Nutrición Integral (UNI) en municipios priorizados, como otra de las estrategias para el abordaje de la malnutrición, siendo las UNIs, el referente técnico en alimentación y nutrición a nivel municipal.

La problemática de la desnutrición en general de la malnutrición tiene muchas causas: inseguridad alimentaria en el hogar, limitado acceso al agua saneamiento y servicios de salud e inadecuadas prácticas de salud y alimentación en el ciclo de la vida, es así que el abordaje debe ser multisectorial y con políticas que incidan en las determinantes sociales de la salud.

II. OBJETIVO.-

El objetivo general del Área de Alimentación y Nutrición está orientado a erradicar la desnutrición en niños y niñas menores de 5 años con prioridad en menores de 2 años implementando intervenciones integrales, fortaleciendo la estructura y funcionalidad multisectorial a nivel departamental y municipal, estableciendo mecanismos transparentes de evaluación y monitoreo a las intervenciones multisectoriales y fortaleciendo la capacidad y participación comunitaria.

III. LINEAS ESTRATEGICAS DEL AREA DE ALIMENTACION Y NUTRICION.-

a) LACTANCIA MATERNA.-

- **ACREDITACION:** de establecimientos de salud I, II y III nivel en la Iniciativa Amigos de la Madre y la Niñez, a través de la norma técnica de la Iniciativa Amigos de la Madre y la Niñez y el Manual de acreditación de hospitales amigos de la madre y la niñez, (IAMN).

- **REGLAMENTO ESPECIFICO DE INFRACCIONES Y SANCIONES: A LA LEY 3460 Y DECRETO SUPREMO NO. 0115 DE FOMENTO A LA LACTANCIA MATERNA Y COMERCIALIZACIÓN DE SUS SUCEDÁNEOS:** El Ministerio de Salud y la Dirección General de Promoción de la Salud, a través de la Unidad de Alimentación y Nutrición promueve el cumplimiento de la Ley Nº 3460 de Fomento a la Lactancia Materna y Comercialización de sus Sucedáneos y su decreto supremo Nº 0115, por lo que emite el presente "Reglamento Específico de Sanciones e Infracciones a la Ley 3460 y su Decreto Supremo 0115 de Fomento a la Lactancia Materna y Comercialización de sus Sucedáneos", establece los procesos y procedimientos de sanciones por infracciones, contra versiones y transgresiones a cualquier disposición contenida en la Ley 3460 de Fomento a la Lactancia Materna y Comercialización de sus Sucedáneos y su Decreto Supremo Nº 0115, por lo tanto, se constituye en un documento técnico normativo de aplicación en todas las instituciones públicas y privadas del Sistema Nacional de Salud y que a través del:

  Artículo 26.- (MONTOS DE MULTAS PECUNIARIAS). Los montos de las multas económicas se establecen en Unidades de Fomento a la Vivienda (UFV) debiendo ser cubiertas en moneda nacional, bolivianos de acuerdo al valor vigente establecido por el Banco Central para cada UFV, diferenciándose según el ámbito de acción y alcance.

b) ALIMENTACION COMPLEMENTARIA.-

Alimentación complementaria, significa la introducción de nuevos alimentos a partir de los 6 meses que se les da a los/as niños/as además de la leche materna.

Es muy importante que la alimentación de los niños/as en los primeros 2 años de vida sea proporcionada en cantidad y calidad suficiente para cubrir las necesidades nutricionales de su acelerado crecimiento y desarrollo.

Una alimentación variada y balanceada nutricionalmente, permite que el/la niño/a conozca los distintos sabores, olores, texturas, temperaturas, colores y consistencia de los alimentos, de esta manera, se define sus gustos, preferencias o rechazos.



La introducción de alimentos no significa la interrupción de la lactancia, sino su complementación, es decir, que la leche materna sigue siendo un alimento muy importante hasta los 2 años de edad.

Características de la alimentación complementaria

La introducción de nuevos alimentos a la dieta del niño/a, a partir del sexto mes de vida, debe ser realizada en forma gradual, alimento por alimento, para que los niños se acostumbren y conozcan poco a poco los distintos sabores de los alimentos. Inicialmente los alimentos proporcionados al niño/a, deben ser de consistencia semisólida (papillas o purés) y posteriormente sólidas y picadas (comida de la olla familiar).

La preparación de los alimentos en forma de papillas o de consistencia semisólidas pueden ser realizadas con cereales, verduras, tubérculos o frutas, considerando la higiene en la preparación de los mismos de los utensilios donde se prepararan y sirven las comidas.

ALIMENTO COMPLEMENTARIO (NUTRIBEBE)

Es un alimento complementario a la leche materna y alimentación diaria de las niñas y niños, la cual debe otorgarse a partir de los 6 meses hasta los 23 meses de edad.

El Alimento Complementario Nutribebé es un polvo homogéneo, de preparación instantánea, se presenta en Bolsa Trilaminada de 750 g (se requiere dos al mes por niño).

Dar **NUTRIBEBE** dos veces al día, entre comidas a media mañana y a media tarde, su preparación es de acuerdo a instrucciones.

Es importante informar que cuando se proporcione la alimentación al niño o niña, se coloque la cucharilla con la papilla en la parte media de la lengua, porque si se coloca en la punta, el niño o niña tiende a devolver el alimento y la madre interpreta como rechazo y deja de dar el alimento corriendo el riesgo de provocar desnutrición.

El Nutribebe respeta las necesidades infantiles de vitaminas y minerales, basados en el porcentaje de valores diarios de referencia, contiene todas las vitaminas y minerales que ayudan a prevenir la Anemia Nutricional, Hipovitaminosis A y Deficiencia de Yodo.

NORMAS:

- Decreto Supremo N° 28421, 21 de octubre de 2005
- Resolución ministerial 0288, articulo 3
- Especificaciones Técnicas del Alimento Complementario Nutribebe
- Manual de transporte y almacenamiento del Alimento complementario.

c) SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

El personal de Salud cuando este en contacto con la madre de un/a niño/a a partir de los 6 meses, tienen la obligación de:

- Verificar en el CSI si el/la niño/a recibió la capsula de vitamina A de acuerdo al siguiente esquema de distribución:

ADMINISTRACIÓN DE PERLAS DE VITAMINA "A"		
Edad (meses)	**Dosis**	**Frecuencia de Administración**
6 a 11	1 capsula de 100.000 U.I. (color azul)	Dosis única
12 a 59	1 capsula de 200.000 U.I. (color roja)	1 capsula cada 6 meses (2 veces por año vida)



- Indicar a la madre que esta vitamina favorecerá el crecimiento de su niño/a, evitando las enfermedades infecciosas promoviendo la regeneración de las mucosas y lo protegerá de la ceguera nocturna.
- Entregar las chispitas nutricionales, de acuerdo al continuo de la vida y a la norma nacional de tratamiento de anemia como se indica para su distribución:

ADMINISTRACION DE CHISPITAS NUTRICIONALES POR EDAD		
EDAD	**CHISPITAS NUTRICIONALES**	**DOSIS DIARIAS**
6 a 12 meses	60 SOBRES	1 SOBRE
1 año	60 SOBRES	1 SOBRE
2años	60 SOBRES	1 SOBRE
3años	60 SOBRES	1 SOBRE
4 años	60 SOBRES	1 SOBRE



Ley 475 modificación septiembre 2014 M.S.

Indicar a la madre que las chispitas Nutricionales deben ser consumidas durante 60 días seguidos, un sobre cada día.

- El embarazo es una de las etapas de mayor cuidado, control y seguimiento nutricional en la vida de la mujer porque aumenta sus necesidades de alimentación y nutrición para cubrir los requerimientos de crecimiento y desarrollo normal del feto y mantener su salud y nutrición.

De acuerdo a la norma nacional, las tabletas de sulfato ferroso, ácido fólico y vitamina C, deben ser entregados para prevenir y controlar las anemias nutricionales en el primer contacto con la mujer embarazada entregando 90 tabletas y si se detecta que tiene anemia se le entrega 180 tabletas, recomendando:



- Tomar las tabletas de sulfato ferroso después del almuerzo o cena, con jugo de frutas cítricas para favorecer la absorción de hierro.
- Evitar tomar con te, café o leche porque limitan la absorción de hierro.
- En caso de intolerancia se debe fraccionar la tableta y tomar dos veces al día o interdiaria

- El puerperio es un periodo fisiológico de cambios en el organismo de la mujer posteriores al parto: la alimentación durante el puerperio y la lactancia es fundamental para mantener un adecuado estado nutricional de la madre y asegurar el crecimiento, desarrollo y la salud del niño/a.

Durante el periodo de la lactancia las necesidades nutricionales aumentan más que en el embarazo, porque la producción de leche materna demanda una cantidad adicional de energía y nutrientes, cuyo consumo también protege la nutrición y salud de la madre.



La mujer en la etapa del puerperio (40 días después del parto) y en el periodo de la lactancia materna hasta los 2 años del niño/a (lactancia prolongada), debe estar en contacto con los servicios de salud, porque necesitan una permanente atención de su salud y nutrición.

El personal de salud tiene la obligación de hacer cumplir este derecho, preferentemente en los 15 días después del parto y máximo en los 40 días posteriores al parto (puerperio tardío) o si el parto fue domiciliario y atendido por el personal de Salud, partera o familiar, la mujer debe acudir al establecimiento de salud a la semana del parto para su control postnatal y según norma recibir: Una dosis única de vitamina "A" de 200.000 U.I. (perla roja) para regenerar epitelios y evitar infecciones y 90 tabletas de sulfato ferroso para prevenir la anemia y en caso de anemia 180 tabletas.

NORMAS.-

- LEY 475, Prestaciones de Servicios de Salud
- Decreto supremo 1948, reglamento de la ley 475
- RM, de 2 de mayo de 2014 ampliación vigencia prestación del SUMI

COMPLEMENTO NUTRICIONAL PARA LAS Y LOS ADULTOS MAYORES

PROBLEMÁTICA EN SALUD DE LA TERCERA EDAD



Las y los adultos mayores constituyen un grupo vulnerable:

- Alta probabilidad de malnutrición
- Disminuida capacidad funcional de los distintos órganos
- Reducción del metabolismo basal y menor absorción de nutrientes

LA NECESIDAD DE FORMULACIÓN DE UN COMPLEMENTO NUTRICIONAL

Es importante para:

- Reforzar el aporte nutricional de la alimentación brindada en el hogar.
- Proporcionar nutrientes escasos pero necesarios en este grupo
- Mitigar limitado acceso de alimentos de alto valor nutritivo.

FORMULACIÓN DEL COMPLEMENTO

NUTRIENTES	BENEFICIO
COLÁGENO HIDROLIZADO TIPO I:	Incrementa la densidad de la masa de los huesos, especialmente en condiciones de deficiencia de calcio y proteínas.
OMEGA 3, ÁCIDO DOCOSAHEXANOICO (DHA):	Es considerado uno de los constructores de tejido cerebral.
OMEGA 3, ÁCIDO EICOSAPENTAENOICO (EPA):	Vital en el mantenimiento saludable de las funciones del cuerpo y ayuda a proteger y mantener la salud a largo plazo.
20 MICRONUTRIENTES	Vitamina A, C, D , E, K, B1, B2 B6,B5,B12, ácido fólico, Zinc, Magnesio, Calcio, Hierro, cromo, selenio, yodo, fosforo.
ÁCIDO FÓLICO	Participa junto a la vitamina B12 en la duplicación de los glóbulos rojos, su carencia lleva a la anemia.
VITAMINA B12	Necesario para la síntesis del ADN. Mantiene la capa de mielina de los nervios.

OBJETIVO DEL CARMELO

Contribuir a la seguridad alimentaria y nutricional de las y los adultos mayores de Bolivia.

FORMA DE PREPARACION.-

Producto instantáneo en polvo, no necesita cocción y es fácilmente digerible.

La ración diaria es de 30 gramos del producto diluidos en 150 mililitros de agua fría o tibia previamente hervida o jugos de frutas naturales.

Presentación de 900 g. con un costo de Bs. 54.

Entrega en el establecimiento de salud de primer nivel, más cercano a su domicilio o comunidad.



d) FORTIFICACION DE ALIMENTOS

Con el objeto de impulsar y consolidar una estrategia que permita al país enfrentar la problemática nutricional a la carencia de micronutrientes y teniendo en cuenta los avances tecnológicos en la industria de alimentos y el comercio han hecho de la garantía de la calidad sanitaria y nutricional un aspecto fundamental para el desarrollo y la competitividad industrial.

En este sentido se implementa la estrategia de fortificación de alimentos de consumo masivo en la población, seleccionando a tres alimentos para este fin: harina, sal, y aceite.

En el caso de las harinas fortificadas este sistema tiene 2 objetivos uno; industrial para hacer que el producto sea más competitivo, y dos en el campo de la salud garantizar a la población un aporte

nutricional adecuado en relación al sulfato ferroso anhídrido y a las vitaminas del complejo B que serán adicionadas a la harina de trigo. Por lo tanto la aplicación dl reglamento técnico de la fortificación de la harina de trigo y las mezclas a base de harina de trigo se constituyen un instrumento técnico de apoyo del campo de aplicación y consulta en la comercialización, importación y de proceso en los molinos del país



Merced a las políticas implementadas por el Nivel Central, las instituciones involucradas en el proceso de saneamiento, importación y comercialización de sal adecuadamente yodada, estrategia que nos permite enfrentar la estrategia que permite al país enfrentar la problemática nutricional de la carencia de este principal micronutriente, por lo que se cuenta con el reglamento técnico de FORTIFICACION DE LA SAL YODADA, constituyéndose un documento técnico de apoyo del campo de aplicación y consulta en el proceso de fortificación, importación y comercialización de sal yodada.



En el caso de los aceites el reglamento tiene por objeto establecer los requisitos técnicos de fortificación del aceite vegetal con vitamina A de consumo humano, a fin de proteger la salud de las personas y evitar prácticas que puedan inducir a error a los Usuarias y Usuarios, Consumidoras y Consumidores del país, se aplica al aceite vegetal para consumo humano en los siguientes tipos: aceite comestible de soya, aceite comestible de algodón, aceite comestible de girasol, aceite de maíz, aceite comestible de mezcla de soya y algodón, aceite comestible de mezcla de soya y girasol sea de fabricación nacional, importada o de donación y quede incluida en las siguientes partidas arancelarias.

NORMAS

- LEY 453 Ley general de los derechos de los usuarios/as consumidores/as
- Decreto supremo 08338 ¨uso de la sal¨
- Decreto supremo N° 28094
- R.M. 0636 reglamento técnico de fortificación de la sal
- R.M. 0647 legislación y reglamentación del aceite vegetal comestible fortificado con vitamina ¨A¨.

e) VIGILANCIA EPÍDEMIOLOGICA NUTRICIONAL.-

CONTROL DE CRECIMIENTO A NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

La toma periódica del peso y talla del niño, permite conocer la tendencia de crecimiento para su edad y saber si su estado nutricional es superior, normal, o presenta desnutrición en grado leve, moderado o grave.

El monitoreo del crecimiento es una actividad importante en la atención integral al niño, la misma que incluye las tareas de promoción, prevención y recuperación de la salud y nutrición.

Monitoreo de crecimiento del niño o niña

Monitorear el seguimiento de peso y talla de niños y niñas de manera periódica ayuda a detectar si el proceso de crecimiento es óptimo, es lento o se ha detenido, en base al cual es propicia la consejería sobre su alimentación de acuerdo a la edad que tiene.

El monitoreo del crecimiento debe ser realizado cada quince días a los niños menores de 2 meses, en un mes a los niños de 2 a 23 meses y cada dos meses a niños de 24 a 59 meses.

Si en los dos últimos controles el niño ha ganado peso y este se encuentra en la curva de estado nutricional normal, significa un crecimiento bueno por lo tanto se debe felicitar a la madre y alentar a que siga cuidando la alimentación de su hijo.

Todo el personal de salud debe tomar en cuenta los siguientes aspectos antes de pesar al niño:

- Asegurarse de contar con los Carnets de Salud Infantil vigentes.
- Asegurarse que la balanza este en buenas condiciones de funcionamiento y calibrarla (marcar en 0).
- Indique a la madre que usted pesará al niño(a) y ubique la balanza en una superficie plana y lisa.
- Para tomar el peso usted debe estar siempre de frente a la balanza y lea el resultado de la medición en voz alta
- Tenga los formularios cerca de usted.

Antes de pesar al niño/a verifique si presenta edemas, presionando el dorso de ambos pies. La presencia de edemas porque modifica el peso real del niño/a

Como se pesa correctamente a un niño :

- Pida a la madre que desvista al niño(a), debe quedar solo con ropa interior para la medición del peso.
- La lectura se realiza cuando el niño(a) se queda inmóvil por un momento
- Registre el valor obtenido en el formulario, antes de retirarlo(a) de la balanza.



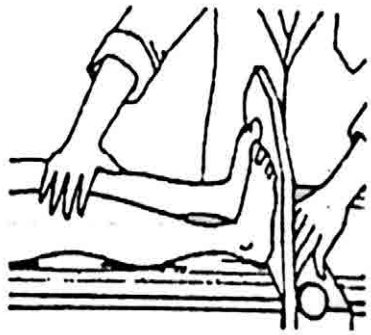
Que debemos hacer antes de tomar la talla a un niño:

- Busque un lugar plano horizontal y firme para colocar el infantómetro o Tallímetro.
- Asegúrese que el infantómetro o Tallímetro. cuente con la cinta graduada y tope móvil sin ningún defecto (de acuerdo a normas establecidas por el Ministerio de Salud).
- Actué con firmeza y amabilidad y explique a la madre como se tomara la talla y pida ayuda.

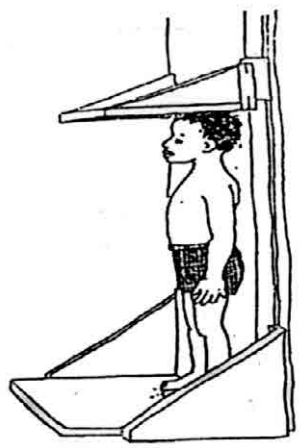
Como se mide correctamente a niños/as de 0 a 24 meses de edad:

- Pida a la madre que le quite los zapatos y gorra a su hijo. Que saque cualquier adorno de su cabeza y desate moños ,colas u otros peinados que abulten la cabeza
- Con la ayuda de la mamá colocar al niño sobre el infantómetro de manera que los hombros, espalda , nalgas y piernas estén rectos en contacto con el centro del infantómetro
- Pida a la mama que sujete la cabeza del niño en posición correcta, y usted coloque su brazo derecho sobre sus rodillas y con su mano sujete los pies del niño.
- Con su mano izquierda coloque el tope móvil a poca distancia de los pies del niño y deslice suavemente hasta encontrar la planta de los pies.
- Lea en voz alta la medida de la longitud, suelte al niño y anote en el carnet de salud infantil
- Retire el tope móvil y pida a la mama que levante al niño del infantómetro con cuidado.





Toma de Talla a niños/as mayores de 24 meses de edad:



- Pida a la madre que le quite los zapatos a su hijo, así como la gorra, trenzas, moños, u otros peinados que abulten la cabeza.
- Con la ayuda de la mama, colocar al niño parado con los pies juntos en posición firme y las rodillas sin doblar (el niño no debe estar inclinado)
- Asegúrese antes de medir, que los hombros, espalda y nalgas, estén rectos en contacto con la superficie vertical del Tallímetro y que los talones no estén elevados.
- La cabeza debe estar levantada con la vista dirigida al frente, los brazos deben colgar libremente a los lados del tronco con las palmas dirigidas hacia los muslos.
- Deslice suavemente la pieza móvil hasta tocar la coronilla de la cabeza del niño.
- Pida al niño que no se mueva y lea rápidamente y en voz alta la cifra que marca la pieza móvil, retire la pieza móvil y registre el dato en el Carnet de Salud Infantil.

MANEJO DE LA DESNUTRICIÓN AGUDA EN MENORES DE 5 AÑOS

La desnutrición es una enfermedad reversible que se presenta principalmente en los niños/as, debido a múltiples causas, una de ellas la ingesta insuficiente de alimentos que no cubren las necesidades de energía y proteínas, llevando a declinar las reservas del organismo que conduce a la desnutrición y luego a la muerte.

La desnutrición afecta el crecimiento, el desarrollo psicomotor, disminuye la resistencia a las infecciones y la capacidad de aprendizaje y afecta Los daños nutricionales que se producen en los dos primeros años de vida son irreversibles, por eso es importante que el niño/a reciba una buena lactancia materna y una buena alimentación complementaria.

DESNUTRICIÓN AGUDA GRAVE

Clínicamente se observa:

1. Edema en ambos pies.
2. Peso para la talla por debajo de <3 desviaciones estándar (< -3DE), enflaquecimiento extremo.
3. Refiera a tercer nivel de atención de acuerdo a protocolo de referencia del Continuo de la Atención.

DESNUTRICIÓN AGUDA MODERADA

La desnutrición es moderada, cuando el/la menor de 5 años tiene un índice de peso para la talla por debajo de -2DE y hasta -3DE, según la Tabla de referencia OMS - Peso para la Talla.

ATLU (Alimento terapéutico listo para el uso) 	El ATLU es **considerado como un medicamento** para tratar la desnutrición aguda grave y moderada sin complicaciones	El ATLU, es el equivalente a una fórmula especial para el niño o niña con desnutrición aguda (F-100) Es una pasta que viene en un paquete o sobre El ATLU no necesita ser refrigerado, pero **no debe ser expuesto al sol**	No necesita ninguna preparación adicional (no debe ser cocido ni se le debe agregar sal, azúcar o aceite), está listo para su uso El personal de salud debe DEMOSTRAR cómo administrar el ATLU Durante el consumo de ATLU el niño o niña debe recibir agua hervida (enfriada) en la cantidad que desee beber.

El niño/a con estas características tiene que ser transferido al Establecimiento de Salud o a la Unidad Nutricional Integral (UNI) para ser tratado de acuerdo al "Manual de Manejo del Desnutrido Agudo".

Evaluación y manejo de enfermedades concomitantes de acuerdo a la estrategia del Continuo de la Atención del Curso de la Vida.

1) Vigilancia de signos de peligro
2) Evaluación del desarrollo psicomotor
3) Prevención de infecciones intercurrentes.

Si el/la niño/a es menor de seis meses, se debe:

- Conocer los antecedentes del estado de salud y nutrición de la madre.
- Evaluar y corregir las técnicas sobre lactancia materna exclusiva.
- Indicar lactancia materna cada una o dos horas.
- Pesar al niño cada siete días, hasta que alcance un incremento de peso sostenido.
- Si el/la niño/a es huérfano o no tiene lactancia materna, se le debe brindar re lactación en primera instancia o formula de leche maternizada.

Si el/la niño/a es de 6 a 24 meses, se debe:

- Continuar con lactancia materna hasta los dos años
- Pesar en forma diaria hasta que alcance una ganancia adecuada de peso.
- Brindar orientación a la madre sobre cómo debe ser la alimentación complementaria del niño/a, la higiene durante la preparación de los alimentos y la estimulación temprana. Asimismo, orientarla sobre el cuidado de su salud y la planificación familiar.

RIESGO DE DESNUTRICIÓN AGUDA

Diagnóstico y manejo en Establecimientos de Salud

Se considera RIESGO DE DESNUTRICION aguda, cuando el/la menor de 5 años tiene el índice Peso para la Talla por debajo de -1DE hasta -2DE, según la Tabla Peso para la talla.

Los/las niños/as clasificados en este grupo deben ser atendidos en todos los establecimientos de salud del primer nivel de atención, con el enfoque preventivo basados en las 10 PRACTICAS CLAVE DE ALIMENTACION Y NUTRICION, a fin de evitar la desnutrición.

DESNUTRICION CRONICA

Se clasifica según el índice TALLA/EDAD por debajo de -2DE en las tablas de la OMS

Se define como la falta de crecimiento lineal en los niños/as debido a una serie de factores, cognitivos, económicos, socioculturales, entre otros que impiden el normal crecimiento lineal, el tratamiento está enfocado en los niños/as menores de 2 años de acuerdo a la norma como se detalla a continuación:

Micronutriente	Acción	Alimentos fuente	Dosis
Zinc (Suplementación terapéutica 	Acorta la duración de la diarrea Si el niño o niña de 6 a 23 meses tiene talla baja, el zinc promoverá su crecimiento lineal	Alimentos fuente de zinc como; Carnes y vísceras	Tratamiento talla baja: 45 comp.20 mg. 10mg/90 días Tratamiento diarrea: 14 comp. 20mg./ 14 días

f) UNIDADES DE NUTRICION INTEGRAL – UNI.-

DEFINICIÓN.-

La Unidad de Nutrición Integral (UNI), es el equipo multidisciplinario de referencia técnica en alimentación y nutrición, establecido y articulado a un establecimiento de primer nivel de las redes de salud.

PROPÓSITO DE LAS UNIDADES DE NUTRICIÓN INTEGRAL

Contribuir a la mejora del estado nutricional de las personas, familias y comunidades, durante el ciclo de la vida, a través del fortalecimiento local de acciones de alimentación y nutrición, conjuntamente el personal de salud, basadas en la estrategia de promoción de la salud de la Política SAFCI – MI Salud.

OBJETIVOS DE LA UNI

Los objetivos a cumplir deberán desarrollarse en corresponsabilidad con el personal de salud de su ámbito de acción y previo fortalecimiento de sus competencias técnicas y operativas.

a) OBJETIVO GENERAL

Promover la aplicación de estrategias de alimentación, nutrición y cuidado de la salud de las personas, familias y comunidades durante el ciclo de la vida.

b) OBJETIVO ESPECÍFICOS

- Fortalecer las competencias técnicas y operativas del personal de salud en las estrategias de alimentación y nutrición en el ciclo de la vida.
- Promover, proteger y apoyar la práctica de la lactancia materna en el nivel local, en el marco de la ley 3460.
- Contribuir a la disminución de hipovitaminosis A y anemias nutricionales en niñas y niños menores de 5 años, embarazadas y puérperas, mediante la suplementación preventiva con micronutrientes.
- Contribuir a la prevención de la desnutrición en niñas y niños menores de 2 años mediante el consumo del alimento complementario fortificado (Nutribebé).
- Contribuir a la disminución de las deficiencias nutricionales de micronutrientes en la población boliviana mediante la vigilancia y control de calidad de alimentos fortificados de consumo masivo (sal, harina y aceite).
- Promover hábitos alimentarios nutricionales saludables en la población mediante acciones de educación para la vida
- Viabilizar la sostenibilidad económica de las estrategias alimentario nutricionales y fortalecimiento de las Unidades de Nutrición Integral con recursos asignados por el municipio.
- Apoyar la ejecución de actividades intersectoriales a nivel municipal que favorezcan hábitos alimentarios saludables.
- Fortalecer la vigilancia epidemiológica alimentario nutricional de los establecimientos de salud de su ámbito de acción, para el análisis, planificación y ejecución de acciones.

FUNCIONES DE LA UNI

El equipo de la UNI desarrollará sus funciones a fin de operativizar las estrategias sectoriales de alimentación, nutrición y cuidado de la salud en corresponsabilidad con el personal de salud, programas y proyectos del Ministerio de Salud, (Bono Juana Azurduy, especialistas SAFCI, MI Salud, Equipos móviles odontológicos), Médicos Tradicionales y otros, en su ámbito de acción.

Las funciones del equipo de la UNI serán organizadas por uno de sus profesionales, el cual será designado previa coordinación entre el responsable o jefe médico municipal de salud, coordinador de red y el área/programa de alimentación y nutrición del SEDES.

ACTIVIDADES DE LAS UNI

COORDINACION TECNICA

- Ministerio de Salud a través de la Unidad de alimentación y nutrición y el área de las Unidades de Nutrición Integral-
- Servicio Departamental de Salud, a través del Área de Alimentación y Nutrición.

COORDINACION ADMINISTRATIVA

- Ministerio de Salud
- Gobiernos Autónomos Departamentales
- Gobiernos autónomos Municipales

IV. BIBLIOGRAFIA

1. *Documento evaluación medio término PMDC CT-CONAN*
2. *Ley 3460 y Decreto Supremo No. 0115 de Fomento a la Lactancia Materna y Comercialización de sus Sucedáneos.*
3. *Reglamento Específico de Sanciones e Infracciones a la Ley 3460 y su Decreto Supremo 0115.*
4. *Decreto Supremo N° 28421, 21 de octubre de 2005*
5. *Resolución ministerial 0288, articulo 3*
6. *Especificaciones Técnicas del Alimento Complementario Nutribebe*
7. *Manual de transporte y almacenamiento del Alimento complementario*
8. *LEY 475, Prestaciones de Servicios de Salud*
9. *Decreto supremo 1948, reglamento de la ley 475*
10. *RM, de 2 de mayo de 2014 ampliación vigencia prestación del SUMI*
11. *LEY 453 Ley general de los derechos de los usuarios/as consumidores/as*
12. *Decreto supremo 08338 ¨uso de la sal¨*
13. *Decreto supremo N° 28094*
14. *R.M. 0636 reglamento técnico de fortificación de la sal*
15. *R.M. 0647 legislación y reglamentación del aceite vegetal comestible fortificado con vitamina ¨A¨*
16. *Protocolo de atención integrada al continuo del curso de la vida.*
17. *Manual de Organización y Funciones Unidades de Nutrición Integral.*

GOBIERNO AUTÓNOMO DEPARTAMENTAL DE LA PAZ
SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD
UNIDAD DE REDES Y SEGUROS PÚBLICOS

SEDES LA PAZ TERCER MILENIO

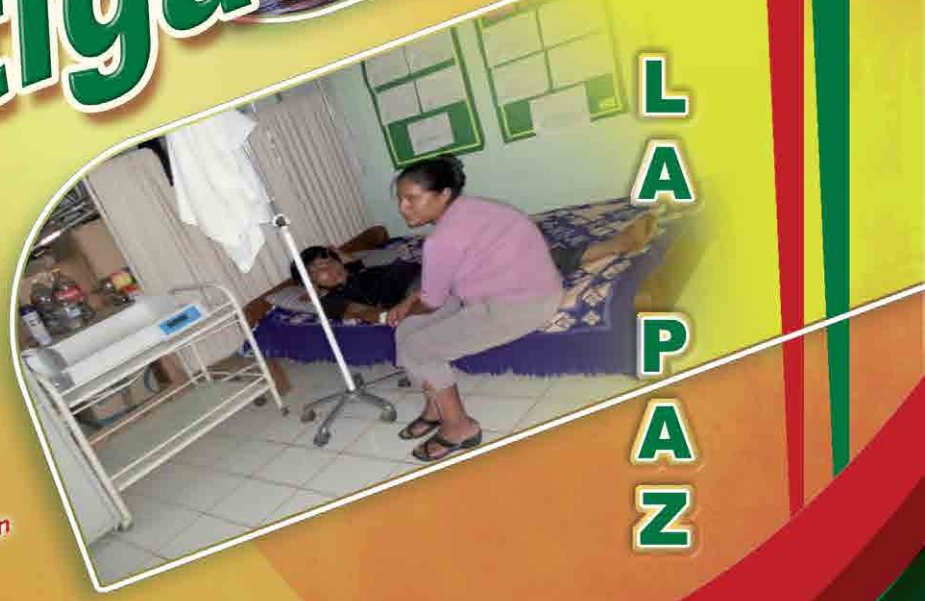
Modulo No. 3

Epidemiología e Investigación

SALUD PARA LA PAZ







"Descansa cuando estés cansado. Refréscate y renueva tu cuerpo, mente y espíritu. Luego vuelve a trabajar"

Ralph Marston

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

DRA. KATTYA PATRICIA CHOQUE HERBAS

Objetivo de aprendizaje.-

- *Conocer el concepto, propósitos y objetivos de la vigilancia epidemiológica.*
- *Describir la estructura del sistema de vigilancia epidemiológica.*
- *Conocer las responsabilidades por niveles en el sistema de vigilancia epidemiológica.*
- *Conocer las actividades del sistema de vigilancia epidemiológica las modalidades y periodicidad de la notificación.*
- *Conocer aspectos de la vigilancia epidemiológica hospitalaria.*
- *Conocer las características de la vigilancia epidemiológica en tiempo real.*

SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA.-

I. INTRODUCCIÓN.-

La vigilancia epidemiológica es, en la práctica, información para la acción. Esta acepción dinámica debe estar claramente incorporada en todos los miembros del equipo de salud que prestan servicios en el área asistencial o de laboratorio para ser practicada en las actividades cotidianas. Del personal de salud en contacto directo con la población depende la detección del caso de enfermedad y la notificación oportuna.

II. CONCEPTO.-

Vigilancia es la recolección y análisis de los datos, registrados en forma sistemática, periódica y oportuna, y convertidos en información integrada con la divulgación a los responsables de las actividades de intervención y a la opinión pública

III. PROPÓSITO.-

Identificar hechos sobre el estado de salud de las poblaciones con la finalidad de intervenir tempranamente en el control de los problemas de salud así como también aportar conocimientos integrales para la planificación, ejecución y evaluación de las acciones de salud.

IV. OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA.- Lograr datos sobre los eventos en la población y los factores que los condicionan para, luego de su procesamiento y análisis, facilitar esta información para su utilización oportuna.

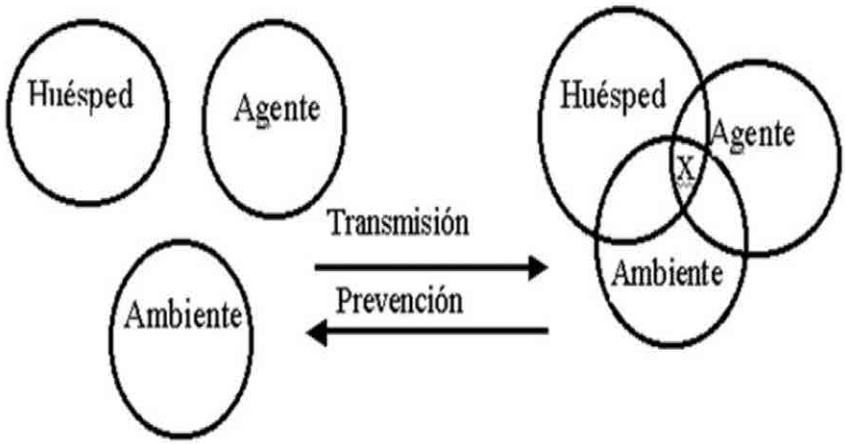
- Conocer de manera continua el comportamiento epidemiológico de las enfermedades seleccionadas para la vigilancia para el desarrollo y ejecución de medidas eficaces y oportunas de intervención.

El objetivo operacional de un sistema de vigilancia es definir los problemas pertinentes de las enfermedades en términos epidemiológicos, incluyendo emergencias, y evaluar los cambios de tendencia causados por la naturaleza o el hombre.

Uno de los primeros objetivos es definir los grupos de mayor riesgo dentro de la población, sobre los cuales pueden concentrarse las acciones de control y prevención. Un estudio comparativo de los grupos de alto y bajo riesgo puede conducir a una mejor comprensión de la interacción del huésped, agente y medio ambiente, así como la conducta del huésped y la asociación de estos factores con la enfermedad.

Según Haslberger (2005), el estudio ecológico y la vigilancia no pueden quedar limitados únicamente a la observación y registro de casos, siendo necesario para su realización un equipo multidisciplinario que incluye: epidemiólogos, veterinarios, clínicos, microbiólogos, bioquímicos, ecólogos, estadísticos, nutricionistas y profesionales de otras disciplinas.

Figura 1. Diagrama ambiente, agente, huésped. Transmisión y prevención



La transmisión de enfermedades ocurre cuando los tres círculos se interceptan en X. Figura 1

V. DESCRIPCIÓN.-

El sistema de vigilancia epidemiológica estudia las modificaciones que se producen en la población: las enfermedades transmisibles, las enfermedades no transmisibles, los factores de riesgo, los cambios medioambientales (ecológicos y sociales), los procedimientos, la calidad de los servicios y los indicadores del estado de salud.

El sistema de vigilancia epidemiológica comprende los subsistemas generales y específicos.

SUBSISTEMA GENERAL: Corresponde a la consolidación semanal, trimestral y anual de la información de las enfermedades de notificación obligatoria con los datos de laboratorio según corresponda.

SUBSISTEMAS ESPECÍFICOS: Comprende la notificación de enfermedades con historias epidemiológicas específicas que incluye la información de los resultados de laboratorio. El desarrollo varía según el país.

Cada subsistema tiene objetivos específicos propios, requiere información particular y el desarrollo de diferentes estrategias.

Los atributos del sistema son:

- Simplicidad (facilidad de operación).
- Flexibilidad (adaptación a los cambios en las necesidades de información o de estructura).
- Aceptabilidad.
- Sensibilidad (detección oportuna de brotes).
- Representatividad.
- Oportunidad (tiempo entre la aparición del evento, la notificación y las acciones de intervención).

VI. ORGANIZACIÓN.-

El sistema de vigilancia epidemiológica está organizado en tres niveles:

1. **NIVEL LOCAL:** Está constituido por los miembros del equipo de salud que están en contacto directo con la población. Es el que genera el dato según la legislación vigente de las enfermedades de notificación obligatoria y la Fichas Epidemiológicas específicas por patología.
2. **NIVEL INTERMEDIO (regional):** Está constituido por la coordinación de Red que engloba varios municipios (niveles locales).
3. **NIVEL DEPARTAMENTAL:** Lo integran los miembros de la Unidad de Epidemiología del Servicios Departamental de Salud. Este nivel recibe la información generada por el nivel local y/o el intermedio, la consolida y analiza y la remite al nivel superior. Pueden colaborar con el nivel intermedio y local en distintas acciones (capacitación, intervención ante la ocurrencia de un evento, etc.).
4. **NIVEL NACIONAL:** Está en la estructura del Ministerio de Salud. Recibe la información de los niveles departamentales, la consolida, analiza y envía a los organismos internacionales. Tiene función normativa principalmente.

Las responsabilidades varían en cada nivel; a continuación se precisan las correspondientes al nivel local/intermedio.

El dato generado en este nivel ante la sospecha diagnóstica y la notificación oportuna es el disparador de la vigilancia epidemiológica poniendo en marcha los mecanismos de observación, alerta, alarma y control. Es responsabilidad de este nivel:

- Realizar el control y análisis de los datos primarios.
- Detectar oportunamente la ocurrencia de enfermedad en la comunidad.
- Iniciar inmediatamente las acciones de control según las normas específicas.
- Solicitar apoyo al nivel superior en caso necesario.
- Notificar los casos, según las normas vigentes, al nivel inmediato superior.
- Informar sobre las acciones de control realizadas al nivel inmediato superior.
- Participar en programas de capacitación en temas relacionados con la vigilancia.
- Promover y ejecutar estrategias de comunicación social.

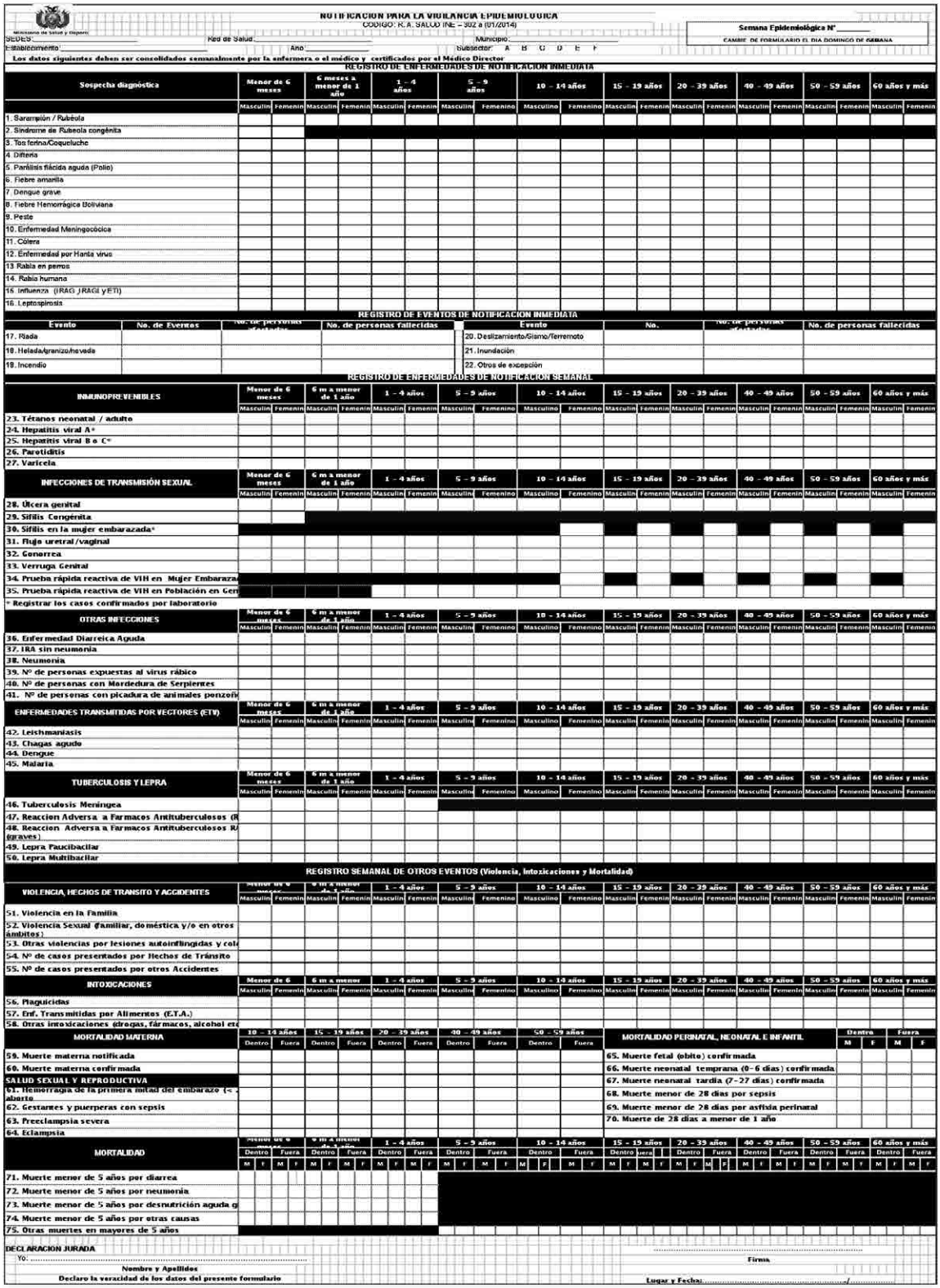
VIII. ACTIVIDADES.-

Todos los niveles del sistema de salud tienen la responsabilidad y la competencia de realizar las actividades de vigilancia epidemiológica que comprenden:

- Recolectar y notificar los datos.
- Consolidar, procesar y analizar los datos,
- Formular las recomendaciones para la intervención oportuna.
- Difundir la información.
- Supervisar y evaluar

Esta información debe ser plasmada en el formulario **INE – 302a (01/2014)** de INFORMACIÓN PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA. Figura Nº 2 que a través de **RM Nº 2010** (23 de Dic 2013) es reconocido como ÚNICO instrumento válido, debiendo ser notificado semanalmente siguiendo los niveles correspondientes antes de hrs 14:30 de cada Lunes al Programa de Vigilancia Epidemiológica del SEDES LP. La vigilancia puede ser positiva o negativa y para ello, se debe tomar en cuenta todas las variables: Enfermedades inmunoprevenibles, Infecciones de Transmisión Sexual, Otras infecciones, Enfermedades Transmitidas por Vectores, Tuberculosis y lepra, Violencia, hechos de tránsito y accidentes, Intoxicaciones, Salud Sexual y Reproductiva, Mortalidad General y materna.

Figura 2. FORMULARIO INFORMACIÓN PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA



NOTIFICACION PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

CODIGO: R.A. SALUD INE – 302 a (01/2014)

Ministerio de Salud y Deportes

SEDES: _____ Red de Salud: _____ Municipio: _____

Establecimiento: _____ Año: _____ Subsector: A B C D E F

Semana Epidemiológica N° _____

CAMBIE DE FORMULARIO EL DIA DOMINGO DE SEMANA

Los datos siguientes deben ser consolidados semanalmente por la enfermera o el médico y certificados por el Médico Director

REGISTRO DE ENFERMEDADES DE NOTIFICACION INMEDIATA

Sospecha diagnóstica	Menor de 6 meses		6 meses a menor de 1 año		1 – 4 años		5 – 9 años		10 – 14 años		15 – 19 años		20 – 39 años		40 – 49 años		50 – 59 años		60 años y más	
	Masculin	Femenin	Masculin	Femenin	Masculin	Femenin	Masculin	Femenino	Masculino	Femenino	Masculin	Femenin	Masculin	Femenin	Masculin	Femenin	Masculin	Femenin	Masculin	Femenin
1. Sarampión / Rubéola																				
2. Síndrome de Rubeola congénita																				
3. Tos ferina/Coqueluche																				
4. Difteria																				
5. Parálisis flácida aguda (Polio)																				
6. Fiebre amarilla																				
7. Dengue grave																				
8. Fiebre Hemorrágica Boliviana																				
9. Peste																				
10. Enfermedad Meningocócica																				
11. Cólera																				
12. Enfermedad por Hanta virus																				
13 Rabia en perros																				
14. Rabia humana																				
15. Influenza (IRAG ,IRAGI y ETI)																				
16. Leptospirosis																				

REGISTRO DE EVENTOS DE NOTIFICACION INMEDIATA

Evento	No. de Eventos	No. de personas afectadas	No. de personas fallecidas	Evento	No.	No. de personas afectadas	No. de personas fallecidas
17. Riada				20. Deslizamiento/Sismo/Terremoto			
18. Helada/granizo/nevada				21. Inundación			
19. Incendio				22. Otros de excepción			

REGISTRO DE ENFERMEDADES DE NOTIFICACION SEMANAL

INMUNOPREVENIBLES	Menor de 6 meses		6 m a menor de 1 año		1 – 4 años		5 – 9 años		10 – 14 años		15 – 19 años		20 – 39 años		40 – 49 años		50 – 59 años		60 años y más	
	Masculin	Femenin	Masculin	Femenin	Masculin	Femenin	Masculin	Femenino	Masculino	Femenino	Masculin	Femenin	Masculin	Femenin	Masculin	Femenin	Masculin	Femenin	Masculin	Femenin
23. Tétanos neonatal / adulto																				
24. Hepatitis viral A*																				
25. Hepatitis viral B o C*																				
26. Parotiditis																				
27. Varicela																				

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL	Menor de 6 meses		6 m a menor de 1 año		1 – 4 años		5 – 9 años		10 – 14 años		15 – 19 años		20 – 39 años		40 – 49 años		50 – 59 años		60 años y más	
	Masculin	Femenin	Masculin	Femenin	Masculin	Femenin	Masculin	Femenino	Masculino	Femenino	Masculin	Femenin	Masculin	Femenin	Masculin	Femenin	Masculin	Femenin	Masculin	Femenin
28. Úlcera genital																				
29. Sífilis Congénita																				
30. Sífilis en la mujer embarazada*																				
31. Flujo uretral /vaginal																				
32. Gonorrea																				
33. Verruga Genital																				
34. Prueba rápida reactiva de VIH en Mujer Embaraza																				
35. Prueba rápida reactiva de VIH en Población en Ger																				

* Registrar los casos confirmados por laboratorio

OTRAS INFECCIONES	Menor de 6 meses		6 m a menor de 1 año		1 – 4 años		5 – 9 años		10 – 14 años		15 – 19 años		20 – 39 años		40 – 49 años		50 – 59 años		60 años y más	
	Masculin	Femenin	Masculin	Femenin	Masculin	Femenin	Masculin	Femenino	Masculino	Femenino	Masculin	Femenin	Masculin	Femenin	Masculin	Femenin	Masculin	Femenin	Masculin	Femenin
36. Enfermedad Diarreica Aguda																				
37. IRA sin neumonía																				
38. Neumonía																				
39. Nº de personas expuestas al virus rábico																				
40. Nº de personas con Mordedura de Serpientes																				
41. Nº de personas con picadura de animales ponzoñ																				

ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES (ETV)	Menor de 6 meses		6 m a menor de 1 año		1 – 4 años		5 – 9 años		10 – 14 años		15 – 19 años		20 – 39 años		40 – 49 años		50 – 59 años		60 años y más	
	Masculin	Femenin	Masculin	Femenin	Masculin	Femenin	Masculin	Femenino	Masculino	Femenino	Masculin	Femenin	Masculin	Femenin	Masculin	Femenin	Masculin	Femenin	Masculin	Femenin
42. Leishmaniasis																				
43. Chagas agudo																				
44. Dengue																				
45. Malaria																				

TUBERCULOSIS Y LEPRA	Menor de 6 meses		6 m a menor de 1 año		1 – 4 años		5 – 9 años		10 – 14 años		15 – 19 años		20 – 39 años		40 – 49 años		50 – 59 años		60 años y más	
	Masculin	Femenin	Masculin	Femenin	Masculin	Femenin	Masculin	Femenino	Masculino	Femenino	Masculin	Femenin	Masculin	Femenin	Masculin	Femenin	Masculin	Femenin	Masculin	Femenin
46. Tuberculosis Meningea																				
47. Reaccion Adversa a Farmacos Antituberculosos (R																				
48. Reaccion Adversa a Farmacos Antituberculosos R graves)																				
49. Lepra Paucibacilar																				
50. Lepra Multibacilar																				

REGISTRO SEMANAL DE OTROS EVENTOS (Violencia, Intoxicaciones y Mortalidad)

VIOLENCIA, HECHOS DE TRANSITO Y ACCIDENTES	Menor de 6 meses		6 m a menor de 1 año		1 – 4 años		5 – 9 años		10 – 14 años		15 – 19 años		20 – 39 años		40 – 49 años		50 – 59 años		60 años y más	
	Masculin	Femenin	Masculin	Femenin	Masculin	Femenin	Masculin	Femenino	Masculino	Femenino	Masculin	Femenin	Masculin	Femenin	Masculin	Femenin	Masculin	Femenin	Masculin	Femenin
51. Violencia en la Familia																				
52. Violencia Sexual (familiar, doméstica y/o en otros ámbitos)																				
53. Otras violencias por lesiones autoinflingidas y col																				
54. Nº de casos presentados por Hechos de Tránsito																				
55. Nº de casos presentados por otros Accidentes																				

INTOXICACIONES	Menor de 6		6 m a menor		1 – 4 años		5 – 9 años		10 – 14 años		15 – 19 años		20 – 39 años		40 – 49 años		50 – 59 años		60 años y más	
	Masculin	Femenin	Masculin	Femenin	Masculin	Femenin	Masculin	Femenino	Masculino	Femenino	Masculin	Femenin	Masculin	Femenin	Masculin	Femenin	Masculin	Femenin	Masculin	Femenin
56. Plaguicidas																				
57. Enf. Transmitidas por Alimentos (E.T.A.)																				
58. Otras intoxicaciones (drogas, fármacos, alcohol etc																				

MORTALIDAD MATERNA	10 – 14 años		15 – 19 años		20 – 39 años		40 – 49 años		50 – 59 años	
	Dentro	Fuera	Dentro	Fuera	Dentro	Fuera	Dentro	Fuera	Dentro	Fuera
59. Muerte materna notificada										
60. Muerte materna confirmada										
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA										
61. Hemorragia de la primera mitad del embarazo (<										
62. Gestantes y puerperas con sepsis										
63. Preeclampsia severa										
64. Eclampsia										

MORTALIDAD PERINATAL, NEONATAL E INFANTIL	Dentro		Fuera	
	M	F	M	F
65. Muerte fetal (óbito) confirmada				
66. Muerte neonatal temprana (0- 6 días) confirmada				
67. Muerte neonatal tardía (7- 27 días) confirmada				
68. Muerte menor de 28 días por sepsis				
69. Muerte menor de 28 días por asfixia perinatal				
70. Muerte de 28 días a menor de 1 año				

MORTALIDAD	Menor de 6 meses				6 m a menor de 1 año				1 – 4 años				5 – 9 años				10 – 14 años				15 – 19 años				20 – 39 años				40 – 49 años				50 – 59 años				60 años y más			
	Dentro		Fuera		Dentro		Fuera		Dentro		Fuera		Dentro		Fuera		Dentro		Fuera		Dentro		Fuera		Dentro		Fuera		Dentro		Fuera		Dentro		Fuera		Dentro		Fuera	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
71. Muerte menor de 5 años por diarrea																																								
72. Muerte menor de 5 años por neumonía																																								
73. Muerte menor de 5 años por desnutrición aguda g																																								
74. Muerte menor de 5 años por otras causas																																								
75. Otras muertes en mayores de 5 años																																								

DECLARACION JURADA

Yo: _____ Firma

Nombre y Apellidos

Declaro la veracidad de los datos del presente formulario

Lugar y Fecha: _____ / _____

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALARIA.-

La Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria tiene como objetivo realizar un control integral al equipo multidisciplinario de los establecimientos de II y III nivel por el bienestar del paciente, de sus familiares y de la totalidad del personal.

Su operativización está enmarcada en la RM Nº 0855 del 18 Noviembre de 2005, la que establece la conformación de un Comité de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria, que a su vez consta de 4 subcomités:

- Sub comité de Bioseguridad.
- Sub comité de Residuos.
- Sub comité de Infecciones Intra Hospitalarias.
- Sub comité de Análisis.

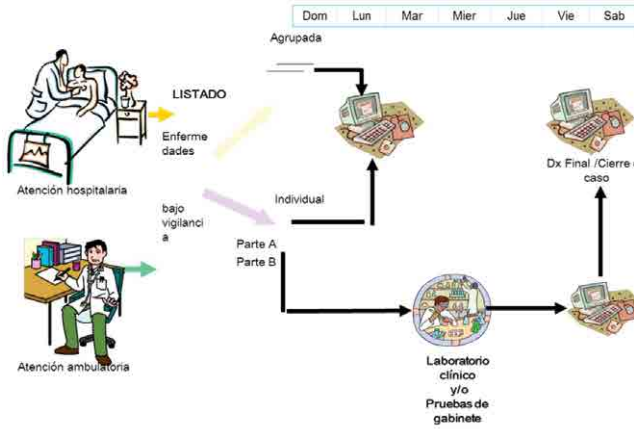
VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN TIEMPO REAL.-

Qué es el Viepi?

Es una aplicación web que ha sido desarrollada por OPS para cumplir con las actividades necesarias de un sistema nacional de vigilancia de la salud e incluye los siguientes componentes ó módulos:

- Configuración de los eventos de salud a vigilar en base a las necesidades del país y / o las prioridades de salud pública internacional.
- Recopilación de los datos de vigilancia tanto de la notificación individual como la agrupada.
- Integración de los resultados de laboratorio para el diagnóstico.
- En base al registro de la notificación individual, seguimiento y cierre de caso.
- Producción de perfiles de los eventos de salud con detalle de lugar, tiempo y persona utilizando sistemas de información geográfica integrada con la cartografía temática y de análisis, a nivel nacional y subnacional.
- Sistema de Alerta de Salud, con cinco herramientas analíticas y gráficas conocidas y aceptadas internacionalmente (canal epidemiológico –tres metodologías- y alerta de eventos por promedio semanal) para la vigilancia y la predicción de casos por evento.
- Varias opciones de control y monitoreo del desempeño del sistema de vigilancia de la salud.

Figura 3. DISEÑO CONCEPTUAL VIEPI



BENEFICIOS Y UTILIDAD DEL VIEPI.-

- Fácil configuración, especialmente en la incorporación de nuevos eventos.
- Incremento de al menos un 20% en la cobertura de notificación a nivel nacional.
- Aumento de la participación de otras instituciones del sector salud.
- Incremento del 25% de los casos investigados.
- Incremento del 30% de casos con diagnóstico final.
- Registro de los resultados de laboratorio.
- Disponibilidad de información en los niveles locales.

IX. BIBLIOGRAFÍA.-

1. *Centers for Diseases Control and Prevention: Guidelines for evaluating surveillance systems. MMWR Morb Mortal WklyRep 1988; 37: 1-18*
2. *Ministerio de Salud República Argentina. Manual de normas y procedimientos de Vigilancia y control de Enfermedades de notificación obligatoria. Revisión nacional 2007*
3. *Ministerio de Salud y Deportes: Manual de Normas y procedimientos para la vigilancia epidemiológica. Bolivia – 2004*
4. *Ministerio de Salud y Deportes: Norma Nacional de Infecciones Asociadas a la atención en salud. Serie Documentos Técnico – Normativos Publicación 350. Bolivia – Diciembre 2003*
5. *Organización Mundial de la Salud: Normas de Vigilancia. WHO/EMC/DIS97.1, Ginebra, 1997.*
6. *Secretaria de Salud México. Manual de Procedimientos Estandarizados de Operación en Materia de Vigilancia Epidemiológica Internacional. Septiembre 2012*

PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIÓN
(P.A.I.)

Lic. Rosmery Azurduy Jaliri
Resp. Departamental del PAI

Lic. Roxana Laura Gutiérrez
Enf. Supervisora PAI

Objetivo de aprendizaje.-

Que el personal de salud pre grado conozca:

- *El Programa Ampliado de Inmunización (PAI) y cuáles son sus componentes.*
- *El esquema de vacunación actualmente utilizado en el país.*
- *Qué contienen las vacunas del esquema de inmunización.*
- *Las características principales de las enfermedades que se previenen con el actual esquema de vacunación.*

I. INTRODUCCIÓN.-

El Programa Ampliado de Inmunización desde su creación viene realizando logros significativos como la erradicación de la Poliomielitis en la Región de las Américas, eliminación del Sarampión, control de la Fiebre Amarilla, Tétanos Neonatal, Rubéola y Síndrome de Rubéola congénita a través de la inmunización de los niños y niñas de nuestro país.

II. DEFINICIÓN.-

Es un programa de prevención, vigilancia y control de las enfermedades prevenibles por vacunas con el objetivo de disminuir la morbimortalidad de los niños y niñas principalmente en menores de 5 años.

III. COMPONENTES DEL PAI.-

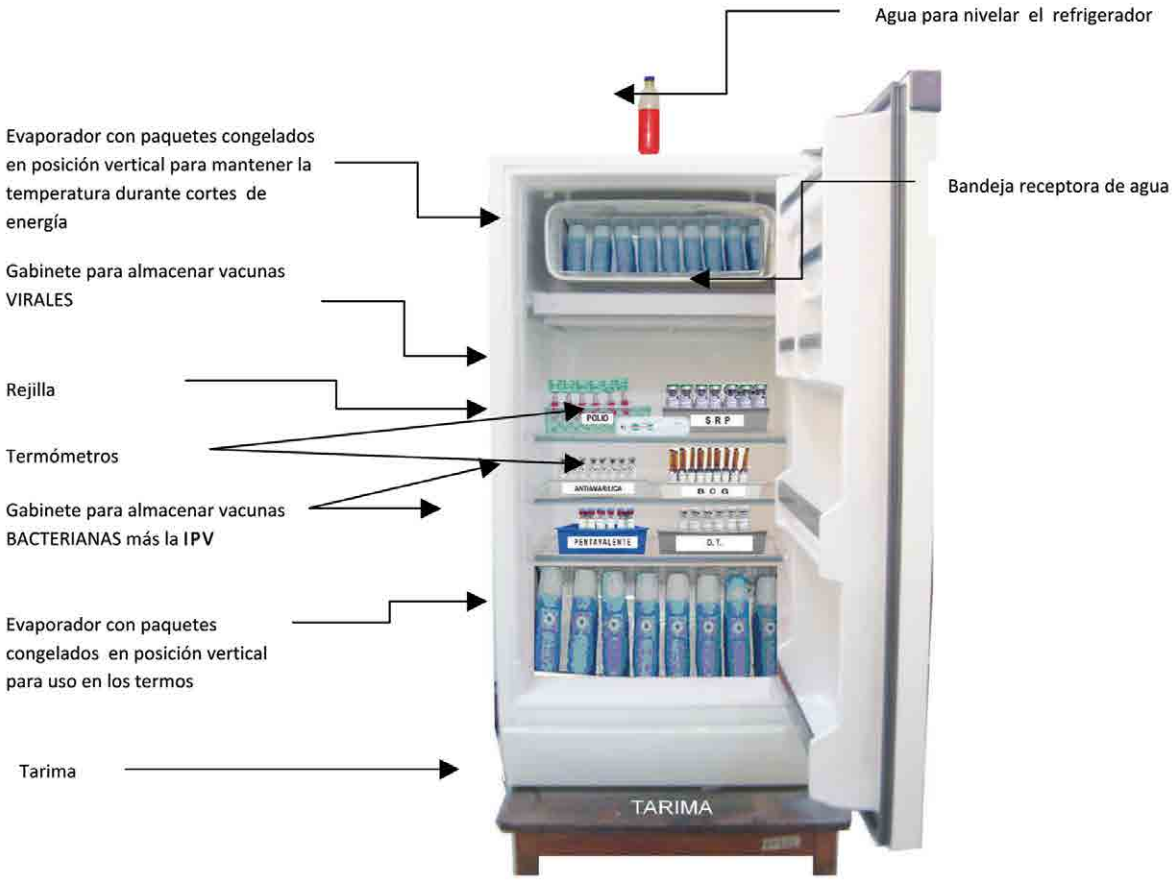
Para asegurar la protección de los niños, niñas y de la población en general, el Programa Ampliado de Inmunización (PAI) desarrolla sus acciones a través de los siguientes componentes.

a) Cadena de Frío.-

Es el proceso de recepción, conservación, manejo y distribución de las vacunas desde que salen del almacén central hasta que llega a la comunidad, al momento de la vacunación.

b) Logística.-

Es un sistema administrativo que garantiza la disponibilidad de las vacunas, jeringas e insumos desde la programación, distribución, organización, control mensual y evaluación del uso adecuado de vacunas, en cada uno de los niveles de atención y gestión del sistema de salud. El control de usos de vacunas y jeringas mediante los informes mensuales de saldos existentes en cada establecimiento de salud.



c) Vigilancia epidemiológica.-

Es un conjunto de acciones que incluyen la recolección, análisis y diseminación continua y sistemática de datos esenciales que permitan identificar los factores determinantes y condicionantes de la salud individual y colectiva con la finalidad de planificar, implementar y evaluar medidas de intervención para la prevención y control de las enfermedades u otros eventos de importancia relacionados con la salud pública.

Este sistema también permite conocer el impacto de la inmunización, detectar oportunamente brotes epidémicos o importaciones de virus e identificar susceptibles, vale decir que es la base para la toma de decisiones informadas.

d) Capacitación.-

Es un proceso que brinda y consolida conocimientos, destrezas y competencias del personal de salud que gerencia el PAI o aplica las vacunas.

e) Supervisión.-

Proceso de asistencia técnica que se aplica para observar el cumplimiento de indicadores, normas, procedimientos, y desempeño del personal de salud mediante acciones directas e indirectas.

f) Monitoreo y evaluación.-

Con base en indicadores permite verificar el progreso hacia los objetivos y metas del PAI, así como adoptar medidas correctivas oportunas desde el nivel local hasta el nivel nacional.

h) Vacunación segura.-

Es la producción de vacunas de calidad, transporte y almacenamiento adecuado, prácticas de inyecciones seguras y la vigilancia eficiente de ESAVIs.

i) Investigación.-

Componente que permite al PAI alimentar la toma de decisiones gerenciales a nivel nacional y también a nivel local. Por ejemplo, a nivel nacional los estudios de costo efectividad y de efectividad son los que posibilitan o no la introducción de nuevas vacunas dentro del esquema nacional y a nivel local son las investigaciones operativas como las de conocimientos, actitudes y prácticas, CAP, las que permiten diseñar intervenciones o estrategias para que el PAI responda mejor a las necesidades de la población.

j) Estrategias de vacunación.-

Son formas de ofertar las vacunas a la población para disminuir los factores de riesgo de morbimortalidad infantil, manteniendo coberturas útiles de vacunación, mediante la aplicación de la política SAFCI, en los tres niveles de atención del sistema de salud.

k) Oportunidades pérdidas.-

Se presenta una oportunidad pérdida de vacunación cuando una persona, de cualquier grupo de edad elegible para ser vacunada, asiste por algún motivo a un establecimiento de salud y no recibe las vacunas requeridas.

l) Vacunas del esquema nacional.-

El Estado Plurinacional de Bolivia, en base a las recomendaciones del Comité Técnico Asesor del PAI, garantiza la compra de vacunas del esquema nacional con fondos del Tesoro General de la Nación. Este esquema es permanentemente actualizado de acuerdo a las necesidades de la población y la disponibilidad de la tecnología en inmunizaciones. Este esquema debe ser cumplido en todos los vacunatorios del país sin discriminación alguna, garantizando el cumplimiento del derecho a la vacunación en la edad correspondiente, número de dosis y en definitiva el esquema completo.

IV. INTRODUCCIÓN DE LA VACUNA DE POLIO INACTIVADA (IPV).-

Para erradicar plenamente la poliomielitis, tenemos que eliminar la poliomielitis paralítica asociada a la vacuna y los poliovirus circulantes derivados de la vacuna:

- Eliminando gradualmente la OPV.
- Comenzando por retirar el componente de tipo 2 de la tOPV.

Los riesgos asociados al componente de tipo 2 de la tOPV son ahora superiores a los beneficios:

- El componente de tipo 2 de la tOPV causa cerca de 40% de los casos de poliomielitis paralítica asociada a la vacuna y más de 90% de los poliovirus circulantes derivados de la vacuna.
- El componente de tipo 2 de la tOPV interfiere en la respuesta inmunitaria a los tipos 1 y 3.

Recuerde que el último caso de poliomielitis causado por un poliovirus salvaje de tipo 2 se detectó en 1999.

Vacuna oral contra la poliomielitis (OPV)	Vacuna inactivada contra la poliomielitis (IPV)
Administrada en gotas.	*Administrada en inyección.*
Contiene virus vivos, debilitados.	*Contiene virus muertos.*
Proporciona inmunidad a través del intestino e inmunidad colectiva asociada.	*Proporciona inmunidad a través de la sangre.*
La OPV trivalente (tOPV) protege frente a los tipos 1, 2 y 3.	*Debe usarse en todos los calendarios de vacunación de rutina a escala mundial a finales del 2015.*
La OPV bivalente (bOPV) protege frente a los tipos 1 y 3.	*La IPV protege frente a los tipos 1, 2 y 3*

V. CONTENIDO DE LAS VACUNAS.-

Las vacunas contienen organismos similares a los que producen las enfermedades contra las cuales actúan. Sin embargo, debido a que estos organismos son más débiles, en lugar de enfermarnos nos ayudan a adquirir defensas contra esas enfermedades, sin tener que padecerlas.

TIPO DE VACUNA	CONTENIDO DE LA VACUNA
BCG	Vacuna viva liofilizada derivada de la cepa atenuada de Mycobacterium bovis (cepa del bacilo Calmelette Guerin)
OPV	Vacuna trivalente de virus atenuado de Poliomielitis (Cepa Sabin)
IPV	Contiene virus muertos. Proporciona inmunidad a través de la sangre.
PENTAVALENTE	Toxoide diftérico, toxoide tetánico. Bacilos muertos de Bordetella Pertusis, preparado purificado del antígeno de superficie del virus de la Hepatitis B, oligosacárido capsular purificado y polisacárido capsular de Haemophilus Influenzae tipo b y como adyuvante, fosfato de aluminio
ANTIROTAVIRICA	Rotavirus atenuados humano, cepa RI4414
INFLUENZA	Vacuna trivalente de virus inactivados, fraccionados(cepas AH1N1, AH3N2)
ANTINEUMOCOCCICA	Sacáridos del antígeno capsular del Streptococo Pneumoniae Serotipos 1, 3, 4, 5, 6A, 6B,7F, 9V, 14, 18C, 19A, 19F y 23F conjugados con proteína diftérica CRM 197. Como adyuvante, aluminio
SRP	Virus vivos atenuados de la Rubeola (cepa Wistar RA27/3), sarampión (cepa Edmonston-Zagreb) y parotiditis (cepa Leningrand-Zagreb), neomicina y albúmina.
ANTIAMARILICA	Suspensión de virus vivos atenuados, contiene la cepa 17D-204, cultivada en huevo de gallina.
dT	Toxoides contra la difteria y el tétanos. Timerosal como conservante.
HEPATITIS B	Vacuna inactivada recombinante contiene la subunidad de antígeno de superficie (HBsAg) del virus de la Hepatitis B, purificado y obtenido por la técnica de ADN, contiene hidróxido de aluminio como adyuvante y 0.005% de timerosal como conservante.

VI. ENFERMEDADES QUE SE PREVIENEN CON LAS VACUNAS DEL ESQUEMA NACIONAL.-

Previenen enfermedades muy graves que pueden causar la muerte o producir invalidez en niñas, niños y población general.

Las enfermedades inmunoprevenibles son:

1. Tuberculosis o tisis en sus formas graves.-

La tuberculosis es una enfermedad infectocontagiosa cuya propagación es rápida ya que se transmite por bacterias dispersadas en el aire debido a tos o estornudos. La meningitis tuberculosa es la forma más grave y letal de la tuberculosis y aun cuando se cura es probable que deje secuelas permanentes en el paciente.

2. Parálisis Infantil o poliomielitis.-

La poliomielitis, también conocida como parálisis infantil, es una enfermedad infectocontagiosa aguda, causada por el virus de la polio y cuyas manifestaciones clínicas son muy variables, desde cuadros inaparentes, en un 90 a 95% de los casos, hasta parálisis severa.

Las niñas y niños que sufren de polio, presentan fiebre y aparentan estar resfriados, poco después, tienen dificultad para ponerse de pie y caminar porque las piernas ya no les sostienen, finalmente se ven obligados a arrastrarse o usar muletas por el resto de sus vidas.

3. Neumonía y meningitis por Haemophilus influenzae tipo B.-

Son enfermedades infectocontagiosas e invasivas frecuentes en los niños y niñas menores de 5 años de edad, especialmente en los menores de dos años, se transmite de persona a persona, por vía respiratoria a través de gotitas suspendidas en el aire, provenientes de estornudos o tos.

Los signos y síntomas son los mismos para diferentes agentes epidemiológicos.

El Haemóphilus influenzae tipo b es responsable del 95% de las formas invasivas, tales como meningitis, neumonías, epiglotitis, otitis media, sinusitis, artritis séptica, celulitis, osteomielitis, empiema y pericarditis.

4. Difteria.-

Es una enfermedad infecciosa causada por una bacteria, y se transmite por tos, estornudos o por contacto con infecciones de la piel.

Se caracteriza porque las personas infectadas presentan una pseudo membrana grisácea en la garganta, que produce dificultad para respirar, adenopatía cervical y estado tóxico infeccioso.

5. Coqueluche, tosferina o tos de ahogo.-

Es una infección bacteriana, muy contagiosa se caracteriza por violentos accesos de tos - a los que se les da comúnmente el denominativo de tos de perro - que provocan vómitos, imposibilidad de alimentarse y enrojecimiento de los ojos.

Esta enfermedad puede llegar a ser tan grave que los niños mueren o quedan con lesiones cerebrales permanentes.

6. Diarreas graves por rotavirus.-

Es una infección viral que se inicia con vómitos, deposiciones liquidas, abundantes y frecuentes, además de fiebre y dolor abdominal.

La principal complicación es la deshidratación severa que puede provocar choque hipovolémico y muerte.

7. Influenza estacional.-

La influenza no complicada se caracteriza por fiebre súbita y síntomas respiratorios como tos seca, dolor de garganta y secreción nasal y en general puede causar malestar general. Es una enfermedad respiratoria, contagiosa, aunque generalmente es leve puede causar complicaciones muy graves, sobre todo en niños y ancianos.

8. Neumonías, meningitis y otitis por neumococo.-

Son enfermedades bacterianas, infecciosas, contagiosas, muy frecuentes en la población infantil, el agente etiológico más importante es el neumococo.

La neumonía es la segunda causa de muerte en los niños y niñas menores de un año y es agravada en desnutridos. La vacunación contra neumococo contribuirá a reducir la mortalidad y morbilidad por neumonía, sepsis y meningitis, con una eficacia mayor al 90%

9. Sarampión.-

Es una enfermedad altamente contagiosa, se caracteriza porque se presenta con fiebre, malestar general, tos, secreción nasal, ojos enrojecidos y erupciones máculopapular no vesicular en todo el cuerpo.

Las complicaciones de esta enfermedad son infecciones respiratorias, neumonías, encefalitis, otitis media, panencefalitis esclerosante subaguda, que se previenen con la vacuna.

10. Rubéola.-

Es una enfermedad febril, viral, eruptiva y contagiosa, caracterizada por un exantema máculopapular eritematoso, adenopatía post-auricular y suboccipital y fiebre leve; en ocasiones se presenta con dolor en las articulaciones.

La rubéola durante el embarazo puede causar abortos, mortinatos, recién nacidos con bajo peso y anomalías congénitas oftálmicas, cardíacas, neurológicas o sordera, además de retraso en el crecimiento.

11. Parotiditis.-

Es una enfermedad infecciosa, aguda, viral, que origina una inflamación no supurada de las glándulas parótidas.

La parotiditis puede afectar al mismo tiempo los testículos, las meninges y el páncreas.

12. Fiebre amarilla.-

Es una enfermedad viral, transmitida por la picadura de mosquitos infectados, se caracteriza por presentar cuadro febril agudo por más de siete días, malestar general, ictericia y manifestaciones hemorrágicas como sangrado nasal, vómito con sangre y deposiciones negruzcas. Se debe sospechar esta patología cuando se trata de personas no vacunadas que viven en zonas endémicas o que estuvieron de manera temporal en éstas.

En Bolivia se ha vacunado a toda la población contra la fiebre amarilla, por esta razón, la meta actual es garantizar la vacunación de las nuevas cohortes, inmunizando a los niños y niñas de 12 a 23 meses junto con la vacuna SRP.

13. Tétanos neonatal.-

El tétanos del recién nacido es una enfermedad bacteriana que se caracteriza porque se presentan contracciones dolorosas en los músculos de la cara, cuello y tronco en los recién nacidos que tienen entre 3 y 28 días.

Esta enfermedad es resultado de la contaminación del cordón umbilical de madres no vacunadas.

14. Hepatitis B.-

Es una enfermedad viral infecciosa grave en la que se presenta malestar general, fiebre, falta de apetito, náuseas, fatiga, vómitos e ictericia.

La hepatitis B es fácilmente transmitida por la vía sexual, transfusión sanguínea, procedimientos médicos, odontológicos y también por transmisión vertical de madre a hijo, por cepillo dental o máquina de afeitar contaminados, compartir jeringas y material de tatuajes o para perforaciones en el cuerpo (piercings). Esta enfermedad se previene con la vacuna.

TOMA DE MUESTRA PARA CADA ENFERMEDAD INMUNOPREVENIBLE

Enfermedad	Tipo de muestra y cantidad	Tiempo de la toma de muestra
Sarampión/Rubeola	5 ml de sangre – Suero	En los primeros 30 días
S.R.C.	5ml de sangre – Suero	En el primer año de vida
Fiebre Amarilla	5ml de sangre – Suero	Después de los 7 días
P.F.A.	Heces (tamaño de un dedo pulgar 8 mg)	En los primeros 15 días.
Difteria	Hisopado Faríngeo	Inmediato
Tos Ferina	Hisopado naso faríngeo	Inmediato
TNN	El diagnostico es clínico y epidemiológico	-

VII. BIBLIOGRAFIA.-

1. *MINISTERIO DE SALUD– PAI Familiar y Comunitario, Manual Técnico, publicación 356. La Paz – Bolivia. 2014.*
2. *http://www.who.int/immunization/diseases/poliomyelitis/endgame_objective2/en/*

ESQUEMA NACIONAL DE VACUNACIÓN

VACUNA	ENFERMEDAD QUE PREVIENE	VÍA	EDAD DE APLICACIÓN	DOSIS Y CANTIDAD
BCG	Formas graves de Tuberculosis 	Intra dermica 	Dosis unica Recién Nacido	1 Dosis 0,1 ml
Pentavalente	Difteria, Tétanos, Coqueluche, Hepatitis B, neumonías y meningitis por Hib 	Intra muscular 	1ra dosis 2 meses 2da dosis 4 meses 3ra dosis 6 meses	5 Dosis 0,5 ml
		Intra muscular 	4ta dosis 18 a 23 meses 5ta dosis 4 años	
Anti polio	Poliomielitis 	Intra muscular 	1ra dosis 2 meses	1 Dosis 0,5 ml
		Oral 	2da dosis 4 meses 3ra dosis 6 meses 4ta dosis 18 a 23 meses 5ta dosis 4 años	4 Dosis 2 Gotas
Anti neumococica	Neumonias y meningitis 	Intra muscular 	1ra dosis 2 meses 2da dosis 4 meses 3ra dosis 6 meses	3 Dosis 0,5 ml
Anti rotavirus	Diarreas severas por rotavirus 	Oral 	1ra dosis 2 meses hasta los 3 meses 2da dosis 4 meses hasta los 7 meses	2 Dosis 1,5 ml
Anti Influenza Estacional Pediátrica	Influenza estacional 	Intra muscular 	Niños de 6 a 11 meses: 1ra dosis al contacto 2da dosis al mes de la 1ra	2 Dosis 0,25 ml
		Intra muscular 	Niños de 12 a 23 meses: 1 sola dosis	1 Dosis 0,25 ml
SRP	Sarampión, Rubéola, Parotiditis 	Subcutanea 	Dosis Unica de 12 a 23 meses	1 Dosis 0,5 ml
Anti amarílica	Fiebre Amarilla 	Subcutanea 	Dosis Unica de 12 a 23 meses	1 Dosis 0,5 ml
dT adulto	Difteria, Tétanos neonatal y tétanos del adulto (Hombres y Mujeres) 	Intra muscular 	De 7 a 9 años 1ra dosis al contacto 2da dosis a los 2 meses	2 Dosis 0,5 ml
			De 10 a 49 años 1ra dosis al contacto 2da dosis al mes 3ra dosis a los 6 meses	3 Dosis 0,5 ml
Anti Influenza Estacional adulto	Influenza estacional 	Intra muscular 	Mayores a 65 años	1 dosis 0,5 ml cada año

TUBERCULOSIS

Lic. Julia Quispe Mamani
PDCTB SEDES LA PAZ

Objetivo de aprendizaje.-

- *Contar con una guía para el manejo adecuado del paciente con tuberculosis en el programa según las normas vigentes en el país.*
- *Guiar al estudiante para la captación del Sintomático Respiratorio como una de sus actividades en el SSSRO.*
- *Dar a conocer las normas de tratamiento que se realizan en los pacientes con tuberculosis.*
- *Recodar al estudiante los tipos de tuberculosis que hay en Bolivia.*

I. ANTECEDENTES.-

La tuberculosis es una enfermedad tan antigua como la misma humanidad, que por lo general afecta a los pulmones y que puede afectar a otros órganos.

A nivel Mundial la tuberculosis es la segunda causa de enfermedad que produce alrededor de 9.000.000 de casos por año especialmente en la India, China (35% de la carga mundial de tuberculosis) y África (29 %).

En la región de las Américas son 12 países que reportan el 80% de los casos, de estos Perú y Brasil representan un 50 %.

SITUACIÓN EN BOLIVIA.-

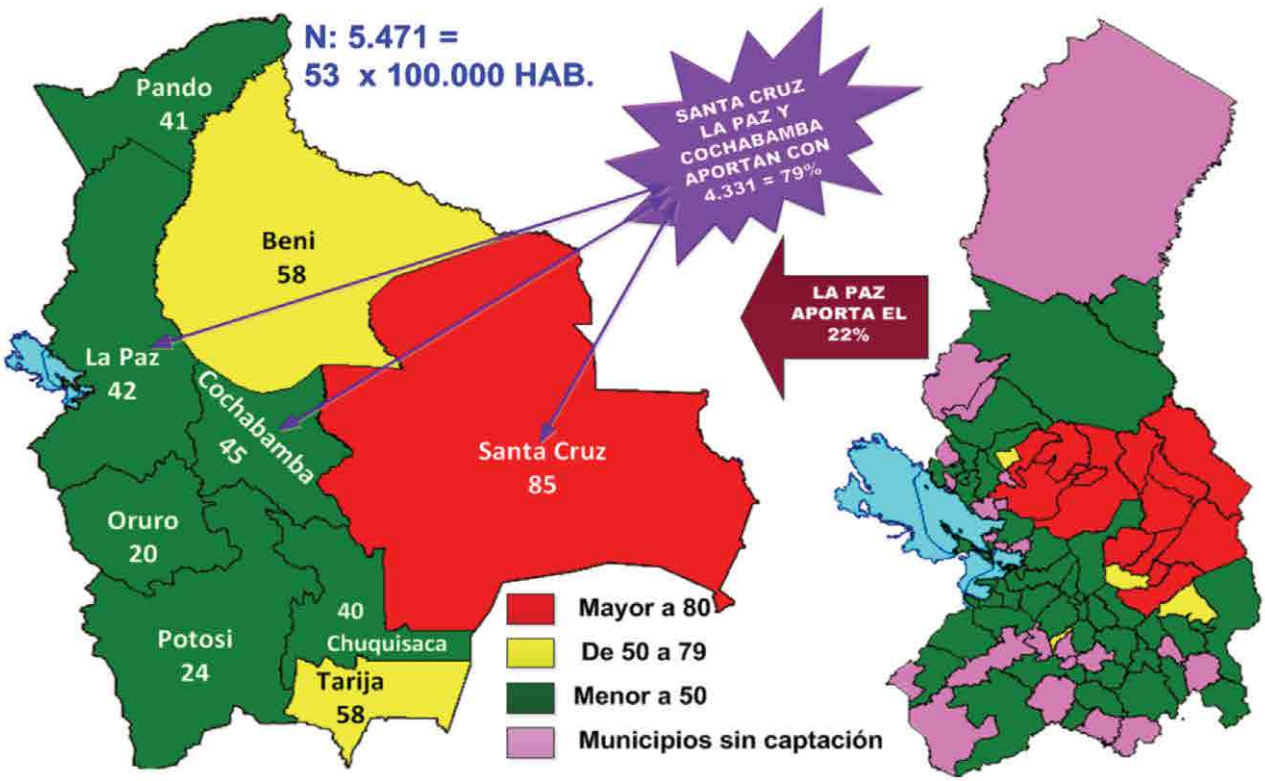
En Bolivia la tuberculosis continúa siendo un problema de gran magnitud y trascendencia, que la clasifica dentro de los 12 países con alta carga de la enfermedad (4.9 %) Durante la gestión del 2014 la tasa de incidencia de los casos nuevos de tuberculosis pulmonar con baciloscopia positiva (1.166) fue de 42/100.000 habitantes.

El aporte del Departamento de La Paz, a Bolivia de tuberculosis pulmonar con baciloscopia positiva es del 23% para el 2014.

Espectro epidemiológico por nivel de riesgo de la tasa de incidencia de tuberculosis pulmonar BAAR (+) 42 por 100.000 hab.

Donde el departamento de La Paz, aporta el 22 % de la carga de enfermedad tuberculosis a Nivel Nacional, con la tasa de incidencia de 42 X 100000 habitantes, de tuberculosis pulmonar BAAR (+).

Figura Nº 1



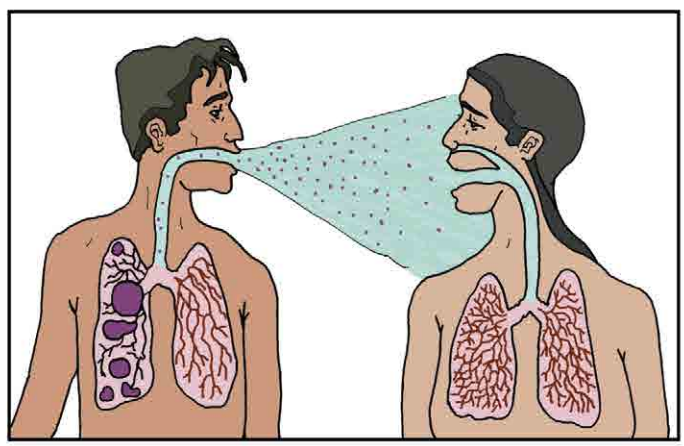
La epidemiologia en Tuberculosis tiene el objetivo de estudiar la frecuencia, distribución y sus determinantes.

II. EPIDEMIOLOGIA DE LA TUBERCULOSIS.-

La tuberculosis es un problema de salud pública a nivel mundial, especialmente de países en desarrollo.

La tuberculosis es una enfermedad contagiosa que causa mayor morbilidad y mortalidad. Se transmite a través de las gotitas de saliva que miden 1 a 5 µm. de diámetro.





La tuberculosis sensible plantea un problema mundial de salud pública denominándose la primera epidemia. La coinfección TB/VIH ha alterado de manera dramática la epidemiología de la tuberculosis, constituyéndose en la segunda epidemia.

Recientemente, surgió una tercera epidemia como es la tuberculosis fármaco resistente o la tuberculosis Multidrogo resistente.

Los factores de riesgo más importantes que determinan un mayor riesgo de morir por tuberculosis son:

a) Demora en el diagnóstico

La alta carga bacilar y demora de acceso al tratamiento y la muerte por tuberculosis pulmonar es la más significativa.

b) Localización de la tuberculosis

El mayor riesgo de morir está asociado a la tuberculosis meníngea, miliar, pericárdica y peritoneal.

c) Edad. Los niños y los ancianos son los más vulnerables.

d) Enfermedades asociadas.

- Infección con el VIH
- SIDA.
- Infección reciente.
- Desnutrición.
- Diabetes Mellitus.
- Silicosis.
- Cánceres.
- Tratamiento con corticoides.



CADENA EPIDEMIOLÓGICA DE LA TUBERCULOSIS.-

En la tuberculosis se identifican cuatro factores principales de la secuencia continua que interactúan entre sí (figura 2), para que se desarrolle la enfermedad:

1) Agente causal de la tuberculosis.
2) Reservorio y fuente de infección.
3) Mecanismo de transmisión del agente.
4) Huésped susceptible de enfermar.

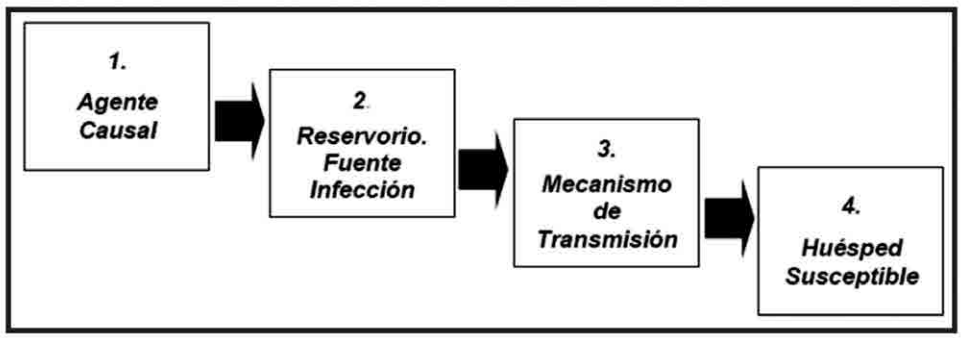


Figura 2. Los cuatro factores identificados en la enfermedad de la tuberculosis.

1. Agente causal de la tuberculosis.-

La tuberculosis es producida por uno de los seis microorganismos que integran el complejo M. tuberculosis y que son: M. tuberculosis, M. Bovis, M. africanum, M. canetti, M. microti y M. pinnipedi.

El M. tuberculosis es un bacilo delgado, ligeramente curvado, inmóvil, no esporulado y mide de 1 a 4 µm. de longitud. Posee múltiples características intrínsecas que lo diferencian del resto de las bacterias

El M. tuberculosis es la más importante desde el punto de vista de la salud pública y la causa de la gran mayoría de los cuadros clínicos de la enfermedad en los seres humanos

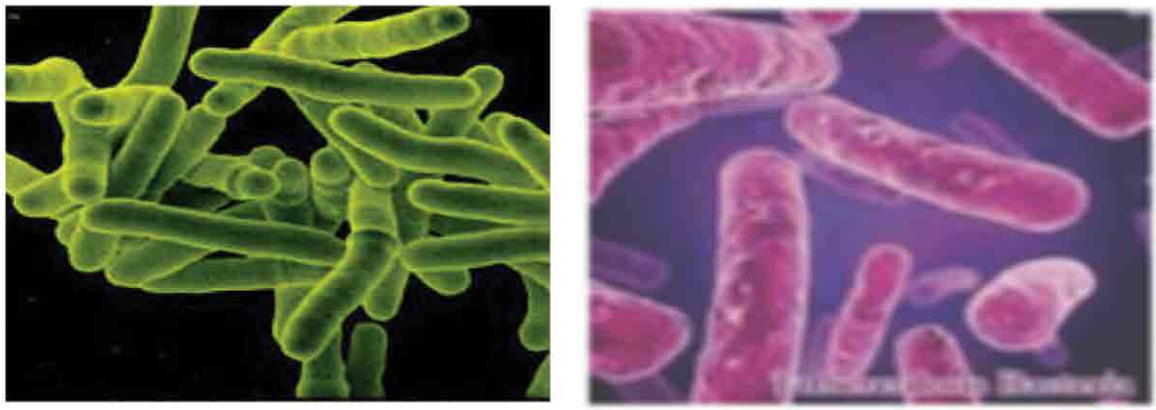


Figura 3. Bacilos alcohol resistente

Entre ellas, se destacan las siguientes características:

- Resistentes al frio, congelación y desecación.
- Muy sensibles al calor, luz solar y radiación ultravioleta.
- Aerobio estricto (depende de oxígeno y pH para su crecimiento y metabolización).
- Muy lenta capacidad de división oscilando entre 14 a 24 horas, factor que condiciona su tendencia a la cronicidad, es decir es una bacteria polivalente (se adapta muy fácilmente ante situaciones adversas).
- Su pared celular es dos veces más gruesa y fuerte que la de los bacilos Gram negativos, por su alto contenido de lípidos al que se debe su peculiar tinción ácido alcohol resistente (BAAR). También tiene un componente proteico, componente polisacárido.

2. Reservorio y fuente de infección.-

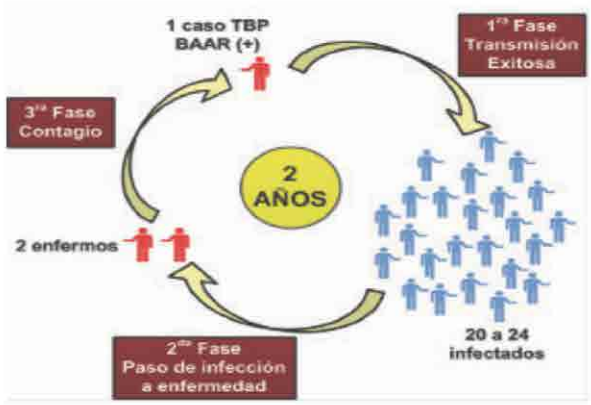
El reservorio más importante del M. tuberculosis y uno de los condicionantes fundamentales de la endemia, es el hombre sano infectado que no contagia (no son fuentes de infección). Pero el reservorio potencial y el más peligroso es el hombre enfermo no diagnosticado, que son las fuentes de infección reales, es decir, cuando el hombre sano infectado pasa a ser enfermo, teniendo diferente capacidad infectante según la localización y lo avanzado de la enfermedad.

Las formas más infectantes serán las tuberculosis pulmonares con capacidad de eliminar bacilos al exterior y que tiene mayor carga bacilar (muchos bacilos), o sea los que dan cavernas a la radiografía de tórax y que son capaces de dar positiva a la baciloscopía de esputo.

3. Mecanismo de transmisión del agente.-

El mecanismo de la transmisión más importante y el que causa la totalidad de los contagios, es por vía aérea. El M. tuberculosis se transmite a través de pequeñas micro gotas eliminadas por el hombre enfermo, al hablar, cantar, reír, estornudar y sobre todo al toser. Aunque las partículas más grandes (llamadas gotitas de Flüger de 5 a 10 µm) sedimentan por su peso o se impactan en la vía aérea superior.





4. Huésped susceptible de enfermar.- La cadena de transmisión, depende que el M. tuberculosis se encuentre en un huésped susceptible de enfermar. En el caso más desfavorable se desencadena la enfermedad y/o la muerte.

Los factores de riesgo que facilitan el desarrollo de la enfermedad son múltiples (ver tabla 1 y 2), sin embargo, los más vulnerables de padecer enfermedad tuberculosa son los niños menores de 5 años y los adultos mayores de 60 años, justificado por el discreto grado de inmunodeficiencia que se puede tener en este grupo de edad.

III. DIAGNÓSTICO.-

Cualquiera sea la forma de la tuberculosis (pulmonar y/o extrapulmonar), el diagnóstico se basa en tres métodos principales:

a. Método epidemiológico.
b. Método clínico.
c. Método laboratorial (examen bacteriológico).

Este conjunto de métodos (accesorios y de confirmación) para el diagnóstico de la tuberculosis, es a partir de la sospecha diagnóstica (criterio epidemiológico y cuadro clínico) y concluye con la confirmación bacteriológica, evidenciándose el bacilo de la tuberculosis por la baciloscopía y/o cultivo.

a. Método epidemiológico.-

Es el método que a partir de un cuidadoso análisis de la situación de salud (ASIS) de la población (comunidad) de un área específica se debe observar, describir y analizar las diferentes variables de importancia epidemiológica (ver tabla 2) para sospechar de la enfermedad de tuberculosis. Es decir, el método epidemiológico tiene como centro de observación a la población, ya sea sana o enferma.

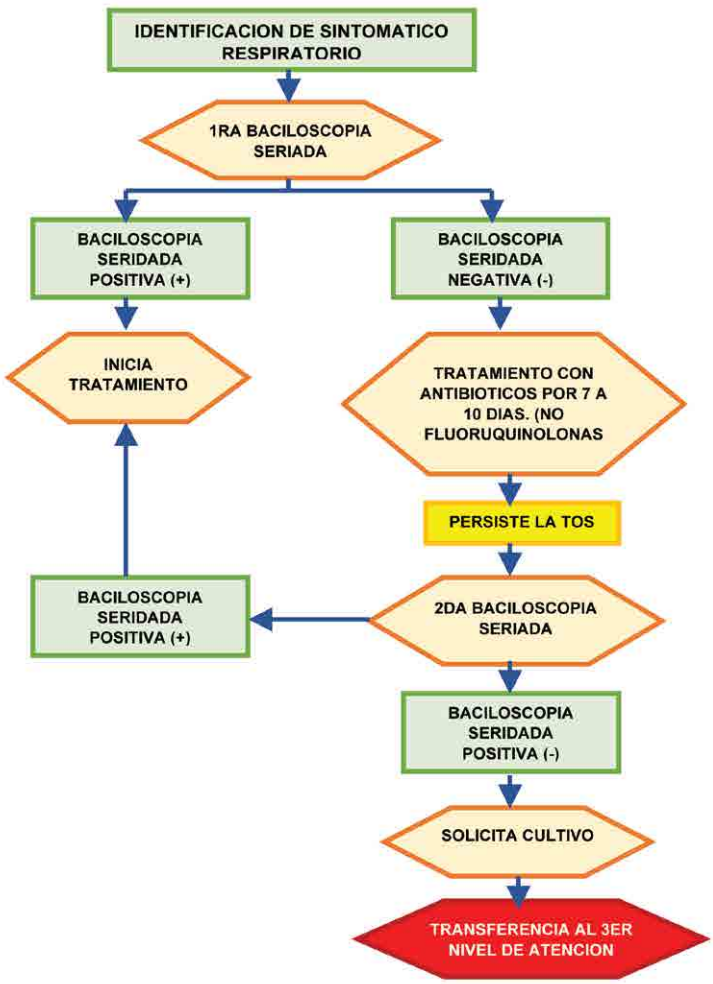
Método epidemiológico (método accesorio)	*Edad del paciente.*
	Sexo.
	Procedencia. *Ocupación o antecedentes laborales.*
	Contacto con casos confirmado de TBP BAAR (+).
	Antecedente de comorbilidad (Diabetes Mellitus, infección por VIH, SIDA, Silicosis, Sarcoidosis, Embarazo, etc.).
	Uso de fármacos inmunosupresores.

b. Método clínico.-

Es un método accesorio y a diferencia del método epidemiológico tiene como objeto de observación al enfermo.

Se sebe sospechar de tuberculosis pulmonar en todo aquel paciente que presenta tos con expectoración durante más de 15 días, a los que se denomina **sintomáticos respiratorios (SR)**, son los que ocasionan mayor capacidad de contagio y amerita realizar las pruebas bacteriológicas para confirmar o descartar la enfermedad, para ello ver: el Flujograma de atención del sintomático Respiratorio

FLUJOGRAMA DE ATENCION DEL SINTOMATICO RESPIRATORIO



La tuberculosis carece de manifestaciones clínicas propias que permitan diferenciarla de otras enfermedades respiratorias.

Los síntomas y signos de la tuberculosis se clasifican en síntomas generales (sistémico) y locales (pulmón o cualquier órgano afectado).

LOCALES (RESPIRATORIO)	GENERALES (SISTEMICO)
• Tos con expectoración (mucosa, mucopurulenta o purulenta). • Hemoptoicos (flema manchada con trazos de sangra, <40ml/día). • Hemoptisis (sangre abundante y viva proveniente de los pulmones, > 40ml/día). • Disnea (Dificultad para respirar). • Dolor torácico (no es frecuente, se presenta en casos de derrame pleural).	• Astenia (debilidad). • Hiporexia (disminución del apetito). • Pérdida de peso (bajo peso). • Fiebre ≥ 38 °C. • Diaforesis (sudoración vespertina o nocturna). • Escalofríos. • Malestar general.

La forma más frecuente de presentación de la tuberculosis y la más contagiosa es la tuberculosis pulmonar con baciloscopía positiva. Todos los esfuerzos deben ir dirigidos a detectar estos casos.

c. Método de examen bacteriológico para BAAR.-



Baciloscopía de esputo:

Es el único método de alta probabilidad de diagnóstico de tuberculosis establecido en nuestro medio y permite descartar la tuberculosis pulmonar con una especificidad de 96% a 99% y confirmar la tuberculosis pulmonar con una sensibilidad de 50% a 90% que es influida claramente por la recogida y manipulación de la muestra de esputo, aún con pocos BAAR, es cercano al 100% cuando se acompaña de síntomas o radiografía sugerentes de tuberculosis.



Se recomienda realizar baciloscopía seriada de esputo (ver figura 5) en dos días consecutivos por su mayor rentabilidad en áreas con alta prevalencia de tuberculosis pulmonar (Por ejemplo la región del trópico del departamento de La Paz).

La primera muestra de esputo es capaz de identificar a los casos más contagiosos en un 80% (se recolecta en la primera consulta), pero se deja de diagnosticar hasta el 20% de los posibles enfermos. La segunda muestra de esputo aporta con un 10% más como positivo (es recolectada por el paciente en su domicilio a primera hora de la mañana) y la tercera muestra aporta con menos del 3% (recolectada en la segunda entrevista con el personal de salud, cuando deja la segunda muestra recolectada).



La técnica más aconsejable para la baciloscopía es la clásica coloración de Ziehl – Neelsen, en la cual el M. tuberculosis se ven como pequeños bastones curvados (bacilos), de color rojo (BAAR porque capta en su pared lipídica la fucsina fenicada y retiene aún pese a la acción decolorante del alcohol ácido) sobre un fondo de tonos azules (ver figura 5); cada examen microscópico dura unos 10 a 15 minutos.

La lectura se realiza con un microscopio de luz de 1.000 aumentos y con aceite de inmersión y se informa en cruces (ver tabla).

RESULTADO	NÚMERO DE BAAR OBSERVADOS
Negativo (-)	**Ausencia de BAAR en 100 campos**
1 a 9 BAAR	**Recuento numérico de 1 a 9 BAAR en 100 campos microscópicos observados**
Positiva (+)	**10 a 99 BAAR en 100 campos microscópicos observados.**
Positiva (++)	**1 a 10 BAAR por campo microscópico en 50 campos microscópicos observados.**
Positiva (+++)	**1 a 10 BAAR por campo microscópico en 50 campos microscópicos observados.**

Cultivo:

Es el único método de diagnóstico de certeza de la tuberculosis pulmonar o extra pulmonar a través de muestras de biopsia enviada para cultivo, y está indicada en las siguientes situaciones:

TIPO DE TUBERCULOSIS	MUESTRA CULTIVADA
Pulmonar	Esputo (cuando la segunda baciloscopía seriada es negativa).
Pediátrica	Aspirado gástrico.
Meníngea	Líquido cefalorraquídeo (LCR).
Renal	Orina.
Peritoneal	Líquido ascítico y/o biopsia de epiplón.
Ganglionar	Secreción y/o biopsia de tejido ganglionar.
Osteoarticular	Líquido sinovial y biopsia de tejido óseo.
Pleural	Liquido pleural y/o biopsia de pleura parietal
Intestinal	Heces y/o biopsia de tejido intestinal

TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS EN CONDICIONES DEL PROGRAMA

NORMAS DE TRATAMIENTO

La evidencia científica fundamenta el tratamiento de la tuberculosis en bases bacteriológicas, farmacológicas y operacionales, debiendo ser:

- **ASOCIADO,** utilizando mínimo cuatro medicamentos antituberculosos para evitar la selección de resistencias.
- **PROLONGADO,** durante un mínimo de 6 meses para lograr matar a todos los bacilos en sus diferentes fases de crecimiento metabólico.
- **SUPERVISADO,** para garantizar la toma y cumplimiento del tratamiento hasta la finalización y su condición de curado.

- **CONTROLADO,** con baciloscopías mensuales a partir del 2º mes de tratamiento.
- **EN DOSIS KILOGRAMO PESO,** para evitar una sobre o sub dosificación de los medicamentos antituberculosos.

El tratamiento oportuno tiene como objetivos:

- Curar al paciente con tuberculosis.
- Prevenir las muertes por tuberculosis o sus secuelas graves.
- Prevenir la selección de bacilos resistentes a las drogas antituberculosas (mediante el DOT)
- Cortar la cadena de transmisión de la enfermedad.

Medicamentos esenciales para el tratamiento de la tuberculosis

MEDICAMENTO	ABREVIACIÓN
Isoniacida	H
Rifampicina	
Pirazinamida	R
Etambutol	
Estreptomicina	Z

A. ESQUEMAS TERAPEUTICOS.-

ESQUEMA I (2RHZE/4HR).-

Indicaciones

Casos Nuevos de tuberculosis pulmonar BAAR (+),BAAR (-), y extrapulmonares:

Fases	Número de dosis y Medicamentos	Forma de administración
Primera	**52 dosis** (2 meses) de administración diaria con Rifampicina, Isoniacida, Pirazinamida y Etambutol (excluyendo domingos).	Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisa- do (TAES) por personal de salud, en casos excepcionales por promotores de salud capacitados (DOTS-C).
Segunda	**104 dosis** (4 meses) de administración diaria con rifampicina e isoniacida (excluyendo domingos).	Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisa- do (TAES) por personal de salud y en casos excepcionales por promotores de salud capacitados (DOTS-C).

ESQUEMA II O RETRATAMIENTO (2RHZES/1RHZE/5RHE).-

Indicaciones:

- Abandono al Esquema I paciente que regresa con baciloscopía de esputo positiva y/o cultivo positivo asimismo se debe solicitar prueba de sensibilidad y resistencia
- Recaída al esquema I paciente con Baciloscopía de esputo positivo y/o cultivo más prueba de sensibilidad y resistencias
- Fracaso terapéutico al esquema I. siempre que se constate los resultados de prueba de sensibilidad y resistencia que garanticen la sensibilidad al menos a la Rifampicina o Isoniacida o Rifampicina más Etambutol, evaluado por médico especialista (neumólogo)

Fases	Número de dosis y Medicamentos	Forma de administración
Primera	**52 dosis** (2 meses) de administración diaria (excluyendo domingos) con Rifampicina, Isoniacida, Pirazinamida, estreptomicina y Etambutol.	Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado (TAES) por personal de salud y en casos excepcionales por promotores de salud capacita- dos (DOTS-C).
Segunda	**26 dosis** (1 mes) de administración diaria (excluyendo domingos) con Rifampicina, Isoniacida, Pirazinamida y Etambutol.	Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado (TAES) por personal de salud y en casos excepcionales por promotores de salud capacitados (DOTS-C).
Tercera	**130 dosis** (5 meses) de administración diaria (excluyendo domingos) con Rifampicina, Isoniacida y Etambutol.	Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado (TAES) por personal de salud y en casos excepcionales por promotores de salud capacitados (DOTS-C).

ESQUEMA III O PEDIÁTRICO (2RHZ/4RH)

Fases	Número de dosis y Medicamentos	Forma de administración
Primera	**52 dosis** de administración diaria (excluyendo domingos) de Rifampicina (jarabe previamente agitado), o de tabletas de Rifampicina asociada a Isoniacida y tabletas de Pirazinamida (asegurándose de administrar las dosis correctas).	Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisa- do (TAES) por personal de salud y en casos excepcionales por promotores de salud capacitados (DOTS-C).
Segunda	**104 dosis** de administración diaria (excluyendo domingos) con Rifampicina e Isoniacida.	Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisa- do (TAES) por personal de salud y en casos excepcionales por promotores de salud capacita- dos (DOTS-C).

CASOS ESPECIALES.-

Casos Especiales	1a Fase diaria de lunes a sábado, 2 meses	2a Fase diaria de lunes a sábado, 4 meses
Con compromiso SNC: Meningitis, Miliar, Tuberculoma*	**2 HRZS**	4 HR 104 dosis
TBP+, TBP- con daño extenso del parénquima pulmonar	**2 HRZE****	4 HR 104 dosis

DOSIFICACION MEDICAMENTOS ANTITUBERCULOSOS.-

	Presentación			Dosificación	
MEDICAMENTO	**Frasco**	**Tableta**	**Tableta asociada**	**Dosis diaria**	**Dosis Máxima**
Estreptomicina	1 frasco/ 1g			15 mg/kg peso	1000 mg
Isoniacida		1 tab/100mg		5 mg/kg peso	300 mg
Rifampicina	Frasco-jarabe 100mg/5ml		1 tab R/H 300/150mg	10 mg/kg peso	600 mg
Pirazinamida		1 tab/500mg		25 mg kg peso	200 mg
Etambutol		1tab/400mg		15 mg/kg peso	

V. BIBLIOGRAFIA.-

1. *WHO. Global tuberculosis control: WHO report 2011. Geneva, World Health Organization (WHO/ HTM/ TB/2011.16).*
2. *PAHO. The Tuberculosis Control Situation in the Americas: PAHO Regional Tuberculosis Program 2012. Washington, D.C. 20037. Pan American Health Organization.*
3. *Ministerio de Salud y Deportes. Manual de Normas Técnicas en Tuberculosis. 2da. Edición. La Paz - Bolivia (Publicación 110): Documentos Técnicos Normativos; 2009.*
4. *Bordow, Richard A., Ries, Andrew L. y Morris, Timothy A. Neumología. Madrid - España: MARBÁN LIBROS S.L.; 2003.*
5. *Rieder, Hans L. Bases Epidemiológicas del Control de la Tuberculosis. Primera Edición. Boulevard Saint- Michel 75006 París: UICTER; 1999.*
6. *Gonzalez-Martín Julia, García-García José María, Anibarro Luis, Vidal Rafael, Esteban Jaime, Blanquer Rafael, et al. Documento de consenso sobre diagnóstico, tratamiento y prevención de la tuberculosis. Arch Bronconeumol. 2010; 46(5): 255–274.*
7. *Farga, Victorino y Caminero, José Antonio. Tuberculosis. 3ra. Edición. Santiago: Mediterráneo; 2011.*

INFLUENZA DE ORIGEN AVIAR Y DE OTRO ORIGEN ANIMAL (CIE - 10 J09)

Dra. Jaquelin María Ferrufino Montoya
Responsable de Enfermedades Emergentes y Reemergentes

Lic. Hortencia Nina
Enfermera Vigilante

Objetivo de aprendizaje.-

- *Identificar las características epidemiológicas y clínicas de la influenza con énfasis en la influenza A.*
- *Identificar las acciones prioritarias para la prevención de la transmisión y la atención de los casos de influenza A.*

I. INTRODUCCIÓN.-

La influenza es una enfermedad respiratoria aguda causada por alguno de los tres tipos de virus de la influenza que se conocen: A, B y C. El tipo A se subclasifica según sus proteínas de superficie (Antígenos): hemaglutinina (H) y neuraminidasa (N) de la cual depende su capacidad para provocar formas graves del padecimiento. El virus de la influenza tipo A, tiene la capacidad de infectar a humanos y algunas especies de animales tales como aves, cerdos, tigres, entre otros.

La tasa de mortalidad anual y su gran transmisión, justifica la vigilancia epidemiológica de influenza, por ello es una enfermedad sometida a vigilancia internacional por la OMS. Enfermedad aguda respiratoria, cuya importancia radica en su alta capacidad de propagación y la gravedad de sus complicaciones.

II. VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE LA INFLUENZA.-

La vigilancia de la influenza es esencial para la detección temprana de nuevas variantes o subtipos del virus influenza, ya que la detección y caracterización temprana de estos virus permite actualizar la vacuna anualmente para prevenir infecciones severas y muertes en grupos vulnerables de la población.

En Bolivia la vigilancia epidemiológica se realiza mediante Hospitales Centinela de IRAG, con un total de ocho, de los cuales tres se encuentran en la ciudad de Santa Cruz (Hospital Obrero Nº3, Hospital San Juan de Dios y Hospital del Niño), y cinco se encuentran en el departamento de La Paz (Hospital del Niño, Instituto Nacional del Tórax, Hospital Arco Iris, Hospital Materno Infantil CNS y Hospital Boliviano Holandés).

III. DEFINICIÓN DE CASO.-

Caso Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG): Fiebre o historia de fiebre, tos, dificultad para respirar y Necesidad de hospitalización (según criterio clínico).

Caso Infección Respiratoria Aguda Grave Inusitada (IRAGI): Persona hospitalizada o fallecida que presente o haya presentado fiebre (mediada o referida), dificultad respiratoria y al menos uno de los siguientes criterios:

- Tener entre 5 y 64 años sin enfermedad de base (priorizar UCI y fallecidos).
- Haber viajado a zona con circulación de agentes de alta patogenicidad.
- Haber tenido contacto directo o indirecto con aves o cerdos;
- Ser trabajador de salud.

Conglomerado de IRAG: dos o más personas del mismos núcleo familiar, social o laboral que cumplan la definición de caso de IRAG e inicien sus síntomas con un intervalo máximo de dos semanas entre sí.

Enfermedad tipo influenza (ETI)

Caso sospechoso de ETI

Fiebre mayor a 38 ºC, Tos o dolor de garganta, ausencia de otras causas aparentes.

Caso confirmado de influenza

Caso compatible con la definición de caso sospechoso y confirmado por laboratorio.

IV. AGENTE CAUSAL.-

El virus de la influenza pertenece a la familia Ortomixovididae y es un virus ARN envuelto. Se encuentran divididos en dos géneros basándose en las diferencias entre las proteínas nucleares y las de la matriz además de diferenciarse en la organización del genoma: uno que incluye a los tipos de influenza A y B y el otro que corresponde a influenza C. La influenza tipo A puede presentarse hasta en 144 combinaciones, desde H1N1 hasta H16 N9 ya que se han detectado 16 hemaglutininas (H) y 9 neuroaminidasas (N).

RESERVORIO: Ser humano infectado, aves con cepas antiguas, cerdos con nuevas cepas, camellos.

PUERTA DE SALIDA Y PUERTA DE INGRESO: Las vías respiratorias.

MODO DE TRANSMISIÓN: La vía aérea es la principal vía de transmisión, predominando en grupos de personas aglomeradas en ambientes cerrados y por contacto directo. El agente puede persistir horas en ambiente frío y con poca humedad, posibilitando la transmisión; también es posible a través de objetos contaminados.

PERÍODO DE INCUBACIÓN: de 1 a 3 días.

PERÍODO DE TRANSMISIBILIDAD: Algunos datos relativos a la enfermedad por el virus H5N1, sugieren que los pacientes pueden seguir siendo infectantes hasta 3 semanas, e incluso más si se trata de pacientes inmunodeprimidos. El mayor período de transmisibilidad registrado ha sido de 27 días después del inicio de la enfermedad, según la detección del antígeno vírico en muestras respiratorias de un paciente.

V. TOMA DE MUESTRA.-

Existe una mayor concentración viral en los primeros tres días de enfermedad por lo que se recomienda obtener la muestra en este período y trasladarla al laboratorio en corto tiempo, en el medio de transporte viral y manteniéndola a una temperatura entre 4 a 8 grados centígrados.

El operador debe haber sido capacitado previamente e en la toma de muestra mediante el aspirado nasofaríngeo y el hisopado nasal y faríngeo combinados, debe estar vacunado contra virus influenza estacional y debe contar con:

- Bata o guardapolvo
- Gorro
- Mangas
- Guantes desechables
- Mascarilla de alta eficiencia tipo N 95.
- Lentes protectores

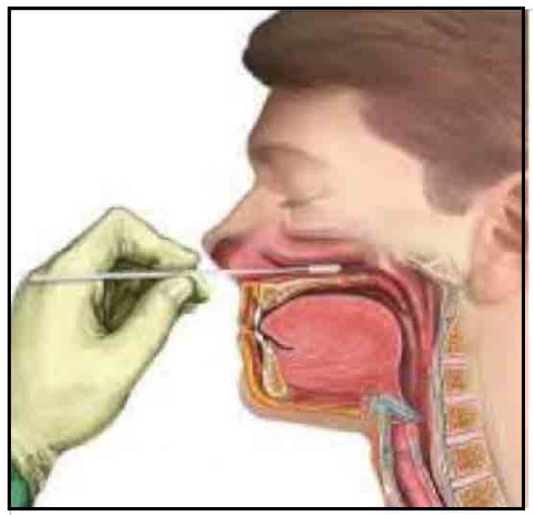


Materiales para la toma de muestra:

- Medio de transporte viral
- Hisopos Dacron

Procedimiento:

- Recueste al paciente y eleve un poco su cabeza, introduzca suavemente el hisopo, paralelo al paladar hasta llegar a la nasofaringe, rote suavemente el hisopo para frotar la pared y retírelo cuidadosamente sin dejar de rotar.
- Introduzca el hisopo en el medio de transporte viral y rompa el extremo superior del hisopo y cierre el medio de transporte.
- Identifique la muestra con Nombre del paciente y fecha de toma de muestra.
- La muestra obtenida debe mantenerse refrigerada entre 4 – 8º C en un termo, hasta su procesamiento en el laboratorio.
- Enviar la muestra junto con la ficha epidemiológica, al Instituto Nacional de Laboratorios de Salud (INLASA), única instancia certificada y para realiza la tipificación de los virus de la influenza.



VI. MANEJO.-

El manejo del paciente es sintomático, cumpliendo reposo en casa y aislamiento. Si el paciente requiere medicación se recomienda el oseltamivir, peramivir o zanamivir para el tratamiento de infecciones en seres humanos con los virus de la influenza aviar A. En nuestro medio se emplea el Oseltamivir 75 mg, el cual es solicitado a la Unidad de Epidemiología del Sedes La Paz, según requerimiento y dosificación por el médico tratante. Los análisis de los virus de la influenza aviar que circulan en todo el mundo sugieren que la mayoría de los virus son susceptibles al oseltamivir, peramivir y al zanamivir. Sin embargo, se han obtenido algunas pruebas sobre la resistencia antiviral de los virus H5N1 HPAI

de origen asiático y de los virus H7N9 de la influenza A aislados de algunos casos en seres humanos. El monitoreo de la resistencia antiviral entre los virus de influenza aviar tipo A es crucial y continuo.

VII. ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN.-

- Aplicación de la vacuna trivalente de temporada en grupos vulnerables:
- 6 a 11 meses, dos dosis (1er dosis al contacto y 2da dosis al mes de primera dosis).
- 12 a 23 meses, una dosis.
- Mayores de 65 años una dosis cada año.
- Mujeres embarazadas una dosis.
- Personal de salud una dosis cada año.
- Mujeres embarazadas una dosis.
- Personal de salud una dosis cada año.
- Enfermos crónicos una dosis cada año (en cualquier edad a partir de los 6 meses).

VIII. ACCIONES DE PREVENCIÓN PARA TODA LA POBLACIÓN.-

- Cubra nariz y boca con un pañuelo desechable al toser o estornudar.
- Si no tiene pañuelo utilice el ángulo interno del codo.
- Lavarse las manos con agua y jabón después de toser o estornudar.
- Evite asistir a lugares concurridos. ¡Procure recuperarse en casa!
- Evite saludar de mano o de beso, cuando esté enfermo.
- Evite escupir en el suelo y en otras superficies expuestas al medio ambiente,
- Utilice un pañuelo o lienzo y deséchelo en bolsa de plástico cerrada.
- No comparta vasos, platos y/o cubiertos ni alimentos y bebidas.
- Evite la automedicación y acuda al servicio de salud más cercano, en caso de presentar algún síntoma de gripe.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.-

1. *Guía para la Vigilancia Centinela de las Infecciones Respiratorias Agudas Graves (IRAG). Ministerio de Salud. 390. Serie: Documentos Técnico Normativos. La Paz – Bolivia. 2015.*
2. *Guía de la organización de la red de vigilancia centinela de virus influenza en Bolivia. Ministerio de Salud. 47. Serie: Documentos Técnicos Normativos. La Paz – Bolivia. 2015.*
3. *Protocolo para la vigilancia de virus influenza en Bolivia. Ministerio de Salud. 48. Serie: Documentos Técnicos Normativos. La Paz – Bolivia. 2015.*
4. *Webster RG, Bean WJ, Gorman OT. Evolution and ecology of influenza A viruses. Centro para el Control y Prevención de Enfermedades. CDC 24/7: Microbiol Rev 1992;56:152-179.*
5. *Hampson A, Mackenzie J. The influenza viruses. MJA 2006; 185(10 Suppl):39-43.*
6. *Matrosovich M, Gambaryan A, Teneberg S. Avian influenza A viruses differ from human viruses by recognition of sialyloligosaccharides and gangliosides and by a higher conservation of the HA receptor-binding site. Virology 1997; 233:224-234.*
7. *World Health Organization. Pandemic (H1N1) 2009-update 56. Disponible*

PROGRAMA DE PREVENCION, VIGILANCIA Y CONTROL EPIDEMIOLOGICO DE LA RABIA

Lic. Lidia Ayaviri Céspedes

I. ANTECEDENTES.-

Como problema de salud pública, la rabia es un ejemplo especialmente ilustrativo del poder de la pobreza y la ignorancia para perpetuar el enorme sufrimiento humano, a pesar de disponer de todas las herramientas y estrategias necesarias para contener la enfermedad de manera rápida y significativa.

Los primeros intentos serios de obtener vacunas post – exposición se remontan a 1885, año en la que Pasteur desarrollo una rudimentaria vacuna de la rabia con virus vivo extraído de la médula espinal de conejos. Aunque la vacuna salvo muchas vidas, produjo una inmunogenicidad inestable y se relacionó con complicaciones neuroparalizantes graves e incluso algunas muertes. La actual vacuna inactivada de cultivo celular, introducida en 1974 dio como resultado una inmunogenicidad significativa más elevada y menos reacciones adversas. Actualmente, el tratamiento presuntivo es universalmente eficaz a la hora de bloquear el avance hacia el desarrollo de la enfermedad y con ello evitar la muerte

Se ha evidenciado que varias enfermedades de antaño desatendidas están comenzando a combatirse, sin embargo a la fecha no se saca el mayor provecho de una mala situación en algunos departamentos del país, la rabia sigue siendo objeto de escasa prioridad, es que la rabia no estalla ni se extiende rápidamente, amenazando la salud pública, por tanto carece de perfil propenso a producir epidemias.

El Servicio departamental de Salud La Paz (SEDES L.P.) ha contribuido al control de la rabia con medidas disponibles y fáciles, desde el uso de la vacuna de cerebro de ratón lactante, ahora, la captura y sacrificio indiscriminado de perros abandonados, ha dejado de ser recomendable. Cuando se vacuna al 80% de la población canina, la rabia humana no tarda en desaparecer.

Se considera que la base para el control de la rabia canina es fundamental, en más del 99% de los casos de rabia humana, el virus fue transmitido por la mordedura de un perro y más del 90% de las personas que recibieron tratamiento post – exposición viven en áreas donde el virus de la rabia canina circula. Por lo tanto consideramos y propugnamos el control de la rabia canina como único medio rentable y de largo plazo para eliminar o prevenir la mayoría de los casos en humanos, la vacunación canina crea una barrera inmunológica frente a la transmisión, abogamos en las campañas masivas, una legislación y tenencia responsable de mascotas, así como el control del movimiento y reproducción de la población canina, que debería ser liderado por Zoonosis del Ministerio de Salud y Deportes, de las Alcaldías, gobernaciones y actores sociales existentes en la lucha contra esta enfermedad mortal para el humano.

II. DEFINICION.-

La rabia es una enfermedad que afecta el sistema nervioso central produciendo

Una encefalitis producida por el virus de la rabia, que penetra al organismo a través de la mordedura de un animal rabioso doméstico o silvestre.

Etiología

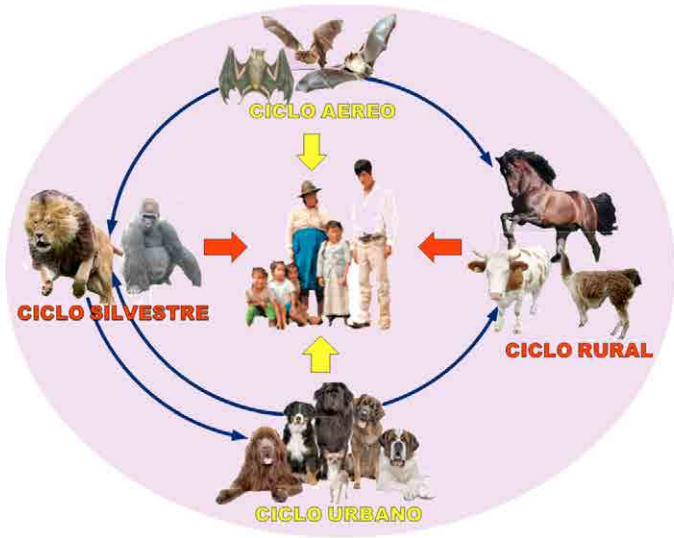
El agente causal de la enfermedad es un virus pertenece a la familia Rhabdoviridae Lyssavirus y es de genoma ARN que tiene forma de bala.

Propiedades físico – químicas del virus.

El virus de la rabia es muy sensible a la acción de los agentes físicos y químicos, en pocos minutos se inactiva por acción de la luz solar, de la desecación, la radiación ultravioleta, los cambios de pH y temperatura; los disolventes de lípidos, los jabones y detergentes comunes.

SENSIBLE	RESISTENTE	INDIFERENTE
• Agua jabonosa • Luz solar • Luz ultravioleta • Calor • Detergentes • Aniónicos (jabones) • Bases de amonio cuaternario (cloruro de benzalconio) • Yodo Povidona	• Fenol (dependiendo de la concentración) • Antibióticos • Quimioterápicos	• Anestésicos locales • Novocaína o lidocaína • Antihistamínicos • Clorhidrato de difenhidramina • Tranquilizantes • Clorhidrato de clorpromazina • Benzodiacepinas

III. TRANSMISION DE LA RABIA.-



La rabia es una encefalitis viral aguda, transmitida por mamíferos, que presenta dos ciclos principales de transmisión: urbano y silvestre, reviste mayor importancia epidemiologia, por presentar una letalidad del 100% una vez que la enfermedad está consolidada, en los humanos, pero también es una enfermedad posible de eliminación en su ciclo urbano, por disponer de medidas eficientes de prevención, tanto en relación con el ser humano cuanto en la fuente de infección.

En el ciclo urbano, las principales fuentes de infección son el can y el gato y el responsable de la manutención de la cadena silvestre es el murciélago hematófago Desmodus rotundus, otros reservorios silvestres son: macaco, coyote, chacal, mangosta, gatos silvestre y otros. La Transmisión de la rabia es por la penetración del virus contenido en la saliva del animal infectado, principalmente por la mordedura y raramente por la lamedura o solución de continuidad de mucosas. El periodo de incubación es extremadamente variable desde días hasta años, con una media de 45 días en el hombre y de 10 días a dos meses en el perro. En los niños, existe tendencia de un periodo de incubación menor

que en un individuo adulto. El periodo de incubación está directamente relacionado a: localización y profundidad de la herida por la mordedura, o arañazo, distancia del lugar afectado al cerebro o troncos nerviosos,; concentración de partículas virales inoculadas y cepa viral.

Durante el periodo de transmisibilidad los canes y gatos eliminan el virus por la saliva, ocurre 2 a 5 días antes de la aparición de signos y síntomas clínicos, persistiendo durante toda la evolución de la enfermedad. La muerte del animal ocurre en una media entre 5 a 7 días después de la presentación de los síntomas. En relación a los animales silvestres, existen pocos estudios sobre el periodo de transmisibilidad, se sabe que varía de una especie a otra, por ejemplo en los quirópteros pueden albergar al virus por largo periodo sin sintomatología aparente.

La rabia presenta dos ciclos básicos de transmisión: urbano que ocurre principalmente entre los canes y gatos y es de gran importancia en países del tercer mundo, el silvestre, que ocurre principalmente entre murciélagos, macacos, y otros. En la zona rural la enfermedad afecta a los animales de producción como los bovinos, equinos y otros.

IV. DEFINICIONES DE CASO.-

IDENTIFICACION DE CASO DE RABIA HUMANA

- **Caso sospechoso.** Toda persona enferma que presenta un cuadro clínico neurológico compatible con rabia, con antecedentes de exposición a infección por el virus rábico.
- **Caso confirmado.** Se demuestra la presencia de virus rábico a través del diagnóstico laboratorial.
- **Nota:** Solo en brotes de rabia humana por agresiones por murciélagos, en la que no fue posible enviar la muestra al laboratorio, podrán confirmarse por evidencias clínicas y antecedentes epidemiológicos (nexo epidemiológico).

V. DESCRIPCION CLINICA.-

Periodo de Incubación. Por lo general es de 3 a 8 semanas, en raros casos puede ser de 9 días hasta 7 años, según la gravedad de la herida, la ubicación está con relación a la distancia del encéfalo y la cepa de virus inoculada.

Manifestaciones clínicas.

Se presenta las siguientes fases:

1. Fase prodrómica. (Síntomas inespecíficos) es de 3 a 6 días, con alzas térmicas persistentes, alteraciones sensoriales imprecisas (“hormigueos” o parestesias) o dolor relacionado con el lugar de la mordedura, malestar general, fiebre (no cede con ningún antipirético), dolor retro ocular, falta de apetito, insomnio, dolor de cabeza, sensación de angustia, intranquilidad e irritabilidad.

2. Fase de Excitación. (Signos y Síntomas neurológicos) de 3 a 5 días, fiebre, presenta hiperestesia y sialorrea (salivación abundante).Posteriormente hay espasmos de laringe y contracciones musculares dolorosas ante la presencia de agua (hidrofobia),a corrientes de aire (aerofobia) y a la luz (fotofobia). Las personas pueden manifestar respuestas agresivas, dificultad para la deglución, delirio, alucinaciones y convulsiones.

Al examen clínico se evidencia aumento de los reflejos osteomusculares aumento de la frecuencia cardiaca, dilatación de la pupila y aumento de la salivación, aumento de la frecuencia respiratoria y lagrimeo.

3 Fase Paralítica. Duración de 1 a 2 días, fiebre continua, suele observarse hemiparesias, parálisis flácida, coma y muerte.

VI. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.-

Suele confundirse con otras patologías como síndrome de Guillan Barre, Enfermedades Psiquiátricas, Neurológicas, Encefalitis Virales, Polio, Tétanos, y otros, por lo que es necesario el diagnóstico laboratorial el cual permitirá confirmar o descartar rabia.

CICLO DE LA RABIA EN EL HOMBRE

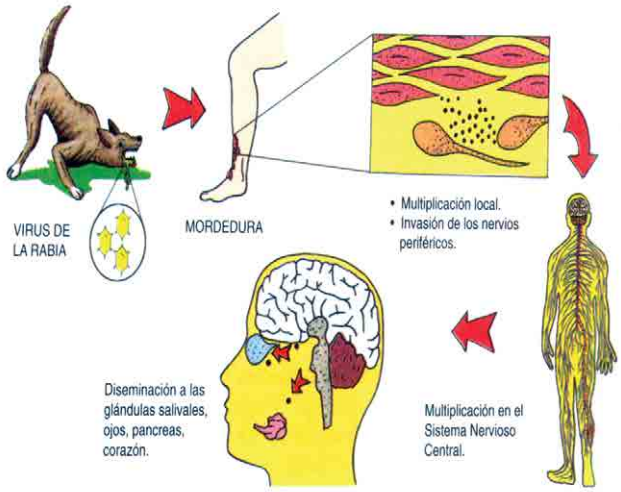


Figura 1. Ciclo del virus de la rabia en el ser humano

6. IDENTIFICACION DE CASO DE RABIA ANIMAL

- **Animal sospechoso de rabia.** Todo animal doméstico (perro y gato), de consumo o silvestre que muerde con o sin provocación y muestre cambio de conducta, salivación, incoordinación muscular, parálisis y muerte, presencia de signo y sintomatología de las fases de la infección.
- **Caso confirmado de rabia.** Todo animal doméstico (perro y gato), de consumo o silvestre confirmado por laboratorio.

7. DESCRIPCION CLINICA

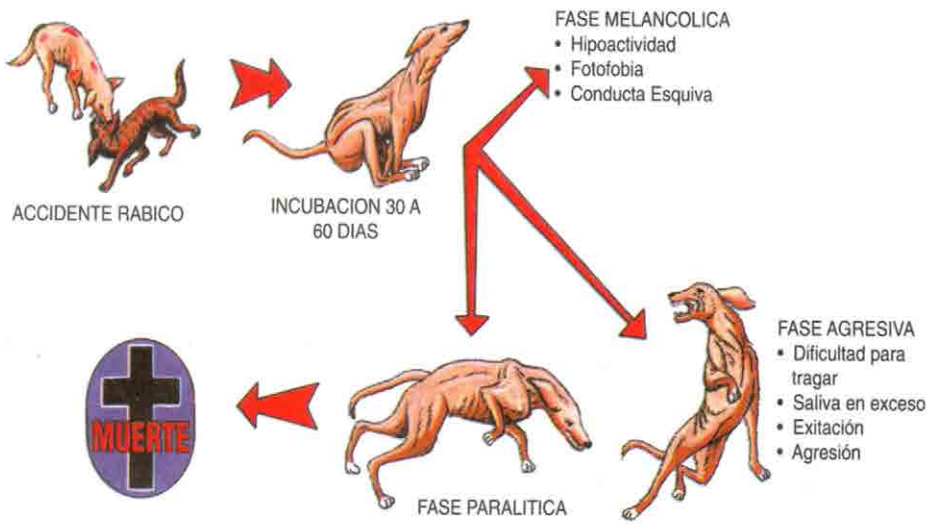
- Periodo de incubación. Este periodo oscila de 10 días a 2 meses después del cual comienzan los síntomas agrupados en las siguientes 3 fases.

8. SIGNOS Y SINTOMAS

- 1. Fase prodrómica. **Después del periodo de incubación el estado prodrómico se desenvuelve** rápidamente y puede durar hasta 2 a 3 días y en la mayoría de las veces pasa desapercibida.
- Esta fase se caracteriza por cambios en la conducta del animal de un estado de irritabilidad a otro de afectividad (o viceversa), apatía, letárgica, decaimiento, pérdida de apetito y cambios persistentes
- y frecuentes de posición. Se rasca el sitio de la mordedura,
- se oculta en lugares oscuros y tiene dificultad para beber líquidos.

- **2. Fase agresiva.** Es bastante sensible ante cualquier estímulo (provocado
- o no provocado), escapa de la casa y suele andar errante, alejándose distancias considerables, atacando a otros animales o personas.
- La mayoría de los casos de rabia en perros y gatos desarrollan como rabia agresiva.
- **3. Fase paralítica o muda.** Dificultad para la deglución por lo que rechaza alimentos y agua, cambios en el ladrido. Primero existe parálisis de los músculos de la laringe y faringe, luego del tren posterior para después de 4 a 5 días morir.
- Esta fase es la más peligrosa porque se la puede confundir con otras patologías como moquillo canino y envenenamiento.
- **4. Periodo de transmisibilidad.** Es decir la presencia del virus en la saliva, el cual es de 3 a 5 días antes de la aparición de los primeros síntomas
- clínicos y durante todo el curso de la enfermedad. Periodo en que una persona u animal puede ser contagiado con el virus de la rabia.
- **Muerte** del perro con rabia.

CICLO DE LA RABIA EN EL PERRO



MEDIDAS DE PREVENCION QUE DEBE TOMAR LA PERSONA MORDIDA.

- Lavar inmediatamente la herida con abundante agua jabonosa o con detergente de uso domestico
- Acudir inmediatamente al centro de salud más cercano.
- Realizar la denuncia a los centros municipales de zoonosis o centros de salud

TRATAMIENTO DEL ACCIDENTADO EN EL SERVICIO DE SALUD.-

MEDIDAS GENERALES.-

- **Tratamiento médico de las heridas** (lavar con agua y jabón abundante, posteriormente aplicar antisépticos yodo povidona, para mucosas ocular nasal, lavar por instilación profusa, con solución fisiológica o agua estéril durante 5 minutos.

- **Sutura de la herida** (Debe evitarse, ya que puede introducir profundamente el virus y favorecer su replicación. En cara puntos de aproximación una hora después de aplicado el suero antirrábico)

TERAPIA ESPECÍFICA: (si corresponde clasificar de acuerdo a los cuadros de conducta a seguir en accidentes de mordedura ver (CUADRO 1 CUADRO 2 CUADRO 3)

- Vacunas
- . Suero

CONCOMITANTE:

- . Profilaxis antitetánica.
- . Tratamiento contra infecciones bacterianas.

VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

En caso sospechoso o caso confirmado de rabia debe ser investigado hasta las 24 horas de presentada la notificación.

Búsqueda de personas agredidas para que reciban la profilaxis antirrábica humana.

Bloqueo de foco de la infección a 1 Km a la redonda donde ocurrió el caso

Búsqueda del animal agresor y vigilancia por 14 días

Control de foco deberá ser realizado hasta 48 horas

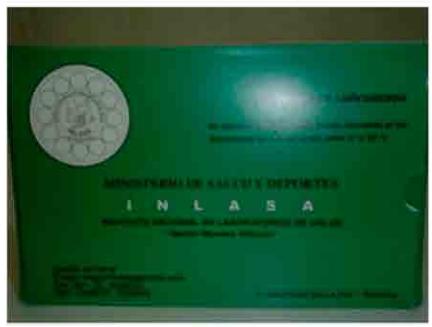
VACUNA ANTIRRÁBICA DE USO HUMANO

VACUNA DE TEJIDO CEREBRAL

Vacuna Fuenzalida Palacios (CRL) producida por INLASA, Cada vacuna contiene 1ml.conservacion de +2+8 º c no congelar: Se aplica 1ml como dosis independientemente de la edad peso sexo, estado de salud.

Vía Sub Cutánea deltoides, periumbilical o escapular «no aplicar en glúteos» Confiere niveles de protección desde la 5ta dosis de aplicación





SUERO HETEROLOGO

Producida por el INLASA cada vial contiene una solución de inmunoglobulinas purificadas equivalentes a 1000 UI (5 ml).

¿Cómo?

Infiltrar la inmunoglobulina antirrábica en el sitio de la Mordedura (punto de inoculación del virus)

¿Para qué? Para compensar la brecha entre la inoculación del virus y la primera aparición de anticuerpos protectores de rabia.

Resultado: Evitar la propagación del virus al sistema nerviosos central

SUERO ANTIRRABICO HETEROLOGO



Debe aplicarse el suero hasta el 7mo día de la agresión animal seguido con la vacuna CRL Esquema Clásico, o Cultivo celular.

Dosificación: Inyectar 40 UI.por Kilogramo de peso dosis única.

Vía de Administración; Intramuscular.

No utilizar la solución que esta turbia o presente deposito.

Después de abierto el vial, el producto debe ser utilizado inmediatamente-

Proteger de la Luz.

El suero debe aplicarse hasta el 7mo día de la agresión animal seguido con la vacuna CRL Esquema clásico o Cultivo celular

Debe aplicarse el suero hasta el 7 mo día de la agresión animal seguido con la vacuna CRL Esquema Clásico, o Cultivo celular.

MANEJO DE PROFILAXIS ANTIRRABICA HUMANA EN CASOS DE MORDEDURA

(Se denomina profilaxis antirrábica al uso o administración de biológicos ante la exposición frente al virus rábico).

CUADRO Nº 1

CONDUCTA A SEGUIR EN ACCIDENTES DE MORDEDURA

QUE NO REQUIEREN TRATAMIENTO

CONDICION DEL ANIMAL MORDEDOR	SITIO DE LA MORDEDURA	GRAVEDAD DE LA HERIDA	CONDUCTA	ACCIONES EPIDEMIOLOGICAS	ESQUEMA DE PROFILAXIS ANTIRRABICA A SEGUIR
Animal conocido con o sin vacuna (animal doméstico)	Cualquier región del cuerpo menos cabeza, cuello, manos.	Lesiones superficiales	**No se vacuna** Observación del animal agresor por 14 días	Observación seguimiento	Observación del animal según norma establecidas

CUADRO Nº 2

CONDUCTA A SEGUIR EN ACCIDENTES DE MORDEDURA

QUE REQUIEREN PROFILAXIS ANTIRRABICA HUMANA ESQUEMA REDUCIDO

CONDICION DEL ANIMAL MORDEDOR	SITIO DE LA MORDEDURA	GRAVEDAD DE LA HERIDA	CONDUCTA	ACCIONES EPIDEMIOLOGICAS	ESQUEMA DE PROFILAXIS ANTIRRABICA A SEGUIR
*Animal doméstico Desconocido (Perro, gato) *Animal sacrificado, muerto naturalmente y/o altamente sospechoso *Animal salvaje o silvestre (zorro, mono, murciélago	Cualquier región del cuerpo menos cabeza, cuello, manos	Lesiones superficiales	**Vacuna Obligatoria**	Notificación inmediata. investigación bloqueo de foco búsqueda de contactos e inicio de tratamiento a los mismos	**VACUNA ESQUEMA REDUCIDO** Con **CRL**: 7 dosis, de 1ml. Diarias continuas Vía Subcutánea región deltoides o interescapular **REFUERZO** 10mo, 20vo y 30vo día, luego de la última vacuna de la serie inicial **TOTAL 10 DOSIS** Con **Cultivo Celular**: **5 dosis** (0, 3, 7, 14 y 28 día)

CUADRO Nº 3

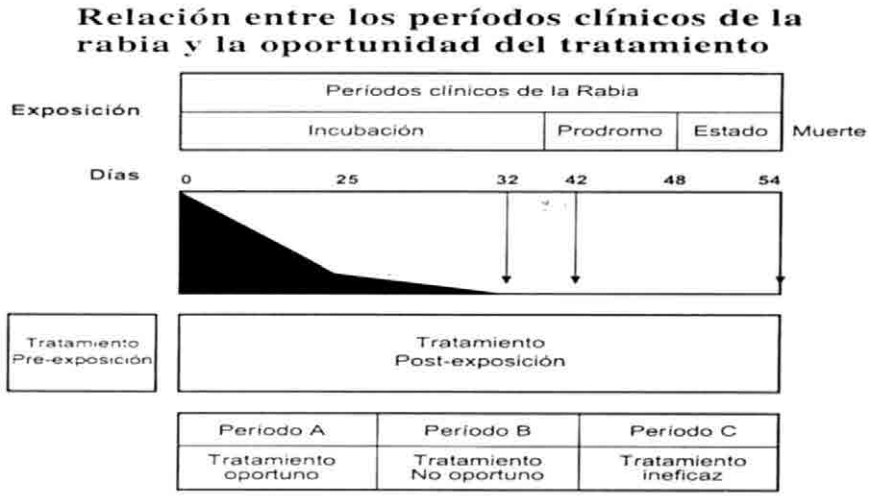
CONDUCTA A SEGUIR EN ACCIDENTES DE MORDEDURA.

QUE REQUIEREN PROFILAXIS ANTIRRABICA HUMANA ESQUEMA CLASICO

CONDICION DEL ANIMAL MORDEDOR	SITIO DE LA MORDEDURA	GRAVEDAD DE LA HERIDA	CONDUCTA	ACCIONES EPIDEMIOLOGICAS	ESQUEMA DE PROFILAXIS ANTIRRABICA A SEGUIR
*Animal doméstico Desconocido (Perro, gato) *Animal sacrificado, muerto naturalmente y/o altamente sospechoso *Animal salvaje o silvestre (zorro, mono, murciélago	Cualquier región del cuerpo menos cabeza, cuello, manos	Lesiones superficiales	**Vacuna Obligatoria**	Notificación inmediata. investigación bloqueo de foco búsqueda de contactos e inicio de tratamiento a los mismos	**VACUNA ESQUEMA CLASICO** Con **CRL**: 7 dosis, de 1ml. Diarias continuas Vía Subcutánea región deltoidea o interescapular **REFUERZO** 10mo, 20vo y 30vo día, luego de la última vacuna de la serie inicial **TOTAL 10 DOSIS** Con **Cultivo Celular**: **5 dosis** (0, 3, 7, 14 y 28 día)

RELACION DE LOS PERIODOS CLINICOS DE LA RABIA

Y SU OPORTUNIDAD DE TRATAMIENTO



PERIODO A: Es efectivo el tratamiento por el inicio temprano del mismo

PERIODO B: Es inseguro el tratamiento, por su inicio tardío, no existiendo certeza de que se proteja a las personas

PERIODO C: Es inefectivo, porque no alcanza a producirse los anticuerpos suficientes para neutralizar el virus, que finalmente alcanza el SNC.

BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA

1. *Boletín Epidemiológico Unidad Epidemiológica SEDES LA PAZ noviembre 2011 año 2 Nº10*
2. *Norma Nacional de Profilaxis para Rabia Humana y Animales domésticos MSD y Deportes gestión 2012.*
3. *Presentación elaborada para curso de SSSRO 2012 PROGRAMA ZOONOSIS SEDES LA PAZ*

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Dra. Ángela Mendoza Baldivieso
Responsable Departamental Programa ITS-VIH/SIDA

Objetivo de aprendizaje.-

- *Actualizar las definiciones de las infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA.*
- *Actualizar en el manejo de los síndromes de las infecciones de transmisión sexual.*
- *Conocer como diagnosticar y formas de prevenir el VIH.*
- *Conocer el manejo de los Pacientes que Viven con el Virus del Sida (PVVS).*
- *Conocer el manejo de las pacientes embarazadas con VIH*

I. ANTECEDENTES.-

Las infecciones de transmisión sexual representan un serio problema de salud pública en todo el mundo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que 900 mil personas se infectan a diario y se registran 340 millones de casos nuevos de ITS cada año en el mundo, y la proporción de casos es mayor entre personas de 15 a 49 años, siendo similar en ambos sexos, observándose un ligero predominio entre los hombres entre las que destacan la Sífilis, Gonorrea, Clamidia y Tricomoniasis.

II. MANEJO DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL POR SINDROMES.-

El manejo sindrómico se utiliza en las patologías infecciosas. El personal de salud trata a las personas por la mayoría o totalidad de los patógenos potencialmente responsables del síndrome.

Un síndrome es un conjunto de síntomas reportados por la persona y de signos identificados durante la exploración física, lo que permite hacer un diagnóstico oportuno y proporcionar un tratamiento en la primera visita, por lo cual, en caso de que la persona no regrese se asegura la curación clínica rompiendo la cadena de transmisión.

Como resultado de esto, el personal médico diagnostica y trata las infecciones de transmisión sexual basándose principalmente en el diagnóstico elaborado a partir de la historia clínica y la exploración física, más que en los resultados obtenidos en las pruebas de laboratorio.

Cuadro Nº 1

Manejo de las Infecciones de Transmisión Sexual por Síndromes

SINDROME	SINTOMAS	SIGNOS	ETIOLOGIA MAS COMUN EN BOLIVIA
FLUJO VAGINAL	• Flujo vaginal • Picazón vaginal • Dolor al orinar • Dolor durante el acto sexual	• Flujo vaginal anormal	De la vagina • Tricomoniasis • Candidiasis • Vaginosis bacteriana Del cérvix • Gonorrea
FLUJO URETRAL	• Flujo de la uretra • Dolor al orinar • Necesidad de orinar frecuentemente	• Flujo de la uretra	• Gonorrea • Clamidia
ULCERA GENITAL	• Herida (s) en región genital	• Ulcera(s) genital(es) • Lesión(es) vesicular(es)	• Sífilis • Cancroide (chancro blando) • Herpes genital
DOLOR ABDOMINAL BAJO	• Dolor abdominal bajo • Dolor durante el acto sexual	• Dolor abdominal bajo • Flujo vaginal • Temperatura mayor a 38º C	• Gonorrea • Clamidia • Anaerobios mixtos
EDEMA DE ESCROTO	• Hinchazón y dolor de escroto	• Edema de escroto	• Gonorrea • Clamidia
BUBON INGUINAL	• Hinchazón y dolor en la región de la ingle	• Ganglios linfáticos inguinales hinchados • Abscesos fluctuantes • Ulceras	• Linfogranuloma venéreo • Chancroide (chancro blando)
CONJUNTIVITIS NEONATAL	• Neonato con ojos hinchados y/o enrojecidos	• Parpados hinchados con secreción purulenta	• Gonorrea • Clamidia

Para ser efectivo, el manejo sindrómico de las ITS requiere cubrir una serie de condiciones, que son:

a. Elaborar una historia clínica completa, la cual debe incluir una breve historia sexual de la persona.

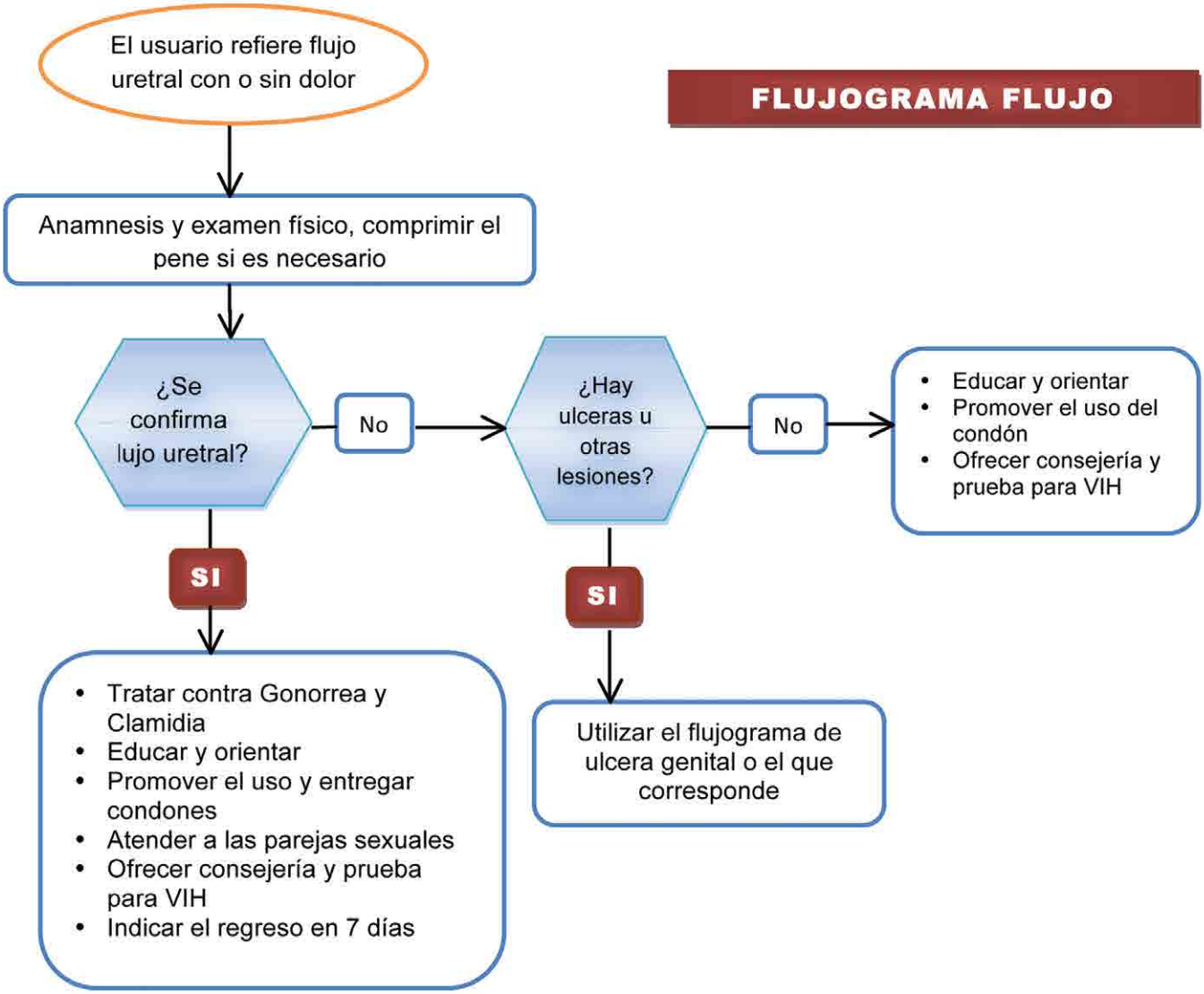
b. Realizar un examen físico para poder identificar los síndromes que son la base de este tipo de diagnóstico.

c. Realizar el diagnóstico sindrómico propiamente dicho con ayuda de diagramas de flujo.

d. Proveer a la persona el mejor tratamiento mejor disponible.

e. Ofrecer a la persona asesoría para evitar las ITS.

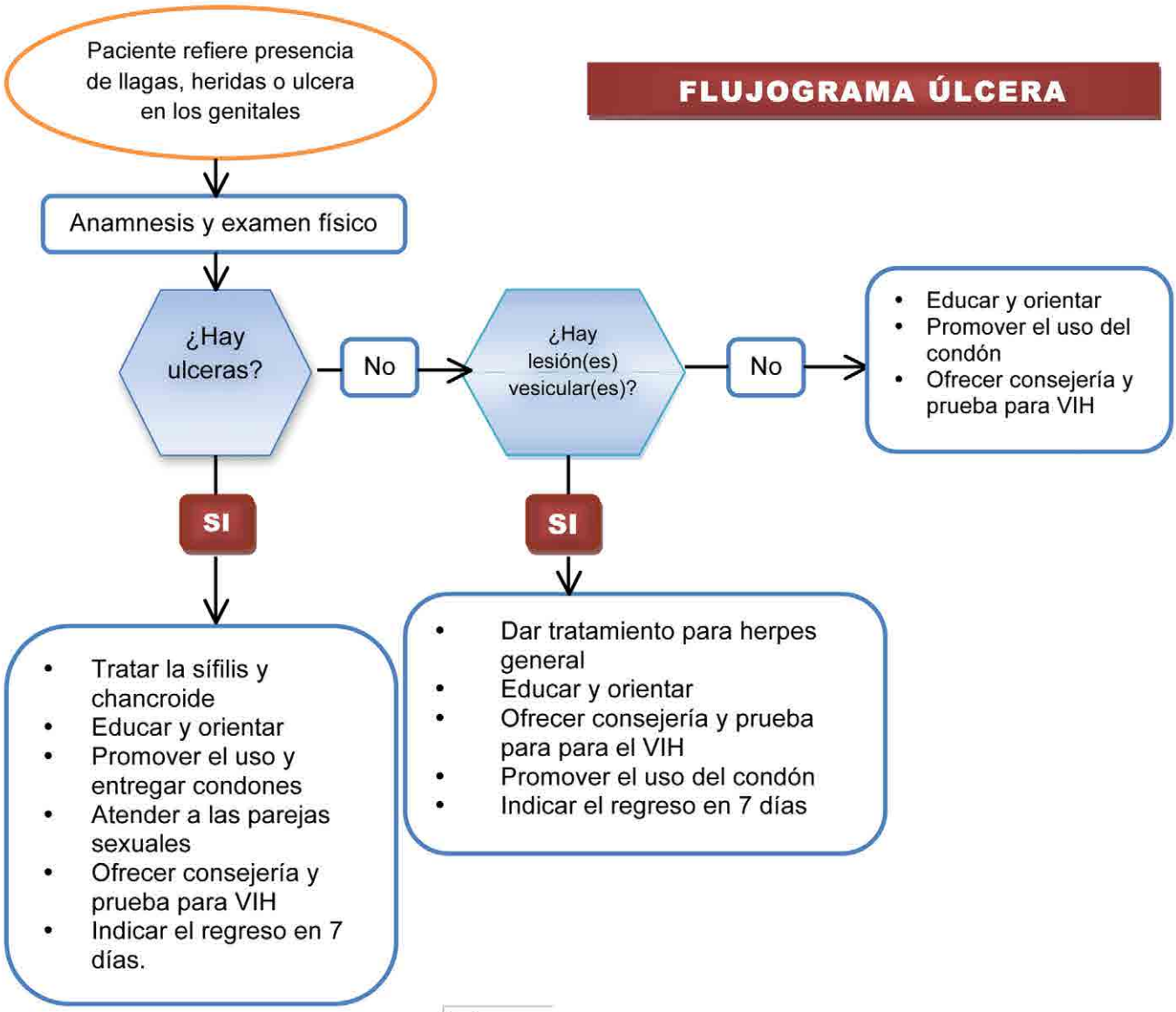
1. FLUJO URETRAL.-





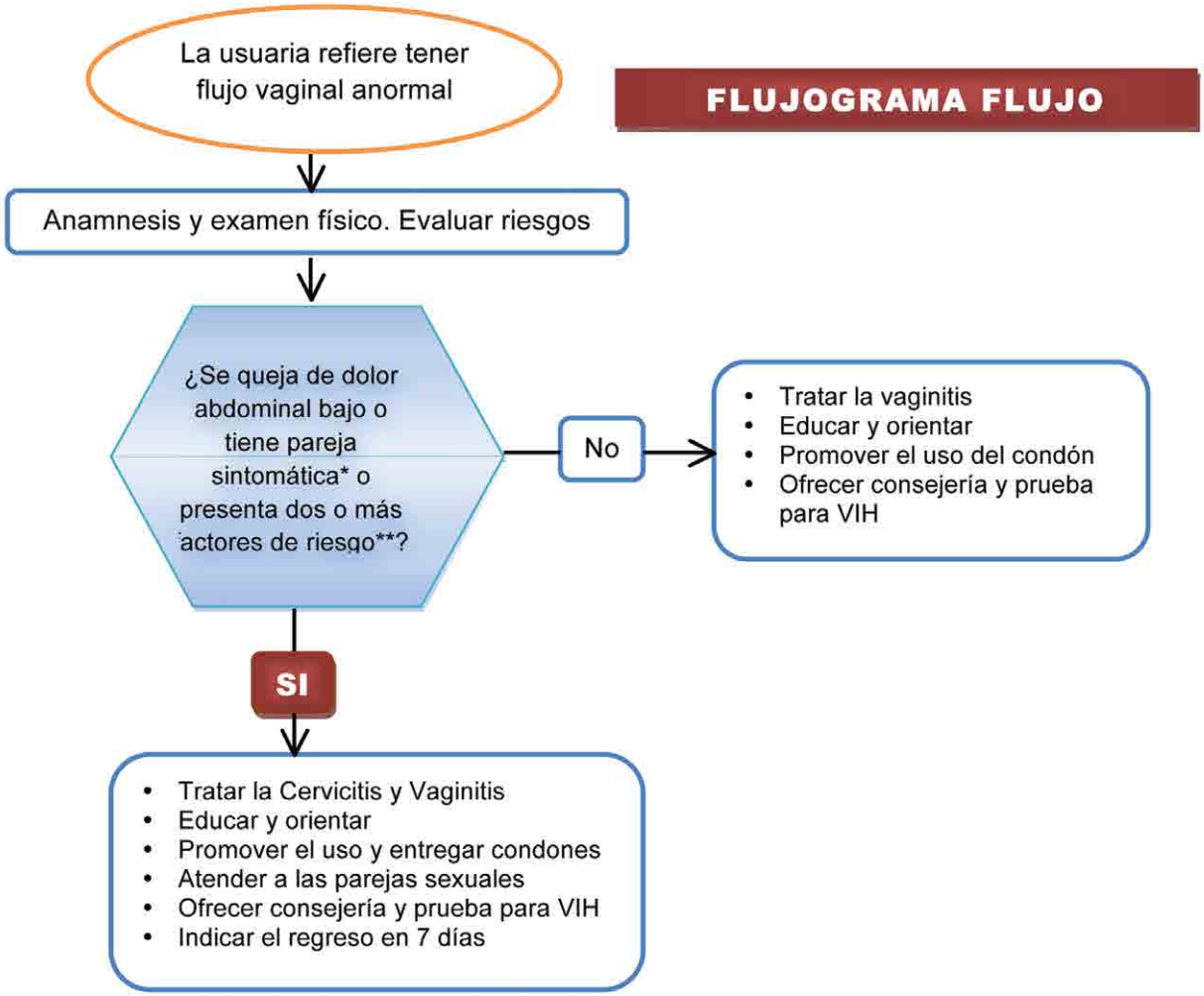


2. ÚLCERA GENITAL.-





3. FLUJO VAGINAL.-

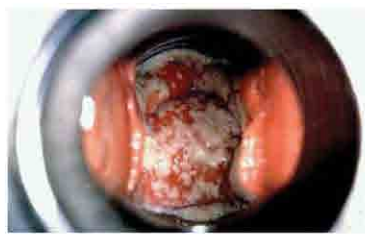


**Su pareja presenta flujo uretral*
***Factores de riesgo a) menor de 21 años, b) más de una pareja sexual en los tres meses anteriores y c) una pareja nueva en los tres meses anteriores.*



Flujo Vaginal por Tricomonas





Flujo Vaginal por Candida Albicans

4. EDEMA DE ESCROTO.-

FLUJOGRAMA EDEMA DE ESCROTO

Paciente refiere hinchazón y/o dolor en la región del escroto

Realizar historia clínica anamnesis y examen físico

¿Se confirma el edema y el dolor?

No → Hacer seguimiento si persiste el dolor

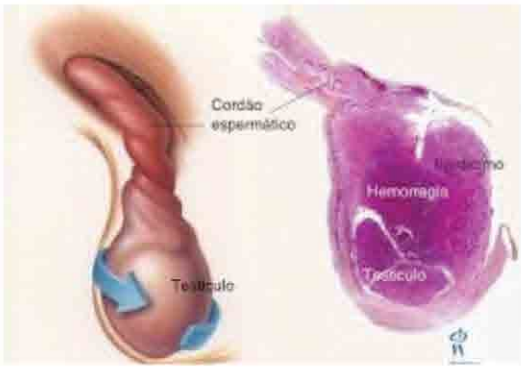
SI

¿Rotación o elevación de los testículos o antecedentes de trauma a los testículos?

No →
- Tratar contra Gonorrea y Clamidia
- Educar y orientar
- Promover el uso y entregar condones
- Atender a las parejas sexuales
- Ofrecer consejería y prueba para VIH
- Indicar el regreso en 7 días

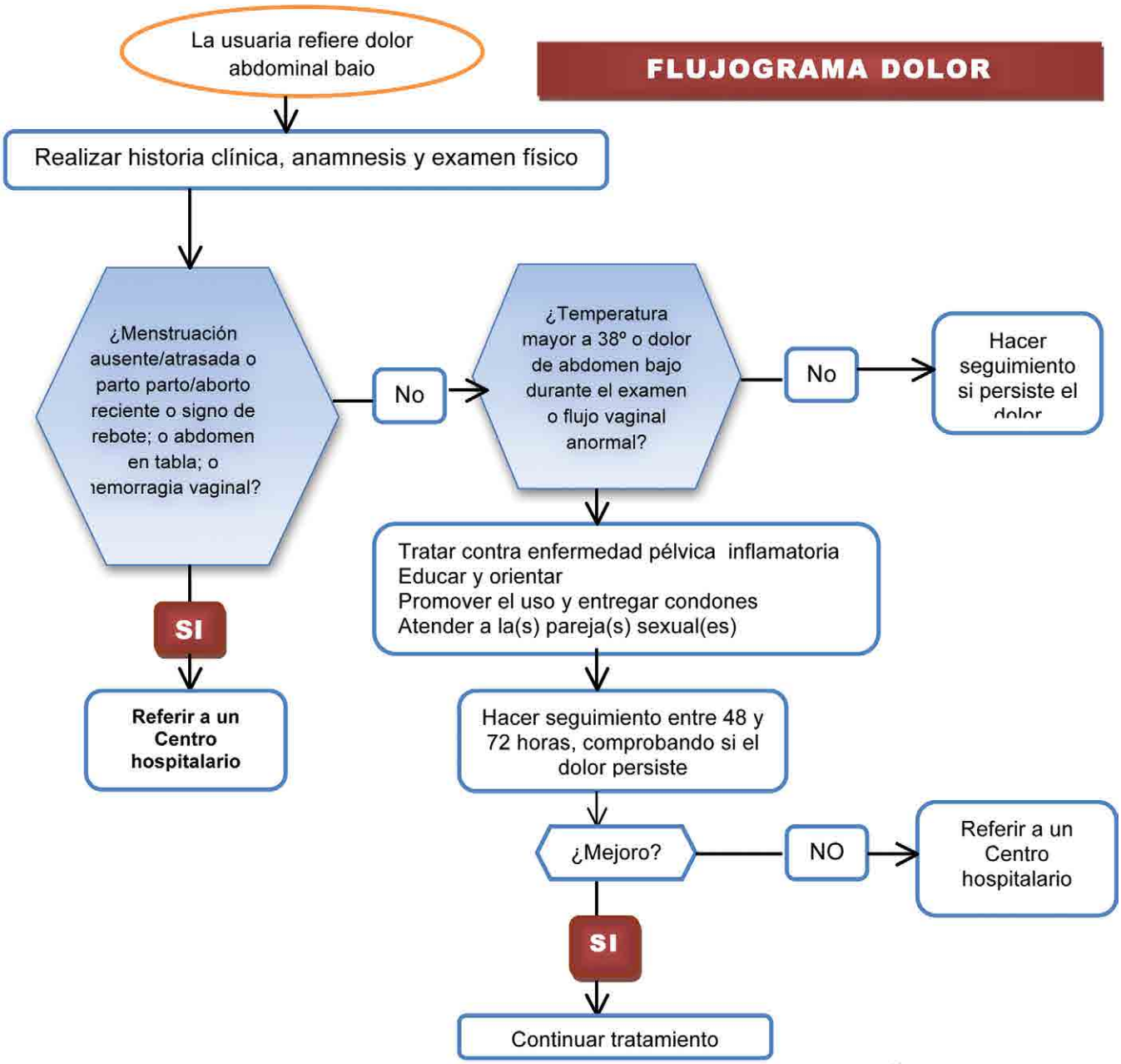
SI

Referir a un Centro Hospitalario inmediatamente

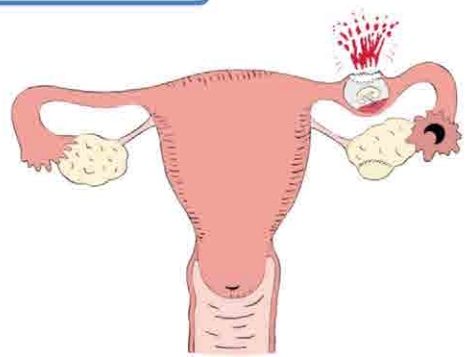




5. DOLOR ABDOMINAL.-







El siguiente cuadro muestra las infecciones de transmisión sexual manejadas anteriormente sin síndromes solo como patología, además se incluye a la Condilomatosis y Hepatitis B.

6. VIH/SIDA.-

La palabra SIDA corresponde a las iníciales del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

Síndrome: conjunto de síntomas y signos que caracterizan una enfermedad.

Inmunodeficiencia: debilitamiento del sistema inmunológico, que es responsable de las defensas de nuestro cuerpo.

Adquirida: no es hereditaria, sino causada por un virus.

Cuando el **VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana)** entra en nuestro organismo ataca al sistema de defensa de forma silenciosa, a medio y largo plazo, a las células que se encargan de defendernos de las enfermedades y dejando al organismo expuesto a infecciones graves y ciertos cánceres. Con el tiempo, al haberse debilitado el sistema inmunológico, la persona infectada empieza a sufrir una serie de enfermedades conocidas en su conjunto como SIDA.

El SIDA es pues la consecuencia final de la destrucción de las defensas que durante años ha provocado el VIH.

VIAS DE TRANSMISION Y FORMAS DE PREVENCION.-

El virus del SIDA se encuentra en todos los fluidos del organismo de una persona portadora del VIH o seropositiva: sangre, saliva, semen, secreciones vaginales, lágrimas, orina, etc. Sin embargo los únicos en los que se encuentra una concentración suficiente de VIH para poder trasmitirlo son: la sangre, el semen, las secreciones vaginales y la leche materna. El resto de fluidos, aun cuando puedan contener VIH, éste se encontrará en cantidad mínima y por ello no podrán transmitir la infección.

Por lo tanto, las vías de transmisión del VIH son:

1. Sanguínea.
2. Madre-hijo/a.
3. Sexual.

Ahora queda claro que el SIDA no se TRANSMITE por:

- Acariciándose, tocándose, abrazándose, masturbándose, besándose o dándose masajes.
- Mirando, conversando, compartiendo momentos agradables, expresando sentimientos y fantaseando.
- A través de las picaduras de mosquitos, mordiscos o arañazos de animales.
- Compartiendo vasos, cubiertos, servilletas, platos u otros utensilios de cocina.
- Compartiendo alimentos o agua.
- Utilizando las mismas duchas y servicios.
- Compartiendo el lugar de estudio, trabajo o vivienda.
- Con los contactos de la vida cotidiana.
- Compartiendo prendas de vestir.
- En las piscinas y gimnasios.
- En las relaciones sexuales con penetración utilizando métodos de prevención.



LA PRUEBA DEL VIH

La presencia del virus del SIDA, puede detectarse mediante un simple análisis de sangre capaz de localizar en nuestro organismo la presencia o ausencia de anticuerpos frente al VIH que provoca el SIDA.

Existen dos formas básicas de detectar el VIH:

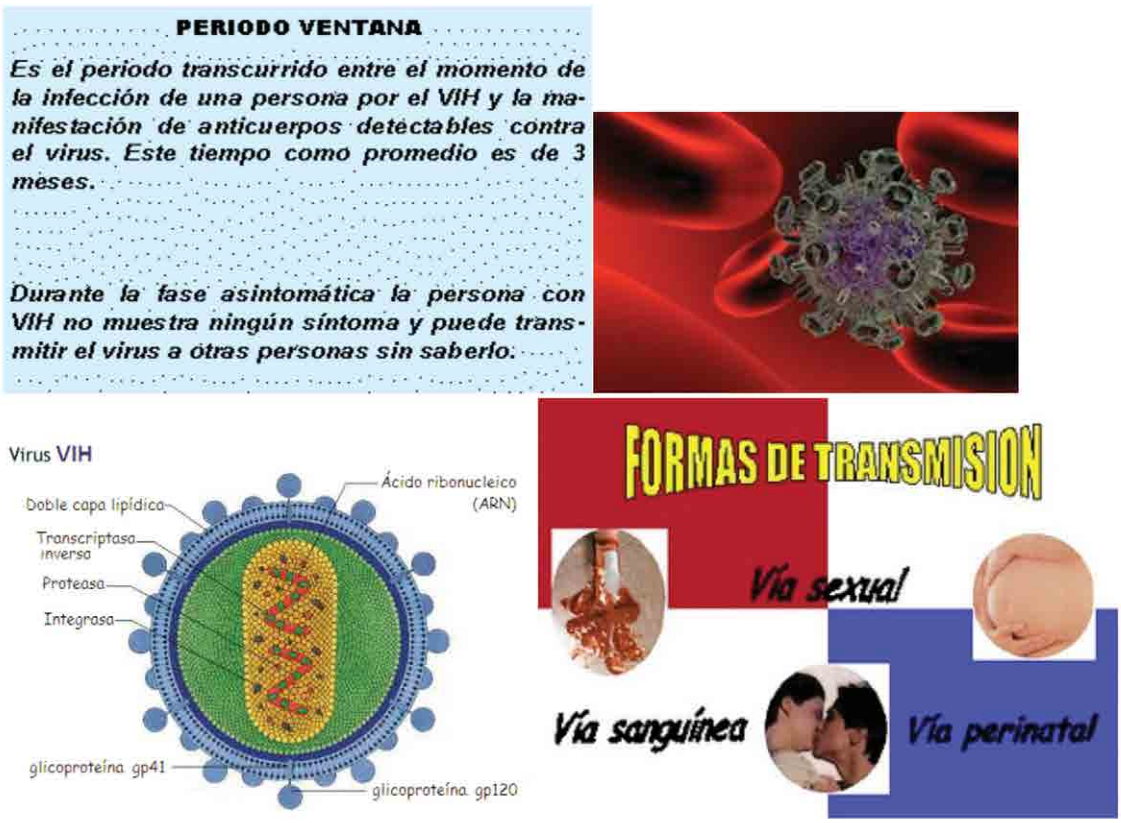
De forma directa: detectando el virus mismo o algunos de sus componentes. Los métodos directos no se utilizan rutinariamente en el diagnóstico de la infección por VIH, estando al alcance sólo de laboratorios especializados y reservados en general a la investigación.

De forma indirecta: Detectando los anticuerpos producidos por el organismo como reacción a la presencia del virus. El método ELISA es una técnica rápida (de minutos a horas) relativamente sencilla y es la que se usa de forma habitual.

Es muy aconsejable realizarse la prueba si te has expuesto a ser infectado a través de relaciones sexuales no seguras o contacto con la sangre.

Dónde realizan la prueba para VIH?

Se puede realizar en todos los establecimientos de salud en los tres niveles de atención. Son considerados Centros de atención para Infecciones de Transmisión Sexual, CDVIR La Paz y CRVIR El Alto, donde la prueba del VIH se realiza de forma gratuita, voluntaria, confidencial y si se desea también anónima.



CARACTERISTICAS DEL VIH

VIH, identificado en 1983;
Retrovírus (RNA), de la familia de los lentivirus;
Frágil en el medio externo. Inactivado con hipoclorito, glutaraldehido.
Sobrevive por pocas horas fuera del organismo humano; VIH-1 y VIH-2 (en África); Diversos subtipos, "clases" y tres grupos: M (A,B,C,D,F,G,H,I), N y O.

INFECCION POR VIH

Fase de portador asintomático:

Ya se vive con el virus (PVV).
No hay síntomas.
Ya se puede transmitir.
No siempre se requiere tratamiento.

Fase de SIDA:

Se desarrolla la enfermedad.
Ya hay síntomas.
Se puede transmitir.
Se requiere tratamiento.

Es una enfermedad silenciosa

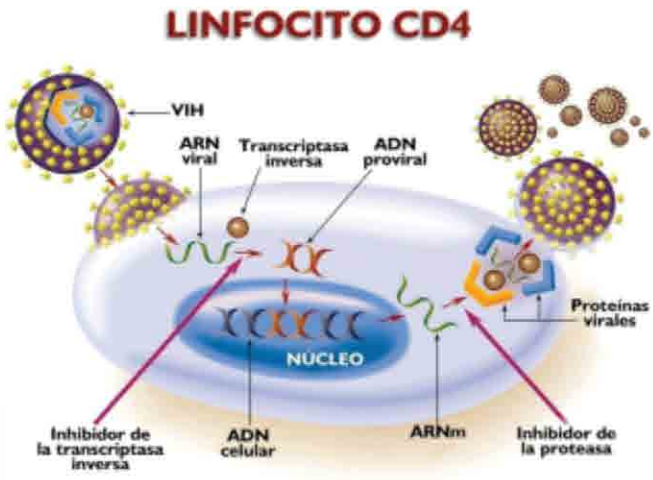
Porque no da síntomas.
Su evolución es lenta.
Generalmente no se sabe cuando se adquirió.
No se acepta.

DIFERENCIA ENTRE VIH Y SIDA



NO SE DEBE CONFUNDIR EL VIH CON EL SIDA

VIH: VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA,
en cantidad suficiente se transmite en sangre, semen, secreciones vaginales, líquido amniótico y leche materna (sexual, sanguínea, perinatal).



SIDA: SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA,
última etapa de la infección por VIH (infecciones oportunistas + CD4 disminuidos).

CRITERIO RIO CARACAS DE CASO SIDA PARA ADULTOS (15 AÑOS O MAS) (PUNTAJE MAYOR A 10 PUNTOS EN LA ESCALA DETERMINADA CASO SIDA)		
GRUPO	**CONDICION**	**PUNTAJE**
A. 10 Puntos cada uno	Sarcoma de Kaposi	10
	Tuberculosis diseminada extrapulmonar o pulmonar no cavitaria diagnosticada dentro del último año	10
B. 5 Puntos cada uno	Tuberculosis pulmonar diseminada	5
	Herpes zoster en un paciente menor de 60 años	5
	Disfunciones del Sistema Nervioso Central	5
	Candidiasis oral o leucoplaquia vellosa	5
C. 2 Puntos cada uno	Diarrea constante o intermitente por un mes ó más	2
	Temperatura de más de 38°C constante o intermitente por más de un mes	2
	Caquexia ó pérdida de peso de 10% ó más	2
	Astenia por un mes ó más	2
	Tos persistente	2
	Dermatitis persistente	2
	Infiltrado intersticial difuso y/o bilateral en Rx Pulmonar	2
	Anemia, linfopenia absoluta y/o Trombocitopenia	2

FACTORES QUE FACILITAN LA TRANSMISION:

- Altos títulos de VIH en el plasma reflejados en el semen, secreción vaginal y anal
- Antiretrovirales reducen títulos.
- Coinfección con Tuberculosis y especialmente otras Infecciones de Transmisión Sexual.
- Úlceras genitales facilitan la inoculación en la submucosa
- La no circuncisión facilita la transmisión al hombre.
- La menstruación y el adelgazamiento de la mucosa vaginal (por falta de estrógenos) aumentan la transmisión desde/a las mujeres.

III. BIBLIOGRAFÍA.-

1. *Servicio Departamental de Salud. Perfil de Análisis y Tendencias Epidemiológicas Edición Volumen III. Bolivia Gestión 2014; 249-297.*
2. *Ministerio de Salud y Deportes. Guía del manejo sindrómico de las infecciones de transmisión sexual la Paz – Bolivia 2010*
3. *Ministerio de Salud y Deportes: Ley Nº3729 D.S. Nº 0451 Ley para la prevención del VIH/SIDA, Protección de los derechos humanos y asistencia integral multidisciplinaria para las personas que viven con el VIH/SIDA. La Paz – Bolivia 2010.*
4. *Ministerio de Salud y Deportes: Guía de Manejo Sindrómico de las infecciones de transmisión sexual. Documento Técnico Normativos. La Paz-Bolivia. 2010.*

ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES Y SALUD RENAL

"La solución del paciente no siempre es la pastilla, cambiar hábitos, a veces, es todo lo que precisa."

Dra. Aydeé Cristina Ramírez Laura
Resp. Promoción y Prevención de Enfermedades No Transmisibles y Salud Renal

Objetivo de aprendizaje.-

- *Preparar para el ejercicio de la profesión en la prevención de enfermedades no transmisibles.*
- *Promover el desarrollo de la investigación de los factores de riesgo.*
- *Profundizar los procesos de vigilancia epidemiológica.*

I. INTRODUCCION.-

Las enfermedades no transmisibles son la causa de la mayor parte de los costos evitables de la atención en salud, están causadas por un conjunto de factores de riesgo comunes entre sí, como ser: el tabaquismo, exposición pasiva al humo del tabaco en el ambiente, régimen alimentario poco saludable, la inactividad física, la obesidad y el consumo nocivo de alcohol entre otros.

Está influenciada por: la globalización, la urbanización, la situación económica, demográfica, cambios de modo de vida, las determinantes sociales de la salud, ingreso, educación, empleo, condiciones de trabajo, grupo étnico y de género para su ocurrencia1. Por lo tanto las enfermedades no transmisibles constituyen un complejo problema de salud pública y un reto para el desarrollo económico.

La vida moderna con sus ritmos acelerados y elevado sentido de la competencia, hace que las personas descuiden paulatinamente algunas áreas fundamentales1. Por ignorancia, falta de tiempo o estrés acumulado, mucha gente ya no se cuida en sus hábitos alimenticios y consumen comidas rápidas y pastelería, costumbre que con el tiempo menoscaba al ser humano, sobreviniendo la obesidad y una serie de complicaciones de salud. Lo anterior es solo un ejemplo de cómo actúan muchas de las enfermedades crónicas no transmisibles, digamos que por "descuido".

Sin embargo, existe la posibilidad de atenuar los efectos de la enfermedad o prevenirla con la simple inclusión de hábitos saludables a la rutina diaria; se puede decir que las ECNT son enfermedades que se pueden prevenir.

II. ANTECEDENTES.-

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) constituyen un problema creciente a nivel mundial. Este fenómeno se atribuye a los cambios que han experimentado la mayor parte de los países, entre los que destaca el control de las enfermedades infecciosas, el aumento de las expectativas de vida y la adquisición progresiva de un modelo de vida occidental2. Bolivia no ajena a esta situación muestra en la actualidad un perfil epidemiológico en transición ya que no superamos del todo las enfermedades infecciosas y vemos el aumento de ECNT.

Diversos factores de riesgo intervienen en la evolución de estas enfermedades, muchos de los cuales están asociados a estilos de vida, hábitos y costumbres que introducen la modernización, tales como sedentarismo, dietas inadecuadas, estrés, tabaquismo, consumo de alcohol. Los daños atribuibles a estos factores se pueden disminuir al aplicar estrategias dirigidas a la disminución de estos factores y por tanto interfiriendo oportunamente en la historia natural de ellos2. El desarrollo de medidas preventivas será de mayor utilidad, cuanto más se conozca de la historia natural de estas enfermedades y del comportamiento de los factores de riesgo asociados.

La estrategia sobre las enfermedades no transmisibles para la región de las Américas fue impulsada por la Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de Las Naciones Unidas3 sobre la prevención y control de las enfermedades no transmisibles.

La obesidad es un problema importante, en el 2014 había 21.997 personas con sobrepeso, para esto han contribuido a este problema distintos factores como la inactividad física, la disponibilidad y consumo de alimentos con gran contenido de hidratos de carbono, azúcar refinada y sal.

La enfermedad renal crónica causada principalmente por las complicaciones de la diabetes e hipertensión es un problema que va aumentando día a día. El tipo grave de la enfermedad renal crónica tiene un impacto enorme en la situación social y económica de las familias; constituyendo un problema para los servicios de salud.

III. MARCO CONCEPTUAL

Enfermedades no transmisibles.- Según el Center for Disease Control de Atlanta (CDC) son: ¨enfermedades de etiología incierta, habitualmente multicaules, con largos períodos de incubación o latencia, largos períodos subclínicos, con prolongado curso clínico, con frecuencia episódica, sin tratamiento específico y sin resolución espontánea en el tiempo". A esto se agrega que son "de etiología transmisible no demostrada fehacientemente (salvo algunos cánceres) y de gran impacto en la población adulta.

Los cuatro tipos principales de enfermedades no transmisibles son: las enfermedades cardiovasculares (como ataques cardiacos y accidentes cerebrovasculares), el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas (como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el asma) y la diabetes.

Se caracterizan por:

1. Ausencia de microorganismo causal
2. Factores de riesgo múltiples
3. Latencia prolongada
4. Larga duración con periodos de remisión y recurrencia
5. Consecuencias a largo plazo (minusvalía física y mentales)

Salud renal.- Nuestros riñones son los órganos responsables de eliminar los desechos de nuestro cuerpo. Los productos de desecho provienen del normal metabolismo de los alimentos que ingerimos, los riñones también regulan la cantidad de sal que se excreta con la orina - lo cual es muy importante para prevenir la acumulación de líquidos en el cuerpo - y mantienen la concentración sanguínea normal de muchos minerales. Los riñones también producen varias hormonas importantes para la salud, como la vitamina D y la eritropoyetina, que es la hormona que controla la producción de glóbulos rojos en la médula ósea. Si una enfermedad altera estas funciones renales, el cuerpo sufre muchos cambios que pueden llevar a la muerte si no recibe tratamiento oportuno.

Las enfermedades renales tienen muchas causas, pero se las puede agrupar bajo algunas categorías3:

- Aguda o crónica
- Adquirida o hereditaria
- Primaria (que no resulta de una enfermedad generalizada)
- Secundaria (que resulta del curso de ciertas enfermedades generalizadas)

La enfermedad renal aguda corresponde a la aparición repentina de anormalidades renales en una persona sana. Algunos ejemplos de enfermedad renal adquirida aguda son la detención del flujo de orina a causa de una enfermedad infecciosa de la sangre, una pérdida masiva de sangre (lesiones por accidentes de automóvil o construcción) y reacciones alérgicas graves a ciertos medicamentos. Estas son situaciones que por su gravedad requieren hospitalización y en las cuales la insuficiencia renal es sólo una de las manifestaciones del cuadro clínico.

Con frecuencia es posible la recuperación completa de la función renal si el trastorno causante de la insuficiencia renal es corregido con rapidez. Pero el pronóstico siempre es inseguro. En los casos graves, el paciente puede necesitar un tratamiento temporario de diálisis hasta que se normalice el flujo de orina.

Un ejemplo de enfermedad crónica hereditaria es la enfermedad renal poliquística (PKD). Se han identificado varios genes causantes de la PKD y las leyes de transmisión hereditaria han sido bien definidas. Estos quistes se pueden detectar a los 20 o 30 años de edad del paciente mediante ultrasonido. Con el tiempo, los quistes crecen y presionan el tejido del riñón, afectando la función renal. Si existen antecedentes familiares de PKD, los parientes e hijos adultos jóvenes de padres afectados deben ser controlados para determinar la presencia de quistes. El control de la hipertensión, una dieta adecuada y el tratamiento del sangrado o infección de los quistes pueden disminuir el progreso de la enfermedad.

Muchas infecciones bacterianas o virales de la garganta, la piel o las válvulas cardíacas pueden causar enfermedades renales adquiridas agudas o crónicas. El daño renal no es causado por la infección en sí, sino por los anticuerpos que produce el cuerpo en respuesta a la infección. En casi todas las enfermedades renales causadas por infecciones los riñones se recuperan en algunas semanas o meses. La recuperación completa es más común en niños que en adultos, pero incluso la mayoría de los pacientes adultos recuperan una parte importante o bien toda la función renal.

Finalmente, las enfermedades renales pueden aparecer en el curso de enfermedades sistémicas como la diabetes, el lupus y la inflamación vascular.

Enfermedad renal crónica.- Es la pérdida lenta de la función de los riñones con el tiempo. La enfermedad renal crónica (ERC) empeora lentamente durante meses o años y es posible que no se note ningún síntoma durante algún tiempo. La pérdida de la función puede ser tan lenta que no presenta síntomas hasta que los riñones casi hayan dejado de trabajar.

La etapa final de la enfermedad renal crónica se denomina enfermedad renal terminal (ERT). En esta etapa, los riñones ya no tienen la capacidad de eliminar suficientes desechos y el exceso de líquido del cuerpo. En ese momento, es necesitaría la diálisis o un trasplante de riñón.

La diabetes y la hipertensión arterial son las dos causas más comunes y son responsables de la mayoría de los casos. La enfermedad renal crónica no tiene cura, pero sí se puede retardar su progresión.

Etapas de la enfermedad.- Los riñones se consideran saludables y normales siempre que tengan una función de filtración normal y no existan señales de sangre o de proteínas en la orina. El nivel

de la función de filtrado depende de la edad y de otros muchos factores que pueden afectar a los riñones. Si la función renal se reduce de forma permanente, se considera que estamos ante un caso de ERC. Los riñones pueden perder su capacidad para filtrar residuos de la sangre de forma gradual. El proceso de ERC se divide en cinco etapas: en las etapas 1-4, el foco de atención es preservar la función renal; en la etapa cinco, la diálisis y el trasplante pueden ser las únicas alternativas para sobrellevar la enfermedad.

La tasa de filtración glomerular (TFG) sirve para clasificar la insuficiencia renal crónica, la norma nos pide evaluar la TFG mediante la ecuación de Cockcroft (estima el clearence):

Sexo	Formula	Obs.
VARON	ClCr en ml/min=(140-edad)xpeso / (72xCrs)	Crs= creatinina en sangre
MUJER	ClCr en ml/min=(140-edad)xpeso x0.85 / (72xCrs)	*0.85=constante

La enfermedad sin tratamiento atraviesa cinco estadios con diverso grado de gravedad:

- Estadio I: Enfermedad de los riñones, GFR normal
- Estadio II: Insuficiencia renal leve, GFR = 60 < 89 ml
- Estadio III: Insuficiencia renal moderada, GFR = 30 < 59 ml
- Estadio IV: Insuficiencia renal grave, GFR = 15 < 29 ml
- Estadio V: Insuficiencia renal terminal, GFR < 15 ml

Factores de riesgo.- Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Ejemplos de factores de riesgo: la insuficiencia ponderal, las prácticas sexuales de riesgo, la hipertensión, el consumo de tabaco y alcohol, el agua insalubre, las deficiencias del saneamiento y la falta de higiene.

Tipos:

- **Modificables:** Tabaquismo, hipertensión arterial, nivel elevado de colesterol en la sangre, inadecuados hábitos alimentarios, sedentarismo, obesidad, diabetes, estrés.
- **No Modificables:** Antecedentes familiares de enfermedades cardiovasculares, edad, sexo.

Para el programa de enfermedades no transmisibles y salud renal los factores de riesgo que se controlan son4:

- Hábito de Fumar
- Abuso de Alcohol
- Sedentarismo y/o baja actividad física
- Hábitos alimentarios inadecuados
- Sobrepeso
- Historia familiar de ECNT

Prevención.- Según Don Nutbeam, el término prevención de la enfermedad se utiliza por lo general para designar las estrategias tendientes a reducir los factores de riesgo de enfermedades específicas3, o bien reforzar factores personales que disminuyan la susceptibilidad a la enfermedad.

La prevención de la enfermedad es la acción que normalmente se emana desde los servicios de salud y que considera a los individuos y a las poblaciones como expuestas a factores de riesgo identificables, que suelen ser con frecuencia asociados a diferentes conductas de riesgo de los individuos. La modificación de estas conductas de riesgo constituye una de las metas primordiales de la prevención de la enfermedad.

Promoción de la salud.- La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla y que se dedica a estudiar las formas de favorecer una mejor salud en la población. La definición dada en la histórica Carta de Ottawa de 1986 es que la promoción de la salud "consiste en proporcionar a la gente los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma".

IV. OBJETIVO.-

El objetivo final es mejorar la situación de salud de la población; disminuyendo la mortalidad y morbilidad por las ECNT.

Considerando que este objetivo se alcanza a largo plazo, y que la modificación de los FR puede contribuir a su cumplimiento, es práctico y funcional establecer un objetivo intermedio, como es la modificación del perfil de los FR epidemiológicamente asociada a las ECNT en la comunidad.

V. ESTRATEGIAS.-

Promoción.-

Educación de la comunidad para que la población tome conciencia del problema, para lo cual debe ser adecuadamente informada, y así dársele la oportunidad que tome decisiones responsables sobre su salud. Esta educación debe ser planificada, estructurada y mantenida en el tiempo. Lo que se quiere lograr con ello no es sólo informar, sino que también se espera un cambio en sus conductas y hábitos de vida, educar a grupos poblacionales jóvenes, especialmente escolares, por las ventajas que ello representa.

Prevención.-

Los servicios de salud, con todos sus niveles de atención, pero es el Primer Nivel de Atención debe estar más involucrado en estos dos programas. Esta tarea consiste en:

a) Facilitar y mejorar el acceso del público a todos sus niveles (mejorando su capacidad resolutiva), con personal capacitado, lo que permitiría: satisfacer la demanda adicional que una intervención exitosa debería producir (ejemplo: controles de colesterol, de presión arterial, glicemia, etcétera).

b) De prevención secundaria o terciaria: Promover la detección precoz, tratamiento y rehabilitación de pacientes con ECNTA.

VI. SEGUIMIENTO Y CONTROL.-

Se realiza mediante la vigilancia epidemiológica que se encarga de la recolección y análisis de los datos registrados en forma sistemática, periódica y oportuna, convertidos en información integrada estrechamente con su divulgación a quienes tienen la responsabilidad de intervención y a la opinión pública.

Analizar los datos que aporta la Vigilancia Epidemiológica permite conocer la distribución de los factores que afectan directa o indirectamente la salud de la población, identificando precozmente los hechos que impliquen un riesgo para la salud pública. Es sustento para la planificación, ejecución y evaluación de las acciones de salud y una de las principales herramientas para conocer el comportamiento de las enfermedades, en particular de las que tienen potencial epidémico, permitiendo generar acciones para limitar su impacto. El programa cuenta con instrumentos que ayudan en esta recolección de información y son:

- Cuaderno Nº 1, Nº 2, Nº 3, Nº 5 y Nº 6 del SNIS.
- Formulario 302b



El consolidado se realiza en el formulario mensual del progr

Vigilancia Pasiva: Cuando los trabajadores y las institucior los casos, sino que se identifican y registran cuando el usuari servicio de salud. Esto incrementaría en gran manera la det la atención integral de salud en los servicios y usar los instru

Vigilancia Activa: Cuando las instituciones y los trabajado los casos en su origen, bien sea que el usuario solicite o n realizar exámenes laboratoriales a los pacientes susceptible ejemplo: tuberculosos, diabéticos, hipertensos, embarazac historia clínica de salud renal.

Vigilancia centinela: Es una actividad intensiva, que se realiz de mayor calidad, se selecciona un área geográfica, una u concentrados ejemplo: ferias, instituciones públicas, etc. La permitirá caracterizar mejor el evento en estudio, aun cuando no se podrá conocer con precisión su incidencia, (información sin base poblacional). De cualquier manera puede ser utilizada para monitorear tendencias de la Incidencia o Prevalencia cuando se dispone de información comparativa en el tiempo de una misma unidad, nuestro programa usa a los Puntos Vida como estrategia de este tipo de vigilancia y usa el formulario como instrumento.

VII. BIBLIOGRAFIA.-

1. *Rose, Strategy of prevention: lessons from cardiovascular disease. Brit Med J 1981; 282: 1847-1851*
2. *Berrios, X. Prevención primaria de las enfermedades crónicas del adulto: intervención sobre sus factores de riesgo en población escolar. Rev Chil Ped 64; 6: 397-402, 1993.*
3. *Berrios X, Jadue L, Zenteno J, Ross M I, Rodríguez H, Prevalencia de los Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas. Estudio en población general de la Región Metropolitana. Rev Med Chil 1990; 118: 597-604 y 1041*

ANEXO 1

ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA
MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES
SISTEMA NACIONAL DE INFORMACION EN SALUD Y VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA
PROGRAMA NACIONAL DE SALUD RENAL
CONSOLIDADO MENSUAL DE PACIENTES CAPTADOS CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA

SNIS

Programa Nacional de Salud Renal

SEDES: | RED : | ESTABLECIMIENTO DE SALUD :

Gestion:

Mes:

No	Edad	Sexo		Factores de Riesgo																				Pacientes Ingresados al Programa de Prevención y Control de Enfermedades Renales con Laboratorio (Creatinina)	Estadios de la Enfermedad Renal Cronica										Referencia		Retorno	
		M	F	Cardio Vasculares		Reumaticas		Cancer Cervico Uterino	Diabetes Mellitus I - II		Hipertensión Arterial Sistemica		Sobrepeso		Infeccion Urinaria		Tuberculosis		Habito de Fumar		Histoia Familiar de Enferemdad Cronica		Prematurez			1		2		3		4		5					
				M	F	M	F		M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F		M	F	M	F	M	F	M	F	M	F				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39
1	0 - 5																																						
2	5 a 9 ños																																						
3	10 a 20 años																																						
4	21 a 59 años																																						
5	60 a mas																																						
F-1	Mujer Embarazada																																						
TOTAL*																																							

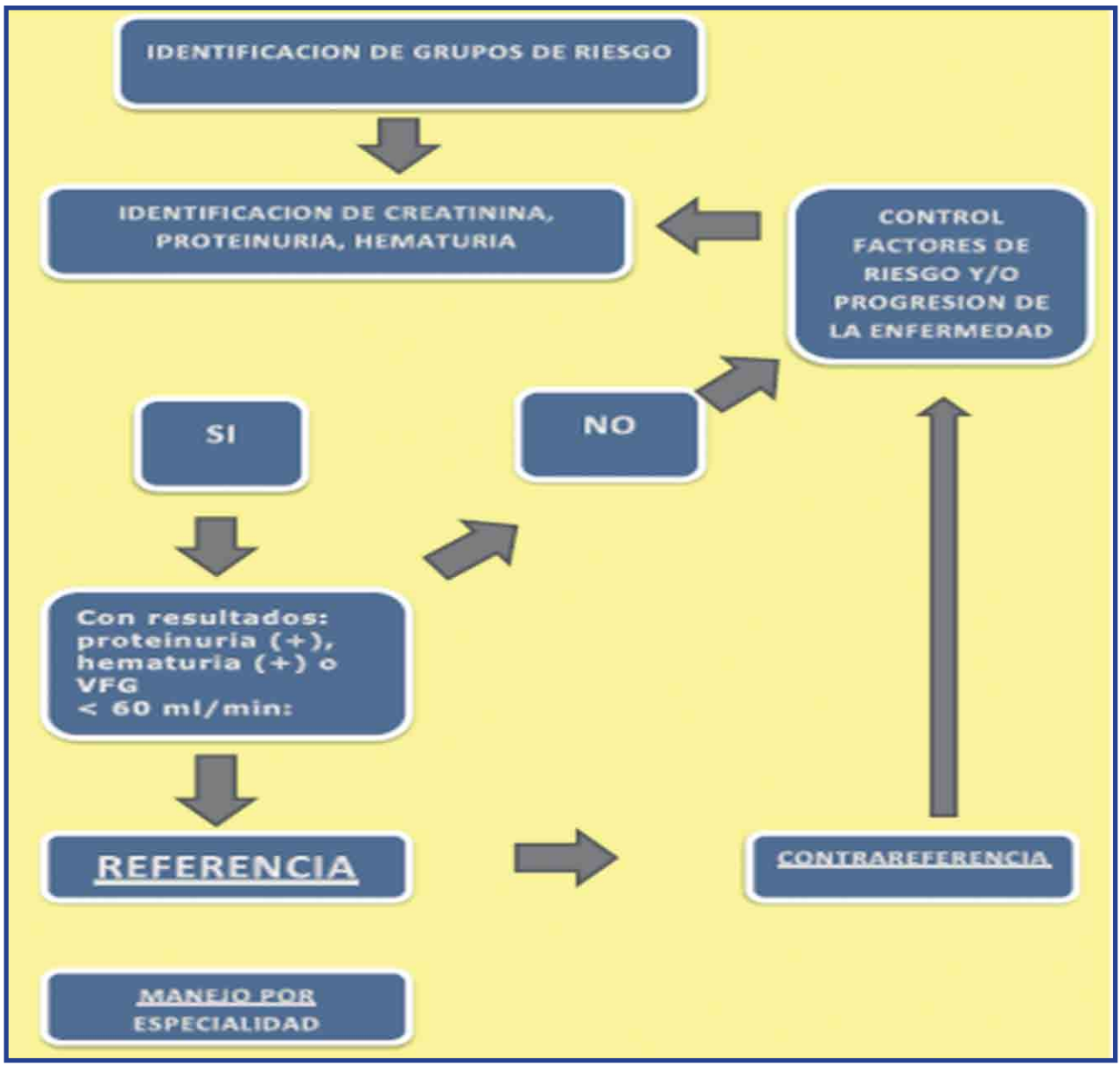
* Sumar la totalidad de las columnas en la Fila Total

Nombre del Responsable del llenado		Firma:		Fecha y hora de envio :	

FUENTE: FORMULARIO CONSOLIDADO MENSUAL

ANEXO 2

FLUJO DE ATENCION AL PACIENTE RENAL



ANEXO 3

ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA

MINISTERIO de SALUD

Expediente Clínico de Consulta Externa
Programa Nacional de Prevención y Control de Enfermedades Renales

Fecha:		Nombre del Establecimiento de Salud							Consulta Nueva		
Tipo de Establecimiento de Salud		Público		Seguro Social		Privado		Departamento			

FILIACIÓN - DATOS GENERALES

Nombre(s)				Ap. Paterno:				Ap. Materno:			
C.I.		Exp		Estado Civil				Teléfono			
Fecha de Nacimiento				Edad:				Sexo	F		M
Domicilio del Paciente						Ocupación					
Nombre Médico Tratante											

FACTOR DE RIESGO IDENTIFICADO

Obesidad		Lupus Erimatoso Sistémico		Edad > 60 años		Antecedentes de Insuf. Renal Aguda	
Diabetes		Dislipidemia		Litiasis Renal		Exposición a Nefrotóxicos	
Hipertensión Arterial		Tuberculosis		Glomerulopatias		Anormalidad de Tracto Urinario	
Infección Urinaria		Mujer Embarazada Preeclampsia		Historia Familiar Enf. Renal Crónica		Otro	

EXAMEN FISICO

Presión arterial	/ mmHg	Peso (Kg)		Talla (cm)		IMC (kg/m2)	
Circunferencia Abdominal (cm)		Otro					

SOLICITUD Y RESULTADOS DE EXÁMENES DE LABORATORIO

Creatinina sérica*	(mg/dl)	Hemoglobina	(g/dl)	Glucemia	(g/dl)	Hematuria (+)	
Proteinuria*	(g/dl)	Hematocrito	(%)	Examen de Orina		Otro	

CALCULO DE FILTRADO GLOMERULAR

Valor Obtenido:	Cockroff & Gaul (se)			Schwarts (niños)			
Sin Enfermedad Renal:		IRC Estadio 1:		IRC Estadio 2:		IRC Estadio 3:	
IRC Estadio 4:		IRC Estadio 5:					

DIAGNOSTICO

Impresión Diagnóstica:	

CONDUCTA

Dieta:	
Ejercicio:	
Medicación:	
Fecha próxima consulta:	
Observaciones:	

Reconsulta 1		Reconsulta 2		Reconsulta 3		Reconsulta 4		Reconsulta 5	
Referencia				Retorno					

ORIGINAL: P.N.S.R.
1ra. Copia : Incluir en Historia Clinica del Centro de Salud
2da. Copia: para el Paciente
3ra. Copia: para el Laboratorio

Firma del Médico

ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES

Dr. Jhonny Ayllón Cayetano
Jefe Unidad de Epidemiologia e Investigación

Objetivo de aprendizaje.-

a. *Preparar para el ejercicio de la profesión en el control y prevención del Dengue.*
b. *Promover el desarrollo de la investigación de los factores de riesgo.*
c. *Profundizar los procesos de vigilancia epidemiológica.*

DENGUE

HISTORIA.-

La historia de la investigación para el dengue, se inicia en el año 1906 en la cual Bancroft publicaba las primeras evidencias de que Aëdes aegypti transmitía Dengue, observaciones confirmadas en 1908 por Agramonte y en 1931 por Simmons

En África se le denomino "DINGA O DYENGA" homónimo del swahili "Ki denga pepo", significando ataque repentino (calambre o estremecimiento)

ETIOLOGÍA.-

El virus del dengue (DEN) es un virus de ARN, con cuatro serotipos (DEN 1 al DEN 4), pertenecen al género flavivirus y familia flaviviridae

El huésped

Son considerados el vector, los simios y el hombre.

Epidemiología del dengue

El dengue es la enfermedad viral transmitida por mosquito de más rápida propagación en el mundo, en los últimos 50 años, su incidencia ha aumentado 30 veces más. Anualmente ocurre un estimado de 50 millones de infecciones en todo el mundo, en Asia y el Pacífico la población en riesgo es más del 70 % y la tasa de letalidad varía del 1% al 5%, entre el 2000 al 2008.

El las Américas, en el periodo del 1960 al 1970 se realizó una campaña de erradicación del Aedes aegypti lo cual produjo la interrupción de la transmisión.

Del 2001 al 2007 se notificaron más de 4 millones de casos, de los cuales 106.037 fueron hemorrágicos, con una tasa de letalidad del 1,2%. En este periodo dentro los países andinos contribuyo con el 19 % de los casos (819.466) de estos el 58% fueron hemorrágicos. Así mismo se identificó que en la región están circulado los cuatro serotipos.

DEFINICIONES Y CONCEPTOS CLAROS

Paciente sospechoso de dengue, es toda persona de zonas endémica o viajera, que presenta fiebre alta y de inicio súbito, y puede tener nauseas, vómitos, erupción cutánea, molestias y dolores, prueba del torniquete positiva, leucopenia y cualquier singo de alarma.

Signos de alarma, dolor abdominal intenso y constante, vómitos persistentes, acumulación clínica de líquidos, sangrado de mucosas, letargia, agitación, hepatomegalia, hemoconcentración y plaquetopenia.

Dengue, es una sola enfermedad sistémica y dinámica. Presenta un amplio espectro clínico, de evolución y resultados impredecibles que incluye manifestaciones clínicas graves y no graves.

Clasificación:

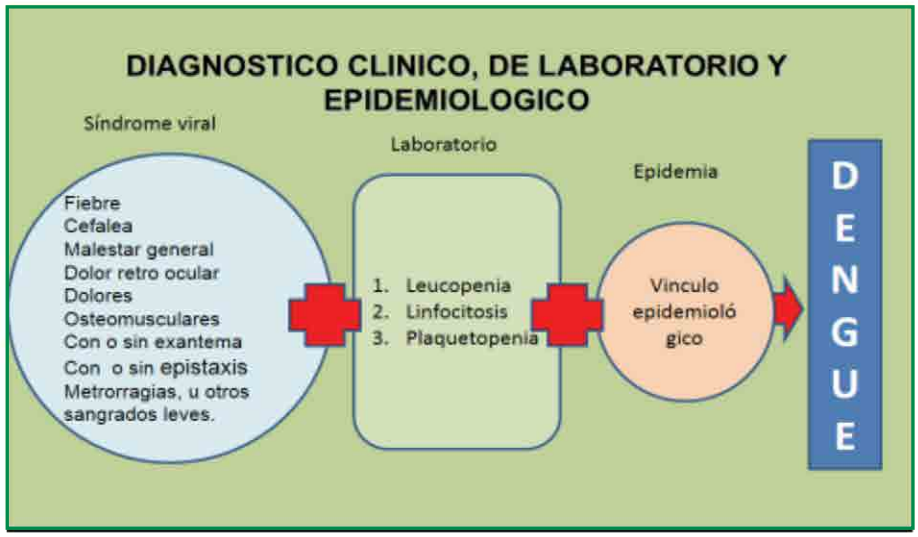
A) DENGUE +/- SEÑALES DE ALARMA	B) DENGUE GRAVE
DENGUE SIN SIGNOS DE ALARMA	1. EXTRAVASACIÓN DE PLASMA 2. HEMORRAGIA GRAVE 3. COMPROMISO GRAVE DE ORGANOS
DENGUE CON SIGNOS DE ALARMA	

Periodo de incubación, de 4 a 10 días

Fases del dengue.

FASE	DURACIÓN	CARACTERÍSTICAS
FEBRIL	(2-7 días)	• Febril aguda dura de 2 a 7 días. • Eritema, dolor generalizado, mialgias, artralgias. • Cefalea, dolor retro ocular, trastornos neurológicos. • Anorexia, nauseas, vómitos. • Prueba del torniquete positivo. • Petequias y equimosis • Hepatomegalia y bradicardia
FASE CRÍTICA	(24 a 48 h)	• Dura de 24 a 48 horas. • Epistaxis, metrorragias, gingivorragia. • Aumento del hematocrito, leucopenia, linfocitosis. • Extravasación del plasma. • Choque, hemorragia del aparato digestivo. • Desaparece la fiebre. • Cuidados con los signos de alarma.
FASE RECUPERACIÓN	(48 a 72 h)	• Dura de 48 a 72 horas. • Reabsorción de la extravasación, islas blancas en un mar rojo. • Prurito generalizado, eritema, dificultad respiratoria.

DIAGNÓSTICO.-



En los exámenes complementarios de laboratorio, se puede observar linfocitosis, leucopenia y plaquetopenia.

En el diagnóstico del virus en laboratorio, existen métodos directos e indirectos

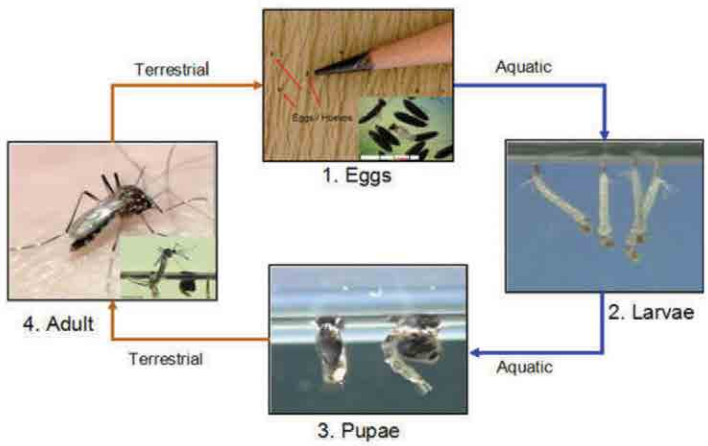
		Tiempo para resultado	Espécimen	Toma de muestra (después de iniciada la fiebre)
MÉTODOS DIRECTOS	Aislamiento del viral e identificación de serotipo	1-2 semanas	Sangre total, suero, tejidos	1-5 día
	Detección del genoma (ácido nucleico)	1 ó 2 días	Sangre total, suero, tejidos, plasma	1-5 día
	Detección del NS1 (antígeno)	30 Min ó >1 día	Suero ó tejido para inmunoquímica	1-6 día
MÉTODOS INDIRECTOS	Serología IgM (prueba rápida)	1-2 días 30 min	Sangre total, suero, plasma	5-7 día
	Serología IgG (ELISA)	7 días	Sangre total, suero, plasma	Sueros agudos 1-5 día; convaleciente después de 15 días

TRATAMIENTO.-

GRUPO A	**PUEDE MANEJARSE EN EL HOGAR**	• Reposo en casa • Hidratación • Paracetamol • No aspirina, antibióticos ni corticoides. • Seguimiento, diario, signos de alarma.
GRUPO B	**REQUIERE INTERNACIÓN**	• hidratación con sales de rehidratación oral o suero. • Aislar al paciente uso mosquitero. • Vigilar la clínica, signos y síntomas. • Dar información al paciente. • Seguimiento, signos vitales, signos de alarma, vigilar enfermedades asociadas. • Sol. Cristaloide 10 ml/kg/hora hasta estabilización.
GRUPO C	**REQUIERE INTERNACIÓN PREFERENTE EN TERAPIA INTENSIVA**	• Requiere laboratorio. • Rayos X de tórax. • Ecografía abdominal. • Evaluación constante del paciente. • 20 ml/kg en 15-30 min. Hasta estabilización.

CONTROL DEL VECTOR.-

En nuestro país, la trasmisión virus del dengue, se da por la picadura de un artrópodo llamado Aedes aegypti sin embargo también es atribuido al Aedes albupictus. El control del vector implica la batalla contra los cuatro estadios que son:



ESTADIOS	TIEMPO DE EVOLUCIÓN	MEDIO DE CONTROL
HUEVO	Eclosiona de 2 a 3 días	CEPILLADO DE RECIPIENTES CON LAVANDINA AL
LARVA	De 5 a 7 días	USA BACTIVEC
PUPA	De 2 a 3 días	DESECHAR LA AGUAS CONTAMINADAS
ADULTO	2 a 3 semanas	CONTROL QUÍMICO



HANTAVIRUS

HISTORIA.-

El nombre proviene del Río Hantang, Corea en 1951(descubrimiento). Enfermaron soldados de las Naciones Unidas, durante la guerra de Corea.

ASPECTOS MICROBIOLOGICOS DE HANTAVIRUS.-

Es un virus ARN del genero hantavirus existen dos grupos del viejo mundo Asia y Europa (Fiebre Hemorrágica con Síndrome Renal (FHSR). Los del nuevo mundo, predominantes en América (En América fueron reconocidos por primera vez en 1993 en EE.UU., año en que se realizó el primer diagnóstico de un brote de enfermedad febril asociada con insuficiencia respiratoria aguda, shock y una mortalidad del 60 a 80%. Se denominó a esta “nueva” enfermedad: Síndrome Pulmonar por Hantavirus (SPH)).

Pertenece a la familia Bunyaviridae dentro de la que se reconocen cinco géneros, a saber: Hantaan, Bunyavirus, Phlebovirus, Tospovirus y Nairovirus. El género Hantavirus cuenta con 14 especies o serotipos.

RESERVORIO.-

HUÉSPED.-

Los roedores silvestres son reservorios del hantavirus en el que ocasionan una infección crónica con viremia persistente y asintomática (denominada infección tolerante persistente).

En nuestro país, el Oligoryzomys longicaudatus (ratón colilargo) y el Oligoryzomys microtis son los reservorios del hantavirus. También se sospecha la participación del Calomys Laucha.

FACTORES DE RIESGO.-

Se consideran como factores de riesgo las siguientes situaciones:

- Siembra y cosecha de granos y cañaverales. Almacenamiento inadecuado de granos y caña de azúcar.
- Ocupación y/o limpieza de viviendas deshabitadas, galpones, depósitos y otros que han permanecido cerrados.
- Perturbación de áreas infestadas por ratones al realizar caminatas o campamentos.

TRANSMISION.-

Generalmente es a través de la inhalación de aerosoles provenientes de las heces, orina de roedores portadores, inoculación de las mucosas conjuntival, nasal o bucal, mediante el contacto de las manos contaminadas con excrementos o secreciones de roedores infectados y raras veces por la mordedura del roedor.

PATOGENIA.-

Estas evidencias sugieren un mecanismo de patogenicidad relacionada a aumento de la permeabilidad vascular, lo que produce edema pulmonar, generando un cuadro clínico similar al conocido como Síndrome de Distress Respiratorio del Adulto. Se produce así insufuciencia respiratoria, lo que conduce en sus etapas finales a falla cardiovascular, con shock cardiogénico y muerte.

DEFINICIÓN DE CASO.-

Toda persona con: **Fiebre mayor o igual a 38.5° C. sin etiología definida, acompañado de alguno de los siguientes signos y síntomas: mialgias, escalofríos, astenia, cefalea o dolor abdominal.**

SINTOMAS Y SIGNOS.-

Periodo de Incubación: De 1 a 3 semanas de duración, pero que sin embargo puede ser tan corto como de 3 días y tan largo como de 6 semanas.

Fase Prodrómica:

Es inespecífica, los síntomas más frecuentes son malestar general, fiebre, mialgias, cefalea, nauseas, vómitos, diarrea o dolor abdominal que pueden confundir con un cuadro de abdomen agudo. También son comunes artralgias, dolor lumbar, tos seca y conjuntivitis.

Los pacientes suelen presentar en la etapa prodrómica fiebre, mialgias y escalofríos, asociándose frecuentemente, náuseas, vómitos, cefaleas, diarreas y malestar general.

En ocasiones se acompañan de conjuntivitis, tos seca, respiración suspirosa, vértigo, artralgias, dolor precordial o del dorso del tórax, dolor abdominal y lumbar, sudoración y tos. Raramente comienzan con rinorrea.

Fase Cardiopulmonar:

Caracterizada por aparición brusca de tos, disnea e inestabilidad hemodinámica (hipotensión), siendo estos últimos de instalación brusca y progresión rápida y son resultado de un trastorno grave de la permeabilidad capilar que afecta sobre todo al pulmón. La falla respiratoria y el compromiso circulatorio pueden progresar hacia la insuficiencia respiratoria severa y el shock cardiogénico con desenlace fatal en aproximadamente 40 de cada 100 pacientes con hantavirus. Los pacientes que sobreviven a esta etapa pasan a la fase de convalecencia de duración variable, dentro de la cual se tendrá una recuperación de la función pulmonar y hemodinámica.

DATOS DE LABORATORIO Y GABINETE CARACTERISTICOS.-

HANTA LEVE:

- Presencia de INMUNOBLASTOS (linfocitos atípicos), generalmente superan el 10% del recuento de linfocitos, aunque pueden llegar a ser mayores al 45%.
- TROMBOCITOPENIA
- LEUCOCITOSIS, (> 12.000) con desviación a la izquierda. Puede presentarse una reacción leucemoide.
- VSG, (Velocidad de Eritrosedimentación) normal o ligeramente aumentada.
- RADIOGRAFIA DE TORAX, al inicio del síndrome pulmonar por hantavirus puede ser normal o presentar infiltrados intersticiales.

HANTA GRAVE: (FASE CARDIOPULMONAR).-

- PLAQUETOPENIA.
- HEMOCONCENTRACIÓN.
- Recuento de Leucocitos NORMAL o con franca LEUCOCITOSIS (recuento de leucocitos >25.000/mm3), con porcentajes incrementados de granulocitos inmaduros y linfocitos atípicos en el extendido de sangre periférica.
- HIPOPROTROMBINEMIA.
- Aumento de la CREATININA.
- Aumento de las ENZIMAS HEPATICAS.
- Acidosis Metabólica.
- A la radiología se presenta EDEMA INSTERSTICIAL BILATERAL.

DIAGNOSTICO.-

A través de la detección de anticuerpos IgM e IgG específicos que aparecen entre 1 a 3 días después del inicio de los síntomas, permaneciendo la IgG durante la fase de convalecencia (hasta 30 días).

Debe tomarse una muestra de sangre entera (5 a 10 ml) sin anticoagulante o muestra de suero refrigerada a 4ºC, y enviarse de acuerdo a normas de embalaje y envió de muestras a nivel superior acompañado de la ficha clínica epidemiológica.

TRATAMIENTO: No existe un tratamiento específico para las infecciones por hantavirus, solo existen medidas de soporte como ser:

HANTA LEVE

- El tratamiento de pacientes con Hantavirus es de SOPORTE, debiéndose realizar:
- Vigilar la evolución de los parámetros hemodinámicas y ventilatorios.
- Registrar en forma continua la presión arterial.
- Mediar el Porcentaje de saturación de Oxigeno.
- Utilizar oxigenoterapia para obtener una saturación arterial de al menos 90%.
- Evitar la sobrecarga de Volumen (líquidos).
- Control de la fiebre y las mialgias con paracetamol (NO utilizar aspirina).

HANTA GRAVE: (Síndrome Cardiopulmonar).

- En caso de Pacientes con Síndrome Cardiopulmonar por hantavirus se debe derivar INMEDIATAMENTE a un centro Hospitalario de mayor complejidad en el cual se cuente con TERAPIA INTENSIVA teniendo cuidado de:
- Acompañado de personal de Salud MEDICO aplicando precauciones estándares de bioseguridad.
- Evitar episodios de hipoxia a través del uso de oxigenoterapia en el 100% de los casos para obtener una saturación arterial de la menos 90%.
- Enviar con apoyo ventilatorio para la corrección de la hipoxemia con ventilación asistida temprana.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFÍCAS.-

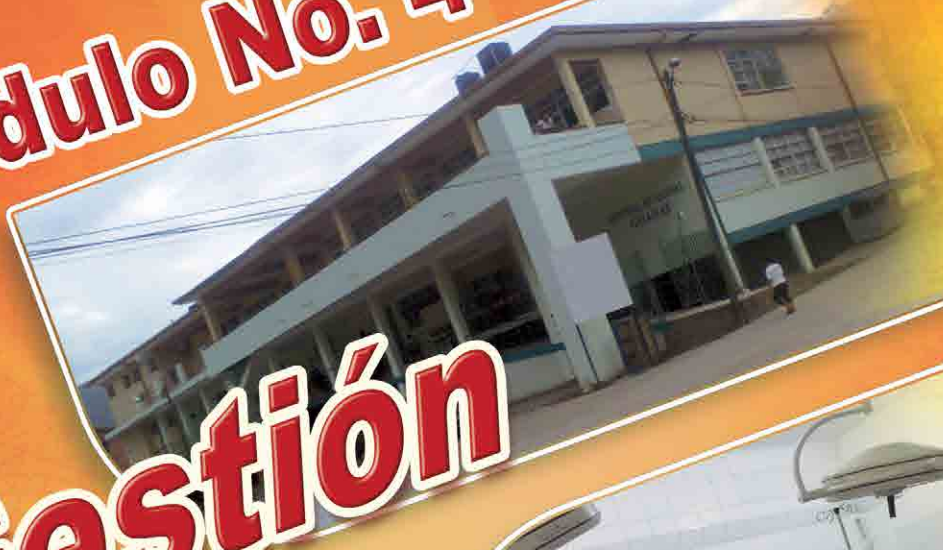
1. *Basado: GUÍAS PARA EL DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, PREVENCIÓN Y CONTROL DEL DENGUE, Organización Mundial de la Salud, edición 2009.*
2. *BASADO EN MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DE HANTAVIRUS, Ministerio de Salud, Publicación 102, edición 2009.*

GOBIERNO AUTÓNOMO DEPARTAMENTAL DE LA PAZ
SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD
UNIDAD DE REDES Y SEGUROS PÚBLICOS

SEDES LA PAZ TERCER MILENIO

Modulo No. 4

Gestión de Calidad







SALUD PARA LA PAZ

"Aquellos que estamos de una manera u otra vinculados con los casos de responsabilidad profesional creo que coincidiremos en un aspecto: detrás de una reclamación casi siempre se encuentra un deterioro de la relación humana médico – paciente"

M. Criado

MANEJO DEL EXPEDIENTE CLINICO

Dra. Cinthia Valdez Toledo
Jefe Unidad gestión de Calidad

El Expediente Clínico (EC) es el conjunto documental básico y fundamental para el registro de las características del proceso salud-enfermedad que se presenta en un determinado paciente, sirviendo además como instrumento testimonial que evalúa las condiciones de funcionamiento de cualquier servicio de salud.

Su implementación y analisis tienen un uso y aplicación polivalente, ya sea en lo puramente clínico-nosológico, como en lo académico, investigativo, epidemiológico, estadístico, administrativo, ético y jurídico.

OBJETIVO GENERAL.-

Establecer norma y metodología con fundamentos científicos, tecnológicos, administrativos, éticos y jurídicos, para la elaboracion, integración, ordenamiento, uso y archivo del EC, en aras del mejoramiento de la calidad en los Establecimientos de Salud del Departamento de La Paz.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.-

- Establecer la elaboracion obligatoria del EC con sus respectivos componentes (escritos e imagenológicos) en todos los Servicios de Salud del Departamento de La Paz.
- Estandarizar el manejo habitual del EC, para su uso adecuado en los Servicios de Salud.
- Sistematizar la conservación y archivo del EC en todos los Establecimientos de Salud.
- Promover la Cultura de Calidad en el sistema de salud del Departamento de La Paz.

CONDICIONES BASICAS DEL EC.-

Para lograr que el EC, sea un instrumento de interpretación y uso confiable, debe cumplir las siguientes condiciones básicas:

Veracidad.- Consiste en una descripción veraz de todo lo referente al estado de salud enfermedad del paciente y los procedimientos realizados para su diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación.

Carácter científico.- Consiste en el apego estricto a la Lex Artis Medicae.

Integridad.- Consiste en la presencia de datos clínicos suficientes sobre el estado de salud enfermedad del paciente, complementados con métodos auxiliares de diagnóstico y tratamiento junto a todos los documentos como notas de evolución, tratamientos, consentimiento informado, documentos administrativos destacables de los procesos cumplidos durante la atención del paciente, refrendados todos con nombre, firma y sello o identificación escrita de las personas responsables en la intervencion de la atención del paciente.

Sujeción a la norma.- Consiste en el estricto cumplimiento de la norma existente para la elaboracion del Manejo del Expediente Clínico, así como la utilización de formularios u otros documentos expresamente diseñados para tales propósitos.

Secuencialidad.- Esta referida a los registros de la atención, consignados en consecuencia cronológica.

Disponibilidad.- Es el acceso al EC en el momento en que se lo necesite, con las limitaciones que impone la norma.

Exclusividad.- Se refiere a la existencia de un EC exclusivo y específico para cada paciente en el establecimiento donde se atendió. Puede tener carácter acumulativo dependiendo de las veces que el paciente acuda a la consulta o sea internado ya sea por causas de una misma enfermedad u otras.

Unicidad.- Es referida a la existencia de formatos únicos y generales de EC para todo el sistema de salud adecuados a los respectivos niveles de atención y las características propias de cada una de las especialidades existentes.

Codificación.- Se refiere a la asignación de un número de identificación al EC, que deberá ser único y el mismo para todos los documentos que lo constituyen y con el que figure en el archivo estadístico.

ASPECTOS GENERALES DEL MANEJO ASISTENCIAL DEL EC.-

1. ORDENAMIENTO Y PAGINACIÓN.-

Al ser el EC un conjunto de documentos distintos, es necesario ordenarlos en secciones fácilmente identificados y de rápida consulta estas deben estar adecuadas en la norma del EC del establecimiento de salud, esta debe contener:

- Documentos considerados básicos.
- El conjunto de exámenes complementarios
- Notas de evolución e interconsultas efectuados
- Hojas de indicaciones médicas y tratamiento
- Los protocolos de procedimientos invasivos que hubieran sido efectuadas
- Notas de reporte de enfermería
- Epicrisis

2. CLARIDAD Y PULCRITUD.-

El manejo del EC debe ser cuidadoso, con anotaciones en letra completamente legible y de fácil comprensión. La letra ilegible, tachaduras, correcciones o añadidos sobrepuesto aledaños a la propia escritura, son inaceptables dado el carácter documental médico legal que tiene el EC. Si fuese necesario hacer una modificación o aclaración debe ser hecha con nota o aclaración en hoja aparte, debidamente refrendada con nombre, firma y sello de quien la realice, además de considerar fecha hora en el lugar que corresponda.

3. PRECISION EN LA DESCRIPCIÓN.-

Tanto en la historia clínica, como en las notas de evolución y demás documentos del EC que requieran descripción, deben ser escritos en forma concisa y precisa, evitando reiteraciones y relatos prolongados, sin que por ello se deje de decir lo que sea pertinente.

4. APOYO GRÁFICO.-

Cuando corresponda y sea necesario, las descripciones escritas deben ir acompañadas de gráficos explicativos, como es el caso de lesiones que requieran identificación precisa, la descripción de un procedimiento quirúrgico, o las explicaciones graficas del Consentimiento Informado.

5. IDENTIFICACIÓN.-

Toda persona que realice cualquier anotación o grafica en el EC, sea por relato de evolución, prescripción o cualquier otro motivo, tiene el deber de identificarse mediante firma, nombre completo y condición laboral, ya sea en forma claramente escrita o mediante sello.

6. REGISTROS.-

El encabezamiento de todas las hojas y formularios que conforman la documentación del EC debe estar impreso con líneas o casillas que permitan anotar el nombre completo del paciente, servicio donde se encuentra internado. Asimismo la constancia de los hechos solo se puede dar cuando han sido oportuna y debidamente registrados con fecha hora y lugar que corresponda, identificación de la persona autorizada que registre el hecho es decir funcionarios de planta u otros.

7. PRESCRIPCIONES.-

Las prescripciones o indicaciones deben ser precisas y seguir un ordenamiento lógico, anotando primero las medidas de orden general (dieta, control de signos vitales, posición del paciente, ejercicios respiratorios, colocación de sondas, enemas, medidas de rehabilitación, etc.). Seguida del uso de soluciones y medicamentos para la respectiva terapéutica, también ordenados de acuerdo a su importancia con relación al cuadro.

8. ASIGNACION DE RESPONSABLES Y CONFIDENCIALIDAD.-

A la asignación documental médico legal que tiene el EC, se agrega su carácter confidencial dentro el alcance éticos y de respeto al derecho de los pacientes. Por tal razón su manejo es restringido al grupo de personas que tienen la responsabilidad directa del paciente y que deben estar claramente especificados. Es decir el médico tratante y colaboradores más inmediatos encargados a seguir evoluciones y prescripciones a más de enfermería que tiene la misión de cumplirlas.

9. EXPEDIENTE CLINICO PARA DOCENCIA.-

Los respectivos responsables de docencia deberán elaborar modelos y prototipos especiales del EC por patologías, habituando al estudiante a su correcto manejo sin afectación o perjuicio de las labores asistenciales del establecimiento de la presente norma ni el derecho de privacidad, reposo y confidencialidad que tienen los pacientes.

ACREDITACION DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

Dr. Boris Enríquez Alegado
Responsable Área de Acreditación

En nuestro país la garantía de la calidad en los servicios de salud es imperiosa, y en este proceso se encuentra un componente principal, la acreditación de establecimientos de salud, que busca garantizar y mejorar la calidad de atención en los servicios de salud, en todo el territorio Boliviano, a través de estándares óptimos y factibles de alcanzar que están reglamentadas a través de la Resolución Ministerial Nº 0090 del 26 de febrero de 2008.

Por lo anterior se vio la necesidad de crear la unidad de Gestión de Calidad y Servicios Hospitalarios en el SEDES La paz, que tiene como una de sus áreas de intervención la acreditación de establecimientos de salud en todo el departamento de La Paz como resultado se espera la autoevaluación y evaluación externa de los estándares de acreditación la cual servirá de base para generar los procesos de mejoramiento continuo de la calidad.

La acreditación está acompañada de otros procesos para garantizar la calidad de atención en salud y brindar servicios accesibles, equitativos y oportunos con un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta los recursos disponibles para lograr la satisfacción del usuario.



ANTECEDENTES.-

Históricamente los esfuerzos por mejorar la calidad de los servicios de salud se remontan a 1978 año en la cual se aprobó el Actual Código de Salud donde se incorporan algunas normativas para la entrega de servicios de salud con calidad.

En 1989 se determinaros aspectos relacionados con la evaluación y garantía de la calidad, abordando la problemática de la atención médica, para que sea eficiente, eficaz y equitativa por parte de los sistemas de salud, con una propuesta de transformación del Sistema Nacional de Salud.

El Proceso de Acreditación de Hospitales como política de la calidad en Bolivia, se inicia en julio de 1992, siguiendo la corriente establecida por la OMS/OPS y la Federación Latinoamericana de Hospitales.

En 1994 el Ministerio de Salud implemento procesos de acreditación en los Hospitales de Segundo y Tercer Nivel y la Certificación de Establecimientos de Primer Nivel con el objetivo de mejorar la calidad en los servicios de salud, en cumplimiento a este último el SEDES La Paz realizo la certificación de sus establecimientos de salud de primer nivel y algunos Hospitales, como principal obstáculo fue, la evaluación de los estándares hacían énfasis en la estructura dejando de lado los estándares de proceso y resultado lo cual tuvo poco impacto en la población.

Los establecimientos de Salud acreditados, en la gestión 2004 no recibieron el seguimiento necesario y oportuno para que mantengan su condición de acreditados y continúen cumpliendo los estándares, razón por la que al 2010 ningún establecimiento tiene una acreditación vigente.

Actualmente los instrumentos utilizados en la Evaluación y Acreditación de los Establecimientos de Salud de Primer, Segundo y Tercer Nivel de atención, aprobados y puestos en vigencia por RM O90 del Ministerio de Salud, miden la Estructura Proceso y Resultado transformados en productos y servicios que serán objeto de monitoreo y evaluación continua, lo que permite una retroalimentación para lograr la acreditación y posteriormente mantener las cualidades logradas. La aplicación del Manual de Evaluación y Acreditación promueve el cumplimiento de la normativa vigente en general, plantea un proceso participativo donde se incorpora a todos los actores responsables de la gestión de salud y a los que se constituye en prestadores de los Servicios de Salud; incorpora la participación del paciente y su familia en el proceso de acreditación.

La aplicación de esta normativa fue irregular debido a varias situaciones que no coadyuvaron a su implementación, como aspectos del contexto Nacional, con la Normativa misma, organización de cada SEDES y por la falta de personal capacitado en las instituciones, establecimientos y servicios de salud:





A) Aspectos relacionados con el contexto Nacional.-

a. Vigencia de la antigua Constitución Política del Estado, que no contemplaba aspectos de calidad en las atenciones de salud.
b. Ausencia de normas generales orientadas a la generación de una cultura de calidad en la población en general y en el personal de salud en particular, actualmente el Decreto Supremo Nº 29894 de 07 de febrero de 2009, Estructura Organizativa del Poder Ejecutivo del Estado Plurinacional, establece la Calidad como uno de los principios a ser aplicados por las servidoras y servidores públicos en la gestión pública y en cuanto al Ministerio de Salud establece claramente sus atribuciones para elaborar normas, reglamentos y protocolos para control de la calidad de los servicios de salud.
c. El Sistema Nacional de Salud no habría incorporado suficientes parámetros relacionados con la calidad en sus diferentes niveles de atención.
d. Si bien se había aprobado y estaba en vigencia la Ley de Participación Popular, la participación efectiva de la población era prácticamente inexistente, actualmente la Ley Nº 341 del 05 de febrero del 2013, Ley de Participación y Control Social, determina el derecho de los actores sociales a participar en la toma de decisiones y en la gestión de todo el Sistema público de Salud.

B) Aspectos relacionados con la norma misma de Evaluación y Acreditación

a. Los manuales y las guías de acreditación tienen una orientación muy general en su conceptualización.
b. En la guía de Evaluación y Acreditación de Establecimientos de Salud de Primer Nivel hay estándares obligatorios que no se aplican en Centros de Salud y Puestos de Salud.
c. Existe ambigüedad en la redacción y codificación de algunos estándares lo que lleva al personal a una interpretación diversa.
d. La rigidez exigida para el cumplimiento de requisitos básicos provoca que la mayoría de los establecimientos que iniciaron los procesos de autoevaluación no lograran alcanzar sus objetivos.
e. Algunos estándares se repiten en diferentes subcomponentes
f. Un solo documento normativo para una diversidad de Establecimientos de Salud de Primer Nivel.

Actualmente estos aspectos están siendo revisados, por lo que las guías de evaluación y acreditación serán modificados incluyendo las observaciones arriba mencionadas.

MARCO LEGAL.-

a. Constitución Política del Estado Plurinacional
b. Ley Nº 031 de 19 de julio de 2010, Ley Marco de Autonomías y Descentralización "Andrés Ibáñez"
c. Decreto Supremo Nº 29894, de 07 de febrero de 2009 Estructura Organizativa del Poder Ejecutivo de Estado Plurinacional
d. Decreto Supremo Nº 28562 de 22 de diciembre de 2005, Reglamento a la Ley Nº 3131 de 08 de Agosto de 2005, Ley del Ejercicio Profesional Médico
e. Código de Salud

f. Decreto Supremo Nº 29601, de 11 de junio de 2008, que aprueba y establece el nuevo modelo sanitario de Bolivia "Modelo de salud Familiar Comunitario Intercultural"

g. Plan Estratégico Sectorial de Salud

OBJETIVO DE LA ACREDITACION.-

Mejorar la calidad de gestión y atención, con servicios de salud accesibles garantizando que los establecimientos acreditados cuenten con los recursos necesarios y las capacidades tecnológicas adecuadas, para ofrecer servicios efectivos, eficientes, seguros y de calidad en las instituciones, establecimientos y servicios de salud.

AMBITO DE APLICACIÓN.-

El proceso de Acreditación de establecimientos de salud son de aplicación obligatoria para lograr la acreditación como garantía de la calidad de gestión y atención que brindan los establecimientos de salud en todos los subsectores, publico, seguridad social a corto plazo, y privados con y sin fines de lucro.

ALCANCE.-

Se aplica a todo el sistema de salud, involucrando procesos de gestión y atención que realiza el



personal de salud, en cumplimiento de la normativa vigente para el sector de salud.

MARCO CONCEPTUAL.-

CALIDAD.-

Condición de la organización sanitaria que de acuerdo a la caracterización y normativa bien definidas dentro de un sistema, permite realizar funciones bien realizadas que cubren satisfactoriamente las expectativas, requerimientos y necesidades de los usuarios con recursos optimizados y equitativamente distribuidos (Comisión Nacional de Calidad y Auditoria – MS)

"La Calidad se engloba en hacer lo correcto de manera correcta y de inmediato (Demming)

ACREDITACION.-





Proceso continuo, dinámico y obligatorio de Autoevaluación interna y evaluación externa de la capacidad instalada, capacidad técnica y confiabilidad que se ofrece mediante la estructura, proceso y resultado de los Establecimientos de Salud que garantizan y mejoran la calidad de la gestión y atención de los usuarios tanto internos como externos, a través de la valorización de una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, previamente determinadas en una norma y que son conocidos por el personal de salud de las entidades evaluadas.

AUTOEVALUACION PARA ACREDITACION.-

Fase inicial obligatorio del proceso de acreditación, en la cual el personal de salud de los propios establecimientos de salud, compara los estándares de calidad establecidos en el Manual. Su Reglamento y la Guía de Evaluación y Acreditación correspondiente a su establecimiento o servicio según su nivel de atención, determinando el nivel de cumplimiento o incumplimientos de los mismos para solicitar o no su evaluación externa.

EVALUACION EXTERNA PARA ACREDITACION.-

Fase del proceso de acreditación que es efectuada por un equipo técnico multidisciplinario de profesionales designados por el SEDES, la cual procede a la verificación y confirmación de los resultados obtenidos respecto al cumplimiento de los estándares de acreditación.

PROCESOS DE GESTION.-

Los procesos de gestión, son aquellos que se realizan al interior de las instituciones, establecimientos y servicios de salud, relacionados a la planificación, organización, administración y funcionamiento, orientados a que los procesos de atención en salud se realicen en las mejores condiciones posibles.

PROCESO DE ATENCION EN SALUD.-

Los procesos de atención en salud se refieren a todas las intervenciones profesionales u ocupacionales de la salud que se realizan ante solicitudes de atención en salud por parte de las personas/afiliados, familias y comunidades/ comunidades laborales, e cumplimiento de normas, reglamentos, procedimientos, protocolos, y fichas técnicas de salud o relacionadas con salud.

ESTANDARES DE ACREDITACION

Los estándares de acreditación requieren de la existencia de condiciones básicas que permitan soportar la excelencia, sin el cumplimiento de estos no es posible que los establecimientos de salud inicien el proceso con miras a la acreditación.

Nº	ESTANDAR	SIGLA
1	Accesibilidad y continuidad de la atención	ACA
2	Evaluación del paciente	EDP
3	Atención a los pacientes	AAP
4	Derechos del paciente y de su familia	DPF
5	Educación y comunicación al paciente y a su Familia	EPF
6	Gobierno, liderazgo y dirección del establecimiento	GLD
7	Formación y calificaciones del personal	FCP
8	Gestión y Mejora de la Calidad	GMC
9	Sistema de vigilancia epidemiológica	SVE
10	Prevención y Control de Infecciones	CIES
11	Manejo de residuos	MRES
12	Bioseguridad	BIOS
13	Gestión de la información	GIN

ESTANDARES DE CALIDAD.-

Los estándares de calidad son patrones referenciales cuali-cuantitativos utilizados para evaluar las condiciones de estructura, procesos y resultados que deben cumplir las instituciones, establecimientos y servicios de salud. Se constituyen en la base técnica y operativa del proceso de evaluación y acreditación.

ESTRUCTURA.-

Es el conjunto de elementos interrelacionados mediante los cuales se realizan la gestión y las atenciones en salud. Consta de los siguientes elementos

1. Leyes Normas y Documentos externos
2. Normas y Documentos Externos de planificación , Organización y funcionamiento
3. Normas y documentos internos de planificación, organización y funcionamiento
4. Personal de salud
5. Infraestructura
6. Mobiliario
7. Equipamiento
8. Instrumental
9. Insumos
10. Vacunas y medicamentos
11. Parque automotor
12. Recursos financieros

ESTANDAR DE ESTRUCTURA.-

Patrón referencial de la calidad de los elementos constitutivos de la estructura: su existencia grado de conservación, mantenimiento, disponibilidad y funcionalidad.

PROCESO.-

Es una combinación de una serie secuencial de procedimientos, protocolos, acciones, actividades y tareas de gestión y/o atención en salud, se transforma "entradas" o "insumos" en "salidas" o "productos"

ESTANDAR DE PROCESO.-

Patrón referencial de la calidad de cada uno de los procesos que deben realizarse en los establecimientos y servicios de salud en el marco de las normas de salud vigentes, describe las tareas y la marera en la que se emplean la tecnología y la información para cumplir con las metas propuestas, son también llamadas estándares de servicios

ESTANDAR DE RESULTADO.-

Patrón referencial de calidad que evalúa los resultados de los procesos de gestión y atención en salud principalmente en cuanto a las condiciones de gestión y atención en salud del establecimiento o servicio, la resolución de los problemas de salud, en cumplimiento de metas y objetivos y la satisfacción de los usuarios tanto internos como externos así como los cambios de conductas de los usuarios en relación a su salud

RESULTADOS.-

Es la consecuencia lógica de la utilización adecuada de la estructura y del desarrollo de los procesos/ procedimientos, expresados objetivamente a través de las prestaciones o atenciones de salud que se brindan; reflejan por si mismo y por sus efectos o consecuencias el grado de calidad, de la organización y de quienes trabajan en ella.

BIBLIOGRAFIA.-

1. *Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia*
2. *Resolución Ministerial 090- 2008- MSD- Bolivia*
3. *Ley 3131 Del Ejercicio del Profesional Médico- 2005 y DS Reglamentario 28562- 2005. Bolivia*
4. *Ley 031 Marco de Autonomías y descentralización Julio 2010*
5. *Norma Nacional de Caracterización de Establecimientos de Salud de Primer Nivel MSD 2013*
6. *Norma Técnica Colombiana NTC 4595.Rev. Educativa Colombia Aprende. 2da Edición 2006*
7. *Norma Técnica Peruana NTP 399-010.1- INDECOPI Lima – Perú 2004*
8. *Manuales de Evaluación y Acreditación de establecimientos de salud Primer, Segundo y tercer niveles MSD – Bolivia 2008*
9. *Guías de Evaluación y Acreditación de establecimientos de salud Primer, Segundo y tercer niveles MSD – Bolivia 2008*
10. *Bases para la organización y funcionamiento del Proyecto Nacional de Calidad en Salud MSD – Bolivia 2008*

VIGILANCIA DE LA CALIDAD

Lic. Lidia Ayaviri Céspedes

CONCEPTO.-

Es el cuidado y la supervisión de las cosas que están a cargo de uno. La persona que debe encargarse de la vigilancia de algo o de alguien tiene responsabilidad sobre el sujeto o la cosa en cuestión.

EL SISTEMA DE VIGILANCIA DE LA CALIDAD.-

Constituye un instrumento valioso para la supervisión, seguimiento y monitoreo de la gestión de la calidad en los establecimientos de la red departamental. A partir de su aplicación se ha logrado establecer procedimientos de forma sistemática y efectiva para la valoración de la gestión de la calidad y cumplimiento de lo estándares de acreditación en cada uno de los establecimientos de salud.

> ***"Lograr la satisfacción del usuario, con un alto nivel de excelencia profesional, que permita el uso eficiente de los recursos con un mínimo de riesgo para el paciente, obteniendo un claro impacto positivo en la salud." (OPS/OMS) "la eficiencia y la calidad se cuantifican y se califican"***

EL MARCO NORMATIVO.-

El Sistema de Vigilancia de la calidad del Departamento se aplica en el marco jurídico que establece el **"Reglamento de Acreditación"** para el Sistema de Salud Departamental La Paz.

CONSTITUCION POLITICA DEL ESTADO.-

Los estándares definidos para la acreditación están fundamentados en la CPE, tomando como referencias los siguientes artículos

- Artículo 37: Vigilancia de la calidad de atención
- Artículo 18: La salud derecho fundamental
- Artículos 17, 19, 20, 45, 30, 35, 36, 39, 40, 41, 42, 43 y 44, son incluidos dentro de la medición de los estándares de calidad para la acreditación de los establecimientos de salud en el territorio nacional.
- **Resolución Ministerial 0090/2008**

  Que en el inciso d) del Art.4º de la Ley Nª 3351 de Organización del Poder Ejecutivo, señala entre las atribuciones específicas del MSD: Regular, planificar, controlar y conducir el Sistema Nacional de Salud, conformado por los subsectores de la seguridad social, público y privado, con y sin fines de lucro. Y en su artículo primero aprueba y pone en vigencia los documentos del PRONACS, donde están incluidos manuales y guías de evaluación y acreditación de establecimientos de salud de primer, segundo y terceros niveles de atención.

DS N° 28562 de 22 de Diciembre de 2005- Reglamento a la Ley N° 3131 del Ejercicio Profesional Médico

En estos documentos legales vigentes en Bolivia se considera como puntos relevantes a cumplir con carácter OBLIGATORIO

- Norma única para todo el Sistema Nacional de Salud
- Su cumplimiento es elemento primordial en la evaluación del desempeño del personal en todos los niveles de atención
- Define Norma, Protocolo y Guía Técnica
- Obligación de supervisar la aplicación de las Normas y Protocolos y denunciar su incumplimiento
- La gestión de calidad es inexcusable
- Nivel II y III, Departamento Gestión de Calidad, Enseñanza e Investigación
- Nivel I, Gerencias de Red
- Deber de conocer el idioma nativo
- Capacitación y actualización parte de la gestión de calidad y evaluación del desempeño, en el POA

LEY DE AUTONOMIAS 031.-

El Gobierno Autónomo Departamental de La Paz a través del SEDES La Paz enmarcado dentro de la Ley 031 Marco de Autonomías y Descentralización , en el título V, Régimen Competencial, Capítulo III, Alcance de las competencias, parágrafo III, 1.

a) Formular y aprobar el Plan Departamental de Salud en concordancia con el Plan de Desarrollo Sectorial Nacional.

b) Ejercer la rectoría en salud en el departamento para el funcionamiento del Sistema Único de Salud, en el marco de las políticas nacionales.

h) Planificar la estructuración de redes de salud funcionales y de calidad, en coordinación con las entidades territoriales autónomas municipales e indígena originario campesinas en el marco de la Política Nacional de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural.

i) **Acreditar los servicios de salud dentro del departamento de acuerdo a la norma del nivel central del Estado.**

OBJETIVO DE LA VIGILANCIA DE LA CALIDAD.-

Implementar un proceso institucional, sistematizado, ordenado e instrumentalizado con soporte informático de vigilancia continua de la gestión de la calidad en los establecimientos de salud de la red departamental.

LA CALIDAD EN EL ACTO PROFESIONAL DEL PRESTADOR EN SALUD.-

Esta se basa principalmente en:

- Conocimientos actualizados del profesional
- Habilidades y destrezas suficientes y adecuadas a la tarea
- Actitud de servicio
- Actitud de respeto al paciente y su entorno
- Aplicación de normas y protocolos de atención
- Reconocimiento del paciente como ser humano con dignidad
- Eficiencia en el uso de los recursos
- Enfocado en la equidad de género

La Vigilancia es una forma sistemática y constante de análisis de datos e información específica sobre procesos y resultados debe cumplir con los requisitos:

***Recolección de la información *Análisis de la información *Interpretación.**

ACREDITACION.-

Es el resultado de un proceso de evaluación, continuo, dinámico, obligatorio y confidencial, basado en estándares establecidos evalúa estructura, procesos y resultados de la atención a los usuarios, tanto internos como externos, y a la gestión de Establecimientos de Salud.

AMBITO DE APLICACIÓN.-

Las disposiciones de la presente norma de salud son de aplicación, en todos los establecimientos de salud, públicos y privados, incluyendo a, las Fuerzas Armadas, la Policía Nacional, y la Iglesia en todo el Departamento de La Paz.

SECTOR DE ONG – CONVENIO.-

En el sector de las ONG – CONVENIO se considera como caso de vigilancia a todo establecimiento de salud que con base en la normativa nacional es considerado como:

1. Hospital de segundo nivel
2. Hospital de tercer nivel
3. Clínica

INICIO DEL PROCESO.-

El proceso de vigilancia, monitoreo y evaluación de la gestión de la calidad se inicia con la incorporación del establecimiento en el proceso de acreditación con el primer paso de la autoevaluación de acuerdo a norma y reglamento de acreditación según lo establece el Primer momento de la acreditación del Reglamento de Acreditación.

El cumplimiento de esta primera etapa permite continuar en el segundo y tercer momento de la acreditación, para lo cual el Sistema de Vigilancia mantiene una estructura de indicadores de seguimiento para cada momento por el cual se puede establecer un seguimiento sistematizado de los avances y resultados de las acciones de mejora de la calidad en cada establecimiento.

Iniciar el Proceso de Acreditación con la aplicación la Norma de Acreditación según el nivel de atención y de acuerdo al Reglamento de Acreditación, para establecer el grado de la calidad de atención y gestión, en todos los establecimientos de salud públicos de la Red Departamental.

La metodología de levantamiento de la información de la calidad en el Departamento de La Paz, se aplica con base en los instrumentos definidos por el ***Reglamento de Acreditación del SEDES La Paz,*** y el marco normativo de las Guías y Manuales del ***"PRONACS" – MSD.***

Instrumentos Normativos Vigilancia de la Calidad



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.-

1. *PLAN DE GESTIÓN DE CALIDAD SEDES LA PAZ 2011.*
2. *GUIA CONDUCTA BASICA MEDICO SANITARIA MINISTERIO DE SALUD PUBLICACIÓN Nº66.*
3. *SISTEMA DE VIGILANCIA DE LA CALIDAD SEDES LA PAZ 2012.*

AUDITORÍA EN SALUD

Dr. Boris Enríquez Alegado
Responsable de Área de Acreditación

Los Sistemas de gestión de la calidad tienes como propósito principal mejorar la gestión y atención de las instituciones, establecimientos y servicios de salud, para lograr esto, se tiene como herramienta importante la Auditoria en Salud, que aborda todo el conjunto de acciones derivadas de la estructura, proceso y resultado, de todos los equipos multidisciplinarios en salud.

Está orientado a diseñar, implantar, y desarrollar sistemas de garantía de calidad, establecer criterios de mejora, diseñar indicadores y estándares de calidad, evaluar la gestión y atención médica y su impacto en la población. En este sentido la auditoria en salud debe ser abordada como un instrumento multidisciplinario que ayudara a la identificación de barreras y sus posibles soluciones en busca de obtener la satisfacción del usuario, tanto interno como externo.

ANTECEDENTES

Históricamente la Auditoria Médica se inició en Estados Unidos en 1912, luego que la sociedad de cirujanos en ese país obtuvo resultados no deseados a consecuencia de las actividades Medicas, en ese entonces plantearon la revisión por otros cirujanos, definidos bajo criterios que la sociedad de cirujano estableció, similar a las auditorias médicas.

En nuestro país la Auditoria Medica se inicia el año 2002, con el Proyecto de la Reforma de Salud a través de su observatorio de la calidad, encontrando profesionales idóneos para el desarrollo de esta nueva rama ante la supuesta denuncia de mala práctica médica.

El año 2006 el entonces Ministerio de Salud y Deportes, creo la Comisión Nacional de Calidad y Auditoria en Salud, mediante Resolución Ministerial Nº 0372 de 19 de junio de 2006, la misma que procedió a diseñar el Proyecto Nacional de Calidad en Salud (PRONACS) el cual se encuentra en actual vigencia.

Actualmente no solo en el departamento de La paz, sino en todo el territorio Boliviano, la auditoria medica no representa un sistema de control en los establecimientos y servicios de salud, no existe la concientización suficiente técnico, administrativo y médico, esto debido principalmente a la falta de socialización de las políticas de calidad en salud y escaso personal médico con entrenamiento suficiente en esta disciplina.

MARCO LEGAL

a. Constitución Política del Estado
b. Ley Nº 031, de 19 de julio de 2010, Ley Marco de Autonomías y Descentralización "Andrés Ibáñez"
c. Ley Nº 341, de 05 de febrero de 2013. Ley de Participación y Control Social.
d. Decreto Ley Nº 12760 de 06 de Agosto de 1975, Código Civil
e. Decreto Ley Nº 15629, de 18 de Julio de 1978, Código de Salud
f. Ley Nº 3131, de 08 de agosto de 2005, Ley del Ejercicio profesional Medico

g. Decreto Supremo Nº 28562 de 22 de diciembre de 2005 Reglamento a la Ley 3131 de 08 de agosto de 2005, Ley del Ejercicio Profesional Médico.
h. Decreto Supremo Nº 29894, de 07 de febrero de 2009 Estructura Organizativa del Poder Ejecutivo Del Estado Plurinacional.
i. Decreto Supremo Nº 29601 de 11 de junio de 2008, Modelo de Salud Familiar Comunitario Intercultural (SAFCI)
j. Resolución Ministerial Nº 0025 de 14 de enero de 2005, Reglamento General de hospitales.

AUDITORIA MEDICA

El término deriva del latín "audire" (oír), de cuyo sustantivo "auditum", deriva no solo audición, sino también "auditor",

La Auditoria médica "Es un procedimiento técnico de evaluación permanente de la gestión y prestación de calidad en todas las actividades del sector salud, con el fin de detectar el funcionamiento real de sus servicios, estableciendo correctivos y/o estímulos para su mejoramiento" (Comisión Nacional de Calidad en Salud y Auditoria – MSD)

Es el análisis crítico sistemático de la calidad de la atención médica, incluyendo procesos diagnósticos, decisiones terapéuticas, el uso de recursos y los resultados de los mismos que repercutan en los desenlaces clínicos y en la calidad de vida del paciente"

PRINCIPIOS DE LA AUDITORIA MÉDICA

a. Ética.- Los procesos de auditoria médica deben realizarse en el marco de la búsqueda imparcial de la verdad en los hechos auditados.

b. Mejora continua de la Calidad.- Los procesos de auditoria medica deben realizarse con la finalidad de contribuir a la búsqueda permanente de la mejora continua de la calidad de gestión y atención, y en el caso de las auditorias medicas externa , a una mejor administración de justicia.

c. Objetividad.- Los procesos de auditoria médica fundamentan su accionar en las evidencias objetivas de conformidades o no conformidades que sustenten sus observaciones, conclusiones y recomendaciones.

d. Independencia.- Los procesos de auditoria medica se realizan con independencia total respecto a la organización evaluada, sus niveles jerárquicos o el personal de salud involucrados ; Deben mantenerse libres de cualquier influencia que pudiera señalarse incompatible con su objetividad, en cuyo caso deberán suspender informándose por escrito esta eventualidad.

e. Confidencialidad.- los procesos de auditoria médica se realizan manteniendo absoluta reserva, respecto a la información que pueda conocerse en el transcurso de su realización.

TIPOS DE AUDITORIA MÉDICA

Existen diferentes clasificaciones y tipos de auditoria médica, de los cuales tomaremos en cuenta solo los más importantes para fines del presente documento.

A. De acuerdo a la instancia que las realiza:

- Auditorias médicas Internas
- Auditorias medicas Externas

B. De acuerdo al propósito de la auditoria:

- Auditoria de la gestión
- Auditorias de la atención integral en salud

C. De acuerdo a la periodicidad:

- Auditorias programadas
- Auditorias Inducidas

Los diferentes tipos de auditorías médicas, ya sean internas o externas, son complementarios entre si ya que su aplicación secuencial permite determinar las causas primarias de las no conformidades encontradas permitiendo establece las modificaciones o correcciones necesarias para solucionarlas y evitar su repetición.

AUDITORIAS MEDICAS INTERNAS

Es aquella auditoria médica realizada por la propia institución, ejecutada por personas que poseen una responsabilidad directa sobre los servicios que van a ser auditados.

AUDITORIAS MEDICAS EXTERNAS

Es realizada por una organización o instancia independiente del hecho que está siendo auditado, tiene un carácter independiente asociada a la experiencia de los auditores y puede ser de calificación, recalificación o periódica de seguimiento.

AUDITORIAS INTERNAS	AUDITORIAS EXTERNAS
• En la misma institución. • Con normas establecidas en el Manual. • La realizan los RRHH de la propia institución. • Institucionalmente dependiente.	• Se ejecuta por una institución externa o audito independiente. • Con normas establecidas en el Manual. • RRHH externos a la institución que se audita. • Institucionalmente Independiente
AUDITORIAS PROGRAMADAS	**AUDITORIAS INDUCIDAS**
• Con cronograma • Periódica • Accionar preventivo, correctivo y propositivo. • Interna o Externa. • Cierra con informe final y recomendaciones.	• Sin cronograma, por hecho imprevisto. • Accionar diagnóstico, propositivo y correctivo. • Por requerimiento. • Investigación de un hecho puntual. • Cierra con informe final y recomendaciones sobre el caso auditado.

OBJETIVOS DE LA AUDITORIA MÉDICA

- Lograr mayor eficiencia y efectividad en el otorgamiento de prestaciones de salud, vigilando que la calidad de atención que brindan los establecimientos y servicios de salud, se sujeten a normas básicas de universalidad, óptima calidad, oportunidad, disciplina y ética.
- Control de la práctica médica en relación a la calidad de atención que se imparte, básicamente en lo que se refiere a capacidad, responsabilidad, disciplina, honestidad y ética profesional, se trata de una critica que impulse a una estimulación entre los profesionales y los servicios de salud con el propósito de que esto conlleve a un proceso de autoevaluación y autodisciplina.

NORMAS GENERALES

a. La auditoría medica debe sujetarse a leyes y reglamentos institucionales
b. Las auditorias médicas deberán tener todas las facilidades, para el cumplimiento de las actividades, poniendo a disposición de los médicos auditores todos los documentos para cumplir sus objetivos.
c. La evaluación del proceso de gestión y atención deberá efectuarse tanto de forma interna y externa
d. La auditoría medica debe efectuar informes conclusiones y recomendaciones que son de gran utilidad para que se realicen los ajustes que tendrán como finalidad mejorar la calidad de los establecimientos y servicios de salud

NORMAS ESPECÍFICAS

a. El expediente clínico, su análisis deberá corresponder con lo establecido por la ley en los establecimientos y servicios de salud.
b. Los formatos para la evaluación del proceso de atención médica a través del expediente clínico deberán adecuarse a los diferentes servicios y sectores de salud
c. En la mayoría de los casos, Información amplia de los proceso de auditoria médica a todo el personal de salud de la instituciones, establecimientos y servicios de salud.

En el cumplimiento de sus objetivos la auditoria médica, tiene algunos campos de acción los cuales enumeramos a continuación:

a. Aspectos Educativos.- Estimula una educación y perfeccionamiento continuo, lo que permite la obtención del aprendizaje y experiencia para enseñar.

b. Aspectos Técnico Evaluativos.- A través de la calificación de actos y conductas, lo que implica un control de calidad.

c. Aspectos de Investigación.- Detección de problemas, deficiencias y grado de cumplimiento de las normas y de adecuación a la Lex Artis medica lo que facilita establecer y delimitar la responsabilidad médica.

d. Aspectos Normativos.- Estimulación en la elaboración y readecuación de guías clínicas, normas, protocolos y manuales de procedimientos y sujeción a estas.

e. Aspectos Medico Legales.- Cautelar que se cumplan las normas legales y las disposiciones sanitarias vigentes, prevención de la mala práctica y el error médico, realiza recomendaciones para el manejo de conflictos, actuación en estrecha colaboración con la asesoría legal de las instituciones.

f. Aspectos Financieros y de Mercado.- Conociendo toda la información, que proporciona la auditoria medica se puede analizar la calidad, la relación costo- beneficio y la eficiencia permitiendo la elaboración de indicadores de calidad.

En todos estos aspectos de la auditoria medica es de gran importancia trabajar en la elaboración de programas, estimular la elaboración o redacción de protocolos, desarrollar sistemas para los distintos procesos de atención clínica y controlar su funcionamiento, pero más importante es realizar en la gestión sanitaria, un uso juicioso de todos los medios y de la información generada, la cual al ser analizada, medida y evaluada, permite conocer la situación real y actualizada en que se realizan los procesos, procedimientos y acciones en los establecimientos y servicios de salud.

BIBLIOGRAFIA

1. *Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia*
2. *Resolución Ministerial 090- 2008- MSD- Bolivia*
3. *Ley 3131 Del Ejercicio del Profesional Médico- 2005 y DS Reglamentario 28562- 2005. Bolivia*
4. *Ley 031 Marco de Autonomías y descentralización Julio 2010*
5. *Norma Nacional de Caracterización de Establecimientos de Salud de Primer Nivel MSD 2013*
6. *Bases para la organización y funcionamiento del Proyecto Nacional de Calidad en Salud MSD – Bolivia 2008*
7. *Manual de Auditoria Medica y Norma Técnica del Proyecto Nacional de Calidad en Salud MSD – Bolivia 2008*
8. *Norma Técnica de manejo del Expediente Clínico, Proyecto Nacional de Calidad en Salud MSD – Bolivia 2008*

LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICO

Dr. Juan Santos Domínguez
Responsable de Laboratorio

OBJETIVO.-

Establecer la utilidad e importancia del servicio de Laboratorio de Análisis Clínico en el equipo de salud.

DEFINICION.-

Laboratorio de análisis clínico es un servicio complementario especialmente equipado para realizan los procedimientos de análisis de especímenes biológicos de origen humano como apoyo a las actividades de diagnóstico, prevención, seguimiento del tratamiento, control y vigilancia de las enfermedades, de acuerdo a su nivel resolutivo.

NIVELES RESOLUTIVOS DE LABORATORIOS.-

De acuerdo a la regulación de laboratorios de análisis clínico en nuestro país existen cuatro niveles resolutivos:

Nivel I : Laboratorio de Diagnóstico Clínico General
Nivel II : Laboratorio de Diagnóstico con una o más Especialidades
Nivel II : Laboratorio de Diagnóstico de Referencia Departamental
Nivel IV : Laboratorio de Diagnóstico de Referencia Nacional

LABORATORIO DE DIAGNOSTICO CLINICO GENERAL NIVEL I.-

Estos servicios se establecen en establecimientos de salud de primer nivel de atención, el mismo estará equipado para poder realizar los siguientes análisis:

	Serie Roja	Serie Blanca
HEMOGRAMA COMPLETO	- Recuento De Glóbulos Rojos - Hematocrito - Hemoglobina - VES	- Recuento de Glóbulos Blancos - Recuento Diferencial
COAGULOGRAMA	- Recuento de Plaquetas - Tiempo de sangría - Tiempo de Coagulación	
QUIMICA SANGUINEA	- Glicemia - Creatinina - Urea - Ácido Úrico - Bilirrubinas Total, Directa, Indirecta - Colesterol Total, HDL Colesterol, LDL Colesterol - Triglicéridos	

INMUNO SEROLOGIA	- Grupo Sanguíneo - Prueba Rápida para VIH - HCG-Beta (Test de Embarazo) - RPR o VDRL (reagina plasmática rápida) - PCR (Proteína C Reactiva) - FR (Factor Reumatoide) (Látex) - ASTO (Antiestreptolisina O) - WIDAL (somático O, flagelar H, paratyphi A, paratyphi B.)
COPROLOGICOS	- Coproparasitológico simple y seriado - Citología de Moco Fecal
UROANÁLISIS	- E.G.O. (Examen General de Orina)
BACILOSCOPIA	- Seriado de Diagnostico, De Control de tratamiento

De acuerdo a las zonas endémicas según los pisos ecológicos y otros, se debe adicionar pruebas inmunoserologicas, como pruebas rápidas para Dengue, Malaria, Chagas, PSA (antígeno prostático) en el marco de la vigilancia epidemiológica de los diferentes programas. Así mismo se pueden adicional algunas pruebas en química sanguínea y pruebas de concentración en parasitología como Kato Katz para fasciolosis y otros parásitos entéricos.

LABORATORIO DE DIAGNOSTICO CLINICO DE ESPECIALIDAD NIVEL II.-

Este nivel resolutivo de laboratorio de diagnóstico además de cubrir todas las pruebas del primer nivel de atención deberá contar con recuso humano, infraestructura y equipamiento especializado para procesar pruebas de mayor complejidad como: gases en sangre, ionograma, ELISA para Dengue, VIH, Chagas, Toxoplasmosis, y pruebas en química sanguínea de acuerdo a los perfiles de investigación diagnostica.

Algunas especialidades para segundo nivel son:

- Laboratorio Clínico Bacteriológico: Realiza cultivos bacterianos, antibiogramas y serotipificación.
- Laboratorio de Inmunología: Determinación de anticuerpos mediante diferentes técnicas, histocompatibilidad, estudios de deficiencia inmunológica, sistema del complemento, inmunidad celular, alergias etc.
- Laboratorio de Hematología: Caracterización de anemias, Marcadores leucocitarios y eritrocitarios, factores de coagulación de las vías intrínseca y extrínseca, electroforesis de hemoglobina, estudio de procesos mieloproliferativos, etc.

Así mismo existen otras especialidades como: Laboratorios de Genética Molecular, Laboratorios de Anatomía Patológica y Citología, Laboratorios de Endocrinología, Laboratorios de Virología, Laboratorios de Toxicología. Etc.

LABORATORIO DE REFERENCIA DEPARTAMENTAL NIVEL III.-

Laboratorios de referencia Departamental con recuso humano, infraestructura y equipamiento especializado para confirmar evaluar y supervisar las pruebas tanto de programas de salud como pruebas convencionales de los diferentes perfiles patológicos. Así mismo realiza investigaciones en el ámbito de la Salud Ej. Laboratorio de Referencia Departamental de Tuberculosis. Etc.

LABORATORIO DE REFERENCIA NACIONAL NIVEL VI.-

Institutos especializados de referencia Nacional con recurso humano, infraestructura y equipamiento especializado, el cual debe realizar estudios investigación en salud además de confirmar evaluar y supervisar a los laboratorios de Referencia Departamental a las pruebas tanto de programas de salud como pruebas convencionales de los diferentes perfiles patológicos. Ej. Laboratorio Nacional de Referencia de Tuberculosis (INLASA).

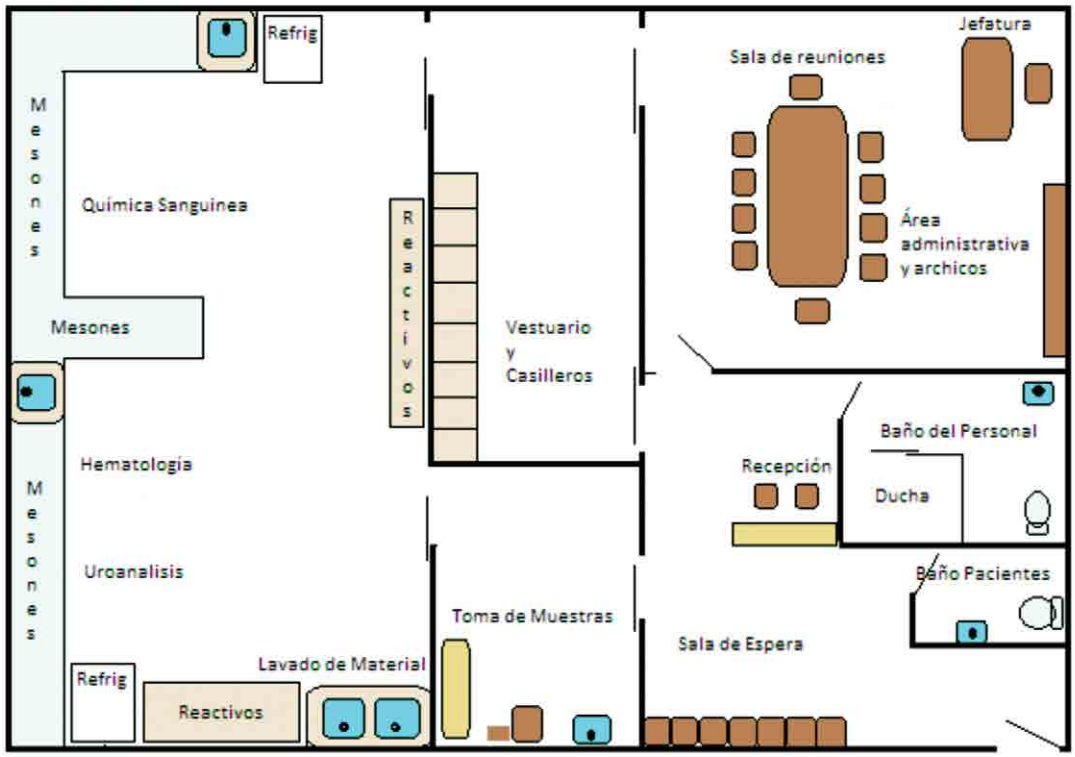
En el área rural la gran cantidad de laboratorios es de primer nivel, y contribuyen a aportando datos epidemiológicos importantes en el formulario SNIS-303.

A. continuación se describen algunas baterías de pruebas laboratoriales según el perfil patológico para coadyuvar en los procesos.

BATERÍA DE PRUEBAS LABORATORIALES SEGÚN PERFIL.-

- ***Perfil Prenatal*** : Glicemia, Creatinina, EGO, Prueba rápida de VIH, RPR. Grupo Sanguíneo.
- ***Perfil Renal*** : Urea, BUN, Creatinina, EGO, Proteinuria. Depuración de creatinina, Acido Úrico.
- ***Perfil Hepático*** : Bilirrubina (Total, Directa, Indirecta) GOT, GPT, GGT, DHL, Albumina, Globulina, Fosfatasa Alcalina.
- ***Perfil Lipídico*** : Colesterol Total, HDL-C, LDL-C, Triglicéridos.
- ***Perfil glucídico*** : Glicemia, Tolerancia a la Glucosa, Hemoglobina glicosilada, glucosuria.
- ***Preoperatorio*** : Hemograma, coagulograma, glicemia, creatinina.
- ***Perfil pancreático*** : Amilasa, Lipasa. Tripsinogeno.
- ***Reactantes de fase aguda*** : PCR, VES.
- ***Perfil Reumático*** : PCR, FR (Látex), ASTO, Ácido Úrico.

INFRAESTRUCTURA BASICA PARA LABORATORIOS GENERALES DE PRIMER NIVEL.-



Propuesta SEDES L.P. 2016, infraestructura de laboratorios de Primer Nivel (área rural y urbana)

BIBLIOGRAFIA

1. *Ministerio de Salud y Deportes, Publicaciones 165 Manual De Requisitos Para Habilitación, anexo V, 2010*

FARMACIA

Dra. Gladys Garzofino Mamani
Resposanble Área de Farmacia

El Servicio de farmacia tiene la función de fortalecer el sistema de suministro de medicamentos de manera que garantice el máximo beneficio terapéutico con mínimo riesgo, a costos razonables, en el marco del uso racional, buscando garantizar la calidad de la atención hospitalaria

La Farmacia Hospitalaria se plantea como una unidad de apoyo asistencial que se ocupa de servir a la población en sus necesidades terapéuticas, a través de la selección, preparación, adquisición, control, dispensación, información de medicamentos y otras actividades orientadas a conseguir una utilización racional, segura y costo/efectiva de los medicamentos y productos biomédicos, en beneficio de los pacientes atendidos.

SISTEMA NACIONAL UNICO DE SUMINISTRO "SNUS" D.S. 26873

Marco normativo para la administración logística armonizada e integral que garantice la disponibilidad y accesibilidad de medicamentos, insumos y reactivos.

FARMACIA INSTITUCIONAL MUNICIPAL

Servicio farmacéutico que administra de manera integral los medicamentos esenciales, insumos médicos de Programas Nacionales, venta, donaciones, cualquiera sea la fuente de financiamiento o provisión de los mismos de acuerdo al nivel de atención.

SUBSISTEMA DE ADMINISTRACION LOGISTICA

DE MEDICAMENTOS E INSUMOS SALMI R.M. 0735

OBJETIVO GENERAL

Normar las actividades y procedimientos destinados a garantizar la disponibilidad eficiente y oportuna de medicamentos seguros eficaces, de calidad reconocida y a precio asequible, para atender las necesidades del Sistema Nacional de Salud según lo establecido por el SNUS.

Medicamento

Sustancia o preparado que tiene la capacidad de prevenir, curar, mantener o controlar, diagnosticar.

Medicamentos esenciales:

Son aquellos medicamentos que sirven para atender las patologías prevalentes que se presentan en el país.

Características de los medicamentos esenciales:

Son útiles, disponibles, eficaces, seguros, accesibles, bajo costo.

INTRODUCCION A LA LOGISTICA

Logística es la serie de actividades y procedimientos que en conjunto contribuyen a garantizar la disponibilidad oportuna de medicamentos e insumos médicos para la presentación de un servicio.

El propósito de la logística es: Suministrar los medicamentos e insumos correctos, en las cantidades correctas, en la condición correcta, en el lugar correcto, en el tiempo correcto, al costo correcto.

CICLO LOGISTICO

Selección

Es el procedimiento por el cual se eligen los medicamentos necesarios para satisfacer las necesidades de los usuarios, esto implica una actividad continua, multidisciplinaria y participativa.

El propósito de la selección es contar con los medicamentos necesarios para prevenir, tratar las enfermedades de mayor prevalencia en la región donde se encuentra el establecimiento de salud.

Instrumentos que se utilizan para realizar la selección

- Formulario Terapéutico Nacional FTN
- Lista de Medicamentos Esenciales LINAME
- Lista de Medicamentos del SPS

Programación

Es determinar la cantidad de cada uno de los medicamentos seleccionados para cubrir las necesidades de una población específica en un periodo de tiempo determinado.

El propósito de la Programación es asegurar la disponibilidad de los medicamentos e insumos evitando el desabastecimiento y/o sobreabastecimiento.

Adquisición

Es el proceso administrativo de compra de medicamentos de acuerdo a normas.

Almacenamiento

Es la serie de actividades consistentes en una adecuada recepción, clasificación, ubicación, custodia, eventual manipulación y control de existencias.

USO RACIONAL

Es cuando el medicamento o insumo llega al usuario para ser usado o consumido.

El Uso Racional es:

- Prescribir el medicamento apropiado
- Disponer el medicamento prescrito
- Despachar adecuadamente los medicamentos
- Hacer que las personas se los tomes en las dosis y periodos de tiempo indicados
- Precio del medicamento al alcance del usuario.

DISPENSACION

Es el acto de entregar correctamente el medicamento al usuario sano o enfermo.

SIAL Sistema de Información para la Administración Logística

Es el conjunto organizado de datos recibidos que se genera a través de los componentes, que interactúan en el ciclo logístico para brindar información y que permiten la toma de decisiones.

El propósito del SIAL es el de mejorar las decisiones que aseguran el correcto abastecimiento de medicamentos e insumos.

USO DEL SIAL

Para que una información sea útil debe ser:

- Confiable
- Oportuna
- Completa

BIBLIOGRAFIA

- *Unidad de Seguros Públicos. Dirección General de Seguros de Salud. Comité de Identidad Institucional y Publicaciones – Ministerio de Salud y Deportes*

MEDICINA TRANSFUSIONAL

Dr. Juan Santos Domínguez
Responsable de Área de Medicina Transfusional

La sangre y componentes son medicamentos esenciales, sin sustituto alguno a la fecha, y EL ACTO TRANSFUSIONAL es considerado como un trasplante, ya que es la transferencia de células y tejidos (plasma humano) a un organismo no propio, por lo que cada proceso debe estar controlado por estándares de calidad. La hemoterapia es la rama médica encargada del tratamiento de diferentes cuadros clínicos mediante el empleo de sangre o sus derivados.

El Estado Plurinacional de Bolivia vigila esta área a través del Programa Nacional de Sangre (R.M. Nº 0345 de 26-Jun-2002) del Ministerio de Salud.

El marco legal se sustenta en la "LEY DE MEDICINA TRANSFUSIONAL Y BANCOS DE SANGRE" (26-Marzo-1996) y se reglamenta a través de su D.S. Nº 24547(31-Marzo-1997).

Así es como se establece la Red de Servicios de Sangre con sus 2 pilares que son los Bancos de sangre encargados de colectar, procesar, fraccionar y distribuir sangre segura y componentes a través de la donación de sangre; y los Servicios de Transfusión hospitalarios que son los encargados de garantizar la calidad del acto transfusional.

USO OPTIMO DE LOS HEMOCOMPONENTES

Se define como "LA UTILIZACION SEGURA, EFICIENTE Y CLINICAMENTE EFICAZ DE LA SANGRE DE DONANTES HUMANOS". SEGURO: sin reacciones adversas, EFICIENTE: no se realizan transfusiones innecesarias, CLINICAMENTE EFICAZ : beneficioso para el paciente.

"La decisión de transfundir debe hacerse bajo criterios clínicos, para aliviar la sintomatología y no para llegar a un valor laboratorial."

RIESGOS DE LA TRANSFUSION	
REACCION HEMOLITICA	ALERGIA
INFECCIONES	INMUNOMODULACION
ALLOINMUNIZACION	FIEBRE NO HEMOLITICA

ASPECTOS PARA LA INDICACION CLINICA DE LA TRANSFUSION

CRITERIOS DE TRANSFUSION

Para este propósito la siguiente es una formula indispensable:

(VST)VOLUMEN SANGUINEO TOTAL = 70 ml/Kg de peso (adultos)

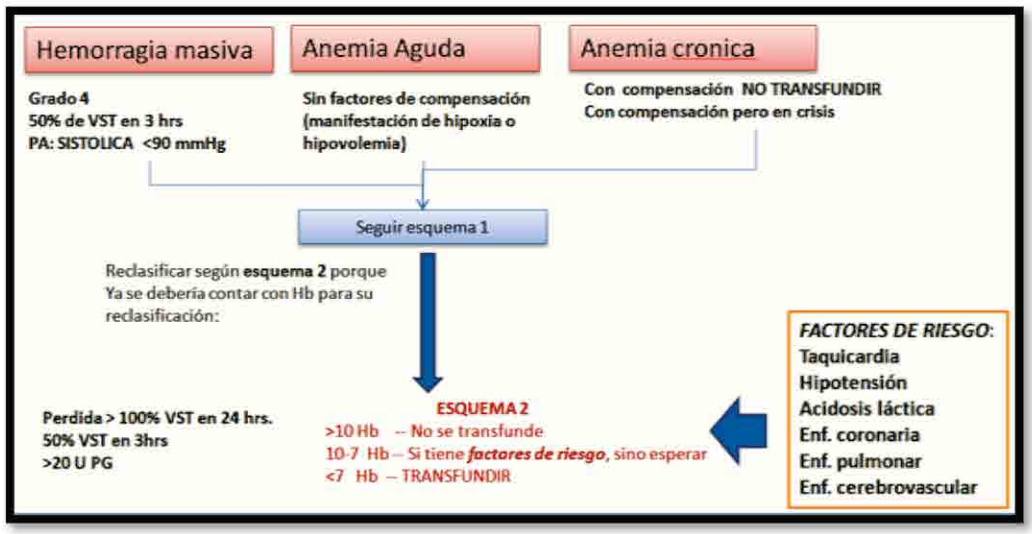
El primer objetivo es sacar el VST. En este paso será importante clasificar a los pacientes en el grado de hipovolemia según los siguientes parámetros clínico/teóricos, se llamara **ESQUEMA 1:**

	I	II	III	IV
Perdida sanguinea	<750 ml	750-1500	1500-2000	>2000
% VST	<15%	15-30	30-40	>40
Pulso	<100	100-120	120-140	>140
PA	Normal	Casi normal	bajo	Muy bajo
FR	14-20	20-30	30-40	>40
Diuresis	>30	30-20	15-5	<5
Est. mental	ansioso	agitado	confuso	letargico

GUIA PARA LA APLICACIÓN DE TRANSFUSION			
GRADO 1	SOLO CRISTALOIDES	GRADO 3	CRIST + PG
GRADO 2	CRIST + PG	GRADO 4	CRIST + PG + PFC + CP

PAGUETES GLOBULARES (PG)

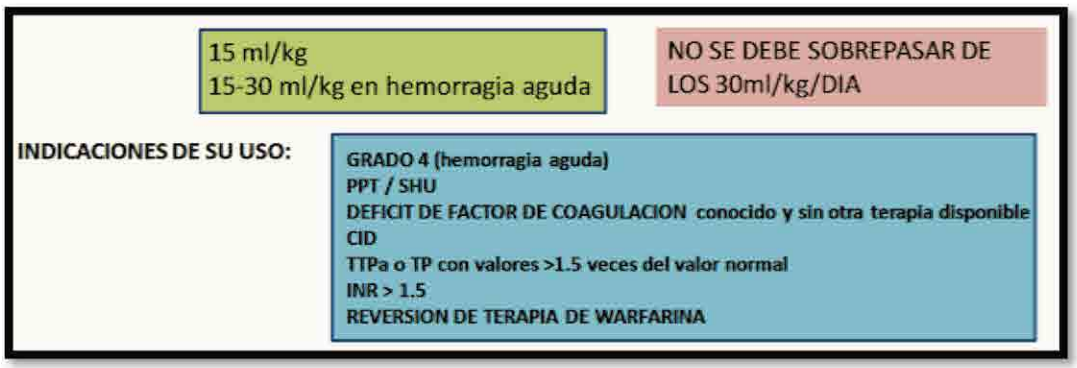
Los PG tienen por objetivo solo 2: Expansión de volumen y Aumento de masa eritrocitaria. Se comprobó científicamente que Hb 7.0 g/dl es el limite para garantizar la oxigenación de los tejidos. Sus indicaciones son 3:



PLAQUETAS (CP)



PLASMA FRESCO CONGELADO (PFC)



COMPONENTE	CUANDO REALIZAR EL CONTROL?
Paquete Globular	Control a las 6 horas minimo, e idelamente a las 12 Hrs.
Plasma Fresco Cong.	Control a la 1era hora despues de la transfusion
Concentrado Plaquetas	Control a los 10 minutos minimo, e idealmente a los 60 min
Crioprecipitados	Control de fibrinogeno a la 1era hora de la transfusion terminada

CONTROLES POSTRANSFUSION

EFECTOS ADVERSOS A LA TRANSFUSION Y HEMOVIGILANCIA

La hemovigilancia es el procedimiento consistente en la detección, notificación y análisis de la información, sobre efectos adversos e inesperados, sean estos leves o graves registrados durante la donación de sangre, la transfusión o después de ella. Cada establecimiento de salud con internación debe contar con el Comité Intrahospitalario de Medicina Transfusional y Hemovigilancia, quienes velaran por la mejora continua del proceso transfusional.

SIGNOS Y SINTOMAS PRESENTES EN LAS REACCIONES ADVERSAS A LA TRANSFUSION					
CUTANEOS	INFLAMATORIOS	CARDIOVASCULARES	RESPIRATORIOS	GASTROINT	DOLOR
Prurito	Fiebre	Taquicardia	Taquipnea	Nauseas	Cefalea
Urticaria	Escalofrio	Bradicardia	Disnea	Vomito	Dolor toracico
Eritema	Temblor	Hipotension	Sibilancias	Diarrea	Epigastralgia
Rubor		Hipertension	Estertores		Dolor Abdominal
Ictericia		Ingurgitacion Yugular	Broncoespasmo		Dolor espalda
Palidez		Arritmias Cardiacas	Edema Pulmonar		Dolor en sitis infusion
Cianosis		Choque	Roncus		
Petequias			Estridor		
Purpura					

En caso de presentar alguno de estos signos/síntomas se debe comunicar al medico tratante quien es el responsable de tratar inmediatamente la reacción, posteriormente se deberá comunicar por el conducto regular al Servicio de transfusión y/o Banco de Sangre de referencia Departamental y finalmente al Programa Nacional de Sangre.

BIBLIOGRAFIA

1. *Ministerio de Salud y Deportes del Estado Plurinacional de Bolivia. Programa Nacional de Sangre. Estándares de trabajo para servicios de sangre; 1997.*

2.- Guia General de Procedimientos para las notificaciones de efectos Adversos a la transfusión sanguínea, Programa Nacional de Sangre; Ministerio de Salud. Estado Plurinacional de Bolivia

3.- Mcwelleck. manual de uso optimo de hemocomponentes. Por un uso eficiente, eficaz, de la sangre en Europa. 2011.

4.- National Clinical guidelines for the apropiated use of blood and blood products. 2011. Kingdoom Swasiland.

5.- Curso de gestion de calidad para los servicios de sangre. OMS 2006.

6.- Guidelines for the administration of blood. London 2010.

7.- Guias para el uso optimo de los derivados sanguineos. Chile. 2007

GOBIERNO AUTÓNOMO DEPARTAMENTAL DE LA PAZ
SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD
UNIDAD DE REDES Y SEGUROS PÚBLICOS

SEDES LA PAZ TERCER MILENIO

Modulo No. 5

Sistema Departamental de Información en Salud





SALUD PARA LA PAZ

"El médico competente antes de dar una medicina a su paciente, se familiariza no solo con la enfermedad que desea curar, sino también con los hábitos y la constitución del enfermo"

Cicerón

SISTEMA NACIONAL DE INFORMACION EN SALUD Y VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA SNIS - VE

Dra. Rosse Mary Yupanqui Márquez,

Lic. Wilfredo Heredia, Tec. Edgar Cabrera Ramos,

Tec. Daly Silva Murillo

I. INTRODUCCIÓN.-

Sistema Nacional de Información en salud, fue creado el año 1990 con el objetivo de Proporcionar información de salud oportuna, confiable e integra que los establecimientos de salud de los tres niveles de atención y de los subsectores (públicos, seguridad social, iglesias, FFAA, ONGs y privados) generan.

La Información debe ser revisada y consolidada en las coordinaciones de red, en el nivel departamental y nacional para su posterior socialización a las autoridades para la toma de decisiones y a la población en general.

Dentro de las normas y procedimientos definidos en el SNIS, se establecieron instrumentos denominados de captación, sistematización, consolidación y retroalimentación y la instauración de los Comités de Análisis de Información (C.A.I), en los diferentes Niveles del Sistema de Salud, los mismos se constituyen en instancias de análisis y evaluación de la información generada en la prestación de servicios y actividades en salud.

La coordinación Intra e Intersectorial, al igual que la difusión de la información, son aspectos que al ser encarados en las reuniones de los comités de Análisis de Información, permite orientar las acciones en salud en beneficio de la población.

II. CONCEPTOS GENERALES.-

1. DEFINICION.-

El Sistema Nacional de Información en Salud se define como: "un conjunto de instrumentos y procedimientos destinados a la captación, sistematización, consolidación y retroalimentación de la información concerniente a los procesos técnicos administrativos y a los eventos relacionados con la vigilancia epidemiológica en los establecimientos de salud, con el fin de garantizar la adecuada y oportuna toma de decisiones en todos los niveles del Sistema Nacional de Salud".

2. INSTRUMENTOS DEL SNIS.-

El Sistema Nacional de Información en Salud reconoce cuatro tipos de instrumentos de acuerdo a las siguientes Resoluciones Ministeriales: RM 2010 del 30-12-2014, RM 308 del 6-04-2010 y RM 1321 del 08-12-2009.

a. Instrumentos de captación.-

Son los instrumentos destinados al registro de datos de tipo clínico. Estos datos se relacionan a los usuarios o clientes de un servicio y se consignan cuando el usuario o cliente hace consumo del servicio. En esta categoría entra todo instrumento que capte la información clínica y socio demográfica de cada paciente, como por ejemplo: ***la historia clínica, el Carnet de Salud Infantil, Carnet de Salud de***

la Madre, Carpeta Familiar, el certificado de nacido vivo y de defunción son considerados también instrumentos de captación.

La Historia Clínica oficial del Sector Público para centros de salud, reconocida por el SNIS y catalogada como registro administrativo por el Instituto Nacional de Estadística es la Historia Clínica Única R.A. 101, modelo SOAP, la cual será descrita posteriormente en este manual. No existe una Historia Clínica única para los Hospitales de segundo y tercer nivel, teniendo cada Hospital sus propios instrumentos de captación.

b. Instrumentos de sistematización.-

En esta categoría entran los instrumentos destinados al acopio continuo de datos tanto clínicos como estadísticos durante periodos de tiempo definidos.

Estos instrumentos permiten al final del periodo definido, obtener datos estadísticos organizados. Los instrumentos de sistematización oficiales implementados por el SNIS para el primer nivel de atención son los siguientes:

- CUADERNO # 1, CÓDIGO R.A. SALUD-INE 201: CONSULTA EXTERNA, ENFERMERIA Y EMERGENCIAS.
- CUADERNO # 2, CÓDIGO R.A. SALUD-INE 202: ATENCION INTEGRAL AL MENOR DE 5 AÑOS.
- CUADERNO # 3, CÓDIGO R.A. SALUD-INE 203: CONTROL PRENATAL, PARTO Y PUERPERIO Y PLANIFICACION FAMILIAR.
- CUADERNO # 4, CÓDIGO R.A. SALUD-INE 204: CONSULTAS Y TRATAMIENTOS ODONTOLOGICOS.
- CUADERNO # 5, CÓDIGO R.A. SALUD-INE 205: INTERNACIONES.
- CUADERNO # 6, CÓDIGO R.A. SALUD-INE 206: ACTIVIDADES DEL ESTABLECIMIENTO Y CON LA COMUNIDAD.

c. Instrumentos de consolidación.-

Son formularios que consolidan los datos estadísticos de cada establecimiento al final de cada periodo determinado de tiempo para su envío al siguiente centro de acopio que es la red de salud. Los formularios de consolidación oficiales implementados por el SNIS y codificados como registros administrativos por el INE son los siguientes:

- Formulario CÓDIGO R.A. SALUD-INE – 301a.: INFORME MENSUAL DE PRODUCCIÓN DE SERVICIOS.
- Formulario CÓDIGO R.A. SALUD-INE – 301b.: INFORME MENSUAL DE PRODUCCIÓN DE SERVICIOS E INFORME ANUAL DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD DE II Y III NIVEL
- Formulario CÓDIGO R.A. SNIS- 302a.: NOTIFICACIÓN PARA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA.
- Formulario CÓDIGO R.A. SNIS- 302b: NOTIFICACIÓN MENSUAL PARA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA.
- Formulario CÓDIGO R.A. SNIS-303: INFORME MENSUAL DE LABORATORIO DE PRODUCCIÓN DE SERVICIOS Y VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA.
- Formulario CÓDIGO R. A SNIS- 305: INFORME MENSUAL DE BANCO DE SANGRE.
- Formulario CÓDIGO R.A SNIS-306: INFORME MENSUAL DE LABORATORIOS DE ANATOMÍA PATOLÓGICA Y CITOLOGICA.

d. Instrumentos de retroalimentación.-

A nivel de SEDES L.P., se desarrolló el cuaderno de monitoreo de programas y otros instrumentos destinados al control de la administración de un nivel gerencial determinado. Tienen un formato que facilita la lectura de datos procesados, como ejemplo tenemos la gráfica de monitoreo de consultas, el cuadro estadístico de producción, etc. Estos instrumentos se utilizan para informar los resultados del proceso productivo y establecer mecanismos de control tales como el monitoreo y la evaluación.



3. PROCEDIMIENTOS DEL SNIS.-

Se describen dos tipos de procedimientos en el manejo de la información:

a. Procedimientos Manuales:

Se refiere a llenado manual de formularios, cuadernos y otros instrumentos.

La norma establece que el llenado debe realizarse con un material indeleble (bolígrafo) y en caso de error se debe tachar y volver a escribir. También específica que el responsable de prestar el servicio es quien debe llenar el instrumento pertinente, por ejemplo si el médico atiende una consulta él debe llenar el cuaderno de consulta externa, si la enfermera suministra una vacuna ella debe llenar el cuaderno de vacunación, etc.

En cuanto al llenado manual de los formularios de consolidación que se realiza semanalmente o mensualmente (según el formulario) se describirá la norma de llenado con cada formulario.

b. Sistemas informáticos:

Con el desarrollo de la tecnología los procedimientos de la información en salud también están siendo informatizados, es así que actualmente se cuenta con sistemas informáticos en implementación tales como el SOAPS, SICE – SIAF softwares que lleva los instrumentos de sistematización y consolidación, con el fin de facilitar el trabajo a través la reducción de tiempos, contar con la información en menor tiempo, que sea de calidad y evitar la duplicidad de informes.

A partir de la gestión 2012 se cuenta con el Software de Atención Primaria en Salud (SOAPS), que permite reemplazar paulatinamente los cuadernos físicos y los formularios a un paquete informático que permite su consolidación electrónica.



El Software de Atención Primaria en Salud (SOAPS), es un componente del Sistema Único de información en Salud, el cual tiene como objeto captar información desagregada de los establecimientos en salud sin duplicar esfuerzos y obtener en términos de tiempo información oportuna y confiable.

El SOAPS está diseñada para funcionar en puestos y centros de salud de primer nivel de atención, tiene como respaldo la resolución ministerial Nº 1713 del 30 de noviembre del 2011 para su implementación

Características del SOAPS:

Es una herramienta que agiliza el trabajo del personal de salud, generando reportes especializados, información clínica estadística por paciente lo que permite realizar el seguimiento y monitoreo. Genera información de morbilidad, registra los medicamentos y servicios complementarios prescritos, realiza gráficos del estado nutricional, genera indicadores de evaluación del estado nutricional en niños.

4. FLUJO DE LA INFORMACIÓN.-

La información nace en el establecimiento de salud, ya sea éste puesto de salud, centro de salud, hospital básico, hospital general o especializado. En el caso del sector público la información se sistematiza diariamente en los cuadernos del SNIS respectivos a medida que se dan las prestaciones de salud, en otros sub-sectores como la Seguridad Social, algunas ONG´s y algunos establecimientos privados, la información se sistematiza en cuadernos o formularios propios de cada institución.

Mensualmente o semanalmente (según el formulario) la información se consolida en los formularios de consolidación respectivos y se envía a la coordinación de red respectiva. En el caso de hospitales generales o especializados la información se envía directamente al SEDES.

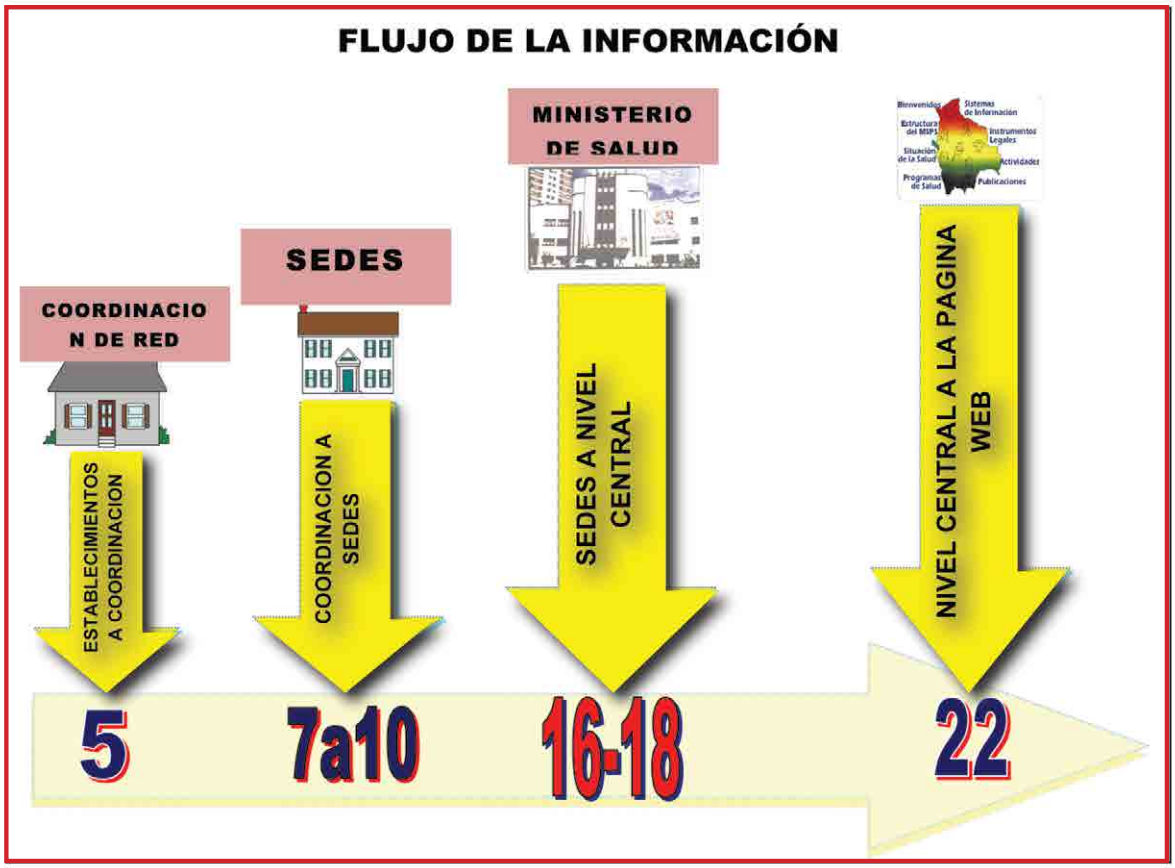
La norma específica que los establecimientos deben remitir el consolidado a su coordinación de red hasta el ***quinto día de cada mes,*** y los hospitales generales y especializados al SEDES hasta el ***décimo día de cada mes.***

En la coordinación de red se consolida electrónicamente la información proveniente de los establecimientos de salud de su jurisdicción y se envía al SEDES. La norma establece que las coordinaciones de red urbanas deben enviar la información electrónicamente consolidada hasta el séptimo día de cada mes y las rurales hasta el décimo día de cada mes. Antes del envió de la información la coordinación de red debe revisar la calidad de la información (en términos de confiabilidad, cobertura y oportunidad).

El SEDES consolida electrónicamente la información de las redes de su jurisdicción y la envía al nivel central, previa revisión de la calidad de la información.

La norma establece que el SEDES debe enviar la información al nivel central hasta el vigésimo segundo día de cada mes, habiendo previamente revisado la calidad de la misma y hecho las correcciones correspondientes.

El nivel central recibe la información de todos los SEDES y la pública en la página Web, previa revisión de la calidad. La norma específica que la información debe ser publicada en el Internet hasta vigésimo quinto día de cada mes.



5. COMITÉ DE ANÁLISIS DE INFORMACIÓN (CAI).-

El CAI en una instancia donde se reúnen autoridades, representantes de la comunidad y personal de salud u otros para socializar y analizar la información generadas en los establecimientos de salud, se evalúa los resultados obtenidos en salud de un determinado tiempo en base a indicadores previamente identificados.

En el análisis se identifican factores facilitadores y problemas, se plantean soluciones, estrategias, se adecuan los planes y se ajustan las políticas de Salud.

En las normas y procedimientos definidos en el SNIS, se establece la realización de CAI en los diferentes niveles de gestión, es así que el CAI de establecimientos de salud debe realizarse mensualmente al igual que el CAI de la red municipal, el CAI de la Coordinación de Red debe ser cuatrimestral, el CAI Departamental semestral y el Nacional anual.

6. MÓDULO DE INFORMACIÓN BÁSICA (MIB).-

El módulo de Información Básica es un instrumento del SNIS, que utilizan los establecimientos de salud principalmente en el primer y segundo nivel de atención para la obtención de datos demográficos, de infraestructura, equipamiento y otros concernientes a las determinantes de salud, importantes para realizar el análisis de situación de salud, se aplica bajo la modalidad de encuesta anual directa, constituyéndose en la base para la planificación, programación y el control de las diversas actividades, en procura de mejorar la calidad de atención en salud y contribuir a mejorar la calidad de vida del pueblo boliviano.

Dentro del análisis de la situación de salud, no son solamente los indicadores de salud los que se evalúan y utilizan, es necesario para este cometido contar con otro tipo de información que nos otorgue datos sobre la situación de estructura de los establecimientos de salud, la situación social, situación económica y de medio ambiente que son los factores determinantes en el proceso salud – enfermedad.

Esta información de estructura permite la contextualización del análisis y la red explicativa del comportamiento del proceso salud – enfermedad mediado por factores intra y extra sectoriales.

7. CARPETA FAMILIAR.-

La carpeta familiar es un instrumento del modelo de atención de la SAFCI que tiene dos etapas, la primera donde se visita a las familias en sus domicilios y se recoge diferentes datos que son transcriptos en la carpeta, segundo se consolida en un sistema informático, la información debe ser consolidada como establecimientos de salud, como municipio, como coordinación de red, como departamento y finalmente como país.

8. HECHOS VITALES.-

Hechos Vitales incorpora la información de nacimientos y defunciones, información que debe registrarse en formularios por el personal de los establecimientos de salud y consolidada en el sistema informático por el estadístico de la coordinación de red. La información debe tener características de continuidad, permanencia, obligatoriedad y cobertura total.

a. Objetivos:

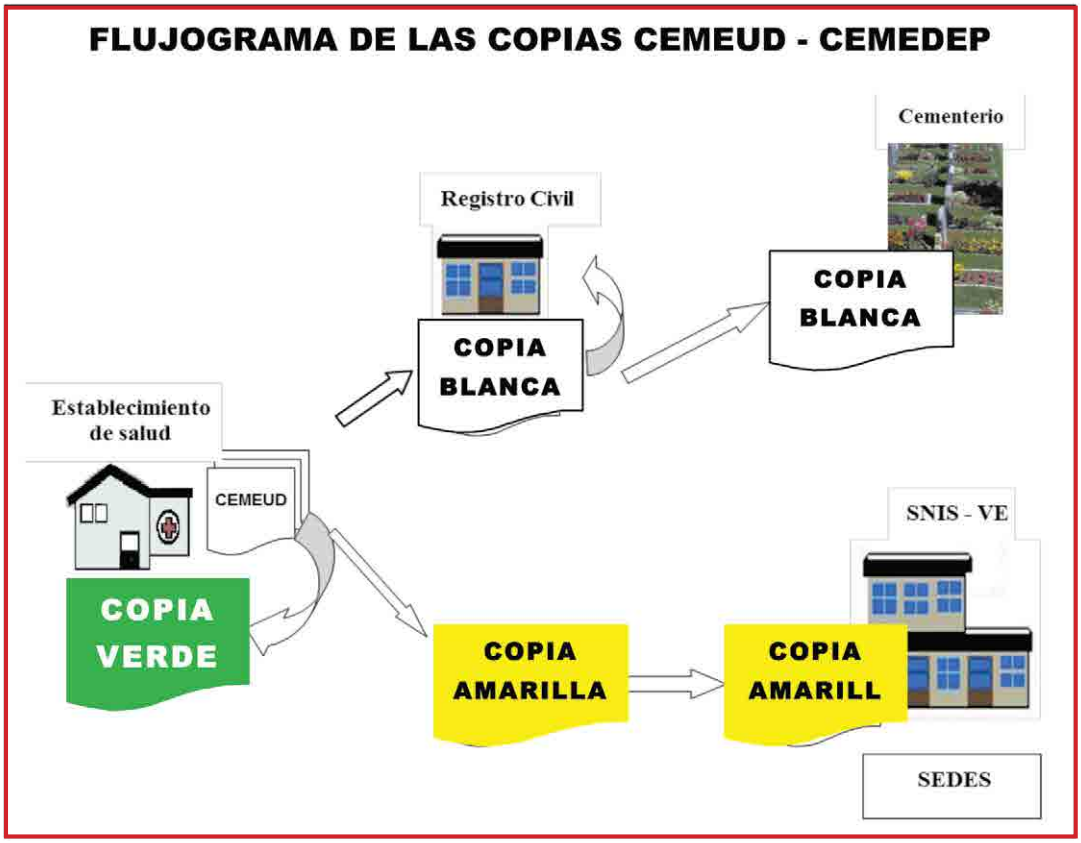
- Fortalecer la implementación del certificado Médico Único de defunción - CEMEUD, Certificado de defunción Perinatal CEMEDEP en todos los subsectores de atención en salud en coordinación con el servicio de Registro Civil (SERECI).
- Implementar el formulario el formulario de Registro del Recién Nacido en todos los subsectores de atención en salud coordinando con el SERECI y otras instituciones.
- Crear con los actores involucrados un código único para el MS, SERECI, para la aplicación y seguimiento de nacidos vivos y defunciones.

b. Importancia: El CEMEUD y el CEMEDEP son instrumentos:

- **Médico Legal.-** que certifica la muerte de una persona.
- **Demográfico.-** que recoge información del occiso del momento y del lugar de la muerte para el análisis poblacional.
- **Epidemiológico.-** registra las causas de la muerte con fines de intervención sanitaria.

c. Principios:

- La extensión del CEMEUD y CEMEDEP y Nacido Vivo **es gratuita** para el solicitante.
- El Contenido del CEMEUD y el CEMEDEP es confidencial y de uso exclusivo del Sistema Nacional de Información y el SERECI.



- El Certificado de Nacido Vivo, el Original y la copia celeste se entrega a la madre
- La madre va al Registro Cívico donde entrega el original y se hace sellar la copia celeste con el Registro Cívico.
- La copia amarilla se envía junto con los formularios del SNIS.
- La copia verde es para el Establecimiento.

9. SISTEMA DE RECURSOS HUMANOS – SOREH.-

El sistema de recursos humanos **"SOREH",** registra la información del movimiento de personal, altas bajas, cambios y otros en base a memorándum y fuente de financiamiento (TGN, HIPIC, recursos municipales, recursos de establecimientos de salud, etc).

La información debe ser actualizada periódicamente en cuanto existan cambios de personal, por el responsable municipal, estadístico de la red, coordinador de red y responsable de recursos humanos en caso de hospitales.

10. SISTEMA DE VIGILANCIA NUTRICIONAL COMUNITARIO (SVIN-C).-

Sistema de Vigilancia Nutricional Comunitario (SVIN-C) es un proceso sistemático y continuo de recolección periódica de datos (tres meses calendario), relacionados con los conocimientos y prácticas de nutrición por parte de las madres o cuidadores de niños y niñas menores de 2 años, secundariamente, incluye otros elementos que tienen que ver con la organización de la comunidad y la capacidad de la red de salud, para enfrentar la desnutrición y promover una nutrición adecuada.

11. REGISTRO UNICO DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD (RUES).-

El RUES es un sistema informático que permite disponer de información sobre la estructura de los establecimientos de salud de acuerdo a la norma nacional de caracterización de centros de salud; en cuanto a su estructura, funcionalidad y normatividad.

Su aplicación está reglamentada por la Resolución Ministerial 435.

El sistema está publicado en la dirección http://rues.minsalud.gob.bo; antes de ingresar, el personal que desea registrar el establecimiento de salud debe tener la documentación de respaldo.

El sistema informático de registro tiene cinco pasos; primero se llenan los datos de la identificación del establecimiento de salud; segundo, se hace el registro de los datos de propiedad; tercero, los requisitos que cumplen; cuarto, el número de profesionales que trabajan en el establecimiento, y quinto la infraestructura misma del centro u Hospital.

Una vez llenado el RUES, el coordinador de la red está en la obligación de revisar los datos e introducirlos en la bandeja de la Unidad Responsable de la Red departamental de salud que será la encargada de hacer el seguimiento de la validación y aprobación; posteriormente, esta información pasará a la bandeja del Director Técnico del Servicio Departamental de Salud (SEDES) quien es el responsable final de la información.

Finalmente, el sistema emite un certificado de categorización del establecimiento de salud con datos veraces y reales.

GOBIERNO AUTÓNOMO DEPARTAMENTAL DE LA PAZ
SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD
UNIDAD DE REDES Y SEGUROS PÚBLICOS

SEDES LA PAZ TERCER MILENIO

Modulo No. 6

Metodología de la Investigación





SALUD PARA LA PAZ

"¿Y cuál él es secreto de la calidad?, Os preguntareis…muy sencillo, es el amor: amor al conocimiento, amor al hombre y amor a Dios. Vivamos y trabajemos de acuerdo con ello"

Avedís Donabbedian

METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

Dr. José A. Zambrana Torrico
Resp. Epidemiologia Hosp. Tórax

Dra. Ángela L. Mendoza Guachalla
Tec. Unidad de Redes y Seguros Públicos

I. INTRODUCCION.-

Objetivo de aprendizaje.-

EL estudiante desarrollara un trabajo de investigación básico basado en métodos y técnicas de investigación apropiados que permita proporcionar información adecuada y oportuna que finalmente será analizada y permitirá la toma adecuada de decisiones en relación a los resultados presentados por el investigador.

Muchos trabajos de investigación jamás son escritos científicamente ó menos son divulgados, *"son considerados simples requisitos para un grado académico o para cumplir con una determinada materia, cátedra ó persona, el ejemplo claro son las TESIS de GRADO ya sea para licenciatura ó para Diplomados, Especialidad ó Maestrías, que en nuestro medio son tan solo un " requisito " y no el medio a través del cual el investigador en formación desea interactuar con su medio, transformándolo ó resolviendo parte de su entorno, quizás la causa sea que no exista la motivación necesaria ó que nuestro sistema educativo este destinado a lucrar y no a formar cientistas, personas entrenadas en la observación científica, destinadas a forjar futuros en el presente"*[1].

La gran falencia que contamos todos los que en algún momento nos vemos obligados a investigar ó simplemente tenemos la disposición de hacerlo, es que no contamos con las bases suficientes: creativas, formativas y académicas para realizar una investigación, pues han deformado nuestros conocimientos investigativos, haciéndonos creer que el punto de partida siempre es y va a ser **EL TITULO** (inicio) y que deberíamos siempre concluir con la **BIBLIOGRAFÍA** (final), "En la realidad, cuando uno investiga descubre que lo primero que hacemos es conocer el tema a profundidad a través de la revisión bibliográfica, dejando el título para el final de la investigación, incluso diríamos que un día antes de publicar un artículo, podríamos definir recién nuestro título, lastimosamente nos han programado a seguir fielmente cada uno de los subtítulos de una investigación, de manera tal que al concluir con uno de ellos debíamos seguir con los restantes, cuán equivocados estaban nuestros " maestros" y cuan errados estábamos nosotros sus "alumnos"[2], de ahí que tentativamente les muestre una forma y no la ÚNICA, de realizar una investigación, siguiendo tips que te allanen el camino.

¿QUE ES LO QUE PRIMERO DEBES HACER PARA REALIZAR UNA INVESTIGACIÓN?

a. GENERAR IDEAS

Quizá el principal problema que tendrás, será el de generar ideas, es decir "problemas con susceptibles soluciones" ò simplemente "soluciones a problemas planteados", ahora cuáles son las fuentes de generación de IDEAS, para potenciales trabajos de investigación, observa detenidamente estas fuentes en el siguiente cuadro:

CUADRO N°1



Fuente: Metodología de Lethierre 2012, anexo 1.

b. BUSQUEDA DE INFORMACION/CONOCIMIENTO DEL TEMA

No deben olvidarse que existen diferentes tipos de fuentes de información (directos e indirectos), indudablemente debe recurrir desde textos físicos hasta bibliotecas virtuales, a través de la red/web y sus diferentes buscadores científicos (google académico, medes, pubmed, Scientific Electronic Library Online (scielo), uptodate, virtual library, Microsoft academic search, Education Resources Information Center(Eric), Bvireme, entre otros. No se olviden deben " volverse experto en el tema que están investigando", revisen artículos con un margen de cinco años de antigüedad sin olvidar lo histórico. Cuando primero conozcas tu tema, y luego legues a dominar el tema anímate a planificar, organizar y ejecutar tu trabajo de investigación.

c. REALIZAR EL PROCESO DE PLANIFICACION DE UN TRABAJO DE INVESTIGACION

1. FASE DE PLANIFICACION.-

Elaboración de diseño de la investigación, definición de las unidades de estudio, población y muestra, tipos de muestra, recolección de datos y escalas de medición, identificación de sub fases prioritarias, elección de la población, el tiempo de realización de la investigación, el tipo de preguntas a realizar, ó los procedimientos a realizar, la reglamentación a seguir, las

características del estudio, del establecimiento de actividades y tiempos para la resolución de un problema, de los actores principales y de apoyo que intervendrán en la prueba, donde se prevé todos los posibles obstáculos y errores que se podrían presentar en el transcurso de la investigación, el en siguiente cuadro identificamos correlativamente los que deberías realizar en primera instancia, además te sirve para su control y posterior evaluación.

CUADRO N°2



Fuente: Metodología de Lethierre 2012, anexo 2.

2. **FASE DE ORGANIZACIÓN** , donde se establece las funciones de cada uno de los integrantes del equipo de investigación, se establece normativas para la ejecución de una investigación, se establece responsables operativos, se designa funciones entre el personal que se encargará de realizar la investigación, es aquí donde se establece un compromiso con el proyecto a realizar.



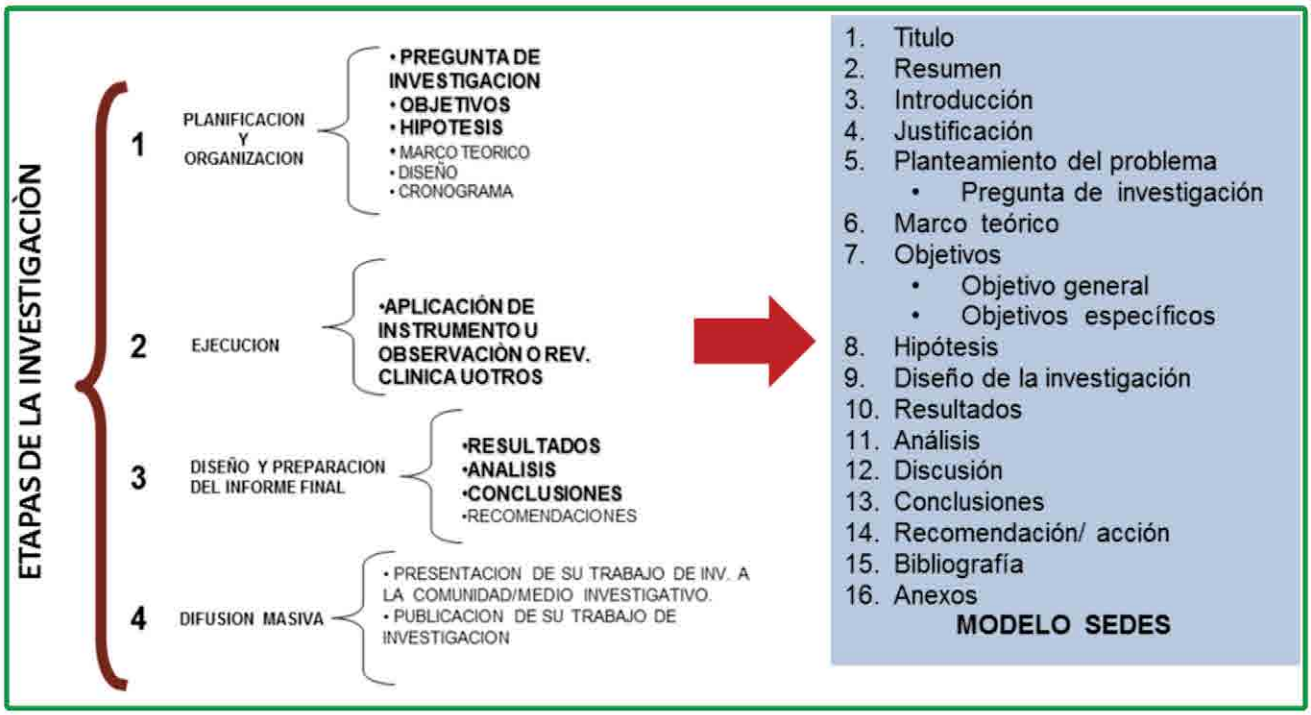
"No debemos olvidar que el mayor tiempo a invertir debería ser dedicado a la **elaboración del planteamiento del problema** sobretodo la **pregunta de investigación** y su correlación con sus **objetivos**.."

3. **FASE DE EJECUCION,** fase donde se realiza la investigación, donde se establece el contacto real con el fenómeno a investigar, donde se establece la comparación y/o seguimiento de las variables objeto de estudio, donde se establece la causalidad o la dependencia de las mismas, donde se prueba la utilidad del instrumento de recolección de información, es indudable que en esta fase se pone en práctica todo lo planificado y organizado, no existe posibilidad de dar marcha atrás.

4. **FASE DE EVALUACION,** evaluación de datos, procesamiento de la información , clasificación y registros , análisis e interpretación de datos[3] , informe ,elementos del informe, preliminares, desarrollo y parte bibliográfico referencial, aplicación, introducción de los resultados a la práctica, transformación de la realidad, es la fase donde uno debe ser muy críticos con los aciertos y errores involuntarios que haya cometido, es la fase que delimita el camino a seguir en próximas investigaciones o proyectos, así se logrará perfeccionar investigación futuras.
5. **FASE DE DIFUSION MASIVA Y SOCIALIZACION,** un principio básico de todo investigador es el de "socializar la información" que obtenga en respuesta a un problema o a un fenómeno objeto de nuestro estudio, SOCIALIZACION, que primero se difunde entre las personas investigadas y posteriormente la comunidad científica, así existe la posibilidad de TRANSFORMAR REALIDADES SOCIALES, es el momento propicio para que el investigador escriba la investigación, siguiendo los parámetros establecidos de antemano para poder llegar al público en general, pues el conocimiento debe ser " de todos y para todos".

A continuación, se expone un cuadro donde en el margen izquierdo se evidencia en negrillas los elementos más importantes a desarrollar para su trabajo de investigación para posteriormente generar los elementos sugeridos por el SEDES para la presentación de su trabajo de investigación, expuestas en el margen derecho.

CUADRO N° 3



Fuente: Metodología de Lethierre 2012, anexo 3.

¿QUÈ ES LO QUE DEBES ESCRIBIR Y CÙAL DEBERÌA SER SU CONTENIDO?

1) TITULO.

Se lo establece al final de la investigación, cuando se tenga idea clara y concluyente de todo su trabajo de investigación, debe ser claro, corto y debe expresar el contenido y la naturaleza así como las delimitaciones del estudio de investigación, por ende puede ser:

A. Título clásico, debe tener el qué, quién, dónde y cuándo se investiga
B. Titulo abreviado, solo el qué y quién se investiga
C. Titulo innovador/morbo científico, una palabra o una frase puede definir todo el contenido de su investigación.

2) RESUMEN

En una plana, debe exponer todo lo referido a su trabajo de investigación ya concluido puede realizarse de manera estructurado o no. En caso de ser Estructurado se consigna de manera suscita, en ella se representa los subtítulos más importantes de la investigación, ahora si decide escribir un resumen de manera narrativa, donde se subtítulos se haga una exposición de todos los elementos expuestos en su trabajo de investigación, se estila no utilizar más de 500 palabras en dicha plana.

3) INTRODUCCIÓN

Es la presentación del tema de la investigación, es ahí donde se expone los más llamativo de todo el trabajo de investigación ya concluido, donde se expone el problema abordado, del diseño metodológico utilizado, los resultados esperados e identificados luego de su conclusión. Recuerden que este capítulo es de suma importancia para "enganchar" al potencial lector para que ávidamente lea todo el trabajo.

4) JUSTIFICACIÓN

Después de una consideración de la magnitud, trascendencia, vulnerabilidad del problema, finalmente **responde a la interrogante de que es lo que voy a conseguir como aplicación práctica, cuando responda la pregunta de investigación**[4], se puede realizar simplemente respondiendo las siguientes preguntas: ¿Por qué estoy investigando esta temática? ¿Qué tan importante es este tema para la población objeto de estudio? ¿Los resultados son importantes para otras poblaciones con características similares? ¿Factible de ser realizado?

5) ANTECEDENTES

Es una recopilación de la información de las investigaciones que se hubieran realizado en relación al problema de investigación, para muchos investigadores latinoamericanos visualizan más los antecedentes incluidos dentro de la introducción, que de manera individual. La utilidad práctica de este paso es que nos orienta en la metodología a emplearse para el abordaje del mismo y en la consideración de los resultados previos a los que el trabajo de investigación generará. Si bien es cierto, este acápite nos permite evitar la duplicación de estudios, aprovechar la experiencia de metodologías e instrumentos ya probados y finalmente saber lo que esperamos obtener, No debemos confundir esta narrativa con la que se debe realizar cuando uno realiza la escritura del marco teórico referencial, así se evita la repetición de información en el mismo texto y datos que posteriormente te podrían confundir más que orientar.

6) PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se puede teorizar sobre el cómo plantear un problema susceptible de ser investigado, se puede utilizar las diferentes corrientes filosóficas para este proceso, pero hasta que el investigador novel identifique una posición metódica se puede "con algunos hallazgos definir el problema y representar el mismo en una pregunta científica", para esto se puede ò formular preguntas orientadas a la delimitación del problema (formular qué investigaré y en quienes lo haré) y a la situación del problema (formular

dónde y cuándo investigará), así en este proceso se originará casi por inercia "la pregunta científica ò pregunta de investigación".

7) LA PREGUNTA DE LA INVESTIGACIÓN

No se olviden que una pregunta bien formulada es mucho mejor que cientos de respuesta incorrectas, más aún si entendemos la importancia de saber formular una pregunta y como de esta se genera casi todo el trabajo de investigación, tal y como lo demostramos en el siguiente cuadro anexo

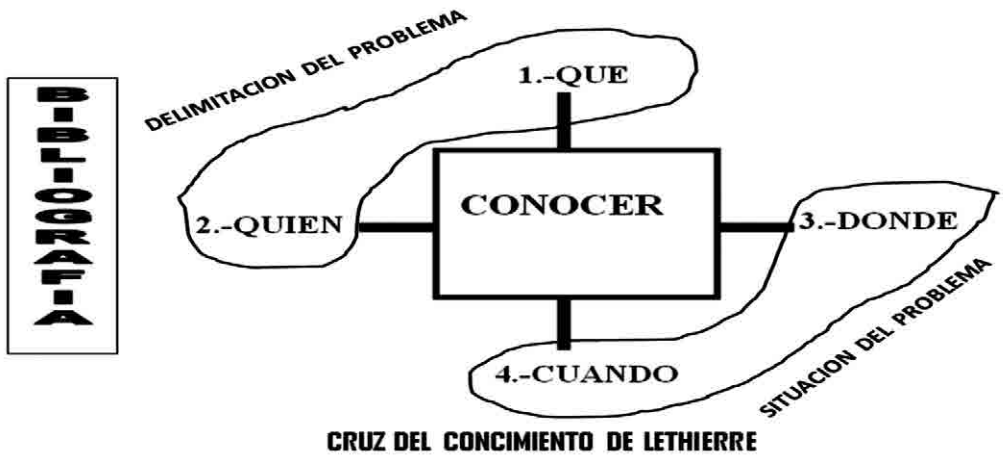
CUADRO N°4



Fuente: Metodología de Lethierre 2012, anexo 4.

Existen requisitos generales que debe cumplir una pregunta para ser considerada científica ò de investigación, por ejemplo estar formulada en forma de pregunta, debe denotar variables (mono variable o bi variable), debe ser susceptible de ser abordada empíricamente, debe estar ubicada en tiempo, espacio y lugar, esto último para que este con la debida sintaxis, existe un truco para facilitar su elaboración, el formular preguntas de manera individual (qué estoy investigando, en quién lo estoy realizando, dónde hare este trabajo y cuándo realizare el mismo) y posteriormente formular una pregunta única, así como lo demuestro en el siguiente cuadro.

CUADRO N°5



Fuente: Metodología de Lethierre 2012, anexo 5.

8) MARCO TEÓRICO.-

a. MARCO TEORICO CONCEPTUAL

Debe contener en forma explícita, los criterios conceptuales, en que se basan el ó los autores para el abordaje del problema, no se olviden que por los diferentes modismos incluso científicos es necesario conocer tácitamente las ideas del autor expresándolas en forma clara y concisa para evitar falsas interpretaciones. DEBE EVITARSE EL ENCICLOPEDISMO, es decir ese afán de acumular mucha teoría innecesaria , es decir hacerlo muy amplio, ya que el fundamento teórico no trata de exponer la globalidad teórica del problema, que podría convertirlo en un verdadero tratado de carácter genérico con poca síntesis (resumen) y orientación hacia los aspectos conceptuales básicos en el momentos de interpretar los datos concretos que se obtengan, para esto no debe olvidar que son las variables expresadas en su pregunta de investigación, las que le orientaran a fundamentar su marco teórico conceptual.

b. MARCO REFERENCIAL

Concretamente al elaborar el fundamento teórico se deben recuperar conceptos, teorías, principios, o leyes que hayan surgido en medios distintos al nuestro, es decir estudios similares que se hayan producido en ciudades, estados , países o naciones con características y problemas que podrían ser orientadores de la investigación a realizar.

c. DIFERENCIAL SEMANTICO

Es el acápite donde se expresa todos los términos interculturales: de uso propio de una comunidad, de un grupo de personas, aquellos que tiene diferentes significados según su contexto, términos técnicos de alta especialidad, modismos, etc., que orienten al lector para comprender el trabajo en pleno y que no confundan el contenido del trabajo.

9) OBJETIVOS

a. Objetivo general

Es la meta final de aquellos que nosotros pensamos averiguar ¿ para qué estamos estudiando? esta en íntima relación con la pregunta de investigación[5] y cuando existe hipótesis (los trabajos descriptivos no presentan más que hipótesis implícita en su introducción) es el nexo entre esta y la pregunta de investigación , formando el triángulo metodológico. Debe responder a los siguientes criterios: debe estar formulada en verbo infinitivo (comenzar con Identificar, determinar, establecer, describir, etc.), debe denotar las variables[6] de la pregunta de investigación, debe ser claro y conciso.

b. Objetivos específicos

Son las metas intermedias que sumadas hacen cumplir al objetivo general, pueden estar formuladas en orden cronológico y dan lugar al punto de las fases o pasos metodológicos del diseño de la investigación, son como las gradas que nos llevan a concluir con nuestra meta , es decir con el objetivo general.

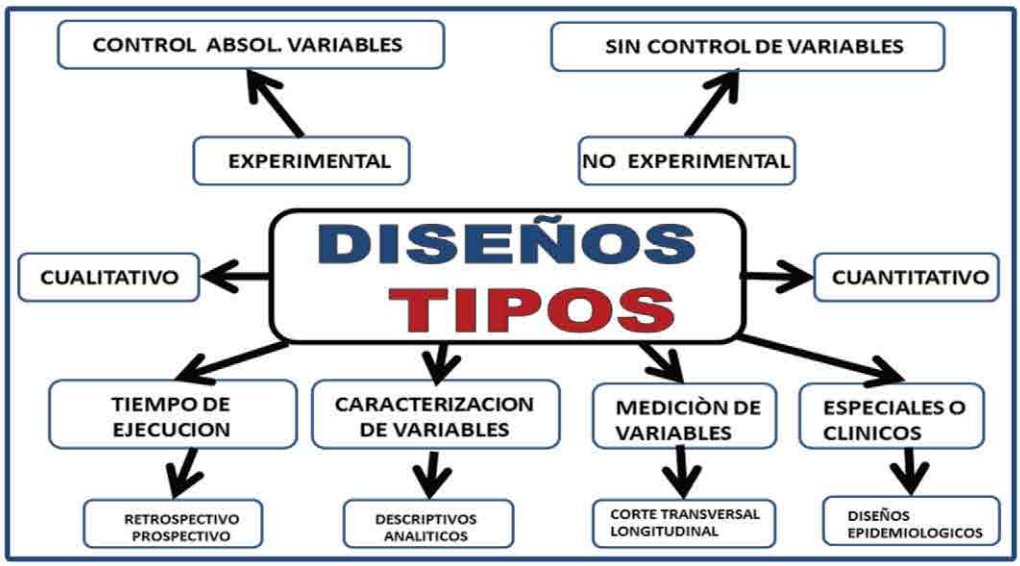
10) DISEÑO METODOLOGICO

Es la forma general en la que se va a responder a la pregunta de la investigación y se va a llegar a los objetivos de la misma " frente a un problema es necesario ubicar los medios a través de los cuales podamos resolver nuestra incógnita" . En este acápite se debe especificar, el tipo de eventos que han de realizarse, los instrumentos que serán utilizados para la obtención de la información intermedia, la población objetivo que fue involucrada en cada uno de los objetivos definidos, los indicadores que se utilizarán los mecanismos para su procesamiento y análisis estadísticos, cuando amerite.

a. Tipo

Existen diferentes tipos de diseños y tipos de investigación, que varían no solo por la percepción del investigador sino de la línea filosófica que le dé la investigación, aquí solo demostramos algunas de las más utilizadas en este nivel, tal y como demostramos en el siguiente cuadro anexo

CUADRO N°6



Fuente: Metodología de Lethierre 2012, anexo 6.

b. Población de referencia.

El carácter predecible de la ciencia la habilita para poder generar resultados parecidos en contextos equivalentes a la población de referencia. Es decir, el problema que se aborda puede ser también de otra institución de salud en la cual se hace necesaria y factible una intervención para mejorar el mismo y para esto la investigación habría probado una forma de abordaje.

c. Población de estudio (Muestra).

Son las unidades de intervención, sean estas persona, grupos organizados, comunidades enteras, instituciones, en las que se van a realizar las acciones del estudio. Debe llevar criterios de inclusión y exclusión de los participantes.

d. Delimitación geográfica.

Son las características, ubicación, límites, del área de intervención.

e. Delimitación temporal.

Concretamente es el tiempo en el que se va a realizar el estudio, generalmente es una explicación somera del cronograma.

f. Variables objetivo o de estudio.

Son las características de las unidades de intervención que se van a estudiar, tienen que tener la propiedad de variar, y ser susceptibles de ser medidos. Existen las variables independiente o de causa es decir la que "va a provocar" y la dependiente o de efecto o la "que va a ser provocada", se deben considerar las variables intervinientes o terceras variables que pueden afectar los resultados de la investigación, tal y como demostramos en el siguiente cuadro anexo

CUADRO N°7



Fuente: Metodología de Lethierre 2012, anexo 7.

g. Operacionalización de variables

Toda variable, en este tipo de investigación debe ser medida, para lo cual el investigador debe identificar indicadores e instrumentos para este fin. Una forma de poder lograr aquello es la operacionalización de variables que significa el hacer medible la misma, para esto se debe defragmentar el concepto de la variable desde dimensiones hasta que se plasman en preguntas concretas, para ser utilizadas en el instrumento de medición del problema.

CUADRO N°8

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION OPERATIVA	DIMENSION	CATEGORIA
CARACTERISTICA	TU PROPIA DEFINICION	PARTES DE TU VARIABLE	PARTES DE TU DIMENSION
INDICADOR	ESCALA	ITEM	CUESTIONA-MIENTO
LAS RESPUESTAS/ ESTADISTICAS A MEDIR	COMO MIDES LAS VARIABLES	ORDEN POR IMPORTANCIA	PREGUNTA QUE FORMULAS

Fuente: Metodología de Lethierre 2012, anexo 8.

h. Fases o pasos metodológicos.

Son los pasos concretos que se va realizar para responder a la pregunta de investigación suele coincidir con los objetivos específicos. (Es ahí donde se detallar cada uno de los pasos realizados para que la investigación se haya llevado a cabo: Planificación, organización, etc.)

i. Cuestiones éticas

Se deben considerar en especial el consentimiento informado, es decir el participante tiene que saber de su condición y debe manifestarlo por escrito en un acta, documento, firmando las encuestas o con aprobación de los actos a realizar, dicha información debe estar en anexos.

j. Cronograma

Existen varias formas de realizar un cronograma de actividades, donde s e detalla cada uno de los pasos a realizar desde la generación de ideas hasta la escritura del trabajo de investigación (manual a través por ejemplo del esquema de Gant ò con medios informáticos, como ser el paquete MS Proyect), como investigadores Uds. Deben saber tomar decisiones, tal y como demostramos en el siguiente cuadro:.

CUADRO N°9

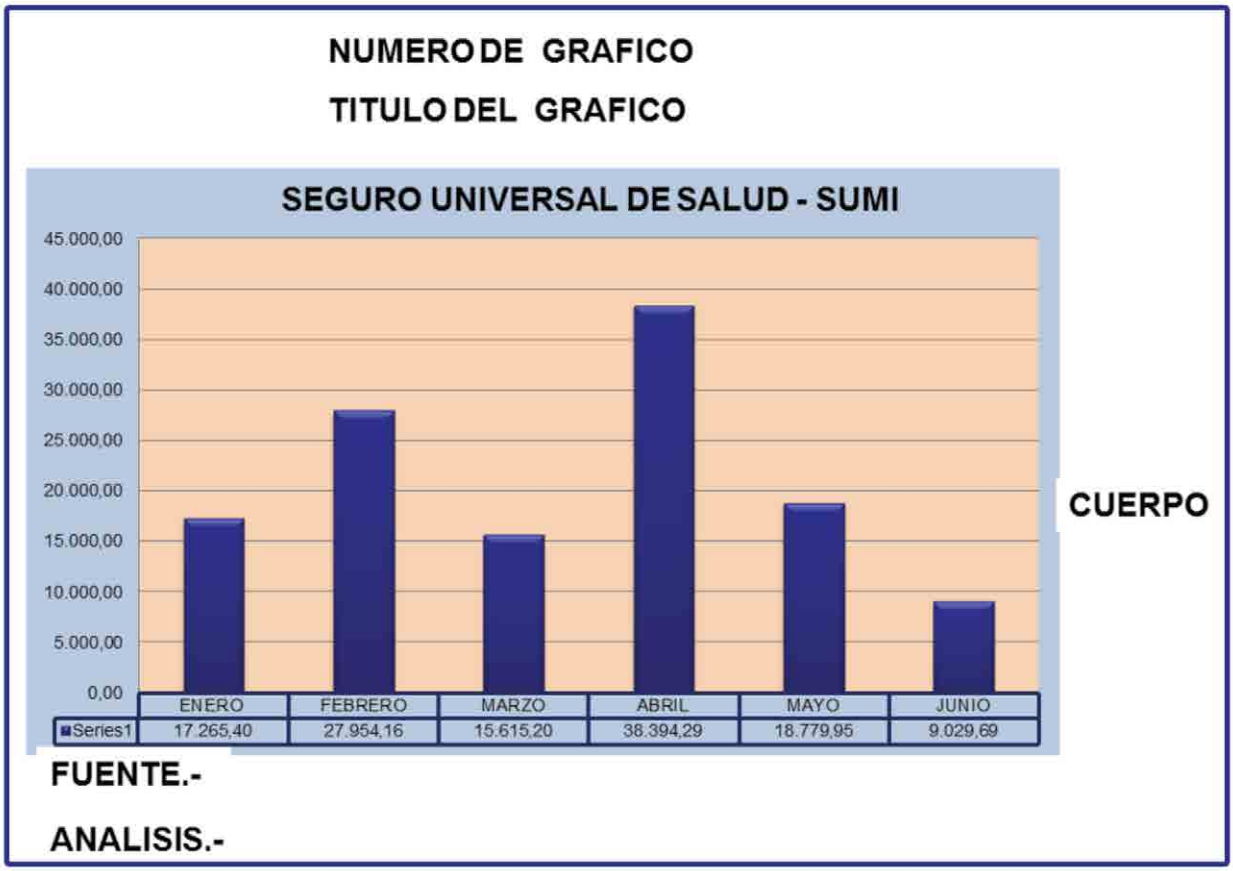


Fuente: Metodología de Lethierre 2012, anexo 9.

11) RESULTADOS.

Cada uno de los datos obtenidos de los diferentes instrumentos generados para la investigación se transformaran en información/resultados, esta información debe ser sistematizada, ordenada, tabulada, y luego expuesta de manera gráfica (cuadros, tablas y/o gráficos), para posteriormente ser analizadas (siempre ponderando lo más llamativo y lo menos llamativo, el porqué de dicha diferencia). Los mismos deber cumplir con los siguientes requisitos expuestos en el siguiente cuadro anexo:

CUADRO N°10



Fuente: Metodología de Lethierre 2012, anexo 10.

12) DISCUSION

No todos los trabajos de investigación tiene discusión, solo cuando lo que se obtuvo como resultados producto del trabajo de investigación son completa y parcialmente diferentes a los que se identificó en el marco referencial (trabajos similares al suyo, pero en diferente contexto) en este texto se trata de explicar cada una de las diferencias, sustentadas en su marco referencial.

13) CONCLUSIONES.

No se olviden que la conclusión es "la respuesta comprobada a su pregunta de investigación", y es asì que debe ser escrita siguiendo el formato de la pregunta de investigación.

14) RECOMENDACIONES/ ACCIONES.

A partir de los resultados y conclusiones, se deben animar a responder a través de acciones (estrategias) a cada uno de los problemas identificados con respuestas concretas, factibles de realizar (posibles desde el punto de vista económico, de recursos humanos y de tiempo)

15) BIBLIOGRAFÍA

Se debe utilizar Normas Vancouver, las mismas tiene las siguientes características; si se utiliza cualquier tipo de material bibliográfico (textos, revistas, videos, etc.) se debe utilizar los siguientes parámetros por ejemplo:

- Zegarra B.: METODOS DE INVESTIGACION, cap. Ensayos clínico, Ed. 2da. Edt. Brugeira. México 2002, págs. 12-34.
- Rader DJ, Hobbs HH. Trastornos del metabolismo de las lipoproteínas. En: Barnes PJ. Longo DL, Fauci AS, et al, editores. Harrison principios de medicina interna. Vol 2. 18a ed. México: McGraw-Hill; 2012. p. 3145-3161.

En caso de ser bibliografía extraída u obtenida una página web, se debe realizar de la siguiente forma:

- Vitoria JC, Bilbao JR. Novedades en enfermedad celíaca. An Pediatr [Internet]. 2013 [citado 14 Feb 2013];78(1):1-5. Disponible en: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S169540331200

16) ANEXOS

Este acápite tiene un orden claro y este es; 1.- tablas, cuadros o gráficos, 2.- mapas o isócronas, 3.-fotos de acción, 4.- cuestionarios o fichas de recolección de información vacía, 5.-notas, cartas, consentimiento informado, permisos, etc.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.-

1. *Creswell, J. W. RESEARCH DESIGN: QUALITATIVE, QUANTITATIVE, AND MIXED METHODS APPROACHES, 2.da Ed, Londres: Sage. 2003.*
2. *Creswell, J. W. (2009). RESEARCH DESIGN: QUALITATIVE, QUANTITATIVE, AND MIXED METHODS APPROACHES, 3ra Ed. Londres: Sage, 2009.*
3. *Lethierre, METODOLOGÍA DE LETHIERRE, 2012.*
4. *Zegarra B.: METODOS DE INVESTIGACION, cap. Ensayos clínico, Ed. 2da. Edt. Brugeira. México 2002, págs. 12-34.*

BIOESTADÍSTICA BÁSICA

Dra. Liliam S. Belzu Cuba
Medico de Planta, C.S. Agua de la Vida, Red Nº 3 Norte Central

Dra. Ángela Lucia Mendoza Guachalla
Prof. Téc. Unidad de Redes y Servicios de Salud

Objetivo de aprendizaje.-

Generar una buena aplicación de la bioestadística en los trabajos de investigación de los estudiantes designados al SSSRO, bajo un modelo sencillo y de fácil aplicación.

Este texto, es un buen punto de partida para el conocimiento e interiorización de la teoría estadística por parte de estudiantes que no aprecian el análisis lógico, pero paradójicamente es el que mas utilizaran en su vida profesional, al mismo tiempo servirá a profesionales noveles y experimentados, quienes en el afán de coleccionar conocimiento, olvidaron pautas tan simples pero tan fácticas, en el entendido de hacer de la práctica estadística una profesión.

Hoy, precisamente se gesta un texto que ni de lejos intenta ser la panacea de la estadística, simplemente quiere demostrar que la estadística, ciencia "odiada" por la mayoría de los estudiantes de salud, se puede enfocar de manera lúdica, práctica y amena, así es que si te animaste a leer este texto, prepárate¡¡ por que trataremos de llevarte desde el principio mas simplistas hasta la complejidad numérica pero de una forma tal, que no sentirás un camino pedregoso sino allanado de ideas frescas que rememoran conceptos antiguos.

Quizá uno de los problemas que causan más dificultades al estudiante de medicina, odontología y enfermería, reside, en comprender cual es la finalidad de la estadística y cuál su aplicación en el área de salud, mas aún en el campo de la investigación, que hoy por hoy se ha transformado en la actividad de mayor proyección internacional más en el campo de la investigación.

DEFINICIÓN.-

Por estadística entendemos los métodos científicos por medio de los cuales podemos recolectar, organizar, resumir, presentar y analizar datos numéricos relativos a un conjunto de individuos u observaciones y que nos permiten extraer conclusiones válidas y efectuar decisiones lógicas basadas en probabilidades de las que surgirán dichos análisis. Utilizamos la estadística para aquellos casos en los que tenemos una gran cantidad de observaciones y cuya aparición se rigen por las leyes del azar o aleatorias.

CUADRO N°1



Fuente: Bioestadística de Lethierre 2013, anexo 1.

Puede decirse que la estadística es una disciplina que tiene por objeto el estudio de los fenómenos que se presentan en grandes números y en condiciones generalmente complejas, es decir, el estudio de los fenómenos atípicos.

III. BIOESTADISTICA.-

La palabra BIOESTADISTICA no es más que las ciencias estadísticas aplicadas a las fenómenos vitales o aquellos donde intervengan los seres vivos como parte del problema, La palabra bioestadística cuya derivación proviene de las voces griegas BIO = VIDA ESTATUS = ESTADO en líneas generales.

CLASIFICACION DE LA BIOESTADISTICA

Al igual que la estadística, es la disciplina orientada al área de la salud se ha clasificado en dos grandes ramas :

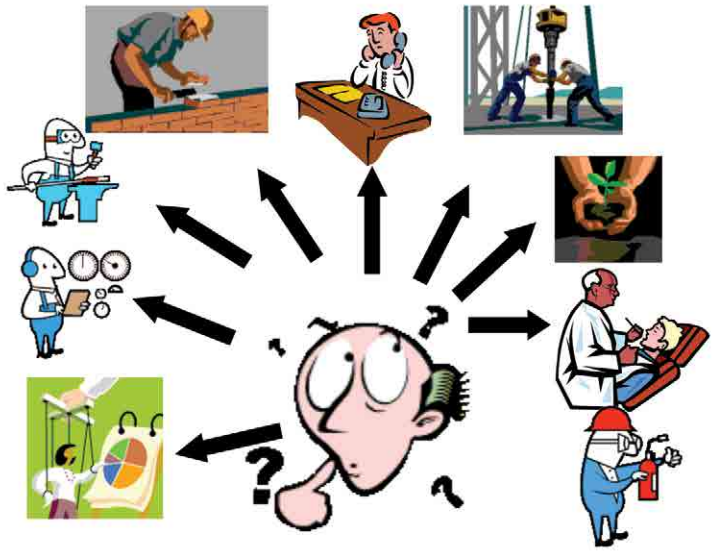
- **Bioestadística Descriptiva:** La estadística descriptiva analiza, estudia y describe a la totalidad de individuos de una población, su finalidad es obtener información, analizarla, elaborarla y simplificarla lo necesario para que pueda ser interpretada cómoda y rápidamente y, por tanto, pueda utilizarse eficazmente para el fin que se desee.
- **Bioestadística Inferencial:** Trabaja con muestras, subconjuntos formados por algunos individuos de la población, de donde se infiere aspectos relevantes con un grado de confianza que permite establecer previsiones y conclusiones generales sobre una población a partir de los resultados obtenidos de una muestra.

APLICACIONES DE LA ESTADÍSTICA

Desde los albores de la historia de la estadística e indirectamente de la bioestadística, nos hemos preguntado para que nos servirá esta ciencia, en nuestra vida diaria y mucho más en nuestra desempeño profesional, desde estudiantes en su generalidad, nos hemos visto en la imperiosa necesidad de aplicar nuestros escasos conocimientos matemáticos tan solo con nuestro sentido

común que en realidad es el menos común de nuestros sentidos, dejando de lado nuestra LÓGICA, quizá por esta aversión estudiantil a una ciencia novel nos hayamos imaginado barreras para su aprendizaje y mucho más para su aplicación, con estas consideraciones mencionemos que la Estadística, según hemos visto en sus orígenes históricos, ha ido ligada a las cuestiones de Estado, siendo la organización de las estadísticas oficiales un hecho reseñado como fundamental en todos los países, sobre todo en aquellos que pertenecen al tercer mundo. Pero tiene muchas otras importantes aplicaciones. Señalamos a continuación una selección de dichas aplicaciones.

CUADRO N°2



Fuente: Bioestadística de Lethierre 2013, anexo 2.

- **BIOLOGÍA, MEDICINA, ODONTOLOGÌA, ENFERMERÌA Y VETERINARIA:** En cualquier estudio de tipo experimental la Bioestadística es utilizada en toda su extensión, habiendo nacido en los últimos tiempos la asignatura de Bioestadística con esta finalidad. Como ejemplo la en Genética, los estudios sobre herencia son los más desarrollados en base a esta ciencia al mismo tiempo es utilizada como herramienta para avizorar ò prevenir enfermedades endémicas, epidemias y sobre todo pandemias como el SIDA ò SIDNA ,entre otras enfermedades que producen morbilidad pero sobre todo mortalidad masiva.

TEORIA DE LAS VARIABLES.-

Desde el origen de la humanidad, el ser humano ha llegado a observar una serie de características que han motivado a la creación de obras insignes, que lo han exaltado, indignado e incluso dieron origen a guerras por ejemplo: "La guerra de Troya causada por la belleza de una mujer, Helena" a desencadenado la locura como la búsqueda de la perfección por Arquímedes, Sócrates y Platón, al mismo tiempo el ser humano desde la edad primitiva, se vio en la necesidad de representar en forma gráfica (numérica) sus posesiones y pertenencias, compararlas con sus semejantes e iniciar intercambios (trueques) cuyo beneficio mutuo repercutía en su manera de vivir, posteriormente filósofos contemporáneos como Albert Einstein, Peter Night, entre otros, lograron entender la importancia de operabilizar variables para una investigación con rigor científico.

Todos estos sabios y filósofos habían comprendido que el objetivo final de una investigación es el de obtener información capaz de cambiar ò modificar la realidad a través de eventos comprobados, de ahí que la bioestadística utilice como elementos de estudio a grupos de personas (población), cosas, áreas geográficas, tiempos específicos, características que son susceptibles de ser medidos, entre ellas podemos mencionar a las siguientes:

POBLACIÓN.-

Conjunto de elementos ò personas que presentan por lo menos una característica de un fenómeno a estudiar por ejemplo los universitarios de la carrera de odontología ò de la carrera de medicina ò de ingeniería, etc.

CLASIFICACION DE LAS POBLACIONES.-

Las poblaciones se clasifican en dos dependiendo del tipo de característica que presenta,

a. **Población finita,** es aquella que tienen un número limitado ò definido de elementos, por ejemplo si nosotros quisiéramos conocer las estaturas de los administrativos de la universidad, o si quisiéramos conocer la residencia de los de los asegurados en la Caja Petrolera sería muy fácil por que esta población esta cautiva en un determinado lugar, y por ende están registrados, se simboliza con la letra "N" mayúscula.
b. **Población infinita,** es aquella que no tienen límite es decir que se desconoce cuantos son los componentes de conjunto de elementos, por ejemplo las estrellas del firmamento, el número de cabellos de una determinada persona, número de pensamientos, número de espermatozoides en un determinado tiempo y espacio, etc.

POBLACION OBJETO Ò BLANCO.-

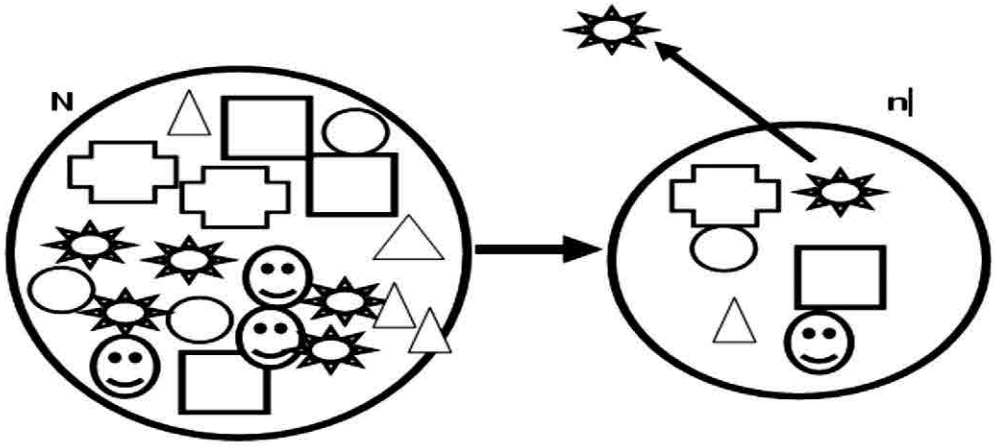
Se denomina población blanco ù objeto, ha aquella que específicamente se elige del universo para ser estudiada, experimentada u observada. Ej. de todo Bolivia solo se estudia las personas de La Paz ò de todo la UDABOL solo se desea estudiar a los estudiantes de la carrera de Ingeniería que cursan el tercer semestre ò por ejemplo de los universitarios, solo deseo estudiar a los estudiantes de la carrera de medicina, del segundo semestre pero que cursan EMBRIOLOGÌA, del sexo masculino y que usan lentes , u otro ejemplo, de todas las mujeres de La Paz se desea estudiar a las mujeres entre 15 a 25 años con residencia en Sopocachi, casadas pero sin hijos.

MUESTRA.-

Parte más representativa de un todo, ò subconjunto del universo ò la parte más significativa de una agrupación de elementos, con características comunes. (n) Por ejemplo, sí nosotros quisiéramos establecer de manera correcta una muestra significativa de la población boliviana, se debería utilizar una parte de los pobladores de Santa Cruz, La Paz, Cochabamba, etc., , es decir una parte de todos los diferentes departamentos, (varones y mujeres), pero aquí intervienen dos procesos que se debe evitar EL SESGO y el AZAR (SUERTE), procesos que normalmente hacen que un resultado sea poco creíble y confiable, lo que determinaría un derroche insulso de tiempo, para un investigador .

CUADRO N°3

En el ejemplo podemos observar universo, población y muestra, siendo esta última las figuras estrelladas lo más representativo del todo:



Fuente: Bioestadística de Lethierre 2013, anexo 3.

UNIVERSO.-

Es también considerado como población general ò total de la población, al conjunto de elementos ò personas que presentan más de una característica de un fenómeno a estudiar ò más de una variable a observar, por ejemplo cada persona un sin fin de variables (edad, sexo, características físicas, sociales, raciales, etc.), otro ejemplo los residentes brasileños ò peruanos que presentan múltiples variables (etnia, idioma, hábitos, modismos, manerismo, etc.).

Sí se les pidiese identificar el objeto de estudio, objetivo del estudio ,el Universo, la población blanco, la muestra, ¿QUÉ ES LO QUE DEBEMOS HACER ?

- Lo primero que se debe realizar es un ordenamiento y manejo de definiciones, donde se tengan ideas claras.
- Lo segundo que se debe realizar para confirmar las ideas previas es preguntarse ¿en quienes estudiaremos el fenómeno o problemas? Si nos respondemos esta pregunta habremos resuelto el objeto de nuestro estudio, si nos preguntamos ¿qué es lo que queremos estudiar? habremos resuelto el objetivo de la investigación ò del problema, si nos respondemos ¿dónde se realizó ò se realiza ò se realizará el estudio? conoceremos el universo ò la población blanco ò la muestra ***(sin olvidarse que la población más grande es el universo, la de menor cantidad es la población objeto de estudio y la población mínima es la muestra, siendo esta la más significativa).***

En el siguiente estudio "RENDIMIENTO LABORAL de los TRABAJADORES DE SALUD durante la campaña de vacunación peruano boliviana, Centro de Salud Escoma, Provincia Camacho, gestión 2015 "

Identificar:

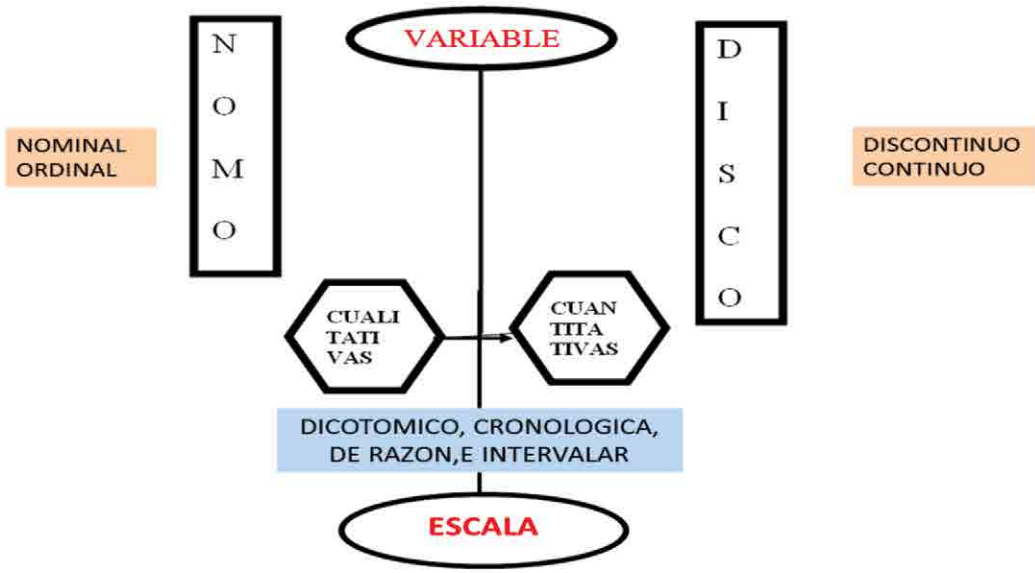
a. Objetivo de estudio .....RENDIMIENTO LABORAL- VACUNACION
b. Universo .....PROVINCIA CAMACHO
c. Población blanco .....CENTRO DE SALUD ESCOMA
d. Muestra .....TRABAJADORES DE SALUD VACUNADORES

VARIABLE.-

Es una característica o propiedad determinada del individuo, sea medible o no. Esta propiedad hace que las personas de un grupo puedan diferir de las de otro grupo en la muestra o población de estudio.

Las variables para su mejor entendimiento se clasifican en variables cualitativas y cuantitativas: (ver gráfico Nº 4 con memotécnico)

CUADRO N°4



Fuente: Bioestadística de Lethierre 2013, anexo 4.

VARIABLE CUALITATIVA.-

Son variables que representan cualidades de la muestra, o características típicas ò atípicas de una elemento, aquello que más nos llame la atención de un sujeto de estudio, como por ejemplo, belleza, amor, sexo, raza, condición nutricional, clima, color de ojos de un grupo de personas, etc.

CLASIFICACION DE VARIABLES CUALITATIVAS.-

Las variables cualitativas se clasifican en:

- **Variables Categóricas NOMINALES:** son variables cualitativas que NO permiten establecer un orden, valores dependen de otras variables que pueden influir en ella, también se la llama variable de respuesta. Por ejemplo la sobrevida, respuesta al tratamiento, evolución, el hecho de ser universitarios de diferentes carreras, el ser estudiantes, el ser profesionales, no representa un orden específico, SEXO, RAZA etc., si tomamos en cuenta el sexo de un determinado paciente, no existe un ordenamiento específico si este es varón ò mujer, ò sí es mujer ò varón, si es de raza blanca ò negra ò negra y blanca, no existiendo un orden claro entre ambas variables.
- **Variables Categóricas ORDINALES:** estas si permiten establecer un orden determinado, una gradación, que permite diferenciar unos de otros según la característica objeto de estudiar , por ejemplo los grados de la milicia (Soldado, sargento, suboficial, oficial, general), los grados académicos (estudiante, docente, coordinador, jefe académico, vicerrector, rector), los pisos

de un edificio (Primer. Segundo, Tercer, Cuarto, etc.), la jerarquía administrativa (Obrero, Empleado, Subjefe, Jefe), la clasificación de tipos de caries (tipo I, II, II etc.), los grados de gingivitis, los grados de neumonía, diarrea, etc.

- **Otras variables categóricas:** Dicotómicas, son las que tienen dos valores fijos y excluyentes entre si como la evolución, presencia o ausencia de una enfermedad o característica en la muestra. ,por ejemplo el pertenecer a un determinado club de futbol ,ò el de tener uno u otra preferencia sexual, el sexo, el de gustarle un determinado color , donde solo se le da dos opciones para elegir y una sola respuesta ò variable ò característica como respuesta, ante una pregunta directa ¿es Ud. bolivarista ò strongista? La respuesta puede ser ò bolivarista ò strongista (dos opciones y una respuesta)

VARIABLE CUANTITATIVA.-

Son las que se puede representar con números , es decir son aquellas que se pueden medir, habitualmente se clasifican en dos tipos de variables las discontinuas ò discretas y las continuas ò concretas ò numéricas propiamente dichas

- **Variable DISCONTINUA,** o sea que NO posee una continuidad, es decir que entre dos variables no se puede tomar otro valor numérico (solo puede tomar valores unitarios ò enteros, no aceptando decimales, quebrados ni porcentajes).

  Por ejemplo el número de dedos de una mano, el número de ojos, el número de hijos, el número de caries, etc.

  1 -------2-------3----------4-------etc.

- **Variable Numérica ò CONTINUA,** o sea que posee una continuidad entre dos variables donde se puede tomar otro valor numérico (tomándose valores relativos aceptándose decimales, quebrados y porcentajes) Por ejemplo la edad, hematócrito, transporte de oxigeno, altura, peso, frecuencia cardiaca o respiratoria, dosis de un medicamento, tiempo, etc..

1 - 1,1- 1,2- 1,3 - 1,4 - 1,5 - 1,6 - 1,7 - 1,8 - 1,9 -

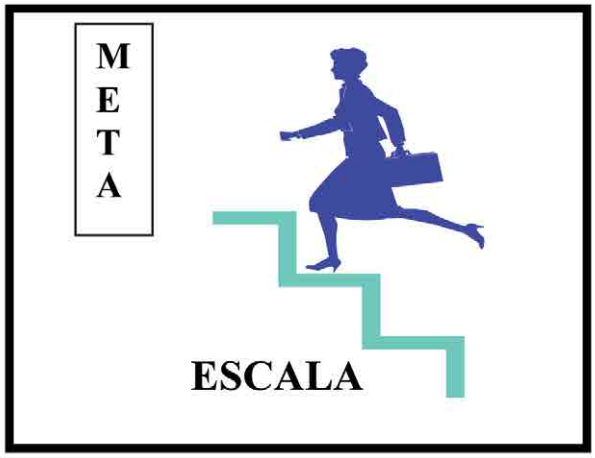
ESCALAS DE MEDICION.-

Como sabemos las características personales como estatura, edad, género, habilidades, tamaños de un determinado grupo se los conoce como variables, sabemos que existe una gama muy diferenciada de variables de las cuales se pude extrapolar diferentes escalas para ser medibles, la aplicación de la bioestadística para medir característica y valores tanto cualitativos como cuantitativos a través de la utilización de escalas que permitan medir de mejor manera un resultado obtenido.

MEDICION DE VARIABLES.-

Antes que una variable sea tratada estadísticamente debe ser observada/medida para un conjunto de unidades observacionales, las unidades observacionales son aquellos entidades que se observan, cuando las observaciones se cuantifican (es decir se expresan numéricamente) se dice que los números son medibles, una medición es una observación que se expresa físicamente ò en forma numérica, es decir cuando se le otorga un valor determinado según su magnitud.

CUADRO N°5



Fuente: Bioestadística de Lethierre 2013, anexo 5.

De lo anteriormente mencionado podemos deducir que existen diferentes formas de medir variables, algunas se las puede medir directamente por ejemplo la temperatura, la tensión arterial, la inteligencia, y otros en forma indirecta, como el grado de aprovechamiento de una determinada asignatura, la eficiencia, eficacia, el amor, ser romántico, ser buen ò mal estudiante, etc.

Algunos de esos métodos de evaluación ò de medición de variables (escalas) podrían arrojar datos numéricos u otros podrían ser expresados en palabras, de esto depende la credibilidad de la investigación basada en la exactitud, conveniencia, y significado de las mediciones que podrían ser el origen de las conclusiones, recomendaciones y acciones , fruto de la resolución del fenómeno ò problema. Una ves que agrupamos estas características de los individuos ò de los elementos observados (variables) en categorías ò en grupos ò clases, esta agrupación de característica comunes ò similares nos permite clasificarlas en :

Frente a la pregunta:

¿Cuál es la nacionalidad de Martha Gonzáles?
Cuyas posibles respuestas son Boliviana, Peruana, Ecuatoriana, Paraguaya, China o Brasilera

¡¡NO SE DEBEN OLVIDAR QUE LA PREGUNTA REPRESENTA A LA ESCALA-VARIABLE A MEDIR, Y LAS VARIABLES SON SUS POSIBLES RESPUESTAS.

CLASIFICACION DE LAS ESCALAS.-

Las Escalas al igual que las variables se clasifican en cualitativas y cuantitativas, al mismo tiempo se sub dividen en:

"CARLOS CUENTA ESCALAS "

ESCALA NOMINAL Ò CLASIFICATORIA.-

Este tipo de variables no presentan un ordenamiento previo, más al contrario es arbitraria, por ejemplo

- Variable : PROFESION
- Escala : INGENIERO
  : MEDICO
  : ABOGADO
  : ENFERMERO
  : ODONTOLOGO

ESCALA ORDINAL.-

Las variables susceptibles de ser medidas siguiendo un ordenamiento (orden), formada por una clase mutuamente excluyentes, que se agrupan de acuerdo a un orden pre asignado. Por ejemplo

- Variable : GRADO DE INSTRUCCION
- Escala : PRIMARIAS
  : SECUNDARIA
  : SUPERIOR
  : POST SUPERIOR

ESCALA DISCRETA Ò DISCONTINUA.-

Se dice que si la variable medida es susceptible a ser contada, se puede construir una escala discreta, formada por números ENTEROS con incrementos fijos, donde las fracciones no son consideradas, para esto, se debe considerar la magnitud de los números expuestos. Por ejemplo:

- Variable : NUMERO DE HIJOS
- Escala : 1 HIJO
  : 2 HIJOS
  : 3 HIJOS
  : 4 HIJOS

ESCALA CONCRETA Ò CONTINUA.-

Cuando uno cuenta con variables de tipo cuantitativo continuo o concreto se pude utilizar este tipo de escala, cuyo requisito es él de poder presentar números relativos ò racionales (fraccionados, porcentuales y/o decimales) siendo esta medición aproximada. Por ejemplo:

- Variable : ESTATURA
- Escala : 1,65 m.
  : 1,66 m.
  : 1,67 m.
  : 1,68 m.
  : 1,69 m.

ESCALA DICOTOMICA.-

Es aquella escala que presenta tan solo dos opciones para medir la variable, siendo esta variable de tipo cualitativo ò cuantitativo dependiendo de la información ò resultado que se busque, por ejemplo:

Variable preferencia por un equipo de Futbol (football)

- Escala de medición : Bolívar y Wilsterman
- Respuesta : Bolívar ò Wilsterman

ESCALA CRONOLÒGICA.-

Es un tipo de escala cuantitativa continua, se la utiliza para estudiar algunos fenómenos en función al tiempo, algunos autores la tratan como si fuera una escala de variable independiente, permite conocer un determinado fenómeno a través del tiempo, es decir permite un seguimiento temporalizado (en el pasado, en el presente ò en el futuro).

- Variable. Cambios físico de María Gordales
- Escala de medición : al 1 año
  5 años
  25 años
  50 años
  75 años
  100 años

ESCALA INTERVALAR

Las categorías se ordenan en unidades igualmente espaciadas, siendo posible medir las diferencias relativas en cada punto de la escala, no EXISTE EL CERO ABSOLUTO, tenemos como ejemplo:

- Variable : Medición de la temperatura corporal.
- Escala : Grados centígrado ò Celsius (37º)

ESCALA DE RAZÒN

En esta escala SI EXISTE EL CERO ABSOLUTO y la magnitud de diferencia entre los valores numéricos entre sí por ejemplo:

- Variable : RELACIÒN ENTRE LAS EDADES
- Escala : Juan recién nacido (0 años)
  José 9 años (9 años más)
  Joaquín 18 años (9 años que José y 18 años más que Juan)

Ejemplo práctico extraído de la vida diaria son los siguientes:

¿Acude a sus consultorio la señorita Dana Gonzáles, soltera natural de Potosí, 23 años , con CI 238088 Pt, tez morena a trigueña, cabello castaño y corto, ojos café claros, labios gruesos y carnosos, esbelta, medidas 82, 62, 90, luego de una revisión general se obtiene los siguientes datos , tensión arterial 120/80, con cefalea (dolor de cabeza). Podrían mencionar que tipo de variables y escalas se observan en este caso? R:……..

INDICADORES EN SALUD PUBLICA: TASAS, PROPORCIONES Y RAZONES.-

¿QUÉ ES UN INDICADOR?

- Un indicador es la expresión cualitativa que refleja un aspecto del tema estudiado o una situación determinada. Es un instrumento de evaluación que expresa relación entre diez variables y permite medir directa o indirectamente las modificaciones que se presentan. Las características propias de un indicador son estar disponible, simple, tener validez, confiabilidad, sensibilidad y especificidad, es decir que sea fácil de construir, que mida lo que debe medir, identifique aquello que se desea identificar y sea apto para el análisis.

CLASIFICACION DE INDICADORES:

POR SU CONSTRUCCIÓN: Son los mas utilizados que nos **da una idea de la magnitud real del problema.**

Estos son:

a. Números Absolutos
b. Tasas
c. Razones
d. Proporciones
e. Índices

a. Números absolutos: Útiles para dimensionar un evento en términos absolutos y cuya utilidad son:

- **Estimación de requerimientos (camas, RRHH)**
  - Ej. Partos ------> dotación de camas
  - Consultas ------> dotación de profesionales
- **Denominadores estables ---> estiman riesgo**

b. Tasas: Una tasa es una forma de describir fenómenos cualitativos que ocurren en una población que se repiten en el tiempo. Es una fracción donde el denominador es el centro de los hechos referidos a un objeto y característica de la salud.

¿Qué tipo de tasas existe?

Tasas brutas o generales

Tasas Brutas o Crudas, que corresponden a la definición de arriba, es decir, describen un fenómeno manteniendo constantes únicamente el tamaño de la población y el tiempo.

- Miden riesgos globales
- Son tasas resumen
- Suelen amplificarse por 1.000 hab. Para facilitar lectura, pero siempre se considera el denominador, para dicho cálculo.

CUADRO N° 6

$$TF = \frac{\text{NUMERADOR: Nº de nacidos vivos, en un determinado lugar y tiempo}}{\text{DENOMINADOR: Nº de mujeres en edad fértil}} \times \text{CONSTANTE: 1000}$$

Tasas específicas.-

Las cuales describen un fenómeno manteniendo constante no solo el tamaño de la población y el tiempo, sino también una o más características adicionales, como la edad, el sexo o la ocupación de los afectados.

Estimador de riesgo considerando un atributo poblacional de interés:

- Enfermedad
- Sexo
- Grupo de edad
- Otros

Ej. : De uno y otro tipo de tasas, aparecen a continuación:

1. Tasa bruta de natalidad: $\frac{\text{Nº de nacidos vivos en un año}}{\text{Población a mediados del año}} \times 1000$

2. Tasa bruta de mortalidad: $\frac{\text{Nº de fallecidos en un año}}{\text{Población a mediados del año}} \times 1000$

3. Tasa de mortalidad Específica por causa: $\frac{\text{Nº fallecidos por causa x en un año}}{\text{Población a mediados del año}} \times 100.000$

c. Razones.-

Las razones son cocientes de dividir una parte del total entre la parte restante.

La razón mas utilizada en demografía es la razón de masculinidad y feminidad que nos indica la cantidad de hombres/ mujeres por cada mujer / hombre. Cuyas características son:

- Poco utilizadas
- Establecen relación entre 2 eventos
- Numerador y denominador: no relacionados

Ejemplo:

$$\text{Razón de masculinidad} = \frac{\text{Nº de hombres}}{\text{Nº de mujeres}}$$

¿QUÉ SON LAS PROPORCIONES? ¿Y EN QUE SE DISTINGUEN DE LAS TASAS?

Son el resultado cociente donde el numerador es parte del denominador, es decir es la fracción del denominador. El resultado multiplicado por 100 nos dará un porcentaje.

Proporciones describen la fracción que una especie de sucesos o entidades expresados en el numerador, representa respecto del total de sucesos o de entidades dentro del mismo género representados en el denominador.

Las tasas en cambio, es forzoso que el denominador represente la población expuesta al riesgo de que le ocurran los sucesos de la especie consignada en el numerador; dicho de otro modo, el denominador es la suma de las entidades a las cuales ocurrió el suceso (numerador), mas aquellas a las cuales pudo haberles ocurrido, pero no les ocurrió.

Tasa y proporciones son casos especiales de "frecuencias relativas". Estas relacionan en forma de cuociente, dos cantidades cualquiera.

- Muy utilizadas
- Establecen relación entre 2 eventos
- Numerador y denominador: relacionados

Interpretación:

- Señalan importancia relativa de un evento
- OJO: No indican riesgo
- No trabajan con población expuesta
- Útiles en descripción

¿CÓMO SE CALCULA UNA PROPORCION?

No debemos olvidarnos que es una proporción no es más que un estadígrafo que establece la relación de una muestra sobre la población, de la que se obtiene un cociente denominada proporción, para su análisis se establece una constante de 100 y se transforma en porcentaje.

La fórmula es:

$$\text{Proporción} = \frac{\text{Nº de sucesos o entidades de la especie o subconjunto x}}{\text{Nº de sucesos o entidades del género o del conjunto}}$$

ALGUNAS PROPORCIONES……PORCENTAJES

Son muy numerosas. Damos ejemplos importantes:

1. Proporciones de mortalidad por causa x

$$\frac{\text{Nº de fallecidos por causa x}}{\text{Nº fallecidos por todas causas}}$$

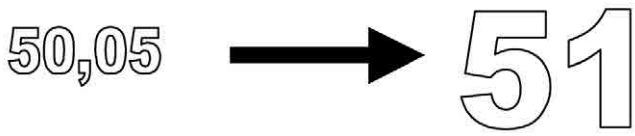
2. Proporción de muertos de 50 años y más (Índice de Swaroop)

$$\frac{\text{Nº de fallecidos por causa x}}{\text{Nº de fallecidos de toda edad}}$$

TEORIA DE LOS REDONDEOS.-

En muchas ocasiones nos vemos en la necesidad de utilizar números absolutos ò racionales, dependiendo del caso, cuantos decimales ò cuantos enteros y decimales debemos utilizar solo lo puede normar nuestro criterio, ò nuestro sentido común pero si deseamos transformar ese sentido común en un sentido científico deberemos forzosamente utilizar artificios matemáticos destinados a facilitarnos la tarea, de ahí que se haya inventado la manera de disminuir el número de dígitos de una cifra a través del redondeo.

CUADRO N° 7



Fuente: Bioestadística de Lethierre 2013, anexo 6.

REDONDEO.-

Es la manera más adecuada y exacta de transforma un número entero precedido de decimales (Ej. 34,3892) en un número que solo presente el número de decimales que nosotros veamos convenientes, por ejemplo dos decimales Ej. : 34,39

Una de las explicaciones de él porque se utiliza el redondeo, se fundamenta en que por lo general los resultados de los diferentes estudios utilizan la combinación de variables tanto cualitativas (Ej. sexo) como cuantitativas (Ej. 4), estas últimas en especial las continuas (Ej. 23,11) consideran el exceso de números enteros precedido de decimales (Ej. 24,628394859) como resultados final en la medición o el cálculo realizado, pero como se darán cuenta el número exagerado de valores numéricos (decimales) NO nos permite utilizar la información adecuada y objetiva, de ahí que se pueda evitar este problema operativo a través del REDONDEO.

CLASIFICACION DE REDONDEO.-

Para su mejor ENTENDIMIENTO el redondeo se clasifica en los siguientes (ver memotécnico):

"RENE REDON**DEA**"

CUADRO N° 8

"RENE REDON**DEA**"

CUADRO N° 8

D	efecto
E	xceso
A	proximaciòn

Fuente: Bioestadística de Lethierre 2013, anexo 8.

Memotécnico que nos permite comprender los diferentes tipos de redondeo según su importancia y grado de utilización en la vida diaria, aún más en nuestra profesión que no está exenta de este tipo de cálculo:

a) Redondeo por defecto

b) Redondeo por Exceso

c) Redondeo por Aproximación

CUADRO N° 9



Fuente: Bioestadística de Lethierre 2013, anexo 9.

• *EJERCICIO DE APLICACIÒN DIARIA.-*

Ud. es un profesional en salud que concluye su año de provincia en la comunidad Incallajta (Prov. Omasuyos) , debe presentar sus informes finales al SEDES - La Paz, y se da cuenta que los números obtenidos de la tabulación de pacientes atendidos durante esa gestión es de:

- Atención clínica 21,005 por mes
- Atención comunitaria 21,345 por mes
- Atención ambulatoria 52,555 por mes
- Atención mujeres fértiles 17,119 por mes
- Atención menores 5 años 6,7129 por mes

Y le piden que la información sea solo en número enteros ò con un solo decimal, le indican a demás que Ud. deberá realizar redondeo por aproximación ¿Cuáles serán los resultados que deberá mandar al SEDES - La Paz?

R.....

TEORIA DE LAS FRECUENCIAS.-

Tablas estadísticas, recopilaciones numéricas bien estructuradas y fáciles de interpretar de las que se vale el estadístico para sintetizar los datos obtenidos con el fin de hacer uso sencillo de ellos o bien para darlos a conocer de forma comprensible.

Existen infinidad de tablas estadísticas, pero las más básicas son las tablas de frecuencias, las de frecuencias relativas y frecuencias absolutas, y/o acumuladas, las de frecuencias con datos no agrupados (simples) y las frecuencias agrupadas en intervalos de clase, las de una ò doble entrada.

TABULACION.-

Una vez realizado el trabajo de campo y recolección de la información a través de encuestas, entrevista personales, revisión documentada o cualesquier otra técnica se pasa al proceso de tabulación ù ordenamiento de los datos recabados, la confección de cuadros, gráficos y toda ayuda disponible para luego analizar la información.

Tabular es ordenar y contar para realizar este ordenamiento y conteo; hay dos tipos tanto de ordenamiento como de métodos de conteo, los que realiza pasos similares, por ejemplo tenemos:

- Pacientes del Hospital San Gabriel que cursan Diabetes mellitus, cuyas edades fluctúan entre 17 años hasta 33:

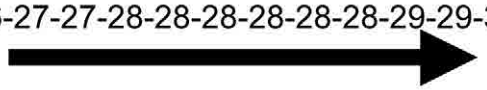
  29-30-24-27-19-28-18-18-22-24-26-26-26-25-27-33-33-32-31-20-17-17-18-19- 22-25-26-24-28-30-31-30-30-30-30-30-18-19-20-20-23-25-21-28-29-28-28-28
- Como se darán cuenta esta serie de datos (edades) no nos permiten en forma objetiva identificar los fenómenos que se repitan con mayor frecuencia, y menos personalizar alguna de esta información.

ORDENAMIENTO.-

Tomando en cuenta el anterior ejemplo es necesario realizar un procedimiento estadístico para que la información pueda utilizar de mejor manera , pero sobre toda sin perdida de tiempo, para esto se ha ideado el ORDENAMIENTO tanto en sentido ASCENDENTE o DESCENDENTE, pudiéndose realizar de la siguiente manera :

Ascendente: es decir del número menor al número mayor:

17-17-18-18-18-18-19-19-19-20-20-20-21-22-22-23-24-24-24-25-25-25-26-26-
26-26-27-27-28-28-28-28-28-28-29-29-30-30-30-30-30-30-30-31-31-32-33-33



Descendente: es decir del número mayor al número menor:

33-33--32-31-31-30-30-30-30-30-30-30-29-29-28-28-28-28-28-28-27-27-26-26-
26-26-25-25-25-24-24-24-23-22-22-21-20-20-20-19-19-19-18-18-18-18-17-17-

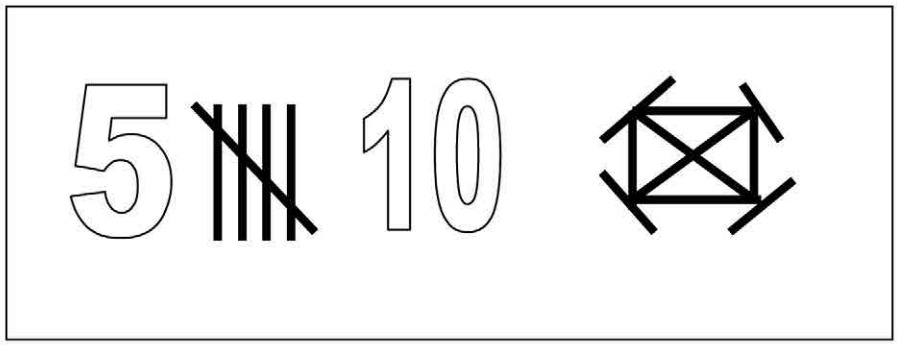


Pero a pesar de estar ordenada esta información todavía es inútil, ya que no nos permite a simple vista determinar el número exacto de variables numéricas para esto es necesario realizar uno de los siguientes métodos de conteo

METODO DE PALOTEO (ESTACAS).-

El conteo por palotes ò paloteo es muy utilizado desde los orígenes de la historia, los romanos utilizaban un sistema muy similar de representar gráficamente sus pertenencias, consiste en graficar unidades con palotes horizontales o verticales, entrecruzados ò simplemente que adopten figuras cuadriláteras. Por ejemplo

CUADRO N° 10



Fuente: Bioestadística de Lethierre 2013, anexo 10.

Estos datos corresponden a edades de personas y NO nos proporcionan información rápida ni menos indican algo objetivo, pero si ordenásemos estas cifras en sentido creciente o decreciente , tendíamos una serie de números donde se observa tanto el de menor dimensión como el de mayor dimensión , esa diferencia matemática que existe entre ellos es considera rango

Rango (16/17)

17.....33

FRECUENCIA.-

Es el número de veces que se repite un determinado fenómeno o problema objeto de nuestra investigación en un tiempo y espacio , por ejemplo el número de veces que asistimos al cine, a bailar, el número de veces que comemos, dormimos, reímos, etc.

DISTRIBUCIÒN DE FRECUENCIAS.-

Es la mejor manera de no redundar aquellas cifras que se repitan más de una vez, obteniendo con esto información puntual, rápida y objetiva.

Las cifras que se repiten pueden ser agrupadas formando distribuciones de frecuencias simples, es decir la correlación de los números o fenómenos numéricos (desde 1 hasta el infinito).

Para confeccionar estas distribuciones el procedimiento se inicia ubicando los valores mayores y menores del rango, que en el ejemplo son las edades de 33 y 17 sus resta es igual al numero 16 que será la cantidad de espacios que tiene la distribución , en base a ellos se hace la columna denomina X que tienen por principio al valor de menor y final al valor mayor o viceversa (según el tipo de tabulación), colocar al lado de las cifras un palito por cada vez que se repite un número determinado para iniciar la tabulación.

Por ejemplo:

X= número de elementos ò fenómenos

F= frecuencia de repeticiones

X	PALOTEO Ò TUKEY	F
21		1
22		2
23		5
24		3
25		2
N		13

No se deben olvidar que el objetivo de la observación de una variable es determinar el número de casos con la que presenta sus valores ò clases, sin importar si estas están agrupadas, simples ò relativas .

FRECUENCIAS SIMPLES.-

La columna que titula frecuencia simple, tiene datos absolutos (es decir números enteros) que se obtuvieron al palotear el grupo de edades d e revisión, también tenemos a las denominadas frecuencias acumuladas, como también podría haber existido las frecuencias relativas e incluso de frecuencias agrupadas, a continuación explicaremos en detalle cada una de ellas.

FRECUENCIA AGRUPADA.-

Existen algunos artificios matemáticos que se utilizan en este tipo de procedimientos estadísticos para que la información obtenida sea lo más objetiva posible, por ejemplo el de utilizar frecuencias agrupadas es decir reunir a variables numéricas en frecuencias siguiendo para esto intervalos de clase (datos agrupados) por ejemplo:

Li: Límite inferior.
Ls: Límite superior.

X			
Li	***Ls***	PALOTEO	F
20	24		9
25	29		11
30	34		18
N			38

En este caso , cuando observamos frecuencias agrupadas observamos en forma más objetiva la información, si no logra presentar visualmente esta información permite que el investigador tenga una visión clara de la diferencia de magnitudes.

Al mismo tiempo se puede realizar otras operaciones estadística como por ejemplo frecuencias relativas y acumuladas siguiendo patrones y fórmulas destinadas para este tipo de problemas , por ejemplo:

Frecuencia agrupada			Frecuencia relativa	
Li.....Ls		FA	Proporción (fi)	%
20	24	9	0.23	23
25	29	11	0.29	29
30	34	18	0.47	27
N		**38**	**0,99**	**99**

- No se debe olvidar que se simboliza con "ni" al número de veces que se repite un determinado valor de una variable.
- Que "fi" es el cociente que se obtiene entre la frecuencia absoluta y el tamaños de la "n" , al mismo tiempo no se debe olvidar que "fi" es igual a la división de "ni" entre "n" (fi= ni/n ó n/ N)

TABLAS DE FRECUENCIAS RELATIVAS Y FRECUENCIAS ACUMULADAS.-

Estas tablas constan de dos columnas, en la primera se escriben los valores de la variable, xi. En la segunda las correspondientes frecuencias, fi.

Estas sencillas tablas se utilizan, únicamente, cuando la variable es discreta y admite pocos valores

Frecuencia simple		Frecuencia relativa	
ESTADO CIVIL	F (ni)	Proporción (fi)	%
Soltero	11458	0.364	36.4
Casado	1703	0.426	42.6
Viudo	839	0.210	21.0
N	4000	1.00	100

(a lo sumo, de 12 a 16). Una tabla de frecuencias se puede ampliar con nuevas columnas con las frecuencias relativas y las frecuencias acumuladas, por ejemplo

FRECUENCIAS ACUMULADAS.-

En una tabla de frecuencias, cuando la variable es cuantitativa y, por tanto, los distintos valores de la tabla aparecen ordenados de menor a mayor, se llama frecuencia acumulada de un valor de la variable a la suma de su frecuencia con las frecuencias de los valores anteriores. Por ejemplo, si al lanzar un dado 100 veces se obtienen los siguientes resultados:

f(1) = 16
f(2) = 13
f(3) = 21
f(4) = 19
f(5) = 14
f(6) = 17

Las frecuencias acumuladas se las realiza siguiendo el procedimiento matemático de suma correlativa entre el segundo de la columna A y el primero de la columna B, tal como explicamos a continuación :

fa(1) = 16

fa(2) = 16 + 13 = 29

fa(3) = 29 + 21 = 50

fa(4) = 50 + 19 = 69

fa(5) = 69 + 14 = 83

fa(6) = 83 + 17 = 100

Estos resultados se aprecian mejor en una tabla:

x_i	f_i	fa_i
1	16	16
2	13	29
3	21	50
4	19	69
5	14	83
6	17	100

Las frecuencias relativas acumuladas son las frecuencias acumuladas divididas por el número total de individuos

REGLAS GENERALES PARA LA ELABORACIÒN DE TABLAS DE FRECUENCIAS AGRAUPADAS.-

- La respuesta a la interrogante de cuantos intervalos de clase se deberá considerar para realizar estas distribuciones ,pasa por dos decisiones , la primera que sin receta el investigador escoge la amplitud así por ejemplo si el investigador quiere 4 intervalos de clase, por ejemplo entre 34 y 21 = 13 dividirá el 13 entre la cantidad 4 siendo el resultado 3,25 , si nos imaginamos que el grupo de edades constituye una línea tendremos :

21.....34

La operación realizada ha dividido esa línea en cuatro partes de la siguiente manera:

21.....i.....i.....i.....34

Si tomamos en cuenta las líneas entrecortadas cada punto equivale 3,25 unidades y se van sumando a 21 tendremos las siguientes dimensiones y valores sobre la línea .

21.....i.....i.....i.....34

24,25 27,25 30,75

- Esto nos permite establecer que en situaciones especiales podrían existir un número determinado como limite superior de un intervalo de clase y al mismo tiempo ser el límite inferior de otro intervalo de clase, lo que nos traería problemas ya que Juan de 24 años debería pertenecer a ambos intervalos de clase, para esto se ha convenido en crear la REGLA DE LOS UNOS , regla implícita , que consiste en incrementar la unidad a todas los limites inferiores de los diferentes intervalos de clase, salvo al primero, cuyo número uno se incrementa al limite superior del último de los intervalos de clase , por ejemplo

  Mario de 25 años presenta tuberculosis a que intervalo de clase pertenece:

  - Intervalo de clase A 20-25
  - Intervalo de clase B 25-31 **¿A ò B ó ambos?**
  - Intervalo de clase C 31-26

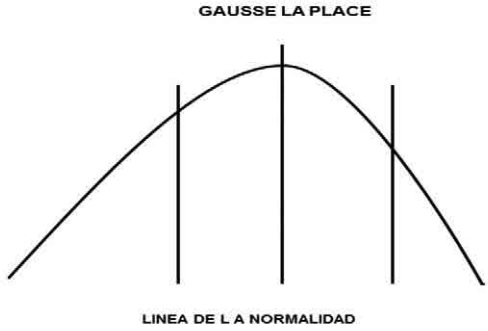
- La otra opción es la de sumar los dos limites tanto superior e inferior de cada uno de los intervalos de clase y posteriormente dividirlos entre dos , una vez redondea esa cifra ese número se denominará PUNTOS MEDIANOS O INTERVALOS DE CLASE (xi), estableciendo con esto diferencias incluso infinitesimales ò de centésimas pero diferencias al fin que nos permiten manejar de manera adecuada esta información sin cometer sesgo.

- Se debe iniciar el conteo numérico desde la primera cifra (salvo el número cero), para poder establecer el rango, amplitud el tamaño de l intervalo de clase.
- Pese a que el investigador es el que plantea el número de intervalos de clase a conveniencia , es necesario considerar de manera operativa, el uso de la " regla estandarizada " que sugiere utilizar de 3 a 5 intervalos de clase. (ya que existen cálculos logarítmicos, formales entre otros, con diferentes procedimientos no explicados aquí).

MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL.-

Las medidas de tendencia son aquellos estadígrafos que se inclinan o se orientan hacia una sector determinado de la curva de normalidad expresada en la curva de Gausse y La Place, cuando estos estadígrafos tienden hacia la zona central , zona cero o de normalidad estadística , se denominan de TENDENCIA CENTRAL por ejemplo moda, proporción y mediana (cuartiles, deciles, percentiles, etc.) mucho más cuando estas tiende a presentar una valor numérico similar (igualdad y no equidad) y de TENDENCIA PERIFERICA, a quienes se alejan en cada cálculo de la zona cero o de la línea de normalidad , entre ellas podemos mencionar a los siguientes estadígrafos: chi2, prueba p, pruebas de significancia, T de Students, prueba z, entre otras.

CUADRO N° 11



Fuente: Bioestadística de Lethierre 2013, anexo 11.

1. Medidas de tendencia central.-

La medida más evidente que podemos calcular para describir un conjunto de observaciones numéricas es su valor medio.

Las Medidas de tendencia central se caracterizan por que suelen ocupar fenómenos numéricos que se ubican cerca de la mitad de la curva, que se realiza dentro de la distribución de la frecuencia.

COMPONENTES:

a. Promedio o Media aritmética o simplemente Media Mediana (Md) o (Me)
b. Modo o moda (Mo) o (Ma)
c. Mediana
d. Cuartiles, deciles, percentiles y recorrido intercuartilar ó curva epidemiológica (Q)

a. PROMEDIO O MEDIA ARITMETICA.-

Es aquel valor que se obtiene de la división de todos lo valores , sobre el número de veces que se repiten cada una de sus unidades de estudio ó la manera de estandarizar la información de un determinado fenómeno numérico.

Ejemplo:

Se desea conocer la prevalencia de pacientes con EDAS, la edad de los pacientes es: Unidades de estudio = 25

1+1+2+3+3+4+5+6+7+7+8+8+8+9+10+11+11+12+12+13+14+15+16+17+17= 220

La sumatoria de todas las unidades de estudio, dividió entre el total de Unidades de estudio es decir 25

220 / 25 = 9

Es decir se utiliza una fórmula que expresa el mismo fenómeno:

$$\text{Promedio: } \frac{n1+n2+n3+n\ldots\ldots\ldots}{\text{“x”n}}$$

PROMEDIO EN DISTRIBUCION DE FRECUENCIA SIMPLE:

Utiliza la siguiente formula

$$x = \Sigma \frac{(x*f)}{n}$$

Las operaciones matemáticas deben multiplicar x (número) por la f (frecuencia Simple de edad de los pacientes es decir (x * f). La letra Sigma Mayúscula, representa la sumatoria de todos los resultados obtenido en (x* f) cuya sumatoria es = 361

El denominador n representa la sumatoria de Frecuencia simple es decir = 50

Ejemplo 1:

Médicos parasitólogos del C.S.I. Inquisivi de la Provincia de Inquisivi están realizando una investigación, desean conocer la incidencia de pacientes menores de 15 años con fasciola hepática, durante el segundo trimestre de 2002, las edades de los pacientes son:

14,7,11,5,10,7,3,5,14,14,11,7,6,10,3,2,8,14,6,11,2,4,9,8,13,6,13,2,10,11,4,2,6,9,7,6,12,10,12,11,9,12,10,9,12,11,5,4,3,2

a) Ordene la edad de los pacientes en sentido descendente horizontal:
14-14-14-14-13-13-12-12-12-12-11-11-11-11-11-9-9-9-9-8-8-7-7-7-7-6-6-6-6-6-5-5-5-4-4-4-4-4-3-3-3-3-3-3-3-2-2-2-2-2

b) Obtenga el promedio en distribución de frecuencia simple:

X	F	x * f
14	4	56
13	2	26
12	4	48
11	5	55
9	4	36
8	2	16
7	4	28
6	5	30
5	3	15
4	5	20
3	7	21
2	5	10
	n= 50	361

$$\bar{x} = \Sigma \frac{(x*f)}{N} \qquad \bar{x} = \frac{361}{50} = 7{,}22$$

Ejemplo 2:

Odontólogos de la localidad de Escoma, Prov. Camacho deciden realizar una campaña de detección de gingivitis hemorrágica en el Hospital Aymara, para esto cuentan con un grupo de pacientes cuyas edades se detallan a continuación, con las mismas deberán conocer cual e s el promedio de pacientes menores de 15 años con este problema:

11,4,2,6,9,7,6,12,10,12,11,9,12,10,9,12,11,5,4,3,2,14,7,11,5,10,7,3,5,14,14,11,7,6,10,3,2,8,14,6,11,2,4,9,8,13,6,13,2,10

a) Ordene la edad de los pacientes en sentido ascendente horizontal.

2-2-2-2-2-3-3-3-3-3-3-3-4-4-4-4-4-5-5-5-6-6-6-6-6-7-7-7-7-8-8-9-9-9-9

-11-11-11-11-11-12-12-12-12-13-13-14-14-14-14

b) Obtenga el promedio en distribución de frecuencia simple.

X	F	x * f
14	4	56
13	2	26
12	4	48
11	5	55
9	4	36
8	2	16
7	4	28
6	5	30
5	3	15
4	5	20
3	7	21
2	5	10
	n= 50	361

$$\bar{x} = \Sigma \frac{(x*f)}{N} \qquad \bar{x} = \frac{361}{50} = 7{,}22$$

La lectura y el análisis de este estadígrafo es el siguiente, la edad estandarizada de personas que cursan con gingivitis hemorrágica es de 7,22 años.

PROMEDIO EN DISTRIBUCION AGRUPADA EN INTERVALOS DE CLASE.-

El presente ejercicio tiene una gran similitud con el ejercicio anterior .Para esta operación se necesita de el PUNTO MEDIO o Marca de Clase (Xi) que se obtiene de los intervalos de clase. Es decir de la sumatoria y división del Li (Límite inferior) y Ls (Límite superior) entre dos

$$\text{Punto medio } Xi = \frac{Li + Ls}{2}$$

Para realizar el promedio en frecuencias agrupadas se utiliza la siguiente fórmula.

$$\bar{x} = \frac{\Sigma (x * f)}{N}$$

EJEMPLO:

Médicos de provincia del Hospital de Escoma desean conocer la frecuencia de pacientes diagnosticados con parasitosis intestinal, confirmado por examen laboratorial.

$$x = \frac{\Sigma (x*f)}{N}$$

$$x = \frac{1125}{90} = 12,5$$

Li	Xi	Ls	FA	Xi*FA
3	5,5	7	22	121
8	10,5	12	27	283,5
13	15,5	17	24	372
18	20,5	23	17	348,5
			N = 90	1125

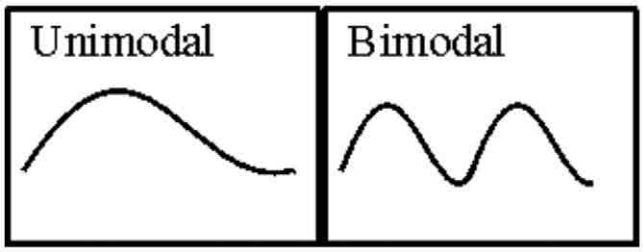
'La lectura y el análisis de este estadígrafo es el siguiente, la edad estandarizada de personas que cursan con parasitosis intestinal es de 12,5 años.

LA MODA O VALOR MODAL (Mo) ò (Ma).-

Tiene un significado bastante preciso y es de extraordinaria utilidad, aunque inexplicablemente poco utilizado en estudios socio económicos.

La moda, como su nombre lo indica, es el valor más común (de mayor frecuencia dentro de una distribución ó es la frecuencia de veces que más se repite un determinado fenómeno numérico, en forma reiterativa. Una información puede tener una moda y se llama unimodal, dos modas y se llama bimodal, o varias modas y llamarse multimodal.

CUADRO N°12



Fuente: Bioestadística de Lethierre 2013, anexo 12.

Sin embargo puede ocurrir que la información no posea moda ó que la moda se repita en forma excesiva que deje de ser moda, no se deben olvidar que quien establece la moda es el segundo fenómeno numérico que al repetirse establece el estadígrafo, por ejemplo , cuando en una comunidad existen personas de ojos claros (100%) y de pronto aparecen dos sujetos con ojos cafés, la aparición de modas de vestidos, modas de estudio, tendencias educativas, etc.

Otra concepción ,refiere que moda es el valor de la variable que presenta mayor número de veces en la frecuencia simple o valor que aparece con más frecuencia en un conjunto dado de números.

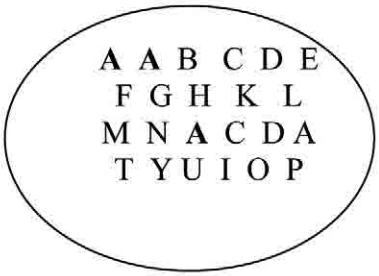
MODA EN FRECUENCIAS SIMPLES

Por ejemplo Nº 1 en el conjunto {3,4,5,6,6,7,10,13} la moda es 6. Si son dos los números que se repiten con la misma frecuencia, el conjunto tiene dos modas.

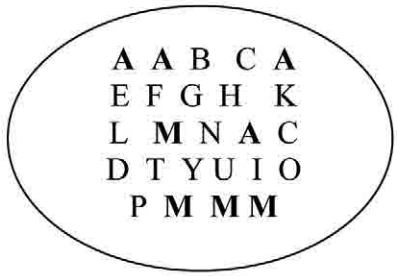
EDADES	FRECUENCIA
8	11
9	1
10	1
11	5
12	6
13	22
14	6
15	8
16	9
17	7
18	5
N =	81

MODA

NO SE OLVIDEN QUE ……no todas las frecuencias deben necesariamente tener moda o exclusivamente moda, y que el principio de cualquier frecuencia es la identificación a simple vista del número que más veces se repite o reitera, es decir moda.



UNIMODAL



BIMODAL

MODA EN FRECUENCIA AGRUPADA: Requiere de la siguiente Fórmula

Li = Limite inferior
n = Valor de una variable
a = Amplitud de intervalo

$$Mo = Li + \frac{(n-1)}{(n-1)+(n+1)} \cdot a$$

Se puede utilizar la formula abreviada o algebraica:

$$Mo = Li + \frac{(n-1)}{2(n)} \cdot a$$

El moda en frecuencia agrupada es fácil de ubicarlo pues debe considerarse la columna de frecuencia Simple y verificar cuales son los intervalos que mayor número de veces se repite y no así la frecuencias de veces que se repite un número. Se debe tomar en cuenta los siguientes puntos para utilizar la fórmula :

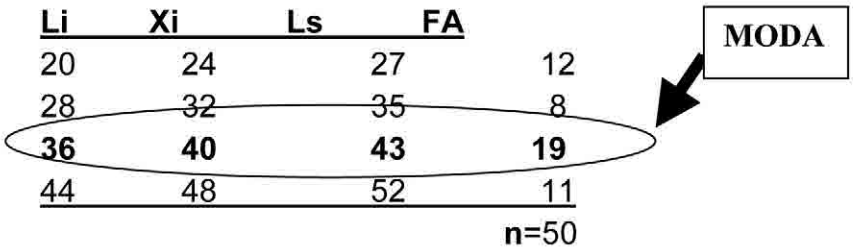
- ➔ La muestra (n) es de la moda obtenida a simple vista
- ➔ Que la letra "a" representa al rango ó amplitud
- ➔ Que siempre se debe realizar los ejercicios desde lo más complejo hasta lo mas fácil matemáticamente hablando (división, multiplicación, suma y resta)

EJEMPLO:

Se desea conocer la Moda agrupada en pacientes internados en el hospital del Tórax con diagnóstico de tuberculosis .Unidades de estudio ó población =50

La edad de los pacientes es la siguiente.

20-21-22-23-24-25-26-27-27-27-27-27-28-29-30-31-32-33-34-35-36-37-37-37-37-37-38-39-40-41--43-44-45-46-47-47-47-47-47-48-49-50-51-51-52-52-52-52-52-52



Li	Xi	Ls	FA
20	24	27	12
28	32	35	8
36	**40**	**43**	**19**
44	48	52	11
			n=50

$$Mo = Li + \frac{(n-1)}{(n-1)+(n+1)} \times a$$

$$Mo = 36 + \frac{18}{18+20} \times 8 =$$

$$Mo = 36 + \frac{18}{38} \times 8 =$$

Mo= 36 +(0,47) x 8 =

Mo = 36+ 3,8 = 39,8

La lectura de este estadígrafo es la siguiente, que la edad que más se repite en pacientes con problemas tuberculosos en el Instituto Nal. Del Tórax es la de 39,8 años.

MEDIANA: (Me)

Es la observación equidistante de los extremos ó la división teórica que se realiza de un determinado fenómeno numérico, ya que cuanto más subdividamos este problema mejor podremos estudiar sus características ó es aquel valor que se encuentra en la parte central de un universo y que ambos lado izquierda y derecha tiene las mismas unidades de estudio. La mediana en frecuencia simple puede ser en unidades de estudio pares o impares es decir cuando el fenómeno debe establecer una parte media, que hacer cuando sus unidades son pares o impares.

a) Mediana en Unidades de estudio Par

21 - 24 - **30 - 36** - 46 - 47 - =

$$Me = \frac{30 + 36}{2} \qquad Me = 33$$

b) Mediana en Unidades de estudio Impar

21 - 24 - **30** - 36 - 46 = Me = 30

Otro ejemplo MEDIANA A SIMPLE VISTA

X	F
5	3
6	4
9	3
10	2
N=	**12**

CON FRECUENCIAS PARES

X	F
5	3
6	4
9	3
10	2
11	5
N=	**17**

CON FRECUENCIAS IMPARES

MEDIANA EN FRECUENCIA AGRUPADA.-

La mediana en frecuencia agrupada requiere necesariamente la participación del punto medio o marca de clase (Xi), la cual se de los intervalos de clase. Es decir de la sumatoria y división del Li (Limite inferior) y Ls (Limite superior)

Utiliza la siguiente fórmula:

$$Me = Li + \frac{(N/2) - Ni}{n} \times a$$

Algunas **CONSIDERACIONES ESPECIALES** para solucionar este tipo de ejercicios:

1. El lite inferior se refiere al de la mediana identificada a simple vista
2. la "N" se refiere a la muestra total ó población de la frecuencia agrupada
3. En caso que al N ó población de la frecuencia agrupada sea par debe incrementarse la unidad , para evitar error estadístico.
4. La "ni" significa nivel anterior a la muestra de la mediana
5. La "a" re refiere al rango ó amplitud
6. No olvidarse regla matemática de la complejidad a la simplicidad

EJEMPLO:

Se desea conocer la mediana de edades de pacientes atendidos tanto en los servicios de medicina interna como de odontología integral del Hospital Obrero durante mayo 2015.

X	Fs

21	3
22	4
23	5
24	5
25	6
26	5
27	5
28	4
29	3
N =	40

$$\frac{N+1}{2} = \frac{60+1}{2} = 30,5$$

NIVEL DE FRECUENCIA ~~PAR~~	NIVEL DE FRECUENCIA ~~IM PAR~~
$\frac{N+1}{2}$	$\frac{N}{2}$

La mediana agrupada requiere a su vez se realice previamente 6 pasos para su desarrollo cada uno de ellos presenta una formula la cual deriva de la formula madre de la Mediana.

EJEMPLO: Mediana agrupada (6 pasos)

Se desea conocer la mediana de edad de pacientes atendidos en el servicio de oncología en el Hospital General durante 2002.

IC = 5 N=60

R (a) = 5

	Li	xi	Ls	FA
1	1	3,5	5	12
2	6	8,5	10	22 **Ni**
3 Me =	11	13,5	15	8 **n**
4	16	18,5	20	8
5	21	23,5	25	10
			N =	60

$$Me = Li + \frac{(N/2) - Ni}{n} * a$$

$$Me = 11 + \frac{(60+1/2) - 22}{8} * 5$$

$$Me = 11 + \frac{(30,5 - 22)}{8} * 5$$

$$Me = 11 + \frac{(7,5)}{8} * 5$$

$$Me = 11 + 0,9 * 5$$

$$Me = 11 + 4,5$$

$$Me = 15,5$$

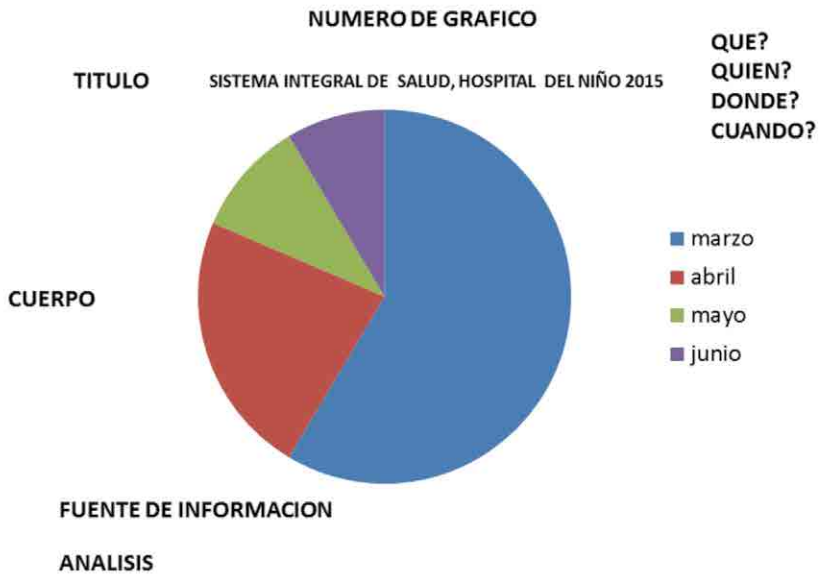
La lectura de este estadígrafo es la siguiente, que la edad media de personas que fueron atendidos en los servicios de medicina y odontología fueron 15, 5 años .

COMO HACER E INTERPRETAR GRAFICOS.-

Luego de obtenidos los resultados que deberán ser emitidos para un informe, un trabajo de investigación u otro documento, luego de ser sistematizada, ordenada, tabulada, se necesita representarlos de manera gráfica, sea como cuadros, tablas y/o gráficos (sectores o inadecuadamente llamados tortas, histogramas, columnas y/o pictogramas), deben ser analizadas (siempre ponderando lo más llamativo, confrontándolo con lo menos llamativo, tratando de explicar la diferencia evidenciada). Para su presentación y/o escritura en su informe o documento, debe cumplir con los siguientes requisitos:

CUADRO N°14

Fuente: Metodología de Lethierre 2012, anexo 10.



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. *Creswell, J. W. RESEARCH DESIGN: QUALITATIVE, GUANTITATIVE, AND MIXED METHODS APPROCHES, 2da Ed, Londres: Sage. 2013.*
2. *Creswell, J. W. (2009). RESEARCH DESIGN: QUALITATIVE, AND MIXED METHODS APPROACHES, 3ra Ed. Londres: Sage, 2009.*
3. *Lethirre, METODOLOGÍA DE LETHIERRE, 2012.*
4. *Zegarra B.: METODOS DE INVESTIGACIÓN, cap. Ensayos Clínicos, Ed. 2da Edt. Brugeira. México 2002, págs.. 12-34.*

GOBIERNO AUTÓNOMO DEPARTAMENTAL DE LA PAZ
SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD
UNIDAD DE REDES Y SEGUROS PÚBLICOS

SEDES LA PAZ TERCER MILENIO

Modulo No. 7

Estructura de Establecimientos de Salud del Sistema Público del Departamento de La Paz

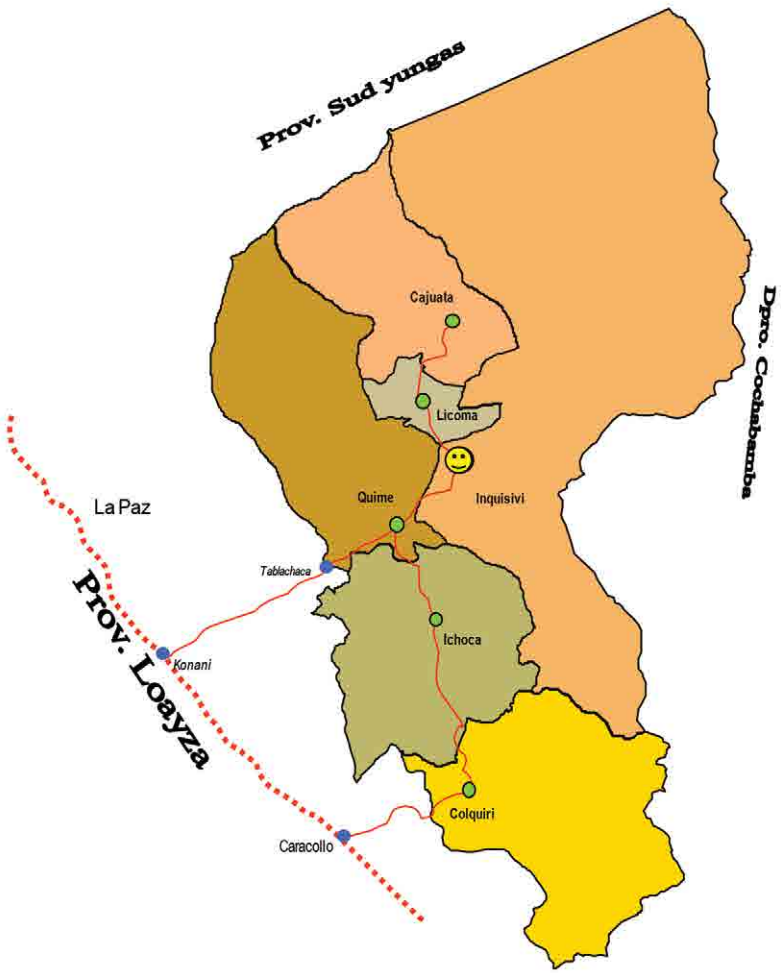




SALUD PARA LA PAZ

"El secreto de la calidad es el amor, uno debe amar a su paciente; uno debe amar su profesión; uno debe amar a su Dios. Si tienes amor, entonces puedes volver la mirada para monitorear y mejorar el sistema"
Avedis Donabbedian

Estructura de Establecimientos de Salud
Red de Salud Nº 15 Rural, SEDES La Paz 2015

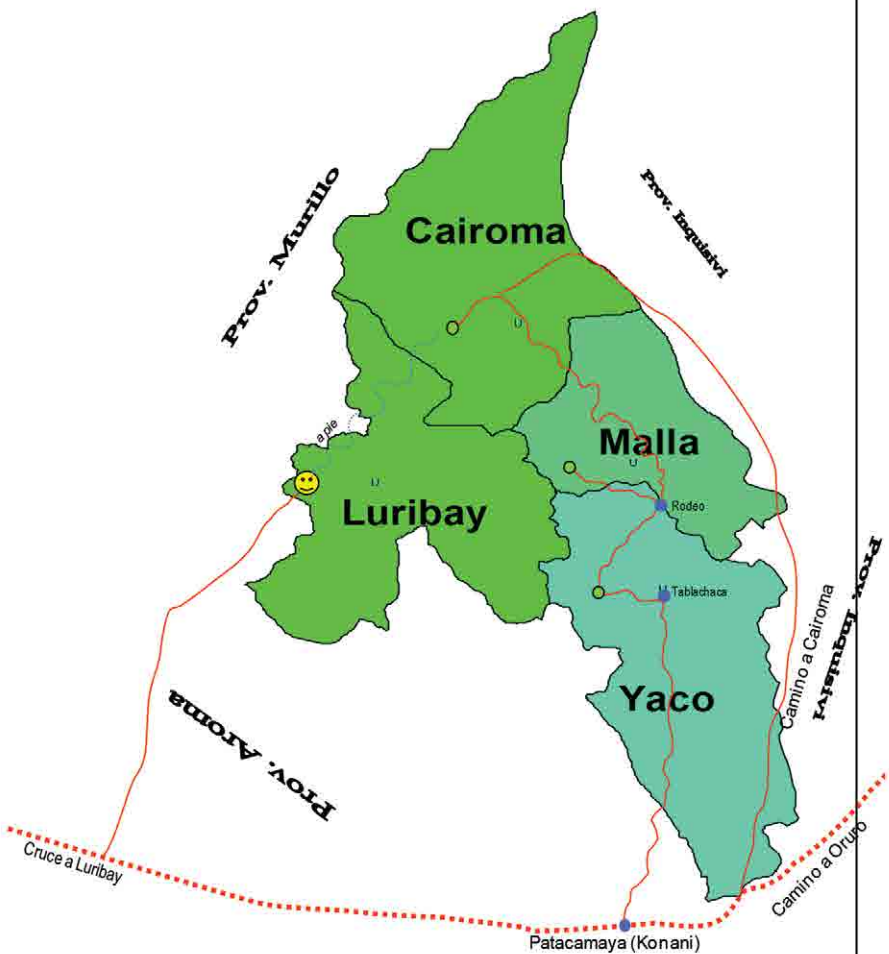


FUENTE: SDIS/SEDES LA PAZ

Elaborado por: E. C. R.

PROVINCIAS	MUNICIPIOS	CODIGO	NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO	TIPO	NIVEL DE ATENCION	SUB SECTOR
INQUISIVI	CAJUATA	200413	C.S.INT. CAJUATA	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	PUBLICO
		200414	C.S.A. CIRCUATA	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200415	C.S.A. SURI	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200416	C.S.INT. VILLA KHORA	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	PUBLICO
		200672	C.S.A. HUARITOLO	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200813	P.S. CAÑAMINA	PUESTO DE SALUD	1er NIVEL	PUBLICO
	COLQUIRI	200417	P.S. AJAMARCA	PUESTO DE SALUD	1er NIVEL	PUBLICO
		200418	C.S.I. COLQUIRI	C.S. INTEGRAL	1er NIVEL	PUBLICO
		200419	P.S. MOHOZA LANZA	PUESTO DE SALUD	1er NIVEL	PUBLICO
		200420	P.S. PAUCA	PUESTO DE SALUD	1er NIVEL	PUBLICO
		200421	C.S.INT. PIPINI	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	PUBLICO
		200422	C.S.A. SALLALLI	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200423	P.S. CORIRI	PUESTO DE SALUD	1er NIVEL	PUBLICO
		200647	C.S.A. COLQUIRI CNS	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	SEG. SOCIAL
		200673	P.S. ANCOCOTA	PUESTO DE SALUD	1er NIVEL	PUBLICO
		200695	C.S.INT. CALUYO	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	PUBLICO
		200792	P.S. CAQUENA	PUESTO DE SALUD	1er NIVEL	PUBLICO
		200793	P.S. UYUNI	PUESTO DE SALUD	1er NIVEL	PUBLICO
	ICHOCA	200424	C.S.A. GERMAN BUSCH	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200425	C.S.INT. ICHOCA	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	PUBLICO
		200426	P.S. LURUTA	PUESTO DE SALUD	1er NIVEL	PUBLICO
		200662	P.S. SAN ANTONIO DE SIRA	PUESTO DE SALUD	1er NIVEL	PUBLICO
	INQUISIVI	200401	C.S.A. ARCOPONGO	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200402	C.S.A. CAPIÑATA	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200403	C.S.A. CAVARI	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200404	P.S. COPACABANA (LPZ)	PUESTO DE SALUD	1er NIVEL	PUBLICO
		200405	C.S.INT. INQUISIVI	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	PUBLICO
		200406	P.S. VENTILLA	PUESTO DE SALUD	1er NIVEL	PUBLICO
		200407	P.S. SIGUAS	PUESTO DE SALUD	1er NIVEL	PUBLICO
		200618	P.S. POCUSCO	PUESTO DE SALUD	1er NIVEL	PUBLICO
		200696	C.S.A. PATOHOCO	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200765	P.S. KANAMARCA	PUESTO DE SALUD	1er NIVEL	PUBLICO
		200812	C.S.A. YACUPAMPA	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
	LICOMA PAMPA	200427	C.S.INT. LICOMA	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	PUBLICO
		200686	P.S. CHARAPAXI	PUESTO DE SALUD	1er NIVEL	PUBLICO
	QUIME	200408	C.S.INT. CHOQUETANGA	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	PUBLICO
		200409	C.S.INT. MINA ARGENTINA	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	PUBLICO
		200411	HOSPITAL QUIME	HOSPITAL SEGUNDO NIV	2do NIVEL	PUBLICO
		200412	P.S. PONGO B2	PUESTO DE SALUD	1er NIVEL	PUBLICO
		200648	C.S.A. PACUNI CNS	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	SEG. SOCIAL

Estructura de Establecimientos de Salud
Red de Salud Nº 14 Rural, SEDES La Paz 2015

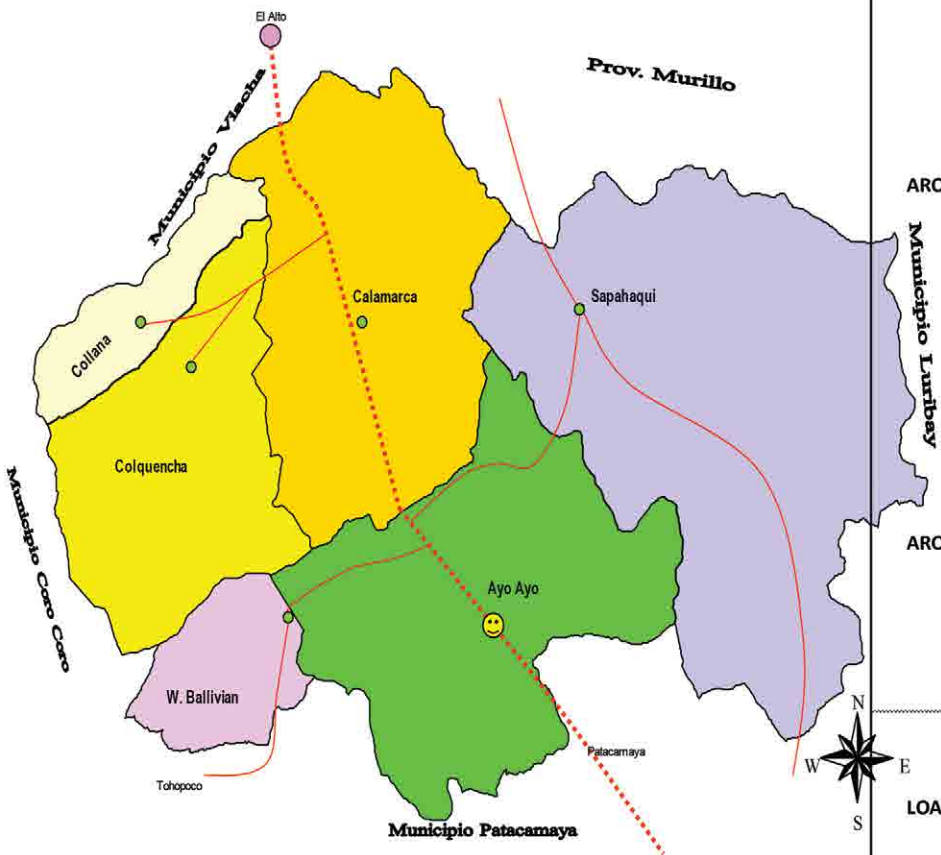


PROVINCIAS	MUNICIPIOS	CODIGO	NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO	TIPO	NIVEL DE ATENCION	SUB SECTOR
LOAYZA	CAIROMA	200395	C.S.INT. CAIROMA	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	PUBLICO
		200396	C.S.INT. COROCUTA	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	PUBLICO
		200397	C.S.A. LA LLOJA	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200398	C.S.INT. TORREPAMPA	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	PUBLICO
		200399	P.S. UCHUMBAYA	PUESTO DE SALUD	1er NIVEL	PUBLICO
		200400	C.S.INT. VILOCO	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	PUBLICO
		200590	P.S. HUARA	PUESTO DE SALUD	1er NIVEL	PUBLICO
		200646	C.S.A. VILOCO CNS	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	SEG. SOCIAL
		200657	P.S. SACANI	PUESTO DE SALUD	1er NIVEL	PUBLICO
		200718	P.S. MACHACAMARCA	PUESTO DE SALUD	1er NIVEL	PUBLICO
	LURIBAY	200378	P.S. ANCHALLANI	PUESTO DE SALUD	1er NIVEL	IGLESIA
		200379	C.S.INT. LURIBAY	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	PUBLICO
		200380	C.S.INT. AZAMBO	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	PUBLICO
		200381	C.S.A. POROMA	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200382	C.S.INT. PUCUMA	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	PUBLICO
		200383	C.S.A. PORVENIR	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200624	C.S.A. MURMUNTANI	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200684	C.S.A. COLLIRI	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200685	C.S.A. ANQUIOMA	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200810	C.S.A. MATARA	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
	MALLA	200393	C.S.INT. JACHAPAMPA	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	PUBLICO
		200394	C.S.INT. MALLA	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	PUBLICO
		200589	P.S. RODEO	PUESTO DE SALUD	1er NIVEL	PUBLICO
		200607	P.S. ASIRIRI	PUESTO DE SALUD	1er NIVEL	PUBLICO
	YACO	200388	P.S. CAXATA	PUESTO DE SALUD	1er NIVEL	PUBLICO
		200389	P.S. CONCHAMARCA	PUESTO DE SALUD	1er NIVEL	PUBLICO
		200390	C.S.INT. TABLACHACA	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	PUBLICO
		200391	C.S.A. VILLA PUCHUNI (YAC	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200392	C.S.INT.YACO	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	PUBLICO
		200608	P.S. CHALLOMA	PUESTO DE SALUD	1er NIVEL	PUBLICO
		200609	C.S.A. CHUCAMARCA	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200610	P.S. PAMPAJASI	PUESTO DE SALUD	1er NIVEL	PUBLICO
		200748	P.S. HORNUNI	PUESTO DE SALUD	1er NIVEL	PUBLICO

FUENTE: SDIS/SEDES LA PAZ

Elaborado por: E. C. R.

Estructura de Establecimientos de Salud
Red de Salud Nº 13 Rural. SEDES La Paz 2015



PROVINCIAS	MUNICIPIOS	CODIGO	NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO	TIPO	NIVEL DE ATENCION	SUB SECTOR
AROMA	AYO AYO	200499	C.S.INT. AYO AYO	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	PUBLICO
		200500	C.S.INT. EL TOLAR	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	PUBLICO
		200501	C.S.A. VILLA EL CARMEN (LF	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
	CALAMARCA	200502	C.S.I. CALAMARCA	C.S. INTEGRAL	1er NIVEL	PUBLICO
		200503	C.S.A. CALUYO	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200504	P.S. SAN ANTONIO - CALAM	PUESTO DE SALUD	1er NIVEL	PUBLICO
		200505	C.S.A. SIVICANI	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200734	P.S. VILAQUE COPATA	PUESTO DE SALUD	1er NIVEL	PUBLICO
	COLLANA	200513	C.S.INT. COLLANA (COLLAN	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	PUBLICO
		200732	C.S.A. ICHURAYA	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200733	P.S. UNCALLAMAYA	PUESTO DE SALUD	1er NIVEL	PUBLICO
AROMA	COLQUENCHA	200510	C.S.INT. COLQUENCHA	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	PUBLICO
		200511	C.S.A. MACHACAMARCA	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200512	C.S.A. STGO. DE LLALLAGUA	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200606	P.S. MARQUIRIVI	PUESTO DE SALUD	1er NIVEL	PUBLICO
LOAYZA	SAPAHAQUI	200384	C.S.INT. CARACATO	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	PUBLICO
		200385	P.S. MURUHATA	PUESTO DE SALUD	1er NIVEL	PUBLICO
		200386	C.S.INT. SAPAHAQUI	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	PUBLICO
		200387	P.S. KHOLA	PUESTO DE SALUD	1er NIVEL	PUBLICO
PACAJES	WALDO BALLIVIAN	200254	C.S.INT. TUMARAPI	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	PUBLICO

FUENTE: SDIS/SEDES LA PAZ

Elaborado por: E. C. R.

Estructura de Establecimientos de Salud
Red de Salud Nº 12 Rural, SEDES La Paz 2015

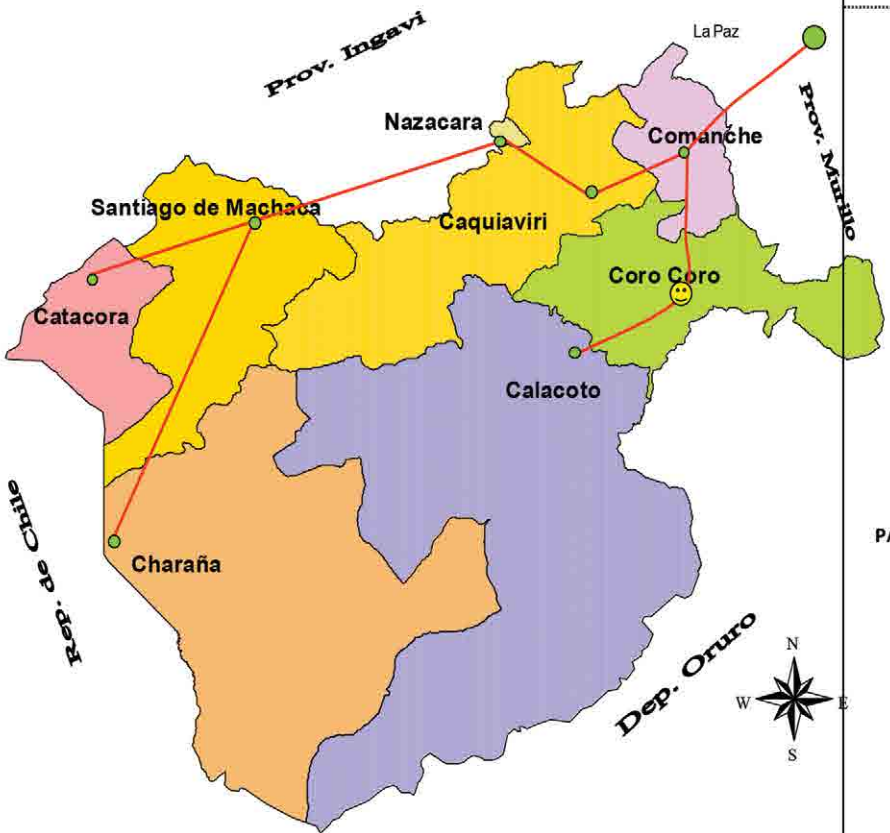


PROVINCIAS	MUNICIPIOS	CODIGO	NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO	TIPO	NIVEL DE ATENCION	SUB SECTOR
GUALBERTO VILLARROEL	PATACAMAYA	200506	C.S.A. VISCACHANI	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200507	C.S.A. CHIARAQUE	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200508	P.S. CHIARUMANI	PUESTO DE SALUD	1er NIVEL	PUBLICO
		200509	HOSPITAL PATACAMAYA	HOSPITAL SEGUNDO NIVEL	2do NIVEL	PUBLICO
	SICA SICA (VILLA AROMA)	200488	P.S. KOLLPA PUCHO BELEN	PUESTO DE SALUD	1er NIVEL	PUBLICO
		200489	C.S.A. CHIJMUNI	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200490	P.S. JARUMA	PUESTO DE SALUD	1er NIVEL	PUBLICO
		200491	C.S.INT. KONANI	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	PUBLICO
		200492	C.S.INT. LAHUACHACA	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	PUBLICO
		200493	C.S.I. SICA SICA	C.S. INTEGRAL	1er NIVEL	PUBLICO
		200494	C.S.A. VILLA ESTEBAN ARCE	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200756	P.S. PANDURO	PUESTO DE SALUD	1er NIVEL	PUBLICO
		200757	P.S. MACHACAMARCA	PUESTO DE SALUD	1er NIVEL	PUBLICO
		200758	P.S. CHUACOLLO	PUESTO DE SALUD	1er NIVEL	PUBLICO
	UMALA	200495	P.S. CAÑAVIRI	PUESTO DE SALUD	1er NIVEL	PUBLICO
		200496	C.S.A. HUARI BELEN	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200497	P.S. KELLHUIRI	PUESTO DE SALUD	1er NIVEL	PUBLICO
		200498	C.S.INT. UMALA	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	PUBLICO
		200722	P.S. SAN JOSE DE LLANGA	PUESTO DE SALUD	1er NIVEL	PUBLICO
		200754	C.S.A. HUANCARAMA	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200755	C.S.A. SANTIAGO DE COLLA	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
	CHACARILLA	200553	C.S.INT. PACOLLO	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	PUBLICO
		200726	P.S. CHACARILLA	PUESTO DE SALUD	1er NIVEL	PUBLICO
	PAPEL PAMPA	200550	P.S. COLQUEAMAYA	PUESTO DE SALUD	1er NIVEL	IGLESIA
		200551	C.S.INT. PAPEL PAMPA	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	PUBLICO
		200552	C.S.INT. UNUPATA	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	PUBLICO
		200716	C.S.INT. MOLLEBAMBA	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	PUBLICO
		200724	P.S. ESCALONA	PUESTO DE SALUD	1er NIVEL	PUBLICO
		200725	P.S. RIVERA ALTA	PUESTO DE SALUD	1er NIVEL	PUBLICO
	SAN PEDRO DE CURAHUARA	200547	C.S.INT. JANKO MARCA SPC	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	PUBLICO
		200548	C.S.INT. SAN PEDRO CURAH	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	PUBLICO
		200549	C.S.INT. VILLA MANQUIRI	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	PUBLICO
		200680	P.S. LLOCOHUTA	PUESTO DE SALUD	1er NIVEL	PUBLICO
		200723	P.S. JALSURI	PUESTO DE SALUD	1er NIVEL	PUBLICO
		200739	P.S. CHOJÑA	PUESTO DE SALUD	1er NIVEL	PUBLICO
PACAJES	SANTIAGO DE CALLAPA	200256	C.S.INT. CALLAPA	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	PUBLICO
		200257	C.S.A. VILLA PUCHUNI (STG	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200258	P.S. CALTECA	PUESTO DE SALUD	1er NIVEL	PUBLICO
		200259	P.S. CANUTA	PUESTO DE SALUD	1er NIVEL	PUBLICO
		200702	P. S. YARIBAY	PUESTO DE SALUD	1er NIVEL	PUBLICO

FUENTE: SDIS/SEDES LA PAZ

Elaborado por: E. C. R.

Estructura de Establecimientos de Salud
Red de Salud Nº 11 Rural, SEDES La Paz 2015



PROVINCIAS	MUNICIPIOS	CODIGO	NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO	TIPO	NIVEL DE ATENCION	SUB SECTOR
GRAL. JOSE MANUEL PANDO	CATACORA	200556	C.S.INT. CATACORA	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	PUBLICO
		200740	P.S. PAIRUMANI	PUESTO DE SALUD	1er NIVEL	PUBLICO
	SANTIAGO DE MACHACA	200554	C.S.A. BERENGUELA	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200555	C.S.I. SANTIAGO DE MACHA	C.S. INTEGRAL	1er NIVEL	PUBLICO
		200736	C.S.A. HUARIPUJO	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200737	P.S. VILLA EXALTACION	PUESTO DE SALUD	1er NIVEL	PUBLICO
PACAJES	CALACOTO	200242	C.S.INT. CALACOTO	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	PUBLICO
		200243	P.S. CONDORIQUIÑA	PUESTO DE SALUD	1er NIVEL	PUBLICO
		200244	C.S.A. GRAL.CAMPERO	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200245	P.S. JANKO MARCA PACAJE	PUESTO DE SALUD	1er NIVEL	PUBLICO
		200246	C.S.A. OKORURO	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200247	P.S. TARQUIAMAYA	PUESTO DE SALUD	1er NIVEL	PUBLICO
		200248	C.S.A. ULLOMA LERCO	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
	CAQUIAVIRI	200236	C.S.INT. ACHIRI	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	PUBLICO
		200237	C.S.A. ANTAQUIRA	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200238	C.S.INT. CAQUIAVIRI	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	PUBLICO
		200239	P.S. KASILLUNCA	PUESTO DE SALUD	1er NIVEL	PUBLICO
		200240	P.S. KALLA LLALLAGUA	PUESTO DE SALUD	1er NIVEL	PUBLICO
		200241	C.S.A. JIHUACUTA	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200763	C.S.A. VILLA ANTA	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200798	C.S.A. VICHAYA	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200821	P.S CHOCOROSI	PUESTO DE SALUD	1er NIVEL	PUBLICO
	CHARAÑA	200252	C.S.INT. CHARAÑA	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	PUBLICO
		200253	C.S.A. SEPULTURAS	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200807	P.S. GENERAL PEREZ	PUESTO DE SALUD	1er NIVEL	PUBLICO
	COMANCHE	200249	C.S.INT. COMANCHE	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	PUBLICO
		200250	C.S.A. ROSAPATA TULI	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200251	C.S. TOCOPILLA CANTUYO	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
	CORO CORO	200230	C.S.I. CORO CORO	C.S. INTEGRAL	1er NIVEL	PUBLICO
		200231	C.S.A. GRAL. PANDO	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200232	C.S.A. QUILLOMA	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200233	C.S.INT. CARLOS PALENQUE	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	PUBLICO
		200234	P.S. ROSAPATA HUANCARA	PUESTO DE SALUD	1er NIVEL	PUBLICO
		200235	C.S.A. MURUPILAR	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200738	C.S.A. ENEQUELLA	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200806	P.S. JANKO MARCA SIRPA	PUESTO DE SALUD	1er NIVEL	PUBLICO
		200815	P.S. CAQUINGORA	PUESTO DE SALUD	1er NIVEL	PUBLICO
	NAZACARA DE PACAJES	200255	C.S.A. NAZACARA	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO

FUENTE: SDIS/SEDES LA PAZ

Elaborado por: E. C. R.

Estructura de Establecimientos de Salud
Red de Salud Nº 9 Rural, SEDES La Paz 2015



PROVINCIAS	MUNICIPIOS	CODIGO	NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO	TIPO	NIVEL DE ATENCION	SUB SECTOR
INGAVI	DESAGUADERO	200376	C.S.I. DESAGUADERO	C.S. INTEGRAL	1er NIVEL	PUBLICO
		200377	C.S.A. SAN JUAN DE HUANC	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
	GUAQUI	200363	C..S.A. ANDAMARCA	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200364	C.S.A. COPAJIRA	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200365	C.S.I. GUAQUI	C.S. INTEGRAL	1er NIVEL	PUBLICO
		200366	C.S.A. KASSA STA. ROSA	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
	JESUS DE MACHACA	200345	C.S.INT. CHAMA	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	PUBLICO
		200349	C.S.I. CORPA	C.S. INTEGRAL	1er NIVEL	PUBLICO
		200352	C.S.INT. JESUS DE MACHAC	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	PUBLICO
		200355	C.S.A. SANTO DOMINGO	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200356	C.S.INT. SULLCATITI KHONK	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	PUBLICO
		200660	C.S.A. PARINA ARRIBA	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200661	C.S.A. KALLA BAJA	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
	SAN ANDRES DE MACHACA	200347	C.S.A. CONCHACOLLO	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200353	C.S.A. LAQUINAMAYA	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200354	C.S.INT. SAN ANDRES DE M	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	PUBLICO
		200360	C.S.A. VILLA PUSUMA	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200621	C.S.INT. TATA PEPE	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	IGLESIA
	TARACO	200370	C.S.A. CHIRIPA	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200371	C.S.A. ÑACHOCA	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200373	C.S.INT. TARACO	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	PUBLICO
		200649	C.S.A. COACOLLO	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
	TIAWANACU	200367	C.S.A. ACHACA	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200368	C.S.A. CALUYO	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200369	C.S.INT. HUACULLANI	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	PUBLICO
		200372	C.S.A. PILLAPI	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200374	C.S.I. TIAHUANACU	C.S. INTEGRAL	1er NIVEL	PUBLICO
LOS ANDES	LAJA	200473	C.S.INT. CURVA PUCARA	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	PUBLICO
		200474	C.S.INT. LAJA	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	PUBLICO
		200475	C.S.A. SAN JUAN SATATOTO	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200476	C.S.A. SANTA ROSA	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200477	C.S.INT. TAMBILLO	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	PUBLICO
		200605	C.S.A. KALLUTACA	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200761	P.S. CANTAPA	PUESTO DE SALUD	1er NIVEL	PUBLICO
		200762	C.S.A. CAPACASI	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO

FUENTE: SDIS/SEDES LA PAZ

Elaborado por: E. C. R.

Estructura de Establecimientos de Salud
Red de Salud Nº 8 Rural, SEDES La Paz 2015

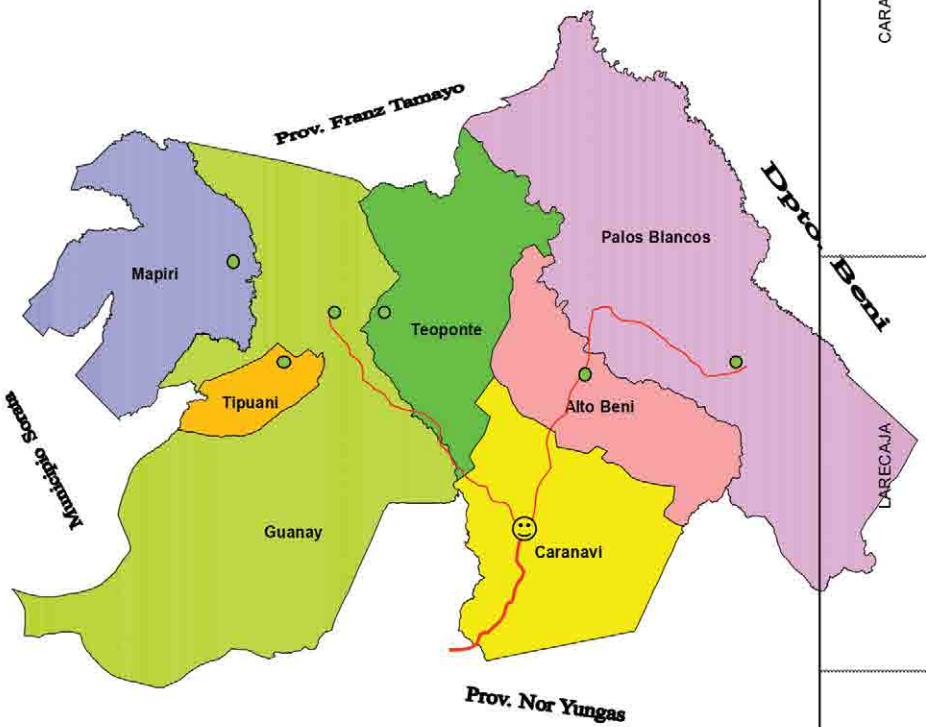


FUENTE: SDIS/SEDES LA PAZ

Elaborado por: E. C. R.

PROVINCIAS	MUNICIPIOS	CODIGO	NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO	TIPO	NIVEL DE ATENCION	SUB SECTOR
	CORIPATA	200519	C.S.INT. ARAPATA	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	PUBLICO
		200520	C.S.I. CORIPATA	C.S. INTEGRAL	1er NIVEL	PUBLICO
		200521	C.S.INT. SANTIAGO TOCORONI	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	PUBLICO
		200585	P.S. SAN JUAN	PUESTO DE SALUD	1er NIVEL	PUBLICO
		200592	C.S.A. MILLIHUAYA	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200593	C.S.A. TRINIDAD PAMPA	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
	COROICO	200514	C.S.A. CHALLA	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200515	HOSPITAL COROICO	HOSPITAL SEGUNDO NIVEL	2do NIVEL	PUBLICO
		200516	C.S.A. PACALLO	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200517	C.S.INT. STA.ROSA QUILO QUI	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	PUBLICO
		200518	P.S. SUAPI	PUESTO DE SALUD	1er NIVEL	PUBLICO
		200616	C.S.A. CARMEN PAMPA	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	IGLESIA
	CHULUMANI (V. DE LA LIBERTAD)	200428	HOSPITAL CHULUMANI	HOSPITAL SEGUNDO NIVEL	2do NIVEL	PUBLICO
		200429	C.S.INT. HUANCANE	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	PUBLICO
		200430	P.S. OCOBAYA	PUESTO DE SALUD	1er NIVEL	PUBLICO
		200431	P.S. CHIRCA	PUESTO DE SALUD	1er NIVEL	PUBLICO
		200432	P.S. TAJMA	PUESTO DE SALUD	1er NIVEL	PUBLICO
		200591	C.S.INT. COLPAR	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	PUBLICO
	IRUPANA (VILLA DE LANZA)	200433	C.S.A. CHICALOMA	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200434	C.S.I. IRUPANA	C.S. INTEGRAL	1er NIVEL	PUBLICO
		200435	P.S. LA PLAZUELA	PUESTO DE SALUD	1er NIVEL	PUBLICO
		200436	C.S.INT. LAMBATE	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	PUBLICO
		200437	C.S.A. LAZA	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200438	P.S. PARIGUAYA	PUESTO DE SALUD	1er NIVEL	PUBLICO
		200439	C.S.A. TABLERIA ALTA	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200440	P.S. TACA	PUESTO DE SALUD	1er NIVEL	PUBLICO
		200441	C.S.A. TRES RIOS	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200442	C.S.A. VICTORIO LANZA	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
	LA ASUNTA	200461	P.S. CHARIA	PUESTO DE SALUD	1er NIVEL	PUBLICO
		200462	P.S. COTAPATA	PUESTO DE SALUD	1er NIVEL	PUBLICO
		200463	C.S.I. LA ASUNTA	C.S. INTEGRAL	1er NIVEL	PUBLICO
		200464	C.S.INT. LAS MERCEDES	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	PUBLICO
		200465	C.S.A. STA.ROSA DE QUINUNI	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200586	C.S.INT. PUERTO RICO	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	PUBLICO
		200697	C.S.A. SIGUANI GRANDE	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200698	C.S.A. COLOPAMPA	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200753	C.S.INT. YANAMAYO	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	PUBLICO
	YANACACHI	200443	P.S. CHACO	PUESTO DE SALUD	1er NIVEL	PUBLICO
		200444	P.S. PUENTE VILLA	PUESTO DE SALUD	1er NIVEL	PUBLICO
		200445	C.S.INT. YANACACHI	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	PUBLICO
		200446	P.S. SANTA ROSA DE CHACAL	PUESTO DE SALUD	1er NIVEL	PUBLICO
		200817	P.S. CHOJLLA	PUESTO DE SALUD	1er NIVEL	PUBLICO

Estructura de Establecimientos de Salud
Red de Salud Nº 7 Rural, SEDES La Paz 2015

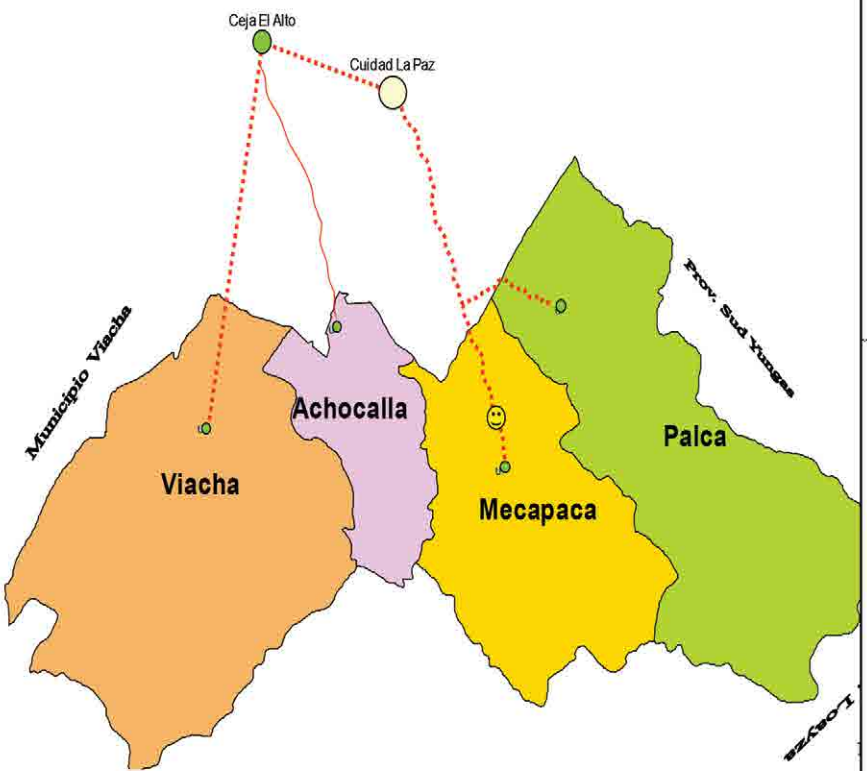


PROVINCIAS	MUNICIPIOS	CODIGO	NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO	TIPO	NIVEL DE ATENCION	SUB SECTOR
CARANAVI	ALTO BENI	200558	P.S. BELLA VISTA	PUESTO DE SALUD	1er NIVEL	PUBLICO
		200559	C.S.INT. BORG	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	PUBLICO
		200564	P.S. LITORAL	PUESTO DE SALUD	1er NIVEL	PUBLICO
		200566	C.S.A. KOLLASUYO	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200569	C.S.INT. SAN ANTONIO	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	PUBLICO
		200571	C.S.INT. SARARIA	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	PUBLICO
		200711	C.S.A. MERCEDES	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200759	P.S. VILLA EL PORVENIR	PUESTO DE SALUD	1er NIVEL	PUBLICO
	CARANAVI	200557	C.S.INT. ALCOCHE	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	PUBLICO
		200560	C.S.A. CALAMA	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200561	HOSPITAL CARANAVI	HOSPITAL SEGUNDO NIVEL	2do NIVEL	PUBLICO
		200563	C.S.INT. CARRASCO LA RESERVA	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	PUBLICO
		200565	C.S.INT. ENTRE RIOS	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	PUBLICO
		200567	C.S.A. LOS ANDES	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200568	C.S.A. MOSCOVIA	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200570	C.S.A. SAN PEDRO DE CARANAVI	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200572	C.S.INT. TAYPIPLAYA	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	PUBLICO
		200573	C.S.A. VILLA ELEVACION	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200574	P.S. SAN LORENZO	PUESTO DE SALUD	1er NIVEL	PUBLICO
		200575	C.S.A. UYUNENSE	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200576	C.S.A. NOR ESTE	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200613	C.S.A. CARANAVI CNS	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	Seg. Social
		200678	C.S.A. VILLA MONTES	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200727	C.S.A. LLUSTA II	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200768	C.S.A. PROMUJER CARANAVI	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	ONGs
		200816	C.S.A. SANTA FE	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
	GUANAY	200312	C.S.INT. AMAGUAYA	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	PUBLICO
		200313	P.S. CARURA	PUESTO DE SALUD	1er NIVEL	PUBLICO
		200315	C.S.I. GUANAY	C.S. INTEGRAL	1er NIVEL	PUBLICO
		200321	P.S. TANIPLAYA	PUESTO DE SALUD	1er NIVEL	PUBLICO
		200323	C.S.A. VILLA FLORIDA	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200773	P.S. CANDELARIA	PUESTO DE SALUD	1er NIVEL	PUBLICO
	MAPIRI	200314	C.S.A. CHIMATE	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200316	C.S.INT. MAPIRI	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	PUBLICO
		200318	C.S.INT. SANTA ROSA	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	PUBLICO
		200324	P.S. ACHIQUIRI	PUESTO DE SALUD	1er NIVEL	PUBLICO
	TEOPONTE	200311	P.S. ALTO TOMACHI	PUESTO DE SALUD	1er NIVEL	PUBLICO
		200317	C.S.INT. MAYAYA	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	PUBLICO
		200319	C.S.A. SANTO DOMINGO	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200320	P.S. TAJLIHUI	PUESTO DE SALUD	1er NIVEL	PUBLICO
		200322	C.S.I. TEOPONTE	C.S. INTEGRAL	1er NIVEL	PUBLICO
		200584	C.S.A. VILLA AROMA	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200782	C.S.INT. TOMACHI	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	PUBLICO
	TIPUANI	200330	C.S.INT. CHIMA	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	PUBLICO
		200332	C.S.I. TIPUANI	C.S. INTEGRAL	1er NIVEL	PUBLICO
		200333	C.S.INT. UNUTULUNI	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	PUBLICO
		200703	C.S.INT. CHUQUINI	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	PUBLICO
SUR YUNGAS	PALOS BLANCOS	200447	C.S.A. LA CASCADA	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200448	P.S. CHARCAS	PUESTO DE SALUD	1er NIVEL	PUBLICO
		200449	C.S.INT. COVENDO	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	PUBLICO
		200450	P.S. EL SILLAR	PUESTO DE SALUD	1er NIVEL	PUBLICO
		200451	C.S.INT. INICUA	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	PUBLICO
		200452	P.S. LAS DELICIAS	PUESTO DE SALUD	1er NIVEL	PUBLICO
		200454	C.S.I. PALOS BLANCOS	C.S. INTEGRAL	1er NIVEL	PUBLICO
		200455	P.S. POPOY	PUESTO DE SALUD	1er NIVEL	PUBLICO
		200456	C.S.A. PUERTO CARMEN	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200457	C.S.INT. SAN MIGUEL DE HUACHI	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	PUBLICO
		200458	C.S.INT. SAPECHO	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	PUBLICO
		200459	C.S.INT. TUCUPI	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	PUBLICO
		200460	C.S.A. SANTA ANA DE MOSETENES	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200679	C.S.A. COCOCHI	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200787	P.S. BAJO INICUA	PUESTO DE SALUD	1er NIVEL	PUBLICO
		200788	C.S.A. SAN JOSE	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200789	C.S.A. VILLA CONCEPCION	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200790	C.S.A. SAN PEDRO DE COGOTAY	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO

FUENTE: SDIS/SEDES LA PAZ

Elaborado por: E. C. R.

Estructura de Establecimientos de Salud
Red de Salud Nº 6 Rural, SEDES La Paz 2015

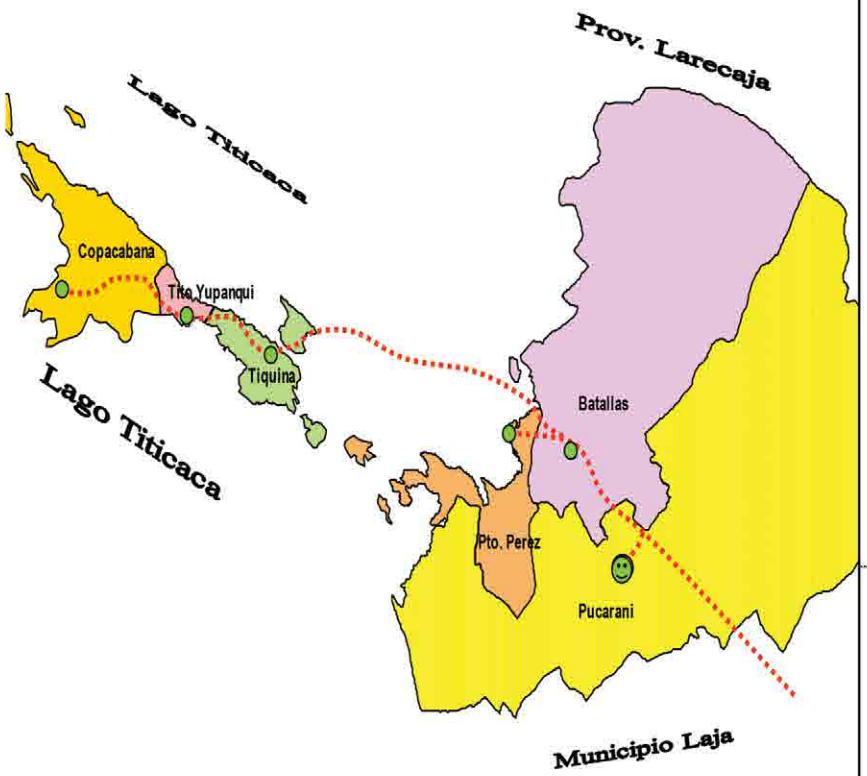


PROVINCIAS	MUNICIPIOS	CODIGO	NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO	TIPO	NIVEL DE ATENCION	SUB SECTOR
INGAVI	VIACHA	200344	C.S.A. CHACOMA - VIACHA	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200346	C.S.A. COLLAGUA	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200348	C.S.A. CONIRI	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200350	C.S.A. HILATA CENTRO	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200351	C.S.A. JALSURI	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200357	C.S.INT. FLORIDA	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	PUBLICO
		200358	C.S.A. VIACHA	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200359	C.S.A. MISIONES MUNDIAL	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	ONGs
		200361	C.S.INT. VILLA REMEDIOS	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	PUBLICO
		200362	C.S.INT. VIACHA CNS	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	Seg. Social
		200701	HOSPITAL M UNICIPAL VIACHA	HOSPITAL SEGUNDO NIVEL	2do NIVEL	PUBLICO
		200800	C.S.A. TILATA	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
MURILLO	ACHOCALLA	200135	C.S.INT. ACHOCALLA	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	PUBLICO
		200136	C.S.A. LAYURI	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200137	C.S.INT. TUNI	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	PUBLICO
	MECAPACA	200128	C.S.A. COLLANA	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200129	C.S.A. HUAJCHILLA	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200130	C.S.A. HUARICANA	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200131	C.S.A. MECAPACA	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200132	C.S.A. PALOMAR	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200133	C.S.A. CARACARANI	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200134	C.S.A. VILLA LOS ANDES WI	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
	PALCA	200121	C.S.A. CAYIMBAYA	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200122	C.S.INT. COHONI	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	PUBLICO
		200123	C.S.A. OVEJUYO	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200124	C.S.INT. PALCA (LPZ)	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	PUBLICO
		200125	C.S.INT. QUILIHUAYA	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	PUBLICO
		200126	P.S. TAHUAPALCA	PUESTO DE SALUD	1er NIVEL	PUBLICO
		200617	P.S. TIRATA	PUESTO DE SALUD	1er NIVEL	PUBLICO
		200669	C.S.A. CHOQUECOTA	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200774	C.S.A. COTAÑA	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO

FUENTE: SDIS/SEDES LA PAZ

Elaborado por: E. C. R.

Estructura de Establecimientos de Salud
Red de Salud Nº 5 Rural, SEDES La Paz 2015

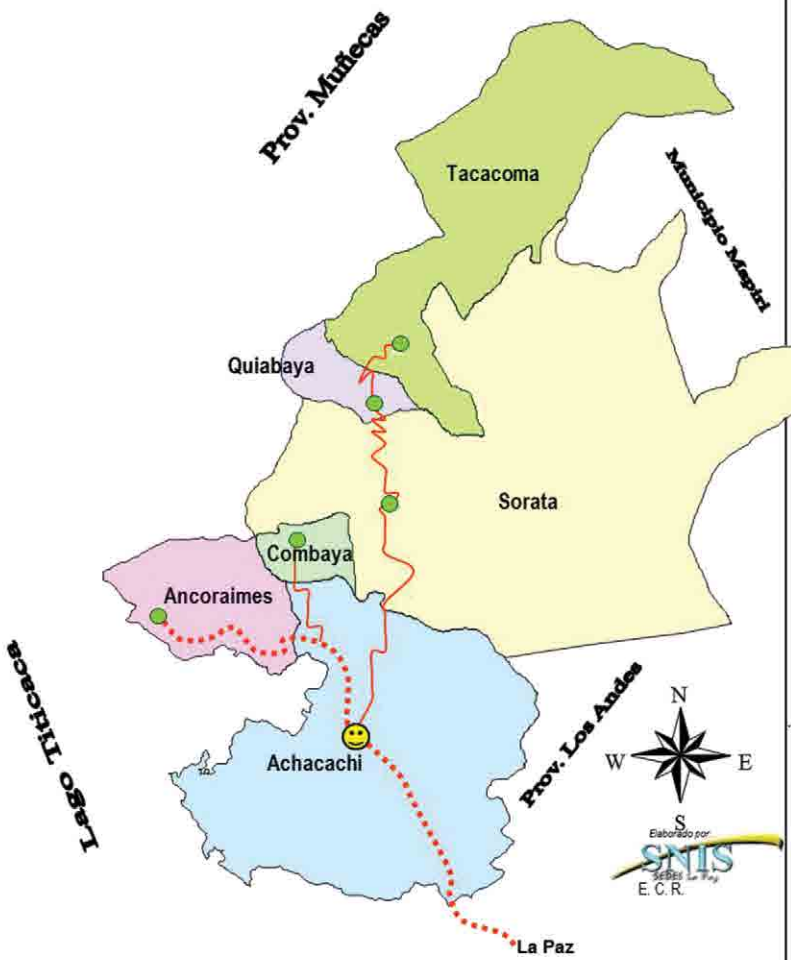


PROVINCIAS	MUNICIPIOS	CODIGO	NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO	TIPO	NIVEL DE ATENCION	SUB SECTOR
LOS ANDES	BATALLAS	200478	C.S.I. BATALLAS	C.S. INTEGRAL	1er NIVEL	PUBLICO
		200479	C.S.A. CHACHACOMANI	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200480	C.S.A. KERANI	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200481	P.S. PEÑAS	PUESTO DE SALUD	1er NIVEL	PUBLICO
		200482	C.S.A. TUQUIA	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
	PUCARANI	200466	C.S.A. CATAVI	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200467	C.S.INT. CHOJASIVI	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	PUBLICO
		200468	C.S.A. CORAPATA	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200469	C. S. INT.PALCOCO	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	PUBLICO
		200470	P.S. PATAMANTA	PUESTO DE SALUD	1er NIVEL	PUBLICO
		200471	C.S.I. PUCARANI	C.S. INTEGRAL	1er NIVEL	PUBLICO
		200472	C.S.INT. VILLA VILAQUE	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	PUBLICO
		200484	C.S.A. COHANA	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200760	C.S.INT. LACAYA	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	PUBLICO
	PUERTO PEREZ	200483	P.S. AYGACHI	PUESTO DE SALUD	1er NIVEL	PUBLICO
		200485	C.S.INT. SURIQUI	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	PUBLICO
		200486	C.S.INT. PUERTO PEREZ	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	PUBLICO
		200487	C.S.A. QUEHUAYA	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200614	C.S.A. CUMANA	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
MANCO KAPAC	COPACABANA	200541	C.S.I. COPACABANA	C.S. INTEGRAL	1er NIVEL	PUBLICO
		200542	P.S. ISLA DEL SOL	PUESTO DE SALUD	1er NIVEL	PUBLICO
		200543	C.S.A. SIRIPACA	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200808	C.S.A. HUACUYO	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
	SAN PEDRO DE TIQUINA	200544	C.S.A. OJJE	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200545	C.S.INT. TIQUINA	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	PUBLICO
		200587	P. S. AMACARI	PUESTO DE SALUD	1er NIVEL	PUBLICO
		200650	C.S.INT. SAN PEDRO DE TIQUIN	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	PUBLICO
	TITO YUPANQUI	200546	C.S.INT. TITO YUPANQUI	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	PUBLICO
		200615	C.S.A. HUATAPAMPA	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO

FUENTE: SDIS/SEDES LA PAZ

Elaborado por: E. C. R.

Estructura de Establecimientos de Salud
Red de Salud Nº 4 Rural, SEDES La Paz 2015



FUENTE: SDIS/SEDES LA PAZ

Elaborado por: E. C. R.

PROVINCIAS	MUNICIPIOS	CODIGO	NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO	TIPO	NIVEL DE ATENCION	SUB SECTOR
OMASUYOS	ACHACACHI	200208	HOSPITAL ACHACACHI	HOSPITAL SEGUNDO NIVEL	2do NIVEL	PUBLICO
		200209	C.S.INT. AJLLATA GRANDE	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	PUBLICO
		200210	C.S.A. CORPAPUTO	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200213	C.S.A. JANKO AMAYA	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200216	C.S.INT. TACAMARA	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	PUBLICO
		200217	C.S.A. TOLA TOLA	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200218	C.S.INT. FRANZ TAMAYO	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	PUBLICO
		200219	C.S.A. VILLA CARMEN LIPE	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200220	C.S.A. WALATA GRANDE	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200221	C.S.INT. WARIZATA	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	PUBLICO
		200222	C.S.A. FRASQUIA	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200676	C.S.A. CHALLUYO	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200677	C.S.A. PUNGONHUYO	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200771	C.S.A. CHOJÑACALA	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200779	C.S.A. CHIJIPINA CHICO	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200780	C.S.A. COCOTONI	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200781	C.S.A. ACHACACHI	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200818	C.S.A. JAPURAYA BAJA	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200819	C.S.A. MURUMAMANI	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
	ANCORAIMES	200224	C.S.INT. ANCORAIMES	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	PUBLICO
		200225	C.S.A. CAJIATA	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200226	C.S.INT. CHEJEPAMPA	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	PUBLICO
		200227	C.S.A. INCA KATURAPI	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200228	C.S.A. POCOATA	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200229	C.S.A. VILLA MACA MACA	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200709	P.S. CHOJÑAPATA	PUESTO DE SALUD	1er NIVEL	PUBLICO
	CHUA COCANI	200735	C.S.INT. CHUA COCANI	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	PUBLICO
	HUARINA	200211	C.S.INT. HUARINA	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	PUBLICO
		200223	C.S.A. COROMATA BAJA	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
	HUATAJATA	200212	C.S.INT. HUATAJATA	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	PUBLICO
		200710	C.S.INT. SANKA JAHUIRA	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	PUBLICO
	SANTIAGO DE HUATA	200214	C.S.A. KALAQUE	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200215	C.S.INT. SANTIAGO DE HUATA	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	PUBLICO
		200656	C.S.INT. TAJOCACHI	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	PUBLICO
LARECAJA	COMBAYA	200328	C.S.INT. COMBAYA	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	PUBLICO
		200329	C.S.A. SOREJAYA	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200704	P.S. TICAMBLAYA	PUESTO DE SALUD	1er NIVEL	PUBLICO
		200705	P.S. HUAYCHO	PUESTO DE SALUD	1er NIVEL	PUBLICO
	QUIABAYA	200327	C.S.INT. QUIABAYA	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	PUBLICO
	SORATA	200302	C.S.INT. CHUCHULAYA	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	PUBLICO
		200303	P.S. CHUSSI	PUESTO DE SALUD	1er NIVEL	PUBLICO
		200304	P.S. CHEJJE	PUESTO DE SALUD	1er NIVEL	PUBLICO
		200305	C.S.A. LARIPATA	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200306	C.S.A. MILLIPAYA	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200307	C.S.I. SORATA	C.S. INTEGRAL	1er NIVEL	PUBLICO
		200308	C.S.A. OBISPO BOSQUE	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200309	C.S.A. YANI	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200310	P.S. ANCOMA	PUESTO DE SALUD	1er NIVEL	PUBLICO
		200820	C.S.A. NATH. ESTEP. - ILABAYA	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
	TACACOMA	200325	C.S.INT. CONZATA	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	PUBLICO
		200326	C.S.INT. TACACOMA	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	PUBLICO
		200708	C.S.A. INCACHACA	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200772	P.S. SECTOR UNO	PUESTO DE SALUD	1er NIVEL	PUBLICO

Estructura de Establecimientos de Salud
Red de Salud Nº 3 Rural, SEDES La Paz 2015

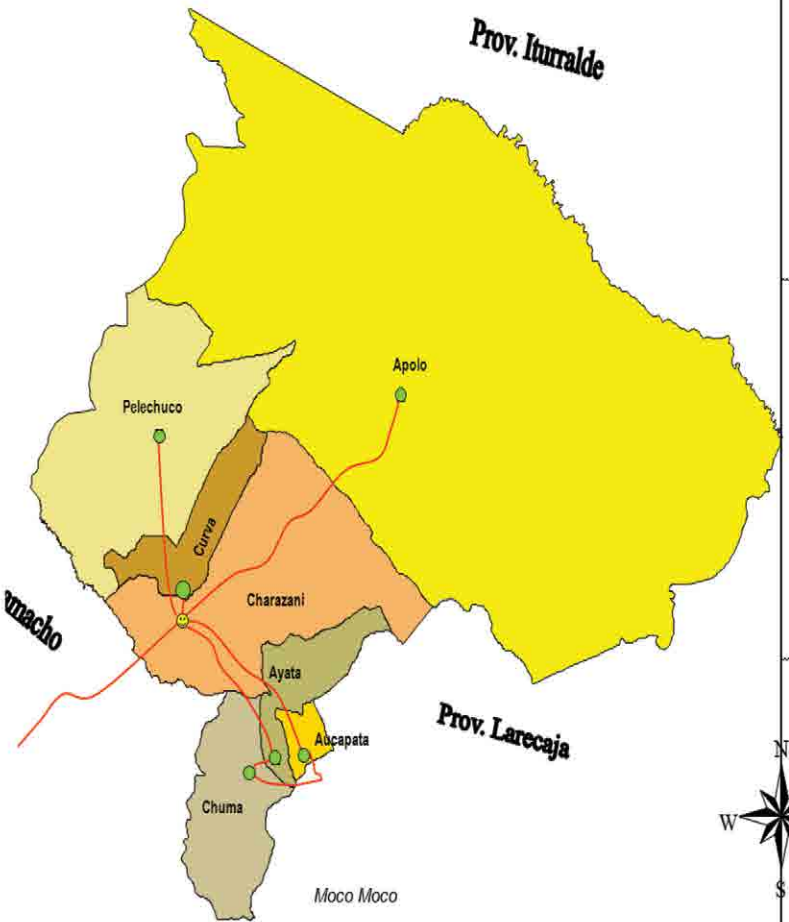


PROVINCIAS	MUNICIPIOS	CODIGO	NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO	TIPO	NIVEL DE ATENCION	SUB SECTOR
CAMACHO	ESCOMA	200260	C.S.A. CHALLAPATA	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200262	HOSPITAL ESCOMA	HOSPITAL SEGUNDO NIV	2do NIVEL	PUBLICO
	HUMANATA	200263	C.S.INT. HUMANATA	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	PUBLICO
		200265	P.S. PACOLLA	PUESTO DE SALUD	1er NIVEL	PUBLICO
	MOCOMOCO	200269	P.S. ILAVE	PUESTO DE SALUD	1er NIVEL	PUBLICO
		200270	C.S.A. ITALAQUE	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200271	C.S.INT. MOCO MOCO	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	PUBLICO
		200272	C.S.INT. PACAURES	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	PUBLICO
		200273	P.S. QUEÑI	PUESTO DE SALUD	1er NIVEL	PUBLICO
		200274	P.S. QUILIMAS	PUESTO DE SALUD	1er NIVEL	PUBLICO
		200275	C.S.A. SAPHIA	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200276	C.S.A. TAJANI	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200277	C.S.INT. WILA KALA	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	PUBLICO
		200658	P.S. PACOBAMBA	PUESTO DE SALUD	1er NIVEL	PUBLICO
	PUERTO ACOSTA	200261	C.S.A. CHIÑAYA	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200264	C.S.A. IQUIPUNI	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200266	P.S. PASUJA BELEN	PUESTO DE SALUD	1er NIVEL	PUBLICO
		200267	C.S.I. PUERTO ACOSTA	C.S. INTEGRAL	1er NIVEL	PUBLICO
		200268	C.S.A. SALLACUCHO	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
	PUERTO CARABUCO	200278	C.S.A. AGUAS CALIENTES	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200279	C.S.INT. AMBANA	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	PUBLICO
		200280	C.S.INT. CARABUCO	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	PUBLICO
		200281	P.S. COPUSQUIA	PUESTO DE SALUD	1er NIVEL	PUBLICO
		200282	P.S. MOLLIPONGO	PUESTO DE SALUD	1er NIVEL	PUBLICO
		200283	C.S.INT. CHAGUAYA	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	PUBLICO
		200284	C.S.A. SANTIAGO DE OKOLA	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200285	P.S. YARICOA	PUESTO DE SALUD	1er NIVEL	PUBLICO
		200286	P.S. HUILACUNCA	PUESTO DE SALUD	1er NIVEL	PUBLICO
		200659	P.S. CHUANI	PUESTO DE SALUD	1er NIVEL	PUBLICO
		200694	C.S.A. SANIDAD OPERATIVA BIMA	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	FF.AA. de la Nación
		200778	C.S.A. CRUZ PATA	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO

FUENTE: SDIS/SEDES LA PAZ

Elaborado por: E. C. R.

Estructura de Establecimientos de Salud
Red de Salud Nº 2 Rural, SEDES La Paz 2015

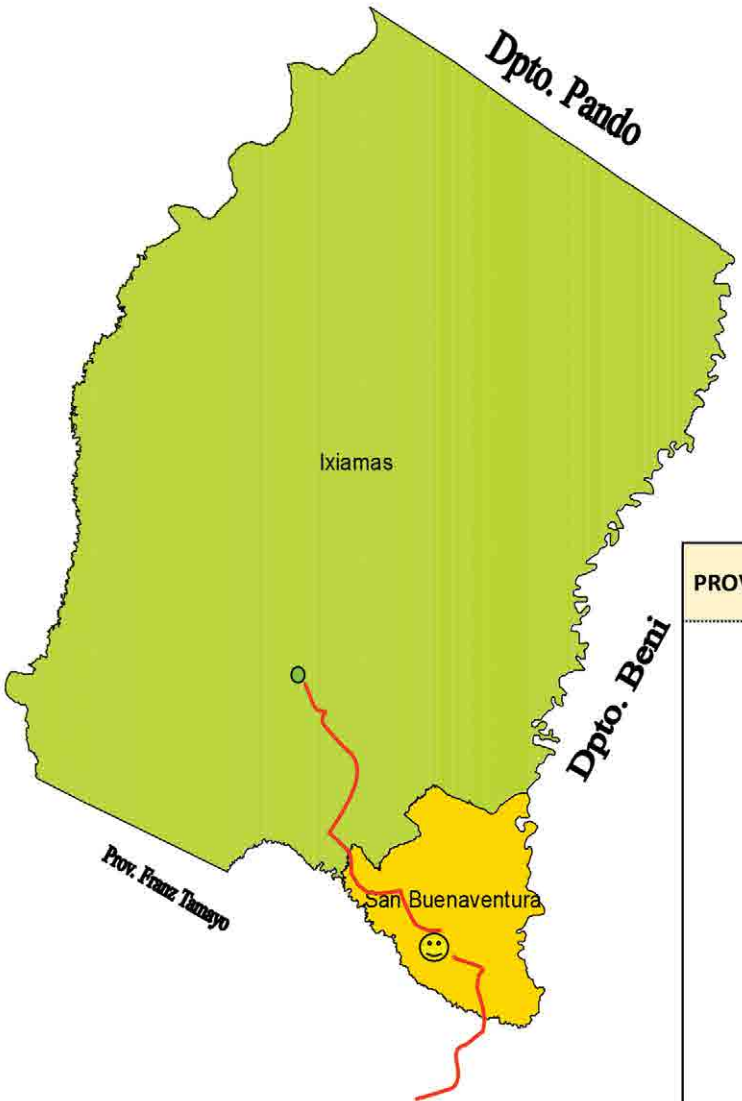


PROVINCIAS	MUNICIPIOS	CODIGO	NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO	TIPO	NIVEL DE ATENCION	SUB SECTOR
BAUTISTA SAAVEDRA	CURVA	200539	C.S.A. CAÑUHUMA	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200540	C.S.INT. CURVA	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	PUBLICO
		200674	C.S.A. CAALAYA	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
	GRAL. J.J. PEREZ (CHARAZANI)	200533	C.S.INT. AMARETE	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	PUBLICO
		200534	C.S.INT. CAATA	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	PUBLICO
		200535	P.S. FLORIDA (LPZ)	PUESTO DE SALUD	1er NIVEL	PUBLICO
		200536	C.S.I. CHARAZANI	C.S. INTEGRAL	1er NIVEL	PUBLICO
		200537	C.S.INT. CHULLINA	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	PUBLICO
		200538	P.S. COTAPAMPA	PUESTO DE SALUD	1er NIVEL	PUBLICO
		200622	C.S.A. HUATO	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200675	C.S.INT. SOTOPATA	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	PUBLICO
FRANZ TAMAYO	APOLO	200334	C.S.I. APOLO	C.S. INTEGRAL	1er NIVEL	PUBLICO
		200335	C.S.A. ATEN	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200336	C.S.A. PUCHAHUI	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200337	C.S.INT. SANTA CRUZ VALLE AME	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	PUBLICO
		200338	C.S.A. SIPHIA	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200583	C.S.A. YANAMAYO	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200666	C.S.A. PUCASUCHO	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
	PELECHUCO	200339	C.S.A. ANTAQUILLA	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200340	C.S.INT. PELECHUCO	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	PUBLICO
		200341	C.S.A. SUCHEZ	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200342	C.S.A. HILO HILO	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200343	C.S.INT. ULLA ULLA	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	PUBLICO
		200699	P.S. HICHOCOLLO	PUESTO DE SALUD	1er NIVEL	PUBLICO
MUÑECAS	AUCAPATA	200298	P.S. AUCAPATA	PUESTO DE SALUD	1er NIVEL	PUBLICO
		200299	C.S.A. HUANCO	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200300	C.S.A. MEMECONI	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200301	C.S.INT. YANAHUAYA	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	PUBLICO
		200604	P.S. PUSILLANI	PUESTO DE SALUD	1er NIVEL	PUBLICO
		200620	C.S.A. ROSARIO (LPZ)	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
	AYATA	200293	C.S.I. AYATA	C.S. INTEGRAL	1er NIVEL	PUBLICO
		200294	C.S.A. MOLLO	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200295	C.S.INT. SAYHUANI	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	PUBLICO
		200296	C.S.INT. CAMATA	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	PUBLICO
		200297	P.S. CUIBAJA	PUESTO DE SALUD	1er NIVEL	PUBLICO
	CHUMA	200287	C.S.INT. CHUMA	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	PUBLICO
		200288	C.S.A. JICHUHAYA	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200289	C.S.INT. SOCOCONI	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	PUBLICO
		200290	C.S.A. TIMUSI	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200291	C.S.INT. TITICACHI	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	Iglesia
		200292	C.S.A. CHAJLAYA	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200623	C.S.A. HUALLAPA	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO

FUENTE: SDIS/SEDES LA PAZ

Elaborado por: E. C. R.

Estructura de Establecimientos de Salud
Red de Salud Nº 1 Rural, SEDES La Paz 2015



PROVINCIAS	MUNICIPIOS	CODIGO	NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO	TIPO	NIVEL DE ATENCION	SUB SECTOR
ABEL ITURRALDE	IXIAMAS	200522	C.S.A. EL TIGRE	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200523	C.S.I. IXIAMAS	C.S. INTEGRAL	1er NIVEL	PUBLICO
		200524	C.S.A. MERCEDEZ	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200525	P.S. CARMEN DEL EMERO	PUESTO DE SALUD	1er NIVEL	PUBLICO
		200526	C.S.A. TAHUA	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200527	C.S.A. ESPERANZA DEL MADIDI	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200717	C.S.A. TOROMONAS	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200777	C.S.A. MANURIMI	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
	SAN BUENA VENTURA	200528	C.S.I. SAN BUENAVENTURA	C.S. INTEGRAL	1er NIVEL	PUBLICO
		200529	C.S.INT. TUMUPASA	C.S. CON INTERNACION	1er NIVEL	PUBLICO
		200530	C.S.A. SAN JOSE DE CHUPIAMONAS	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200531	C.S.A. 25 DE MAYO	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO
		200532	C.S.A. COMUNIDAD BUENAVISTA	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	PUBLICO

FUENTE: SDIS/SEDES LA PAZ

Elaborado por: E. C. R.

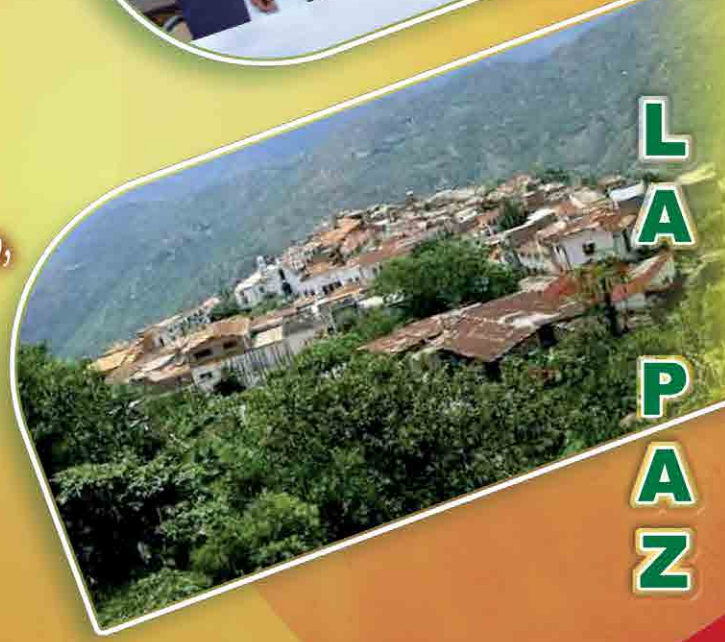
GOBIERNO AUTÓNOMO DEPARTAMENTAL DE LA PAZ
SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD
UNIDAD DE REDES Y SEGUROS PÚBLICOS

SEDES LA PAZ TERCER MILENIO

Anexos







"Te darás cuenta que lo que hoy parece un sacrificio, mañana terminara siendo el mayor logro de tu vida"

SALUD PARA LA PAZ

PRESENTACIÓN DE DOCUMENTACIÓN AL FINALIZAR EL ROTE

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

El trabajo de investigación debe ser presentado bajo el formato descrito en el capítulo de ***METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN***, de acuerdo al siguiente detalle:

- ORIGINAL: SEDES LA PAZ
- ORIGINAL: DEPARTAMENTO DE SALUD PUBLICA DE LA UNIVERSIDAD

CERTIFICACIÓN:

1. CERTIFICADO DE CONFORMIDAD, FIRMADO POR LA COORDINACIÓN TÉCNICA DE SALUD
2. CERTIFICADO DE TRABAJO, FIRMADO POR LA COORDINACIÓN TÉCNICA DE LA RED.
3. CERTIFICADO DE NOTAS, FORMADO POR LA COORDINACIÓN TECNICA DE LA RED.
4. MEMORANDUM DE DESIGNACIÓN ORIGINAL (En caso de transferencia interna dentro de la red, deberá presentar el memorándum de reasignación de la Coordinación Técnica de la Red.

GOBIERNO AUTÓNOMO DEPARTAMENTAL DE LA PAZ
SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD
UNIDAD DE REDES Y SEGUROS PÚBLICOS

SEDES LA PAZ TERCER MILENIO

TITULO .....

SALUD PARA LA PAZ

NOMBRE:

PROFESION:

ESTABLECIMIENTO:

AREA:

RED RURAL:

MUNICIPIO:

PROVINCIA:

ROTE:

PERIODO:

La Paz - Bolivia

GOBIERNO AUTÓNOMO DEPARTAMENTAL DE LA PAZ
SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD
UNIDAD DE REDES Y SEGUROS PÚBLICOS

SEDES LA PAZ TERCER MILENIO

INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES

SALUD PARA LA PAZ

NOMBRE:

PROFESION:

ESTABLECIMIENTO:

AREA:

RED RURAL:

MUNICIPIO:

PROVINCIA:

ROTE:

PERIODO:

La Paz - Bolivia

EVALUACION SERVICIO SOCIAL DE SALUD RURAL OBLIGATORIO
MEDICINA – ODONTOLOGIA - ENFERMERIA

Red de Salud:.....**Municipio:**.....**Est. de Salud:**.....

Nombre del Interno:.....**Universidad:**.....

Carrera:.....**Rote:**.....**Gestión:**.....

Medico Tutor:.....

ACTIVIDADES	META	MONITOREO			PUNTAJE	NOTA	OBSERVACIONES	Responsable de evaluación
		MES 1	MES 2	MES 3				
PRESENTACION								
Cumplimiento del Reglamento del SSSRO	4,5	1.5	1.5	1.5	**4.5**		Responsabilidad, puntualidad, pulcritud, trato cordial y respeto	Tutor/a
PLANIFICACIÓN								
Elaboración de cronogramas de actividades mensual	3	1	1	1	**0,5**		Cumplidas y firmadas por responsable de Establecimiento	Tutor/a
Participación en CAI de la Red Municipal de salud	1	1			**1**		Organización, Actualización y/o revisión bibliográfica. (Verificado mediante certificación o acta de participación)	Tutor/a
PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES								
CARRERAS DE MEDICINA Y ENFERMERIA: Realizar conferencias y/o Charlas sobre Salud Materno Infantil incluyendo Planificación Familiar *CARRERA DE ODONTOLOGIA:* Realizar conferencias y/o charlas sobre salud oral en la comunidad	2 temas por mes	2	2	2	**6**		Salud Materna: Prenatal, Parto, Puerperio, Anticoncepción, Salud Infantil, control de Crecimiento y Desarrollo, Alimentación y Nutrición en la infancia Lactancia Materna	Tutor/a
CARRERAS DE MEDICINA Y ENFERMERIA: Conferencias y/o Charlas Sobre Enfermedades No Transmisibles. *CARRERA DE ODONTOLOGIA:* Conferencias y/o charlas sobre enfermedades no transmisibles relacionados al área de Odontología, complicaciones de la patología bucal.	1 tema por mes	1	1	1	**3**		Estilos de Vida saludables, Sedentarismo, actividad física; sobrepeso, obesidad, Tabaquismo, alcoholismo, Prevención de la Diabetes, Hipertensión Arterial, Enfermedades degenerativas y Violencia	Tutor/a
Ferias de Salud: realizadas en servicios de salud o espacios públicos de acuerdo a priorización Local, Municipal y/o Departamental.	1	1			**5**		Organizar la feria – Participar con un stand o Puesto	Tutor/a

Este documento debe ser llenado apropiadamente, ralladuras, enmendaduras, o borrones anula e invalida este documento.

Llenado y/o actualización de la carpeta familiar.	20	20	**10**		Visitas a familias en riesgo Familias con hijos menores de 5 años y/o Embarazadas o adulto mayor, etc.	Tutor/a
Apoyo en la Implementación de las Sala Situacional de Salud.	Acorde al avance de la implementación de la Sala Situacional.		**5**		Clasificación de las carpetas familiares, identificación de riesgos de las familias, implementación de croquis, mapas, indicadores epidemiológicos, etc.	Tutor/a

EPIDEMIOLOGÍA

CARRERAS DE MEDICINA Y ENFERMERIA Conferencias y/o Charlas sobre Epidemiologia, enfermedades Transmisibles por Vectores (de acuerdo al perfil epidemiológico del municipio). ** ***CARRERA DE ODONTOLOGIA*** Conferencias y/o charlas sobre salud oral en los establecimientos de salud.	2 temas por mes	2	2	2	**6**		Vacunas, Tuberculosis, Enfermedades Diarreicas, Enfermedades Respiratorias, Epidemias Locales	Tutor/a
CARRERAS DE MEDICINA Y ENFERMERIA Vacunación en Servicio y Fuera del Servicio.**	Vacunación de 5 por mes				**2**		Actividad de Vacunación tutoreadas "Reportes de niños/as vacunados"	Tutor/a
CARRERAS DE MEDICINA Y ENFERMERIA Captación de Sintomáticos Respiratorios y Captación de Tuberculosis	Captación de S.R.				**2**		Visita familiar	Tutor/a
CARRERA DE ODONTOLOGIA Captación y seguimiento de consultas nuevas odontológicas en mujeres gestantes, puérperas, niños menores de 5 años, adultos mayores y personas con discapacidad.	Captación de 10 pacientes por mes				**4**		Cuaderno Nº4	Tutor/a

ACTIVIDADES ASISTENCIALES (CARRERAS DE MEDICINA – ENFERMERIA)

Apoyo en la realización de Control Prenatal, parto y puerperio. **	Acorde a la región (Incremento > 20%)	**1**		Captación de CPN, Llenado completa de Historia CLAP detección de Riesgo (tutoreado)	Tutor/a
Apoyo en la prevención del CA cuello uterino a través de la toma de PAP. **	Acorde a la región (Incremento 20%)	**1**		PAP Tutoreado	Tutor/a
Apoyo en el Control, Crecimiento y Desarrollo del niño, escolar, adolescente y adulto mayor. **	Acorde a la región (Incremento 20%)	**1**		Tutoreado	Tutor/a
Apoyo a la captación, evaluación y carnetización de personas con discapacidad. **	Acorde a la región (mínimo 2 personas nuevas)	**2**		Tutoreado	Tutor/a

Este documento debe ser llenado apropiadamente, ralladuras, enmendaduras, o borrones anula e invalida este documento.

ACTIVIDADES ASISTENCIALES (CARRERA DE ODONTOLOGIA)

Acciones preventivas: fluorización, selladores, técnica de restauración Atraumática, profilaxis.	Acorde a la región (Incremento > 20% en relación al anterior trimestre)			**2**		Tutoreado	Tutor/a
Restauraciones	Acorde a la región (Incremento > 20% en relación al anterior trimestre)			**2**		Tutoreado	Tutor/a
Cirugías Bucales menores	Acorde a la región (Incremento > 20% en relación al anterior trimestre)			**1**		Tutoreado	Tutor/a

SNIS

Actualización de los Canales Endémicos	1			1	**2**		IRAS, EDAS, Neumonías, etc.	Coordinación
Cuadro de Monitoreo Actualizado todas las carreras.	3	1	1	1	**3**		Mensual presentado a la Red	Coordinación
Informe Consolidado de Instrumento de Vigilancia Epidemiologia	3	1	1	1	**3**			Coordinación

ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS

Informe Mensual de Actividades del SSSRO	3	1	1	1	**3**			Coordinación
Protocolo de investigación	*1*		*1*		**2**		Tema relacionado con Medidas preventivas para mejorar la salud de la Población VoBo. De Tutor	Coordinación
Trabajo de investigación	1		1		**12**		De acuerdo a priorización Local, Municipal y/o Departamental cuyo objetivo será mejorar la salud de la Población	Coordinación
Presentación del trabajo de investigación.	1		1		**10**			Coordinación
Evaluación Escrita, en base al Manual de SSSRO	1		1		**12**			Coordinación
Seminario de Salud Pública y/o Política SAFCI	1		1		**3**			Coordinación

PUNTAJE SUB-TOTAL TUTOR/A	**50**	
PUNTAJE SUB-TOTAL GERENCIA	**50**	
PUNTAJE TOTAL ROTE SSSRO	**100**	

Vo. Bo. Responsable del Establecimiento de salud, Tutor/a y/o Responsable Municipal

Vo. Bo. Coordinador de Red

Vo. Bo. Coordinador de Redes Sedes - La Paz

NOTA: *Cada carrera deberá ser evaluada por el tutor profesional al área correspondiente.*
***La rotación de 6 meses de duración deberá duplicar la meta de cada actividad.*

Este documento debe ser llenado apropiadamente, ralladuras, enmendaduras, o borrones anula e invalida este documento.

CERTIFICADO DE NOTAS

El que suscribe Dr.(a).....Coordinador (a) Técnica (a) de Salud de la Red de Salud Nº:.....

CERTIFICA QUE:

Que el/la interno (a).....con C.I. y/o PASS. Nº.....ha cumplido su Servicio Social de Salud Rural Obligatorio en el.....del.....,....., haciéndose
ESTABLECIMIENTO DE SALUD *MUNICIPIO* *PROVINCIA*

acreedor de una nota final de:

...../100 (Puntos).

Es cuanto se certifica en honor a la verdad y para fines consiguientes de la parte interesada.

....,.....de.....del 201...
Lugar de emisión *Día* *Mes* *Año*

Este documento debe ser llenado apropiadamente, ralladuras, enmendaduras, o borrones anula e invalida este documento.

CERTIFICADO DE CONFORMIDAD

El que suscribe Dr.(a).....Coordinador (a) Técnica (a) de Salud de la Red de Salud Nº:.....

CERTIFICA QUE:

Que el/la interno (a).....con C.I. y/o PASS. Nº.....que ha cumplido su Servicio Social de Salud Rural Obligatorio en el.....del.....,....., no tiene deudas pendientes en cuanto se refiere a inventario y/o activos fijos en la institución.

ESTABLECIMIENTO DE SALUD *MUNICIPIO* *PROVINCIA*

Es cuanto se certifica en honor a la verdad y para fines consiguientes de la parte interesada.

.....,.....de.....del 201...

Lugar de emisión *Día* *Mes* *Año*

Este documento debe ser llenado apropiadamente, ralladuras, enmendaduras, o borrones anula e invalida este documento.

CERTIFICADO DE TRABAJO

El que suscribe Dr.(a).....Coordinador (a) Técnica (a) de Salud de la Red de Salud Nº:.....

CERTIFICA QUE:

Que el/la interno (a).....con C.I. y/o PASS. Nº.....que ha cumplido su Servicio Social de Salud Rural Obligatorio en el.....del.....,....., durante el periodo:.....al.....del....., habiendo demostrado durante su rotación, responsabilidad, puntualidad y eficiencia en su trabajo.

ESTABLECIMIENTO DE SALUD *MUNICIPIO* *PROVINCIA*

INICIO DEL ROTE: DIA Y MES *FIN DEL ROTE: DIA Y MES* *AÑO*

Es cuanto se certifica en honor a la verdad y para fines consiguientes de la parte interesada.

.....,.....de.....del 201...

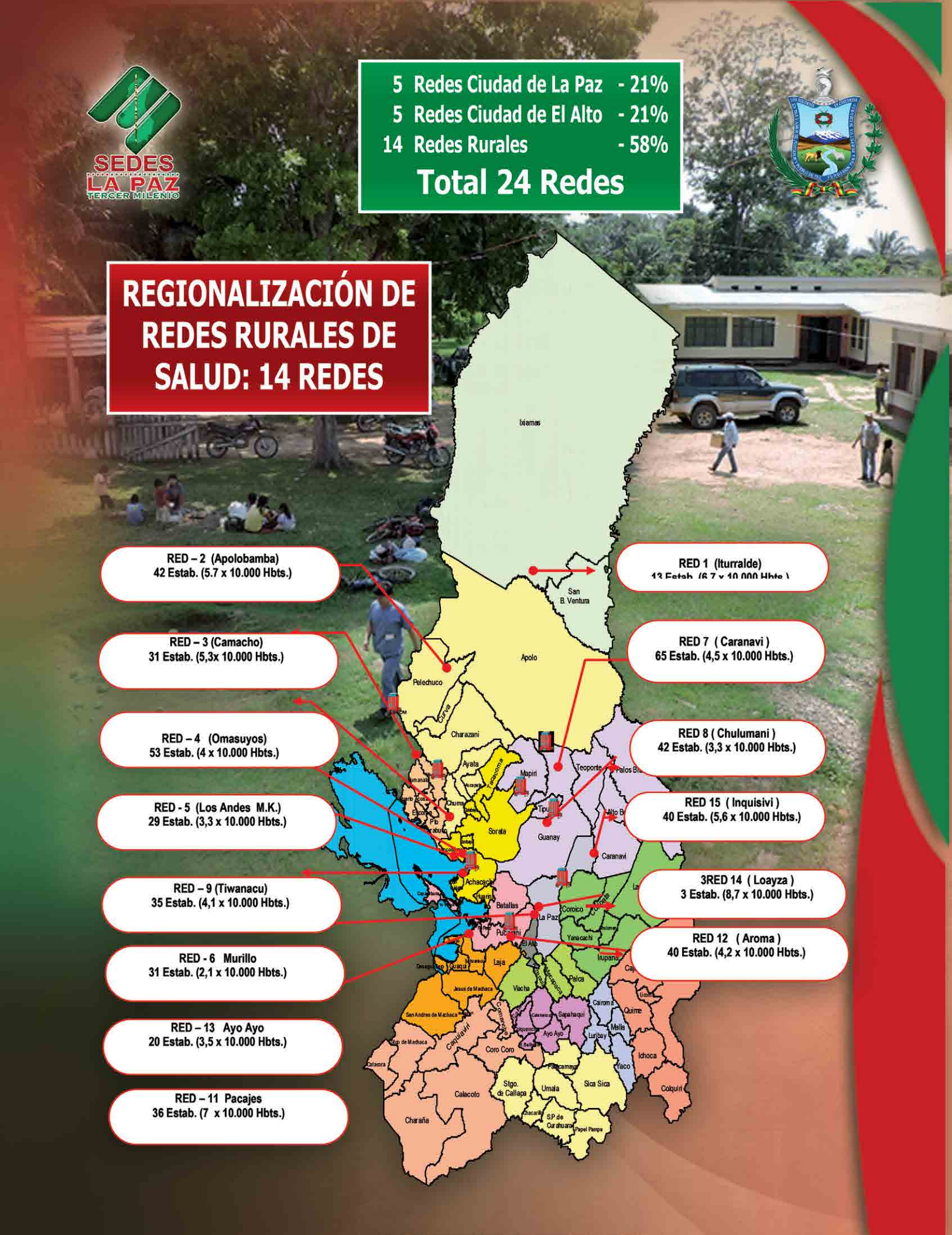
Lugar de emisión *Día* *Mes* *Año*

Este documento debe ser llenado apropiadamente, ralladuras, enmendaduras, o borrones anula e invalida este documento.

SEDES LA PAZ TERCER MILENIO

5 Redes Ciudad de La Paz - 21%
5 Redes Ciudad de El Alto - 21%
14 Redes Rurales - 58%
Total 24 Redes

REGIONALIZACIÓN DE REDES RURALES DE SALUD: 14 REDES



RED – 2 (Apolobamba)
42 Estab. (5.7 x 10.000 Hbts.)

RED – 3 (Camacho)
31 Estab. (5,3x 10.000 Hbts.)

RED – 4 (Omasuyos)
53 Estab. (4 x 10.000 Hbts.)

RED - 5 (Los Andes M.K.)
29 Estab. (3,3 x 10.000 Hbts.)

RED – 9 (Tiwanacu)
35 Estab. (4,1 x 10.000 Hbts.)

RED - 6 Murillo
31 Estab. (2,1 x 10.000 Hbts.)

RED – 13 Ayo Ayo
20 Estab. (3,5 x 10.000 Hbts.)

RED – 11 Pacajes
36 Estab. (7 x 10.000 Hbts.)

RED 1 (Iturralde)
13 Estab. (6,7 x 10.000 Hbts.)

RED 7 (Caranavi)
65 Estab. (4,5 x 10.000 Hbts.)

RED 8 (Chulumani)
42 Estab. (3,3 x 10.000 Hbts.)

RED 15 (Inquisivi)
40 Estab. (5,6 x 10.000 Hbts.)

3RED 14 (Loayza)
3 Estab. (8,7 x 10.000 Hbts.)

RED 12 (Aroma)
40 Estab. (4,2 x 10.000 Hbts.)