

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERIA, NUTRICIÓN Y
TECNOLOGÍA MÉDICA
UNIDAD DE POSTGRADO**



**EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LLENADO DE LA FICHA
EPIDEMIOLÓGICA Y SOLICITUD DE ESTUDIOS DE LABORATORIO COVID-
19 SEGÚN REQUERIMIENTOS ESTABLECIDOS, REALIZADO EN EL
CENTRO MUNICIPAL INTEGRAL DE SALUD PAMPAHASI BAJO EN 32
SEMANAS EPIDEMIOLÓGICAS GESTIONES 2020 Y 2021**

**POSTULANTE: Dra. Ana María Young Viscarra
TUTOR: Dr. Víctor Miguel Estrada Zacarías**

**Trabajo de Grado presentado para optar al título de Especialista en
Gestión de Calidad y Auditoría Médica**

La Paz - Bolivia
2021

DEDICATORIA

Al personal de salud, que ya no comparte con nosotros, por la COVID-19.

AGRADECIMIENTOS

Al equipo de salud del “Centro Municipal Integral de Salud Pampahasi Bajo”, por su labor tesonera y dedicación diaria.

A las personas, pacientes, embarazadas que acudieron al “Centro Municipal Integral de Salud Pampahasi Bajo” por una atención médica o dental, entre junio a diciembre de 2020 y enero a febrero de 2021, a las que se les tomaron los datos para el llenado de la “Ficha Epidemiológica y Solicitud de Estudios de Laboratorio COVID-19”, que sirvió esencialmente para el presente trabajo.

A mi hija, Ana Katherine Sainz Young, por su apoyo incondicional en el manejo de herramientas informáticas y por el regalo de su valioso tiempo.

INDICE DE CONTENIDO

	Pág.
DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTOS	iii
INDICE DE CONTENIDO.....	iv
INDICE DE ANEXOS	vii
ACRÓNIMOS.....	viii
RESUMEN	x
ABSTRACT	xii
I. INTRODUCCIÓN.....	14
II. ANTECEDENTES	16
III. JUSTIFICACIÓN.....	19
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	24
4.1. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	25
V. OBJETIVOS.....	26
VI. MARCO TEÓRICO	27
6.1. Calidad	27
6.2. Gestión de Calidad	27
6.3. Evaluación de la calidad.....	28
6.4. Calidad de atención.....	28
6.5. Auditoria	29
6.6. Auditoria en salud.....	29
6.7. Auditoria de fuentes secundarias	29
6.8. Clínica de la COVID-19 (19).....	31
6.8.1 Sintomatología.....	31
6.8.2. Clasificación COVID-19 según sintomatología.....	34
6.8.3. Definición de caso sospechoso	32
6.9. Ficha Epidemiológica y solicitud de laboratorio COVID-19	33
6.9.1. Primera instructiva (19)	34
6.9.2. Segunda instructiva	35

6.9.3.Tercera instructiva	35
6.9.4. Datos Generales de la Ficha COVID-19.....	38
I. Criterios de identificación.....	37
II. Criterios epidemiológicos.....	38
III. Criterios clínicos	39
6.10. MARCO CONTEXTUAL	40
6.10.1. Macrodistrito San Antonio.....	40
6.10.2. Red funcional de salud SAFCI.....	41
6.10.3. Estrategia del Modelo SAFCI	42
6.10.4. Principios del modelo SAFCI	44
6.10.5. Red de Salud N° 4. ESTE.....	46
6.10.6.Area del Análisis.....	51
VII. DISEÑO METODOLÓGICO	54
7.1. Tipo de Estudio.....	54
7.2 Población, Area de Estudio y Muestra.....	54
7.3. Listado de Variables.....	57
7.4. Medición/Operacionalización de Variables (TABLA 7)	58
7.5. Consideraciones Eticas	62
VIII. RESULTADOS	64
8.1. Criterios de Identificación	64
8.2. Criterios Epidemiológicos	65
8.3 Criterios Clínicos	66
IX. DISCUSIÓN.....	71
X. CONCLUSIONES	77
XI. RECOMENDACIONES.....	78
XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	80

INDICE DE TABLAS

	Pág.
1 Clasificación según sintomatología de la COVID-19.....	32
2 Criterios de la Ficha Epidemiológica	37
3. Macro distrito San Antonio.....	40
4. Establecimientos de salud. Red N° 4. Este.....	47
5. Recurso Humanos, Centro Municipal de salud Pampahasi Bajo.....	52
6.. Calculo de la Muestra.....	53
7. Operacionalizacion de variables.....	58
8. Resultados: Criterios de Identificación.....	67
9. Resultados: Criterios Epidemiológicos.....	69
10. Resultados: Criterios Clínicos.....	70

INDICE DE ANEXOS

	Pág.
1. Ficha Epidemiológica y Solicitud de Estudios de Laboratorio COVID-19,	84
2. Instructivo del Llenado de la Ficha Epidemiológica	85
3. Formulario 302 ^a SNIS-VE	86
4. Carta de anuencia para la realización del relevamiento de datos	88
5. Link del formulario de relevamiento de datos	89
6. Nota de aceptación de del CSI Pampahasi Bajo	90
7-8-9. Contenido 1 ^a , 2 ^a , 3 ^a Ficha Epidemiológica	91
10. Población por edades, Datos SNIS. Pampahasi Bajo	94

ACRÓNIMOS

ART.	Artículo
AUX.	Auxiliar
B.J.A.	Bono Juana Azurduy
C.A.I.	Comité de Análisis de la Información
C.P.E.	Constitución Política del Estado
C.S.I.	Centro de Salud Integral
CMSIPB	Centro Municipal de Salud Integral Pampahasi Bajo
COVID-19	Coronavirus de 2019
D.G.P.	Dirección General de Planificación
DPTO	Departamento
DR.	Doctor
DRA.	Doctora
D. S.	Decreto Supremo
EPSAS	Empresa Publica del Sistema de Agua y Saneamiento
GAMLP	Gobierno Autónomo Municipal de La Paz
IN	Instructiva
ISO	International Organization for Standardization
L.P.	La Paz
LIC.	Licenciada
MS	Ministerio de Salud
M.S.D.	Ministerio de Salud y Deportes
Msnm	Metros sobre el nivel del mar
MT	Medio tiempo
mt	Metros
N°	Numero
OMS	Organización Mundial de la Salud

PAI	Programa Ampliado de Inmunizaciones
POA	Programación Operativa Anual
PRONACS	Proyecto Nacional de Calidad en Salud
R.M.	Resolución Ministerial
R.S.I.	Reglamento Sanitario Internacional
SAFCI	Salud Familiar Comunitaria Intercultural
SAMAPA	Servicio Autónomo Municipal de Agua Potable y Alcantarillado
SARS CoV-2	Síndrome Agudo Respiratorio Severo y Coronavirus 2
SCZ	Santa Cruz
SEDES	Servicio Departamental en Salud
SEM	Semana
SNIS	Subsistema Nacional de Información en Salud
SNIS-VE	Subsistema Nacional de Información en Salud – Vigilancia Epidemiológica
S.N.S.	Sistema Nacional de Salud
S.U.S.	Seguro Universal de Salud
T.C.	Tiempo Completo
USA	United States America
VE	Vigilancia Epidemiológica

RESUMEN

El presente trabajo está referido a la evaluación del cumplimiento del llenado de los datos recogidos en la “Ficha Epidemiológica y Solicitud de Estudios de Laboratorio COVID-19”, siendo una de las principales debilidades, la falta de llenado riguroso de las partes y los ítems que solicita la misma, con el objetivo de verificar el cumplimiento del llenado de la Ficha COVID, en el Centro Municipal de Salud Integral Pampahasi Bajo, en 32 semanas epidemiológicas comprendidas entre junio a diciembre de la gestión 2020 y de enero y febrero de la gestión 2021.

Para fines de la valoración correspondiente, la ficha COVID contiene 9 ítems o rubros, los que se agruparon según criterios: de Identificación, de Epidemiología y de Clínica; cada uno de los criterios consigna una evaluación del 30% como llenado deficiente, del 50% como llenado regular y del 70% como llenado satisfactorio.

Los resultados, según los criterios analizados y evaluados son:

- **Criterio de Identificación**, el resultado está en la categoría satisfactorio con un llenado del 88% y el 12% restante corresponde a la categoría regular. Pertenecen a este rubro: Datos del Establecimiento notificador, identificación del caso/paciente y datos de la persona que notifica.
- **Criterio Epidemiológico**, el resultado está en la categoría regular con el llenado del 54%, categoría deficiente con el 45% y categoría satisfactoria con el 1%. Corresponden a este rubro: Antecedentes epidemiológicos propiamente dichos (pmd), datos en caso de hospitalización y/o aislamiento y datos de la persona con la que el caso sospechoso estuvo en contacto (desde el inicio de los síntomas).
- **Criterio Clínico y Laboratorio**, el resultado está en la categoría deficiente con el 73%, en la categoría regular el 27% y en la categoría satisfactoria el 0%; del llenado deficitario. Corresponden a este rubro los datos clínicos

propriadamente dichos, enfermedades de base o factores de riesgo y laboratorio.

El llenado de la ficha epidemiológica y solicitud de estudios de laboratorio COVID-19 es pobre en las variables analizadas, demostrando un deficiente llenado, especialmente en las partes sensibles a la salud como son datos clínicos y laboratorio.

Aplicando procesos de evaluación, capacitación constante y paralelas acompañados de procesos de supervisión capacitante, se espera que haya un mejor llenado de estos registros.

PALABRAS CLAVE: Ficha Epidemiológica y solicitud de estudios de laboratorio COVID-19, evaluación, registro del dato.

ABSTRACT

This work refers to the evaluation of the quality of the data collected in the "Epidemiological File and Request for Laboratory Studies COVID-19", one of the main shortcomings or non-conformities being the lack of rigorous filling of the parts and the items requested by it. In order to verify compliance with the correct filling and without omissions of the COVID File, in the Municipal Center for Comprehensive Health Pampahasi Bajo, in 32 epidemiological weeks between June to December of the 2020 management and January and February of the 2021 management .

For the purposes of the corresponding assessment, the 9 parts of the COVID File were grouped into 3 criteria: Identification, Epidemiology and Clinic; Each of the criteria gives an evaluation of 30% as poor filling, 50% as regular filling and 70% as satisfactory filling.

The results, according to the analyzed and evaluated criteria, are not at all pleasant.

- Identification criteria, the result is in the satisfactory category with a filling of 88% and the remaining 12% corresponds to the regular category. They belong to this category: Data of the notifying establishment, identification of the case / patient and data of the person who notifies.
- Epidemiological criteria, Epidemiological antecedents, the result is in the regular category with 54% filling, deficient category with 45% and satisfactory category with 1%. They correspond to this item: Epidemiological history proper (pmd), data in case of hospitalization and / or isolation and data of the person with whom the suspected case was in contact (from the onset of symptoms).
- Clinical and Laboratory Criteria, Clinical Data, the result is in the deficient category with 73%, in the regular category 27% and in the satisfactory

category 0%; deficit filling. The actual clinical data, underlying diseases or risk and laboratory factors correspond to this item.

The filling of the epidemiological file and request for COVID-19 laboratory studies is poor in the variables analyzed, showing a poor quality of filling, especially in the parts sensitive to health such as clinical and laboratory data.

Applying constant and parallel evaluation and training processes accompanied by enabling supervision processes, it is expected that there will be an improvement in the quality of service provision, such as the improvement in the filling of these records.

KEY WORDS: Epidemiological file and request for COVID-19 laboratory studies, evaluation, quality of records, quality of care.

I. INTRODUCCIÓN

Las investigaciones recientes realizadas por la Organización Mundial de la Salud – OMS, (1) sobre la enfermedad causada por los coronavirus, indican que: “La COVID-19 es la enfermedad infecciosa causada por el coronavirus que se ha descubierto más recientemente (2019). Tanto este nuevo virus como la enfermedad que provoca eran desconocidos antes de que estallara el brote en Wuhan (China) en diciembre de 2019. Actualmente la COVID-19 es una pandemia que afecta a muchos países de todo el mundo” (1).

Los síntomas más habituales de la COVID-19 son la fiebre, la tos seca y el cansancio. Otros síntomas menos frecuentes que afectan a algunos pacientes son la congestión nasal, el dolor de cabeza, la conjuntivitis, el dolor de garganta, la diarrea, la pérdida del gusto o el olfato y las erupciones cutáneas o cambios de color en los dedos de las manos o los pies. Estos síntomas suelen ser leves y comienzan gradualmente. Algunas de las personas infectadas solo presentan síntomas levísimos” (1).

Esta pandemia, extendida hasta Bolivia, ha permitido la rápida evolución e introducción de cambios en las instituciones prestadoras de servicios de salud regulares y de emergencias, tanto de los sub-sectores público, privado y de la seguridad social a corto plazo; las mismas que amparadas por el Proyecto Nacional de Calidad en Salud - PRONACS, implementado por el entonces Ministerio de Salud y Deportes en la gestión de 2007 (2), desarrollaron bases prácticas y operativas en Gestión de Calidad de los servicios de salud según niveles de atención.

El Sistema Nacional de Información en Salud – Vigilancia Epidemiológica (SNIS-VE) (3), instancia estratégica del Ministerio de Salud y Deportes; dependiente de la Dirección de Planificación; es la responsable de proveer datos e información para la gerencia y la vigilancia epidemiológica que

permitan tomar decisiones adecuadas y oportunas en la planificación, ejecución y evaluación de políticas públicas en el ámbito de la salud. Para este efecto se tienen diseñados instrumentos de recolección de datos como son, entre otros, los formularios 302, 303, y las fichas epidemiológicas de las enfermedades notificables semanal, mensual y diariamente como es el caso de la COVID-19 (4). Los formularios y las fichas son aplicados en los establecimientos de salud de los respectivos niveles de atención del sistema público y privado de salud.

En este sentido, siguiendo las instrucciones establecidas para el llenado de la “Ficha Epidemiológica y Solicitud de Estudios de Laboratorio COVID-19”, se evitaría resultados inesperados e inoportunos al momento de hacer un monitoreo y control del llenado.

Este estudio servirá como antecedente de otras investigaciones similares para la implementación de procesos de control y seguimiento de registros de datos en las fichas epidemiológicas y otros instrumentos.

II. ANTECEDENTES

Desde que la enfermedad causada por el coronavirus, detectada en diciembre de 2019, al Sur de China, declarada en primera instancia como epidemia y tras su diseminación mundial, como pandemia, catalogada así por la Organización Mundial de la Salud - OMS, el 11 de marzo de 2020 (1), los estudios e investigaciones van en aumento día a día (5).

Bolivia identificó y confirmó los dos primeros casos de COVID-19 el 10 de marzo de 2020, en los departamentos de Oruro y Santa Cruz (Ministerio de Salud y Deportes, 2020) (6). Las autoridades del Ministerio de Salud y Deportes, a través de la Unidad de Epidemiología, en el marco de la Declaración de la Organización Mundial de la Salud (OMS), como Emergencia de Salud Pública Internacional recomiendan, a fin de prevenir el contagio de todas las infecciones respiratorias en ámbitos de riesgo (personal de salud, personal que trabaja en puntos de entrada al país vías aérea y terrestre, etc.) Implementar medidas de control de infecciones, en el primer punto de contacto con la persona posiblemente infectada, (protocolo para la higiene respiratoria, intensificación de la higiene de manos con agua y jabón o alcohol en gel, uso de barbijo permanentemente y aislamiento de 1.5 a 2.0 metros entre personas) (7).

En esa línea de acción, el Estado Plurinacional de Bolivia, ha emitido el D.S. 4179 de fecha 12 de marzo del 2020 en el que se declara Situación de Emergencia Nacional por la presencia del brote de Coronavirus (COVID-19) (8) y emite el Decreto Supremo N° 4174 en fecha 4 de marzo 2020 que permite de manera excepcional efectuar la contratación y compra directa de medicamentos, dispositivos médicos, insumos, reactivos, equipamiento médico, y servicios de consultoría de personal de salud para la prevención, control y atención de la emergencia (9).

Este suceso de afección mundial en el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) constituye un evento inusitado de notificación obligatoria inmediata

(10). Con el objetivo de fortalecer y coadyuvar en la Vigilancia Epidemiológica de COVID-19 en Bolivia, detectar rápidamente la ocurrencia de casos y proporcionar información epidemiológica, el Sistema Nacional de Información en Salud y Vigilancia Epidemiológica (SNIS-VE) en coordinación con la Unidad de Epidemiología del Ministerio de Salud y Deportes, habilitó los instrumentos de notificación para casos sospechosos que pudieran llegar a presentarse en Bolivia (4).

En cumplimiento de la gestión y flujo de información establecida por el SNIS-VE, los casos en investigación (sospechosos) de COVID-19, deben ser informados inmediatamente a los responsables de vigilancia epidemiológica del establecimiento a cargo de la atención, que a su vez lo notificarán, de forma urgente a través de la Red de Salud al SNIS-VE tanto departamental (SEDES) como nacional (Ministerio de Salud y Deportes).

Para realizar la notificación, el personal de salud deberá completar la ficha establecida – Ficha Epidemiológica y Solicitud de Estudios de Laboratorio COVID-19 (Anexo N° 1) (11), se incluirá el caso en la planilla de notificación inmediata (Anexo N° 2) y en la planilla notificación semanal “Grupo de enfermedades de notificación obligatoria inmediata” al igual que en el formulario 302a del software 2020 del Sistema Nacional de Información en Salud y Vigilancia y Epidemiológica SNIS-VE (4). La notificación inmediata debe realizarse dentro de las 24 horas de ocurrido el caso, utilizando para el envío de la planilla y ficha; el correo electrónico, fax o whatsapp.

Para la notificación semanal, la planilla se transmite por correo electrónico o alternativamente whatsapp y la información se carga en el software específico del SNIS-VE (formulario 302a). Paralelamente, la notificación por las instancias mencionadas deberá realizarse de forma inmediata a la Unidad de Epidemiología del Servicio Departamental de Salud (SEDES) correspondiente y a la Unidad de Epidemiología Nacional del Ministerio de Salud y Deportes. Seguidamente, el personal de salud deberá iniciar acciones de control local de acuerdo a los protocolos instituidos por las

instancias correspondientes y solicitarán apoyo para realizar la investigación y control respectivo (12).

En el transcurso del tiempo, desde diciembre de 2019, dado el primer caso de COVID-19 hasta la fecha, existen investigaciones y estudios relacionados con la nueva enfermedad en sus aspectos clínicos, virológicos, epidemiológicos, patológicos, farmacológicos; no existiendo estudios específicos sobre el relevamiento de la información y la utilización de la “Ficha Epidemiológica y Solicitud de Estudios de Laboratorio COVID-19”, de notificación inmediata. Aspectos valiosos del proceso de atención que hacen a la calidad de la información, su gestión y por lo tanto de la atención (12).

III. JUSTIFICACIÓN

La pandemia de COVID-19 ha constituido un acontecimiento sin precedentes; ha planteado un desafío enorme en los sistemas de salud de todos los países y especialmente del Estado Plurinacional de Bolivia - EPB, por las características que presenta la misma en cuanto a la evolución clínica, epidemiológica, laboratorial entre otras.

En el mes de mayo de 2020, el Ministerio de Salud y Deportes, la Unidad de Epidemiología y la Dirección General de Servicios de Salud - DGSS del EPB, con el objetivo de establecer lineamientos y conductas para el manejo de casos sospechosos y confirmados de COVID-19, ha elaborado y publicado la “Guía para el Manejo del COVID-19” Versión Abril 2020, en revisión permanente (4).

Este documento describe aspectos concernientes a la clínica, epidemiología Vigilancia Epidemiológica, diagnóstico, laboratorio, tratamiento de la COVID19, basada en los hechos y acontecimientos ocurridos en Bolivia.

La vigilancia epidemiológica (3) es una de las principales herramientas para conocer el comportamiento de las enfermedades en la población, en particular de las que tienen potencial epidémico y las que tienen factores de riesgo que son factibles de intervenir para prevenirlas e incluso eliminarlas, dado su impacto en la salud pública, para apoyar:

La detección de brotes en forma precoz.

- a. La identificación de cambios en el comportamiento de agentes infecciosos y la aparición de nuevos agentes.
- b. El uso de la información de la vigilancia de la resistencia antimicrobiana, para la elaboración de guías y normas para el tratamiento empírico de las infecciones.
- c. El suministro de información confiable que respalde la decisión sobre la producción, pertinencia y selección de vacunas.

- d. El monitoreo y control de la fortificación de alimentos y la evaluación de su impacto.
- e. La estandarización y normalización de los procedimientos de laboratorio y de vigilancia, en las redes de servicios de salud.
- f. La priorización de acciones de promoción de la salud, prevención, tratamiento y control, logrando de esta manera, el uso eficiente y eficaz de los recursos.

El SARS-CoV-2 es susceptible de vigilancia dado que constituye un verdadero problema de salud a nivel mundial, por tanto, la creación y el fortalecimiento de los sistemas de vigilancia epidemiológica son primordiales. Sus componentes fundamentales son:

1. Componente de diagnóstico y vigilancia clínica.
2. Componente de diagnóstico y vigilancia de laboratorio
3. Análisis estadístico.
4. Diagnóstico y vigilancia epidemiológica propiamente dicha.
5. Servicios y suministro técnico de material.

Una de las actividades de la vigilancia epidemiológica es la detección de casos sospechosos se puede dar en los servicios de salud (Primer, segundo y tercer nivel de atención) sean estos públicos, seguridad social y privados con y sin fines de lucro, o en puntos de ingreso de viajeros.

El médico del establecimiento de salud que atiende el caso al primer contacto con la persona sospechosa o confirmada debe:

- Elaborar la historia clínica.
- Realizar el examen físico.
- Establecer diagnóstico y considerar los diagnósticos diferenciales.
- Llenado de la ficha epidemiológica.
- Realizar la recolección de las muestras respiratorias según protocolo respectivo o derivar a laboratorio en caso de contar con este servicio.

Las muestras de laboratorio deben ser referidas de inmediato a los laboratorios autorizados por el Ministerio de Salud y Deportes en los diferentes departamentos, en coordinación con los SEDES respectivos.

Para la toma de decisión se deberá seguir el flujograma recomendado. (Ver anexo N° 11 pág. 95).

En cuanto a la notificación de casos, el documento en mención indica: Con el objetivo de fortalecer y coadyuvar en la Vigilancia Epidemiológica de COVID-19 en Bolivia, detectar rápidamente la ocurrencia de casos en nuestro país y proporcionar información epidemiológica, el Sistema Nacional de Información en Salud y Vigilancia Epidemiológica (SNIS-VE) en coordinación con la Unidad de Epidemiología del Ministerio de Salud y Deportes, habilitó los instrumentos de notificación para casos sospechosos que pudieran llegar a presentarse en Bolivia.

En el procedimiento de notificación de casos sospechosos indica: En cumplimiento de la gestión y flujo de información establecida por el SNIS-VE, los casos en investigación (sospechosos) de COVID-19, deben ser informados inmediatamente a los responsables de vigilancia epidemiológica del establecimiento a cargo de la atención, que a su vez lo notificarán, de forma urgente a través de la Red de Salud al SNIS-VE tanto departamental (SEDES) como nacional (Ministerio de Salud y Deportes).

Para realizar la notificación, el personal de salud deberá completar la ficha establecida (Anexo N° 1), se incluirá el caso en la planilla de notificación inmediata (Anexo 2) y en la planilla notificación semanal “Grupo de enfermedades de notificación obligatoria inmediata” al igual que en el formulario 302a del software 2020 del Sistema Nacional de Información en Salud y Vigilancia y Epidemiológica SNIS-VE (3).

El surgimiento mundial de la pandemia COVID-19, ha permitido el diseño y ajuste de una ficha epidemiológica con variables específicas para cada evento epidemiológico adverso. En Bolivia se usan por normativa; en todos

los establecimientos de salud; públicos, privados, de la Seguridad Social a corto plazo y de convenio (11).

En la Guía y Lineamientos del Manejo de COVID-19 (4), indican que: Se debe fortalecer la vigilancia epidemiológica de la infección producida por COVID-19 para generación de información y toma de decisiones oportunas por las diferentes instancias de gestión y atención del sistema de salud y los otros sectores involucrados.

Las acciones a cumplirse deben ser: desarrollo de la vigilancia activa y pasiva; conforme protocolos establecidos en Redes Funcionales y Establecimientos de Salud. Además del reforzamiento de los mecanismos regulares de notificación, el uso de la plataforma de información diseñada para eventos respiratorios inusitados (12).

La vigilancia epidemiológica debe ser ejecutada, sin excepción, por todos los niveles de la estructura organizativa del sistema de salud, catalogada esta como vigilancia epidemiológica institucional, es analizada en función de los casos sospechosos de enfermedades inmunoprevenibles que son detectados y notificados mediante las fichas de investigación epidemiológica.

El análisis de los datos de vigilancia de los subsectores público, seguridad social y privado se debe hacer de manera sistemática cada mes y traducirse en reportes al Sistema Nacional de Información en Salud-SNIS y al Programa Ampliado de Inmunizaciones-PAI Nacional.

Asimismo, las intervenciones y los resultados de éstas deben analizarse en los Comités de Análisis de la Información CAI (12), en el que se incluye a la comunidad y otros actores sociales. Su implementación y análisis debe ser responsabilidad de todo el personal de salud para una toma de decisiones consensuada y adecuada”.

Debido a que la “Ficha Epidemiológica y Solicitud de Estudios Laboratoriales COVID-19”, tiene carácter de declaración jurada que realiza el equipo de salud, contiene información sujeta a vigilancia epidemiológica, su calidad de llenado debe ser correcto sin omisiones en todas las secciones y enviada oportunamente (11).

El presente trabajo demostró el cumplimiento de llenado de la “Ficha Epidemiológica y Solicitud de Estudios de Laboratorio COVID-19”, el mismo que debe ser correcto y sin omisiones.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las debilidades existentes, en el llenado de la Ficha Epidemiológica y Solicitud de Estudios de Laboratorio COVID-19, en la atención prestada por el Centro Municipal Integral de Salud de Pampahasi Bajo, es el problema determinado para el presente trabajo de grado.

Revisada la bibliografía correspondiente al cumplimiento de los requisitos de llenado de datos solicitados en la Ficha Epidemiológica y Solicitud de Estudios de Laboratorio COVID-19 no se ha encontrado estudios que evalúen el cumplimiento del llenado de la misma.

Las Fichas Epidemiológicas de notificación de casos como tuberculosis, malaria, dengue, COVID-19 y otros, son utilizadas para documentar eventos epidemiológicos, hacer seguimiento de los mismos, determinar contactos, analizar los datos para una correcta toma de decisiones en el tratamiento del evento, para encarar investigaciones y proyectarlas a un grupo poblacional, para establecer y mejorar las políticas de salud. Las fichas epidemiológicas han evolucionado según las características de ocurrencia de las enfermedades infectocontagiosas y de acuerdo a la necesidad de los datos a valorarse por el Sistema de Vigilancia Epidemiológica (4).

En tiempo de pandemia el proceso de inducción y capacitación, al personal técnico de salud, del Centro Municipal Integral de Salud de Pampahasi Bajo, en el llenado de datos requeridos en la “Ficha Epidemiológica y Solicitud de Estudios de Laboratorio COVID-19”, ha sido corto e inclusive inexistente, lo que no ha permitido una asimilación integral del proceso.

El llenado de datos requeridos en la “Ficha Epidemiológica y Solicitud de Estudios de Laboratorio COVID-19” tiene una relación directa entre la atención prestada al paciente sospechoso de la COVID-19 y el llenado de datos en los diferentes ítems, puede ser correcto o incorrecto según influyan factores de orden institucional como la falta de supervisión del proceso, capacitación al personal en el uso y

manejo de la norma, el alto número de pacientes de diversas patologías y/o factores de orden personal, como desconocimiento del instrumento, falta de compromiso, letra ilegible (ortografía y caligrafía deficiente) (13).

Una de las actividades del Sistema de Vigilancia Epidemiológica es la detección de casos sospechosos en establecimientos de I, II o III nivel de atención sean estos públicos, privados o de convenio. El personal de salud designado para la atención de caso sospechoso de COVID-19, debe llevar a cabo la atención bajo a aplicación de las medidas de bioseguridad establecidas (4).

En la Vigilancia Epidemiológica Activa, tiene vital importancia, entre otros, los procedimientos de:

- a) Fortalecimiento de los RR.HH. de las Redes de Salud para la prevención, diagnóstico y tratamiento de casos.
- b) Fortalecimiento de la red de laboratorios para el diagnóstico, con la estandarización de procedimientos, implementación de capacitación, dotación de equipamiento y de insumos para el diagnóstico (3).

Ambos aportaran al conocimiento de instrumentos, el manejo y el llenado de los mismos.

En la Vigilancia Epidemiológica pasiva, en otros, se plantea:

El correcto llenado de la Ficha Epidemiológica y Solicitud de estudios de laboratorio COVID-19 (3).

4.1. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Se cumple el llenado de la Ficha Epidemiológica y Solicitud de Estudios de Laboratorio COVID-19, según los requerimientos establecidos para el efecto, realizado en el “Centro Municipal de Salud Integral de Pampahasi Bajo” en 32 semanas epidemiológicas de las gestiones 2020 y 2021?

V. OBJETIVOS

5.1. OBJETIVO GENERAL

Verificar el nivel de cumplimiento del llenado de la Ficha Epidemiológica y Solicitud de Estudios de Laboratorio COVID-19, según los requerimientos establecidos, a realizarse en el Centro Municipal de Salud Integral de Pampahasi Bajo en 32 semanas epidemiológicas de las gestiones 2020 y 2021.

5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir el llenado de la Ficha Epidemiológica y Solicitud de Estudios de Laboratorio COVID-19, según requerimientos establecidos; relacionados al **Criterio de Identificación**. (ítem 1: identificación del establecimiento de salud, ítem 2: identificación del paciente, ítem 9: identificación de personal de salud que notifica).
- Identificar el llenado de la Ficha Epidemiológica y Solicitud de Estudios de Laboratorio COVID-19, según requerimientos establecidos; relacionada a los **Criterios Epidemiológicos**, (Ítem 3: antecedentes epidemiológicos; ítem 5, datos en caso de hospitalización o aislamiento; ítem 7; datos de personas con las que el caso/paciente sospechoso estuvo en estrecho contacto (desde el inicio de los síntomas)).
- Detallar el llenado de la Ficha Epidemiológica y Solicitud de Estudios de Laboratorio COVID-19 según requerimientos establecidos; relacionados al **Criterio Clínico**, (ítem 4: datos clínicos; Ítem 6: enfermedades de base o condiciones de riesgo; ítem 8: laboratorio).

VI. MARCO TEÓRICO

En el contexto de la pandemia del COVID-19, los trabajadores y las instituciones de salud deben asumir el reto de desarrollar sus acciones en el marco de la gestión de calidad, de la auditoría de gestión y adecuar sus servicios a las necesidades de los pacientes y/o usuarios. Este contexto amerita la definición de conceptos como calidad, evaluación de la calidad, gestión de calidad, calidad de atención, auditoría, auditoría en salud, auditoría integral, auditoría de fuentes secundarias (14).

6.1. Calidad

- “Condición de la organización sanitaria que de acuerdo a caracterización y normativa bien definidas dentro de un sistema, permite cumplir funciones bien realizadas que cubren satisfactoriamente las expectativas, requerimiento y (15) necesidades de los usuarios, con recursos optimizados y equitativamente distribuidos”. Comisión Nacional de Calidad en Salud y Auditoría –MSD (13).
- “Calidad es el grado en el que un conjunto de características del servicio cumple con los requisitos especificados en la ISO 9000:2000”. Normas ISO 9000:2000.
- “Funciones y características de un producto o servicio con capacidad para satisfacer las necesidades del usuario”. American Society for Quality Control – USA.
- “Hacer Correctamente las cosas correctas”. J.A. Muir Gray (13).

6.2. Gestión de Calidad

- “Proceso mediante el cual una institución logra ofertar permanentemente calidad en sus servicios, asumiendo su responsabilidad y en observancia de normas y estándares, previamente establecidos y acordados”. Subcomisión de Calidad

Consejo interterritorial del Sistema Nacional de Salud, Enero 2002.

- “Cumplimiento efectivo de la legislación, técnicas y procedimientos vigentes en todo acto médico”. Artículo 4 Ley 3131, 8 agosto 2005, Ley del Ejercicio Profesional Médico (16).

6.3. Evaluación de la calidad

Es un proceso de análisis objetivo busca mejorar un bien o un servicio, donde los resultados son cuantificables, Para la evaluación objetiva es necesaria la medición. La medición es el proceso por el cual se asignan números para describir algún objeto o fenómeno de una manera normalizada. Por tanto, la estadística sigue siendo necesaria pero además nos interesan aspectos como el nivel de uso que hace el lector de las publicaciones periódicas, el grado de funcionamiento de los servicios de búsqueda, etc. Para ello no es suficiente con la estadística, es necesaria una herramienta de más amplio alcance, y esta herramienta es la evaluación (17).

6.4. Calidad de atención

En 1980 Donabedian describió la calidad de atención como: "Aquel tipo de cuidado en el cual se espera maximizar un determinado beneficio del paciente, luego de haber tomado en cuenta un balance de las ganancias y pérdidas implicadas en todas las partes del proceso de atención".

En 1990 el Instituto de Medicina de Estados Unidos, parte de la Academia Nacional de Ciencias de ese país, propuso una definición de calidad que ha sido ampliamente aceptada: "Calidad de atención es el grado en el cual los servicios de salud para individuos y la población incrementan la posibilidad de obtener resultados deseados en salud y que sean consistentes con el conocimiento profesional médico" (13).

6.5. Auditoria

“Es el examen de la gestión de un ente con el propósito de evaluar la eficiencia de sus resultados, con referencia a las metas fijadas, los recursos humanos, financieros y materiales empleados, la organización, utilización y coordinación de dichos recursos y los controles establecidos sobre dicha gestión” (13).

6.6. Auditoria en salud

“Es un procedimiento de evaluación permanente de la gestión y prestación de calidad en todas las actividades del sector salud, con el fin de detectar el funcionamiento real de sus servicios, estableciendo correctivos y/o estímulos para su mejoramiento” Comisión Nacional de Calidad en Salud y –auditoria – MSD (13).

6.7. Auditoria de fuentes secundarias

“La auditoría es definida como el análisis crítico sistemático de la calidad de la atención médica, incluyendo los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, el uso de recursos y los resultados de los mismos que repercutan en los desenlaces clínicos y en la calidad de vida de los pacientes. Publicaciones recientes, señalan que este proceso de mejoramiento de la calidad busca mejorar la calidad del cuidado del paciente y su impacto (outcome), a través de revisiones sistemáticas del cuidado considerando criterios explícitos y la implementación de cambio y acompañada de procesos de retroalimentación a los proveedores. Estas aseveraciones no incluyen la necesidad que los participantes estén preparados para promover y ejecutar los cambios necesarios en el comportamiento profesional, y conseguir demostrar mejoras en la calidad o costo efectividad de la atención brindada.

La auditoría es clasificada en función al objeto a auditar como auditoría de casos (para las diferentes especialidades médicas), auditoría de fuentes secundarias (historias clínicas, prescripciones, exámenes de laboratorio, etc.) o calidad de llenado de las fuentes secundarias (dependientes de la información existente), y auditoría basada en evidencia (donde se evalúa las atenciones de la persona en un periodo). En función a la temporalidad, las auditorías se clasifican en auditorías retrospectivas y auditorías prospectivas o concurrentes.

En este contexto de calidad y generación de una cultura de la calidad, se hace necesario la institucionalización de procesos que permitan garantizar la calidad del servicio, como es la implementación de un sistema de auditoría médica, teniendo presente que la auditoría es el proceso de revisión del otorgamiento de atención médica con el fin de identificar deficiencias (no conformidades, en el sector privado) que pueden ser remediadas. La auditoría tendría una finalidad de mejorar la calidad del servicio y una finalidad educativa al actualizar al recurso humano, lamentablemente es percibida por los profesionales de la salud como una acción fiscalizadora que casi siempre termina interfiriendo con sus actividades cotidianas.

La historia clínica permite una recolección ordenada de datos de identidad, síntomas, signos y otros elementos que permitan al médico plantear un diagnóstico clínico, sindrómico o nosológico. Debe considerarse el documento básico en todas las etapas del modelo de la atención médica y ser apreciada como una guía metodológica para la identificación integral de los problemas de salud de cada persona. El llenado de la historia clínica es un indicador de la calidad asistencial. El estudio de calidad de llenado de las historias clínicas es una forma de auditoría médica. Es reconocida la

influencia de ésta como instrumento para la mejora de los estándares de atención y tener una función educativa para los profesionales de la salud. La auditoría debe ser concebida como un ciclo continuo para la garantía y mejoramiento de la calidad y sumada a la retroalimentación de los resultados obtenidos debe mejorar la práctica profesional y promover el acercamiento al uso de protocolos e intervenciones educacionales. La participación en la auditoría es probablemente la manera más efectiva que permite a médicos y equipos multidisciplinarios de atención en salud monitorizar y mejorar la calidad de atención que brindan a sus pacientes (18).

6.8. Clínica de la COVID-19 (19)

En el Artículo: Manejo y tratamiento actual del COVID-19 (20), las características clínicas de los casos confirmados de infección por Covid-19 varían en severidad, desde la infección asintomática o enfermedad leve hasta la enfermedad grave o mortal.

6.8.1. Sintomatología

La sintomatología se caracteriza por la presencia de: fiebre, cefalea, tos, estornudos, malestar general y disnea. Además de otras a nivel sistémico según el curso de la evolución como los siguientes: insuficiencia renal, diarrea, trastornos cardiocirculatorios y hematológicos.

Las personas con COVID-19 generalmente desarrollan signos y síntomas, que incluyen síntomas respiratorios leves y fiebre, en un promedio de 5-6 días después de la infección (período de incubación medio 5-6 días, rango 1-14 días.) La mayoría de las personas infectadas con el virus COVID-19 (81%) tienen una enfermedad leve y se recuperan (20).

6.8.2. Clasificación de la COVID-19 según la sintomatología

Según la aparición de los síntomas se clasifica en Leve, Moderada, Severa y Crítica, como lo demuestra la tabla 1.

TABLA 1
CLASIFICACIÓN SEGÚN SINTOMATOLOGÍA COVID-19

N°	CLASIFICACIÓN	SINTOMATOLOGÍA
1.	LEVE	Síntomas respiratorios altos No neumonía
2.	MODERADA	Neumonía leve sin insuficiencia respiratoria Neumonía leve sin respuesta antiinflamatoria
3.	SEVERA	Neumonía leve con insuficiencia respiratoria aguda Neumonía con inflamación Hipercoagulabilidad.
4.	CRÍTICA	Intubación y ventilación asistida Shock Falla multiorgánica Muerte

Fuente: Ac. Dr. Oscar Vera Carrasco. Manejo y tratamiento actual del COVID-19. Resumen de Conferencia. Cuad. - Hosp. Clín. v.61 n.2 La Paz. Dic. 2020

En las instrucciones de llenado de la Ficha Epidemiológica y Estudios de Laboratorio COVID-19 (21), refiere las siguientes definiciones.

6.8.3. Definición de caso sospechoso

- A.** Un paciente con infección respiratoria aguda, fiebre y al menos un signo / síntoma de enfermedad respiratoria (por ejemplo, tos, dificultad para respirar, y sin otra etiología que explique completamente la presentación clínica o un historial de viaje o

residencia en un país/área o territorio que reporto la transmisión local de la enfermedad COVID-19 durante los 14 días anteriores a la aparición de síntomas; o

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

* Un contacto es una persona que participa de cualquiera de los siguientes:

- Proporcionar atención directa sin el equipo de protección personal (EPP) adecuado para pacientes con COVID-19.
- Permanecer en el mismo entorno cercano al paciente COVID-10, incluido el lugar de trabajo, el aula, el hogar, las reuniones.
- Viajar juntos en estrecha proximidad (1m) con una paciente COVID-19, en cualquier tipo de transporte dentro de un periodo de 14 días después del inicio de los síntomas en el caso bajo consideración.

6.9. Ficha epidemiológica y solicitud de estudios de laboratorio COVID-19

Es una herramienta de recolección de datos, de información epidemiológica y de notificación inmediata, puesta en vigencia en Bolivia el mes de Marzo de la gestión 2020 (11).

Debe ser llenada por personal autorizado y capacitado para tal efecto. Por ser un documento inherente a la salud de las personas,

se convierte en un documento médico-legal, con la exigencia de ser rubricada y sellada por el personal a cargo de su llenado, además de contener datos de notificación o denuncia obligatoria e inmediata.

En Bolivia, el inicio del brote de la pandemia por Coronavirus SARS CoV-2, data de marzo de 2020, para ello el Sistema Nacional de Información en Salud y Vigilancia Epidemiológica (SNIS-VE), dependiente de la Dirección General de Planificación, del Ministerio de Salud del Estado Plurinacional; cumpliendo con el mandato institucional de precautar la salud y la vida de los/as bolivianos/as, ha establecido normas, protocolos e instructivos para afrontar la pandemia de manera que todo el Sistema Nacional de Salud se involucre y participe de estas acciones.

En ese sentido, ha emitido instructivas referentes a la aplicación de la “Ficha Epidemiológica y solicitud de Estudios de Laboratorio COVID-19” para ser cumplidas por todo el Sistema Nacional de Salud incluidos los subsectores de Seguridad Social a Corto Plazo, subsector Público de Salud, subsector Privado de Salud, que se detallan en los siguientes apartados.

6.9.1. Primera instructiva (19)

De fecha 2 de abril del 2020 “INSTRUCTIVO cite: MS/DGP/SNIS-VE/IN/1/2020, alude a la Emergencia Nacional, en su parágrafo 1. Indica que: “A partir de la fecha utilizar la ficha epidemiológica COVID-19 actualizada, remitida en formato digital”.

En las páginas 1 y 2 se consigna el instructivo como tal, con las firmas y sellos de las autoridades correspondientes, en las páginas 3 y 4 está el formulario con el nombre de **FICHA EPIDEMIOLÓGICA Y SOLICITUD DE ESTUDIOS DE LABORATORIO COVID-19**, consiga en el encabezado el número de página, que para efectos del presente

trabajo se denominara “primera ficha”, y en las páginas 5 y 6 indica las instrucciones del llenado de la ficha epidemiológica

En Anexo N° 7 la Tabla N° 13, refleja el contenido de la Ficha Epidemiológica y solicitud de estudios Laboratoriales COVID-19, indica las partes, las secciones y los ítems contenidos en cada sección.

6.9.2. Segunda instructiva (21)

Consta de 4 hojas, data del 27 de abril de 2020, “INSTRUCTIVO cite: MS/DGP/SNIS-VE/IN/2/2020” alude a: “fortalecer la Vigilancia Epidemiológica de COVID-19 y garantizar el llenado completo y adecuado de los datos de casos sospechosos y se determinó la modificación de la ficha epidemiológica COVID-19 acortándose la misma en una sola hoja.”

En las páginas 1 y 2 se consigna el instructivo como tal, con las firmas y sellos de las autoridades correspondientes, en las páginas 3 está el formulario con el nombre de **FICHA EPIDEMIOLÓGICA Y SOLICITUD DE ESTUDIOS DE LABORATORIO COVID-19**, para efectos del presente trabajo se denominara “segunda ficha”, y en la página 4 indica las instrucciones del llenado de la ficha epidemiológica.

De igual manera que la primera ficha, esta segunda ficha, contiene 8 ítems que desglosados se describen en la Tabla N° 14, detallada en el anexo N° 8

6.9.3. Tercera instructiva (22)

Consta de 3 hojas, data mayo/2020, “INSTRUCTIVO cite: MS/DGP/SNIS-VE/IN/3/2020” alude a: “fortalecer la Vigilancia Epidemiológica de COVID-19. y garantizar el llenado completo y adecuado de los datos de casos sospechosos, se determinó la

modificación de la ficha epidemiológica COVID-19 acortándose la misma en una sola hoja.”

En las páginas 1 y 2 se consigna el instructivo como tal, con las firmas y sellos de las autoridades correspondientes, en las páginas 3 está el formulario con el nombre de **FICHA EPIDEMIOLÓGICA Y SOLICITUD DE ESTUDIOS DE LABORATORIO COVID-19**, para efectos del presente trabajo se denominara “tercera ficha”, y en la página 4 indica las instrucciones del llenado de la ficha epidemiológica.

Para propósitos de la presente investigación se usara la tercera ficha epidemiológica, descrita con sus respectivos ítems y subítems en la Tabla 1, los mismos que serán motivo del análisis.

Como el presente estudio tiene la finalidad de verificar el cumplimiento del llenado de la ficha epidemiológica y solicitud de estudios de laboratorio COVID-19, según sus requerimientos, estudio a realizarse en el “Centro Municipal de Salud Integral Pampahasi Bajo”, permitirá identificar el llenado correcto y sin omisiones realizados en el registro de la información relacionada al paciente o al servicio brindado.

6.9.4. DATOS GENERALES DE LA FICHA EPIDEMIOLÓGICA COVID-19

Este instrumento de recolección de datos cuenta con 9 ítems o rubros definidos previamente, los mismos contienen subítems que en su totalidad tienen 136 sub rubros o subítems.

Para fines del presente estudio, los ítems de la ficha epidemiológica han sido agrupados por criterios de afinidad, es así que los ítems de identificación como identificación del establecimiento de salud (1), identificación del caso/paciente (2), e identificación del personal que notifica (9) se agrupan en CRITERIOS DE IDENTIFICACIÓN. Los rubros de del ítem 3: Antecedentes epidemiológicos, ítem 5: Datos en caso de hospitalización o aislamiento e ítem 7: datos de personas con las que el

caso/paciente estuvo en contacto estrecho; se agrupa en el CRITERIO EPIDEMIOLOGICO. Los ítems 4 Datos clínicos; ítem 6 Enfermedades de base o condiciones de riesgo se agrupan en el CRITERIO CLÍNICO; como lo demuestra la tabla 2 detallada a continuación.

TABLA 2
FICHA EPIDEMIOLOGICA Y SOLICITUD DE ESTUDIOS DE LABORATORIO
COVID-19: CRITERIOS, ITEMS Y NÚMERO DE SUBITEMS

N°	CRITERIOS	ITEMS	N° SUBITEMS
1	IDENTIFICACIÓN	1. Datos del Establecimiento notificador	9
		2. Identificación del caso/paciente	14
		9. Datos del personal que notifica	5
2	EPIDEMIOLOGICOS	3. Antecedentes epidemiológicos	21
		5. Datos caso de hospitalización o aislamiento	9
		7. Datos de personas con las que el caso/paciente estuvo en contacto estrecho (desde el inicio de los síntomas)	11
3	CLÍNICOS	4. Datos clínicos	21
		6. Enfermedades de base o condiciones de riesgo	23
		8. Laboratorio y resultados	23
TOTAL SUB-ITEMS			136

Fuente: Elaboración propia en base a las partes de la Ficha COVID para fines didácticos.

A continuación se detallan los ítems y subítems de cada criterio.

I. CRITERIOS DE IDENTIFICACIÓN corresponde a:

- 1. Datos del establecimiento notificador. (Ítem 1)**

Los primeros subítems solicitados corresponden a el nombre del (1) establecimiento de Salud para ubicar geográficamente al establecimiento y a la (2) Red de Salud a la que pertenece, el (3) código del establecimiento, otorgado por el Ministerio de Salud y el Instituto Nacional de Estadísticas – INE, mismo que ha sido desarrollado en base a la región, el (4) municipio y (5) departamento al que pertenece. El (6) subsector al que corresponde consignando si es público, privado, de la seguridad social u otro; la (7) fecha de notificación, es decir el día que se realizó la atención; la (8) semana epidemiológica; así también el (9) Caso Identificado por búsqueda activa o pasiva.

2. Identificación del caso/paciente. (Ítem 2)

Subítems (1) N° Carnet de Identidad/Cédula de extranjero/pasaporte; (2) Fecha de Nacimiento; (3) Edad; (4) Nombres y Apellidos; (5) Sexo; (6) Identificación étnica; (7) País de procedencia; (8) Residencia actual: Departamento; (9) Municipio; (10) Calle; (11) Zona; (12) N°; (13) teléfono; (14) Si es menor de edad, Nombre del Padre/Madre o apoderado.

3. Datos del personal que notifica. (Ítem 9)

Subítems (1) Nombres y Apellidos (2) Tel. Cel.; (3) firma y (4) sello; (5) Sello del Establecimiento de Salud.

II. CRITERIOS EPIDEMIOLÓGICOS, corresponde a:

1. Antecedentes epidemiológicos (Ítem 3)

Subítems (1) Ocupación, si es personal de salud, Personal de laboratorio, Fuerzas Armadas, Policía, prensa, otro; (2) Tuvo contacto con un caso COVID-19; (3) Fecha de contacto; (4) Fue diagnosticado por COVID-19 anteriormente; (5) Fecha; (6) Lugar

probable de la infección (7) País; (8) Departamento; (9) Municipio; (10) Ciudad/Localidad.

2. Datos en caso de hospitalización o aislamiento (Ítem 5)

Subitems (1) Ambulatorio; (2) Internado; (3) Lugar de aislamiento; (4) Fecha de aislamiento; (5) Fecha de Internación; (6) Establecimiento de salud de Internación; (7) Ventilación mecánica; (8) Terapia Intensiva; (9) Fecha de Ingreso a UTI.

3. Datos de personas con las que el caso/paciente estuvo en contacto estrecho (desde el inicio de los síntomas) (Ítem 7)

Subitems (1) Nombres y apellidos; (2) Relación; (3) Edad; (4) Teléfono; (5) Dirección; (6) Fecha de contacto; (7) Lugar de contacto.

III. CRITERIOS CLÍNICOS corresponde a:

1. Datos clínicos (Ítem 4)

Subitems (1) Asintomático; (2) Sintomático; (3) Fecha de inicio de los síntomas; (4) Tos seca; (5) Dolor de Garganta; (6) Fiebre; (7) Dificultad respiratoria; (8) Mialgias; (9) Malestar general; (10) Cefalea; (11) Pérdida o disminución del olfato; (12) Pérdida o disminución del gusto; (13) Otros; (14) Estado actual del paciente (al momento de la notificación); (15) Estable/leve; (16) Crítico/grave; (17) Fallecido; (18) Fecha de defunción; (19) Diagnóstico clínico: Síndrome gripal/IRA/Bronquitis (20) IRAG/Neumonía; (21) Otro especificar.

2. Enfermedades de base o condiciones de riesgo. (Ítem 6)

Subitems (1) Presenta; (2) No Presenta; (3) Diabetes; (4) Obesidad; (5) Enfermedad Renal Crónica; (6) Embarazo; (7) Hipertensión Arterial; (8) Enfermedad oncológica; (9) Enfermedad Cardíaca; (10) Enfermedad Respiratoria; (11) Otro.

3. Laboratorio (Ítem 8)

Subitems (1) Se tomó muestra para Laboratorio; (2) Porque no se tomó la muestra (3) Rechazo; (4) Falta de Insumo/EPP; (5) Fallecido; (6) Otro; (7) Tipo de Muestra: Aspirado; (8) Hisopado Nasofaríngeo; (9) Lavado Bronco alveolar; (10) Prueba Rápida; (11) Hisopado combinado; (12) Esputo; (13) Otra; (14) Nombre del Laboratorio que procesa la Muestra; (15) Fecha de toma de la Muestra; (16) Fecha de envío; (17) Observaciones.

Resultado: Subitems (18) Método diagnóstico: RT-PCR en Tiempo Real; (19) antigénica; (20) RT-PCR GeneXpert; (21) Resultado de Laboratorio: Positivo; (22) Negativo; (23) Fecha.

6.10. MARCO CONTEXTUAL (23)

6.10.1. MACRODISTRITO SAN ANTONIO

El Macro distrito San Antonio, es el de mayor extensión del Municipio Nuestra Señora de La Paz/ciudad de La Paz, cuenta con 4 distritos (14, 15, 16 y 17) con una superficie de 12,2 km². La densidad de población llegó a 11.016 habitantes por km² para el año 2016.

Alberga a zonas como: Villa Copacabana, Villa San Antonio, Villa Armonía, Kupini, Callapa, Pampahasi y San Isidro, entre los más importantes.

TABLA 3
MACRODISTRITO SAN ANTONIO
RELACION DISTRITAL Y ZONA CORRESPONDIENTE

N°	DISTRITO MUNICIPAL	ZONA
1	Distrito 14	Villa Copacabana
2	Distrito 15	Villa San Antonio
3	Distrito 16	Pampahasi
4	Distrito 17	Villa Armonía

Fuente: Elaboración propia en base a la Cartilla Municipal, Macro distrito San Antonio. 2018 (2/2)

6.10.2. RED FUNCIONAL DE SALUD SAFCI

El Artículo 35.I, de la Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia (24) indica que: “El Estado, en todos sus niveles, protegerá el derecho a la salud, promoviendo políticas públicas orientadas a mejorar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso gratuito de la población a los servicios de salud”, en reconocimiento al derecho a la salud de bolivianos y bolivianas.

El Decreto Supremo N° 29601, establece el Modelo de atención y el Modelo de Gestión en Salud en el marco de la Salud Familiar, Comunitario e Intercultural – SAFCI (25), como Modelo Sanitario Oficial y en actual vigencia tiene como finalidad contribuir a la eliminación de la exclusión social sanitaria (traducido como el acceso efectivo a los servicios integrales de salud); reivindicar, fortalecer y profundizar la participación social efectiva en la toma de decisiones en la gestión de la salud (buscando la autogestión); y brindar servicios de salud que tomen en cuenta a la persona, familia y comunidad; además de aceptar, respetar, valorar y articular la medicina biomédica y la medicina de los pueblos indígenas originarios campesinos, contribuyendo en la mejora de las condiciones de

vida de la población y la consecuente consolidación gradual del Sistema Universal de Salud (26).

6.10.3. ESTRATEGIA DEL MODELO SAFCI (25)

La promoción de la salud, se constituye en la estrategia política de movilización social, intersectorial, transformadora de los factores determinantes de la salud, realizada en corresponsabilidad entre la población organizada, autoridades locales, municipales, departamentales y nacionales, el sector salud y otros sectores para promover el desarrollo del “Vivir Bien”. Los mecanismos de la promoción de la salud establecida en el Modelo de Salud prevén:

- La educación en salud
- La movilización social
- La reorientación de los servicios de salud en el marco de la Calidad, eficiencia y eficacia en la prestación de servicios
- Las alianzas estratégicas intersectoriales
- Gestión pública por resultados

Este proceso abarca las acciones encaminadas a fortalecer las habilidades y capacidades de las personas, dirigidas a modificar y mejorar sus condiciones sociales, económicas y ambientales.

El Modelo de atención de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural, es el conjunto de acciones que facilitan el desarrollo de procesos de promoción de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad de manera eficaz, eficiente y oportuna en el marco de la horizontalidad, integralidad e interculturalidad, de tal manera que las Políticas de Salud se presentan y articulan con las personas, familias y la comunidad, los contextos municipales, departamentales y/o nacionales en el Sistema Nacional de Salud.

Se trata entonces de dos modelos (atención y gestión), que en su operativización buscan la democratización del saber médico y la interacción con el saber tradicional, originario y popular para que todos/as los/las actores/as tengan acceso a los espacios de poder y toma de decisiones, basados en los principios de solidaridad, reciprocidad y equidad en salud.

6.10.4. PRINCIPIOS DEL MODELO SAFCI (25)

- **Participación Comunitaria.** Es la capacidad autogestionaria de las comunidades urbanas y rurales en la identificación, priorización, ejecución y seguimiento de planes, programas y proyectos de desarrollo integral comunitario en salud, en los diferentes niveles de gestión para consolidar una visión nacional, de acuerdo con intereses colectivos y no sectoriales o corporativos.
- **Intersectorialidad.** Es la intervención coordinada entre la población y los diferentes sectores (salud, educación, saneamiento básico, producción, vivienda, alimentación), con el fin de actuar sobre las determinantes socioeconómicas de la salud en base a las alianzas estratégicas y programáticas, dinamizando iniciativas conjuntas en el tratamiento de las problemáticas y necesidades identificadas.
- **Interculturalidad.** Es el desarrollo de procesos de articulación, complementariedad entre diferentes medicinas (académica, indígena originaria campesina y otras), a partir del diálogo, aceptación, reconocimiento y valoración mutua de sentires, conocimientos y prácticas, con el fin de actuar de manera equilibrada en la solución de los problemas de salud.
- **Integralidad.** Es la capacidad del servicio de salud para concebir el proceso salud enfermedad como una totalidad, que contempla la persona y su relación con la familia, la comunidad, la naturaleza y el mundo espiritual; con el fin de implementar procesos de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación, rehabilitación y recuperación de manera eficiente y eficaz.

La Constitución Política del Estado, la Ley 3131, la Ley del SUS, El Decreto Supremo N° 29601 y otras normas legales vigentes establecen que el modelo SAFCI es considerado como una de las Políticas de salud para mejorar la eficiencia y eficacia de la atención en salud dentro del Sistema Sanitario Nacional.

El diagnóstico del sistema de salud boliviano tiene la característica principal de ser descentralizado, segmentado, fragmentado, considerando tres subsectores de salud que responden a distintas formas de financiamiento, de organización, de prestaciones y que atienden a diferentes segmentos de la población: el subsector público, el subsector de la seguridad social y el subsector privado

El Modelo de Atención de Salud Familiar Comunitaria Intercultural – SAFCI, estratégico para la Atención Primaria en Salud del Ministerio de Salud, hace énfasis en la promoción de la salud dentro y fuera de los establecimientos de salud, para ser ejecutados por el personal de salud.

El Decreto Supremos N° 29601, reconoce dos tipos de redes: la red funcional de servicios de salud y la red municipal SAFCI, - Nuevo Modelo de Atención y Gestión en Salud, Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural SAFCI y su reglamento (RM N° 0737 de 21 de abril de 2009) y la RM N° 1036 de 21 de noviembre de 2008 – Norma Nacional Red Municipal de Salud Familiar Comunitaria Intercultural y Red de Servicios.

En 2008, el Ministerio de Salud de Bolivia asume un modelo de atención familiar comunitaria intercultural como la política sanitaria del país, los autores hacen del Estado el garante del derecho a la salud del pueblo. El reconocimiento de preferencias culturales y el enfoque participativo en la administración de los servicios de salud son elementos nuevos.

El nuevo modelo operacional para la Atención Primaria en Salud del Ministerio de Salud es llamado SAFCI (Salud Familiar Comunitaria

Intercultural) El modelo hace gran énfasis en la promoción de la salud dentro de la comunidad, asignándola como una tarea exclusiva del personal de salud. Al mismo tiempo, considera el acceso a la atención institucional en cualquier nivel como una necesidad no satisfecha que debe ser atendida a través de una amplia serie de medidas; entre ellas, mayor integración de la medicina tradicional, la inclusión de trabajadores sociales en los equipos de salud, control de los servicios de salud por organizaciones comunitarias y mejor coordinación de los tres niveles del sistema de salud.

Consiguientemente, el Ministerio de Salud, emite la norma de redes de servicios de salud y redes municipales SAFCI como apoyo a la implementación de la nueva política de salud boliviana, esta normativa define los criterios para el diseño de estos dos tipos de redes.

Según la normativa vigente, se reconocen dos tipos de redes: la red funcional de servicios de salud y la red municipal SAFCI, como lo establece el DS N° 29601 de 11 de junio de 2008 – Nuevo Modelo de Atención y Gestión en Salud, Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural SAFCI y su reglamento (RM N° 0737 de 21 de abril de 2009) y la RM N° 1036 de 21 de noviembre de 2008 – Norma Nacional Red Municipal de Salud Familiar Comunitaria Intercultural y Red de Servicios.

Cada una de estas redes presenta una característica particular en su diseño y estructura organizacional y gerencial.

La Red de Salud N° 4. Este, se caracteriza por ser de primer nivel con atenciones de segundo nivel, su plantel de profesionales, su cartera de servicios, entre otros.

6.10.5. RED DE SALUD N° 4. ESTE

a. Ubicación

La Red de Salud Este N°4, se ubica geográficamente al Este de la ciudad de La Paz, como toda la ciudad de La Paz tiene pendientes que le genera una distorsión en la estructura tanto de sus viviendas como de sus calles y avenidas, así como del desarrollo de los barrios que la componen.

La Red de Salud N° 4 Este está compuesta por un conjunto de servicios de salud, cuya capacidad resolutive está determinada de acuerdo al primer nivel de atención, consistente en centros de salud ambulatorios, localizados en los distritos del municipio de La Paz 14, 15, 16 y 17.

La Red de Salud N° 4. Este; actualmente oferta atención de primer nivel en sus 12 establecimientos de salud, de acuerdo a la proyección del INE, tiene una población de 94.374 habitantes, lo que significa el 12% del total de la población de la ciudad de La Paz.

b. Establecimientos de salud de la Red Este N° 4

En la Tabla 5, se detallan los Establecimientos de Salud, el subsector al que pertenece el nivel de atención, la distancia desde el Km 0 y tiempo de recorrido en minutos. Cuenta con 16 establecimientos, 12 de ellos corresponden al subsistema público de salud, están categorizados en el 1er nivel de atención de salud, los cuatro establecimientos restantes corresponden al subsector privado de salud, en esta categoría está clasificado el Hospital San Gabriel, categorizado en Segundo Nivel de atención, cuenta con internación para ginecología – obstetricia, pediatría, medicina general, cirugía – traumatología, cuenta también con un servicio de tercer nivel de atención, para diálisis y hemodiálisis, estas últimas en acciones coordinadas con la unidad respectiva de la Secretaria de Salud del Gobierno Autónomo Municipal de La Paz. Los Centros de Salud Privados de Valle Hermoso, Clínica Pampahasi, y Centro de Salud Pro Salud, son establecimientos de Primer nivel de atención.

c. Horario de atención

Los establecimientos públicos de salud de primer nivel atienden 6 horas de 8:00 am a 14:00 pm. Excepto el Centro Municipal de Salud Integral Pampahasi Bajo cuyo horario de atención es de 24 horas continuadas, con atención e internación para maternidad en caso de partos eutócicos. Los establecimientos de salud del subsector privado, caso Hospital San Gabriel atiende 24 horas continuadas. El establecimiento de Salud de Pro Salud, tiene horario de atención discontinuo, 8 horas al día, fraccionadas en dos, por la mañana de 8:00 am a 12:00 y por la tarde de 14:00 a 18:00, aplicando el sistema de atención a “riesgo compartido”.

TABLA 4
RED DE SALUD N°4 - ESTE
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, SUBSECTOR, NIVEL DE ATENCION,
DISTANCIA Y TIEMPO DE RECORRIDO

N°	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SUBSECTOR	NIVEL DE ATENCION	DISTANCIA Y TIEMPO DE RECORRIDO	
				KM	MINUTOS
1	CS. Choquechihuani	Público	1er. Nivel	15	30'
2	CS. Escobar Uría	Público	1er. Nivel	4	10'
3	CS: Kupini	Público	1er. Nivel	13	20'
4	CS: Pampahasi Bajo	Público	1er. Nivel	12	20'
5	CS: Pampahasi Alto	Público	1er. Nivel	3	7'
6	C.S Villa Copacabana (Pacasa)	Público	1er. Nivel	7	13'
7	CS: San Antonio Alto	Público	1er. Nivel	3	8'
8	CS: San Antonio Bajo	Público	1er. Nivel	5.5	12'
9	C.S. San isidro	Público	1er. Nivel	11	18'
10	CS: Valle Hermoso	Público	1er. Nivel	5	11'
11	CS. Villa Salomé	Público	1er. Nivel	4	10'
12	CS: Villa Armonía	Público	1er. Nivel	10	17'
13	Hospital Luis Uría de la Oliva (LUO)	CNS	2do Nivel	14	25'
14	Hospital San Gabriel	Privado ONG	2do Nivel	5	11
15	CS. PROMUJER de V. Copacabana	Privado ONG	1er. Nivel	5.5	12'
16	Clínica Pampahasi	Privado	2do Nivel	1	3'
17	CS. Valle Hermoso	Privado	1er. Nivel	5	11'

Fuente: Elaboración propia, en base a: Gobierno Autónomo Municipal de La Paz. Diagnóstico Municipal, del GAMLP 2018.

Corresponde al 1er nivel de atención de salud, la unidad básica operativa de la Red Funcional de Servicios de Salud, Red de Salud N° 4 Este; se constituye en la puerta de entrada al Sistema de Salud, con el objeto de contribuir a mejorar la calidad de vida y la situación de salud de personas, familias y comunidades, mediante las funciones de atención integral intercultural de salud, docencia asistencial e investigación, gestión participativa y control social de salud.

El tipo de establecimientos de salud de 1er nivel que se encuentra dentro de la Red 4 son Centros de Salud Ambulatorios cuyas características mínimas son:

Son establecimientos de salud con una población aproximada promedio de 10.000 a 20.000 habitantes

Tiene una accesibilidad geográfica que le permite una movilidad no mayor a dos horas a un nivel de salud de mayor capacidad resolutive para referencia.

Su cartera y oferta de servicios está orientada a la promoción, prevención, atención de patología prevalente normalizada, patologías de acuerdo a perfil epidemiológico, atención de emergencias y rehabilitación, articulado y complementado con la medicina tradicional (medios tradicionales, parteras, etc.) y con establecimientos de mayor capacidad resolutive.

Con pleno desarrollo de la gestión participativa y control social en salud.

El recurso humano con el que puede contar es dentro de profesionales: médico(s), Odontólogo/a, Lic. En Enfermería, Lic., en Trabajo Social; técnicos: auxiliar de enfermería y técnico en farmacia; administrativos: auxiliar administrativo y trabajador polivalente – portero.

El equipo de salud debe ser entendido como un conjunto de personas que dentro del modelo de atención y enmarcados en los 4 pilares de la Política SAFCI y entre ellos existe un tipo de relacionamiento horizontal, donde las potencialidades de sus capacidades se complementan y hacen sinergia, potenciándose entre ellos para dar respuesta a los usuarios/as, por ejemplo en el caso del idioma nativo, alguien de este equipo puede tener más facilidad para hablar y entender y esto facilitaría el proceso de atención al usuario que así lo requiera.

Se revisó la documentación referida Informe de transparencia de las ejecuciones presupuestarias – POA, de la Red de Salud N° 4 – Este; “Audiencia Pública de Rendición de Cuentas gestión 2019” (27), llevada a cabo el mes de mayo de 2019, en la que definen su misión, visión, dependencia técnico administrativa financiera de la siguiente manera:

d. Misión Red de Salud N° 4 – Este

La Red de Salud N° 4 – Este, dependiente del Servicio Departamental de Salud La Paz – SEDES LP, a través de su articulación, seguimiento y coordinación eficiente, implementa políticas y programas nacionales de salud en el marco de la Constitución Política del Estado – CPE, dirigida a la mejoría del nivel de salud de la población objetivo, bajo los principios de equidad, calidad, Intersectorialidad, interculturalidad y participación social del Macro distrito San Antonio de la ladera este de la ciudad de LP, basados en la promoción de la salud, prevención de enfermedades, rehabilitación y reducción de la mortalidad.

e. Visión Red de Salud N° 4 – Este

La Red de Salud 4 Este será líder de la gestión sanitaria en el marco de las políticas nacionales de salud, ejerciendo su rol rector bajo los principios de honestidad, equidad, calidad, bioética y transparencia, enfoque de género, las estrategias de Intersectorialidad, participación social y educación en salud en el Macro distrito San Antonio, basados en la promoción de la salud, prevención de las enfermedades, rehabilitación y reducción de los índices de morbi mortalidad para el vivir bien.

e. Dependencia técnica y administrativa financiera

Técnicamente y para procesos de acciones de supervisión de calidad, de programas como PAI, Tuberculosis, desnutrición, bono Juana Azurduy y otros, depende del Servicio Departamental de Salud – SEDES La Paz.

El Gobierno Autónomo Municipal de La Paz – GAMLPA, es responsable de la dotación de recursos económicos para gastos operativos, mobiliario, insumos,

medicamentos, mantenimiento de la infraestructura y equipo médico, odontológico, laboratorial, entre otros.

6.10.6. AREA DEL ANÁLISIS

a. Zona Pampahasi Bajo

Para el presente trabajo de grado, se toma en cuenta el Centro Municipal de Salud Integral Pampahasi Bajo del subsector público de salud.

Pampahasi deriva de la palabra aymara que significa “Casa en lo Alto” (28), denominada así por las construcciones en la antigua basta planicie de la zona, perteneciente al Municipio de Nuestra Señora de La Paz, la ciudad de La Paz, Bolivia. Se encuentra en la parte Este de la ciudad y es una de las zonas más pobladas de la mancha urbana de la ciudad. Es parte del Macro Distrito San Antonio y tiene una altura que oscila entre los 3600 y 4000 msnm. Se consigna en el presupuesto del Gobierno Municipal de La Paz, con el registro de Distrito 16.

b. Pampahasi: Aspectos históricos y geográficos

Durante el cerco a La Paz, el año 1781 (época colonial), Pampahasi fue uno de los lugares desde donde integrantes del grupo de Túpac Katari y Bartolina Sisa, vigilaban el asedio.

La zona de Pampahasi se encuentra en una zona de riesgo geográfico bajo según el informe del Gobierno Municipal. A pesar de encontrarse en un antiguo deslave, la mayor parte del terreno sobre el que se asienta Pampahasi Bajo; en la gestión de 2009, sufrió un mega deslizamiento, evento que supuso el desprendimiento y deslizamiento de una amplia superficie de alta y mediana pendiente sobre la cual se hallaban asentados varios barrios cercanos.

c. Hitos referenciales

- La Planta de tratamiento de aguas de la Empresa Publica Social de Agua y Saneamiento - EPSAS, conocida como el antiguo Servicio

Autónomo Municipal de Agua Potable y Alcantarillado - SAMAPA, marca el límite divisorio de la zona de Bajo Pampahasi con Alto Pampahasi.

- Mirador Pampahasi, ubicado en el límite oeste de la zona, es un espacio natural de observación de la ciudad, se halla construido en el límite natural establecido por un acantilado.
- Arco de ingreso, ubicado en la avenida principal, señala el ingreso a la zona.

d. Población

La Población asignada por el Sistema Nacional de Información en Salud SNIS de la gestión 2019, al Centro Municipal de Salud Integral C.S.I. PAMPAHASI BAJO, fue de 16.036 hab. Cuya distribución se detalla en la Tabla 6, en la primera fila de la misma a modo de ilustración se ha colocado las categorías de edad del ciclo de vida, desarrolladas por el Proyecto Nutricional eLENA de las acciones impulsadas por la OMS.

e. Ubicación del Establecimiento de Salud

Calle 7, Pampahasi Bajo s/n. Colinda con el establecimiento educativo “Delia Gambarte”.

f. Recursos humanos

Cuenta con 26 profesionales en salud de las diferentes especialidades, se incluye técnicos, personal administrativo y de servicio, como lo demuestra la Tabla 5.

TABLA 5
CENTRO MUNICIPAL DE SALUD INTEGRAL PAMPAHASI BAJO
RECURSOS HUMANOS POR ESPECIALIDAD
Y CARGA HORARIA

N°	ESPECIALIDAD	CANTIDAD	CARGA HORARIA
1.	Pediatra	1	TC
2.	Ginecólogo obstetra	1	TC
3.	Médico General	8	TC
4.	Odontólogo/a	1	MT
5.	Licenciada en enfermería	1	TC
6.	Biotechnólogo laboratorista	1	TC
7.	Bioquímico farmacéutico	1	TC
8.	Auxiliar de enfermería	7	TC
9.	Sereno portero	3	TC
10.	Recaudador	2	TC
	TOTAL	26	

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Audiencia pública de Rendición de Cuentas 2019.

VII. DISEÑO METODOLÓGICO

7.1. TIPO DE ESTUDIO

Observacional, descriptivo de corte transversal, cuantitativo.

➤ **Observacional:**

Estudio concreto a la medición de variables definidas, cuyo objetivo es "la observación y registro" de acontecimientos sin intervenir en el curso natural de estos, en el contexto epidemiológico de la COVID (29).

➤ **Descriptivo:**

Refieren la frecuencia y las características más importantes de un problema de salud en una población (29).

➤ **Corte Transversal:**

Recopilara los datos en un momento concreto, su objetivo primordial es identificar la frecuencia de una condición o enfermedad en la población estudiada y es uno de los diseños básicos en epidemiología (30).

➤ **Cuantitativo**

Este estudio se dedica a recoger, procesar y analizar datos cuantitativos o numéricos sobre variables previamente determinadas, las que asocia y relaciona para interpretar los datos. El resultado es un listado de datos organizados que se muestran en el informe final, están en total consonancia con las variables que se declararon desde el principio y los resultados obtenidos van a brindar una realidad específica a la que estos están sujetos (31).

7.2 POBLACIÓN, AREA DE ESTUDIO Y MUESTRA

a. Área de estudio

El presente estudio se desarrollara en el Centro Municipal de Salud de Pampahasi Bajo, correspondiente a la Red De Salud N° 4 Este. Es un Establecimiento de primer nivel de atención, con

acciones de segundo nivel como atención materna e infantil para partos eutócicos.

b. Población

Total de Fichas epidemiológicas y solicitud de estudios de laboratorio COVID19, del Centro Municipal de Salud Integral “Pampahasi Bajo” de 35 semanas epidemiológicas gestión 2020 y 2021.

En la gestión 2020 fueron 118 fichas y en la gestión 2021 fueron 110, haciendo un total de 228 fichas epidemiológicas.

Aplicando los criterios de exclusión, de no cumplimiento de los aspectos legales, las duplicadas, las ilegibles, y las deterioradas que hacen aproximadamente el 35% (80 Fichas) del total; se realiza el análisis con las 148 Fichas Epidemiológicas y Solicitud de Estudios de Laboratorio COVID-19 restantes.

c. Muestra

Cálculo de tamaño muestral

Con un nivel de confianza de 95%, frecuencia esperada de 50% y precisión de 5%, se calculó un tamaño de muestra de 108 Fichas epidemiológicas.

d. Muestreo

Probabilístico aleatorio simple

Probabilístico porque todos y cada uno de los elementos de la población tienen la misma probabilidad de ser seleccionados (azar).

Aleatorio simple porque cada sujeto tiene una probabilidad igual de ser seleccionado para el estudio.

TABLA 6
FICHA EPIDEMIOLOGICA Y SOLICITUD DE ESTUDIOS DE
LABORATORIO COVID-19
CENTRO MUNICIPAL DE SALUD INTEGRAL PAMPAHASI BAJO
CALCULO DE LA MUESTRA

Tamaño de la muestra para la frecuencia en una población

Tamaño de la población (para el factor de corrección de la población finita-fcp (N):	148
frecuencia % hipotética del factor del resultado en la población (p):	50%+/-5
Límites de confianza como % de 100(absoluto +/-%)(d):	5%
Efecto de diseño (para encuestas en grupo-EDFF):	1

Tamaño muestral (n) para Varios Niveles de Confianza

Intervalo	Confianza (%)	Tamaño de la muestra
	95%	108
	80%	79
	90%	96
	97%	113
	99%	122
	99.9%	131
	99.99%	135

Ecuación

Tamaño de la muestra $n = [EDFF * Np(1-p)] / [(d^2/Z^2_{1-\alpha/2} * (N-1) + p*(1-p)]$

Fcp = factor de corrección de población

e) CRITERIOS DE SELECCIÓN

✓ **Inclusión:**

- Aspectos legales de la Ficha Epidemiológica
- Nombre del trabajador en salud encargado del llenado de ficha

- Firma del Trabajador en salud
- Sello y códigos del Colegio médico del trabajador en salud
- Fichas legibles
- Fichas sin raspaduras, rayaduras, sin tachaduras

✓ **Exclusión**

- Fichas duplicadas
- Fichas ilegibles
- Fichas deterioradas que no permitan ver el llenado de datos.
- Fichas manchadas con exudados naturales o líquidos de diferente naturaleza.

7.3. LISTADO DE VARIABLES

Cumplimiento de llenado de las variables de la Ficha Epidemiológica y solicitud de estudios de laboratorio COVID-19 del Centro Municipal de Salud Integral Pampahasi Bajo”; se ha definido que:

a. VARIABLE SATISFACTORIO

Determinada por el llenado del 50 al 70% los ítems correspondientes.

b. VARIABLE REGULAR

Definida por el llenado del 30 al 50% de los ítems correspondientes

c. VARIABLE DEFICIENTE

Establecida por el llenado del 1 al 30% los ítems correspondientes

d. DETERMINACION DE CRITERIOS CORRESPONDIENTES

Para fines del presente análisis se ha agrupado los ítems contenidos en la Ficha Epidemiológica y Solicitud de Estudios de Laboratorio, por Criterios de afinidad, detallados como:

Criterios de identificación, corresponden a:

1. Datos del Establecimiento Notificador. Ítem 1.
2. Identificación del caso/paciente. Ítem 2.
3. Datos del personal que notifica. Ítem 9.

Criterios Epidemiológicos, corresponden a:

1. Antecedentes epidemiológicos. Ítem 3.
2. Datos en caso de hospitalización y/o aislamiento. Ítem 5.
3. Datos de personas con las que el caso sospechoso estuvo en contacto estrecho (desde el inicio de los síntomas): Ítem 7.

Criterios Clínicos, corresponde a:

1. Datos Clínicos, ítem 4.
2. Enfermedades de base o condiciones de riesgo. Ítem 6.
3. Laboratorio. Ítem 8.

7.4. MEDICIÓN/OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES (TABLA 7)

TABLA 7
OPERACIONALIZACION DE VARIABLES
FICHA EPIDEMIOLOGICA Y SOLICITUD DE ESTUDIOS DE LABORATORIO COVID-19

OBJETIVOS ESPECIFICOS	VARIABLE	DEFINICIÓN OPERATIVA	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR
<ul style="list-style-type: none"> • Describir el llenado de la Ficha Epid y Solicitud de Estudios de Lab. COVID-19, sg requerimientos rel al Criterio de Identificación. • Identificar el llenado de la Ficha Epid y Solicitud de Estudios de Lab COVID-19, sg requerimientos; rel a Criterios Epidem. • Detallar el llenado de la Ficha Epid y Solicitud de Estudios de Lab COVID-19 sg requerimientos rel al criterio Clínico. 	<p>Cumplimiento de llenado de la ficha epidemiológica COVID-19, del “Centro Municipal de Salud Pampahasi Bajo”</p>	<p>Llenado correcto, sin omisiones, de la ficha epidemiológica COVID-19, cumpliendo las instrucciones de llenado.</p> <p>Para efectos del presente análisis, los partes de la Ficha Epidemiológica, fueron agrupados por afinidad, es decir:</p> <p>CRITERIO IDENTIFICACIÓN, Ítems: 1, 2 y 9</p> <p>CRITERIO EPIDEMIOLOGICO, hospitalización y contactos, Ítems 3, 5 y 7</p> <p>CRITERIO CLINICO, Clínica, riesgos y laboratorio. Ítems 4, 6 y 8</p>	<p>Cuantitativa ordinal politómica</p>	<p>70% Llenado satisfactorio.</p> <p>50 % Llenado regular.</p> <p>30 % Llenado deficiente.</p>

	Cumplimiento de llenado de la ficha epidemiológica COVID-19, del “Centro Municipal de Salud Pampahasi Bajo”, Criterio Identificación	Llenado correcto sin omisiones del Criterio Identificación, con un total de ítems 28.	Cualitativa ordinal politómica	70% = 20 ítems. (satisfactorio) 50% = 14 ítems. (regular) 30% = 10 ítems. (deficiente)
	Cumplimiento de llenado de la ficha epidemiológica COVID-19, del “Centro Municipal de Salud Pampahasi Bajo”, Criterio Epidemiológico	Llenado correcto sin omisiones del Criterio Epidemiológico, con un total de 41 ítems	Cualitativa ordinal politómica	70% = 29 ítems. (satisfactorio) 50% = 20 ítems. (regular) 30% = 12 ítems (deficiente)
	Cumplimiento de llenado de la ficha epidemiológica COVID-19, del “Centro Municipal de Salud Pampahasi Bajo”, Criterio Clínico	Llenado correcto sin omisiones del Criterio Clínico, con un total de 67 ítems	Cualitativa ordinal politómica	70% = 47 ítems. (satisfactorio) 50% = 33 ítems. (regular) 30% = 20 ítems (deficiente)

A. MEDICIONES

➤ INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de información del presente trabajo de investigación, se utilizara el procesador de Excel, que permitirá la introducción de todos los datos de las Fichas epidemiológicas y solicitud de estudios de laboratorio COVID-19 del “Centro Municipal de Salud Pampahasi Bajo”, para tener resultados integrales y confiables.

➤ VALIDACIÓN

Al ser un instrumento de notificación de enfermedades inmunoprevenibles, la ficha epidemiológica COVID-19 ha tenido su validación en la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud. La resolución de validación está en la dirección Jurídica, de donde se obtendrá una copia, en los próximos días.

➤ CODIFICACIÓN

Previo al relevamiento de datos de las Fichas Epidemiológicas COVID-19 del “Centro Municipal de Salud Pampahasi Bajo”, se procederá al ordenamiento y codificación de cada una de estas, debido a que en su reguardo han sufrido inconvenientes, debido a que los responsables de su custodio tuvieron problemas de salud que les oblijo a tener bajas médicas y permisos por enfermedad.

➤ CREACION DE LA BASE DE DATOS

La base de datos creada para este proceso de investigación, será analizada en su conjunto, en primera instancia y luego de acuerdo a los 9 partes, cada una con sus respectivos ítems, lo que permitirá una fácil interpretación y análisis de los datos.

7.5. CONSIDERACIONES ETICAS (32)

a. Principio de Autonomía

Al aplicar este principio, se respetó los derechos que tiene el establecimiento de salud sobre la Fichas Epidemiológica COVID-19, ya que estas serán revisadas en el propio establecimiento de salud, sin establecer una relación con los usuarios/pacientes.

El objetivo del presenta trabajo, radica en la revisión y análisis sistemático de Formularios de notificación de una enfermedad como es la COVID-19 del Centro “Municipal de Salud Integral Pampahasi Bajo”, siendo catalogada en la categoría de investigación sin riesgo.

Habiéndose tomado contacto verbal con la Responsable de dicho Centro (Dra. Janett Aliaga Merino), solicitando el permiso correspondiente para la revisión de la Fichas Epidemiológicas COVID-19, oficializándose a través de una nota escrita en fecha 19 de Febrero de 2021. Por lo que se ha obtenido el “consentimiento” de la primera Autoridad del Centro. Anexo 4.

Debido a que son papeles de trabajo, documentos legales; se desarrolló actividades de revisión en biblioteca de la institución, guardando la privacidad y confidencialidad requeridas.

b. Principio de beneficencia

Debido a que el estudio se realizó en documentos de notificación de casos sospechosos de COVID, el beneficio se suministrara al finalizar la investigación a tiempo de socializar los resultados con el equipo de dirección del establecimiento.

La investigación se desarrolló guardando la confidencialidad (nombres y apellidos) de los pacientes a quienes se tomaron los datos consignados en la fichas epidemiológicas, de la misma manera se guardó confidencialidad del personal de salud notificador, consignada en la misma. Por lo que se ha

el número del carnet de identidad de los pacientes. En cuanto al personal de salud se colocó el registro de su colegio correspondiente.

c. Principio de No maleficencia

Establece no producir daño y prevenirlo. Incluye no matar, no provocar dolor ni sufrimiento, no producir incapacidades. No hacer daño. Es un principio de ámbito público y su incumplimiento está penado por la ley.

Debido a que la revisión del objeto de estudio son los instrumentos de notificación de la COVID-19; no hay riesgo de daño.

d. Principio de Justicia e Igualdad

Este principio se fundamenta en la equidad de la distribución de los riesgos y beneficios de la investigación. Donde se han seleccionado las fichas epidemiológicas de acuerdo a la muestra previamente ajustada.

Una vez concluida la investigación, los resultados de conformidad o no conformidad fueron socializados con la primera Autoridad del “Centro Municipal de Salud Integral Pampahasi Bajo”.

VIII. RESULTADOS

Una vez que se han cumplido los puntos planteados en la metodología de la investigación, los resultados de la información recogida de las 108 “Fichas Epidemiológicas y Solicitud de Estudios de Laboratorio COVID-19” del Centro Municipal de Salud Integral Pampahasi Bajo, agrupadas por criterios, han sido tabuladas en una planilla Excel, de la cual se ha derivado gráficas de porcentajes, son los siguientes:

8.1. CRITERIOS DE IDENTIFICACIÓN

ÍTEM 1. Datos del Establecimiento Notificador. Se llenó al 100% los siguientes subítems: “Establecimiento de salud”, “Departamento”, “Municipio”, “Subsector público”, “Fecha de notificación” 100% (108/108) cada uno de ellos; el subítem “Código del Establecimiento” 80.5% (87/108), no fue llenado el 19.5% (21/108). El subítem “Red de Salud” se llenó en el 93.5% (101/108), no fue llenado el 6.5% (7/108). El subítem “semana epidemiológica” tuvo el 81.5% (88/108), no fue llenado el 18.5% (20/108). El subítem “Búsqueda activa” fue llenado en el 97% (105/108). No se llenó el 3% (3/108).

ÍTEM 2. Identificación del caso/paciente. Se llenaron al 100% los subítems “Fecha de nacimiento”, “nombre y apellido” y “sexo”. El subítem “carnet de identidad” 99% (107/108), no se llenó el 1% (1/108). El subítem “edad” 95% (103/108), no se llenó el 5% (5/108). El subítem “identidad étnica” 77% (83/108) fue llenado, no se llenó el 23% (25/108). El subítem “país de procedencia” el 78% (84/108), no se llenó el 22% (24/108). En el subítem de “residencia actual”, los subítems “Departamento” el 87% (94/108) fue llenado, no se llenó el 13% (14/108). El subítem “Municipio” el 87% (94/108) fue llenado, no se llenó el 13% (14/108). El subítem “Calle” 22% (36/108) fue llenado, no se llenó el 88% (72/108). El subítem “N°” fue llenado en el 24% (26/108) no se llenó el 76% (72/108). El subítem “Zona” fue llenado con el 87% (94/108), no se llenó el 13% (14/108). El subítem

“Teléfono” el 87% (94/108) fue llenado, no se llenó el 13% (14/108). En el subitem “Para menores de edad”, los subitems “nombre y teléfono del Padre/Madre o apoderado”, fueron llenados en el 1.9% (2/108), no se llenó el 98% (106/108).

ITEM 9. Datos del personal que notifica, los subitems de “Nombre y apellidos”, “telf./celular”, “Firma y Sello”, y “Sello del establecimiento de salud” fueron llenados en el 100% (108/108).

8.2. CRITERIOS EPIDEMIOLÓGICOS

ITEM 3. Antecedentes epidemiológicos: En el subitem de “ocupación”, el subitem de personal de salud” alcanza el 3.7% (4/108), no se llenó el 96.3% (104/108). el subitem “laboratorista” el 1% (1/108), no se llenó el 99% (107/108), “otra ocupación” llenado el 86% (93/108), no se llenó el 7% (7/108). El subitem “¿Tuvo contacto con caso confirmado de COVID-19?”, el subitem “SI” reporta 30.5% (33/108), no se llenó el 69.5% (65/108), el subitem “NO” reporta el 60% (65/108) de llenado, no se llenó el 40% (43/108), el subitem “fecha del contacto” reporta el 19% (21/108) de llenado; no se llenó el 81% (87/108). El subitem “fue diagnosticado COVID-19 anteriormente” el subitem “SI” llega al 28% (30/108), no se llenó el 72% (78/108). el subitem “fecha” fue llenado en el 1.9% (2/108), no se llenó el 98% (106/108).

ITEM 5. Datos en caso de hospitalización o aislamiento: El subitem “ambulatorio” fue de 69% (75/108), no se llenó el 31% (25/108), “lugar de aislamiento” es de 59% (64/108), no se llenó el 41% (44/108), el subitem “fecha de aislamiento” reporta el 62% (67/108) de llenado, no se llenó el 28% (41/108), en el subitem “ventilación mecánica” los subitems “no” y “si” alcanzaron el 77% (83/108), cada uno, no se llenaron el 33% (75/108).

ITEM 7. Datos de personas con las que el caso sospechoso estuvo en contacto estrecho (desde el inicio de los síntomas): El

subitem “nombres y apellidos” y “edad” alcanzan el 67% (73/108) cada uno, no se llenó el 23% (35/108), los subitems “relación”, “teléfono”, Dirección” y “lugar de contacto” alcanzan el 65.7% (71/108), no se llenó el 35% (37/108). “fecha de contacto” 61% (66/108), no se llenó el 34% (42/108).

8.3 CRITERIOS CLÍNICOS

ITEM 4. Datos Clínicos: el subitem “asintomático” cumple el 9% (10/108), no se llenó el 91% (98/108), el subitem “sintomático” cumple el 90% (97/108), no se llenó el 10% (11/108), “fecha de inicio de síntomas” el 88% (95/108), no se llenó el 12% (13/108). En el subitem “síntomas”, los subitems “tos seca” cumple 55% (59/108), no se llenó el 45% (49/108), “fiebre” el 50% (54/108), no se llenó el 50% (54/108), “malestar general” el 61% (66/108), no se llenó el 39% (42/108), “cefalea” el 56% (60/108), no se llenó el 44% (48/108), “dificultada respiratoria” el 45% (49/108), no se llenó el 55% (59/108), “mialgias” el 44% (48/108), no se llenó el 66% (60/108), “dolor de garganta” el 51% (55/108), no se llenó el 49% (53/108), “pérdida del olfato” el 21% (23/108), no se llenó el 79% (85/108), “pérdida del gusto” el 21% (23/108), no se llenó el 79% (85/108), “otros” el 10% (11/108), no se llenó el 90% (97/108), el subitem “estado actual al momento de la notificación” los subitems “estable leve” cumple el 87% (94/108), no se llenó el 13% (14/108), “crítico grave” el 6% (7/108); no se llenó el 94% (101/108), subitem “diagnóstico clínico” los subitems “síndrome gripal/IRA/bronquitis” cuenta con el 78% (84/108), no se llenó el 22% (24/108), “IRAG neumonía” el 8% (9/108), no se llenó el 92% (99/108).

ITEM 6. Enfermedades de base o condiciones de riesgo: los subitems “presenta” cuenta con 34% (37/108), no se llenó el 66% (71/108), “no presenta” el 58% (63/108), no se llenó el 42% (45/108), “diabetes” el 8% (9/108), no se llenó el 92% (99/108), “obesidad”

4.6% (5/108), no se llenó el 95.4% (103/108), “enfermedad renal crónica” 1.8% (2/108), no se llenó el 92% (106/108), “embarazo” 1.8% (2/108), no se llenó el 98% (106/108), “hipertensión arterial” 14.8% (16/108), no se llenó el 85% (92/108), “enfermedad cardiaca” 1.9% (2/108), no se llenó el 98% (106/108), “enfermedad respiratoria” el 8% (9/108), no se llenó el 92% (99/108), otro el 12% (13/108), no se llenó el 88% (95/108).

ITEM 8. Laboratorio: el subitem “toma de muestra laboratorial” el subitem “sí” reporta el 52% (56/108) no se llenó el 48% (52/108), subitem “no” reporta el 33% (36/108), no se llenó el 77% (72/108), El subitem “tipo de muestra”, el subitem “hisopado nasofaríngeo” reporta el 48% (52/108), no se llenó el 42% (56/108), “lavado bronco alveolar” reporta 1% (1/108), no se llenó el 99% (107/108), y otro el 1.8% (2/108), no se llenó el 99% (107/108), los subitems “nombre del laboratorio que procesara la muestra”, “fecha de la toma de la muestra” y “fecha de envío de la muestra” reportan el 51% (55/108) cada uno, no se llenó el 49% (53/108). En el subitem “resultado” el subitem “método diagnóstico” “RT-PCR en tiempo real” y “RT-PCR GeneXpert” reportan el 46% (50/108) cada uno, no se llenó el 44% (58/108), “prueba antigénica” 1.8% (2/108), no se llenó el 98% (106/108), el subitem “resultado de laboratorio” “positivo” reporta el 28% (31/108), no se llenó el 72% (77/108), “negativo” el 22% (24/108), no se llenó el 78% (84/108), “fecha de reporte de laboratorio” el 49% (53/108) no se llenó el 51% (55/108),.

Las tablas presentadas a continuación ilustran los resultados.

TABLA 8
FICHA EPIDEMIOLOGICA Y SOLICITUD DE ESTUDIOS
DE LABORATORIO COVID-19
CENTRO MUNICIPAL DE SALUD INTEGRAL PAMPAHASI BAJO
RESULTADOS: CRITERIO DE IDENTIFICACIÓN

N°	CATEGORIA	CANTIDAD	TOTALES
1	Satisfactorio	Recuento	95
		Porcentaje	88%
2	Regular	Recuento	13
		Porcentaje	12 %
3	Deficiente	Recuento	0
		Porcentaje	0 %

Fuente: Elaboración Propia, en base a formulario de relevamiento de datos

Análisis.

De las 108 fichas epidemiológicas revisadas se tiene que el 88% (95) están en la categoría SATISFACTORIA, que significa que fueron llenados 24 de los 28 subitems que presento el criterio de identificación. El resto del porcentaje 12% (13) corresponde a la categoría REGULAR con el llenado de solo 4 subitems.

En el Criterio de Identificación se cumplió SATISFACTORIAMENTE el llenado de la ficha epidemiológica y solicitud de estudios de laboratorio COVID-19, del Centro Municipal de Salud Integral Pampahasi Bajo

TABLA 9
FICHA EPIDEMIOLÓGICA Y SOLICITUD DE ESTUDIOS
DE LABORATORIO COVID-19
CENTRO MUNICIPAL DE SALUD INTEGRAL PAMPAHASI BAJO
RESULTADOS: CRITERIO EPIDEMIOLÓGICO

N°	CATEGORIA	CANTIDAD	TOTALES
1	Satisfactorio	Recuento	1
		Porcentaje	0.9 %
2	Regular	Recuento	58
		Porcentaje	54 %
3	Deficiente	Recuento	49
		Porcentaje	45 %

Fuente. Elaboración Propia, en base a formulario de relevamiento de datos

Análisis.

De las 108 fichas epidemiológicas revisadas se tiene que el 54% (58) están en la categoría REGULAR, que significa que fueron llenados 22 de los 41 subitems que presento el criterio epidemiológico. El resto del porcentaje 45% (49) corresponde a la categoría DEFICIENTE con el llenado de 19 subitems.

En el Criterio de Epidemiológico se cumplió REGULARMENTE el llenado de la ficha epidemiológica y solicitud de estudios de laboratorio COVID-19, del Centro Municipal de Salud Integral Pampahasi Bajo

TABLA 10
FICHA EPIDEMIOLÓGICA Y SOLICITUD DE ESTUDIOS
DE LABORATORIO COVID-19
CENTRO MUNICIPAL DE SALUD INTEGRAL PAMPAHASI BAJO
RESULTADOS: CRITERIO CLÍNICO

N°	CATEGORIA	CANTIDAD	TOTALES
1	Satisfactorio	Recuento	0
		Porcentaje	0 %
2	Regular	Recuento	29
		Porcentaje	27 %
3	Deficiente	Recuento	79
		Porcentaje	73 %

Fuente: Elaboración Propia, en base a formulario de relevamiento de datos

Análisis.

De las 108 fichas epidemiológicas revisadas se tiene que el 73% (79) están en la categoría DEFICIENTE, que significa que fueron llenados 49 de los 67 subitems que presento el criterio clínico. El resto del porcentaje 27 % (29) corresponde a la categoría REGULAR con el llenado de 18 subitems.

En el Criterio Clínico se cumplió DEFICIENTEMENTE el llenado de la ficha epidemiológica y solicitud de estudios de laboratorio COVID-19, del Centro Municipal de Salud Integral Pampahasi Bajo.

Siendo este criterio el de mayor importancia en cuanto al diagnóstico y tratamiento de la patología de la pandemia.

IX. DISCUSIÓN

El presente Trabajo de Grado, es un estudio observacional descriptivo de corte transversal cuantitativo, retrospectivo. El marco muestral ha integrado todas las Fichas Epidemiológicas y Solicitud de Estudios de Laboratorio COVID-19, del Centro Municipal de Salud Integral Pampahasi Bajo, recabadas en 35 semanas epidemiológicas de las gestiones 2020 y 2021.

Se accedió al instrumento, a través de una solicitud escrita a la Sra. Directora del Centro, la misma que fue aceptada también por escrito, se asigna un ambiente de trabajo anexo a Laboratorio, para la revisión de las fichas.

En esta revisión se han considerado tres momentos. En el primer momento se discute solo la existencia de las fichas y no el cumplimiento del llenado de las mismas.

El segundo momento generado por la Sra. Directora del Centro, donde expone que en la gestión 2020, (desde junio), hubo crisis en el personal de salud, médicos, auxiliares, administrativos, responsable de la custodia y reguardo de la ficha COVID-19, porque enfermaron con COVID-19; habiendo estado con bajas médicas, licencias, cambios de personal, permisos, etc., lo que no permitió un ordenamiento por fechas y días del mencionado documento.

El tercer momento, tiempo en el que se ha ordenado la información para luego proceder al conteo, establecer la muestra y proceder a la recolección de la información. Se sentó precedente en la legalidad de la Ficha COVID-19, con la firma, el sello del personal que notifica el caso.

Como instrumento de recolección de la información se utilizó una planilla (elaboración propia), elaborada en hoja de cálculo Microsoft Excel.

Se evaluaron 108 fichas COVID-19, según la muestra. Se realiza la mencionada revisión las 2 últimas semanas del mes de febrero de la gestión 2021.

Teniendo en cuenta que la Ficha Epidemiológica COVID, tiene 9 partes, con 136 ítems a ser evaluados, se ha procedido a realizar una agrupación por criterios de afinidad. Clasificándose en tres Criterios:

Criterio de Identificación, corresponde a datos del Establecimiento de salud, de paciente/caso y personal responsable de notificación del caso.

Criterio Epidemiológico, corresponde a Datos epidemiológicos, Hospitalización y / o aislamiento y contactos del paciente.

Criterio Clínico, corresponde a datos clínicos, enfermedades de base y laboratorio.

Las tablas 8, 9 y 10, elaboradas con los resultados del formulario de relevamiento de datos de las Fichas Epidemiológicas y Solicitud de estudios de laboratorio COVID-19, del “Centro Municipal de Salud Integral Pampahasi Bajo”, permiten el siguiente análisis:

CRITERIO DE IDENTIFICACIÓN

De las 108 fichas analizadas, el 88 % (95) han llenado los datos satisfactoriamente. El 12% (13) está en la categoría de llenado regular, y el 0% (ninguna) en la categoría de deficiente.

Las partes analizadas en este criterio contempla a: Identificación del establecimiento notificador; los ítems llenados al 100% son:

Nombre del establecimiento de salud, Departamento, Municipio Fecha de notificación y Subsector de salud.

Estos datos revelan que el trabajador en salud encargado de la atención del paciente/caso con sospecha de COVID-19 está consciente del espacio donde desempeña funciones como también del tiempo en que se realiza la atención.

Los subítems: Código del Establecimiento, Red de Salud, semana epidemiológica, modalidad de captación del paciente Búsqueda fueron llenadas en el 88%, y el 12% restante no completadas

Evidenciándose desconocimiento o descuido con referencia a los ítems enunciados líneas arriba.

Ítem 2, Identificación del paciente, los subítems que fueron llenados al 100% son: Nombre y apellidos el paciente, sexo, nombre de padre madre o apoderado y telf., en caso de ser menor de edad.

Los subítems: identidad étnica, país de procedencia, y residencia actual (Dpto., Municipio, Calle, N°, zona, teléfono), fueron llenados en el 76%, y el 24% no completadas.

ITEM 9, Datos del personal que notifica, en sus 5 subítems; nombres y apellidos, telf., o cel., firma y sello, y sello del establecimiento de salud han cumplido en el 100% del llenado.

En el criterio de identificación, el llenado es satisfactorio.

CRITERIO EPIDEMIOLÓGICO

De las 108 fichas analizadas, el 0.9 % (1) fue llenada satisfactoriamente. El 45 % (49) está en la categoría de llenado regular, y el 54 % (58) en la categoría de deficiente.

Las partes analizadas en este rubro fueron: ítem 3; antecedentes epidemiológicos, el subítem ocupación de paciente alcanza un llenado de 16.3%, el restante 83.7% no fue llenado, lo que indica que existe

imprecisión cuando la ocupación del paciente es un factor de riesgo para el contagio de la enfermedad.

Los subitems: Tuvo contacto con caso confirmado COVID-10, fue diagnosticado COVID-19 anteriormente, y lugar de probable infección, alcanza su llenado a 36%, dejando de lado al 64%, siendo también estos factores de riesgo para contraer la enfermedad.

Ítem 5: Datos en caso de hospitalización y / o aislamiento, cuenta con 9 subitems, los cuales fueron llenados en el 34%, dejando de lado el 66%, en este caso el aislamiento da la pauta para nuevos contagios.

Ítem 7 referida a Datos de personas con las cuales el caso sospechoso estuvo en contacto estrecho (desde el inicio de los síntomas), el llenado alcanza al 71%. Dejando de lado al 29%; es de recalcar que el relacionamiento con familiares y otras personas es crítico para el contagio de la enfermedad

En el criterio epidemiológico, la categoría de llenado es regular, comparte con Criterio de Identificación la cantidad de subitems a llenarse en número de 9, los subitems solicitados en los cuales se debe escribir (lo que puede dificultar el llenado) como colocar nombres y apellidos, edad, teléfono, dirección, fechas lugar de contacto, eran 7.

CRITERIO CLÍNICO

De las 108 fichas analizadas, bajo este criterio, el 0 % (ninguna) fue llenado satisfactoriamente. El 27 % (29) está en la categoría de llenado regular, y el 75 % (79) en la categoría de deficiente.

En este criterio se analizaron 3 partes de la Ficha COVID-19, en el ítem 4 datos clínicos, los subitems asintomático, sintomático y fecha de inicio de síntomas tienen el 67% de llenado, dejando sin llenar el 33%, estos tres

subitems están relacionados con la fase de contagiosidad de la enfermedad.

Los subitems de síntomas, tos seca, dolor de garganta, fiebre, dificultad respiratoria, mialgias, malestar general, cefalea, pérdida o disminución del olfato, pérdida o disminución del gusto y otros, alcanzaron el 45% y el 55% no fue llenado; restando importancia la sintomatología que daría una pauta para el diagnóstico de la enfermedad.

En el subitem estado actual al momento de la notificación se alcanzó el 25% del llenado, no llenándose el 75%, este subitem es un dato muy objetivo, la ficha está pidiendo que se mire al paciente y se anote el estado en el cual llega a la consulta.

En el ítem diagnóstico clínico se alcanzó el 31% del llenado, y el 69% no se reporta, lo que da a pensar que no hubo revisión clínica, anamnesis pobre.

En el Ítem 6; correspondiente a enfermedades de base o condición de riesgo, el porcentaje de llenado alcanzó al 14%. No reporta el 86%, si hace el cruce respectivo con la edad del paciente, alrededor del 63% son personas arriba de 60 años, de ellos el 50% puede tener patología de base.

El Ítem 8 correspondiente a laboratorio, en el subitem de toma muestra de laboratorio se alcanzó el 46% del llenado; y el 54% no se reporta, en el subitem tipo de muestra se alcanzó el 8% de llenado, y el 92% no se reporta; en los subitems nombre del laboratorio que procesa la muestra, fecha de toma de la muestra y fecha de envío de la muestra, el porcentaje de llenado es de 55%, el 45% no se reporta; en el subitem resultado de laboratorio: método de diagnóstico tenemos el 34% de llenado y en el subitem de resultado laboratorial se tiene el 36% de llenado.

En la Ficha Epidemiológica y Solicitud de Estudios de Laboratorio Covid-19, en el Ítem de Laboratorio el llenado es compartido con el personal de Laboratorio según sus turnos.

El llenado de este Criterio es deficiente, solicitan 67 subitems para llenar, en 13 de ellos el profesional en salud, debe realizar procesos de observación, revisión y auscultación al paciente. En 23 subitems de este rubro, se solicita la intervención de otro profesional como es el/la bioquímico/a laboratorista, por lo que no depende del personal que está notificando el caso.

Este estudio se ha basado en las normas emitidas por el Ministerio de Salud, en el Proyecto Nacional de Calidad en Salud, vigentes hasta la fecha, que considera que en cada atención se debe emitir el registro con letra legible, sin borrones ni tachaduras, ni sobrescritas, con la identificación de la persona que realiza la atención, (nombre, firma, sello del colegio de profesionales con su respectivo código).

X. CONCLUSIONES

El cumplimiento de llenado de las Fichas Epidemiológica y Solicitud de Estudios de Laboratorio COVID-19, de manera general, en la integridad de este instrumento el llenado es deficiente, alcanzando el porcentaje de llenado en esta categoría de 39.4%, la categoría regular alcanza el 31% y la categoría satisfactoria alcanza el 29%.

El cumplimiento de llenado de la Ficha Epidemiológica y Solicitud de Estudios de Laboratorio COVID-19, en el criterio de Identificación, es satisfactoria debido al porcentaje de llenado de la ficha, que reporta el 88 % de llenado y el 12% en la categoría de llenado regular y 0% en la categoría deficiente.

El cumplimiento de la Ficha Epidemiológica y Solicitud de Estudios de Laboratorio COVID-19, Criterio epidemiológico, ha generado el 1% de llenado satisfactorio, el 54% de llenado regular y el 45% de llenado deficitario.

El cumplimiento de llenado de la Ficha Epidemiológica y Solicitud de Estudios de Laboratorio COVID-19, en el Criterio Clínico, es deficiente en vista de que el porcentaje obtenido, es 0% en la categoría de llenado satisfactorio, el 27% en la categoría de llenado regular y 73%; en la categoría deficitaria.

XI. RECOMENDACIONES

AL CUERPO MEDICO DEL CENTRO DE SALUD MUNICIPAL PAMPAHASI BAJO, RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN DEL PACIENTE Y LLENADO DE LA FICHA COVID-19

- Siendo la Ficha Epidemiológica COVID -19, un instrumento legal, poner mayor atención en el llenado de la misma, llenar todos los datos que son solicitados, y leer, internalizar y familiarizar el instructivo del reverso de la Ficha, para cumplirlas.

A LA DIRECCIÓN DEL CENTRO DE SALUD INTEGRAL MUNICIPAL PAMPAHASI BAJO

- Acompañar, toda vez que se disponga de tiempo, en el proceso de atención y llenado de la Ficha, a manera de realizar acciones de supervisión capacitante.
- Socializar en una jornada de almuerzo trabajo, las instrucciones del llenado de la Ficha COVID-19, y otras.
- Delegar acciones de revisión del llenado de la Ficha, para detectar no conformidades y establecer planes de mejora.

AL RESPONSABLE DE LA RED DE SALUD N° 4 – ESTE

- Estimular el funcionamiento del Comité de Calidad en Salud de la Red; con sus tareas propias y específicas diseñadas y plasmadas en los manuales, a su vez hacer funcionar el Comité de Auditoría de Historia Clínica y otros registros como la Ficha, para mejorar la calidad de llenado y por ende la calidad de prestación del servicio.

AL SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD

- Evitar rotaciones de personal capacitado y si existen someter a un proceso de negociación para el cumplimiento de acciones elementales como el llenado de los registros de notificación.

- Establecer procesos de capacitación “on line”, del manejo de los registros médicos en general, Historias Clínicas y Fichas epidemiológicas en particular.

XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Actualizaciones COVID-19. Emergencias Sanit [Internet]. 2020;v (Cronologia COVID-19). Available from: <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019>,
2. Ministerio de Salud y Deportes. Bases para la organizacion y funcionamiento del proyecto nacional de calidad en salud. PRONACS 2008. 46 p.
3. Ministerio de Salud y Deportes Bolivia. Manual de Normas y Procedimientos para la Vigilancia Epidemiologica. 2004;1:132.
4. Ministerio de Salud y Deportes. SEDES La Paz, - Sociedad Boliviana de Infectología, - OPS Bolivia, - Revisión aportes y validación. Guía Para El Manejo Del Covid-19. Guia para el manejo del COVID 2020 [Internet]. 2020;3:44. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos y Publicaciones/guia para el manejo de /VIH/SIDA.pdf %0Ahttp://urgentools.es/Archivos/GuiaToxicologiaActualizadas2009.pdf%0Ahttp://ingenieriaelectricaexplicada.blogspot.com.co/2009/11/transformadores-secos.html>
5. Organización Mundial de la Salud. Brote Enfermedad por Coronavirus (Covid-19) [Internet]. Lo ultimo sobre covid-19. 2019. Available from: www.who.int/covid-2019
6. Centro de Estudios para el Desarrollo Laboral y Agrario (CEDLA) Coronavirus en Bolivia [Internet]. Cronologia Covid-19 en Bolivia. Available from: <https://cedla.org/cedla/coronavirus-en-bolivia-10-de-marzo-de-2020/#respond>
7. Gobierno Autonomo Municipal de la ciudad de La Paz. Guia de autocuidados e informacion ante el COVID-19. 2020;1–54.
8. Gaceta Oficial Estado Plurinacional de Bolivia. Decreto Supremo N4174 [Internet]. 2020. Available from: www.gacetaoficialdebolivia.gob.bo
9. Gaceta Oficial Estado Plurinacional de Bolivia. Decreto Supremo N 4179 [Internet]. Available from: www.gacetaoficialdebolivia.gob.bo
10. Organización Mundial de la Salud.- RSI - Reglamento Sanitario Internacional

2005. 2005;104.
11. Ministerio de Salud y Deportes. Estado Plurinacional de Bolivia. Ficha Epidemiológica Y Solicitud De Estudios De Laboratorio COVID-19. 1–2.
 12. Ministerio de Salud y Deportes Estado Plurinacional de Bolivia. Guia de Aplicacion del Comite de Analisis de Informacion. 2014.
 13. Ministerio de Salud y Deportes Estado Plurinacional de Bolivia. Manual de Auditoria y Norma Tecnica.pdf.
 14. Delgado Guamán N. Análisis del Sistema de Auditoría Médica en el Hospital “ José Carrasco Arteaga”. Universidad Catolica de Santiago Guayaquil [Internet]. 2019; Available from: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/13166/1/T-UCSG-POS-MGSS-185.pdf>
 15. Cajaleón Chávez L.M. Calidad del registro de enfermería en el servicio hospitalización de Medicina II del Hospital Alberto Sabogal Callao, 2017. Universidad César Vallejo. 2017;
 16. Leyovix. Reglamento a la Ley 3131 del Ejercicio Profesional Medico, D.S. 28562.
 17. Castillo L. Tema 10.- Evaluación, calidad y gestión de calidad total en Documentación 1.- La evaluación. Conceptos generales. Indicadores. 2005;1–21.
 18. Llanos-Zavalaga LF, Mayca Pérez J, Navarro Chumbes GC. Auditoría Médica de Historias Clínicas en Consulta Externa de cuatro Hospitales públicos Peruanos. Rev. Medica Hered. 2012;17(4):220.
 19. Ministerio de Salud y Deportes. Estado Plurinacional de Bolivia. Instructivo No. 1 Uso Obligatorio ficha COVID.pdf.
 20. Vera Carrasco O. Manejo y Tratamiento actual del COVID-19 Resumen de conferencia - current management and treatment of COVID-19. 2019;73–81.
 21. Ministerio de Salud y Deportes. Estado Plurinacional de Bolivia. Instructivo No. 2 Uso Obligatorio de Ficha COVID-19. 2020.
 22. Ministerio de Salud y Deportes Estado Plurinacional de Bolivia. Instructivo No. 3 Uso Obligatorio Ficha COVID-19. 2020.

23. Gobierno Autónomo Municipal de La Paz (GAMLP). Dirección de Gobierno Electrónico y Modernización de la Gestión. Plan Estratégico Institucional del Gobierno Autónomo Municipal de La Paz. 2016;288. Available from: <https://freddyaliendre.files.wordpress.com/2019/02/pei-2016-2020.pdf>
24. Gaceta Oficial Estado Plurinacional de Bolivia.. Constitución Política del Estado -. 2009.
25. Gaceta Oficial Estado Plurinacional de Bolivia. Modelo de Salud Familiar Comunitaria. Decreto Supremo 29601 [Internet]. 2007. p. 1–46. Available from: https://www.paho.org/els/index.php?option=com_docman&view=download&alias=1002-modelo-de-salud-familiar&category_slug=reforma-del-sector-salud&Itemid=364
26. Polo Andrade S. Evaluación del grado de Aplicabilidad del Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural en SEDES Chuquisaca 2018-2019. 2020;
27. SEDES LP - GADLP. Audiencia de Rendición Pública de Cuentas 2019.
28. GAMLP. Historia de 100 Barrios Paceños. 2009; 706. Available from: <http://200.7.163.146/owncloud/index.php/s/ayRRjeCBUGt8uWK>.
29. Manterola C, Otzen T. Estudios observacionales. Los diseños utilizados con mayor frecuencia en investigación clínica. Int J Morphol. 2014;32(2):634–45.
30. Domínguez YS. Análisis de información y las investigaciones cuantitativas y cualitativas. Esc Nac Salud Pública [Internet]. 2007;33(2):1–11. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000300020&lng=es&nrm=iso&tlng=es%0Afile:///C:/Users/USER/Desktop/articulos cuantitativos/spu20307.pdf
31. Dagnino J. Tipos de Estudio [Internet]. Revista Chilena De Anestesiología. 2014. Available from: <https://doi.org/10.25237/revchilanestv43n02.05>
32. Da Silva R, Joanês Fiabani K, Morelli Matos JC, Valdivia Arancibia BA. Reflexiones sobre la gestión documental frente a los principios bioéticos en la investigación científica en Brasil. Acimed. 2012;23(3):250–62.

ANEXOS

ANEXO 1:
**FICHA EPIDEMIOLÓGICA Y SOLICITUD DE ESTUDIOS DE LABORATORIO
COVID-19**

FICHA EPIDEMIOLÓGICA Y SOLICITUD DE ESTUDIOS DE LABORATORIO
COVID-19

1. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO NOTIFICADOR

Establecimiento de Salud..... Cód. Estab..... Red de Salud.....
Departamento..... Municipio..... Fecha de Notificación...../...../..... Sem Epidem.....
Caso identificado por búsqueda activa No Si

2. IDENTIFICACIÓN DEL CASO/PACIENTE

Nombre y Apellido..... Sexo: F M
Nº Carnet de Identidad /Pasaporte..... Fecha de Nacimiento...../...../..... Edad.....
Lugar de residencia ; Departamento..... Municipio..... País.....
Calle..... Zona..... Nº..... Teléfono.....
Si es menor de edad Nombre del Padre/Madre o apoderado..... Teléfono del apoderado.....

3. ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

Ocupación: Personal de Salud Personal de Laboratorio Otro :.....
Antecedente de vacunación para influenza NO SI Fecha...../...../.....
¿Tuvo un viaje a un lugar de riesgo dentro o fuera del país? NO SI
¿Dónde (país y ciudad)?..... Fecha de retorno de viaje:...../...../..... Hora :.....
Empresa:..... Nº vuelo:..... Nº asiento:.....
¿Tuvo contacto con un caso confirmado de COVID-19 en los 14 días previos al inicio de síntomas, en domicilio o establecimiento de salud
NO SI Fecha de contacto:...../...../.....
Nombre y Apellido (del caso positivo):..... Teléfono del (caso positivo):.....
Lugar de contacto con el caso positivo:
País:..... Departamento/Estado..... Municipio..... Ciudad /localidad.....

4. DATOS CLÍNICOS

Fecha de inicio de síntomas...../...../.....
Tos seca Fiebre Malestar General Cefalea Dificultad Respiratoria Mialgias Dolor de garganta
Perdida y/o disminución del sentido del olfato Perdida y/o disminución del sentido del gusto Asintomático Otros.....

Estado actual del paciente (al momento del reporte)

Leve Grave Fallecido Fecha de defunción...../...../.....

Diagnostico clínico

IRA IRAG Neumonía Otro especificar.....

5. DATOS EN CASO DE HOSPITALIZACIÓN Y/O AISLAMIENTO

Fecha de aislamiento...../...../..... Lugar de Aislamiento:.....
Fecha de internación...../...../..... Establecimiento de salud de Internación.....
Ventilación mecánica: No Si Terapia Intensiva No Si Fecha de Ingreso a UTI...../...../.....

6. ENFERMEDADES DE BASE O CONDICIONES DE RIESGO

Presenta No presenta
Hipertensión Arterial Obesidad Diabetes Embarazo
Enfermedades cardiaca Enfermedad respiratoria Enfermedades Renal Crónica Otro.....

7. DATOS DE PERSONAS CON LAS QUE EL CASO SOSPECHOSO ESTUVO EN CONTACTO (desde el inicio de los síntomas)

Nombre y apellidos	Relación	Edad	Teléfono	Dirección	Fecha de contacto	Lugar de contacto

8. LABORATORIO

Se tomó muestra para Laboratorio: NO SI lugar de toma de muestra.....
Tipo de muestra tomada:
Aspirado Lavado Bronco alveolar Otra (especificar):.....
Hisopado Nasofaríngeo Hisopado Combinado
Nombre de Lab. que procesara la muestra..... Fecha de toma de muestra:...../...../..... Fecha de envío...../...../.....
Responsable de Toma de Muestra..... Firma y sello.....
Observaciones.....
Resultado de Laboratorio Positivo Negativo Fecha :...../...../.....

DATOS DEL PERSONAL QUE NOTIFICA:

Nombre y Apellido:..... Tel. cel.....
Firma y sello:..... Sello del EESS.....

Este formulario tiene el carácter de declaración jurada que realiza el equipo de salud, contiene información sujeta a vigilancia epidemiológica, por esta razón debe ser
llenada correctamente en las secciones necesarias y enviadas oportunamente

INSTRUCCIONES PARA EL LLENADO DE LA FICHA EPIDEMIOLÓGICA Y SOLICITUD DE LABORATORIO COVID- 19

I. ASPECTOS LEGALES:

Este formulario tiene el carácter de declaración jurada que realiza el personal a cargo del llenado. Contiene información sujeta a vigilancia epidemiológica, por esta razón debe ser CERTIFICADA con la firma y sello del médico o personal que notifica y el sello del establecimiento, debe ser llenada correctamente en las secciones necesarias y enviada oportunamente

II. ASPECTOS GENERALES: Para el llenado debe tomarse en cuenta lo siguiente:

- a) Se debe utilizar 1 ficha por cada persona.
- b) Obligatoriamente deberá considerarse la definición de caso sospechoso establecida
- c) Los casos sospechosos deben notificarse de forma inmediata a través del Sistema Nacional de Información en Salud y Vigilancia Epidemiológica (SNIS-VE) en las planillas de notificación inmediata y semanal y el formulario 302 a en la variable "COVID-19"
- d) Los casos COVID-19 son de notificación obligatoria inmediata. El momento de realizar la notificación debe enviar de la siguiente manera:

1ra original al laboratorio que procesara la muestra, 2da copia se envía a la Unidad del SNIS-VE de cada SEDES, la 3ra copia a la Unidad de Epidemiología del SEDES respectivamente y la 4ta se queda en el establecimiento de salud como parte del expediente clínico del paciente.

DEFINICION DE CASO SOSPECHOSO COVID-19

A. Un paciente con INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA (FIEBRE y al menos un signo / síntoma de enfermedad respiratoria (por ejemplo, tos, dificultad para respirar)), Y sin otra etiología que explique completamente la presentación clínica Y un historial de viaje o residencia en un PAÍS / ÁREA O TERRITORIO QUE REPORTO LA TRANSMISIÓN LOCAL DE LA ENFERMEDAD COVID-19 durante los 14 días anteriores a la aparición de síntomas; O

B. Un paciente con alguna INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA Y que haya estado en contacto* con un caso COVID-19 confirmado en los últimos 14 días antes del inicio de los síntomas; O

C. Un paciente con INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA GRAVE (fiebre y al menos un signo / síntoma de enfermedad respiratoria (por ejemplo, tos, dificultad para respirar) Y que requiere hospitalización Y sin otra etiología que explique completamente la presentación clínica.

() Un contacto es una persona que participa en cualquiera de los siguientes:*

- Proporcionar atención directa sin el equipo de protección personal (EPP) adecuado para pacientes con COVID-19.
- Permanecer en el mismo entorno cercano de un paciente COVID-19 (incluido el lugar de trabajo, el aula, el hogar, las reuniones).
- Viajar juntos en estrecha proximidad (1 m) con un paciente COVID-19 en cualquier tipo de transporte dentro de un periodo de 14 días después del inicio de los síntomas en el caso bajo consideración.

III. LLENADO

1. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO NOTIFICADOR:

El personal de salud que atiende al paciente con sospecha de COVID-19 debe registrar la información referente al servicio de salud que notifica el caso. Registrar: la fecha de notificación: *día/mes/año* en la que acude el paciente al servicio de salud. Departamento, Municipio, Localidad/Comunidad; Red de Salud al que corresponde el servicio de salud, el Nombre del establecimiento y su número de teléfono de contacto; así como la modalidad a través del cual el paciente fue captado (búsqueda activa, atención en servicio en salud, otro). Debe llenar el nombre del establecimiento de salud en el cual se encuentra y notifica el caso de sospecha de caso COVID-19(según definición de caso), consignar la red de salud, departamento y municipio notificador, así como la fecha de notificación, en caso de en un punto de entrada del país (frontera) especificar cuál (comunidad fronteriza y país con el que se comunica)

2. IDENTIFICACION DEL CASO PACIENTE

El personal de salud debe registrar claramente: los datos del paciente nombre y apellidos completos, sexo (masculino o femenino), carnet de identidad/pasaporte, fecha de nacimiento y edad, lugar de residencia y dirección y número de teléfono de contacto. Si el paciente es menor de edad (menor de 18 años), se deberá registrar el nombre de padre, madre o apoderado y colocar el teléfono de contacto del mismo.

3. ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

En ocupación del paciente, registrar si es personal de salud, personal de laboratorio o especificar si es otro.
Antecedente de vacunación para Influenza: en caso de que cuente con la misma registrar la fecha de aplicación.
Viajes u otras exposiciones de riesgo: detallar si el paciente estuvo fuera del país o región en los últimos 14 días, detallando la ciudad y país donde estuvo, el periodo de tiempo y cuando regreso al país. Empresa con la cual viajo, N° de vuelo (si es aéreo) y asiento ocupado.
Contacto con caso positivo de COVID-19: precisar si el paciente estuvo en contacto con un caso confirmado de COVID-19 sea dentro fuera del país. En caso de ser así registrar el nombre, y teléfono del caso positivo y la fecha que tuvo el contacto.

4. DATOS CLÍNICOS

Esta sección debe ser llenada exclusivamente por el personal de salud que atiende al paciente. Registrar *día/mes/año* del inicio de síntomas, Marcar con una "X" los signos y síntomas que presenta o refiere el paciente, debiendo especificar en la casilla Otro, algún otro signo o síntoma que se considere importante notificar, también registrar si es un caso sospechoso que no presenta signos sintomatología en la casilla de Asintomático, anotar el estado del paciente al momento de la notificación del caso. En caso de haber notificado una defunción por probable COVID-19 colocar fecha de defunción, Anotar el diagnóstico clínico presuntivo del caso.

5. DATOS EN CASO DE HOSPITALIZACIÓN Y /O AISLAMIENTO

Este espacio se utiliza en caso de paciente identificado y transferido a un establecimiento de salud para su internación o paciente internado por otra circunstancia del cual también se sospecha de COVID-19, así mismo si el paciente es sospechoso anotar el lugar de aislamiento obligatorio Se debe registrar fecha y lugar de aislamiento, así como el lugar colocar el nombre del mismo (albergue, hotel, domicilio, etc.) En caso de internación la fecha y el nombre del establecimiento. Marcar si el paciente recibe ventilación mecánica y si ingresó a UTI.

6. ENFERMEDADES DE BASE O CONDICIONES DE RIESGO

Marcar con una "X" las enfermedades de base que presenta o refiere el paciente o condiciones del paciente que podrían agravar la patología o su condición, debiendo especificar en la casilla Otro, alguna otra que se considere importante notificar.

7. DATOS DE PERSONAS CON LAS QUE EL CASO SOSPECHOSO ESTUVO EN CONTACTO (desde el inicio de los síntomas)

En este campo se registra la lista mínima de posibles contactos tuvo el paciente, se debe registrarse Nombre y apellidos, Edad, Teléfono fijo o celular, dirección del contacto, Fecha de contacto, Relación de parentesco o cercanía (Madre, Padre, Hermano/a, primo/a, vecino/a, etc.) lugar de contacto (domicilio del contacto, vecindario, mercado, etc).

8. LABORATORIO:

Esta sección debe ser llenada por el personal de laboratorio. Registrar Si se tomó o No muestra. Donde fue tomada la muestra, el tipo de muestra, la fecha de toma, la fecha de envió al laboratorio para diagnóstico específico y los datos del personal que hizo la toma de muestra.

DATOS DEL PERSONAL QUE NOTIFICA:

Registrar el nombre y apellido completos, número de teléfono/celular, firma y sello, y sello del establecimiento de salud.

ANEXO 3. FORMULARIO 302ª SNIS-VE



NOTIFICACION PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA
CODIGO: R. A. SALUD INE - 302 a (01/2014)

SEDES: _____ Red de Salud: _____ Municipio: _____
 Establecimiento: _____ Año: _____ Subsector: A B C D E F

Semana Epidemiológica N° _____
CAMPO DE FORMULARIO EL DIA DOMINGO DE CADA SEMANA

Los datos siguientes deben ser consolidados semanalmente por la enfermera o el médico y certificados por el Médico Director

Sospecha diagnóstica	Menor de 5 meses		5 m a menor de 1 año		1 - 4 años		5 - 9 años		10 - 14 años		15 - 19 años		20 - 29 años		40 - 49 años		50 - 59 años		60 años y más		
	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	
1. Sarampión / Rubéola																					
2. Síndrome de Rubéola congénita																					
3. Tos ferina/Coqueluche																					
4. Difteria																					
5. Parálisis flácida aguda (Poli)																					
6. Fiebre amarilla																					
7. Dengue grave																					
8. Fiebre Hemorrágica Boliviana																					
9. Peste																					
10. Enfermedad Meningocócica																					
11. Cólera																					
12. Enfermedad por Hanta virus																					
13. Rabia en perros																					
14. Rabia humana																					
15. Influenza (IRAG, IRAGI y ETI)																					
16. Leptospirosis																					

REGISTRO DE EVENTOS DE NOTIFICACION INMEDIATA							
Evento	No. de Eventos	No. de personas afectadas	No. de personas fallecidas	Evento	No.	No. de personas afectadas	No. de personas fallecidas
17. Riada				20. Deslizamiento/Sismo/Terremoto			
18. Helada/granizo/nevada				21. Inundación			
19. Incendio				22. Otros de excepción			

INMUNOPREVENIBLES	Menor de 5 meses		5 m a menor de 1 año		1 - 4 años		5 - 9 años		10 - 14 años		15 - 19 años		20 - 29 años		40 - 49 años		50 - 59 años		60 años y más		
	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	
23. Tétanos neonatal / adulto																					

24. Tétanos neonatal / adulto																					
25. Hepatitis viral A*																					
26. Hepatitis viral B o C*																					
27. Parotiditis																					
28. Varicela																					
INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL	Menor de 5 meses		5 m a menor de 1 año		1 - 4 años		5 - 9 años		10 - 14 años		15 - 19 años		20 - 29 años		40 - 49 años		50 - 59 años		60 años y más		
29. Úlcera genital																					
30. Sífilis congénita																					
31. Sífilis en la mujer embarazada*																					
32. Flujo uretral/vaginal																					
33. Gonorrea																					
34. Verruga Genital																					
35. Prueba rápida reactiva de VIH en Mujer Embarazada																					
36. Prueba rápida reactiva de VIH en Población en General																					

* Registrar los casos confirmados por laboratorio

OTRAS INFECCIONES	Menor de 5 meses		5 m a menor de 1 año		1 - 4 años		5 - 9 años		10 - 14 años		15 - 19 años		20 - 29 años		40 - 49 años		50 - 59 años		60 años y más		
	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	
37. Enfermedad Diarreica Aguda																					
38. IRA sin neumonía																					
39. Neumonía																					
40. Nº de personas expuestas al virus rábico																					
41. Nº de personas con Mordeduras de Serpientes																					
42. Nº de personas con picadura de animales ponzoñosos																					
ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES (ETV)	Menor de 5 meses		5 m a menor de 1 año		1 - 4 años		5 - 9 años		10 - 14 años		15 - 19 años		20 - 29 años		40 - 49 años		50 - 59 años		60 años y más		
43. Leishmaniasis																					
44. Chagas agudo																					
45. Dengue																					
46. Malaria																					
TUBERCULOSIS Y LEPROA	Menor de 5 meses		5 m a menor de 1 año		1 - 4 años		5 - 9 años		10 - 14 años		15 - 19 años		20 - 29 años		40 - 49 años		50 - 59 años		60 años y más		
47. Tuberculosis Meningea																					
48. Reaccion Adversa a Farmacos Antituberculosos (RAFA)																					

47. Reacción Adversa a Fármacos Antituberculosos (RAFA)																					
48. Reacción Adversa a Fármacos Antituberculosos RAFA (graves)																					
49. Lepra Paucibacilar																					
50. Lepra Multibacilar																					
REGISTRO SEMANAL DE OTROS EVENTOS (Violencia, Intoxicaciones y Mortalidad)																					
VIOLENCIA, HECHOS DE TRANSITO Y ACCIDENTES		Menor de 5 meses		6 m a menor de 1 año		1 - 4 años		5 - 9 años		10 - 14 años		15 - 19 años		20 - 29 años		40 - 49 años		50 - 59 años		60 años y más	
		Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino
51. Violencia en la Familia																					
52. Violencia Sexual (familiar, doméstica y/o en otros ámbitos)																					
53. Otras violencias por lesiones autoinfligidas y colectivas																					
54. Nº de casos presentados por Hechos de Tránsito																					
55. Nº de casos presentados por otros Accidentes																					
INTOXICACIONES		Menor de 5 meses		6 m a menor de 1 año		1 - 4 años		5 - 9 años		10 - 14 años		15 - 19 años		20 - 29 años		40 - 49 años		50 - 59 años		60 años y más	
		Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino
56. Plaguicidas																					
57. Ent. Transmitidas por Alimentos (E.T.A.)																					
58. Otras intoxicaciones (drogas, fármacos, alcohol etc.)																					
MORTALIDAD MATERNA		10 - 14 años		15 - 19 años		20 - 29 años		40 - 49 años		50 - 59 años		MORTALIDAD PERINATAL, NEONATAL E INFANTIL				Demás		Fuera			
		Dentro	Fuera	Dentro	Fuera	Dentro	Fuera	Dentro	Fuera	Dentro	Fuera					M	F	M	F		
59. Muerte materna notificada																					
60. Muerte materna confirmada																					
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA																					
61. Hemorragia de la primera mitad del embarazo (< 22 sem) aborto																					
62. Gestantes y puerperas con sepsis																					
63. Preeclampsia severa																					
64. Eclampsia																					
65. Muerte fetal (boto) confirmada																					
66. Muerte neonatal temprana (0-6 días) confirmada																					
67. Muerte neonatal tardía (7-27 días) confirmada																					
68. Muerte menor de 28 días por sepsis																					
69. Muerte menor de 28 días por otras perinatales																					
70. Muerte de 28 días a menor de 1 año																					

MORTALIDAD	Menor de 5 meses		6 m a menor de 1 año		1 - 4 años		5 - 9 años		10 - 14 años		15 - 19 años		20 - 29 años		40 - 49 años		50 - 59 años		60 años y más		
	Dentro	Fuera	Dentro	Fuera	Dentro	Fuera	Dentro	Fuera	Dentro	Fuera	Dentro	Fuera	Dentro	Fuera	Dentro	Fuera	Dentro	Fuera	Dentro	Fuera	
71. Muerte menor de 5 años por diarrea	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	
72. Muerte menor de 5 años por neumonía																					
73. Muerte menor de 5 años por destrucción aguda grave																					
74. Muerte menor de 5 años por otras causas																					
75. Otras muertes en mayores de 5 años																					

DECLARACIÓN JURADA

Yo:
 Nombre y Apellido
 Deseo la veracidad de los datos del presente formulario

.....
 Firma
 Lugar y Fecha: / / 20

ANEXO 4
CARTA DIRIGIDA AL CENTRO DE SALUD MUNICIPAL PAMPAHASI BAJO

La Paz, 18 de febrero de 2021

Señora
Dra. Janeth Aliaga
**RESPONSABLE CENTRO DE SALUD INTEGRAL
PAMPAHASI**
Presente.-

REF.: AQUIESCENCIA PARA REVISIÓN DE FICHAS COVID

Distinguida Dra. Aliaga:

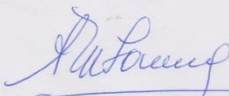
A tiempo de saludar a Ud., muy atentamente, solicito tenga la gentileza de concederme su anuencia para la revisión de las fichas epidemiológicas COVID19, de julio a diciembre de 2020.

Soy Ana María Young Viscarra, médico de profesión con especialidad en salud pública, con experiencia laboral extensa en ámbito público y privado. A la fecha estoy completando mi **Especialidad de Auditoría Médica y Gestión de Calidad** en el Postgrado de la Facultad de Medicina – UMSA. Estoy en la etapa investigativa antes de la presentación del Trabajo de Grado final, que me permitirá acceder al título de la especialidad en mención.

El ámbito de la investigación está circunscrita a: **AUDITORIA INTEGRAL DE LAS FICHAS COVID19 DE JULIO A DICIEMBRE 2020, EN EL C.S.I. PAMPAHASI.**, es para este efecto que solicito su anuencia para realizar esta actividad. Debido a que el trabajo es de escritorio, habrá contacto mínimo necesario tanto con el personal y con los pacientes de la institución que administra, además de seguir el protocolo respectivo de bioseguridad que el caso amerita.

A la conclusión de esta investigación, y antes de la presentación del resultado al post grado, este será socializado con su autoridad y con el personal que acompañó el proceso.

En espera de su gentil respuesta reitero a usted mis consideraciones más distinguidas, atentamente,


Dra. Ana María Young Viscarra
Cel. 70127587

cc. Arch.


Dra. Janeth Aliaga Merino
RESPONSABLE
C.S.M.I. PAMPAHASI BAJO
Recibido 18 feb 21
m. 939

ANEXO 5.
LINK. FORMULARIO DE RELEVAMIENTO DE DATOS

<https://drive.google.com/file/d/1kRtePY0LGKSZ9xRRp6hV8vWtJgjvyQB4/view?usp=sharing>

ANEXO N° 6
CARTA DE ACEPTACIÓN PARA REVISIÓN FICHAS COVID-19

La Paz, 2 de marzo de 2021


Señora
Dra. Ana Maria Young Viscarra
Presente.

REF: AUTORIZACION PARA REVISION DE FICHAS COVID

Dra. Young:

Conocida su responsabilidad y dedicación al trabajo, a nombre del equipo del "Centro Municipal de Salud Pampahasi Baio", autorizamos la revisión de las Fichas Epidemiológicas y solicitud de estudios de laboratorio COVID-19.

Con este motivo saludamos atentamente,


Dra. Janet Araga Merino
RESPONSABLE
"CMS Pampahasi Bajo"



cc. Arch.
cc. Interesada

ANEXO N° 7 (TABLA 11)
CONTENIDO FICHA EPIDEMIOLOGICA Y ESTUDIOS DE LABORATORIO COVID-19
“INSTRUCTIVO MS/DGP/SNIS-VE/IN/1/2020”- PRIMERA FICHA EPIDEMIOLOGICA

N°	PARTES	SECCIONES	ITEMS
1.	Datos del establecimiento notificador	Identificación del Establecimiento	5
		Fecha de notificación y Semana Epidemiológica	2
		Caso detectado en punto de entrada del país.	3
2.	Identificación caso paciente	Identificación paciente	5
		Residencia del paciente	7
3.	Antecedentes epidemiológicos	Ocupación del caso/paciente	3
		Antecedentes de vacunación para influenza	3
		Viajes y exposiciones de riesgo	9
		¿Estuvo en otras regiones del país los últimos 14 días?	7
		Contacto con caso positivo de COVID-19	10
		Es un caso de transmisión	3
4.	Datos clínicos	Fecha de inicio de síntomas	4
		Aislamiento	3
		Internación	7
5.	Síntomas y signos	Síntomas y signos	6
		Estado actual del paciente	4
		Diagnóstico clínico	4
6.	Antecedentes de enfermedades de base	Listado de enfermedades	21
		Tratamientos	2
		Evolución	4
7.	Datos de personas con las que el caso sospechoso estuvo en contacto (desde el inicio de los síntomas)		8
8.	Laboratorio	Toma de muestra para laboratorio	3
		Tipo de muestra tomada	3
		Nombre del laboratorio que procesara la muestra	3
		Responsable de la toma de la muestra	4
		Resultado de laboratorio	3
		Datos del personal que notifica	5

Fuente: Elaboración propia basada en la primera Ficha Epidemiológica, de fecha 02/04/2020.

ANEXO N° 8 (TABLA 12)
CONTENIDO FICHA EPIDEMIOLOGICA Y ESTUDIOS DE LABORATORIO COVID-19
“INSTRUCTIVO MS/DGP/SNIS-VE/IN/2/2020 - SEGUNDA FICHA EPIDEMIOLÓGICA

N°	PARTES	SECCIONES	ITEMS
1.	Datos del establecimiento notificador	Identificación del Establecimiento	5
		Fecha de notificación y Semana Epidemiológica	2
		Caso identificado por búsqueda activa	2
2.	Identificación caso paciente	Identificación paciente	6
		Residencia del paciente	7
		Si es menor de edad nombre padres o apoderado	2
3.	Antecedentes epidemiológicos	Ocupación del caso/paciente	3
		Antecedentes de vacunación para influenza	3
		Tuvo viaje a un lugar de riesgo, dentro o fuera del país?	6
		¿Tuvo contacto con caso confirmado COVID-19, 14 días previos a síntomas, domicilio/establecimiento de salud?	9
4.	Datos clínicos	Inicio de síntomas	11
		Estado del paciente (al momento del reporte)	4
		Diagnóstico clínico	4
5.	Datos en caso de hospitalización o aislamiento	Fecha y lugar de aislamiento	2
		Fecha y establecimiento de internación	2
		Ventilación mecánica, terapia intensiva, ingreso UTI	5
6.	Antecedentes de enfermedades de base	Enfermedades	10
7.	Datos de contactos del caso sospechoso (desde el inicio de los síntomas)		7
8.	Laboratorio	Toma de muestra para laboratorio	3
		Tipo de muestra tomada: 5 subitems	5
		Nombre del laboratorio que procesara la muestra	3
		Responsable de la toma de la muestra	3
		Resultado de laboratorio	3
		Datos del personal que notifica	5

Fuente: Elaboración propia basada en la segunda Ficha Epidemiológica, de fecha 27/04/2020.

ANEXO N° 9 – (TABLA N° 13)
CONTENIDO FICHA EPIDEMIOLOGICA Y ESTUDIOS DE LABORATORIO COVID-19
“INSTRUCTIVO MS/DGP/SNIS-VE/IN/2/2020 - TERCERA FICHA EPIDEMIOLOGICA

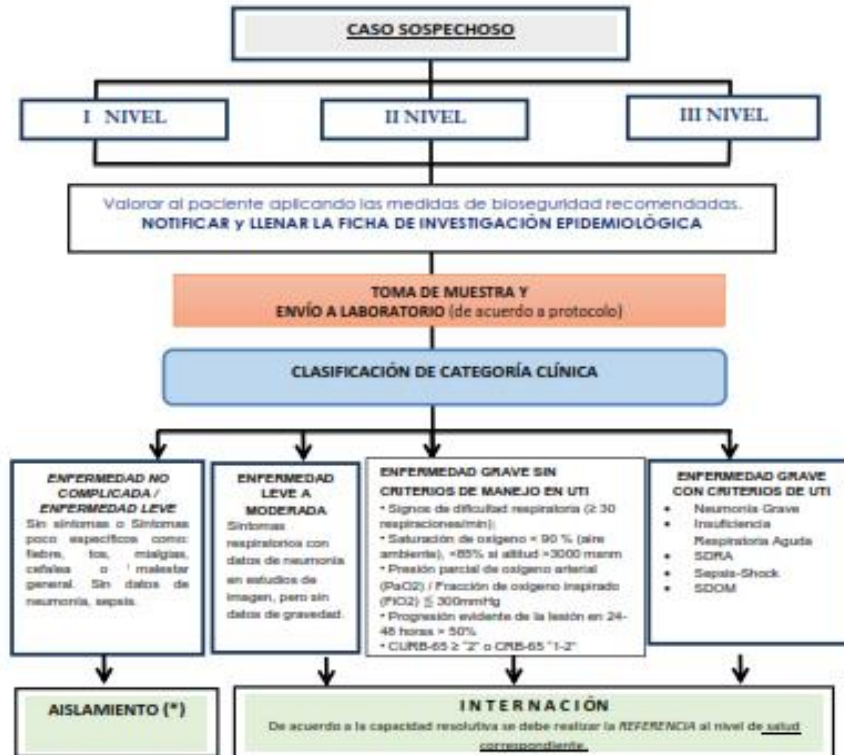
N°	PARTES	SECCIONES	ITEMS
1.	Datos del establecimiento notificador	Identificación del Establecimiento	5
		Subsector	4
		Fecha de notificación y Semana Epidemiológica	2
		Caso identificado por búsqueda activa	2
2.	Identificación caso paciente	Identificación paciente	7
		Procedencia y residencia del paciente	7
		Si es menor de edad nombre padre/madre o apoderado	2
3.	Antecedentes epidemiológicos	Ocupación del caso/paciente	6
		¿Tuvo contacto con caso confirmado COVID-19?	3
		Fue diagnosticado por COVID-19, anteriormente?	7
4.	Datos clínicos	Síntomas	13
		Estado del paciente (al momento de la notificación)	4
		Diagnóstico clínico	3
5.	Datos en caso de hospitalización o aislamiento	Fecha y lugar de aislamiento	4
		Fecha y establecimiento de internación	2
		Ventilación mecánica, terapia intensiva, ingreso UTI	5
6.	Antecedentes de enfermedades de base	Enfermedades	11
7.	Contactos caso sospechoso (inicio de los síntomas)		7
8.	Laboratorio	Toma de muestra para laboratorio	6
		Tipo de muestra tomada	7
		Nombre del laboratorio que procesara la muestra	4
		Método de diagnóstico laboratorial	3
		Resultado de laboratorio	3
9	Datos del personal que notifica		5

Fuente: Elaboración propia basada en la segunda Ficha Epidemiológica, de fecha mayo/2020.

ANEXO N° 10 – (TABLA 14)
DISTRIBUCIÓN DE POBLACIÓN POR EDADES
CENTRO MUNICIPAL DE SALUD PAMPAHASI BAJO

Ciclo de vida	Primera infancia (0 a 4 años) Lactante (0-1 año) Infante (2 - 4 años)		Infancia (5 - 9 años)	Primera Adolescencia (10 - 14 años)	Adolescencia (12 - 18 años) Juventud (15 - 26 años) Adulthood (27 - 59 años)				Persona mayor (60 a más años)	Total	
	Edad por años	< 1	1-4	5 - 9	10-14	15-19	20-39	40-49	50-59		60-65 y mas
Cantidad		307	1.223	1.542	1.586	1.525	4.880	1.841	1.344	1.787	16.035

ANEXO 11 FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN



(*) El abordaje de los pacientes catalogados como Enfermedad NO Complicada o formas leves de Enfermedad relacionadas a COVID-19, y su criterio de hospitalización o aislamiento (domiciliario o en centros específicos) se deberán abordar en el contexto de:

A) Situación Epidemiológica local, regional, nacional: Circulación de Casos Importados o Autóctonos.

B) Capacidad Instalada de Servicios de Salud: Infraestructura, Equipamiento, Recurso Humano.

C) Características Sociodemográficas, condición clínica y Factores de Riesgo del Paciente.

D) Disponibilidad de centros de aislamiento para pacientes.

Debiendo priorizar y enfocar las decisiones a:

1. ROMPER LA CADENA DE TRANSMISIÓN DE LA ENFERMEDAD 2. FAVORECER EL CUMPLIMIENTO DE MEDIDAS DE AISLAMIENTO Y CUARENTENA (VER ANEXO N° 8) 3. SEGUIMIENTO DE CONTACTOS. 4. PRESERVAR UNA CAPACIDAD DE RESPUESTA Y ATENCIÓN HOSPITALARIA DE CASOS COMPLICADOS O GRAVES.

Por lo tanto, el equipo de manejo del paciente deberá analizar la situación en su conjunto con los Comités de Vigilancia Epidemiológica (ver anexo N° 18) y autoridades institucionales para definir los criterios de manejo de cada caso en particular.