

Universidad Central de Venezuela
Facultad de Odontología
Comisión de Estudios de Postgrado
Maestría en Práctica Social y Salud

Evaluación del Programa “Control” de las Infecciones Respiratorias Agudas desde
las perspectivas del Modelo de Atención Integral.

Estudio realizado, en el Ambulatorio “El Consejo” en la población de El Consejo
Estado Aragua, Venezuela. Período 2002-2004

Trabajo especial presentado ante la Universidad Central de Venezuela por el Odontólogo Wilson
Danilo Suárez Hernández, para optar al título de Magíster Scientiarum en Práctica Social y Salud.

Caracas
Diciembre 2005

Universidad Central de Venezuela
Facultad de Odontología
Comisión de Estudios de Postgrado
Maestría en Práctica Social y Salud

Evaluación del Programa “Control” de las Infecciones Respiratorias Agudas desde
las perspectivas del Modelo de Atención Integral.

Estudio realizado, en el Ambulatorio “El Consejo” en la población de El Consejo
Estado Aragua, Venezuela. Período 2002-2004

Autor:
Wilson Danilo Suárez H.
Tutor:
Prof.: Humberto R. Mendoza M. Msc., en Educación

Caracas
Diciembre 2005

Índice	Página
Introducción-----	01
Capitulo 1: Formulación del problema-----	05
Elementos teóricos del problema-----	05
Planteamiento del problema-----	26
Definición del problema-----	30
Justificación-----	31
Objetivos de la Investigación-----	34
Capitulo 2: Marco Teórico-----	35
Definición de Conceptos utilizados en la Investigación-----	35
Salud - enfermedad-----	35
Evaluación-----	37
Atención Integral-----	38
Modelo de Atención Integral-----	38
El SISMAI (Sistema Automatizado de Información en Salud) -----	39
Teorías que sustenta la Investigación-----	46
El Estructuralismo en el Sistema de Salud-----	51
Fundamento teórico Ecologicista del Modelo de Atención integral--	49
Antecedentes de la investigación.-----	51
Operacionalización de lo Objetivos de la Investigación-----	58
Capitulo 3: Marco Metodológico-----	63
Tipo y Nivel de la Investigación-----	63
Unidades Estadística-----	63
Unidades de investigación-----	63
Unidades de análisis-----	63
Unida de de Observación-----	63
Tipo de Muestreo-----	63
Criterios de selección de la muestra-----	63
Cobertura-----	68
Cobertura Horizontal-----	68
Cobertura Vertical-----	68
Período de Referencia-----	68
Capítulo 4: Resultados-----	70
Recolección y análisis de los Datos-----	70
Análisis de los resultados-----	98
Capitulo 5: Conclusiones-----	129
Conclusiones generales-----	129
Recomendaciones-----	139

Referencia bibliográfica----- 140

Anexos-----	187
-------------	-----

Lista de Tablas

Tabla

1 Educación Sanitaria Ambulatorio El Consejo 2002-2004-----	70
2 Educación Sanitaria Ambulatorio El Consejo 2002-2004-----	71
3 Educación Sanitaria Ambulatorio El Consejo 2002-2004-----	71
4 Actividades de Prevención de alto y bajo riesgo. Ambulatorio El Consejo 2002-2004----	75
5 Actividades de Prevención. Ambulatorio El Consejo 2002-2004-----	77
6 Participación social en el Ambulatorio El Consejo 2002-2004-----	79
7 Consultas al lactante y al pre- escolar- Ambulatorio El Consejo 2002-2004-----	80
8 Riesgos biológicos lactante y pre – escolar. Ambulatorio El Consejo 2002-2004-----	81
9 Riesgos biológicos lactante y pre – escolar. Ambulatorio El Consejo 2002-2004-----	82
10 Riesgo Psico-Social, lactante y pre – escolar. Ambulatorio El Consejo 2002-2004-----	84
11 Riesgos Ambientales, lactante y pre – escolar. Ambulatorio El Consejo 2002-2004-----	85
12 Otras acciones de la Atención Integral. Ambulatorio El Consejo 2002-2004-----	88
13 Otras acciones de la Atención Integral. Ambulatorio El Consejo 2002-2004-----	89
14 Acciones de la Atención Integral. Ambulatorio El Consejo 2002-2004-----	90
15 Acciones de la Atención Integral. Ambulatorio El Consejo 2002-2004-----	91
16 Coordinación Intersectorial. Ambulatorio El Consejo 2002-2004-----	92
17 Atención Clínica del lactante y pre – escolar. Ambulatorio El Consejo 2002-2004-----	93
18 Atención Clínica, del lactante y pre – escolar. Ambulatorio el consejo 2002-2004-----	94
19 Tratamiento a las IRA, lactante y pre – escolar. Ambulatorio el consejo 2002-2004-----	95

Lista de Gráficos

Gráfico	Página
1 Información sobre Atención Integral-----	114
2 Áreas donde ha recibido capacitación-----	115
3 Áreas en las que degustaría ser capacitado-----	116
4 ¿Que es Prevención?-----	116
5 Alternativas relacionadas con la Prevención-----	117
6 Enfermedades que afectan el Sistema Respiratorio-----	117
7 Periodo de visita del personal del Ambulatorio-----	118
8 Profesional del Ambulatorio que lo han visitado-----	119
9 Tiempo de espera para recibir atención en el Ambulatorio-----	119
10 Tipo de transporte usado para ir al ambulatorio-----	120
11 Opinión acerca del servicio recibido en el Ambulatorio-----	120
12 Cantidad de niños menores de cinco (5) años-----	121
13 Tipo de servicio de atención para los niños menores de 5 años-----	121
14 Enfermedad presentada alguna vez por su hijo menores de 5 años-----	122
15 Servicio al que asiste por atención para su hijo-----	123
16 Causas de enfermedad que padece su niño menor de 5 años-----	123
17 Otras consultas por las que lleva a su hijo al Ambulatorio-----	124
18 Menor de 5 años referido a otro servicio-----	125
19 Medicamentos indicados en el Ambulatorio para tratar las IRA en > de 5 años-----	125
20 El ausentismo Laboral por causas del IRA-----	126
21 Tipo de vivienda de habitación-----	127
22 Tipo de Contaminantes cerca de la vivienda-----	127
23 Tipo de Organización Social a la que pertenece-----	128
24 Actividades del Ambulatorio en las que participa-----	128

Aprobado en nombre de la Universidad Central de Venezuela por el siguiente jurado examinador:

Humberto R. Mendoza M.

Presidente

CI. 3.080.915

Firma: _____

Corina C. Aristimuño

Jurado

CI. 10.467.553

Firma: _____

Miriam Sánchez

CI.

Jurado

Firma: _____

Agradecimiento

Un especial agradecimiento y reconocimiento al personal docente y administrativo que compone la Maestría Práctica Social y Salud de la Facultad de Odontología, a todos los profesores que aportaron un grano de arena para la culminación de esta Investigación y en especial al tutor, profesor Humberto Mendoza, por haber encauzado la misma con gran pericia en el área de la investigación.

A mi esposa Zulay Díaz, mis hijos y mis padres, por su apoyo en los momentos más difíciles. A ellos dedico este trabajo.

Quiero también agradecer al personal médico y administrativo del Ambulatorio de El Consejo, Estado Aragua, donde se realizó esta investigación y en especial al Director de Salud del Municipio Revenga, Dr. Fernando Pool y la Dra. Silvia Suárez, Coordinadora de Epidemiología Municipal.

Introducción

El Ministerio de Salud, conjuntamente con la Corporación de Salud del Estado Aragua, en el año 2001, planteó un nuevo modelo de atención con un enfoque Integral, el cual denominó “Modelo de Atención Integral”. Desde esa perspectiva, se planteó el proceso salud- enfermedad contextualizado en el marco de diferentes determinantes sociales, económicos, políticos, culturales y ambientales, que de una u otra manera, pudieran producir un modo de explicación diferente para las diversas patologías presentes en la población, en situación de riesgo, al obtenido hasta el presente bajo el enfoque biologicista y epidemiológico cuantitativo habitual ; vista la recuperación del proceso de salud desde esta posición integral se ambiciona garantizar mejores condiciones de vida a la población.

Desde el año 2001 hasta la presente fecha el Estado Aragua ha sido estandarte y vanguardia, en el desarrollo de este modelo, razón por la cual se ha convertido en objeto de estudio de diversos investigadores del área de la salud, quienes han indagado desde diferentes perspectivas la implementación de este modelo de atención en salud.

En ese orden de ideas la investigación objeto de este informe, se propuso como meta evaluar el Programa de las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) en niños menores de 5 años de edad, el cual es un subprograma del Modelo de Atención Integral (MAI), para lo cual se seleccionó la población de El Consejo. Estado Aragua, tomando como período de estudio los años 2002 y 2004.

Visto que el Modelo de Atención Integral Propone una evaluación Integral que toma en cuenta la Accesibilidad, Cobertura y Calidad según el análisis del Desarrollo del Sistema Local de salud y “no solo incluye los indicadores clásicos, sino que trata de evaluar la capacidad local de gestión en salud que incluye aspectos básicos del desarrollo de los servicios, como la

participación social, la intersectorialidad, la promoción y protección, la atención al medio ambiente, la financiación y el control de los recursos humanos” (MAI. 2001)

Otro aspecto para evaluar, está orientado a determinar el nivel de desarrollo alcanzado por el sistema, que comprende los siguientes aspectos: Contexto económico social local, análisis de recursos e indicadores, accesibilidad, cobertura, calidad y nivel de salud local, análisis del desarrollo de la conducción y liderazgo local. (MAI. 2001).

Su diseño permite ser utilizado como instrumento para recolectar información, de análisis nacional y regional y como instrumento que facilite la auto evaluación y esencialmente permite y estimula la participación comunitaria

El Modelo de Atención Integral se inscribe en la teoría estructuralista, porque el enfoque de la salud lo presenta como una estructura aparentemente vinculada en su práctica, a la vida del humano. Esta estructura a la vez, está formado por subestructuras, pretendiendo estudiar cada una de ellas por separado y la médula de cada uno de los contenidos de las subestructuras, se diluye en el análisis de las relaciones entre subestructura y subestructura, generando en apariencia un todo estructurado que se interrelaciona entre si, construyendo un paquete único que se presenta como la atención integral al sujeto histórico de nuestros pueblos.

Al respecto, Leo Buscaglia (citado por Giorlandini. 2001) señalaba que cada porción o elemento de la vida humana, de la cultura, del conocimiento y de la naturaleza en todas sus facetas, se halla en íntima relación con el todo y que las influencias recíprocas comprende a todas las partes.

Podemos decir entonces, que esta concepción implica como principio fundamental la integralidad, donde los componentes que conforman la vida social no tienen significación, ni mayor jerarquía, pero no pueden entenderse separados los unos de los otros, desde esta posición no es viable, por ejemplo, comprender la enfermedad de una población si se la investiga aislada de los distintos elementos que la conforman: la participación, la cultura, la producción, distribución, el ambiente, etc.

El informe de esta investigación, se presentó siguiendo una ordenación por capítulos, de esta manera está constituida por cuatro (4) capítulos.

En el capítulo I se trabajó todo lo concerniente a la formulación del problema, iniciándose con una discusión teórica de los diferentes conceptos contenidos en el problema a tratar, entre ellos los diferentes Modelos de Salud aplicados en Venezuela partir de 1982, comenzando con los Sistemas locales de Salud (SILOS) hasta la propuesta de un Modelo Único Nacional de Salud, descentralizado, intergubernamental, intersectorial y Participativo, con el fin de rescatar el carácter público de la salud y la integración de todos los entes públicos prestadores de servicios, para garantizar la salud de forma gratuita universal y equitativa. También se describió la situación Sanitaria y política de Salud del Estado Aragua, expresado en el Modelo de Atención Integral. En el mismo capítulo se determinaron los objetivos de la investigación, es decir se le dio direccionalidad a la investigación, determinando su importancia y la justificación social a la misma.

Posteriormente se reseña el Ambulatorio de la localidad de El Consejo y la población de niños menores de 5 años, afectados por las Infecciones Respiratorias Agudas, como la población objetivo del programa.

En el Capítulo II, se definen los conceptos utilizados en la Investigación, y las teorías que la sustentan, entre ellos se destacan la Salud, la Evaluación y la Atención Integral. En cuanto a las teorías se ubicó el Estructuralismo y su influencia en el Sistema de Salud, también los fundamentos de la teoría Ecológicista presentes en el Modelo de Atención Integral, posteriormente se desarrollaron los antecedentes de otras investigaciones, realizadas sobre los tópicos de evaluaciones formuladas tanto al Modelo de Atención Integral, como a las IRA, Así mismo en este capítulo se operacionalizaron los objetivos, determinando las variables en juego, los indicadores de las mismas, es decir como se expresa en esa realidad tales indicadores y las técnicas sociológicas para obtener la información al respecto.

En el Capítulo III se presentan las orientaciones metodológicas que perfilarán la investigación, el tipo de investigación, con un diseño no experimental y un nivel descriptivo de corte transversal. El muestreo que se utilizó fue no probabilística de tipo Intencional así como una muestra poblacional opinática. Entre las variables utilizadas en la investigación, se encuentran los elementos de integralidad del programa IRA desarrollados en el MAI, los factores de evaluación y Control de las IRA ejecutados en el Ambulatorio. Para el análisis de situaciones se trabajó con la técnica de la encuesta, a través de un cuestionario realizado para tal fin, para explorar la opinión de la población objetivo.

El capítulo IV se constituyó con el análisis de los resultados, las conclusiones y las recomendaciones.

En el último capítulo, o capítulo V se organizó una propuesta, que pretende darle respuestas a las observaciones fundamentales referidas al Modelo de Atención Integral.

Posteriormente a ese capítulo se ubicaron las referencias bibliográficas, otras consultas y anexos.

Capítulo 1: Formulación del Problema

Elementos Teóricos del problema.

Modelos de salud.

Los Sistemas Locales de salud (SILOS)

La implementación de los SILOS se decreta y se le da un marco legal partir de 1982, a través de la Gaceta Oficial N° 3.374, de la República de Venezuela, por iniciativa y recomendación de la Organización Panamericana de la Salud, posterior a los resultados de la conferencia Internacional sobre la Atención Integral de Salud, en Alma-Ata en 1978.

La finalidad de este Modelo, era activar la estrategia de la Atención Primaria en Salud, el cual planteaba, el otorgamiento de servicios sanitarios esenciales para abordar y buscar la aceptabilidad Social. Entre las características, de los SILOS, se destacaban la integralidad, continuidad, accesibilidad, equidad y la multidisciplinaridad (OPS.1990). A partir del año 1989, este Modelo de Atención se establecería en varios estados del país (Dtto Federal, Mérida, Táchira, Trujillo, Lara, Carabobo, Monagas, Zulia, Bolívar) pero, con el tiempo, no causó mayor impacto social, ya que, no parecía ajustarse a un Estado que permanecía inmerso en una crisis socioeconómica y política, que pretendía, además, pasar de un Modelo liberal de bienestar social, a otro de corte neoliberal de evidente interés en el mercado.

En ese mismo año, Venezuela comenzó a implementar un cambio de la política social, enmarcado en el proceso de “Reforma global del Estado Venezolano”, caracterizado por la transformación del aparato central, con una política de descentralización y con una tendencia la privatización.

En este marco, el gobierno esperanzado en que el mercado solucionaría el conflicto social, comenzó a desarrollar modelos de intervención, enfocados a los grupos de poblaciones más vulnerables, con intentos de contrarrestar los conflictos sociales para estabilizar el sistema político, más que para satisfacer las necesidades básicas en la población utilizando medidas económicas (Programas Compensatorios).

Un “Plan de Enfrentamiento a la Pobreza” que, el cual, estaba inserto en el Octavo Plan de la Nación (El gran viraje), este último denominado estrategia de “Compromiso Social”, prevista para el lapso de un quinquenio e integrado por veinte (20) programas. (Salud en Venezuela. 1995).

Sin embargo desde 1989 hasta 1994, el porcentaje del presupuesto nacional del sector social destinado a este tipo de políticas, se incrementó del 10% al 24%. (Salud en Venezuela. 1995). Pero a pesar de esto, el empobrecimiento de la población continuó incrementándose, experimentando un crecimiento, tanto en el área rural como la urbana. (Salud en Venezuela. 95).

En cuanto al financiamiento destinado al sector salud, disminuyó de 102 \$ a 55 \$ per cápita entre 1985 hasta los años noventa, lo cual equivale a 1,2 % del PIB (Banco Mundial.1993).

Este cerco económico, fue la estrategia que utilizó el neoliberalismo para la privatización del sector salud y el impacto fue, el deterioro creciente de todos los establecimientos de salud pública, la exclusión de la población de bajos recursos, poca capacidad remunerativa de las personas para sufragar los costos de los servicios médicos, una tasa bruta de mortalidad de 4,4 por 1.000 habitantes para 1992 y de 4,2 por 1.000 habitantes para 1995, una tasa de mortalidad infantil (afecciones respiratorias, 31,1%; Diarreas 17,9%), registrada de 1992 a 1995, de 23,5 por

1.000 nacidos vivos y por último una tasa de mortalidad de niños de 1 a 4 años por diarrea de 1,2 por 1000. (La Salud en las Américas. 1998).

Después en 1995, el gobierno de Rafael Caldera, anunciaban una serie de medidas contenidas en la llamada “Agenda Venezuela” (IX Plan), para compensar el descontento de la población mas desasistidas y abatidas por los paquetes neoliberales impuestos desde gobiernos anteriores y por el Fondo Monetario Internacional, el cual, venía operando de acuerdo a los intereses del capitalismo a través de las “cartas de intención” las medidas impuesta por este organismo multilateral eran aprobadas por el Congreso de la República de Venezuela y desarrolladas por todas las instituciones de mando de nuestro país.

Estas medidas, querían hacer ver, un plan de acción en materia fiscal, monetaria y cambiaria que tenía como propósito fundamental abatir la inflación a través del restablecimiento de los equilibrios macroeconómicos y la recuperación del crecimiento de la economía.

Los principales elementos teóricos expresados en la política de salud del Noveno plan de la Nación eran los siguientes:

1. Ratificar el derecho a la salud y a la equidad.
2. Mejorar la eficiencia y la eficacia del sistema de servicios de salud
3. Dar capacidad resolutive a los servicios ambulatorios.
4. Privilegiar las acciones de promoción de la salud y de prevención de riesgos y daños fortaleciendo la atención primaria y la red ambulatoria.
5. Reafirmar el papel del Estado en la producción de los servicios de salud y democratizar la estructura sanitaria con amplia participación social.
6. Asegurar la función rectora del Ministerio de Salud. (La Salud en las Américas. 1998)

Sin Embargo por otro lado querían establecer sistemas de “restitución de costos”, que se expresaban en el cobro creciente por servicios médicos prestados a las personas, la mayoría de ellos, supuestamente, con base en la capacidad de pago, inclusive algunos materiales esenciales de dotación obligatoria y gratuita por parte del Estado. Esta conducta no era novedosa, ni estaba relacionada al proceso de descentralización, se había declarado con anterioridad en la medida en que los usuarios de servicios de salud contribuían con insumos para la prestación de los servicios.

El Gobierno procuraba además establecer un nuevo sistema de seguridad social, para ello introdujo en el sub-sistema salud un régimen mixto (privado y público), el cual el Estado perdería su rectoría, pasando esta a manos del sector privado. Por otra parte, el Gobierno pretendía iniciar un proceso de transferencia de una parte de los recursos recuperados, a través de los aportes de los asegurados, hacia la estructura pública que se encargaría de los sectores más vulnerables que no podrían costearse por si solos, estaban amparados hasta cierto límite, la atención y restitución de la salud. (Salud en Venezuela. 1995).

De allí nace la propuesta de los Hospitales privados (Hosp. Los Samanes Estado Aragua) y ambulatorios, gestionados por los gobiernos regionales y corporaciones privadas, que vendían la idea de atención en salud a un costo bajo y con una atención de “alta calidad”. Con este propósito se lograría los objetivos siguientes: crear una conciencia privatizadora en el colectivo, ya que, para obtener un buen servicio no importaba pagar poco, pues, de esta manera se aumentaba la capacidad resolutive de los problemas de salud y se recuperarían la inversión.

Para el logro de estos propósitos, se disponía de un “Programa de Estabilización Macro – económica, un Programa de Reformas Institucionales, un conjunto de Programas de Atención social, y un Programa de Reestructuración Productiva”. Donde intervendrían diferentes

corporaciones privadas, más internacionales que nacionales, para la adquisición en dólares, de todas las instituciones públicas de salud del Estado (Hospitales, IVSS, IPASME, etc.) exceptuando las instituciones subordinadas exclusivamente a las dependencias militares y a las Universidades. (Salud en Venezuela. 1995).

Entre los resultados importantes identificados en las diferentes estrategias hasta 1996, por el gobierno de turno, se contó con el traspaso de competencias y servicios de salud, completada para trece estados, la pronta reestructuración del Nivel Central del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, la implementación de nuevos Modelos de Gestión y Financiamiento que permitirían identificar y poner en marcha mecanismos de financiamiento de los servicios y una nueva legislación sanitaria, tendiente a adecuar el marco jurídico para fundamentar el proceso de toma y ejecución de las decisiones que iban a materializar las nuevas políticas sanitarias del país, claramente predestinadas a enrumbarse a una privatización y desequilibrio estructural (Salud en Venezuela. 1995).

La comunidad se vio excluida de la atención de salud y comenzó a exigir una mayor participación en la toma de decisiones de la Gestión de la Salud Pública , al mismo tiempo se agudizó la crisis económica y fiscal, el sistema político venezolano comenzó a sufrir una crisis en su legitimidad, con diversas manifestaciones de descontento por parte de la población: protestas populares, abstención ciudadana en los procesos electorales, resistencia a la privatización, al modelo económico, impuesto por la vía de los hechos, dificultades políticas locales para asumir las responsabilidades sociales y desarrollo de intereses nacionales que evaden tal compromiso

Modelo de Atención Integral.

A partir del año 1999 se diseña un nuevo modelo de Estado, cuyo fundamento teórico en reposa en la Constitución, cuyos principio rector es la justicia social, la cual espera consagrarse a través de la participación protagónica del pueblo Venezolano. Este modelo reafirma su compromiso de velar definitivamente por los derechos fundamentales de las personas. El proyecto político esencial se cristalizará por las diversas acciones que expresen la participación protagónica del pueblo en todos los espacios, con la finalidad de crear las bases del crecimiento y desarrollo Nacional. Una de estas acciones de refiere a la salud, la cual forma parte fundamental en el plan de desarrollo social.

Existe el compromiso de garantizar el derecho a la salud a toda la población, como derecho constitucional (Art. 83, 84, 85, 86), en forma corresponsable entre el Estado, la Sociedad, la familia, incorporando al sector privado. Esta forma de corresponsabilidad es equivalente a todos los niveles de Estado tanto en el ámbito nacional regional o local. (Plan de Desarrollo Económico y Social de la Nación. 2001).

El contenido del párrafo anterior se constituye en el argumento base que pretende consolidar la propuesta del Modelo de Atención Integral (MAI), el cual capta la doctrina de los Sistemas Locales de Salud, con La diferencia que el MAI, está sustentado sobre un modelo de Estado de derecho y Justicia Social; claro está que se estableció justo en las calamidades del viejo modelo de Estado Social de Derechos, Capitalista, corrupto e individualista.

El Modelo de atención Integral, se inició en varios Estados y entre ellos, como piloto, el Estado Aragua; aunque tiene como finalidad, organizar la salud en redes ambulatorias dirigidas a enfrentar los problemas más prevalentes de la población, sigue existiendo una planificación, de la salud, desde los servicios (oferta), dejando a un lado la realidad concreta desde el colectivo. Sin

embargo, se ha permitido en poca escala, aun a expensas de muchos operantes que no creen y subestiman la capacidad del colectivo y la participación de la comunidad como actores fundamentales para la solución de sus propios problemas de salud, enfocados desde un espacio integral.

También, este modelo accede a sistematizar la prestación de servicio de la red, privilegiando todos los componentes relacionados con la Atención Primaria en Salud (APS), como está planteado en los Sistemas Locales de Salud y la cual se refieren a:

La promoción, educación, rehabilitación, y curación. Todo esto con un enfoque integral de la persona, familia, entorno comunitario y la relación con el equipo de salud para reforzar las actividades de fomento o promoción permitiendo la prevención de las afecciones orgánicas clínica. (MSDS. 2001).

Otra propuesta es desarrollar un Modelo Público Nacional de Salud, único, descentralizado, intergubernamental, intersectorial y participativo, con el fin de pretender rescatar el carácter público de la salud, con la integración de todos los entes públicos prestadores de servicios en un Sistema Único Público y Nacional, para garantizar la salud de forma universal y equitativa. (Plan de desarrollo Econ. Y social de la Nación. 2001) Todo esto responde a las reformas de la Ley Orgánica de la Administración Central, cuya estructura organizativa funcional, se fundamenta en el Reglamento Interno del Ministerio de Salud y Desarrollo Social. (Gaceta Oficial N° 36.935. Año 2000).

A partir del año 2000 se establece una estructura gubernamental organizativa y funcional orientada a desarrollar la capacidad de conducción estratégica en las funciones de formulación de políticas, planificación, coordinación y regulación de los respectivos sectores de actividad

pública, en el área de su competencia, en la perspectiva de contribuir a la gobernabilidad del sistema social en su conjunto, facilitando la coordinación de políticas sociales, considerando el ámbito de desarrollo social como un eje transversal a diversos sectores de actuación del Estado. (MSDS. 2001).

El Ministerio de Salud y Desarrollo Social, asume como línea política el reordenamiento de las estructuras institucionales de gestión, como las redes de atención a él adscritas, entre ellas los ambulatorios rurales, urbanos y hospitales; con la finalidad de combatir las inequidades, reduciendo la falta de atención y las brechas entre grupos humanos y territorios, rescatando lo público en función del interés colectivo, preparando a la comunidad con capacidad de diseñar y ejecutar políticas que impacten en el desarrollo social del país. (MSDS. 2001).

Este cambio de gestión se materializa en un modo de gestión y atención orientado a responder, como imperativo ético-político, a las necesidades sociales de todas las personas y colectivos en sus expresiones diferenciales de condiciones de vida, formas de producción, reproducción económica y social, y dinámica de apropiación territorial, haciendo posible la universalización de los derechos y la materialización de oportunidades equitativas a mejores condiciones de calidad de vida, como requisito indispensable para el logro de la justicia social. (MSDS: 2001).

Pero en la práctica este modelo, sigue las estructuras de un sistema de salud parcelado, donde no se evalúa el proceso salud enfermedad desde un enfoque integral dando privilegio la oferta y dejando a un lado la demanda.

Sistema de Salud del Estado Aragua

En Aragua, las políticas de Salud orientadas por el Estado Venezolano, las lleva a cabo la Corporación de Salud (CORPOSALUD) que tiene personalidad jurídica y patrimonio propio e independencia del fisco Estadal, es un ente descentralizado adscrito a la Gobernación del Estado Aragua y es el órgano competente del Ejecutivo Regional Estadal.

Tiene rango de secretaría de Estado y asume la rectoría de la salud en representación del Ministerio de Salud y Desarrollo Social en la Región.

La Corporación de Salud del Estado es dirigida por un presidente que se rige por la ley de Salud del Estado, aprobada por la Asamblea Regional Legislativa, (Gaceta oficial n° 338.1996).

Su Misión institucional, como lo expresa el manual del Modelo de Atención Integral (2001) es “Garantizar el derecho a la salud, estimulando la participación consciente y democrática de la gente, en la búsqueda del bienestar, optimizando el funcionamiento de la red sanitario asistencial, para incrementar su productividad, generando una cultura de servicio en la cual trabajadores y comunidad luchen juntos por la vida, la salud y la calidad de atención”. (p. 3). Y en el mismo orden, la visión se plantea: “cómo un equipo técnico fortalecido en los usos de la epidemiología, en la organización, de los servicios y adopción de decisiones y acciones necesarias para lograr la atención integral de la población a través de la promoción, conservación y restitución de la salud”. (p. 4).

El presupuesto para el funcionamiento de las Direcciones y red ambulatoria, provienen una parte del MSDS y otra del Gobierno Regional. La asignación del presupuesto para el ejercicio fiscal del 2002 fue Bs. 67.534.653.818 de los cuales 55.282.038.396, o el 81,85% se utilizó para gastos de personal y funcionamiento de la Corporación y 12.252.615.422, que sería el 18% del presupuesto total, para la ejecución de los programas Protección y atención integral al

niño y al adolescente en situación de exclusión social, Protección y atención integral a la mujer, Protección y atención integral al niño(a) y adolescente en situación de riesgo sociofamiliar, Protección y atención integral al adulto mayor, Protección y atención integral a personas con discapacidades, Salud integral en niños y niñas, Salud Integral en Madres, Atención nutricional de madres y niños y adolescentes, Atención integral por enfermedades prevenibles, emergentes y reemergentes, Atención integral por enfermedades de larga duración, alto costo y riesgo.

En cambio para el año 2003 el presupuesto fue de bolívares ochenta y un millardo, trescientos quince millones, ochocientos noventa y ocho mil, cuatrocientos sesenta y nueve (81.315.898.469.00), de los cuales se invirtieron para gastos de funcionamiento de la red ambulatoria bolívares veintiún mil, millardos cuatrocientos noventa y seis millones, cuatrocientos cincuenta mil, quinientos noventa y nueve. (21.496.450.599.00) que sería el veintiséis punto cuarenta y tres (26,43) por ciento (%) del presupuesto total y el resto setenta y seis punto cincuenta y siete (76,57) por ciento (%), para gastos de personal y otros.

En cuanto al equipo humano que labora en la Corporación, es Multidisciplinario y están distribuidos a nivel regional en diferentes actividades. De enero a junio del 2002 la distribución de recursos humanos fue: ocho punto tres (8,3) por ciento (%) en los servicios de promoción social, treinta y dos punto nueve (32,9) por ciento (%) en las consultas externas de Atención Integral, diez punto cinco (10,5) por ciento (%) a las emergencias y el resto en otras actividades administrativas y de servicios.

La Corporación de Salud plantea su Misión y Visión basadas en un enfoque de salud participativa, equitativa, efectiva y eficiente en función de mejorar la calidad de vida de la población. Para ese propósito, ha priorizado el fortalecimiento de la red Ambulatoria; las cuales

están divididas nivel regional por Direcciones Municipales de salud, asignadas a la Corporación de Salud del Estado, entre ellas se encuentran, las Direcciones de Salud del Municipio José Félix Rivas, José Rafael Revenga, Santos Michelena, Tovar, Girardot, José Ángel Lamas, Libertador, Mario Briceño Iragorri, Costa de Oro, Santiago Mariño, Linares Alcantara, Sucre, Camatagua, San Casimiro, San Sebastián, Urdaneta, Zamora. (Rodríguez. 2001).

Cada una de ellas tiene bajo su responsabilidad, Ambulatorios tanto rurales como urbanos, lo cual permite descongestionar los grandes centros hospitalarios; resolviendo los problemas de salud tanto en los niveles primero y segundo. Primer Nivel de Atención: Es la prestada por los establecimientos asistenciales ubicados en una zona geográfica determinada para lo cual la población es dividida en comunidades y barrios, debe ser general con un enfoque integral de salud combinando prevención primaria y secundaria, se estima que este nivel es capaz de resolver entre el ochenta (80) al ochenta y cinco (85) por ciento (%) de los casos que demandan atención.

Segundo Nivel de Atención: Es la atención ambulatoria especializada, recibe casos referidos o no desde el primer nivel de atención, esta en capacidad de resolver el 85 % de los casos, este servicio es prestado por ambulatorios II, III y Hospitales. (Corpo Salud. 2001).

Tercer Nivel de Atención: Es una atención especializada realizada por Hospitales III y IV, y parcialmente en los Hospitales II. Estos niveles tienen como estrategias de intervención, la Prevención Primaria, que actúa sobre factores de Riesgo y Prevención Secundaria, tamizaje de población sana o búsqueda de enfermos en etapa subclínica”, con el objetivo último de reducir la morbi-mortalidad y mejorar la calidad de vida. Un momento clave de la intervención preventiva es el encuentro entre el personal de salud del primer nivel de atención y la persona que acude a la consulta por distintos motivos. La otra estrategia se desarrolla en el Modelo de Atención Integral

En cuanto a los establecimientos de salud, se distribuyen de la siguiente manera:

Ambulatorios Rurales: Prestan atención integral, general y familiar a nivel primario, puede haber observación no hay hospitalización; se encuentran ubicados en población menor de 10.000 habitantes, existen dos tipos:

Rural I: Atiende población rural dispersa menor de 1.000 habitantes, atendidos por auxiliar de medicina simplificada, bajo supervisión medica del rural Tipo II, dependen de la Dirección Municipal de Salud.

Rural II: Atiende población rural dispersa o concentrada en áreas de más de 1.000 habitantes, atendidos por médicos Generales dependen de la Dirección Municipal de Salud, pueden contar con camas de observación y servicio odontológico.

Ambulatorios Urbanos: Prestan atención integral, general y familiar puede haber observación no hay hospitalización; se encuentran ubicados en poblaciones mayores de 10.000 habitantes, existen cuatro tipos:

Urbano Tipo I: Atiende población urbana concentrada atendidos por médicos generales o familiares, dependen de la Dirección Municipal de Salud, pueden contar con camas de observación y servicio odontológico.

Urbano Tipo II: Atiende población urbana, atendidos por medico general o familiar con experiencia en administración de salud publica, realizar docencia de Pre grado; pueden contar con servicios de ginecología y obstetricia, pediatría, odontología, servicio básico de laboratorio y emergencia de 24 horas, dependen de la Dirección Municipal de Salud.

Urbano Tipo III: Atiende población urbana, atendidos por medico general o familiar con experiencia en administración de salud publica, realizar docencia de Pre grado; pueden contar con servicios de ginecología y obstetricia, pediatria, medicina interna, cirugia general, Neumonología, cardiología, O.R.L, odontología, servicio de laboratorio, rayos X y emergencia de 24 horas, dependen de la Dirección Municipal de Salud.

Núcleo de Atención Primaria: Atiende población urbana marginal, aproximadamente 3.500 habitantes, atendidos por un médico general o familiar, y una sola auxiliar de enfermería; dependen de la Dirección Municipal de Salud.

Hospitales: Prestan atención medica integral de nivel primario, secundario y terciario; además cuentan con camas de observación y hospitalización. Existen cuatro tipos:

Tipo I: Ubicados en poblaciones hasta de 20.000 habitantes y con un área de influencia hasta 60.000 habitantes, tienen entre 20 y 60 camas, cuentan medicina interna, pediatria, cirugia general y ginecología – obstetricia. Laboratorio, rayos X y odontología, dependen de la Dirección Municipal de Salud.

Tipo II: Ubicados en poblaciones mayores de 20.000 habitantes y con un área de influencia de 100.000 habitantes, tienen entre 60 y 150 camas, cuentan medicina interna, pediatria, cirugia general y ginecología – obstetricia. Laboratorio, rayos X y odontología, cirugia ambulatoria, docencia de Pre y post grado, dependen de la Dirección Municipal de Salud.

Tipo III: Ubicados en poblaciones mayores de 60.000 habitantes y con un área de influencia de 400.000 habitantes, tienen entre 150 y 300 camas, cuentan medicina interna, pediatria, cirugia general y ginecología – obstetricia. Laboratorio, rayos X 24 horas, odontología,

cirugía ambulatoria y especializada, subespecialidades, terapia intensiva y anatomía patológica docencia de Pre y post grado, tendrán carácter de servicio autónomo y deberán informar las estadísticas de salud a la Dirección Municipal, dependen de la Corporación de Salud.

Tipo IV: Ubicados en poblaciones mayores de 100.000 habitantes y con un área de influencia de 1.000.000 habitantes, tienen más 300 camas, cuentan medicina interna, pediatría, cirugía general y ginecología – obstetricia. Laboratorio, rayos X 24 horas, odontología, cirugía ambulatoria y especializada, subespecialidades, unidades de larga estancia, terapia intensiva, anatomía patológica, docencia de Pre y post grado, tendrán carácter de servicio autónomo y deberán informar las estadísticas de salud a la Dirección Municipal dependen de la Corporación de Salud”. (Corpo Salud. 2001).

Modelo de Atención Integral como estrategia de salud en el Estado:

La Corporación de Salud ejecuta el Modelo de Atención Integral (MAI) en todos los establecimientos de salud del Estado a él adscrito; es una política de salud para la gestión de programas y servicios de salud, que permitirá la vigilancia epidemiológica, con el propósito de promover la salud, prevenir enfermedades, y rehabilitar a los enfermos bajo un enfoque holístico, garantizando los principios de, universalidad, solidaridad, participación integridad, y eficiencia para toda la población. De tal manera, la red Ambulatoria del Estado debe estar en sintonía con esta política impulsada por la Corporación de Salud.

Según las bases teóricas de el MAI es el “proceso de interacción entre el equipo de salud, el usuario, la familia y el entorno comunitario para favorecer la salud, previniendo la enfermedad mediante la combinación de: lo biológico y lo social, así como lo individual y lo colectivo”.

El MAI tiene como misión “Contribuir al desarrollo humano sostenible de la población venezolana mediante el incremento de los niveles de bienestar y calidad de vida, lograda a través de indicadores positivos de salud, población y ambiente, reflejados en la satisfacción del usuario y del proveedor” su Visión está enfocada a la “salud integral del individuo, familia y comunidad como derecho y deber humano” (MSDS. Manual de implantación del modelo de atención integral, MAI 2001, p. 3).

Este Modelo se caracteriza por la aplicación de un enfoque biosicosocial del proceso salud enfermedad y por una atención integral de las necesidades de la población, con profundidad en las actividades de promoción y prevención de los factores protectores de la vida como individual, familiar y social. No permite la fragmentación de la prestación de los servicios de salud.

El MAI tiene entre sus objetivos lo siguientes:

Objetivos Generales:

1. Contribuir a mejorar las condiciones de salud de la población
2. Concertar los servicios de salud en el que participen todos los sub-sectores, bajo la rectoría del Ministerio de Salud y Desarrollo Social.

Objetivos Específicos:

1. Asegurar servicios de promoción, protección específica, prevención atención y rehabilitación, oportunos y adecuados en cantidad y calidad suficientes para toda

la población a través de la red de servicios que permitan extender la cobertura, fortalecer la capacidad resolutive local y disminuir las oportunidades perdidas.

2. Responder a las necesidades de salud de los grupos específicos de población que atiende defendiendo los servicios sobre la base del perfil epidemiológico de cada uno de ellos.
3. Establecer normas para todos los sub-sectores que participan para garantizar: Calidad, Equidad y estándares mínimos de servicio.” (MSDS. Manual de implantación del MAI 2001, p. 4).

Según el MSDS y CORPOSALUD, el modelo permitiría lograr avances en el proceso de integración entre la persona, la familia y la comunidad con el equipo de salud para desarrollar actividades y programas con mayores probabilidades de éxito.

El Modelo de Atención Integral ejecuta actividades e intervención en promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, vigilancia en salud, planificación estratégica y gestión. Dentro de los servicios o programas está el de Promoción de la Salud, Atención Integral al Niño(a)-Adolescente-Adulto(a) Joven y Mayor, Atención Prenatal y Postnatal, Atención del Parto, Cuidados Neonatales, Vacunación, Detección Temprana de Cáncer (Cérvix, Mama, Próstata y Colon), Anticoncepción y Protección Sexual, Cuidados de la Nutrición y sus trastornos, Atención Ambulatoria de la Morbilidad, Atención de Emergencias, Salud Bucal, Protección de la salud ambiental e Ingeniería Sanitaria, Participación Ciudadana y Conformación de Redes Sociales, Evaluación y Garantía de la Calidad, Registro de datos para Generar Información para la Acción, Suministro de Medicamentos en el Modelo de Atención Integral (SUMED), Rehabilitación Física/Mental, Prevención de Accidentes y Enfermedades Ocupacionales, Planificación Local Estratégica, Investigación en Salud, Referencia y

Contrarreferencia. Estas Actividades están dirigidas a mejorar la calidad de vida y el bienestar de la población (MSDS. MAI 2001).

Todas estas acciones se registran en unos formatos que permiten obtener los datos aportados por los trabajadores de la salud y las personas beneficiadas, para la debida evaluación y vigilancia epidemiológica de los programas, los cuales se señalan a continuación.

- Ficha Clínica Integral (DSP-01)
- Registro diario de Morbilidad y Actividades de los programas (DSP-02 / EPI-10)
- Tabulador diario por Programas (DSP-03) y de Morbilidad (EPI-11)
- Informe Mensual de Programas (DSP-04) y de Morbilidad (EPI-15)
- Registro Semanal de Enfermedades de Notificación Obligatoria(EPI-12)
- Registro de Natalidad (Certificado de Nacimiento)
- Registro de Mortalidad (Certificado de Mortalidad). (MSDS. MAI 2001)

Para las evaluaciones de los programas se toman generalmente los datos del consolidado DSP-04- EPIs-15 el cual recoge un resumen de los datos registrados en todos los otros instrumentos y el Informe EPI, en el cual se registran los telegramas mensuales de morbi-mortalidad

Dentro del Modelo de Atención Integral (MAI), el programa de Atención Integral al Niño y Adolescente se encarga de las actividades relacionadas con el estado nutricional, lactancia materna, inmunizaciones, riesgo biológico, psicosocial y ambiental. Dentro de la atención integral al niño lactante y pre- escolar está el Control de Enfermedades Diarreicas (CED) e Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) en menores de 5 años.

Para esta Investigación se enfocará en la evaluación del Programa de las IRA dentro del Modelo de Atención Integral, ya que, las infecciones respiratorias agudas, ocupan el primer orden de las principales causas de morbilidad del Estado Aragua.

Infección Respiratoria Agudas (IRA)

En los EPIs 15 de la Región, se pueden observar que las primeras causas de enfermedad son las Infecciones Respiratorias Agudas (Amigdalitis, Faringitis, Bronquitis, Neumonía etc.) en niños menores de 5 años de edad, reflejándose en el DSP-04 algunos riesgos tanto ambiental cómo biológico que afectan a las comunidades.

Podemos decir que las enfermedades respiratorias en el Estado Aragua, ocupan el primer lugar de los motivos de consulta en los Ambulatorios y en la mayoría de los casos ocurren en niños menores de 5 años 87.642 en el 2002 y 271.634 en el 2003.

Frente a esta situación epidemiológica el programa de IRA contenido en el MAI se plantean varios objetivos para reducir la morbi-mortalidad debida a neumonía en los niños menores de 5 años:

1. Reducir el uso inadecuado de antibióticos y otros medicamentos (tales como jarabes para la tos y el resfrío) en el tratamiento de los casos de IRA en los niños menores de 5 años
2. Reducir la incidencia de casos graves de infecciones de las vías respiratorias inferiores.
3. Limitar las Hospitalizaciones
4. Mejorar el sistema de vigilancia

5. Promocionar el programa de control de IRA educando a la familia y comunidad.

(MAI, OPS, 1997)

El programa IRA normativamente está relacionado de forma integral, con el resto de los programas del MAI y entre ellos el de Protección y Control de Contaminación Ambiental que ejecuta Ingeniería Sanitaria y el de Educación Sanitaria que integra la familia, la escuela y la comunidad.

El programa Control de infecciones respiratorias agudas (IRA), forma parte del programa integral del niño y el adolescente. Su abordaje y enfoque clínico se divide en dos partes: primero, el diagnóstico, que clasifica a la enfermedad según la magnitud de la patología y la edad, desde neumonía muy grave, pasando por neumonía grave, faringitis aguda, amigdalitis aguda hasta otitis. En segundo lugar, el tratamiento del IRA, que señala cómo tratar al paciente con la enfermedad por medio de antibióticos, analgésicos- antipiréticos hasta referirlo al hospital cuando se complica.

Generalmente el programa IRA debe ser evaluado cada 6 meses y muy específicamente cuando la vigilancia Integral del Lactante y Pre- Escolar caen en alarma, su evaluación solamente es en términos de medir la enfermedad y el tratamiento. Por lo tanto, en el programa de Infecciones Respiratorias Agudas, los indicadores se basan en los síntomas y tratamientos que se observan en los pacientes pero no se relacionan con evaluaciones de otros programas contenidos en el MAI, como la desnutrición, asma, la calidad del aire y componente del ambiente y la participación social, entre otros. Quiere decir, que se evalúan asistencial y clínicamente y no el impacto social del programa IRA.

Unos de los municipios donde se observa estos altos índices de las IRA, es el Municipio José Rafael Revenga, motivo por el cual se tomo como referencia para esta investigación. Este Municipio se encuentra ubicado en el tramo central de la cordillera de la costa, correspondientes a los llamados Valles de Aragua.

El Valle donde se ubica el Municipio Revenga, en su mayoría está cultivada por caña de azúcar, que desde épocas de la colonia forma parte la actividad económica de la zona, adquiriendo el Municipio importancia económica en la Región, allí están establecidas las principales haciendas como Santa Teresa, Tiquíre Flores, Buen paso y el Conde. (Catastro Revenga. 1999).

El Municipio Revenga está formado por los siguientes centros poblados, El Consejo, Sabaneta, Morocopo, Tasajera, El Conde, Quebrada Seca, Santo Domingo, El Café, Santa Rosalía y El Rosario; con una población de cuarenta y tres mil novecientos doce (43.912) hab., repartidos en un noventa y cinco (95) por ciento (%) en el área urbana y cinco (5) por ciento (%) en el rural. La distribución por grupos etarios es de la siguiente manera: nueve punto ochenta y uno (9,81) por ciento (%) niños menores de 5 años, sesenta y tres (63) por ciento (%) en edades comprendidas entre cinco (5) a treinta y nueve (39) años de edad y veintisiete (27) por ciento (%) de cuarenta (40) años en adelante (INE. Vigilancia epidemiológica. Hechos vitales 2004).

Por lo general es una población compuesta por clase media baja y pobres; las Necesidades Básicas Insastifechas (NBI) se encontraban para el año 1.998 en un cincuenta y tres (53) por ciento (%) (Condiciones de Vida 1996-1998).

Las personas activas se desempeñan en las Empresas radicadas en el Municipio Revenga y los parques industriales ubicados en la Victoria, Municipio Ribas del Estado Aragua. La

Empresa Santa Teresa es la más importante de la zona, en ella se cultiva y procesa la caña de azúcar. (DEGA 1999).

Alrededor de la Ciudad se localizan también otras haciendas de caña de Azúcar, como la hacienda “La Mora” y Santo Domingo. En cuanto a la situación sanitaria, el organismo encargado de prestar atención sanitaria es la Dirección de Salud del Municipio Revenga, está compuesto por ocho (8) servicios de atención Ambulatorias, los cuales están distribuidos geográficamente y con el siguiente horario de trabajo: Amb. Urbano II El Consejo (24 hrs.), Urbano I Las Rosas (6 hrs.), Urbano II Sabaneta (24 hrs.), Rural II Santo Domingo (6 hrs.), Rural I Quebrada Seca (6 hrs.), Rural I El Conde (6 hrs.), Rural I Morocopo Alto (6 hrs.) y el Núcleo de Atención Primaria (NAP) Tierra Nuestra (6 hrs.). (Coordinación de Epidemiología Revenga 2004)

Ambulatorio “El Consejo”. El Consejo Estado Aragua.

El centro de atención más importante del Municipio, es el Ambulatorio Tipo II, de El Consejo, ya que, atiende a una población urbana concentrada de catorce mil cincuenta y uno (14.051) habitantes (32% de la población total) y se observan, en sus registros epidemiológicos, un número elevado de casos por IRA. El ambulatorio presta los servicios en, ginecología y obstetricia, pediatría, odontología, Med. Interna, Med. General, servicio básico de laboratorio (en concesión) y Emergencias las 24 horas además un asiento de pregrado de la Universidad de Carabobo y la Central. El servicio se rige bajo las políticas y programas del Modelo de Atención Integral (DSM. Revenga 2004).

El cincuenta y nueve punto cincuenta y cinco (59.55) por ciento (%) de los habitantes de El Consejo son adultos jóvenes y laboralmente activos. Se dedican al comercio y la mayoría

trabajan en las empresas privadas; es una población de clase media baja y pobre. La mayoría de las personas se desempeñan como comerciantes y trabajadores de las empresas ubicadas en la zona, también se encuentran los individuos que laboran en el gobierno local y quienes laboran fuera de la localidad, a parte de los que se encuentran en estado de desempleo. (DSM. Revenga 2004)

La población lactante y pre-escolar (menor de 5 años) de El Consejo en el año 2002 es de aproximadamente de un mil trescientos setenta y ocho (1.378) niños, un mil cuatrocientos seis (1.406) en 2003 y dos mil cuatrocientos cuarenta (2.440) niños en edades comprendidas entre seis (6) y catorce (14) años de edad distribuidos en cinco (5) unidades educativas, también se localizan 5 centros de educación preescolar que involucran una población estudiantil aproximadamente de cuatrocientos (400) niños.

Planteamiento del problema:

Del análisis de los elementos teóricos del problema concluimos en los aspectos siguientes: El Sistema Local de Salud fue considerado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el año 1982, como la expresión eficaz, para la programación, coordinación, integración y evaluación de los servicios y la necesidad de desarrollar la experiencias operativas de Atención Primaria en Salud, que involucren a todos los actores sociales, objetos de los programas, a participar y conocer su realidad epidemiológica en su totalidad.

Para el año 1999, siguiendo lo planteado por los Sistemas Locales de Salud (SILOS), pero enfocados en la participación de la comunidad como actores sociales, se introduce como estrategia, en el Ministerio de Salud, el Modelo de Atención Integral (MAI), comenzando por el

Estado Aragua, con la finalidad de que los programas interactúen para conocer, de manera contextualizada, los diferentes determinantes del proceso salud- enfermedad de la población.

Sin embargo se ha percibido, un parcelamiento en la atención de salud, también dejando a un lado los actores sociales involucrados y por consiguiente, una atención dirigida hacia lo individual.

Por ejemplo, el Programa Control de Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), forma parte del Programa Integral del Niño y el Adolescente en el MAI, por lo tanto, su abordaje y enfoque debe ser de manera sistémica, vinculándolo con los diferentes elementos afines a los otros sub sectores del Modelo (Nutrición, lactancia materna, educación para la salud, participación social, ambiente, etc.).

No obstante, en el caso del ambulatorio del Consejo, para evaluar y determinar el origen de una enfermedad, específicamente el IRA, lo dividen en dos partes; primero el diagnóstico, que clasifica la enfermedad según la magnitud de la patología y la edad, desde neumonía muy grave, pasando por neumonía grave, faringitis aguda, amigdalitis aguda hasta otitis. En segundo lugar, el tratamiento del IRA, que señala cómo tratar al paciente con la enfermedad por medio de antibióticos, analgésicos- antipiréticos hasta referirlo al hospital cuando se complica.

La manera de saber si los programas se ejecutan de acuerdo a las pautas establecidas en el Modelo de Atención Integral, es a través de la evaluación; ya que, a través de ella, podemos controlar y verificar si el programa en su ejecución esta ajustado a los elementos teóricos que lo sustentan; también para examinar si los mismos han sido útiles y eficaces para modificar la distribución de la salud y la enfermedad en los grupos poblacionales. Por eso es una herramienta de gestión que permite mejorar la calidad de los servicios.

Generalmente se realizan evaluaciones cuantitativas de los programas de atención integral desde los servicios de salud pero, a criterio del investigador, no reflejan un diagnóstico amplio y concreto de los verdaderos condicionantes del proceso salud enfermedad y por lo tanto no refleja el cumplimiento de los verdaderos propósitos del programa

Por esta razón el estudio de impacto, que no es el caso de esta investigación, sería un componente indispensable en la toma de decisiones para el diseño de políticas efectivas y para mejorar realmente, a través de los servicios sanitarios, la situación de salud. Pero para este estudio, la información obtenida a través de una efectiva evaluación, puede ser útil para el diseño de políticas y contribuye a mejorar cualitativamente la ejecución de los programas en los servicios, potenciando la atención y la organización comunitaria en función de la protección, promoción y restauración de la salud.

En este estudio se va hacer énfasis en la evaluación del programa de Control de Infecciones Respiratorias Agudas ejecutada en el ambulatorio de El Consejo, porque a pesar de los objetivos planteados del programa en el MAI, dicha morbilidad, se mantiene elevada. Este problema se constituye como la primordial causa de consulta en el ambulatorio; ya que en el año 2002 las IRA alcanzaron cuatro mil seiscientos veintitrés (4.623) casos, en las primeras 32 causas de morbilidad y en el año 2003 se presentaron cuatro mil ochocientos veintiocho (4.828) casos de la misma enfermedad (Coordinación de Epidemiología de la Dirección de Salud Municipal. DSM).

La ejecución del Programa de Protección y Control Ambiental en El Consejo también es importante, porque esta zona formaba parte de una hacienda agrícola que se llama “Hacienda

Santa Teresa” que se dedica al cultivo de la caña de azúcar para su comercialización y procesamiento.

Esto hace que cuando comienza la época de zafra o quema para su recolección, en los meses de Noviembre hasta Abril, se observan cenizas, que son arrastradas por las corrientes de aire que vienen de este a oeste (Eje tejerías- Maracay) para luego precipitarse en las calles y viviendas del sector.

A esto se agrega además otros focos de contaminación, ya que, El Consejo limita por el Sur con la autopista regional del centro y una parte de la hacienda de caña llamada “La Mora”.

Esta situación ambiental pudiera tener relación con el incremento de las IRA en el sector pero la Contraloría Sanitaria solamente desarrolla actividades frente a las denuncias hechas por los habitantes de la comunidad sobre aguas negras, control de construcciones, control de agua de abastecimientos etc. Quedando sin ejecutar las actividades de mediciones ambientales, toma de muestras ambientales como lo establece el programa de Control Ambiental.

En cuanto al Programa de Educación Sanitaria, al examinar los registros en el sistema de información del Modelo de Atención Integral (SISMAI), se observa que lo recaudado se circunscribe a enfermedades sexuales transmisibles en la población joven, dengue, disposición inadecuada de excretas, basura, insectos y roedores y poco énfasis en la educación en la prevención de las IRA de la población. (SISMAI de la DSM Revenga. 2003).

Desde la coordinación de epidemiología Municipal, ubicada en El Consejo, se puede obtener toda la información de las actividades de los programas del MAI que se realizan en el ambulatorio de manera sistematizada desde el año 1999 en adelante y también desde allí se

monitorean los demás ambulatorios pertenecientes al Municipio. Se ejecutan actividades específicas que constituyen el conjunto de intervenciones sanitarias para mejorar efectivamente la salud de la población. Para evaluar los programas se requiere revisar la efectividad de cada una de las actividades relacionadas a aspectos puntuales como la influencia del riesgo ambiental y para ello los indicadores tradicionales que se manejan son útiles.

La discusión del planteamiento teórico y el análisis de cada una de sus partes generan las interrogantes siguientes: ¿se logrará aplicar todos los componentes de integralidad enunciados en el MAI? ¿Cumple el programa IRA las metas propuestas?, ¿Cómo percibe la comunidad el programa IRA? ¿La comunidad está satisfecha con la atención recibida en el ambulatorio? Las interrogantes y las discusiones teóricas de los diversos elementos que conforman el problema, antes planteados sugieren que el problema de estudio de esta investigación puede ser definido en los términos siguientes:

Definición del problema

¿Se aplicará el programa control de las IRA en niños menores de 5 años en el Ambulatorio de El Consejo Estado Aragua en el periodo 2002 y 2003, de acuerdo a la propuesta del Modelo de Atención Integral?.

Justificación del Estudio

Las políticas sanitarias se adoptan como consecuencia de estudios epidemiológicos sobre la incidencia de una problemática de salud. Esos hallazgos técnicos sirven de punto inicial o parámetro de referencia para diseñar políticas sociales y deben ser evaluadas en un lapso posterior para determinar su eficacia, eficiencia e y su impacto.

A consideración del autor, en la mayoría de los casos las instituciones de salud se limitan en la práctica a proporcionar datos, que al ser consolidados mensual o anualmente por las instituciones ponen en evidencia la necesidad de implementar nuevas políticas.

Por otra parte, los programas de salud prometen atención integral, pero en la realidad pareciera que esto no es así. La atención es realmente integral, si contribuye a hacer frente al proceso salud-enfermedad en todos sus determinantes. Una cosa es que los programas sean integrales al formularse con un cuadro completo que comprenda riesgos biológicos, psico-sociológicos y ambientales, y otro cosa es que el servicio prestado a los beneficiarios se reduzca solamente a lo clínico, dejando a un lado la promoción de la salud, prevención de enfermedades y condiciones materiales de vida de la población.

En el área de producción de servicios existe una tendencia a rechazar la visión parcelada e individualizada de la atención, y prueba de ello son los programas de las instituciones locales, regionales e internacionales que se inspiran en modelos de atención que están planteados en forma integral. Pero los cambios y progresos que se observan en la planificación no se vuelcan sobre la práctica social de la salud y nos encontramos con una producción y prestación de servicio inspirada en la integralidad, pero, con un enfoque profundamente reduccionista.

La producción de servicios cuenta con avances interesantes al tener un carácter intersectorial, pero la integración de la atención es todavía un deseo: la satisfacción de necesidades en los espacios escolares, familiares, laborales, comunitarios y en general los ecológicos.

Por lo tanto, la atención no es integral si se desarrolla en y desde ambulatorios y si está centrada en riesgos biológicos exclusivamente. La salud es inherente a la vida misma y no se limita a las características individuales, porque el individuo es una parte de los grupos y cuando se enferma lo hace manifestando la incidencia que en él tiene su medio.

En el estado Aragua, las intervenciones sanitarias se limitan al ámbito de los servicios médicos y no se conocen mecanismo de participaciones efectivas para sanear el ambiente, lo cual justifica que se evalúe el programa de las IRA en la población de El Consejo ya que este tipo de infecciones pudiese estar relacionado con algunas condiciones ambientales.

Según las observaciones empíricas realizadas por el investigador, no se realiza en las instituciones sanitarias de la localidad, investigaciones de salud desde una perspectiva colectiva, social, estimulando el análisis de situaciones concretas y la evaluación de las experiencias en salud pública con la participación de los distintos actores sociales como una forma responsable de introducir mejoras en la planificación y ejecución de los programas para hacer más efectivos los sistemas de salud. Entre ellos está la evaluación que permite relacionar el ambiente, la familia y la escuela.

Por los motivos anteriormente expresados, la importancia de esta investigación se ubica:

- a) En el plano político, al evaluar si los elementos teóricos de los programas de salud pública como el MAI se ejecutan adecuadamente en la realidad concreta en este caso específico del el ambulatorio de El Consejo.
- b) En el plano social por cuanto afecta a una mayoría de la población la evaluación demostraría si la ejecución del programa, dentro de la estructura del modelo, toma en consideración a los sujetos sociales beneficiarios, es decir a la comunidad, por la relación de la participación comunitaria en el desarrollo del programa.
- c) En el plano administrativo, por cuanto abre las expectativas a reformar la estructura administrativas, se identificarían elementos del proceso de ejecución del programa que pudieran estar poco desarrollados lo cual permitiría una redimensión y cambios organizacionales en todas las dimensiones tanto central, regional y local.

Por lo anterior expuesto, es importante hacer un llamado de atención a las autoridades sanitarias del país para realizar evaluaciones externas de este y otros programas, empleados por el Estado en las diferentes poblaciones venezolanas, para conocer si efectivamente se cumplen las expectativas desprendidos por los nuevos modelos y los constantes cambios de la realidad social .

Objetivos de la Investigación

Objetivo General

Evaluar el Programa de las Infecciones Respiratorias Agudas, en niños menores de 5 años de edad en la población de El Consejo. Estado Aragua, en relación a la propuesta del Modelo de Atención Integral. Período 2002-2003.

Objetivos Específicos

1. Identificar los factores de Integralidad del programa “Control” de las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), en relación a los parámetros de evaluación del Modelo de Atención Integral (MAI).
2. Caracterizar la ejecución del programa Control de las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) en el ambulatorio de El Consejo.
3. Caracterizar el proceso de evaluación del Programa “Control” de las IRA en el ambulatorio.
4. Conocer la opinión de los usuarios del Programa “Control” de las IRA en el ambulatorio.

Capítulo 2 Marco Teórico

Definición de Conceptos utilizados en la Investigación

Salud y enfermedad

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS). La Salud es definida como “ Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de molestias o enfermedades”; la salud, aquí, es definida como el bienestar desde el punto de vista biológico, centrándose específicamente en una concepción teórica del sentirse bien, independientemente que la persona presente verdaderamente perturbaciones físicas, mentales y sociales, ratificado esta concepción teórica cuando plantea que no es solo, “...la ausencia de la enfermedades”, sino la percepción que el individuo tenga de su situación. Se plantea, también teóricamente una concepción de la salud, como un fenómeno integral, donde interactúan los procesos biológicos con los procesos culturales o sociales, es decir todos los fenómenos presentes en la realidad social, pero en la práctica concreta solo se atiende las perturbaciones mórbidas orgánicas o psicológicas presentes en los individuos.

En conclusión, se busca en lo teórico destacar una concepción integradora, para dejar atrás su constitutiva visión biológica, organicista y reduccionista, contenida en el concepto de salud.

Lalonde (1974) define la salud como “una variable influida por diferentes factores: biológicos o endógenos, ligados al entorno, los hábitos de vida y factores ligados al sistema sanitario” esta definición es la más utilizadas por el sistema sanitario en los países latinoamericanos, está basado en la teoría Ecologicista, ya que, describe de manera superficial las condiciones de vida y sanitarias de la población. Es decir, conseguir mejoras en la salud

individual y colectiva, ayudando a establecer el papel que deben llevar a cabo los sistemas sanitarios.

Petralanda (2004) manifiesta que la salud hay que explicarla más integralmente, como un epifenómeno natural y dinámico de la vida, concebida como un conjunto armónico de procesos biológicos y culturales, que incluye aspectos espirituales emocionales y socio-culturales, conjuntamente con lo físico.

Para Leavell y Clark (1965), el proceso salud enfermedad es “Cualquier tipo de evento, interno o externo, capaz de alterar nuestros mecanismos fisiológicos y homeostáticos” esta definición explica que la ruptura del equilibrio entre huésped, agente y medio ambiente resulta en enfermedad o cualquiera de ellas. Esto hace entender, que se inicia la enfermedad cuando entramos en contacto con factores de riesgos, como, físicos, químicos, ambientales o aspectos socio económicos.

Según Justo Zanier (1998) “la Salud-enfermedad no es un estado de una persona sola . Es un proceso de la persona en su integridad, Integridad que está conformada también por su cultura, por su medio histórico-social.” (p. 1). Se estudiará como una realidad concreta que se presenta en los individuos y en diversas estructuras sociales, provocadas por las condiciones reales de trabajo y de vida. Es propio de la forma en que los seres humanos producen y se reproducen.

Rojas Soriano (1995), manifiesta que los orígenes del proceso salud-enfermedad se indagan en la realidad social profunda, con el fin de evitar análisis superficiales o fragmentados del mismo.

Para González (2001) en su publicación sobre salud comunitaria, explica que “la salud y la enfermedad no son estados totalmente diferenciados sino que forman parte de un continuo

equilibrio de factores naturales y sociales, en continua interacción y evolución, que permiten al individuo la capacidad funcionar en la comunidad”. De estas maneras Soriano, González y Zanier, expresan el proceso salud enfermedad, unidos entre sí y dependientes de las estructuras socioculturales y de los factores económicos y políticos de cada época.

Evaluación

La evaluación se va a utilizar para determinar y medir en forma más general, los cambios producidos por la aplicación de un programa sobre una realidad determinada, es decir el cumplimiento de los objetivos o propósitos de un programa determinado en este caso la evolución se aplica sobre los resultados o sobre el impacto esperado del programa, así mismo la evaluación puede referirse a medir los cambios o la aplicación de los procedimientos básicos, en cada fase del proceso, refiriéndose a la evaluación que se aplica a los procesos.

El objetivo de los procesos evaluativos, es proveer información y ayudar a mejorar la eficacia de dichos programas o políticas. Las evaluaciones son herramientas que deben utilizar los encargados de tomar decisiones en la formulación de políticas, y que hacen posible que el beneficiario pueda exigir cuentas sobre los resultados de los programas. Existen otros tipos de evaluación de programas, como las revisiones organizacionales y el monitoreo de procesos, pero éstos no miden la magnitud de los efectos ni atribuyen la causalidad. (Banco Mundial. 1999).

Marcela Román (1999) desde un punto de vista constructivista, define la evaluación como “el juicio emitido –de acuerdo a ciertos criterios preestablecidos- por una persona o un equipo sobre las actividades y resultados de un proyecto. Con ella se pretende realizar un análisis lo más sistemático y objetivo posible acerca de las distintas etapas y resultados alcanzados por el programa de manera de determinar entre otros aspectos, la pertinencia y logro de objetivos, la eficiencia, el impacto y sustentabilidad de las acciones”.

De esta manera la evaluación del Programa Control de las IRA no sólo se limita a registrar o medir resultados para la toma de decisiones, sino que contribuye a explicar e interpretar integralmente los determinantes de la enfermedad desde otros ámbitos, aportando al aprendizaje y al conocimiento del equipo involucrado con los programas.

Atención Integral

Para esta investigación, se seleccionó el concepto, donde se “integrará el equipo de salud el beneficiario, la familia y la comunidad organizada para velar por la salud y prevención de la enfermedad mediante la acoplamiento de los factores biológicos y sociales, de manera de promover a toda la población en forma oportuna, adecuada, integral y de calidad, la promoción, la protección específica, atención y rehabilitación, con la finalidad de ampliar la cobertura y la capacidad resolutiva local, respondiendo a las necesidades de salud en los grupos poblacionales que se atienden”. (MSDS. 2001)

Modelo de Atención Integral

En la propuesta presentada por Gilberto Rodríguez y colaboradores, sobre el Modelo de Atención Integral (2001), al Ministerio de Salud y Desarrollo Social, define al MAI como la “política de salud para la gestión de programas y servicios de salud, mejorando la vigilancia epidemiológica, con el propósito de promover, prevenir, curar y rehabilitar la salud bajo un enfoque holístico, respondiendo a los principios de universalidad, solidaria, integridad, participación, eficacia y eficiencia para todas las personas sin distinción social, raza o credo, Fundamentada en una estrategia de atención primaria. El sujeto de la atención es la familia, la comunidad, el ambiente social y físico y no exclusivamente el individuo”.

El SISMAI (Sistema Automatizado de Información en Salud)

El MSDS cuenta con un Sistema Automatizado de Información en Salud del Modelo de Atención Integral (SISMAI) el cual funciona al nivel Regional y Nacional. El SISMAI sustituyó:

“Los anteriores formatos que era utilizados por la dirección de atención médica y programas del ministerio de salud (osp3, am01, informes de niño y adolescente, CED, UROC, ira, TBC, cardio-vasculares, salud mental, diabetes Mellitus, endémicas rurales, dermatología simplificada, promoción social, enfermería, entre otros)” (Corporación de Salud – Aragua 2001, p. 3).

El SISMAI estableció nuevos formularios de registro e información del modelo de atención integral y con ellos eliminó las 24 Historias que se utilizaban para sustituirlas por una solamente y a los 26 formatos que eran utilizados para recoger la información referida en la cita y que ahora se registra en un sólo integrado que es el DPS – 04 el cual debe contener todas las hojas o todas las actividades arriba referidas. El SISMAI opera con formularios de registro diario, semanales, mensuales y formularios específicos para el registro de la natalidad y mortalidad mensuales.

Los formularios utilizados para ambulatorios rurales, urbanos y hospitales adscritos al MAI son los siguientes:

1. Formulario de Registro diario
 - a. DSP – 01: Historia Clínica Integral y sus Fichas Epidemiológicas.
 - b. DSP – 02/EPI – 10: Registro Diario de Morbilidad y Programas.
 - c. DSP – 03: Tabulador de Actividades y Programas (Para consolidación).

- d. Fichas Especiales de Vigilancia Epidemiológica de los Programas.
 - e. Censo Diario de Hospitalización.
 - f. Resumen diario de actividades del Servicio Obstétrico.
2. Formulario de Informe Semanal.
- a. EPI – 12: Telegrama Semanal de Enfermedades de Notificación Obligatoria.
3. Formulario de informe Mensual.
- a. EPI – 15: Informe de Epidemiología; es el consolidado del EPI – 11.
 - b. DSP – 04: Informe de Actividades y Programas; es el consolidado del DSP – 03.
 - c. Movimiento Hospitalario Mensual por Departamento.
 - d. Movimiento de los Servicios Quirúrgico y Obstétrico.
4. Formulario de Registro de Natalidad Mensual.
5. Formulario de Registro de Mortalidad Mensual.

EL EPI – 10 / DSP – 02

EL EPI – 10 / DSP – 02 permite registrar “todos los datos relacionados a la morbilidad, actividades realizadas por el Equipo de Salud según todos los programas de medicina anticipatorio, hallazgos consecuentes de las clínicas realizadas, enfoque de riesgo individual, familiar y comunitario (ambiental); avalado por el concepto de ver al hombre como un ser holístico dentro de nuestro sistema, colocando centros de salud al servicio de nuestra comunidad” (Corporación de Salud – Aragua 2001, p. 23).

Bajo el modelo de atención integral todos los trabajadores “deben realizar vigilancia epidemiológica en cualquier nivel” y “registrar los datos en el EPI – 10 / DSP – 02 antes que el usuario se retire de la consulta” (Corporación de Salud – Aragua 2001, p. 23).

El EPI – 10 / DSP – 02 es para ser utilizado en consultas externas generales y especializadas ambulatorias, en las emergencias y en los ambulatorios rurales y urbanos así como en los hospitales y otros establecimientos regionales ejecutores de políticas de salud. Se archiva por consulta y funciona como registro único de actividades realizadas orientadas a alimentar los formularios epidemiológicos.

Las variables que se utilizan para el registro de las enfermedades son “P” para primera consulta. “S” para consultas sucesivas y “X” para registrar otras patologías que no motivaron la consulta.

Para evaluar la efectividad de un programa de control, el MSDS utiliza solamente los nuevos casos (incidencia) registrados como “P”.

En este registro las enfermedades se han clasificado de la manera siguiente:

- Enfermedades de notificación obligatoria inmediata
- Enfermedades de notificación obligatoria semanal permitiendo elaborar el informe de enfermedades de notificación obligatoria ordinaria semanal EPI – 12 y alimentando tabulador diario EPI – 11 que a su vez contribuye en la consolidación del informe epidemiológico mensual EPI – 15).
- Enfermedades sujetas a control de programas de salud (son enfermedades de vigilancia primordial y se establece mediante la codificación de enfermedades sujetas a control del EPI y del DSP. Entre estos programas se encuentra el de control de diabetes mellitas, de

enfermedades cardiovasculares, el programa integrado de tuberculosis y asma y otro de enfermedades como las infecciones por V.P.H. X Biopsia, condiloma acuminado, tricomoniasis, candidiasis genital, leucorreas no específicas, V.I.H, SIDA, y otras, además del programa de atención integral de salud mental.

Las Infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años de edad se encuentran codificadas en el SISMAI de la siguiente manera:

Cód. EPI	Infecciones respiratorias agudas (IRA)	Cód. DSP
	Enfermedad muy grave < de 2 meses	1
	Enfermedad muy grave 2 meses – 1 año	2
	Enfermedad muy grave 1 - 4 años	3
73	Neumonía grave menores 2 meses	4
73	Neumonía grave 2 meses – 1 año	5
74	Neumonía grave 1 - 4 años	6
73	Neumonía de 2 meses – 1 año	7
74	Neumonía de 1 - 4 años	8
71	Rinofaringitis menores de 5 años (tos y resfriado)	9
68	Faringitis aguda < de 5 años	10
70	Amigdalitis aguda < de 5 años	11
59	Otitis menores de 5 años	12

Fuente: SISMAI 2003

No todas las enfermedades tienen un código EPI y otro DSP. En el caso en que lo tienen, se utiliza la codificación DSP tanto para los EPI – 10 como para el DPS – 02 y para el DPS – 03

y DPS – 04. Así que en los EPI – 11, las enfermedades aparecen registradas con los códigos DPS respectivos.

Como veremos en el cuadro que se presenta a continuación, algunas de estas enfermedades en grupos etarios mayores de 5 años no están sujetas a programas ni a vigilancia obligatoria inmediata o semanal. Tampoco la bronquitis lo está a pesar de presentarse en grupos menores de 5 años:

Cód. EPI	Enfermedades
58	Otitis externa
61	Faringitis aguda mayores de 5 años
69	Bronquitis aguda
72	Bronquitis crónica
77	Otitis media crónica
76	Rinofaringitis aguda mayores de 5 años
78	Bronquitis aguda menores de 2 años

Fuente: SISMAI 2003

Para el asma que es también una enfermedad del aparato respiratorio, existe un programa especial denominado “Programa integrado de tuberculosis y asma”. Los pacientes se agrupan en clases que van, la primera, desde 0 a 9 años y la otra desde 10 años en adelante.

Cód. EPI	Asma	Cód. DSP
	Asma 0 – 9 años	
79 ^a	Sibilancias en menores 10 años	1
79 ^a	Crisis en menores 10 años	2
79b	Asma 10 años y mas	
	Crisis en mayores 10 años	3

Fuente: SISMAI 2003

El DSP – 03, 04 y el EPI 11 y 15

El DSP – 03 registra las actividades por programas que corresponden a las Enfermedades sujetas a control de programas de salud. El formato es llenado diariamente por el equipo de salud para evitar riesgos para los subregistros. La consolidación de tales registros permite la elaboración del DSP – 04 en el cual se consolida el total de actividades diarias. Se prevé el registro de trabajos realizados en la comunidad, escuelas, ONG y por los inspectores de salud pública, enfermeras, promotores sociales y hasta la propia comunidad.

Existen programas que se realizan extra-muros cuyas actividades no se registran como el de zoonosis, que comprende rabia, leptospirosis, brucelosis, leishmaniasis, y el de encefalitis equinas. Otro programa que tampoco se controla es el de enfermedades endémicas que comprende el control de parasitosis intestinal, malaria, esquistosomiasis, enfermedad de chagas, y dengue.

El DSP – 04 es un tabulador mensual que registra todas las actividades por programas enunciadas en el EPI – 10 y en el DSP – 02 y 03. Este tabulador consolida esos registros diarios y los presenta en un cuadro mensual.

El EPI – 11 también es un tabulador pero registra la morbilidad diaria obtenida por consulta externa. Con ello contribuye al conteo de causas y frecuencias para las morbilidades.

El EPI – 11 es denominado Lista de enfermedades de notificación obligatoria especial y semanal según caso y muerte que se lleva en el EPI – 12. Se lleva semanalmente y comprende un total de 30 tipos de enfermedades y se consolida a partir de los datos obtenidos en los EPI 10 / DSP 02.

El EPI – 15 es el Informe mensual de epidemiología. Registra las actividades médico asistenciales realizadas en los establecimientos de salud adscritos a las Direcciones Regionales del Sistema Nacional de Salud. La información que contiene es sobre la morbilidad en las consultas externas, la morbilidad general organizadas por causas y por grupos etarios. Es un documento de importancia para la orientación de la política de salud porque registra los indicadores locales.

En esta investigación se trabajará con el DSP–04 y el EPI – 15, por que ellos registran los consolidados de los programas en el MAI, en cada establecimiento de salud.

La diferencia entre los DSP y los EPI está en que por ejemplo el DSP – 04 es un informe mensual de programas, mientras que el EPI – 15 lo es de morbilidad. Los demás instrumentos agrupan los registros diarios para vaciarlos en los formularios de informe mensual, antes mencionados. Por ejemplo, el DSP – 03 es un tabulador diario por programas y el EPI – 11 lo es de la morbilidad.

Teorías que sustentan la investigación

El Estructuralismo

El Modelo de Atención Integral, objeto de estudio, se inscribe en la teoría estructuralista, ya que, si se examina internamente se puede descubrir un complejo de relaciones con una entidad autónoma de dependencias internas. Pedro Luis castellano, en su trabajo sobre “Condiciones de Vida y Salud” (1.995), expresa que “todos los objetos de investigación, sobre situación de salud tienen una arquitectura y funcionalidad como sistemas complejos, jerárquicos y cuasidescomponibles y se han encontrado evidencias positivas cuando se aplican esta teoría” (p. 9).

Este pensamiento implica dos principios esenciales, el primero de los cuales es el de integralidad de los fenómenos sociales: Según éste principio, los elementos que conforman la vida social no tienen significación, ni mayor importancia, ni pueden entenderse separados los unos de los otros. No es posible, por ejemplo, comprender la enfermedad de una población si se la investiga a ella sola; tampoco pueden entenderse los distintos elementos que la conforman: la participación, la producción, distribución, el ambiente de forma aislada. El segundo principio se refiere a la unidad del pensamiento, según el cual, es imposible entender el modo de pensar de la gente, su vida política o el funcionamiento de sus formas de autoridad, sin referirlos a los otros aspectos de su vida social. Esta es la que algunos suelen llamar una visión holística de la sociedad.

Es decir, que la sociedad es un todo; por lo tanto, para poder comprenderla hay que concebirla en esa forma. Vasco (1993) manifiesta, en conferencia en un curso para dirigentes sindicales, que “no es posible estudiarla válidamente considerándola como una suma de sucesos, como hasta ese momento venían haciéndolo los científicos sociales, que constituían cada una de

sus partes en un objeto de estudio autónomo”; luego, citando a Marx, expresó que “las leyes que hacen que las cosas existan, se modifiquen, se desarrollen, sean lo que son, están dadas por el contenido” (conferencia publicada por Proyecto ISCOS-ORIT, 1993). Se aplicó esta concepción desde el siglo pasado, pero su influencia no llegó a las ciencias sociales, hasta cuando el funcionalismo la retomó, pero sobre otras bases y otros objetivos.

Sin embargo, Vasco. 1993, hace un contraste del estructuralismo con el funcionalismo y otras corrientes holísticas, en su consideración acerca de qué es lo que une, lo que enlaza entre sí, los diferentes elementos de la vida social. Los funcionalistas piensan, por ejemplo, que el enlace está en las instituciones, que ellas constituyen lugar social en donde todos los elementos se relacionan entre sí para conformar un todo en equilibrio, la sociedad. El estructuralismo, en cambio, afirma que ese lugar es la estructura. Este es su segundo principio fundamental.

El estructuralismo para De Saussure, citado por Gómez (1970) nació como “consecuencia de una profundización de la lingüística para analizar el contexto de las palabras es decir su relación con las demás”. (p.1). De ahí, según Gómez (1970), que se haya definido la estructura como “entidad autónoma de dependencias internas.” (p.1)

El Modelo de Salud Integral se enmarca dentro de la teoría estructuralista, ya que, tiene una arquitectura y una funcionalidad como sistemas complejos y jerárquicos, que pueden ser descompuestos en unidades funcionales para ser analizado de acuerdo a su interacción.

Para el estructuralismo es importante el lugar que ocupa un subsistema dentro de la estructura general y las relaciones que establece con el resto de sus componentes. Las relaciones presentes de los componentes dentro de la estructura, resultan más importante que su propio contenido.

Al inicio en esta corriente imperaba una visión de la realidad basada en la indagación de la esencia de los objetos. Castellano (1995) manifiesta que “los fenómenos se definían por sus

aspectos sustanciales ya que las relaciones que establecían con el resto del mundo eran consideradas producto de sus cualidades” (p. 14)

En cuanto a los autores López-Moreno (1.998) las actividades científicas se centraron en las búsquedas de las relaciones existentes entre las cosas y para explicarlos se generaron “modelos dinámicos de medición y la cuantificación es la principal manera de evaluar las relaciones entre los procesos estudiados por las ciencias. Otra fase se inicia con el “florecimiento de los modelos explicativos de los sistemas naturales” (p. 444). Se ha centrado en los estudios de los sistemas complejos y las relaciones presentes en ellos. En fin, para López- Moreno (98) “la teoría estructural es el paradigma filosófico de este período.” (p. 444)

El Modelo de Atención Integral como sistema agrupa varios sub- sistemas y los programas, que se relacionan con la atención en salud, forman parte del sub-sistema de salud.

Para Miller, en 1978, en su propuesta de “sistemas de vida”, citado por castellano (1995) expresa que “investigar, dentro del estructuralismo, las interacciones de subsistemas que forman un sistema mayor y explicar la aparición de determinado fenómeno, es necesario descomponer el sistema mayor en sus unidades funcionales”. (P.9). Castellano (95), lo explica de esta manera, “cada unidad de menor complejidad interactuará con otras unidades y cuyos comportamientos pueden ser analizados, también, por las interacciones de las sub unidades que la componen”. (P.10)

Quiere decir que para abordar y estudiar un comportamiento en cualquier nivel de la realidad se puede aplicar tres estrategias diferentes de investigación

1. Estudiar el sistema en su totalidad
2. Las interrelaciones entre los subsistemas
3. Las interrelaciones entre las sub- unidades de los subsistemas

Para estudiar los programas del Modelo de Atención Integral, es preciso conocer su

Organización (arquitectura), que guarda relación con los procesos naturales de los subsectores que las componen y para su evaluación es importante la interacción de sus programas.

Fundamentación Ecológicista del Modelo de Atención Integral

Además del estructuralismo como nuevo paradigma filosófico en salud, también lo es, el ecologicismo como concepción en el estudio de la salud integral de la población. En la actualidad, según López 1.998 “la epidemiología admite que existan muchas causas para cada proceso patológico llamándose red causal el cual fue introducido por MacMahon. En el MAI cuando se habla de riesgos se ubica en las teorías ecologicistas ya que la atención se reduce, generalmente, a encontrar en el plano Fenoménico, la asociación causal entre el agente y la enfermedad.

Para el ecologicismo, es elemento central establecer que la ocurrencia de la enfermedad de grupos poblacionales, se debe a la interacción constante entre los factores del medio ambiente y la población. Cuando se refiere al medio ambiente son todas aquellas condiciones externas que influirán en la vida y desarrollo del organismo.

López-Moreno (1998), manifiestan que debido a la “complejidad entre las causas y enfermedad, que hace difícil conocer completamente su relación, denominándose modelo de la caja negra, proponen la búsqueda de aquellos elementos de la red que eventualmente permitan romper la cadena causal, haciendo innecesaria la identificación de todos los elementos del proceso de producción de la enfermedad”. (p. 445). Este modelo tiene dificultad para identificar los determinantes individuales y las poblacionales

El Ecologicismo se refiere más a los diseños en los cuales las unidades de análisis las variables corresponden a nivel poblacional. Según Pedro L. Castellano (1995) puede ser entendido de dos maneras: Una describe a “estudios en los cuales la población es no solo la

unidad de análisis a la cual corresponden las variables, sino el universo de estudio al cual se infieren los resultados”. (p. 10). En este caso, las unidades de estudios son colectivos, inclusive poblaciones de poblaciones, y el universo de referencia son también colectivos de poblaciones. La otra forma de entenderlo se refiere a “estudios en los cuales los valores de los individuos (riesgos individuales) son inferidos a partir de los valores promediales de un grupo.”(Castellano. 1995)

Por lo tanto generalmente los modelos de salud que imperan y se desarrollan en nuestra sociedad se apoyan en el desconocimiento de los condicionantes sociohistóricos que le dan fundamentación.

Para Cerró y Bello (2000) el modelo de atención en salud “ha estado fuertemente vinculado con la enfermedad y su recuperación a través de la acción asistencial, la utilización acrítica del medicamento o la demanda de hospitalización. Esto ha impedido que concibamos la salud y la enfermedad como un proceso dinámico que afecta al ser vivo en su ambiente, y que resulta de la interacción entre factores psicosociales, culturales y biológicos, actuando en un tiempo y espacio determinados” (p. 3).

Leavell y Clark (1965) unos de los proponentes del ecologismo y los niveles de prevención, hacen un planteamiento donde la “intersectorialidad, son un recurso habitual para una propuesta que deberá reconocer en la red de servicios de creciente complejidad, una respuesta que en lo conceptual comience en la promoción de salud y en la prevención de las enfermedades, para culminar en el diagnóstico temprano, el tratamiento oportuno y la rehabilitación eficaz”. (p. 215)

Este Modelo ecologicista se ha mantenido dentro del contexto político y social ya que se resiste a aceptar la realidad concreta de la estructura social. Méndez (1988) hace un análisis de “la evolución histórica de los modelos de salud que se han mantenido permanentemente en los

sistemas de salud y el cual permite identificar, en dichos sistemas, distinto estatus y reconocimiento oficial”. Algunos sistemas de conocimiento son aceptados socialmente por una mayoría o una minoría con poder, merced a lo cual se van instituyendo como hegemónicos o dominantes respecto de otros modelos, que aparecen como subalternos o subordinados.

Antecedentes de la Investigación.

A continuación se describirán algunas investigaciones operativas sobre el control de las infecciones respiratorias agudas (IRA) realizadas por diferentes autores de Brasil y recompiladas por la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud.

Investigaciones Operativas prioritarias en apoyo a los programas de control de las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) Yeuda Benguigui 1988.

Esta investigación fue realizada en Brasil por Yehunda Beguigui, cuyo objetivo consistió en tomar decisiones para la ampliación de medidas en un programa de control. En él se incluyó desde la compilación y el análisis de datos básicos para la programación y la evaluación, hasta los proyectos para la resolución de problemas de ejecución específicos, es decir, para corregir las deficiencias y mejorar las estrategias del programa.

La investigación Operacional abarcó tanto los aspectos técnicos como administrativos, se efectuó en las condiciones naturales del contexto en el que se realizará el programa. Para ello utilizaron múltiples variables interrelacionadas.

En esta investigación se buscó información de las publicaciones y censos oficiales para el programa y los métodos de compilación de los datos como características geopolíticas del país. En ellas se reflejó la situación geográfica, superficie población, división político- administrativa, división en zonas y áreas de salud. Localidades, núcleos de población, comunicaciones viales etc., Información sobre el área de implantación; se tomaron datos a nivel local y regional entre ellas la composición de la población por edades, N° de defunciones, tasa de mortalidad infantil y

proporción de nacimientos, estructura de los servicios de salud y breve análisis de la organización de salud.

Otros datos, obtenidos a través de personas que consultaron y visitantes a domicilios, que tenían relación con Informaciones Epidemiológicas y Evaluación del tratamiento en condiciones operacionales.

Se concluyó que era necesaria la implantación rápida de actividades normalizadas y la instrucción de las familias sobre los servicios generales de salud, con el fin de reducir la tasa de mortalidad e instituir prácticas adecuadas para el manejo de los casos por parte del personal de salud y de la comunidad.

En esta investigación se mantuvo intactos los objetivos de evaluación y el equilibrio con los demás programas de salud para poder obtener mejores resultados. Se hizo un análisis de la organización de la salud, para conocer la realidad concreta del avance del programa dentro del modelo.

Además la Investigación técnica y operacional de las IRA obtuvo la información necesaria para programar y corregir las deficiencias. Mientras tanto es preferible utilizar estudios periódicos en muestras de servicios, o demográficos, cuando para obtener los datos de forma sistemática, sea necesario incluir formularios adicionales en el nivel periférico que con lleven una sobrecarga administrativa y las estrategias del programa.

Evaluación del Impacto de las acciones de control de las Infecciones Respiratorias Agudas en Pelotas Brasil Una investigación Operativa. Moema Chatkit de Oliveira (1995)

Se evaluó el impacto del programa de Infecciones Respiratorias Agudas en la ciudad de Pelotas – Brasil, comparando los indicadores antes y después de implantado. 1993 – 1994.

La población objetivo fueron niños menores de 5 años de edad que frecuentan la red pública municipal de Unidades Sanitarias.

El objetivo general fue “evaluar el impacto Original del Programa de Control de las IRA en cuanto a la utilización de antibióticos, solicitudes de radiografías de tórax y traslado para la hospitalización en los servicios ambulatorios del Municipio de pelotas.” Y los objetivos específicos, fue, estudiar la incidencia de los diferentes tipos de IRA; conocer la proporción de IRA respecto al total de consultas; comparar los resultados de los diferentes grupos de edad.

La investigación fue realizada en 32 unidades Sanitarias de la red Municipal de salud con una población de 200.000 habitantes.

En cuanto a la metodología, indagaron sobre los objetivos del programa IRA, que se refiere, al uso de antibióticos, la realización de radiografías de tórax y la referencia para la hospitalización de niños menores de 5 años atendidos por la enfermedad antes (agosto de 1993 y agosto 1994) y después (Septiembre de 1994) de la capacitación de los profesionales para la utilización del manejo estándar de casos de IRA.

La fuente se obtuvo a través de los registros diarios de consultas y el instrumento utilizado fue un cuadro para la observación los casos de IRA, en función de su tipo, de la utilización de antibióticos, de radiografía de tórax y el traslado para su hospitalización. Esta información fue procesada en el programa Info- Epi.

La discusión y conclusión de los resultados se obtuvo mediante el análisis de los cuadros desde agosto de 1993, hasta agosto y septiembre de 1994.

Conclusiones: a) la prescripción de antibióticos no se mostró muy elevada en los servicios estudiados y no hubo una variación significativa en su utilización para las IRA b) Hubo alteraciones en la prescripción de antibióticos individualmente para las IRA; c) los casos de neumonía fueron tratados con antibióticos o referidos a hospitales; c) se observó una disminución importante en la solicitud de radiografías de tórax; d) reducción en la proporción de tratamientos

no especificados, tras la capacitación del equipo de salud; e) disminución en la hospitalización; f) promovió discusiones con profesionales de los diversos niveles del sistema de salud.

Evaluación Operativa del tratamiento empírico de neumonía en niños hospitalizados.

Sydney Ferreira, Klaus Provenzano y otros. 1998

En este trabajo se muestra un preámbulo de los efectos de un estudio sobre el tratamiento y la evolución de niños hospitalizados con neumonía en el instituto de puericultura y pediatría Matagao Gesteira de la Universidad Federal de Río de Janeiro-Brasil.

La investigación cuenta con los siguientes objetivos: presentar datos preliminares al tratamiento y evolución de niños hospitalizados con neumonía; comparar la evolución de los niños que recibieron tratamiento con un tipo de antibiótico en relación a los que recibieron otros antibióticos de mayor espectro de acción.

La población objetivo fueron todos los niños menores de cinco años, internados en la enfermería de pediatría del instituto, desde abril de 1994 a diciembre de 1995.

Para construir la metodología se utilizaron criterios clínicos y radiológicos para indicar la hospitalización de niños con neumonía grave. Los datos fueron registrados recurriendo a un formulario propio previamente comprobado.

Los formularios una vez completados periódicamente se confrontados con los datos de las fichas médicas o durante a las visitas a las enfermerías.

Se utilizó el test del X² (Chi cuadrado) para la inferencia estadística, con un nivel de significación del 0,05. Los datos fueron analizados mediante el programa Info Epi 6.

Conclusiones: los resultados preliminares sugieren que el tratamiento inicial de niños hospitalizados con neumonía, utilizando penicilina G cristalina es satisfactorio comparado con el tratamiento con otros antibióticos de más amplio espectro de acción

Evaluación del programa de Control de Infecciones Respiratorias Agudas, en Río Grande do Sul, Brasil, de 1984 a 1992. José M. Catkin, Brasília I. Aché y otros.

Esta investigación tuvo como propósito evaluar el impacto que las acciones programáticas en IRA tuvieron en la reducción de los coeficientes de mortalidad por IRA, compararlo con la tendencia de reducción de los fallecimientos por todas las causas en menores de un año de edad en Río Grande do Sul, Brasil entre 1970 y 1992.

Respectivamente se examinaron los registros de los fallecimientos archivados, identificando los fallecimientos de los niños menores de un año que tenían un diagnóstico de neumonía como causa de muerte. La fuente de información fue los organismos oficiales de salud de la localidad.

Se calcularon las tasas de mortalidad específicas para el grupo de edad a partir de los datos demográficos del Estado, basados en los censos generales de Brasil.

Como instrumento se utilizaron el método de los mínimos cuadrados para el estudio de la serie temporal. Los cálculos se efectuaron en dos grupos de datos de muerte por IRA, los referentes a la fase previa del programa (1970-1983) y posterior al programa (1984-1992), habiendo sido repetidos para los fallecimientos por todas las causas de niños menores de un año.

Conclusiones: las actividades de normalización diagnóstica y terapéutica en IRA, permitió la aceleración del ritmo de reducción de los coeficientes específicos de mortalidad, traduciéndose, dentro del objetivo general, la disminución de la mortalidad infantil por neumonía.

Otro trabajo de investigación, que no tiene relación con los anteriores, pero describe cómo el ambiente y el modo de producción económica de una región afecta la salud de las personas. Este estudio se refiere a la quema de la caña de azúcar y su relación con las Enfermedades Respiratorias, que a continuación se señala.

Efecto de la quema de la caña de azúcar sobre la incidencia de enfermedades respiratorias en dos localidades del Estado Aragua, Venezuela. 1991-1992. Yolanda Hernández. 1995

El Objetivo del presente trabajo fue estudiar la relación de la quema de la caña de azúcar en los valles del Estado Aragua y las Enfermedades Respiratorias, específicamente las IRA durante los años 1991 – 1992.

Las zonas seleccionaron fueron los valles altos, Dtto Sanitario 2 (Mpio José F. Ribas, Santos Michelena, Revenga, Bolívar y Tovar) con aprox. 250 hectáreas y los Valles bajos, Dtto Sanitario 5 (Mpio. Sucre, Lamas, Mariño y Libertador) con aprox. 5000 Ha. El estudio se hizo en dos épocas del año, en el periodo de zafra (Noviembre – Abril) y el periodo de no zafra (Mayo Octubre)

Metodología:

La investigación tiene un diseño no experimental, de corte transversal y de tipo Descriptivo. Para la selección de la muestra se ubicaron los Dttos Sanitarios más cercanos a las siembras de la caña de azúcar, como el Dtto Sanitario N° 2 (Mpio José F. Ribas, Santos Michelena, Revenga, Bolívar y Tovar) y el N° 5 (Mpio. Sucre, Lamas, Mariño y Libertador).

Se revisaron las estadísticas mensuales de casos de afecciones respiratorias, registradas en los ambulatorios de las zonas en estudio y se compararon con los periodos de quema de la caña de azúcar.

Resultados:

La investigadora reveló que en época de zafra o quema de la caña, se observó un incremento (72%) de casos de morbilidad por enfermedades respiratorias, en la población infantil y adultos de los Distritos Sanitarios estudiados, siendo más críticos los casos por Infecciones

Respiratorias Agudas (IRA). En los meses de no zafra las enfermedades respiratorias disminuyeron en un 48% y 46% respectivamente.

Las investigaciones descritas anteriormente, evalúan las IRA desde los objetivos planteados por la OPS, para tratar y diagnosticar la enfermedad solamente, sin indagar sobre las causas que la originan, ya que los determinantes podrían estar dentro de la estructura del modelo. Para esta investigación se evaluará el Programa IRA en interacción con los otros programas del Modelo, para buscar las causas del problema

Operacionalización de los Objetivos

Identificar los factores de Integralidad del programa de las Control IRA, en relación a los parámetros de evaluación del MAI

Variable	Definición concepto	Definición Operacional	Dimensión	Sub. Dimensión	Indicadores
Elementos de integralidad	Es un enfoque holístico y social del proceso salud enfermedad, por una atención integral y continua de la salud de las personas y su ambiente físico y social, cuyo énfasis son las acciones de promoción y prevención fundamentada en una estrategia de atención primaria. El sujeto de la atención es la familia, la comunidad, el ambiente social y físico y no exclusivamente el individuo	Es la forma de organizar el programa tomando en cuenta no solo el motivo de la consulta, sino también, su etapa evolutiva, situación escolar, laboral, familiar, con tratamiento que contemple diagnóstico de salud, físico psíquico – familiar social y de orientación; con una referencia a nivel Secund. Y terc con una contra referencia que permita el seguimiento	Estructura Organizativa	Educación Sanitaria	<ul style="list-style-type: none"> - N° de Capacitados en: Nutrición e Higiene, Lactancia Materna, Prevención Diarreas, Preve. de IRA, Vacunas, Tabaco y Otras droga, Crecimiento y Desarrollo del Niño y Adolescent, Seguridad y prev. De hechos violentos, Planificación de la Pareja, Dengue, I.T.S, Auto Examen de Mamas y Cáncer, Tuberculosis, Epilepsia, Prevención del Cáncer de Cuello Uterino, Prevención de la Caries Dental, Diabetes e Hipertensión Arterial - N° de Personas capacitadas - N° de sesiones educativas en: establecimiento individualmente, establecimiento colectivamente, Club de Hipertenso, Club de Diabético, Comunidad O.N.G, Club de Asmático, escolares en educación Sanitaria, Importancias de la Consulta Sucesivas, -Número de Sesiones de Educación Sanitaria en Total
				Prevención	<ul style="list-style-type: none"> -N° de Visitas a: familias nuevas con Alto Riesgo, familias de bajo control con bajo riesgo, niños <7 con Alto riesgo, niños prenatales de alto riesgo, Casos T.B.C, infantes Diabéticos Abandono tratamiento, a Madres U.R.O.s, Escuelas -Lactancia Materna exclusiva hasta los 6 meses -N° de inmunizaciones por vacunas en menores de 6 años de: Triple (D.P.T), Antipo-liomielítica, Antihepatitis B, B.C.G, Trivalente, Antihaemophilus Influenzae Tipo B, Antirubeola Vacuna Anti-sarampionosa, Penta-valente, Dupla Viral (Bivalente: Rubéola y Sarampión), Antiamarilica

Variable	Definición concepto	Definición Operacional	Dimensión	Sub. Dimensión	Indicadores
			Estructura Organizativa	Participación Social	-N° de voluntarios que participan en: talleres de capacitación, campañas de vacunación, actividades de fomento y prevención - N° de comités de salud comunitarios, clubes de salud comunitarios y Juntas socio sanitarias
				Tratamientos y/o Curación	- N° de Lactantes y Pre-escolares atendidos en: Masc 1eras y sucesivas consultas, Fem. Atendidos en 1era y suce. -Total de Consultas < 23 Meses 1era consulta. -Total de Consulta de 2 a 6 años 1era consulta. -N° de Referidos Lactante y Pre-escolar. -N° de Lactantes Atendidos por Enfermería <1 mes – < 23 meses. -N° de Preescolares Atendidos por Enfermería. -N° de Diagnósticos Lactante y Pre-escolar

Variable	Definición concepto	Definición Operacional	Dimensión	Sub. Dimensión	Indicadores
Factores de evaluación	Es el que mide los fenómenos a través de indicadores a los que se les ha establecido un rango, analizar los resultados interpretando con los que nos explicamos el fenómeno en estudio	Miden las variables o atributos de los factores determinantes. La medición se compone a través de criterios implícitos o explícitos cuantitativos, derivados de las condiciones económicas, de las aspiraciones de los usuarios de normas de seguridad de estándares de condiciones mínimas de seguridad	Evaluación	Estructura	- <u>Accesibilidad geográfica</u> : distancia - <u>Accesibilidad funcional</u> : tiempo de espera y N° de rechazos - <u>Disponibilidad</u> : N° de recursos por la población
				Proceso	- <u>Actividades</u> : N° de acciones desarrolladas en un tiempo determinado - <u>Productividad</u> : N° de actividades realizadas X unidad de recursos disponibles X unidad de tiempo - <u>Rendimiento</u> : N° de actividades realizadas X unidad de recurso utilizado X unidad de tiempo. - <u>Intensidad de uso o concentración</u> : N° promedio de los servicios recibidos X cada usuario durante cierto periodo de tiempo. - <u>Extensión de uso</u> : Proporción de la población que utiliza un servicio determinado - <u>Utilización</u> : Relación entre recurso utilizado y el recurso disponible para una actividad X unidad de tiempo.
				Resultado	-Cobertura. -Eficacia -Eficiencia -Efectividad
				Factores de Riesgos	-N° de personas con Riesgo Ambiental -N° de personas con Riesgo psico social -N° de personas con Riesgo Biológico % de lactantes y pre-escolar con Riesgos biológ, Ambiental y psico social
				Integralidad de acciones en la atención	-Estado Nutricional Lactante y Pre-escolar: Exceso, normal, zona crítica, leve, moderada, grave. -Evaluación Cefálica: Microcefalia, macrocefalia, normal. -Déficit lactante y pre-escolar: Examen sensorial, desarrollo psicomotor, Agudeza Visual, Audición y Lenguaje, Maduración Sexual. -Tensión Arterial Lactante y Pre-escolar: Normal, Hipertenso, Hipotenso - N° de diagnósticos (Lactante y Pre-escolar): Lactantes Sanos y enfermos, Pre-escolares Sanos y enfermos.

Variable	Definición concepto	Definición Operacional	Dimensión	Sub. Dimensión	Indicadores
				Integralidad de acciones en la atención	N° de Visitas realizadas por: Enfermería, Auxiliar de Enfermería, Medicina Simplificada, Trabajador Social, Trabajador Social, Médico, Inspector Salud Pública, Equipo de Salud, Consulta Familiar (Centros de Atención Integral). Otras Actividades de Promoción de Salud y Educ. Sanitaria: N° de discusiones de Casos y Redacción de Informes, N° de Gestiones Para Tratamientos, Promoción de Fact. Protectores de Vida Individual, N° Operativos, N° Asesorías, Determinación de Factores de Riesgo Individual
				Coordinación Intersectorial	-N° de fuerzas sociales, relacionados con los programas del MAI -N° de instituciones educativas relacionados con los programas del MAI - otras organizaciones de salud relacionados con los programas del MAI - N° de instituciones gubernamentales relacionados con el servicio

Caracterizar el proceso de evaluación del Programa “Control” de las IRA en el ambulatorio

Variable	Definición concepto	Definición Operacional	Dimensión	Sub. Dimensión	Indicadores
Proceso de evaluación En el Ambulatorio	Conjunto de instrucciones que permite ejecutar el manejo y operacionalización de las infecciones respiratorias agudas en niños < de 5 años en el MAI	Organiza y relaciona los datos riesgos de la enfermedad con otros elementos o dimensiones del modelo de atención integral	Evaluación Clínica	Diagnostico IRA	N° Enf muy grave < de 2 meses N° Enf muy grave 2 meses a 1 año N° Enf muy grave 1 a 4 años N° Neumonía grave < 2 meses N° Neumonía grave 2 meses a 1 año N° Neumonía grave de 1 a 4 años N° Neumonía de 2 meses a 1 año N° Neumonía de 1 a 4 años N° Rinofaringitis < de 5 años (tos y resfriados) N° Faringitis aguda < de 5 años N° Amigdalitis aguda < de 5 años N° Otitis < de 5 años
				Tratamiento	N° referidos al hospital N° de tratados con Amoxicilina N° de tratados con penicilina bezatínica N° de tratados con Trimetropin (Sulfametoxazol) N° de tratados con Acetaminofen

Capítulo 3 Marco Metodológico

Tipo y nivel de investigación:

Tipo: Aplicado

Diseño: no experimental

Nivel: Descriptivo de corte transversal

Unidades estadísticas:

Unidades de Investigación: El Programa Control de las Infecciones Respiratorias Agudas en niños menores de 5 años, en el Modelo de Atención Integral, ejecutado en el ambulatorio de El Consejo, Estado Aragua

Unidades de Análisis: Corresponde a la unidad que se examina y su naturaleza depende de los Objetivos del estudio..(Seijas. 1999).

Este se refiere a: los factores de integralidad del programa de las IRA, los parámetros de evaluación de las IRA en el MAI, Característica del programa de las IRA ejecutado en el ambulatorio, Característica del proceso de evaluación del programa de las IRA, la opinión de los usuarios sobre el programa IRA en el ambulatorio

Unidad de Observación: Ambulatorio de El Consejo. Municipio José R. Revenga, El Consejo, Estado Aragua. Los elementos de integralidad del programa y los usuarios del programa en el espacio del ambulatorio.

Tipo de Muestreo: No probabilístico de tipo Intencionado. Se refiere aquel en el cual el investigador analítica y jerárquicamente selecciona, teniendo como base para hacerlo un conjunto de criterios argumentales.

Criterios de Selección de la Muestra: De los diecisiete Municipios de la Región, se seleccionó, al Municipio Revenga; en primer lugar por su alta incidencia de IRA en niños

menores de 5 años y segundo, por estar ubicado muy cerca de las haciendas que cultivan la caña de azúcar.

Según estudios del Centro de investigaciones Agropecuarias del Estado Yaracuy, sobre “La Contaminación Ambiental causada por la quema de la caña de azúcar, al momento de la cosecha” realizados por Rómulo García y colaboradores, (1.999), en unas de sus conclusiones revelaron que las cenizas que se producen por la quema de la caña, van acompañadas por gases como monóxido de nitrógeno, que tiene repercusiones tóxicas en las personas, también anhídrido Sulfuroso, que al mezclarse con el agua de la atmósfera genera las lluvias ácidas, produciendo alteraciones en las vías respiratorias e irritación ocular entre otras patologías de tipo dermatológicas. Manifestaron, asimismo, que en concentración de 0,5 ppm destruye la vegetación por las cenizas de alto contenido de potasio, que inclusive, puede corroer superficies metálicas como autos, estantes, techos de zinc, etc.

Se prefirió asimismo el Ambulatorio de el Consejo, porque, de igual manera, en sus registros de morbilidad se pudo observar un alto N° de niños con Infecciones Respiratorias Agudas, también por ser el más grande e importante del Municipio Revenga; es un Ambulatorio Tipo II, presta servicio las 24 hrs. a una población urbana, de 14.051 habitantes, que constituye el 32% de la población total del Municipio Revenga (43.912 hab.) y 1.406 niños menores de 5 años de edad, o el 32,63% de la población preescolar, del mismo Municipio. (DSM Revenga. 2004)

El ambulatorio proporciona, al mismo tiempo, atención en ginecología y obstetricia, pediatría, odontología, Med. Interna, Med. General, docencia de Pre grado servicio básico de laboratorio (en concesión) y Emergencias permanente.

Para determinar el tamaño de la muestra, en relación a la encuesta realizada, para aprehender la opinión de la población objetivo del ambulatorio seleccionado ; se utilizó un estimador de proporciones muestrales para poblaciones finitas.

$$n = \frac{Z_c^2 P Q N}{(N-1) e^2 + Z_c^2 P Q}$$

Donde:

n = Tamaño de la muestra.

e = Se especifica en porcentaje y representa la proporción de error máximo admisible por parte de quien efectúa el estudio. Para este caso se decidió 10%.

N = Tamaño de la población.

P = La proporción poblacional. No habiendo experiencias anteriores se estima el 50%, es decir se trabaja sobre la estimación de que el 50% de la población en estudio utiliza el Programa de Infecciones Respiratorias Agudas del Ambulatorio.

Q = La proporción contraria a P, se obtiene calculando $1-P = Q$. Para este caso 50%.

Z_c = Es el coeficiente de confianza suponiendo normalidad. Para el presente caso se determinó un Nivel de Confianza del 95,45%, al cual le corresponde una Z_c, obtenida de la tabla normal, de 2.

El resultado obtenido fue:

$$n = \frac{2^2 (0.50*0.50)457}{(457-1)(0.10)^2 + 2^2 (0.50*0.50)}$$

n = 82 viviendas

Se entrevistaron 82 personas, cabezas de familia, del total de viviendas que compone la población en estudio, con un margen de error de 10% y un Nivel de Confianza de 95,45%.

Variables:

Las variables que se seleccionaron en la Evaluación del programa control de Infecciones Respiratorias agudas desde las perspectivas del Modelo de Atención Integral, ejecutado en el Ambulatorio de El Consejo. Estado Aragua y que serán objeto de estudio, son:

Elementos de integralidad del programa IRA en el MAI

1. Promoción en salud.
 - 1.1. Educación para la salud
 - 1.2. Actividades domiciliarias
2. Prevención
 - 2.1. Saneamiento Ambiental
 - 2.2. Inmunización
 - 2.3. Nutrición.
3. Curación de la enfermedad
 - 3.1. Procedimientos médicos realizados en el servicio
 - 3.2. Actividades de atención domiciliaria
4. Participación Social
 - 4.1 Utilización de los servicios de salud
 - 4.2 Colaboración con los programas del servicio
 - 4.3 Autogestión

4.4 Gestión y Coadministración de los servicios

4.5 Programación local Participativa (identificación de problem, intereses y necesidades)

4.5 Organización comunitaria

Factores de evaluación

1. Normas

1.1 Cobertura

1.2 Equidad

1.3 Eficacia

1.4 Eficiencia

Investigación Epidemiológica

Delimitación geográfica poblacional

Riesgos

Integralidad de acciones en la atención

Coordinación intersectorial

Aspectos Estructurales

3.1 Ámbito geográfico poblacional

3.2 Red de servicios de salud

3.4 Gobierno local

Control de las IRA Ejecutado en el Ambulatorio

1. Atención del lactante y Preescolar

1.1 Diagnóstico de IRA

1.2 Tratamiento

Cobertura:

Cobertura Horizontal (Geográfica)

Este estudio se realizará en el Municipio José Rafael Revenga en el Estado Aragua desde el periodo 2002 hasta 2005, debido a la alta incidencia de enfermedades por IRA, en niños menores de 5 años, que habitan en el sector de El Consejo Capital del Municipio, y así realizar un plan de intervención en el área de salud bucal, de acuerdo a las necesidades locales de la zona.

Se tomó como unidad de información al Ambulatorio de El Consejo y los registros del Programa integral del niño y el Adolescentes y Control de Las IRA en niños menores de 5 años de edad, en el Modelo de Atención Integral.

Cobertura Vertical:

Tiene que ver con los objetivos que plantea la investigación, que en este caso serán: Identificar los factores de Integralidad, en relación a los parámetros de evaluación del MAI, Caracterizar el proceso de ejecución del programa de atención de las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) en el ambulatorio de El Consejo, Caracterizar el proceso de evaluación del Programa de las IRA del MAI ejecutado en el ambulatorio, y la opinión de los usuarios del programa.

Periodo de Referencia:

AÑO 2002 – 2005

Recolección de los Datos:

Técnicas Documentales:

Instrumentos: Análisis de contenido, implícitos en los elementos teóricos del Modelo de Atención Integral

Otras Técnicas de recolección de datos:

La encuesta.

Instrumentos: Cuestionarios

Fuentes de Información:

Elementos teóricos contenidos en el Modelo de Atención Integral. Los registros, consolidados, provenientes de la base de datos del sistema de información del Modelo de Atención Integral, SISMAI; (DSP-04, EPIs – 15) del Ambulatorio de El Consejo. Que son informes que cada establecimiento envía a la Dirección Distrital y/o Municipal y a la Dirección Regional de Salud para su consolidación. La diferencia entre los DSP y los EPI está en que por ejemplo el DSP – 04 es un informe mensual de programas, mientras que el EPI – 15 lo es de morbilidad. Así como el DSP – 03 es un tabulador diario por programas y el EPI – 11 lo es de la morbilidad.

Procesamiento:

Se hará a través de un programa de estadística descriptiva, este programa, permite “graficaciones, análisis descriptivos, análisis de componentes principales y análisis discriminatorios, entre otros. Dispone además de un componente de tabulación que puede usarse para esta etapa de generación de tabulados.

Estrategia de Análisis:

Se trabajará con estadísticos descriptivos que den cuenta del comportamiento de las variables estudiadas.

Capitulo 4 Resultados

Análisis de las tablas

La construcción de los cuadros estuvo basada exclusivamente en datos obtenidos del instrumento (DSP-04), el cual se refiere a los Consolidados de los Informes de Actividades y Programas. En este instrumento se registran las actividades siguientes:

Educación Sanitaria

* Nota del autor de la investigación: Los sujetos sociales quienes han recibido las actividades educativas, se identifican en este instrumento como “Capacitados”

Tabla 1
Educación Sanitaria Ambulatorio El Consejo 2002-2004

AÑO	N° de Capacitados en Nutrición E Higiene	N° de Capac. en Lactancia Materna	N° de Capac. Prevención Diarreas	N° de Capac. Preve. de IRA	N° de Capac. en Vacunas	N° de Capac. Tabaco y Otras drogas	Capac en Crecimiento y Desarrollo del Niño y Adolescente	Capac. en Seguridad y prev. De hechos violentos	N° de Sesiones escolares en educación Sanitaria	Subtotal de N° de capacitados.
2002	160	401	190	186	15	0	0	31	0	983
2003	2.056	1.076	850	1.443	1.203	100	22	0	0	6.750
2004	109	775	281	1.059	222	43	0	0	0	2.489

Fuente: Coordinación de Epidemiología y Programas, de la Dirección de salud del Municipio Revenga. 2005

Tabla 2
Educación Sanitaria. Ambulatorio EL Consejo 2002-2004

AÑO	N° de capac. Planificación de la Pareja	N° de capac. en Dengue	N° de capac. en I.T.S – SIDA	Capc.Auto Examen de Mamas y Cáncer	N° de capac. en Tuberculosis	N° de capac. en Epilepsia	Prevención del Cáncer de Cuello Uterino	Prevención de la Caries Dental	N° de capac. Diabetes e Hipertensión Arterial	Sub total de capacitados
2002	168	62	78	121	11	0	91	42	198	771
2003	215	202	282	621	10	4	723	152	151	2.360
2004	772	204	54	255	21	0	193	337	73	1.909

Fuente: Coordinación de Epidemiología y Programas, de la Dirección de salud del Municipio Revenga. 2005

Tabla3
Educación Sanitaria Ambulatorio El Consejo. 2002-2004

AÑO	Capac. en Importancias de la Consulta Sucesivas	Totales de N° de Personas capacitadas	N° de Sesiones Educ. en Club de Hipertenso	N° de Sesiones Educ. en Club de Diabético	N° de Sesiones Educ. en Club de Asmático	N° de Sesiones Educ. en Comunidad O.N.G	N° de sesiones En establecimientos individuales	N° de sesiones Educ. Sanita. en Establecimientos colectivos	Total. Sesiones Educ. sanita. en Establecimientos individuales y colectivos
2002	359	2.616	0	0	0	0	2315	17	2.332
2003	7011	16.554	0	0	0	0	11.191	26	11.217
2004	7475	12.249	0	0	0	0	9.778	2.660	12438

Fuente: Coordinación de Epidemiología y Programas, de la Dirección de salud del Municipio Revenga. 2005

En las tablas identificadas uno, dos y tres (1, 2 y 3) se observa las actividades educativas realizadas en el año dos mil dos (2002), dos mil tres (2003) y dos mil cuatro (2004), se ve que el total de personas capacitadas en cada uno de los años no guarda una relación coherente, con el año subsiguiente ni ascendente ni descendente, existen unos saltos de los totales de año en año y de actividad en actividad, de tal manera que da la impresión que los registros de los datos no se realizaron con la rigurosidad suficiente, bien por cuanto no se manejó los instrumentos adecuadamente, por impericia del operador ó por cuanto no se recolectó el dato con propiedad, esta situación fue corroborada en conversación con la Dra. Silvia Suárez Coordinadora de Epidemiología de la Dirección de Salud del Municipio Revenga en el Estado Aragua, quien refirió que el motivo de tal incoherencia, podría ser debido al poco tiempo de capacitación del médico residente en el manejo de la papelería utilizada en el servicio para el Sistema de Información del Modelo de Atención Integral (SISMAI.).

En la mayoría de los casos la inducción del operador, se hace en un período relativamente corto, ó sobre la marcha en las actividades que realiza el personal médico residente, también hay que tomar en consideración que la papelería donde se registra todas las actividades del programa, es sumamente compleja, lo cual exige de una calibración del personal que fungirá de operador. Esto quizás trajo como consecuencia la realización de un sub registro, por ejemplo, como el ambulatorio atiende las veinticuatro (24) horas del día, los pacientes de emergencias nocturnas son registrados al ingreso y luego cuando el mismo paciente lo ve otro médico ó viene en la mañana ó viceversa, es tomado nuevamente como primera consulta y no como consulta sucesivas, lo cual en este caso incrementa, irrealmente los pacientes atendidos en esa institución sanitaria.

Si observamos los consolidados en el tercer (3° cuadro) identificados en la columna de color oscuro, en el año dos mil dos (2002) se reportó una cantidad de dos mil seiscientos diez y seis (2.616) personas capacitadas en el área de educación sanitaria , comparándolo con el año dos mil tres (2.003), en el cual el registro sufrió un incremento hasta la cantidad de dieciséis mil quinientas cincuenta y cuatro (16.554) personas, por otro lado, en el año dos mil cuatro (2004) sufrió un decremento, ya que, capacitaron doce mil doscientos cuarenta y nueve (12.249) personas, en los programas educativos, si se relaciona el 2004 con el año dos mil dos (2002) podemos observar, un incremento de trescientos sesenta y ocho, punto veintitrés por ciento (368.23%). Allí se presentó, lo que pudiese llamar un salto porcentual bastante considerable ya que estamos hablando de una diferencia positiva de, nueve mil seiscientos treinta y tres (9.633) personas capacitadas, lo cual para los responsable y evaluadores del programa, no tiene una explicación razonable sino dentro del contexto del error .

Sin embargo, si comparamos los números entre el 2003 y el 2004 la situación es contraria, pues, hubo un decremento de personas capacitadas en ese último año en estudio, en comparación con el anterior, expresándose numéricamente con un salto negativo de veintiséis por ciento (26%) de decremento. Esta diferencia sustantivamente marcada, en números, del 2002 con respecto a los otros años estudiados, quizás se debió como lo planteó anteriormente, la coordinadora de Epidemiología Municipal, al deficiente registro de los datos ó manejo inadecuados de los instrumentos aportados por el programa “MAI”.

En el caso de la capacitación específicamente referida a la “Prevención de la infecciones Respiratorias Agudas”, se puede señalar que en el año dos mil dos(2002) se capacitaron ciento ochenta y seis (186) personas ; luego en dos mil tres (2003), un mil cuatrocientos cuarenta y tres (1.443) personas y en el año dos mil cuatro (2004) sólo un mil

cincuenta y nueve (1.059) personas. En este caso entre el 2003 y el 2004 se presentó una relación negativa de veintiséis por ciento (26%).

En relación a la educación de la Lactancia Materna para el año dos mil dos (2002) se capacitaron cuatrocientos una (401) personas; aumentando en el dos mil tres (2003) a un mil setenta y seis (1.076), pero en el año dos mil cuatro (2004), se registró una disminución de setecientos setenta y cinco (775) personas.

De igual manera se observa con la capacitación para prevenir el uso de tabacos y otras drogas, se observa que siguen la tendencia explicada para el N° de actividades globales, poca cantidad de personas capacitadas en el dos mil dos (2002), aumento elevadamente brusco en el dos mil tres (2003) y caída considerable en el dos mil cuatro (2004)

En relación a las Sesiones Educativas

En la tabla número tres (3) se puede observar que hay cero actividades en los tres (3) años seleccionados para el estudio; las sesiones de educación para la salud, se refieren a acciones informativas, que forma parte del programa “Educación Sanitaria”. Entre las sesiones con estas características, se encuentran la sesión educativa con el club de asmático, Diabético, Hipertenso, tanto individual como en comunidades organizadas (ONGs y otras). Otras sesiones de educación sanitaria, tanto individual (Establecimiento individual) como colectivas (estableciendo colectivo), se realizaron en el ambulatorio, las cuales nada tiene que ver con las sesiones de educación dirigidas a los clubes y organizaciones antes mencionados, de este tipo, se registraron en el 2002, un total de dos mil trescientos treinta y dos (2.332) sesiones, frente a once mil doscientos diecisiete (11.217) en el 2003; aumentando a doce mil cuatrocientos treinta y ocho (12.438) a finales del año siguiente.

En relación a las visitas (prevención de alto y bajo riesgo) y seguimiento de la lactancia materna

Tabla 4

Actividades de Prevención de alto y bajo riesgo. Ambulatorio El Consejo 2002-2004

AÑO	Total de Visitas	Nº de Visitas a familias nuevas con Alto Riesgo	Visitas a Familias de Bajo Control con Bajo Riesgo	A Niños < 7 años con Alto Riesgo	Visitas a casos prenatales de alto riesgo	Visitas a Casos T.B.C.	Visitas a infantes Diabéticos Abandono tratamiento	Visitas a U.R.O.s	Visitas a escuelas	Lactancia Materna exclusiva hasta los 6 meses
2002	181	0	3	0	20	1	4	0	5	1335
2003	111	4	2	0	5	8	0	0	17	47
2004	78	0	0	0	0	1	0	1	12	223

Fuente: Coordinación de Epidemiología y Programas, de la Dirección de salud del Municipio Revenga. 2005

Siguiendo con el análisis de las actividades referentes a la noción del concepto de integralidad manejado en el MAI, en la tabla cuatro (4) se muestran las visitas domiciliarias como indicadores de acciones preventivas. Entre las visitas se pueden identificar aquellas que se realizaron a familias nuevas de alto riesgo, las cuales, Para el año dos mil dos (2002) se ejecutaron, según el registro del instrumento consolidado de actividades y programas (DSP-04), cero visitas a este grupo de individuos, similar ocurrió en el dos mil cuatro (2004); sin embargo para el año 2003 se efectuaron cuatro (4) inspecciones con ese fin. Caso contrario ocurrió con las visitas a prenatales de alto riesgo, que en el año dos mil dos (2002), se registraron veinte (20) visitas, muy por encima del 2003 que contó con cinco (5) y en el 2004 con cero visitas. En este caso se observó que la mayor cantidad de visitas, para cumplir actividades de prevención, se efectuaron en el año dos mil dos (2002).

Se pudo observar también, en el “Programa de Visitas”, que en el año 2002 se realizaron cinco (5) visitas a las escuelas para actividades de promoción y prevención en salud, ampliándose en número en el 2003 a diecisiete (17) y disminuyendo en doce (12) visitas para el 2004.

Otra actividad de prevención que se incluyó en los factores de integralidad fue la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses. La actividad en la lactancia materna en el 2002 llegó a un mil trescientos treinta y cinco (1.335), en comparación con los años 2003 que fue de cuarenta y siete (47) y en el 2004 que aumentó a doscientos veintitrés (223) actividades con las madres.

Actividades de Prevención Específica

Tabla 5
Actividades de prevención. Ambulatorio El Consejo 2002-2004

(Programa Ampliado de inmunizaciones. (PAI))												
AÑO	Vacuna Triple (D.P.T) < 6años	Vacuna Antipoliomielítica < 6años	Vacuna Antihepatitis B < 6años	Vacuna B.C.G. < 6años	Vacuna Trivalente Viral < 6años	Vacuna Antihaemophilus Influenzae Tipo B < 6años	Vacuna Antirrubéola < 6años	Vacuna Antisarampión < 6años	Vacuna Penta-valente < 6años	Vacuna Dupla Viral (Bivalente: Rubéola y Sarampión) < 6años	Vacuna Antiamarilica < 6años	To Tal de vacunas
2002	225	184	219	198	200	239	1	16	0	0	180	1462
2003	18	425	257	193	104	132	0	86	0	0	34	1249
2004	223	296	413	330	180	186	0	11	71	0	497	2207

Fuente: Coordinación de Epidemiología y Programas, de la Dirección de salud del Municipio Revenga. 2005

Otra actividad de prevención, considerada en el Modelo de Atención Integral (MAI) y que tiene relación con las infecciones respiratorias Agudas, es el “Programa Ampliado de Inmunizaciones” (PAI).

En la tabla cinco (5) se observa que el total de vacunas aplicadas y registradas en el año 2002, se remiten a un mil cuatrocientos sesenta y dos (1.462) niños menores de seis (6) años de edad, disminuyendo este registro para el año 2003 en un mil doscientos cuarenta y nueve (1.249); Pero en el año 2004 aumenta a dos mil doscientos siete (2.207) niños vacunados.

Pero si observamos en algunos casos registrados en el “Programa Ampliado de Inmunizaciones” (PAI), las vacunas que de una u otra forma tienen relación con las Infecciones Respiratorias Agudas, como es el caso de la Antisarampionosa, se aplicaron para el año 2002 a dieciséis (16) niños menores de seis años (6) y para el 2003, aumentó según el registro a ochenta y seis (86) inmunizaciones, disminuyendo, considerablemente, en el 2004 a once (11) niños protegidos. Contrariamente ocurre con la vacuna Antihemophilus Influenzae en menores de 6 años de edad en el 2002, con la cual se inmunizan doscientos treinta y nueve (239) niños, disminuyendo en el 2003 a ciento treinta y dos (132), es decir, un giro negativo de cuarenta y cuatro punto siete (44.7) por ciento (%) y aumenta para el 2004 a ciento ochenta y seis (186), incrementando en cuarenta punto nueve (40,9) por ciento (%) de las inmunizaciones por esta vacuna. Esta diferencia, según la coordinadora de epidemiología, se produjo en el año 2003, por escasez de ese tipo de vacuna en el ambulatorio, por lo tanto no se aplicaron las dosis correspondientes. La mayor cantidad de aplicación de vacunas se registró con la Antimalárica en el año 2004 con cuatrocientos noventa y siete (497) casos, seguidos por la antipoliomelítica con cuatrocientos veinticinco (425) casos.

Participación Social

Tabla 6
Participación Social en Ambulatorio El Consejo 2002-2004

AÑO	N° de voluntarios que participan en los talleres de capacitación	N° de personas que participan en las campañas de vacunación	N° de personas que participan en las actividades de fomento y prevención	N° de comités de salud comunitarios	N° de clubes de salud comunitarios	N° de juntas socio sanitarias
2002	2616	X	0	0	2	1
2003	16554	X	0	0	2	1
2004	12249	X	0	1	2	1

Fuente: Coordinación de Epidemiología y Programas, de la Dirección de salud del Municipio Revenga. 2005

La tabla seis (6) refleja la participación de las personas en las actividades del ambulatorio, se puede observar que el N° de personas que participaron en los talleres de capacitación, se incrementó bruscamente del 2002 al 2003 aproximadamente en trece mil (13.000) personas y tuvo un descenso significativo de más de cuatro mil (4.000) personas para el 2004, en el mismo cuadro se puede observar, así mismo, el contraste en la participación social en actividades de fomento y prevención específica, de las personas voluntarias, de organizaciones y clubes comunitarios, en los tres (3) años seleccionados para este estudio, se nota una escasa participación de los clubes de salud comunitario y junta socio sanitaria. Según la opinión de la trabajadora Social del Municipio, la junta socio sanitaria existente no asume, con propiedad la participación en las actividades que se ejecuta en el ambulatorio. Esta situación pudiese tener otra lectura desde el posicionamiento de la

comunidad frente al poder técnico del personal de salud, obsérvese que se trata de actividades, cuya responsabilidad recaen en la experticia del personal de salud involucrado, lo cual pudiese ser excluyente por si mismo ya que la comunidad ve limitado su participación.

Consultas de primera vez y sucesivas

Tabla 7

CONSULTAS AL LACTANTE Y AL PRE- ESCOLAR- AMBULATORIO EL CONSEJO 2002-2004

AÑO	Total de Lactantes y Pre-escolares atendidos hasta 6 años 1era consult.	Nº de Lactantes y Pre-escolares Masc. atendidos 1era y suce	Nº de Lactantes y Pre-escolares Fem. atendidos 1era y suce	Total de Consultas < 23 Meses 1era consulta	Total de Consulta de 2 a 6 años. 1era consulta	Nº de Referidos Lactante y Pre-escolar	Lactantes Atendidos por Enfermería <1 mes – < 23 meses	Preescolares Atendidos por Enfermería	diagnósticos Lactante y Pre-escolar
2002	5290	3112	3041	2607	2683	241	3	20	6031
2003	4307	3218	3142	1969	2338	133	0	0	6360
2004	6815	3817	3686	1238	2508	257	107	40	7503

Fuente: Coordinación de Epidemiología y Programas, de la Dirección de salud del Municipio Revenga. 2005

Siguiendo con la revisión del DSP-04, que es el instrumento que registra el consolidado anual de los programas, se observó en la tabla siete (7), en la columna del total de lactantes y preescolares hasta los seis (6) años, atendidos en primeras consultas (columna gris), alcanzó una cantidad de cinco mil doscientos noventa (5.290) niños atendidos, en el 2003 disminuyó a cuatro mil trescientos siete (4.307) y cerrando el 2004 aumentó a seis mil ochocientos quince (6.815). Quiere decir, que entre el 2003 y el 2004 hubo un aumento en la atención de lactantes y pre-

escolares en un cincuenta y ocho punto dos (58,2) porciento (%). En similar orden fue la cantidad de niños que se refirieron al hospital, desde el ambulatorio; en el 2002 fue de doscientos cuarenta y uno (241); en el 2004 tuvo un incremento con respecto al 2003 de un noventa y tres punto dos (93,2) porciento (%) de niños referidos.

Otros parámetros de evaluación contenidos en el MAI

Tabla 8
Riesgos Biológicos lactante y pre – escolar. Ambulatorio El Consejo 2002-2004

AÑO	Enf. Infecciosas y Parasitarias	Neoplasias	Enf. de la Sangre y Org. Hematopo Yético	Enf. Endocrina, Nutricional y Metabólica	Enf. Trastorno Mental y Comportamiento	Enf. del Sistema Nervioso	Enf. Del Ojo y sus Anexos	Enf. del Oído y Apófisis Mastoides	Enf. del Sistema Circulatorio	Enf. del Sistema Respiratorio	Enf. de la Piel y Tej. Conjuntivo
2002	788	1	114	99	0	38	173	345	52	2382	1009
2003	544	0	43	93	2	29	103	393	55	3075	833
2004	624	1	86	289	8	44	161	291	15	3721	911

Fuente: Coordinación de Epidemiología y Programas, de la Dirección de salud del Municipio Revenga. 2005

Tabla 9
Riesgos Biológicos, lactante y pre – escolar. Ambulatorio El Consejo 2002-2004

AÑO	Enf. del Sistema Digestivo	Enf. Parto y Puerperio	Traumatismo y envenenamiento	Enf. Genital y Urinaria	Anomalia congénita	Nº Control Pre-natal	Ictericia Neonatal	Medicamentos en el Embarazo (En Los Padres)	Embarazo con Consumo de Tabaco (En Los Padres)	Embarazo con Consumo de Alcohol (En Los Padres)	Embarazo con Consumo de Cocaína (En Los Padres)	Embarazo con Pre-Eclampsia (En Los Padres)	Total Riesgos Biológicos
2002	912	3	180	200	1	0	0	0	0	0	0	0	1296
2003	734	6	256	125	2	0	0	0	0	0	0	0	1123
2004	954	4	387	142	0	0	0	0	0	0	0	0	1487

Fuente: Coordinación de Epidemiología y Programas, de la Dirección de salud del Municipio Revenga. 2005

En cuanto a los registros para medir integralmente los Programas del MAI, se observó en la tabla ocho y nueve (8 y 9) lo relacionado con los Riesgos Biológicos en el Lactante y Preescolar; entre ellos figuran las enfermedades infecciosas y parasitarias, las cuales se registraron en el año 2002, setecientos ochenta y ocho (788) casos de niños menores de cinco (5) años; y en el 2004 se reportaron seiscientos veinticuatro (624) casos. Otro elemento de riesgo son las enfermedades del sistema respiratorio, que en los tres (3) años seleccionados para el estudio, se observó un ascenso progresivo; de esta manera para el año 2002 se registraron dos mil trescientos ochenta y dos (2.382) casos, para en el año 2003 tres mil setenta y cinco (3.075), así mismo para el año 2004 aumento a tres mil setecientos veintiuno (3.721).

Algo similar se mostró en los registros para las enfermedades Endocrinas, nutricionales y metabólicas, donde la ocurrencia en el 2003 fue de noventa y tres (93) casos y en el 2004 se registraron doscientos ochenta y nueve (289) lo cual significó un salto considerable, cuya explicación debe necesariamente, pasarse por los subregistros, reconocidos incluso por los responsables de los programas a nivel local. El registro total de los Riesgos Biológicos del 2002 fue de un mil doscientos noventa y seis (1.296), disminuyendo en el 2003 a un mil ciento veintitrés (1.123) y aumentando en el 2004 con un mil cuatrocientos ochenta y siete (1.487) casos registrados.

En cuanto a los elementos que componen el riesgo Biológico, se nota un explícito aumento de casos en el año 2004, el cual se hace evidente cuando lo comparamos con los otros años estudiados, se reitera que se le puede atribuir a errores en el vaciado de los instrumentos ó en oportunidades omisión de dichos instrumentos.

Tabla10
Riesgo psico-social, lactante y pre – escolar. Ambulatorio El Consejo 2002-2004

AÑO	Abuso Sexual	Accidente del Hogar	Accidente de Tránsito	Maltrato ó Violencia Familiar	Enf. Mental Familiar	Disfunción Familiar	Madre Ausente	Padre Ausente	Violación	Bajo Ingreso Familiar	Abandono	Enf. Neurológica Previa	Total Riesgo psico-social
2002	0	6	0	1	0	446	26	204	0	4.197	4	0	4877
2003	0	0	0	0	0	1	21	3	664	4341	0	0	5030
2004	0	0	0	0	0	35	5	387	0	7452	2	2	7883

Fuente: Coordinación de Epidemiología y Programas, de la Dirección de salud del Municipio Revenga. 2005

Para el Riesgo Psico-social en la tabla diez (10), específicamente cuando se refiere al bajo ingreso familiar, se nota el aumento progresivo de un año a otro; así en el año 2002 se encontraron cuatro mil ciento noventa y siete (4.197) familias con bajo ingreso, en el año 2003 se encontraron cuatro mil trescientos cuarenta y uno (4.341) y para el 2004 siete mil cuatrocientos cincuenta y dos (7.452) entre los dos primeros años del lapso sometido a estudio, en decir en el 2003 aumentó en relación al 2002, tres punto cuarenta y tres (3,43) por ciento (%) y en el 2004 con respecto al 2002, aumentó a setenta y uno punto seis (71,6) por ciento (%). Caso contrario ocurre con la Disfunción familiar, para el año 2002 se observaron cuatrocientos cuarenta y seis (446) casos disminuyendo en el 2004 a treinta y cinco (35) casos registrados. Sin embargo, el total del Riesgo Psico Social según esta cifra se disparó del 2002 hasta el 2004 registrándose en este último año, siete mil ochocientos ochenta y tres (7.883) casos, o sea, cincuenta y seis punto siete por ciento (56,7%) con respecto al 2002

Tabla 11
Riesgos Ambientales, lactante y pre – escolar. Ambulatorio El Consejo 2002-2004

AÑO	Sin Agua Intradomi ciliaria	Consumo de Agua no Potable	Disposición Inadecuada de Excretas	Disposición Inadecuada de Basura	Adyacente en Zona Industrial	Alto índice de Insectos y Roedores	Hacina mientos	Estructura Física Inade cuada	Contami nada por Químico Tóxico	Total Riesgos ambianta les
2002	119	1531	110	121	0	2676	1083	952	0	6592
2003	104	3611	158	371	4	621	175	72	0	5116
2004	785	5128	398	386	82	1328	456	385	0	8948

Fuente: Coordinación de Epidemiología y Programas, de la Dirección de salud del Municipio Revenga. 2005

De igual manera sucede con los Riesgos Ambientales, en la tabla once (11) se indica que en el año 2004 la cifra de casos de lactantes y preescolares sujetos a riesgos, fue mas alta que los otros dos (2) años anteriores, alcanzando un total de ocho mil novecientos cuarenta y ocho (8.948) casos. En el 2002 se registraron seis mil quinientos noventa y dos (6.592) casos de lactantes y preescolares en riesgos, pero en el 2003, disminuyó en veintidós punto treinta y nueve por ciento (22,39%) los casos, en relación al 2002, en el 2004 aumento a setenta y cuatro punto nueve(74,9) por ciento (%) de casos, en relación al 2003.

Analizando cada una de las actividades registradas en el Programa que mide el Riesgo Ambiental, podemos observar, que, en el caso de “Estructura Física Inadecuada”; en el año 2002 se observaron novecientos cincuenta y dos (952) casos de la población estudiada en riesgo y en 2003 hubo una disminución de noventa y dos punto cuatro (92,4) por ciento (%) de la población sometida al riesgo y aumentó nuevamente en el 2004 a trescientos ochenta y cinco (385) casos, es decir cuatrocientos treinta y cuatro punto siete (434,7) por ciento (%) de casos registrados en relación al 2003.

Relativo al riesgo ambiental, “viviendas sin agua Intradomiciliaria”, los registros de la población estudiada determinaron que en el año 2002, se observó ciento diecinueve casos (119) casos, en el 2003 bajó a doce punto seis (12,6) por ciento (%) y en el 2004 aumentó a seiscientos cincuenta y cuatro punto ocho (654,8) por ciento (%) de individuos sujetos de estudio en exposición a este riesgo.

También se observó la columna “Alto índice de insectos y roedores” en el año 2004 se incremento en un ciento trece punto ocho (113,8) por ciento (%), en relación con el año 2003. en cuanto a los casos de hacinamientos hubo un incremento en el 2004 con respecto al 2003 de ciento sesenta punto cinco (160,5) por ciento (%). Relativo al “consumo de agua no potable”, en el año 2002, se registraron un mil quinientos treinta y cinco (1.535) casos, en relación al 2003 se observaron tres mil seiscientos once (3.611) casos, lo cual significa un incremento de más del cincuenta (50) por ciento (%) de los casos.

En el 2004, hubo un registro de cinco mil ciento veintiocho (5.128) casos se percibe un ascenso de cuarenta y dos (42) por ciento (%) en relación al año 2003.

También se pudo notar, en los registros de riesgos ambientales, que en el año 2004, la

presencia de Ochenta y dos (82) casos de familias que viven adyacente de zonas industriales y trescientos noventa y ocho (398) casos de familias que se registran en la columna de “disposición inadecuada de excretas”.

Otras Acciones componentes de la atención integral

Tabla 12
Otras Acciones de la Atención Integral. Ambulatorio El Consejo 2002-2004

AÑO	Estado Nutricional Lactante y Pre-escolar						Evaluación Cefálica			Déficit Lactante y Pre-escolar				
	Exceso	Normal	Zona Crítica	Leve	Moderada	Grave	Microcefalia	Macrocefalia	Normal	Examen Sensorial	Desarrollo Psicomotor	Agudeza Visual	Audiación y Lenguaje	Maduración Sexual
2002	40	6042	52	16	3	0	1	1	6151	1	6	3	2	0
2003	8	6271	57	18	6	0	0	1	6359	0	0	0	0	0
2004	46	7322	100	32	3	0	1	0	7502	2	3	0	0	0

Fuente: Coordinación de Epidemiología y Programas, de la Dirección de salud del Municipio Revenga. 2005

Otro aspecto a analizar, es las acciones que complementan la atención integral del paciente; reflejadas en las tablas trece, catorce, quince y dieciséis (13, 14,15 y 16).

En la tabla doce (12) se indica el “Estado Nutricional del niño Lactante y Pre-Escolar”. En relación a la primera columna “exceso” correspondiente al estado nutricional del lactante y preescolar, se observa que en relación a los años 2002 y 2003 ocurrió un elevado descenso de treinta y dos (32) casos, en cuanto al 2002- 2004 ocurrió en este último un leve incremento de seis (6) casos, en cuanto a la columna donde se registran los casos tipificados como “normal “ se observó un incremento progresivo desde el 2002 al 2004, situación similar se observa en la

columna denominada como “zona crítica”. En cuanto a la desnutrición moderada, en el año 2002 se indica tres (3) casos de niños en esta condición aumentando en un cien (100) por ciento (%), en el año 2003 y disminuyendo luego en cien (100) por ciento (%) para el 2004.

Con relación a la desnutrición leve se puede percibir que en el año 2002 se registraron dieciséis casos y en el 2003 aumentó doce punto cinco (12,5) por ciento (%) con respecto al 2002; en el 2004 aumentó considerablemente a setenta y siete punto siete (77,7) por ciento (%) en relación al 2003.

Tabla 13
Otras Acciones de la Atención Integral. Ambulatorio el Consejo 2002-2004

AÑO	Tensión Arterial Lactante y Pre-escolar			Diagnósticos: (Lactante y Pre-escolar)			
	Normal	Hipertenso	Hipotenso	Lactantes Sanos	Lactantes Enfermos	Pre-escolares Sanos	Pre-escolares Enfermos
2002	6153	0	0	29	2977	26	2999
2003	2336	0	0	67	2648	71	3574
2004	2606	0	0	90	3228	63	4122

Fuente: Coordinación de Epidemiología y Programas, de la Dirección de salud del Municipio Revenga. 2005

En la tabla trece (13) se aprecia en el área denominada con la tensión Arterial del Lactante y Preescolar, en los tres años de estudios, que no hubo variaciones del registro donde se ubican los sujetos que se consideran dentro de los parámetros considerados como normales,

observándose. En el mismo cuadro, notamos los registros de los resultados diagnósticos realizados tanto a los lactantes como a los pre-escolares. En el mismo se registraron en el año 2002, dos mil novecientos setenta y siete (2.977) casos de lactantes tipificados como enfermos, disminuyendo en el año 2003 en un once (11) por ciento (%), en relación al año anterior, pero aumentando en el 2004 en relación con el 2003 en un veintiuno punto nueve (21.9) por ciento (%). En los pre-escolares diagnosticados enfermos se observó, también un aumento creciente y sistemático en los tres años; en el primer año de estudio se registraron dos mil novecientos noventa y nueve (2999) casos; pero en el 2003 aumentó a tres mil quinientos setenta y cuatro (3.574) diagnosticados enfermos, es decir, si lo relacionamos con el primer año, porcentualmente se expresaría, en diecinueve punto diecisiete por ciento (19.17%); respectivamente en el 2004, aumentó el N° de pre-escolares enfermos en quince punto treinta y tres por ciento (15,33%) en relación con el año anterior.

Tabla 14
Acciones de la Atención Integral. Ambulatorio El Consejo 2002-2004

AÑO	Visitas realizadas por									Total por año
	Enfermería	Auxiliar de Enfermería	Medicina Simplificada	Trabajador Social	Promotor Social	Médico	Inspector Salud Pública	Equipo de Salud	Consulta Familiar (Centros de Atención Integral)	
2002	110	34	3	1	4	3	0	35	0	190
2003	63	28	0	1	7	19	3	21	0	142
2004	61	1	0	0	0	8	0	25	0	95
Total	234	63	3	2	11	30	3	81	0	427

Fuente: Coordinación de Epidemiología y Programas, de la Dirección de salud del Municipio Revenga. 2005

Además de las acciones descritas anteriormente y que son consideradas componentes de la integralidad, también las visitas a los domicilios realizadas por el equipo de salud que laboran en el ambulatorio son consideradas como tales; la tabla catorce (14) se refiere a este aspecto. De las cuatrocientos veintisiete (427) visitas realizadas por los diferentes miembros del equipo de salud en los tres años tomados para este estudio las profesionales de enfermería, realizaron doscientos treinta y cuatro (234) visitas lo que constituye más del cincuenta (50) por ciento (%), del total, sigue el equipo de salud en su conjunto con ochenta y un (81) visitas lo cual representa un dieciocho, punto nueve (18.9) por ciento (%) del total realizado en los tres años, le sigue en orden descendente las auxiliares de enfermería con sesenta y tres (63) visitas, lo cual constituye el catorce punto siete (14.7) por ciento (%). Si analizamos este cuadro desde el punto de vista anual (por año) observamos que a medida que transcurrieron estos tres años es decir del año 2002 al 2004, decayeron las acciones de las visitas.

Tabla 15
Acciones en la Atención Integral. Ambulatorio El Consejo 2002-2004

	Otras Actividades de Promoción de Salud y Educ. Sanitaria					
AÑO	Discusión de Casos y Redacción de Informes	Gestiones Para Tratamientos	Promoción de Fact. Protectores de Vida Individual	Operativos	Asesorías	Determinación de Factores de Riesgo Individual
2002	0	0	0	0	0	0
2003	0	0	0	0	0	0
2004	0	0	0	0	0	0

Fuente: Coordinación de Epidemiología y Programas, de la Dirección de salud del Municipio Revenga. 2005

En la tabla quince, donde describe otras actividades de promoción de salud y educación sanitaria, en los años seleccionados para el estudio no se registró acciones de esa naturaleza. Por lo tanto, en cada uno de los años y para las actividades seleccionadas aparecen en los instrumentos de recolección de datos cero acciones en las casillas correspondientes.

Tabla 16

Coordinación intersectorial. Ambulatorio El Consejo 2002-2004

AÑO	N° de fuerzas sociales, relacionados con los programas del MAI	N° de instituciones educativas relacionados con los programas del MAI	otras organizaciones de salud relacionados con los programas del MAI	N° de instituciones gubernamentales relacionados con el servicio
2002	0	25	0	5
2003	0	25	0	5
2004	0	25	0	5

Fuente: Coordinación de Epidemiología y Programas, de la Dirección de salud del Municipio Revenga. 2005

En cuanto a la Coordinación Intersectorial (Tabla 16), primera columna, referida al N° de fuerzas sociales relacionados con los programas del MAI, se observa que no hubo relación alguna de fuerzas sociales con los programas del modelo de atención integral, se puede observar también, en la columna dos (2), que la coordinación intersectorial más expedita se refiere a las instituciones educativas, sin embargo en los tres años del estudio desde el 2002 al 2004 no se experimentó incremento o disminución, se mantuvo estable el número de instituciones educativas.

Por otra parte si se lee la columna tres (3) dedicada a Otras organizaciones de salud relacionadas con los programas del MAI, no hubo registro de esa actividad, no así en la columna cuatro dedicada a expresar el N° de instituciones Gubernamentales relacionados con los programas del MAI en la cual se observa que cinco (5) instituciones Gubernamentales se relacionaron con los programas derivados del ambulatorio, pero en los tres años en estudio se mantuvieron constante

Atención Clínica al paciente con Infecciones Respiratorias Agudas

Tabla 17

Atención Clínica del lactante y pre – escolar. Ambulatorio El Consejo 2002-2004

DIAGNOSTICO DE LAS INFECCIONES REAPIRATORIAS AGUDAS (IRA)											
AÑO	Enf. Muy Grave < de 2 Meses	Enf. Muy Grave 2 Meses a 1 Año	Enf. Muy Grave de 1 a 4 Años	Total Enf. Muy Grave	Neumonía Grave < de 2 Meses	Neumonía Grave 2 Meses a 1 Año	Neumonía Grave de 1 a 4 Años	Total Neumonía Grave	Neumonía de 2 Meses a 1 Año	Neumonía de 1 Año a 4 Años	Total Neumonía
2002	0	0	0	0	0	0	0	0	1	6	7
2003	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2004	0	1	1	2	0	1	1	2	7	11	18

Fuente: Coordinación de Epidemiología y Programas, de la Dirección de salud del Municipio Revenga. 2005

En cuanto al diagnóstico, se puede observar en la tabla (17) “Enfermedades muy graves” columnas 1, 2 y 3 ocurridas en niño menores de cinco (5) años, cuyo total reporta que en el 2004 esta patología solo alcanzó dos (2) casos registrados en el ambulatorio; otro caso que se observa en esta tabla es el N° de niños afectados por “Neumonía grave” columnas 4, 5 y 6, las cuales igualmente alcanzó dos (2) casos en el 2004; en cuanto al total de neumonía en niños menores de cinco (5) años se registraron dieciocho (18) casos .Es de notar que en los otros años

correspondiente al lapso de estudio (2002, 2003), los casos de infecciones respiratorias connotados como muy grave, las neumonías graves no hubo registros, excepto en el año 2002 se registraron seis (6) casos de neumonía en paciente de 1 a 4 años y un caso de neumonía de dos meses a un año.

Tabla 18

Atención Clínica, del lactante y pre – escolar. Ambulatorio El Consejo 2002-2004

DIAGNOSTICO IRA (cont)					
AÑO	Faringitis Aguda < de 5 Años	Amigdalitis Aguda < de 5 Años	Otitis < de 5 Años	Rinofaringitis < de 5 Años (Tos y Resfriado)	Total IRA por año y patología
2002	255	276	158	1193	1.882
2003	176	187	226	1470	2.059
2004	91	375	145	1752	2.363
Total por patología	522	838	529	4.415	6.304

Fuente: Coordinación de Epidemiología y Programas, de la Dirección de salud del Municipio Revenga. 2005

En la tabla (18), se observa que de las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), (Faringitis Aguda, Amigdalitis, Otitis y Rinofaringitis), las tres patologías más frecuentes son las siguientes : La frecuencia mayor, cuatro mil cuatrocientos quince (4.415) casos, corresponde a las infecciones respiratorias agudas localizadas en la rinofaringes, es decir que las patologías más frecuentes es las rinofaringitis, le sigue las

amigdalitis con ochocientos treinta y ocho (838) casos, y luego la otitis con quinientos veintinueve (529) casos . En relación a la distribución según los años sometidos a estudio (2002, 2003 y 2004), se tuvo un ascenso progresivo desde el 2002 con un total de un mil ochocientos ochenta y dos (1.882) casos, en el 2003 con dos mil cincuenta y nueve (2.059) casos, lo cual significa una diferencia de ciento setenta y siete (177) casos por encima del 2002. En el 2004, se registraron dos mil trescientos sesenta y tres (2.363) casos, es decir, trescientos cuatro (304) casos por encima del 2003.

Tabla 19

Tratamiento a las IRA, lactante y pre – escolar. Ambulatorio El Consejo 2002-2004

AÑO	Referido al Hospital	Amoxicilina	Penicilina Benzatínica	Trimetoprín Sulfa Metoxazol	Acetaminofen	Otros	Total Por año y tratamiento
2002	5	293	122	32	1803	290	2545
2003	0	369	169	64	1573	609	2.784
2004	10	392	292	64	2105	960	3.823
Total por tratamientos	15	1054	583	160	5.481	1.859	9.152

Fuente: Coordinación de Epidemiología y Programas, de la Dirección de salud del Municipio Revenga. 2005

En la tabla (19) se aprecia que el tratamiento de las Infecciones Respiratorias Agudas, se lleva a cabo, mediante el empleo de medicamentos a base de antibióticos como (Amoxicilina, penicilina Benzatínica, Sulfa) y Analgésicos – antipiréticos. De estos tratamientos a

base de medicamentos la mayor frecuencia se reporta en los analgésicos y antipiréticos ya que es un tratamiento sintomático, (fiebre y malestar general), le sigue en orden de frecuencia el renglón denominado “otros medicamentos” los cuales según el personal consultante se refieren a antihistamínicos, expectorantes, fluidificantes, espaciadores ó nebulizadores etc. Le sigue los tratamientos por antibióticos tipo Amoxicilina, se observa que las sulfas son tratamiento de última elección. Según los años seleccionados para el estudio, se observó un incremento sostenido de los individuos tratados entre los años 2002, 2003 y 2004.

Opinión de los usuarios del Programa “Control” de las IRA en el Ambulatorio

Para recoger la opinión de la población objetivo del ambulatorio se diseñó un cuestionario cuyos interrogantes fueron producto de los indicadores y los derivados de la operacionalización de los objetivos.

Dentro de las preguntas diseñadas están: a) las referidas al conocimiento sobre atención integral, b) al área donde ha recibido capacitación o área en las que le gustaría ser capacitado, c) conocimiento sobre prevención, d) alternativas relacionadas con la prevención como: visitas domiciliarias, vacunación, saneamiento ambiental etc., e) enfermedades que afectan el sistema respiratorio, f) otras relacionadas directamente con la opinión acerca del ambulatorio como por ejemplo: las visitas del personal del ambulatorio a las comunidades, g) preguntas relacionadas con el ambulatorio, como: tiempo de espera para recibir atención, tipo de transporte utilizado para llegar al ambulatorio h) Opinión acerca del servicio recibido en el ambulatorio, i) número de niños menores de 5 años que habitan con sus padres y/o representantes, j) otros servicios a parte del ambulatorio donde llevan a sus hijos o representados, k) enfermedades respiratorias que ha presentado sus hijos o representados menores de 5 años, l) frecuencia con la que visita al ambulatorio para llevar a su (s) hijo o representado menor de 5 años, m) causas que pudieran

afectar el sistema respiratorio a su (s) hijo (s), n) otras consultas por las que lleva a su (s) hijo (s) menor (es) de 5 años al ambulatorio, ñ) hacia donde le han referido a su hijo desde el ambulatorio, o) medicamentos indicados en el ambulatorio para tratar las infecciones respiratorias agudas a su (s) hijo (s) menor (es) de cinco años, p) tipo d vivienda que habita, q) tipo de contaminantes que están cerca de su vivienda, r) tipo de organización social a la que pertenece, s) actividades del ambulatorio a la que participa.

Análisis de los Resultados

Para identificar los factores componentes de la integralidad, correspondiente al programa de las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), se revisó:

6. Formularios de Registro diario

- a. DSP – 01: Historia Clínica Integral y sus Fichas Epidemiológicas.
- b. DSP – 02/EPI – 10: Registro Diario de Morbilidad y Programas.
- c. DSP – 03: Tabulador de Actividades y Programas (Para consolidación).
- d. Fichas Especiales de Vigilancia Epidemiológica de los Programas.
- e. Censo Diario de Hospitalización.
- f. Resumen diario de actividades del Servicio Obstétrico.

7. Formulario de Informe Semanal.

- a. EPI – 12: Telegrama Semanal de Enfermedades de Notificación Obligatoria.

8. Formulario de informe Mensual.

- a. EPI – 15: Informe de Epidemiología; es el consolidado del EPI – 11.
- b. DSP – 04: Informe de Actividades y Programas; es el consolidado del DSP – 03.
- c. Movimiento Hospitalario Mensual por Departamento.
- d. Movimiento de los Servicios Quirúrgico y Obstétrico.

9. Formulario de Registro de Natalidad Mensual.

10. Formulario de Registro de Mortalidad Mensual.

Finalmente se trabajó con el registro del instrumento el consolidado de actividades y programas (DSP-04) logrando identificar cada uno de los diferentes factores de integralidad contenidos en el Modelo de Atención Integral (MAI). Y los cuales se mencionan a continuación:

La Educación Sanitaria. (Tabla N° 1, 2 y 3)

Respecto a la educación sanitaria, primer componente de integralidad, del Modelo de Atención Integral (MAI), se pudo apreciar en los instrumentos que registran los consolidados anuales de las actividades y programas que se ejecutan en el ambulatorio de la población de El Consejo, que el N° de personas capacitadas en cada uno de los años no guardó una relación coherente con el año subsiguiente, ni en forma ascendente ni descendente, ya que existen unos saltos muy elevados en los totales de año en año y de actividad en actividad, de tal manera que da la impresión que los registros de los datos no se realizaron con la rigurosidad suficiente, bien por cuanto no se manejó los instrumentos adecuadamente, por impericia del operador ó por cuanto no se recolectó el dato con propiedad, esta situación fue corroborada en conversación con la Dra. Silvia Suárez, Coordinadora de Epidemiología de la Dirección de Salud del Municipio Revenga en el Estado Aragua, quien refirió que el motivo de tal incoherencia, podría ser debido al poco tiempo de capacitación del médico residente en el manejo de la papelería utilizada en el servicio para el Sistema de Información del Modelo de Atención Integral (SISMAI).

En la mayoría de los casos la inducción del operador, se hace en un período relativamente corto, ó sobre la marcha en las actividades que realiza el personal médico residente, también hay que tomar en consideración que la papelería donde se registra todas las actividades del programa, es sumamente compleja, lo cual, exige de una calibración del personal que fungirá de operador.

Esto trajo como consecuencia la realización de un sub registro, ya que por ejemplo, como el ambulatorio atiende las veinticuatro horas del día, los pacientes de emergencias nocturnas ó diurnos son registrados al ingreso y luego cuando el mismo paciente lo ve otro médico ó viene en la mañana, es tomado nuevamente como primera consulta y no como consulta sucesiva, lo cual en este caso incrementa irrealmente los pacientes atendidos en esa institución sanitaria.

En el caso de la capacitación específicamente referida a la “Prevención de la infecciones Respiratorias Agudas” (Tabla N° 1):

Se pudo observar en el instrumentos que recoge la información de actividades y programas denominado DSP-04, que en el año dos mil dos (2002), se capacitaron ciento ochenta y seis (186) personas; luego en el dos mil tres (2003), un mil cuatrocientos cuarenta y tres (1.443) y en el año dos mil cuatro (2004) sólo un mil cincuenta y nueve (1.059) personas. En este caso entre el 2003 y el 2004 se presentó una relación negativa de veintiséis por ciento (26%) de individuos menos, se informó que tal incremento o salto ocurrido en el 2003 no tiene una explicación racional, sino dentro de los problemas anteriormente mencionados en la recolección de datos .

En relación a la educación en Lactancia Materna (tabla N° 1)

Para el año dos mil dos (2002) se capacitaron cuatrocientos una (401) personas; aumentando en el dos mil tres (2003) a un mil setenta y seis (1.076), pero en el año dos mil cuatro (2004), se registró una disminución de setecientos setenta y cinco (775) personas capacitadas. Ello sigue la tendencia descrita anteriormente y con la misma causalidad.

De igual manera se observa con la capacitación para prevenir el uso de tabacos y otras drogas, se observa que siguen la tendencia explicada para el N° de actividades globales, poca

cantidad de personas capacitadas en el dos mil dos (2002), aumento elevadamente brusco en el dos mil tres (2003) y caída considerable en el dos mil cuatro (2004).

En relación a las Sesiones Educativas (Tabla N° 3)

El programa contenido en el MAI relaciona las sesiones educativas principalmente con elementos de organización comunitaria, tales como, los clubes de hipertenso, diabético, asmático y otras organizaciones como ONG y juntas socio-sanitarias en las cuales se deben desarrollar tales sesiones educativas, como no existen los elementos de organización comunitaria antes mencionado, por supuesto no se registran las acciones de las sesiones educativas, las cuales en los años seleccionados para el estudio aparecen con cero (0) actividad.

Las sesiones que aparecen registradas en la tabla N° tres (3), como número de sesiones, en Establecimientos Individuales, las cuales para el año 2002 se refieren a dos mil trescientos quince (2.315), para el año 2003, se refieren a once mil ciento noventa y uno (11.191) sesiones y para el año 2004 se lograron nueve mil setecientos setenta y ocho (9.778) sesiones, todas ellas se refieren a charlas dadas a individuos que tuvieron contacto con el ambulatorio en un momento determinado, así mismo lo referido al N° de sesiones de educación sanitaria en establecimientos colectivos, los cuales se refieren a charlas instrumentadas a grupos de personas generalmente aquellas que esperan su turno en las consultas.

En relación a las visitas (prevención de alto y bajo riesgo) y seguimiento de la lactancia materna (Tabla 4)

Siguiendo con el análisis de las actividades referentes a la noción del concepto de integralidad manejado en el MAI, en la tabla cuatro (4) se muestran las visitas domiciliarias como indicadores de acciones preventivas. Entre las vistas se pueden identificar aquellas que se realizaron a familias nuevas de alto riesgo, las cuales, Para el año dos mil dos (2002) se

ejecutaron, según el registro del instrumento el consolidado de actividades y programas (DSP-04), cero visitas a este grupo de individuos, similar ocurrió en el dos mil cuatro (2004); sin embargo para el año 2003 se efectuaron cuatro (4) inspecciones con ese fin.

Caso contrario ocurrió con las visitas a casos prenatales de alto riesgo, que en el año dos mil dos (2002), se registraron veinte (20) visitas; muy por encima del 2003 que contó con cinco (5) y en el 2004 con cero visitas. En este caso se observó que la mayor cantidad de visitas, para cumplir actividades de prevención, se efectuaron en el año dos mil tres (2003).

Se pudo observar también, en el “Programa de Visitas”, que en el año 2002 se realizaron cinco (5) visitas a las escuelas para actividades de promoción y prevención en salud, ampliándose en número en el 2003 a diecisiete (17) y disminuyendo en doce (12) visitas para el 2004.

**Se puede observar que pareciera un patrón el 2003 como el año, en que aparece un mayor número de datos registrados de los diferentes eventos correspondientes a los componentes de integralidad del MAI

Otra actividad de prevención que se incluyó en los factores de integralidad fue la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses.

La actividad en la lactancia materna en el 2002 llegó a un mil trescientos treinta y cinco (1.335), en comparación con los años 2003 que fue de cuarenta y siete (47) actividades y en el 2004 aumentó a doscientos veintitrés (223) actividades con las madres, relativas a la lactancia materna.

Actividades de Prevención Específica (Tabla N° 5)

El total de vacunas aplicadas y registradas en los años de estudios 2002, 2003, 2004, guarda un orden posiblemente explicable en los momentos de carencia de las vacunas centro de la actividad de inmunizaciones. El año 2002, se remiten a un mil cuatrocientos sesenta y dos (1.462) niños menores de seis (6) años de edad, disminuyendo este registro para el año 2003 en un mil doscientos cuarenta y nueve (1.249); Pero en el año 2004 aumenta a dos mil doscientos siete (2.207) niños vacunados.

Si observamos en algunos casos registrados en el “Programa Ampliado de Inmunizaciones” (PAI), vacunas que de una u otra forma tienen relación con las Infecciones Respiratorias Agudas, como es el caso de la Antisarampionosa, se aplicaron para el año 2002 a dieciséis (16) niños menores de seis años (6) y para el 2003, aumentó según el registro a ochenta y seis (86) inmunizaciones, disminuyendo, considerablemente, en el 2004 a once (11) niños protegidos.

Contrariamente en el 2002 ocurre con la vacuna *Antihaemophilus Influenzae* para menores de 6 años de edad, con la cual se inmunizan doscientos treinta y nueve (239) niños, disminuyendo en el 2003 a ciento treinta y dos (132), es decir, un giro negativo, aumenta para el 2004 a ciento ochenta y seis (186). Esta diferencia, según la coordinadora de epidemiología, se produjo en el año 2003, por escasez de ese tipo de vacuna en el ambulatorio, por lo tanto no se aplicaron las dosis correspondientes. La mayor cantidad de aplicación de vacunas se registró con la Antimalárica en el año 2004 con cuatrocientos noventa y siete (497) casos, seguidos por la antipoliomelítica con cuatrocientos veinticinco (425) vacunas.

Participación Social (Tabla 6)

El N° de personas que participaron en los talleres de capacitación, se incrementó bruscamente del 2002 al 2003, aproximadamente en trece mil (13.000) personas y tuvo un descenso significativo de más de cuatro mil (4.000) personas para el 2004, pese a estas inflexiones se pudiese decir, que para los talleres educativos la población está presta a participar, Así mismo, se puede observar la ausencia de la participación social, de personas voluntarias, de organizaciones y clubes comunitarios, en actividades de fomento y prevención específica en los tres (3) años que se seleccionaron para el estudio.

Específicamente se nota una escasa participación de la junta socio sanitaria, a este respecto la trabajadora Social del Municipio, opina que la junta socio sanitaria existente, no asume con propiedad la participación en las actividades que se ejecuta en el ambulatorio. Esta situación pudiese tener otra lectura desde el posicionamiento de la comunidad, ésta, frente al poder técnico del personal de salud ve limitado su participación, obsérvese que se trata de actividades, cuya responsabilidad recaen en la experticia del personal de salud involucrado, lo cual pudiese ser excluyente por si mismo para la comunidad.

Consultas de primera vez y sucesivas (Tabla 7)

Siguiendo con la revisión del consolidado DSP-04, que es el instrumento que registra el consolidado anual de los programas, se observó que en el año 2002, alcanzó una cantidad de cinco mil doscientos noventa (5.290) niños atendidos, en el 2003 disminuyó a cuatro mil trescientos siete (4.307) y cerrando el 2004 aumentó a seis mil ochocientos quince (6.815). Quiere decir, que entre el 2003 y el 2004 hubo un aumento en la atención de lactantes y pre-escolares en un cincuenta y ocho punto dos por ciento (58,2 %). En similar orden, la cantidad de niños que se refirieron al hospital, desde el ambulatorio; en el 2002 fue de doscientos cuarenta y uno (241); en el 2004 tuvo un incremento con respecto al 2003 de un noventa y tres punto dos por ciento (93,2%) de niños referidos.

Otros parámetros de evaluación contenidos en el MAI (Tabla 8, 9, 10 y 11)

Riesgos Biológicos en el Lactante y Preescolar

En cuanto a los registros para medir integralmente los Programas del MAI, se observó en la tabla nueve y diez (8 y 9) lo relacionado con los Riesgos Biológicos en el Lactante y Preescolar; entre ellos figuran las enfermedades infecciosas y parasitarias, en el año 2002, se registraron setecientos ochenta y ocho (788) casos de niños menores de cinco (5) años y en el 2004 se registraron seiscientos veinticuatro (624) casos.

Otro elemento de riesgo son las enfermedades del sistema respiratorio, en los tres (3) años seleccionados para el estudio, se observó un ascenso progresivo de estas afecciones las cuales se comportaron de la manera siguiente: En el año 2002 se registraron dos mil trescientos ochenta y dos (2.382), en el 2003 se registraron tres mil setenta y cinco (3.075) casos, en el año 2004 aumento hasta tres mil setecientos veintiuno (3.721) .Algo similar mostraron los registros para las enfermedades Endocrinas, nutricionales y metabólicas, pero la relación entre el 2003 y el 2004 fue un salto considerable de doscientos diez punto siete (210,7) por ciento (%), cuya explicación debe necesariamente, pasarse por los subregistros, reconocidos incluso por los responsables de los programas a nivel local. El registro total de los Riesgos Biológicos del 2002 fue de un mil doscientos noventa y seis (1.296), disminuyendo en el 2003 a un mil ciento veintitrés (1.123) y aumentando en el 2004 con un mil cuatrocientos ochenta y siete (1.487) casos registrados.

En cuanto a los elementos que componen el riesgo Biológico, se nota un explícito aumento de casos en el año 2004, el cual se hace evidente cuando lo comparamos con los otros años estudiados, se reitera que se le puede atribuir a errores en el vaciado de los instrumentos ó en oportunidades omisión de dichos instrumentos.

Riesgo Psico-social

En la tabla diez, específicamente cuando se refiere al bajo ingreso familiar, se nota el aumento progresivo de un año a otro; entre los dos primeros años del lapso sometido a estudio, el 2003 aumentó en relación al 2002, tres punto cuarenta y tres por ciento (3,43%) y en el 2004 con respecto al 2002, aumentó en setenta y uno punto seis por ciento (71,6%). Caso contrario ocurre con la Disfunción familiar, para el año 2002 se observaron cuatrocientos cuarenta y seis (446) casos, disminuyendo en el 2004 a treinta y cinco casos (35) casos registrados. Sin embargo, el total del Riesgo Psico Social según esta cifra se disparó del 2002 hasta el 2004 registrándose en este último año, siete mil ochocientos ochenta y tres (7.883) casos, o sea, cincuenta y seis punto siete por ciento (56,7%) con respecto al 2002

Riesgos Ambientales (Tabla 11)

Se indica que en el año 2004 la cifra de casos de lactantes y preescolares sujetos a riesgos fue más alta que los otros dos (2) años anteriores, alcanzando un total de ocho mil novecientos cuarenta y ocho (8.948) casos. En el 2002 se registraron seis mil quinientos noventa y dos (6.592) casos de población en riesgos, pero, en el 2003 disminuyó en veintidós punto treinta y nueve (22,39) por ciento (%) de casos, en relación al 2002, en el 2004 aumento a setenta y cuatro punto nueve (74,9) por ciento (%) de casos, en relación al 2003.

Estructura Física Inadecuada

Analizando cada una de las actividades registradas en el Programa que mide el Riesgo Ambiental, podemos observar, que, en el caso de “Estructura Física Inadecuada”; en el año 2002 se observaron novecientos cincuenta y dos (952) casos de la población estudiada en riesgo y en el 2003 hubo una disminución de noventa y dos punto cuatro (92,4) por ciento (%) de la

población sometida al riesgo y aumentó nuevamente en el 2004 a trescientos ochenta y cinco (385) casos, es decir cuatrocientos treinta y cuatro punto siete (434.7)por ciento (%) de casos registrados en relación al 2003..

Viviendas Sin Agua Intradomiciliaria

Relativo al riesgo ambiental, “viviendas sin agua Intradomiciliaria”, los registros de la población estudiada determinaron que en el año 2002, se observó ciento diecinueve casos (119) casos, en el 2003 bajó a doce punto seis (12,6) por ciento (%) y en el 2004 aumentó a seiscientos cincuenta y cuatro punto ocho (654,8) por ciento (%) de individuos, sujetos de estudio en exposición a este riesgo.

Alto Índice de Insectos y Roedores

También se observó la columna “Alto índice de insectos y roedores” en el año 2004 se incremento en un ciento trece punto ocho (113,8) por ciento (%), en relación con el año 2003. en cuanto a los casos de hacinamientos hubo un incremento en el 2004 con respecto al 2003 de ciento sesenta punto cinco por ciento (160,5%). Relativo al “consumo de agua no potable”, en el año 2002, se registraron 1.535 casos, en relación al 2003 se observaron 3.611 casos, lo cual significa un incremento de más del cincuenta (50) por ciento (%) de los casos. En el 2004, hubo un registro de 5.128 casos se percibe un ascenso de cuarenta y dos (42) por ciento (%) en relación al año 2003.

Familias que Viven Adyacente de Zonas Industriales

También se pudo notar, en los registros de riesgos ambientales, que en el año 2004, la presencia de Ochenta y dos (82) casos de familias que viven adyacente de zonas industriales y trescientos noventa y ocho (398) casos de familias que se registran en la columna de “disposición inadecuada de excretas”.

Otras Acciones componentes de la atención integral

8.1.-Estado Nutricional del niño Lactante y Pre-Escolar (Tabla 12)

En relación al Estado nutricional del lactante y preescolar, denominado “exceso” se observó que en los años 2002 y 2003 ocurrió un elevado descenso de treinta y dos (32) casos, en cuanto al 2002- 2004 ocurrió en este último un leve incremento de seis (6) casos, en los casos tipificados como “normal” se observó un incremento progresivo desde el 2002 al 2004, situación similar se observa en la columna denominada como “zona crítica”.

En cuanto a la desnutrición moderada, en el año 2002 se indica tres (3) casos de niños en esta condición aumentando en un cien (100) por ciento (%), en el año 2003 y disminuyendo luego en cien (100) por ciento (%). Con relación a la desnutrición leve se puede percibir que en el año 2002 se registraron dieciséis (16) casos y en el 2003 aumentó doce punto cinco (12,5) por ciento (%), con respecto al 2002 y el 2004 aumentó considerablemente a setenta y siete punto siete (77,7) por ciento (%) en relación al 2003.

La Tensión Arterial del Lactante y Preescolar (Tabla 13)

En los tres años de estudios, no hubo variaciones de los parámetros tensionales considerados como normales, es decir no se presentaron hipertensos ni hipotensos.

Otras enfermedades (Tabla 13)

Los registros de los resultados diagnósticos realizados tanto a los lactantes como a los pre-escolares en el año 2002, dio los resultados siguientes: Dos mil novecientos setenta y siete (2.977) casos de lactantes tipificados como enfermos, disminuyendo en el año 2003 en un once (11) por ciento (%), en relación al año anterior, pero aumentando en el 2004 en un veintiuno punto nueve (21.9) por ciento (%), en relación con el 2003.

En los pre-escolares diagnosticados enfermos se observó, también un aumento creciente y sistemático de los casos en los tres años; en el primer año de estudio se registraron dos mil novecientos noventa y nueve (2999) casos; pero en el 2003 aumentó a tres mil quinientos setenta y cuatro (3.574) casos diagnosticados enfermos, es decir, si lo relacionamos con el primer año, porcentual mente se expresaría, en diecinueve punto diecisiete por ciento (19.17%); respectivamente en el 2004, aumentó el N° de pre-escolares enfermos en quince punto treinta y tres por ciento (15,33%) en relación con el año anterior.

Otras Acciones de la Atención Integral (Tabla 14)

Las Visitas a los Domicilios

De las cuatrocientos veintisiete (427) visitas realizadas por los diferentes miembros del equipo de salud en los tres años tomados para este estudio las profesionales de enfermería, realizaron doscientos treinta y cuatro (234) visitas, lo que constituye más del cincuenta (50) por

ciento (%), del total, sigue el equipo de salud en su conjunto con ochenta y un (81) visitas lo cual representa un dieciocho, punto nueve (18.9) por ciento (%) del total realizado en los tres años, le sigue en orden descendente las auxiliares de enfermería con sesenta y tres (63) visitas, lo cual constituye el catorce punto siete (14.7) por ciento (%). Si analizamos este cuadro desde el punto de vista anual (por año) observamos que a medida que trascurrieron estos tres años es decir del año 2002 al 2004, decayeron las acciones de las visitas.

Actividades de Promoción de Salud y Educación Sanitaria (Tabla 15)

En los años seleccionados para el estudio no se registró acciones de promoción de salud y educación sanitaria. Por lo tanto, en cada uno de los años y para las actividades seleccionadas aparecen en los instrumentos de recolección de datos cero acciones en las casillas correspondientes.

Coordinación Intersectorial (Tabla 16)

En cuanto al N° de fuerzas sociales relacionados con los programas del MAI, se observa que no hubo relación alguna de fuerzas sociales con los programas del modelo de atención integral, se puede observar también, en la columna dos (2), que la coordinación intersectorial más expedita se refiere a las instituciones educativas, sin embargo en los tres años del estudio desde el 2002 al 2004 no se experimentó incremento o disminución, de coordinaciones intersectoriales, se mantuvo estable el número de instituciones educativas.

Atención Clínica Al paciente con Infecciones Respiratorias Agudas (Tabla 17)

Enfermedades Muy Graves

En cuanto a las enfermedades muy graves ocurridas en niño menores de cinco (5) años, cuyo total reporta que en el 2004 esta patología solo alcanzó dos (2) casos registrados en el ambulatorio; otro caso que se observa en esta tabla es el N° de niños afectados por “Neumonía grave” columnas 4, 5 y 6, las cuales igualmente alcanzó dos (2) casos en el 2004; en cuanto al total de neumonía en niños menores de cinco (5) años se registraron dieciocho (18) casos. Es de notar que en los otros años correspondiente al lapso de estudio (2002, 2003), los casos de infecciones respiratorias connotados como muy grave, las neumonías graves no hubo registros, excepto en el año 2002 se registraron seis (6) casos de neumonía en paciente de 1 a 4 años y un caso de neumonía de dos meses a un año.

Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) (Tabla 18)

Las IRA están conformadas por un conjunto de patologías que se ubican en las vías respiratorias altas (Faringitis Aguda, Amigdalitis, Otitis y Rinofaringitis), las tres patologías más frecuentes registradas en el ambulatorio de El Consejo son las siguientes:

La frecuencia mayor, cuatro mil cuatrocientos quince (4.415) casos, corresponde a las infecciones respiratorias agudas localizadas en la rinofaringes, es decir que las patologías más frecuentes es la rinofaringitis, le sigue la amigdalitis con ochocientos treinta y ocho (838) casos, y luego la otitis con quinientos veintinueve (529) casos. En relación a la distribución según los años sometidos a estudio (2002, 2003 y 2004), se tuvo un ascenso progresivo desde el 2002 con un total de un mil ochocientos ochenta y dos (1.882) casos, en el 2003 con dos mil cincuenta y nueve (2.059) casos, lo cual significa una diferencia de ciento setenta y siete (177) casos por encima del 2002. En el 2004, se registraron dos mil trescientos sesenta y tres (2.363) casos, es decir, trescientos cuatro (304) casos por encima del 2003.

Tratamiento de las Infecciones Respiratorias Agudas (Tabla 19)

En la tabla (19) se aprecia que el tratamiento de las Infecciones Respiratorias Agudas, se lleva a cabo, mediante el empleo de medicamentos a base de antibióticos como (Amoxicilina, penicilina Benzatínica, Sulfa) y Analgésicos – antipiréticos. De estos, la mayor frecuencia se reporta en los analgésicos y antipiréticos, quizás por ser un tratamiento sintomático, (fiebre y malestar general), le sigue en orden de frecuencia el renglón denominado “otros medicamentos” los cuales según el personal consultante se refieren a antihistamínicos, expectorantes, fluidificantes, espaciadores ó nebulizadores etc. Le sigue los tratamientos por antibióticos tipo Amoxicilina, se observa que las sulfas son tratamiento de última elección. Según los años seleccionados para el estudio, se observó un incremento sostenido de los individuos tratados entre los años 2002, 2003 y 2004.

En relación a los parámetros de evaluación según el MAI

Existe en el Modelo de Atención Integral, otro tipo de evaluación de los programas y servicios, el cual considera.

A. *Una evaluación de estructura:* la cual contiene:

A1.- *La Accesibilidad:* Que puede ser definida “como la condición variable de la población de poder utilizar los servicios de salud”

A2.- *Disponibilidad:* Que puede ser definida “como la relación entre los recursos existentes y la población a la cual están destinados”

B. *Evaluación de procesos,*

La cual considera:

B1.- las actividades definidas como “El número de acciones desarrolladas

durante, un tiempo determinado y en un servicio estipulado”

B2.- *Productividad y Rendimiento*: La productividad es el número de actividades realizada por unidad de recursos disponibles y por unidad de tiempo, mientras que el rendimiento puede ser definido como el número de actividades realizadas por unidad de recurso utilizado, por unidad de tiempo.

B3.- *Concentración*: Se define como el número promedio de los servicios recibidos por cada usuario durante cierto tiempo.

B4.- *La Utilización*: que se define como la relación entre el recurso utilizado y el recurso disponible para una actividad por unidad de tiempo

C.- *Evaluación de Resultados*: la cual contiene:

C1 *la cobertura*: la cual se considera como la proporción de personas, con necesidades de servicio de salud, que recibe atención para tales necesidades

C2 *Eficacia*: es el logro del objetivo del servicio sobre los usuarios del mismo

C3 *Eficiencia*: Que se define como la relación entre los efectos de un programa de salud y los gastos correspondientes de recurso.

C4 *Efectividad*: Que se define como el resultado de las acciones de salud sobre la población

**Es importante señalar que ninguno de estos parámetros de evaluación se registro en los años seleccionados para el estudio, por lo tanto se puede asegurar que en el Ambulatorio de El Consejo del Estado Aragua no se aplicaron durante los años 2002, 2003 y 2004 los parámetros de evaluación contenidos en el Modelo teórico de Atención Integral (MAI)

En cuanto a la opinión de los usuarios del Programa “Control” de las IRA en el Ambulatorio, la encuesta arrojó los siguientes resultados.

De acuerdo al Diseño de Investigación, la obtención de la muestra en forma aleatoria permite estimar las características de la Población objeto de estudio, así que en este análisis se hace inferencia acerca de la población de El Consejo, Estado Aragua.

El instrumento aplicado fue elaborado de manera de obtener información de interés sobre la capacitación de la población en áreas preventivas de salud, percepción acerca del Ambulatorio, la atención a niños menores de 5 años que presentan enfermedades respiratorias, condiciones de vivienda y participación comunitaria.

El instrumento contiene preguntas que pueden tener más de una respuesta y preguntas que sólo son aplicables a una parte de la población, en consecuencia el cálculo de los porcentajes se hizo tomando en cuenta esa situación.

Prevención en salud

En relación al conocimiento de la población sobre atención integral, el 90 % afirma no saber a que se refiere; como se observa en el gráfico 1.



Gráfico 1. Información sobre Atención Integral.

Fuente: Cuestionario Aplicado a la población de El Consejo Estado Aragua. 2005

El 71 % afirma no haber sido capacitado en ningún área preventiva en salud.

Ante una lista de opciones relativas a la prevención de la salud, el porcentaje anterior baja a 63 %, siendo la opción amamantamiento con un 15 %, el área que tiene mayor cantidad de personas capacitadas, en tanto que la prevención en infecciones respiratorias agudas sólo alcanzó a un 2 % de personas capacitadas, como puede observarse en el gráfico 2.

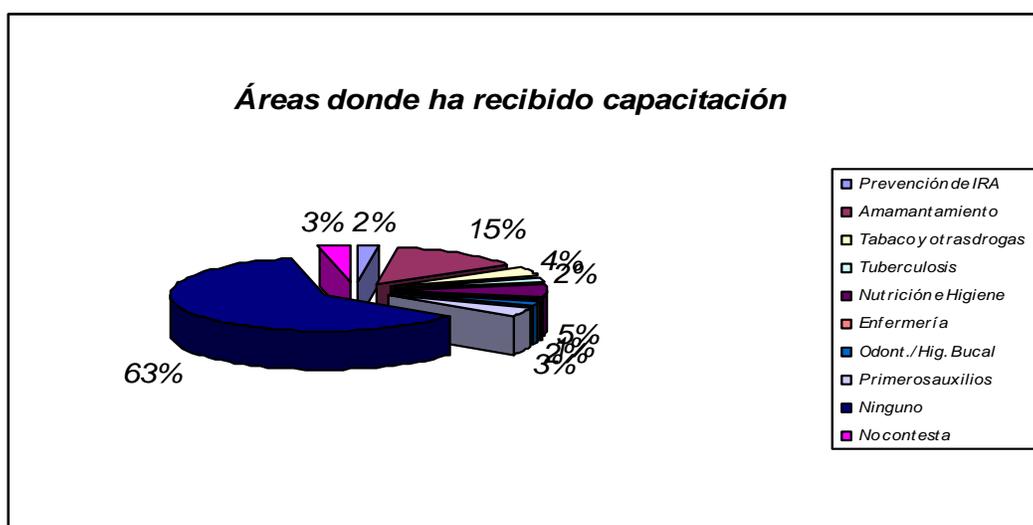


Gráfico 2. Áreas donde ha recibido capacitación

Fuente: Cuestionario Aplicado a la población de El Consejo Estado Aragua. 2005

Sin embargo, es importante notar el interés que tiene la población en ser capacitada (gráfico 3), que corresponde a un 86 % de la misma, siendo las opciones diabetes, vacunas e infecciones respiratorias agudas, 48 %, 39 % y 26 % respectivamente, las que obtienen los mayores porcentajes. Es importante señalar que 29 % de la población encuestada seleccionó 2 opciones o más.

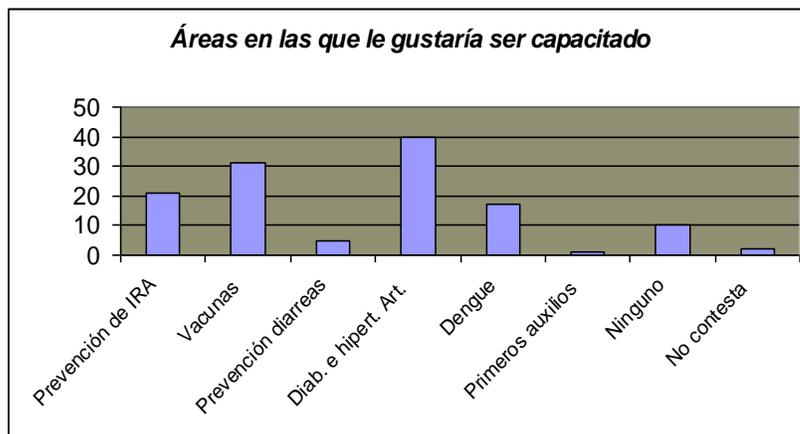


Gráfico 3. Áreas en las que degustaría ser capacitado

Fuente: Cuestionario Aplicado a la población de El Consejo Estado Aragua. 2005

Pero, a pesar de existir un alto porcentaje de la población que no ha sido capacitado en, prevención en salud, también existe un porcentaje similar (77 %) que respondieron “atención antes de la enfermedad” ante la pregunta sobre la definición de la prevención. gráfico 4.

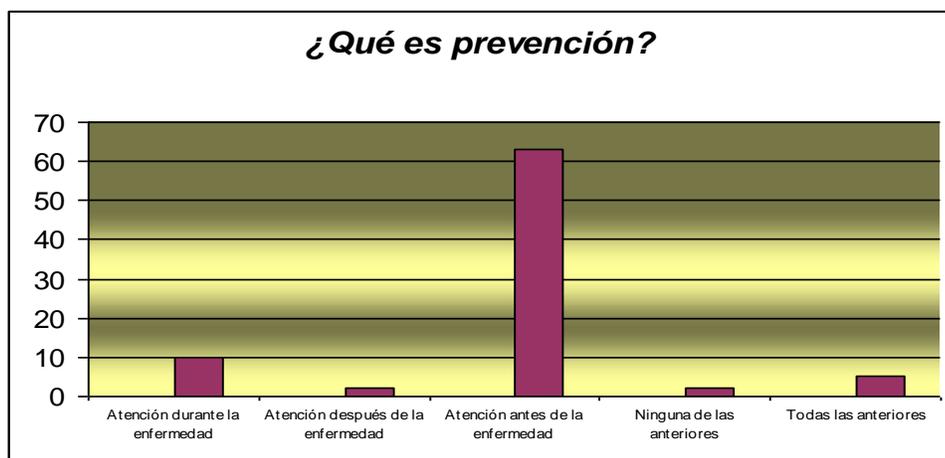


Gráfico 4. ¿Que es Prevención?

Fuente: Cuestionario Aplicado a la población de El Consejo Estado Aragua. 2005

Asimismo, como se observa en el gráfico 5, el 80 % de la población reconoce la vacunación como una medida para la prevención de enfermedades, el 38 % el saneamiento ambiental y el 21 %, reconoce las visitas domiciliarias como medidas de

prevención. Esto indica que la población si tiene información sobre las áreas que se refieren a la prevención en salud.

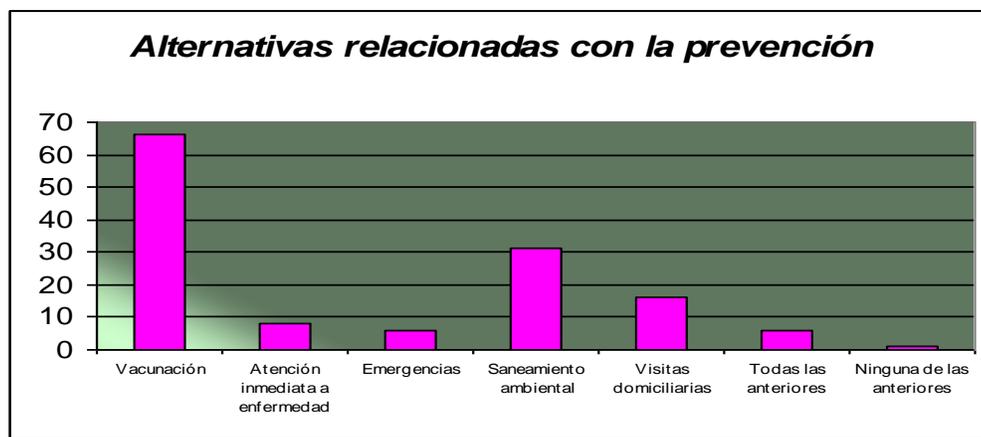


Gráfico 5. Alternativas relacionadas con la prevención

Fuente: Cuestionario Aplicado a la población de El Consejo Estado Aragua. 2005

En cuanto al conocimiento sobre las enfermedades que afectan al sistema respiratorio (gráfico 6), en este caso la respuesta que podía ser múltiple, fue la siguiente:

85 % señaló el asma, 66 % neumonía, 50 % faringitis, 39 % amigdalitis.

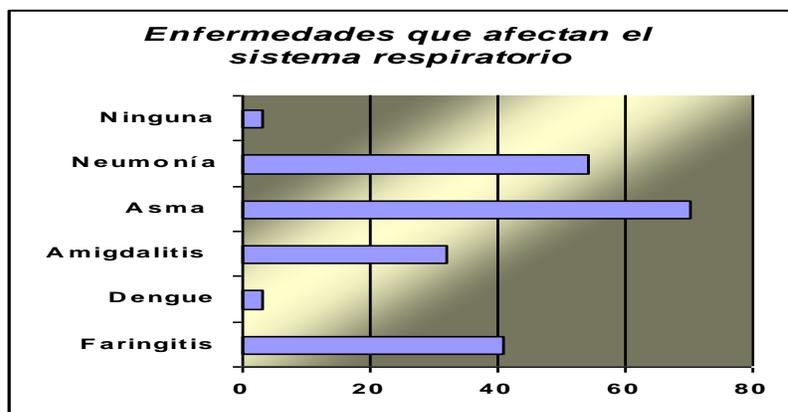


Gráfico 6. Enfermedades que afectan el Sistema Respiratorio

Fuente: Cuestionario Aplicado a la población de El Consejo Estado Aragua. 2005

El Modelo de Atención Integral del Ambulatorio tiene como uno de sus estrategias la prevención en salud para reducir la morbi-mortalidad y mejorar la calidad de vida y de acuerdo a los resultados anteriores (gráfico 6), se puede inferir que existe una significativa prevalencia de enfermedades respiratorias.

Percepción del Ambulatorio.

Relacionadas directamente con la opinión acerca del ambulatorio se formularon cuatro (4) preguntas, obteniéndose los resultados siguientes:

En cuanto a la frecuencia con que la población es visitada por personal del Ambulatorio (gráfico 7), el 80 % manifestó no haber sido visitada nunca y el 18 % una vez al año.

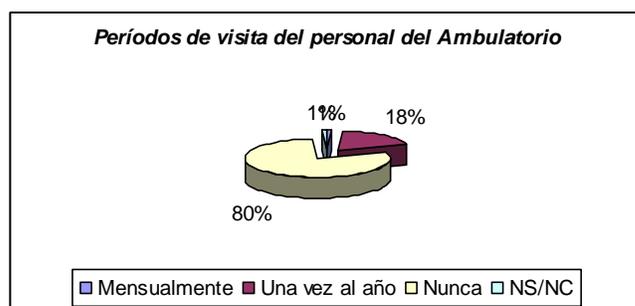


Gráfico 7. Periodo de visita del personal del Ambulatorio
Fuente: Cuestionario Aplicado a la población de El Consejo Estado Aragua. 2005

En relación a las visitas domiciliarias, en una pregunta de respuesta múltiple, se obtiene que el 80 % manifiesta no haber sido visitado por ningún profesional del Ambulatorio, en tanto que el 11 % dice haber recibido la visita de personal de enfermería, 5 % de Trabajador Social, como se muestra en el gráfico 8:

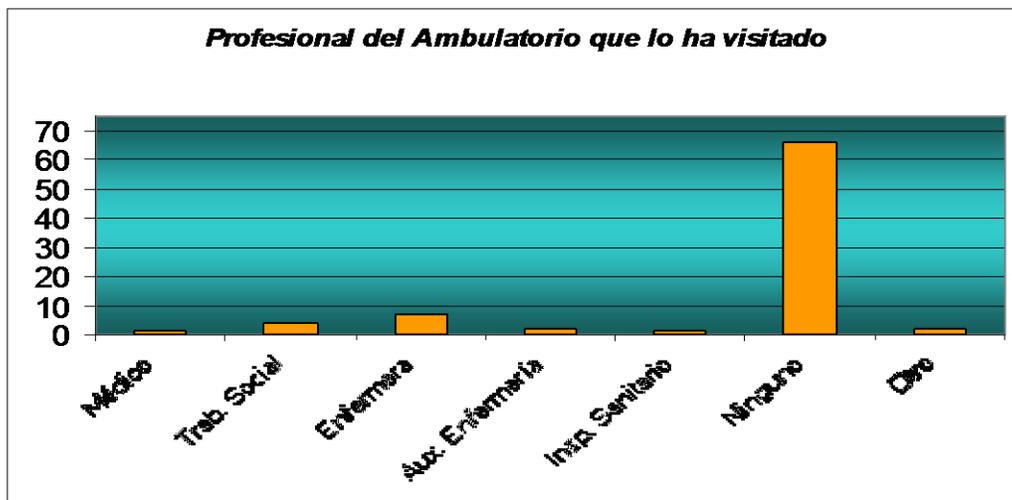


Gráfico 8. Profesional del Ambulatorio que lo han visitado

Fuente: Cuestionario Aplicado a la población de El Consejo Estado Aragua 2005.

Estos resultados coinciden con las visitas domiciliarias registradas en el ambulatorio (DSP04) y llaman la atención por que, estas actividades es una de las estrategias indispensables para lograr que la población conozca la importancia de la prevención.

Asimismo, el 49 % de la población manifiesta esperar poco o nada para ser atendido en el Ambulatorio, en contraposición a un 46 % que considera que espera mucho tiempo, es decir que en este caso las opiniones están divididas en dos: casi el 50 % opina en forma contraria a la otra parte, como se expresa en el gráfico 9.



Gráfico 9. Tiempo de espera para recibir atención en el Ambulatorio

Fuente: Cuestionario Aplicado a la población de El Consejo Estado Aragua. 2005

Por otra parte, el 84 % de la población puede llegar al Ambulatorio caminando, mientras que el 11% lo hace en transporte público o privado. Esto indica que el ambulatorio es de fácil acceso para población. (Gráfico 10)

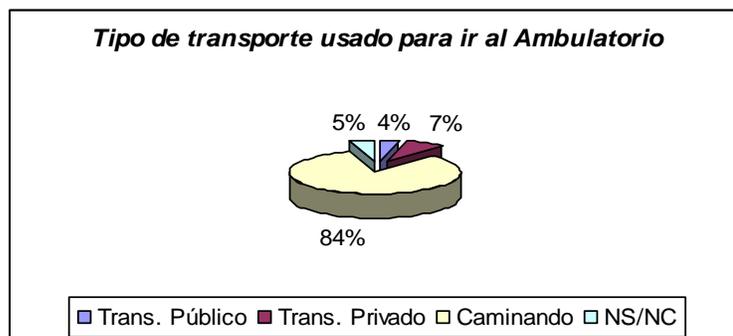


Gráfico 10. Tipo de transporte usado para ir al ambulatorio
Fuente: Cuestionario Aplicado a la población de El Consejo Estado Aragua. 2005

En cuanto a la opinión de la población sobre el servicio que recibe del Ambulatorio, se obtuvo lo siguiente: El 83 % la considera entre regular y buena, en tanto que el 10 % la considera entre muy buena y excelente, como se observa en el gráfico 11.

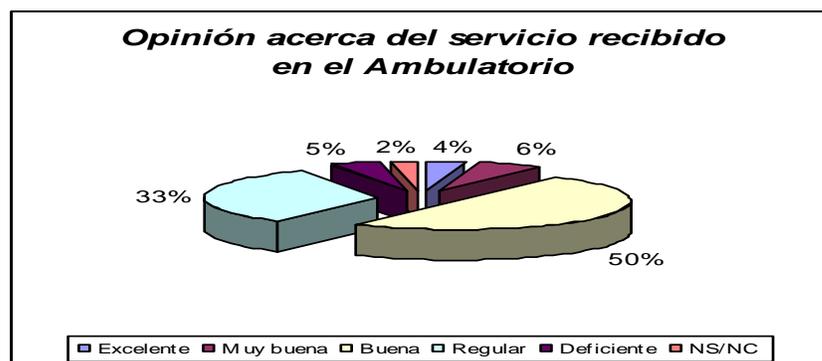


Gráfico 11. Opinión acerca del servicio recibido en el Ambulatorio
Fuente: Cuestionario Aplicado a la población de El Consejo Estado Aragua. 2005

Atención a niños menores de 5 años que presentan enfermedades respiratorias.

En cuanto a la cantidad de niños menores de cinco (5) años en la población bajo estudio, en una pregunta de respuesta múltiple, en un 55 % de viviendas que tienen niños la distribución

es la siguiente: 20 % de niños de un (1) año de edad, 18 % de tres años (3), 15 % de cuatro (4) años, 10 % de dos (2) años y 6 % de menos de un (1) año, gráfico siguiente: (gráfico 12)

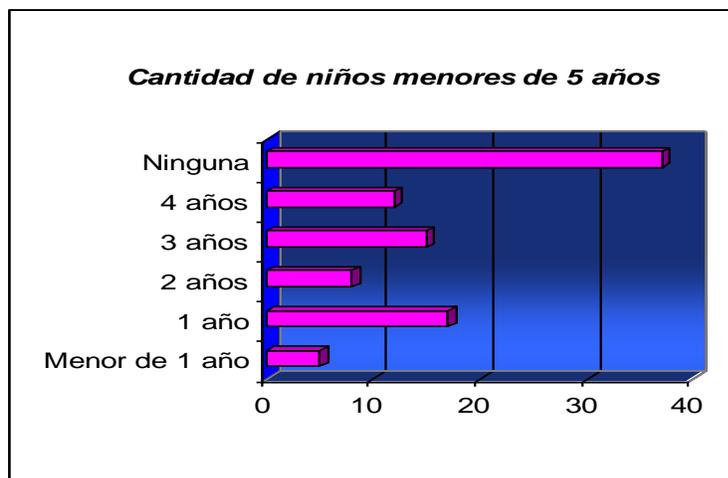


Gráfico 12 Cantidad de niños menores de cinco (5) años

Fuente: Cuestionario Aplicado a la población de El Consejo Estado Aragua. 2005

El 51 % de los niños menores de cinco (5) años son llevados al Ambulatorio cuando presentan problemas respiratorios, lo que significa que un poco más de la mitad de los niños de esa edad se benefician del Programa de Infecciones Respiratorias Agudas. Gráfico 13.

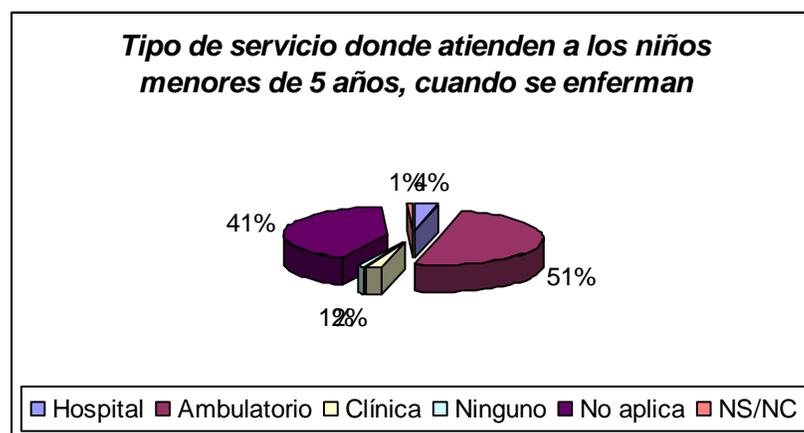


Gráfico 13. Tipo de servicio de atención para los niños menores de 5 años

Fuente: Cuestionario Aplicado a la población de El Consejo Estado Aragua. 2005

En cuanto a las enfermedades más frecuentes en los niños menores de 5 años, en una pregunta de respuesta múltiple, la tos y el resfriado ha sido padecida por 51 % de los niños, Amigdalitis la han sufrido 21 %, asma la tienen 17 %, en tanto que sólo un 2 % ha tenido neumonía, distribución contenida en el gráfico dado a continuación: (gráfico 14)

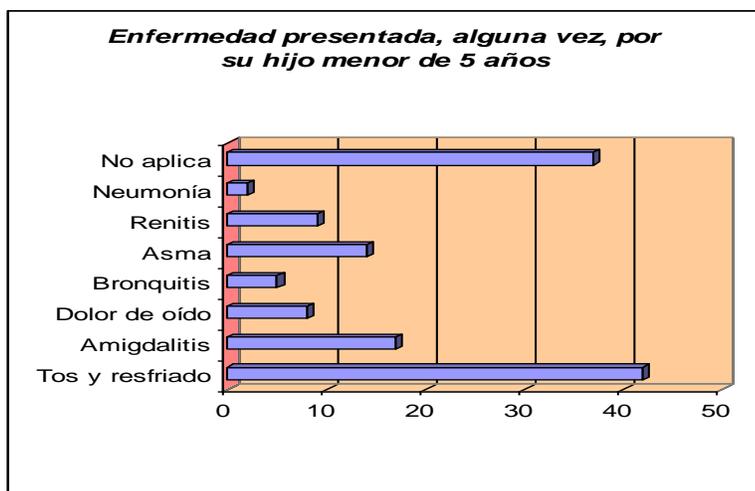


Gráfico 14 Enfermedad presentada alguna vez por su hijo menores de 5 años
Fuente: Cuestionario Aplicado a la población de El Consejo Estado Aragua. 2005

Según las veces en que los niños menores de cinco (5) años han sido llevados al Ambulatorio u otro servicio por enfermedades respiratorias, se destaca que el 42 % ha sido conducido más de una vez, en tanto que hay un 2 % que no ha ido nunca a algún servicio de salud por ese tipo de enfermedad, como se visualiza en el gráfico 15.

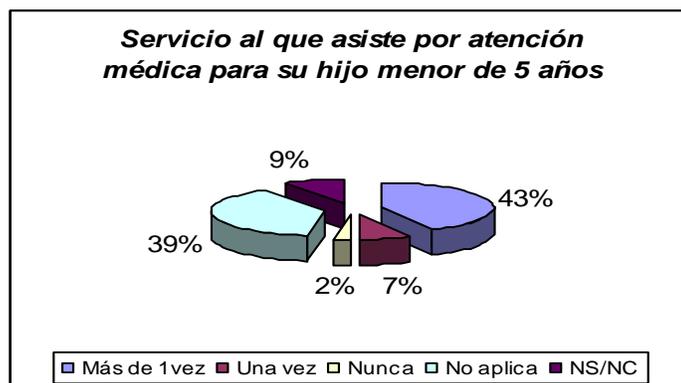


Gráfico 15 Servicio al que asiste por atención para su hijo
Fuente: Cuestionario Aplicado a la población de El Consejo Estado Aragua. 2005

Las causas que los padres o representantes consideran como las que ocasionan las enfermedades respiratorias en sus niños, en una pregunta de respuestas múltiples, son las siguientes: 61 % señaló contaminación por depósitos de aguas negras, 55 %, contaminación aérea; 37 %, la contaminación por acumulación de basura; en tanto que sólo un 2 % considera que es la falta de vacuna e igual porcentaje, la contaminación industrial, como puede observarse en el gráfico 16.

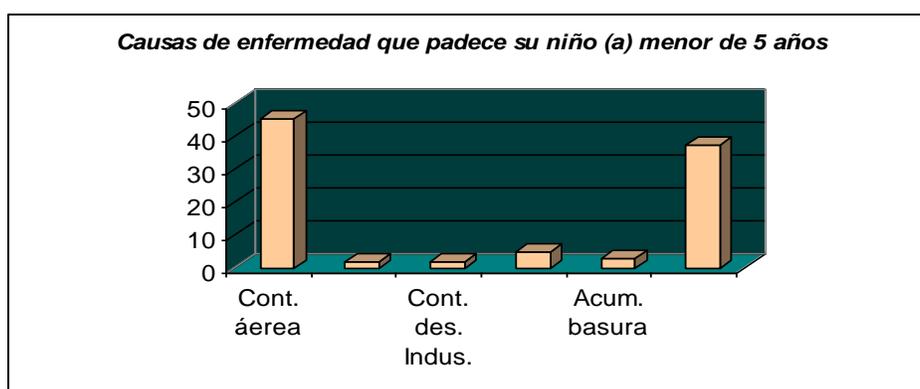


Gráfico 16 Causas de enfermedad que padece su niño menor de 5 años
Fuente: Cuestionario Aplicado a la población de El Consejo Estado Aragua. 2005

En cuanto a las otras consultas donde son llevados los menores de cinco (5) años, en una pregunta de respuesta múltiple, se destacan las vacunas con un 48 % de la población infantil, y parasitosis con un 17 % y en menor medida, diarrea y atención odontológica cada una con 7 % según se muestra en el gráfico 17.

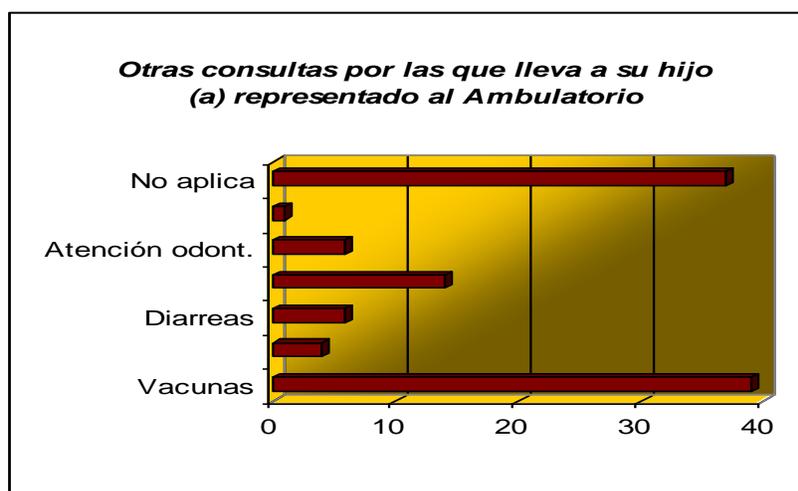


Gráfico 17 Otras consultas por las que lleva a su hijo al Ambulatorio

Fuente: Cuestionario Aplicado a la población de El Consejo Estado Aragua. 2005

En relación a otros servicios de salud, donde son referidos los niños menores de cinco (5) años, se destaca el Hospital con 55 % niños, 18 % de los niños son referidos al IVSS, 11 % no han sido referido a otro servicio, 9 % han sido enviados al Centro de Atención y un 2 % ha sido atendido en una clínica que es un servicio privado, como se observa en el gráfico 18:

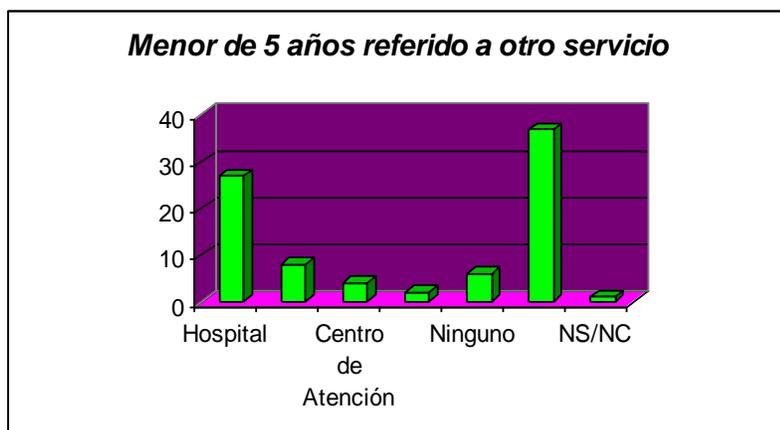


Gráfico 18 Menor de 5 años referido a otro servicio

Fuente: Cuestionario Aplicado a la población de El Consejo Estado Aragua. 2005

Los medicamentos indicados en el ambulatorio, para tratar las Infecciones Respiratorias Agudas, a niños menores de 5 años se distribuyeron, en una pregunta de respuesta múltiple, de la forma siguiente: Ninguno de las opciones y Acetaminofen, cada uno con 45 %, Ambroxol con 18 %, Antibiótico con 9 % y con un porcentaje de sólo 2 % la penicilina. A continuación se observa el correspondiente gráfico 19.



Gráfico 19. Medicamentos indicados en el Ambulatorio para tratar las IRA en > de 5 años

Fuente: Cuestionario Aplicado a la población de El Consejo Estado Aragua. 2005

En cuanto al ausentismo laboral que puede ocasionar la enfermedad del niño menor de 5 años, la respuesta correspondiente a los hogares que tienen niños, fue la siguiente: 31 % de la población considera que si es una causa, mientras que 64 % piensa que no ocasiona ausentismo laboral y 2 % no contestó. Esta distribución se observa en el gráfico siguiente:

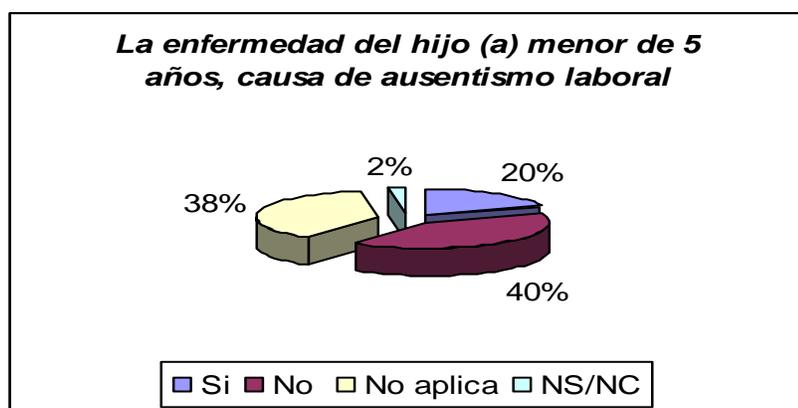


Gráfico 20. El ausentismo Laboral por causas del IRA

Fuente: Cuestionario Aplicado a la población de El Consejo Estado Aragua. 2005

Condiciones de vivienda.

En relación al tipo de vivienda de la población existe un 80 % que vive en casa, 9 % vive en casa multifamiliar, 7 % vive en anexo de casa y un 4 % en otro tipo de vivienda. Todas las viviendas cuentan con sala, comedor, cocina, lavadero, baño, 44 % tienen 3 dormitorios, 20 %, 2 dormitorios y 9 % tienen cuatro dormitorios, es decir que 73 % de las viviendas tienen entre 2 y 4 dormitorios. Además, 68 % tiene patio. Esta distribución se observa en el gráfico 21.

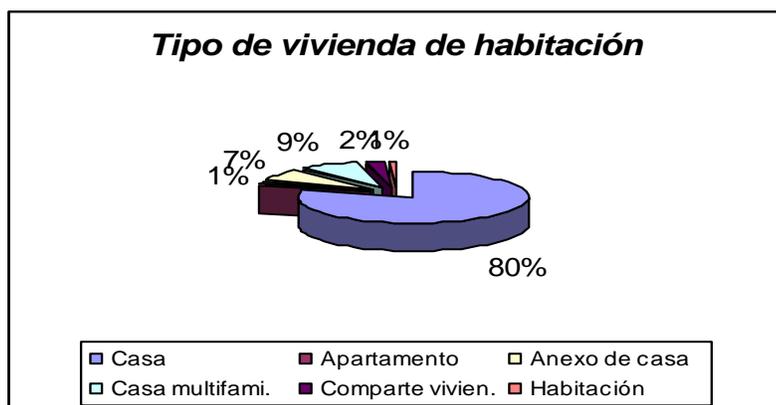


Gráfico 21. Tipo de vivienda de habitación

Fuente: Cuestionario Aplicado a la población de El Consejo Estado Aragua. 2005

En relación a las condiciones ambientales que existen cerca de las viviendas (gráfico 22). El 60 % de las viviendas no tienen ningún tipo de contaminantes ambientales, 13 % tiene cerca depósitos de basura, 7 % tiene en las proximidades de la vivienda depósitos de aguas negras.

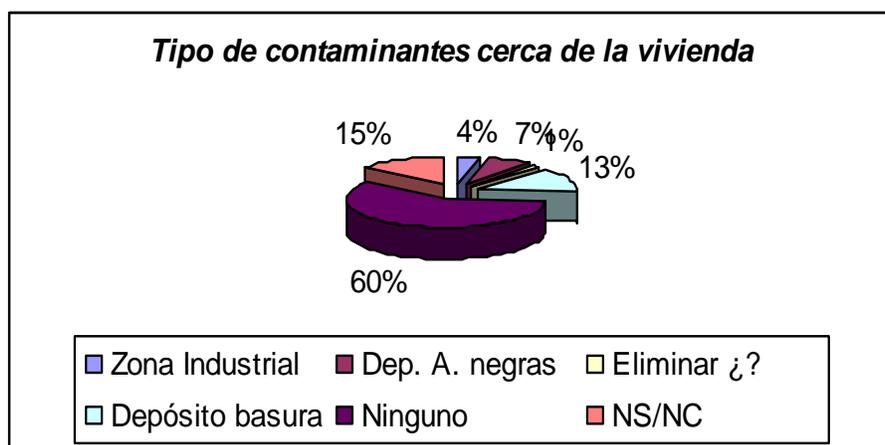


Gráfico 22 Tipo de Contaminantes cerca de la vivienda

Fuente: Cuestionario Aplicado a la población de El Consejo Estado Aragua. 2005

Participación comunitaria

Para conocer si la comunidad forma parte de algún tipo de organización, se incluyeron dos preguntas, cuyos resultados fueron los siguientes: El 88 % de la población no pertenece a

ningún tipo de organización, 11% no contestó y sólo un 1 % pertenece a un Comité de Salud.

(Gráfico 23)

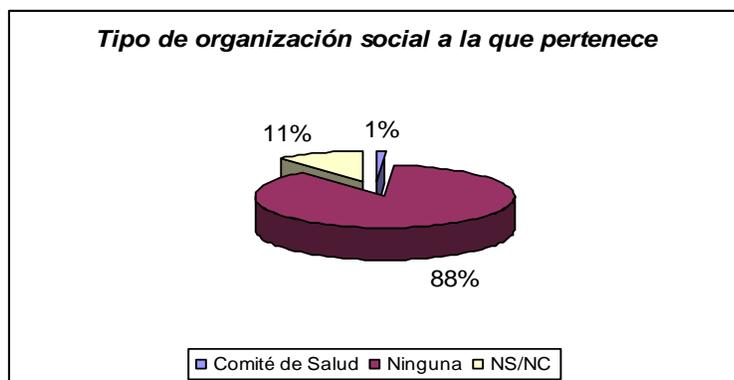


Gráfico 23 Tipo de Organización Social a la que pertenece

Fuente: Cuestionario Aplicado a la población de El Consejo Estado Aragua. 2005

La participación en las actividades promovidas por el Ambulatorio, la pregunta de respuesta múltiple dio los resultados similares a la anterior: 85 % no participa en ninguna actividad, 11% participa en las jornadas de vacunación, 4 % en el Club de Asmático y 1 % en otras actividades. El cual se expresa en el gráfico 24.

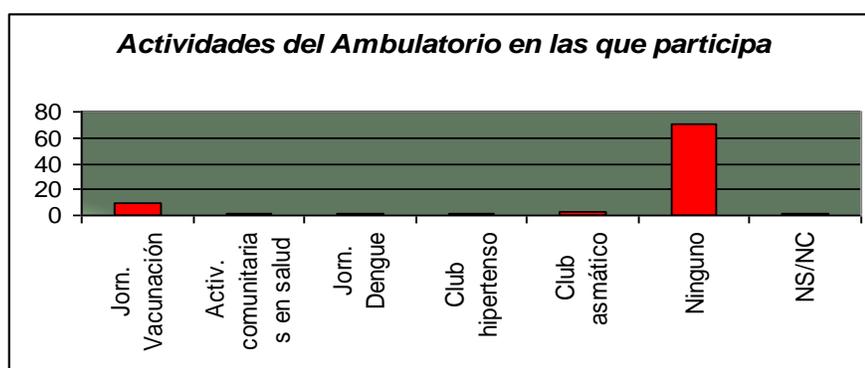


Gráfico 24 Actividades del Ambulatorio en las que participa

Fuente: Cuestionario Aplicado a la población de El Consejo Estado Aragua. 2005

Capítulo 5 Conclusiones

Conclusiones Generales

Para dar cumplimiento al Objetivo General de esta investigación, el cual fue concebido en los términos siguientes:

Evaluar el programa de las infecciones respiratorias agudas en niños menores de cinco (5) años de edad en la población de El Consejo del Estado Aragua, en relación a la propuesta del Modelo de Atención Integral (MAI). Período 2002- 2004.

En esta primera parte se plantean los interrogantes y las respuestas correspondientes al los objetivos específicos, los cuales se propusieron de la manera siguiente:

*Identificar los factores que componen la Integralidad en el programa “Control” de las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), en relación a los parámetros de evaluación del Modelo de Atención Integral (MAI)

** Caracterizar la ejecución del programa control de las infecciones respiratorias agudas (IRA), en el Ambulatorio de El Consejo

*** Caracterizar el proceso de evaluación del programa control de las infecciones respiratorias agudas (IRA)

**** Conocer la opinión de los usuarios del Programa “Control” de las IRA en el ambulatorio.

Educación Sanitaria (Tabla 1, 2)

Hay dudas de la aplicación rigurosa del programa de educación sanitaria, ya que, el N° de personas capacitadas y registradas en este programa pareciera que no guardan alguna relación coherente en la progresión de los años seleccionados para este estudio, (2002, 2003 y 2004), lo que constituye un claro indicativo que el programa no se lleva a cabo tal cual, lo especifican los elementos teóricos que lo sustenta, así mismo se observa que no hay una supervisión y evaluación, ya que en los programas estudiados en cada uno de los tres años seleccionados, se observó errores aplicables al manejo de los instrumentos ó formulas de recolección de datos, así como a la operación realizada para el llenado de los mismos.

Sesión Educativa (Tabla 3)

Los elementos teóricos del MAI, relaciona las sesiones educativas, con elementos de organización comunitaria, tales como los Clubes (Diabéticos, Hipertensos, Asmáticos y Otros), ONGs y Junta Socio Sanitarias; los cuales, según los instrumentos revisados, no estaban organizadas y desarrolladas en la comunidad objetivo del ambulatorio de El Consejo, por lo tanto, no aparecen ningún registro que se refiera a ese aspecto en los instrumentos.

En relación a las visitas (prevención de alto y bajo riesgo) y seguimiento de la lactancia materna (Tabla 4)

En relación a las visitas para la prevención de alto y bajo riesgo y según la Lactancia Materna (Tabla 4), se pudo constatar también, que no se llevaron a cabo con regularidad, muy especialmente aquellas dirigidas para prevención de la población menor de cinco (5) años,

sujetos a riesgos, se puede indicar, que si no se realizan las visitas, entonces, no se ejecutan las actividades fundamentales de la prevención. Este indicador es uno de los elementos sustantivos de la aplicación del Modelo de Atención Integral (MAI).

Otro factor de integralidad, son las actividades desarrolladas para lograr una lactancia materna exclusiva hasta los seis meses (Tabla 4). Se observó igual oscilación en los años seleccionados para el estudio, lo cual es indicativo que no se hace con una rigurosidad precisa.

Actividad de Prevención Específica (Tabla 5)

Se refiere a las vacunas aplicadas en los años seleccionados para el estudio (2002, 2003 y 2004). En forma general las vacunas utilizadas en los esquemas pediátricos se efectuaron con normalidad, el registro escaso en un año determinado pudiese deberse a la carencia de la vacuna específica. Pero el Programa Ampliado de Inmunización, el cual es específico para la mayoría de infecciones respiratorias agudas (IRA), pareciera que no se lleva con la rigurosidad necesaria.

Participación social (Tabla 6):

En el ambulatorio de El Consejo en cuanto a la participación social, no se dispone de un registro de las actividades de participación social. El hecho de no preocuparse por la organización de las comunidades, a fin de vincular las acciones y programas sociales y de salud es otra evidencia más que no se cumple con el desarrollo cabal de lo que establece el MAI ni del mandato Constitucional acerca de las estructuras legales de participación del Estado. De esta manera se pierde el puente de comunicación de los sujetos individuales y sociales con el proceso salud enfermedad, impidiéndoles apropiarse de la posibilidad real llevar adelante, con corresponsabilidad la solución de los problemas de salud que les aqueja.

Consultas por primera vez y sucesivas (Tabla 7)

Se puede decir que este componente de la integralidad dentro del MAI, se cumple con regularidad, ya que el N° de pacientes pediátricos atendidos, se corresponde con el establecimiento de la cobertura adecuada, según las posibilidades generadas por la oferta tradicional del ambulatorio. En el contexto del conjunto de elementos que comprenden la integralidad del MAI, no aplicados con propiedad, este elemento pudiese dar fe, que en el ambulatorio de El consejo no se aplica exactamente el MAI, que pese a la inmensa campaña del Modelo de Atención Integral y su aplicación ideal en Aragua, pareciera que se sigue imponiendo la racionalidad del modelo asistencialista, biologicista tradicional.

Otros parámetros de evolución contenidos en el MAI (tabla 8, 9, 10 y 11)

El riesgo biológico en el lactante y el preescolar

Idénticamente como el caso anterior, la atención del paciente pediátrico con enfermedades infecciosas y parasitarias se cumple con regularidad, este pudiese ser una evidencia una evidencia más del modelo asistencialista tradicional.

Riesgo Psicosocial

El riesgo psicosocial se refiere:

a) *Al bajo ingreso familiares* : en relación a este parámetro los datos recogidos pudiesen resistir una mirada coherente, ya que en los tres años en estudio se observó que el incremento entre el 1er, y el 2do año de estudio, fue moderado, pero entre el 1ro y 3er año la diferencia se eleva a más del cincuenta porciento

b) Disfunción Familiar: Pasa de una cifra de tres dígitos registrados en el 1er año a la unidad en el 2do año, presentando una discrepancia que llama a la duda, acerca de los datos recogidos.

Riesgo ambiental: situación análoga pasa en estos componentes de la atención integral, ya que por ejemplo en el caso de la “Estructura Física Inadecuada” en el 1er año seleccionado para el estudio se observó equis (x) cantidad de familias sometidos a este riesgo, para el año siguiente se nota un decremento de las familias sometidas, a este riesgo en más del noventa (90) por ciento (%), pero para el tercer año el registro indica un aumento de más de un trescientos (300) por ciento (%) de familias, sometidas a este riesgo y las familias se refieren a las que pertenecen a la misma población objetivo, sujetos de la atención del ambulatorio del lugar.

Otras acciones componentes e la atención integral

Podemos concluir que las fluctuaciones aparentemente exageradas que se expresan en los datos presentados de un año a otro, en los formularios de consolidados desarrollados para evaluar el MAI ponen en duda la fidelidad de los datos presentados y en consecuencia la evaluación y la implementación correcta del Modelo de Atención Integral.

Otras Acciones Tabla (12 y 13)

Los registros referido a este parámetro o componente de la integralidad del MAI, son los resultados de la actividad diagnóstica que cotidianamente realiza el personal de salud en los ambulatorios, la cual reproduce la estructura (organización y funcionamiento) del modelo tradicional, quizás sea una de las variables que tiende a impedir un cambio

Verdadero del modelo de práctica y atención en salud

Las visitas domiciliarias

Este componente de l Modelo de Atención Integral, es vital para su realización, es allí donde se cementa la acción verdadera de la prevención, sin embargo tiende a reproducirse las conductas tradicionales para la actividad; en el mejor de los casos el personal de enfermería es en quien recae parcialmente esta actividad, sin embargo por las evidencias observadas tanto en los datos obtenidos y en la propia comunidad esta actividad no cuenta con el vigor que requiere y plantea teóricamente el MAI:

Actividades de Promoción de Salud y Educación Sanitaria (Tabla 15)

En la búsqueda realizada en los años seleccionados (2002,2003 y 2004) no se encontró evidencia de las actividades de promoción de salud y educación sanitaria, lo cual se constituye en una evidencia más, para plantear que en el ambulatorio de EL Consejo no se aplica con propiedad o rigurosidad el Modelo de Atención Integral (MAI)

Coordinación Intersectorial

En cuanto a lo que denomina “Fuerzas Sociales” que se refiere contingentes o grupos de las comunidades organizados, tampoco se encontró evidencia de trabajos en este sentido y por supuesto no se registró relación alguna con los programas del MAI. Por otra parte se mantuvo una relación con las instituciones educativas, lo cual generalmente se refiere a una relación tradicional, presente en el viejo modelo asistencialista.

Atención Clínica al Paciente con infecciones respiratorias Agudas (Tablas 17)

Estos parámetros que se refieren a la atención clínica, de acuerdo a la lectura de los datos pareciera que se llevaron a cabo atendiendo a la demanda tradicional del establecimiento de

salud, se reitera que su ejecución reproduce los esquema del modelo biologicista y Curativista tradicional.

Infecciones Respiratorias agudas (IRA) (Tablas 18 y19)

Se repite de manera evidente que el registro de los datos producto de la clínica, mantuvo su estándar de atención de acuerdo a la demanda del ambulatorio, ya que este

Encuesta a la comunidad gráficos del 1 al 24.

En los gráficos 1 y 2 se refiere a la capacitación y conocimiento sobre atención integral y prevención. De las personas entrevistadas, la mayoría colocó no tener ningún tipo de conocimiento sobre el Modelo de Atención Integral, pero en la pregunta sobre las “áreas donde ha recibido capacitación”, algunas personas entrevistadas respondieron, que recibieron información en Odontología e higiene bucal (15 %), otras como: nutrición e higiene, primeros auxilios, amamantamiento, pero en menor escala que el primero. En algunas personas entrevistadas de la comunidad, no coincidían sus respuestas, ya que, en unas preguntas contestaban no estar capacitados como en el gráfico 1 y 2; pero en otras respondían, como en el gráfico 4 y 5, tener conocimiento sobre prevención y la importancia de la vacunación. Se pudiera atribuir esa noción, por parte de las personas encuestadas, a la información masiva sobre vacunación, realizadas por las instituciones de salud públicas del Estado y la importancia vital de su aplicación en gran escala.

Haciendo comparación entre los resultados de la encuesta y el instrumento DSP-04 Podemos Observar que coinciden con el bajo registro de actividades de capacitación e información de los programas del Modelo de Atención Integral hacia la comunidad.

Igualmente sucede con los registros de las visitas domiciliarias por parte del equipo de salud del Ambulatorio (Gráfico 8). Sin embargo el 51% de la población, en su mayoría niños menores de 5 años, (Gráfico 13) acuden al servicio para ser atendido, generalmente, para tratamiento de las enfermedades respiratorias.

También se puede observar una relación entre los motivos de consulta, registrados en el ambulatorio por los instrumentos del Modelo de Atención Integral, y la información recolectada por la encuesta en la población. En el gráfico 6 se advierte que, en el grupo de personas encuestadas, la respuesta a la pregunta sobre “cual es la enfermedad que más afecta al sistema respiratorio”, se pudo observar que entre las alternativas se desatacaron con mayor porcentaje el asma, neumonía, faringitis y la amigdalitis.

Respecto a los factores de contaminación, cerca de las viviendas (Gráfico 22), podrían tener relación con las enfermedades respiratorias, en vista que el 28% de la población están expuestos directamente a depósitos de basura, aguas negras, eliminaciones inadecuadas de excretas y cercanos a zona industrial. En el Gráfico 16 los padres de los niños manifiestan que probablemente la contaminación aérea y depósitos de aguas negras estén ocasionando algunos trastornos respiratorios en sus hijos menores y que un 20% de los encuestados (Gráfico 20) es causal de ausentismo laboral.

En cuanto a la participación de la comunidad de manera organizada es muy baja por lo tanto no produce ningún impacto su presencia en los programas, evidenciándose esto en el sistema de registro del Modelo de atención Integral y de igual manera en la encuesta realizada en la población (Gráfico 23).

De esta forma no obedece la interrelación de todos los sub-sectores, incluyendo la participación de las comunidades Organizadas, para que los programas del MAI puedan desarrollarse contextualmente y mejorar las condiciones de vida de la población.

Conclusión es Finales

1.-Las actividades del Modelo de Atención Integral MAI (nuevo modelo) que contradicen los elementos fundante del modelo Curativista (viejo modelo) como son, las actividades promocionales, de organización de la comunidad para el desarrollo del potencial de la participación protagónica de los sujetos sociales en la resolución de sus propios problemas de salud, la educación sanitaria y todos aquellos elementos diferentes a la atención y tratamiento clínico, médula del viejo modelo, son Banalizados por la estructura, en la ejecución del nuevo modelo, en este caso el MAI.

Planteamos que un nuevo modelo sustento sus bases fundamentalmente sobre la planificación y ejecución teórica, pero su ejecución en la realidad concreta, la formuló sobre las bases fundante (estructura) del viejo modelo hegemónico, por lo tanto paga el precio de quedarse en los planteamientos teóricos, ya que el viejo modelo, siempre pretende imponer su racionalidad, mantener su status Quo.

2.- Se evidenciaron e identificaron todos los componentes del Modelo de Atención Integral referido a las infecciones respiratorias agudas (IRA) ubicando o no su relación con los parámetros de evaluación del MAI, cumpliendo cabalmente con el objetivo específico ubicado jerárquicamente en el numeral uno (1)

3.- Se caracterizó la ejecución del programa control de las infecciones respiratorias agudas (IRA), en el Ambulatorio de El Consejo, en los términos que no se aplica con la rigurosidad necesaria expresado en los planteamientos teóricos del Modelo de Atención Integral (MAI)

4.- Se caracterizó el proceso de evaluación del programa control de las infecciones respiratorias agudas (IRA) en los términos que no existen los controles y la supervisión requerida, por lo tanto en el período seleccionado para el estudio no se evidenció la existencia ó aplicación del proceso de evaluación y seguimiento de las actividades que teóricamente componen el contexto de la atención integral de este programa dedicado a los niños menores de cinco (5) años

Cumpliendo a cabalidad los objetivos específicos previstos, se da cumplimiento al gran objetivo general el cual planteó

Evaluar el programa de las infecciones respiratorias agudas en niños menores de cinco (5) años de edad en la población de El Consejo del Estado Aragua, en relación a la propuesta del Modelo de Atención Integral (MAI). Período 2002- 2004.

El producto de la evaluación pudiese expresarse en los términos siguientes: Durante el periodo, enero 2002 hasta diciembre del 2004, el programa de las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) en niños menores de cinco (5) años de edad, cuya responsabilidad es del Ambulatorio ubicado en la población de El consejo del Estado Aragua, no se implementa de acuerdo a la propuesta contenida en el Modelo de Atención Integral, dicho de otra manera en ese establecimiento de salud se continúa con la práctica médica biologicista, Curativista y asistencialista.

Recomendaciones

En virtud de los resultados encontrados en este estudio se recomienda que el mismo debe ser acometido a nivel Estatal ello permitirá ubicar con precisión lo que pasa con la implementación del Modelo de Atención Integral, sobre el cual recayó la esperanza resolutive de los principales problemas de salud que aquejan a nuestro país y la sustitución de un modelo de atención de salud tradicional el cual es limitado en su práctica, de baja cobertura y de altos costos.

Reflexionar en tanto la implementación de nuevos modelos sobre los cimientos de los viejos modelos, sin antes o previamente desarrollar un estudio de las estructuras básicas que mantienen la oportunidad de reproducir sistemáticamente los esquemas básicos del viejo modelo que se pretende sustituir

Se debe valorar el significado ó el peso que adquiere la necesaria inversión del tiempo que se requiere para calibrar adecuadamente al personal que debe operar el modelo o los programas que le componen, quien funja de coordinador del nuevo modelo, no se debe de dejar vencer por la necesidad virtual generada por el eficientismo de corte neoliberal, o por las angustias creadas por las necesidades impuestas por la racionalidad funcional del viejo modelo

Referencia Bibliografica

Anuario Estadístico. Oficina Central de información (OCEI). 1999. 2000.

Benguigui, Y. y López A. (1999). Infecciones Respiratorias en niños. Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia Programa de Enfermedades Transmisibles División de Prevención y Control de Enfermedades Organización Panamericana de la Salud (OPS). Oficina Sanitaria Panamericana, oficina regional de la Organización Mundial de la Salud (OMS) 525. Twenty - third Street, N.W. • Washington, D.C. 20037, EE.UU. Recuperado en el 2003:
<http://WWW.165.158.1.110/spanish/hcp/hectari01.htm>

Benguigui, Y (1.999). Investigaciones Operativas sobre el control de las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) en Brasil. Organización Panamericana de la Salud. Washington, DC -USA.

Bravo M, Carlos R. (2000). *La construcción de las ciencias sociales: Claude Levi-Strauss*. Revista de Ciencias Humanas N° 16. Pereira- Colombia.

Castellanos, P. (1995). Salud publica, situación de salud y condiciones de vida Consideraciones conceptuales. Organización Panamericana de la salud. OPS/OMS. Santo Domingo. República Dominicana.

Contreras A, Floreal V. (1977). *La Región Sanitaria del Estado Aragua. Apuntes para su Historia*. Corporación de Salud del Estado Aragua.

Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud. (1978). Alma – Ata República de Kazajstán, URSS.

Córdova, Y. (2000). *Construyendo Cambios. Conducción y Planificación estratégica de Proyectos de cambio*. FEDUPEL. Caracas, Venezuela.

Córdova, Y. y Sánchez, Miriam. (1999). La Salud en un nuevo proyecto de país. Imprenta Micabú. Caracas, Venezuela.

Gaceta APUCV. (1989). *Declaración ALMA – ATA*. Universidad Central de Venezuela. N° 60. Mayo – Julio. Caracas – Venezuela.

Giordani C, Jorge A. López, Jesús. (1977). *La Planificación en el Plan de la Nación 7*. Publicación del CENDES, Vadell Hermanos Editores. Caracas, Venezuela.

Informe Económico. (1999 –2000). Banco Central de Venezuela (BCV). Caracas – Venezuela.

La Salud y el Ambiente en el desarrollo sostenible. (2000). Organización Panamericana de la Salud (OPS). Washington, DC. EEUU.

La salud en las Américas, Venezuela., Volumen II. Edición de (1998). OPS. Washington, DC -USA.

Leavell, H Y Clark. (1965). *Historia Natural de la Enfermedad. “Preventive medicine for the doctor in his community”*, McGraw-Hill Book Co.

López, M Sergio y Corcho B. (1998). Hipótesis de la compresión de la morbilidad. *Salud pública de México / Vol.40, no.5*.

López, Nora (2001). *Indicadores de Programas de Salud y Cálculos de Tasas*. Dirección General de Salud del Estado Aragua.

Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. (1990). *Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de salud en Venezuela*. Folleto N° (4) (5) (9). Caracas – Venezuela.

Paganini, José. M Y Díaz M, Sonia, J (2001). *Uso de Indicadores para el Análisis de los Servicio de Salud. Evaluación de la Accesibilidad, Cobertura, Calidad y Equidad en Salud*. Corporación de Salud del Estado Aragua.

Pérez, S y Vera, S. (1990). *Participación Comunitaria. Algunas Perspectivas acerca de la intervención profesional en los programas de salud*. Acta Odontológica Venezolana. V.28, N° 2-3. Mayo – Diciembre. Caracas Venezuela.

Rodríguez, Gilberto, Y Otros. (2001). *Manual de Implantación del Modelo de Atención Integral*. Corporación de Salud del Estado Aragua - Venezuela

Rodríguez, Gilberto, Y Otros (2001). *Modelo de Atención Integral Ambulatoria Manual del Llenado de Papelería*. Corporación de Salud del Estado Aragua - Venezuela

Romero T, Ivonne. (2001). *Curso Básico Indicadores de Salud, en el Modelo de Atención Integral*. Corporación de Salud del Estado Aragua - Venezuela

Rojas, Raúl. (1986). *Capitalismo y Enfermedad*. Ediciones folios. México

Seijas, Félix. *Investigación por Muestreo*. (1999). Ediciones FACES: UCV. Universidad Central de Venezuela. Caracas - Venezuela

Vasco, Luis. 1993. Conferencia en un curso para dirigentes sindicales. Proyecto ISCOS-ORIT, Colombia. Recuperado en el 2003:
<http://WWW.Colciencias.gov.co/seiaal/documentos/luuiva.htm>.

PROPUESTA

Propuesta

Frente a los resultados obtenidos, en la investigación referente a la Evaluación del Programa “Control” de las Infecciones Respiratorias Agudas, desde las perspectivas del Modelo de Atención Integral, ejecutado en el Ambulatorio de El Consejo en la población de El Consejo, Estado Aragua, en el Período 2002 -2004, se realiza la siguiente propuesta:

Para la propuesta se usará como método la Planificación Estratégica que requiere de cálculos, reflexiones y especulaciones que se realiza de manera sistemática, con el propósito de intervenir, en buen término, una realidad determinada. Se dividió en tres momentos: Momento Explicativo, Normativo, Estratégico y Táctico Operacional. (Rovere. 1996)

Momento explicativo

Llamado también Análisis situacional; se efectúa para conocer, identificar y ubicar los distintos problemas y los elementos que la condicionan y determinan la realidad examinada.

Situación socio-demográfica y económica del Estado Aragua.

El Estado Aragua se encuentra a 445.57 Mts sobre el nivel del mar, con una superficie de 7.014 Km. x Sup²; limita al Norte con el Mar Caribe y el Distrito Federal; al Sur con los Estados Guárico y Carabobo, al Este con el Estado Miranda y Guárico y al Oeste con el Estado Carabobo. Geopolíticamente está dividida en 18 Municipios y entre las ciudades mas importantes se encuentran La Victoria, Cagua, Turmero, Villa de Cura y San Mateo. (OCEI. Aragua. 1999). El Estado Aragua posee una población de 1.532.488 (ver tabla 1) y el 96.4% de la población es urbana en la tabla 1 se puede observar la población por Municipios.

El Estado tiene una población de aprox. 1.532.488, un 96.4% de población es urbana y equitativo en cantidad entre el sexo masculino y femenino (CorpoSalud Aragua.2002)

La tasa de alfabetización total para el año 2003 fué 86,6 y la población en pobreza según NBI alcanzo al 40.4%. Sin embargo el mayor empleador en el estado es la industria, el cual está distribuida en 39 parques o zonas industriales, quiere decir, que el 9% de los establecimientos industriales de Venezuela están en Aragua. Generalmente, estos parques se encuentran cercas y dentro de zonas urbanas de la región. (DEGA. Dirección de estadística del Estado Aragua. 1999)

Los establecimientos industriales de Aragua se dedican a las actividades de productos alimenticios, bebidas, tabaco, industrias metálicas básicas, fábricas de químicos y derivados del petróleo, carbón, caucho, plástico y otras industrias manufactureras. Otra actividad es la cría de animales como porcinos, aves y ganadería en poca escala, también la agricultura, especialmente en el ramo del cacao en la zona costera y la caña de azúcar en el valle de Aragua. (DEGA. 1994).

En cuanto a la actividad de la caña de azúcar, en el estado Aragua se sembraron para el año 2000, 3.137 hectárea y se cosechó 274.000 toneladas de caña de azúcar para ese mismo año, en un total de aproximadamente de 100 haciendas en Aragua, con un tiempo de zafra de 159 y 180 días (Informe anual del Central “El Palmar”, 2000), que comienza en el mes de Noviembre y termina en Abril. La caña de azúcar en los valles de Aragua se viene realizando en gran escala, desde la colonia, y a partir de 1956 utilizan la quema para su recolección (Castellano, 1997). Estas cenizas expuestas son transportadas por el aire, precipitando en zonas lejanas y adyacentes al sitio donde se produjo la quema.

En relación a esta situación se han realizado algunos trabajos de investigación para conocer la relación de esta práctica de recolección y las enfermedades que pudiera producir a la población. Uno de ellos es el “*Efecto de la quema de la caña de azúcar sobre la incidencia de*

enfermedades respiratorias en dos localidades del Estado Aragua “, realizado por Yolanda Hernández (1991, 1992).

Por otro lado Para hacer frente al impacto de la contaminación ambiental en la salud, se cuenta con la actuación de instituciones públicas como el Ministerio del Ambiente y la Corporación de Salud del estado Aragua como organismo rector de la salud de la región.

Situación Política, Socio Sanitaria y Epidemiológica del Estado Aragua

La Corporación de Salud del Estado Aragua (CORPOSALUD) tiene personalidad jurídica y patrimonio propio e independiente del fisco Estadal, está adscrita a la Gobernación del Estado Aragua y es el Órgano competente del Ejecutivo regional Estadal. Tiene rango de secretaría de Estado y expresa la política de Salud del Estado Venezolano. Asume la rectoría de la salud en representación del Ministerio de Salud y Desarrollo Social en la Región y es dirigida por el presidente de la corporación. Se rige por la ley de Salud del Estado emanada por la Asamblea Regional Legislativa del Estado (Gaceta oficial nº 338.1996).

Su *Misión* es “Garantizar el derecho a la salud, estimulando la participación consciente y democrática de la gente, en la búsqueda del bienestar, optimizando el funcionamiento de la red sanitario asistencial, para incrementar su productividad, generando una cultura de servicio en la cual trabajadores y comunidad luchan juntos por la vida, la salud y la calidad de atención”. (CorpoSalud Aragua 1999)

Su *Visión* pretende consolidarse “...cómo un equipo técnico fortalecido en los usos de la epidemiología, en la organización, de los servicios y adopción de decisiones y acciones necesarias para lograr la atención integral de la población a través de la promoción, conservación y restitución de la salud”. (CorpoSalud, Aragua 1999).

En el Estado Aragua, la Corporación de Salud, viene desarrollando actividades que apuntan hacia el Modelo de Atención Integral (MAI), con el propósito de aumentar la prestación de servicio, la equidad de sus beneficios y la eficiencia de la gestión en todos los establecimientos de salud a él adscrito. Intenta incrementar los niveles de bienestar implementando un “proceso de interacción entre el equipo de salud, el usuario, la familia y el entorno comunitario para favorecer la salud, previniendo la enfermedad mediante la combinación de: lo biológico y lo social, así como lo individual y lo colectivo”. Tiene como Misión “Contribuir al desarrollo humano sostenible de la población venezolana mediante el incremento de los niveles de bienestar y calidad de vida, lograda a través de indicadores positivos de salud población y ambiente, reflejados en la satisfacción del usuario y del proveedor” su Visión está enfocada a la “salud integral del individuo, familia y comunidad como derecho y deber humano” (MSDS. Manual de implantación del modelo de atención integral, MAI 2001, p. 3).

El Modelo de Atención Integral presta servicios que están integrados por las siguientes actividades: Promoción de la Salud, atención integral Niño(a)-Adolescente-Adulto(a) Joven y Mayor, Atención prenatal y postnatal, atención del parto, cuidados neonatales, vacunación, detección temprana de cáncer (cervix, Mama, Próstata y Colon), Anticoncepción y Protección Sexual, Cuidados de la Nutrición y sus trastornos, Atención Ambulatoria de la Morbilidad, Atención de emergencias, Salud Bucal, Protección de la salud ambiental e ingeniería Sanitaria, Participación Ciudadana y conformación de Redes Sociales, Evaluación y Garantía de la calidad, Registro de datos para generar información para la acción, Suministro de medicamentos en el Modelo de Atención Integral (SUMED), Rehabilitación Física/Mental, Prevención de Accidentes y Enfermedades Ocupacionales, Planificación Local estratégica, Investigación en salud, Referencia y Contrarreferencia. (MAI 2001).

Todas estas actividades de los programas se llevan a unos formularios que permiten registrar todos los datos de las actividades de atención integral para mantener la vigilancia epidemiológica.

Estos formularios son:

- Ficha Clínica Integral (DSP-01)
- Registro diario de Morbilidad y Actividades de los programas (DSP-02 / EPI-10)
- Tabulador diario por Programas (DSP-03) y de Morbilidad (EPI-11)
- Informe Mensual de Programas (DSP-04) y de Morbilidad (EPI-15)
- Registro Semanal de Enfermedades de Notificación Obligatoria(EPI-12)
- Registro de Natalidad (Certificado de Nacimiento)
- Registro de Mortalidad (Certificado de Mortalidad)

Para estudios de evaluación es necesario utilizar el consolidado DSP-04y EPIs-15, por ejemplo, según el EPIs-15 2002, las causas de consultas en la región, son las IRA en niños menores de cinco años de edad (Tabla 2) y para conocer todas las actividades de prevención y promoción en la práctica clínica diaria sobre esta patología, es necesario recurrir a este consolidado.

El programa de IRA en el DSP04, es un componente del programa integral del niño y el adolescente, donde se combina lo biológico, social, individual, colectivo, curativo y preventivo y está relacionado con actividades de protección ambiental e incorpora la atención integral concebida en un sentido más amplio, donde existe interacción entre el equipo de salud, el paciente, la familia, la escuela y la comunidad.

Sin embargo dentro de las primeras veinticinco (25) causas de consultas por morbilidad en el Estado Aragua, en el año 2003 (ver anexo tabla 2), se encuentran las Infecciones Respiratorias

Agudas y entre ellas: Rinofaringitis Aguda, 115.251 casos; Amigdalitis Aguda, 58.721 casos; Bronquitis aguda, 22.697 casos; Faringitis aguda, 16.384 casos; Faringitis aguda, 16.384 casos; Otitis media aguda mayor de 5 años, 15.944 casos. (Fuente: Dirección de Epidemiología 2003)

En el año 2003 (ver en anexo tabla 3) se puede observar la preeminencia de las infecciones respiratorias Agudas en relación con las otras patologías. Se registraron en las primeras (25) causas, doscientos setenta y un mil seiscientos treinta y cuatro (271.634) casos, quiere decir que el veintinueve punto treinta y siete (29.37) por ciento (%) de las veinticinco (25) principales patologías presentes en la región, fueron por IRA. (Fuente: Dirección de Epidemiología 2003).

Para la ejecución de los programas son ineludibles las asignaciones presupuestarias por parte del Estado y el gobierno Nacional, y de allí distribuirlos a las diferentes actividades y RRHH que requiere.

En cuanto a la asignación del presupuesto nacional destinada a la Corporación de Salud del Estado Aragua, para el ejercicio fiscal del 2002, fué de sesenta y siete mil quinientos treinta y cuatro millones seiscientos cincuenta y tres mil ochocientos dieciocho bolívares (Bs. 67.534.653.818), el cual, se distribuyó a los programas de la siguiente manera:

Denominación	Ordinario	Extraordinario	Total Bs.
a) Personal y funcionamiento	27.441.019.198	27.841.019.198	55.282.038.396
b) Prog. Protección y atención integral al niño y al adolescente en situación de exclusión social	173.650.084	173.650.085	347.300.169
c) Protección y atención integral a la mujer	789.349.286	789.349.287	1.578.698.573
d) Protección y atención integral al niño(a) y adolescente en situación de riesgo sociofamiliar	1.035.741.972	1.035.741.972	2.071.483.944
e) Protección y atención integral al	-0-	2.842.000	

adulto mayor			2.842.000
f) Protección y atención integral a personas con discapacidades	35.531.437	35.531.437	71.062.874
g) Salud integral en niños y niñas	489.683.926	489.683.925	979.367.851
h) Salud integral en madres	1.162.747.023	1.162.747.022	2.325.494.045
i) Atención nutricional de madres y niños y adolescentes	188.213.490	188.213.490	376.426.980
j) Atención integral por enfermedades prevenibles, emergentes y reemergentes	83.040.508	709.114.509	792.155.017
k) Atención integral por enfermedades de larga duración, alto costo y riesgo	2.301.928.984	1.405.854.985	3.707.783.969
Fuente: Dirección de planificación y presupuesto del MSDS .2003			

En la asignación presupuestaria se puede observar que el 81.8 % del presupuesto total de la Corporación de Salud del Estado Aragua se gasta en personal y funcionamiento, el resto se destina para cumplir con algunos programas de atención integral haciéndose más hincapié en el programa de atención integral por enfermedades de larga duración. Sin embargo esta asignación anual en salud para el funcionamiento del plan operativo de los programas 2002, fue disminuida en un cuarenta (40) por ciento (%) por insubsistencia declarada en el nivel central de acuerdo a la gaceta oficial extraordinaria N° 5.592, decreto N° 1.836 del 26 -06-02.

Para el año 2003 el presupuesto total fue de bolívares, ochenta y un mil millones, trescientos quince millones, ochocientos noventa y ocho mil, cuatrocientos sesenta y nueve (81.315.898.469.00), el cual, el egreso por gasto de personal fue de bolívares, cincuenta y tres millardo, novecientos diecinueve millones, doscientos noventa y seis mil, quinientos seis

(53.919.296.506.00), más servicios de la deuda pública con un monto estimado en bolívares doscientos millones (200.000.000.00).

Relativo a las actividades y distribución de recursos humanos en el Estado Aragua, primer semestre del 2002, se centraron en la consulta externa de atención integral general, seguidos por inmunizaciones, Laboratorio general, emergencias, prevención y prevención ambiental.

Referente a la actividad en el servicio de protección social, la distribución porcentual de los recursos humanos es de ocho punto tres (8.3) porciento (%) y el número de actividades al año en esta área es de ciento ochenta y un mil seiscientos cincuenta y siete (181.657); en la consulta externa de Atención Integral general, el porcentaje de distribución del personal fue de treinta y dos punto nueve (32,9) porciento (%); en las consultas de prevención y control odontológico el porcentaje fue de seis punto seis (6,6) porciento (%); en la emergencia la asignación es de diez punto cinco (10.5) porciento (%), en Inmunizaciones la adjudicación fue de dieciséis punto dos (16.2) porciento (%); Serv. de apoyo prevención ambiental, cuatro punto cinco porciento (4.5) porciento (%). (Dirección de programas de la corporación de salud del Estado Aragua. 2003).

Los RRHH se distribuyeron en el área de consulta externa de atención integral general, con un porcentaje de rendimiento por encima de las otras actividades, con poco RRHH en el área del servicio de protección y desarrollo social

Por otra parte, los programas de Ingeniería Sanitaria no aparecen dentro de la asignación de recursos económicos y Humanos para su ejecución, estos, parecieran estar fraccionados al proceso de interacción del Modelo Integral de Salud, por que el ambiente donde vive y trabaja la población cumple un papel importante en la calidad de vida de las personas; esta falta de integración a los programas de atención en salud y especialmente al programa de IRA, hace difícil el seguimiento a nivel del hogar, de la comunidad y de los centros de trabajo. La ausencia

de registros y control de desechos sólidos, gases y líquidos en el ambiente, por quienes lo generan, ocasionan el Incumplimiento de las normas sanitarias para el mejoramiento de la calidad del aire y la prevención y control de contaminación atmosférica producidas por fuentes fijas y móviles.

Situación Socio Demográfica y económica del Municipio José Rafael Revenga - Aragua.

El Municipio Revenga se encuentra ubicado en el tramo central de la cordillera de la costa, correspondientes a los llamados valles de Aragua en la divisora de aguas que separan las cuencas hidrográficas del Tuy medio y el río Aragua. Forma parte del llamado eje Este del Estado Aragua. Limita, por el Norte con el Municipio Tovar; por el suroeste con el Municipio José Félix Ribas; y el Este con el Municipio Santos Michelena. La Superficie del Municipio Revenga es de 17.631 hectáreas y el territorio pertenece a la cuenca del río Tuy. (Catastro Revenga. 1999).

El Valle donde se ubica el Municipio Revenga, en su mayoría está cultivada por caña de azúcar, que desde épocas de la colonia forma parte la actividad económica de la región, adquiriendo el Municipio importancia económica en la Región de allí surgen las principales haciendas como Santa Teresa, Tiquíre Flores, Buen paso y el Conde. (Catastro Revenga. 1999)

El Municipio Revenga está formado por los centros poblados como, El Consejo, Sabaneta, Morocopo, Tasajera, El Conde, Quebrada Seca, Santo Domingo, El Café, Santa Rosalía y El Rosario; con una población de 43.912 hab. Repartidos en un 95% en el área urbana y 5% en el rural. La distribución por grupos etareos es de la siguiente manera: 9,81% niños menores de 5 años, 63% en edades comprendidas entre 5 a 39 años de edad y 27% de 40 años en adelante (INE. Vigilancia epidemiológica. Hechos vitales 2004). Por lo general es una población compuesta por clase media baja y pobres; las Necesidades Básicas Insastifechas (NBI) se encontraban para el año 1.998 en un 53% (Condiciones de Vida 1996-1998). Las personas activas se desempeñan en las Empresas radicadas en el Municipio Revenga y los parques industriales

ubicados en la Victoria, Municipio Ribas del Estado Aragua. La Empresa Santa Teresa es la más importante de la zona, en ella se cultiva y procesa la caña de azúcar. (DEGA 1999). Alrededor de la Ciudad se localizan también otras haciendas de caña de Azúcar, como la hacienda “La Mora” y Santo Domingo.

En cuanto al aspecto educativo, en el Municipio Revenga constan 19 escuelas primarias (1° a 6° grados) distribuidas en todo el Municipio y con una matrícula de 6.811 niños entre 5 a 14 años de edad. Esta población es atendida desde la red ambulatoria por el Programa Integral de Niños y Adolescente del Modelo de Atención Integral (MAI)

Situación Política, Socio Sanitaria y Epidemiológica del Municipio José Rafael Revenga

La Dirección de Salud del Municipio Revenga (DMSR) es un organismo que esta en concordancia con las políticas del Ministerio de salud y desarrollo Social y el proyecto descentralizador de la Corporación de Salud y la Gobernación del Estado Aragua.

Las políticas de salud están enfocadas hacia un Modelo de Atención integral, que tiene como base la gestión de programas y servicios de salud, con el propósito de promover, prevenir y rehabilitar la salud bajo una perspectiva holística, garantizando los principios de universalidad, solidaria, integridad, participación y eficiencia para todas las personas sin distinción. También mejorar la calidad del servicio de salud, prevención de la comunidad en general, buena administración de los servicios sanitarios, prevención sanitaria y ambiental. (Dirección Municipal de Salud. 2004)

La red ambulatoria está compuesta por 7 Amb., y un Núcleo de Atención Primaria (NAP) y está distribuida de la siguiente manera: a) Amb. Urbano II El Consejo, b) Amb. Urbano I Las Rosas, c) Amb. Urbano II Sabaneta, d) Amb. Rural II Santo Domingo, e) Amb. Rural I Quebrada Seca, f) Amb. Rural I El Conde, g) Amb. Rural I Morocopo Alto,

h) Núcleo de Atención Primaria (NAP) Tierra Nuestra.

La Dirección Municipal de Salud funciona en la población de El Consejo y está dirigido por un Director que tiene a su cargo 80 personas distribuidas en toda red ambulatoria; el cual está distribuido porcentualmente de la siguiente manera: (tabla 1)

Tabla 1

Relación de distribución del personal por instituciones en el Municipio Revenga. 2003

Dependencia	Médicos	Enfermeras	Empl.	Obreros	Total Personal	Porcentaje
Amb. El Consejo	4	12	4	6	26	37%
Amb. Sabaneta	5	6	2	5	18	23%
Amb. Las Rosas	1	2	2	2	7	8%
Amb. Santo Domingo	1	2	-----	-----	3	4%
NAP Tierra Nuestra	1	1	-----	-----	2	3%
Amb. Qda. Seca	0	1			1	1%
UTOCSSA			2	4	6	6%
Coord. de RRHH			2		2	3%
Coord. de Administ.			3		3	5%
Promoción Social			2		2	3%
Epidemiología		2	3		5	6%
Coord. De Mantenimient			1	2	3	3%
Dirección		1	1		2	5%
Total-----					80	107%

Fuente: Coordinación de Programas D.M.S. Revenga

Otros actores involucrados en la Dirección de Salud están: los sindicatos de obreros, empleados, los comité de salud que se distribuyen de la manera siguiente: las juntas socio sanitarias, las madres de la Unidad de Rehabilitación Oral Comunitaria. UROC (36), los promotores de salud comunitarios (16), maestros promotores en formación (38) y Multi hogares,

los cuales, participan en algunas actividades o gestión de salud y están constituidas por personas de la comunidad y funcionarios de la dirección de salud; tienen como función vigilar que se cumplan los programas establecidos por la Corporación de Salud del Estado Aragua y mantienen comunicación directa con la Dirección Municipal de Salud.

La Dirección Municipal de Salud, debe seguir con las líneas políticas de desarrollo del Modelo de Atención Integral (MAI) en todos los ambulatorios del Municipio, para evitar la no fragmentación de la prestación de los servicios de salud. Debe Intentar incrementar los niveles de bienestar implementando un “proceso para que pueda interactuar el equipo de salud, el usuario, la familia y el entorno comunitario para favorecer la salud, previniendo la enfermedad mediante la combinación de: lo biológico, lo social, psicológico, educativo, cultural, político y ambiental etc. desde lo individual y lo colectivo”. Para ello debe realizar diferentes actividades de capacitación en Educación Sanitaria, a la comunidad, para incorporarlo a los programas de prevención. Dentro de estas acciones esta: (tabla2)

Tabla 2

Ejecución Mensual de actividades de Educación Sanitaria en el Municipio Revenga año 2003

Actividades de Capacitación	N° de Personas Capac. al Mes	Actividades de Capacitación	N° de Personas Capac. al Mes
N° de personas capacitadas	33.314		
Nutrición e Higiene	3.073	Signos de alarma durante el embarazo	1.129
Importancias de la consultas sucesivas	8.598	Lactancia Materna	2.271
Prevención Diarreas	1.958	Prevención de IRA	2.178
Vacunas	2.959	Auto examen de mamas y Cáncer	2.335
Prevención cáncer de cuello Uterino	1.456	Planificación de la pareja	1.234
Dengue, tuberculosis y Hansen	1542	ITS, SIDA Epilepsia, Leishmaniasis	1.175
Tabaco y otras Drogas	265	Prevención de la Caries Dental	1.132
Diabetes e hipertensión Arterial	784	Creci. y Desarr. del niño y adolescente	754
Seguridad y Prev. de hechos violen.	278	Rabia y Otras Zoonosis	14
Club de Hipertensos	5	Club de Diabético	50
Comunidad ONG	45	Club de Asmático	3
Escuela	66	Determinación de Factores de riesgo	35
Promoción de Fact. Protec.de vida	67	Gestiones para tratamientos	7
Asesorías	135	Otras Act. de Prom. de la salud y Educ.	261
Discu. de casos y redacc. de informes	10	Operativos	7
N° de sesiones de educ. sanitaria total	18.674		

Fuente: Coordinación de Programas D.M.S. Revenga

En la tabla 2 se puede observar, que existen algunas actividades de capacitación a la población en diversas áreas y específicamente en el área de Infecciones Respiratorias Agudas en un número mayor de personas que en otros programas.

En cuanto a las actividades de capacitación del personal que trabaja en el Municipio Revenga, se realizaron varias en las áreas siguientes:

Tabla 3

Ejecución de actividades de Capacitación al Personal Médico en el Municipio Revenga año 2003

Fecha	Objetivo de Capacitación	Actividad Realizada
21 - 02 - 03	Seminario	Cirugía Bucal
28 - 02 - 03	Seminario	Endocarditis, medicina Odontológica
12 - 03 - 03	Seminario	Revisión Sobre Fiebre Amarilla
07 - 05 - 03	Seminario	Fiebre Amarilla
28 - 05 - 03	Seminario	Alto Riesgo obstétrico, Vacunación, Pesquisa y sistema de información
25 - 07 - 03	Taller	Casos clínicos, Derrumbar Barreras
23 - 10 - 03	Charla	POAN, Pesquisa, Parto, Educación para la Salud, Trabajo Comunitario, Diagnóstico en salud, Diabetes
Ejecución de actividades de Capacitación del Personal Médico en el Municipio Revenga hasta Nov. 2004		
29 - 01 - 04	Taller	Evaluación de Programas
19 - 08 - 04	Seminario	Abordaje Odontológico con enfermedades Sistémicas
17 - 09 - 04	Charla	Tuberculosis
10 - 11 - 04	Taller	Hipertensión en el Embarazo
15 - 11 - 04	Charla	Indicadores de Salud

Fuente: Coordinación de Programas D.M.S. Revenga

En la tabla 3 se puede observar que en el año 2003 y parte del año 2004, se realizaron varios seminarios relacionados con algunos programas del Modelo de Atención Integral, pero ninguno relacionado con la prevención de Infecciones Respiratorias Agudas, aunque en el cuadro anterior (2) se observó que se realizaron actividades de prevención en esta área.

Sin embargo las primeras causas de morbilidad en el Municipio José R. Revenga son las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) y entre ellas las más comunes se encuentran la Amigdalitis aguda, Rinofaringitis aguda, Bronquitis aguda, Bronquiolitis, Rinitis alérgica, Otitis media Aguda, Síndrome Viral, sarampión y cuando se complica llega a producir neumonía. (Coordinación de Epidemiología Municipal. 2003)

En los dos años 2002 y 2003 (ver en anexo tabla 4 y 5), las Infecciones Respiratorias Agudas IRA se han situado como las primeras causas o motivos de consultas en la red ambulatoria. Para el año 2002 se atendieron 8.262 casos y para el año 2003 aumentó a 8.881 casos atendidos por IRA en las primeras 35 causas de morbilidad en el Municipio. (Coordinación de Epidemiología. DSM. Revenga. 2004).

El comportamiento de la morbilidad por las IRA es inconstante, ya que se puede observar en los EPI 15 el aumento de los casos de un año a otro, manteniéndose por supuesto su prevalencia en todos los registros de la red ambulatoria, considerándose esta patología primer motivo a consultar por la población.

Para evaluar el programa de las IRA, según el MAI, se requiere de ciertos instrumentos de recolección contenido en el Sistema de información del Modelo, como el consolidado DSP04, que tiene como función registrar las actividades de los programas del Modelo de Atención Integral, además tiene como objetivo conocer las actividades que se realizan en relación con el fomento de la salud, percibir el grado de concientización de la población en relación con la salud y el cambio de actitudes que se produce como resultado del proceso educativo general y/o específico, conocer la Planificación y ejecución física de metas de los establecimientos de salud, conocer factores biológicos, ambientales y psicosociales relacionados por el proceso salud enfermedad. (Dirección de Epidemiología de CorpoSalud. 2001)

El programa de las IRA está contenido dentro del programa de atención integral del niño y el adolescente, y la evaluación, desde la red ambulatoria del Municipio, se orienta en estudiar el impacto del IRA desde sus objetivos, que es evitar la complicación hasta llegar a la Neumonía, y la capacidad de resolución asistencial. (Ver tabla 4).

Tabla 4

Evaluación del programa Integral Niño y Adolescente. Programa IRA DSM Revenga

Infecciones Respiratorias agudas	2002	2003
Diagnósticos IRA	3.503	4.072
Enf. Muy Grave < de 2 meses	1	0
Enf. Muy Grave 2 meses a 1 año	0	0
Enf. Muy Grave de 1 a 4 años	1	2
Neumonía Grave < de 2 meses	0	0
Neumonía Grave 2 meses a 1 año	1	3
Neumonía Grave de 1 a 4 años	0	3
Neumonía de 2 meses a 1 año	4	1
Neumonía Grave de 1 a 4 años	7	4
Rinofaringitis <de 5 años (tos y resfriados)	2.313	2.929
Faringitis Aguda < de 5 años	374	242
Amigdalitis Aguda	538	545
Otitis < de 5 años	264	343
Tratamiento IRA	3.804	4.831
Referido al Hospital	11	6
Amoxicilina	526	573
Penicilina Benzatínica	242	398
Trimetropin Sulfa Metoxazol	64	93
Acetaminofen	2.505	2.884
Otros	456	877

Fuente: Coordinación de Epidemiología 2004. Tasa por 1000 niños menores de 5 años

En la tabla 4 se puede observar que la evaluación del programa de las Infecciones Respiratorias Agudas, realizadas por la red ambulatoria del Municipio Revenga, se enfoca en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad. Dentro del tratamiento está la prescripción de medicamentos, entre ellos antibióticos y analgésicos- antipiréticos, que son suministrados en los

servicios de manera gratuita. Para darle respuesta asistencial a este programa, se le asigna una cantidad de medicamentos de acuerdo al número de pacientes atendidos, semestral o anualmente.

Para la ejecución de los programas del MAI, la Corporación de Salud del Estado Aragua, le asigna a la DMS de Revenga un presupuesto que permitirá cumplir con eficiencia las metas propuestas por el Modelo. La cuota destinada al programa integral de niños y adolescente para la red ambulatoria de la DMS de Revenga en el año 2002 fue de bolívares veintiocho millones, ochocientos diez mil, novecientos once. (28.810.911), siendo el total del presupuesto para ese año 2002 de bolívares, seiscientos siete millones, setecientos tres mil, setecientos veinte con doce céntimos (607.703.720.12).

La distribución del Presupuesto de la DMS Revenga del año 2003 fue de bolívares, seiscientos cuarenta millones, ochocientos noventa y un mil, trescientos treinta y dos (640.891.332), de los cuales, quinientos veinticinco millones, novecientos veintinueve mil, trescientos veintitrés (525.929.323) fueron destinados al pago de personal.

En el 2004, el presupuesto fue de bolívares, setecientos diecisiete millones, cuatrocientos treinta y siete mil, ochocientos diecisiete (717.437.817), de allí se destinaron para los gastos de personal bolívares, seiscientos un millones, trescientos noventa y siete mil, cuatrocientos noventa y tres (601.397.493). (Coordinación de Presupuesto DMSR. 2004).

Podemos observar que el 83% del presupuesto en salud está designado para cubrir con los compromisos salariales del personal; y el restante para cubrir con los programas y otras necesidades que se requiere para el funcionamiento de los servicios de la red ambulatoria Municipal. En el año 2002, se puede observar que parte del presupuesto se dirigió hacia el programa integral del niño y el adolescente y Protección Integral de la Mujer. Para el programa IRA, en el año 2003, se le asignó bolívares, diez millones (10.000.000.00) y una parte de ello, un

millón. Quinientos veinte mil, trescientos, bolívares (1.520.300), se emplearon en la compra de medicamentos para ser utilizados en emergencia. De igual manera que el presupuesto regional, la asignación para el ejercicio fiscal 2002 fue disminuida en Bs. 41.728.583. (Coordinación de Presupuesto DMSR. 2004).

El recorte presupuestario para los programas de la DMS Revenga fue aproximadamente de 37% en el 2002. (Coordinación de Presupuesto DMSR. 2004).

Situación Socio demográfica y económica de El Consejo - Aragua.

El Consejo es una Población perteneciente al Municipio José Rafael Revenga, fue fundada, previa solicitud de los hacendados de la región, el 24 de enero de 1.777 con el nombre de “Nuestra Señora del Buen Consejo de El Mamón” construida en las riberas del Tuy (El Mamón o la Sabaneta).

Limita por el Norte: La serranía que da al mar; Sur: la serranía de Guarima; Este: el río Tuy y Oeste: La Hacienda Tiquíre.

El Consejo tiene una población de 14.051 habitantes que forma parte del área de influencia del ambulatorio de El Consejo. Tabla (5)

Tabla 5

Distribución general por grupo etareos de El Consejo. M. Revenga 2004

Edad	Total	%
< 1 años	278	1,97
1 - 4 años	1.102	7,84
5-9 años	1.401	9,97
10-14 años	1.460	10,39
15-19 años	1.464	10,41
20-24 años	1.350	9,60
25-29 años	1.205	8,67
30-34 años	1.009	7,18
35-39 años	970	6,90
40-44 años	954	6,78
45-64 años	2.220	15,79
65-75< años	638	4,54
Total	14.051	100

Fuente: Coordinación de epidemiología 2003.

En la tabla 5, se puede observar que el 59.55% de los habitantes, de El Consejo, son personas jóvenes adultos y laboralmente activas.

La mayoría de las personas se desempeñan como comerciantes, trabajadores de las empresas ubicadas en la zona o fuera de ellas y los que laboran en el gobierno local, a parte de los que se encuentran en estado de desempleo.

La población escolar de El Consejo es de 2.440 niños en edades comprendidas entre 6 y 14 años de edad distribuidos en 5 unidades educativas, también se localizan 5 centros de educación preescolar que involucran una población estudiantil aproximadamente de 400 niños.

Situación socio-sanitaria y epidemiológica de El Consejo.

En el Consejo se disponen de dos ambulatorios, uno tipo I en el sector Las Rosas y otro Urbano Tipo II ubicado en el centro del poblado, que admite a la población urbana; son

atendidos por médicos generales o familiar, personal de enfermería y odontólogo, se realizan docencia de Pre grado, cuentan con servicios de ginecología y obstetricia, pediatría, odontología, servicio básico de laboratorio y emergencias las 24 horas del día.

El ambulatorio cuenta con: a) un Médico Jefe, Especialistas en Pediatría, Ginecología. Internista; un Odontólogo, 10 Enfermeras, 2 TSU en Enfermería, 2 Camareras, 2 choferes. Todos ellos dependen de la Dirección de Salud Municipal de Revenga y se rige por las políticas y programas del Modelo de Atención Integral que establece la Corporación de Salud del Estado Aragua.

En el ambulatorio de El Consejo se ejecutan los programas del Modelo de Atención Integral (MAI) y a través de la coordinación de Epidemiología, ubicada en el Mismo ambulatorio, se pueden obtener toda la información de las actividades de los programas del MAI que se realizan en la zona.

Estas informaciones responden a las políticas que demanda el MSDS y la Corporación de salud y que se logran por medio de las actividades de promoción de la salud, prevención de enfermedades, diagnóstico y tratamiento, vigilancia epidemiológica, etc.

Dentro de la promoción de la salud, según el MAI, se encuentran las actividades específicas como: Educación individual, Educación familiar, Educación a grupos, Educación colectiva, Visita al hogar, Visitas a centros infantiles y educativos, Visitas a centros de producción, Visitas a Instituciones, Organización y asesoría de grupos sociales y de autoapoyo y Comités de salud (MAI. 2001).

En cuanto a la prevención de enfermedades, específicamente los que tienen que ver con la atención integral del niño, está el de controlar y evitar, entre otros factores, el riesgo ambiental, biológico, psicosocial del lactante y preescolar, control de enfermedades diarreicas (CED) a través de la Unidad de rehidratación oral comunitaria (UROC), control de infecciones

respiratorias agudas (IRA). Y como medida resolutive, dentro de lo asistencial, el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.

Para obtener información general de las enfermedades más comunes de la zona, se acude al consolidado EPI 15, que es un instrumento que agrupa las principales patologías que se ordenan de acuerdo a la cantidad de pacientes tratados en un tiempo determinado; (Ver tabla 12)

En el consolidado mensual de morbilidad (EPI 15) del año 2003, se registró un número elevado de casos por enfermedades respiratorias y específicamente por IRA, afectando generalmente a niños menores de 5 años de edad. (Ver tabla 6. Anexo)

Para el año 2003 se registraron 4.305 casos de Infecciones respiratorias agudas. En este caso esta patología es el principal motivo de consulta en las primeras 35 causas de morbilidad del ambulatorio de El Consejo. Las IRA comprenden las faringitis agudas, bronquitis, , bronquitis aguda, amigdalitis, rinitis agudas, otitis media; para su control se recurre al programa de IRA del MAI.

El programa Control de Infección Respiratoria Aguda (IRA), en menores de 5 años, forma parte del Programa Integral del Niño y Adolescente en el MAI. Su actividad consiste en un conjunto de criterios de evaluación, clasificación y tratamiento de los casos de IRA cumpliendo con los objetivos siguientes, según Benguigui y López (1999):

1. “Reducir la mortalidad debida a neumonía en los niños menores de 5 años
2. Reducir el uso inadecuado de antibióticos y otros medicamentos (tales como jarabes para la tos y el resfrío) en el tratamiento de los casos de IRA en los niños menores de 5 años
3. Disminuir la gravedad de los episodios de infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores, producto de la elevada prevalencia de los factores de riesgo (desnutrición, bajo peso al nacer, ausencia de lactancia materna, falta de inmunización contra el sarampión, la difteria y la tos ferina).

4. Reducción de la frecuencia de complicaciones de las infecciones agudas de las vías respiratorias superiores. (p. 412)

El programa de infecciones respiratorias agudas (IRA) se divide en dos partes: primero diagnóstico del IRA, que clasifica a la enfermedad según la edad desde muy grave, pasando por neumonía, neumonía grave, faringitis aguda, amigdalitis aguda hasta otitis. En segundo lugar, tratamiento del IRA, que señala cómo tratar al paciente con la enfermedad por medio de antibióticos, analgésicos- antipiréticos hasta referirlo al hospital cuando se complica.

En el ambulatorio de El Concejo los programas del MAI y específicamente las IRA, son evaluados trimestralmente en términos de accesibilidad, aplicabilidad, cobertura, calidad, cumplimiento y equidad en los servicios de atención, para verificar los logros y alcances de los mismos. Para ello se emplean indicadores tradicionales que efectúan el análisis de impacto del programa desde el servicio. Para ello se toman como datos principales las tasas de enfermedades por IRA. (Ver tabla 8)

Tabla 8

Infecciones Respiratorias Agudas

Infecciones respiratorias agudas (IRA) año	2002	2003
Diagnóstico (IRA)	1.889	2.059
Enf. Muy Grave < de 2 meses	0	0
Enf. Muy Grave 2 meses a 1 año	0	0
Enf. Muy Grave de 1 a 4 años	0	0
Neumonía Grave < de 2 meses	0	0
Neumonía Grave 2 meses a 1 año	0	0
Neumonía Grave de 1 a 4 años	0	0
Neumonía de 2 meses a 1 año	1	0
Neumonía de 1 a 4 años	6	0
Rinofaringitis <de 5 años (tos y resfriados)	1.193	1.470
Faringitis Aguda < de 5 años	255	176
Amigdalitis Aguda	276	187
Otitis < de 5 años	158	226
Tratamiento IRA	2.545	2.784
Referido al Hospital	5	0
Amoxicilina	293	369
Penicilina Benzatínica	122	169
Trimetropin Sulfa Metoxazol	32	64
Acetaminofen	1.803	1.573
Otros	290	609
Población menor de 5 años	1.378	1.406
Neumonías	5	0
Rinofaringitis Aguda	866	1.046
Faringitis Aguda	185	125
Otitis Media	115	161

Tasa por 1000 niños menores de 5 años

Fuente: Coordinación de Epidemiología 2004

En esta evaluación no se reflejan informaciones obtenidas en las comunidades, que tienen relación con lo social, biológico, psicológico y ambiental, sin embargo, se registran en los DSP-O4, que son los consolidados de los programas del Modelo de Atención Integral (MAI). El sistema registra actividades políticas, sociales, económicas y culturales; pero generalmente no intentan ser integrados en el momento de evaluar el programa.

El MAI, también, pretende integrar los niveles de participación, la intersectorialidad y el compromiso social del equipo de salud, cuando se requiera realizar una evaluación integral de los programas y en particular el programa IRA, pero la única cooperación comunitaria que se tiene en el ambulatorio de El Consejo, son las madres UROC que tienen como función atender a tiempo a los niños con diarreas, para así evitar su deshidratación. Por lo tanto no se evalúa la participación de la comunidad, ni apropiación de los programas para su ejecución, aún percibiendo en colectivo, que, las infecciones respiratorias agudas son causas de primeras consultas en el ambulatorio; que posiblemente trae como consecuencia incapacidad laboral, escolar y pérdidas económicas para las personas.

Por otro lado, el Modelo de Atención Integral, permite hacer un análisis de la situación de la población, no solo con el fin de conocer las condiciones de salud de la comunidad, si no, para comprender la forma como se organiza, participa los grupos sociales y las condiciones físicas del ambiente donde accionan; ya que desde allí, se evaluarán integralmente, los programas.

Para el caso del programa de Infecciones Respiratorias Agudas, ejecutado en el ambulatorio de El Consejo, los indicadores de evaluación se basan en los síntomas que se observan en los pacientes y la capacidad resolutoria de la enfermedad desde lo asistencial

En el ambulatorio no se miden la cantidad de niños con riesgos por contaminación atmosférica. Los registros de ambiente que se realizan dentro del programa de niño y adolescente son: el consumo de agua no potable, disposición inadecuada de excretas, disposición inadecuada de basura y alto índice de insectos y roedores.

Desde el ambulatorio no se evalúan los programas de atención integral, con estrategias metodológicas, aún estando concretado teóricamente en el MAI, que vayan más allá del servicio como operadores de los programas, porque si fuera así, con esa experiencia, se suministrarían

insumos para nuevas planificaciones y diseños de políticas de salud en materia de riesgo ambiental. Tal es el caso del programa de educación sanitaria

En cuanto a la capacitación del personal, el Modelo de Atención Integral, instruye al equipo de salud local a manejar efectivamente el Modelo de Atención como un sistema integrado, que tiene como fin detectar los determinantes del proceso salud –enfermedad en los distintos niveles de explicación. En el ambulatorio se entrena el equipo de salud generalmente en el llenado de los instrumentos o papelerías para recoger las informaciones de los programas que se ejecutan a nivel local.

Listado de problemas

Realizado el análisis situacional desde lo general, particular y singular, se extraerán de cada nivel el listado de problemas.

Nivel General Estado Aragua

1. Altos niveles de morbilidad por IRA en niños menores de 5 años de edad en el Estado Aragua
2. déficit presupuestario para el programa integral del niño y el adolescente donde está incluido el programa control de Infecciones Respiratorias Agudas en el MAI
3. Poca distribución de RRHH en el área de protección y desarrollo Social

Nivel Particular Municipio José Rafael Revenga

1. Altos niveles de morbilidad por IRA en niños menores de 5 años de edad en el Municipio Revenga
2. Escasez de RRHH especializado para atender el programa de desarrollo social.
3. Poca orientación de la comunidad hacia las actividades y evaluación del programa IRA en el MAI

Nivel singular Ambulatorio de El Consejo

1. Altos niveles de morbilidad por IRA en niños menores de 5 años de edad en la población de El Consejo.
2. Limitados RRHH para realizar las actividades de desarrollo Social (Trabajadora Social) en los programas del MAI en el ambulatorio de El Consejo.
3. Insuficiente participación de la comunidad en el programa control de las IRA en el MAI
4. Poca capacitación del personal de salud, para evaluar Integralmente el programa control de las IRA dentro de la propuesta del Modelo de Atención Integral, desde el Ambulatorio de “El Consejo”.

5. Insuficiente integración en la evaluación del programa IRA a los otros sub-sectores del MAI

Jerarquización y Priorización

Jerarquizando y priorizando los problemas del nivel singular, se halló como problema focal, el problema: “Altos niveles de morbilidad por IRA en niños menores de 5 años, en el Ambulatorio “El Consejo”. Aragua” y en segundo lugar “Insuficiente integración en la evaluación, del programa IRA, con los otros sub-sectores del MAI”.

Para explicar los Problemas de la situación examinada, se procedió hacer el análisis desde el nivel general hasta el singular, utilizando el Flujograma situacional, que es un instrumento que se utiliza para explicar la situación. Se analiza desde tres planos: plano de las leyes, plano de las acumulaciones sociales que determinan la producción de los hechos, plano de los flujos o plano de la producción de los hechos, plano de la identificación de los hechos o vector de definición del problema. (Irureta. 1992)

Flujograma situacional

Nivel General:

Visto desde el plano de las leyes y determinantes de las acumulaciones sociales y de los hechos, el Modelo de Salud en Venezuela, responde a un paradigma de Estado dominante con ideología neoliberal. Es un Modelo de salud globalizador, que se sustenta en las teorías empiristas y fenoménicas del positivismo estructural funcionalista y que despliega su dominio mediante su concepción parcelada e individualizada de la salud, la conveniencia de su práctica relacionada con el mercado y el consumo masivo de tecnología.

Desde el plano de las acumulaciones sociales, se puede decir que, debido a ese paradigma neoliberal y de mercado, se observa, un desfinanciamiento del sector salud, con aplicación de

criterios de asignación de Recursos Humanos en el Área de desarrollo social, afectando, en el plano de la producción, el Presupuesto para los programas de prevención y promoción de la salud

En el plano de la identificación de los hechos visibles, se pueden indicar, menor porcentaje de distribución presupuestaria hacia el programa integral de niños y adolescentes y alto porcentaje de niños con riesgos Psicosociales, ambientales y biológico.

Nivel Particular

En el plano de las leyes, se indica que, en el Estado Aragua la práctica de la atención en salud es fundamentalmente asistencialista, por que se ajusta a curar la enfermedad de manera individual, pues esto responde a una perspectiva del sistema capitalista.

En epidemiología y en el área de producción de servicios, se rechaza la visión parcelada de la salud por limitarse a lo clínico y por individualizar la atención. En la teoría los programas del Modelo de Atención Integral, desarrollado por la red ambulatoria regional, se observan cambios y progresos al estar planteados en forma integral. Sin embargo la integración todavía no se vuelca sobre la práctica social de la salud y nos encontramos con una producción y prestación de servicio inspirada en la integración pero profundamente reduccionista.

El Modelo de Atención Integral (MAI) aplicado en el Municipio Revenga, podría inscribirse, en la práctica, a una atención asistencialista, aunque en la teoría exprese todo lo contrario, en ella se plantea diversos enfoques para integrar la persona, familia y entorno comunitario, relacionándolo con el equipo de salud para reforzar las actividades de promoción y prevención. (Rodríguez. 2001), pero se ha observado un sistema de salud fragmentado y orientado hacia la medicalización.

En el plano de las acumulaciones, se observa, que existe una distribución inadecuada del presupuesto para el programa de atención Integral del Niño y el Adolescente y poco énfasis en la

promoción y prevención de las IRA, en el Modelo de Atención Integral. Otro factor que se constituye en acumulaciones, es el bajo enfoque integral en la evaluación del Programa IRA, con insuficiente orientación del equipo de salud a las comunidades, en la ejecución de las actividades y evaluación del programa IRA; desarrollado en los Ambulatorios del Municipio Revenga.

La situación antes planteada, en el plano de la producción, se observa en un deficiente presupuesto para el programa Control de las IRA, atención Curativista en el tratamiento de las IRA, Fragmentación del programa control de las IRA y comunidad desmotivada y desinformada del Programa Control de las IRA en el MAI. Y en el plano de la identificación de los hechos visibles, se indica, bajo presupuesto para el Prog. IRA en la red Ambulatoria, alto porcentaje de niños con riesgos Ambientales, biológicos y psicosociales y Personas que no participan en el fomento y promoción del programa control de las IRA.

Nivel Singular

En el plano de las leyes, en el nivel singular, el modelo sigue fundándose en el abordaje clínico individual reduccionista, que en el plano de las acumulaciones se evidencia en una capacitación del equipo de salud en el programa Control de las IRA, desarticulada del Modelo de Atención Integral, con ausencia de participación de la comunidad, en las actividades del programa control de las IRA en niños menores de 5 años, también se observa, Insuficiente integración en la evaluación del programa IRA, con los otros elementos del MAI, el cual, trae como consecuencia, baja capacidad resolutive del Programa Control de las IRA en el MAI.

En el plano de la producción de los hechos, se evidencia el desconocimiento, por parte del Personal de Salud, para aplicar y evaluar el Programa control de las IRA siguiendo los criterios del MAI. Se constata la separación de la comunidad, del Programa Control de las IRA, haciendo

que la evaluación sea fragmentada con el resto de los programas. Aumentando los niveles de morbilidad por IRA en la población.

Con las evidencias anteriormente descritas se confirma en el plano de la identificación de los hechos que existe una baja capacitación del personal de salud en el manejo del MAI, esto es debido a que, la capacitación del personal de salud sigue siendo espasmódicos, lo cual, no motiva al equipo a realizar efectiva difusión y promoción de los programas de salud, específicamente, aquellos donde se genera la mayor cantidad de consultas, sin embargo teóricamente el MAI y el programa de educación permanente, en Salud y Desarrollo Social, lo expresan como prioridad para formular y ejercer las políticas públicas bajo un nuevo paradigma.

Otro indicador es, el escaso número de personas que participan en la programación y ejecución de actividades de fomento y promoción de la salud, tal es el caso, de aquel que realiza actividades de desarrollo social (Trabajador social) ya que estos actores, intervienen y abordan los problemas sociosanitarios de la población. La casi ausencia de este recurso humano entorpecen el desarrollo y promoción de la salud que incluyen acciones educativas como: educación individual, familiar, a grupos o colectivos, visita al hogar, visitas a centros infantiles y educativos, visitas a centros de producción, instituciones, grupos sociales y comités de salud, fomento de factores protectores de la salud, reducción de los factores de riesgos, así como la organización de grupos sociales de auto apoyo y desarrollo comunitario.

Estas ausencias de actividades sociales, trae como consecuencia un bajo N° o ausencias de relación del programa Control de las IRA con otros sub sectores, cuando se evalúan los eventos contenidos en el MAI y que, por supuesto, refleja epidemiológicamente una alta tasa de morbilidad por IRA en niños menores de 5 años.

Todo lo anterior nos lleva a varios nudos críticos, el cual, se debe atacar. Entre ellos se identificaron los siguientes:

1. Aumento de la Morbilidad por Infecciones Respiratorias Agudas en la población de El Consejo, Estado Aragua.
2. Capacitación del equipo de salud en el programa Control de las IRA, desarticulada del Modelo de Atención Integral.
2. Insuficiente integración en la evaluación del programa IRA con otros elementos de riesgos en el MAI
3. Deficiente presupuesto para el programa Control de las IRA en niños menores de 5 años.

Momento Normativo.

Una vez identificados los nudos críticos, diseñaremos cómo debe ser la realidad o situación. Se comenzará a diseñar la visión, para precisar lo que se quiere lograr o hacia donde se debe dirigir la fuerza social.

Visión.

El equipo de Salud del Ambulatorio y la Comunidad de El Consejo, del Municipio José Rafael Revenga, se comprometen disminuir los índices de morbilidad por Infecciones Respiratorias Agudas en niños menores de 5 años de edad, a través de acciones preventivas, educativas y de organización de grupos sociales, como estrategias del MAI que viabilicen la promoción y evaluación del Programa Control de las IRA, en función de reducir los riesgos de causar la enfermedad, con responsabilidad y compromiso social para mejorar la calidad de vida de la población.

A continuación se desarrollara la situación objetivo, es la que va a marcar la direccionalidad del plan y la intencionalidad de los actores para cambiar la situación, que dio origen a esta propuesta y la capacidad de actuación del equipo de trabajo para modificar los nudos críticos.

Situación Objetivo

Disminuir las infecciones respiratorias agudas en la población de El Consejo, en el Municipio Revenga, en un año. Utilizando como herramientas la prevención y promoción con un enfoque social, para generar acciones que fortalezcan la integralidad del Programa Control de las IRA, Aplicando el programa de acuerdo a las especificaciones teóricas contenidas en el MAI.

Teniendo precisando la situación objetivo, corresponde presentar a continuación el Plan Sustantivo, que constituye la estrategia de intervención. El Plan Sustantivo comienza por expresar los objetivos generales y específicos.

Plan Sustantivo

Objetivo General:

Disminuir los Índices de Morbilidad por Infecciones Respiratorias Agudas, en niños menores de 5 años, En la población de El Consejo Estado Aragua. Año 2002 - 2003.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	RESULTADOS ESPERADOS	RECURSOS CRÍTICOS	ACTORES
1. Promover la participación del núcleo familiar en las actividades del Prog. Control de las Infecciones Agudas en el MAI	1. Participación directa de los Padres que habitan en la zona de El Consejo, en las actividades de promoción, disminución de los factores de riesgos y apoyo al Programa Control de las IRA. 1.2 Organizar a los grupos sociales para la participación comunitaria y realizar conjuntamente con el Equipo de salud las actividades q'se refieran al Programa IRA	1. técnicos: Instructores para capacitar al equipo de salud 2. Recursos humanos para incorporarlos en el área de desarrollo social 3. financieros:Presupuesto	Personal médico, enfermería y trabajadora social del ambulatorio de El Consejo. Dirección de Salud Municipal la Junta Socio Sanitaria del ambulatorio
2. Incentivar la capacitación del equipo de Salud en el programa de IRA en el MAI	2.1 Equipo de salud, que intervienen en el programa Control de las IRA, capacitado y actualizado en el Conocimiento teórico del MAI 2.2 Determinar los criterios de evaluación, que utiliza el Modelo de Atención Integr, en el Prg. Control de las IRA, en menores de 5 años ejecutado en el Amb. de El Consejo 2.3 Verificar la interacción del Prog. con los factores de riesgos, biológicos, psicosociales y Ambientales, Así como, estados nutricionales, programas sociales, Inmunológicos, etc. En el MAI.	Necesario para capacitar al personal y ejecutar de manera integral el programa Control de las IRA 4. Materiales: Artículos de Escritorios, Medios Instruccionales, material de apoyo	comités de salud Coordinación de Ingeniería Sanitaria y Saneamiento Ambiental del Municipio Revenga Corporación de Salud del Estado Aragua
3. Desarrollar en el Amb, la Transdisciplinariedad en el Abordaje y ejecución del Programa Control de las IRA.	3.1 Coordinación interdisciplinaria del equipo de salud para evitar la medicalización del Programa Control de las IRA.		

Momento Estratégico.

Una vez desarrollado el plan sustantivo, este requiere de estrategias para acercarnos o lograr los objetivos planteados. Para ello se requiere un análisis estratégico dedicado a verificar y facilitar su factibilidad y viabilidad.

En el caso de ésta propuesta, se incluyen el análisis de actores, análisis de situaciones con los planes de soporte, una matriz para el análisis de factibilidad.

Análisis Estratégico

Análisis de actores

Actores	Intereses	Demanda	Poder	Posición del Actor
Director de Salud del Municipio Revenga.	- Evaluar el Sistema de Atención Integral - Aumentar la capacidad resolutive y plan de acción del Modelo.	- Que se coordine, ejecuten y evalúen los Programas del MAI - Promover la Participación	Administrativo, técnico político	Opositor
Médico Jefe del Servicio	- Que se cumplan los objetivos y actividades del MAI	- Que se brinde la atención Integral a la comunidad - Promover y facilitar la participación comunitaria	Técnico Político	Aliado
Coordinador de Epidemiología Municipal	- Que se realice la Vigilancia Epidemiológica de acuerdo al MAI y normas nacionales	- Recolectar, registrar y analizar los datos que requiere el sistema de información de salud, para la evaluación de los programas	Técnico	Aliado
Equipo de salud (médicos, odontólogos, trabajador social y enfermeras)	- Cumplir y Ofrecer a la comunidad atención Integral	Interacción solidaria e integral con la comunidad con énfasis en las acciones de promoción, prevención y mejoramiento del ambiente	Técnico Político	Aliado
Coordinador de Programas	- Que se cumpla y ejecuten los Programas del MAI	Supervisión, coordinación y evaluación de los programas del MAI	Técnico Político	Aliado
Dirección de planificación y presupuesto Regional	Distribuir el presupuesto hacia las áreas más prioritarias	Presupuesto suficiente para ejecutar integralmente el programa IRA	Poder Administrativo	Opositor
Comunidad Organizada (Comité de Salud)	Recibir una atención integral eficiente y equitativa en salud	Ayudar a planificar, ejecutar, evaluar y movilizar recursos en función de la salud colectiva y calidad de vida	Poder político	Aliado

Situaciones que Favorecen

SITUACIÓN	ACTOR	ESTRATEGIAS
Apoyo de la Dirección Municipal de Salud	Director de Salud Municipal	Cooperación
Apoyo de la coordinación de Epidemiología Coordinación de Programas y Jefatura del Ambulatorio de El Consejo.	Coordinadoras de epidemiología y programas de la DSMR. Médico Jefe del servicio del Ambulatorio de El Consejo	Cooperación Comunicación
Apoyo del Equipo de Salud del Ambulatorio y la Comunidad	Médicos, Odontólogo, Enfermeras, Auxiliares, personal Administrativo, obreros y asociaciones comunitarias organizadas relacionadas con el ambulatorio	Cooperación Comunicación Cooptación Capacitación
Desarrollo de un Marco Jurídico Constitucional que favorece la participación Ciudadana	Constitución	Comunicación Capacitación

Plan soporte para las situaciones que favorecen

OBJETIVO	ESTRATÉGIAS	ACCIONES
Mantener el Apoyo de las Autoridades, Coordinadores, Jefe del Servicio, el resto del equipo de salud para realizar las actividades de Atención Integral del programa control de las IRA en el MAI.	<ul style="list-style-type: none"> - Favorecer la comunicación directa con La Dirección de Salud y demás miembros del equipo de Salud. - Sostener una cooperación constante con el equipo de Salud en las actividades del Programa de Atención Integral del IRA - Cooptación de las personas involucradas con el Programa para formar un equipo interdisciplinario - Cooperar en la ejecución y evaluación del Programa Control de las IRA en el Modelo de Atención Integral. 	<ul style="list-style-type: none"> - Reuniones Graduales - Plan de actualización sobre el Modelo de Atención Integral, para el equipo de salud que estén involucrados con el programa Control de las IRA. - Concientizar y sensibilizar a la comunidad sobre su responsabilidad en la incorporación a los programas del MAI

Situación que obstaculiza

SITUACIÓN	ACTORES	ESTRATÉGIAS
<ul style="list-style-type: none"> - Evaluación parcial de los programas centrada en lo cuantitativo de las enfermedades (no refleja la integralidad de la propuesta del MAI). - Poca participación de la familia, escuela y sectores comunitarios en el Programa Control de las IRA. - Deficiente apoyo financiero para el Programa Control de las IRA en el MAI 	<ul style="list-style-type: none"> - Coordinador de Epidemiología, Coordinador de programas, Jefe del Servicio, Médicos del Servicio, Trabajadora Social, Co y comunidad - Dirección de Presupuesto de la Corporación de Salud - Coord. de presupuesto de la Direc. Municipal de Salud 	<ul style="list-style-type: none"> - Comunicación, Cooptación y Cooperación - Coacción

Plan de soporte de las situaciones que obstaculiza

OBJETIVO	ESTRATEGIA	ACCIONES
Incentivar la capacitación del equipo de Salud en el programa de IRA en el MAI	<ul style="list-style-type: none"> - Cooperación, para desarrollar un plan de capacitación para el equipo de salud involucrado con el Programa Integral Control de las IRA - Coordinar esfuerzos entre las diferentes disciplinas para realizar una evaluación integral de las IRA - Captar la atención de las diferentes Direcciones de la corporación de Salud del Estado para recibir apoyo político y económico para evaluar integralmente el Programa. 	<ul style="list-style-type: none"> - Reuniones graduales entre los coordinadores (Epidemiología y de programas) y el equipo de salud, para evaluar y monitorear los programas en el Modelo de Atención Integral - Reforzar la capacitación del Equipo de Salud en el Modelo de Atención Integral - Ubicar personal indicado para que lleve a efecto el Programa de Capacitación en el MAI
Promover la participación del núcleo familiar en las actividades del Prog. Control de las Infecciones Agudas en el MAI	<ul style="list-style-type: none"> - Cooptar a los padres de los niños que visitan al ambulatorio para las consultas - Coordinación de un programa de información para que conozcan las actividades y ejecución del Programa. - Mantener constante comunicación con los padres de los niños, para conocer su evolución. 	<ul style="list-style-type: none"> - Motivar a los padres a Organizar clubes de niños con IRA e integrarlos para que cooperen con el Programa. - Talleres para informar a los padres de los niños sobre el programa IRA
Organizar Comités de Salud para intervenir en el Programa IRA del MAI	<ul style="list-style-type: none"> - Cooperación para realizar un plan de capacitación en participación Comunitaria - Coordinación interdisciplinaria con el Consejo local de participación y la Dirección de Salud para lograr la incorporación a los programas de atención integral - Coordinar con el equipo de salud para evaluar integralmente el Programa Control de las IRA en La Comunidad 	<ul style="list-style-type: none"> - Convocar y motivar a la comunidad y personas que asisten al servicio para que se integren a las actividades de capacitación sobre participación. - Reuniones una vez a la semana para discutir y aclarar dudas sobre las actividades del programa y los criterios de participación - Realizar Grupos de discusión para conocer las bases constitucionales sobre la participación Ciudadana - Reuniones para conocer los criterios de evaluación del MAI
Justificar el incremento del presupuesto para el Programa Control de las IRA, en el MAI	Motivar al Director de planificación y presupuesto para que conozca la importancia de aumentar el financiamiento al programa de control de las IRA en el MAI	Reuniones con los coordinadores de programas epidemiología y el equipo involucrado, para demostrar, fundamentadamente, la necesidad de aumentar el financiamiento al programa Control de las IRA

Plan Táctico Operacional

Una vez construida la viabilidad, se instrumentará las estrategias identificadas en el momento anterior y se operacionalizará el proyecto diseñado. En esta fase se recurrirá a la facultad que tiene el equipo de salud para la toma de decisiones y así evitar problemas futuros. Los atributos que intervienen en este programa son: la obtención del presupuesto necesario para lograr el proyecto, la ejecución de las actividades y el monitoreo y evaluación consecutiva.

Plan Táctico Operacional

Objetivo específico: Promover la participación del núcleo familiar en las actividades del Prog. Control de las Infecciones Respiratorias Agudas en el MAI

Población Objetivo	Cober tura	Metas	Actividades	Tareas	Resp.	Recursos	Plazo
1.400 niños menores de 5 años de la Comunidad de El Consejo, beneficiarios del Programa Control de las IRA.	El 100% de las madres y/o representantes de los niños menores de 5 años que asisten al Ambulatorio de EL Consejo	80% de los representantes de los niños de la comunidad, que asisten al Ambulatorio de El Consejo, incorporados en las actividades del Programa Control de las Infecciones Respiratorias Agudas	1.Organizar reuniones con representantes de la comunidad para sensibilizarlos y explicarles la importancia que tiene su participación en el Prog Control de las IRA en el MAI 2. Realizar talleres a los representantes para instruirlos sobre participación y organización comunitaria, promoción y educación para la salud y el papel que deben cumplir en el Prog. Control. de las IRA en el MAI 3. Crear un club de niños con IRA	1.1. Sensibilizar y explicar a los representantes que traen a los Niños a consultas por IRA. 1.2 hacer la lista de los padres que participaran en las futuras reuniones 2.1 realizar con el equipo de salud un cronograma de talleres al mes 2.2 ubicar el sitio de reunión y Organizar todos los recursos necesarios para aplicar el plan de instrucción 3.1 Registrar y reunir a los representantes interesados. 3.2 hacer cronogramas de reuniones para el club.	- Director Municipal de Salud - Jefe del Servicio del Ambulatorio de El Consejo - Coordinador de Programas - Coordinador de Epidemiología - Facilitador (Int. o Ext.) - Personal médico y de desarrollo Social	- Facilitador - Auditorio - Equipo Multime dia - Hojas, Lapiceros - Pizarra de acrílico - marcado res - Borrador para acrílico	

Plan Táctico Operacional

Objetivo específico: Incentivar la capacitación del equipo de Salud en el programa de IRA en el MAI

Población Objetivo	Cober tura	Metas	Actividades	Tareas	Resp.	Recursos
El equipo de Salud relacionado con el Prog. IRA ejecutado en el Ambulatorio de El Consejo (24 personas)	100% de la población que conforma el equipo de salud del Ambulatorio	100% del equipo de salud reforzado y consolidado en el MAI	<p>1. Organizar talleres de capacitación y/o actualización del personal de salud, involucrado con el Programa.</p> <p>2.Motivar al equipo de salud para desarrollar y reforzar sus conocimientos en el Modelo de Atención Integral</p> <p>3.Organizar y programar taller de actualización</p> <p>4.Evaluar el taller de capacitación para actualizarse en el MAI.</p>	<p>1.1 Convocar reunión con el director de salud Municipal, el jefe de servicio del Amb, coordinador de programa y epidemiología</p> <p>2.1 Incrementar la participación de cada una de las personas del equipo interdisciplinario, en la toma de decisiones, en el área que le compete a su especialidad.</p> <p>2.2 dar el reconocimiento adecuado a su contribución</p> <p>2.3 Alentar las iniciativas y sugerencias individuales.</p> <p>3.1 Elaborar el contenido instruccional, de los temas a reforzar</p> <p>3.2 Programar la carga horaria y el tiempo de duración de la actividad</p> <p>3.3 Precisar, según los temas, a los facilitadores externos o internos que van a intervenir</p> <p>3.4 Tramitar el salón para el taller.</p> <p>3.5 Ubicar los medios instruccionales</p> <p>3.6 Buscar el refrigerio</p> <p>4.1 Entrega de relatoría escrita, presentación oral y escrita de conclusiones, debate abierto, entrega de resúmenes</p> <p>Análisis de caso</p> <p>4.2 Definir por consenso, en cual aspecto del programa de capacitación del MAI se debería hacer más énfasis</p>	<p>- Director de Salud</p> <p>- Médico Jefe del servicio. Amb de El Consejo</p> <p>- Coordinador de Epidemiología</p> <p>- Coordinador de Programas</p> <p>- Facilitador</p>	<p>- Equipo Multimedia.</p> <p>- Pizarra Acrílica, Borrador, Marcadores</p> <p>- Salón de reuniones</p>

Plan Táctico Operacional

Objetivo Específico: Generar en el Amb., de El Consejo, la Transdisciplinariedad en el abordaje y ejecución del Programa Control de las IRA.

Cobertura	Metas	Actividades	Tareas	Resp.	Recursos	Plazo
100% de la población que conforman el equipo de salud del Ambulatorio	100% ejecutado el Programa Cont., de las IRA con Abordaje trans disciplinario, para impedir la medicalización e individualismo.	<p>1. Formar una comisión multidisciplinaria para realizar una revisión teórica del MAI.</p> <p>2. Organizar un encuentro para Calibrar al equipo de salud para Unir criterios de integralidad para la revisión del material</p> <p>3. Reunión para Organizar el Material teórico, del Modelo de Atención Integral</p> <p>4. Analizar las formas de relación del programa Control de las IRA dentro del Sistema</p>	<p>1.1 Elegir una persona del equipo de salud por disciplina</p> <p>2.1 Seleccionar el día y lugar de encuentro y diseñar las pautas a seguir</p> <p>2.2 Discernir con el equipo, las teorías que guían el criterio de integralidad del Programa Control de las IRA, que propone el Modelo</p> <p>3.1 Ubicar el programa Control de las IRA y su evaluación, dentro del Modelo de Atención Integral.</p> <p>4.1 Extraer todos los elementos del MAI que puedan interactuar con el Programa Control de las IRA</p>	Equipo Multi disciplinario de salud	<p>- Papelería</p> <p>- Bolígrafos</p> <p>- Pizarra Acrílica</p> <p>- Marcadores</p>	

Monitoreo y Evaluación.

En esta fase se recaudará y se interpretará los datos que nos oriente acerca de la situación inicial, los recursos, actividades y los resultados del proyecto explicado. De esta manera se establece si el proyecto ha cumplido con los objetivos propuestos, también, para redimensionar actividades e incorporar recursos.

La evaluación nos llevará a realizar acuerdos en las decisiones, recursos y procedimientos en el momento indicado.

Plan de monitoreo y evaluación

Objetivos	Indicadores	Fuente de Datos	Métodos e Instrumentos	Marco Cronológico
Promover la participación del núcleo familiar en las actividades del Prog. Control de las Infecciones Respiratorias Agudas en el MAI	<p><u>Insumos:</u> Horas semanales de los participantes de la Comunidad, Médico, Enf. y el trabajador social, para las actividades de Prom. y prevención</p> <p><u>Proceso:</u> N° de talleres y charlas para las escuelas y la comunidad</p> <p><u>Resultados:</u> - N° de voluntarios de la comunidad que participan en los talleres y charlas - N° de personas de la comunidad, que participan en las actividades del programa IRA - N° de comités y Asoc. Orga. En la comunidad</p>	<p>- Modelo de Atención Integral, del M.S y la Corporación de Salud – Aragua</p> <p>- Registros del DSP-04, sobre las actividades de Participación, del MAI</p>	<p>- Talleres</p> <p>- Charlas</p> <p>- Reuniones</p> <p>- Encuestas</p> <p>- Registros de cronogramas de actividades, Consolidados DSP04 del MAI</p>	- Semanal
Incentivar la capacitación del equipo de Salud en el programa de IRA del MAI	<p><u>Insumo:</u> Horas/servicio del equipo de salud, involucrado con el programa, para las actividades de capacitación.</p> <p><u>Procesos:</u> N° de talleres de capacitación del Programa IRA en el Modelo de Atención Integral</p> <p><u>Resultado</u> N° de Personal de salud capacitados para aplicar el programa IRA en el MAI N° de actividades realizadas con el programa IRA de acuerdo a lo establecido al MAI</p>	<p>- Registro de asistencia a los talleres</p> <p>- Programa de capacitación del Modelo de Atención Integral</p> <p>- Sustento teórico Del Modelo de Atención Integral</p>	<p>-Revisión y análisis de la propuesta de capacitación</p> <p>- Talleres</p> <p>- Charlas</p> <p>- Reuniones</p> <p>- Foros interactivos</p> <p>- Mesa redonda</p>	- Semestralmente
Generar en el Amb. de El Consejo, la Transdisciplinariedad en el abordaje y ejecución del Programa Control de las IRA.	<p><u>Insumo:</u> Horas/servicio del equipo de salud, involucrado con el programa.</p> <p><u>Procesos:</u> N° de reuniones, N° Talleres, Mesa Redonda, Debates e intercambios de Problemas, con el personal de salud, de cada área o programa del MAI</p> <p><u>Resultado:</u> N° Médicos, enfermeras, trabajador social, odontólogos y personal administrativos, que asistieron a los debates y mesa redonda etc</p>	<p>- Registro de asistencia a las, reuniones, talleres, Mesa Redonda y Debates.</p> <p>- Actividades de los Programas del Del Modelo de Atención Integral</p> <p>- Registros del consolidado DSP04, del MAI</p>	<p>- Reuniones</p> <p>- Revisión y análisis de los programas relacionados con el Control de las IRA en el MAI</p> <p>-Foros interactivos</p> <p>- Mesa redonda</p>	- Semanalmente

Seguimiento y Monitoreo del Proyecto

Objetivo General: Disminuir los Índices de Morbilidad por Infecciones Respiratorias Agudas, en niños menores de 5 años, en la población de El Consejo Estado Aragua. Año 2002 - 2004

Objetivo Específico: Promover la participación del núcleo familiar en las actividades del Prog. Control de las Infecciones Agudas en el MAI.

Programado	Proceso de ejecución										Producto
	A	R	NI	inicio	0	+	++	+++	F		
<i>Actividades programadas</i>											
Organizar reuniones con los representantes de la comunidad para precisar su participación en el Prog. Control de las IRA en el MAI				01- 12- 04		x	x				fixar los puntos a tratar y asumir responsabilidades
Realizar a los representantes talleres sobre participación y organización comunitaria, promoción y educación para la salud y el papel que deben cumplir en el Prog. Control. de las IRA en el MAI						x					Para que conozcan y se familiaricen con el Prog. Contr. De las IRA en el MAI y crear posibilidades de participación con acciones propias
Crear un club de niños con IRA			x								Suministrar una atención Integral y Oportuna
Motivar al equipo de salud para desarrollar y reforzar sus conocimientos en el Modelo de Atención Integral			x								Un equipo de salud mas crítico y partícipe del MAI
Organizar talleres de capacitación y/o actualización del personal de salud, involucrado con el Prog. En el MAI			x								Ampliar y mejorar la atención del paciente con IRA
Formar un equipo multidisciplinario para realizar una revisión teórica del MAI.			x								Lograr una relación multidisciplinaria que facilite el abordaje integral de las IRA
Realizar reunión para Organizar el Material teórico, del Modelo de Atención Integral			x								Unir criterios de los programas relacionados con las IRA
Analizar las formas de relación del programa Control de las IRA dentro del Sistema Integral			x								Suministrar una atención Integral y Oportuna, con corresponsabilidad

NI: no se ha iniciado la actividad. R: actividad se encuentra en peor situación que al inicio. A: actividad abandonada. O: no se ha avanzado. + al +++: grado de avance. F: se ha logrado el Producto de manera exitosa

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Arana, Aracelis. (1999). *Ambiente y sociedad un enfoque integrador*. Instituto Pedagógico Rural “El Mácaro”. Turmero Estado Aragua –Venezuela. 199 pp.

Córdova, Yadíra. (2000). *Construyendo cambios. Conducción y planificación estratégica de proyectos de cambio*. Edita FEUPEL. Caracas – Venezuela. 107 pp.

Irureta, Francisco. (1992) *¿En que consiste la planificación estratégica?*. Mimeografía. Caracas Venezuela. 90 pp.

Rodríguez, Gilberto y otros. (2001). *Manual de implantación del Modelo de Atención Integral*. Publicación del Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Caracas- Venezuela. 52pp.

Rovere, Mario. (1993). *Planificación en recursos humanos en salud*. Washington. D.C. OPS/OMS.

ANEXOS

Tabla 1

DISTRIBUCIÓN POR SEXO DE LA POBLACIÓN SEGÚN MUNICIPIO 2002					
MUNICIPIOS	VARONES	% V	HEMBRAS	% H	TOTAL
Bolívar	20.989	51	20.369	49	41.358
José Félix Ribas	65.733	50	66.020	50	131.752
José Rafael Revenga	20.938	50	21.029	50	41.967
Santos Michelena	17.832	51	16.820	49	34.653
Tovar	4.564	52	4.130	48	8.694
TOTAL	130.056	50	128.368	50	258.424
MUNICIPIOS	VARONES	% V	HEMBRAS	% H	TOTAL
Girardot	232.657	50	236.686	50	469.343
José Ángel Lamas	14.091	51	13.565	49	27.656
Libertador	47.819	51	46.759	49	94.578
Mario Briceño Iragorri	58.479	48	63.173	52	121.652
Costa de Oro	2.923	48	3.158	52	6.082
Santiago Mariño	52.366	50	52.805	50	105.172
Linares Alcántara	62.161	50	62.683	50	124.844
Sucre	51.703	50	52.325	50	104.028
TOTAL	522.199	50	531.155	50	1.053.354
MUNICIPIOS	VARONES	% V	HEMBRAS	% H	TOTAL
Camatagua	7.523	52	6.887	48	14.410
San Casimiro	12.022	52	11.280	48	23.302
San Sebastián	10.703	51	10.275	49	20.977
Urdaneta	10.672	53	9.384	47	20.055
Zamora	59.310	51	57.137	49	116.448
TOTAL	100.230	51	94.963	49	195.192
FUENTE: OCEI					

Tabla 2
25 PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA POR MORBILIDAD. PORCENTAJE
SOBRE EL TOTAL. TASAS POR 100.000 HABITANTES.
ESTADO ARAGUA-2002

ORDEN	CAUSAS	CASOS	%	TASAS
1	Otras consultas no específicas	55.206	12,40	3.602,38
2	Rinofaringitis Aguda	35.864	8,06	2.340,38
3	Diarreas	25.044	5,63	1.634,21
4	Amigdalitis Aguda	20.296	4,56	1.324,38
5	Heridas	17.750	3,99	1.158,25
6	Infección Urinaria	14.221	3,2	927,97
7	Caries Dental	12.417	2,79	810,25
8	Asma	9.571	2,15	624,54
9	Urticaria	9.340	2,1	609,47
10	Helmintiasis	9.298	2,09	606,73
11	Neuralgias	7.536	1,69	491,75
12	Bronquitis Aguda	6.976	1,57	455,21
13	Faringitis aguda	6.847	1,54	446,79
14	Leucorrea no especifica	6.750	1,52	440,46
15	Dermatitis	6.479	1,46	422,78
16	Abscesos	6.351	1,43	414,42
17	Anemias	5.754	1,29	375,47
18	Obesidad	5.631	1,27	367,44
19	Piodermitis	5.514	1,24	359,81
20	Otitis media >5 años	5.440	1,22	401,42
21	escabiosis	4.612	1,04	300,95
22	Hipertensión Arterial	4.560	1,02	297,56
23	Síndrome Viral	4.412	0,99	287,9
24	Micosis superficial	4.155	0,93	271,13
25	Otitis media <5 años	3.676	0,83	207,86
TOTAL		293.700		

Fuente: EPI 15 Dirección de epidemiología CorpoSalud Aragua 2002

Tabla 3

**25 PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA POR MORBILIDAD. PORCENTAJE
SOBRE EL TOTAL. TASAS POR 100.000 HABITANTES.
ESTADO ARAGUA-2003**

N° de Orden	Enfermedad	Casos	Porcentaje	Tasa
01	Otras Causas de consultas no especificada	151.992	12.44	9,755.55
02	Rinofaringitis Aguda	115.251	9.44	7,397.34
02	Rinofaringitis Aguda menor de 5 años	75.630	6.19	41,955.76
02	Rinofaringitis Aguda mayor de 5 años	39.621	3.24	2,875.79
03	Amigdalitis Aguda	58.721	4.81	3,768.98
04	Diarreas	56.971	4.66	3,656.66
04	Diarreas de 5 años y más	23.729	1.94	1,683.29
04	Diarreas de 1 a 4 años	22.145	1.81	23,111.68
04	Diarreas menores de 1 año	11.097	0.91	21,135.21
05	Heridas	43.362	3.55	2,783.17
06	Infecciones urinarias	41.652	3.41	2,673.42
07	Cefalea	41.041	3.36	2,634.20
08	Otras Enfermedades Esófago, Estomago e intestino	40.942	3.35	2,627.85
09	Otros traumatismos	34.224	2.80	2,196.65
10	Dolor abdominal	27.849	2.28	1,787.48
11	Caries dental	25.707	2.10	1,649.99
12	Abscesos	24.492	2.01	1,572.01
13	Urticaria	24.410	2.00	1,566.75
14	Mialgias	24.408	2.00	1,566.62
15	Helmintiasis	24.239	1.98	1,555.77
16	Asma	24.093	1.97	1,546.40
16	Asma de 10 años y mas	12.224	1.00	1,004.34
16	Asma menores de 10 años	11.869	0.97	3,481.75
17	Bronquitis aguda	22.697	1.86	1,456.80
18	Leucorrea no especifica	22.661	1.86	1,454.49}
19	Neuralgias	18.927	1.55	1,214.82
20	Conjuntivitis	18.544	1.52	1,190.24
21	Dermatitis	16.758	1.37	1,075.61
22	Anemias	16.746	1.37	1,074.84
23	Micosis superficial	16.736	1.37	1,074.19
24	Faringitis aguda	16.384	1.34	1,051.60
24	Faringitis aguda mas de 5 años	9.440	0.77	685.18
24	Faringitis aguda menor de 5 años	6.944	0.57	3,852.19
25	Otitis media aguda mayor de 5 años	15.944	1.31	1,157.25
Totales		924.751		

Fuente: Dirección de Epidemiología 2003

Tabla 4

PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD, MUNICIPIO REVENGA, AÑO 2002

Orden	Enfermedad	Casos P+X
1	RINOFARINGITIS AGUDA	3870
2	AMIGDALITIS AGUDA	1996
3	HERIDAS	1768
4	OTRAS ENFERMEDADES ESOFAGO, ESTOMA E INTESTINO	1589
5	INFECCION URINARIA	1398
6	CARIES DENTAL	1382
7	OTRAS CAUSAS DE CONSULTAS NO ESPECIFICADA	1325
9	DIARREAS	1185
10	OTROS TRAUMATISMOS	1110
11	CEFALEA	1047
12	HELMINTIASIS	960
13	ASMA	949
14	URTICARIA	865
15	ANEMIAS	774
16	FARINGITIS AGUDA	721
17	DOLOR ABDOMINAL	668
18	MIALGIAS	664
19	PIODERMITIS	620
20	NEURALGIAS	586
21	ABCESOS	545
22	GASTRITIS	516
23	OTRAS ENFERMEDADES DEL OJO	505
24	LEUCORREA NO ESPECIFICA	461
25	DERMATITIS	455
26	ESCABIOSIS	429
27	OTITIS MEDIA AGUDA MAYOR DE 5 AÑOS	402
28	MICOSIS SUPERFICIAL	383
29	RINITIS ALERGICA	378
30	OTITIS EXTERNA	364
31	OBESIDAD	330
321	PICADURAS DE INSECTOS Y OTROS ANIMALES	282
33	BRONQUITIS AGUDA	275
34	HIPERTENSION ARTERIAL	257
35	OTITIS MEDIA AGUA MENOR DE 5 AÑOS	256

Fuente: Coordinación de Epidemiología Municipal (epi15) 2003.

Tabla 5

PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD DEL MUNICIPIO REVENGA AÑO 2003

Orden	ENFERMEDAD	Casos P+X	Tasa
1	RINOFARINGITIS AGUDA	4399	10.156.40
2	AMIGDALITIS AGUDA	1950	4.502.16
3	HERIDAS	1699	3.922.65
4	OTRAS CAUSAS DE CONSULTAS NO ESPECIFICADA	1513	3.493.21
5	OTRAS ENFERMEDADES ESOFAGO, ESTOMA E INTESTINO	1513	3.317.74
6	INFECCION URINARIA	1361	3.142.27
7	CEFALEA	1248	2.881.38
8	OTROS TRAUMATISMOS	1028	2.373.44
9	DIARREAS	1003	2.315.73
10	ASMA	978	2.258.01
11	URTICARIA	933	2.154.11
12	HELMINTIASIS	880	2.031.74
13	DOLOR ABDOMINAL	873	2.015.58
14	NEURALGIAS	830	1.916.30
15	CONJUNTIVITIS	772	1.782.39
16	GASTRITIS	730	1.685.42
17	MIALGIAS	698	1.611.54
18	DERMATITIS	676	1.560.75
19	CARIES DENTAL	644	1.486.87
20	ABCESOS	642	1.482.25
21	ANEMIAS	619	1.429.15
22	LEUCORREA NO ESPECIFICA	569	1.313.71
23	MICOSIS SUPERFICIAL	557	1.286.00
24	OTITIS MEDIA AGUDA MAYOR DE 5 AÑOS	528	1.378.54
25	PIODERMITIS	508	1.172.87
26	ESCABIOSIS	455	1.050.50
27	OTITIS EXTERNA	414	955.84
28	OTRAS ENFERMEDADES DEL OJO	412	951.23
29	OTITIS MEDIA AGUA MENOR DE 5 AÑOS	351	7.004.22
30	RINITIS ALERGICA	339	782.68
31	FARINGITIS AGUDA	336	775.76
32	BRONQUITIS AGUDA	306	706.49
33	DISMENORREA NO ESPECIFICA	278	641.85
34	BRONQUIOLITIS AGUDA MENOR DE 2 AÑOS	258	10.990.22
35	OBESIDAD	227	524.1

Fuente: Coordinación de Epidemiología Municipal (epi15) 2003

Tabla16

**PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD AMBULATORIO DE EL CONSEJO, AÑO
2003**

Orden	Enfermedad	Casos P+X	Tasa
1	RINOFARINGITIS AGUDA	2415	17.650.86
2	AMIGDALITIS AGUDA	902	6.592.58
3	OTRAS CAUSAS DE CONSULTAS NO ESPECIFICADA	855	6.249.06
4	HERIDAS	789	5.766.68
5	OTRAS ENFERMEDADES ESOFAGO, ESTOMA E INTESTINO	770	5.627.81
6	INFECCION URINARIA	634	4.633.81
7	CEFALEA	620	4.531.48
8	OTROS TRAUMATISMOS	615	4.494.94
9	URTICARIA	513	3.749.44
10	DIARREAS	459	3.354.76
11	MIALGIAS	392	2.865.07
12	NEURALGIAS	386	2.821.21
13	CONJUNTIVITIS	352	2.572.71
14	OTITIS MEDIA AGUDA MAYOR DE 5 AÑOS	344	2.843.20
15	GASTRITIS	338	2.470.39
16	ABCESOS	334	2.441.15
17	DERMATITIS	320	2.338.83
18	DOLOR ABDOMINAL	304	2.221.89
19	CARIES DENTAL	244	1.783.36
20	OTITIS MEDIA AGUA MENOR DE 5 AÑOS	239	15.097.79
21	RINITIS ALERGICA	236	1.724.89
22	HELMINTIASIS	224	1.637.18
23	PIODERMITIS	206	1.505.62
24	FARINGITIS AGUDA	203	1.483.70
25	LEUCORREA NO ESPECIFICA	183	1.337.52
26	ASMA	179	1.308.28
27	ANEMIAS	178	1.300.97
28	OTRAS ENFERMEDADES DEL OJO	177	1.293.67
29	BRONQUITIS AGUDA	171	1.249.81
30	MICOSIS SUPERFICIAL	147	1.074.40
31	PANCREATITIS AGUDA	143	1.045.17
32	BRONQUIOLITIS AGUDA MENOR DE 2 AÑOS	139	18.744.09
33	OTITIS EXTERNA	133	972.08
34	ESCABIOSIS	126	920.91

Fuente: DSMR 2003

Código	Actividad	Realizado en Período	Acumulado
	DSP-04. Ambulatorio EI		
	Consejo 2004		
	PROGRAMA DE ATENCION INTEGRAL NIÑO Y		
	ADOLESCENTE		
01. . . .			
01.01. . .	Atención al Lactante y Pre-escolar Hasta 6 años		
01.01.01. .	Total Lactantes y Pre-escolares	7503	7503
01.01.01.01.	Masculino Lactantes y Pre-escolares	3817	3817
01.01.01.02.	Femenino Lactantes y Pre-escolares	3686	3686
01.01.02. .	Total de Consultas < 23 Meses (A+B+C+D)	3318	3318
01.01.02.01.	A. 1era Consulta < de 1 mes	185	185
01.01.02.02.	B. 1era. Consulta de 1 a 11 meses	610	610
01.01.02.03.	C. 1era. Consulta de 12 a 23 meses	443	443
01.01.02.04.	D. Consulta Sucesivas < 23 Meses	2080	2080
01.01.02.05.	E. Lactantes Atendidos por Enfermería	107	107
01.01.03. .	Total de Consultas de 2 a 6 Años (A+B+D)	4185	4185
01.01.03.01.	A. 1era. Consulta de 2 a 3 años	633	633
01.01.03.02.	B. 1era. Consulta de 4 a 6 años	637	637
01.01.03.03.	D. Consultas Sucesivas de 2 a 6 años	2915	2915
01.01.03.04.	E. Preescolares Atendidos por Enfermería	40	40
01.01.04. .	Estado Nutricional Lactante y Pre-escolar	7503	7503
01.01.04.01.	Exceso	46	46
01.01.04.02.	Normal	7322	7322
01.01.04.03.	Zona Crítica	100	100
01.01.04.04.	Leve	32	32
01.01.04.05.	Moderada	3	3
01.01.04.06.	Grave	0	0
01.01.05. .	Evaluación Cefálica	7503	7503
01.01.05.01.	Microcefalia	1	1
01.01.05.02.	Macrocefalia	0	0
01.01.05.03.	Normal	7502	7502
01.01.06. .	Déficit Lactante y Pre-escolar	5	5
01.01.06.01.	Examen Sensorial	2	2
01.01.06.02.	Desarrollo Psicomotor	3	3
01.01.06.03.	Agudeza Visual	0	0
01.01.06.04.	Audición y Lenguaje	0	0
01.01.06.05.	Maduración Sexual	0	0
01.01.07. .	Tensión Arterial Lactante y Pre-escolar	2606	2606
01.01.07.01.	Normal	2606	2606
01.01.07.02.	Hipertenso	0	0
01.01.07.03.	Hipotenso	0	0
01.01.08. .	Riesgo Biológico Lactante y Pre-escolar	7638	7638
01.01.08.01.	Enf. Infecciosas y Parasitarias	624	624
01.01.08.02.	Neoplasias	1	1
01.01.08.03.	Enf. de la Sangre y Org. Hematopoyético	86	86
01.01.08.04.	Enf. Endocrina, Nutricional y Metabólica	289	289
01.01.08.05.	Enf. Trastorno Mental y Comportamiento	8	8
01.01.08.06.	Enf. del Sistema Nervioso	44	44
01.01.08.07.	Enf. del Ojo y sus Anexos	161	161
01.01.08.08.	Enf. del Oído y Apófisis Mastoides	291	291
01.01.08.09.	Enf. del Sistema Circulatorio	15	15
01.01.08.10.	Enf. del Sistema Respiratorio	3721	3721
01.01.08.11.	Enf. del Sistema Digestivo	954	954
01.01.08.12.	Enf. de la Piel y Tej. Conjuntivo	911	911

01.01.08.13.	Enf. Genital y Urinaria	142	142
01.01.08.14.	Enf. Parto y Puerperio	4	4
01.01.08.15.	Traumatismo y Envenenamientos	387	387
01.01.08.16.	Anomalia Congénita	0	0
01.01.08.17.	Nº Control Pre-natal	0	0
01.01.08.18.	Parto Distócico	0	0
01.01.08.19.	Cianosis Perinatal	0	0
01.01.08.20.	Ictericia Neonatal	0	0
01.01.08.21.	Medicamentos en el Embarazo (En Los Padres)	0	0
01.01.08.22.	Embarazo con Consumo de Tabaco (En Los Padres)	0	0
01.01.08.23.	Embarazo con Consumo de Alcohol (En Los Padres)	0	0
01.01.08.24.	Embarazo con Consumo de Cocaína (En Los Padres)	0	0
01.01.08.25.	Embarazo con Pre-Eclampsia (En Los Padres)	0	0
01.01.09. .	Riesgo Psicosocial Lactante y Pre-escolar	7883	7883
01.01.09.01.	Abuso Sexual	0	0
01.01.09.02.	Accidente del Hogar	0	0
01.01.09.03.	Accidente de Tránsito	0	0
01.01.09.04.	Maltrato ó Violencia Familiar	0	0
01.01.09.05.	Enf. Mental Familiar	0	0
01.01.09.06.	Disfunción Familiar	35	35
01.01.09.07.	Madre Ausente	5	5
01.01.09.08.	Padre Ausente	387	387
01.01.09.09.	Violación	0	0
01.01.09.10.	Bajo Ingreso Familiar	7452	7452
01.01.09.11.	Abandono	2	2
01.01.09.12.	Enf. Neurológica Previa	2	2
01.01.10. .	Riesgos Ambientales (Vivienda) Lactante y Pre-escolar	8948	8948
01.01.10.01.	Sin Agua Intradomiciliaria	785	785
01.01.10.02.	Consumo de Agua no Potable	5128	5128
01.01.10.03.	Disposición Inadecuada de Excretas	398	398
01.01.10.04.	Disposición Inadecuada de Basura	386	386
01.01.10.05.	Adyacente en Zona Industrial	82	82
01.01.10.06.	Alto indice de Insectos y Roedores	1328	1328
01.01.10.07.	Hacinamientos	456	456
01.01.10.08.	Estructura Física Inadecuada	385	385
01.01.10.09.	Contaminada por Químico Tóxico	0	0
01.01.11. .	Diagnósticos: (Lactante y Pre-escolar)	7503	7503
01.01.11.01.	Lactantes Sanos	90	90
01.01.11.02.	Lactantes Enfermos	3228	3228
01.01.11.03.	Pre-escolares Sanos	63	63
01.01.11.04.	Pre-escolares Enfermos	4122	4122
01.01.12. .	Referidos a: (Lactante y Pre-escolar)	257	257
01.01.12.01.	Odontología	26	26
01.01.12.02.	Oftalmología	0	0
01.01.12.03.	Traumatología y Ortopedia	7	7
01.01.12.04.	O.R.L.	8	8
01.01.12.05.	Pediatría	108	108
01.01.12.06.	Medicina Interna	0	0
01.01.12.07.	Dermatología	4	4
01.01.12.08.	Cirugía Ambulatoria	11	11
01.01.12.09.	Nutrición	57	57
01.01.12.10.	Neumonología	34	34

01.01.12.11.	Ginecología	0	0
01.01.12.12.	Obstetricia	0	0
01.01.12.13.	Cardiología	0	0
01.01.12.14.	Nefrología	0	0
01.01.12.15.	Salud Mental	1	1
01.01.12.16.	Endocrinología	0	0
01.01.12.17.	Neurología	1	1
01.01.12.18.	Atención Psiquiátrica Ambulatoria	0	0
01.01.12.19.	Hospitalización Psiquiátrica de Agudos	0	0
01.01.12.20.	Comunidad Terapéutica	0	0
01.01.12.21.	Programas Sociales	0	0
01.01.12.22.	Educación Especial (Ministerio de Educación)	0	0
01.01.12.23.	Rehabilitación de Base Comunitaria	0	0
01.01.12.24.	Médico de Familia	0	0
01.01.12.25.	Reumatología	0	0
01.01.12.26.	Enfermería	0	0
01.01.12.27.	Psicología	0	0
01.01.12.28.	Toxicología	0	0
01.01.13. .	Lactante con Esquema Vacunas Incompleto	7	7
	Preescolares con Esquema Vacunas		
01.01.14. .	Incompleta	5	5
01.01.15. .	Lactancia Materna Exclusiva hasta 6 meses	223	223
01.01.16. .	Lactancia Materna < 6 meses	20	20
	Programa de Atención en Salud Escolar 7 a Menores de 12		
01.02. . .	Años		
01.02.01. .	Total Escolares	2262	2262
01.02.01.01.	Masculino Escolar	1178	1178
01.02.01.02.	Femenino Escolar	1084	1084
01.02.02. .	Total de Consultas Escolares (A+B+C+D+F)	2262	2262
01.02.02.01.	A.- 1era. Consulta 1er Grado	181	181
01.02.02.02.	B.- 1era. Consulta 3er Grado	180	180
01.02.02.03.	C.- 1era. Consulta 6to Grado	85	85
01.02.02.04.	D.- Consultas Sucesivas y Otros Grados	1503	1503
01.02.02.05.	E.- Escolar Atendido por Enfermería	51	51
01.02.02.06.	F. Primeras Consultas de Otros Grados	313	313
01.02.03. .	Ectoparásitosis Investigados	2253	2253
01.02.04. .	Ectoparásitosis Tratados	79	79
01.02.05. .	Parasitosis Intestinal Investigadas	2253	2253
01.02.06. .	Parasitosis Intestinal Tratadas	142	142
01.02.07. .	Estado Nutricional Escolar	2262	2262
01.02.07.01.	Exceso	27	27
01.02.07.02.	Normal	2205	2205
01.02.07.03.	Zona Crítica	24	24
01.02.07.04.	Leve	6	6
01.02.07.05.	Moderada	0	0
01.02.07.06.	Grave	0	0
01.02.08. .	Déficit Escolar	1	1
01.02.08.01.	Examen Sensorial	0	0
01.02.08.02.	Desarrollo Psicomotor	0	0
01.02.08.03.	Agudeza Visual	1	1
01.02.08.04.	Audición y Lenguaje	0	0
01.02.08.05.	Maduración Sexual	0	0
01.02.09. .	Tensión Arterial Escolar	2000	2000
01.02.09.01.	Normal	2000	2000
01.02.09.02.	Hipertenso	0	0
01.02.09.03.	Hipotenso	0	0

01.02.10.	Riesgo Biológico Escolar	2410	2410
01.02.10.01.	Enf. Infecciosas y Parasitarias	145	145
01.02.10.02.	Neoplasias	0	0
01.02.10.03.	Enf. de la Sangre y Org. Hematopoyético	26	26
01.02.10.04.	Enf. Endocrina, Nutricional y Metabólica	96	96
01.02.10.05.	Enf. Trastorno Mental y Comportamiento	0	0
01.02.10.06.	Enf. del Sistema Nervioso	53	53
01.02.10.07.	Enf. del Ojo y Sus Anexos	55	55
01.02.10.08.	Enf. del Oído y Apófisis Mastoides	113	113
01.02.10.09.	Enf. del Sistema Circulatorio	13	13
01.02.10.10.	Enf. Sistema Respiratorio	878	878
01.02.10.11.	Enf. del Sistema Digestivo	377	377
01.02.10.12.	Enf. de la Piel y Tej. Conjuntivo	391	391
01.02.10.13.	Enf. Genital y Urinaria	52	52
01.02.10.14.	Enf. Parto y Puerperio	0	0
01.02.10.15.	Traumatismos y Envenenamientos	211	211
01.02.10.16.	Anomalías Congénitas	0	0
01.02.10.17.	Nº Control Pre-Natal	0	0
01.02.10.18.	Parto Distócico	0	0
01.02.10.19.	Cianosis Perinatal	0	0
01.02.10.20.	Ictericia Neonatal	0	0
01.02.10.21.	Medicamento en el Embarazo (En Los Padres)	0	0
01.02.10.22.	Embarazo con Consumo de Tabaco (En Los Padres)	0	0
01.02.10.23.	Embarazo con Consumo de Alcohol (En Los Padres)	0	0
01.02.10.24.	Embarazo con Consumo de Cocaína (En Los Padres)	0	0
01.02.10.25.	Embarazo con Pre-Eclampsia (En Los Padres)	0	0
01.02.11.	Riesgo Psicosocial Escolar	2415	2415
01.02.11.01.	Abuso Sexual	0	0
01.02.11.02.	Accidente del Hogar	0	0
01.02.11.03.	Accidente de Tránsito	0	0
01.02.11.04.	Maltrato ó Violencia Familiar	1	1
01.02.11.05.	Enf. Mental Familiar	0	0
01.02.11.06.	Disfunción Familiar	13	13
01.02.11.07.	Madre Ausente	0	0
01.02.11.08.	Padre Ausente	164	164
01.02.11.09.	Violación	0	0
01.02.11.10.	Bajo Ingreso Familiar	2223	2223
01.02.11.11.	Abandono	1	1
01.02.11.12.	Enf. Neurológica Previa	2	2
01.02.11.13.	Disfunción de Escolaridad	11	11
01.02.11.14.	Falta de Apoyo Social Personal	0	0
01.02.11.15.	Exclusión Escolar	0	0
01.02.11.16.	Deserción Escolar	0	0
01.02.11.17.	Trabajo Infantil	0	0
01.02.11.18.	Drogas	0	0
01.02.12.	Riesgos Ambientales (Vivienda) Escolar	3281	3281
01.02.12.01.	Sin Agua Intradomiciliaria	219	219
01.02.12.02.	Consumo de Agua no Potable	1715	1715
01.02.12.03.	Disposición Inadecuada de Excretas	189	189
01.02.12.04.	Disposición Inadecuada de Basura	313	313
01.02.12.05.	Adyacentes en Zona Industrial	10	10
01.02.12.06.	Alto Índice de Insectos y Roedores	475	475
01.02.12.07.	Hacinamiento	300	300

01.02.12.08.	Estructura Física Inadecuada	60	60
01.02.12.09.	Contaminada por Químicos Tóxicos	0	0
01.02.13. .	Diagnósticos (Escolares)	2262	2262
01.02.13.01.	Escolares Sanos	23	23
01.02.13.02.	Escolares Enfermos	2239	2239
01.02.14. .	Referidos a: (Escolares)	73	73
01.02.14.01.	Odontología	30	30
01.02.14.02.	Oftalmología	4	4
01.02.14.03.	Traumatología y Ortopedia	8	8
01.02.14.04.	O.R.L.	2	2
01.02.14.05.	Pediatría	13	13
01.02.14.06.	Medicina Interna	0	0
01.02.14.07.	Dermatología	0	0
01.02.14.08.	Cirugía Ambulatoria	4	4
01.02.14.09.	Nutrición	5	5
01.02.14.10.	Neumonología	7	7
01.02.14.11.	Ginecología	0	0
01.02.14.12.	Obstetricia	0	0
01.02.14.13.	Cardiología	0	0
01.02.14.14.	Nefrología	0	0
01.02.14.15.	Salud Mental	0	0
01.02.14.16.	Endocrinología	0	0
01.02.14.17.	Neurología	0	0
01.02.14.18.	Atención Psiquiátrica Ambulatoria	0	0
01.02.14.19.	Hospitalización Psiquiátrica de Agudos	0	0
01.02.14.20.	Comunidad Terapéutica	0	0
01.02.14.21.	Programas Sociales	0	0
01.02.14.22.	Educación Especial (Ministerio de Educación)	0	0
01.02.14.23.	Rehabilitación de Base Comunitaria	0	0
01.02.14.24.	Médico de Familia	0	0
01.02.14.25.	Reumatología	0	0
01.02.14.26.	Enfermería	0	0
01.02.14.27.	Psicología	0	0
01.02.14.28.	Toxicología	0	0
01.02.15. .	Examen de Mamas (Escolar)	2262	2262
01.02.15.01.	Normal	2262	2262
01.02.15.02.	Patológico	0	0
01.03. . .	Control de Enfermedades Diarreicas (C.E.D.)		
01.03.01. .	Total < 1 Año	96	96
01.03.01.01.	Masculino Diarrea < 1 Año	44	44
01.03.01.02.	Femenino Diarrea < 1 Año	52	52
01.03.02. .	Total Diarreas < 1 Año	96	96
01.03.02.01.	Diarrea Sin Deshidratación	95	95
01.03.02.02.	Diarrea con Deshidratación Leve / Moderada	1	1
01.03.02.03.	Diarrea con Deshidratación Grave	0	0
01.03.02.04.	Disentería	1	1
01.03.02.05.	Diarrea > 14 Días	0	0
01.03.03. .	Tratamiento < 1 Año con Diarrea	169	169
01.03.03.01.	Plan A	95	95
01.03.03.02.	Plan B	1	1
01.03.03.03.	Plan C	0	0
01.03.03.04.	Metronidazol	7	7
01.03.03.05.	Trimetoprim Sulfa Metoxazol	13	13
01.03.03.06.	Otros	53	53
01.03.04. .	Total de 1 a 4 Años	138	138
01.03.04.01.	Masculino Diarrea 1 a 4 Años	69	69

01.03.04.02.	Femenino Diarrea 1 a 4 Años	69	69
01.03.05. .	Total Diarreas 1 a 4 Años	138	138
01.03.05.01.	Diarreas Sin Deshidratación	133	133
01.03.05.02.	Diarreas Con Deshidratación Leve / Moderada	4	4
01.03.05.03.	Diarreas Con Deshidratación Grave	1	1
01.03.05.04.	Disentería	0	0
01.03.05.05.	Diarreas > 14 Días	0	0
01.03.06. .	Tratamiento 1 a 4 Años	244	244
01.03.06.01.	Plan A	133	133
01.03.06.02.	Plan B	3	3
01.03.06.03.	Plan C	2	2
01.03.06.04.	Metronidazol	17	17
01.03.06.05.	Trimetoprin Sulfa Metoxazol	19	19
01.03.06.06.	Otros	70	70
01.03.07. .	Unidad de Rehidratación Oral Comunitaria (U.R.O.C.)		
01.03.07.01.	Usuarios	0	0
01.03.07.01.01	Menores de 1 Año Atendidos	0	0
01.03.07.01.02	Menores de 1 Año Deshidratados	0	0
01.03.07.01.03	De 1 a 4 Años Atendidos	0	0
01.03.07.01.04	De 1 a 4 Años Deshidratados	0	0
01.03.07.02.	Sobres de Suero Oral Recibidos	0	0
01.03.07.03.	Sobres de Suero Oral Repartidos	0	0
01.03.07.04.	Nro de U.R.O.C.s Existentes	1	1
01.04. . .	Infecciones Respiratorias Agudas (I.R.A.)		
01.04.01. .	Diagnósticos (IRA)	2385	2385
01.04.01.01.	Enf. Muy Grave < de 2 Meses	0	0
01.04.01.02.	Enf. Muy Grave 2 Meses a 1 Año	1	1
01.04.01.03.	Enf. Muy Grave de 1 a 4 Años	1	1
01.04.01.04.	Neumonía Grave < de 2 Meses	0	0
01.04.01.05.	Neumonía Grave 2 Meses a 1 Año	1	1
01.04.01.06.	Neumonía Grave de 1 a 4 Años	1	1
01.04.01.07.	Neumonía de 2 Meses a 1 Año	7	7
01.04.01.08.	Neumonía de 1 Año a 4 Años	11	11
01.04.01.09.	Rinofaringitis < de 5 Años (Tos y Resfriados)	1752	1752
01.04.01.10.	Faringitis Aguda < de 5 Años	91	91
01.04.01.11.	Amigdalitis Aguda < de 5 Años	375	375
01.04.01.12.	Otitis < de 5 Años	145	145
01.04.02. .	Tratamiento I.R.A.	3823	3823
01.04.02.01.	Referido al Hospital	10	10
01.04.02.02.	Amoxicilina	392	392
01.04.02.03.	Penicilina Benzatínica	292	292
01.04.02.04.	Trimetoprin Sulfa Metoxazol	64	64
01.04.02.05.	Acetaminofén	2105	2105
01.04.02.06.	Otros	960	960
01.05. . .	Programa de Atención al Adolescente de 12 a Menores de 19 Años		
01.05.01. .	Total Adolescentes de 12 a Menores de 19 Años	3376	3376
01.05.01.01.	Total Masculino Adolescentes	1331	1331
01.05.01.02.	Total Femenino Adolescentes	2045	2045
01.05.02. .	Total de Consulta Adolescentes (A+D)	3376	3376
01.05.02.01.	A. Primera Consulta Adolescentes	1077	1077
01.05.02.02.	D. Consulta Sucesiva Adolescentes	2299	2299
01.05.02.03.	E. Adolescentes Atendidos por Enfermería	82	82
01.05.03. .	Diagnósticos (Adolescentes)	3376	3376

01.05.03.01.	Adolescentes Sano	353	353
01.05.03.02.	Adolescentes Enfermo	3023	3023
01.05.03.03.	Pubertad Normal	3376	3376
01.05.04. .	Estado Nutricional (Adolescentes)	3376	3376
01.05.04.01.	Exceso	31	31
01.05.04.02.	Normal	3325	3325
01.05.04.03.	Zona Crítica	12	12
01.05.04.04.	Leve	0	0
01.05.04.05.	Moderada	0	0
01.05.04.06.	Grave	0	0
01.05.04.07.	Bajo Peso	8	8
01.05.05. .	Déficit (Adolescentes)	0	0
01.05.05.01.	Examen Sensorial	0	0
01.05.05.02.	Desarrollo Psicomotor	0	0
01.05.05.03.	Agudeza Visual	0	0
01.05.05.04.	Audición y Lenguaje	0	0
01.05.05.05.	Maduración Sexual	0	0
01.05.06. .	Tensión Arterial (Adolescentes)	3376	3376
01.05.06.01.	Normal	3355	3355
01.05.06.02.	Hipertenso	1	1
01.05.06.03.	Hipotenso	20	20
01.05.07. .	Riesgo Biológico (Adolescentes)	3152	3152
01.05.07.01.	Enf. Infecciosas y parasitarias	136	136
01.05.07.02.	Neoplasias	1	1
01.05.07.03.	Enf. de la Sangre y Org. Hematopoyético	19	19
01.05.07.04.	Enf. Endocrina, Nutricional y Metabólica	53	53
01.05.07.05.	Enf. Trastorno Mental y Comportamiento	1	1
01.05.07.06.	Enf. del Sistema Nervioso	122	122
01.05.07.07.	Enf. del Ojo y sus Anexos	71	71
01.05.07.08.	Enf. del Oído y Apófisis Mastoides	154	154
01.05.07.09.	Enf. del Sistema Circulatorio	54	54
01.05.07.10.	Enf. del Sistema Respiratorio	808	808
01.05.07.11.	Enf. del Sistema Digestivo	500	500
01.05.07.12.	Enf. de la Piel y Tej. Conjuntivo	548	548
01.05.07.13.	Enf. Genital y Urinaria	324	324
01.05.07.14.	Enf. Parto y Puerperio	42	42
01.05.07.15.	Traumatismos y Envenenamientos	319	319
01.05.07.16.	Anomalía Congénita	0	0
01.05.07.17.	No Control Pre-Natal	0	0
01.05.07.18.	Parto Distósico	0	0
01.05.07.19.	Cianosis Perinatal	0	0
01.05.07.20.	Ictericia Neonatal	0	0
01.05.07.21.	Medicamentos en el Embarazo (En Los Padres)	0	0
01.05.07.22.	Embarazo con Consumo de Tabaco (En Los Padres)	0	0
01.05.07.23.	Embarazo con Consumo de Alcohol (En Los Padres)	0	0
01.05.07.24.	Embarazo con Consumo de Cocaína (En Los Padres)	0	0
01.05.07.25.	Embarazo con Pre-Eclampsia (En Los Padres)	0	0
01.05.08. .	Riesgo Psicosocial (Adolescentes)	5327	5327
01.05.08.01.	Abuso Sexual	0	0
01.05.08.02.	Accidente del Hogar	0	0
01.05.08.03.	Accidente de Tránsito	0	0

01.05.08.04.	Maltrato ó Violencia Familiar	0	0
01.05.08.05.	Enf. Mental Familiar	0	0
01.05.08.06.	Disfunción Familiar	9	9
01.05.08.07.	Madre Ausente	0	0
01.05.08.08.	Padre Ausente	200	200
01.05.08.09.	Violación	0	0
01.05.08.10.	Bajo Ingreso Familiar	3236	3236
01.05.08.11.	Abandono	0	0
01.05.08.12.	Enf. Neurológica Previa	0	0
01.05.08.13.	Disfunción de Escolaridad	0	0
01.05.08.14.	Falta de Apoyo Social Personal	0	0
01.05.08.15.	Exclusión Escolar	0	0
01.05.08.16.	Deserción Escolar	26	26
01.05.08.17.	Trabajo Infantil	37	37
01.05.08.18.	Drogas	0	0
01.05.08.19.	Actividad Sexual Temprana	850	850
01.05.08.20.	Accidente Laboral	0	0
01.05.08.21.	Diagnóstico Psiquiátrico Previo	0	0
01.05.08.22.	Hospitalización Psiquiátrica Previa	0	0
01.05.08.23.	Gesto o Intento Suicida	0	0
01.05.08.24.	Alcohol	405	405
01.05.08.25.	Tabaco	266	266
01.05.08.26.	Desempleo	196	196
01.05.08.27.	Separación - Divorcio - Viudez	102	102
01.05.09. .	Riesgos Ambientales (Vivienda) (Adolescentes)	4518	4518
01.05.09.01.	Sin Agua Intradomiciliaria	304	304
01.05.09.02.	Consumo de Agua No Potable	2588	2588
01.05.09.03.	Disposición Inadecuada de Excretas	189	189
01.05.09.04.	Disposición Inadecuada de Basura	158	158
01.05.09.05.	Adyacente en Zona Industrial	82	82
01.05.09.06.	Alto Índice de Insectos y Roedores	789	789
01.05.09.07.	Hacinamiento	279	279
01.05.09.08.	Estructura Física Inadecuada	128	128
01.05.09.09.	Contaminada por Químico Tóxico	1	1
01.05.10. .	Referidos a: (Adolescente)	216	216
01.05.10.01.	Odontología	37	37
01.05.10.02.	Oftalmología	4	4
01.05.10.03.	Traumatología y Ortopedia	19	19
01.05.10.04.	O.R.L.	2	2
01.05.10.05.	Pediatría	6	6
01.05.10.06.	Medicina Interna	8	8
01.05.10.07.	Dermatología	6	6
01.05.10.08.	Cirugía Ambulatoria	28	28
01.05.10.09.	Nutrición	25	25
01.05.10.10.	Neumonología	3	3
01.05.10.11.	Ginecología	13	13
01.05.10.12.	Obstetricia	59	59
01.05.10.13.	Cardiología	1	1
01.05.10.14.	Nefrología	0	0
01.05.10.15.	Salud Mental	0	0
01.05.10.16.	Endocrinología	0	0
01.05.10.17.	Neurología	3	3
01.05.10.18.	Atención Psiquiátrica Ambulatoria	0	0
01.05.10.19.	Hospitalización Psiquiátrica de Agudos	0	0
01.05.10.20.	Comunidad Terapéutica	0	0

01.05.10.21.	Programas Sociales	0	0
01.05.10.22.	Educación Especial (Ministerio de Sanidad)	0	0
01.05.10.23.	Rehabilitación de Base Comunitaria	0	0
01.05.10.24.	Médicos de Familia	0	0
01.05.10.25.	Reumatología	0	0
01.05.10.26.	Enfermería	0	0
01.05.10.27.	Psicología	1	1
01.05.10.28.	Toxicología	1	1
01.05.11. .	Examen de Mamas (Adolescente)	3376	3376
01.05.11.01.	Normal	3376	3376
01.05.11.02.	Patológico	0	0
01.05.12. .	Nivel Educativo (Adolescente)	698	698
01.05.12.01.	Primaria Completa	154	154
01.05.12.02.	Primaria Incompleta	122	122
01.05.12.03.	Básica Completa	162	162
01.05.12.04.	Básica Incompleta	116	116
01.05.12.05.	Diversificada Completa	101	101
01.05.12.06.	Diversificada Incompleta	29	29
01.05.12.07.	Técnica Completa	10	10
01.05.12.08.	Técnica Incompleta	1	1
01.05.12.09.	Universitaria Completa	0	0
01.05.12.10.	Universitaria Incompleta	1	1
01.05.12.11.	Analfabeta (o)	2	2

DSP-04. Ambulatorio el Consejo. Visitas

Código	Actividad	Realizado en Período	Acumulado
14. . . .	VISITAS		
14.00.01. .	Total Visitas	78	78
14.00.01.01.	A Familias Nuevas con Alto Riesgo	0	0
14.00.01.02.	A Familias de Bajo Control con Bajo Riesgo	0	0
14.00.01.03.	A Niño s < 7 años con Alto Riesgo	0	0
14.00.01.04.	A Casos Prenatales Alto Riesgo	0	0
14.00.01.05.	A Casos T.B.C.	1	1
14.00.01.06.	A NIC II y NIC III con 6 Meses o + sin Ubicación	33	33
14.00.01.07.	A Infantes Diabéticos Abandono Tratamiento	0	0
14.00.01.08.	A Contactos de V.I.H.	0	0
14.00.01.09.	A Contactos de Sífilis	0	0
14.00.01.10.	A Contactos de Blenorragia	0	0
14.00.01.11.	A Casos de Chagas	0	0
14.00.01.12.	A Casos de Malaria	0	0
14.00.01.13.	A Casos de Bilharzia	0	0
14.00.01.14.	A Casos de Leptospirosis	0	0
14.00.01.15.	A Casos de Dengue	0	0
14.00.01.16.	A Casos de Rabia	1	1
14.00.01.17.	A Casos de Brucelosis	0	0
14.00.01.18.	A U.R.O.s.	1	1
14.00.01.19.	A Escuelas	12	12
14.00.01.20.	A Otras Instituciones	5	5
14.00.01.21.	Otros	25	25
14.00.02. .	Del Total de 0102 Cuántas Visitas Fueron por:	95	95

14.00.02.01.	Enfermería	61	61
14.00.02.02.	Auxiliar de Enfermería	1	1
14.00.02.03.	Medicina Simplificada	0	0
14.00.02.04.	Trabajador Social	0	0
14.00.02.05.	Promotor Social	0	0
14.00.02.06.	Médico	8	8
14.00.02.07.	Inspector Salud Pública	0	0
14.00.02.08.	Equipo de Salud	25	25
14.00.02.09.	Consulta Familiar (Centros de Atención Integral)	0	0

DSP-04. El Consejo

23. . . .	PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES (P.A.I.)		
23.01. . .	Rutina		
23.01.01. .	Triple (D.P.T)	505	505
23.01.01.01.	Menores de 1 Año	311	311
23.01.01.01.01	Primera Dosis	58	58
23.01.01.01.02	Segunda Dosis	95	95
23.01.01.01.03	Tercera Dosis	158	158
23.01.01.02.	De 1 Año	117	117
23.01.01.02.01	Primera Dosis	1	1
23.01.01.02.02	Segunda Dosis	15	15
23.01.01.02.03	Tercera Dosis	48	48
23.01.01.02.04	Refuerzo	53	53
23.01.01.03.	De 2 Años	77	77
23.01.01.03.01	Primera Dosis	2	2
23.01.01.03.02	Segunda Dosis	4	4
23.01.01.03.03	Tercera Dosis	17	17
23.01.01.03.04	Refuerzo	54	54
23.01.02. .	Antipoliomielítica	1060	1060
23.01.02.01.	Recien Nacido	217	217
23.01.02.01.01	Dosis Única	205	205
23.01.02.02.	Menores de 1 Año	759	759
23.01.02.02.01	Primera Dosis	277	277
23.01.02.02.02	Segunda Dosis	247	247
23.01.02.02.03	Tercera Dosis	235	235
23.01.02.03.	De 1 Año	58	58
23.01.02.03.01	Primera Dosis	3	3
23.01.02.03.02	Segunda Dosis	11	11
23.01.02.03.03	Tercera Dosis	44	44
23.01.02.03.04	Otra Dosis	0	0
23.01.02.04.	De 2 Años	12	12
23.01.02.04.01	Primera Dosis	2	2
23.01.02.04.02	Segunda Dosis	2	2
23.01.02.04.03	Tercera Dosis	8	8
23.01.02.04.04	Otras Dosis	0	0
23.01.02.05.	De 3 Años	1	1
23.01.02.05.01	Primera Dosis	1	1
23.01.02.05.02	Segunda Dosis	0	0

23.01.02.05.03	Tercera Dosis	0	0
23.01.02.06.	De 4 Años	13	13
23.01.02.06.01	Primera Dosis	0	0
23.01.02.06.02	Segunda Dosis	4	4
23.01.02.06.03	Tercera Dosis	9	9
23.01.03. .	Toxoide Tetánico	3932	3932
23.01.03.01.	De 4 a 6 Años	94	94
23.01.03.01.01	Primera Dosis	12	12
23.01.03.01.02	Segunda Dosis	9	9
23.01.03.01.03	Tercera Dosis	73	73
23.01.03.02.	De 7 a 11 Años	351	351
23.01.03.02.01	Primera Dosis	10	10
23.01.03.02.02	Segunda Dosis	6	6
23.01.03.02.03	Refuerzos	335	335
23.01.03.03.	De 12 a 18 Años	485	485
23.01.03.03.01	Primera Dosis	91	91
23.01.03.03.02	Segunda Dosis	56	56
23.01.03.03.03	Refuerzos	338	338
23.01.03.04.	De 19 a 59 Años	1236	1236
23.01.03.04.01	Primera Dosis	39	39
23.01.03.04.02	Segunda Dosis	43	43
23.01.03.04.03	Refuerzos	1154	1154
23.01.03.05.	60 Años y Más	1766	1766
23.01.03.05.01	Primera Dosis	28	28
23.01.03.05.02	Segunda Dosis	13	13
23.01.03.05.03	Refuerzos	1725	1725
23.01.04. .	Antihepatitis B	5959	5959
23.01.04.01.	Recien Nacido	196	196
23.01.04.01.01	Dosis Única	196	196
23.01.04.02.	Menores de 1 Año	225	225
23.01.04.02.01	Primera Dosis	36	36
23.01.04.02.02	Segunda Dosis	68	68
23.01.04.02.03	Tercera Dosis	121	121
23.01.04.03.	De 1 Año	52	52
23.01.04.03.01	Primera Dosis	7	7
23.01.04.03.02	Segunda Dosis	10	10
23.01.04.03.03	Tercera Dosis	35	35
23.01.04.03.04	Refuerzo	0	0
23.01.04.04.	De 2 Años	21	21
23.01.04.04.01	Primera Dosis	4	4
23.01.04.04.02	Segunda Dosis	4	4
23.01.04.04.03	Tercera Dosis	13	13
23.01.04.04.04	Refuerzo	0	0
23.01.04.05.	De 3 Años	20	20
23.01.04.05.01	Primera Dosis	6	6
23.01.04.05.02	Segunda Dosis	3	3
23.01.04.05.03	Tercera Dosis	11	11
23.01.04.05.04	Refuerzo Dosis	0	0
23.01.04.06.	De 4 a 6 Años	92	92
23.01.04.06.01	Primera Dosis	26	26

23.01.04.06.02	Segunda Dosis	29	29
23.01.04.06.03	Tercera Dosis	37	37
23.01.04.07.	De 7 a 11 Años	266	266
23.01.04.07.01	Primera Dosis	113	113
23.01.04.07.02	Segunda Dosis	87	87
23.01.04.07.03	Tercera Dosis	66	66
23.01.04.08.	De 12 a 18 Años	591	591
23.01.04.08.01	Primera Dosis	370	370
23.01.04.08.02	Segunda Dosis	132	132
23.01.04.08.03	Tercera Dosis	89	89
23.01.04.09.	De 19 a 59 Años	4496	4496
23.01.04.09.01	Primera Dosis	2773	2773
23.01.04.09.02	Segunda Dosis	1340	1340
23.01.04.09.03	Tercera Dosis	383	383
23.01.04.10.	De 60 Años y Más	0	0
23.01.04.10.01	Primera Dosis	0	0
23.01.04.10.02	Segunda Dosis	0	0
23.01.04.10.03	Tercera Dosis	0	0
23.01.05. .	B.C.G.	330	330
23.01.05.01.	Menores de 1 Mes	240	240
23.01.05.01.01	Dosis Única	240	240
23.01.05.02.	De 1 a 11 Meses	78	78
23.01.05.02.01	Dosis Única	78	78
23.01.05.03.	De 1 Año	12	12
23.01.05.03.01	Dosis Única	10	10
23.01.05.04.	De 2 a 4 Años	0	0
23.01.05.04.01	Dosis Única	0	0
23.01.05.05.	De 5 a 14 Años	0	0
23.01.05.05.01	Dosis Única	0	0
23.01.06. .	Trivalente Viral	181	181
23.01.06.01.	De 1 Año	121	121
23.01.06.01.01	Dosis Única	107	107
23.01.06.02.	De 2 Años	23	23
23.01.06.02.01	Dosis Única	23	23
23.01.06.03.	De 3 Años	16	16
23.01.06.03.01	Dosis Única	15	15
23.01.06.04.	De 4 Años	21	21
23.01.06.04.01	Dosis Única	21	21
23.01.06.05.	De 5 a 9 Años	0	0
23.01.06.05.01	Dosis Única	0	0
23.01.06.06.	De 10 a 14 Años	0	0
23.01.06.06.01	Dosis Única	0	0
23.01.06.07.	De 15 Años y Más	0	0
23.01.06.07.01	Dosis Única	0	0
23.01.07. .	Antihaemophilus Influenzae Tipo B	363	363
23.01.07.01.	Menores de 1 Año	240	240
23.01.07.01.01	Primera Dosis	91	91
23.01.07.01.02	Segunda Dosis	86	86
23.01.07.01.03	Tercera Dosis	63	63
23.01.07.02.	De 1 Año	98	98

23.01.07.02.01	Primera Dosis	0	0
23.01.07.02.02	Segunda Dosis	0	0
23.01.07.02.03	Tercera Dosis	0	0
23.01.07.02.04	Dosis Única	98	98
23.01.07.03.	De 2 Años	12	12
23.01.07.03.01	Dosis Única	12	12
23.01.07.04.	De 3 Años	9	9
23.01.07.04.01	Dosis Única	9	9
23.01.07.05.	De 4 Años	4	4
23.01.07.05.01	Dosis Única	4	4
23.01.08. .	Antirrubeola	0	0
23.01.08.01.	De 7 Años	0	0
23.01.08.01.01	Dosis Única	0	0
23.01.08.02.	De 8 a 9 Años	0	0
23.01.08.02.01	Dosis Única	0	0
23.01.09. .	Antiamarilica	4166	4166
23.01.09.01.	Menores de 1 Año	0	0
23.01.09.01.01	Dosis Única	0	0
23.01.09.02.	De 1 Año	269	269
23.01.09.02.01	Dosis Única	221	221
23.01.09.03.	De 2 Años	99	99
23.01.09.03.01	Dosis Única	91	91
23.01.09.04.	De 3 Años	82	82
23.01.09.04.01	Dosis Única	82	82
23.01.09.05.	De 4 a 6 Años	103	103
23.01.09.05.01	Dosis Única	103	103
23.01.09.06.	De 7 a 11 Años	2006	2006
23.01.09.06.01	Dosis Única	2006	2006
23.01.09.07.	De 12 a 18 Años	303	303
23.01.09.07.01	Dosis Única	303	303
23.01.09.10.	De 19 a 59 Años	1282	1282
23.01.09.10.01	Dosis Única	1282	1282
23.01.09.11.	De 60 Años y Más	22	22
23.01.09.11.01	Dosis Única	22	22
23.01.10. .	Suero Antiofidico (Emponzoñamiento Ofidico)		
23.01.10.01.	Personas Mordidas	0	0
23.01.10.01.01	Número de Personas Emponzoñadas	0	0
23.01.10.02.	Tratamiento Administrado	0	0
23.01.10.02.01	Nº Tratamiento	0	0
23.01.11. .	Suero Antiescorpionico		
23.01.11.01.	Nº Emponzoñamientos	0	0
23.01.11.01.01	Número de Personas Emponzoñadas	0	0
23.01.11.02.	Número Ampollas Utilizadas	0	0
23.01.11.02.01	Número de Ampollas	0	0
23.01.12. .	Antirrábica Humana		
23.01.12.01.	Total de Dosis Aplicadas	146	146
23.01.12.01.01	Dosis Aplicada	146	146
23.01.12.02.	Total de Sueros Gastados	0	0
23.01.12.02.01	Sueros Gastados	0	0
23.01.12.03.	Personas Mordidas (Mordedura Sospechosa a Rabia)	125	125

23.01.12.03.01	Número de Personas Mordidas	125	125
23.01.12.04.	Personas Tratadas	36	36
23.01.12.04.01	Número de Personas Tratadas	36	36
23.01.12.05.	Total de Tratamientos Completos	13	13
23.01.12.05.01	Tratamientos Completos sin Suero (7 dosis)	13	13
23.01.12.05.02	Tratamientos Completos con Suero (7 dosis + refuerzo)	0	0
23.01.12.06.	Total de Tratamientos Incompletos	23	23
23.01.12.06.01	Total de Tratamientos Incompletos por Normas Epidemiológicas	16	16
23.01.12.06.02	Total de Tratamientos Incompletos por Abandono	7	7
23.01.13. .	P.P.D.		
23.01.13.01.	P.P.D. Lectura Positiva	0	0
23.01.13.01.01	Lectura Positiva	0	0
23.01.13.02.	P.P.D. Lectura Negativa	4	4
23.01.13.02.01	Lectura Negativa	4	4
23.01.14. .	Antisarampionosa	89	89
23.01.14.01.	De 6 a 11 Meses	7	7
23.01.14.01.01	Dosis Única	0	0
23.01.14.02.	De 1 Año	2	2
23.01.14.02.01	Dosis Única	0	0
23.01.14.03.	De 2 a 4 Años	2	2
23.01.14.03.01	Dosis Única	0	0
23.01.14.04.	De 5 a 14 Años	3	3
23.01.14.04.01	Dosis Única	0	0
23.01.14.05.	De 15 Años y Más	75	75
23.01.14.05.01	Dosis Única	73	73
23.01.15. .	d.T	0	0
23.01.15.01.	De 12 a 18 Años	0	0
23.01.15.01.01	Primera Dosis	0	0
23.01.15.01.02	Segunda Dosis	0	0
23.01.15.01.03	Refuerzo	0	0
23.01.15.02.	De 19 a 59 Años	0	0
23.01.15.02.01	Primera Dosis	0	0
23.01.15.02.02	Segunda Dosis	0	0
23.01.15.02.03	Refuerzo	0	0
23.01.15.03.	De 60 Años y Más	0	0
23.01.15.03.01	Primera Dosis	0	0
23.01.15.03.02	Segunda Dosis	0	0
23.01.15.03.03	Refuerzo	0	0
23.01.16. .	Pentavalente	413	413
23.01.16.01.	Menores de 1 Año	413	413
23.01.16.01.01	Primera Dosis	205	205
23.01.16.01.02	Segunda Dosis	137	137
23.01.16.01.03	Tercera Dosis	71	71
23.01.16.02.	De 1 Año	0	0
23.01.16.02.01	Primera Dosis	0	0
23.01.16.02.02	Segunda Dosis	0	0
23.01.16.02.03	Tercera Dosis	0	0
23.01.16.03.	De 2 Años	0	0
23.01.16.03.01	Primera Dosis	0	0

23.01.16.03.02	Segunda Dosis	0	0
23.01.16.03.03	Tercera Dosis	0	0
23.01.17. .	Dupla Viral (Bivalente: Rubéola y Sarampión)	0	0
23.01.17.01.	De 1 Año	0	0
23.01.17.01.01	Dosis Única	0	0
23.01.17.02.	De 2 Años	0	0
23.01.17.02.01	Dosis Única	0	0
23.01.17.03.	De 3 Años	0	0
23.01.17.03.01	Dosis Única	0	0
23.01.17.04.	De 4 Años	0	0
23.01.17.04.01	Dosis Única	0	0
23.01.17.05.	De 5 a 9 Años	0	0
23.01.17.05.01	Dosis Única	0	0
23.01.17.06.	De 10 a 14 Años	0	0
23.01.17.06.01	Dosis Única	0	0
23.01.17.07.	De 15 Años y Más	0	0
23.01.17.07.01	Dosis Única	0	0
23.01.18. .	Antimeningococemia	0	0
23.01.18.01.	De 1 año	0	0
23.01.18.01.01	Primera Dosis	0	0
23.01.18.01.02	Segunda Dosis	0	0
23.01.18.02.	De 2 Años	0	0
23.01.18.02.01	Primera Dosis	0	0
23.01.18.02.02	Segunda Dosis	0	0
23.01.18.03.	De 3 Años	0	0
23.01.18.03.01	Primera Dosis	0	0
23.01.18.03.02	Segunda Dosis	0	0
23.01.18.04.	De 4 Años	0	0
23.01.18.04.01	Primera Dosis	0	0
23.01.18.04.02	Segunda Dosis	0	0
23.01.18.05.	De 5 a 14 Años	0	0
23.01.18.05.01	Primera Dosis	0	0
23.01.18.05.02	Segunda Dosis	0	0
23.01.18.06.	De 15 Años y Más	0	0
23.01.18.06.01	Primera Dosis	0	0
23.01.18.06.02	Segunda Dosis	0	0
23.02. . .	Jornada de Vacunación		
23.02.01. .	Triple (Jornada)	36	36
23.02.01.01.	Menores de 1 Año	13	13
23.02.01.01.01	Primera Dosis	0	0
23.02.01.01.02	Segunda Dosis	10	10
23.02.01.01.03	Tercera Dosis	3	3
23.02.01.02.	De 1 Año	12	12
23.02.01.02.01	Primera Dosis	0	0
23.02.01.02.02	Segunda Dosis	1	1
23.02.01.02.03	Tercera Dosis	5	5
23.02.01.02.04	Refuerzo	6	6
23.02.01.03.	De 2 Años	11	11
23.02.01.03.01	Primera Dosis	0	0
23.02.01.03.02	Segunda Dosis	0	0

23.02.01.03.03	Tercera Dosis	5	5
23.02.01.03.04	Refuerzo	6	6
23.02.02. .	Antipoliomelítica (Jornada)	575	575
23.02.02.01.	Recien Nacido	2	2
23.02.02.01.01	Dosis Única	2	2
23.02.02.02.	Menores de 1 Año	138	138
23.02.02.02.02	Primera Dosis	32	32
23.02.02.02.03	Segunda Dosis	29	29
23.02.02.02.04	Tercera Dosis	16	16
23.02.02.02.05	Otras Dosis	61	61
23.02.02.03.	De 1 Año	103	103
23.02.02.03.01	Primera Dosis	0	0
23.02.02.03.02	Segunda Dosis	2	2
23.02.02.03.03	Tercera Dosis	1	1
23.02.02.03.04	Otras Dosis	100	100
23.02.02.04.	De 2 Años	121	121
23.02.02.04.01	Primera Dosis	0	0
23.02.02.04.02	Segunda Dosis	1	1
23.02.02.04.03	Tercera Dosis	4	4
23.02.02.04.04	Otras Dosis	116	116
23.02.02.05.	De 3 Años	134	134
23.02.02.05.01	Primera Dosis	1	1
23.02.02.05.02	Segunda Dosis	0	0
23.02.02.05.03	Tercera Dosis	0	0
23.02.02.05.04	Otras Dosis	133	133
23.02.02.06.	De 4 Años	77	77
23.02.02.06.01	Primera Dosis	0	0
23.02.02.06.02	Segunda Dosis	0	0
23.02.02.06.03	Tercera Dosis	0	0
23.02.02.06.04	Otras Dosis	77	77
23.02.02.07.	De 5 Años	0	0
23.02.02.07.01	Primera Dosis	0	0
23.02.02.07.02	Segunda Dosis	0	0
23.02.02.07.03	Tercera Dosis	0	0
23.02.03. .	Trivalente Viral (Jornada)	32	32
23.02.03.01.	De 1 Año	25	25
23.02.03.01.01	Dosis Única	25	25
23.02.03.02.	De 2 Años	4	4
23.02.03.02.01	Dosis Única	4	4
23.02.03.03.	De 3 Años	1	1
23.02.03.03.01	Dosis Única	1	1
23.02.03.04.	De 4 Años	2	2
23.02.03.04.01	Dosis Única	2	2
23.02.03.05.	Otras Dosis	0	0
23.02.03.06.	De 10 a 14 Años	0	0
23.02.03.06.01	Dosis Única	0	0
23.02.03.07.	De 15 Años y Más	0	0
23.02.03.07.01	Dosis Única	0	0
23.02.04. .	Antihepatitis B (Jornada)	726	726
23.02.04.01.	Menores de 1 Año	16	16

23.02.04.01.01	Primera Dosis	0	0
23.02.04.01.02	Segunda Dosis	5	5
23.02.04.01.03	Tercera Dosis	11	11
23.02.04.02.	De 1 Año	7	7
23.02.04.02.01	Primera Dosis	0	0
23.02.04.02.02	Segunda Dosis	2	2
23.02.04.02.03	Tercera Dosis	5	5
23.02.04.02.04	Refuerzo	0	0
23.02.04.03.	De 2 Años	9	9
23.02.04.03.01	Primera Dosis	1	1
23.02.04.03.02	Segunda Dosis	1	1
23.02.04.03.03	Tercera Dosis	7	7
23.02.04.03.04	Refuerzo	0	0
23.02.04.04.	De 3 Años	3	3
23.02.04.04.01	Primera Dosis	1	1
23.02.04.04.02	Segunda Dosis	0	0
23.02.04.04.03	Tercera Dosis	2	2
23.02.04.04.04	Refuerzo	0	0
23.02.04.05.	De 4 a 6 Años	15	15
23.02.04.05.01	Primera Dosis	6	6
23.02.04.05.02	Segunda Dosis	3	3
23.02.04.05.03	Tercera Dosis	6	6
23.02.04.06.	De 7 a 11 Años	24	24
23.02.04.06.01	Primera Dosis	13	13
23.02.04.06.02	Segunda Dosis	5	5
23.02.04.06.03	Tercera Dosis	6	6
23.02.04.07.	De 12 a 19 Años	67	67
23.02.04.07.01	Primera Dosis	33	33
23.02.04.07.02	Segunda Dosis	21	21
23.02.04.07.03	Tercera Dosis	13	13
23.02.04.08.	De 19 a 59 Años	584	584
23.02.04.08.01	Primera Dosis	325	325
23.02.04.08.02	Segunda Dosis	120	120
23.02.04.08.03	Tercera Dosis	139	139
23.02.04.09.	De 60 Años y Más	1	1
23.02.04.09.01	Primera Dosis	1	1
23.02.04.09.02	Segunda Dosis	0	0
23.02.04.09.03	Tercera Dosis	0	0
23.02.05. .	Antihaemophilus (Jornada)	30	30
23.02.05.01.	Menores de 1 Año	6	6
23.02.05.01.01	Primera Dosis	4	4
23.02.05.01.02	Segunda Dosis	1	1
23.02.05.01.03	Tercera Dosis	1	1
23.02.05.02.	De 1 Año	13	13
23.02.05.02.01	Dosis Única	13	13
23.02.05.03.	De 2 Años	7	7
23.02.05.03.01	Dosis Única	7	7
23.02.05.04.	De 3 Años	3	3
23.02.05.04.01	Dosis Única	3	3
23.02.05.05.	De 4 Años	1	1

23.02.05.05.01	Dosis Única	1	1
23.02.06. .	Toxoide Tetánico (Jornada)	357	357
23.02.06.01.	De 4 a 6 Años	3	3
23.02.06.01.01	Primera Dosis	0	0
23.02.06.01.02	Segunda Dosis	0	0
23.02.06.01.03	Refuerzo	3	3
23.02.06.02.	De 7 a 11 Años	59	59
23.02.06.02.01	Primera Dosis	0	0
23.02.06.02.02	Segunda Dosis	0	0
23.02.06.02.03	Refuerzo	59	59
23.02.06.03.	De 12 a 18 Años	31	31
23.02.06.03.01	Primera Dosis	5	5
23.02.06.03.02	Segunda Dosis	1	1
23.02.06.03.03	Refuerzo	25	25
23.02.06.04.	De 19 a 59 Años	123	123
23.02.06.04.01	Primera Dosis	2	2
23.02.06.04.02	Segunda Dosis	2	2
23.02.06.04.03	Refuerzo	119	119
23.02.06.05.	De 60 Años y Más	141	141
23.02.06.05.01	Primera Dosis	2	2
23.02.06.05.02	Segunda Dosis	0	0
23.02.06.05.03	Refuerzo	139	139
23.02.07. .	Antisarampionosa (Antisarampionosa)	0	0
23.02.07.01.	De 6 a 11 Meses	0	0
23.02.07.01.01	Dosis Única		
23.02.07.02.	De 1 Año	0	0
23.02.07.02.01	Dosis Única	0	0
23.02.07.03.	De 2 Años	0	0
23.02.07.03.01	Dosis Única	0	0
23.02.07.04.	De 3 Años	0	0
23.02.07.04.01	Dosis Única	0	0
23.02.07.05.	De 4 Años	0	0
23.02.07.05.01	Dosis Única	0	0
23.02.07.06.	De 5 a 14 Años	0	0
23.02.07.06.01	Dosis Única	0	0
23.02.07.07.	De 15 Años y Más	0	0
23.02.07.07.01	Dosis Única	0	0
23.02.08. .	Antiamarilica (Jornada)	522	522
23.02.08.01.	Menores de 1 Año (Antiamarilica Jornada)	0	0
23.02.08.01.01	Dosis Única	0	0
23.02.08.02.	De 1 Año	36	36
23.02.08.02.01	Dosis Única	36	36
23.02.08.03.	De 2 Años	27	27
23.02.08.03.01	Dosis Única	27	27
23.02.08.04.	De 3 Años	23	23
23.02.08.04.01	Dosis Única	23	23
23.02.08.05.	De 4 a 6 Años	25	25
23.02.08.05.01	Dosis Única	25	25
23.02.08.06.	De 7 a 11 Años	304	304
23.02.08.06.01	Dosis Única	304	304

23.02.08.07.	De 12 a 18 Años	7	7
23.02.08.07.01	Dosis Única	7	7
23.02.08.08.	De 19 a 59 Años	100	100
23.02.08.08.01	Dosis Única	100	100
23.02.08.09.	De 60 Años y Más	0	0
23.02.08.09.01	Dosis Única	0	0
23.02.09. .	d.T (Jornada)	0	0
23.02.09.01.	De 12 a 18 Años	0	0
23.02.09.01.01	Primera Dosis	0	0
23.02.09.01.02	Segunda Dosis	0	0
23.02.09.01.03	Refuerzo	0	0
23.02.09.02.	De 19 a 59 Años	0	0
23.02.09.02.01	Primera Dosis	0	0
23.02.09.02.02	Segunda Dosis	0	0
23.02.09.02.03	Refuerzo	0	0
23.02.09.03.	De 60 Años y Más	0	0
23.02.09.03.01	Primera Dosis	0	0
23.02.09.03.02	Segunda Dosis	0	0
23.02.09.03.03	Refuerzo	0	0
23.02.10. .	Pentavalente (Jornada)	54	54
23.02.10.01.	Menores de 1 año	54	54
23.02.10.01.01	Primera Dosis	29	29
23.02.10.01.02	Segunda Dosis	18	18
23.02.10.01.03	Tercera Dosis	7	7
23.02.10.02.	De 1 Año	0	0
23.02.10.02.01	Primera Dosis	0	0
23.02.10.02.02	Segunda Dosis	0	0
23.02.10.02.03	Tercera Dosis	0	0
23.02.10.03.	De 2 Años	0	0
23.02.10.03.01	Primera Dosis	0	0
23.02.10.03.02	Segunda Dosis	0	0
23.02.10.03.03	Tercera Dosis	0	0
23.02.11. .	P.P.D (Jornada)	0	0
23.02.11.01.	P.P.D. Lectura Positiva (Jornada)	0	0
23.02.11.02.	P.P.D. Lectura Negativa (Jornada)	0	0
23.02.12. .	Dupla Viral (Bivalente: Rubéola y Sarampión) (Jornada)	0	0
23.02.12.01.	De 1 Año	0	0
23.02.12.01.01	Dosis Única	0	0
23.02.12.02.	De 2 Años	0	0
23.02.12.02.01	Dosis Única	0	0
23.02.12.03.	De 3 Años	0	0
23.02.12.03.01	Dosis Única	0	0
23.02.12.04.	De 4 Años	0	0
23.02.12.04.01	Dosis Única	0	0
23.02.12.05.	De 5 a 9 Años	0	0
23.02.12.05.01	Dosis Única	0	0
23.02.12.06.	De 10 a 14 Años	0	0
23.02.12.06.01	Dosis Única	0	0
23.02.12.07.	De 15 Años y Más	0	0
23.02.12.07.01	Dosis Única	0	0

23.02.13. .	Antimeningococemia (Jornada)	0	0
23.02.13.01.	De 1 Año	0	0
23.02.13.01.01	Primera Dosis	0	0
23.02.13.01.02	Segunda Dosis	0	0
23.02.13.02.	De 2 Años	0	0
23.02.13.02.01	Primera Dosis	0	0
23.02.13.02.02	Segunda Dosis	0	0
23.02.13.03.	De 3 Años	0	0
23.02.13.03.01	Primera Dosis	0	0
23.02.13.03.02	Segunda Dosis	0	0
23.02.13.04.	De 4 Años	0	0
23.02.13.04.01	Primera Dosis	0	0
23.02.13.04.02	Segunda Dosis	0	0
23.02.13.05.	De 5 a 14 Años	0	0
23.02.13.05.01	Primera Dosis	0	0
23.02.13.05.02	Segunda Dosis	0	0
23.02.13.06.	De 15 Años y Más	0	0
23.02.13.06.01	Primera Dosis	0	0
23.02.13.06.02	Segunda Dosis	0	0
23.03. . .	Barrido		
23.03.01. .	Triple (Barrido)	0	0
23.03.01.01.	Menores de 1 Año	0	0
23.03.01.01.01	Primera Dosis	0	0
23.03.01.01.02	Segunda Dosis	0	0
23.03.01.01.03	Tercera Dosis	0	0
23.03.01.02.	De 1 Año	0	0
23.03.01.02.01	Primera Dosis	0	0
23.03.01.02.02	Segunda Dosis	0	0
23.03.01.02.03	Tercera Dosis	0	0
23.03.01.02.04	Refuerzo	0	0
23.03.01.03.	De 2 Años	0	0
23.03.01.03.01	Primera Dosis	0	0
23.03.01.03.02	Segunda Dosis	0	0
23.03.01.03.03	Tercera Dosis	0	0
23.03.01.03.04	Refuerzo	0	0
23.03.02. .	Antipoliomelítica (Barrido)	0	0
23.03.02.01.	Recien Nacido	0	0
23.03.02.01.01	Dosis Única	0	0
23.03.02.02.	Menores de 1 Año	0	0
23.03.02.02.02	Primera Dosis	0	0
23.03.02.02.03	Segunda Dosis	0	0
23.03.02.02.04	Tercera Dosis	0	0
23.03.02.02.05	Otras Dosis	0	0
23.03.02.03.	De 1 Año	0	0
23.03.02.03.01	Primera Dosis	0	0
23.03.02.03.02	Segunda Dosis	0	0
23.03.02.03.03	Tercera Dosis	0	0
23.03.02.03.04	Otras Dosis	0	0
23.03.02.04.	De 2 Años	0	0
23.03.02.04.01	Primera Dosis	0	0

23.03.02.04.02	Segunda Dosis	0	0
23.03.02.04.03	Tercera Dosis	0	0
23.03.02.04.04	Otras Dosis	0	0
23.03.02.05.	De 3 Años	0	0
23.03.02.05.01	Primera Dosis	0	0
23.03.02.05.02	Segunda Dosis	0	0
23.03.02.05.03	Tercera Dosis	0	0
23.03.02.05.04	Otras Dosis	0	0
23.03.02.06.	De 4 Años	0	0
23.03.02.06.01	Primera Dosis	0	0
23.03.02.06.02	Segunda Dosis	0	0
23.03.02.06.03	Tercera Dosis	0	0
23.03.02.06.04	Otras Dosis	0	0
23.03.02.07.	De 5 años	0	0
23.03.02.07.01	Primera Dosis	0	0
23.03.02.07.02	Segunda Dosis	0	0
23.03.02.07.03	Tercera Dosis	0	0
23.03.02.07.04	Otras Dosis	0	0
23.03.03. .	Toxoide Tetánico (Barrido)	0	0
23.03.03.01.	De 4 a 6 Años	0	0
23.03.03.01.01	Primera Dosis	0	0
23.03.03.01.02	Segunda Dosis	0	0
23.03.03.01.03	Refuerzo	0	0
23.03.03.02.	De 7 a 11 Años	0	0
23.03.03.02.01	Primera Dosis	0	0
23.03.03.02.02	Segunda Dosis	0	0
23.03.03.02.03	Refuerzo	0	0
23.03.03.03.	De 12 a 18 Años	0	0
23.03.03.03.01	Primera Dosis	0	0
23.03.03.03.02	Segunda Dosis	0	0
23.03.03.03.03	Refuerzo	0	0
23.03.03.04.	De 19 a 59 Años	0	0
23.03.03.04.01	Primera Dosis	0	0
23.03.03.04.02	Segunda Dosis	0	0
23.03.03.04.03	Refuerzo	0	0
23.03.03.05.	De 60 Años y Más	0	0
23.03.03.05.01	Primera Dosis	0	0
23.03.03.05.02	Segunda Dosis	0	0
23.03.03.05.03	Refuerzo	0	0
23.03.04. .	Trivalente Viral (Barrido)	0	0
23.03.04.01.	De 1 Año	0	0
23.03.04.01.01	Dosis Única	0	0
23.03.04.02.	De 2 Años	0	0
23.03.04.02.01	Dosis Única	0	0
23.03.04.03.	De 3 Años	0	0
23.03.04.03.01	Dosis Única	0	0
23.03.04.04.	De 4 Años	0	0
23.03.04.04.01	Dosis Única	0	0
23.03.04.05.	De 5 a 9 Años	0	0
23.03.04.05.01	Dosis Única	0	0

23.03.04.06.	De 10 a 14 Años	0	0
23.03.04.06.01	Dosis Única	0	0
23.03.04.07.	De 15 Años y Más	0	0
23.03.04.07.01	Dosis Única	0	0
23.03.05. .	Antisarampionosa (Barrido)	0	0
23.03.05.01.	De 6 a 11 Meses	0	0
23.03.05.01.01	Dosis Única	0	0
23.03.05.02.	De 1 Año	0	0
23.03.05.02.01	Dosis Única	0	0
23.03.05.03.	De 2 Años	0	0
23.03.05.03.01	Dosis Única	0	0
23.03.05.04.	De 3 Años	0	0
23.03.05.04.01	Dosis Única	0	0
23.03.05.05.	De 4 Años	0	0
23.03.05.05.01	Dosis Única	0	0
23.03.05.06.	De 5 a 14 Años	0	0
23.03.05.06.01	Dosis Única	0	0
23.03.05.07.	De 15 Años y Más	0	0
23.03.05.07.01	Dosis Única	0	0
23.03.06. .	Antihepatitis B (Barrido)	0	0
23.03.06.01.	Menores de 1 Año	0	0
23.03.06.01.01	Primera Dosis	0	0
23.03.06.01.02	Segunda Dosis	0	0
23.03.06.01.03	Tercera Dosis	0	0
23.03.06.02.	De 1 Año	0	0
23.03.06.02.01	Primera Dosis	0	0
23.03.06.02.02	Segunda Dosis	0	0
23.03.06.02.03	Tercera Dosis	0	0
23.03.06.02.04	Refuerzo	0	0
23.03.06.03.	De 2 Años	0	0
23.03.06.03.01	Primera Dosis	0	0
23.03.06.03.02	Segunda Dosis	0	0
23.03.06.03.03	Tercera Dosis	0	0
23.03.06.03.04	Refuerzo	0	0
23.03.06.04.	De 3 Años	0	0
23.03.06.04.01	Primera Dosis	0	0
23.03.06.04.02	Segunda Dosis	0	0
23.03.06.04.03	Tercera Dosis	0	0
23.03.06.04.04	Refuerzo	0	0
23.03.06.05.	De 4 a 6 Años	0	0
23.03.06.05.01	Primera Dosis	0	0
23.03.06.05.02	Segunda Dosis	0	0
23.03.06.05.03	Tercera Dosis	0	0
23.03.06.06.	De 7 a 11 Años	0	0
23.03.06.06.01	Primera Dosis	0	0
23.03.06.06.02	Segunda Dosis	0	0
23.03.06.06.03	Tercera Dosis	0	0
23.03.06.07.	De 12 a 18 Años	0	0
23.03.06.07.01	Primera Dosis	0	0
23.03.06.07.02	Segunda Dosis	0	0

23.03.06.07.03	Tercera Dosis	0	0
23.03.06.08.	De 19 a 59 Años	0	0
23.03.06.08.01	Primera Dosis	0	0
23.03.06.08.02	Segunda Dosis	0	0
23.03.06.08.03	Tercera Dosis	0	0
23.03.06.09.	De 60 Años y Más	0	0
23.03.06.09.01	Primera Dosis	0	0
23.03.06.09.02	Segunda Dosis	0	0
23.03.06.09.03	Tercera Dosis	0	0
23.03.07. .	Antihaemophilus Tipo B (Barrido)	0	0
23.03.07.01.	Menores de 1 Año	0	0
23.03.07.01.01	Primera Dosis	0	0
23.03.07.01.02	Segunda Dosis	0	0
23.03.07.01.03	Tercera Dosis	0	0
23.03.07.02.	De 1 Año		
23.03.07.02.01	Dosis Única	0	0
23.03.07.03.	De 2 Años	0	0
23.03.07.03.01	Dosis Única	0	0
23.03.07.04.	De 3 Años	0	0
23.03.07.04.01	Dosis Única	0	0
23.03.07.05.	De 4 Años	0	0
23.03.07.05.01	Dosis Única	0	0
23.03.08. .	Antiamarilica(Barrido)	0	0
23.03.08.01.	Menores de 1 Año	0	0
23.03.08.01.01	Dosis Única	0	0
23.03.08.02.	De 1 Año	0	0
23.03.08.02.01	Dosis Única	0	0
23.03.08.03.	De 2 Años	0	0
23.03.08.03.01	Dosis Única	0	0
23.03.08.04.	De 3 Años	0	0
23.03.08.04.01	Dosis Única	0	0
23.03.08.05.	De 4 a 6 Años	0	0
23.03.08.05.01	Dosis Única	0	0
23.03.08.06.	De 7 a 11 Años	0	0
23.03.08.06.01	Dosis Única	0	0
23.03.08.07.	De 12 a 18 Años	0	0
23.03.08.07.01	Dosis Única	0	0
23.03.09. .	d.T (Barrido)	0	0
23.03.09.01.	De 12 a 18 Años	0	0
23.03.09.01.01	Primera dosis	0	0
23.03.09.01.02	Segunda Dosis	0	0
23.03.09.01.03	Refuerzo	0	0
23.03.09.02.	De 19 a 59 Años	0	0
23.03.09.02.01	Primera Dosis	0	0
23.03.09.02.02	Segunda Dosis	0	0
23.03.09.02.03	Refuerzo	0	0
23.03.09.03.	De 60 Años y Más	0	0
23.03.09.03.01	Primera Dosis	0	0
23.03.09.03.02	Segunda Dosis	0	0
23.03.09.03.03	Refuerzo	0	0

23.03.10. .	Pentavalente (Barrido)	0	0
23.03.10.01.	Menores de 1 Año	0	0
23.03.10.01.01	Primera Dosis	0	0
23.03.10.01.02	Segunda Dosis	0	0
23.03.10.01.03	Tercera Dosis	0	0
23.03.10.02.	De 1 Año	0	0
23.03.10.02.01	Primera Dosis	0	0
23.03.10.02.02	Segunda Dosis	0	0
23.03.10.02.03	Tercera Dosis	0	0
23.03.10.03.	De 2 Años	0	0
23.03.10.03.01	Primera Dosis	0	0
23.03.10.03.02	Segunda Dosis	0	0
23.03.10.03.03	Tercera Dosis	0	0
23.03.11. .	P.P.D (Barrido)	0	0
23.03.11.01.	P.P.D. Lectura Positiva (Barrido)	0	0
23.03.11.01.01	Lectura Positiva	0	0
23.03.11.02.	P.P.D. Lectura Negativa (Barrido)	0	0
23.03.11.02.01	Lectura Negativa	0	0
23.03.12. .	Dupla Viral (Bivalente: Rubéola y Sarampión) (Barrido)	0	0
23.03.12.01.	De 1 Año	0	0
23.03.12.01.01	Dosis Única	0	0
23.03.12.02.	De 2 Años	0	0
23.03.12.02.01	Dosis Única	0	0
23.03.12.03.	De 3 Años	0	0
23.03.12.03.01	Dosis Única	0	0
23.03.12.04.	De 4 Años	0	0
23.03.12.04.01	Dosis Única	0	0
23.03.12.05.	De 5 a 9 Años	0	0
23.03.12.05.01	Dosis Única	0	0
23.03.12.06.	De 10 a 14 Años	0	0
23.03.12.06.01	Dosis Única	0	0
23.03.12.07.	De 15 Años y Más	0	0
23.03.12.07.01	Dosis Única	0	0
23.03.13. .	Antimeningococemia (Barrido)	0	0
23.03.13.01.	De 1 Año	0	0
23.03.13.01.01	Primera Dosis	0	0
23.03.13.01.02	Segunda Dosis	0	0
23.03.13.02.	De 2 Años	0	0
23.03.13.02.01	Primera Dosis	0	0
23.03.13.02.02	Segunda Dosis	0	0
23.03.13.03.	De 3 Años	0	0
23.03.13.03.01	Primera Dosis	0	0
23.03.13.03.02	Segunda Dosis	0	0
23.03.13.04.	De 4 Años	0	0
23.03.13.04.01	Primera Dosis	0	0
23.03.13.04.02	Segunda Dosis	0	0
23.03.13.05.	De 5 a 14 Años	0	0
23.03.13.05.01	Primera Dosis	0	0
23.03.13.05.02	Segunda Dosis	0	0
23.03.13.06.	De 15 Años y Más	0	0

23.03.13.06.01	Primera Dosis	0	0
23.03.13.06.02	Segunda Dosis	0	0

Actividad	Realizado en Período	Acumulado
CONTRALORÍA SANITARÍA		
Programa Control de Higiene de los Alimentos		
Nº de Certificaciones Sanitarias de Exportación	0	0
Nº de Microempresas en la Localidad	0	0
Nº de Industrias en la Localidad	0	0
Nº de Industrias Supervisadas	0	0
Nº de Industrias Inspeccionadas	0	0
Nº de Industrias Permisadas	0	0
Nº de Industrias con Ordenamientos por Cumplir	0	0
Nº de Establecimientos Fijos en la Localidad	0	0
Nº de Establecimientos Fijos Supervisados	0	0
Nº de Establecimientos Fijos Inspeccionados	0	0
Nº de Establecimientos Fijos Permisados	0	0
Nº de Establecimientos Fijos con Ordenamientos por Cumplir	0	0
Nº de Ventas Ambulantes Supervisadas	0	0
Nº de Ventas Ambulantes Inspeccionadas	0	0
Nº de Ventas Ambulantes Permisadas	0	0
Nº de Ventas Ambulantes Con Ordenamientos por Cumplir	0	0
Nº de Escuelas en la Localidad	0	0
Nº de Cantinas Escolares Supervisadas	0	0
Nº de Cantinas Escolares Inspeccionadas	0	0
Nº de Cantinas Escolares Permisadas	0	0
Nº de Cantinas Escolares con Ordenamientos por Cumplir	0	0
Nº de Comedores Escolares en la Localidad	0	0
Nº de Comedores Escolares Supervisados	0	0
Nº de Comedores Escolares Inspeccionados	0	0
Nº de Comedores Escolares Permisados	0	0
Nº de Comedores Escolares con Ordenamientos por Cumplir	0	0
Nº de Unidades Productoras de Programas Sociales en la Localidad	0	0
Nº de Plantas Beneficiadoras de Animales en la Localidad	0	0
Nº de Plantas Beneficiadoras de Animales Supervisadas	0	0
Nº de Plantas Beneficiadoras de Animales Inspeccionadas	0	0
Nº de Plantas Beneficiadoras de Animales Permisadas	0	0
Nº de Plantas Beneficiadoras de Animales con Ordenamientos por Cumplir	0	0
Nº de Plantas Pasteurizadoras de Leche en la Localidad	0	0
Nº de Plantas Pasteurizadoras de Leche Supervisadas	0	0
Nº de Plantas Pasteurizadoras de Leche Inspeccionadas	0	0
Nº de Plantas Pasteurizadoras de Leche Permisadas	0	0
Nº de Plantas Pasteurizadoras de Leche con Ordenamientos por Cumplir	0	0
Nº de Transportes de Alimentos en la Localidad	0	0
Nº de Transportes de Alimentos Supervisados	0	0
Nº de Transportes de Alimentos Inspeccionados	0	0
Nº de Transportes de Alimentos Permisados	0	0

Nº de Transportes de Alimentos con Ordenamientos por Cumplir	0	0
Nº de Cursos de Buenas Prácticas Manufacturación de Alimentos	0	0
Nº de Usuarios Capacitados	0	0
Nº de Centros de Abastecimiento en la Localidad	0	0
Nº de Centros de Abastecimiento Supervisados	0	0
Nº de Centros de Abastecimiento Inspeccionados	0	0
Nº de Centros de Abastecimiento Permisados	0	0
Nº de Centros de Abastecimiento con Ordenamientos por Cumplir	0	0
Total de Actividades Administrativas (Higiene de los Alimentos)		
Nº de Planillas de Notificación	0	0
Nº de Planillas Ejecutivas	0	0
Nº de Cláusulas	0	0
Nº de Decomisos	0	0
Nº de Asesorías Técnicas	0	0
Programa Control y Regulación de Establecimientos, Equipos y Profesionales de la Salud		
Establecimiento de la Salud Asistenciales Públicos Supervisados	0	0
Establecimientos de la Salud Asistenciales Públicos Permisados	0	0
Establecimientos de la Salud Asistenciales Privados Supervisados	0	0
Establecimientos de la Salud Asistenciales Privados Permisados	0	0
Consultorios Médicos Supervisados	0	0
Consultorios Médicos Permisados	0	0
Consultorios Odontológicos Supervisados	0	0
Consultorios Odontológicos Permisados	0	0
Consultorios de Técnicas Médicas Auxiliar Supervisados	0	0
Consultorios de Técnicas Médicas Auxiliar Permisado	0	0
Consultorios de Estética Humana Similares y/o Afines Supervisados	0	0
Consultorios de Estética Humana Similares y/o Afines Permisados	0	0
Nº de Supervisiones a Industrias de Equipos Médicos	0	0
Nº de Funerarias Supervisadas	0	0
Nº de Funerarias Permisadas	0	0
Nº de Profesionales Censados	0	0
Nº de Asesorías Técnicas	0	0
Nº de Clausuras	0	0
Nº de Técnicos Censados	0	0
Programa de Drogas y Cosméticos		
Nº de Farmacias en la Localidad	0	0
Nº de Farmacias Inspeccionadas	0	0
Nº de Farmacias Permisadas	0	0
Nº de Farmacias con Ordenamientos por Cumplir	0	0
Nº de Establecimientos de Productos Naturales en la Localidad	0	0
Nº de Establecimientos de Productos Naturales Inspeccionados	0	0
Nº de Establecimientos de Productos Naturales Permisados	0	0
Nº de Establecimientos de Productos Naturales con Ordenamientos por Cumplir	0	0
Programa de Laboratorio de Control de Alimentos		
0407 Nº de Análisis Realizados para Registros de Alimentos	0	0
Nº de resultados de Alimentos Alterados	0	0
Nº de resultados de Alimentos Contaminados	0	0
Nº de resultados de Alimentos Normales	0	0
0407 Nº de Análisis de Control de Alimento	0	0

Nº de Resultados de Control de Alimentos Alterados	0	0
Nº de Resultados de Control de Alimentos Contaminados	0	0
Nº de Resultados de Control de Alimentos Normal	0	0
0407 Nº de Análisis de Alimentos por Denuncias	0	0
Nº de resultados de Alimentos Alterados	0	0
Nº de resultados de Alimentos Contaminados	0	0
Nº de resultados de Alimentos Normal	0	0
0407 Nº de Servicios de Extensión Analítica	0	0
Nº de Serv. Anál. Inst. de Prog. Soc. y/o Común	0	0
Nº de Análisis Alterados	0	0
0407 Nº de Análisis de Investigación de Brotes de E.T.A.	0	0
Nº de Análisis Positivos en Investigación de Brotes de E.T.A.	0	0
0407 Nº de Investigación Cólera	0	0
Nº de Investigación Colera Positivos	0	0
Nº de Asesorías Técnicas	0	0
Nº de Visitas Técnicas	0	0

CUESTIONARIO

Fecha: _____ N° _____

Nombre Completo: _____

Sector donde pertenece: _____

Ambulatorio más cercano: _____

INSTRUCCIONES

1.- Lea cada pregunta y responda sólo cuando esté (a) de haberla comprendido.

2.- Marque con una X la opción seleccionada en cada caso.

En aquellas preguntas donde sea necesario, escriba con letra de molde.

1.- ¿Le han explicado alguna vez lo que es la atención integral? ¿Sabe Ud. a que se refiere?

1.- Marque con una X. ¿Le han explicado alguna vez lo que es la atención integral?

1.1	SI	
1.2	NO	

2.- Marque con una X las áreas donde ha recibido capacitación.

2.1	Prevención de Infecciones Respiratorias Agudas	
2.2	Amamantamiento	
2.3	Tabacos y otras drogas	
2.4	Tuberculosis	
2.5	Nutrición e higiene	
2.6	Otros. Especifique:	
2.7	Ninguna	

3.- Si su respuesta anterior es afirmativa, es decir, si marcó "Si". Señale a continuación, con una X, las áreas en las que le gustaría ser capacitado.

3.1	Prevención de Infecciones Respiratorias Agudas	
3.2	Vacunas	
3.3	Prevención en diarreas	
3.4	Diabetes e hipertensión arterial	
3.5	Dengue	
3.6	Otros. Especifique:	
3.7	Ninguna	

4.- Sabe UD. Lo que es prevención

4.1	SI	
4.2	NO	

5.- Si su respuesta es afirmativa (si) anote la respuesta correcta

5.1	La atención que se brinda cuando se está enfermo	
5.2	La atención después de la enfermedad	
5.3	La atención que se ofrece antes de producirse la enfermedad	
5.4	Ninguna de las anteriores	
5.5	Todas las anteriores	

6.- Marque con una X en los recuadro siguientes aquella (s) enfermedad (es) que Ud. cree, afectan al sistema Respiratorio.

6.1	Faringitis	
6.2	Dengue	
6.3	Sarampión	
6.4	Rubéola	

6.5	Amigdalitis	
6.6	Asma	
6.7	Neumonías	
6.8	Ninguna	

7.- ¿Cada cuanto tiempo recibe visitas domiciliarias por el personal del ambulatorio?

7.1	Mensualmente		7.4	Una vez al año	
7.2	Cada 3 meses		7.5	Nunca	
7.3	Cada 6 meses				

8.- ¿Qué profesional del ambulatorio lo han visitado en su residencia?

8.1	Médico	
8.2	Odontólogo	
8.3	Trabajador Social_	
8.4	Enfermera	
8.5	Auxiliar de enfermería	
8.6	Inspector sanitario	
8.7	Ninguno	
8.8	Otro. Especifique:	

9.- ¿Cuánto Tiempo espera para que lo atiendan en el ambulatorio?

9.1 Mucho ____ 9.2 Poco ____ 9.3 Nada ____ 9.4 No contestó _____

10.- ¿Cómo se traslada desde su casa al ambulatorio? (Marque con una X)

10.1 Transporte público ____ 10.2 Trans. Propio ____ 10.3 Caminando ____ 10.4 No sabe ____

11.- que cantidad de niños menores de cinco (5) años viven en su casa

11.1	Uno (1)	
11.2	Dos (2)	
11.3	Tres (3)	
11.4	Cuatro	
11.5	Más de cuatro (4)	
11.6	Ninguno	

Si Ud. respondió la anterior pregunta, puede contestar las siguientes, en caso contrario, ignórelas:

12.- ¿Cuándo su hijo(a) o representado(a), menor de 5 años, manifiesta problemas respiratorios a donde se dirige para su atención? Marque sólo la opción más usual.

12.1	Hospital	
12.2	Ambulatorio	
12.3	Centro de atención. Barrio Adentro	
12.4	IVSS	
12.5	Otro servicio. Especifique:	
12.6	Ninguno	

13.- ¿Cuál de estas enfermedades ha presentado, alguna vez, su hijo menor de 5 años?

13.1	Tos y resfriado	
13.2	Amigdalitis	
13.3	Dolor de oído	
13.4	Bronquitis	

11.5	Asma	
11.6	Rinitis (Congestión nasal)	
11.7	Neumonía	
11.8	Otra. Especifique:	

14.- Cuantas veces ha llevado a su hijo(a) o representado menor de 5 años al ambulatorio u otro servicio de atención por enfermedades respiratorias.

14.1 Mas de una vez ____ 14.2 una vez ____ 14.3 Nunca _____

15.- Si su hijo(a) o representado, menor de 5 años, padece alguna enfermedad respiratoria, ¿cuáles cree usted son las posibles causas? (Marque con una X)

15.1	Desnutrición	
15.2	Contaminación aérea (por quema)	
15.3	Ausencia de Vacunas	
15.4	Contaminación por desechos Industriales	
15.5	contaminación por depósitos de aguas negras	
15.6	Acumulación de basura cerca a su vivienda	
15.7	Otro. Especifique:	

16.- ¿Por cuáles otras consultas lleva a su hijo(a) o representado, menor de 5 años, al ambulatorio?

16.1	Vacunas	
16.2	Estado Nutricional	
16.3	Control y tratamiento de la Diarrea	
16.4	Parasitosis	
16.5	Atención Odontológica	
16.6	Otro. Especifique:	

17.- ¿Han referido a su hijo(a) o representado, menor de 5 años, para otro servicio?

17.1	Hospital	
17.2	IVSS	
17.3	Ambulatorio Barrio Adentro	
17.4	Otros Especifique:	
17.5	Ninguno	

18.- Marque con una X los medicamentos utilizados, en el ambulatorio, para tratar las Infecciones Respiratorias Agudas, en niños menores de 5 años

18.1	Acetaminofen_	
18.2	antibiótico (Amoxicilina)	
18.3	Cefalosporina	
18.4	Trimetropin (Sulfa)	
18.5	Antihistamínico	
18.6	Penicilina	
18.7	Ambroxol	
18.8	Otro. Especifique	

19.- ¿Cree Ud. Que la enfermedad de su hijo menores de 5 años, sea motivo de ausentismo laboral de los padres o representante? (Marque con una X)

19.1	SI	
19.2	NO	

20.- Marque con una X, el tipo de vivienda que habita.

20.1	Casa	
20.2	Apartamento	
20.3	Anexo de casa	
20.4	Casa de múltiple familia	

20.5	Comparte casa o apartamento	
20.6	Habitación	
20.7	Otro. Especifique:	

21.- Marque con una X los ambientes que tiene su vivienda de habitación:

21.1	Sala	
21.2	Comedor	
21.3	Cocina	

21.4	Lavadero	
21.5	N° de habitaciones	
21.6	Patio o jardín	

22.- Cerca de su vivienda existe:

22.1	Zona Industrial	
22.2	Depósitos de aguas negras	
22.3	Eliminar	
22.4	Acumulaciones inadecuadas de basura	
22.5	Otros. Especifique:	
22.6	Ninguno	

23.- ¿Cuál es su opinión a cerca del servicio que recibe del ambulatorio?

23.1 Excelente____ 23.2 Muy bueno____ 23.3 Buena____ 23.4 Regular____

23.5 deficiente _____

24.- Existe en su Comunidad

24.1	ONG	
24.2	Comité de salud	

24.3	Consejo local de Planificación comunitaria	
24.4	Otra. Especifique:	
24.5	Ninguna	
24.6	Todas las anteriores	

25.- Marque con una X, en algunas de las actividades del ambulatorio en las cuales a participado

25.1	Jornadas de Vacunación	
25.2	Actividades Comunitarias en Salud	
25.3	Jornadas de prevención sobre dengue	
25.4	Club de Diabético	
25.5	Club de hipertenso	
25.6	Madres UROC	
25.7	Club de asmático	
25.8	Otros. Especifique:	
25.9	Ninguna de las anteriores	

MUCHAS GRACIAS, POR SU ATENCIÓN





