

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRES

FACULTAD DE MEDICINA ENFERMERÍA NUTRICIÓN Y

TECNOLOGÍA MÉDICA

UNIDAD DE POSTGRADO



**PERCEPCION SOBRE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA VIGILANCIA
EPIDEMIOLOGICA HOSPITALARIA CON ENFOQUE INTERCULTURAL**

EN EL PERSONAL DE SALUD

HOSPITAL RURRENABAQUE

RURENABAQUE, BENI

POSTULANTE: DRA. SONIA ALCOCER.

TUTOR: DR. JOSE A ZAMBRANA T.

**PROPUESTA DE INTERVENCION PRESENTADA PARA OPTAR AL TITULO
DE ESPECIALISTA EN INTERCULTURALIDAD Y SALUD**

LA PAZ - BOLIVIA

2013

AGRADECIMIENTO

A mis compañeros de trabajo pero sobre todo a mi familia quienes me incentivaron a seguir esta senda que hoy concluye con un producto que me privo de sueño pero que clarifico mi mente

La autora

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a todos los compañeros de este postgrado quienes con su charla amena, jocosidad pero sobretodo con esa visión de aprendizaje hicieron de este post grado un momento de convivenciaque nos llevó dos años concluir.....

La autora

ÍNDICE	PÁGS.
1. INTRODUCCIÓN.....	1
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
a. PREGUNTA DE INVESTIGACION.....	5
III. JUSTIFICACION.....	6
IV. MARCO TEORICO.....	9
a. MARCO SITUACIONAL.....	9
b. MARCO CONCEPTUAL.....	19
c. MARCO REFERENCIAL.....	28
d. ENFOQUE INTERCULTURAL.....	28
V. OBJETIVOS.....	35
a. OBJETIVO GENERAL.....	35
b. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	35
VII. DISEÑO METODOLOGICO	36
a. DISEÑO DE LA INVESTIGACION.....	36
b. TIPO DE INVESTIGACION.....	36
c. POBLACION.....	37
d. POBLACIÓN MUESTRA.....	37
e. VARIABLES OBJETO DE ESTUDIO	37
• VARIABLE DEPENDIENTE.....	38
• VARIABLE INDEPENDIENTE.....	38
• RELACION DE VARIABLES.....	38
f. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	39
g. CRITERIOS DE INCLUSION.....	39
h. CRITERIOS DE EXCLUSION.....	39
j. INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE INFORMACION.....	39
k. INSTRUMENTOS DE ANALISIS DE INFORMACION.....	40
I. FASES DE LA INVESTIGACIÓN.....	41
m. CUESTIONAMIENTO ETICO.....	47

n. PRESUPUESTO	47
o. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES GESTIÓN 2011.....	49
VIII. RESULTADOS Y ANALISIS	50
IX. CONCLUSIONES.....	63
X. XI. RECOMENDACIONES.....	65
XII. BIBLIOGRAFIA	66
XIII. ANEXOS.....	70
PROPUESTA DE INTERVENCION	

RESUMEN

Hoy en día se habla mucho de la interculturalidad, pero estos saberes propios, que de una u otra manera desplegamos todas las personas no son mas que ideas antiquísimas que aun utilizamos según nuestra conveniencia, por ejemplo el lavado de manos habito que deberíamos tener todos los trabajadores en salud mas aun los médicos, esta actividad es el punto de partida de esta tesis

Por ello se partió de los siguientes objetivos claros y concretos:

- i. Determinar la implementación de en la Vigilancia epidemiológica Hospitalaria con enfoque intercultural en el hospital Rurrenabaque - Beni, en los meses de septiembre octubre del 2011.
- ii. Verificar el cumplimiento de los criterios de Infecciones intra hospitalarias y bioseguridad en el hospital,
- iii. Identificar el manejo de medicamentos y el cumplimiento de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria
- iv. Verificar el manejo adecuado de los residuos orgánicos e higiene en el hospital de Rurrenabaque

Aplicándose una metodología, primero se realizó la recopilación de información relevante para la elaboración de la propuesta, priorizados en las áreas con mayor conflicto: pediatría, ginecología y cirugía. Seguidamente, se ubicó e instalo y se realizó el levantamiento de datos.

Producto de esta investigación , se concluyo que existe una serie de “hábitos sociales, idiosincrasias y pareceres” que frenen el manejo adecuado de normas de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria, son estos factores que mas que cambiar o adaptar, debemos aprender a convivir pero orientarlos para realizar practicas saludables, motivo de esta tesis.

**PERCEPCION SOBRE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA VIGILANCIA
EPIDEMIOLOGICA HOSPITALARIA CON ENFOQUE INTERCULTURAL, EN EL
PERSONAL DE SALUD
HOSPITAL RURRENABAQUE-BENI**

I. INTRODUCCIÓN

Con el propósito de mejorar la capacidad de los países de detectar y responder bien y rápidamente a las enfermedades infecciosas, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha trabajado en la Región de las Américas para perfeccionar los sistemas de vigilancia epidemiológica, tanto de los servicios de salud como de los laboratorios. Entre 2006 y 2007, la OPS, con la colaboración de expertos nacionales de cada país, realizó un diagnóstico de la situación de los programas de prevención y control de las infecciones asociadas a la atención de la salud en 67 hospitales de siete países de la Región (1). Como resultado de esa evaluación, los países tomaron medidas para mejorar sus programas. Por su parte, la OPS está abordando el tema desde un punto de vista Regional.

Entre los aspectos que requerían fortalecimiento estaban la vigilancia epidemiológica y el diagnóstico de las infecciones asociadas a la atención de la salud (IAAS), que afectaban principalmente las medidas de control, que se tomaban con base en datos erróneos. El análisis del conjunto de indicadores de vigilancia obtenidos en las evaluaciones demostró que en más de la mitad de las instituciones estas funciones deben mejorarse.

La vigilancia epidemiológica en el hospital genera información sobre los principales problemas de etiología infecciosa presentes en el establecimiento y los principales procedimientos invasivos asociados a infecciones, detecta brotes y epidemias, y sirve para medir el impacto de las medidas de prevención y control.²

De los resultados de las evaluaciones mencionadas anteriormente, no se puede saber si las limitaciones de los hospitales evaluados existen en otros establecimientos del país, ya que no se tomó una muestra representativa de hospitales en ninguno de los países participantes. Por otra parte, los hospitales evaluados, que fueron seleccionados por los ministerios de salud o los sistemas

de seguridad social en cada país, eran los más importantes de la capital o de una región geográfica determinada.³

Componentes esenciales de los programas de prevención y control de infecciones asociadas a la atención de la salud¹

En 2008 la Organización Mundial de la Salud (OMS) convocó una reunión de un grupo de expertos en control de infecciones, para determinar cuáles deberían ser los componentes esenciales de los programas nacionales de prevención y control de infecciones asociadas a la atención sanitaria y de esos mismos programas en los servicios de salud (ii). La conclusión del grupo fue que los componentes fundamentales eran: la organización, las guías técnicas, los recursos humanos capacitados, la vigilancia de las infecciones intrahospitalarias (IIH), la evaluación de la adhesión a las recomendaciones internacionales, el apoyo de los laboratorios de microbiología, el medio ambiente, la evaluación de los programas y el trabajo conjunto con salud pública o con otros servicios. Después de la reunión, el tema de la vigilancia de las infecciones asociadas a la atención de la salud retomó importancia desde el punto de vista internacional.

Para la vigilancia, los expertos recomendaron que las autoridades nacionales de salud deberían: recoger y documentar los datos disponibles sobre las infecciones; definir los objetivos nacionales de la vigilancia; establecer las prioridades de la vigilancia de las infecciones y los agentes patógenos; determinar qué datos y en qué forma deben proporcionarse a la autoridad sanitaria; suministrar informes de cumplimiento a las partes interesadas en la situación nacional de la infección nosocomial y durante eventos de enfermedad especiales. También le correspondería estandarizar las definiciones de casos y los métodos de la

¹ Toda mención de infección o infecciones de aquí en adelante en este documento se refiere a las asociadas a la atención sanitaria.

vigilancia, así como promover la evaluación de las prácticas de prevención de las infecciones y otros procesos pertinentes.

Por otra parte, las funciones principales de los servicios de salud son: documentar la situación de las infecciones y los procesos relacionados con su prevención y control; definir los objetivos institucionales de la vigilancia, que deben ser coherentes con los objetivos nacionales; establecer prioridades de vigilancia según el alcance de la atención en el servicio; determinar qué datos será necesario recoger; aplicar las definiciones y los métodos nacionales establecidos; en caso de detectarse un brote, coordinar su control; promover prácticas de prevención y control de infecciones asociadas a la atención sanitaria y otros procesos pertinentes a la cultura institucional, sin penalizaciones; generar y difundir información sobre las infecciones asociadas a la atención de la salud a las partes interesadas locales, a las autoridades de salud y durante eventos relevantes.³

La vigilancia así sistematizada y documentada proporcionará a los servicios de salud y a las autoridades una forma de detección temprana de los brotes para responder a ellos oportunamente, y permitirá documentar con datos la situación de las infecciones asociadas a la atención sanitaria y tomar medidas para prevenirlas, esta es la misión que ahora tenemos con este trabajo de investigación.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La falta de conocimiento en la atención del paciente aplicando la visión de interculturalidad en salud en el hospital Rurrenabaque ha repercutido en el brote de enfermedades que antes no se observan. La carencia u ausencia de conocimiento del personal del hospital en la temática de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria y aun mas de la interculturalidad en salud, en la atención a los paciente y la relación personal - paciente, generalmente con la población de Rurrenabaque, hace que se genere desconfianza en la población, el lema “en los hospitales la gente se muere” se cumplirá si se ahonda este problema.

Falta de coordinación de autoridades y el personal del hospital, en sus diferentes niveles, careciendo de estrategias y políticas concretas de dialogo, reflexión, discusión sobre temas de interculturalidad en salud en la institución ⁵

En la selección de las estrategias y tácticas en bioseguridad se emplearon la socialización de la propuesta para alcanzar y mantener la motivación en el tema de interculturalidad y Vigilancia, que implica no solo bioseguridad, sino también gestión de residuos e infecciones intra hospitalarias.

El problema radica en el desconocimiento sobre la bioseguridad y sus nexos con la interculturalidad, donde se tiene una percepción de higiene y limpieza, no solo corporal sino, mental y espiritual, estas apreciaciones muchas veces son contraproducentes más aun en el entorno hospitalario; El término intercultural causa confusión aún falta interpretar la importancia en todo ámbito de relacionamiento del personal de salud, donde falta elementos básicas de coordinación con autoridades de diferentes jerarquías, siendo aún más débil con normas específicas al personal y operativo para que se adapte y aprenda a discernir un pensamiento institucional en todo hospital, de sus distintos áreas que integran, como personal, profesionales en sus diferentes especialidades y niveles, donde se carece de estrategias y políticas publicas concretas, que sirvan como

parámetros de reflexión, áreas de discusión en sus diferentes especialidades: Ginecología, Pediatría, Cirugía, Otorrinolaringología, Medicina Interna, Neonatología, Traumatología, Oftalmología, Terapia Intensiva, Odontología, Laboratorio, Farmacia, agrupados en grupos de genero (hombres y mujeres),y especialidades.

a. PREGUNTA DE INVESTIGACION

Para seguir con una lógica en este mismo plano, se planteo la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la percepción sobre la implementación de Vigilancia epidemiológica con enfoque intercultural que presenta el personal de salud en la en el Hospital Rurrenabaque, Municipio de Rurrenabaque, Beni, en la gestión 2012?

III. JUSTIFICACION.

La percepción en la implementación de Vigilancia epidemiológica con enfoque de interculturalidad en el hospital “obrero 69”, es muy importante porque desnuda la realidad en el tema de bioseguridad y refleja las falencias y la carencias que existe en el hospital en este tema, uno en el manejo técnico repercutiendo de manera directa e indirecta en el personal pero que tiene su efecto multiplicador hacia la población que es más afectada, el cual personal de salud en el hospital obrero 69 es fundamental, ya que esta población está amparada en la constitución política del estado plurinacional de Bolivia, que debe recibir una atención con calidad y calidez y oportuna sin discriminación raza, clases sociales, credo, ideológico etc.

Respetando sus conocimientos ancestrales. La higiene, limpieza, creencias sobre enfermedad y salud, contaminación y contagio, el origen de las enfermedades, por ello esta investigación está orientada a verificar esas barreras o tipo de creencias que si bien es cierto son mayores en la población, evidenciándose en el personal de salud, médicos, enfermeras, auxiliares y administrativos, persona o grupo de personas cuentan con peculiaridades y son toleradas (principio de la interculturalidad), que deben ser orientadas al personal del Hospital, o también al colectivo de la población con pautas específicas, identificando el problema en el área de Vigilancia epidemiológica, respetando creencias, saberes, tendencias plantea soluciones, este documento sirve a las autoridades del hospital, como referencia cuando se elaboren los Planes operativos anuales institucional, como componente de Información, educación y capacitación al personal del hospital Obrero 69; donde contempla herramientas importantes para los planes de emergencias de capacitación como cursos, talleres y lo más importante, la concienciación a la población intra y extra hospitalaria, pues ambos cuentan con características heterogénea, de esta manera se beneficiara a diferentes componentes de la Red de salud 07; DILOS Riberalta.

La implementación de Vigilancia epidemiológica con una visión de interculturalidad es muy importante en el hospital con lo que se beneficiara el municipio de Riberalta donde participa el personal de salud interactuando directa o indirectamente con los pacientes, porque se observa los resultados obtenidos en la atención y eficacia en la atención al paciente con calidad y calidez, todo esto es factible porque se cuenta con un comité de bioseguridad y profesionales comprometidos con su institución, y con recurso humano necesario, con una atención con sus diferentes especialidades y existiendo los recursos necesarios, para solventar los gastos en la implementación y concientización en el tema de interculturalidad, esto se hizo primero unificar los diferentes criterios, y hablar un mismo idioma.

Esto se lo realizo en diferentes etapas a: corto, mediano y largo plazo; a corto plazo se implemento en los meses de septiembre y octubre, 2011. El conocimiento de los principios interculturales que tienen cada uno de los trabajadores en salud, de cada uno de los miembros del comités de bioseguridad e infecciones hospitalarias, fue fundamental el empoderamiento del personal en el manejo de criterios, lo que permitió a un futuro no muy lejano, establecer políticas, para tomar decisiones e inclusive normas de prevención de salud para el personal y la población. La red de salud en Riberalta, tiene la imperiosa necesidad, de contar con instrumentos innovadores para prevenir y controlar epidemias en la región, por ser por naturaleza una zona endémica por naturaleza, según se cuentan con los registros de los servicios de salud, donde inciden diferentes factores como: sociales y económicos que inciden en la salud de la población, con lo que permitio identificar problemas de salud y enfermedades más frecuentes que causan a los pacientes y sus patologías que incidan en su estado anímico teniendo efectos como en: educación, economía, trabajo, etc., este trabajo sin duda deja un gran aporte al proceso de cambio en la conducta en la región, a través del estudios se tiene claro priorizar las necesidades técnicas, para plantear soluciones innovadoras en beneficio del hospital 69.

En las Américas se desconoce la carga de enfermedad de las infecciones asociadas a la atención sanitaria. Los datos de que se dispone provienen de trabajos puntuales que reflejan situaciones específicas de los servicios de salud o, como máximo, de algunos países. La experiencia en la Región muestra una realidad variada en este tema: algunos países tienen muy buena vigilancia de infecciones asociadas a la atención en los servicios de salud, pero no tienen datos nacionales; otros tienen datos de los servicios de salud y datos nacionales; y otros no tienen una vigilancia estructurada ni en los servicios de salud ni en el nivel nacional. Esta diversidad de situaciones no permite evaluar el impacto de las acciones en la Región.

Por ello, y con el fin de fortalecer la capacidad de los servicios de salud y de los gobiernos locales y nacionales de identificar brotes y de conocer la carga de enfermedad que generan las infecciones asociadas a la atención sanitaria, se proponen un sistema de vigilancia de esas infecciones y los métodos para su instauración. El sistema será suficientemente flexible para que cada país determine sus prioridades en cuanto a qué infecciones y qué agentes patógenos va a vigilar y provea definiciones de casos e instrumentos para su vigilancia activa. Se ofrecerán instrumentos para evaluar sistemáticamente la prevención y el control de la infección, con miras a detectar brotes y responder a ellos con prontitud. Se propone usar las definiciones y criterios de los Centros para Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC),² modificados y adaptados a la Región, dado que ya se conocen en su mayor parte y tienen una larga trayectoria de utilización.

² Disponibles en <http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/pdf/nnis/NosInfDefinitions.pdf>

Horan TC, Andrus M and Dudeck MA. CDC/NHSN surveillance definition of health care-associated infection and criteria for specific types of infections in the acute care setting. Am J Infect Control 2008;36:309-32.

Para garantizar la aplicabilidad y utilidad de esta propuesta, la OPS contó con la colaboración de diversos expertos en prevención y control de infecciones asociadas a la atención de la salud de la Región de las Américas.

IV. MARCO TEORICO

a. MARCO SITUACIONAL

i. HISTORIA DE LA POBLACION

Rurrenabaque³, aunque con otros nombres en un inicio, fue conocido históricamente como un puerto estratégico para el intercambio comercial de productos entre las llanuras del oriente y las montañas de occidente. Sin embargo, determinar el momento preciso en que Rurrenabaque se funda como pueblo resulta arduo, debido a la cantidad de versiones diferentes y contradictorias sobre su origen, algunas de ellas basadas en documentación histórica, y otras, fruto de la tradición popular, pero carentes de fechas precisas.

Esta breve reseña no pretende convertirse en la historia oficial de la fundación de Rurrenabaque, sino en una recopilación de los datos existentes.

Se puede afirmar que el lugar donde hoy se ubica Rurrenabaque, ha funcionado, desde tiempos antiguos, como un puerto de conexión, abastecimiento y descanso de los viajeros que incursionaban desde los andes hacia la Amazonía, y viceversa. Ya en 1810, los trabajadores y rescatadores de Quina que llegaban desde la región de los Mosevenes y Apolobamba lo mencionaban como el “Villorio de pintoresca vista” donde descansaban.

La importancia que fue cobrando la extracción y comercialización de la quina en la primera mitad del siglo XIX generó un importante tránsito de personas y mercaderías en la zona. La mano de obra local y la llegada de otros lugares se concentraron, por un lado, en la recolección de la corteza de este árbol, y por otro,

³Del Castillo, Marius, el corazón de la América Merional (Bolivia), Tomo I, Imprenta Comercial, Barcelona, 1929.

en la producción de alimentos en haciendas para atender a la demanda de estos trabajadores.

La tradición popular señala al Padre Giovanni Gianelli como fundador de Rurrenabaque, un día 2 de febrero, con el nombre de Villa de La Cruz, designando como patrona a la Virgen de la Candelaria. Lamentablemente, las fuentes consultadas no mencionan el año de este suceso. A pesar de que Rurrenabaque ya existía como pueblo y como puerto, el año 1844 marca la aparición de Rurrenabaque en un documento oficial⁴. Este año, cuando el presidente Gral. José Ballivián se encontraba realizando un recorrido por el recién creado departamento del Beni, queda gratamente impresionado con Rurrenabaque, lanzando el decreto del 15 de noviembre de 1844, el cual instruye "...cambiar el nombre de Rurrenabaque por el de Ciudad Ballivián y erigirse como capital del nuevo departamento del Beni." Sin embargo, este decreto no se cumplió debido a una epidemia desatada en el pueblo y a la difícil comunicación con los otros pueblos del Beni, ya que solo existía un camino de herradura.

Según algunas versiones quien primero ocupó Rurrenabaque fue María Magdalena Amutari, llegada de Ixiamas junto a su esposo Lorenzo Barba, oriundo de Santa Cruz. Magdalena Amutari, con la ayuda de algunas familias Tacanas, estableció un emporio agrícola y comercial para abastecer a las barracas de los trabajadores de la quina. Por falta de espacio, trasladó a su personal a la zona de Buen Retiro, donde cultivó caña de azúcar, arroz, maíz y yuca, crió ganado vacuno. Magdalena se casó luego con un ciudadano francés, Hermené Carrié.

Otra de las versiones señala que en el año 1862⁵, durante la presidencia del Gral. José María Achá, se encomienda al padre Francisco Marchena la fundación oficial

⁴ Gareca Arzabe, Enrique, Macuti: Leyendas, historia y costumbres de Rurrenabaque, Imprenta El País, Santa Cruz, 2005.

⁵ Aubry, Roger, Historia del Vicariato de Reyes, Vicariato Apostólico de Reyes, Imprenta Milán, Cochabamba, 2003

de Rurrenabaque, mientras otros textos mencionan también como fundador a Manuel Méndez Ábrego.

El auge de la goma, que comenzó en 1880, provocó un proceso acelerado de colonización y un importante movimiento económico en la región. Rurrenabaque, como puerto que siempre fue, es el lugar de embarque de la goma, de alimentos para las barracas y del transporte masivo de mano de obra para los gomales. En época de mayor trabajo en la goma, muchos pueblos quedaron prácticamente vacíos debido a la alta demanda de trabajadores, pero al final de esta época, permanecieron en la región y en Rurrenabaque, migrantes de otros países llegados a la zona, atraídos por el florecimiento económico y las posibilidades comerciales de la goma, la quina, el oro, la madera y luego el turismo.

Desde 1995, Rurrenabaque es capital de la 4ta sección municipal de la provincia Ballivián, otorgándole jurisdicción como Gobierno Municipal. Aunque no sepamos a ciencia cierta el momento de su fundación, lo importante es que Rurrenabaque continúa siendo hoy, como en un inicio, un nudo de transporte, comercio, y producción sumados a la floreciente actividad del turismo.

ii. GEOGRAFÍA DE LA POBLACION

1. Situación geográfica

El territorio boliviano se divide en 9 departamentos y 112 provincias, tiene Población (habitantes) 8.600.000 con una superficie de 1.098.581km².

Bolivia se localiza en el centro de América del Sur, sin salida al mar, y limita con Brasil, Paraguay, Argentina, Perú y Chile. En su territorio se reconocen tres regiones muy diferenciadas.

El estado plurinacional de Bolivia está ubicado en el centro cosmopolita del Sudamérica presentando los siguientes límites:

- Al Noreste con la república Federal de Brasil
- Al noroeste con la república del Perú.
- Al sur con la república de Argentina
- Sureste con la república del Paraguay.

1.1.DATOS GENERICOS DEL HOSPITAL

II. HISTORIA DEL HOSPITAL

El Hospital Rurrenabaque fue fundado el 1º de marzo de 1953 durante la Gestión edilicia del Sr. Arturo Takusi Vizcarra y su primer Director el Dr. Antonio Benavides. La necesidad de una Posta sanitaria en el Puerto de Rurrenabaque era de gran importancia para la atención de la Población y la gente de tránsito que navegaba aguas abajo para el traslado de mercadería traída de la ciudad de La Paz hacia Riberalta y otras barracas adyacentes; ya que por entonces el único medio de comunicación era el fluvial.

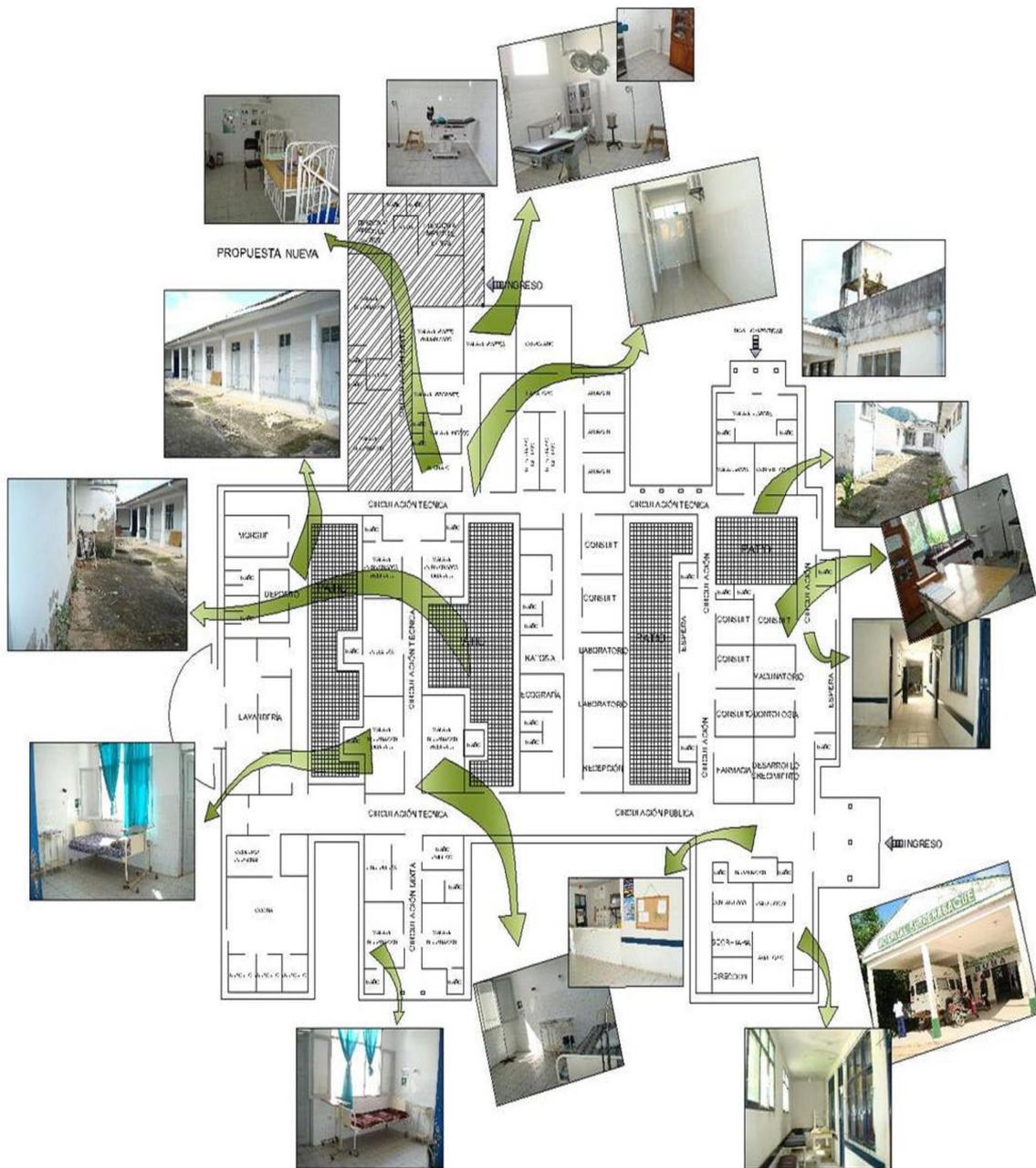
Dicha Posta inicialmente funcionó en una casa particular donde actualmente funciona la alcaldía. Las personas que realizaron un esfuerzo para la realización de dicha obra fueron innumerables ya que en su momento se llevó a cabo una especie de cabildo con la presencia del Ministro de Salud de la época para exigir la construcción del un Centro de Salud, después de muchas gestiones y largos viajes a La ciudad de La Paz se logra dicho construcción que duró dos años construirla. El primer Hospital de Rurrenabaque estaba ubicado en la calle Busch esquina Avenida Santa Cruz lada al coliseo, donde funcionó hasta el 30 de abril del año 2000, el 1º de mayo del mismo año se traslada a su actual ubicación en la zona norte calle Ayacucho esquina La Paz la misma que fue gestionada por el Sindicato de Maestros en 1990 para la construcción del un Policonsultorio de la CSN, el mismo que no se hizo realidad.

En 1994 durante la gestión edilicia de la Sra. Alicia Merritt Vda. De Zalles, el Gobierno Municipal en mérito a las acciones conferidas por ley 1551, donde se establece en ser propietarios de todos los bienes de los servicios públicos de salud, educación y otros firma un Convenio Interinstitucional con el representante de la CNS el Dr. Enrique Vargas Aguilar donde se conviene ceder en calidad de permuta el Hospital General de Rurrenabaque ubicado en la calle Busch esquina Avenida Santa Cruz, a cambio de que la Caja Nacional de Salud, en calidad de propietaria, ceda con carácter definitivo sus terrenos existentes de igual manera en esta ciudad sobre las calles La Paz y Ayacucho, con una superficie de 8.705 M2 donde habrá de edificarse el Hospital de Rurrenabaque, que al presente habiéndose ya licitado y adjudicada la construcción del nuevo Hospital con el financiamiento del Banco Interamericano de Desarrollo BID.

Actualmente el Hospital Municipal de Rurrenabaque desarrolla sus actividades de acuerdo a programas nacionales y departamentales realizando atención del SUMI, SUSA y venta de servicios a la CNS a los asegurados del SSPAM. De los servicios que se presta a los usuarios son ecografía, Rx, medicina general, ginecología, medicina general, atención de partos y cesáreas, colecistectomías, apendicetomía, curaciones, farmacia, crecimiento y desarrollo, etc.

El Hospital Rurrenabaque cuenta con una red de servicios compuesta por 5 Puestos de Salud de primer nivel ubicados en el área rural de acceso terrestre donde se prestan atenciones correspondientes al primer nivel y al binomio madre – niño.

La infraestructura del Hospital Rurrenabaque se organiza de la siguiente manera según refiere el croquis:



FUENTE.- propia SA 2012

2. Población o Etnias

La ciudad de Riberalta es la que presenta mayor densidad población en el departamento del Beni, estado plurinacional de Bolivia geográficamente está ubicado a 11°0'03° de latitud noreste y 10°0'1° de latitud sur.

2.1. Toromona

Su existencia está rodeada de mitos y leyendas. Según la tradición oral de las etnias indígenas que circundan el Parque Nacional Madidi (La Paz), los toromona, dirigidos por el cacique Tarano, resistieron las incursiones españolas durante los siglos XVI y XVII. Sin embargo, no existe documentación que brinde datos confiables sobre estos hechos. Al respecto, los ancianos araona, que habitan en el municipio paceño de Ixiamas— aseguran que esta etnia se formó tras una división entre los araonas. Un par de expediciones científicas intentaron infructuosamente hallar a los miembros de los toromonas, que se supone aún mantienen la vida nómada de sus antepasados. Así, además de las tierras del norte paceño, se cree que este grupo de originarios se mueve por el sur del departamento de Pando y Beni.

2.2. Araona

Baba bizo (dios bueno) es una de las tantas deidades de los araonas. En el siglo XIX, este grupo dominó la mayoría de los ríos amazónicos. Luego, durante el auge de la goma, esta etnia sirvió de guía a los industriales que explotaron el preciado caucho. Los empresarios los expulsaron de sus tierras y los esclavizaron. Los indígenas que lograron escapar vivieron como nómadas hasta mediados del siglo XX. En la actualidad, unos 100 araonas viven en la provincia Iturralde (La Paz) pando y Beni

2.3. Cavineño

Los departamentos de Beni y Pando albergan a los cerca de 900 cavineños. Antes de la llegada de las misiones evangelizadoras, esta etnia era animista. Sus

principales deidades estaban entre los elementos de la naturaleza, en especial los que se hallan en el agua y en el monte. En el siglo XVII los cavineños sufrieron varias migraciones debido a los conflictos armados con los esseejjas. Actualmente son recolectores de castaña. Otra de sus actividades es la producción agrícola. Su familia lingüística es el tacana.

2.4. Chácobo

Cáco fue el creador de los ríos, según los chácobo. Pano es la lengua originaria de este grupo asentado en el Beni y que hoy no supera los 300 miembros. Antes de la conquista española, esta etnia se movía en un vasto territorio entre los ríos Beni y Mamoré. Nunca fueron reducidos en las misiones, pero adoptaron elementos de la cultura occidental con el contacto con otros grupos. Sus aldeas cuentan con grandes habitaciones comunales y su alimentación está basada en la yuca y el plátano.

2.5. Ese Ejja

Para este pueblo amazónico, el paraíso se halla en las corrientes de los ríos. Su vida nómada acabó abruptamente tras el contacto con la cultura occidental. Hoy, estos cerca de 400 indígenas pandinos habitan en Portachuelo. Allí mantienen viva su lengua, la cual está conformada por 5.000 palabras. Sus mujeres son hábiles con el tejido artesanal. Obtienen sus alimentos de primera necesidad en Riberalta.

2.6. Pacahuara

Los primeros contactos de los españoles con los pacahuara —que en la actualidad habitan Beni y Pando— no fueron pacíficos hasta 1785, cuando al fin los misioneros lograron fundar la misión de Cavinás. Las perforaciones en la nariz, donde introducen trozos de madera, es uno de los signos que los identifica aún hoy. El pano es su familia lingüística.

2.7. Tacana

La amazonia paceña, beniana y pandina alberga a los cerca de 4.000 miembros de la etnia tacana. Los estudios arqueológicos dan cuenta de la presencia de este grupo mucho antes de la llegada de los españoles. La invasión inca, sin embargo, destruyó la organización social tacana. Las crónicas de los franciscanos en 1680 señalan a este pueblo como pacífico y hospitalario. En la actualidad, en algunas comunidades continúan realizándose las celebraciones ancestrales en fechas agrícolas.

3. Recursos económicos

Los recursos económicos con que trabaja el Hospital son de patrimonio de los trabajadores y asegurados como son: fabriles, maestros universidades, organizaciones no gubernamentales, taxistas y otros, bajo la supervisión, fiscalización y control del estado plurinacional de Bolivia y por un comité de los trabajadores propietarios genuinos.

- **Identificación del centro de salud**
- **Situación del centro**

Normas y reglamentos institucionales

El hospital cuenta con diferentes normas de bioseguridad y funciones que cada personal debe de regirse y cumplir en bien de la institución y de la seguridad de los usuarios.

2. Recursos Humanos

III. Los recursos humanos con los que cuenta se distribuye de la siguiente manera:

RRHH RBQ	TGN		MUNICIPIO		PREFECTURA		SUSA		MSD (BJA)		HIPIC		T GENERAL	
	TC	MT	TC	MT	TC	MT	TC	MT	TC	MT	TC	MT	TC	MT
Médico General	5						1		1		1		8	0
Odontólogo		1						1					0	2
Fisioterapeuta				1									0	1
Bioquímica	1												1	0
Servicio Social	1												1	0
Nutricionista	1												1	0
Lic. Enfermería	1				1		1						3	0
Auxiliares enfermería	15				1						2		18	0
Técnico RX	1												1	0
Técnico Laboratorio	1												1	0
Técnico Estadísticas	1												1	0
Administradora	1		1										2	0
Auxiliar de Farmacia	0		3										3	0
Chofer	1												1	0
Manuales	3		2										5	0
Sereno			1										1	0
Mensajero			1										1	0
Responsable Almacén			1										1	0
Total General	32	1	9	1	2	0	2	1	1	0	3	0	49	3
														52

Fuente.- Propia SA 2012

También cuenta con 23 camas oficiales, 13 para otros servicios, 4 para maternidad, 6 para pediatría y 2 incubadoras.

b. MARCO CONCEPTUAL

i. VIGILANCIA HOSPITALARIA O NOSOCOMIAL

Nosocomial proviene del griego *nosokomein* que significa nosocomio, o lo que es lo mismo hospital, y que a su vez deriva de las palabras griegas *nosos*, enfermedad, y *komein*, cuidar, o sea, “donde se cuidan enfermos”. Por lo tanto infección nosocomial es una infección asociada con un hospital o con una institución de salud.⁶

El origen de las infecciones nosocomiales u hospitalarias, o más exactamente intrahospitalarias (IIH), se remonta al comienzo mismo de los hospitales en el año 325 de nuestra era, cuando estos son creados como expresión de caridad cristiana para los enfermos; por lo tanto no es un fenómeno nuevo sino que ha cambiado de cara. Se dice que la primera causa de IIH es el propio hospital, en franca contradicción con la máxima que rige la práctica médica: *primun non nocere*, y es que durante más de 1000 años los hospitales han mezclado toda clase de pacientes en sus salas. De esta forma las epidemias entonces existentes, o sea, tifus, cólera, viruela, fiebres tifoidea y puerperal, fueron introducidas y propagadas a los enfermos afectados de procesos quirúrgicos y de otra índole.⁶

Entre los grandes hombres de ciencia que se destacaron por sus aportes al conocimiento inicial de la IIH se encuentran:^{2,3} *Sir John Pringle* (1740-1780), quien fue el primero que defendió la teoría del contagio animado como responsable de las infecciones nosocomiales y el precursor de la noción de antiséptico.

James Simpson, fallecido en 1870, realizó el primer estudio ecológico sobre las IIH, donde relacionó cifras de mortalidad por gangrena e infección, tras amputación, con el tamaño del hospital y su masificación. En 1843, el destacado médico norteamericano *Oliver Wendell Holmes*, en su clásico trabajo *On the*

contagiousness of *Childbed Fever* postuló que las infecciones puerperales eran propagadas físicamente a las mujeres parturientas por los médicos, a partir de los materiales infectados en las autopsias que practicaban o de las mujeres infectadas que atendían; así mismo dictó reglas de higiene en torno al parto.

En 1861 el eminente médico húngaro *Ignacio Felipe Semmelweis* publicó sus trascendentales hallazgos sobre el origen nosocomial de la fiebre puerperal, los cuales demostraron que las mujeres cuyo parto era atendido por médicos, resultaban infectadas 4 veces más a menudo que las que eran atendidas en su casa por parteras, excepto en París, donde estas efectuaban sus propias autopsias. *Semmelweis* consiguió una notable reducción en la mortalidad materna a través de un apropiado lavado de manos por parte del personal asistencial, pilar fundamental en que se asienta hoy en día la prevención de la IIH.

Lord Joseph Lister estableció en 1885 el uso del ácido carbólico, o sea, el ácido fénico o fenol, para realizar la aerolización de los quirófanos, lo que se considera el origen propiamente dicho de la asepsia, además de ser quien introdujo los principios de la antisepsia en cirugía. Estas medidas son consecuencias de su pensamiento avanzado en torno a la sepsis hospitalaria, que puede sintetizarse en su frase: “Hay que ver con el ojo de la mente los fermentos sépticos”.

A medida que han ido transcurriendo los años, se observa el carácter cambiante y creciente de las infecciones nosocomiales. Si los primeros hospitales conocieron las grandes infecciones epidémicas, todas causadas por gérmenes comunitarios y que provenían del desconocimiento completo de las medidas de higiene, las infecciones actuales están más agazapadas y escondidas tras la masa de infecciones de carácter endémico ocasionadas el 90 % de ellas por gérmenes banales.

Al carácter actual que han tomado las infecciones nosocomiales ha contribuido el aumento del número de servicios médicos y la complejidad de estos, la mayor utilización de las unidades de cuidados intensivos, la aplicación de agentes antimicrobianos cada vez más potentes, así como el uso extensivo de fármacos

inmunosupresores. Todo esto consecuentemente ha hecho más difícil el control de estas infecciones. Las infecciones adquiridas en los hospitales son el precio a pagar por el uso de la tecnología más moderna aplicada a los enfermos más y más expuestos, en los cuales la vida es prolongada por esas técnicas.⁷

Las IIH constituyen actualmente un importante problema de salud a nivel mundial, no solo para los pacientes sino también para su familia, la comunidad y el estado. Afectan a todas las instituciones hospitalarias y resultan una de las principales causas de morbilidad y mortalidad, así como un pesado gravamen a los costos de salud. Las complicaciones infecciosas entrañan sobrecostos ligados a la prolongación de la estadía hospitalaria (1 millón de días en hospitalización suplementaria cada año es una cifra constantemente citada); están asociadas también con los antibióticos costosos, las reintervenciones quirúrgicas, sin contar con los costos sociales dados por pérdidas de salarios, de producción, etc.

Los estimados, basados en datos de prevalencia indican que aproximadamente el 5 % de los pacientes ingresados en los hospitales contraen una infección que cualquiera que sea su naturaleza, multiplica por 2 la carga de cuidados de enfermería, por 3 el costo de los medicamentos y por 7 los exámenes a realizar. En países como Francia el gasto promedio por enfermo es de 1 800 a 3 600 dólares en sobreestadías que van de 7 a 15 d. En el conjunto de países desarrollados el total de los gastos ascienden entre 5 y 10 mil millones de dólares. En Cuba por concepto de infecciones hospitalarias se erogan más de 3 millones de pesos al año. Más importante aún son los costos en vidas humanas cobradas por las infecciones nosocomiales. Si se estima que la infección es la causa de muerte en 1 a 3 % de los pacientes ingresados, se tendrán cifras tan impresionantes como las reportadas en Estados Unidos de 25 a 100 mil muertes anuales.⁸

Las IIH son un indicador que mide la calidad de los servicios prestados. Actualmente la eficiencia de un hospital no solo se mide por los índices de mortalidad y aprovechamiento del recurso cama, sino también se toma en cuenta

el índice de infecciones hospitalarias. No se considera eficiente un hospital que tiene una alta incidencia de infecciones adquiridas durante la estadía de los pacientes en él, ya que como dijo Florence Nightingale, dama inglesa fallecida en 1910 y fundadora de la escuela moderna de enfermería, “lo primero que no debe hacer un hospital es enfermar”.

CRITERIO DE CLASIFICACIÓN DE LAS INFECCIONES HOSPITALARIAS SEGÚN LOCALIZACIÓN

1) DIGESTIVA:

· Gastroenteritis. Aparición de signos clínicos de infección intestinal (aumento del nro. de deposiciones y la disminución de la consistencia de las mismas, dolores, cólicos y/o fiebre) en un paciente internado por otra patología, es considerada infección hospitalaria.

En el caso de este paciente, si se internó con diarrea, se considera infección hospitalaria la aparición de un germen no cultivado al ingreso. Si no es posible el examen bacteriológico, solamente se diagnosticará infección hospitalaria cuando la primera diarrea haya curado totalmente y reaparezcan episodios de diarrea no atribuibles a otro factor.

· Peritonitis asociada a diálisis. Se requiere documentación bacteriológica del líquido de diálisis o signos clínicos de peritonitis con o sin entubamiento del líquido, en un paciente que inicie su proceso de diálisis en el hospital o si ingresa infectado por esta causa, la documentación bacteriológica indique nuevo germen.

2) CUTÁNEA:

· Infección de piel y tejido celular subcutáneo, quemaduras. La supuración de un acceso venoso se considera infección hospitalaria aún cuando no se hubieran detectado gérmenes. El edema o enrojecimiento solo se interpreta como infección

agregada cuando se confirma mediante cultivo. La mera colonización de gérmenes en las quemaduras no es suficiente para su clasificación como infección hospitalaria, exigiéndose la presencia de supuración o bacteriemia sin otra causa determinante.

3) RESPIRATORIA:

- Inf. respiratorias altas. Cualquier manifestación de infección respiratoria alta que no existiera al ingreso, deberá ser considerada infección hospitalaria. Los signos y síntomas a tener en cuenta son: secreción mucosa o mucopurulenta de nariz o fauces, faringitis estreptococcica, otitis media externa, mastoiditis.

- Inf. respiratorias bajas. Signos tales como tos, dolor pleural, expectoración mucopurulenta, acompañados de fiebre, presentados después del ingreso, son elementos suficientes para certificar una infección hospitalaria. No se exigirá demostración por cultivos, pero sí exámenes radiológicos. Una nueva infección respiratoria será considerada cuando el paciente haya curado una primera infección y luego reaparezcan signos clínicos y radiológicos de una nueva infección, o bien si es posible hacer cultivo y se comprueba la aparición de un germen en las secreciones respiratorias que no existía al ingreso.

4) URINARIA:

- Inf. urinaria clínica. Se consideran síntomas de infección urinaria, la disuria y el dolor en la ángulo costovertebral o región suprapúbica asociados con hipertermia.

Si un paciente presenta estos síntomas, que estaban ausentes al ingreso, y el urocultivo es positivo (chorro miccional intermedio), se considera infección hospitalaria.

5) GENERALIZADA:

Se considera esta localización como infección hospitalaria cuando el paciente presenta signos que no estaban al ingreso.

- Bacteriemia que pueda ser documentada bacteriológicamente o picos febriles sin otra causa aparente, con trastornos del sensorio, mal estado general, inapetencia, signos de compromiso visceral, con puerta de entrada (Ej.: herida o canalización sospechosa).
- Meningitis (Ej.: Asociada a Shunt).

6) HERIDA QUIRÚRGICA:

Se considera como intrahospitalaria cuando el acto quirúrgico tuvo lugar en la institución.

Toda herida que presente supuración, con o sin confirmación bacteriológica será catalogada como herida infectada. Incluye esta clasificación a las infecciones asociadas a catéteres centrales y canalizaciones.

VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

La responsabilidad y compensación por daños resultantes de los movimientos de diferentes objetos y organismos microscópicos y patógenos.

La adopción de esquemas de responsabilidad para el protocolo de Bioseguridad debe consultar los principios fundamentales de responsabilidad contenidos en el derecho y responsabilidad de derecho internacional. Desde el punto de vista civil, la responsabilidad contiene tres elementos: el hecho, el daño y las causas. Los tipos de responsabilidad general pueden estar dentro de alguna de las siguientes categorías: responsabilidad administrativa, penal, contractual y civil extra contractual. En el primer tipo se imponen sanciones administrativas por el

incumplimiento de normas; por otra parte, en conductas penales, se incurre, si hay delitos o contravenciones.

Respecto a la responsabilidad contractual ésta se produce frente a relaciones generadas entre partes de un contrato y por último la civil extra contractual genera responsabilidades por fuera de las relaciones contractuales y puede ser de naturaleza objetiva y subjetiva. (Estocolmo, 1972).

El derecho internacional y más específicamente en el derecho internacional ambiental se puede aplicar. El principio de "la violación de una obligación internacional obliga a la reparación". La responsabilidad de los Estados en estas materias puede verse reflejada bajo alguna de las siguientes modalidades: responsabilidad por actos ilícitos o por daños; responsabilidad por consecuencias perjudiciales de actos no prohibidos (Estocolmo, 1972)

Aunque es prematuro decidir acerca de cuál es el tipo de responsabilidad más conveniente para incluir en términos de un instrumento vinculante, como lo sería el de Bioseguridad, debe indicarse que cualquiera que sea el tipo de responsabilidad seleccionado éste debe ser independiente del proceso de evaluación del riesgo.

SITUACIÓN ACTUAL DE BOLIVIA

La gestión de Gobierno nacional 2003-2007 asume como política "la salud como un Puente para la unidad y entendimiento de todos los Bolivianos". El Ministerio de Salud y Deportes incorpora en la política nacional de salud los siguientes lineamientos estratégicos (i) Acceso a los servicios de salud, (ii) Medicina tradicional,(ii)Acceso a medicamentos, (IV) Control y prevención de enfermedades, (V)Fortalecimiento Institucional. Forma parte de la política nacional de salud el incentivo al deporte en la vertiente de la promoción del ejercicio físico para una vida saludable, así como el desarrollo del deporte de alto rendimiento. La

estrategia de la Atención Primaria de la Salud en la perspectiva del cumplimiento de los objetivos y metas de desarrollo del milenio, forman el sustrato de las políticas de salud actuales.

Los acontecimientos sociales luctuosos de Octubre de 2003 derivaron en el cambio del presidente de la república (gestión 2002/2007) a través de la sucesión constitucional del Vicepresidente de la república. Los lineamientos de política social y económica que habían sido expresados en el Plan de Desarrollo Económico Social 02/07 han quedado en suspenso luego de la realización el 2004 de un referéndum sobre la propiedad y venta de las reservas de hidrocarburos, que determinara, a través de una nueva ley, el próximo escenario económico que podría tener el país, a partir de las regalías e impuestos por la venta de las reservas de gas natural que posee. La próxima realización de la Asamblea Constituyente (2005) es otro de los referentes del escenario en el que se vendrán a plantear el conjunto de políticas públicas y económicas, de las que forma parte la salud en el desarrollo.

MORTALIDAD

En el periodo 2000-2005, la tasa bruta de mortalidad estimada es de 8.2 muertes por mil habitantes y la esperanza de vida al nacer en ambos sexos 63.6 años (En el tercer renglón del primer párrafo ya está marcada la esperanza de vida redondeada a 64 años, sería conveniente eliminar una de las dos menciones). (INE& CELADE, 2004).

Desde el 2003 se ha implementado un sistema nacional de registro de estadísticas vitales, Hacia el año 2003, se considera que en todo el país el su registro de mortalidad general alcanza el 63%. En un estudio de mortalidad realizado el 2000 se señala que las principales causas de mortalidad tienen que ver con las enfermedades del sistema circulatorio (30,3% de las defunciones), enfermedades

transmisibles (12,0%) y las causas externas (10,7%). El 10,8% de las defunciones fueron clasificadas con signos y síntomas mal definidos.

Adolescentes (10-14 y 15-19 años): La encuesta demografía y Salud 2003, el 16 por ciento de las mujeres de 15 a 19 años de edad alguna vez estuvo embarazada, (13,7 en 1998). Esta proporción es relativamente baja entre los 15 y 16 años y se incrementa por arriba del promedio a partir de los 18 años (26 por ciento). Los mayores porcentajes de adolescentes que son madres o están embarazadas se presentan entre las mujeres sin educación (47 por ciento). Según el lugar de residencia, los mayores porcentajes de embarazo se encuentran entre las adolescentes que residen en el área rural (22 por ciento) y en la zona del Llano (21 por ciento).

Adulto (20-59 años); El año 1976 la tasa global de fecundidad en mujeres sin educación esta de 6.6 hijos por mujer, el año 2003 la tasa para las mujeres sin educación es 6.8 hijos por mujer (ENDSAS). Las mujeres con grado de educación superior el año 1976 tenían una tasa global de fecundidad de 3.1 hijos por mujer el 2003 tienen una tasa de 2.1 hijos por mujer. La mortalidad materna estimada en 390 por 100.000 n.v. en 1994 se ha reducido a 230 por 1000.000 n.v el 2003, no obstante ello, las desigualdades en la probabilidad de muerte materna siguen siendo mayor para las mujeres que vienen en el área rural, aquellas que tienen bajo grado de instrucción, las que son de origen indígena y/o campesina y también las que han migrado a los centros urbanos en busca de mejores condiciones de vida.

Entre los estudios cuyas semejanzas aunque distantes, permiten entender la importancia del trabajo que tiene la esencia con un enfoque de manera tal que en estos tres resúmenes puede sintetizar la magnitud del enfoque intercultural de la bioseguridad hospitalaria.

ENFOQUE INTERCULTURAL

Se encuentran elementos muy importantes sobre el riesgo biológico y de bioseguridad en los diferentes ya sean hospitales o centros de salud, donde se tiene que recoger los saberes, experiencias, culturales, sociales, ideológicas y religiosa del personal de salud y de la población con la única finalidad de coadyuvar en el bienestar de la sociedad y cooperar en el adelanto científicos con este tipo de investigaciones innovadoras. Donde se recogieron aspectos importantes como por ejemplo agentes biológicos; gestión, percepción y evaluación de riesgos; con diferentes principios y niveles de bioseguridad; así como los procesos de cambios que están ocurriendo en la legislación boliviana.

c. MARCO REFERENCIAL

Para este acápite tenemos los siguientes estudios que podrían ser tomados en cuenta:

INVESTIGACION N° 1

El concepto de IIH ha ido cambiando a medida que se ha ido profundizando en el estudio de ella. Clásicamente se incluía bajo este término a aquella infección que aparecía 48 h después del ingreso, durante la estadía hospitalaria y hasta 72 h después del alta y cuya fuente fuera atribuible al hospital. En 1994 el Centro para el Control de las Enfermedades (CDC), de Atlanta, redefinió el concepto de IIH, que es el vigente y que la define como sigue:⁵ Toda infección que no esté presente o incubándose en el momento del ingreso en el hospital, que se manifieste clínicamente, o sea descubierta por la observación directa durante la cirugía, endoscopia y otros procedimientos o pruebas diagnósticas, o que sea basada en el criterio clínico. Se incluyen aquellas que por su período de incubación se manifiestan posteriormente al alta del paciente y se relacionen con los procedimientos o actividad hospitalaria, y las relacionadas con los servicios ambulatorios.

Existen principios sobre los que se basa este nuevo concepto que ayudan a definir la IIH en situaciones especiales. Se considera nosocomial la infección del recién nacido como resultado del paso por el canal del parto, por ejemplo la oftalmia neonatorum. No es hospitalaria la infección del recién nacido adquirida transplacentariamente (rubéola, citomegalovirus, etc.) y que comienza precozmente tras el nacimiento. Además, y con pocas excepciones, no existe un tiempo específico durante o después de la hospitalización para determinar si una infección debe ser confirmada como nosocomial. En este nuevo concepto es de notar el peso fundamental que tiene el criterio clínico complementado por los hallazgos microbiológicos.

Las IIH tienen un origen multifactorial, que viene dado por los 3 componentes que forman la cadena de la infección, a saber: los agentes infecciosos, el huésped y el medio ambiente, interactuando entre ellos.⁶ En los agentes infecciosos hay que tener en cuenta su origen (bacterias, virus, hongos o parásitos), sus atributos para producir enfermedad (virulencia, toxigenicidad), la estabilidad de su estructura antigénica, así como su capacidad de resistencia múltiple a los agentes antimicrobianos. En el caso de las bacterias, esta última propiedad se pone más de manifiesto por la presencia de una serie de elementos genéticos de origen tanto cromosomal, tal es el caso de los transposones y los integrones, como extracromosomal, o sea los plásmidos, que las hacen adquirir resistencia a los antibióticos. Los plásmidos se han convertido en la punta de lanza de los microorganismos en su lucha por evadir los efectos de los antimicrobianos. Esos elementos codifican una cantidad importante de enzimas que inactivan a uno o varios de estos agentes, y crean verdaderos problemas a la hora de tratar infecciones causadas por bacterias que las portan. Los plásmidos codifican, entre otras enzimas, a las betalactamasas de espectro reducido y las de espectro ampliado (BIPEA), derivadas de aquellas y que inactivan a betalactámicos como penicilinas y cefalosporinas, así como también a aminoglucósidos estas últimas. De igual forma portan los genes *erm* que crean resistencia frente a macrólidos y lincosamidas, los de resistencia de alto nivel (RAN) a aminoglucósidos, etc.,⁷ sin

olvidar a los sumamente conocidos plásmidos de penicilinas de los estafilococos que de forma característica, se transmiten por transducción en lugar de por conjugación. Los integrones, elementos móviles de inserción secuencial descubiertos hace solo pocos años, han sido involucrados en la resistencia incipiente que presentan ya algunas bacterias frente a los carbapenemos, considerados entre los antibióticos más importantes hasta ahora desarrollados; un ejemplo lo constituyen cepas de *Pseudomonas aeruginosa* resistentes a Imipenem.⁸

El segundo elemento de la cadena es el huésped, en el que desempeñan una función importante sus mecanismos de resistencia. La mayoría de las infecciones en el hospital se producen en cierto grupo de pacientes con características individuales como la edad (el 60 % de los casos está entre 50 y 90 años), malnutrición, traumatismos, enfermedades crónicas, tratamientos con inmunosupresores y antimicrobianos, así como que están sometidos a procedimientos invasivos diagnósticos o terapéuticos, que los hacen más susceptibles de adquirir infecciones durante su estancia en el hospital.⁴

El tercer y último elemento de la cadena sería el medio ambiente tanto animado como inanimado, que está constituido por el propio entorno hospitalario, los equipos e instrumental para el diagnóstico y tratamiento, los materiales de cura y las soluciones desinfectantes, etc., y sobre todo el personal asistencial.

De la interacción de estos 3 factores van a surgir las infecciones hospitalarias y en la medida en que participen estos así será su incidencia y su comportamiento. Las IHH son un problema complejo donde intervienen además cuestiones financieras, de personal, organizativas y estructurales.

Como ya se ha dicho, con el devenir de los años las IHH han ido cambiando en sus características; otro tanto ha ocurrido con los que pueden ser considerados como “sus actores”.⁹⁻¹¹

La década de los 50 se conoce como “la era de los estafilococos”, ya que el *Staphylococcus aureus* que había sido susceptible a la penicilina de manera

uniforme, gradualmente comenzó a desarrollar resistencia mediada por betalactamasas, especialmente el fagotipo 80-81. Este germen puede considerarse como paradigma del “patógeno de hospital”. Su surgimiento coincidió con el uso cada vez más generalizado de antibióticos de amplio espectro. A comienzos de la década de los 60, la pandemia de estafilococos comenzó a disminuir relacionada con la introducción de nuevos antibióticos resistentes a betalactamasas que fueron eficaces contra el estafilococo.

En 1970 y 1975 existió un incremento de los bacilos gramnegativos; las enterobacteria y *Pseudomonas aeruginosa* dominaron la escena de las IIH. Estas cepas, resistentes a varios antimicrobianos, eran propagadas por medio de las manos contaminadas del personal.

La década de los 80 vio surgir varios patógenos nuevos como el *Staphylococcus aureus* resistente a meticillin (SARM), *Staphylococcus epidermidis* de resistencia múltiple, enterococos resistentes a vancomicina y otras especies de *Pseudomonas* multirresistentes, así como *Candida albicans* y citomegalovirus.

Hay una diferencia importante entre el estafilococo fagotipo 80-81 y el SARM en cuanto a su transmisión; mientras que el 80-81 era portado por el personal asintomático del hospital en sus fosas nasales. El SARM se transmite pasivamente de un paciente a otro por medio de las manos del personal. *Staphylococcus epidermidis* de resistencia múltiple es un ejemplo del antiguo adagio que dice que “los saprofitos de ayer son los patógenos de hoy;” actualmente es conocido como causa de infección relacionada con catéteres, prótesis vasculares, heridas quirúrgicas y bacteriemias. Aunque ninguna de estas especies de estafilococos resistentes parece ser más virulenta que aquellas sensibles, el hecho de la multirresistencia comporta un gasto importante de medicamentos. Los enterococos aumentaron su presencia en los hospitales a mediados de los 80; como son resistentes a las cefalosporinas, se cree que el

aumento se debió al enorme uso que en este período se hizo de nuevos antibióticos que pertenecen a este grupo.

INVESTIGACION N° 2

Recientemente y en relación con el gran número de pacientes inmunodeprimidos que la epidemia de VIH/SIDA ha aportado a los hospitales, han surgido otros nuevos patógenos, inócuos antes, como *Aspergillus*, corinebacterias (*Corynebacterium jeikeum*, *Rodococcus equi*), etc.

La inmensa mayoría de las IIH son producidas por gérmenes “banales” endógenos presentes en el flora normal de los enfermos, no patógenos en sus medios habituales y transmitidos generalmente por el personal. Las bacterias nosocomiales se distinguen de aquellas comunitarias por su resistencia frente a los antibióticos. El medio hospitalario es muy propicio a la difusión de resistencias, ya que un tercio de los pacientes reciben antibioticoterapia y este hecho tiene como consecuencia la selección de bacterias resistentes a los antimicrobianos usados. Otra fuente importante de infecciones proviene de los llamados gérmenes “oportunistas”, como *Pseudomonas* y *Acinetobacter*, que colonizan los sistemas de agua de los hospitales, al igual que hongos vinculados al medio ambiente. Las infecciones virales oportunistas (citomegalovirus, virus sincitial respiratorio, herpesvirus) también están presentes, sobre todo en recién nacidos e inmunodeprimidos, así como en transplantados a partir de un donante aparentemente sano. Igual papel desempeñan algunos parásitos, entre los que hay que citar a *Pneumocystis carinii* (que algunos autores consideran como un hongo), *Toxoplasma gondii* y *Cryptosporidium*.⁶

Como ya se ha planteado, la mayoría de las IIH son endémicas y se propagan continuamente. A diferencia de los brotes epidémicos, en que las medidas a

adoptar deben ser tomadas con rapidez, en las infecciones endémicas se requiere de una concertación de medidas de diversos grados de complejidad para enfrentarlas que, en general, precisan de tiempo, organización y recursos. Dichas medidas se enmarcan dentro del programa de lucha contra esas infecciones, que constituyen la estrategia más útil para lograr su prevención y control, y que son llevadas a cabo a través de una estructura, el comité de prevención y control de las IIH, que aúna a toda la capacidad científica del hospital en función de esta labor.⁵

Infecciones Intrahospitalarias en el mundo

Por todo el impacto negativo que ejercen las IIH tanto en la esfera de la salud, en lo social y en lo económico, es que surge a nivel mundial una voluntad encaminada a enfrentar el problema que plantean las infecciones en los hospitales.

En 1989 se organizó en la sede de la Organización Panamericana de la Salud en Washington, una Conferencia Regional sobre Prevención y Control de Infecciones Nosocomiales. Además de Cuba participaron Argentina, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica y los Estados Unidos, entre otros. En esta reunión se puso de manifiesto el avance alcanzado por Cuba en este campo, que la colocó en ese momento y junto a Chile y Colombia, a la cabeza de Latinoamérica, con un programa en pleno y exitoso desarrollo.¹² En la actualidad médicos microbiólogos cubanos realizan asesorías en torno a las IIH en otros países como Perú; allí se reconoce la calidad de estas y la valoran altamente.

En los Estados Unidos existe desde 1970 un sistema de vigilancia de las infecciones nosocomiales (el llamado National Nosocomial Infection system), establecido por el CDC, con el fin de realizar un estudio sistemático de las infecciones nosocomiales en ese país y sus resultados constituyen una referencia obligada en este campo.⁶

En Europa, por su parte, se viene desarrollando desde 1990 la experiencia de los llamados “hospitales-pilotos” para llevar en gran escala un estudio multicéntrico de vigilancia continuada de las infecciones nosocomiales, con vistas a aunar esfuerzos en la lucha contra este gran problema de salud actual.13

INVESTIGACION N° 3

Infecciones Intrahospitalarias en Cuba

En el país, las actividades de investigación, lucha y control de las IIH acumulan ya 3 décadas y su historia se puede resumir así:5,10

En 1967, en el Servicio de Cirugía Cardiovascular del Hospital “Manuel Fajardo” se realizó una de las primeras investigaciones epidemiológicas sobre IIH, que mostró una incidencia del 40 % y al *Staphylococcus aureus* como el patógeno más aislado. En 1968 se constituyó el primer Comité de Infecciones en el Hospital “Enrique Cabrera” (Nacional). En 1971, en el Hospital Psiquiátrico de la Habana, se creó el primer Servicio de Epidemiología hospitalaria. En 1973 por la Resolución Ministerial número 51 se definieron las funciones del Comité de Prevención y Control de las Infecciones Nosocomiales en las unidades hospitalarias del país. En 1975 se designó la primera enfermera vigilante epidemiológica, en el entonces Hospital Regional de Plaza. En 1980 se dictaron las normas provisionales para la prevención y control de las IIH y en 1983 se aprobó el primer Programa Nacional de Prevención y Control de las IIH. En 1988 se creó el Laboratorio de Control de Antibióticos y Marcadores Epidemiológicos, que junto al Laboratorio Nacional de Desinfección y Esterilización (ya creado en 1978) formaron el Laboratorio Nacional de Infecciones Hospitalarias. En 1996 fue formado un Grupo Técnico Nacional Asesor que reorientó el programa con un enfoque local y finalmente en 1998 entró en vigencia el nuevo programa nacional.

La vigilancia epidemiológica de la IIH en los últimos 10 a refleja una tasa global nacional que ha oscilado entre 2,6 y 3,4 por cada 100 egresados, con un promedio anual de 50 000 infectados. Por servicio el análisis muestra que los de Cirugía,

Medicina y Terapia concentran el 50 % o más de las notificaciones. Por localización las infecciones que con mayor incidencia se producen son las del aparato respiratorio, herida quirúrgica y piel.⁵

En el Programa Nacional se relacionan los propósitos, objetivos y estrategias a seguir para la prevención y el control de las IIH y se definen las funciones del Comité, estructura encargada de llevarlo a cabo. Entre los integrantes del Comité, el microbiólogo (junto al epidemiólogo y la enfermera vigilante epidemiológica) desempeña una función vital para el funcionamiento adecuado de este.

Las tareas asignadas al Laboratorio de Microbiología relacionada con la vigilancia, prevención y control de las IIH están definidas en 3 situaciones de gran repercusión en el programa:

- Estudio del paciente infectado.
- Estudio del ambiente.
- Estudio del brote de IIH.
-

V. OBJETIVOS

a. OBJETIVO GENERAL

Determinar la percepción sobre la implementación de la vigilancia epidemiológica con enfoque intercultural que presenta el personal de salud en el Hospital Rurrenabaque, Municipio de Rurrenabaque, Beni, en la gestión 2012?

b. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar la percepción sobre la implementación de Bioseguridad con enfoque intercultural que presenta el personal de salud por grupo atareo, edad con énfasis en la profesión.

2. Determinar la percepción sobre la implementación de Vigilancia epidemiológica con enfoque intercultural que presenta el personal de salud por grupo atareo, edad con énfasis en la procedencia, hábitos sanitarios.
3. Determinar la influencia de costumbres, hábitos y experiencias, en la implementación de Vigilancia epidemiológica con enfoque intercultural que presenta el personal de salud con énfasis en el manejo práctico.
4. Determinar la percepción sobre la implementación de Vigilancia epidemiológica con enfoque intercultural que presenta el personal de salud con énfasis en el conocimiento teórica y su aplicación práctica.

VII. DISEÑO METODOLOGICO

a. DISEÑO DE LA INVESTIGACION

El diseño de la investigación fue sistemática por fases cumpliendo objetivos y propósitos, donde se consideró: recursos humanos, tiempo, infraestructura y económicos. El personal profesional, especialistas, enfermeras, auxiliares de enfermería, limpiezas, serenos y choferes. Considerado como referencia al comité de salud, conformado para mejorar los niveles de cobertura de la institución., con este preámbulo , nuestro diseño fue cuanti cualitativo, por el manejo de la s variables en ambas fases de la investigación , ex no experimental por que no existe un manejo dúctil de las variables dependiente como independiente.

b. TIPO DE INVESTIGACION

El tipo de investigación se enmarca en una investigación acción suis generis, por que de esta no solo se derivan acciones inmediatas a problemas identificados , mediatos, sino que se elabora un plan a corto y largo plazo con acciones planificadas.

c. POBLACION

La población que se considero fue el 100% del personal del hospital, que cuenta con 95 trabajadores en total en todas sus diferentes áreas, incluyendo personal permanente y eventual, de estos por área se tomo en cuenta solo el 20 %, por trabajo específico (médicos, enfermeras, auxiliares y trabajadores)

d. MUESTRA-MUESTREO

- Para la fase cuantitativa :

Se necesitó muestra aleatorizada, para esto se utilizo el método SAP, sucesión aleatorizada de pacientes o sujetos, de estos se tomo en cuenta solo al 20% de la población diferenciad por actividad, médicos, enfermeras, auxiliares y administrativos:

- Médicos 36
- Licenciadas 8
- Auxiliares 12
- Administrativos 35

- Para la fase cualitativa :

Para la fase cualitativa se tomo en cuenta en primera instancia las áreas de neonatología, ginecología, cirugía y emergencias, con el criterio de ser las mas susceptibles del problema planteado, en las cuales se consideró a 5 profesionales por cada sección, con esto se conformó 2 grupos focales, de 10 personas.

e. VARIABLES OBJETO DE ESTUDIO

El desconocimiento Vigilancia epidemiológica empleando elementos de interculturalidad en el manejo inadecuado de los residuos en el hospital, de la

ciudad de Rurrenabaque, haciendo que los usuarios estén en riesgo de contagiarse, lo cual repercute en la higiene y atención a la población en general.

Para guiar en la identificación de estas variables, se utiliza la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la percepción sobre la implementación de Vigilancia epidemiológica con enfoque intercultural que presenta el personal de salud en la en el Hospital Rurrenabaque, Municipio de Rurrenabaque, en la gestión 2012?

i. VARIABLE DEPENDIENTE

Esta es una investigación con variable mono causal, es decir solo tiene la variable causal y no efecto, aunque este es implícito:

- Incremento de enfermedades laborales,
- Incremento de infecciones intra hospitalarias

ii. VARIABLE INDEPENDIENTE

percepción sobre la implementación de Vigilancia epidemiológica con enfoque intercultural

iii. RELACION DE VARIABLES

Las variables que se consideraron guardan una estrecha relación como tiempo, pacientes, bioseguridad, residuos infecciosos, personal, en el manejo adecuado de los mismos como: jeringas y otros lo que reducirá los riesgos al personal mejorando la atención con calidad y calidez, estas variables establecen una relación directamente proporcional, es decir el incremento o decremento de una repercute sobre la otra.

f. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Combinando las variables de forma adecuada fue factible, conocer y contar con un documento que sirve como herramienta útil y eficaz, en la aplicación y cumplimiento estricto y obligatorio por el personal de la institución beneficiando a la salud y usuarios y del nosocomio. (ver anexos cuadro y cuestionario producto de dicha opeacionalización)

g. CRITERIOS DE INCLUSION

Los criterios fueron de gran importancia porque atreves de ellos se puede incluir y tener clara y concreta una posición en la ejecución y quienes entrarían en el levantamiento de datos cumpliendo principios básicos de la investigación como: edad, sexo, profesión u ocupación, que trabajen de manera permanente o eventual en el hospital , independientemente de su procedencia sí se tomo en cuenta su residencia y temporalidad en el trabajo.

h. CRITERIOS DE EXCLUSION

Son aquellos que no fueron contemplados en los criterios de inclusión.

j. INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE INFORMACION

Los instrumento en la recolección de la información fueron entrevistas, encuestas, informantes claves, grupos focales, como directores y autoridades de la red de salud SEDES; DILOS, de la ciudad del hospital en la ciudad de Riberalta.

El diseño del trabajo de investigación fue al azar dividido en 4 grandes áreas como neonatología, ginecología, cirugías y emergencias, donde sirvieron como parámetros, los demás como: médicos, odontólogos, farmacia, licenciadas,

auxiliares, limpieza y de apoyo en todo el hospital, fueron utilizados como tabulación de la información y garantizar la confiabilidad de manera al azar.

La evaluación fue continua, interactiva y pro activa para ajustar en el proceso de la investigación siendo flexible asumiendo reajustes por sugerencias y participación efectiva del tutor de la investigación.

k.INSTRUMENTOS DE ANALISIS DE INFORMACION

Actividades	Personal responsable	Hospital	Personal y usuarios	Autoridades, Director, Sede, HAM	Administración	Cuerpo técnico
Recolecta de información: interculturalidad y bioseguridad	X			X		
Análisis de información	X			X		
Socialización en salud en el hospital	X		X			X
Propuesta aprobada.				X	X	
Implementado la propuesta en el hospital	X	X	X	X	X	X
Seguimiento y evaluación correspondiente a la propuesta.	X			X		X
Talleres sobre interculturalidad	X	X	X	X	X	X
Cronograma y presupuesto				X	X	
Seguimiento y evaluación	X					X

I. FASES DE LA INVESTIGACIÓN

Fase	Actividades	2011					
		Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
II	Se ha conforma espacio de talleres en interculturalidad con participación del personal del hospital	XX					
II	Se ha consensuado un cronograma y asignado responsabilidad de facilitadores del tema de interculturalidad.		X				
II	Se ha gestionado un financiamiento para el desarrollo de talleres propuestos en la ciudad		X	X			
II	Se ha implementado los talleres planificados.			XX	XX		
II	Se ha realizado el seguimiento y evaluación correspondiente a los talleres.				XX		
II	Se ha realizado el seguimiento y evaluación correspondiente a la propuesta.					XXX	XXX

m. METODICA DE LA INVESTIGACION

El trabajo de investigación se realizó de una manera exhaustiva donde en primera instancia se recopiló la información relevante, para poder entender y comprender de manera clara y concreta y así se elaboró logrando los propósitos que pretendía obtener, en esta fase solo se han priorizados cuatro tres áreas como: neonatología, ginecología, cirugía y emergencias, analizando datos de las gestiones de 2010 y 2011 de enero a agosto, ejecutándose las actividades en los meses de septiembre y octubre de la gestión 2011, posteriormente ir abarcando sucesivamente las demás áreas. Pero ya se tiene un breve bosquejo de las demás áreas porque se efectuó el diagnóstico.

Los instrumentos que se utilizaron fueron herramientas sencillas muy eficaces en este tipo de investigación, como encuestas y entrevistas (10 por profesionales), realizando la depuración y sistematización de la información obtenida, el hospital donde se efectuó toda la investigación fue el hospital obrero, dividiéndolos en dos grupos focales como (Médicos – enfermeras) y (Auxiliares – administrativos). Esto no sería posible sin el trabajo coordinado con las autoridades del nosocomio, donde se los hizo participes haciéndoles conocer los fines y objetivos de la investigación; este ambiente (hospital) reunía los criterios necesarios al con todos los requisitos requeridos para la investigación: como normas, recursos humano, recursos económicos, etc. pero que existen falencia en otras, pudiendo ser por la falta de socialización de las mismas o manuales de funciones específicos y que se cumplan en el manejo adecuado e integral de elemento de bioseguridad e intercultural, donde el paciente se sienta seguro y la institución beneficie cumpliendo con todas las obligaciones que indica la nueva constitución política del estado plurinacional de Bolivia, velando siempre como institución de salud, cumpliendo con la sociedad, como uno de las primeras obligaciones del estado hacia la población como es la salud la educación, etc.

1. Conocimiento de interculturalidad y bioseguridad en salud en el hospital obrero 69, esta estrategia básica sirvió para socializar a la población que tiene acceso a los servicios, esta población habitualmente vive a una distancia no mayor a 5km. La socialización de los conocimientos de bioseguridad en los servicios de salud dependen y tienen diferentes percepciones del personal, creencias e idiosincrasias en la población, Rurrenabaque cuenta con aproximadamente con 35.000 habitantes en su municipio incluyendo área del departamento de la Paz municipio de Ixiama, provincia Abel Iturralde, que este nosocomio presta servicios de salud, que son atendidos como área de influencia, ofreciendo servicios. (INE, 2002) La población tiene conocimientos ancestrales, como medicina natural y ambiental, interpretando una percepción de la realidad individual especialmente de la higiene, limpieza, cuidado personal y comunal (implícitamente del conocimiento intercultural sobre Vigilancia epidemiológica d). El personal del hospital respeta los aspectos culturales, religiosos sociales género, etc. En todo se hizo conocer los conceptos de la interculturalidad constituyéndose como elemento y como la clave principal en la atención con calidad y calidez en los servicios prestados en el hospital obrero 69.
2. Interculturalidad y Vigilancia epidemiológica en su campo de acción periférica del hospital , esta estrategia complementaria se realizó como extensión del conocimiento de interculturalidad y bioseguridad en el establecimiento de salud, y su área de influencia, con lo cual permitió atender y entender a la población de sus expectativas del hospital hacia ellos, esto se hizo en un radio de cinco Km, de ubicación del hospital en la prestación de servicio de salud, encontrándose barreras culturales, extrema pobreza, etc., que estos son utilizados muy poco frecuentes, incluso si los utilizan los hacen de manera con recelos de los médicos, por ello la población habitualmente está en constante riesgo de enfermarse y morir.

Para ello se utilizó via socialización de la importancia beneficios de los elementos de bioseguridad y como se puede coadyuvar en la educación contemporánea y conocimientos ancestrales, creencias, criterios y sentimientos en la atención de calidad con calidez, aplicándose diferentes medios audibles, gráficos y audiovisuales, televisivos y radioemisoras como cuñas radiales de forma diaria, la difusión por medios necesarios para incidir positivamente en los saberes de bioseguridad, esta realidad se tiene otra de lo antes y lo actual con lo ancestral, intercultural.

3. Valoración de los grupos del personal del hospital , esta estrategia se utilizó a los dos grupos focales de la población como grupos de información heterogénea. Se realizó diferentes medios de transporte de dos y cuatro rudas y las vías de comunicación con que se cuenta en la zona, los recorridos se los realizo utilizando medios de transporte a pie y motocicleta, etc., Además se realizó diferentes feria, reuniones de grupos de madres, etc., esta táctica es una actividad cotidiana en los servicios de salud, es importante en la promoción del propio hospital con una integral en las presentaciones sobre bioseguridad con énfasis intercultural.

Esto nos permitió entender que cualquier campañas de socialización sobre bioseguridad en salud, debe enfocarse desde el punto del otro, y no solo del personal de salud, quien cree o supone que es dueño de la realidad, del ultimo conocimiento, cuando en muchas ocasiones es quien más debería aprender de la realidad que lo circunda, esto no puede de ninguna manera ser óbice para combatir la apatía para lograr conocimiento en los usuarios sobre algunas temáticas que manejan de manera empírica, mas aun cuando forman parte pasiva del hospital .

La selección de los indicadores durante la fase de formulación de las preguntas de las encuestas y de su implementación de interculturalidad en bioseguridad en salud en el hospital.

Donde se partió de la siguiente interrogante, como premisa:

- ¿Cuáles son los objetivos?
- ¿Quiénes son los grupos destinatarios? ¿cuales sus necesidades y expectativas?
- ¿Qué cambios se proveen como consecuencia?
- ¿hasta qué punto y con qué eficiencia se están logrando los objetivos del programa de bioseguridad con la implementación de interculturalidad?
- ¿Cuáles son los criterios para juzgar el éxito del programa de Bioseguridad con interculturalidad?

Tipos y fuentes de datos necesarios

El tipo de información necesaria para poder cumplir con los objetivos y propósitos de la investigación en la obtención de los datos en el Hospital ,en la ciudad de Rurrenabaque, fue a todo el personal de la institución de salud como ser: enfermeras, médicos, administrativos, odontólogos, auxiliares, limpieza y apoyo, donde previamente se socializo y se dio a conocer los objetivos de la investigación que se iba a efectuar para lograr un empoderamiento del personal.

Métodos y frecuencia de la recopilación de datos

El método que se aplico en el estudio de investigación fue participativo, donde todos y cada uno los de actores de salud del hospital, los cuales fue a través de instrumentos sencillos como: encuestas y entrevistas abiertas y cerradas, con la única finalidad de recopilar la mayor información y confiabilidad de las mismas.

Los datos fueron recopilados en planillas elaboradas específicas, donde se identificaron las variables como patógenos, virus, parásitos (Tiempo) como variable independiente y la capacitación al personal, materiales, residuos como variables dependientes

Responsables de la recopilación y análisis

Para ello se realizó por fases, recopilación de la información, sistematización, análisis e interpretación se lo realizó con la ayuda de paquetes estadísticos como: Excel y SPSS.15.00, estadística descriptiva.

La información obtenida fue de vital importancia con la que conoció la calidad y cumplimiento de las normas de Bioseguridad aplicando elementos de interculturalidad en la atención de la población que asiste al nosocomio ya sea estos en los servicios de prevención, curación, rehabilitación, cirugías, etc.

La selección de criterios como responsabilidad; puntualidad, gestión e intervención de la institución, clasificándose: cuantitativos, cualitativos. Cada uno con sus características y dándoles un valor, lo que permitió obtener un puntaje de (1-10).

- Especifico 1-10 Norma de Bioseguridad
- Mensurable 1-10 Residuos Infecciosos
- Asequible 1-7 Corto punzantes
- Pertinente 1- 7residuos especiales
- Registrable 1- 5 Residuos Comunes

Fuente a recopilar 1- 4 Información no contempladas

n. CUESTIONAMIENTO ETICO

El trabajo se realizó bajo estricto y control en sus diferentes etapas, para poder lograr resultados óptimos y confiables garantizando un documento confiable que beneficie y sirva como herramienta del hospital , de igual manera como satisfacción personal e institucional sin menospreciar lo que se cuenta en el hospital Obrero, para esto se tomo en cuenta los permisos correspondientes institucionales e individuales (aceptación verbal y escrita de cada uno de los participantes de este trabajo de investigación)

o. PRESUPUESTO

Actividades del Objetivo 1	Tareas	Fecha	Costo \$US
A	Recolección de datos de interculturalidad Recolección de información de relevante	2-3/E	60
		3-4/E	50
B	Entrega de fotocopias de documentación al personal del hospital Taller de revisión y análisis de lo recopilado	2/F*	60
		3/F	100
C	Taller de elaboración de propuesta consensuada de interculturalidad en el hospital	1/M	100
D	Invitación a miembros del equipo revisor OTB, comité de vigilancia, municipal para presentación de propuesta.	3/M	20
e	Elaboración didáctica de la metodología socializar material de escritorio de apoyo. material de apoyo logístico, socialización de la propuesta a 8 grupos	3-4/A	150
		3/M	200
		JJASON JJASON	350
f	Seguimiento de tareas Evaluación trimestral	JJASON	800
		JASD	400
Total			2.290

* = Numero de semanas Letra mayúscula representa el mes

Actividades del Objetivo 2	Tareas	Fecha	Costo \$US
A	Invitación a reunión a autoridades en salud DILOS	2/E	15
	Reunión de coordinación de espacios para talleres de interculturalidad con le DILOS	F	100
B	Taller de temas propuestos en consenso para el personal en base interculturalidad	1/M	80
C	Asignación y coordinación de fechas y responsabilidades en cada taller.	2/M	10
D	Gestionar recursos económicos y materiales antes organizaciones estatales y ONG.	1-4/M	50
E	Elaboración didáctica de temas socializar Material de escritorio de apoyo material de apoyo logístico, socialización de la propuesta a 8 grupos	3-4/A	50
		3/M	900
		JJASON	800
		JJASON	800
F	Seguimiento de tareas	JJASON	100
	Evaluación trimestral de tareas	AJSD	400
Total			3.355

q. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES GESTIÓN 2011

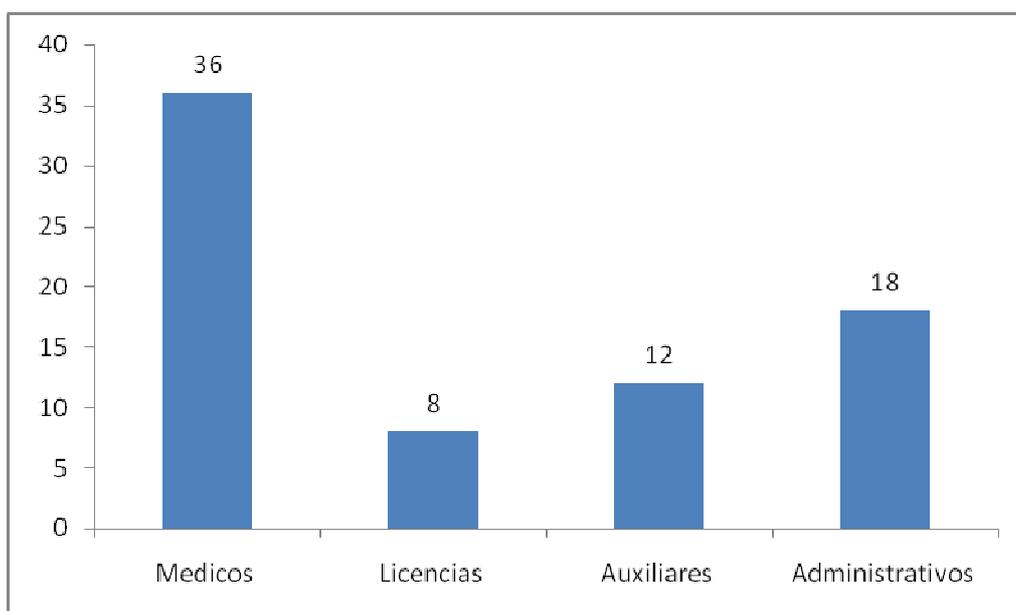
Fase	Actividades	Septiembre	Octubre
I	Recopilar información sobre interculturalidad y elementos de bioseguridad	XXX	
I	Revisado y analizado la información recopilada, por el equipo del hospital obrero		XX
I	Se cuenta con la propuesta para lograr la interculturalidad en el hospital		XXXX
I	Presentado y aprobado la propuesta en la institución.	XXX	
I	Implementado la propuesta en el hospital		XXXX
I	Seguimiento y evaluación de la propuesta.		

Fase	Actividades	Septiembre	Octubre Agosto
II	Conformación espacio de talleres en interculturalidad con participación del personal del hospital obrero "69"	XX	
II	Consenso y cronograma y responsabilidades, facilitadores del tema de interculturalidad.		XXXX
II	Financiamiento, recursos económicos talleres hospital.		XXXX
II	Implementación, talleres planificados.		XXXX
II	Seguimiento y evaluación talleres		XXXXX
II	Seguimiento y evaluación a la propuesta.		

VIII. RESULTADOS CUANTITATIVOS

Culminado el trabajo de investigación se obtuvo los siguientes resultados:

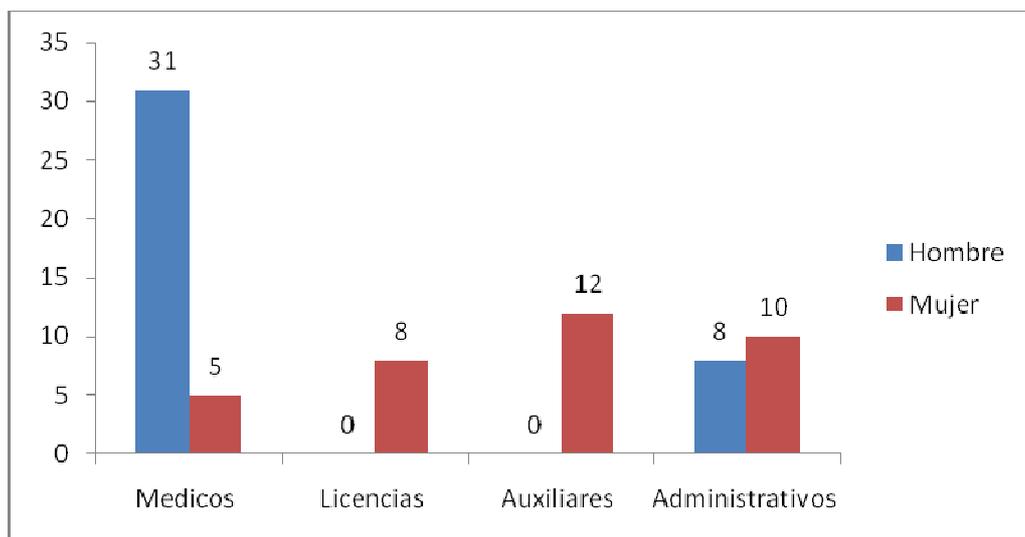
Figura N°1. Categorías de grupos focales (Médicos – licenciadas) y (Auxiliares – administrativos)



(Fuente, Hospital Rurrenabaque, 2011)

La figura 1. Muestra los dos grupos focales, que fueron considerados por situación y facilidad en el manejo de la información se los agrupo en dos categorías, el primero conformados por médicos y enfermeras y el segundo formados por auxiliares y administrativos, donde se evidencia que es muy significativos la presencia de médicos (36) en relación a la licenciadas (8), de la misma forma el otro grupo administrativo (18) con las auxiliares que son (12)

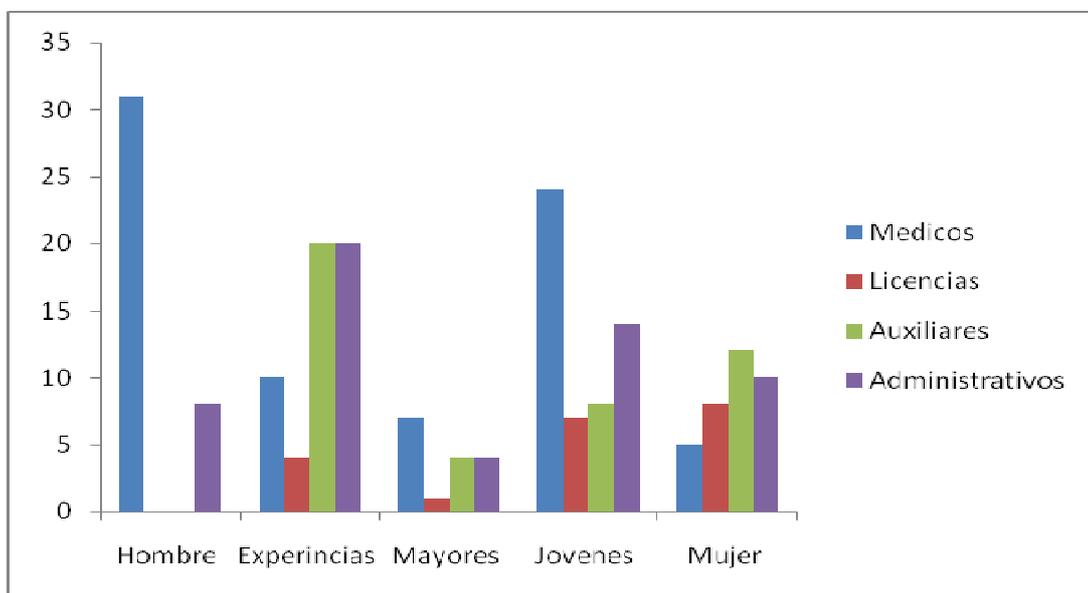
Figura N° 2. Personal del hospital Rurrenabaque, Por género



(Fuente, Hospital Rurrenabaque, 2011)

La figura 2. En esta se puede evidenciar que en el hospital existe un número mayor de personal son hombres (86.11%) y el (13.89%) son mujeres en el personal médico mientras que el de licenciadas y auxiliares son el 100% son mujeres, finalmente en área administrativo el 55.56% son hombres mientras que las mujeres son el (44.44%).

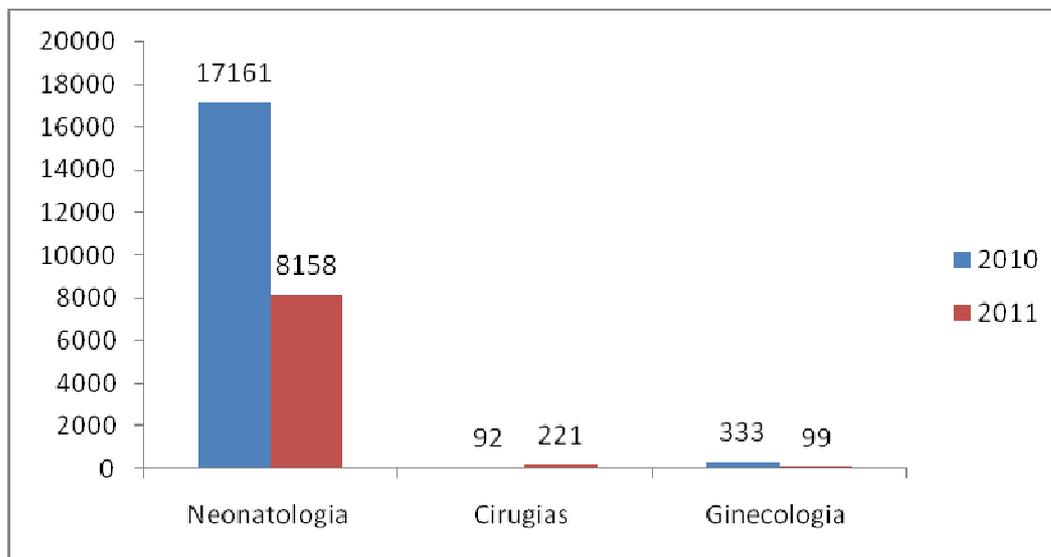
Figura N° 3. Grupos focales en función a la experiencia, edades y género



(Fuente, Hospital Rurrenabaque, 2011)

La figura 3. Muestra que no existen licenciados ni auxiliares varones en el hospital, Mientras que en la experiencia presentan una mayor numero en los auxiliares y administrativos, para un mejor entendimiento se consideró personal mayor a aquellos que pasan los 40 años de edad, donde se presenta que el hospital cuenta con personal antiguo, seguido por los administrativos, posteriormente las licenciadas y finalmente se verifica que en una gran proporción el personal del hospital es femenino, asumiendo en primera posición las auxiliares, seguido por las administrativos, posteriormente las licenciadas y por último los médicos.

Figura N°4. Especialidades atendidas en la gestiones (2010-2011) en neonatología, cirugías y ginecologías



(Fuente, Hospital Rurrenabaque, 2011)

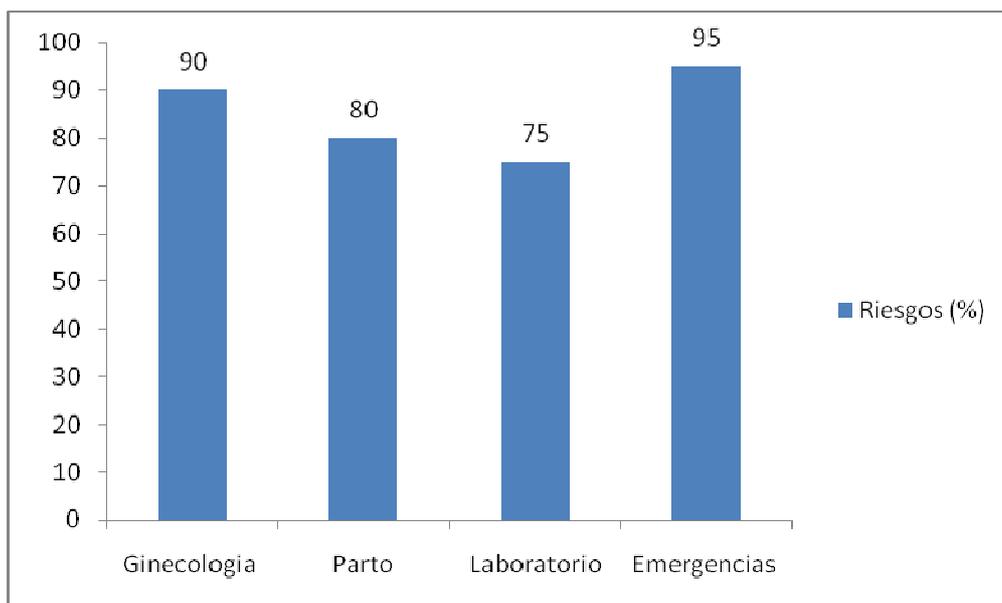
La figura 4. Muestra el comportamiento del flujo de pacientes en las diferentes especialidades atendidas con más frecuencias en las gestiones 2010- 2011. Donde se evidencia que la especialidad más frecuente es neonatología con un comportamiento dinámico en relación a la gestión 2010, con relación al primer trimestre de la gestión 2011. Seguido por la especialidad de ginecología es directamente proporcional a la de la gestión 2010 en relación al primer trimestre de la gestión 2011 y por último se cuenta con un personal altamente capacitado tal como muestra el bajo número de atención en cirugías en el hospital

Tabla N°1. Manejo de los residuos en el Hospital

Residuos infecciosos.	Corto punzantes	Residuos especiales	Residuos Comunes
Heces	Agujas sin capuchón	Botellas de inyectables	Comidas, botellas
Piezas quirúrgicas	Lancetas, porta objeto	Fármacos vencidos	Cartones, frascos de shampoo, Vinagres
Placenta	Bisturís cubre objeto	Termómetros rotos	Papeles, lotas
Gasas	Pipetas	Placas radiográficas	yeso sin sangre
Algodones	Agujas hipodérmicas	Pilas	Vendas sin sangre
Muestras de TB			Capuchón de agujas
Vacunas vencidas			
Émbolos de jeringas			
Equipos de sueros.			

La tabla 1. Muestra la forma como se manejan los diferentes tipos de residuos en el hospital desde los residuos infecciosos hasta los más comunes.

Figura N°5. Porcentaje en el manejo de los residuos en el Hospital por grupos focales



La figura 5. Muestra el peligro latente y constante al que está expuesto el personal de salud ya sea este profesional o de limpieza con la presencia constante de este tipo de residuos en el hospital, tal como muestra los profesionales responsables en la atención de emergencias son los más desprotegidos por que no se tiene la oportunidad de realizar las precauciones de manera inmediatas porque son pacientes que requieren atención inmediatas siendo el riesgo mayor, seguido por ginecología que también indican que se encuentran en constante peligro porque no se cuentan con los laboratorios con tecnología de punta, que en momento menos pensados se pueden encontrar con enfermedades infectocontagiosas desconocidas, al igual que sección de partos, y finalmente los laboratoristas se encuentran de igual forma en zona roja, por la falta de equipos e infraestructura adecuada como aire acondicionados por las altas temperaturas presentes en la zona

Tabla N° 2 Comparación de la atención de pacientes del hospital por áreas.

Prueba de muestras relacionadas

			Diferencias relacionadas				t	gl	Sig. (bilateral)
Áreas	Media	Desviación típica	Error típico de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia		Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	
	Inferior	Superior	Inferior	Superior	Inferior	Superior	Inferior	Superior	
Par 1	Adm. – Med	-2,000	3,697	1,397	-5,419	1,419	-1,431	6	,202
Par 2	LAB – Ray X	4,143	3,848	1,455	,584	7,702	2,848	6	,029
Par 3	Lic. – Odont	3,571	3,409	1,288	,419	6,724	2,772	6	,032
Par 4	Aux. - Far	4,429	3,952	1,494	,773	8,084	2,965	6	,025
Par 5	Limp – Apoyo	5,714	4,536	1,714	1,520	9,909	3,333	6	,016

(Fuente Propia, 2012)

La tabla N° 2 muestra la comparación que existe entre el nivel de conocimiento sobre bioseguridad donde se evidencia que realizando la interpretación de los datos obtenidos en el hospital, indica que el estudio tiene un gran impacto por el alto índice de desconocimiento.

VIII. RESULTADOS DE FASE CUALITATIVA

1. Ante la pregunta ¿Cuánto tiempo dedica a lavarse las manos?; contestaron de la siguiente forma:
 - a) MÉDICO AA: “Yo utilizo desde 30 segundos 1 minuto para lavarme las manos, cuando es necesario”.
 - b) LICENCIADA BB: “yo siempre realizo el lavado clínico, que es de cinco minutos, siempre que hago un procedimiento y mas si debe atender a un paciente ”.
 - c) ADMINISTRATIVO CC”no tenemos la menor idea, solo se que debemos lavarnos las manos para no contagiarnos alguna enfermedad”
 - d) AUXILIAR DD “cuanto mas tiempo es mejor, creo que esta entre 1 minuto a cinco minutos antes de tocar un paciente”
2. Ante la pregunta ¿Dónde colocan sus agujas y quien realiza la limpieza cuando hay algún tipo de sustancia, secreción u otros ?; contestaron de la siguiente forma:
 - a) MÉDICO AA: “generalmente solo entregamos a la s licencias o a las auxiliares, quienes se encargan de ver quien hace la limpieza”.
 - b) LICENCIADA BB: “siempre utilizamos frascos para este tipo de elementos, siempre que hay algo en el suelo normalmente llamamos a los de servicio para su limpieza, algunos de ellos saben lo que hacen pero creo que algunos no lo hacen bien, hay lugares que están sucios ”.
 - c) ADMINISTRATIVO CC”no se donde se coloca, creo que son en frascos de bioseguridad, generalmente nosotros limpiamos lo que esta sucio, nos hace falta saber mas de bioseguridad”
 - d) AUXILIAR DD “nos han capacitado para usar frascos incluso los de coca cola, que son duros, generalmente apoyamos en la limpieza ”

3. Ante la pregunta ¿utiliza cepillos para realizar el lavado de manos quirúrgico ò clínico y que utilizan para esta limpieza?; contestaron de la siguiente forma:
- a) MÉDICO AA: “si definitivamente, ya que me permite así tener mayor seguridad de la limpieza de mis manos para operar o para cualquier procedimiento quirúrgico, al mismo tiempo siempre usamos jaboncillo ya sea en barra o en líquido”.
 - b) LICENCIADA BB: “si lo usamos siempre que hacemos procedimientos quirúrgicos, usamos no solo jaboncillo común sino con antisépticos”.
 - c) ADMINISTRATIVO CC ”no usamos cepillos, pero para la limpieza si usamos jaboncillos y agua, con mucho espuma”
 - d) AUXILIAR DD “si siempre lo hacemos, por que así nos han enseñando y así practicamos, siempre usamos jaboncillo y agua ”
4. Ante la pregunta ¿conoces la clasificación de los desechos del hospital y sabes cual es porcentaje de concentración del hipoclorito que usas diariamente?; contestaron de la siguiente forma:
- a) MÉDICO AA: “no conozco muy bien, creo que son infecciosas y comunes, no estoy seguro por que yo no manejo eso lo hacen las licenciadas”.
 - b) LICENCIADA BB: “si, son orgánicos e inorgánicos, siempre usamos 1,20 cc. o 1 en 10 ”.
 - c) ADMINISTRATIVO CC”no se, creo que es orgánico y no orgánico, la concentración no la conozco, nosotros no usamos , ya esta preparado”
 - d) AUXILIAR DD “si, son tóxicos y orgánicos, para esto se utiliza 60 ml. en 1 litro, así es ”

Deducimos por lo comentarios vertidos por el personal de salud, tanto médicos , licenciadas , auxiliares y administrativos, que el conocimiento sobre bioseguridad es reducido, que se han adaptado costumbres enseñados hace mucho tiempo, que si realizan procedimientos pero no lo hacen con conocimiento claro. Llama la atención que la mayoría de los trabajadores y no están de

acuerdo claramente en la concentración de hipoclorito, para uso en bioseguridad y que se desconozca el manejo de residuos sólidos.

5. Ante la pregunta ¿realizas otra actividad fuera del hospital y cuanto de experiencia o antigüedad tienes en el hospital ?; contestaron de la siguiente forma:

- a) MÉDICO AA: “si definitivamente, trabajo en el seguro y de manera privada , no tengo mucho tiempo, estoy ya varios años en Beni y Riberalta”.
- b) LICENCIADA BB: “si, realizo otras actividades para generar mas recursos, vendo perfumes y joyas, estoy hace poco en el hospital”.
- c) ADMINISTRATIVO CC ”no, solo estoy trabajando aquí, estoy hace muy poco”
- d) AUXILIAR DD “si, en actividades variadas, estoy hace algún tiempo, mas o menos tres años trabajando en esto

6. Ante la pregunta ¿conoces las normas de bioseguridad que rigen al hospital 69, las cumples o existe algún tipo de inconveniente?; contestaron de la siguiente forma:

- a) MÉDICO AA: “si, aunque deberíamos actualizarnos mas por que cada año se aprende mas y mas, el mayor inconveniente es que debemos tener mas contacto con otras ciudades y otros hospitales”.
- b) LICENCIADA BB: “conozco, por que formo parte del comité, pero creo que deberíamos actualizarnos aun mas, sobretodo en procedimientos de enfermería, deberíamos tener talleres sobre este y otros aspectos ”.
- c) ADMINISTRATIVO CC”no conozco mucho sobre estas normas solo las que nos enseñaron ya hace casi dos años y medio, pero se que algunos no recibieron este conocimientos”
- d) AUXILIAR DD “nuestro deseo es conocer mas sobre esto, es muy importante que nos consideren para estos talleres ”

7. Ante la pregunta ¿conoces las normas de bioseguridad que rigen al hospital 69, las cumples o existe algún tipo de inconveniente?; contestaron de la siguiente forma:

- a) MÉDICO AA: “si, aunque deberíamos actualizarnos mas por que cada año se aprende mas y mas, el mayor inconveniente es que debemos tener mas contacto con otras ciudades y otros hospitales”.
- b) LICENCIADA BB: “conozco, por que formo parte del comité, pero creo que deberíamos actualizarnos aun mas, sobretodo en procedimientos de enfermería, deberíamos tener talleres sobre este y otros aspectos ”.
- c) ADMINISTRATIVO CC”no conozco mucho sobre estas normas solo las que nos enseñaron ya hace casi dos años y medio, pero se que algunos no recibieron este conocimientos”
- d) AUXILIAR DD “nuestro deseo es conocer mas sobre esto, es muy importante que nos consideren para estos talleres ”

8. Ante la pregunta ¿Cuáles son los materiales que utiliza de rutina y que cree que se deba implementar?; contestaron de la siguiente forma:

- a) MÉDICO AA: “conocemos todos los materiales que se deben utilizar, ya que desde que se implemento los usamos, aunque cada día debemos conocer mas para si evitar enfermedades”.
- b) LICENCIADA BB: “conozco, por que formo parte del comité, pero creo que deberíamos ser capacitadas aun mas, no tenemos contacto con otros comités que se dediquen a esto ”.
- c) ADMINISTRATIVO CC”no conozco mucho sobre el uso de estos equipos, pero si quisiera conocer mas ,se que algunos no recibieron este conocimientos”
- d) AUXILIAR DD “nuestro deseo es conocer mas sobre esto, es muy importante que nos consideren para estos talleres ”

9. Ante la pregunta ¿desde hace cuanto tiempo no han sido capacitados en bioseguridad e infecciones intra hospitalarias; contestaron de la siguiente forma:
- a) MÉDICO AA: “desde hace mas o menos dos años, si no me equivoco”.
 - b) LICENCIADA BB: “desde hace algún tiempo, no recuerdo, aunque oficialmente nos capacitan para este tipo de actividades”.
 - c) ADMINISTRATIVO CC”desde hace 6 años que no nos capacitan, pero si deberían haber mas de estos cursos taller”
 - d) AUXILIAR DD “no recuerdo aun, pero ha pasado mucho tiempo ”
10. Ante la pregunta ¿Cuánto conoces sobre infecciones intra hospitalarias y para qué crees que sirva ?; contestaron de la siguiente forma:
- a) MÉDICO AA: “son infecciones que s e producen por el contagio de microbios dentro de los predios de un hospital, provoca muertes en niños y sobretodo en mujeres”.
 - b) LICENCIADA BB: “hemos sido capacitadas para manejar estas enfermedades que se dan por la falta de limpieza sobretodo en las manos, mueren mucho niños por culpa de estas enfermedades”.
 - c) ADMINISTRATIVO CC”no conozco mucho sobre esto, pero me han contado que produce muertes, que son peligrosos no solo para los pacientes sino para nosotros”
 - d) AUXILIAR DD “las licenciadas nos han enseñando, que son enfermedades que se provocan luego de que un paciente ingresa al hospital y pasa unos días, es muy peligroso ”

ANALISIS GRUPAL CONCLUSIVO

AAA. El personal este de acuerdo en capacitarse para mejorar de lo que ya se aprendido, pero se tiene que mejorar y que todo el personal debería cumplir las normas del hospital, las mismas que no se cumplen ya sea por no conocer adecuadamente o por que no cuentan con la predisposición

BBB. se tiene conocimiento de bioseguridad pero falta socializar porque existe personal que no cumple pese a las capacitaciones realizadas, se tiene que buscar estrategias de hacer cumplir las normas, quizás deberían ser capacitados nuevamente cambiando la estrategia de las charlas sino capacitación in situ.

CCC. El personal en su mayor proporción desconoce la temática de bioseguridad, pero tiene la voluntad de aprender, porque es de mucha importancia para el personal y la población, pudiendo replicar el conocimiento en mi casa hasta si se me capacitan, muchos de ellos no fueron instruidos en este campo, pero si creen que se los debería tomar en cuenta para este tipo de capacitaciones.

IX. CONCLUSIONES

Culminado con el trabajo de investigación se tiene las siguientes conclusiones:

- Los dos grupos focales, el primero conformados por (médicos - enfermeras) y (auxiliares y administrativos), evidenciándose que existe diferencias significativas con 36 médicos en relación a la 8 licenciadas existentes que trabajan en el hospital, el otro grupo administrativo con 18, y auxiliares 12
- El hospital tiene un número mayor de personal que son hombres (86.11%) y el (13.89%) son mujeres en el personal médico, mientras que licenciadas y auxiliares son el 100% son mujeres, y el área administrativo el (55.56%)es hombres y mujeres el (44.44%).
- En el hospital obrero no existe licenciados y auxiliares varones, y presenta un personal con especialidades que tiene experiencia laboral, pero desconociendo el tema de bioseguridad e interculturalidad
- El comportamiento de pacientes atendidas más frecuentes en las gestiones 2010- 2011. Evidenciándose la especialidad de neonatología siendo más dinámica la gestión 2010, debido a que solo 2011 es un trimestre. En segundo esta ginecología y por último las cirugías, demostrando que existe personal especializado debido a bajo número de estas en el hospital
- El personal del hospital se encuentra en peligro es constante al estar expuesto todo el personal de salud, ya sea este profesional o de limpieza en el manejo de los residuos con la presencia constante de este tipo de residuos en el hospital, otra situación no solo es el personal sino toda la población porque se desconoce el destino final de estos residuos que son transportados por empleados del municipio o son disgregados por animales

que se dan cita a los basurero municipales, de igual forma existe niños y persona de la tercera edad, que realiza el recojo de objetos, en los basureros, que no están excepto de contagiarse y ser focos latentes de infección para la población de Riberalta.

- Por otra parte en los grupos focales, se evidencio que pese al desconocimiento parcial de esta temática , existe la predisposición de adaptar sus creencias al conconiendo nuevo de bioseguridad, pero respetando saberes antiquísimos, se dieron cuenta al escucharse que se debe implementar alguna medida para evitar este tipo de problema, y existe la predisposición de trabajar en este proceso.

XI. RECOMENDACIONES

- Se debe realizar la capacitación y monitoreo de manera continua al personal sobre el manejo adecuado de todos los utensilios que se manejan en el hospital en el hospital
- Coadyuvar con el personal administrativo y médicos para que estos sean un efecto multiplicador de capacitación sobre Vigilancia epidemiológica con interculturalidad en el nosocomio y la sociedad en su conjunto.
- Ningún área es independiente todas son importante en proceso de concienciación sobre la temática de Vigilancia epidemiológica, para el funcionamiento del adecuado y cumplimiento de las normas básicas el hospital , que con seguridad mejorara su atención a los usuarios.
- Se debe considerar los resultados y aplicarlos en el funcionamiento del hospital como prevención y control, ya está en manos de los propios funcionarios, en cada uno en el área que desempeña, con eficacia y eficiencia en el manejo de los utensilios, lo que reducirá los riesgos de contaminación de patógenos, repercutiendo en beneficio de la población.
- Que se realice el seguimiento en el monitoreo con otras gestiones para comparar las gestión 2010 y 2011, con otras investigadas diferentes a neonatología; cirugía, Ginecología y emergencias.
- De debe coadyuvar con la autoridades locales, departamentales, nacionales e internacionales, porque se ha demostrado que el manejo de los residuos, no solo es responsabilidad del personal de salud, viéndose que está en otros también, tal en caso de reducir la extrema pobreza que es función del estado plurinacional de Bolivia.

XII. BIBLIOGRAFIA

- 1) Mercado FJ, Lizardi A, Villaseñor M. Investigación cualitativa en América Latina: Perspectivas críticas en salud. En: Mercado FJ, Gastaldo D, Calderón C. coordinadores. Paradigmas y diseños de investigación cualitativa en salud. Una antología Iberoamericana. Guadalajara: Universidad de Guadalajara; 2002.
- 2) Mercado FJ, Robles L. Ramos I, Torres T, Alcántara E, Moreno N. La trayectoria de los enfermos con diabetes en el sector popular de Guadalajara. En: Mercado FJ, Robles L. Compiladores. Investigación cualitativa en salud. Perspectivas desde el occidente de México. Guadalajara: Universidad de Guadalajara; 1998. p. 223-46.
- 3) Mercado FJ. Ramos I, Valdéz E. La perspectiva de enfermos crónicos del sector popular sobre la atención médica. *CadSaúde Pública* 2000; 16: 109-18.
- 4) Mercado FJ, Alcántara E, Lizardi A, Benitez R. Utilización de los servicios de salud en México: perspectivas de los individuos con diabetes (en prensa).
- 5) Mercado F.J, El proceso de análisis de los datos en una investigación sociocultural en salud. En: Mercado FJ, Torres TM. compiladores. Análisis cualitativo en salud. Teoría método y práctica. Guadalajara (México): Universidad de Guadalajara/ Plaza y Valdés; 2000. p. 47-72.
- 6) Menéndez EL. El punto de vista del actor: homogeneidad, diferencia e historicidad. *Relaciones* 1997; 69: 237-70.
- 7) Todorov T. La conquista de América. El problema del otro. México: Siglo Veintiuno; 1987.
- 8) Rodríguez G, Gil J, García E. Metodología de la investigación cualitativa. Málaga: Ed. Aljibe; 1996.

- 9) Mercado FJ, Entre el infierno y la gloria. La experiencia de la enfermedad crónica en un barrio urbano. Guadalajara: Universidad de Guadalajara; 1996.
- 10) Bennett JV. Infecciones hospitalarias. La Habana: Ed. Científico-Técnica; 1982:5-10.
- 11) Gálvez R. Infección hospitalaria. Granada: Ed. Universidad; 1993:10-5.
- 12) Bridson E. Puerperal fever. Iatrogenic epidemics on the 18th-19th centuries. Culture Oxoid 1995;16(2):5-7.
- 13) Bruin-Buisson C. Les infections dans les hopitaux. La Recherche 1994;266:706-7.
- 14) MINSAP. Programa Nacional de Prevención y Control de Infecciones Hospitalarias. La Habana: Folleto, 1998:1-15.
- 15) Howard B. Clinical and pathogenic microbiology. 2 ed. St. Louis: Mosby; 1994:105.
- 16) Céspedes A. Actualidad y perspectivas de la farmacología de drogas antibacterianas. Rev Cubana Med Milit 1998;27(2):85-93.
- 17) Roy PH. Integrones: nuevos elementos genéticos móviles que median la resistencia a los antibióticos en enterobacterias y pseudomonas. Enferm Infec Microb 1998;18(3):141-5.
- 18) Ponce de León S. Manual de Prevención y Control de Infecciones Hospitalarias. Man Oper PALTEX, OPS 1996; IV(13):52-68.
- 19) Appleton A. Bacterial Resistance. A worldwide problem. Clin Lab Intern 2001;25(4):22-3.
- 20) Routsis C. First emergence of glycopeptide-resistant enterococci infections in Greece. Scand J Inf Dis 2001;33:80.
- 21) OPS. La garantía de la calidad. El control de infecciones hospitalarias. HSD/SILOS-12, mayo 1991: 124-39.
- 22) Maisonneuve M. Multicentric European Study on Continuous Surveillance of Nosocomial Infections. Paris: AIRHH; 1993: 5-7.

- 23) Nodarse R. Monitoreo de la resistencia in vitro a los antimicrobianos durante 5 años. Rev Cubana Med Milit 1998;27(1):34-8
- 24) - Manual de procedimientos para la detección de las infecciones Intrahospitalarias, Laboratorio Nacional de Referencia de Bacteriología Clínica, INLASA, La Paz, Bolivia, mayo, 2003.
- 25) - Reglamento del comité de control de infecciones nosocomiales, documento borrador, Comisión Nacional de Acreditación de Hospitales, Ministerio de Salud, agosto 2004, La Paz.
- 26) - Guía de evaluación de los servicios de salud, SNIS, 2004.
- 27) - Guía para la preparación de planes de vigilancia epidemiológica.
- 28) - Protocolo para el estudio de prevalencia de infecciones hospitalarias. Comité Intrahospitalario de Control de Infecciones hospitalarias. Santa Cruz, 2001.
- 29) - Manual de procedimientos para realizar la vigilancia de las infecciones intrahospitalarias. Grupo de Epidemiología, SEDES La Paz, 2005
- 30) - Reglamento General de Hospitales, Ministerio de Salud y Deportes. La Paz, Bolivia. Enero 2005.
- 31) - Manual para la Acreditación de Hospitales. Comisión Nacional de Acreditación de Hospitales. Ministerio de Salud y Deportes. Julio 2005.
- 32) - R.M. 0420, para la conformación de los Comités de Coordinación de la Vigilancia Epidemiológica. Ministerio de Salud y Deportes. 22 Junio 2005.
- 33) - R.M. 0136 para la creación de la Red Nacional de Laboratorios. Ministerio de Salud y Deportes. 28 Marzo 2003.
- 34) - R.M. 0310 Instrumentos de evaluación del manejo de residuos sólidos hospitalarios. 27 mayo 2004.

- 35) - Residuos sólidos generados en establecimientos de salud, Normas Bolivianas NB 69001-07, Instituto Boliviano de Normalización y Calidad, La Paz, diciembre 2001.
- 36) - Manual para el Manejo de Residuos Sólidos Generados en Establecimientos de Salud. Swisscontact y el Ministerio de Salud, La Paz, 2002.
- 37) - Sistema de Evaluación de Manejo de Residuos y bioseguridad (Formularios, instructivo y hoja de recomendaciones) RM 0310 27 de mayo 2004.
- 38) - Factores de riesgo asociados a las infecciones intrahospitalarias en el complejo hospitalario. Swisscontact, Cochabamba, 2004

ANEXOS

ENCUESTA

INSTITUCION.....SERVICIO / UNIDAD.....

FECHA.....

DATOS GENERALES DEL PERSONAL:

MARQUE CON UNA X EN EL CUADRADO CORRESPONDIENTE SU RESPUESTA O ESCRIBA EN EL ESPACIO EN BLANCO SEGÚN CORRESPONDA

EDAD:.....AÑOS

SEXO: FEMENINO MASCULINO

PROFESION U OCUPACION:

PROCEDENCIA O LUGAR DE ORIGEN.....

ESTADO CIVIL:

SOLTERA

MADRE SOLTERA

CASADO(A) - CONVIVIENTE

SEPARADA -DIVORCIADA

Nº DE HIJOS:.....

REALIZA OTRA ACTIVIDAD QUE LE GENERE INGRESO ECONÓMICO

NO

SI

MENCIONELA.....

ENTREVISTA

Normas de Bioseguridad

1.- ¿CUAL DE LAS SIGUIENTES NORMAS DE BIOSEGURIDAD EXISTE EN SU INSTITUCION? MARQUE CON UNA X EN EL RECUARDO CORRESPONDIENTE

- USO DE RECURSOS MATERIALES DE BIOSEGURIDAD LABORAL
- LISTA DE CENTROS DE HOSPITALES
- LISTA DE RIESGOS DE SALUD OCUPACIONAL
- LISTA DE PREVENCION DE ACCIDENTES LABORALES
- LISTA DE PRECAUCIONES UNIVERSALES DE BIOSEGURIDAD
- CRONOGRAMA DE CAPACITACIONES DE BIOSEGURIDAD LABORAL
- CRONOGRAMA DE VACUNACION SALUD OCUPACIONAL
- CRONOGRAMA DE FECHAS PARA ELIMINAR DESHECHOS
- CRONOGRAMA DE DIAS PARA RENOVAR MATERIALES DE LIMPIEZA

2. ¿CUALES DE LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD MENCIONADAS ANTERIORMENTE NO SE CUMPLEN EN SU INSTITUCION? MENCIONELAS

.....
.....
.....
.....

3.- ¿EXISTEN ALGUNA OTRA NORMA DE BIOSEGURIDAD EN LA INSTITUCION DIFERENTE A LAS MENCIONADAS?

NO SI ¿CUAL?.....

4.- ¿CREE QUE LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD EXISTENTES EN LA INSTITUCION SON LAS ADECUADAS PARA LA SALUD DEL TRABAJADOR?

SI NO

¿POR QUÉ? ESCRIBA SU OPINION PERCEPCION O COMENTARIO AL RESPECTO.....

.....
.....

BIOSEGURIDAD E INFECCIONES NOSOCOMIALES (IAAS)

5.- EN EL HOSPITAL SE UTILIZAN LOS SIGUIENTES MATERIALES NECESARIOS PARA LA BIOSEGURIDAD OCUPACIONAL, MARQUE CON UNA X EN LOS RECUADROS EN BLANCO SI CUALES EXISTEN EN LA INSTITUCION

GORROS	<input type="checkbox"/>
ANTEOJOS	<input type="checkbox"/>
MASCARILLAS	<input type="checkbox"/>
GUANTES	<input type="checkbox"/>
MANDILONES	<input type="checkbox"/>
BOTAS	<input type="checkbox"/>
BOLSAS NEGRAS	<input type="checkbox"/>
BOLSAS ROJAS	<input type="checkbox"/>
BASURERO ROJOS	<input type="checkbox"/>
TACHOS PARA BASURA	<input type="checkbox"/>
BALDE ROJO	<input type="checkbox"/>
TRAPEADORES	<input type="checkbox"/>

- ESCOBAS
- ESPONJA
- ESCALERA TIPO ALICATE
- ESCOBILLA PARA BAÑO
- DESATORADOR
- CONTENEDOR GRANDE CON TAPA
- SUSTANCIAS DESINFECTANTES LIMPIEZA
- GALONERAS PARA DESHECHOS PUNZO CORTANTES
- BOTIQUIN DE PRIMEROS AUXILIOS

6.- ¿CONSIDERA QUE LOS RECURSOS MATERIALES EXISTENTES PARA LA BIOSEGURIDAD OCUPACIONAL SON LOS NECESARIOS?

SI NO

7.- ¿QUÈ CREE QUE DEBE IMPLEMENTARSE?

.....

.....

.....

8.- ¿CUANDO FUE LA ULTIMA VEZ QUE RECIBIO UNA CAPACITACION ACERCA DE LA BIOSEGURIDAD E INFECCIONES NOSOCOMIALES (IAAS) EN EL AREA DONDE LABORA?

- HACE 1 MES HACE 6 MESES
- MAS DE 2 AÑOS NUNCA ME CAPACITARON
- FRECUENTEMENTE ME CAPACITO POR MI CUENTA

9.- ¿CONSIDERA QUE DEBE CAPACITARSE SOBRE LA BIOSEGURIDAD OCUPACIONAL?

SI NO

¿PORQUE?.....

10. ¿CONSIDERA QUE LOS TRABAJADORES DE SU CENTRO LABORAL CUENTAN CON LOS CONOCIMIENTOS NECESARIOS DE BIOSEGURIDAD E INFECCIONES NOSOCOMIALES (IAAS)?

SI NO MÁS O MENOS

11.- ¿CONSIDERA QUE LOS TRABAJADORES DE SU CENTRO LABORAL APLICAN LAS NORMAS BIOSEGURIDAD E INFECCIONES NOSOCOMIALES (IAAS) EN SU QUEHACER DIARIO?

SIEMPRE CASI SIEMPRE

A VECES NUNCA

EFFECTIVIDAD

12.¿SABE UD. QUÉ ES EFFECTIVIDAD EN LA BIOSEGURIDAD OCUPACIONAL? MENCIONE LO QUE CONOCE

.....
.....

13.- ¿CREE UD QUÉ LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD EXISTENTES SON EFFECTIVAS?

SI NO

PORQUÈ?.....

CONCEPCIONES

16.-¿SABE UD. QUÉ ES BIOSEGURIDAD E INFECCIONES NOSOCOMIALES (IAAS)? MENCIONE LO QUE CONOCE

.....
.....

17.- ¿CONSIDERA QUE LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD E INFECCIONES NOSOCOMIALES (IAAS) EXISTENTES SON ADECUADAS?

SI NO

PORQUÈ?.....

18.- ¿SABE UD. QUE ES “CULTURA DE LA SEGURIDAD OCUPACIONAL”?
EXPLIQUE BREVEMENTE

.....
.....

19.- ¿QUE CULTURA (OPINIONES QUE HAYA ESCUCHADO) EXISTE EN LOS COLEGIOS ACERCA DE LA BIOSEGURIDAD E INFECCIONES NOSOCOMIALES? MENCIONELAS.....

.....
.....

PROACTIVIDAD

20.-¿SABE UD SI SUS COLEGAS TIENE ACTITUDES PROACTIVAS EN EL DESEMPEÑO DIARIO REALACIONADAS CON LA BIOSEGURIDAD E INFECCIONES NOSOCOMIALES ? MENCIONE LO QUE CONOCE

.....
.....
.....

21.- ¿CREE UD QUE EL PERSONAL DE ENFERMERIA, MEDICOS Y/O AUXILIAES O ADMINISTRATIVOS QUE TRABAJA EN SU INSTITUCION SON PROACTIVOS?

SI NO

¿PORQUÉ?.....

EFICACIA

22. ¿CREE UD. QUÉ ES LA LABOR DE LOS TRABAJADORES EN SALUD EN EL MANEJO DE BIOSEGURIDAD ES EFICAZ? MENCIONE LO QUE CONOCE?

.....

23.- ¿CONSIDERA QUE LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD ACTUALES SON EFICACES, OPORTUNAS Y ACTUALIZADAS?

SI

NO

¿PORQUÉ?.....

GRUPO FOCALES (MEDICOS – LICENCIADAS)

1. ¿CUANTO TIEMPO DEDICA UD A LAVARSE LAS MANOS?

2. ¿COMO ELIMINA UD LAS AGUJAS LUEGO DE SU USO?

3. ¿COMO REALIZA LA LIMPIEZA CUANDO ALGUIEN POR ACCIDENTE DERRAMA SANGRE, ORINA O PUS EN EL SUELO?

4. ¿QUE SUSTANCIAS UTILIZAN PARA LAVARSE LAS MANOS?

5. ¿SE USAN CEPILLO PARA LAVADO CLINICO O QUIRURGICO DE MANOS?

.....

6. COMO CLASIFICAN LOS DESECHOS

.....

7. ¿CUANTO DE DILUCION DE HIPOCLORITO UTILIZA PARA DESINFECTAR O PARA LIMPIEZA ALGO COMUN?

.....

GRUPO FOCALES (AUXILIARES – ADMINISTRATIVOS)

8. ¿CUANTO TIEMPO DEDICA UD A LAVARSE LAS MANOS?

9. ¿COMO ELIMINA UD LAS AGUJAS LUEGO DE SU USO?

10. ¿COMO REALIZA LA LIMPIEZA CUANDO ALGUIEN POR ACCIDENTE DERRAMA SANGRE, ORINA O PUS EN EL SUELO?

11. ¿QUE SUSTANCIAS UTILIZAN PARA LAVARSE LAS MANOS?

12. ¿SE USAN CEPILLO PARA LAVADO CLINICO O QUIRUGICO DE MANOS?

.....

13. COMO CLASIFICAN LOS DESECHOS

.....

14. ¿CUANTO DE DILUCION DE HIPOCLORITO UTILIZA PARA DESINFECTAR O PARA LIMPIEZA ALGO COMUN?

.....

Para Grupo focal N° 1

MEDICOS Y LIC., ENFERMERIA

N°. PARTICIPANTES.....

¿Qué opina de la bioseguridad en el hospital? ¿Está bien o se debe mejorar?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Grupo Focal N°2

AUXILIARES Y ADMINISTRATIVOS

N° PARTICIPANTES

¿Qué opina de la bioseguridad en el hospital? ¿Está bien o se debe mejorar?

.....
.....
.....
.....

.....
.....
.....
.....

.....
.....
.....
.....

.....
.....
.....
.....

.....
.....
.....
.....

**PROPUESTA
DE
INTERVENCIÓN**

**“PROGRAMA INSTITUCIONAL “LIMPIEZA,
MENTE Y SALUD”, EN EL HOSPITAL
RURRENABAQUE, GESTION 2013”
“Hai'ymakuaaty”**

PROPUESTA DE INTERVENCION

Hai'ymakuaaty

“PROGRAMA INSTITUCIONAL “LIMPIEZA, MENTE Y SALUD”, EN EL HOSPITAL RURENABAQUE, GESTION 2012-2013”

I. INTRODUCCION

La falta de conocimiento en la atención del paciente donde no se tiene una visión de interculturalidad en salud como es el caso del hospital Rurrenabaque y la poca motivación por parte de la institución al personal en el tema de interculturalidad en salud, hace aun más la imperiosa necesidad de relacionar al personal- paciente y población de Rurrenabaque. Otro problema es la falta de coordinación y apoyo departe de la institución como es el ministerio de salud y deporte es una de los problemas detectados, y de carecer de estrategias y políticas publicas concretas de interculturalidad en salud.

La metodología que se aplicara será organizativa participativa para poder paliar la falta y ausencia de conocimiento de interculturalidad en el hospital en salud en el manejo de un procedimiento tan sencillo pero que ha logrado salvar mas vidas que ninguno, pero sobretodo el disminuir los costos por internación excesiva y aun mas cuando es una practica milenaria que fue utilizada por nuestros ancestros y fue redescubierta en el siglo 15, y sus postrimerías como el evento preventivo de mayor impacto en la salud.

Una vez verificada la propuesta será puesta a consideración y aprobación por las instancias correspondiente. Que será útil para la institucional en el ámbito institucional y la red de salud de Rurrenabaque. Los medios de verificación será a través de Documentos, entrevistas, encuestas y la evaluación será por el consejo de salud del hospital, la cual se autofinanciara a través del hospital. Con la siguiente propuesta se pretende obtener resultados como:

- Mejorar el nivel de conocimiento de interculturalidad en el personal del hospital” sobre la temática de Bioseguridad, con énfasis en el lavado de manos ..
- Socializar la diversidad interculturalidad en el personal del hospital pero con mayor interés en los prestadores de salud , médicos, enfermeras y auxiliares, para ejecutar un principio tan simple como el lavado de manos, la limpieza física y mental.
- Incentivar la relación de las áreas y conocimientos sobre interculturalidad en proceso de limpieza de manos, corporal y ambiental, parte de la Vigilancia Epidemiologica Hospitalaria.
- Mejorar el comportamiento y funcionamiento del hospital de Rurrenabaque en las condiciones actuales sobre la interculturalidad y los procesos de limpieza en salud.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Basados en el trabajo de investigación del que emergieron algunos resultados , que fundamentan la implementación de este programa, a continuación detallo algunos resultados :

- El hospital tiene un número mayor de personal que son hombres (86.11%) y el (13.89%) son mujeres en el personal médico, mientras que licenciadas y auxiliares son el 100% son mujeres, y el área administrativo el (55.56%) es hombres y mujeres el (44.44%).
- En el hospital obrero no existe licenciados y auxiliares varones, y presenta un personal con especialidades que tiene experiencia laboral, pero desconociendo el tema de bioseguridad e interculturalidad
- El comportamiento de pacientes atendidas más frecuentes en las gestiones 2010-2011, determino la aparición de enfermedades propias de la falta de la

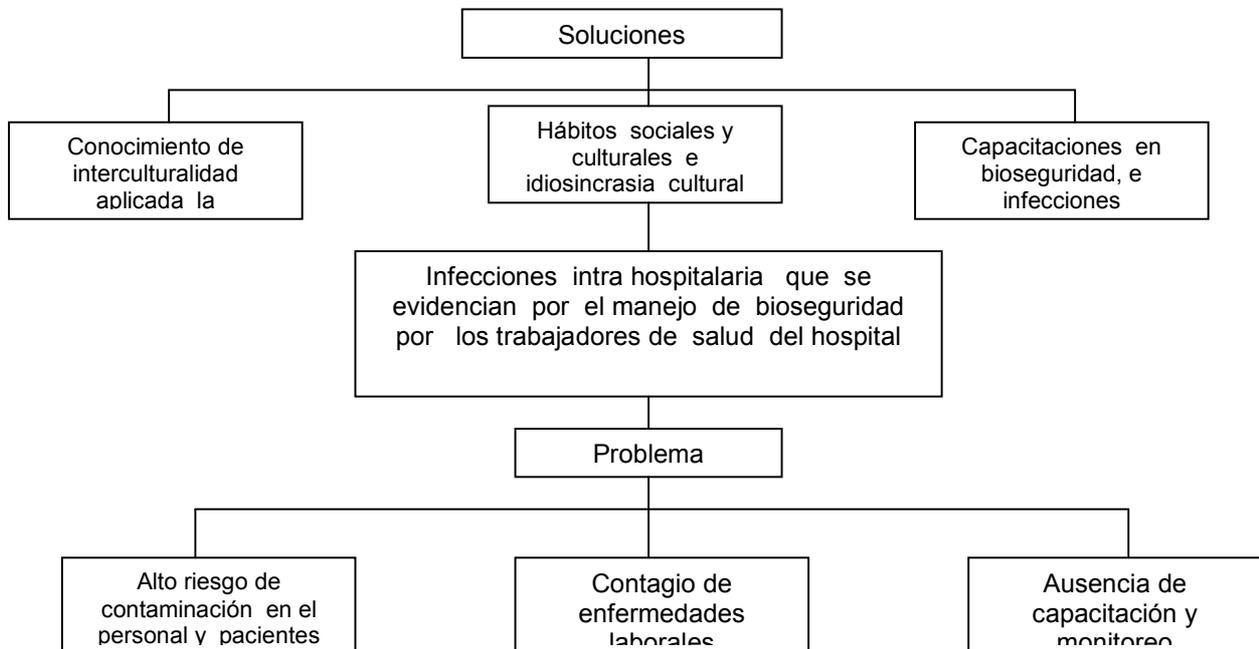
costumbre de lavado de manos entre otras actividades propias de la Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria. Evidenciándose la especialidad de ginecología y obstetricia, pediatría y medicina interna.

- El personal del hospital se encuentra en peligro constante al estar expuesto todo el personal de salud, ya sea este profesional o de limpieza en el manejo de los residuos con la presencia constante de este tipo de residuos en el hospital , otra situación no solo es el personal sino toda la población porque se desconoce el destino final de estos residuos que son transportados por empleados del municipio o son disgregados por animales que se dan cita a los basurero municipales, de igual forma existe niños y persona de la tercera edad, que realiza el recojo de objetos, en los basureros, que no están excepto de contagiarse y ser focos latentes de infección para la población de Rurrenabaque.
- Por otra parte en los grupos focales, se evidencio que pese al desconocimiento parcial de esta temática , existe la predisposición de adaptar sus creencias al conconiendo nuevo de bioseguridad, pero respetando haberes antiquísimos, se dieron cuenta al escucharse que se debe implementar alguna medida para evitar este tipo de problema, y existe la predisposición de trabajar en este proceso.

Estos resultados nos permiten delimitar nuestra propuesta , orientándola a los grupos de riesgo directos (trabajadores de salud) y grupos de riesgo indirecto, nuestros pacientes.

ARBOL DE PROBLEMAS MODIFICADO⁶

HOSPITAL DE RURRENABAQUE



FUENTE.- Propia SA 2012

De esto se puede desglosar que existen además los siguientes problemas:

- Existe bajo nivel de conocimiento en interculturalidad en el personal del hospital sobre la temática de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria Bioseguridad, aun más sobre las metodías de lavado de manos.
- Existe diversificación en el conocimiento de interculturalidad en el personal del hospital como por ejemplo los médicos con 19%, debido que estos fueron participe seminario taller de interculturalidad; a inicio del funcionamiento del nosocomio, dedicado todo el personal.
- El comportamiento y funcionamiento del hospital, en las condiciones actuales tiene serias falencias en el contexto de interculturalidad en salud.
- Las áreas están interrelacionadas ninguna es independiente, es menester realizar reajustes de manera inmediata para el funcionamiento óptimo del hospital

⁶ Método Zoff, 2002

reduciendo los riesgos de contaminación, por diferentes patógenos presente en los diferentes utensilios que se manejan el hospital incluyendo la interculturalidad en salud.

III. SOPORTE TEORICO:

Ibidem al marco teórico conceptual y referencial de la tesis.

IV. JUSTIFICACION:

La propuesta se justifica porque está orientada a mejorar la atención del paciente siendo este un problema donde el personal, autoridades, población tiene muy poco conocimiento de la interculturalidad que tiene ser considerada en el hospital Rurrenabaque en esta ciudad, esto se lo considerara con una visión diferente donde se incrementara el conocimiento de interculturalidad, a todo el personal del mismo.

Siendo fundamental que exista una coordinación entre las autoridades del hospital para que exista una efectiva y eficaz conocimiento sobre la interculturalidad en el nosocomio, al mismo tiempo servirá en la toma de decisiones de la institución en bien de los pacientes.

Si bien la propuesta plantea conocer la ffalencia de interculturalidad en salud en el manejo de una parte de la bioseguridad, es decir solo en el lavado de manos en el hospital, el cumplimiento de estas exigencias podría evitar las siguientes consecuencias “Las cuales tiene consecuencias como:

- Aumento en la eficacia en la atención del paciente con una visión de interculturalidad en salud en el hospital.
- Ausencia del conocimiento del personal en el teme de interculturalidad en salud, en el trabajo cotidiano y su relación con el paciente y generalmente con la población en general.
- Ausencia de conocimiento y poco apoyo, al personal del hospital donde no existe dialogo, reflexión, discusión sobre temas de interculturalidad en salud.

El personal del hospital plantea: La ausencia de conocimiento de interculturalidad en salud en el manejo de bioseguridad (lavado de manos) en el hospital “Rurrenabaque” en el municipio de Rurrenabaque , departamento; Beni. Siendo esta actividad parte del ministerio de salud y deporte debe existir corresponsabilidad en esta temática. Con lo se plantea la

inclusión del tema de interculturalidad en el hospital Rurrenabaque en los servicios de salud; en actividad objeto en la atención del paciente cumpliendo los objetivos planteados en la propuesta.

V. OBJETIVOS DEL PROYECTO

• OBJETIVO GENERAL.

Implementar el Programa Hai'ymakuaaty ó “PROGRAMA INSTITUCIONAL “LIMPIEZA, MENTE Y SALUD”, EN EL HOSPITAL RURENABAQUE, GESTION 2012-2013”, con la finalidad de disminuir los niveles de infecciones intrahospitalarias

V.1.- OBJETIVO ESPECÍFICO

1.- implementar talleres de información, educación y comunicación sobre Vigilancia Epidemiológica (Bioseguridad e infecciones intrahospitalarias) para disminuir los índices de infectados.

V.2.- OBJETIVO ESPECÍFICO

2.- Gestionar para capacitaciones in situ a los trabajadores de salud del hospital ,

V.3.- OBJETIVO ESPECÍFICO

3.- Formar capacitadores de capacitadores para realizar Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria (la prevención de bioseguridad e infecciones intra hospitalarias) con énfasis en la cultura del lavado de manos.

VI. METODICA (ML)

La metodología será organizativa participativa que a falta y ausencia de conocimiento de interculturalidad en el hospital Rurrenabaque en salud en el manejo de bioseguridad en este nosocomio; Beni; para ello se lograra haciendo conocer los conocimientos sobre la importancia de interculturalidad en las diferentes áreas del hospital .En el cual se aplica la

recopilación de la recopilar información relevante, sobre manejo de bioseguridad con una visión de interculturalidad, revisando la información obtenida y recopilada por el equipo consensuado y puesto en consideración por el hospital.

Con la elaboración de esta propuesta se podrá introducir e incursionar de interculturalidad en salud en este hospital. Verificando esta propuesta se pretende para su puesta en consideración y aprobación de la propuesta que será útil para la institucional en el ámbito institucional y la red de salud de Rurrenabaque

Los medios de verificación será a través de Documentos, entrevistas, encuestas en el periodo de un mes, luego esta información en un 100% de la información será leída y analizada en el periodo de un 30 días. Con lo que la propuesta se suponer estar elaborada en 25 días hábiles, esta será sujeta a una evaluación por el consejo de salud del hospital para su aprobación del financiamiento, para su valoración será a través de Inventario, documentación registrada, Historias clínicas, Fichas resumen, diagnósticos.

VII. ANALISIS DE FACTIBILIDAD:

La propuesta es factible realizar por la ausencia de conocimiento de interculturalidad en salud en el manejo de bioseguridad en el hospital. Siendo esta actividad debe ser considerado por parte del ministerio de salud y deporte, técnicos, licenciadas, enfermeras y de limpieza, donde debe existir corresponsabilidad en la temática de interculturalidad en salud en el hospital en la ciudad de Rurrenabaque en la atención en servicios de salud al paciente, cumpliendo los objetivos planteados.

VIII. ANALISIS DE VIABILIDAD:

La intervención es oportuna debido a la ausencia de conocimiento de interculturalidad en salud, existiendo una relación directa con organización territorial de base a través del comité de vigilancia de Rurrenabaque, como ente de fiscalización y control social, en el manejo de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria con interculturalidad en salud en el hospital de Rurrenabaque . Esta propuesta en la actualidad es viable su ejecución por las condiciones actuales por que el hospital cuenta con recurso humano como ser técnicos en

diferentes especialidades y estando prestos a cooperar en la realización de la propuesta por el bien de la institución y coadyuvar con el ministerio de salud y deporte para mejorar la atención al paciente con calidad e interculturalidad.

Para su mejor comprensión y dialogo para su empoderamiento del personal y de la población.

IX. ACTIVIDADES

Fase	Actividades	2011					
		Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
I	Se logrado recopilar información sobre interculturalidad y elementos de bioseguridad	XXX	XX				
I	Se ha revisado y analizado la información recopilada, por el equipo del hospital obrero		XX	XX			
I	Se tiene la propuesta elaborada para lograr conocer la interculturalidad en salud en el hospital				XX		
I	Ha presentado y aprobado la propuesta en el ámbito de la institución.				XX		
I	Se ha implementado la propuesta en el hospital				XXX	XXXXXXXX	XXXXXXXX
I	Se ha realizado el seguimiento y evaluación correspondiente a la propuesta.				XXX	XXXXXXXX	XXXXXXXX

X. TAREAS

Fase	Actividades	2011					
		Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
II	Se ha conforma espacio de talleres en interculturalidad con participación del personal del hospital obrero "69"	XX					
II	Se ha consensuado un cronograma y asignado responsabilidades, facilitadores del tema de interculturalidad.		X				
II	Se ha gestionado un financiamiento para el desarrollo de talleres propuestos en la ciudad de Rurrenabaque		X	X			
II	Se ha implementado los talleres planificados.			XX	XX		
II	Se ha realizado el seguimiento y evaluación correspondientes a los talleres.				XX		
II	Se ha realizado el seguimiento y evaluación correspondiente a la propuesta.					XXX	XXX

XI. METAS

Meta para actividad 1

90% de los trabajadores y profesionales de salud con conocimiento de la importancia y beneficios de la prevención de bioseguridad

Meta para actividad 2

90 % de los trabajadores y profesionales de salud con compromisos firmados para apoyar al proyecto

90 % de enfermeras capacitadas en temas de bioseguridad..

Meta para actividad 3

90 % de los trabajadores y profesionales de salud claves capacitados con la consigna de ser capacitadores

METODOS Y TECNICAS

✓ Reflexivo, participativo.

Las actividades de capacitación se realizarán en coordinación con el equipo de salud, lo que implica el comité local de salud, agentes comunitarios y las organizaciones de cada comunidad junto al equipo de trabajadores y técnicos del proyecto de capacitación.

XII. METODOS Y TECNICAS

Para esto se utilizó el marco lógico modificado, para esto se desarrolló cada una de las pautas propias de este estudio

XIII. RECURSOS (ver anexos N° 5)

XIV. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividades del Objetivo 2	Tareas	Fecha	Costo \$US
A	Invitación a reunión a autoridades en salud DILOS	2/E	15
	Reunión de coordinación de espacios para talleres de interculturalidad con le DILOS	F	100
B	Taller de temas propuestos en consenso para el personal en base interculturalidad	1/M	80
C	Asignación y coordinación de fechas y responsabilidades en cada taller.	2/M	10
D	Gestionar recursos económicos y materiales antes organizaciones estatales y ONG.	1-4/M	50
E	Elaboración didáctica de temas socializar	3-4/A	50
	Material de escritorio de apoyo	3/M	900
	material de apoyo logístico, socialización de la propuesta a 8 grup	JJASON	800
F	Seguimiento de tareas	JJASON	100
	Evaluación trimestral de tareas	AJSD	400
Total			3.355

Actividades del Objetivo 2	Tareas	Fecha	Costo \$US
A	Invitación a reunión a autoridades en salud DILOS	2/E	15
	Reunión de coordinación de espacios para talleres de interculturalidad con le DILOS	F	100
B	Taller de temas propuestos en consenso para el personal en base interculturalidad	1/M	80
C	Asignación y coordinación de fechas y responsabilidades en cada taller.	2/M	10
D	Gestionar recursos económicos y materiales antes organizaciones estatales y ONG.	1-4/M	50
E	Elaboración didáctica de temas socializar	3-4/A	50
	Material de escritorio de apoyo	3/M	900
	material de apoyo logístico, socialización de la propuesta a 8 grupos	JJASON	800
F	Seguimiento de tareas	JJASON	100
	Evaluación trimestral de tareas	AJSD	400
Total			3.355

XV. FINANCIADORES

ACTIVIDADES EN MACRO	MONTO
SEDES Beni (unidad de infecciosas), Gobierno Municipal:	5.000 Bs.
• Talleres de socialización (4)	
• Curso in situ de capacitación (4)	
• Antisépticos	
Total Proyecto:	5.000 Bs.

XVI. SEGUIMIENTO EVALUACION

El proceso de evaluación, monitoreo se lo realizara durante la preparación del proyecto en la ejecución y al final del proyecto con el objetivo de reorientar permanente y oportunamente las actividades desarrolladas para lograr los objetivos y metas propuestas con eficiencia, eficacia, equidad y participación social, Para este propósito se realizara la visita a las localidades de manera temporaria para medir :

- Capacidades técnicas in situ
- Capacidades adquiridas
- Nivel de capacitaciones al colectivo.
- Nivel de uso de técnicas tales como asambleas ,talleres, socialización masiva, visitas a salas específicas, reuniones formales e informales, involucramiento de comité local de salud para ver como se viene dando el proceso de capacitación comunitaria

XVII. DIFICULTADES

Las dificultades que podrían interrumpir o retrasar las actividades del proyecto están determinados por los factores socio culturales y académicos de los componentes de este hospital, ya que no todos están en la predisposición e interés de la gente en este tipo de actividades formativas.

XVIII. PLAN DE SOSTENIBILIDAD

La sostenibilidad del proyecto será posible porque en este último año han existido muchas muertes en Bolivia por este tipo de problema, mas aun si tomamos en cuenta que la morbilidad incrementa en fechas pico, desde mayo hasta julio, luego se evidencia el mismo fenómeno en periodos no solo secos sino húmedos de final de año, esto incide en la mayor afluencia de pacientes y con ellos la susceptibilidad de el incremento de infecciones intra hospitalarias derivadas del uso inadecuado de conocimientos en Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria..

XIX. PRESUPUESTO:

La cantidad presupuestada para todo el proyecto es aproximadamente de 5000 BS, aunque este monto se incrementa si no existiera financiamiento, esto incluye incluso lo gastos sensibles, pasajes, material, etc. (ver anexos).

XX. BIBLIOGRAFIA

1. Laboratory Safety- Principles and Practices. Diane Fleming, John Rich arson, Jerry Tulis and Donald Vesley. Second edition, 1995. American Society for. Clinical Microbiology Press, Washington D.C, U.S.A
2. Manual de bioseguridad en el laboratorio.Organización Mundial de la Salud, 1983.Ginebra, Suiza
3. Diseño de programas de bioseguridad en hospitales e instituciones de salud.Dr. Celio Menéndez-Botet. Memorial Sloan-Ketrring Cáncer Center.New York, USA
4. 1996-2007 Organización Internacional del Trabajo (OIT)
5. Pike, R. M.: Laboratory - associated infections; summary and analysis of 3 921 cases. Health Lab Sci 13 (2):, 1976.
6. Skinhoj, P.: Occupational risks in Danish clinical laboratories. II Infections. Scand J Clint Lab Invest 33: 27-29, 1974.

7. Proposed Biosafety Guidelines for Microbiological and Biomedical Laboratories U. S. Dept. Health and Human Services PHS/CDC Off of Biosafety, Atlanta, G. A. 1980.
8. Web site: www.seso.org.ec. Sociedad Ecuatoriana de Seguridad. Salud Ocupacional y Gestión Ambiental - S. E. S. O. Guayaquil – Ecuador
9. ARGOS: residencia de la generalitat valenciana. Área documentación análisis datos. <http://www.ala.org/alonline/index.html> [Fecha: 09.05.2007)
10. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (Madrid). Publicaciones. En: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo [Fecha de consulta: 09.05.2007] Materias: España; seguridad en el trabajo; norma técnica legislación guía; ubicación; editorial. Ámbito: Sanidad; empleo y mercado laboral. Tipo documental: Servicios de documentación y bibliotecas.

URL:<http://www.mtas.es/insht/information/index.htm>.
11. Gran Bretaña. Government. Benefits and Services. En: UK government information and services: ukonline.gov.uk. Londres : Gobierno [Fecha de consulta: 09.05.2007] .Materias: Inglaterra; reino Unido;Gobierno;seguridad social; política sanitaria;enfermedad;parado;lucha contra el paro;paro;seguro de desempleo;racismo;voluntariado social. Ámbito: Gobiernos; política y protección social; Sanidad; Empleo y mercado laboral. Tipo documental: Buscadores y guías de recursos. URL: <http://www.dwp.gov.uk/lifeevent/benefits/index.asp>.
12. hlbom, A.; Norell, S. **Fundamentos de epidemiología. 6a ed (rev. y ampl.)**. Madrid: Siglo XXI, 2007.
13. Colimon, K.M.**Fundamentos de epidemiología**_Madrid: Ediciones Díaz de Santos S.A., 1990.
14. Fletcher, R.H.; Fletcher, S.W.; Wagner, E.H.**Epidemiología clínica aspectos fundamentales**.Barcelona: Masson-Williams & Wilkins España cop., 1998.

15. Jenicek, M. Estandarización de tasas. **En: Epidemiología. Principios, técnicas y aplicaciones**. Barcelona: Salvat Editores S.A., 1987.
16. Piédrola, G.; Del Rey, J.; Domínguez, M. [et al.] **Medicina Preventiva y Salud Pública. 11ª edición**. Barcelona: Masson-Salvat, 2008.
17. Rothman, K.J. **Modern epidemiology** Madrid : Díaz de Santos, cop. 2008
18. Sackett, D.L. [et al.] **Epidemiología clínica. Una ciencia básica para la medicina clínica. 2a ed.** Buenos Aires: Médica Panamericana, 1994.
19. Argimón Pallás, J. M. **Métodos de investigación clínica y epidemiológica** Madrid: Elsevier, 2004.

XXI. LINKS DE APOYO

- <http://www.conam.gob.pe/modulos/home/bioseguridad.asp>
- <http://www.elergonomista.com/>
- http://www.suezenergy.com.pe/Carta_Salud_Seguridad_Laboral_SUEZ.pdf
- <http://www.minsa.gob.pe/portal/>
- <http://www.terra.com/salud/articulo/html/sal1510.htm?PPC=sumarios>
- <http://www.monografias.com/trabajos5/salocu/salocu.shtml>
- <http://www.monografias.com/trabajos14/riesgos-labor/riesgos-labor.shtml>

II. Anexos

OBJETIVO GLOBAL (FINALIDAD)

El resultado de la propuesta contribuirá a establecer una relación entre la visión intercultural en salud y los servicios prestados por el hospital en la ciudad de Rurrenabaque el cual se lograra a través de talleres y capacitación en el periodo 2012-2013

Problema Especifico –causa	Producto final Especifico	Productos intermedios	Indicador de logro objetivamente verificable	Medio de verificación del indicador	Fecha de verificación	Responsable	Supuestos
Ausencia de interculturalidad en salud en el manejo de bioseguridad en el hospital Departamento; Beni.	Se ha logrado introducir la interculturalidad en el personal del hospital	Se logrado recopilar información relevante, sobre manejo de bioseguridad desde visión de interculturalidad	Documentos, entrevistas, encuestas en el periodo de un mes.	Inventario de documentación registrada	01 de Febrero	DRA. S. A.	Se Obtendrá Información preliminar
		Se ha revisado la información recopilada por el equipo de representante del hospital	El 100% de la información ha sido leída y analizada en el periodo establecido en 30 días.	Historias clínicas Fichas resumen Diagnósticos	01 de Marzo	DRA. S. A.	Asistencia irregular de los miembros
		Se ha elaborado una propuesta para lograr la incursión de interculturalidad en salud en el hospital	Propuesta elaborada en 25 días	Documento elaborado e impreso y medios didácticos establecidos	01 de abril	DRA. S. A.	Falta de apoyo logístico
		Se ha presentado y aprobado la propuesta en el ámbito institucional y la red de salud de Rurrenabaque.	Reunión del consejo de salud del hospital aprueba el financiamiento	Resolución institucional del consejo autorizando el financiamiento	15 de abril	DRA. S. A.	Paro y huelga institucional
