

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERÍA, NUTRICIÓN Y TECNOLOGÍA MÉDICA
MAESTRÍA EN COMUNICACIÓN, INFORMACIÓN Y PROMOCIÓN EN SALUD PÚBLICA



“Estructuración de una estrategia piloto de comunicación para el Programa de Rabia de la ciudad de El Alto, bajo el modelo Precede-Procede “(Estudio de caso de la Red Corea, zona Villa Eduardo Avaroa)

AUTOR: LIC. ANA NINOSKA ARCE MOREIRA

TUTOR: MGS. CARLOS ALBERTO CAMACHO AZURDUY

**Tesis de grado para optar al título de Magíster Scientarum en Comunicación,
Información y Promoción en Salud Pública**

La Paz – Bolivia

2007

Agradecimientos:

A mis padres, que me apoyaron en este esfuerzo

Al personal de salud del vacunatorio contra la rabia del Centro de Referencia Ambulatoria (CRA) de la ciudad de El Alto

Al personal de salud de la Gerencia de la Red de Salud Corea y

a la Junta de vecinos de Villa Eduardo Avaroa de la ciudad de El Alto

“¿Estamos preparados mental y profesionalmente para escuchar lo que les interesa, aprender de ellos lo que consideran importante y compartir la información apropiada, animarlos y apoyarlos? Estamos listos para ayudarlos a escoger entre las soluciones posibles, establecer sus propios objetivos y evaluar sus esfuerzos (...) con visionaria humildad abogo ante ellos (...) el personal de salud debería aprender en primer lugar a actuar como mediador de las actividades de los individuos, familias y comunidades”

Hafstan Osman, ex director de la OMS, 1984

ÍNDICE GENERAL

	Pág.
Presentación	8
Resumen	9
Abstract	11
Introducción	13
Antecedentes	15
Capítulo I	
MARCO TEÓRICO	
1.1 El mal de rabia	
1.1.1. Historia de la enfermedad	16
1.1.1. 2 Historia de la vacunación	17
1.1.2. Conceptualización del mal de rabia	18
1.1.2.1 Descripción del virus de la rabia	19
1.1.2.2 Formas de transmisión	19
1.1.2.2.1 El mal de rabia en el hombre	21
1.1.2.2.2 El mal de rabia en el perro	23
1.1.3. Tratamiento	
1.1.3.1 Estrategias de inmunización	24
1.1.4. Epidemiología	
1.1.4.1 El mal de rabia como zoonosis	27
1.1.4.2 Epidemiología del mal de rabia	28
1.2 La Salud Pública y el mal de rabia	
1.2.1 Definiciones sobre Salud Pública	29
1.2.2 Definiciones sobre Salud Pública Veterinaria	30
1.2.3 Medidas de control de la rabia en Salud Pública	31
1.3 La promoción de la salud	34

1.4 La comunicación para la salud	35
1.4.1 Enfoque de la comunicación para la salud	37
La difusión de innovaciones	37
1.4.2 Modelo de planificación Preceder-Proceder	39
1.5 Estrategias de comunicación para la salud	41
Capítulo II	
MARCO REFERENCIAL	
2.1 El mal de rabia en el mundo	45
2.2 Políticas Mundiales sobre el Manejo del Mal de Rabia	46
2.3 El manejo del mal de rabia por el Ministerio de Salud de Bolivia	50
2.4. El Programa Nacional de Rabia en Bolivia	53
2.5 Situación epidemiológica	
2.5.1 El mal de rabia en Bolivia	55
2.5.1.1 El mal de rabia en la ciudad de El Alto	57
2.6 El mal de rabia en La Red de Salud Corea	59
Capítulo III	
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
3.1. Situación problemática	62
3.2. Planteamiento del problema	64
3.3. Justificación del estudio	64
3.4. Objetivos	66
3.5. Alcance del trabajo	67
Capítulo IV	
MARCO METODOLÓGICO DEL DIAGNOSTICO	
4.1. Tipo de estudio	68
4.2. Modelo de planificación de la estrategia	70
4.3. Selección de la muestra	72
4.3.1 Naturaleza de la muestra	73
4.4. Técnicas e instrumentos	75

Capítulo V**RESULTADOS DEL DIAGNOSTICO**

5.1 Diagnóstico social y epidemiológico de la zona Villa Eduardo Avaroa	80
5.2 Diagnóstico conductual	96
5.3 Diagnóstico educativo y organizativo	156
5.4. Diagnóstico de políticas y administrativo	165
5.5 CONCLUSIONES	169
5.6 DISCUSION	177

CAPÍTULO VI

RECOMENDACIONES	181
------------------------	-----

**PROPUESTA DE ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN EN BASE EL MODELO
PRECEDER - PROCEDER**

6.1 Introducción a la estrategia	182
6.2 Segmentación jerarquizada del público meta	183
6.3 Definición de las categorías de la población meta	184
6.4 Objetivos de la estrategia de comunicación	185
6.5 Objetivos específicos por beneficiarios directos	186
6.6 Enfoques transversales utilizados	187
6.7 Estrategias de intervención	188
6.8 Áreas geográficas de intervención	190
6.9 Duración y fases	190
6.10 Precisiones sobre la validación de procesos, medios y mensajes	193
6.11 Presupuesto	196
Tablas de estructura de la estrategia	197

BIBLIOGRAFÍA	207
---------------------	-----

ANEXOS

TABLAS

Tabla No 1: Fases de la rabia	21
Tabla No 2 : Parámetros de vigilancia epidemiológica	53
Tabla No 3: Laboratorios especializados en rabia	53
Tabla No 4: Casos comprobados rabia Red Corea	61
Tabla No 5: Segmentación jerarquizada de la población meta de la estrategia	183
Tabla No 6: Fases de la estrategia de comunicación	190
Tabla No 7: Qué decir en la estrategia	193
Tabla No 8: Cómo decir en la estrategia	194
Tabla No 9: Dónde decir en la estrategia	195
Tabla No 10: Quién dice en la estrategia	195
Tabla No11: Presupuesto	196
Tabla No 12: Estructura de la estrategia- Categoría transversal	197
Tabla No 13: Estructura de la estrategia – Primer beneficiario: población Red Corea	199
Tabla No 14: Estructura de la estrategia – Segundo beneficiario: Personal de Salud de la Red Corea	202
Tabla No 15: Estructura de la estrategia –Tercer beneficiario: Educadores de la red de Salud Corea	204
Tabla No 16: Estructura de la estrategia – Cuarto beneficiario: Medios de comunicación social	206

GRÁFICOS

Figura N° 1: Elementos básicos para la promoción de la salud respecto al mal de rabia	43
--	----

PRESENTACIÓN

El presente trabajo se realizó con el propósito de estructurar lineamientos estratégicos comunicacionales, que desde la perspectiva de la comunicación para la salud, logren coadyuvar el proceso de prevención en relación al mal de rabia, como una enfermedad zoonótica transmisible que ha tenido un repunte peligroso durante los años 2005 y 2006, convirtiéndose durante ese tiempo en un grave problema de salud pública.

Sobre la base de estas predominantes, la tesis que se presenta a continuación, es un trabajo en el cual el proceso de diagnóstico fue la base fundamental de la investigación, basada en el modelo de planificación del Precede – Procede, mediante el cual se investigaron en profundidad todas las causas del problema de salud (mal de rabia) y en el entorno en el que se desenvuelve, para luego definir la estructura de la estrategia de comunicación pertinente.

Dicho trabajo comunicacional tuvo como base teórica el enfoque difusionista de Everett Rogers. Realizada para 5 públicos específicos, manejó dentro de su estructura, además de los requerimientos de la población, los ejes temáticos y motivacionales que pudiesen llegar a promover el cambio voluntario de actitud frente a la enfermedad

El presente estudio se realizó en la ciudad de El Alto, dentro de la Red de Salud Corea, específicamente en la zona Villa Eduardo Avaroa, que durante el año 2005 y 2006 fue una de las redes de salud con más problemas de la enfermedad y en base a la cual se busca proponer una forma alterna de manejar la temática de la rabia, desde la comunicación para la salud, no solamente para la ciudad de El Alto, sino como un ejemplo para otros departamentos del país.

RESUMEN

La tesis de Maestría titulada “Estructuración de una estrategia piloto de comunicación para el Programa Nacional de Rabia de la ciudad de El Alto, bajo el modelo Precede – Procede” que se presenta a continuación se realizó con el objetivo de proponer una alternativa comunicacional de prevención de dicha enfermedad, dado al incremento alarmante en los casos de rabia animal y humana en el país durante los últimos dos años (2005-2006)

La investigación está basada en el entendimiento de los conocimientos, actitudes y prácticas de la población de estudio (población afectada y personal de salud), que apoyada en una investigación de diagnóstico, propone lineamientos estratégicos de la comunicación para la salud, desde el cambio de comportamiento voluntario basados en innovaciones informativas y comunicacionales.

Para dicho propósito se definió como enfoque teórico comunicacional de la estrategia a la corriente difusionista de Everett Rogers que maneja la incorporación de los conceptos de innovaciones dentro del desarrollo de los pueblos, que en este estudio están basadas en el propio diagnóstico de la población.

Metodológicamente, este estudio es una investigación exploratoria descriptiva, basada en el diagnóstico del modelo de planificación de comunicación para la salud del Preceder-Proceder de los médicos Lawrence Green y Marshall Kreuter. El estudio basa su diagnóstico en técnicas como las encuestas, observación directa y entrevistas en profundidad para concretar diagnósticos sociales, epidemiológicos, conductuales, educativos y de políticas, que lograron develar los problemas de la población estudiada respecto a la enfermedad.

A partir de este estudio se llegó a definir que los principales problemas en la población y en el personal de salud, respecto al mal de rabia, son predominantemente el conocimiento superficial acerca del contagio de la enfermedad

tanto del personal de salud como de la población, los conocimientos errados de ambos en cuanto a las vacunaciones, la tenencia irresponsable de animales por parte de la población, los conocimientos y prácticas ajenas a la medicina occidental que tienen los pobladores de la zona investigada, además de los predisponentes, reforzadores y facilitadores sociales y culturales predominantemente negativos en la población respecto a la enfermedad, en contraria con el conocimiento relativamente suficiente del personal de salud.

También se pudo conocer que uno de los problemas más conflictivos respecto al mal de rabia es la total indiferencia de los gobiernos y autoridades de salud de turno respecto a políticas públicas para la prevención de dicha enfermedad, como problema de salud pública.

Por todo lo antes señalado y en vista a que los problemas determinados en el estudio fueron más comunicacionales e informativos, se construyó una estrategia piloto de comunicación para la salud, basada en innovaciones y ejes motivacionales que motiven el cambio de comportamiento de la población en base a mensajes innovadores y ejes motivacionales adecuados.

PALABRAS CLAVE

Mal de rabia, zoonosis, estrategia de comunicación, promoción de salud.

ABSTRACT

The Master of Science Thesis entitled “Methodology of a pilot strategy of communication for the Hydrophobia National Program for the City of El Alto, under the model Precede – Proceed” that is now submitted, was done with the objective to propose a communication alternative of prevention of such disease, considering the alarming in the increasing of events of animal and human hydrophobia, in the country, during the last two years (2005-2006).

The present research is base in the understanding of the knowledge, attitudes and practices of the study population (affected population and health personnel), whom supported in a diagnosis research, proposes strategic features of communication for health, since the change of voluntary behave based on informative and communication innovations.

For this purpose it was defined as a theoretic communicational strategy approach the diffusion current of Everett Rogers who manages the incorporation innovations concepts under the development of the countries, which in this research are based on the own diagnostic of the population.

Methodologically this thesis is a descriptive exploring research, based in the diagnosis of the planning model of communication for the health of the Precede – Proceed of the physicians Lawrence Green and Marshall Kreuter. This research bases its diagnosis in techniques, such as surveys, direct observation and interviews in depth to find out a definite social, epidemiology, behavioral, educational and policies diagnosis, which revealed the issues of the study population with respect to the sickness.

Based on this research it was defined that the main issues in the population and health personnel, with respect to the hydrophobic disease, are mainly the superficial knowledge about the contagious disease of the health personnel, as well as the

population; the wrong knowledge of both about vaccinations , the irresponsible tenancy of animals by the population; the knowledge and foreign practices to the west medicine that the study population have; besides the predisposing factors, reinforcing factors and enabling factors and cultural negative predominantly in the population with respect to the disease , on contrary with the relative sufficient knowledge of health personnel.

It was also possible to know that one of the main conflicting issues with respect to the hydrophobic disease is a complete indifference of the current central government and health authorities with respect to the public policies for the prevention of this disease, as a public health problem.

For the reasons mentioned above and in sight of the view that the issues found in this research were more communicational and informative, it was propose a pilot communication strategy for health, based on innovations and performing motivational axis that promote the change of behave of the population on base of adequate innovating messages.

KEY WORDS

Human hydrophobia, zoonosis , communication strategy, health promotion

INTRODUCCIÓN

La rabia es una enfermedad viral y mortal, causada por un virus neurotrópico, perteneciente a la familia Rhabdoviridae que se presenta principalmente en los animales de sangre caliente e incluso el hombre, que ataca al sistema nervioso y una vez que se desarrolla es mortal.

Según datos obtenidos, del boletín semanal del Sistema Nacional de Información en Salud de Bolivia¹(SNIS), la incidencia del mal de rabia en el país, el año 2005 se incrementó considerablemente, ya que hasta el mes de noviembre del mismo año habían 728 animales rabiosos confirmados, presentándose 436 más casos que en el año 2004, siendo los departamentos más afectadas Santa Cruz y Cochabamba. El año 2005 cerca de 12 personas murieron víctimas del mal de rabia en el país. Un repunte igual de alarmante se presentó durante el año 2006 donde hasta el mes de junio habían aproximadamente 418 casos de rabia animal y 4 casos de rabia humana en todo el país.

Por otra parte, el manejo de la temática de rabia desde el punto de vista comunicacional, por parte del Ministerio de Salud, y en especial por parte del Programa Nacional de Rabia (PNR) , ha sido manejada de manera muy reducida y si alguna vez se ha realizado algún tipo de estrategia o plan, éste sido meramente informativo y temporal, a pesar de que Bolivia tiene uno de los índices más altos de prevalencia de esa enfermedad a nivel Latinoamérica, entre los países que aún no han erradicado la rabia de sus regiones.

Según información obtenida en el PNR, se pudo conocer que no se manejan de manera estructurada y frecuente campañas comunicacionales que informen, eduquen y capaciten a la población, respecto a la prevención de esta peligrosa enfermedad.

¹.Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, Boletines de Información de Salud (SNIS) del 1 al 65, La Paz – Bolivia, 2005.

A partir de estas inquietudes investigativas se realizó el presente trabajo que pudo comprobar que el poco conocimiento y falta de información adecuada no solamente en el personal de salud sino también en la población estudiada en la ciudad de El Alto (Villa Eduardo Avaroa), pueden llegar a ser las causantes de la epidemia de rabia que ha sufrido Bolivia en los últimos años.

Las prácticas de la población y el personal de salud, respecto al manejo de un caso de rabia, tiene aún en la práctica diaria, muchas falencias, y es otro aspecto de salud pública al que este trabajo, pretende sugerirle soluciones alternas desde la comunicación, para poder manejar la temática de la rabia de mejor manera.

Se pudo determinar, además, que la falta de políticas nacionales y municipales, adecuadas acerca del manejo y control de animales denominados mascotas, (perros y gatos), y la falta de políticas públicas de salud preventivas contra la mortal enfermedad, inciden en su prevalencia en el país.

Por esta razón, la investigación que se presenta a continuación diseñó una estrategia piloto de comunicación para el manejo del Programa Regional de Rabia de la ciudad de El Alto, como experiencia piloto, teniendo como base de estudio la Red de Salud Corea, zona Villa Eduardo Avaroa, que es la que más incidencia de casos de rabia tuvo en la ciudad de El Alto durante los años 2005 y 2006. Dicha estrategia propone lineamientos temáticos y comunicacionales para motivar el cambio de comportamiento en la población.

El enfoque metodológico de comunicación en salud utilizado fue del modelo de planificación del Preceder- Proceder de Lawrence Green y Marshall Kreuler², que estudia y diagnóstica profundamente a la población de análisis, antes de introducir una estrategia de intervención.

² Mosquera Mario, Comunicación en Salud: Conceptos, teorías y experiencias, (2005), Disponible en : <http://www.commint.com/la/lasth/sld-2915.html>

ANTECEDENTES

La rabia como enfermedad zoonótica contagiosa en el país tuvo un repunte alarmante a partir del año 1992, cuando se conoció la tasa más alta de casos de rabia humana en el país (25 casos comprobados a nivel nacional), resultado de la incontrolable expansión de la rabia canina, por falta de adecuadas políticas de prevención.

Esto sucedió a pesar de que a partir de 1990, cuando se funda el Programa Nacional de Rabia, ya se contaba con el financiamiento del Programa Plan 480 de USAID. Sin embargo, este dinero sólo se utilizaba para comprar biológicos (vacunas) y para el diseño e implementación de planes de capacitación y procedimientos técnicos de vigilancia y control de rabia, pero no para diseñar campañas especializadas de comunicación para prevenir la enfermedad en la población. Solamente se realizan planes de difusión de manera esporádica tales como afiches en épocas de vacunación.

Los años 2005 y 2006, a pesar del trabajo de prevención vacunatoria de animales y personas en el país, volvió a agravarse la incidencia del mal de rabia.

CAPÍTULO I MARCO TEÓRICO

1.1. El mal de rabia

1.1.1 Historia de la enfermedad

Enfermedades como la rabia han sido descritas y registradas meticulosamente, por escritores y pensadores de la antigüedad. A partir de esos escritos la conceptualización de la rabia no ha cambiado a lo largo de los siglos: una enfermedad mortal.

Diferentes ideas acerca de la causa y el origen de la rabia han sido concebidas a lo largo de la historia. Una de las primeras conceptualizaciones que se hicieron acerca de la rabia fue la de Aristóteles que dijo “la rabia vuelve loco al animal y cualquier especie de animal, con excepción del hombre: será contaminado con esta enfermedad si es mordido por un perro rabioso”³.

Muchos autores posteriores dudaron en cuestionar la credibilidad del gran filósofo griego y se mostraron sorprendidos por la referencia de Aristóteles a la supuesta inmunidad del hombre de ser contaminado por la rabia.

Sin embargo el médico renacentista Giralomo Fracastoro hizo notar que Aristóteles solamente quería recalcar el hecho de que no todos aquellos humanos mordidos por un perro rabioso desarrollarían la enfermedad en forma obligatoria.

Una descripción de la rabia más precisa y detallada fue proporcionada en el libro De Medicina, escrita por Celso, un médico que vivió en el siglo I del apogeo del Imperio Romano.

En particular, hay una frase que ha llamado poderosamente la atención de los historiadores de la medicina: “especialmente los casos en los que el perro es rabioso, el virus debe ser drenado por una ventosa de vidrio...”. Por supuesto nadie se atrevería a

³ Geosalud: [La historia del mal de rabia](http://geosalud.com/enfermedadesinfecciosas/rabia). Disponible en: <http://geosalud.com/enfermedadesinfecciosas/rabia>

pensar que Celso identificó al agente de la rabia como un virus en el sentido moderno del término. Sin embargo, es importante hacer notar que Celso utilizó el término “**virus**” para denotar el agente causal de la rabia, mientras que en el mismo texto utilizó la palabra “**venenum**”, para describir la ponzoña de las serpientes. Es probable que tal distinción no haya sido accidental, sobre todo si consideramos que el término latino virus puede significar también veneno o líquido viscoso. Quizá Celso estaba advertido de que el agente de la rabia era transmitido por medio de la saliva viscosa del perro rabioso.⁴

1.1.1.1 Historia de la vacunación

Debido a las miles de muertes que a lo largo de los siglos había producido el mal de rabia, los científicos y estudiosos, por muchos años, habían buscado una cura a esta mortal enfermedad.

Es así que en 1804 en Alemania, el estudioso Zinke realizó la primera transmisión experimental de rabia por inoculación con saliva. En 1879 en Lyon, el doctor Victor Galtier transmitió con éxito la rabia de perro a conejo y de conejo a perro.

En 1881, Roux, Chamberland y Thuillier, miembros del equipo de Luis Pasteur, demostraron que el sistema nervioso central era el sitio primario de reproducción del virus de la rabia. Estos investigadores transmitieron la rabia mediante la inoculación submeníngea de conejos.

Roux notó que la virulencia del virus, en fragmentos de la médula espinal infectada, declinaba con rapidez una vez disecada, y desaparecía por completo luego de un periodo de 15 días. Pasteur logró proteger a 50 perros que habían recibido la inyección del virus luego de administrarles una inmunización de protocolo (vacuna) en base a inyecciones subcutáneas repetidas de suspensiones de médula espinal. La inyección

⁴ Geosalud: [La historia del mal de rabia](http://geosalud.com/enfermedadesinfecciosas/rabia), Disponible en:<http://geosalud.com/enfermedadesinfecciosas/rabia>

inicial contenía extractos disecados no virulentos, y era seguida por inyecciones de fragmentos disecados en periodos más cortos: se había logrado descubrir la vacuna antirrábica.

Pasteur administró la vacuna antirrábica por primera vez el 6 de julio de 1885 al joven Joseph Meister, que había sido mordido 14 veces por un perro, unas 60 horas antes. La vacuna administrada por vía subcutánea, consistía de extractos de médula espinal de conejos conservada en un frasco abierto durante 15 días. Se aplicaron otras 12 inoculaciones en los 10 días siguientes con extractos de virulencia progresivamente mayor. Un total de 2.500 víctimas de mordeduras recibieron las vacunas en los meses siguientes y salvaron sus vidas.

En la década de 1960 la vacuna que elaboraba y aplicaba el Instituto Pasteur, basada en estos procedimientos, era denominada Semple, una vacuna mejorada. Sin embargo, debido a las constantes complicaciones post vacunales, se desarrolló en 1964, en el mismo instituto, la vacuna Fuenzalida-Palacios, en cerebro de ratón lactante, en honor a su descubridor, Doctor Eduardo Fuenzalida, que aún hoy es utilizada con mucho éxito alrededor del mundo.

1.1.2 Conceptualización del mal de rabia

Según el Manual de Normas para la Prevención, Vigilancia y Eliminación de la Rabia, producido el 2001, por Ministerio de Previsión Social y Salud Pública de Bolivia, se tiene la siguiente definición:

“La rabia es una enfermedad mortal infectocontagiosa producida por un virus que penetra al organismo, a través de la mordedura de un animal rabioso y se caracteriza por una encefalitis aguda. Dicho trastorno nervioso, se manifiesta con frecuencia por un cambio de temperamento, parálisis en el estadio final y a veces en el intermedio en los animales infectados, cuando el virus ya ha llegado al cerebro. Se presenta en perros, gatos, bovinos, monos, roedores, animales salvajes e incluso el hombre”⁵.

⁵ Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, Manual de normas para la prevención, vigilancia y eliminación de la rabia, La Paz- Bolivia, PGD Impresiones, 2001, Pág.22.

1.1.2.1 Descripción del virus de la rabia

El virus de la rabia pertenece a la familia Rhabviridae y al género de los Lyssavirus. Tiene el aspecto de un cilindro alargado con un extremo plano, con aspecto de una bala de cañón. Posee una envoltura como un panal de abejas. La partícula del virus rábico mide de 180 x 75nm.

Es muy sensible a la acción de agentes físicos y químicos y en pocos minutos se inactiva por acción de ácidos y bases fuertes, luz solar, radiación ultravioleta, cambios de PH y temperatura.⁶

1.1.2.2 Formas de transmisión

Como problema de salud pública a nivel mundial, la rabia es una enfermedad grave ya que puede transmitirse no sólo en la saliva sino también en la sangre y leche de los animales en contacto con alguna herida, de otro animal o del ser humano. La forma más común de contagiarse es por medio de mordeduras o arañazos de animales, que, incluso al parecer sin mucha importancia, pueden infectarse y propagar la bacteria a otras partes del cuerpo.

El hombre generalmente adquiere el mal cuando se infecta por vía transcutánea por la mordedura de un animal rabioso que inoculará juntamente con la saliva el virus de la rabia. Se dice que pueden existir otras vías de entrada no muy importantes desde el punto de vista epidemiológico: subcutánea directa, digestiva y respiratoria. Se reportan casos excepcionales de rabia por trasplantes de órganos.⁷

Después de la multiplicación del agente infeccioso, éste se traslada al sistema nervioso por un proceso llamado septincuritis. El virus entra al músculo interior de los nervios periféricos desplazándose hacia los ganglios espinales posteriores. Una vez que llegó

⁶ West Geoffrey, Diccionario Enciclopédico de Veterinaria, 18ava ed, Barcelona- España, 1993, Pág. 735-740

⁷ Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, Manual de normas para la prevención, vigilancia y eliminación de la rabia, La Paz- Bolivia, PGD Impresiones, 2001, Pág.23.

a éstos es casi imposible que el virus no invada al encéfalo. Se introduce al sistema nervioso central por medio del sistema medular correspondiente al sitio de la mordedura. Desde este punto el acceso al encéfalo es bastante rápido.

Cuando el virus llega al cerebro generalmente produce un edema y congestión vascular con infiltración discreta de linfocitos. La infección se extiende en forma de focos distribuidos irregularmente por la sustancia gris del cerebro predominantemente en la protuberancia, mesencéfalo y tálamo. En la circunvalación del hipocampo se encuentra la parte más afectada.

Luego empieza la etapa de dispersión a través de los nervios periféricos. En la etapa final de la enfermedad cualquier neurona del cuerpo sirve para alojar al microorganismo: retina, córnea, piel, páncreas, miocárdio, glándulas salivales, raíz de los cabellos, intestino, vesícula y riñones.

La ausencia de corpúsculos de Negri en las neuronas del sistema nervioso central no invalida el diagnóstico de rabia. En los casos más rápidos los síntomas pueden ser vistos a partir del noveno día de contacto con el animal o meses después. Los cachorros tienen un periodo de incubación más rápido y por lo tanto son los más peligrosos.

Según el Manual de normas para la Prevención, Vigilancia y Eliminación de la rabia, hay dos tipos de rabia conocidos: la furiosa y la muda que es igual de peligrosa. La única forma de combatirlas es mediante la vacunación antirrábica antes mencionada, inmediatamente luego de haber sido atacado por un animal.

Las formas en que ambas formas de rabia (activa o muda), pueden presentarse son:

- Virus calle: Presente en animales infectados de áreas urbanas (perros, gatos, zorros, etc). Tiene un periodo prolongado y variable, invade las glándulas salivales e induce la formulación de corpúsculos de Negri en el cerebro.

- Virus fijo: Deriva del anterior, es una variante de laboratorio que se obtiene mediante pasajes intracerebrales seriados que exaltan su virulencia. El resultado es una cepa que origina periodos de incubación más cortos y relativamente estables de 4 a 7 días. No produce corpúsculos de Negri y pierde la capacidad de invadir las glándulas salivales. Puede ser selvático y urbano.

1.1.2.2.1 El mal de rabia en el hombre

Según el mismo documento, el periodo de incubación del mal de rabia en los humanos, desde el momento de exposición hasta el inicio de la enfermedad, varía desde 5 días hasta más de un año, aunque el periodo de incubación promedio es de dos meses aproximadamente. El mal de rabia presente en el hombre tiene dos fases predominantes:

Tabla Nº 1
Fases de la rabia en el ser humano

Fase 1	Fase 2
<ul style="list-style-type: none"> - Periodo inicial de síntomas vagos, que dura de 2 a 10 días. - Los síntomas vagos pueden incluir: <ul style="list-style-type: none"> . Fiebre . Dolor de cabeza . Malestar general . Disminución del apetito . Vómitos - Dolor, comezón o entumecimiento y hormigueo en el sitio de la herida. 	<ul style="list-style-type: none"> - Los pacientes a menudo desarrollan dificultad para tragar (algunas veces como espuma en la boca) debido a la incapacidad para tragar saliva) incluso el ver el agua puede aterrorizar al paciente. - Algunos pacientes se vuelven inquietos y desorientados, mientras que otros quedan paralizados. - El resultado puede ser la muerte inmediata, o el coma que resulta en muerte por otras complicaciones.

Fuente: Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, SNIS-Vigilancia epidemiológica, 2005

La enfermedad comienza luego de un periodo de incubación muy prolongado (promedio de 42 días) con un síndrome febril de poca magnitud que dura de 2 a 5 días. Este periodo se caracteriza por fiebres, dolores de cabeza y de musculares, dolor retrocular y falta de apetito.

En este periodo muchos pacientes que tienen la herida de la mordedura curada, pueden llegar a manifestar sensaciones parestésicas como hormigueo o calambres o dolores fulgurantes, prurito y otras molestias que dependen de la acción del virus en las neuronas de los centros sensoriales (Fase 1).

Al final de este periodo se presentan síntomas que pueden persistir hasta la muerte de los pacientes: dolor de garganta, vómitos, desasosiego, intranquilidad, insomnio, irritabilidad y algunos estímulos sensoriales pueden producir crisis convulsivas.

Al examen diario se presentan aumento de reflejos osteomusculares, de frecuencia cardiaca, de la salivación, frecuencia respiratoria y lagrimeo y dilatación de la pupila.

La fase de excitación se caracteriza por el nerviosismo, inversiones del sueño, ansiedad y desasosiego. Basta cualquier estímulo sensorial para despertar en el enfermo convulsiones generalizadas. Sin embargo, los síntomas que caracterizan este periodo son los que se relacionan con la deglución.

Cuando el paciente mira o bebe agua se le produce una contracción dolorosa de los músculos faringe-laríngeos que le produce asfixia y cianosis, por lo que se ve obligado a rechazar líquidos, quedando abatido y confuso. Esta es la crisis hidrofóbica. Igualmente puede manifestar crisis de acrofobia o fotofobia ante estímulos como corrientes de aire o luz.

El paciente sufre crisis de excitación intensa donde se comprueban contracturas paroxísticas de los músculos intercostales y abdominales que le dificultan la respiración normal y le produce dificultad respiratoria, respiración suspirosa y voz ronca. Esto hace que el paciente emita ruidos variados.

Debido a que el enfermo no traga para evitar la contracción de la musculatura faringeo-laríngea, la saliva le fluye libremente entre los dientes y se le escurre por la boca, otras veces escupe permanentemente.

Esta fase se completa con excitaciones psíquicas que comprenden: logorrea, verborragia, gritos, agresiones físicas contra sí mismo y contra terceros y crisis maníacas. De ahí que muchos pacientes son derivados a servicios de psiquiatría.

A los pacientes que no fallecen en esta fase de excitación les sobreviene una fase de calma donde parecen normales y hasta colaboradores, con realce de la hidrofobia. Luego ingresa en una fase final de encefalitis o encefalomiелitis con paresias y parálisis, de distintos grupos musculares.

La temperatura continua elevada alcanzando de 40 a 41 grados centígrados. Finalmente entran en coma profundo y fallecen luego de agonizar de 2 a 7 días.
(Fase 2)

1.1.2.2.2. El mal de rabia en el perro

El perro se contagia con la enfermedad generalmente por mordedura de otro animal rabioso. El tiempo de incubación oscila entre 1 a 2 meses después del cual se comienza los síntomas agrupados en tres periodos:

1.- *Fase melancólica*: caracterizada por cambios de conducta del animal de un estado de irritabilidad a otro de afectividad, apatía, letargia, decaimiento, pérdida de apetito y cambios persistentes y frecuentes de posición. Se rasca el sitio de la mordedura, se oculta en lugares oscuros y tiene dificultad para beber.

2.- *Fase agresiva*: es bastante sensible ante estímulos insignificantes, escapa de la casa y suele andar errante para alejarse distancias considerables. Ataca a otras personas o animales sin estímulo alguno.

3.- *Fase parálitica*: dificultad para la deglución por lo que rechaza alimentos y agua, cambios en el ladrido. Primero existe parálisis de los músculos de la laringe y faringe y después de las extremidades, para luego de 4 a 5 días morir.

Existe la llamada fase muda en la que el animal pasa de la fase melancólica a la parálitica sin pasar a la agresiva. El periodo de transmisibilidad, es decir, la presencia del virus en la saliva, es de 3 a 5 días, antes de la aparición de los primeros síntomas clínicos hasta el inicio de la fase parálitica y la muerte⁸.

1.1.3.Tratamiento

En ambos casos, de rabia humana y canina, deben tenerse en cuenta lo siguiente:

1.1.3.1 Estrategias de inmunización

Frente a una agresión de un animal portador del mal de rabia, se debe seguir los siguientes pasos⁹:

a) Informar al proveedor de salud lo siguiente:

- Lugar en el que ocurrió el accidente.
- Tipo de animal implicado (doméstico o salvaje).
- Tipo de exposición (corte, arañazo, mordida, lamida).
- En qué parte del cuerpo ocurrió la exposición (el ataque).
- Número de heridas o exposiciones.
- Si el animal estaba inmunizado contra la rabia.
- Si el animal estaba enfermo o sano y qué síntomas tenía.
- Si es posible poner al animal en análisis o cuarentena.

⁸ Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, Manual de normas para la prevención, vigilancia y eliminación de la rabia, La Paz- Bolivia, PGD Impresiones, 2001,Pág..27.

⁹ Ibidem.

b) Cuidado inmediato para las mordeduras de animales:

- Lavar las heridas con agua y jabón bajo la presión del grifo, pero sin refregar, pues se causa moretones en el tejido.
- Si la mordedura o el arañazo está sangrando, aplicar presión con una venda o toalla limpia para controlar la hemorragia.
- Secar la herida y taponarla con una compresa estéril.
- Llamar al médico para ver si necesita tratamiento adicional, vacuna contra el tétanos o vacuna contra la rabia.
- Si es posible localizar al animal que causó la herida. Algunos necesitan ser confinados para ver si desarrollan el virus de la rabia.
- Si la persona no puede encontrar al animal inmediatamente debe ser vacunado contra la rabia.

c) Para prevenir las mordeduras o ataques de animales:

- No tratar de separar animales que están peleando.
- Evitar tener contacto con animales desconocidos o enfermos.
- Dejar a los animales tranquilos cuando estén comiendo.
- Mantener a las mascotas con correa cuando estén en vía pública.
- Seleccionar las mascotas con mucho cuidado (cría conocida).
- Nunca dejar a un niño pequeño con una mascota.
- Todos los perros y gatos domésticos deben vacunarse contra la rabia y las vacunas deben estar al día.
- No aproximarse a animales salvajes.

d) Tratamiento según el tipo de agresión

El tratamiento específico de la rabia se realiza mediante la administración de vacunas a las que se agrega en exposiciones graves, suero antirrábico.

Existen dos tipos de tratamiento específicos:

a.- Preexposición.- Indicado para las personas que no fueron mordidas por ningún animal rabioso pero que por su trabajo están en riesgo de infectarse por el virus de la rabia (veterinarios, funcionarios de las perreras, etc)

b.- Postexposición.- Indicado para las personas que fueron mordidas o lamidas por un animal rabioso desaparecido o silvestre. El tratamiento se iniciará tan pronto sea posible.

Para que el personal de salud, inicie la vacunación, éstos deben tener el conocimiento de los siguientes factores¹⁰:

- Sitio de la mordedura: la distancia entre la puerta de entrada del virus y los centros nerviosos es un factor de alto riesgo. Las heridas que se consideran graves son: cabeza, cuello, cara y manos y requieren además de la administración de la vacuna, el suero antirrábico. Las heridas en el resto del cuerpo se tratan sólo con vacuna.
- Magnitud de la herida: la gravedad de las heridas esta de acuerdo al daño de los tejidos así como a las lesiones profundas, lacerantes o múltiples, se consideran con mayor riesgo potencial y se las trata con suero y vacuna.
- Especie del animal agresor: las mordeduras por animales silvestres se consideran graves y se tratan con el esquema compuesto del suero y vacuna. Las agresiones graves producidas por perros y gatos se tratan también con ambos biológicos, pero si son leves basta aplicar las vacunas.
- Circunstancias que rodean a la agresión: son más sospechosos los accidentes que no fueron provocados.

¹⁰ Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, Manual de normas para la prevención, vigilancia y eliminación de la rabia, La Paz- Bolivia, PGD Impresiones, 2001, Pág. 32-33.

- Situación epidemiológica del área donde ocurrió la mordedura: las áreas enzoóticas (ocurrencia permanente de casos de rabia) o epizoóticas (ocurrencia esporádica) son considerados de alto riesgo, en ambos casos se enfatizará la observación clínica de todos los animales mordedores y el examen de laboratorio.

En áreas libres, cada mordedura debe ser investigada minuciosamente, tomando en cuenta todos los factores, antes de inmunizar a una persona expuesta. Se debe evaluar el origen del animal, las vacunaciones previas, las circunstancias de las mordeduras y principalmente analizar si existió la posibilidad de contacto con otros animales de área con presencia de casos.

1.1.4 Epidemiología

1.1.4.1. El mal de rabia como Zoonosis

Se entiende por zoonosis a aquellas enfermedades que se transmiten de los animales al hombre. Ellas son la causa de considerable mortalidad y morbilidad en grupos vulnerables de la población, especialmente los niños, madres y trabajadores. Las endemias más difundidas y extendidas en América son las zoonosis.¹¹

Dentro del control de la Salud Pública sobre las zoonosis, éstas llegan a definirse como "como aquellas enfermedades o infecciones que se transmiten, en forma natural, entre animales vertebrados y el hombre"¹².

Al grupo de zoonosis pertenecen enfermedades tales como la rabia, brucelosis, hidatidosis, tuberculosis, salmonelosis, carbunco, peste, fiebre amarilla, fiebre hemorrágica argentina y boliviana, encefalitis por arbovirus, etc. Se excluyen generalmente del grupo de las zoonosis enfermedades comunes al hombre y a los

¹¹ Oficina Sanitaria Panamericana, Salud Pública Veterinaria: Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud, Washington DC.- USA, 1993, Pág.10.

¹² Sonis Abraham, Actividades y técnicas de Salud Pública, 4ta ed., Buenos Aires- Argentina, Librería Editorial Ateneo, 1985, Pág.249.

animales, que reconocen también una fuente común de infección, pero en las que los animales no constituyen un eslabón esencial de la cadena de transmisión, como el tétanos, el botulismo, la coccidiodomicosis y otras.

El hombre puede contraer una enfermedad zoonótica, ya sea por contacto directo con animales infectados, vivos o sacrificados, indirectamente por el suelo y el agua contaminada por las excreciones de los animales. Para el agente etiológico de la zoonosis, el hombre es generalmente un huésped accidental y no contribuye a su circulación o perpetuación en la naturaleza.

La prevención de las zoonosis en el hombre consiste principalmente en el control de la infección de los animales, que constituyen sus huéspedes naturales, sus reservorios y fuentes de infección. La protección de la salud humana supone también medidas tales como higiene de alimentos (pasteurización de la leche y lacticios, inspección veterinaria de carnes, prácticas de inmunización (vacuna contra la fiebre amarilla, tratamiento inmunoproláctico después de la exposición rábica) y saneamiento ambiental¹³.

1.1.4.2 Epidemiología del mal de rabia

A partir de estas definiciones respecto a las zoonosis y su incidencia en la salud humana el problema de la rabia ha sido de preocupación por parte de todos los gobiernos a nivel internacional: "Eliminar la rabia humana transmitida por perros en la Región de las Américas para el año 2005 fue una decisión tomada por todos los estados miembros de la OPS en los años 80"¹⁴. Desde entonces ese mandato se ha transformado en una de las prioridades que orientan la acción en toda la región, aunque lamentablemente aún este objetivo no ha sido alcanzado por Bolivia.

¹³ Sonis Abraham, , Actividades y técnicas de Salud Pública, 4ta ed, Buenos Aires- Argentina, Librería Editorial Ateneo, 1985, Pág.249

¹⁴ Organización Panamericana de la salud, Eliminación de la rabia humana transmitida por perros en América Latina, 1era ed., Washington DC. USA, OPS, 2004, Pág.5

En los dos decenios que han transcurrido, los resultados confirman los grandes esfuerzos hechos por los países con el apoyo de la OPS; una reducción del 91 por ciento de los casos de rabia humana y el 93 por ciento de los casos de rabia canina en la mayor parte de los países americanos.

Estas tasas representan la determinación política de los gobiernos de capacitar los recursos humanos y hacer las inversiones necesarias para llevar a cabo las actividades de control. Se han fortalecido también las políticas de salud pública veterinaria sectoriales e intersectoriales y especialmente los programas nacionales de control de la rabia, que en la mayoría de los países han sido descentralizados desde su creación.¹⁵

Así a nivel mundial se ha detectado que el principal el vector (transmisor) del mal de rabia es el perro y la OMS define entre las principales medidas de control, dirigidas al reservorio animal, la inmunización de animales salvajes y mascotas contra la rabia.

1.2 La salud pública y el mal de rabia

1.2.1 Definiciones sobre salud pública

La Salud Pública es una disciplina médica que integra conocimiento de variadas ramas de la medicina y otras ramas de estudio. Su unidad de análisis es tanto el individuo como las poblaciones (comunidades), transversalizado con el control de la enfermedad y su prevención. Requiere del concurso de disciplinas biológicas, incluyendo las ciencias básicas, médicas, las ciencias sociales en general, la economía, la administración, la demografía y, principalmente, de la bioestadística.

La definición de salud propuesta por la OMS, señala que: "salud no es solamente la ausencia de enfermedad, sino el estado de completo bienestar físico, mental y social del individuo"¹⁶, determina que una buena parte del quehacer de la salud pública se

¹⁵ Organización Panamericana de la salud, Eliminación de la rabia humana transmitida por perros en América Latina, 1era ed., Washington DC. USA,OPS, 2004, Pág.5

¹⁶ Idem.

expanda hacia áreas nuevas y emergentes en las sociedades contemporáneas. Significa, en buenas cuentas, la manifestación explícita de que la medicina debe preocuparse tanto de enfermos como sanos y no ser solo paliativa sino también preventiva.

Milton Terris propuso en 1990 una adaptación contemporánea a la definición de la salud pública quedando definida para este estudio como:

"La ciencia y el arte de prevenir las dolencias y las discapacidades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia física y mental, mediante esfuerzos organizados de la comunidad para sanear el medio ambiente, controlar las enfermedades infecciosas y no infecciosas, así como las lesiones; educar al individuo en los principios de la higiene personal, organizar los servicios para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y para la rehabilitación, así como desarrollar la maquinaria social que le asegura a cada miembro de la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud"¹⁷.

1.2.2 Definiciones sobre Salud Pública Veterinaria

El término Salud Pública Veterinaria se estableció en 1946 por la OMS, para dar un marco conceptual y estructura pragmática a las actividades que involucran la aplicación de los conocimientos, la pericia y los recursos de las ciencias veterinarias hacia el mejoramiento de la salud del hombre:

"La salud pública veterinaria es un concepto amplio que utiliza los conocimientos de las artes y ciencias veterinarias, disponiéndolas del dominio y uso del hombre para lograr la salud, el bienestar y conservar el medio ambiente cercano y aquel que la humanidad conquiste para su supervivencia y desarrollo"¹⁸.

¹⁷ Organización Panamericana de la salud, Eliminación de la rabia humana transmitida por perros en América Latina, 1era ed., Washington DC. USA, OPS, 2004, Pág.5

¹⁸ Oficina Sanitaria Panamericana, Salud Pública Veterinaria: Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud, Washington DC.- USA,1993, Pág.4

Según la Oficina Sanitaria Panamericana, en su documento sobre el Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud¹⁹, el fin de la Salud Pública Veterinaria es contribuir al bienestar del hombre a través de la producción y el suministro de proteínas de origen animal, garantizar la inocuidad y calidad de los alimentos, evitar el impacto nocivo de las enfermedades comunes en el hombre y los animales, preservar el ambiente del efecto de la tenencia de animales y la industrialización de la producción animal y contribuir a la solución de problemas de salud través del desarrollo de modelos animales que faciliten las investigaciones biomédicas, así como la conservación de especies animales para uso sostenido.

De acuerdo a estos conceptos uno de sus principales campos de acción es de la vigilancia, prevención y control de zoonosis y enfermedades comunes al hombre y los animales causantes de morbilidad, inhabilitación y mortalidad en grupos humanos vulnerables y población en general, además de la promoción de salud animal.²⁰ En el caso de nuestro estudio a la prevención y erradicación de la rabia.

1.2.3 Medidas del control de la rabia en Salud Pública

A partir de los conceptos sobre Salud Pública y Salud Pública Veterinaria, hay puntos importantes que se deben tener en cuenta respecto a las políticas y normativas de Manejo del Control de la Rabia. La Oficina Sanitaria Panamericana, dependiente de la Organización Mundial de la Salud, define los siguientes lineamientos:

1) Desarrollo de la capacidad de conducción.- El análisis epidemiológico de la situación local, la identificación en el equipo de salud local de un conductor adecuado a dicha situación y la identificación de las tácticas más convenientes para alcanzar dicho objetivo. El conductor, sobre la base de la experiencia local, dará especial reconocimiento y consideración a la información epidemiológica y a la distribución del

¹⁹ Oficina Sanitaria Panamericana, Salud Pública Veterinaria: Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud, Washington DC.- USA, 1993, Pág.4

²⁰ Idem.

poder político, administrativo, y técnico para desarrollar otros elementos metodológicos.

2) Recursos humanos a nivel local.- Es muy importante tener un equipo humano adecuado y compenetrado en la problemática de la rabia desde el punto de vista epidemiológico y social, así como la comprensión de metas, estrategias y tareas. De esta manera se podrá definir el objetivo final: “La eliminación de la rabia en el hombre a través del control del perro, no a la eliminación del perro, meta infinitamente más compleja e improbable”²¹.

3) Intervención interinstitucional.- Se requiere la articulación entre los servicios oficiales; salud, educación y agricultura con la participación de instituciones organizadas de la comunidad interesadas en el problema. La credibilidad de la conducción se hará más evidente cuando ella enfoque concretamente las tácticas que se utilizarán y las distribuya mediante tareas específicas. La utilización de medios masivos de comunicación local se hace imprescindible para divulgar las acciones concretas de intervención, asimismo un componente educativo sobre esta zoonosis debe ser el objeto del programa local y formulado de acuerdo a los diferentes estratos de entendimiento.

4) Vigilancia.- La vigilancia de la rabia a nivel de los SILOS debe comprender dos áreas básicas que se relacionan con las personas en riesgo y con las especies animales susceptibles, que pueden actuar como transmisores y difusores del virus de la rabia.

- a) Fuentes de información o generación de datos: servicios médicos y veterinarios oficiales y particulares, laboratorios, centros médicos, hospitales, asociaciones de ganaderos y cívicas interesadas, líderes de la comunidad entre otros.

²¹ Oficina Sanitaria Panamericana, Salud Pública Veterinaria: Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud, Washington DC.- USA, 1993. Pág. 11.

- b) La estructura epidemiológica del SILOS: personal capacitado para la vigilancia, laboratorios de diagnóstico, procedimientos técnicos para la recolección, registro y análisis, capacidad de flujo y reflujo de información y participación de la comunidad²²

La OMS define además que la rabia humana se previene por el control de la rabia animal y propone un programa de rabia canina consistente principalmente en las siguientes medidas:

1.- Vacunación masiva de perros: con la meta de inmunizar el 70 % de la población canina en el menor tiempo posible, varias ciudades y países han podido librarse de la rabia canina por este procedimiento. Las vacunas a emplearse son las de cerebro de ratón lactante (Vacuna Fuenzalida), LEP (Cepa Flury de bajo pesaje en embrión de pollo). Se debe vacunar en los años siguientes a la población nueva y se debe revacunar a los perros vacunados, con intervalos de 1 a 3 años, según el tipo de vacuna que se haya empleado.

2.- Eliminación de perros vagabundos: Ya sea por captura o por envenenamiento. Esta actividad debe ser continua para mantener baja la población de perros abandonados en la calle que juegan un papel importante en la perpetuación de la enzootías rábicas. Sin embargo, al ser una medida drástica habrá que convenirla con la sociedad.

Además de la rabia humana y especialmente la de origen canino, es importante la rabia transmitida por murciélagos hematófagos (*Desmodus rotundus*) que ocasionan la rabia paralítica de los bovinos y los equinos y que tiene gran importancia en América Latina²³.

²²Oficina Sanitaria Panamericana, Salud Pública Veterinaria: Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud, Washington DC.- USA, 1993, Pág.12

²³ Sonis Abraham, , Actividades y técnicas de Salud Pública, Cuarta Edición, Buenos Aires- Argentina, Librería Editorial Ateneo, 1985, Pág.252.

1.3 La Promoción de la Salud

En 1986, la primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud organizada por la OMS, definió la promoción de la salud a grandes rasgos como “el proceso de habilitar a la gente para aumentar su control sobre la salud y para mejorarla”²⁴. Y la vio como una estrategia de mediación entre la gente y sus ambientes para armonizar las decisiones personales con la responsabilidad social.

Posteriormente Luis Ramiro Beltrán, estudioso boliviano de la comunicación afirmó que la “promoción de la salud debe alcanzar sus fines de persuasión, no por coerción”,²⁵ pues la promoción de la salud se hace con el pueblo y para el pueblo, para que adopten conocimientos, actitudes y prácticas propicios para la salud.

Y, sin duda, la política de promoción de la salud es, por complejidad y profundidad de los diversos cambios de conducta que prescribe, la que requiere más que ninguna otra, de la participación genuina y de la comunicación horizontal para poder llevarla a la práctica.

El teórico de la comunicación Juan Díaz Bordenave el año 1998 estimó que una tarea prioritaria de los sistemas de comunicación para la salud debía ser el de facilitar la reunión de la comunidad para que analice sus problemas y plantee sus soluciones, en el marco de la promoción de la salud. Entre los servicios comunicativos que él señala están²⁶:

- 1) Apoyo a los dirigentes comunales para que diagnostiquen la problemática de su situación de salud y para que la ventilen en sus comunidades.
- 2) Estímulo a la reflexión comunitaria sobre iniciativas a favor de la salud y a la práctica de determinar prioridades para la acción solutoria.

²⁴ Beltrán Luis Ramiro, Comunicación para la salud del pueblo, IV Foro Nacional de Salud Comunitaria, Bogotá- Colombia, septiembre 1998, Pág. 26

²⁵ Idem.

²⁶ Ibid, Pág. 27

- 3) Apoyo al intercambio de ideas sobre mejoramiento de la salud entre comunidades distantes entre sí.
- 4) Apoyo a la organización de la comunidad para la toma de acciones que contribuyen a resolver problemas de salud.

Díaz Bordenave afirmó que la comunicación también puede ayudar mucho a las comunidades dándoles información que les permita acceder a los servicios de salud, apoyando sus reivindicaciones, consiguiendo para ellas la legitimación por autoridades y prensa y manteniéndolas informadas sobre los procesos de desarrollo en los que participan.²⁷

1.4. La Comunicación para la salud

A partir de estos preceptos sobre salud pública, otro elemento importante en el mejoramiento de la salud de los pueblos y en el manejo de enfermedades como el mal de rabia, es la comunicación para la salud.

Para subsistir el ser humano debe comunicarse. El término “Comunicare”, es decir poner en común, hacer común sus pensamientos, sensaciones, expresiones y necesidades son básicas para que el hombre como un ser social y comunicativo pueda sobrevivir en la sociedad.

En el caso del manejo de problemas o temáticas de salud, esta aseveración se hace mucho más compleja, en la medida que la salud es uno de los principales derechos del ser humano y es imprescindible la ayuda o intervención de la comunicación para solucionar problemas o situaciones en las cuales la vida de las personas esté en peligro.

El concepto de comunicación para la salud, mencionado por Mario Mosquera de acuerdo al documento de “Comunicación en Salud: Conceptos, teorías y experiencias”

²⁷ Beltrán Luis Ramiro, Comunicación para la salud del pueblo, IV Foro Nacional de Salud Comunitaria, Bogotá-Colombia, septiembre 1998, Pág. 26

dice que “la comunicación en salud abarca el estudio y el uso de estrategias de comunicación para informar e influenciar decisiones individuales y comunitarias que mejoren la salud”.

El trabajo coordinado de la comunicación para la salud, es de suma importancia en los planes y estrategias gubernamentales que manejan los programas de salud pública de la población en su conjunto. En esta concepción influye incluso el modelo de desarrollo económico que se maneja en un determinado país para conocer las perspectivas de salud que se tienen en cada región.

Bajo estas premisas Rosa Maria Alfaro, en el Primer Congreso Nacional de Comunicación para la Salud, realizado el año 2001 en la ciudad de La Paz, confirmó “que en la salud no se puede avanzar sin comunicación”.²⁸

A partir de esto la citada autora define tres perspectivas de salud generales en las que debería estar inmersa la salud y la comunicación:

- Medicina curativa, meramente paliativa.
- Medicina preventiva, que le da más cabida a la prevención, comunicación y educación para la salud, haciendo que la propia gente decida sus condiciones de salud y vida.
- La Promoción de la Salud como una práctica de cultura de la salud.²⁹

La misma autora hace una evaluación de las características de la comunicación para la salud:

- La comunicación relevando al sujeto y a la participación comunitaria
- Elevamiento de la comunicación como dimensión clave del desarrollo
- La comunicación vinculada a la educación, información, acción, política y agenda pública
- La recuperación educativa y cultural del lenguaje audiovisual³⁰

²⁸ Alfaro Rosa María, “Comunicación para la salud y salud para la comunicación” en Memoria Primer Congreso Nacional para la Comunicación, La Paz – Bolivia, 12 al 14 de septiembre de 2001, Pág.1.

²⁹ Ibidem.

1.4.1 Enfoque de la comunicación para la salud:

Un enfoque, es una perspectiva, para representar al mundo social, para determinar problemas investigados, los datos pertinentes, las técnicas empleadas y los tipos de soluciones admitidas para resolver problemas.³¹

El presente trabajo se basó en el enfoque difusionista promovido por Everett Rogers, que según la OMS es uno de los modelos de comunicación para la salud a nivel comunitario más usados en el mundo.

Este enfoque comunicacional, busca en materia de salud, salir de un enfoque efectista individualista y biomédico basado más en una medicina curativa, hacia aquellos más culturalistas y sociales en los cuales se toma en cuenta a la población beneficiaria con una medicina preventiva de la enfermedad.

A partir de esto se definió a la difusión de innovaciones como el enfoque adecuado por el proceso mediatizado de influencia en las dinámicas sociales intervenidas por los procesos comunicativos de dicho enfoque.³² La difusión de innovaciones ayuda a comprender como funcionan y cambian los sistemas sociales y como pueden activarse las comunidades y las organizaciones, siendo esenciales para las actividades integrales de la promoción para la salud, frente a una innovación o un cambio y al cambio de comportamiento respecto a esto.

Como apuntan la fundación W.K. Kellogg y la OMS en su “Manual de Comunicación Social para la Promoción de la salud en adolescentes” éste enfoque constituye la base para tratar de lograr metas de mejor salud para individuos, grupos, instituciones y comunidades.

³⁰ Alfaro Rosa María, “Comunicación para la salud y salud para la comunicación” en Memoria Primer Congreso Nacional para la Comunicación, La Paz – Bolivia, 12 al 14 de septiembre de 2004, Pág. 16

³¹ Herrera Karina, “Módulo de enfoques de comunicación para la salud”, Maestría de Comunicación para la Salud, Universidad Mayor de San Andrés, La Paz . Bolivia, 2003, Pág. 2

³² Mosquera Mario, Comunicación en Salud: Conceptos, teorías y experiencias, disponible en: <http://www.comminit.com/la/lasth/sld-2915.html>

En un principio dicho modelo teórico se utilizó para la “transferencia de tecnología”, abordando la manera en la que las nuevas ideas, productos y prácticas sociales se pueden difundir dentro de una sociedad a otra y llegar a un proceso de desarrollo.

La difusión de innovaciones es un tipo especial de comunicación cuya investigación se orienta a comprobar cambios manifiestos y funcionales en los sistemas sociales. En el área de salud pública, constituye un gran desafío la difusión de nuevos métodos de prevención, detección temprana y tratamiento de enfermedades.

Emplea cuatro conceptos importantes para manejar las innovaciones:

- Ventaja relativa: El grado en que una innovación se considera mejor que la idea, práctica, programa o producto al que reemplaza.
- Compatibilidad: Cuán compatible parece la innovación al compararla con valores, hábitos, experiencia y necesidades de las personas que posiblemente la adoptarían.
- Complejidad: Cuán difícil parece entender o utilizar la innovación.
- Posibilidad de poner a prueba: Hasta qué punto la innovación puede experimentarse antes de que se requiera un compromiso para adoptarla.
- Posibilidad de observar: Hasta qué punto la innovación proporciona resultados tangibles o visibles.

Dentro de este enfoque difusionista se manejarán las estructuras significantes, que hablan sobre la existencia de una relación esencial entre la vida social y la creación literaria (comunicacional) dada por las estructuras mentales – estructuras categoriales significativas que organizan la conciencia de cada grupo social y el imaginario de cada actor³³. Se busca conocer qué estructuras significantes manejan los pobladores de la Red de Salud Corea.

³³ Torrico Erick, Abordajes y periodos de la Teoría de la Comunicación, 1era ed., Bogotá- Colombia, Editorial Norma, 2004, Pág.52

Rogers apunta a que el proceso de comunicación se da en el entendimiento de cómo nuevas ideas y productos se distribuyen y porqué otros muy buenos no logran hacerlo o no permanecen el tiempo necesario para tener éxito.³⁴

Además esta teoría será aplicada mediante la técnica del análisis de comportamiento que nos permitirá conocer las actitudes de las personas respecto al problema de salud (mal de rabia) y cómo aplicar la comunicación en este proceso.

1.4.2 Modelo de Planificación de Comunicación para la Salud del Preceder – Proceder

A partir de estas definiciones, el presente estudio manejó el enfoque metodológico de Comunicación y salud del Preceder-Proceder estructurado por Lawrence Green y Marshall Kreuter³⁵.

Dicho enfoque metodológico se apoya en el principio de que la mayoría de los cambios de comportamiento son voluntarios por naturaleza. Este principio se refleja en el sistemático proceso de planeación que intenta emponderar a los individuos a través de: comprensión, motivación, y habilidades para que participen activamente en la resolución de los problemas de su comunidad con el fin de mejorar la calidad de vida.³⁶

Este modelo es parte de la teoría y manejo de la Comunicación Participativa en Salud, que está basado en una matriz difusionista, y trabaja con el cambio de actitud a través de la difusión de innovaciones.

Es un modelo sumamente práctico, pues varios estudios demuestran que los cambios de comportamientos perduran cuando las personas han participado activamente en la estructuración de los mismos y la toma de decisiones para el

³⁴ Mattelart Armand y Michelle, Historia de las teorías de la comunicación, 4ta Edición, Caracas- Venezuela, 1977, Pág. 107

³⁵ La iniciativa de comunicación: Modelos de planeación, El modelo precede-procede. Disponible en : <http://www.commint.com/la/modelos> de planeación/modelos 2004/modelos planeación11

³⁶ Ibidem

cambio se hace a lo largo del proceso. En este proceso los individuos toman decisiones saludables a través del cambio de comportamiento y del cambio de políticas que influyen en sus conductas y actitudes.

Este modelo enfatiza la idea básica de que la salud y las conductas están determinadas por múltiples factores y que las acciones multisectoriales y multidisciplinarias son fundamentales para lograr el cambio de conducta esperado.

Dicho modelo maneja los siguientes componentes:³⁷

- Predisponentes
- Reforzadores
- Facilitadores
- El componente educacional
- El diagnóstico
- La evaluación

Se manejó además el concepto de *interaccionismo simbólico* que como apuntan Taylor y Bodgan³⁸, atribuye una importancia primordial a los significados sociales que las personas asignan al mundo que los rodea. Herbert Blummer (1969) afirma que el interaccionismo simbólico reposa sobre tres premisas básicas:

- 1) Las personas actúan respecto de las cosas e incluso respecto de las otras personas sobre la base de los significados que estas cosas tienen para ellas. Es el significado lo que determina la acción.

- 2) Blummer dice que los significados son productos sociales que surgen durante la interacción: “El significado que tiene una cosa para una persona se desarrolla a partir de los modos en que otras personas actúan con respecto a

³⁷ Herrera Karina, Módulo de Comunicación y Salud, Módulo de enfoques de comunicación para la salud, Maestría de Comunicación para la Salud, Universidad Mayor de San Andrés, La Paz . Bolivia, 2003, Pág. 9-11

³⁸ Taylor Steve y Robert Bogdan, Introducción a los métodos cualitativos de investigación, 1era ed., México- México, Limusa Noriega Editores, 1997, Pág. 24.

ella en lo que concierne a la cosa de que se trata. Una persona aprende de las otras a ver el mundo”³⁹.

- 3) Los actores sociales asignan significados a situaciones, a otras personas, a las cosas y a sí mismos a través de un proceso de interpretación.

Este proceso de interpretación actúa como intermediario entre los significados o predisposiciones a actuar de cierto modo y la acción misma. Las personas están constantemente interpretando y definiendo a medida que pasan a través de situaciones diferentes.

Rosa María Alfaro, en su ponencia de “Comunicación para la salud y salud para la comunicación” en la memoria del Primer Congreso Nacional de Comunicación para la Salud, decía al respecto que la propuesta de comunicación apunta a construir relaciones entre los sujetos protagonistas de la comunicación. Relaciones que van a permitir que ambos involucrados produzcan y construyan sentidos de comprensión de sí mismos, de los demás y de la realidad y que posibilitará cambios decididos por los propios sujetos. Cambios con respecto a su propia individualidad en relación con otros pero que apuntan a que la decisión y opción sean personales.⁴⁰

1.5 Estrategias de comunicación para la salud

Para realizar cualquier intervención comunicativa dentro del campo de la salud es necesario primeramente definir el término estrategia, para así poder entender el trabajo que se llevó a cabo en la siguiente investigación.

³⁹ Taylor Steve y Robert Bogdan, Introducción a los métodos cualitativos de investigación, 1era ed, México- México, Limusa Noriega Editores, 1997, Pág. 24.

⁴⁰ Alfaro Rosa María, “Comunicación para la salud y salud para la comunicación” en Memoria Primer Congreso Nacional para la Comunicación, La Paz – Bolivia, 12 al 14 de septiembre de 2001, Pág. 14.

La estrategia es un instrumento de planificación, contenida dentro de una política y que se hace efectiva a través de un plan. Es eminentemente metodológica y plantea objetivos concretos.⁴¹

Aplicada a la comunicación hablar de estrategias significa planear, organizar y dirigir nuestras actuaciones en las diferentes fases del proceso comunicativo, para luego examinarlas, verificarlas y evaluarlas⁴², dentro del proceso de la salud que es el cual intervenimos o somos parte.

Luis Ramiro Beltrán⁴³ la define como “estrategia de comunicación es un conjunto de prescripciones direccionales y procedimentales para enviar a la población mensajes que apuntalen a los fines de las estrategias de salud”.

Según John Nisbet las estrategias pueden ser:

- Microestrategias: si funcionan en niveles de acción sencilla. Simples en las que usamos conocimientos, técnicas y habilidades muy específicas.
- Macroestrategias que operan a niveles de ejecución superior, con acciones diversas en las cuales se combinan conocimientos, técnicas, habilidades, actitudes y valores y que se manejan en un proceso complejo⁴⁴.

En el caso del presente estudio se manejó una microestrategia, dentro de la vigilancia epidemiológica de una población centinela⁴⁵, que es la que está ubicada en la Red de Salud Corea de la zona Villa Eduardo Avaroa, de la ciudad de El Alto.

⁴¹ Beltrán Luis Ramiro y Zeballos René, Estrategias de comunicación educativa para el desarrollo, 1era ed., La Paz – Bolivia, Ediciones ERBOL, 2001, Pág.66.

⁴² Fonseca Yerena María del Socorro, Comunicación oral: fundamentos y práctica estratégica, 1era ed, México DF- México, Editorial Universidades, 2000, Pág.92

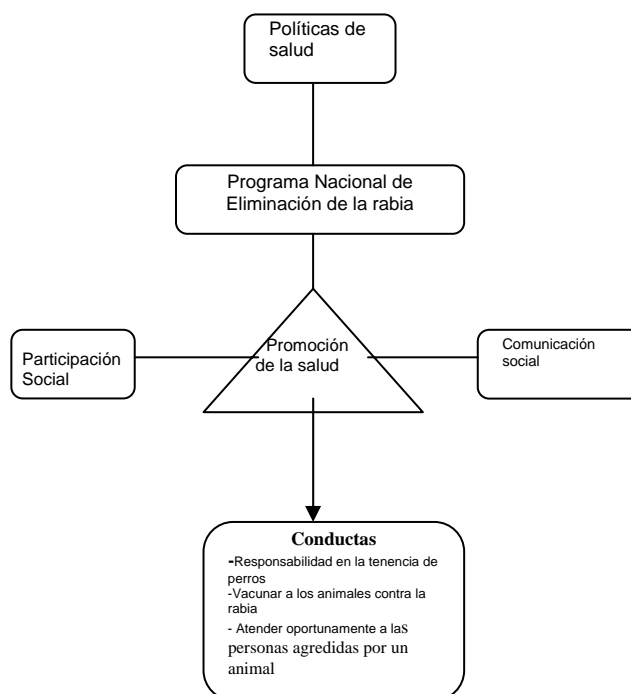
⁴³ Beltrán Luis Ramiro, Comunicación para la salud del pueblo, IV Foro Nacional de Salud Comunitaria, Bogotá- Colombia, septiembre 1998, Pág.36

⁴⁴ Fonseca Yerena María del Socorro, Comunicación oral: fundamentos y práctica estratégica, 1era ed., México DF- México, Editorial Universidades, 2000, Pág. 91

⁴⁵ La vigilancia centinela se realiza para cubrir las necesidades de los Programas que requieran una mayor calidad y cantidad de información y que permita establecer la tendencia y factores de riesgo de un problema específico a vigilar. EN la vigilancia centinela se realiza un uso intenso de los recursos y las acciones que se encuentran concentradas en un tiempo definido. Para la realización de este tipo de vigilancia se obtienen información de muestras lo más representativas posibles de las poblaciones vigiladas. En este caso la Red de Salud Corea, que en la ciudad de El Alto es la que tiene un índice mayor de casos de rabia humana y canina presentados durante la gestión 2005.

La comunicación estratégica tiene además dos elementos fundamentales que son la estructura, que esta formada por la planeación, organización e interacción; y la forma que depende de la interacción que se lleva a cabo en el momento de la comunicación (Figura No1: Programa de Salud Pública Veterinaria de la Organización Mundial de la Salud, realizado por María Victoria Thomas y Mercedes Montea Báez)

Figura Nº 1
Elementos básicos para la promoción de la salud respecto al mal de rabia



A partir de esta figura se diseñó una estrategia piloto de comunicación, para el Programa Nacional de Rabia en la ciudad de El Alto, sobre la base del estudio de caso de la zona Villa Eduardo Avaroa, basada en el modelo de planificación del Preceder-Proceder de Green y Kreuter que en sus 6 etapas, hace un diagnóstico completo de la población con la cual vamos a trabajar para luego definir las estrategias de intervención que se definieron de la siguiente manera:

- Comunicación educativa: Es un proceso planificado y sistemático encaminado a motivar a las personas a adoptar nuevas actitudes o comportamientos. Se basa en las inquietudes de los individuos, las necesidades que se perciben, las creencias y las prácticas culturales. promueven el diálogo, el intercambio de información y una mayor comprensión entre los protagonistas⁴⁶.
- Movilización social y movilización comunitaria: Es la suma de esfuerzos locales destinados a obtener el apoyo de la comunidad para determinados programas de salud en los cuales la movilización comunitaria para la salud será vital en la medida en que la participación la población debe ser sostenida y protagónica en el proceso⁴⁷.
- Abogacía: Es un esfuerzo generado desde la comunidad / o desde las organizaciones de desarrollo para influir positivamente en las decisiones y políticas públicas a través de varias formas de comunicación persuasiva⁴⁸.
- Información Pública: Son los esfuerzos realizados con los trabajadores de la prensa y los medios para mantener un tema en agenda pública.⁴⁹
- Eduentretenimiento: Resulta de la convergencia de la educación y el entretenimiento y que puede llegar a más personas por ser más eficaz y de menos costo que otras estrategias de intervención.

⁴⁶ Prudencio Carola, Plan Estratégico nacional IEC para el Desarrollo de la Salud Integral de la Adolescencia, La Paz . Bolivia, 2005, Pág.54

⁴⁷ Ibidem.

⁴⁸ Ibid. pág. 55

⁴⁹ Ibid. pág. 55

CAPÍTULO II

MARCO REFERENCIAL

2.1 El mal de rabia en el mundo

La rabia es un padecimiento de distribución universal a excepción de Australia. En países menos industrializados la exposición a perros y gatos constituyen la mayor fuente de rabia humana, a diferencia de países como Estados Unidos en los cuales hay incidencia de rabia también por animales salvajes como zorros o mapaches.

El mayor riesgo se encuentra en África, Asia y Latinoamérica, ya sea por animales salvajes (zorros, mangostas, murciélagos, monos, chacales, lobos, etc) o con mayor frecuencia por perros vagabundos.

El continente asiático tiene la mayor cantidad de casos de rabia en seres humanos, ya que representa más del 95 por ciento de todos los casos a nivel mundial con 35.000 muertes por año.

En 1983, la Organización Mundial de la Salud (OMS) informó que la rabia causaba 50.000 muertes anuales en países donde la enfermedad es endémica, en particular en Asia y el subcontinente indio.

En Latinoamérica, según un estudio de la Organización Panamericana de la Salud (OPS)⁵⁰, las 3 áreas de mayor concentración de casos humanos entre el 2001 y 2003 se encontraban en grupos poblacionales de bajos ingresos localizados en la periferia de las grandes ciudades como Puerto Príncipe en Haití, San Salvador en El Salvador y Fortaleza en Brasil. El 2004 fueron reportados 975 casos caninos en 14 países de la Región, siendo el mayor número de ellos en Bolivia (355), seguido de El Salvador (194); Venezuela (142) y Brasil (104).

⁵⁰ Organización Panamericana de la Salud, Eliminación de la rabia humana transmitida por perros en América Latina, 1era ed., Washington DC. USA, OPS, 2004, Pág.10.

2.2 Políticas Mundiales sobre el Manejo del Mal de Rabia

En la Organización Mundial de la Salud (OMS) existe desde hace muchos años un Comité de Expertos sobre la rabia que delinear los lineamientos básicos sobre como los países miembros deben y pueden manejar sus programas de lucha contra la rabia para erradicarla de sus países.

De acuerdo al único documento encontrado sobre el trabajo de estos expertos⁵¹ que data de 1984, se tienen los siguientes lineamientos, sobre el manejo del mal de rabia:

1) Consideraciones técnicas

El mencionado Comité de Expertos toma en cuenta ciertas consideraciones ecológicas y sociales para estructurar un programa de lucha contra la rabia y menciona que:

“...para la preparación de un programa de lucha contra la rabia es fundamental conocer la ecología de la población de los reservorios animales. Antes de iniciar un programa será preciso obtener datos acerca de la forma de propiedad de los perros, las relaciones entre estos y la sociedad humana, la densidad de población, la estructura por edades, la renovación, el hábitat, la relación entre perros y otras especies reservorio, Se buscara conocer ante todo datos ecológicos de las zonas donde mayores sean el riesgo de exposición y las probabilidades de diseminación “⁵²

Define sobre la base de este concepto que los perros pueden dividirse en los siguientes grupos:

- *Perros con dueño*: Se consideran propiedad de una determinada familia o que forman parte de un hogar, al cual aportan un valor económico o social puede tener o no libertad de movimientos. En los programas de lucha antirrábica

⁵¹ Único documento encontrado en la Biblioteca de la OPS de la ciudad de La Paz, 2006.

⁵² Organización Mundial de la Salud, Comité de Expertos de la OMS sobre la rabia :Séptimo Informe, Ginebra-Suiza, Gráficas Unidas de España, 1984, Pág. 41.

estos perros son vacunables o se puede conseguir que no salgan de los domicilios de su propietario.

- *Perros pertenecientes a una comunidad:* Se trata de perros que son aceptados por los residentes de una comunidad como si perteneciesen a esta; de ella, obtienen alimentos y albergue, al menos durante una parte del año. Estos perros pueden ser vacunados o no o se pueden eliminar por iniciativa de la comunidad, pero no de un individuo. En muchos países en desarrollo, estos perros pueden ser la clave del éxito o el fracaso de un programa.
- *Perros callejeros:* Animales sin dueño que no reclama ningún residente de la comunidad. Estos perros pueden vivir individualmente o en grupos. En general, en los programas de lucha antirrábica estos animales se pueden eliminar sin que nadie proteste.⁵³

Dicho informe recalca que los datos referentes a la magnitud y distribución de la población canina y su accesibilidad son esenciales para planificar los programas de vacunación y de eliminación de perros, así como para evaluar los resultados. A partir de estos resultados se ha conocido que en muchos países los perros con dueño son sobre todo machos, mientras que las hembras pertenecen con más frecuencia a la comunidad o son callejeras.

2) Educación y participación de la comunidad

La OMS menciona que el éxito de un programa de lucha antirrábica se gesta también en la participación de la comunidad, por lo que no solamente son necesarios métodos de lucha contra el mal de rabia aceptables y manejados por el gobierno, sino sobre todo la participación de la comunidad en el programa de lucha antirrábica.

⁵³ Organización Mundial de la Salud, Comité de Expertos de la OMS sobre la rabia :Séptimo Informe, Ginebra-Suiza, Gráficas Unidas de España, 1984, Pág.41

“Es preciso que los residentes reconozcan la importancia de eliminar la rabia, sepan como se puede conseguir y participen desde el principio en las medidas de lucha (...) La organización comunitaria puede desempeñar una función primordial en el éxito de los programas locales. La movilización de las sociedades locales de protección animal, clubes cívicos y educativos y organizaciones religiosas forman parte importante, tanto de las actividades de lucha contra la rabia como de cualquier otra acción de la comunidad”.⁵⁴

3) Vigilancia Epidemiológica

La Organización Mundial de la Salud recomienda que la vigilancia sea la base de todo programa de lucha contra la rabia, ya que con esta información se diseñan los planes para el tratamiento de gente expuesta al virus de la rabia. Se necesita el acopio, la correlación, la evaluación y la rápida transmisión de datos de diagnóstico, que además formarán la base de la planificación, organización y ejecución de los programas de lucha antirrábica.

4) Manejo perros y gatos mordidos por animales con rabia

El Comité recomienda encarecidamente que se elimine de inmediato cualquier perro, gato u otro animal de compañía mordido por un animal rabioso. Define que aquellos mordidos por un animal sospechoso o en situación desconocida se mantendrán durante 6 meses bajo vigilancia veterinaria. Si se trata de una animal vacunado se procederá a su revacunación y se restringirán sus movimientos (manteniéndose siempre con una correa o confinados) durante un periodo mínimo de 90 días.

5) Registro de perros

La OMS considera que el registro de perros constituye la base para la vigilancia de la población canina y la inmunización en masa frente al flagelo de la rabia. Sin embargo, también considera que como este registro puede ser asociado al pago de algún tipo de impuesto no se lleva a cabo, yendo dicha actitud en desmedro de los programas de control de población canina en las ciudades.

⁵⁴ Organización Mundial de la Salud, Comité de Expertos de la OMS sobre la rabia :Séptimo Informe. Ginebra-Suiza, Gráficas Unidas de España, 1984, Pág..43

6) Administración de vacunas

Ciertos lineamientos para controlar la población canina y también felina se basan en la vacunación que debe realizarse de la siguiente manera:

Perros: Primera vacunación a los 3-4 meses y una dosis de refuerzo de aproximadamente un año después. A un cachorro de menos de 3 meses se lo vacunará con una vacuna inactivada.

Gatos: El gato puede quedar bien inmunizado con vacunas inactivadas MLV pero no deben utilizarse cepas de LEP Fluir y ERA que en ciertos casos pueden resultar patógenas. Deben ser vacunados a los 3 meses.

7) Inmunización en masa

Para la OMS, la inmunización en masa consiste en interrumpir el ciclo de la transmisión de la rabia inmunizando a un mínimo de 80 % de los perros existentes de la comunidad, ya sea en consultorios veterinarios o en campañas masivas.

Recomienda que en los lugares donde no se permite la eliminación de perros vagabundos, estos deberán ser capturados e inmunizados.

La inmunización de perros ha de formar parte integrante de todos los programas a largo plazo de lucha antirrábica y se estimulará a los propietarios de perros a que, por la salud pública, procuren vacunar a sus animales tan pronto como sea posible una vez que hayan cumplido los tres meses de edad.⁵⁵

8) Regulación de la población canina

El comité de expertos especifica cuatro métodos prácticos para la regulación de la población canina:

- Confinamiento de los perros en el domicilio del dueño:
Esta es una medida que tiene gran importancia mientras dura la campaña antirrábica en la localidad.

⁵⁵ Organización Mundial de la Salud, Comité de Expertos de la OMS sobre la rabia :Séptimo Informe, Ginebra-Suiza, Gráficas Unidas de España, 1984, Pág.46.

- **Captura y eliminación:**
Para que estas medidas sean efectivas es preciso que sean completas y mantenidas sin afectar la sensibilidad de la población.
- **Destrucción de refugios:**
La magnitud de perros comunitarios y callejeros está regulada por las posibilidades de alimentación y refugio existentes, así como el número de perros que abandonan los propietarios. El almacenamiento y eliminación de basuras domésticas y la supresión de otras fuentes de alimentos y de refugio en las zonas residenciales, la limpieza de mercados y tiraderos de basura y la exclusión de los perros de mataderos o de zonas pesqueras, así como de zonas industriales y de almacenes, son medidas que permiten reducir eficazmente la población canina. Esto es eficiente cuando se trabaja con la comunidad.
- **Regulación de la reproducción:**
Aunque es costosa existe una gran necesidad de regular la población de perros y gatos.

La OMS acepta también que cuando la rabia canina esta controlada, la rabia felina desaparece.

2.3 El manejo del mal de rabia por el Ministerio de Salud

El manejo de las zoonosis y en específico del mal de rabia en Bolivia se basa en el Modelo de Vigilancia Epidemiológica del Ministerio de Salud. La vigilancia epidemiología se define como:

"La recolección continua y sistemática, el análisis y la interpretación de datos de salud esenciales para la planificación, implementación y evaluación de la práctica de la salud pública y la difusión oportuna de dichos datos aquellos que necesitan conocerla. El

concepto de vigilancia de la salud pública no incluye la administración de programas de prevención y control pero si el enlace con estos programas”.⁵⁶

A partir de esta vigilancia epidemiológica, el Ministerio de Salud ha considerado la necesidad de luchar contra la rabia humana y canina, por estar ambas dentro de sus factores de riesgo, haciendo énfasis en el trabajo con los Municipios.

Por esta razón el Doctor Wálter Agreda, encargado de Zoonosis del Ministerio de Salud el año 2000, afirmó en una ponencia del Modelo de Vigilancia Epidemiológica y análisis de la Situación de la Salud del año 2000, que ésta institución pública, debería manejar 4 estrategias principales de lucha contra la rabia :

- *De coordinación:*

Integrar al Viceministerio de Participación Popular al Comité Nacional de Zoonosis con el propósito de facilitar, de manera conjunta en las regiones, la negociación y gestión compartida para la obtención de recursos financieros de la Participación Popular a nivel de los Municipios, basados en el perfil epidemiológico regional y local.

En base a las instituciones que integran el Comité Nacional de Zoonosis, se invitaría a otras organizaciones para conformar el Comité Inter.-gerencial de Apoyo al Control de las Zoonosis.

Las direcciones departamentales en coordinación con los municipios podrían elaborar sus programas regionales de control, vigilancia y prevención de la rabia canina.

- *De Intervención:*

En la vacunación canina deberían:

- Atender la demanda espontánea de vacunación antirrábica de canes como actividad regular de los servicios de Salud.

⁵⁶ Ministerio de Previsión Social y Salud Pública: Dirección General de Epidemiología, Modelo Boliviano de Vigilancia Epidemiológica y análisis de la situación de la salud 2000, La Paz- Bolivia, 2004, Pág.20

- Las vacunaciones masivas (una o dos días) a nivel nacional seguirían siendo la actividad de control más importante.
 - La cobertura vacunal deberá enfatizar también las zonas rurales de mayor riesgo, principalmente Cochabamba, Santa Cruz, la Paz y Chuquisaca.
 - El mismo trabajo se debería realizar a nivel de fronteras.
 - Se intensificaría la participación de los Gobiernos Municipales, negociando la creación de Centros Municipales de Control de Rabia y/o Zoonosis y fortalecerlos donde ya existen: La Paz, Cochabamba y Santa Cruz.
- *De promoción de la Salud:*
Prevencción:
La práctica de este concepto permitiría a la población ser el protagonista conjuntamente con el sector salud en la eliminación de los factores asociados al riesgo de accidentes rábicos, de tal forma que trascienda la mera responsabilidad de proporcionar servicios clínicos y médicos, siendo más bien sensible a las necesidades culturales de la comunidad respecto al problema de la rabia.
 - *De vigilancia epidemiológica:*
El reforzamiento de la vigilancia epidemiológica, a partir de los servicios locales de salud, mediante la notificación del 100% de casos, clínica y laboratorialmente positivos de rabia canina y humana a las direcciones departamentales de salud y a nivel nacional tanto en forma inmediata semanal o mensual, con el propósito de configurar y declarar regiones libres como en el caso de Tupiza y Pando que en los últimos 5 años no notificaron casos de rabia canina y humana⁵⁷

Actualmente el Ministerio de Salud trabaja con los siguientes parámetros para la vigilancia epidemiológica de la rabia:

⁵⁷ Ministerio de Previsión Social y Salud Pública: Dirección General de Epidemiología, , Modelo Boliviano de Vigilancia Epidemiológica y análisis de la situación de la salud 2000, La Paz- Bolivia, 2004, Pág.100.

Tabla Nº 2
Parámetros de vigilancia epidemiológica

Enfermedad o daño	Factor de riesgo	Fuente de información	Periodicidad/recolección	Técnicas de recolección
Rabia canina Rabia humana	Canes (positivos) para rabia	INLASA	Quinquenal	Estudio por muestra 40

Fuente: Modelo de Vigilancia Epidemiológica 2000

A la par dicho trabajo es verificado por laboratorios especializados que cuentan con la infraestructura y recursos humanos, para hacer los análisis respectivos

Tabla Nº 3
Laboratorios especializados en la temática de rabia

Laboratorio	Dependencia	Apoyo diagnóstico
LIDIVECO	Min de Agricultura	Zoonosis
LIDIVET	Ministerio de Agricultura	Zoonosis

Fuente: Modelo de Vigilancia Epidemiológica 2000

2.4. El Programa Nacional de Rabia en Bolivia

A inicios de los años 80, a partir de un proyecto presentado a la Secretaria del Plan 480 de USAID, se logró toda una década de apoyo financiero sostenible para dar cobertura a cada uno de los planes del Programa Nacional de Rabia (Vigilancia, Control, Diagnóstico y Producción de Vacuna Antirrábica). La Organización Mundial de la Salud también apoyó al programa desde 1980 técnicamente con recursos financieros en la capacitación y elaboración de normas y procedimientos técnicos de vigilancia y control de la rabia.

El año 2000 la Secretaria Ejecutiva del Plan 480 finalizó el financiamiento para dicho programa, debido a los logros alcanzados: al inicio del programa la tasa de

mortalidad por rabia humana (25 fallecimientos en 1992) era el 0.36 x 100.000 habitantes y al finalizar el año 2000 tenía un 0.08 de fallecimientos.

El año 2002 la Organización Mundial de la Salud (OMS) evaluó el Programa Nacional de Rabia en Bolivia y evidenció que no se practicaba la vigilancia activa de perros sacrificados, muertos por accidente o muertos por síndromes nerviosos, sino que solamente se manejan muestras de perros sospechosos de haberse contagiado de rabia.

Sobre la vacunación antirrábica, la OMS anotó que aún se revelaban bajas coberturas vacunales, a pesar de que estas se realizan con participación de la comunidad, por los siguientes aspectos:

- Insuficiente e inoportuna disponibilidad de la vacuna
- Falta de una campaña intensiva de vacunación
- Bases de datos contradictorias relacionadas a la estimación de población canina a nivel nacional y departamental, lo que dificulta los procesos de programación y cálculos de cobertura de vacunación.
- Escasa priorización e intensificación de la vacunación en áreas de mayor riesgo epidemiológico (áreas periféricas de la ciudad)
- Poca promoción de servicios de vacunación antirrábica de forma permanente en las diferentes unidades de salud y centros municipales de salud y centros municipales de observación de animales.

Sobre las campañas de comunicación y difusión, a partir del año 2000, se conoce que declinaron los programas de capacitación técnica y de comunicación social en el Programa Nacional de Rabia, por la falta de recursos necesarios para el efecto.

Sin embargo, se conoce que los SEDES, en coordinación con las instituciones locales vinculadas la programa, en muy escaso número y sólo en ciertos momentos, como las campañas de vacunación desarrollan eventos de capacitación y producen

medios e instrumentos educativos, particularmente relacionados con la difusión del Programa.

El Programa Nacional de Rabia, en su estamento local tiene la función de “Brindar información a la comunidad sobre la enfermedad, así como medidas de prevención”⁵⁸. Sin embargo dichas actividades de comunicación son sumamente limitadas, sin control ni manejo de estrategias de mensajes en medios masivos o interpersonales o grupales.

Entre los planes de PNR no se tiene a estructuración de campañas masivas de comunicación, a pesar de que la rabia es una enfermedad prevenible mediante la difusión de información y el manejo de estrategias de salud comunitaria, el control de perros y gatos callejeros, y la pronta atención a las personas infectadas.

Al consultársele al responsable del Programa Nacional de Rabia, Dr. Héctor Mencias, cuantos programas o campañas de comunicación se habían realizado para hacer prevención de esta peligrosa enfermedad durante el año 2005, se conoció que cada Servicio Departamental de Salud, (SEDES) solamente habían hecho trabajo de difusión con perifoneos o cuñas radiales, cerca de las campañas de vacunación canina (una vez al año).

Puede verificarse que la comunicación para la salud es casi inexistente en el Programa Nacional de Rabia , como medida de prevención de la enfermedad.

2.5 Situación epidemiológica

2.5.1 El mal de rabia en Bolivia

La vigilancia y control epidemiológicos del mal de rabia en Bolivia se hacen bajo el documento del Manual de Normas de prevención de la Rabia del Ministerio de Salud de Bolivia, basado en el Modelo Boliviano de Vigilancia Epidemiológica del año

⁵⁸ Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, Manual de normas para la prevención, vigilancia y eliminación de la rabia, La Paz- Bolivia, PGD Impresiones, 2001, Pág.9.

2000, que tiene entre sus objetos y sujetos de vigilancia, a la rabia humana, dentro de las enfermedades transmisibles de vigilancia internacional.⁵⁹

Según datos proporcionados por el Programa Nacional de Rabia, el año 1992 se tuvo en Bolivia la tasa más alta registrada de casos de rabia humana con 25 casos a nivel nacional.

El año 1996 se tuvo por el contrario la tasa más baja de la década, con tres casos registrados de rabia humana a nivel nacional, en Santa Cruz, Cochabamba y La Paz.

Analizados los casos desde 1992 al 2000 se identificó que los periodos de incubación promedio de la enfermedad fueron de 64 días, con periodos extremos de 18 días y 7 años. En estos casos el animal transmisor fue el perro y uno de los casos registrados se dio por simple contacto por el animal⁶⁰.

En 1998 volvieron a aparecer nuevamente más casos de rabia canina en el país.. Para el 2004, la situación epidemiológica de la rabia canina en Bolivia empeoró considerablemente, con brotes en las ciudades antes mencionadas.

Según datos obtenidos del boletín semanal del Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS) hasta noviembre del año 2005, el problema del mal de rabia en el país se había incrementado considerablemente, teniendo aproximadamente 728 animales rabiosos confirmados, presentándose 436 casos más que en el año 2004, siendo las zonas más afectadas Santa Cruz y Cochabamba. El año 2005 cerca de 12 personas murieron víctimas del mal de rabia en el país.

Ese año fue uno de los más altos de incidencia de rabia canina en tres departamentos del país preponderantemente: Santa Cruz: (411 casos), Cochabamba

⁵⁹ Ministerio Previsión Social y Salud Pública, Dirección nacional de Epidemiología, , Modelo Boliviano de Vigilancia Epidemiológica y análisis de la situación de la salud 2000, La Paz- Bolivia, 2004, Pág. 33.

⁶⁰ Ministerio de Salud y Previsión Social, Manual de normas para la prevención, vigilancia y eliminación de la rabia, La Paz- Bolivia, PGD Impresiones, 2001, Pág.54

(153 casos), La Paz (99 casos) y El Alto (39 casos) y 65 casos de rabia humana en todo el país.

Según el informe sobre análisis de la situación en América Latina para la eliminación la rabia transmitida por perros de la Organización Panamericana de la Salud, fueron reportados 975 casos caninos en 14 países de la región, siendo el mayor número de ellos en Bolivia (728), El Salvador (194), Venezuela (142) y Brasil (104).

Por otra parte el primer semestre del año 2006, dicha situación de emergencia continuaba latente en todo el país con 428 casos de rabia animal y 4 casos de rabia humana confirmados en el país.

2.5.1.1 El mal de rabia en la ciudad de El Alto

La ciudad de El Alto, en el departamento de La Paz, es uno de los puntos vulnerables, donde aún la enfermedad de la rabia continua prevaleciente. El año 2005 se tuvieron 33 casos positivos de rabia canina, 5 casos de rabia felina y una de rabia humana en la ciudad de El Alto, principalmente en la Red Corea que abarca los distritos dos y tres de la ciudad de El Alto. Además se conoció que de 24 casos de rabia presentados en la ciudad de El Alto durante el primer semestre del año 2206, once casos positivos se presentaron en la Red Corea llegando a casi la mitad de los presentados. (.Ver anexos diagnóstico epidemiológico)

Siendo además que la rabia es un problema de manejo de animales la Alcaldía de El Alto realiza periódicamente censos sobre dicha población mediante la Unidad de Zoonosis, para ayudar a la prevención de la misma, mediante el control de animales mordedores.

Según informes obtenidos de dicha unidad del año 2005 al 2006 se tuvieron aproximadamente 260.098 perros y 72.827 gatos registrados en el servicio de Zoonosis de la ciudad de El Alto, con un 90% de la cobertura de vacunación en toda

la ciudad. La Red de Salud Corea, junto con la Red Los Andes tienen las poblaciones animales más grandes de la ciudad de El Alto.(Ver anexos)

Por estudios realizados por la misma repartición municipal, acerca de la prevalencia y características de los ataques de animales hacia la población alteña, durante el año 2005, se pudieron conocer los siguientes datos:

- Un 71 % de los perros que existen en esa ciudad son callejeros.
- La mayor parte de las denuncias sobre animales mordedores que han recibido se encuentran localizadas en los distritos 1, 2 y 3 y es específicamente en el Distrito 2 donde se encuentra nuestra población de estudio.
- La especie mordedora por naturaleza es el perro, mestizo, entre 1 y 5 años, con un 97 % de los casos registrados que tiene dicha repartición.
- Los animales mordedores tienen dueños con un 47 % de los casos
- La mayor parte de animales registrados como mordedores (57%) no están vacunados contra el mal de rabia

Durante el mes de agosto del 2006, en la reunión del Comité de Análisis de Información (CAI - Semestral), se conoció que en la ciudad de El Alto se habían presentado durante el primer semestre del año 2006 un promedio de 5 a 7 personas agredidas por día en dicha ciudad.

En ese informe finalmente dio a conocer que el total de proliferación de rabia canina era de un 16 % y de rabia felina un 4 % en la ciudad de El Alto. Los responsables afirmaron que la rabia seguía rotando pese a los bloqueos para controlarla realizados en las distintas redes.

Los encargados concluyeron que se debería vacunar a los perros callejeros, de la feria 16 de julio, y coordinar con el departamento de Zoonosis del Municipio para la total erradicación de la enfermedad.

Posteriormente a estos datos el 12 de agosto del 2006 se llevó a cabo la campaña de vacunación antirrábica canina se llegando a vacunar a 76% de canes y a un 113,5 % de gatos existentes en la ciudad de El Alto, con lo que el porcentaje de casos de rabia en la ciudad de El Alto bajó considerablemente (Ver anexos diagnóstico epidemiológico)

2.6 El mal de rabia en la Red Corea

La Red de Salud Corea, ubicada en la ciudad de El Alto de La Paz, es dependiente del Sistema Regional de Salud de la ciudad de El Alto y comprende barrios y sectores de los distritos 2 y 3. Durante los años 2005 y 2006 tuvo la incidencia más alta de casos de rabia en la ciudad de El Alto por lo que fue definido como objeto de este estudio. Comprende 260 zonas de influencia (con 74 centros de salud) y 210.432 personas que son atendidas por los diferentes centros, que dependen de dicho Red de Servicios.

Articula las siguientes redes sociales:

1. Manzaneras de la Salud: 178 personas que hablan quechua, aymara o castellano.
2. Defensorías: 16, 3 por centro de salud y uno en el Hospital Corea con personal que habla quechua, aymara y castellano.
3. Mercados saludables: en número de 20 donde existen instalaciones de UCOS (1), centros de adolescentes (7), pro-mujer (4) y un centro Crecer.
4. Unidades Educativas: 131 con una población de 69.717 estudiantes en los colegios fiscales (108) y 7731 en los colegios particulares (23).
5. Juntas vecinales: En el distrito 2 existen 98 juntas vecinales y en el distrito 3 existen 162 juntas vecinales haciendo un total de 260 juntas de vecinos en la Red de Salud Corea.
6. Organizaciones no Gubernamentales: Trabajan en la Red de Salud Corea las siguientes ONG's: Jacaña Utasa, Madre Piedad, Sartasin Warmi, Pro-Salud, Casa Kaki, Casa Cuna, Pro- Mujer, Cotalma, Inter.-vida, Kolping, Crecer, CIES y el Consejo Rural Andino.

7. Fábricas: Existen 7 fábricas de pan, 2 fábricas de dulces, 5 fábricas de telas, 2 fábricas de gaseosas, 2 fábricas de helados, 7 almacenes, 4 financieras, 2 bancos, 18 farmacias, 8 estaciones de servicios y 3 laboratorios farmacéuticos.
8. Emisoras: Funcionan en dicho distrito dos emisoras: Radio Inca y Radio San Gabriel.
9. Seguridad Pública: Existen 7 retenes policiales, el Comando Regional de la Policía y la Unidad de Bomberos.
10. Sub – alcaldías: Existen 2: Una en el distrito uno y otra en el distrito tres.

Durante el año 2005 en la Red de Salud Corea, se realizó el manejo de tratamientos contra la rabia a un total de 45 personas, siendo la zona de mayor incidencia la zona del distrito 2, que abarca una población aproximada de 28.809 personas y una población canina de 5362 perros . Se tuvo además un número de 796 personas en toda la Red sospechosas de haber sido mordidas por un animal sospechoso de rabia.

Según los responsables de dicha Red solamente se llevó a cabo una campaña de vacunación canina, el 13 de agosto de 2005, con una cobertura total de 38.063 perros, 6.335 gatos vacunados, con un porcentaje de cobertura de 83.3 % de la población total de 50.751 canes esperados. Dicha campaña, según la responsable de epidemiología de dicha Red, Lic. Dina Condori, se realizó convocando a la población únicamente por medio de perifoneos, en la medida que no tienen otros medios para convocar a la población.

Además se pudo conocer que la Red de Salud Corea, dentro de la cual se encuentra el Centro de salud y población estudiada de Villa Eduardo Avaroa, tuvo durante el año 2005 una población canina de 72.733 sujetos y felina de 20.365 animales por 232.745 habitantes, siendo la proporción de 3 perros por persona y once gatos por persona.

Se presupone que esta población numerosa de animales influyó en que dicha Red de Salud haya tenido también los más altos índices de rabia canina y felina durante los años 2005 y primer semestre del 2006.

De igual manera la Red Corea fue la con más alta incidencia de animales con rabia, predominantemente perros, en la ciudad de El Alto, en el primer semestre del año 2006 , pues durante el CAI semestral se dio a conocer que el año 2006 subieron los casos de rabia canina a un 6.2 % en la Red Corea, que tuvo un número de 507 personas mordidas en ese primer semestre.

Durante el año 2006, tal como lo demuestra el diagnóstico epidemiológico presentado a continuación, el índice de caos en la Red siguió siendo el más alto, en relación a otras redes de salud de la ciudad de El Alto.

Tabla N°4
CASOS COMPROBADOS DE RABIA ANIMAL- RED COREA 2006

Nº	Distrito	Red de Salud	Fecha toma de Muestra	INLASA Muestra Nº	Especie	Dirección	Fecha del Resultado
1	2	Corea	10/01/2006	008/06	canina	Villa El Carmen, c/ Tomas Frías Nº 1255	12/01/2006
2	3	Corea	13/01/2006	016/06	canina	Z/ San Eugenio, c/ Hilarión Daza Nº 1521	16/01/2006
	6	Los Andes	02/02/2006	047/06	felina	San Luis Tasa (Feria 16 de julio), av/ Cochabamba entre c/ 1 Nº 100	03/02/2006
3	3	Corea	14/02/2006	061/06	felina	Villa Adela, Plan/43 Mzo. 223 Nº 36	16/02/2006
4	2	Corea	05/03/2006	103/06	canina	Nuevos Horizontes II, c/ D-3 Nº 752	07/04/2006
5	3	Corea	06/04/2006	111/06	canina	Alto de la Alianza, av/ Almirante Graum Nº 452	11/04/2006
6	3	Corea	05/06/2006	169/06	felina	Amor de Dios, c/ Huancane, Nº 1064	06/06/2006
7	2	Corea	09/06/2006	180/06	canina	San Juan Kenko, av/ Ilbo S/Nº (Reten Sur GMEA)	13/06/2006
8	3	Corea	19/06/2006	185/06	canina	San José – Ingavi Pampa, av/ Topater Nº 2394, entre c/ viacha	20/06/2006
9	3	Corea	06/07/2006	197/06	canina	Cosmos 79, c/ Pallcoma Nº 1084	10/07/2006
10	2	Corea	21/07/2006	210/06	canina	Santiago II, c/ 8 Nº 152	24/07/2006
11	3	Corea	26/07/2006	215/06	canina	Villa Dolores "F", c/1 Nº 11	28/07/2006

Fuente: Dirección de Zoonosis, Alcaldía Municipal de El Alto, 2006

CAPÍTULO III

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

3.1 Situación problemática

El alto índice de casos de rabia humana con muerte, transmitidos por mascotas, (predominantemente perros) en tres ciudades del país: Cochabamba, Santa Cruz y La Paz (se encuentra incluida la ciudad de El Alto), se constituyó el año 2005 en un problema de salud difícil de controlar en Bolivia. Se comprobaron 868 casos de rabia canina, 20 de rabia felina y 12 casos de rabia humana en todo el país, mientras que los casos presentados durante el primer trimestre del año 2006 fueron igual de altas (4 casos de rabia humana, 418 casos de rabia canina y 10 de rabia felina).

Lamentablemente este problema se suscita debido a varias condiciones adversas que el Programa Nacional de Rabia, ha tenido que enfrentar:

- Falta de presupuesto para implementar más campañas de vacunación en todo el país. Usualmente, según los responsables de dicho programa⁶¹, se realiza sólo una campaña de vacunación canina y felina al año, siendo esta totalmente insuficiente, en la medida que muchos de los animales, principalmente perros, que son transmisores del mal, no llegan a ser vacunados y se reproducen con facilidad.
- Falta de presupuesto para poder realizar tratamientos post-exposición de la población afectada: la poca cantidad de vacunas y sueros antirrábicos es también otro grave problema que debe enfrentar el programa, frente a la cantidad de personas, víctimas de un ataque por un animal supuestamente rabioso.
- El casi total desconocimiento de la población respecto a la enfermedad principalmente cómo se contrae la misma, cómo se la puede prevenir y cómo se la tiene que tratar. Esta falta de información ha derivado en muchos casos en la

⁶¹ Entrevista realizada al doctor Héctor Mencías, Director del Programa Nacional de Rabia, febrero 2006.

poca importancia que la población le da a la mordedura de un animal (perro, gato, murciélago) y las consecuencias fatales posteriores que su falta de atención puede tener.

- La inexistencia casi total de campañas comunicacionales de difusión, prevención y promoción de actitudes frente al mal de rabia, desde la creación del programa en 1980.

Entre los planes del Programa Nacional de Rabia no se tiene previsto la estructuración procesos de planificación estratégica de la comunicación, a pesar de que la rabia es una enfermedad de urgente notificación epidemiológica y de fácil manejo y prevención (vacunación canina y felina) y que se puede prevenir mediante campañas masivas de comunicación para la salud y campañas de vacunación de animales vectores de la enfermedad.

El trabajo del Programa Nacional de Rabia se limita únicamente, por lo antes mencionado, a la provisión de vacunas y la vigilancia epidemiológica⁶² en el país.

A este respecto el presente estudio seleccionó a ciudad de El Alto y en especial la Red de Salud Corea, zona Villa Eduardo Avaroa, en la medida en que presentan en un nivel micro- social la situación que ocurre en casi en todo el país: inexistencia de campañas de comunicación para la salud, falta de recursos económicos, campañas limitadas de vacunación, a pesar de que es una de las Redes de salud con más incidencia del mal de rabia humana y canina en la ciudad de El Alto.

El único recurso comunicacional que se utiliza en dicha Red es el perifoneo como medio de comunicación de las campañas de vacunación (paleativo), pero no así otro tipo de medios para informar y prevenir a la gente sobre este mal, previniendo la expansión de esta enfermedad.

⁶² En la unidad 4 de los módulos de vigilancia epidemiológica de la OMS, se define a la vigilancia epidemiológica como la observación sistemática y continuada de la frecuencia, la distribución, los determinantes de los eventos de salud y sus tendencias en la población.

3.2 Planteamiento del problema

La total inexistencia de un trabajo estratégico comunicacional en el Programa Nacional de Rabia de El Alto y en especial en la Red de Salud Corea, podría ser una de las causas que ha repercutido en el trabajo de prevención y difusión de dicho programa, aunado al casi total desconocimiento de medidas de prevención de la población respecto a la enfermedad.

3.3 Justificación del estudio

Según entrevista realizada al responsable del Programa Nacional de Rabia, Dr. Héctor Mencías, el año 2005 tuvo una alta incidencia en la aparición de casos de rabia ya que los casos de rabia humana sobrepasaron por casi el doble a los casos presentados en el año 2004, datos que no concuerdan con los proyectos de la Organización Mundial de la Salud, que tenía previsto en sus planes estratégicos erradicar la rabia de mundo en el año 2005.

Al consultársele, cuántos programas o campañas de comunicación se habían realizado para hacer prevención de esta peligrosa enfermedad durante el año 2005, se conoció que cada Servicio Departamental de Salud (SEDES), hace un trabajo individual al respecto.

Específicamente, en el caso de la Red de Salud Corea, según información proporcionada por los responsables⁶³ de dicho centro, lo único que se llevó a cabo, fue la realización de la campaña de vacunación canina del año 2005, usando el perifoneo por las diferentes zonas de los distritos 2 y 3 que abarca dicha Red de Salud, como medio de comunicación para que la gente supiera el día y hora del inicio de la campaña.

⁶³ Entrevista realizada a la Lic. Lina Condori, responsable epidemiológica de Red Corea, marzo 2006.

A partir de esta información y viendo las alarmantes estadísticas que ponen a Bolivia en un lugar de riesgo a nivel Latinoamérica, en cuanto a la incidencia del mal de rabia, se propuso el estudio de diagnóstico y elaboración de una estrategia piloto de comunicación, para potenciar este programa.

Creemos que uno de los factores de incidencia en la proliferación de casos de rabia canina y humana, es la insuficiente información y el manejo inexistente de redes de capacitación del personal de salud hacia el público, de salud comunitaria y de prevención, lo que hace que el flagelo de la rabia aún este cobrando vidas humanas en Bolivia.

La estructuración de una estrategia de comunicación piloto para el Programa de Rabia, tomando como población la Red de Salud Corea, zona Villa Eduardo Avaroa, será de gran ayuda en la medida en que pueda utilizarse como un esquema fácil de aplicar en otros contextos o regiones del país, para llegar a difundir información necesaria y consensuada, sobre la base de los imaginarios de la gente y, además, prevenir el incremento de la enfermedad, tomando en cuenta lo que la gente piensa, sabe o siente cuando le hablan del mal de rabia

3.4 Objetivos

Objetivo general

Diseñar una estrategia piloto de comunicación para la prevención del mal de rabia que motive el cambio voluntario de comportamiento, en base al diagnóstico del Modelo Precede- Procede, en pobladores y personal de salud de la red de Salud Corea, zona Villa Eduardo Avaroa.

Objetivos específicos

- 1) Definir las características sociales y epidemiológicas que tienen los pobladores y personal del centro de salud de Villa Eduardo Avaroa. (DIAGNÓSTICO SOCIAL, EPIDEMIOLOGICO)

- 2) Determinar los conocimientos y prácticas que tiene la población meta y el personal del centro de salud Villa Eduardo Avaroa, respecto a la tenencia y cuidado de mascotas (DIAGNÓSTICO CONDUCTUAL)

- 3) Diagnosticar como conceptualiza la población meta y el personal de salud del centro de salud de la zona de Villa Eduardo Avaroa, al mal de rabia y cuales son los principales problemas que se tienen al respecto y que evitan la adecuada información y prevención de la misma (DIAGNOSTICO CONDUCTUAL)

- 4) Delimitar los principales problemas actitudinales, de información e interrelación de la población y el personal de salud en el proceso de prevención vacunatoria en consultorio, que pueden actuar como barrera para la prevención del mal de rabia. (DIAGNÓSTICO CONDUCTUAL)

- 5) Estructurar, en base al diagnóstico conductual, los predisponentes, reforzadores y facilitadores de los conocimientos, actitudes y prácticas de las poblaciones estudiadas respecto al mal de rabia (DIAGNÓSTICO EDUCATIVO)

- 6) Conocer la opinión de la población, personal de salud y autoridades inmersas en la problemática, respecto a las políticas de manejo de animales vagabundos y el control de la rabia (DIAGNÓSTICO DE POLÍTICAS)

3.5 Alcance del trabajo

El alcance del trabajo estará determinado por tres dimensiones: la temática, la espacial y la temporal:

- Dimensión temática: La prevención del mal de rabia desde la estructuración de una estrategia piloto de comunicación y salud, bajo el modelo del Preceder – Proceder.
- Dimensión espacial: El presente estudio se realizará en la ciudad de El Alto, específicamente la Red de Salud Corea, zona Villa Eduardo Avaroa,, que es la zona que tuvo mayor incidencia y presencia de casos de rabia humana y canina en los últimos 2 años.
- Dimensión temporal: La delimitación temporal se hará sobre la base de:
 - 1) Análisis de la campaña de vacunación del año 2005 .
 - 2) Diagnóstico de CAPS el primer semestre del 2006.

CAPÍTULO IV

MARCO METODOLÓGICO DEL DIAGNOSTICO

4.1. Tipo de estudio

El presente estudio se realizó bajo una línea de investigación no experimental teniendo en cuenta el concepto de Hernández- Sampieri que lo define como:

“ Aquella que se realiza sin manipular deliberadamente variables. Es decir, es investigación donde no hacemos variar intencionalmente las variables independientes. Lo que hacemos en la investigación no experimental es observar fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlos”⁶⁴.

En este caso se buscó conocer los conocimientos, actitudes y prácticas de las personas de la zona Villa Eduardo Avaroa, sobre el mal de rabia sin manipular su realidad, sino solamente observándolos.

Se define además como un estudio exploratorio en la medida, que es el primer estudio, que se hace para el Programa Nacional de Rabia, acerca de las CAP's de la población afectada e inmersa en el problema como del personal de salud, para proponer una estrategia de comunicación, que ayude a esa instancia de salud a prevenir la enfermedad.⁶⁵

Manejó además un diseño transeccional descriptivo debido a que como definen Sampieri “ los estudios transeccionales descriptivos tienen como objetivo indagar la incidencia y los valores que se manifiestan en una o más variables”⁶⁶. En este caso, se buscó conocer la incidencia y percepción de las poblaciones inmersas en el problema (pobladores de Villa Eduardo Avaroa y personal de salud de la misma), mediante los diagnósticos sociales, epidemiológicos, conductuales y educativos llevados a cabo.

⁶⁴ Hernández Sampieri Roberto, Fernández Collado Carlos y Baptista Pilar, Metodología de la investigación, 1era ed., Bogota- Colombia, McGraw Hill, 1991, Pág. 189

⁶⁵ Sampieri define los estudios exploratorios como aquellos que examinan un tema de investigación poco estudiado o no abordado antes.

⁶⁶ Hernández Sampieri Roberto, Fernández Collado Carlos y Baptista Pilar, Metodología de la investigación, 1era ed., Bogota- Colombia, McGraw Hill, 1991, Pág. 189

Tomando en cuenta el concepto de Hernández Sampieri sobre los estudios descriptivos que apunta a que estos “buscan especificar las propiedades importantes de las personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis”⁶⁷.

Este diseño comprendió la descripción, registro, análisis e interpretación de la naturaleza actual del problema (mal de rabia), y la comprensión de procesos o fenómenos (conocimiento y percepción del problema de salud frente a la población y el personal de salud).

El presente estudio fue trabajado mediante el manejo de técnicas de investigación mixtas, pues se utilizaron tanto técnicas cualitativas y cuantitativas.

Cualitativas, que como apuntan Taylor y Bogdan se refiere “en su más amplio sentido a la investigación que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas y la conducta observada... un modo de encarar el mundo empírico”⁶⁸. En el caso del presente estudio se utilizaron la observación directa y las entrevistas en profundidad.

Cuantitativo en el sentido de que se utilizaron técnicas de conteo para el desarrollo del mismo, pues se trató de conocer lo que la gente piensa y siente frente a esta enfermedad mortal y sobre los servicios de salud que la previenen, basándose también en las estadísticas epidemiológicas y las técnicas e instrumentos cuantitativos para ayudar a obtener los resultados. Para llegar a estos resultados se utilizaron las encuestas a la población de estudio y personal de salud.

⁶⁷Hernández Sampieri Roberto, Fernández Collado Carlos y Baptista Pilar, Metodología de la investigación, 1era ed., Bogota- Colombia, McGraw Hill, 1991, Pág. 61

⁶⁸Taylor Steve y Robert Bogdan, Introducción a los métodos cualitativos de investigación, 1era ed., México- México, Limusa Noriega Editores, 1997, Pág. 19

4.2 Modelo de planificación de la estrategia

El estudio que se presenta a continuación basó su diagnóstico en el modelo de planificación de comunicación para la salud del Preceder – Proceder.

Dicho modelo se apoya en el principio de que la mayoría de los cambios de comportamiento son voluntarios por naturaleza. Este se reflejó en el proceso sistemático de planeación que intenta emponderar a los individuos a través de comprensión, motivación y habilidades para que participen activamente en la resolución de los problemas de su comunidad con el fin de mejorar la calidad de vida.⁶⁹

Además es parte de la teoría y manejo de la Comunicación Participativa en Salud, que está basado en una matriz difusionista, y trabaja con el cambio de actitud a través de la difusión de innovaciones. Es un modelo sumamente práctico, pues varios estudios demuestran que los cambios de comportamiento perduran cuando las personas han participado activamente en la estructuración de los mismos y la toma de decisiones para el cambio se hace a lo largo del proceso. En éste los individuos toman decisiones saludables a través del cambio de comportamiento y del cambio de políticas que influyen en sus conductas y actitudes.

Enfatiza la idea básica de que la salud y las conductas de las personas están determinadas por múltiples factores y que las acciones multisectoriales y multidisciplinarias son fundamentales para lograr el cambio de conducta esperado.

Maneja los siguientes componentes:⁷⁰

- Predisponentes
- Reforzadores
- Facilitadores

⁶⁹ La iniciativa de comunicación: Modelos de planeación, El modelo precede-procede. Disponible en : <http://www.commint.com/la/modelos> de planeación/modelos 2004/modelos planeación11

⁷⁰Herrera Karina, Módulo de Comunicación y Salud, Módulo de enfoques de comunicación para la salud, Maestría de Comunicación para la Salud, Universidad Mayor de San Andrés, La Paz . Bolivia, 2003, Págs. 9-11

- Causas
- Lo educacional
- El diagnóstico
- La evaluación

Dichos componentes son manejados en cinco fases de estudio:

1. *Diagnóstico social*: Considera la “calidad de vida”, de las personas del estudio. Tiene, también, sus implicancias a partir del contexto y realidad de la población o región geográfica que se estudia.
2. *Diagnóstico epidemiológico*: Identifica los problemas concretos de salud referentes al estudio.
3. *Diagnóstico conductual y ambiental de los comportamientos y de los factores del entorno del programa por realizar*, buscando conocer las conductas específicas de la población que se relacionan con los problemas de salud identificados (se trabajó sobre las conductas para motivar al cambio voluntario de las mismas).
4. *Diagnóstico educativo y organizativo*: Donde a partir de nuestro análisis se logró la identificación de factores predisponentes, facilitadores, de refuerzo, que predisponen, refuerzan o facilitan el cambio de comportamiento para la estrategia de comunicación:
 - Predisponentes: Percepciones, valores, creencias, actitudes de las personas que facilitan o dificultan la motivación para el cambio esperado.
 - Reforzadores: Relacionados al *feedback* de la conducta –ya sea de aceptación o de rechazo.
 - Facilitadores: Las barreras creadas principalmente por fuerzas sociales o de los sistemas (escasos recursos, personal de los centros, falta de

seguro médico, etc.) habilidades y conocimientos requeridos para que la conducta deseada se lleve a cabo.

5. *Diagnóstico del ambiente administrativo y político* que evalúa la capacidad organizacional gerencial y los recursos disponibles para el desarrollo e implementación de programas, y que puedan influenciar los factores de la conducta deseada. Las fases siguientes son la de ejecución y evaluación.
6. *Ejecución*: Desarrollada sobre los 5 puntos anteriores y se basa en el desarrollo e implementación del programa o la estrategia. En el caso de este estudio no se llevará a cabo pues para eso se necesitaría financiamiento a nivel Ministerio de Salud Pública o Organismos Internacionales de Cooperación. En todo caso, se propone que sea el Programa Nacional de Rabia quien lleva a cabo este punto a futuro.
7. *Evaluación*: Como actividad pareja a la ejecución que será una permanente herramienta de ajuste de lo diagnosticado.

4.3 Selección de la muestra

La muestra determinada para el diagnóstico de este estudio fue determinada en la Red de Salud Corea, sector zona Villa Eduardo Avaroa, de la ciudad de El Alto, y se la determinó en base a los siguientes lineamientos:

- La ciudad de El Alto ha alcanzado en el último tiempo un crecimiento acelerado de su población llegando casi a tener la misma población que la ciudad de La Paz, según informes estadísticos del INE⁷¹. Por ser una ciudad joven, heterogénea y multicultural y donde aún se están estructurando algunas bases de su funcionamiento y regulación se hace ideal para un estudio de plan piloto.

⁷¹ Encuesta Nacional de Población del Instituto Nacional de Estadística INE - 2001.

- La prevalencia epidemiológica de presencia del mal de rabia en la Red de Salud Corea, en relación a las otras redes de salud de dicha ciudad.
- Delimitación de la zona Villa Eduardo Avaroa, para la muestra representativa centinela, por ser la que según estadísticas de la Red de Salud Corea, la zona de su jurisdicción que tuvo la mayor incidencia de casos de mordeduras de perros durante el año 2005.
- Delimitación de la zona Villa Eduardo Avaroa para la muestra de estudio por ser una de las zonas de El Alto en la que está mejor estructurada una red social y vecinal, que ayudará en la estrategia de comunicación, para realizar el proceso de salud comunitaria.

4.3.1. Naturaleza de la muestra

Para determinar la naturaleza de la muestra se definió primero su significación. Según la definición de Ezequiel Ander Egg, el universo o población es “la totalidad de un conjunto de elementos, seres, u objetos que se desee investigar y del cual se estudiará una fracción (la muestra) que se pretende reúna las mismas características y en igual proporción”⁷².

En el caso del presente estudio de acuerdo a la información remitida, a finales del 2005 y primer trimestre del 2006, por la división de epidemiología del Servicio Regional de Salud (SERES) de la ciudad de El Alto, la Red de Salud con mayores problemas relacionados con el mal de rabia fue la Red de Salud Corea. Es decir que la población universo de este estudio incluyó a la Red antes mencionada, que abarca los distritos 2 y 3 de la ciudad de El Alto y que contiene aproximadamente 260 zonas con 74 centros de salud.

⁷² Ander Egg Ezequiel, *Técnicas de la investigación social*, 21 ava ed, Editorial Humanitas, Buenos Aires, pág.179.

Por otra parte según la definición de Hernández, Sampieri, Collado y Lucio, muestra es “un subgrupo de la población (...) es un subconjunto de elementos que pertenecen a ese conjunto definidos en sus características al que llamamos población”⁷³. La muestra extractada de acuerdo a los reportes del año 2005- 2006 por parte de la Red de Salud Corea, fue el de la zona de Villa Eduardo Avaroa, ubicada en el camino a Viacha y que con su centro de salud atiende a más de 15 zonas alrededor.

A partir de estos lineamientos se determinó definir dicha muestra como una “muestra centinela”. Esto a partir de los términos de epidemiología de la “vigilancia centinela” para el manejo de la muestra, definiendo a esta como aquella que se basa en la información proporcionada por un grupo seleccionado de fuentes de notificación del sistema de servicios de salud (unidades centinela) que se comprometen a estudiar una muestra preconcebida (muestra centinela) de individuos de un grupo poblacional específico en quienes se evalúa la presencia de un evento de interés para la vigilancia (condición centinela).

Por extensión el termino "vigilancia centinela" se aplica a una forma de vigilancia selectiva de tipo comunitario que, por periodos cortos de tiempo recolecta datos de una población específica y geográficamente definida (sitio centinela) de interés especial ⁷⁴.

A través de la vigilancia centinela es posible obtener una idea más precisa de la magnitud y evolución de los problemas. Tiene un menor costo por resultado o por comparación a la vigilancia regular y en muchas ocasiones un menor costo global, permitiendo la utilización de métodos clínicos y diagnósticos. La vigilancia centinela se realiza en menor tiempo permitiendo coleccionar, analizar y diseminar la información de manera oportuna.⁷⁵

⁷³Hernández Sampieri Roberto, Fernández Collado Carlos y Baptista Pilar, Metodología de la investigación, 1era ed., Bogota- Colombia, McGraw Hill, 1991, pág.212

⁷⁴ Organización Mundial de la Salud: Módulos de principios de epidemiología para el control de enfermedades, Vigilancia de la Salud Pública: Unidad 4, 2da ed., Washington- USA, 2002, Pág.17

⁷⁵Ministerio de Previsión Social y Salud Pública: Dirección General de Epidemiología, Manual de normas y procedimientos para la vigilancia epidemiológica, La Paz- Bolivia, 2002, Pág.15

En nuestro estudio dicha vigilancia se desarrolló en la zona Eduardo Avaroa, con su población y el personal de salud del Centro de Salud, ubicado en la misma zona, que es una muestra preconcebida de lo que sucede en la ciudad de El Alto, y en la cual se estudió una población centinela, que nos ayudó a conocer su problemática social y epidemiológica, las actitudes respecto a la tenencia de mascotas y al mal de rabia, los predisponentes, reforzadores y facilitadores educativos y la implementación de las políticas públicas y administrativas que tienen incidencia en el problema de salud (mal de rabia) que están definidos en los objetivos específicos del diagnóstico. y que nos ayudaron a realizar este estudio frente a una condición centinela que es el mal de rabia.

4.4 Técnicas e instrumentos

Las técnicas e instrumentos que se utilizaron son los siguientes:

Encuestas por muestreo:

Para la cual se utilizó un cuestionario que según Hernández, Collado y Lucio consiste en “ un conjunto de preguntas respecto a una o más variables a medir”⁷⁶

Se aplicó un cuestionario de preguntas abiertas y cerradas (Ver Anexos) tanto para la población meta (30 preguntas) y para el personal de salud (29 preguntas) sobre las temáticas de tenencia de animales, conocimiento sobre la rabia, conocimiento sobre servicios de salud respecto a la rabia, conocimiento intergrupales entre personal de salud y población y medios de comunicación.

Determinación de la muestra de la población

Delimitación: Para conocer el nivel de contagio de la enfermedad del mal de rabia en la zona Villa Eduardo Avaroa de la ciudad de El Alto, es que se seleccionó una muestra representativa de las personas susceptibles a contagiarse de esa enfermedad de esa zona.

⁷⁶ Hernández Sampieri Roberto, Fernández Collado Carlos y Baptista Pilar, Metodología de la investigación, 1era ed., Bogota- Colombia, McGraw Hill, 1991, Pág. 285.

Tipo de muestreo: _El muestreo que se aplicó fue del tipo aleatorio simple para la selección de personas, dada la homogeneidad de la población de estudio.

Método de selección de la muestra:

N=Población de personas

n=Tamaño de la muestra

p=probabilidad de éxito

z=valor estandarizado normal

E=margen de error

Datos:

N=2846 personas

z=1.96 (95% nivel de confianza)

p=0.22846 (28.84 % de personas susceptibles a la enfermedad del mal de rabia)⁷⁷

q=0.71115 (71.15 % complemento de p, porcentaje de personas no susceptibles a la enfermedad del mal de rabia)

E=0.05 Error relativo máximo esperado (5%)

Fórmula para el cálculo del tamaño de muestra:

La fórmula empleada para el cálculo es la siguiente:

$$n = \frac{N \cdot p \cdot q \cdot z^2}{E^2 \cdot (N - 1) + p \cdot q \cdot z^2}$$

Cálculo del tamaño de muestra:

$$n = \frac{2846 \cdot 0,2884 \cdot 0,71115 \cdot 1,96^2}{0,05^2 \cdot (2846 - 1) + 0,2884 \cdot 0,71115 \cdot 1,96^2} = 284 \text{ personas}$$

⁷⁷ Ministerio de Salud Pública y Deportes de Bolivia, 2006.

Criterios de selección:

La persona debía vivir en la zona Villa Eduardo Avaroa de la ciudad de El Alto y ser mayor de 15 años, entre el 5 de junio y el 5 de julio de 2006.

Determinación de la muestra del personal de Salud: Para realizar la encuesta en el centro de Salud de Villa Eduardo Avaroa, se tomó en cuenta a todo el personal de salud que trabaja allí, incluido el personal administrativo que se contabilizó como 23 personas, entre médicos, auxiliares de enfermería, enfermeras, y personal administrativo, que trabajó en dicho lugar entre el 5 de junio al 5 de julio de 2006.

La observación directa: Según Roxana Barragán la técnica de la observación es primordial en cualquier investigación:

“Observar no es, sin embargo sólo mirar. Se trata de hacerlo en forma sistemática y en lo posible de manera controlada y precisa (...) Implica tomar notas sobre eventos, comportamientos, objetos, etc encontrados en un lugar de estudio”⁷⁸

Se tuvo que salir del lugar específico del estudio pues el único centro donde se podía hacer este tipo de observación era en el vacunatorio de Zoonosis del Servicio Regional de Salud (SERES) de El Alto, conocido por la gente como Centro de Referencia Ambulatoria (CRA), lugar donde se aplican los tratamientos humanos para prevenir el mal de rabia.

Se observó la realidad de la consulta de los pobladores alteños que asisten al vacunatorio del Centro de Referencia Ambulatoria (CRA), pues es el lugar donde se derivan todos los casos de mordeduras, tanto de la zona estudiada, como de toda la ciudad de El Alto, tomando notas sistemáticamente sobre los eventos, comportamientos observados en el lugar del estudio, para ver el la interrelación de la población afectada y el personal de salud, respecto al mal de rabia. Qué hacen, qué dicen, como se relacionan.

⁷⁸ Barragán Rossana y otros, Guía para la formulación y ejecución de proyectos de investigación, 3ra ed., La Paz – Bolivia, Editorial Offset Boliviana, 2001, Pág. 126

No se le preguntó a la gente sobre el mal de rabia sino que simplemente se observó lo que hace y lo que dice. De ahí que el análisis de las prácticas y el lenguaje fueron fundamentales.

El tipo de observación que se llevó a cabo fue el de la observación estructurada y sistemática, por medio de una guía de observación (Ver Anexos) definida como “la observación y registro de comportamientos y acciones que se han seleccionado previamente.

Delimitación de la muestra:

En el caso de nuestro estudio se delimitó lo siguiente:

- Problema a investigar: El tipo de información que maneja y da el personal de salud del centro vacunatorio del CRA del SERES de El Alto, hacia la población y las necesidades de información que tiene la población respecto al mal de rabia.
- El universo a observar: Todas las personas que asistieron al vacunatorio entre el 5 de junio y el 5 de julio del 2006, tiempo del estudio de campo.

Entrevista en profundidad con informante clave:

Según los conceptos de Rossana Barragán las entrevistas son “las conversaciones cuya finalidad es obtener información en torno a un tema. Entrevistar es también ejecutar lo estudiado, es interacción...”⁷⁹. En el caso de una entrevista a profundidad con informante clave son las personas que tienen conocimiento privilegiado o exclusivo sobre ciertas temáticas. Este tipo de entrevistas sirven para obtener “un panorama” del tema de investigación.

⁷⁹Barragán Rossana y otros, Guía para la formulación y ejecución de proyectos de investigación, 3ra ed., La Paz – Bolivia, Editorial Offset Boliviana, 2001, Pág..140

En esta técnica se entrevistó, mediante un cuestionario⁸⁰ semiestructurado (Ver Anexos) al personal de salud jerárquico del Programa Nacional de Rabia, a la responsable del vacunatorio contra el mal de rabia, dependiente del SERES – El Alto, y a la responsable del Centro de Salud de Villa Eduardo Avaroa.

⁸⁰ Sampieri, Collado y Lucio en su libro Metodología de la Investigación, definen al cuestionario en un conjunto de preguntas respecto a una o más variables a medir

CAPÍTULO V

RESULTADOS DEL DIAGNÓSTICO

De acuerdo a los objetivos específicos determinados y basados en el manejo de diagnóstico del modelo Preceder - Proceder se obtuvieron los siguientes resultados:

5.1 DIAGNÓSTICO SOCIAL Y EPIDEMIOLÓGICO DE VILLA EDUARDO AVAROA

Objetivo específico 1: Definir las características sociales y epidemiológicas de los pobladores y personal del centro de salud de Villa Eduardo Avaroa.

5.1.1- Características sociales generales

El diagnóstico social considera la “calidad de vida”, de las personas del estudio. Tiene también sus implicancias a partir del contexto y realidad de la población o región geográfica que se estudia.

Por estas razones se hizo previamente un análisis de la ciudad de El Alto, el distrito 2 donde se encuentra la Red de Salud Corea y finalmente, mediante las encuestas un diagnóstico de la población de Villa Eduardo Avaroa.

La ciudad de El Alto

El estudio que se desarrolló tendrá su aplicación piloto en la ciudad de El Alto, que está dividida en 9 distritos, de los cuales 8 son urbanos y uno es rural. Es un municipio autónomo desde el año 1986, cuando recibe su rango de ciudad.

Está dividida por un aeropuerto de uso comercial y militar, el Aeropuerto Internacional de El Alto, que pone límites entre el Alto Norte y El Alto Sur, según un estudio realizado por la Agencia de Cooperación de los Estados Unidos (USAID), representa también la separación entre “alteños” y los denominados “señores” que viven en El Alto y que están ubicados en lugares como Villa Dolores, Ciudad Satélite, 1º de mayo y Villa Adela, que supuestamente son barrios “ con costumbres

propias de la hoyada”, mientras el resto tiene una visión más ancestral, en muchos casos de carácter ruralista⁸¹.

El Alto es además una ciudad dividida por su estructura social, basada en trayectos viales matrices y antiguas vías férreas. Dichas vías han dado lugar a “islotes urbanos”, que incluso llegan a cerrar a los vecinos en los límites de su zona y no les permiten poder acceder a servicios de otras urbanizaciones o zonas.⁸²

La organización vecinal en El Alto es muy fuerte y nace fragmentada por loteamientos desde antes de que sea declarada ciudad. Estas muchas veces no llegan a ser consideradas como mancomunidades lo que no les permite acceder a servicios de salud o educación⁸³, como el resto de otras urbanizaciones. Se dice que se tiene una organización vecinal que en realidad es una forma de sobrevivencia en lugar de una representación de las personas. En muchos casos se trata de mantener la organización vecinal indigenista, pues los que las manejan son grupos de campesinos que tratan de mantener las antiguas estructuras propias del ámbito rural.

En dicha ciudad, la delincuencia es uno de los grandes problemas que se tiene, por la excesiva pobreza de sus habitantes. Las redes delincuenciales han copado o entrado en todos los barrios, es decir que han creado mancomunidades de pandilleros que cubren ciertos barrios o loteamientos⁸⁴.

⁸¹ Indaburu Quintana Rafael, Evaluación de la ciudad de El Alto, Contrato 511-O-00-04-00047-00, USAID, El Alto- Bolivia, 2004, Pág.6

⁸² Ibidem.

⁸³ Ibid, Pág. 22

⁸⁴ Ibid, Pág.30



Foto 1: Vista panorámica de la ciudad de El Alto

Por otra parte los dos sectores económicos más fuertes existentes en dicha ciudad y que emplean a la mayor parte de la población alteña son el transporte y el comercio formal e informal.

Es considerada como una ciudad joven en la que la mayoría de la población fluctúa entre los 10 y 24 años, como apuntan los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE).

Cuenta además con 9 distritos, en los cuales la prevalencia de desnutrición se encuentra entre el 26,56 % y el 31,19 %. Hay distritos muy habitados como el distrito 2 y 6 y algunos casi despoblados como el distrito 9 que se encuentra en la periferia rural.



Foto 2: Una de las carreteras centrales de la ciudad de El Alto

Tiene un nivel de pobreza del 68 % y cuenta con 253,7 de los recursos del HIPC. Comparada con la ciudad de La Paz cuenta con un 87% de nivel de pobreza en relación al 66 % de la ciudad de La Paz.

Distrito 2 de la ciudad de El Alto

Tiene una superficie de 12,3 km². Su contorno está definido por la carretera a Viacha y la avenida 6 de marzo entre las cuales se extienden los almacenes de la Aduana Nacional. Al extremo sur limita con el distrito 8. Los tres nodos más importantes de la ciudad, después de la Ceja se encuentran en este distrito: el Cruce a Viacha, Cruce a Villa Adela y el “Puente Bolivia”. Otra vía importantes es la Avenida Litoral.

Las principales urbanizaciones de este distrito son: Santiago II, Nuevos Horizontes, Cupilupaca, Villa Concepción, 6 de junio o “Urbanización del Magisterio, Rosas Pampa y Eduardo Avaroa, lugar donde se realizó esta investigación.

Red Corea

El diagnostico realizado en a población tomada como referente para toda la ciudad de El Alto, se llevó a cabo en la Red de Salud Corea, que es desde el año 2005 ha sido la que más casos de rabia canina y felina ha tenido. Dicha Red comprende 260 zonas de influencia (con 74 centros de salud) y 210.432 personas que son atendidas por los diferentes centros, que dependen de dicho centro Red de Servicios.

Villa Eduardo Avaroa

Está ubicada en el distrito 2, entre la carretera a Viacha y la vía del ferrocarril que unía esa población con La Paz. Fue fundada en 1969 sobre terrenos de comunarios de la ex hacienda Charapaqui, quienes los habrían transferido a Jerónimo Quispe y este lo transfirió a otras personas que tardaron casi 20 años en legalizar sus trámites⁸⁵. Su centro de Salud atiende aproximadamente a 15 zonas circundantes.

⁸⁵Unión Europea, Gobierno Municipal de El Alto, El Alto: Nueve aspectos que configuran la ciudad., Primera Edición, La Paz- Bolivia, Artes Gráficas Sagitario, 2005, Pág.126

Dicha zona tiene una población de 2846 personas y maneja 163.974 recursos del HIPC.⁸⁶



Foto 3: Calle de la zona Villa Eduardo Avaroa - 2006



Foto 4: Centro de salud de Villa Eduardo Avaroa - 2006

⁸⁶ Fuente: INE – Catastro ciudad de El Alto.

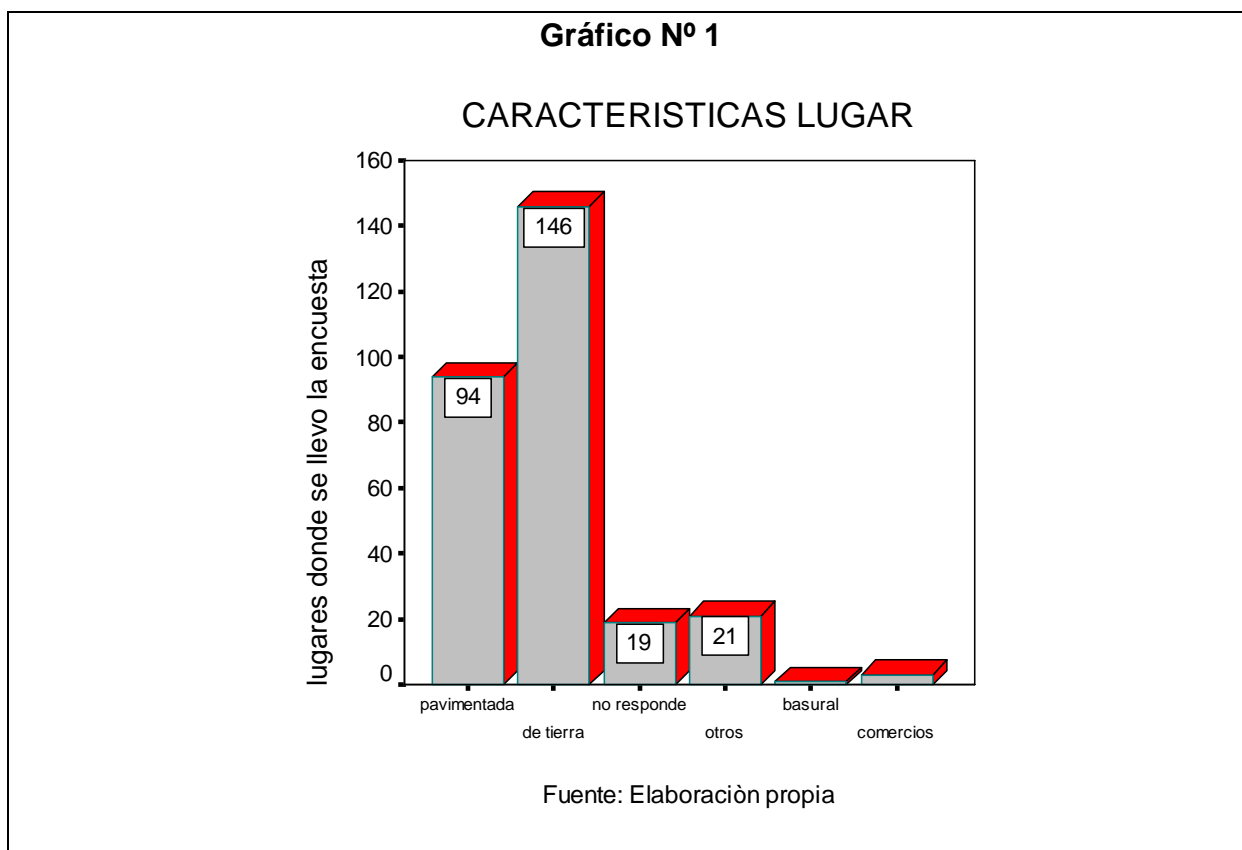
5.1.1.1 Características sociales de Villa Eduardo Avaroa: (Resultados obtenidos de la encuesta a la población y personal de salud)

1) Población

El presente estudio realizó un diagnóstico social de la población que vive en la zona de estudio y el personal de salud que trabaja en el lugar. Se obtuvieron los siguientes resultados:

a) Lugar de la encuesta:

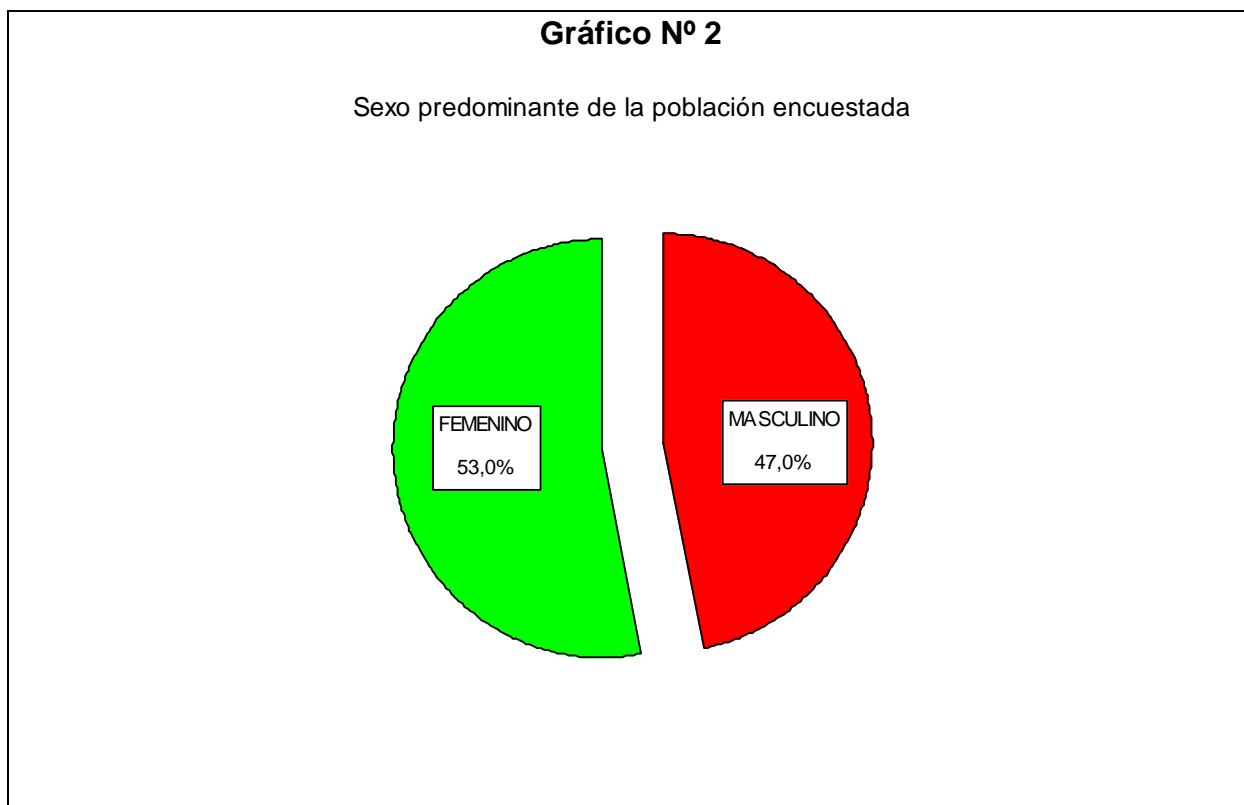
La zona Villa Eduardo Avaroa, a pesar de estar ubicada en un lugar relativamente céntrico de la ciudad de El Alto, tiene poco más de la mitad de sus calles de tierra (51.4 %) lo que nos lleva a pensar que aún es una zona nueva, en plena construcción, como lo informaron sus dirigentes.



b) Sexo predominante de la población encuestada:

Se pudo conocer que un poco más de la mitad de la población encuestada es femenina (53 %) respecto a un 47 % de hombres. Este resultado nos sugiere que la población de la zona esta constituida mayoritariamente por mujeres.

Hay que aclarar que se encuestó a las personas que viven en la Villa sin discriminar por sexo, es decir al azar.

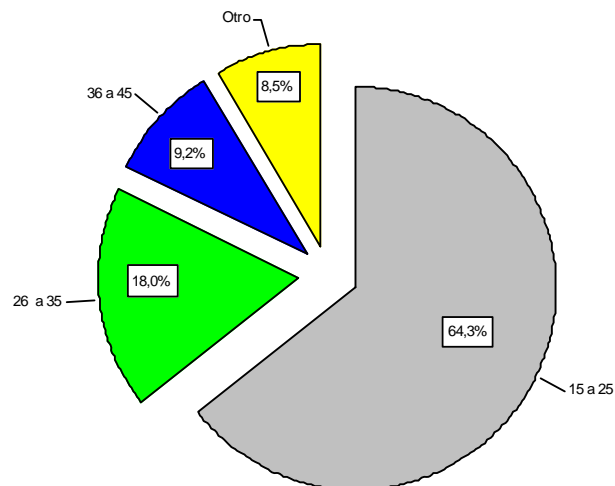


Fuente: Elaboración propia

c) Edad de la población encuestada: El estudio delimitó en su primera fase que se entrevistarían personas a partir de los 15 años para arriba, estratificándolas en 5 rangos de edades, desde los 15 hasta los 56 años. Al analizar los resultados se pudo comprobar que seis de cada diez de las personas encuestadas (284) tenían entre 15 a 25 años, siendo una población joven con un 64.3% de los resultados obtenidos. Esto coincide con las estadísticas que dicen que apuntan a que la ciudad de El Alto, es una ciudad joven (Gráfico No 3)

Gráfico Nº 3

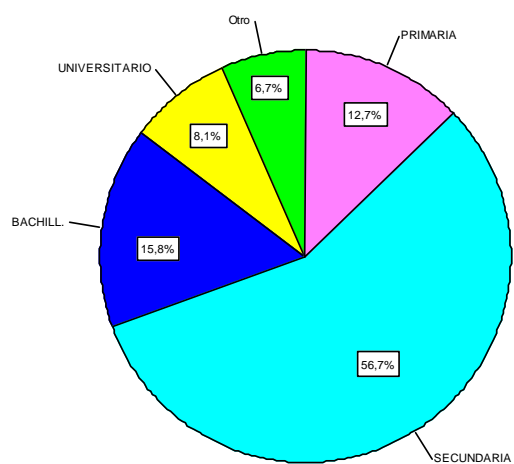
Promedio de edades



Fuente: Elaboración propia

d) Nivel de instrucción:**Gráfico Nº 4**

Instrucción de la población encuestada



Fuente: Elaboración propia

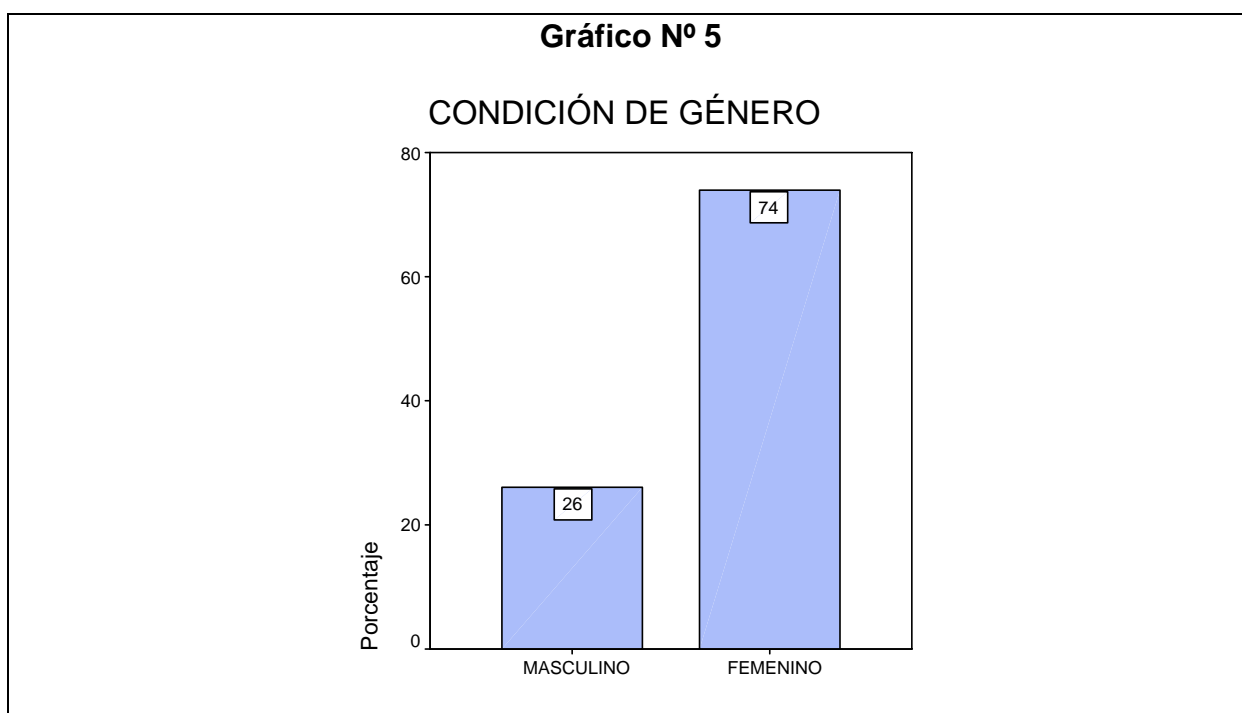
Según los resultados obtenidos se puede evidenciar que un poco más de la mitad de la población encuestada tiene un nivel de instrucción secundaria con un 56.7 % de los resultados, seguido por las personas que terminaron la secundaria y son considerados bachilleres con un 15.8 % de los resultados, por lo que podemos concluir que la población sujeto a estudio esta caracterizada porque sus ciudadanos tienen un nivel intermedio de educación.

e) Ocupación

Se pudo conocer que más de la mitad de las personas encuestadas en Villa Eduardo Avaroa, son estudiantes en un 51.8 %, amas de casa en un 15.1 % y estudiantes universitarios con un 9.2 %, pudiendo concluirse con son personas en el que el nivel de estudios es importante.

2) Personal de salud

a) Género del personal de salud encuestado

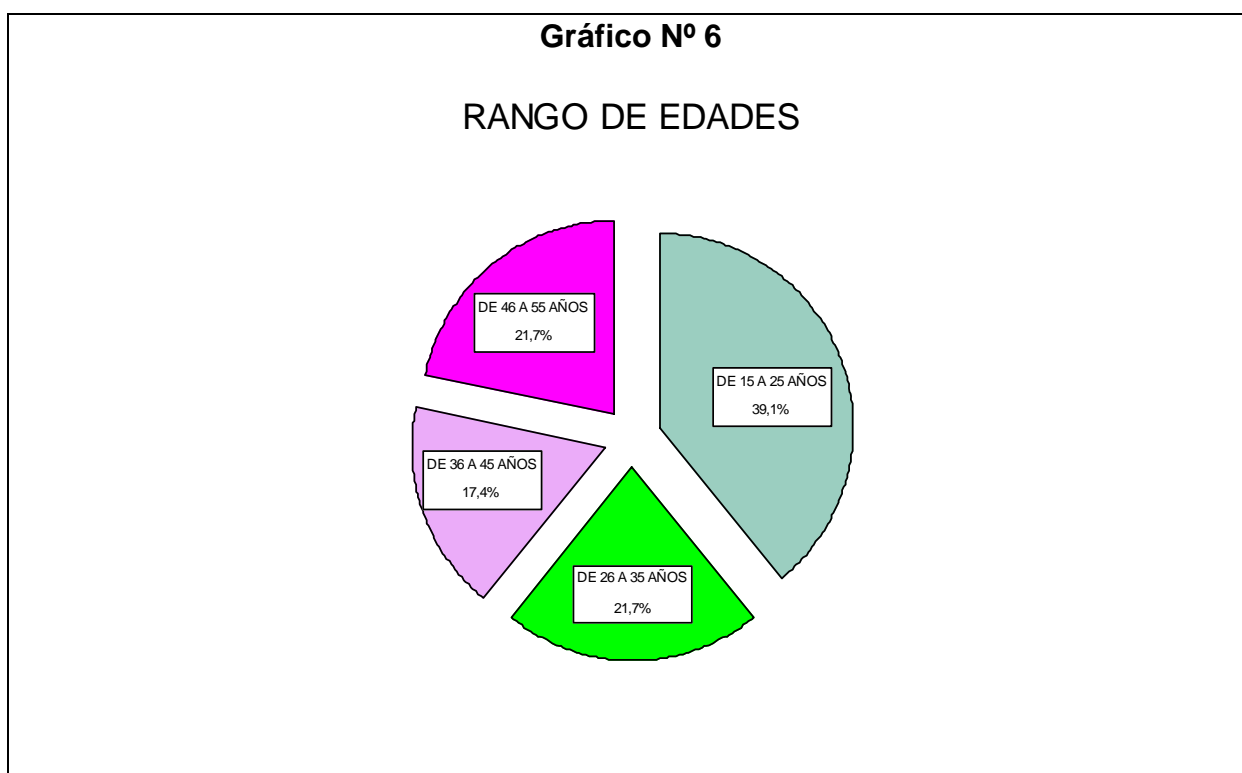


Fuente: Elaboración propia

El 74 % del personal de salud encuestado (7 de cada diez personas), es femenino que cumplen funciones como médicos, personal de enfermería, auxiliares de enfermería o administrativos.

b) Edad del personal de salud encuestado

De esta población mayoritariamente femenina un 60.8 % tienen entre 26 a 56 años, por lo que se puede afirmar que la mayor parte del personal de salud que trabaja en Villa Eduardo Avaroa es joven adulto, entre las que se encuentran incluidas las auxiliares de enfermería predominantemente. Las más jóvenes, entre 15 a 25 años, abarcan un 39,1 % del personal de salud.

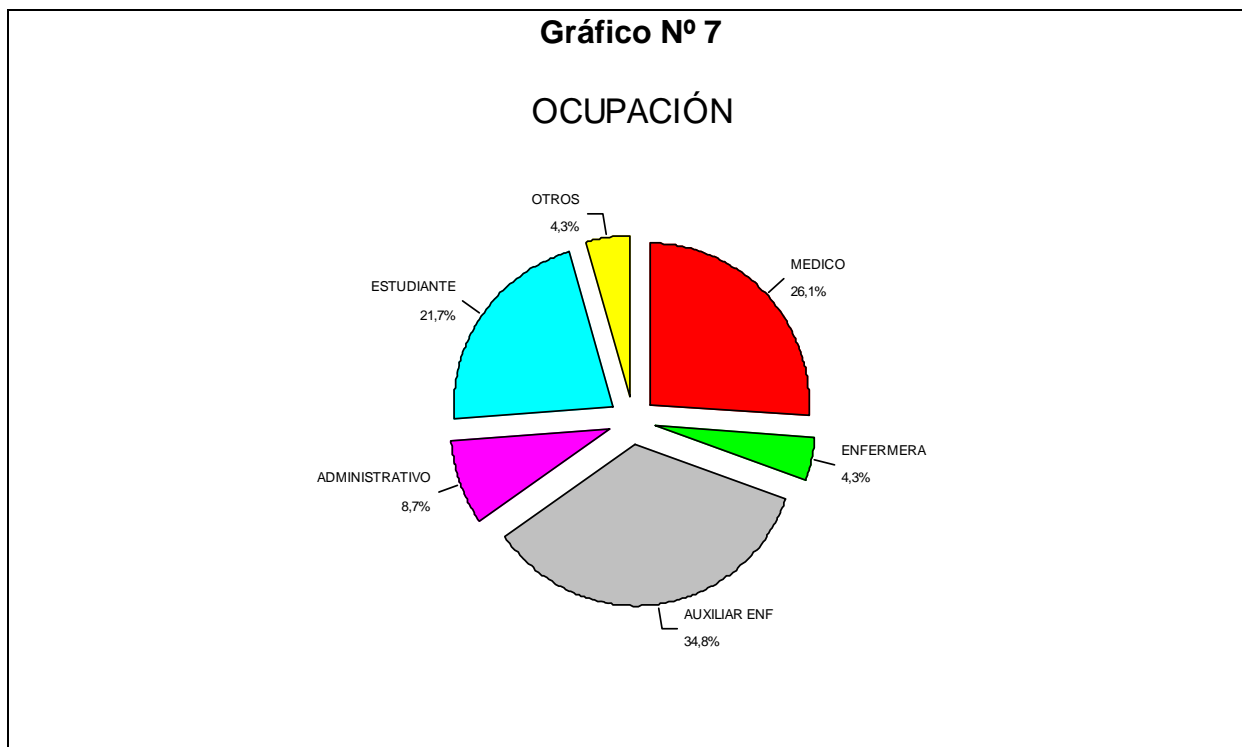


Fuente: Elaboración propia

c) Ocupación del personal de salud encuestado

De acuerdo a los resultados obtenidos se pudo determinar que cuatro de cada diez encuestadas (34,8 %) que trabajan, en el Centro de Salud de Villa Eduardo Avaroa

son auxiliares de enfermería. y un 26.1 % de la población encuestada son médicos. Cabe señalar que el personal de enfermeras es el más reducido



Fuente: Elaboración propia

d) Nivel de instrucción del personal de salud encuestado

A partir de esto se puede afirmar que el nivel de instrucción predominante en dicho centro de Salud es mayoritariamente técnico.

Resultados generales de las características sociales:

1. La zona de Villa Eduardo Avaroa, a pesar de encontrarse en una de las zonas más céntricas de la ciudad de El Alto, es una de las zonas en las cuales sus pobladores aún viven en calles de tierra.
2. La mayor parte de la población encuestada tanto población del lugar como personal de salud son mujeres.
3. El nivel educativo que predomina en la población es el de secundaria mientras que en el personal de salud la mayor parte son técnicos.

4. La población de Villa Eduardo Avaroa se dedica principalmente a las labores de casa o son estudiantes mientras que en el personal de salud predominan las auxiliares de enfermería.
5. El personal de salud es predominantemente femenino (74%) con edades que oscilan entre los 26 y 56 años.

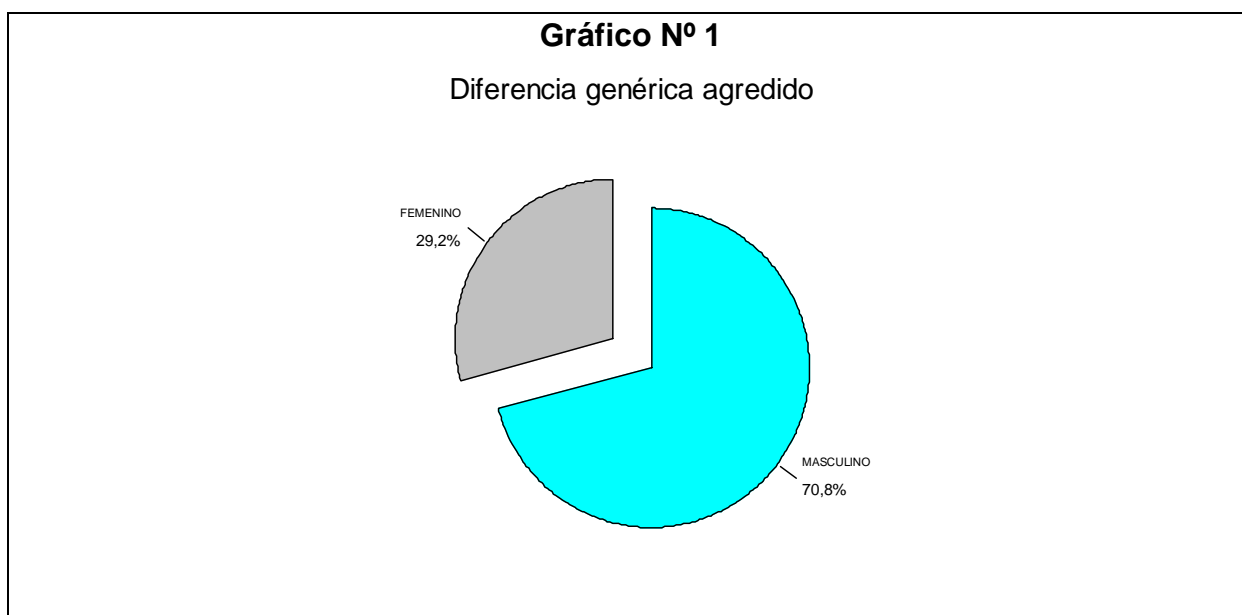
5.1.1. 2 Características epidemiológicas de la zona de Villa Eduardo Avaroa (En base a investigación documental)

El diagnóstico epidemiológico identifica los problemas concretos de salud, respecto a la enfermedad en la zona de estudio.

Para conocer la realidad epidemiológica de Villa Eduardo Avaroa se realizó investigación documental de las fichas epidemiológicas de las personas agredidas por un animal y que habían acudido al Centro de Salud de Villa Eduardo Avaroa, durante el período de tiempo del 5 de junio al 5 de julio del año 2006. Se obtuvieron los siguientes resultados:

1.- Diferencia genérica del agredido

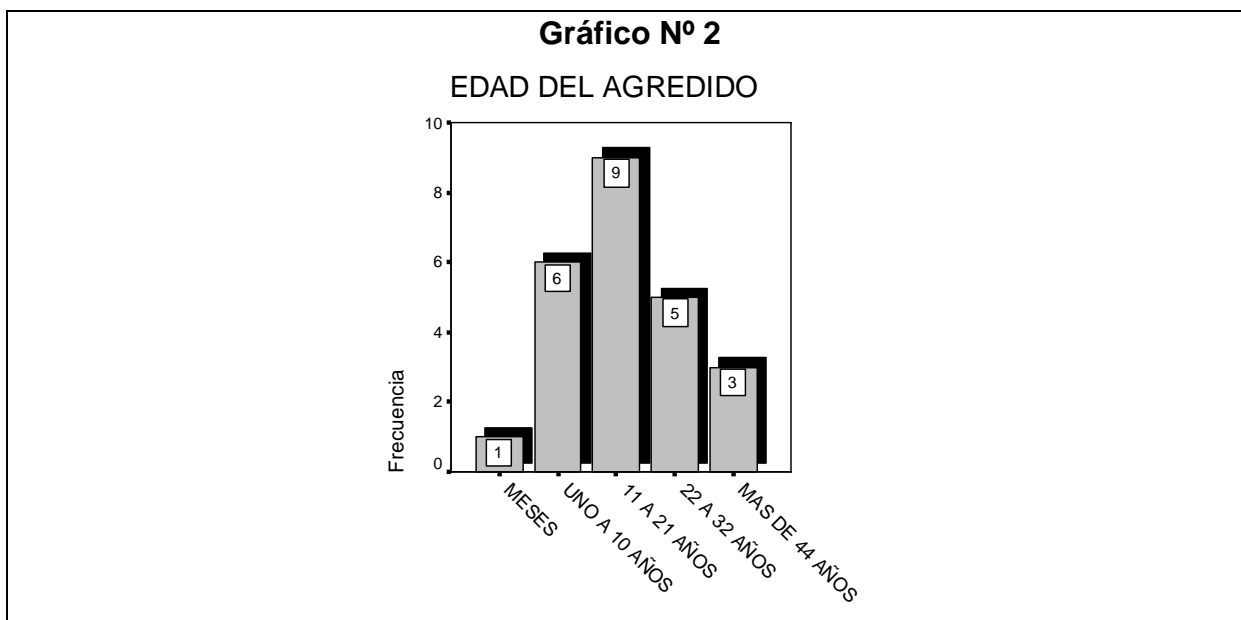
Se pudo evidenciar que se tuvieron 24 casos, casi una persona mordida por día de las cuales el 70,8 % eran hombres y sólo un 29,2 % mujeres.



Fuente: Elaboración propia

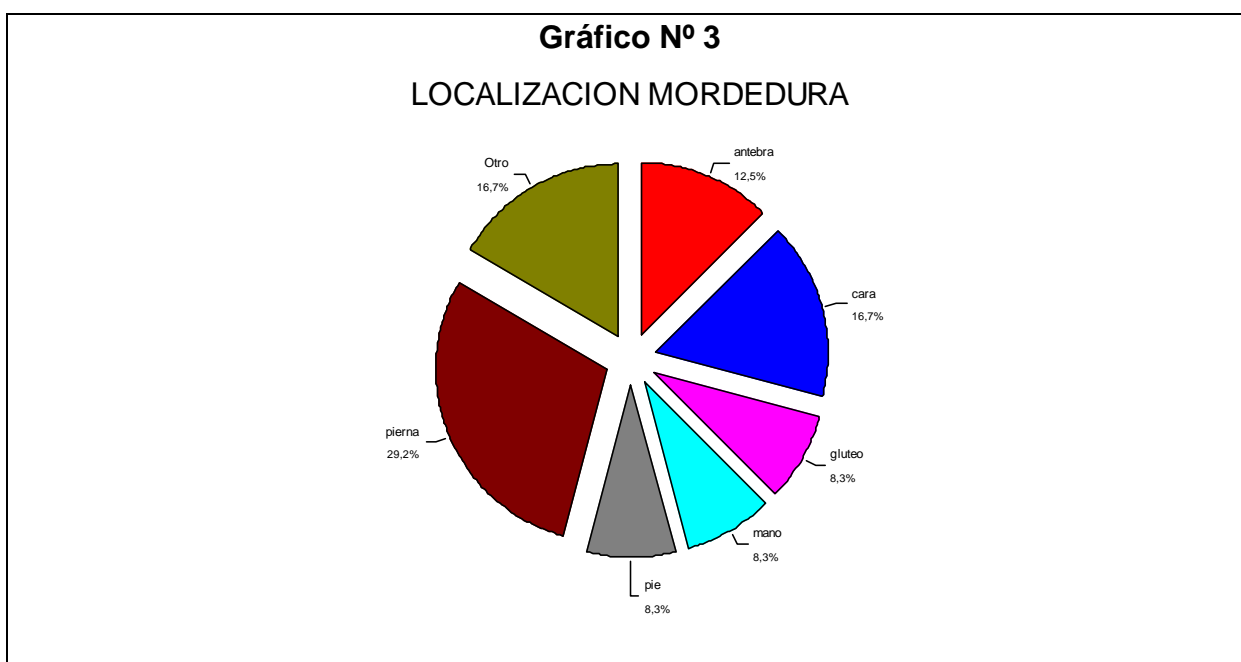
2.- Edad del agredido

Se pudo determinar que fueron los niños las víctimas más frecuentes de mordeduras en el centro de salud de Villa Avaroa, con resultados de personas agredidas de entre 11 a 21 años con un 37,5 % y de 1 a 10 años con un 25 %, lo que concuerda con la observación realizada en el diagnóstico conductual.



Fuente: Elaboración propia

3.- Localización de la mordedura

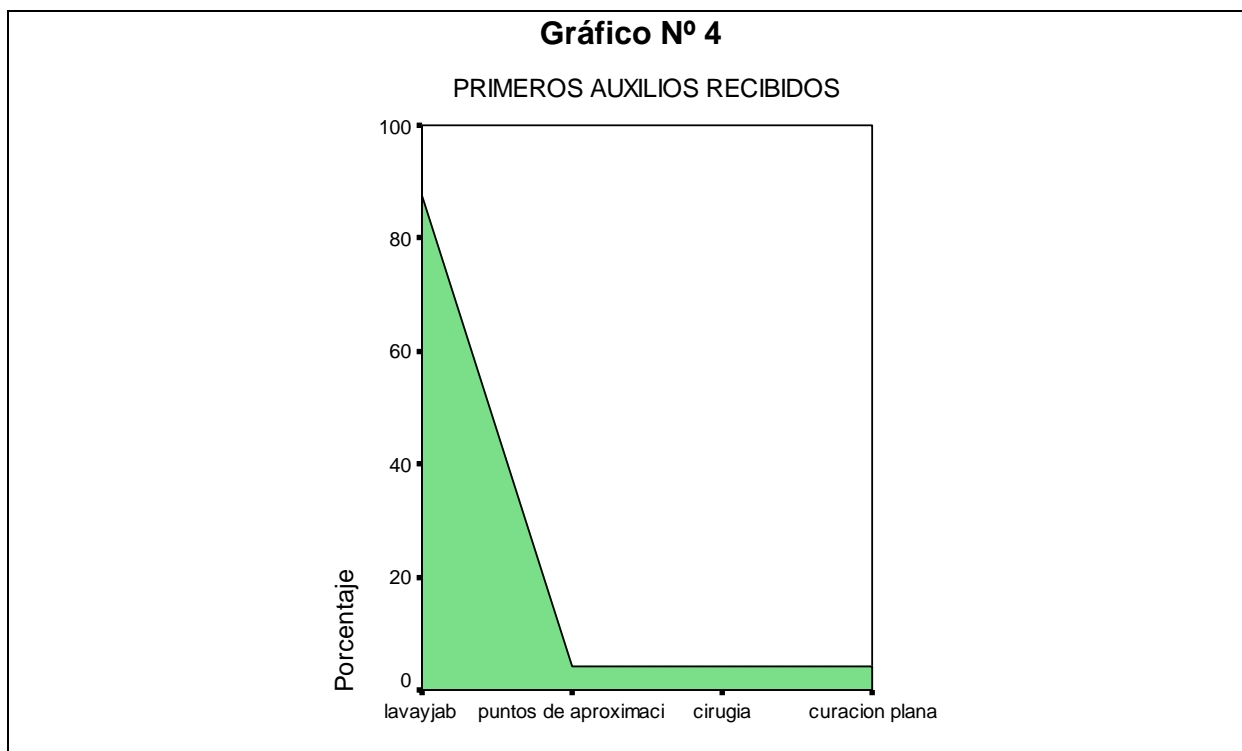


Fuente: Elaboración propia

Se pudo determinar mediante este diagnóstico que los lugares del cuerpo, de las personas agredidas, que recibieron mordeduras más frecuentes fueron las piernas con un 29,2 % y la cara con un 16,7% y el antebrazo con un 12,5 % de los casos.

Se pudo constatar además que en el caso de ataques a niños las mordeduras fueron localizadas mayoritariamente en la cara (Gráfico No 3)

4.- Primeros auxilios recibidos



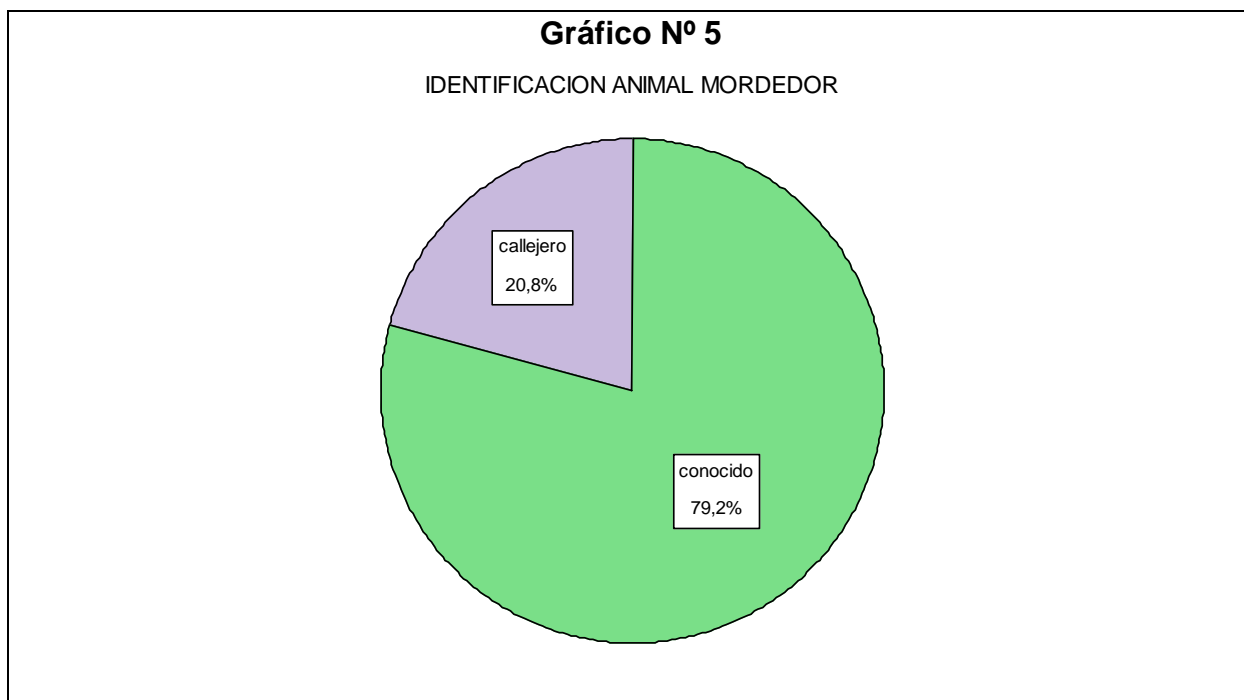
Fuente: Elaboración propia

Se pudo determinar que, el personal de salud del Centro de Salud de Villa Eduardo Avaroa, atendió a los pacientes que necesitaron su ayuda, lavándoles la herida con agua y jabón con un 87,5 % de los casos reportados en las fichas epidemiológicas de dicho centro de salud.

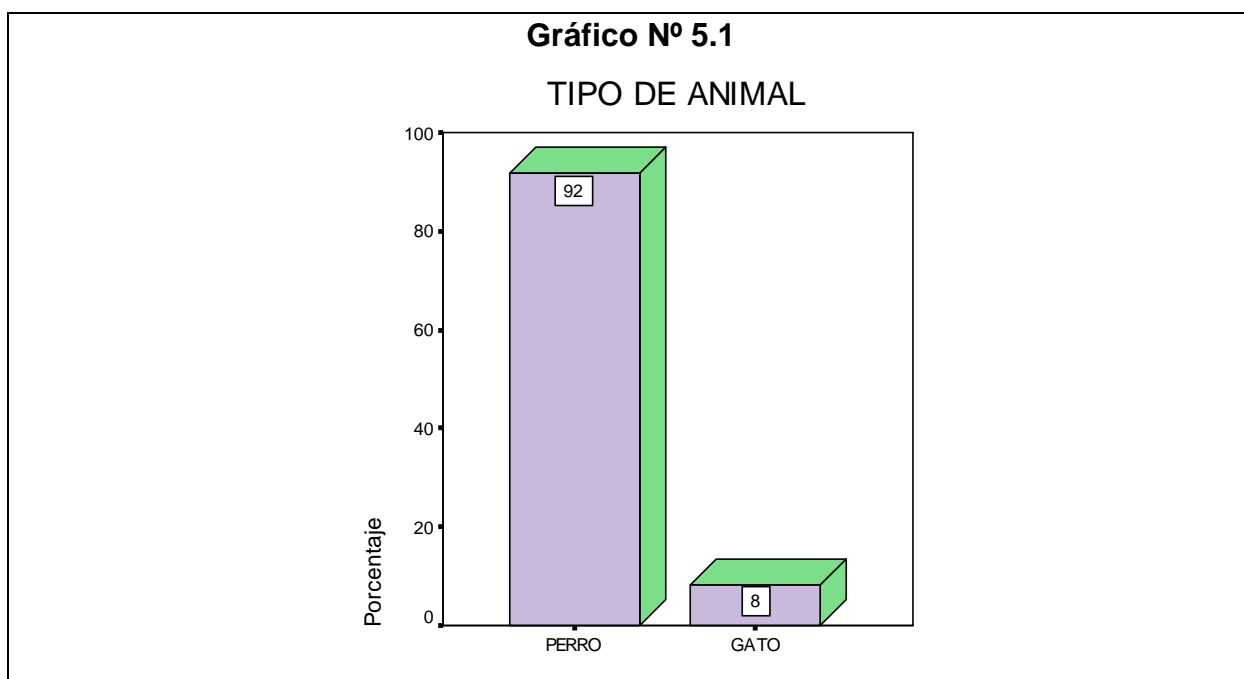
5.- Identificación del animal mordedor

Se pudo determinar que de igual forma que los datos que la dirección de Zoonosis maneja acerca de los ataques de animales a personas, el 79,2 % de los ataques registrados en las fichas epidemiológicas del centro de Salud de Villa Eduardo

Avaroa, fueron producidas por perros callejeros conocidos por la víctima con un 91,7 % de los casos registrados (Gráficos 5 y 5.1)

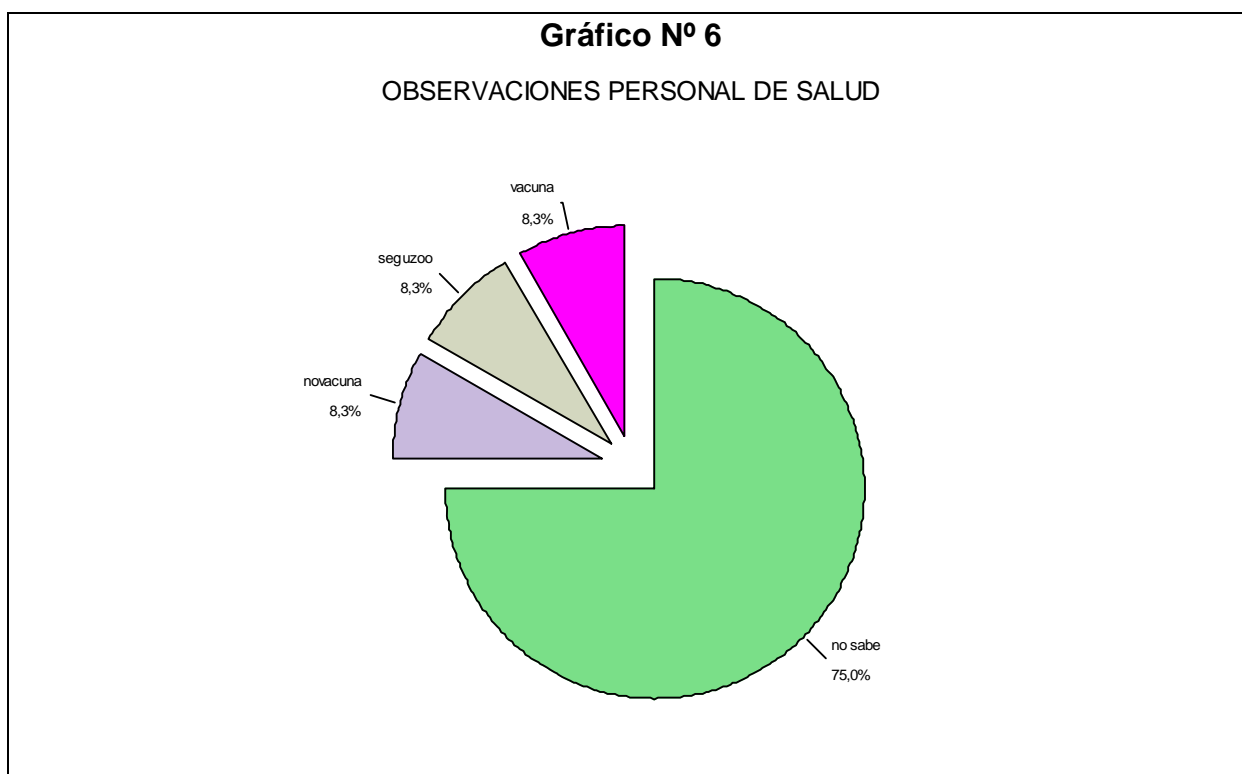


Fuente: Elaboración propia



Fuente: Elaboración propia

6.- Observaciones del personal de salud respecto al paciente



Fuente: Elaboración propia

Se pudo determinar que el personal del centro de salud de Villa Eduardo Avaroa no pudo hacer un seguimiento pormenorizado de éstos ,pues según sus reportes de fichas epidemiológicas en un 75 % no sabe que pasó con los pacientes luego de la curación realizada en el centro de salud, sólo un 8,3 % de los 24 casos presentadis fue derivado a zoonosis y el resto fue a vacunación o no la necesitó.

Síntesis de los resultados sobre la situación epidemiológica de la zona de estudio.-

A partir de los resultados obtenidos del diagnóstico realizado mediante la encuesta, durante un mes desde junio a julio (Ver Anexos) se puede concluir que:

- La mayor parte de personas agredidas en la zona de Villa Avaroa fueron hombres (70.8 %)
- Se tuvieron 24 casos de mordidas en un mes , casi uno por día.

- La edad predominante de los agredidos era de 11 a 21 años, siendo la mayoría niños, lo que concuerda con las fichas epidemiológicas del centro de salud.
- Las zonas predominantes de mordedura son las piernas (29.2%) y la cara con un 16.7%. además de los antebrazos. Lo preocupante es que en el caso de los niños las zonas más expuestas a estos ataques es la cara.
- Mayoritariamente todas las personas agredidas recibieron como primeros auxilios el lavado de la herida con agua y jabón (87,5 %), tal como lo ordenan las normas de salud.
- El animal mordedor, en un 79.2 % era conocido por la víctima, lo que concuerda con los datos de Zoonosis de la Alcaldía de El Alto.
- El animal mordedor por excelencia es el perro (91.7%).
- La mayor parte de los casos atendidos no tuvieron seguimiento (75%), un 8.3 % se derivó a zoonosis y el resto fue a vacunación o no la necesitó

5.2 DIAGNOSTICO CONDUCTUAL .-

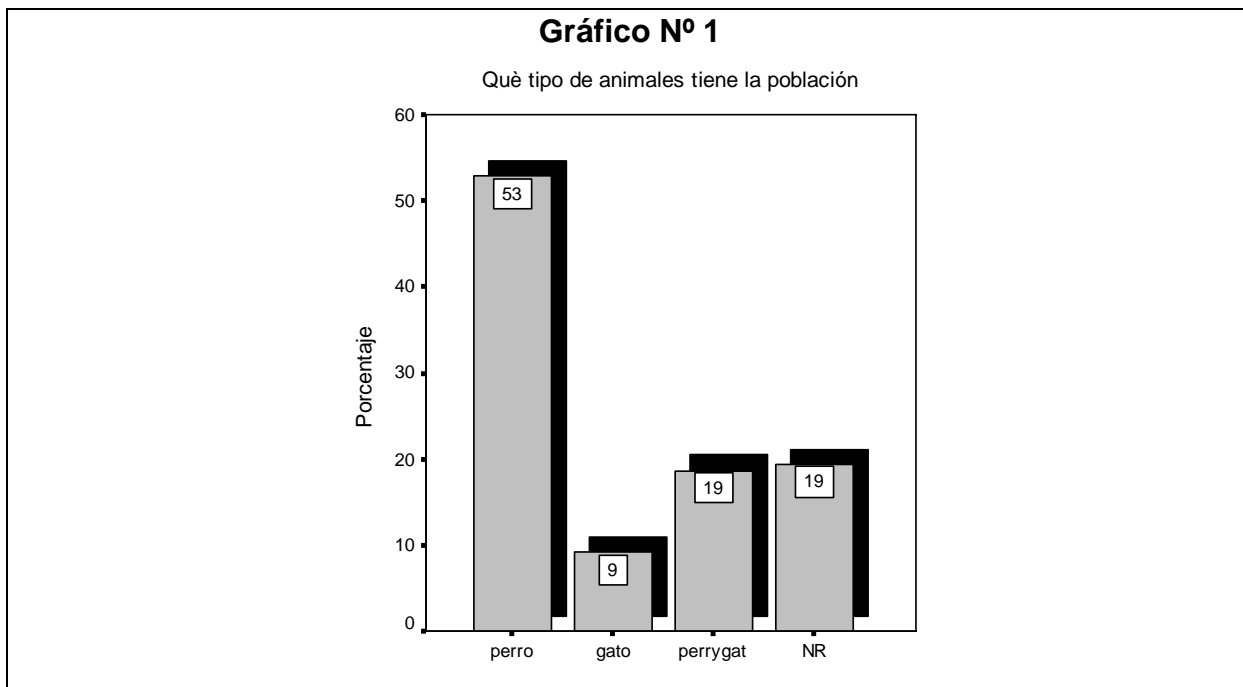
5.2.1.-Objetivo específico 2: Determinar los conocimientos y prácticas que tiene la población meta y el personal del centro de salud Villa Eduardo Avaroa, respecto a la tenencia y cuidado de mascotas (Se utilizaron las técnicas de la encuesta y la observación directa).

1) Población

a) Tenencia de animales en domicilio

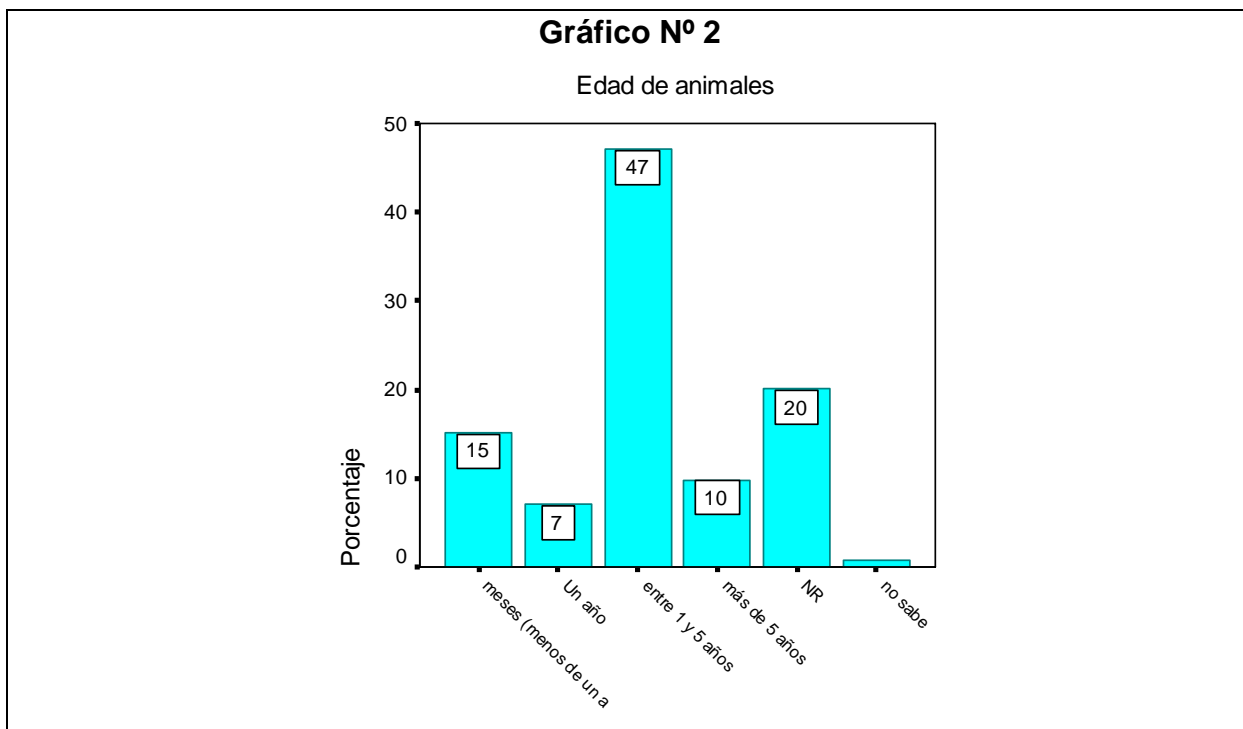
Se determinó que un poco más de la mitad de la población encuestada prefiere tener en su domicilio perros (53 %) y dos de cada diez a gatos (19 %). De esta población es importante recalcar que si bien el sexo no influencia en que tipo de mascota tener son las mujeres quienes prefieren tener solamente gatos en sus domicilios (Ver anexos Gráfico 1.1) La edad de las personas no influencia mucho en la posesión de cierto animal en domicilio ni tampoco el nivel de instrucción influye en la preferencia de tener un animal en casa (Ver anexos Gráficos 1.2 y 1.3)

Por lo que se puede concluir que sin importar la edad, el sexo, o el nivel de instrucción las personas prefieren tener perros en sus domicilios (Gráfico N°1)



Fuente: Elaboración propia

b) Edad de los animales

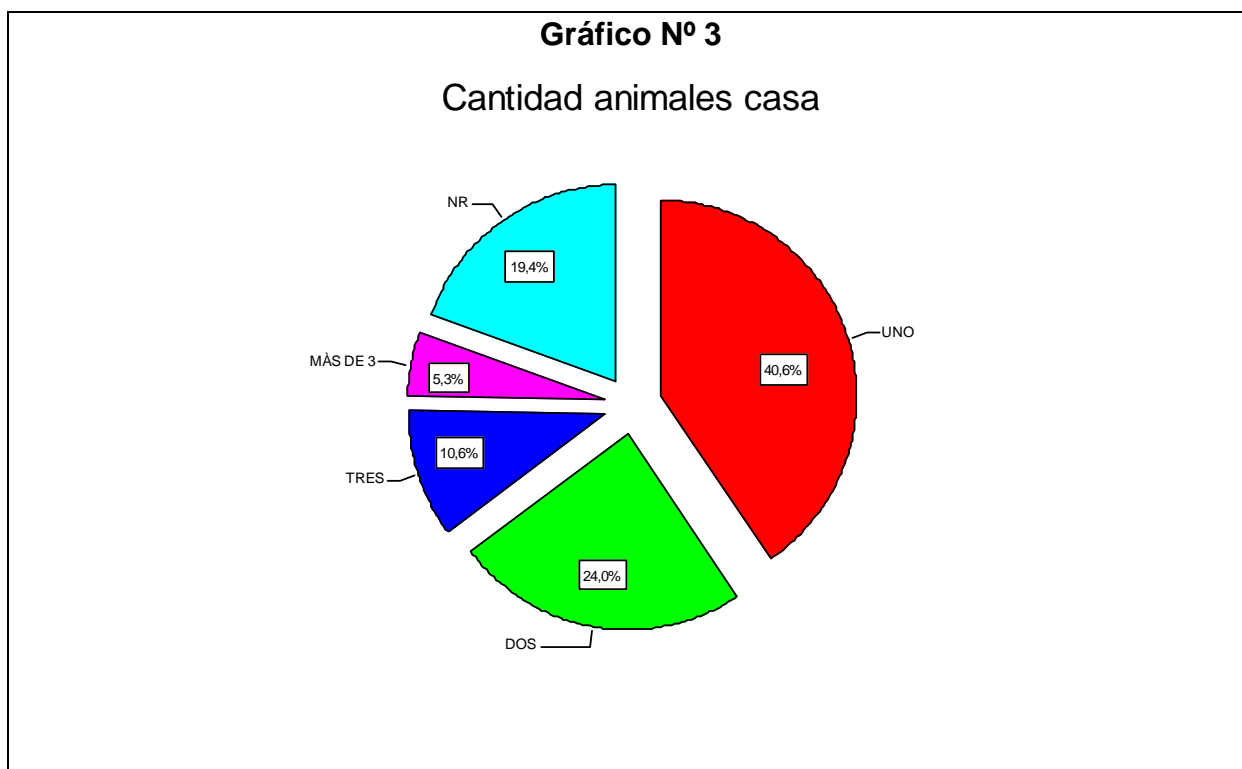


Fuente: Elaboración propia

Se pudo evidenciar que la edad promedio de los animales que tiene la población encuestada en sus domicilios, oscila entre uno y cinco años lo que nos muestra en un trato medianamente adecuado de las personas hacia sus mascotas, por haber pasado los animales del año de edad y que concuerda con la edad promedio de los animales registrados como mordedores en el centro de Zoonosis de la Alcaldía de El Alto.

c) Cantidad de animales en casa

Se pudo evidenciar que cuatro de cada diez personas consultadas (40.5 %) tiene un sólo animal en casa, que es un perro y un (39.9 %) tiene más de un animal en casa, lo que nos lleva a concluir que la población encuestada predominantemente tiene un perro en casa.



Fuente: Elaboración propia

d) Sexo de los animales

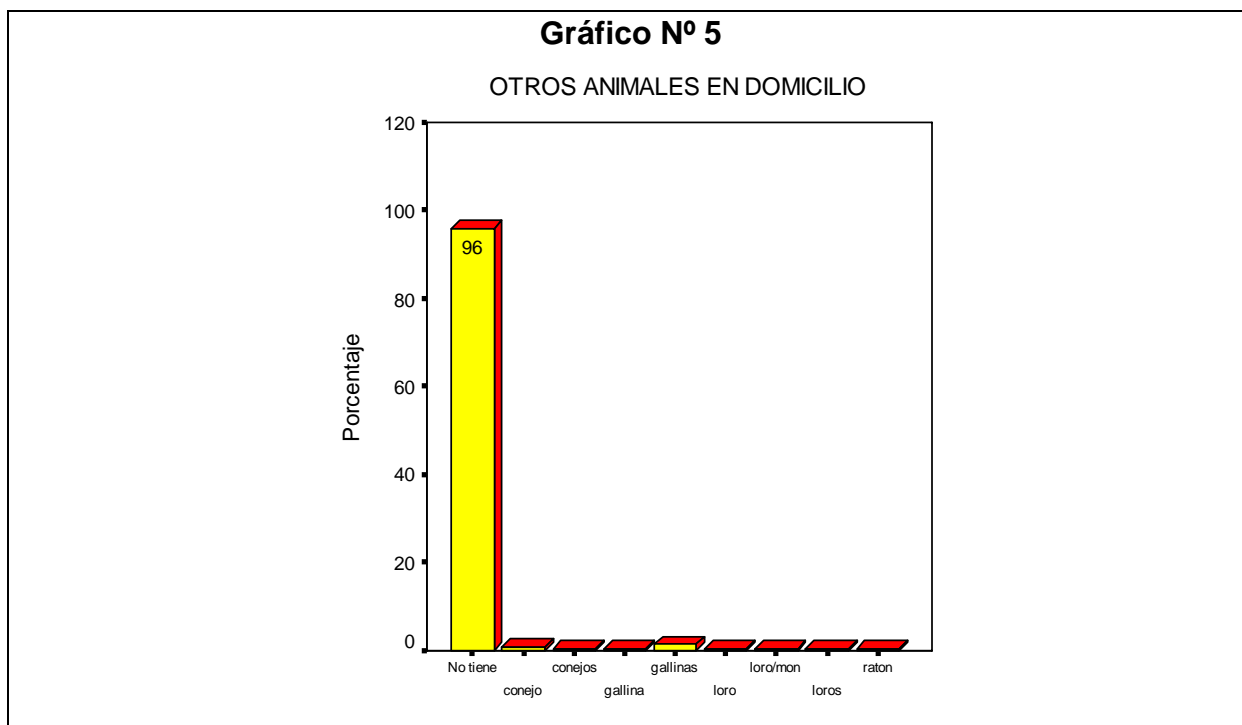


Fuente: Elaboración propia

Según los resultados obtenidos en la población se conoció que hay una marcada tendencia a tener animales machos en casa con un 43.7 % de los resultados, frente a un 15.5 % de hembras, lo que confirma la afirmación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que dice que la mayor parte de los animales vagabundos en el mundo son hembras.

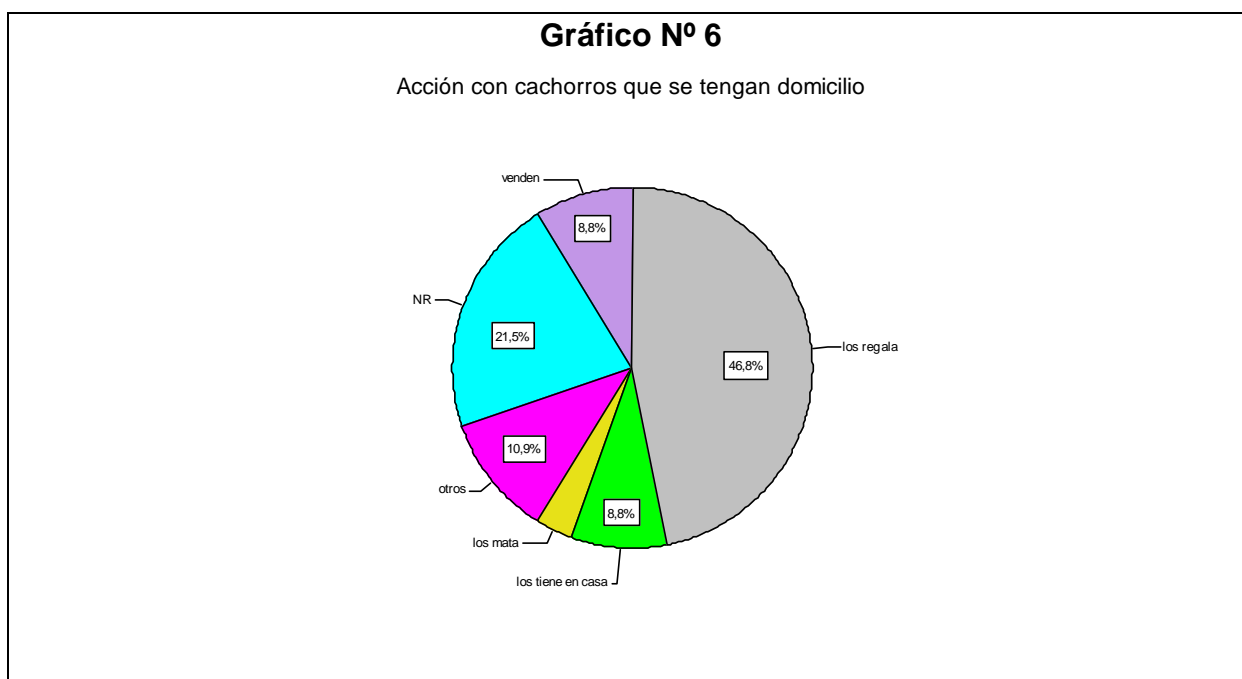
e) Existencia de otro tipo de animales en domicilio

La mayor parte de las personas encuestadas dijo no tener otros tipo de animales que no sean perros o gatos en sus domicilios, siendo el porcentaje de existencia de otras clases de animales mínimo en los domicilios. Sin embargo, como nota curiosa aquellas personas que tienen otros animales tienen preferencia por las gallinas y los conejos, lo que nos confirma que algunas familias migrantes siguen teniendo animales para consumo propio dentro de sus hogares, a pesar de que están ubicados en una zona céntrica de la ciudad de El Alto (Gráfico N° 5)



Fuente: Elaboración propia

f) Destino de los cachorros que se tienen en casa



Fuente: Elaboración propia

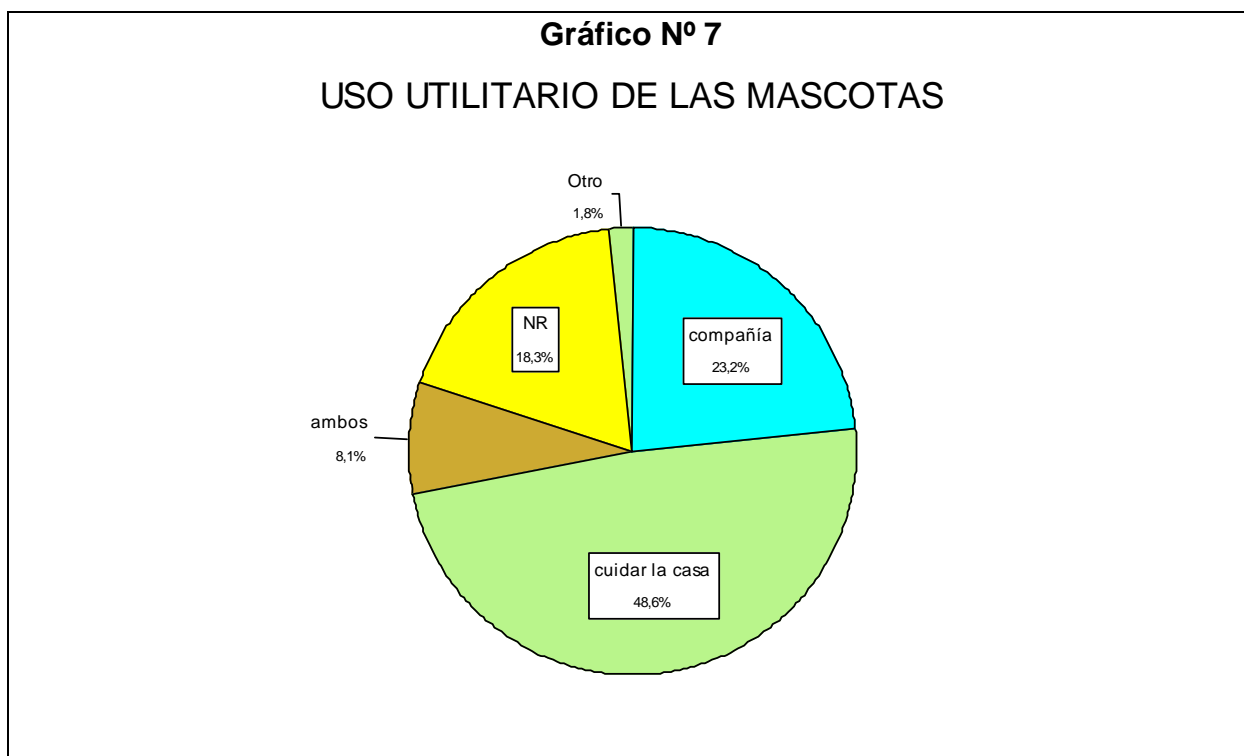
Se pudo evidenciar que cerca de la mitad de las personas encuestadas (46.8 %) que tienen cachorros nacidos en casa (en caso de tener un perro hembra) los regalan,

mientras que un importante porcentaje no responde a la pregunta, pues o no quiere decir que hace con los cachorros o es porque tienen un perro macho en sus domicilios. De acuerdo al género se determinó que las mujeres son las que toman actitudes más drásticas respecto a los cachorros pues son las que mencionan más la posibilidad de a matarlos.

g) Uso utilitario de las mascotas en domicilio

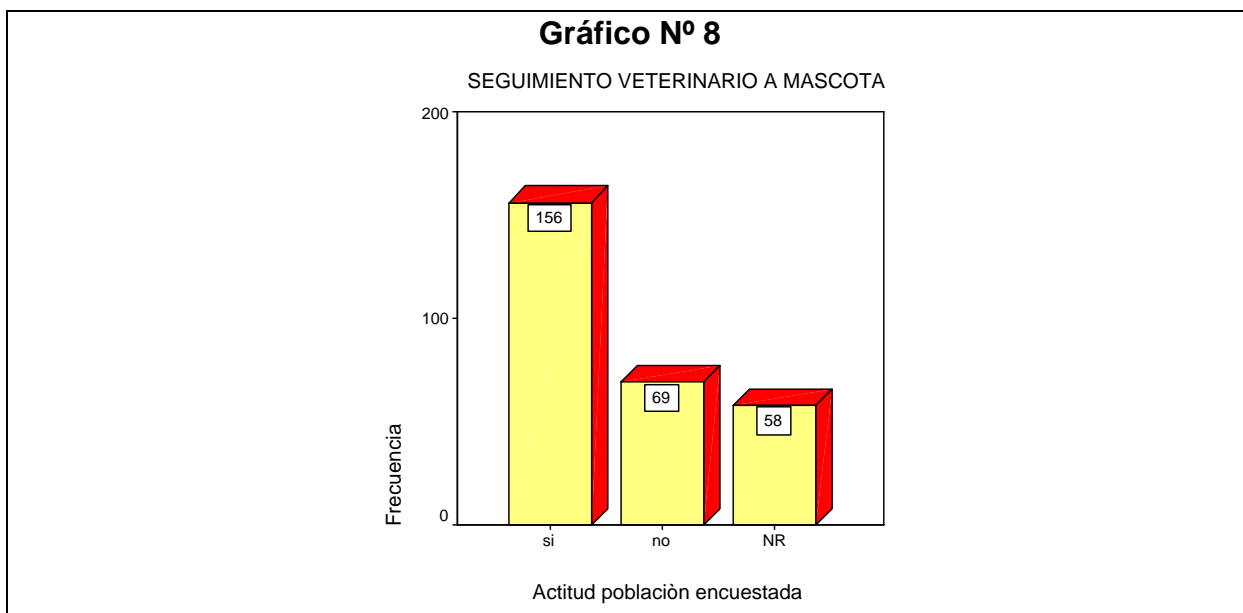
Se pudo conocer que cerca de la mitad de la población encuestada (48.6 %) tiene a sus perros, para que cuiden la casa, cumpliendo los animales una función social en la familia: cuidar el hogar. Solamente dos de cada diez personas (23.2 %) los tiene como compañía definiéndose que el perro en la casa tiene una obligación: de cuidador.

La condición de género, la edad y el nivel de instrucción no influyen en esta decisión pues todos los encuestados le dan el rol de cuidador a sus mascotas caninas (Ver anexos Gráfico 7.1, Gráfico 7.2, Gráfico 7.3)



Fuente: Elaboración propia

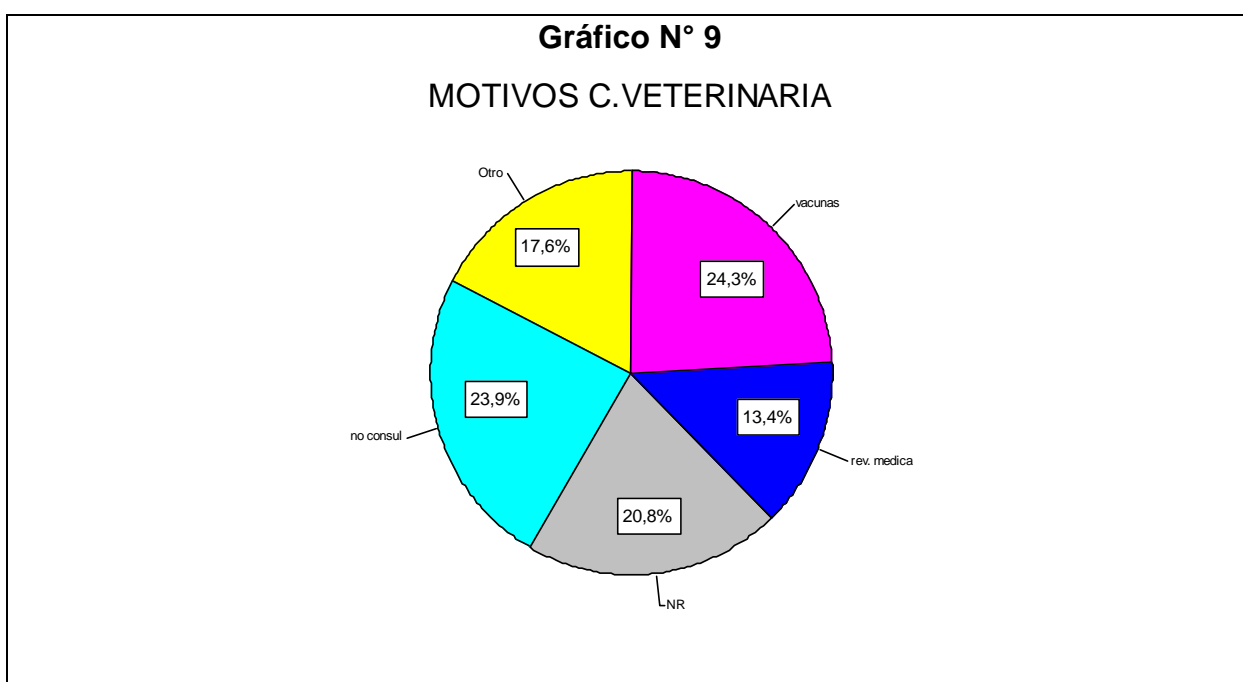
h) Seguimiento veterinario de mascota



Fuente: Elaboración propia

Según los resultados obtenidos se pudo evidenciar que el 54.9 % de las personas encuestadas ha llevado alguna vez al veterinario a su mascota , lo que nos lleva a pensar que en este barrio los pobladores se preocupan relativamente por la salud de sus animales.

i) Motivo de consulta veterinaria

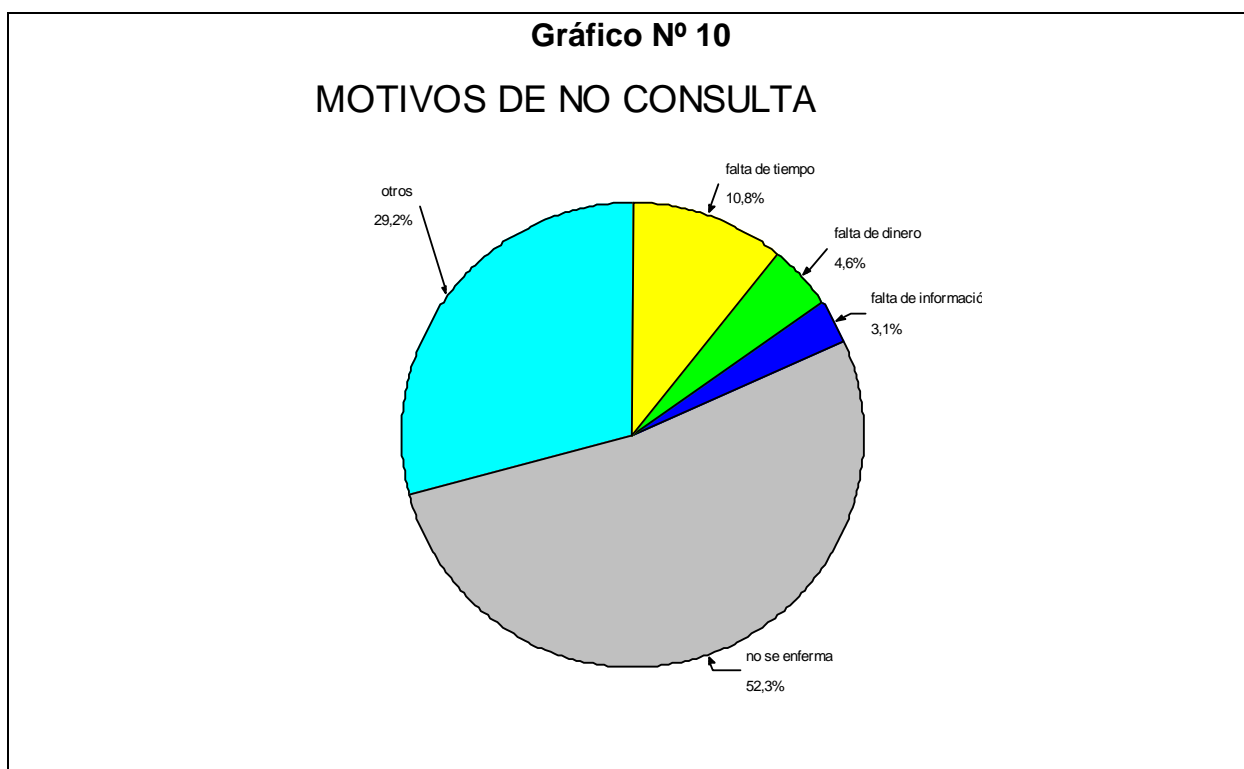


Fuente: Elaboración propia

Se pudo determinar que tres de cada diez personas encuestadas llevaron a sus mascotas a una consulta veterinaria (37.7%), algunas lo hicieron para que los veterinarios les aplicasen sus vacunas con un 24,3 % de las respuestas (no definen que vacunas), mientras que un 17.6 % lo lleva por otros motivos: curaciones, accidentes, o por enfermedad.

i) Motivos para la no consulta veterinaria

Se pudo conocer que del porcentaje de personas que respondieron que no llevaban a sus animales a la consulta veterinaria (44,7 %), la mayor parte de ellos no lo hacia porque consideraba que como el animal no se enfermaba no necesitaba ir al veterinario con un 52.3 % de las respuestas. Esto nos demuestra que muchas personas no previenen las enfermedades de sus mascotas hasta que no los consideran enfermos.



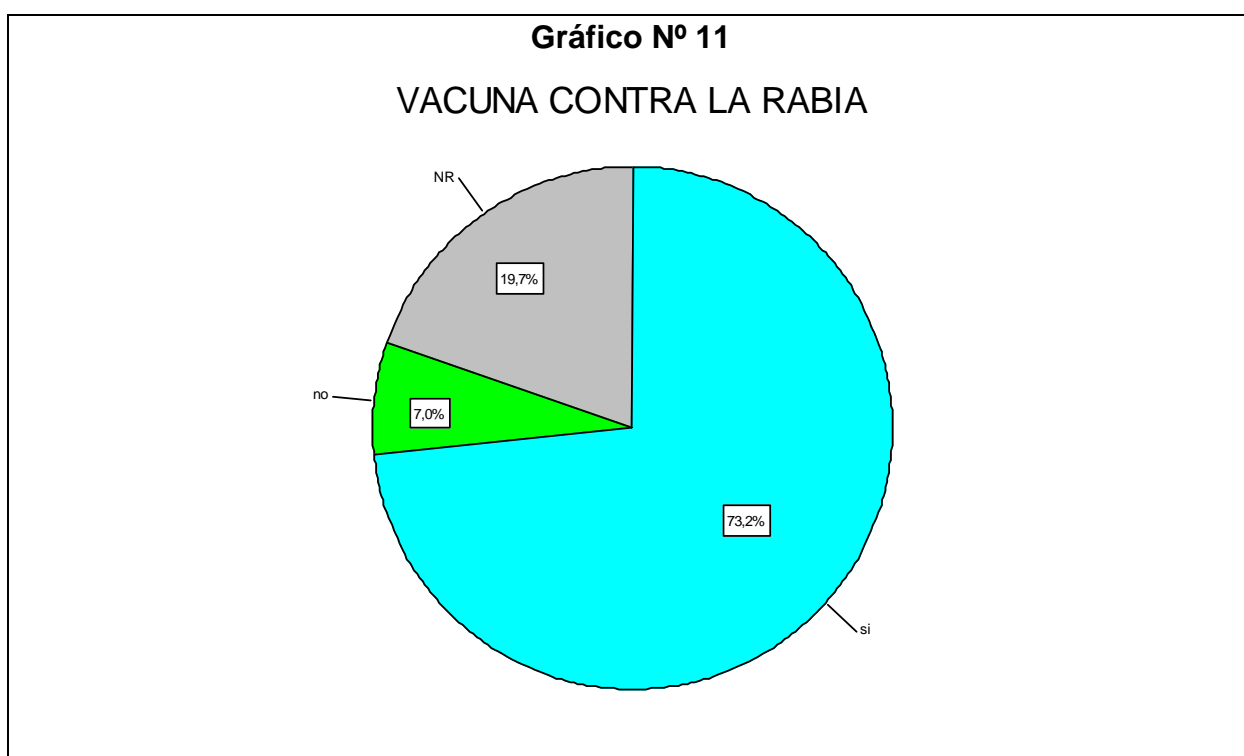
Fuente: Elaboración propia

k) Vacunación antirrábica de mascotas

De acuerdo a los resultados obtenidos se puede afirmar que siete de cada diez personas de la población encuestada (73.2%) respondió que había vacunado a sus perros contra la rabia. (Gráfico 11)

Dichas personas llevaron a sus animales para que recibieran la vacunación antirrábica el año 2006 (33.1%) o el año pasado (23.2%) .

Las personas que no vacunaron a sus animales contra el mal de rabia arguyeron varias causas entre las principales: la falta de tiempo, la falta de dinero o el desconocimiento de que sus animales deben recibir la vacunación antirrábica una vez al año en las campañas del Ministerio de Salud o de forma privada.



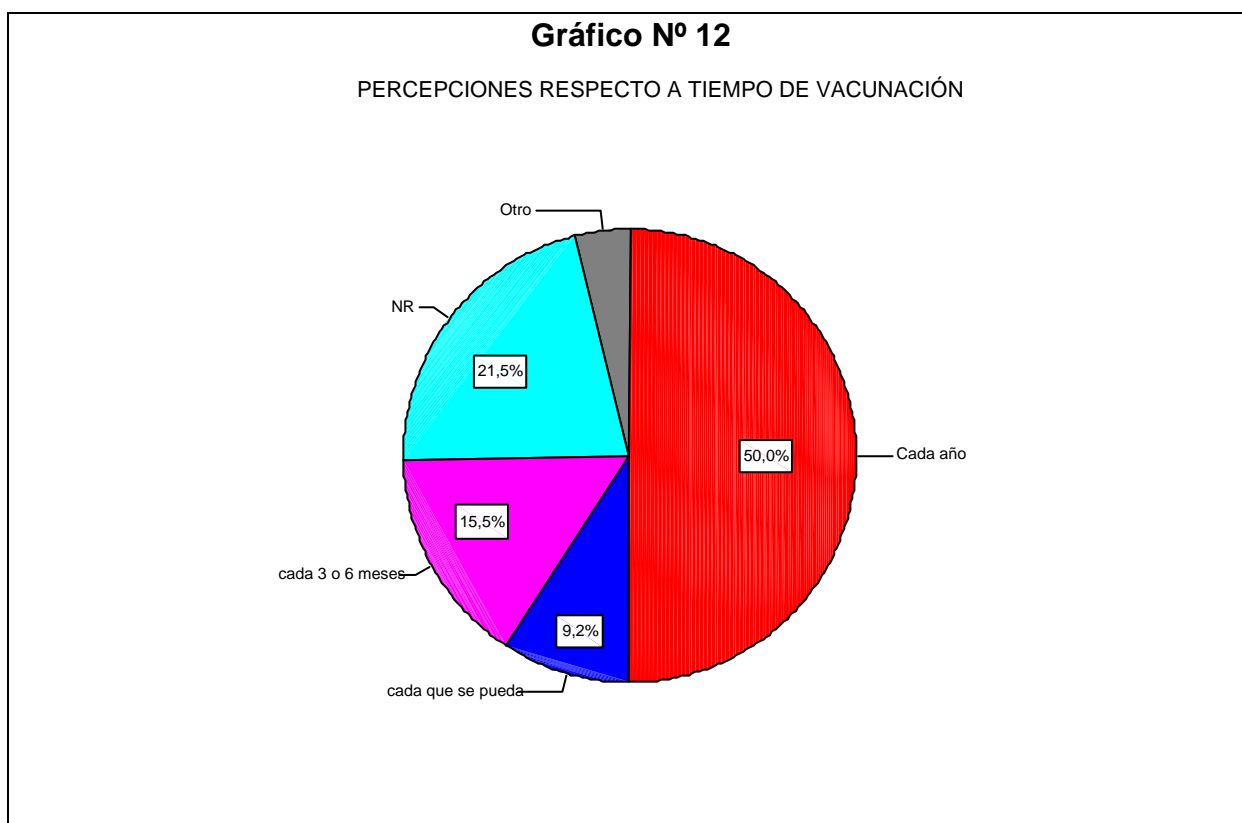
Fuente: Elaboración propia

l) Conocimiento sobre el tiempo de vacunación

De acuerdo a los resultados obtenidos, se pudo determinar que la mitad de la población encuestada conoce que hay que vacunar a los animales contra la rabia cada año. Un porcentaje significativo dice que hay que vacunar a los perros cada 3 o

6 meses (15,5 %). Este conocimiento predomina en las mujeres encuestadas (Ver anexos Gráfico12.1) y personas mayores de 25 años quienes también tienen muy enraizado este conocimiento (Ver anexos Gráfico 12.2)

Todas las personas, sin importar el nivel de instrucción manejan también este conocimiento, pues esto sólo se aplica a los animales cuando son cachorros a los 3 meses de edad y luego a los 6 el refuerzo a la primera vacuna. Luego los animales deben ser vacunados anualmente. (Gráfico No 12)

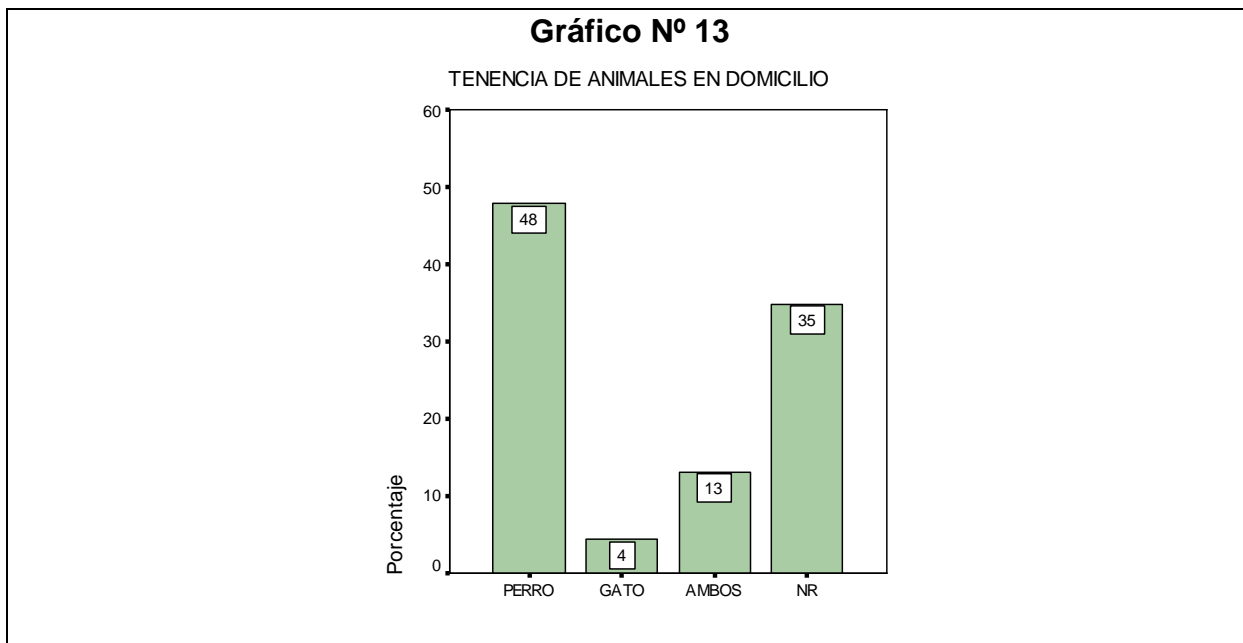


Fuente: Elaboración propia

2) Personal de salud

a) Tenencia de animales en domicilio

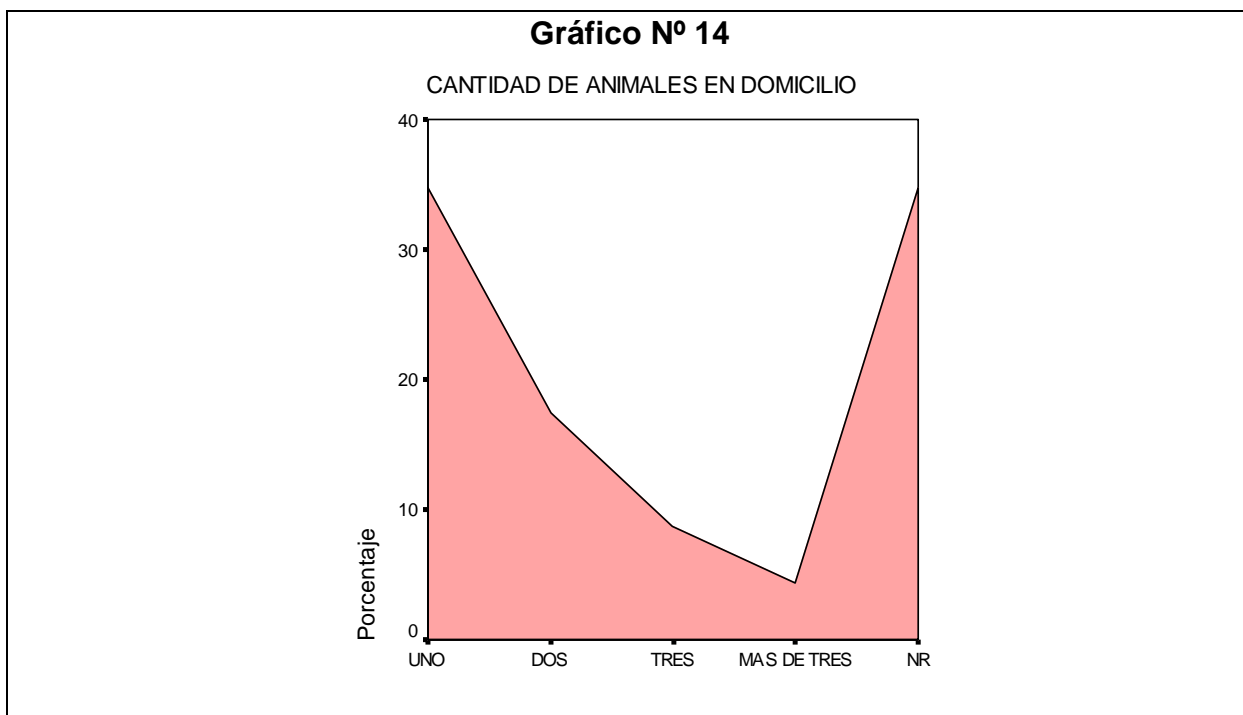
Se pudo conocer que el perro es el animal que predomina en los domicilios del personal de salud encuestado con un 48 % del total de resultados, lo que coincide con los resultados de la población de Villa Eduardo Avaroa (Gráfico N° 13)



Fuente: Elaboración propia

b) Cantidad de animales en domicilio

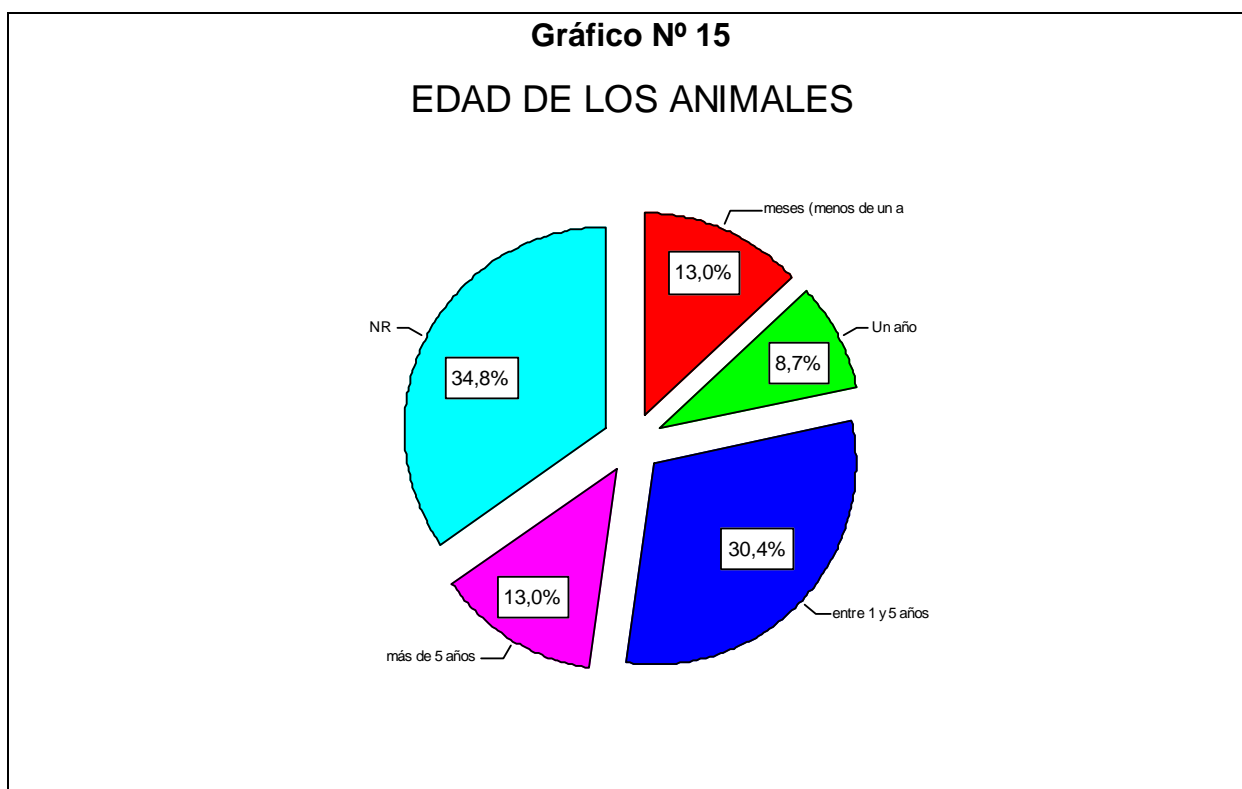
Se pudo conocer que un 34.8 % del personal de salud encuestado tiene solamente un animal (perro) en su domicilio. Contrariamente a la población el personal de salud no tiene otro tipo de animales de granja en sus domicilios



Fuente: Elaboración propia

c) Edad de los animales en domicilio

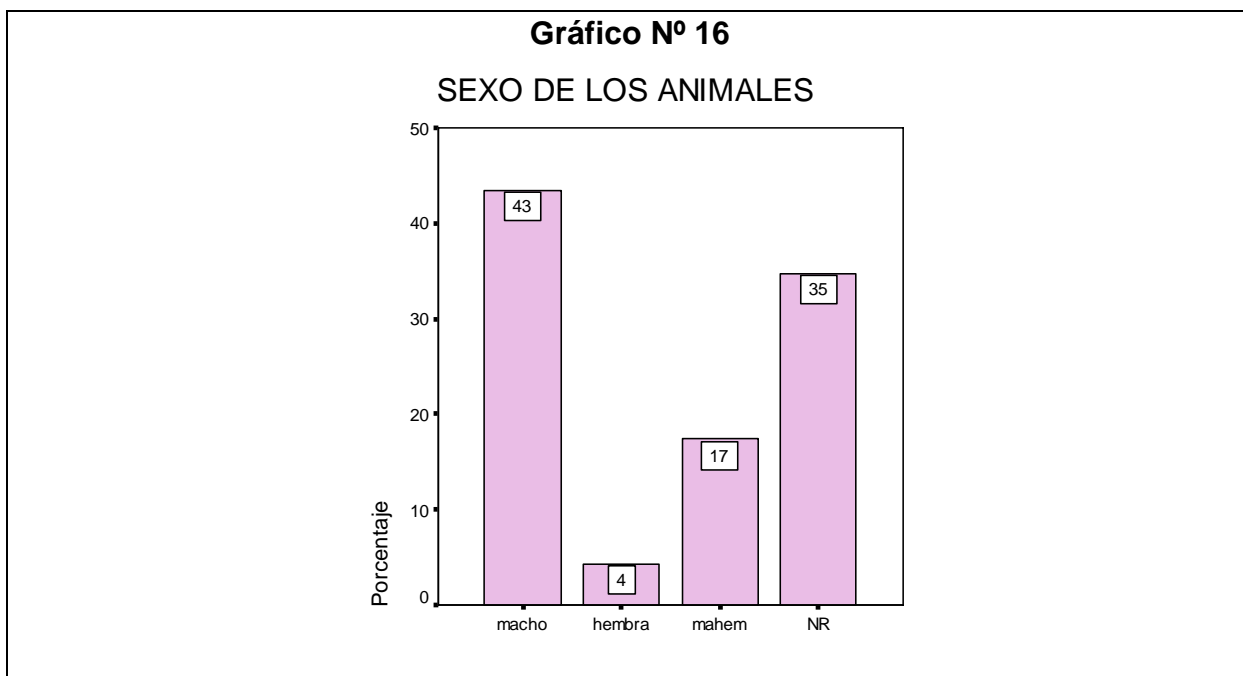
Se pudo determinar que las mascotas del personal de salud en un 30.4 % tiene entre 1 y 5 años lo que coincide con los resultados de la población de la zona, cuyas mascotas tienen el mismo intervalo de edad, siendo este resultado resaltante, pues se llegaría a convertir en un parámetro de edad promedio de mascotas en la zona de estudio.



Fuente: Elaboración propia

d) Sexo de los animales en domicilio

Un 43 % de las mascotas del personal de salud encuestado son machos, mientras que sólo un 4 % son hembras, lo que concuerda con los resultados de la población de la Villa que tiene la misma resultado y con los estudios de la Organización Mundial de la Salud (OMS) , acerca de que las hembras, al tener un ciclo reproductivo muy frecuente son las menos requeridas por la población y se constituyen en la población canina vagabunda en las calles (Gráfico N° 16)

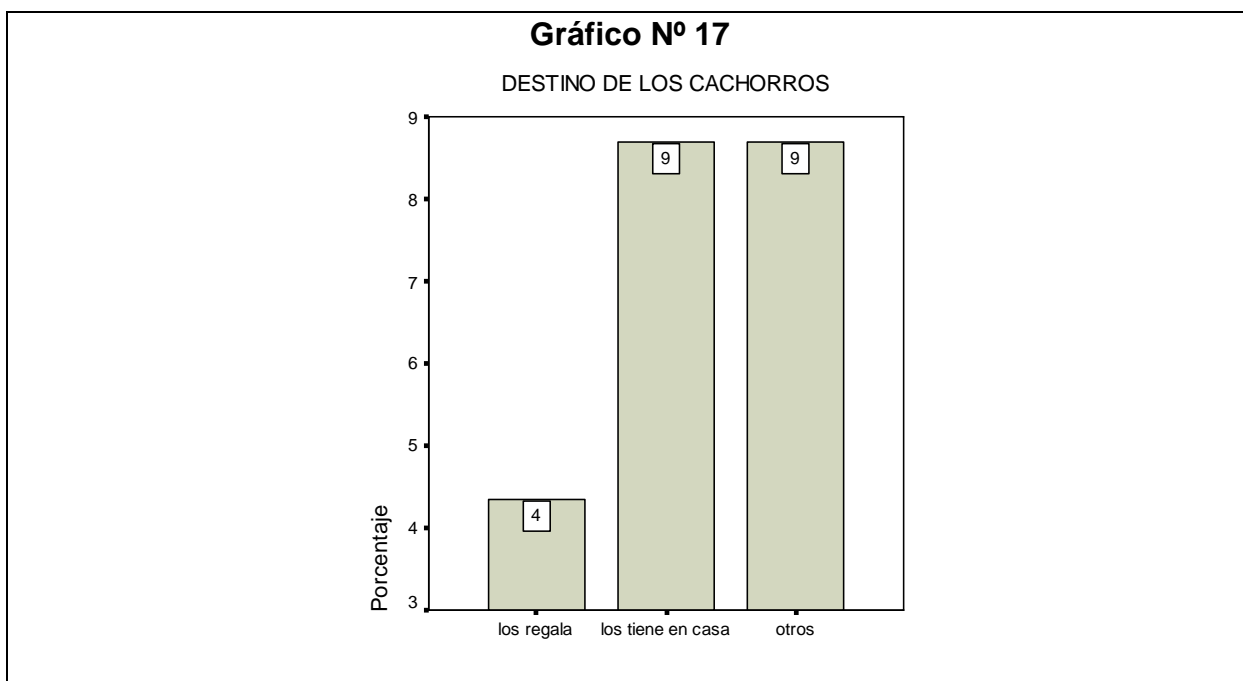


Fuente: Elaboración propia

e) Otros animales en domicilio

Se pudo conocer que la mayor parte del personal de salud encuestado (91,3 %) no tiene ningún otro animal en casa, además de perros o gatos. Un mínimo porcentaje tiene loros con un 8,7 %.

f)) Destino de los cachorros

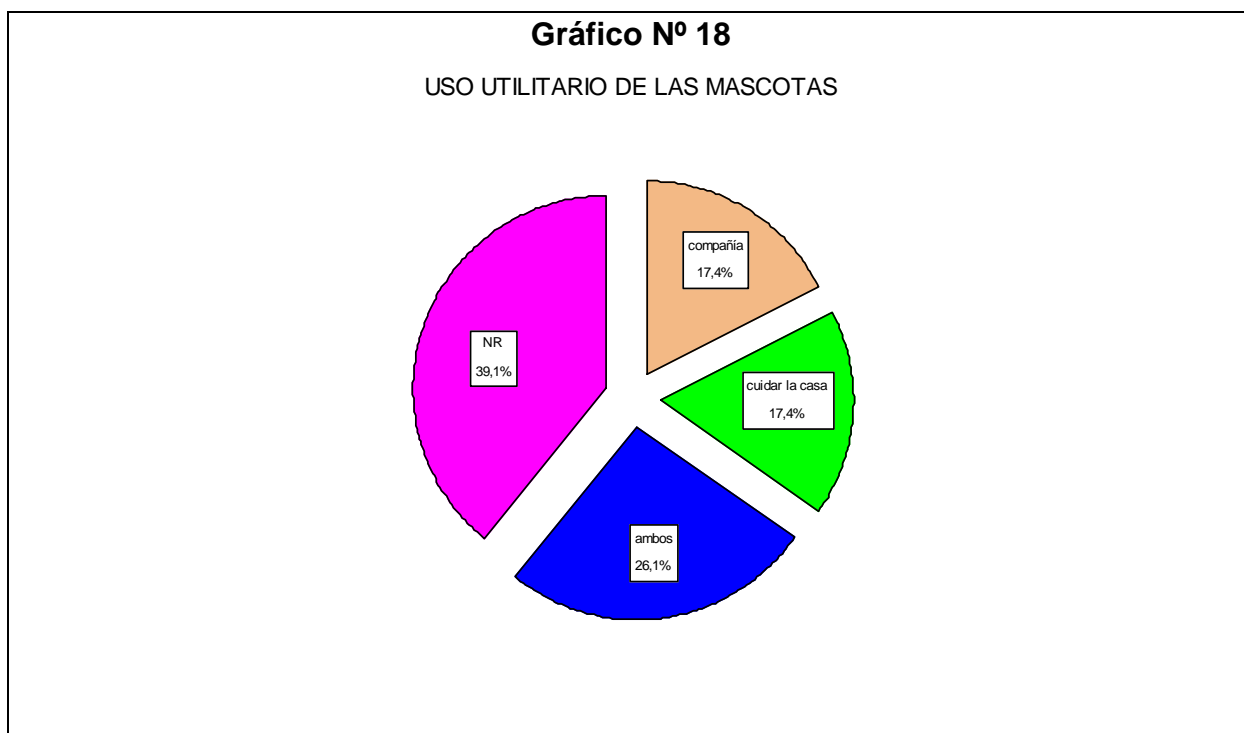


Fuente: Elaboración propia

Se pudo determinar, entre el porcentaje de personas que respondieron esta pregunta, que en un 21,4 % el personal de salud encuestado prefiere mantener en casa a los cachorros o tomar otro tipo de actitudes respecto a estos animales, pero de ninguna manera matarlos como se determino en ciertos sectores de la población.

g) Uso utilitario de la mascota

Se llegó a conocer que el personal de salud conceptualiza a sus mascotas con dos parámetros: cuidador (17.4 %) y como compañía (17,4 %) y el de cuidador y compañía con un 26.4 %. Se puede verificar que el concepto de “perro cuidador” es parte también del imaginario social del personal de salud.

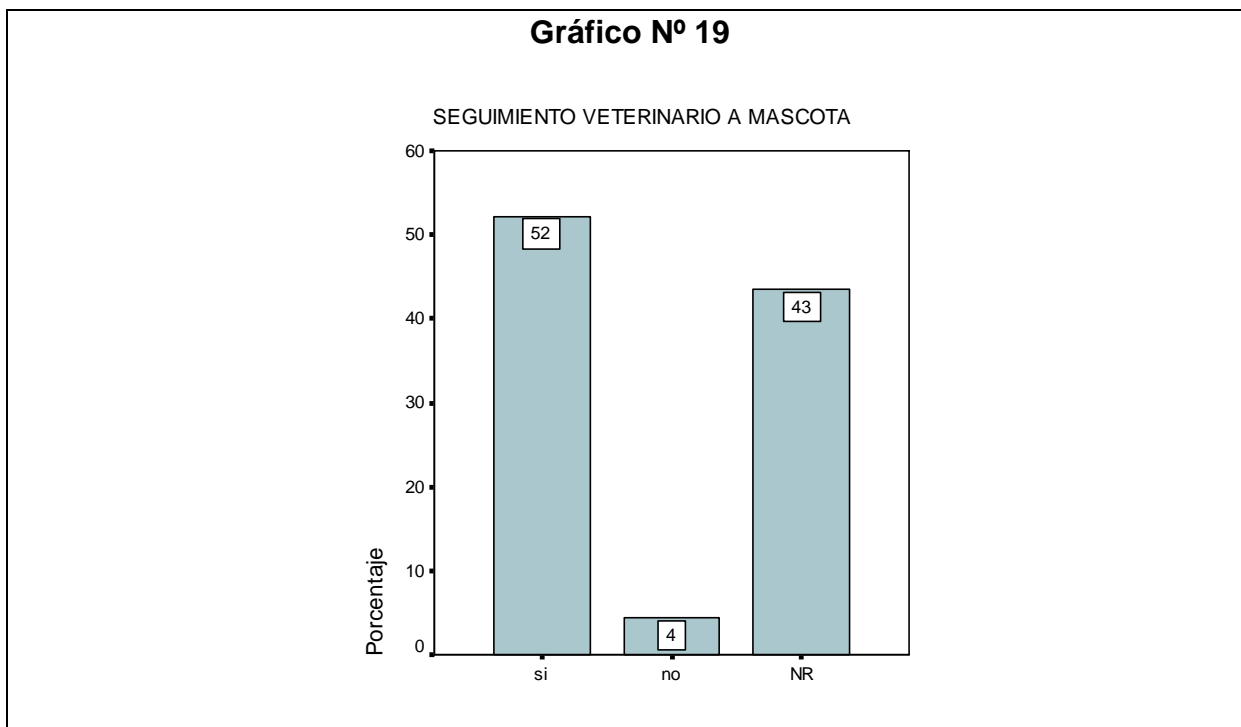


Fuente: Elaboración propia

h) Seguimiento veterinario de la mascota

Se pudo comprobar que más de la mitad del personal de salud que tiene mascotas (52,2%) les hace seguimiento veterinario principalmente para desparasitarlos, por enfermedad o para revisión médica. Un mínimo porcentaje no lleva al médico a su mascota porque no se enferma.

Si bien la atención médica de mascotas es superior a la de la población aún hay un porcentaje de personas que no lo lleva al veterinario sino se enferma, aunque sus propietarios trabajen en el sector salud y sepan lo importante de la medicina preventiva.(Gráfico N°19 y 20)

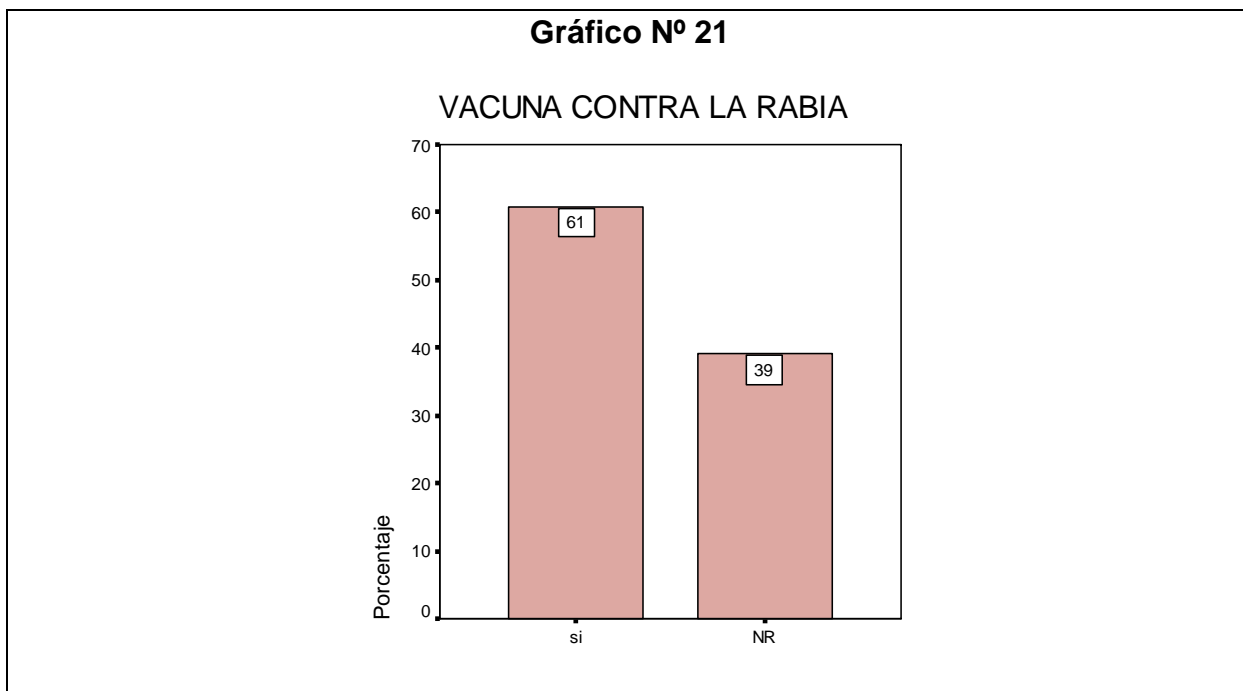


Fuente: Elaboración propia

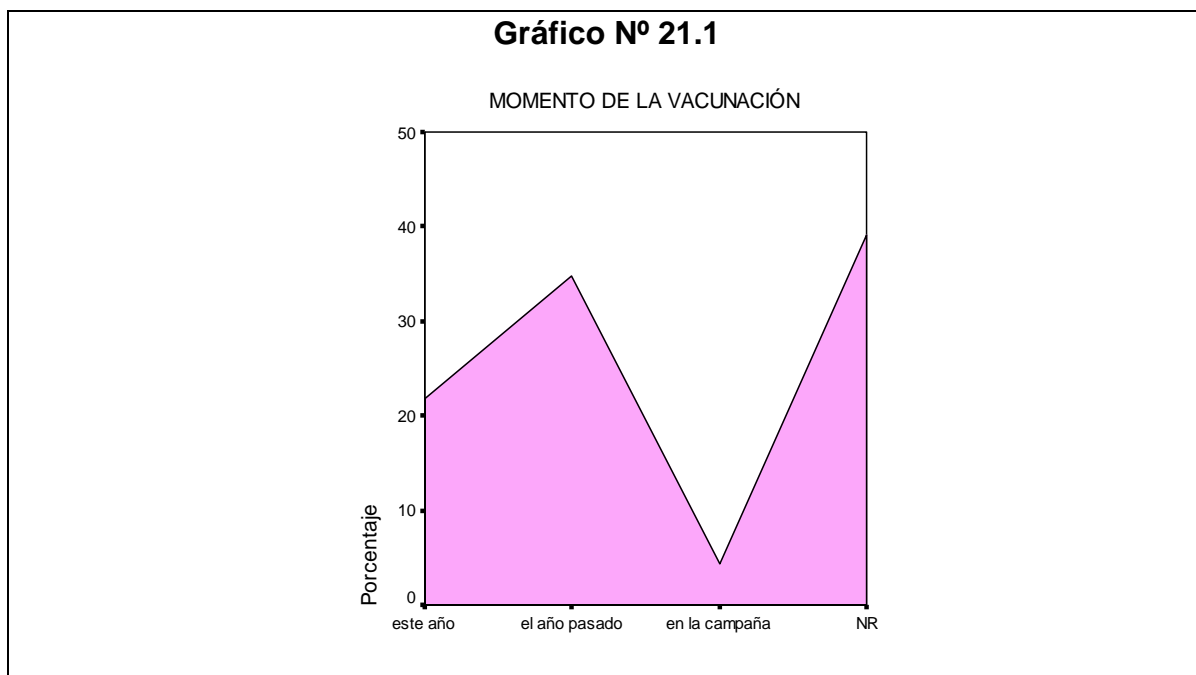


i) Vacunó a su perro contra la rabia

Se pudo comprobar que más de la mitad del personal de salud encuestado (61 %) que tienen mascotas, vacunó a su animal contra el mal de rabia predominantemente el año pasado (Gráfico N°21 y 21.1)

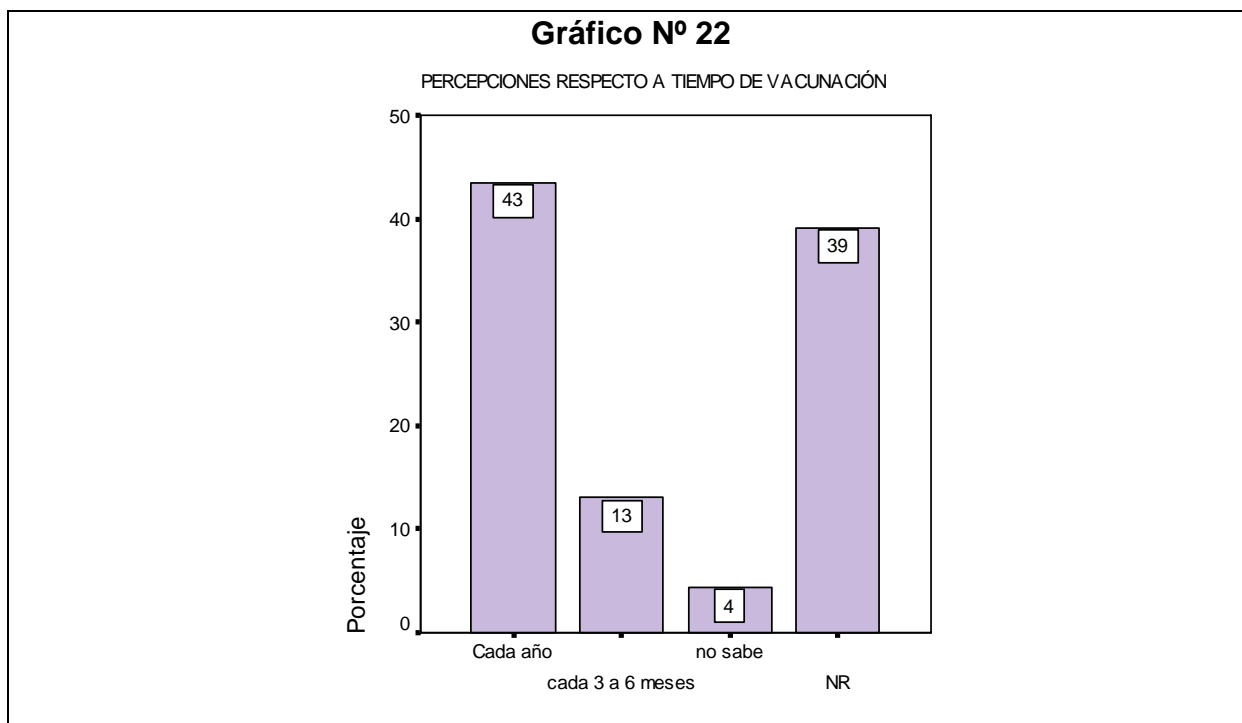


Fuente: Elaboración propia



Fuente: Elaboración propia

j) Conocimiento sobre el tiempo de vacunación



Fuente: Elaboración propia

Se pudo conocer que el personal de salud maneja la información de que los animales deben ser vacunados cada año (43%). Vuelve a destacar el conocimiento de vacunar a los animales cada 3 a 6 meses (13%) como lo presentó también la población, pero sin especificar en que casos.

Resultados finales del objetivo acerca de manejo de mascotas:

Población de Villa Eduardo Avaroa:

1. La población de Villa Eduardo Avaroa tiene como mascota principal al perro (53 %) en sus hogares
2. La edad promedio de los animales (mayoritariamente perros) que tiene la población, está comprendida entre 1 y 5 años con un 47 % de los resultados, lo que nos lleva a pensar en un relativo buen manejo de estos por parte de sus dueños.
3. La población de Villa Eduardo Avaroa prefiere tener animales machos en su casa (43 %) en desmedro de las hembras, talvez por sus características de reproducción constante y por lo tanto problemáticas que la misma implica para el dueño.

4. La cantidad de animales en cada casa es relativa pues un porcentaje del 50 % tiene un solo animal y el otro 50 % tiene más de un animal en sus casas. No está definida y por lo tanto no hay una actitud caracterizada de la población hacia esto.
5. Es muy poca la cantidad de personas que tienen otro tipo de animales en sus domicilios. En caso de tenerlos predominan las gallinas y los conejos.
6. El destino que se les da a los cachorros, que se pueden tener en algún momento en casa, producto del parto de una de sus mascotas, es el de ser regalado (46,8 %), lo que nos demuestra que la tenencia responsable de mascotas no está bien enraizada, pues si se tienen muchos cachorros, lo mejor es regalarlos. Creemos que aquí la información sobre esterilización de mascotas es por demás necesaria, para controlar la sobrepoblación de animales en la ciudad de El Alto.
7. El uso que se les da a las mascotas, en este caso perros, es el de cuidadores del hogar con un 46,8 % de los resultados. Es muy poco el porcentaje que habla de animales de compañía.
8. La población de Villa Eduardo Avaroa asegura que hace un seguimiento veterinario a su mascota (54,9 %), es decir conocen que hay un profesional especializado para su mascota y los llevan a las consultas predominantemente para vacunas y revisiones. Al hablar de vacunas es muy poco el porcentaje que dice que lleva a sus perros para vacunarlos contra la rabia (24,3%) Aquellas personas que no llevan a sus mascotas arguyen que no lo hacen porque no se enferman.
9. Un 73,2 % de la población encuestada hizo vacunar a sus mascotas en un intervalo del año 2005 al momento de ser encuestados. Dichas personas manejan en un 50 % que hay que vacunar a los animales cada año teniendo el resto diversas concepciones tales como vacunarlos sólo una vez en la vida o cada 3 a 6 meses.

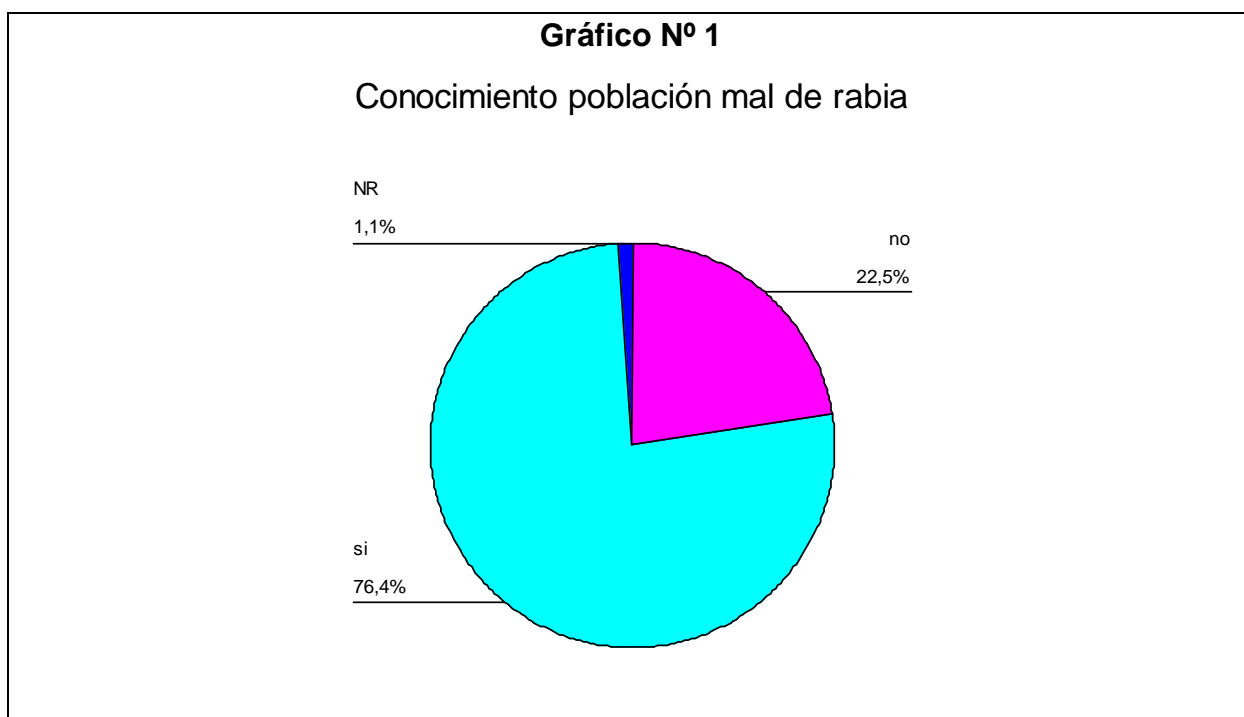
Personal de Salud de Villa Eduardo Avaroa:

1. El 47,8 % del personal de salud encuestado tiene perros machos en su domicilio. Los tiene para cuidar la casa y para compañía, lo que difiere totalmente de la población que solamente los tiene de cuidadores.
2. Tienen un solo animal en casa (34.8 %), lo que nos hace pensar que es debido talvez al conocimiento que tienen en salud pública. En caso de tener otros animales tienen loros.
3. En el caso de tener cachorros en casa los mantiene en casa, pero no toma ninguna opción drástica para deshacerse de ellos.
4. El personal de salud encuestado, en más de la mitad (52.2 %), en caso de tener mascotas les hace un seguimiento veterinario principalmente para desparasitaciones, revisión médica o enfermedad.
5. El 60.9 % del personal de salud vacunó a sus perros contra la rabia el año pasado. Aseguran que lo recomendable es vacunarlos cada año o en un intervalo de 3 a 6 meses.
6. Este tipo de actitudes respecto a la tenencia de mascotas parece tener que ver mucho con el conocimiento de salud pública que tiene el personal de salud en su proceso de formación y en su trabajo diario.

5.3.2 Objetivo específico 3: Diagnosticar como conceptualiza la población meta y el personal de salud del centro de salud de la zona de Villa Eduardo Avaroa, al mal de rabia y cuales son los principales problemas que se tienen al respecto y que evitan la adecuada información y prevención de la enfermedad.

1) Población.-

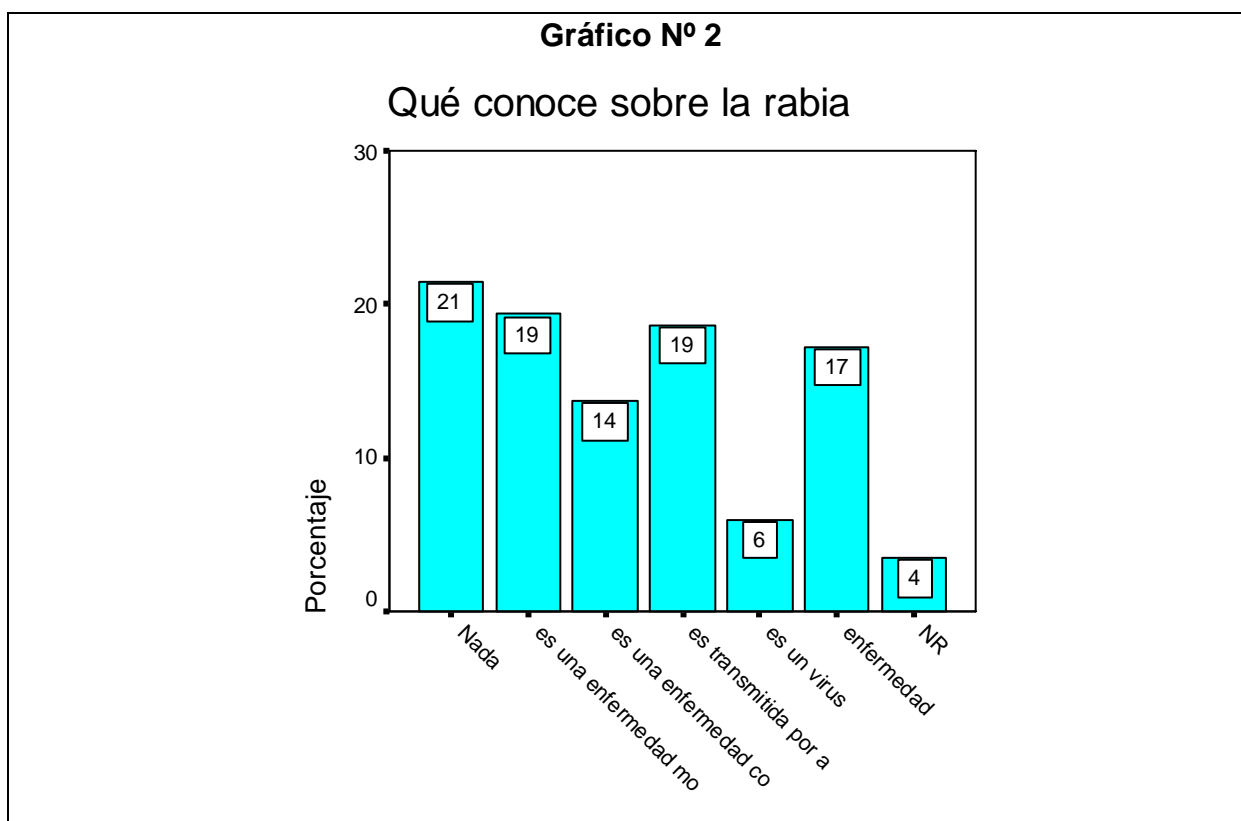
a) Conocimientos sobre el mal de rabia



Fuente: Elaboración propia

Se pudo verificar que seis de cada diez personas encuestadas dice conocer qué es el mal de rabia con un 76.4 % del total de la muestra. Dentro de estos resultados se comprobó que no hay una diferenciación de género (masculino-femenino) sobre el conocimiento que tengan sobre el mal de rabia, ni de edad, nivel de instrucción (Ver anexos Gráfico 1.1, Gráfico 1.2, Gráfico 1.3).

b) Conocimientos personales sobre el mal de rabia



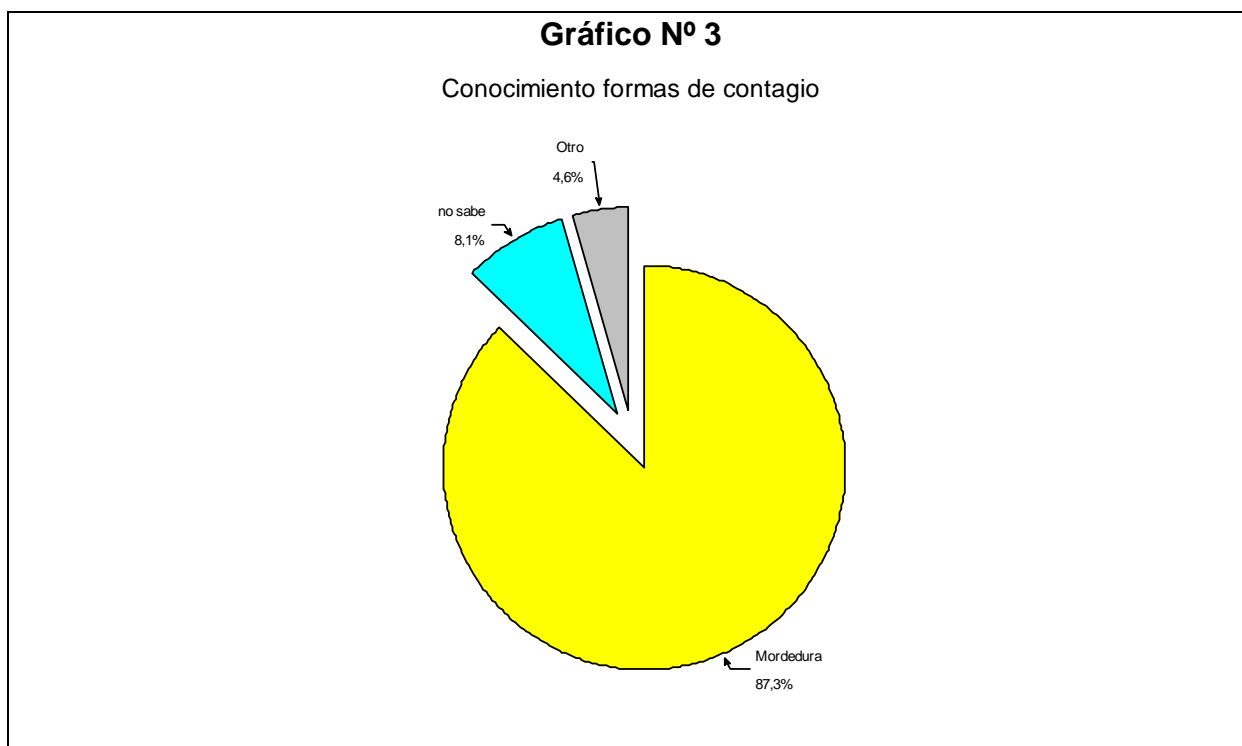
Fuente: Elaboración propia

Respecto a que sabe la gente respecto a la enfermedad se pudo conocer que el 100% de los encuestados conoce que la rabia es una enfermedad. De dichos resultados se pudo determinar que dos de cada diez personas (21.5 %) no conocía nada respecto a la enfermedad, un número similar (19.4 %) conocía que la rabia es una enfermedad mortal mientras un 18.7 % decía que la rabia era una enfermedad transmitida por animales.

De acuerdo al género se pudo conocer que son las mujeres quienes tienen problemas de conceptualización sobre la rabia (Ver anexos Gráfico 2.1). Según la edad quienes menos conocen son las personas que están incluidas entre los 15 a 25 años (Ver anexos Gráfico 2.2). El nivel de instrucción que tiene más problemas de conocimientos sobre el mal de rabia son los que tienen nivel secundario (Ver anexos diagnóstico conductual Gráfico 2.3)

c) Formas de contagio del mal de rabia

Se pudo conocer que ocho de cada diez personas de la población encuestada respondió que la rabia se transmite por medio de la mordedura de un perro o gato en un 87.5 % de las respuestas. Este conocimiento es mayoritario sin importar el sexo, la edad, o el nivel de instrucción.



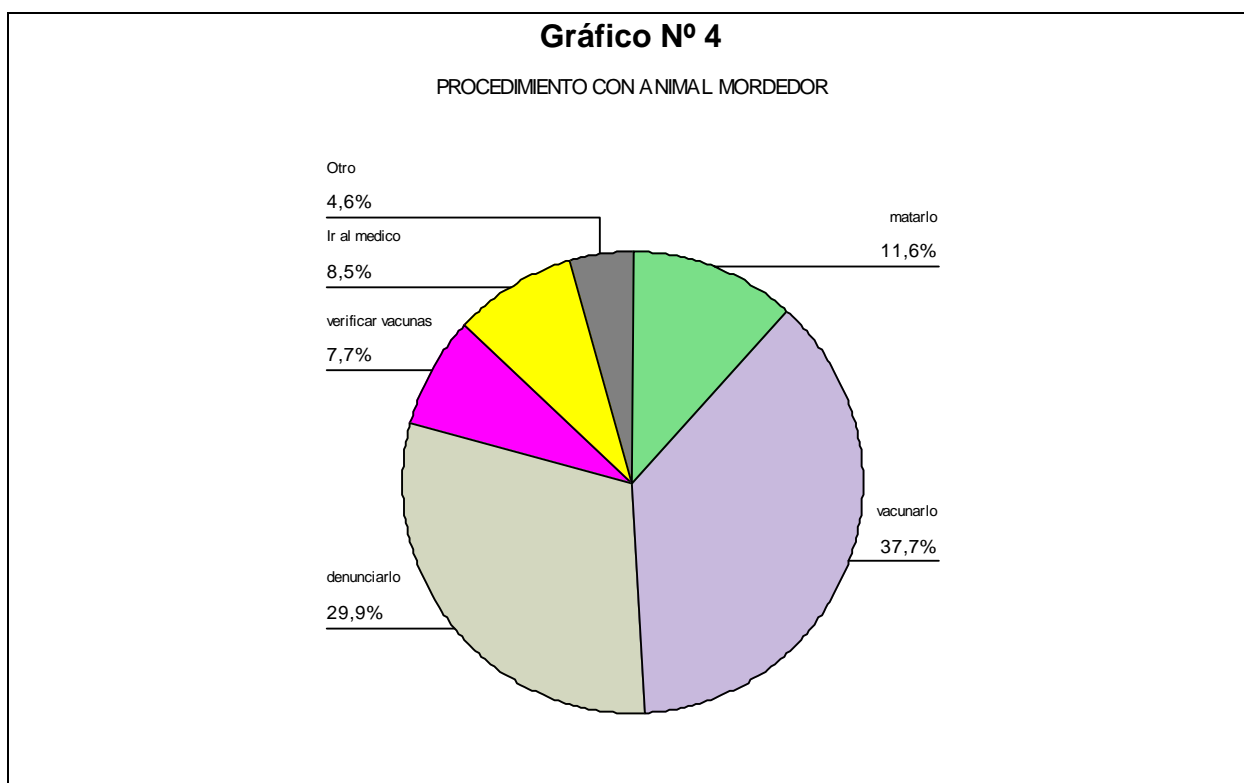
Fuente: Elaboración propia

d) Acción hacia el animal mordedor

Según los resultados obtenidos se puede ver que cuatro de cada diez personas encuestadas cree que lo mejor que se puede hacer con el animal mordedor es vacunarlo, lo que es errado pues el procedimiento adecuado es denunciarlo a las autoridades. De acuerdo al género se pudo conocer que tanto hombres como mujeres tienen como primera opción vacunar al animal y como segunda denunciarlo. Lo que llama la atención es que quienes toman medidas más extremas son las mujeres, como matarlos (Ver anexos Gráfico 4.1). Sin distinción de edad todos dicen que primero se los debe vacunar, luego denunciar. Lo que llama la atención es que

los más jóvenes, de 15 a 25 años, son los que sugieren que habría que matarlos (Ver anexos diagnóstico conductual ,Gráfico 4.2)

Finalmente por el nivel de instrucción se nota que hay marcadas diferencias pues las personas con un nivel de primaria y secundaria sugieren denunciarlo primero y luego vacunarlos (Ver anexos diagnóstico conductual Gráfico 4.3)



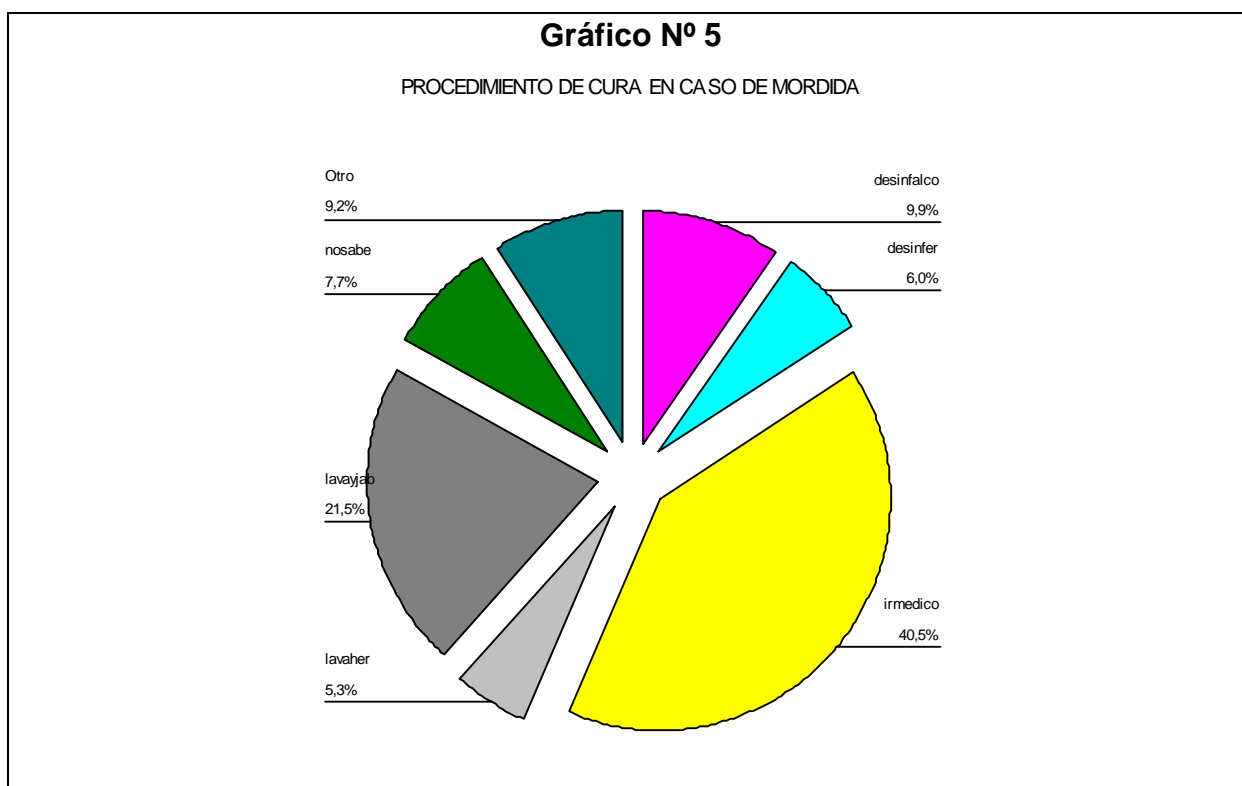
Fuente: Elaboración propia

e) Procedimiento de cura en caso de mordida

Cuatro de cada diez encuestados (40,5 %) piensan que la mejor manera de tratar o curar una mordedura es yendo al médico. Como segunda opción apuntan a lavar la herida con agua y jabón (21,5 %) y como tercera alternativa piensan que otra manera de curarse la herida es desinfectarse con alcohol (9,9%), lo que es totalmente erróneo pues esto contribuye a que si el animal tenía rabia, el virus se fije más en la herida (basado en criterio de la directora del Vacunatorio CRA).

Sin embargo, la población tiene conocimiento de que existen algunas otras prácticas de uso común, pero no mayoritario como el uso del torniquete o ponerse el pelo quemado del perro en la herida.

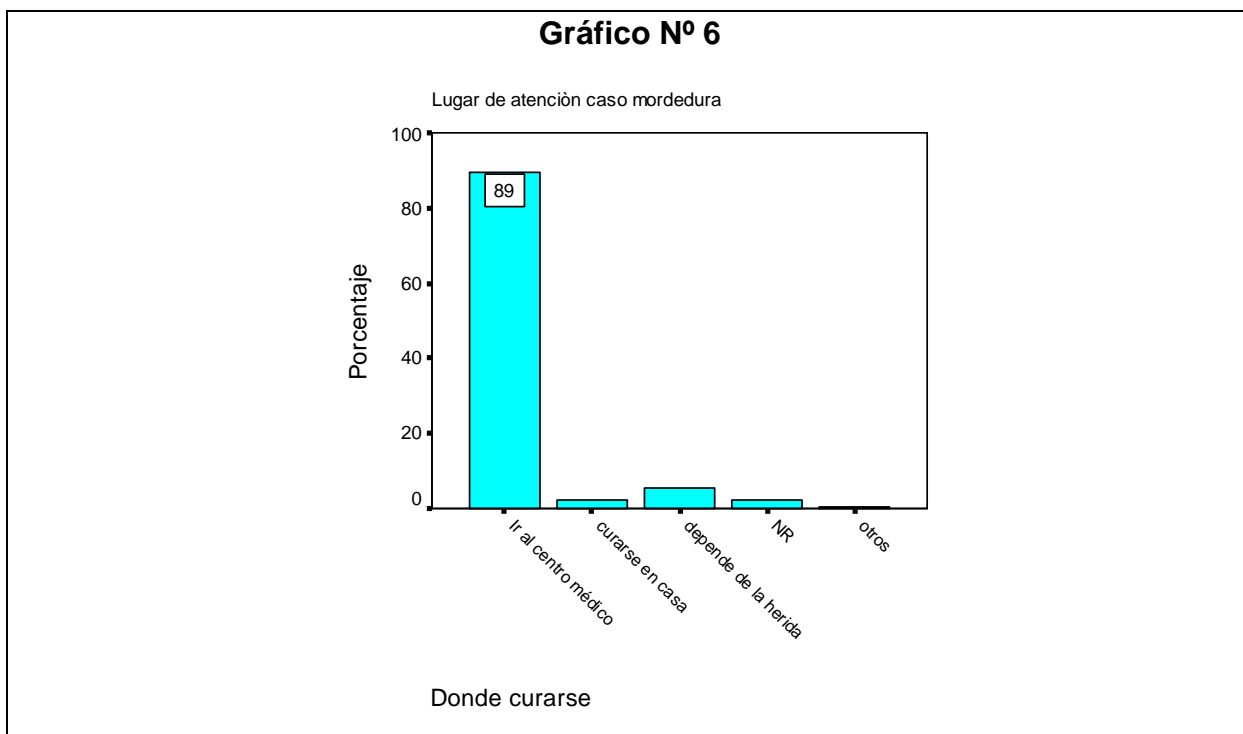
Dichos conceptos predominan sin distinción de sexo, ni edad. Sin embargo ciertas prácticas tales como desinfectar la herida con alcohol u otro tipo de medicamento es más preponderante en los hombres mientras que el uso del torniquete prepondera en las mujeres



Fuente: Elaboración propia

f) Lugar de atención para curar la mordedura

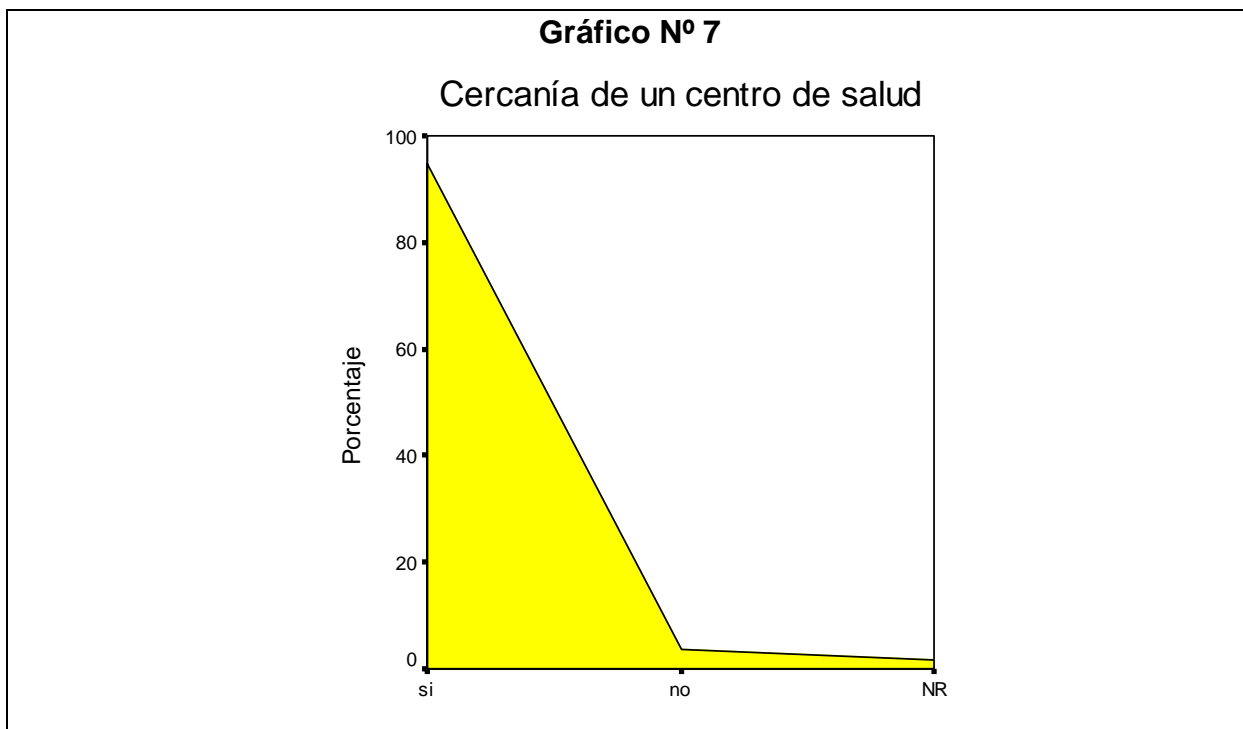
Se pudo conocer de acuerdo a los resultados obtenidos nueve de cada diez personas encuestadas (89.4 %) piensan que el mejor lugar para atender una mordedura es ir al medico (éste concepto engloba los recintos hospitalarios) y sólo como segunda opción curarse en casa. Apenas un 5,6 % dice que la asistencia o no a un centro de salud depende de la magnitud de la herida. (Gráfico N° 6)



Fuente: Elaboración propia

g) Cercanía del centro de salud para cura de mordedura

El 94.7 % de la población encuestada respondió que cerca de su casa existe un centro de salud, donde pueden atenderlos en caso de que sufran una mordedura.

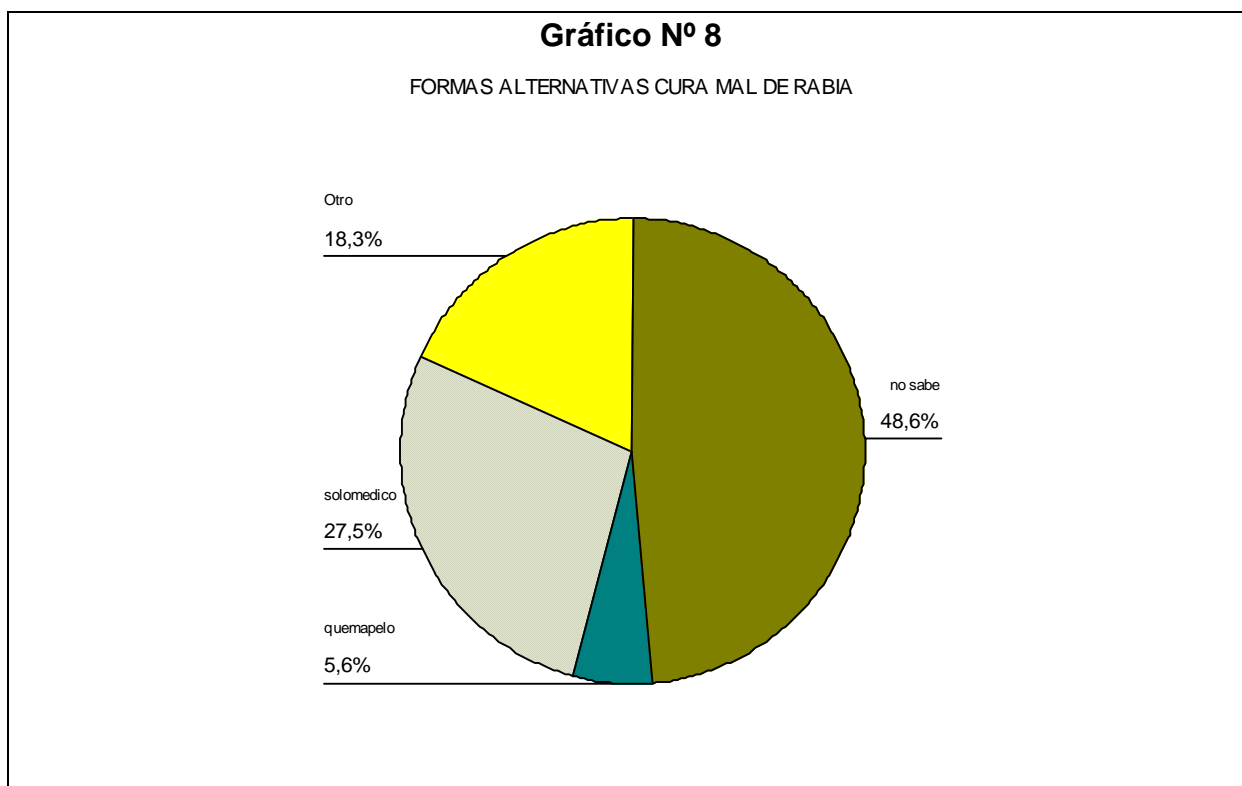


Fuente: Elaboración propia

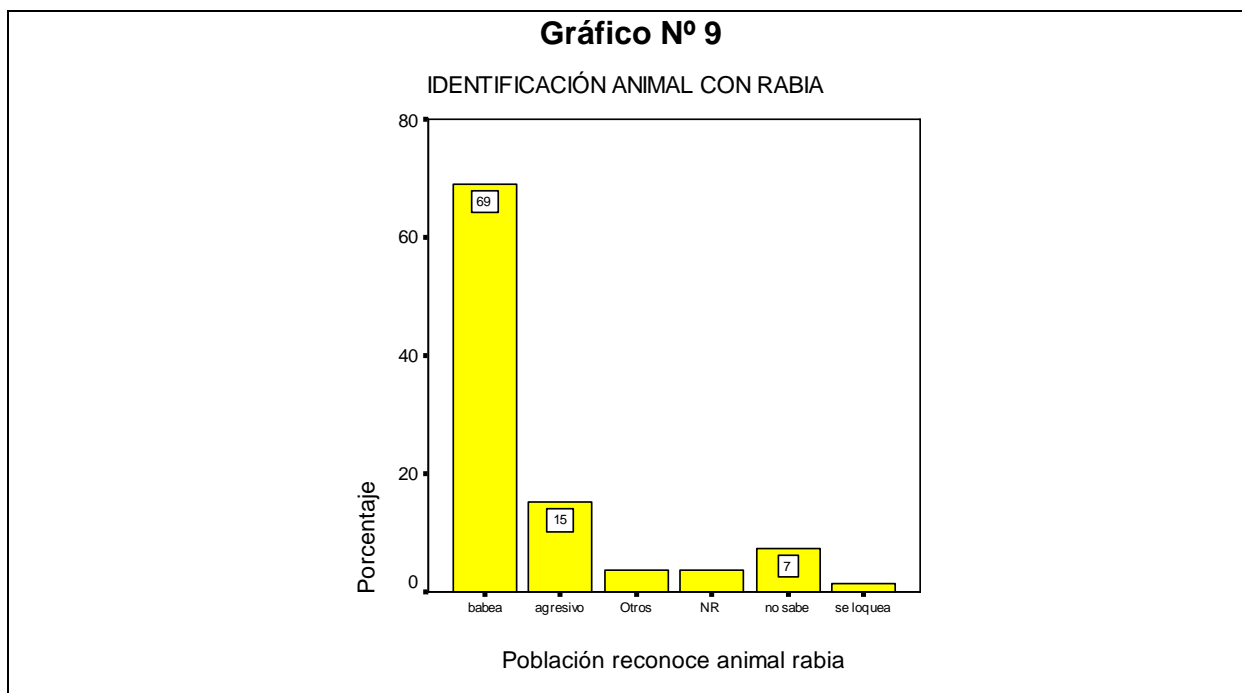
g) Formas alternativas de cura del mal de rabia

De acuerdo a estos resultados se pudo conocer que existen muchas formas alternativas de curar respecto al mal de rabia. Si bien un alto porcentaje de los encuestados dice no conocerlas (48.6 %) y que un 27.5 % diga que solamente el médico puede curarla, el resto maneja conocimientos interesantes tales como: curar el mal de rabia con alcohol, con hierbas (malva), quemando el pelo del perro y poniéndoselo en la herida, tomando sangre de cachorro entre las más extrañas o quemar la herida o el uso de sales de rehidratación oral.

Sin embargo, la población conceptualiza también muchos métodos médicos como caseros tales como el uso de la ampicilina, el alcohol, el agua oxigenada, lavarse la herida con agua y jabón o la vacunación, la que no se toma en cuenta en ningún caso como la forma más adecuada de prevenir el mal de rabia.



h) Identificación del animal con rabia



Fuente: Elaboración propia

Se pudo conocer que 7 de cada 10 personas encuestadas (69 %) reconocen a un animal con rabia porque babea mucho. Sin embargo, el babeo no es exclusivo de animales con rabia. Como segunda opción reconocen al animal con rabia como agresivo. Un dato importante es que también algún sector de la población dice que el animal con rabia se loquea o se vuelve loco.

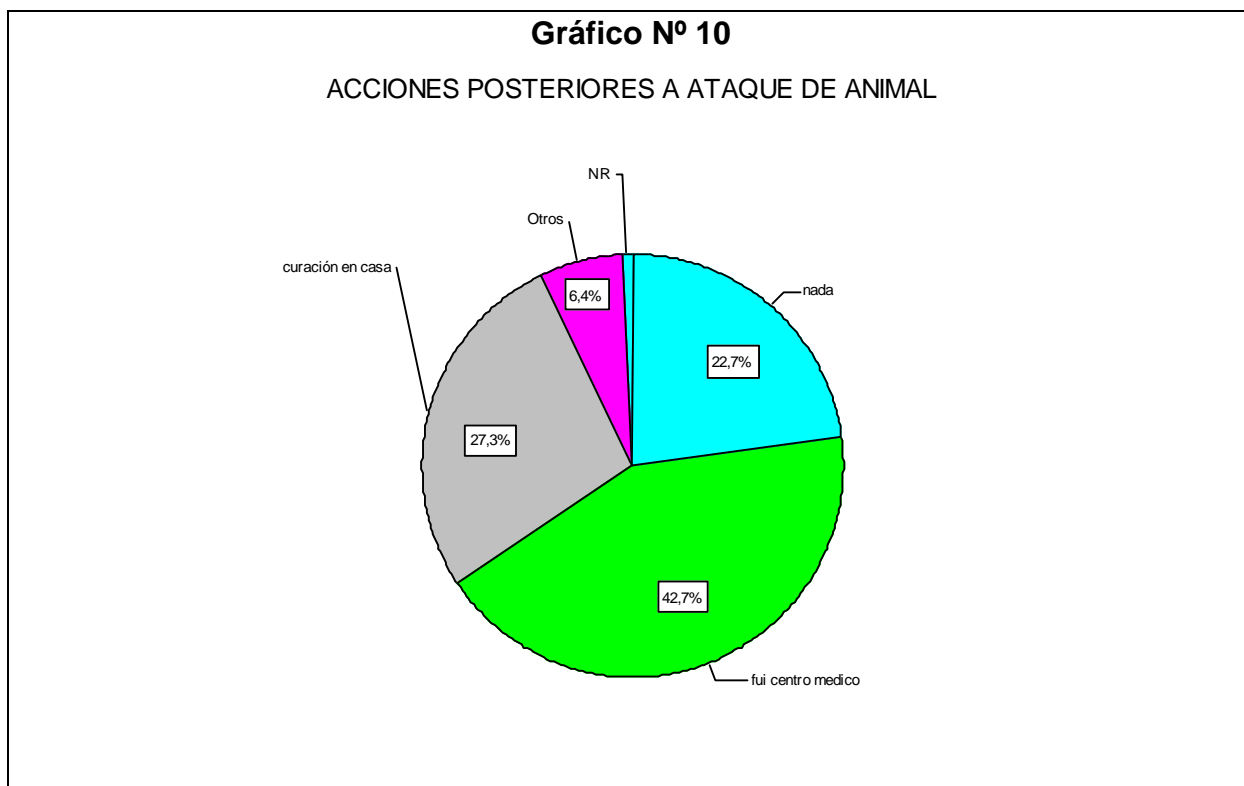
La población encuestada identifica los principales rasgos de un animal con rabia, pero no sabe discernirlos de otras zoonosis de los animales

i) Ocurrencia de ataque de mascota

Se pudo conocer que casi el 60 % de la población no ha sufrido casi nunca un ataque de un perro o gato.

j) Acciones posteriores al ataque del animal:

Se pudo conocer que la mayor parte de las personas encuestadas que fueron mordidas, en el caso de haber sido atacados por algún animal (perro o gato) se acudieron al centro médico para hacerse curar las heridas (Gráfico N°10)



Fuente: Elaboración propia

Resultados finales acerca del conocimiento de la rabia de la población de Villa Eduardo Avaroa:

Se llegaron a los siguientes resultados:

1. La mayor parte de la población encuestada (76.4 %) dice conocer qué es el mal de rabia. Todos apuntan a que es una enfermedad (69.1 %) con características de mortalidad, transmitida por animales, pero no se habla mucho de que es una enfermedad contagiosa.
2. Mayoritariamente la población dice que el mal de rabia se transmite por la mordeduras de un animal infectado (87.3%) Sin embargo el mal de rabia también se transmite por lamidas o contacto no agresivo con el animal enfermo.
3. Tres de cada diez personas (37.7 %) de la población encuestada dice que al animal mordedor hay que vacunarlo luego de un ataque, y solamente un 30 % dice que hay que denunciarlo, que es la forma correcta de actuar ante una

situación como esta.. Llama la atención que sean las mujeres quienes tomen la decisión más drástica que sería matar a los animales agresores

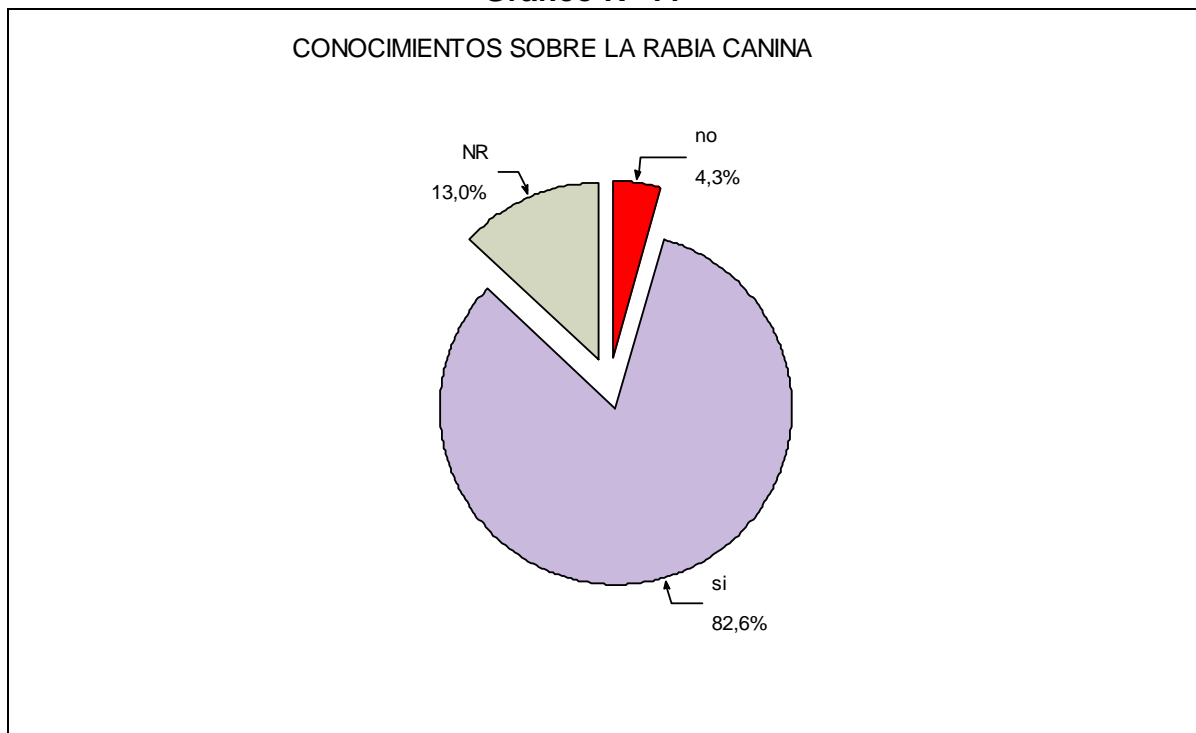
4. La población encuestada en un 40,5 %, apunta a que el mejor procedimiento en caso de sufrir una mordedura es acudir al médico o ir a un centro de salud, donde lo atiendan. La mayor parte de ellos afirma que cerca de su casa hay un centro donde pueden atenderlo para curar una mordedura. Sin embargo, un 59,5 % prefiere la autocuración y mencionan formas de curar una mordida tales como poner el pelo quemado del perro sobre la herida para que la persona no enferme, el uso del torniquete para la herida o de infectarla con alcohol, lo que según los entendidos entrevistados en la materia, hace que el virus se fije en la herida.
5. Un 23.9 % de la población dice conocer formas alternativas de cura del mal de rabia: quemar el pelo del perro mordedor y ponerlo sobre la herida, curarse con hierbas como la malva, con alcohol, con agua oxigenada, quemando la herida, lo que hace ver que la gente cree que la enfermedad es eminente superficial y que se cura con un tratamiento paleativo, siendo que la rabia es una enfermedad infectocontagiosa que entra por el torrente sanguíneo y ataca el sistema nervioso.
6. La población encuestada en un 69 % identifica a los animales con rabia porque babea mucho o son agresivos, siendo que otras enfermedades zoonóticas pueden confundirse con el babeo como el moquillo por ejemplo. Además la población no conoce la rabia muda, que no tiene el síntoma de la agresividad por ejemplo.
7. Un 40 % de nuestra población encuestada fue objeto de una mordedura de perro en el transcurso de su vida y lo que hicieron mayoritariamente fue ir a un centro médico.

2) Personal de salud:

a) Conocimiento sobre el mal de rabia

Se pudo conocer que un 82.6 % del personal de salud encuestado dice conocer qué es el mal de rabia, pero hay un porcentaje de 4.3 % que no lo conoce lo que es inadmisiblemente, siendo el personal de salud quien debe informar adecuadamente a la población.

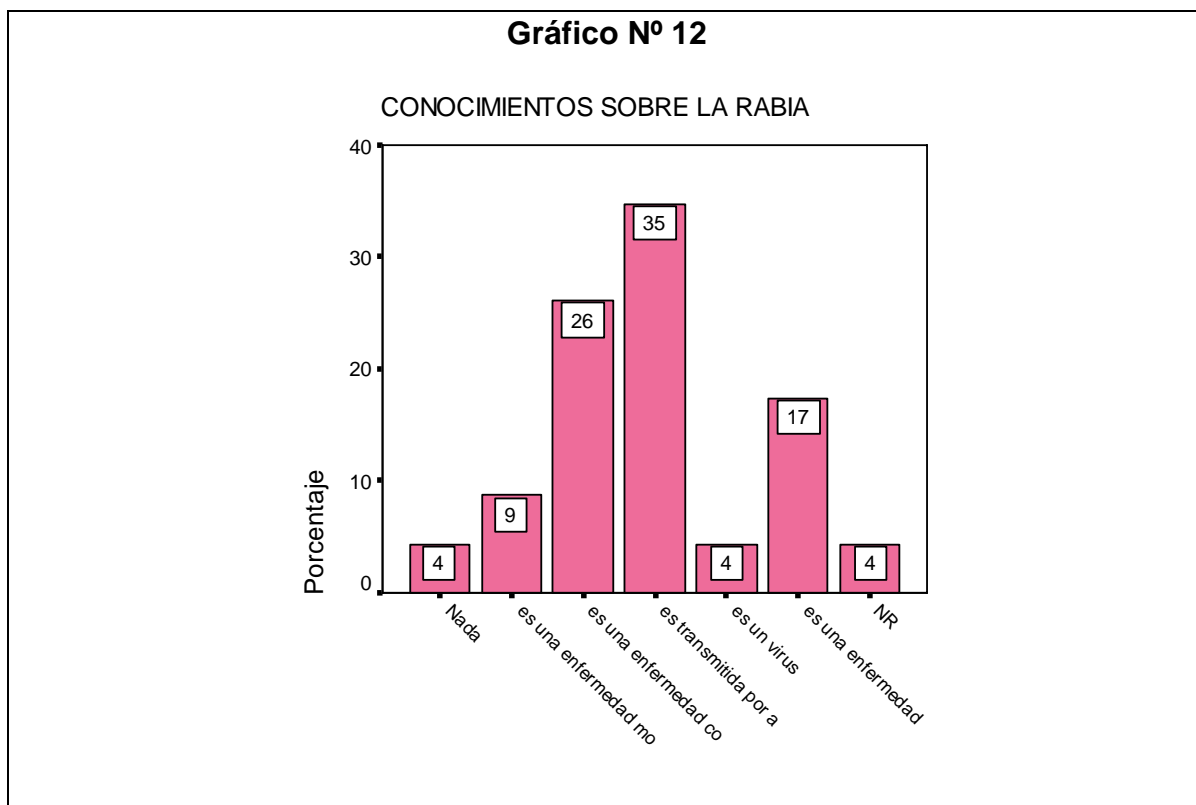
Gráfico N° 11



Fuente: Elaboración propia

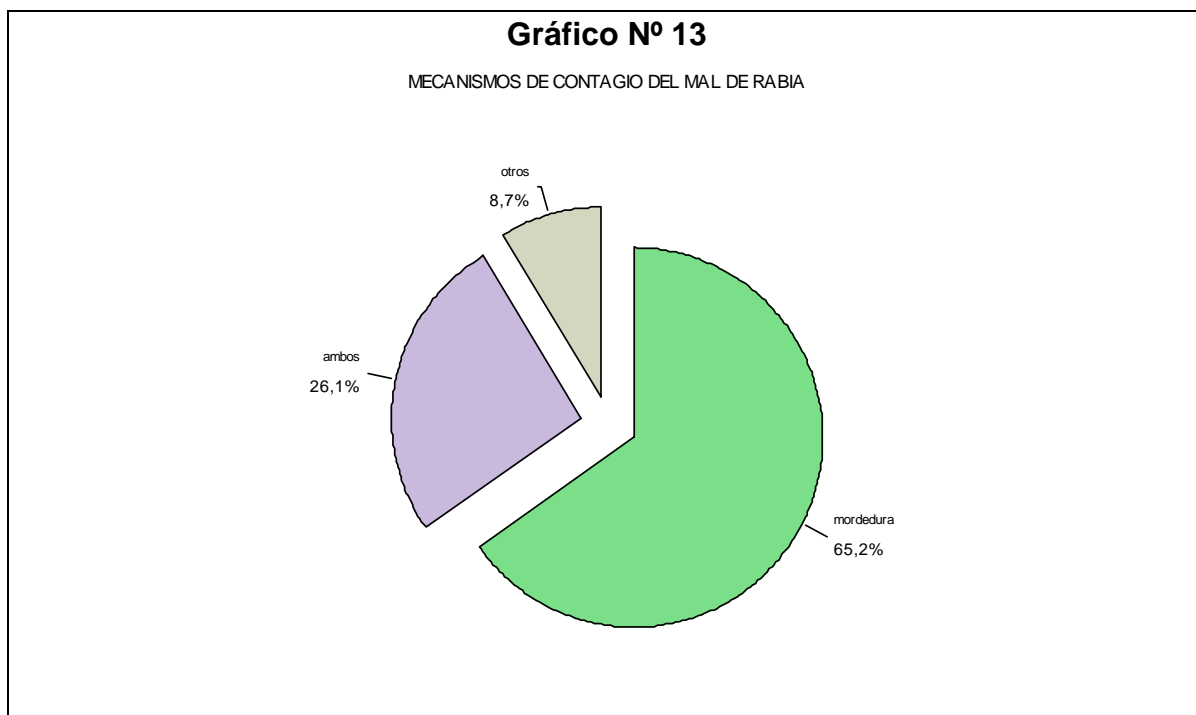
b) Conocimientos personales sobre el mal de rabia

El personal de salud encuestado dice que el mal de rabia es una enfermedad transmitida por animales (35 %) y que es una enfermedad contagiosa (26 %). Un pequeño porcentaje (9%) dice que es una enfermedad mortal (Gráfico N° 12)



Fuente: Elaboración propia

c) Mecanismo de contagio del mal de rabia



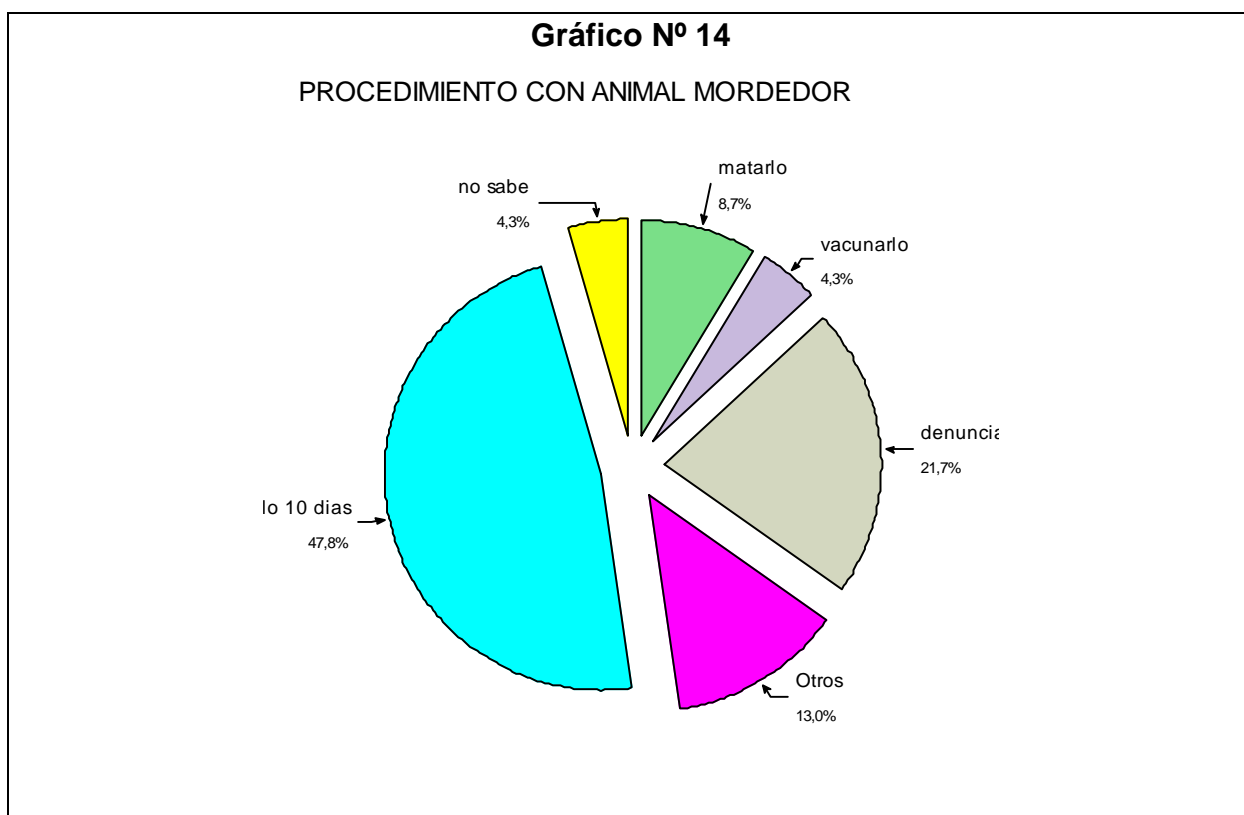
Fuente: Elaboración propia

Se pudo conocer que el personal de salud en un 65,2 % identifica la mordedura de un animal, como mecanismo de contagio del mal de rabia. En un porcentaje menor señala que tanto la mordida como la lamida de un animal enfermo puede contagiar de rabia a las personas (26.1%)

d) Actitud con el animal mordedor

Se determinó que el personal de salud encuestado con un 47.8 % opina que primeramente debe observarse al animal agresor 10 días después de ocurrida la agresión como una medida preventiva. Como acción posterior opinan también hay que denunciarlo (21,7%) y presentada la situación (caso positivo de rabia) matarlo (8,75 %)

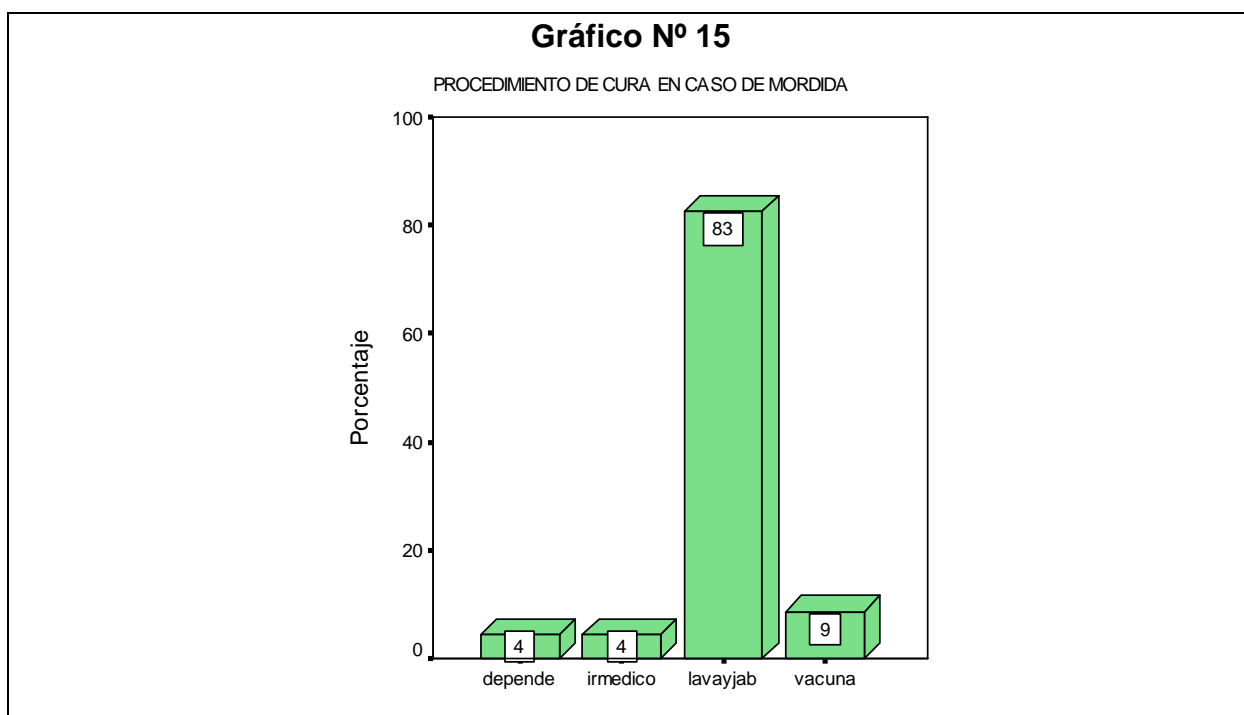
Este conocimiento contradice totalmente el de la población que sugiere que hay que vacunar al animal agresor.



Fuente: Elaboración propia

e) Forma de curación de la herida en caso de mordedura

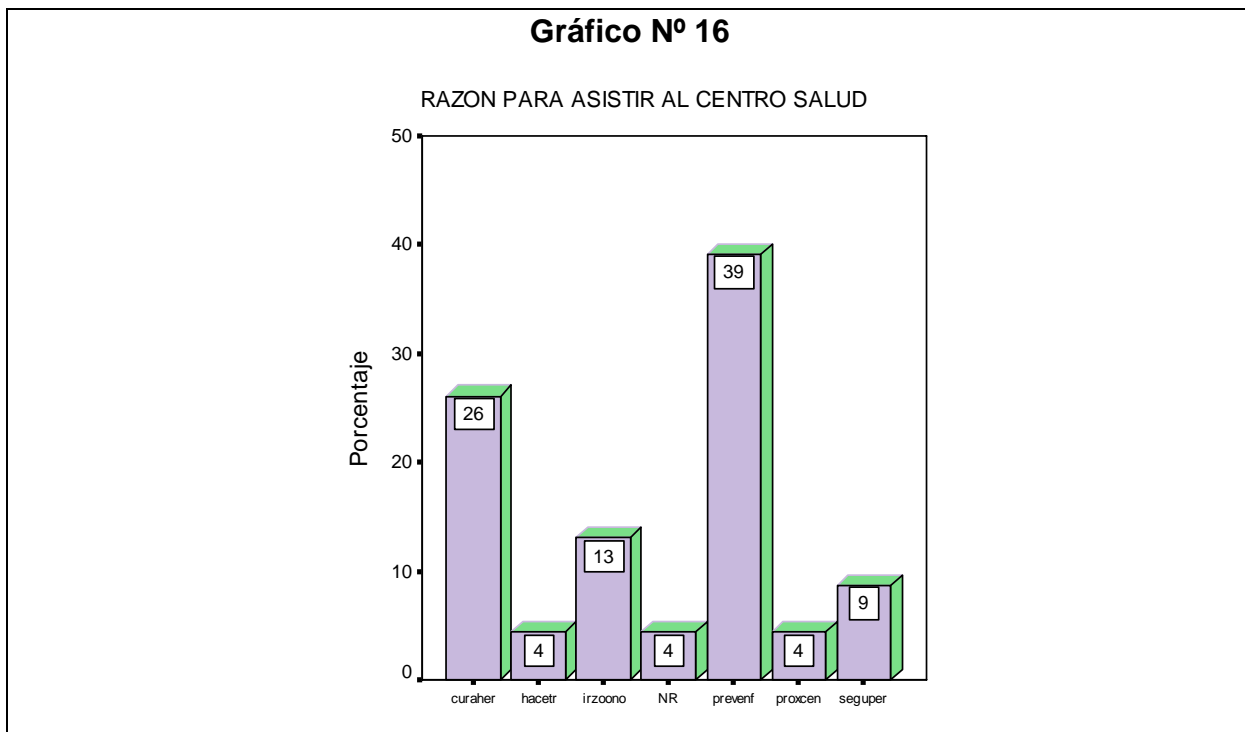
El personal de salud dice que la forma adecuada de tratar una herida producida por una mordedura es primordialmente lavarla con agua y jabón (83 %) y la segunda opción es vacunarse con un 9 %. Sin embargo, el personal de salud no detalla exactamente cuando la persona debe ser vacunada contra la rabia.



Fuente: Elaboración propia

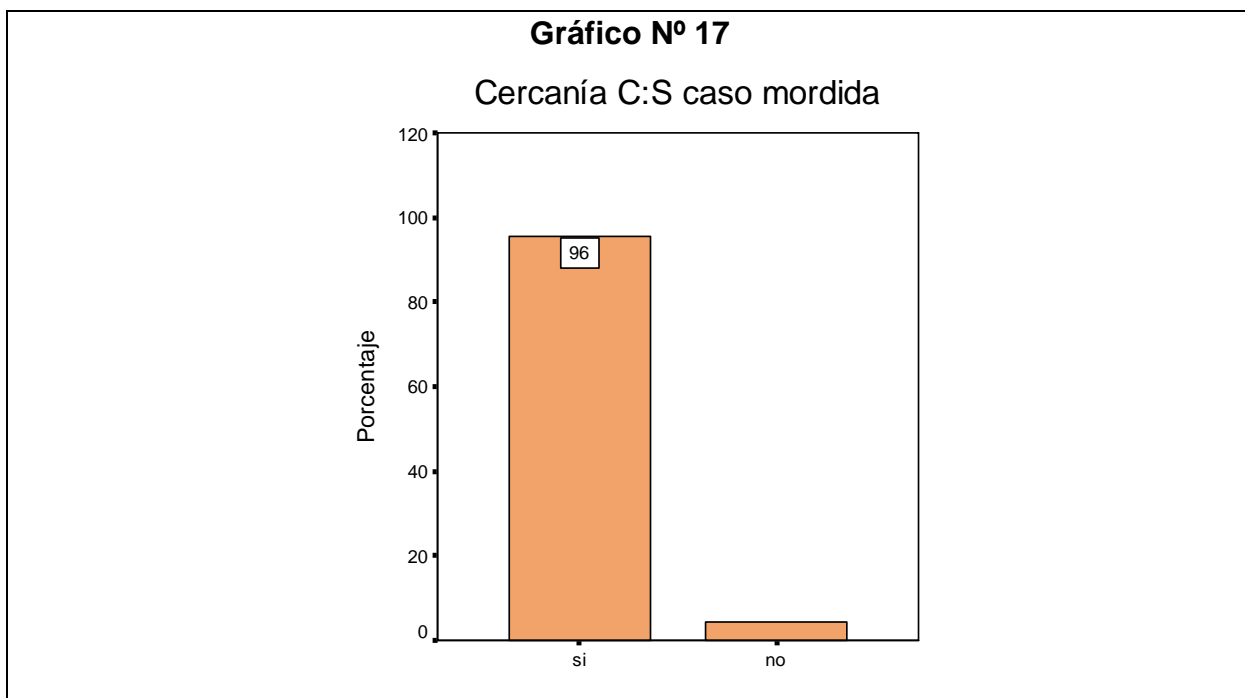
f) Donde acudir en caso de una mordedura

El personal de salud dice que el mejor lugar donde se debe atender una herida producida por la mordedura de un animal es acudiendo a un centro médico (91.3%) , pues allí se puede evaluar la magnitud de las heridas y ver el tratamiento o acciones a seguir. (Gráfico N° 16)



Fuente: Elaboración propia

g) Cercanía de centro de salud

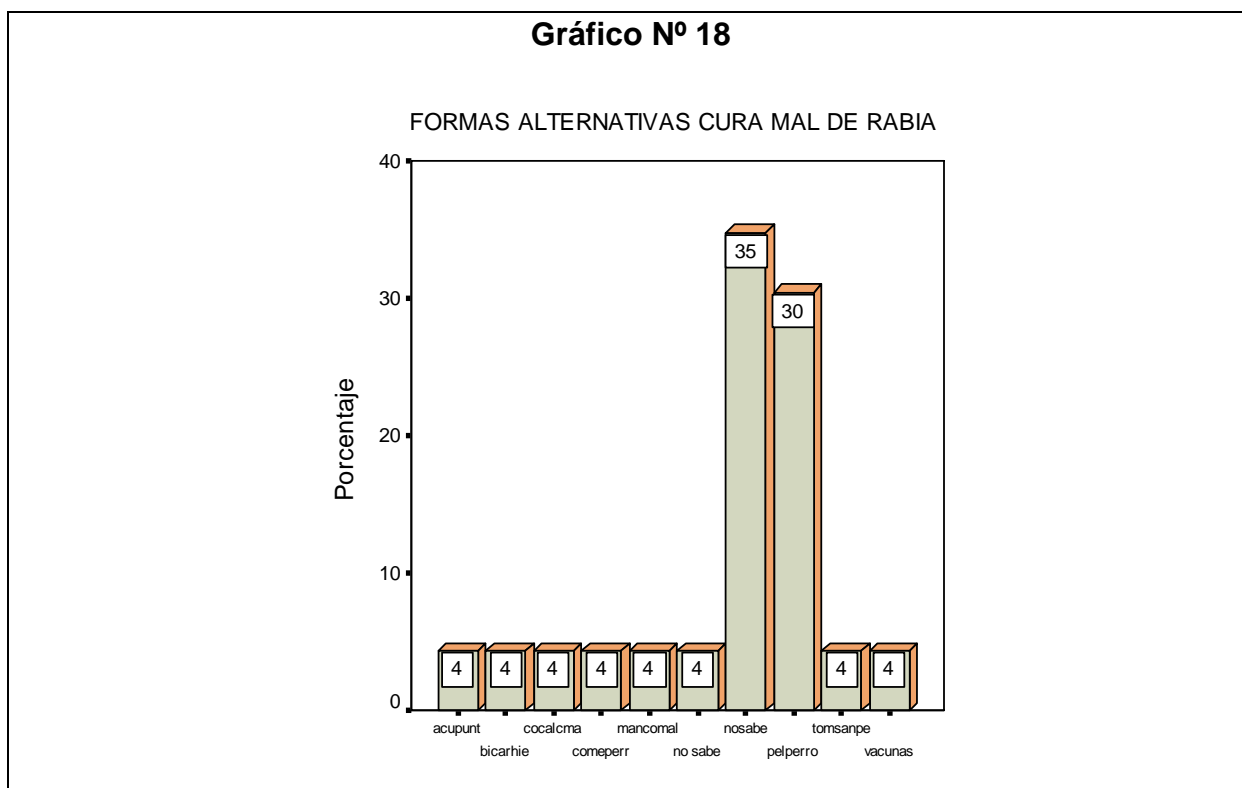


Fuente: Elaboración propia

El personal de salud, en un 96 %, dice tener cerca de su casa un centro de salud donde acudir en caso de sufrir un accidente de estas características.

h) Formas alternativas de curar el mal de rabia

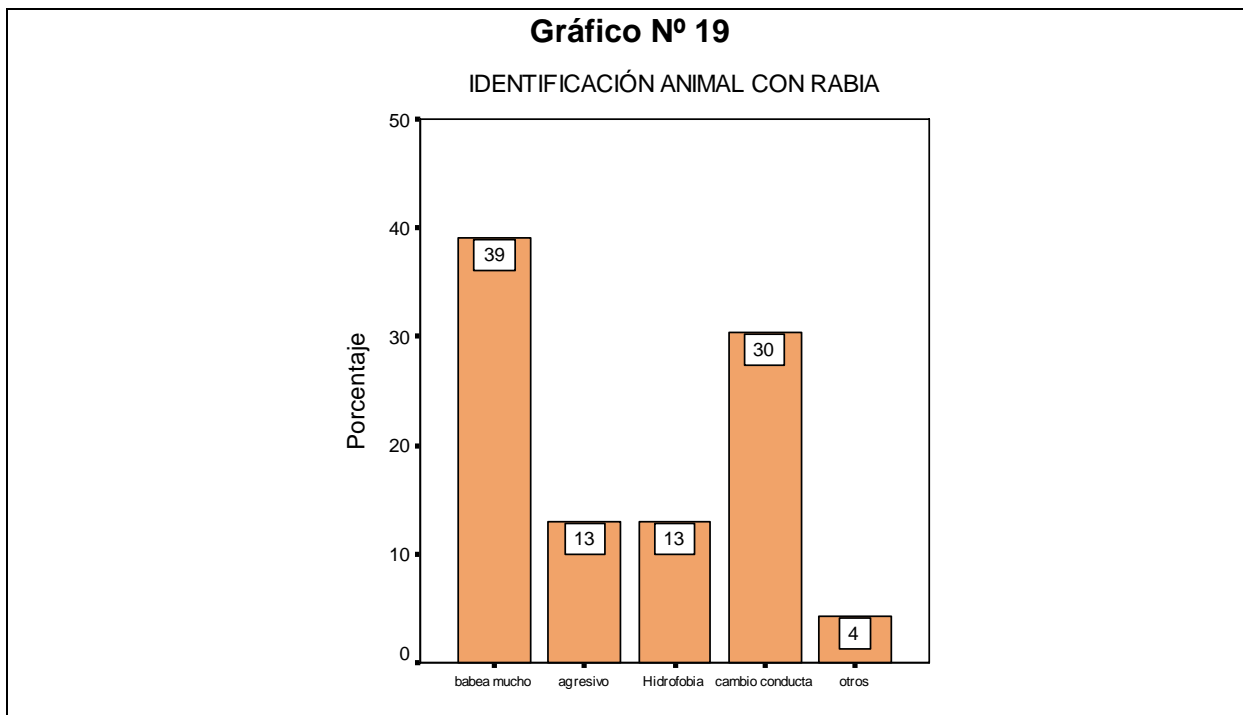
El 62 % del personal de salud encuestado conoce que la gente utiliza también otros métodos además del médico para curarse del mal de rabia, entre las más conocidas esta la del pelo del perro , que se quema y se pone a la herida. Señalan también que la gente se cura: tomando la sangre del perro, comiéndose al perro, con bicarbonato y hierbas y con acupuntura entre las más extrañas.



Fuente: Elaboración propia

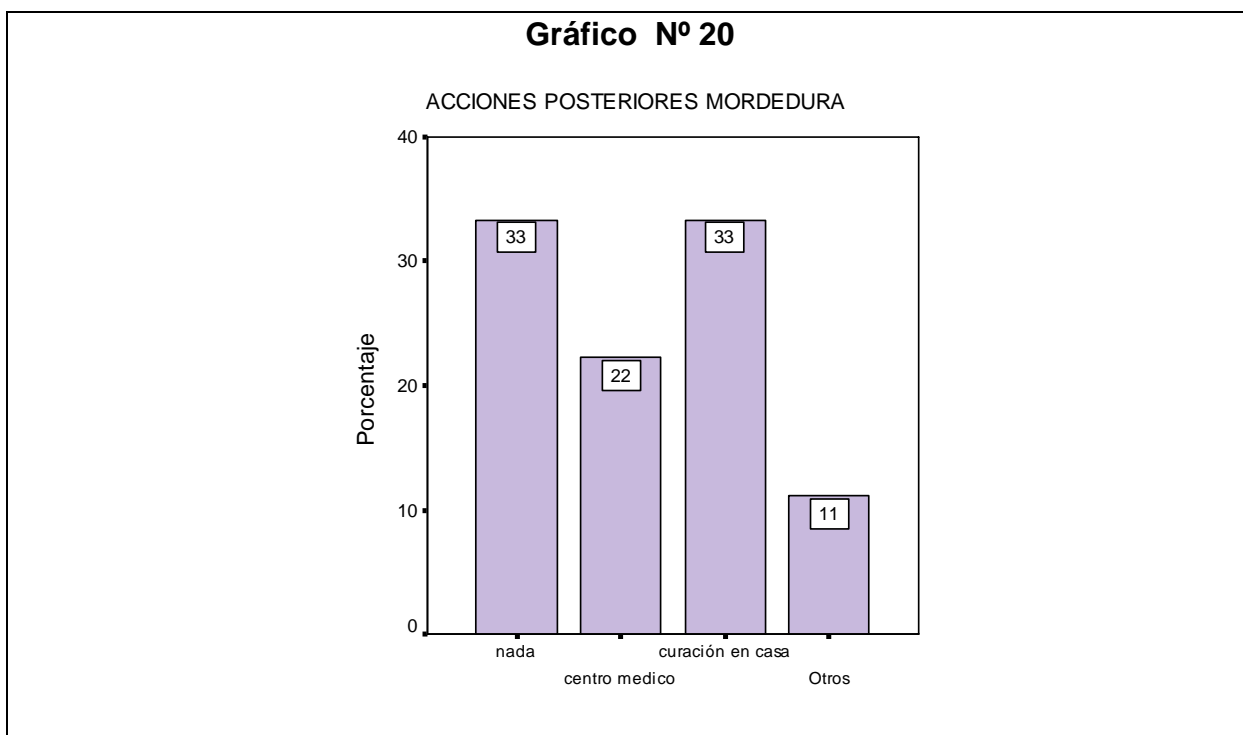
i) Formas de reconocer que un animal tiene rabia

El personal de salud reconoce a un animal con rabia principalmente por dos características: porque babea mucho (39 %) y porque tiene un cambio de conducta (30 %), que coincide con lo que dice la población. Sin embargo estos síntomas se presentan también en otras zoonosis (Gráfico No 19)



Fuente: Elaboración propia

j) Ocurrencia de ataque de mascota



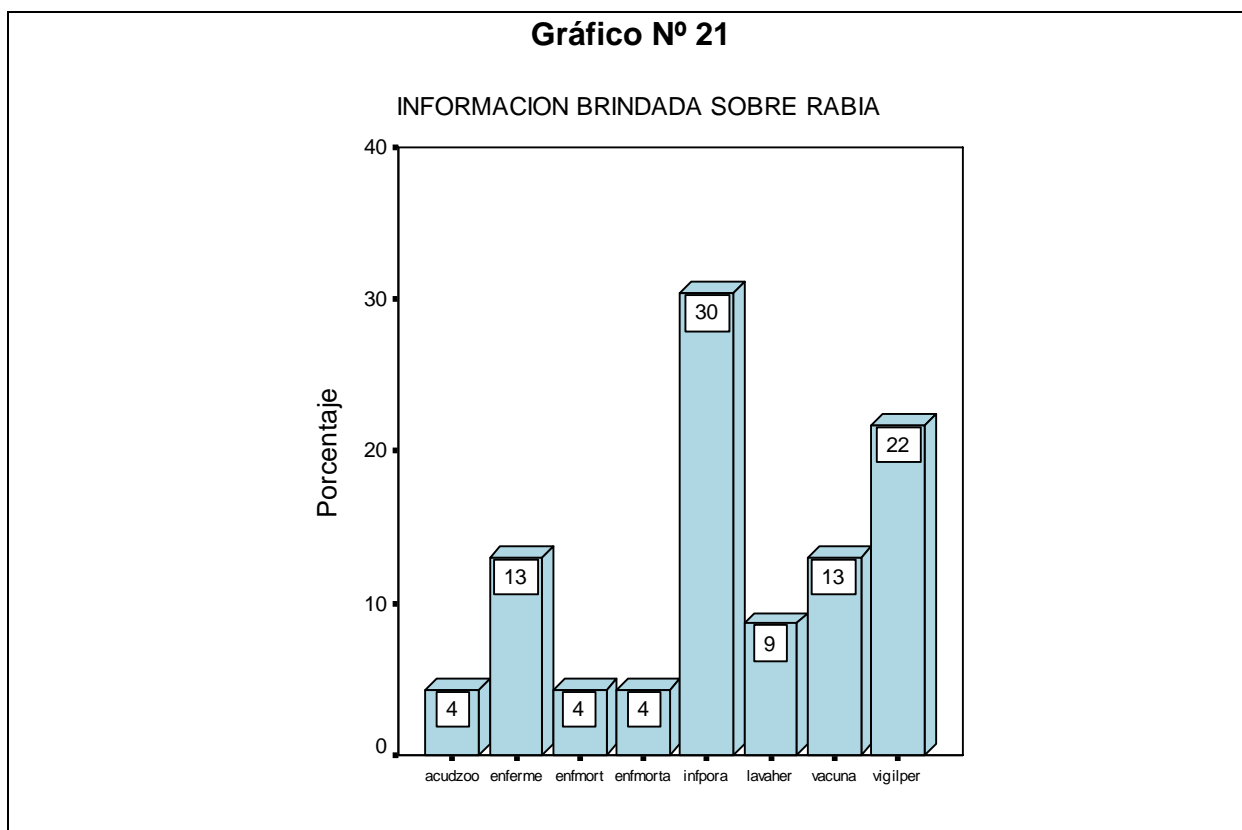
Fuente: Elaboración propia

Más de la mitad del personal de salud encuestado (56,5 %) no fue atacado hasta el momento de la encuesta por un animal. Aquellos que fueron mordidos (39,1%) lo

primero que hicieron fue hacerse una curación en casa, talvez por los conocimientos que tiene de salud, o el conocimiento del manejo de una situación de estas características

k) Qué información brindan sobre el mal de rabia

Teniendo en cuenta el trabajo preventivo que desarrolla el personal de Salud de Villa Eduardo Avaroa, al preguntárseles que información brindan a los pacientes sobre el mal de rabia dicen que lo primero que se les informa son los pasos que debe seguir desde el llenado de la ficha epidemiológica, la denuncia y el proceso de vacunación (30 %). La vigilancia al animal agresor (22%) es otra de las informaciones que maneja el personal de salud con la población y solamente en un 13 % se les comunica sobre qué es la enfermedad y el proceso de vacunación, cuando esta última información es la más importante pues es preventiva.



Fuente: Elaboración propia

Resultados finales personal de salud acerca de los conocimientos sobre la rabia:

1. El personal de salud de Villa Eduardo Avaroa dice conocer que es el mal de rabia en un 82,6 %. Conceptualizan la enfermedad como transmitida por animales y contagiosa.
2. La forma de transmisión de la enfermedad más común que reconocen es la mordedura de un animal enfermo con 65,2 % de las respuestas.
3. La actitud que dicen se debe tener con el animal mordedor es observarlo durante diez días (47,8 %). Otros apuntan a denunciarlo (21,7 %) y los menos a matarlo (8,7 %).
4. Una mordedura, según el personal de salud, debe curarse prioritariamente lavándola con agua y jabón (82,6 %) y para su valoración, prevención de la enfermedad y curación de las heridas debe asistirse a un centro médico (91,3 %)
5. La forma alternativa de curar el mal de rabia, más conocida por el personal de salud, es el pelo del perro, que se quema y se pone en la herida (30 %). Otras extrañas formas apuntan hacia la acupuntura y las hierbas con bicarbonato. Algunas sumamente extremas apuntan a comerse al perro mordedor o tomar su sangre.
6. La forma en que dicho personal reconoce un perro con rabia, es porque babea mucho (39,1 %) y cambia de actitud (30,4%)
7. Más de la mitad de la población investigada (56,5 %) no fue mordida nunca por un animal.
8. Finalmente la principal información que le da el personal de salud a la población sobre que la mordedura de un animal, es que este es un proceso en el que hay que seguir varios pasos tales como llenar una ficha epidemiológica, denunciar el hecho a zoonosis, acudir al vacunatorio del CRA para vacunas, entre las principales (30 %), luego vigilar al perro (22%) ,pero información específica sobre la enfermedad sólo un 13 %.

5.3.3 Objetivo específico No: 4 Delimitar los principales problemas actitudinales, de información e interrelación de la población y el personal de salud en el proceso de prevención vacunatoria en consultorio, que pueden actuar como barrera para la prevención del mal de rabia.

Si bien en un principio se pensó en hacer la observación directa en el mismo centro de salud de la zona Villa Eduardo Avaroa, luego se conoció que allí solamente se hacían las curaciones. Se tomó la determinación de hacer la observación directa durante un mes , del 5 de junio al 5 de julio, en el vacunatorio contra la rabia , del SERES- El Alto, que es el único lugar en la ciudad de El Alto autorizado para hacer tratamientos humanos contra la rabia, y donde llegan los pacientes de todos los centros de salud, incluidos los de Villa Eduardo Avaroa, de la ciudad de El Alto

Dicha observación se realizó en base a una boleta de observación en la que se tomaron apuntes de la relación entre las personas atacadas por un animal, que venían a iniciar el tratamiento correspondiente y el personal de salud capacitado para hacerlo. Se obtuvieron los siguientes resultados

1) Problemas actitudinales y de información:

a) Fecha de la observación: Se realizaron 147 observaciones , desde el día 5 de junio hasta el día 5 de julio con un promedio de 5 observaciones por día, de acuerdo a la asistencia de pacientes.

b) Hora de las observaciones

La mayor parte de las observaciones en la mañana se llevaron a cabo entre 10 y 12 del medio día mientras que el resto se llevaron a cabo en la tarde con un 61.2 % del tiempo. Habrá que señalar que los días de la observación se esperó desde las 9:00 de la mañana hasta las tres de la tarde para hacer efectiva la mencionada observación

c) Personal de salud en el lugar

Se pudo evidenciar que de las 147 observaciones que se realizaron, las auxiliares de enfermería voluntarias atendieron al 84.4 % de las mismas y la enfermera responsable sólo al 2,0 %. El personal completo enfermeras y auxiliares atendió en un 13.6 % a las personas afectadas (Ver fotografías en Anexos)

d) Características de la persona agredida

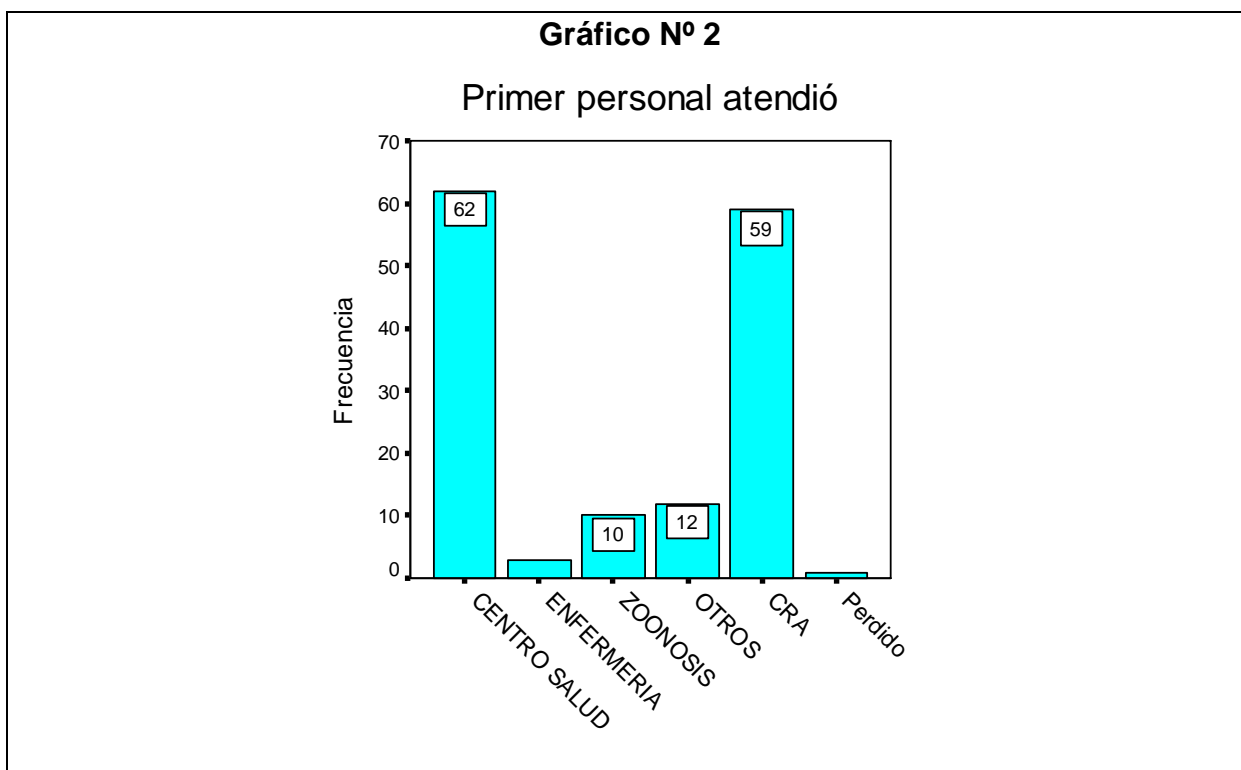
Durante la observación realizada se pudo constatar que no hay una diferenciación generacional en cuanto a las características de las personas afectadas por una mordedura. Sin embargo, durante el mes de observación se pudo verificar que los niños (36,1%) fueron una de las poblaciones más afectadas por ataques de animales (Ver fotografías en anexos)



Fuente: Elaboración propia

e) Primer personal que lo atendió

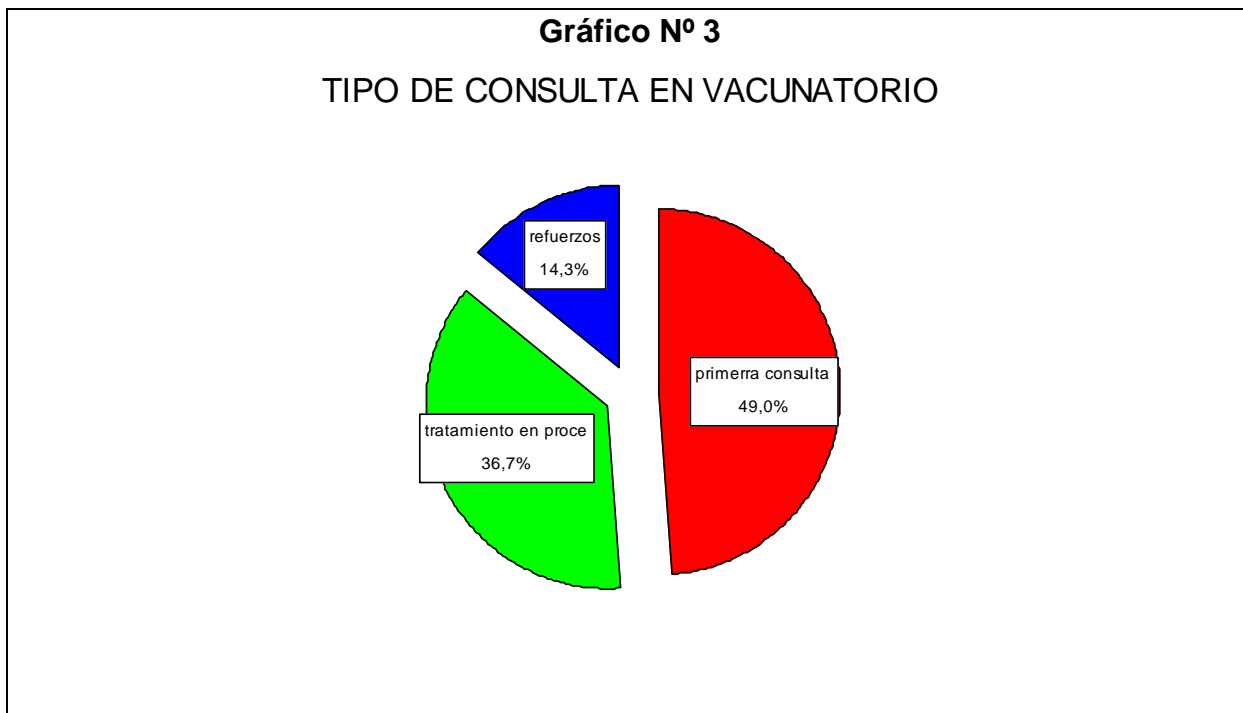
Se pudo conocer, mediante las fichas epidemiológicas y el testimonio de las personas que acudieron al vacunatorio durante el periodo de observación, que el primer personal de salud que los atendió se encontraba en el centro de salud cercano a su casa (62 %) y el personal del CRA en un 59 %. Es muy poca la gente que acudió directamente a la oficina de zoonosis de la Alcaldía donde se hacen las denuncias sobre ataques de perros, debido talvez a su desconocimiento sobre la existencia de esta oficina



Fuente: Elaboración propia

f) Tipo de consulta realizada en el vacunatorio del CRA

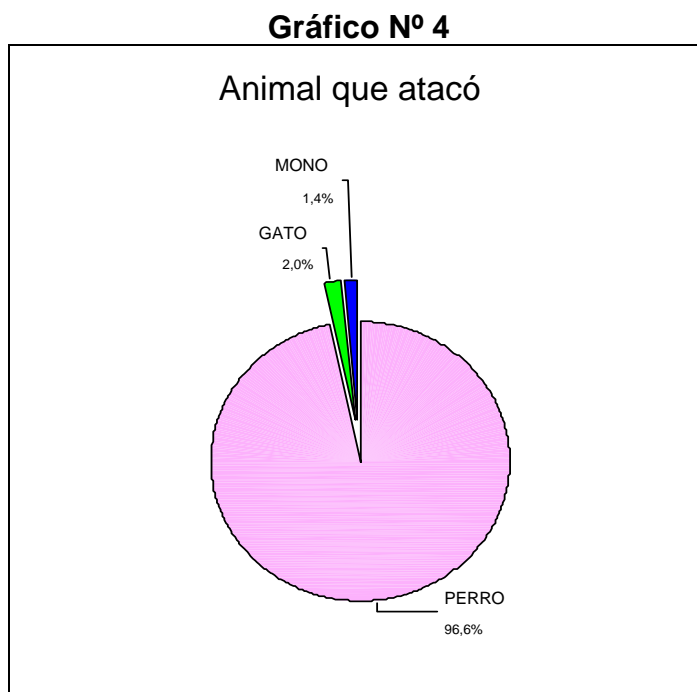
Las consultas observadas fueron en su mayoría primeras consultas, es decir personas que habían sido mordidas recientemente y que por sugerencia del centro de salud o por iniciativa propia vinieron a recibir los tratamientos establecidos por el Ministerio de Salud: sean esquemas clásico, reducido o profilaxis (49 %). El restante 36,7 % eran tratamientos en proceso o refuerzos con un 14,3%. (Gráfico N° 3)



Fuente: Elaboración propia

g) Animal productor del ataque al paciente

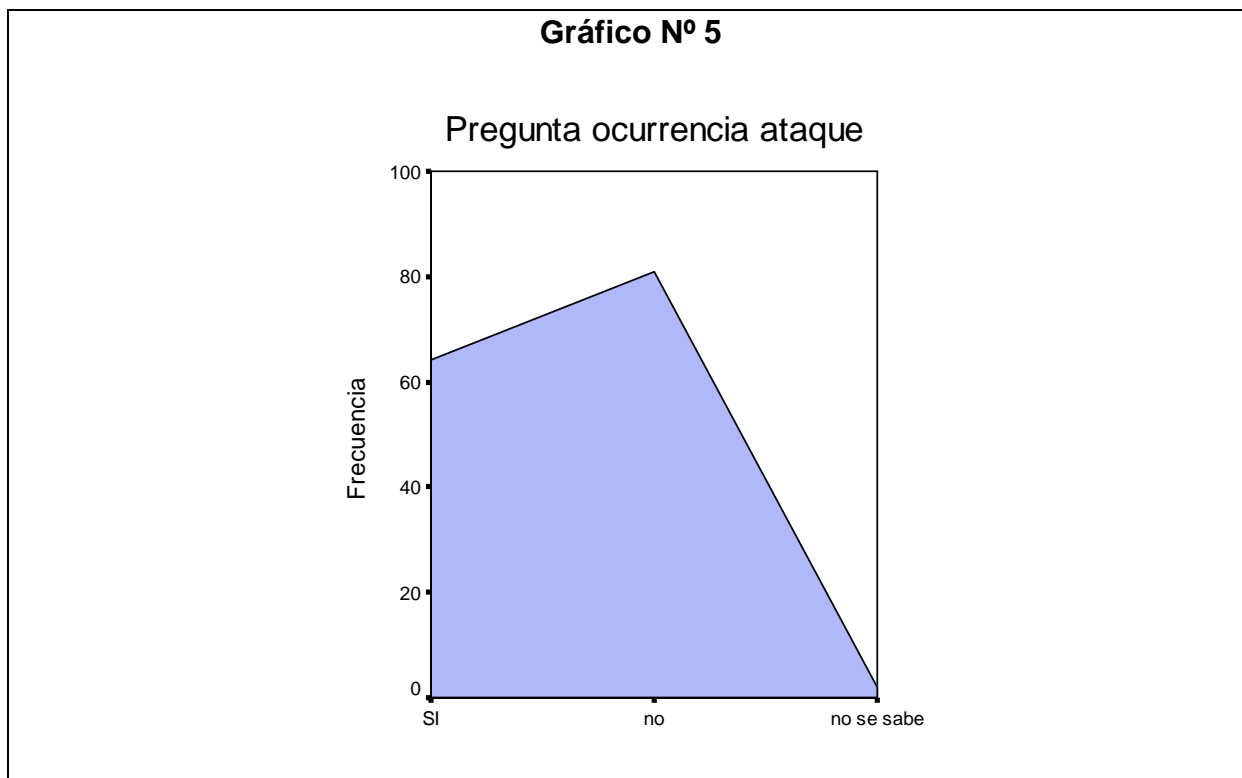
Se pudo conocer que fue el perro (96,6 %), el animal que más ataques produjo en las personas que acudieron al vacunatorio del CRA.



Fuente: Elaboración propia

h) Se le pregunta al paciente sobre la ocurrencia del ataque

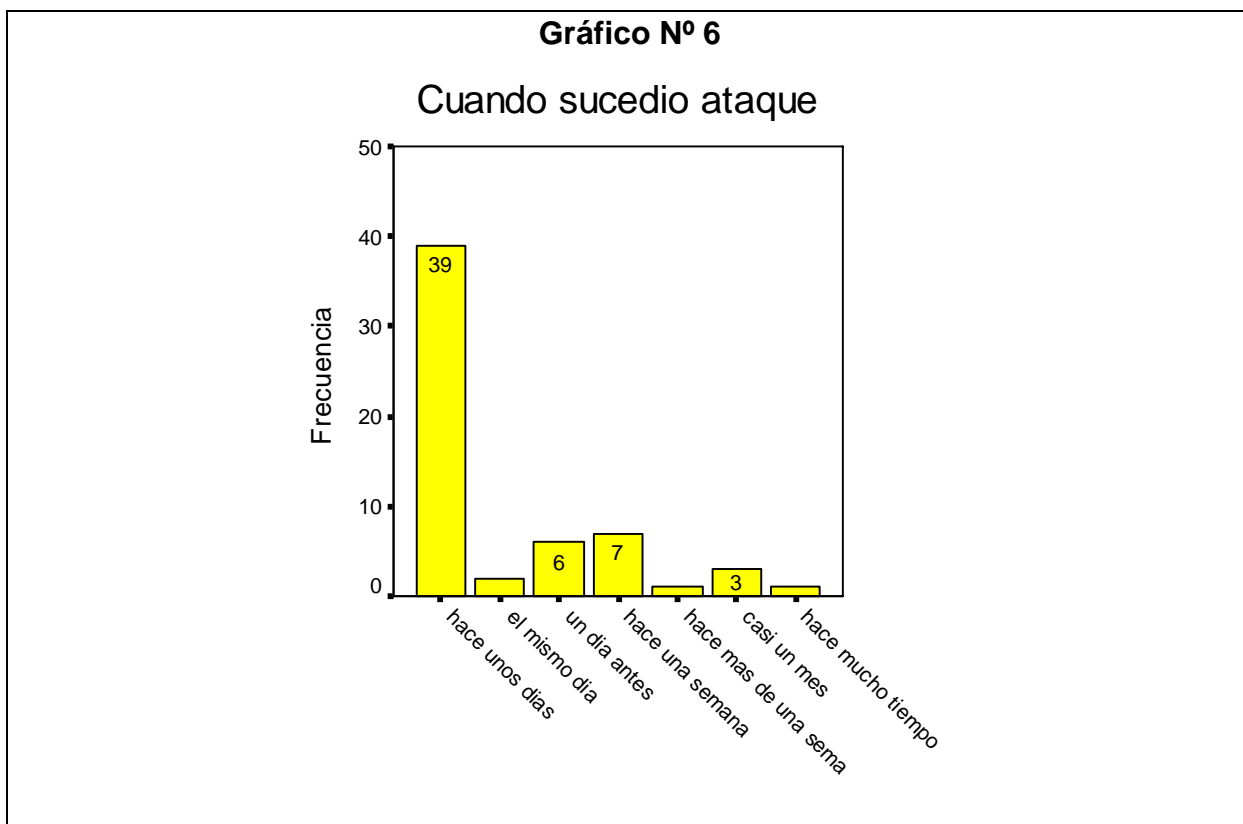
Se pudo observar que a más de la mitad de las personas que acudieron al consultorio (55,1%), no se les preguntó donde sucedió el ataque, talvez porque esta información ya venía descrita en la ficha epidemiológica. A las personas que si se les pregunto fue a aquellas que se acercaron directamente al vacunatorio (43,5 %), sin haber sido atendidas antes en un centro de Salud.



Fuente: Elaboración propia

i) Cuando sucedió el ataque

El personal de salud del CRA preguntó cuando sucedió el ataque para ver el intervalo temporal de la mordida y el tiempo de contagio del virus. Predominantemente (26,5 %) de la población observada había sido mordida sólo hace unos días, lo que hizo que el tratamiento sea aplicado a tiempo. El 73,5 % restante había sido mordida en intervalos más largos de tiempo, días o semanas ((Gráfico N° 6)

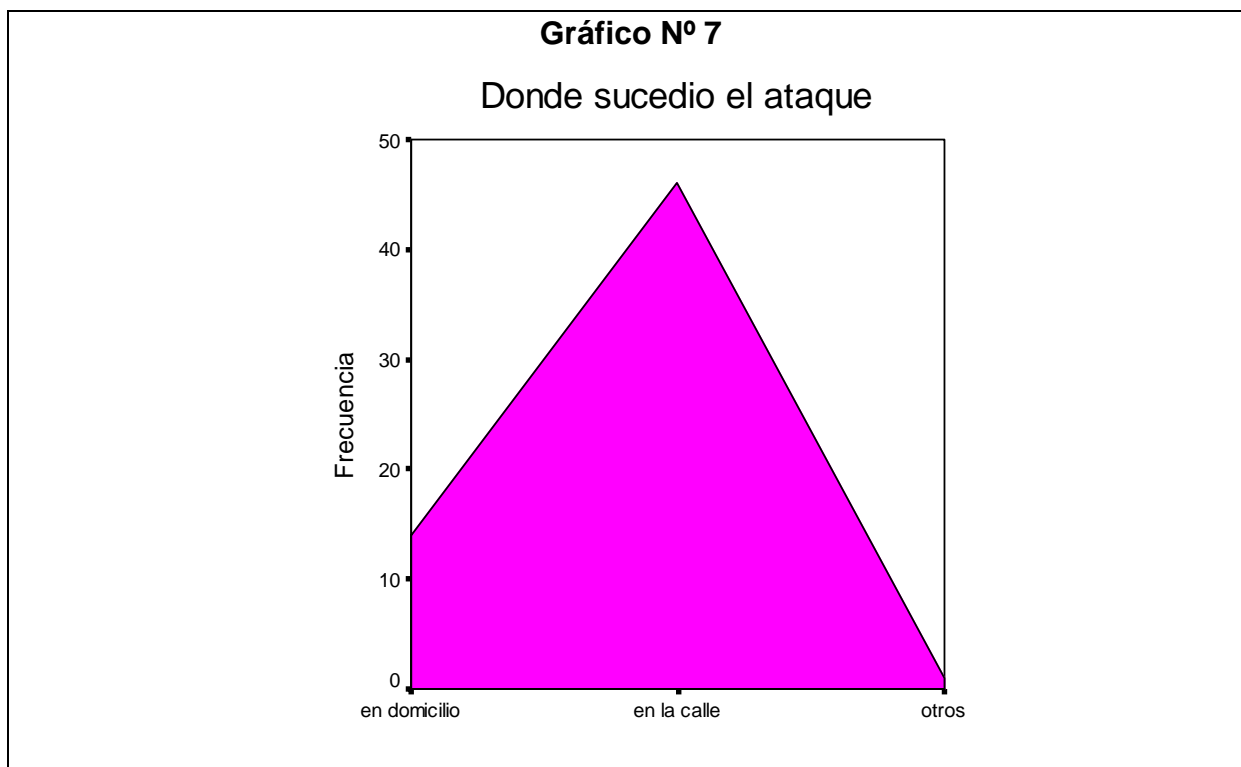


Fuente: Elaboración propia

j) Donde sucedió el ataque

Al preguntárseles a las personas donde sucedió el ataque, el 31,3 % de los pacientes observados refiere que fueron atacados en la calle, lo que hace suponer que el animal agresor en su mayoría eran perros callejeros o perros con dueño, pero que se encuentran en la calle.

Un 9,5 % fue atacado en domicilio, lo que concuerda con las estadísticas de Zoonosis que apuntaban a que parte de las denuncias por mordeduras habían sido localizadas en su mismo domicilio (Gráfico N° 7)



Fuente: Elaboración propia

k) Pregunta que hizo con el animal

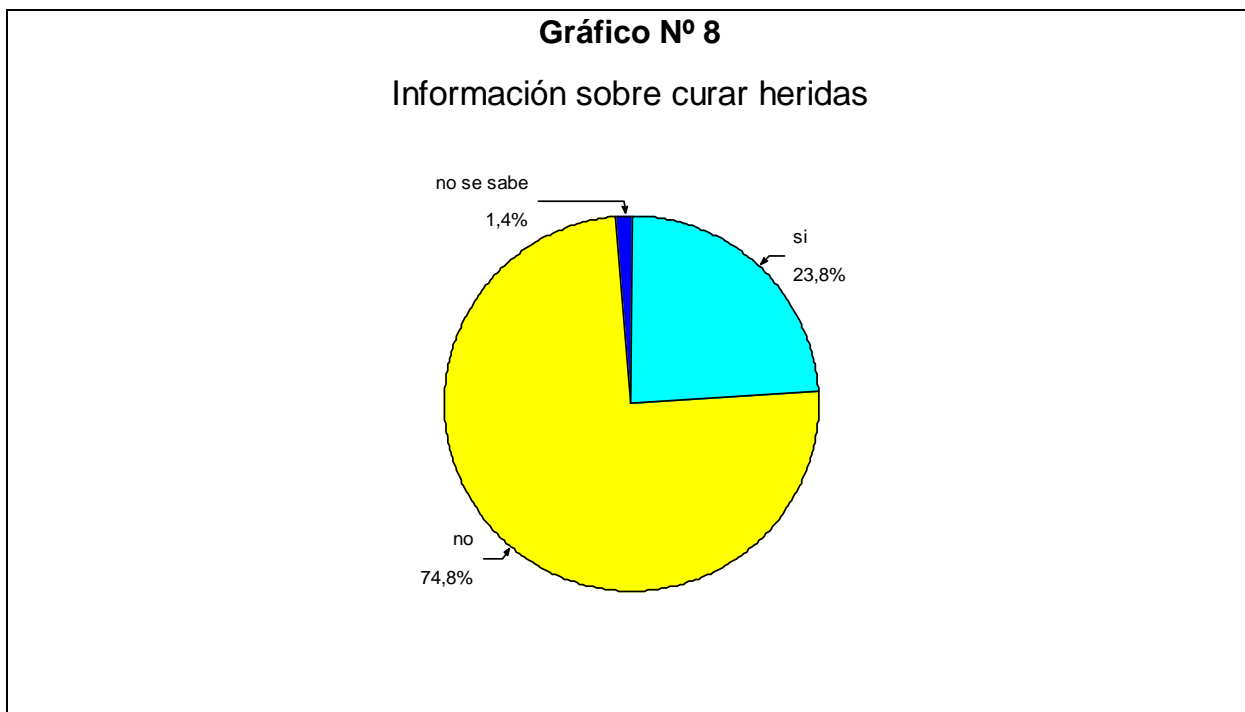
Más de la mitad de la población encuestada (54,4 %) no tomó ninguna acción contra el animal que lo atacó y desconocían su paradero al momento de la consulta. En segundo lugar algunos sacrificaron a los animales atacantes (44,2%), principalmente en los casos de rabia positivos

Tabla No 1

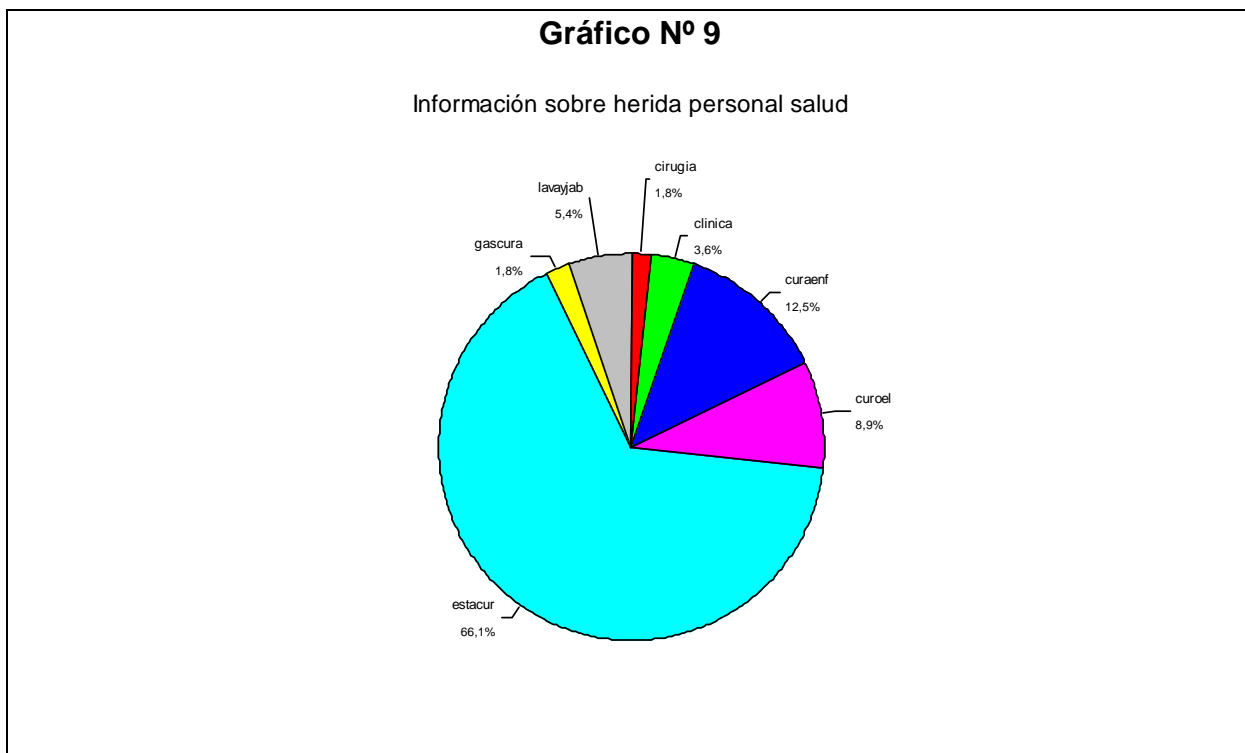
ACTITUD FRENTE AL ANIMAL MORDEDOR

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
desapa	1	,7	,7	,7
muerto	1	,7	,7	1,4
murio	2	1,4	1,4	2,7
nada	40	27,2	27,2	29,9
no sabe	1	,7	,7	30,6
NR	85	57,8	57,8	88,4
sacrif	11	7,5	7,5	95,9
sacrifi	1	,7	,7	96,6
sacrific	1	,7	,7	97,3
vigil	1	,7	,7	98,0
vigila	1	,7	,7	98,6
vigilar	2	1,4	1,4	100,0
Total	147	100,0	100,0	

l) Se le informa como hay que curar las heridas



Fuente: Elaboración propia



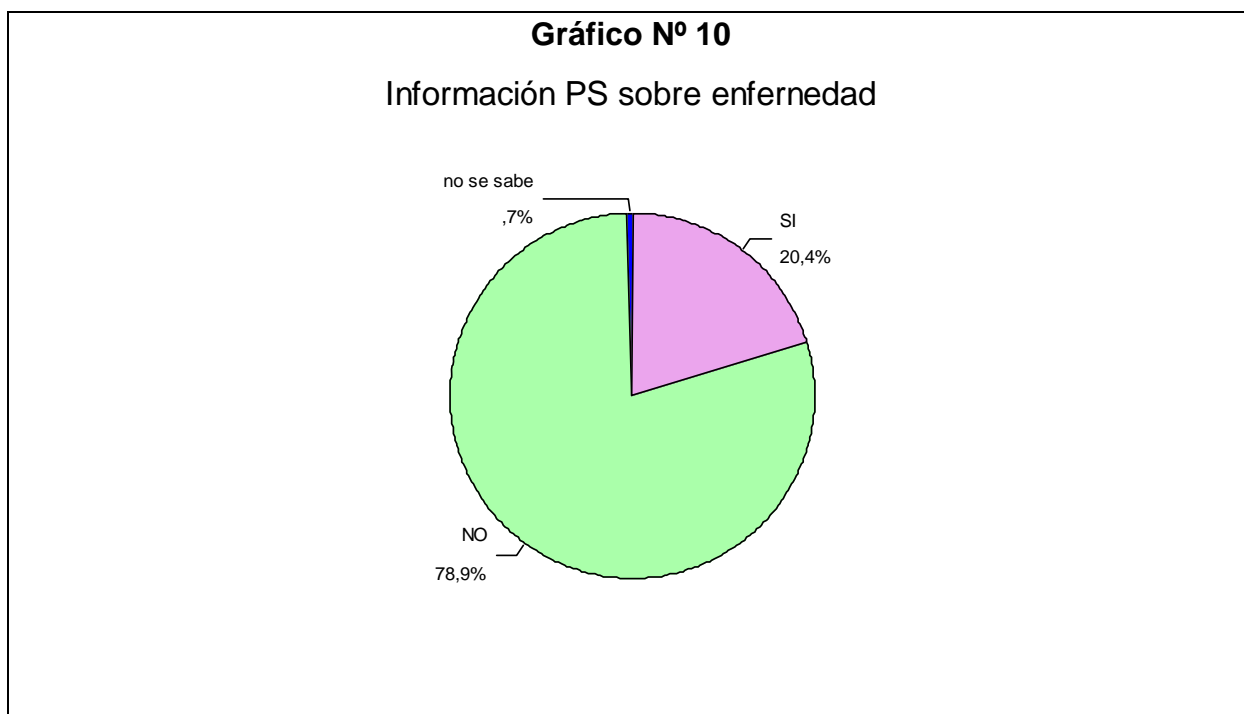
Fuente: Elaboración propia

El personal de salud en un 74,8 % no les informa a los pacientes como hay que curar las heridas, porque ya vinieron con una curación previa o primero se les derivó a enfermería. En cuanto a la información que se dio a las personas que lo requerían primordialmente se les comunicó acerca del lavado de la herida con agua y jabón y en caso de ser muy graves la cirugía o remitirlos a enfermería (Ver fotografías en Anexos)

m) Se le da información sobre la enfermedad

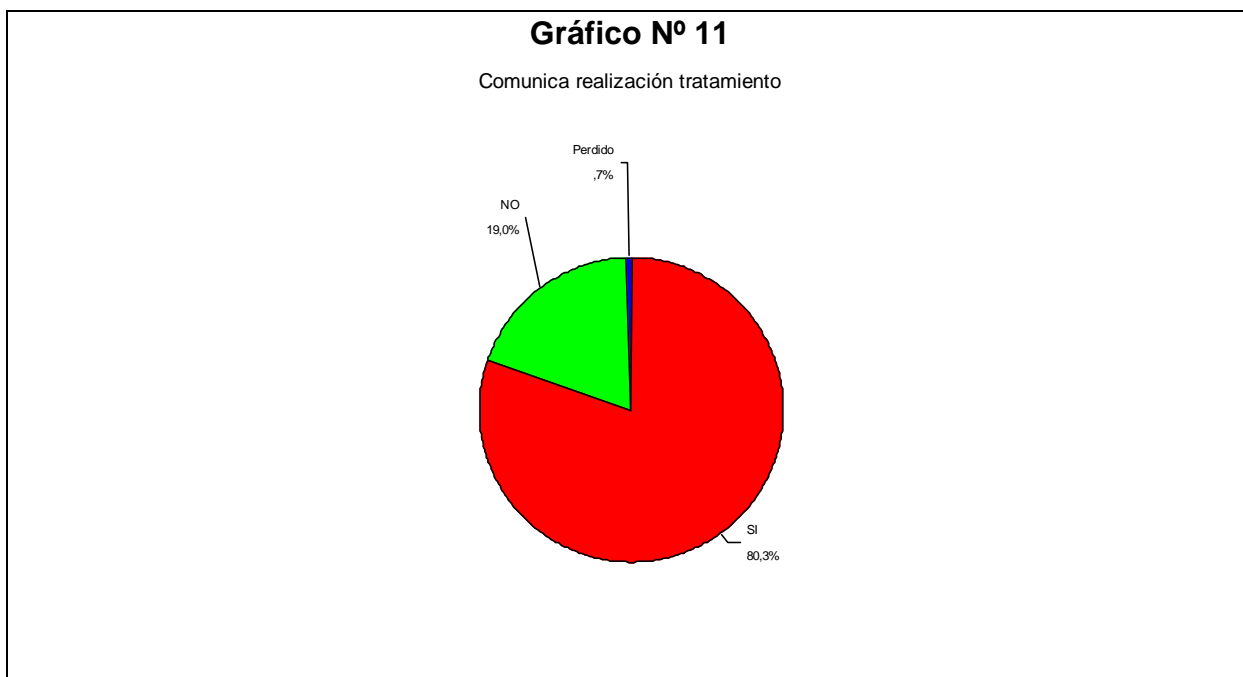
Se vio que mayormente el personal de salud, no da información sobre la enfermedad (78,9 %), pues su trabajo se centró más en la aplicación de los esquemas completos de las vacunas y a veces la asistencia de personas mordidas es muy grande, lo que sólo les permite indicar cuanto durará su tratamiento.

A las personas que se les da alguna información se les hace conocer que la rabia es una enfermedad mortal y de las vacunas que se les van a aplicar.



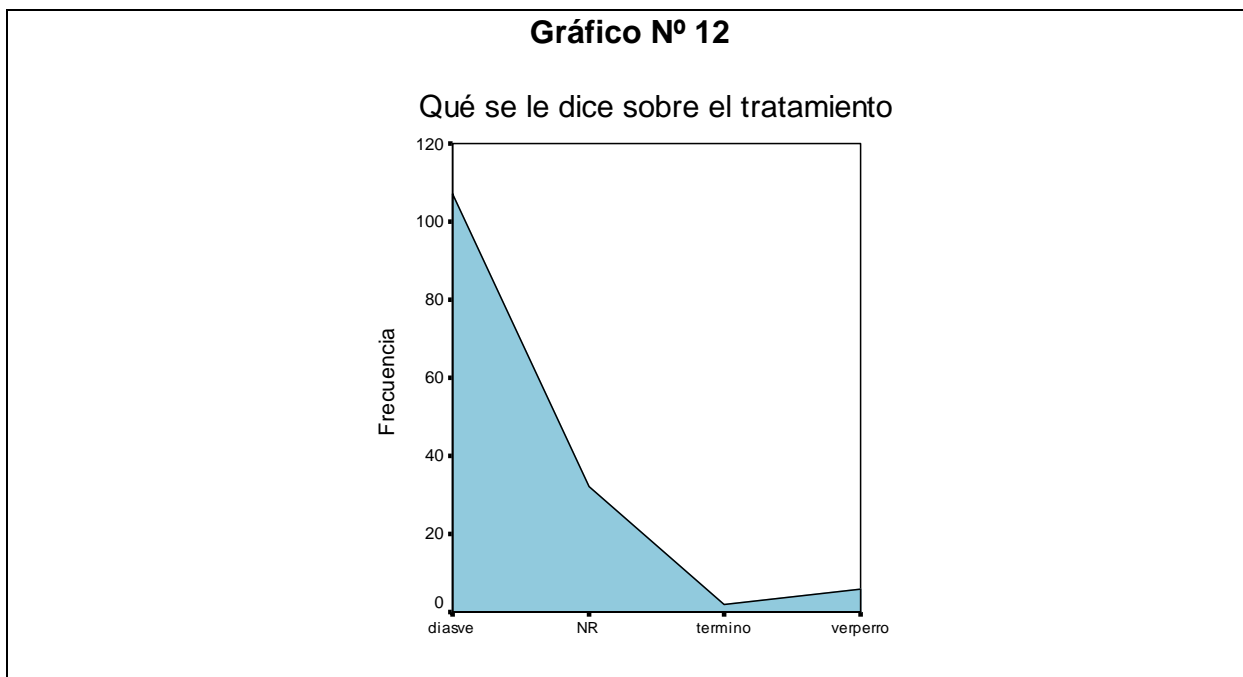
Fuente: Elaboración propia

n) Se les comunica como se realizará su tratamiento:



Fuente: Elaboración propia

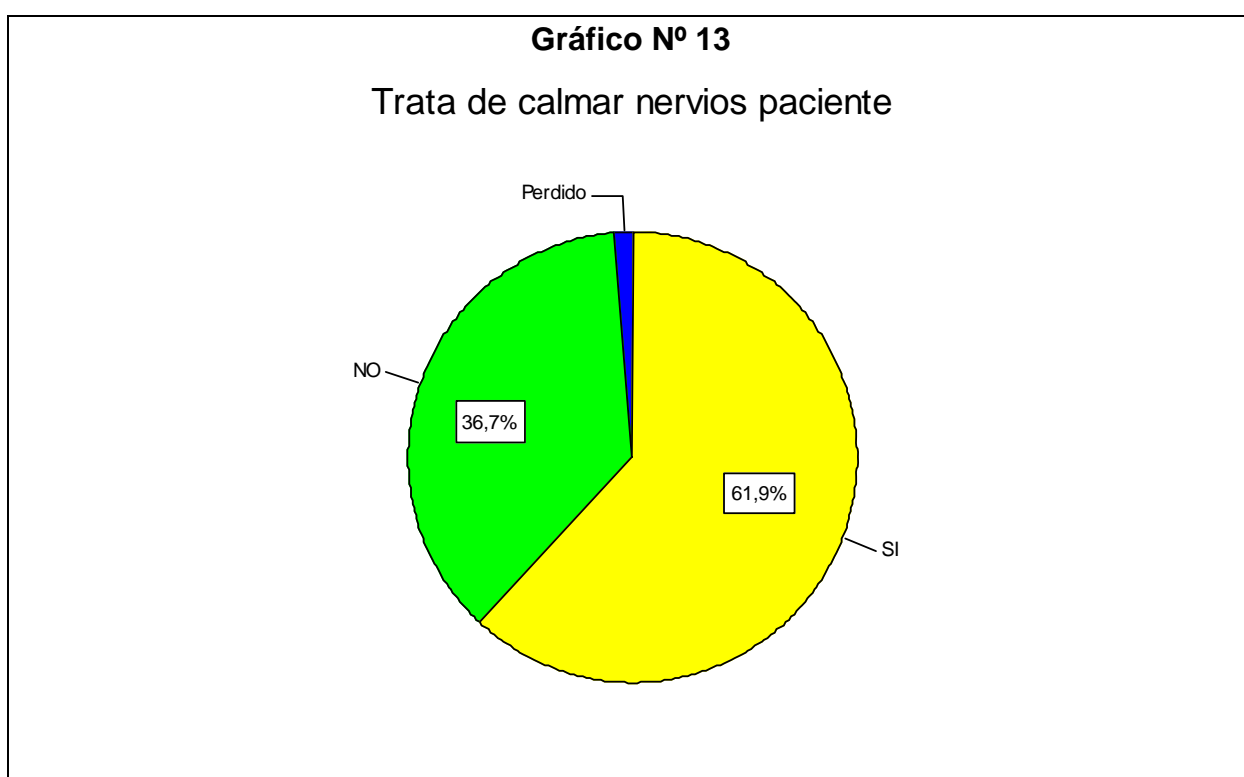
El personal de salud les indicó a los pacientes como se realizaría el tratamiento en un (80.3 %) haciéndoles conocer que tipo de esquema se seguiría en su caso: clásico, reducido o profilaxis, indicándoles además que días deberían venir (Gráfico 12)



Fuente: Elaboración propia

o) Se trata de calmar su nerviosismo

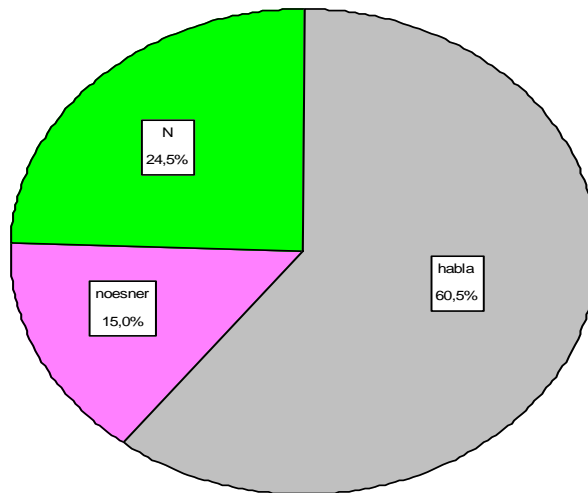
Se pudo evidenciar que el personal de salud en un 61,9 % interrelaciona con el paciente tratando de calmar el nerviosismo de éste, hablándole de manera dialógica charlando con ella. Los miedos del paciente se manifiestan por las jeringas con las que se debe inyectar la vacuna (principalmente los niños), por las heridas principalmente aquellas que revisten gravedad (cara, pulpejos dedos, cuello) o en los casos que se reportan positivos y en los cuales la persona ha estado expuesta directamente a la enfermedad (Gráfico 13,14 y 15)



Fuente: Elaboración propia

Gráfico N° 14

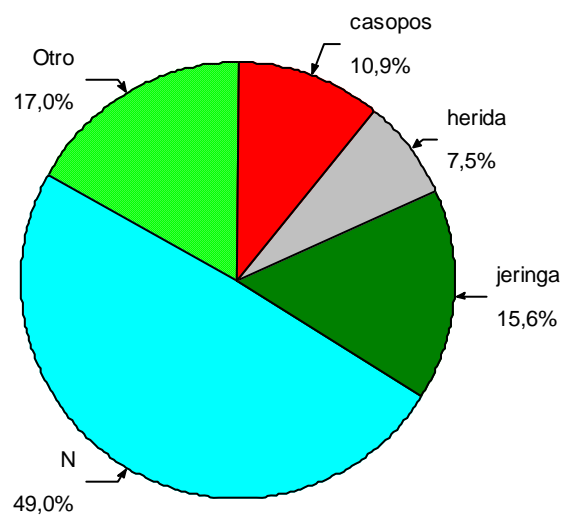
Formas manejo nervios paciente



Fuente: Elaboración propia

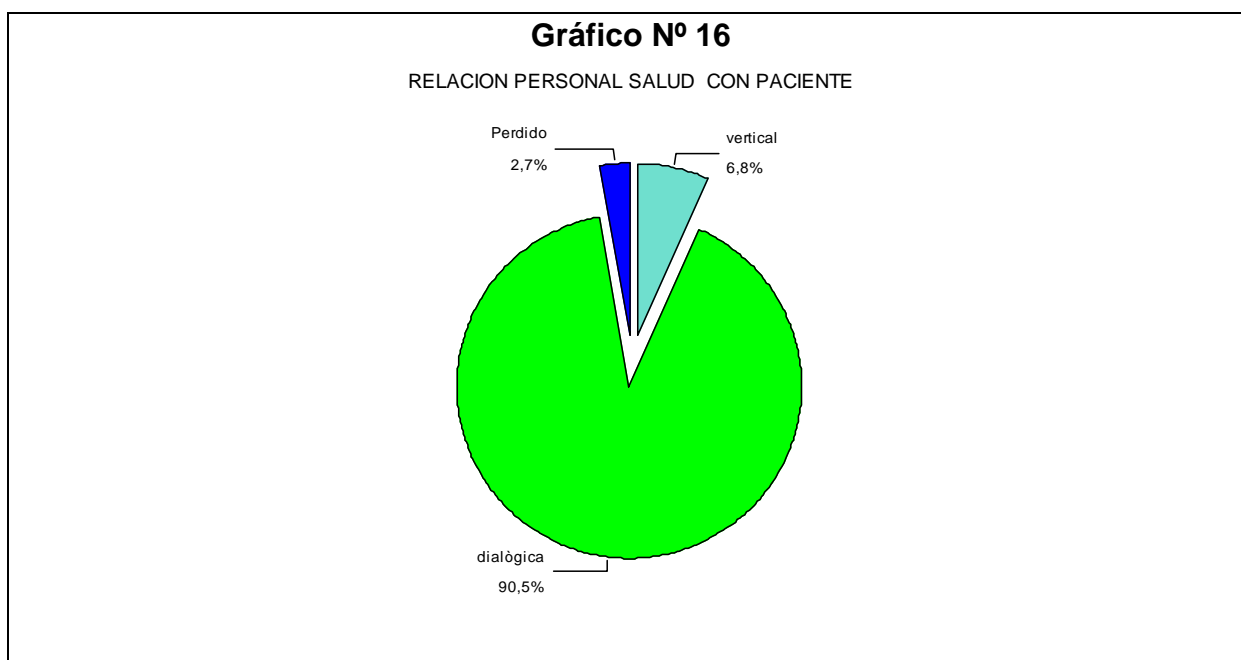
Gráfico N° 15

TEMORES DEL PACIENTE



Fuente: Elaboración propia

p) Relación entre paciente y personal de salud



Fuente: Elaboración propia

Se pudo observar que la relación entre el personal de salud y el paciente, respecto a como se utiliza la comunicación es dialógica (90,5 %), lo que ayuda en la curación y tratamiento de la enfermedad, pues se trata al paciente con respeto y calidez dentro del proceso de salud.

q) Qué le falta al personal de salud

Cuadro No 2

FALTA PERSONAL SALUD

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	asustapacien	2	1,4	1,4	1,4
	faltainfom	1	,7	,7	2,0
	faltanrecurs	2	1,4	1,4	3,4
	horaraten	1	,7	,7	4,1
	malavacuna	1	,7	,7	4,8
	malosformula	1	,7	,7	5,4
	N	113	76,9	76,9	82,3
	noatelapaz	2	1,4	1,4	83,7
	nocuracentro	1	,7	,7	84,4
	nohaycentrsa	2	1,4	1,4	85,7
	nohayjeringa	1	,7	,7	86,4
	paciencia	3	2,0	2,0	88,4
	personal enf	6	4,1	4,1	92,5
	poca informa	1	,7	,7	93,2
	pocainforma	4	2,7	2,7	95,9
	vacrabia	1	,7	,7	96,6
	zoonosis	5	3,4	3,4	100,0
	Total	147	100,0	100,0	

Los principales problemas que tiene el personal de salud que atiende el vacunatorio, fueron producidos por otros trabajadores de salud, como el personal de enfermería del CRA que dio mala información a los pacientes, no los quiso vacunar, o curar.

Su trabajo también se vio influido porque la gente se molesta con las recomendaciones de zoonosis, que les pide busquen al perro que los mordió o lo vigilen.

La gente además se quejó que no tienen muchos centros de salud cercanos, que hay poca información sobre el mal de rabia, los formularios de ficha epidemiológica son malos, es decir no legibles y principalmente la falta de recursos que tiene la población para comprar desde las jeringas hasta movilizarse para recibir los esquemas de vacunas.

Resultados finales proceso de prevención vacunatoria entre la población y el personal de salud:

1. El promedio de observaciones realizadas al día desde el 5 de junio, hasta el 5 de julio del año 2006, de acuerdo a la asistencia de las personas , fue de 5 observaciones por día
2. La gente asistió predominantemente en la mañana de 10 a 12 del mediodía al vacunatorio a recibir sus dosis de vacunas. Se vio que era un horario adecuado, pues el vacunatorio solamente atiende hasta las dos de la tarde.
3. La mayor parte de los pacientes que asistieron al vacunatorio fueron atendidos mayormente por dos auxiliares de enfermería voluntarias (84.4 %) que se brindaron para colaborar con la encargada, que es una sola persona, la Lic. Roxana Laura. Se vio que sin las auxiliares de enfermería muchas personas no podrían recibir sus tratamientos, pues la encargada debía ir a recoger vacunas o a realizar bloqueos y no tiene a quien dejar el consultorio.
4. Un alto porcentaje de las personas agredidas son niños (36 %), aunque no hay una edad definida para ser atacado.

5. El primer personal que atendió a las personas observadas, luego del ataque del animal, fue el personal del Centro de Salud de la zona, el que dio la primera información y abrió la ficha epidemiológica (42.2 %)
6. Durante el tiempo de observación predominantemente las personas que fueron atendidas con un esquema de vacunación, venían por primera vez a este recinto (49,9 %), a que según el lugar de la mordedura, se les aplique un esquema clásico, reducido o profilaxis.
7. El animal atacante en un 90 % de los casos fue el perro, principalmente callejero, que agredió a las personas en la calle.
8. El personal de salud del vacunatorio no preguntó en más de la mitad de los casos (55,1 %) sobre el ataque pues eso está escrito en la ficha epidemiológica.
9. Las personas acudieron rápidamente a ser vacunadas (73,5 %), por lo que se puede afirmar que las personas acudieron por algún tipo de información, relativamente pronto al recinto de salud.
10. El personal de salud no preguntó sobre que hizo la persona con el animal mordedor (54,4%), pues esta información se encuentra en la ficha epidemiológica que debe tener cada paciente. Si se les pregunta es para saber si realmente hizo lo que indica la ficha, pero la mayor parte de la gente no toma ninguna acción contra el animal mordedor.
11. El personal de salud no informó como hay que curar las heridas (74,8 %), pues como los pacientes en su mayoría venían remitidos por un centro de salud, suponiéndose que los habían curado bien, lo que no siempre es cierto. Si se les dio información fue sobre que hay que lavar la herida con agua y jabón cuando uno es mordido por algún animal y en casos de heridas muy graves les sugirieron hacerse una cirugía o asistir a un médico especializado.
12. En la mayor parte de los casos el personal de salud (78,9 %) no les da información pormenorizada sobre la enfermedad, pues el trabajo que hacen es mayormente de aplicación de los esquemas de vacunas.

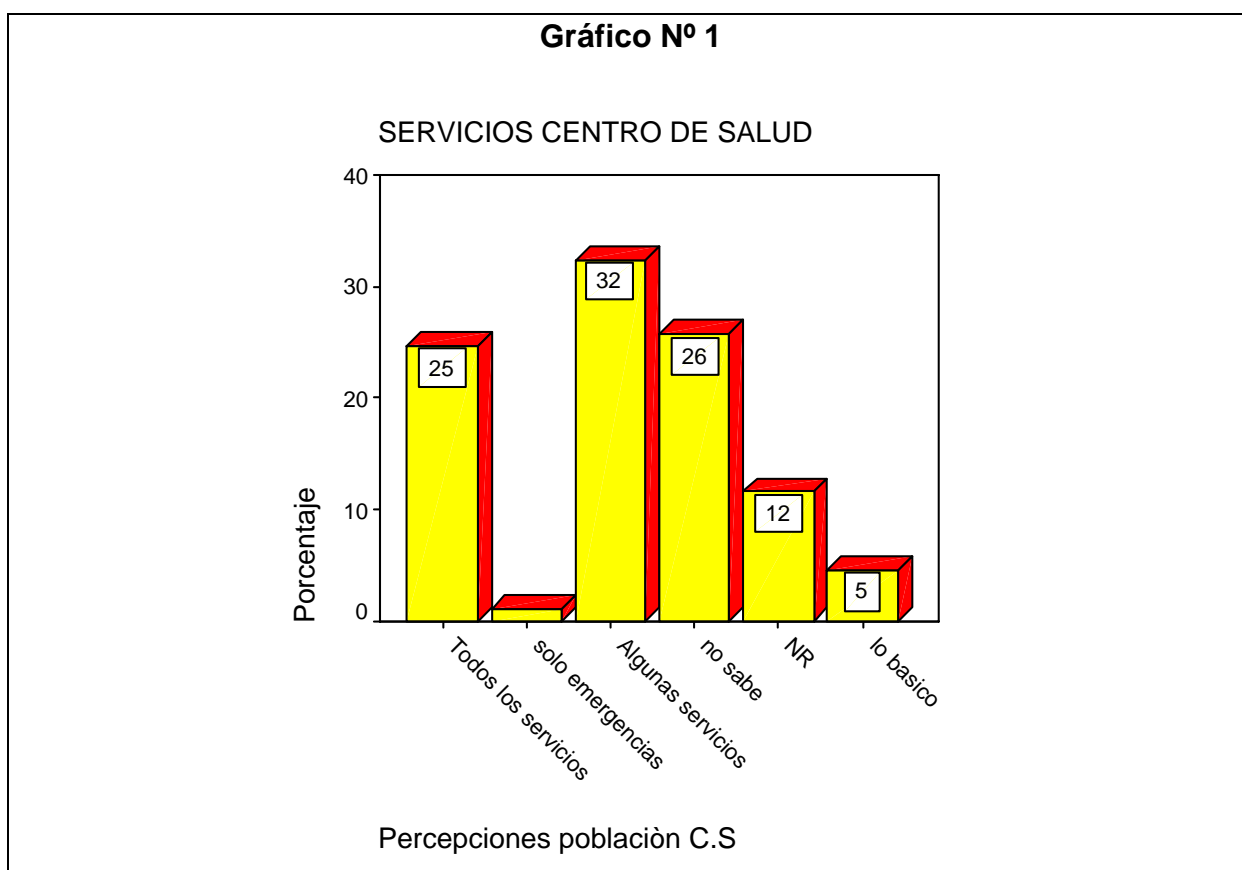
13. Lo que si hace el personal de salud es informarles sobre su esquema de tratamiento, ya que la persona debe cumplir los días que se le impongan y sus refuerzos, pues de otra manera el tratamiento no sirve.
14. El personal de salud trató de calmar el nerviosismo del paciente hablándole (60,5%) sobre sus miedos que pueden definirse: a morir (casos positivos), a la jeringa (los niños), o sobre sus heridas.
15. La relación entre el paciente y el personal de salud fue dialógica (90,5%) lo que ayudó mucho en el proceso salud enfermedad.
16. La población según lo que se pudo observar , tuvo problemas principalmente con el personal de enfermería del CRA que antes de ayudarlos los desinformó o con los requerimientos de zoonosis de la Alcaldía, que les pidió controlar a los perros mordedores lo que a la población no le agrada. Se quejan además de los malos formularios de fichas epidemiológicas que les resulta un costo pues deben hacer copiar como 4 ejemplares, cuando algunas personas son sumamente pobres, pasando lo mismo con las jeringas, que la población debe comprarse los días que duran los tratamientos.

2) Interrelación en el centro de salud de Villa Eduardo Avaroa:

1.-Población

a) Sobre el conocimiento de los servicios del centro de Salud de Villa Eduardo Avaroa

Se pudo determinar que la mayor parte de la población de Villa Eduardo Avaroa, realmente no conoce que servicios tiene su centro de salud, pues un 32.4 % dice que tiene sólo algunos servicios, un 24.5 % dice que tiene todos los servicios y un 25.7 % no sabe que servicios tiene su centro de salud.

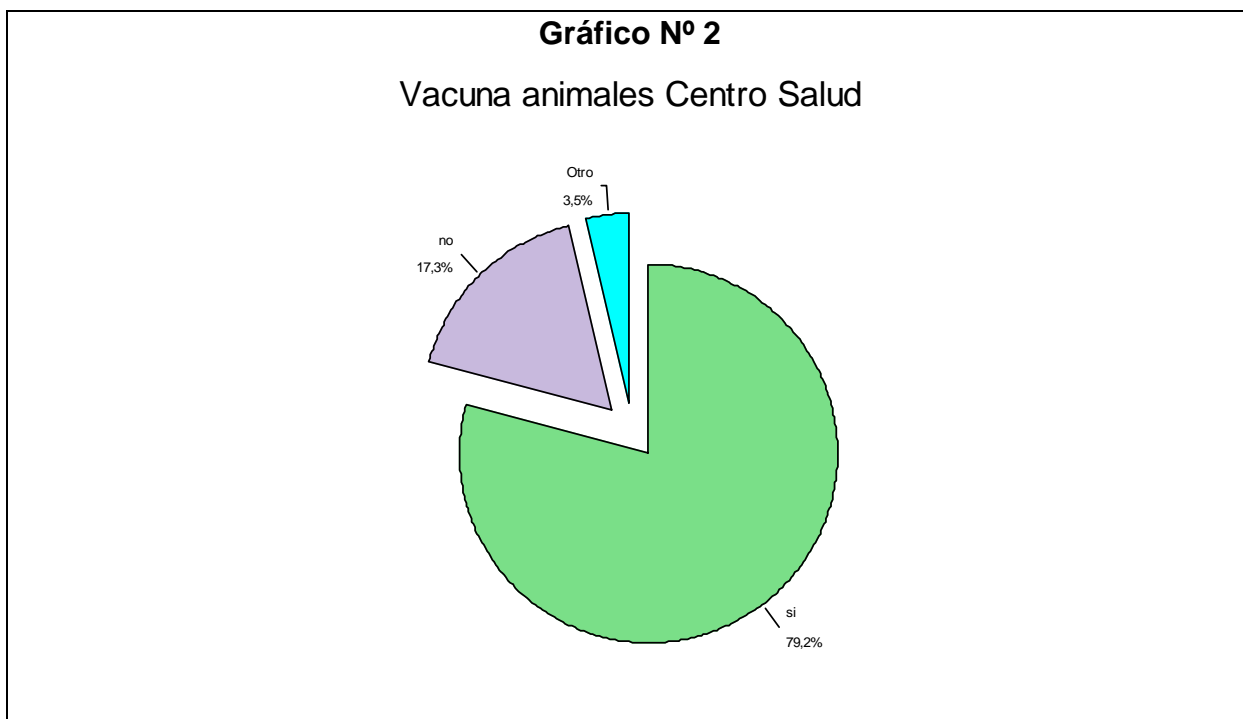


Fuente: Elaboración propia

b) Se vacuna animales contra la rabia

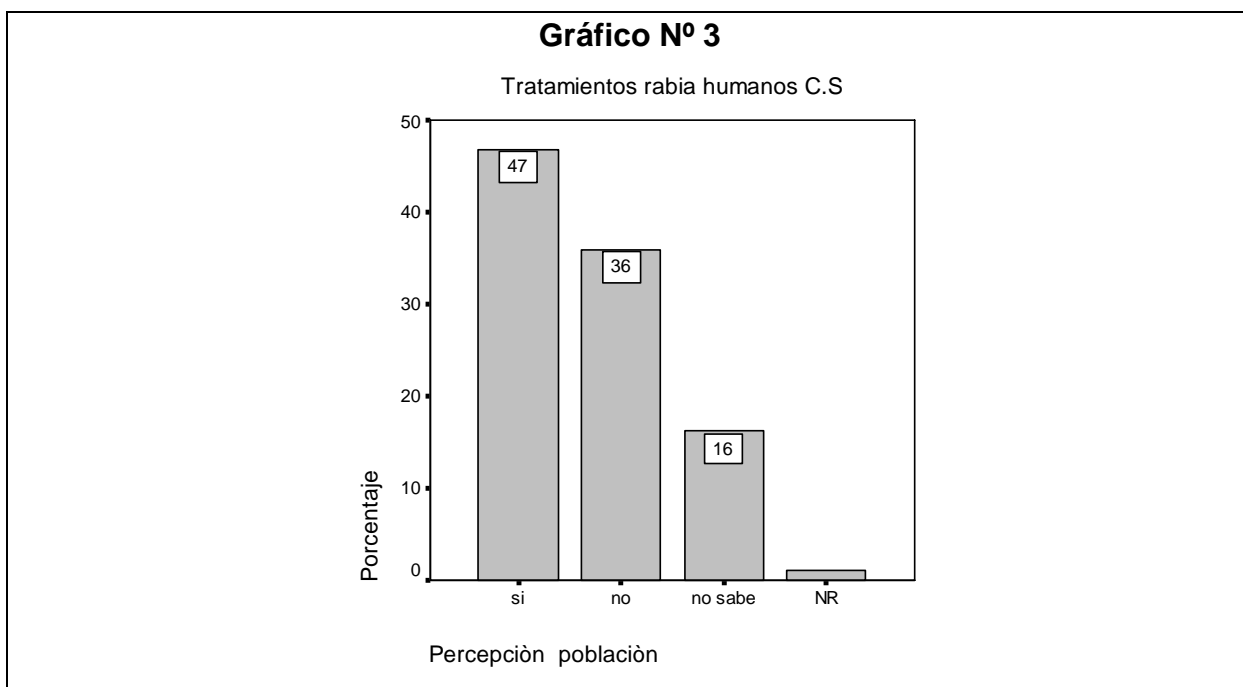
Se pudo conocer que más de la mitad de la población encuestada (79,2 %) conoce que el centro de salud de Villa Eduardo Avaroa se vacuna animales (Perros y gatos)

contra la rabia, aunque la asistencia de personas, que requieren este servicio, es reducido.



Fuente: Elaboración propia

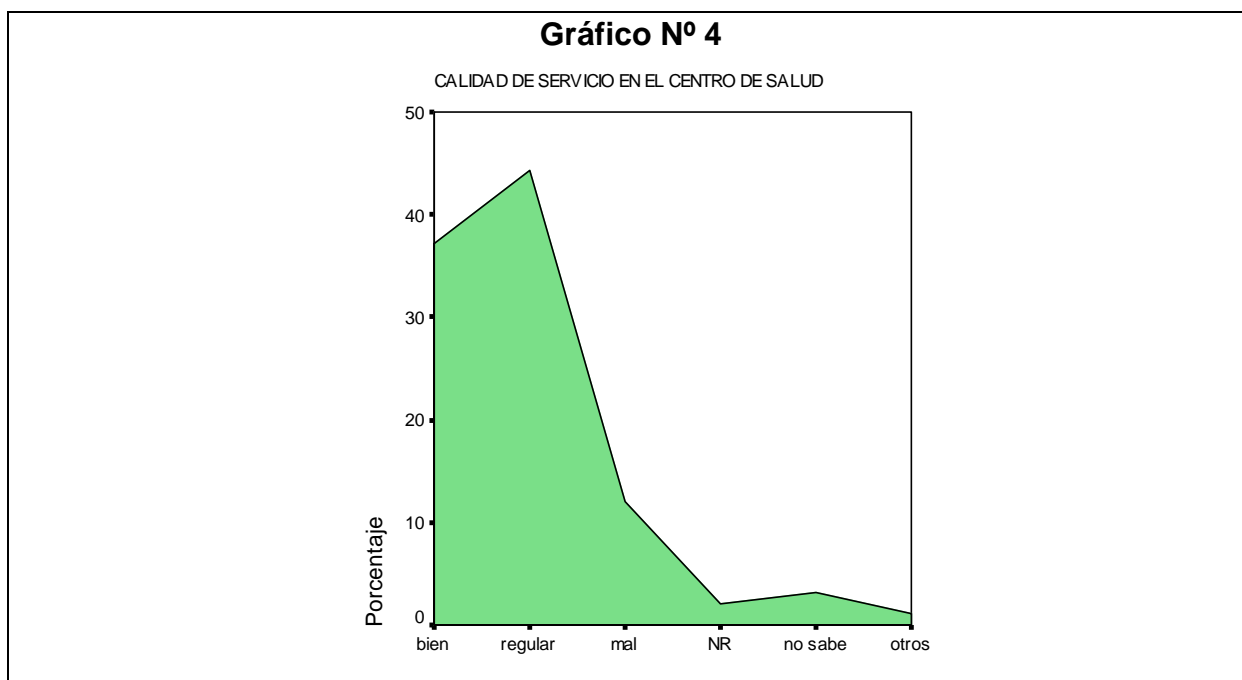
c) Tratamientos para humanos contra el mal de rabia



Fuente: Elaboración propia

Se pudo determinar que cuatro de cada diez personas encuestadas (47 %) afirma que se realizan tratamientos contra la rabia para personas en el centro de Salud de Villa Eduardo Avaroa, lo que es errado, pues sólo el vacunatorio del CRA – El Alto, ubicado en la Ceja, es quien realiza los tratamientos para prevenir el mal de rabia.

d) Calidad de servicio



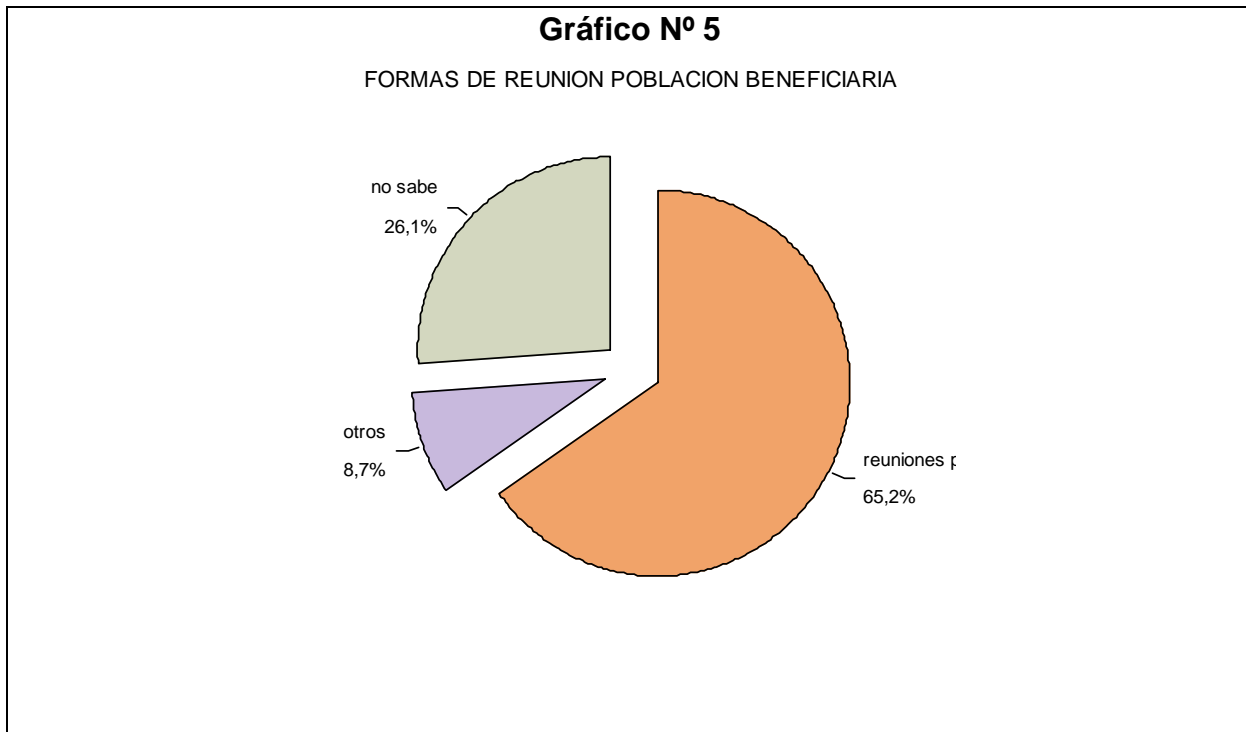
Fuente: Elaboración propia

Se pudo determinar que un 81 % de la población encuestada afirma que la calidad del servicio en el centro de salud de Villa Eduardo Avaroa varía de bueno a regular, en su atención al público.

2) PERSONAL DE SALUD.-

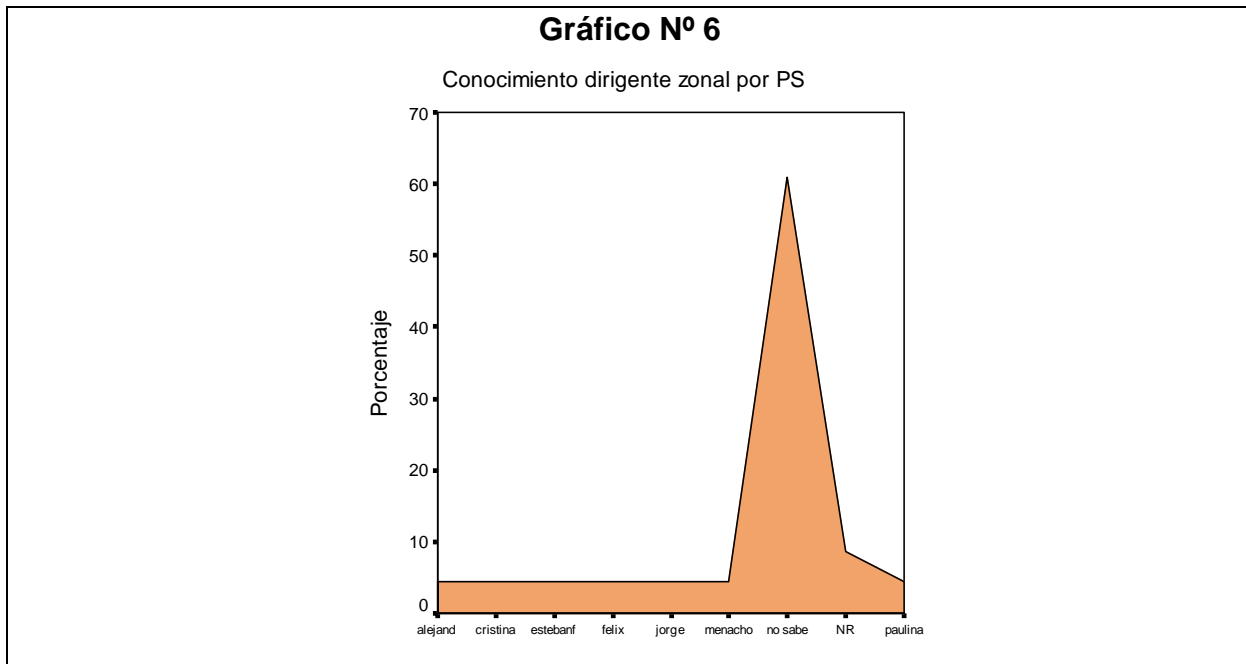
a) Cómo se reúnen los dirigentes zonales de Villa Eduardo Avaroa

Según se pudo determinar, el personal de salud conoce que los pobladores de la zona de Villa Eduardo Avaroa se tienen reuniones periódicas para tratar los temas de la zona en un 65,2 %, pero no saben exactamente donde ni la periodicidad de las reuniones (Gráfico No 5)



Fuente: Elaboración propia

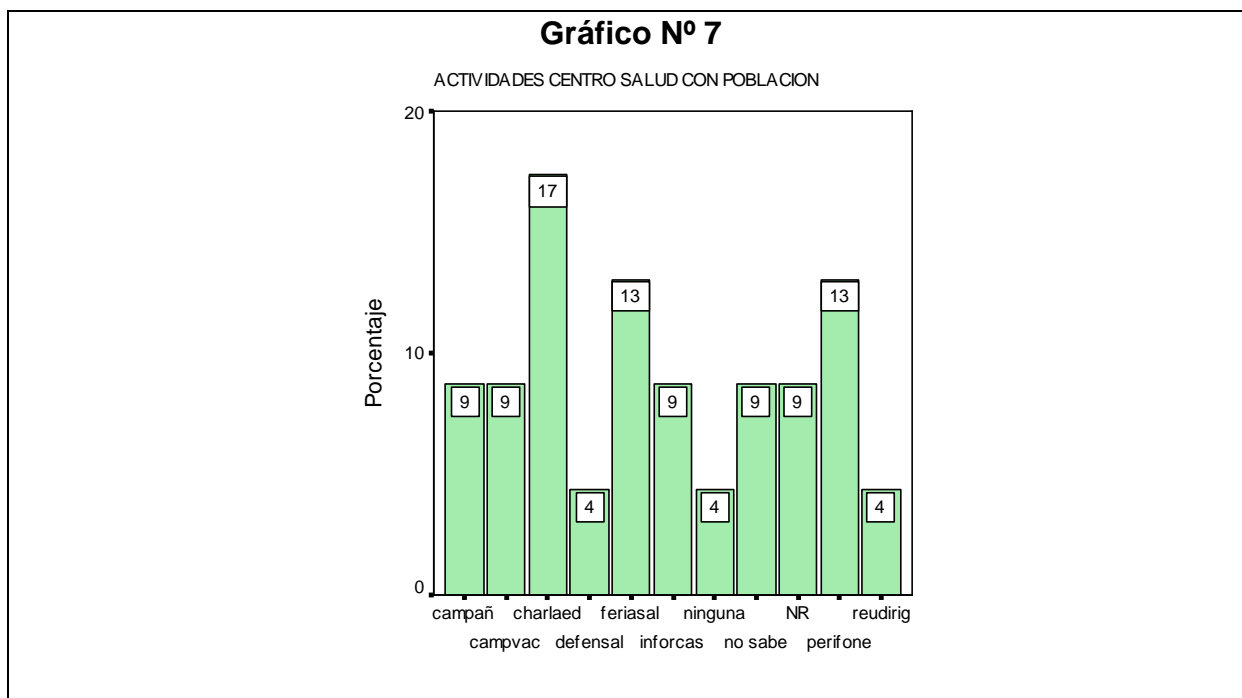
b) Quién es el dirigente de la zona Villa Eduardo Avaroa



Fuente: Elaboración propia

Se conocer que el 95,7 % del personal de salud del Centro de Villa Eduardo Avaroa no conocía quienes son los dirigentes vecinales de la zona donde se encuentran ubicados. Sólo un 4,3 % conocía a la persona encargada de relacionar a la comunidad con el centro de salud.

c) Actividades que realiza en Centro de Salud con su comunidad



Fuente: Elaboración propia

El personal de Salud del Centro de Salud de Villa Eduardo Avaroa informó a que tiene muchas actividades con las que dice interrelacionó con la comunidad en temas de salud tales como charlas educativas, ferias de salud y perifoneo principalmente en casos de campañas de vacunación o bloqueos contra alguna enfermedad.

Resultados finales de la interrelación entre población y personal de salud

a) Población:

Se pudo determinar que la población de Villa Eduardo Avaroa no conoce totalmente los servicios que le ofrece su centro de salud (62,6 %) y que sólo un 37,4 % conoce que servicios tiene este establecimiento de salud.

1. La población de Villa Eduardo Avaroa conoce que se vacunan animales contra la rabia en el centro de salud (79,2%), pero no utilizan este servicio con frecuencia.
2. El 47 % de la misma población cree que en el centro de Salud de Villa Eduardo Avaroa se realizan tratamientos para personas contra el mal de rabia, lo que es errado
3. El 81 % de la población afirma que hay un servicio de regular a bueno en el centro de salud de Villa Eduardo Avaroa.

b) Personal de salud:

1. El personal de salud de Villa Eduardo Avaroa conoce que su población beneficiaria se reúne de forma periódica (85,2 %) , pero no saben el día exacto de las reuniones.
2. El personal de salud de Villa Eduardo Avaroa no conoce a los dirigentes zonales del lugar donde se encuentran ubicados (95,7 %)
3. Las principales formas en las que el centro de salud de Villa Eduardo Avaroa interrelaciona con su población beneficiaria es mediante charlas educativas, ferias de salud y perifoneo.

5.3 DIAGNOSTICO EDUCATIVO:

Objetivo específico No 5: Estructurar, en base al diagnóstico conductual, los predisponentes, reforzadores y facilitadores de los conocimientos, actitudes y prácticas de las poblaciones estudiadas respecto al mal de rabia

Donde a partir del análisis conductual se logró la identificación de factores predisponentes, facilitadores, de refuerzo, que coadyuban el cambio de comportamiento para la estrategia de comunicación:

5.3.1 Predisponentes: Percepciones, valores, creencias, actitud de las personas que facilitan o dificultan la motivación para el cambio esperado.

A.- Predisponentes de la población y el personal de salud respecto a las mascotas:

Predisponentes negativos de la población respecto a las mascotas:

- Preferencia por los perros machos, en desmedro de las hembras que son supuestamente aquellas que hacen que se incremente la cantidad de animales abandonados en las calles, respecto a tal situación hay que trabajar en concientización y manejo adecuado de mascotas.
- La población se deshace fácilmente de sus cachorros regalándolos lo que hace que el animal no sea valorado. Igualmente habrá que trabajar en la concientización y manejo adecuado de las mascotas, para hacer responsables a las personas.
- Consideran al perro predominantemente como cuidador, entonces está cumpliendo una labor social la cual hay que reforzar pues no sólo es un cuidador sino un ser vivo que necesita ciertos cuidados, para preservar también la salud de los dueños. (concientización y manejo adecuado de las mascotas)
- La población no tiene conocimiento exacto sobre el número de animales que puede tener en su casa (concientización y manejo adecuado de las mascotas)

Predisponentes positivos de la población hacia las mascotas:

- Llevan a sus mascotas al veterinario regularmente
- Vacunaron a sus perros contra la rabia en la anterior campaña del Ministerio de Salud

Predisponentes negativos del personal de salud respecto al cuidado de mascotas:

- Predisponencia a tener perros machos en lugar de hembras.

Predisponentes positivos del personal de salud respecto al cuidado de mascotas:

- La forma en que los manejan es la adecuada, por los supuestos conocimientos de salud que tienen.

B.-Predisponentes de la población y el personal de salud respecto al conocimiento que tienen acerca del mal de rabia:**Predisponentes negativos de la población respecto al mal de rabia:**

- Temporalidad de las vacunaciones para los animales. Manejan el conocimientos errados.
- Conocimiento limitado de cómo se transmite el mal de rabia (sólo mordeduras)
- Conocimiento incorrecto acerca del manejo del animal mordedor (vacunarlo en lugar de denunciarlo y vigilarlo)
- Formas alternativas de cura del mal de rabia, como el pelo quemado del perro, tomar su sangre o con hierbas.
- Escaso conocimiento de los síntomas de un animal mordedor. Sólo se reconoce la rabia agresiva pero no la muda, que es igual de peligrosa.

Predisponentes positivos de la población respecto al conocimiento que tienen respecto al mal de rabia:

- Sabe que es una enfermedad mortal transmitida por animales
- Sabe que en caso de una mordedura hay que acudir a un centro médico o consultar con un médico

Predisponentes negativos del personal de salud respecto al conocimiento que tienen respecto al mal de rabia:

- El personal de salud no maneja la información de la mortalidad de la enfermedad.
- En el conocimiento del personal de salud predomina el conocimiento del contagio por mordedura y no se toman en cuenta a las lamidas o el contacto que se pueda tener con la boca del animal infectado.
- Sólo se reconoce al animal con rabia por el babeo y el cambio de actitud habiendo otras señales para reconocer un perro con rabia.

Predisponentes positivos del personal de salud respecto al conocimiento que tienen respecto al mal de rabia:

- Actitud hacia el animal mordedor: denunciarlo y vigilarlo
- La información sobre el proceso curativo que manejan hacia la población que haya sufrido una mordedura es la adecuada en el sentido que saben que la curación es un proceso desde la ficha epidemiológica hasta la vacunación
- Conocen las formas alternativas con las que la gente se cura del mal de rabia, lo que les ayuda para informar correctamente a la gente acerca del mal de rabia.

Predisponentes positivos en el proceso de curación y de la relación entre el personal de salud del vacunatorio y la población víctima de una mordedura:

- Población acude relativamente rápido al vacunatorio en caso de haber sufrido una mordida de parte de un animal presuntamente enfermo de rabia.

- Las dosis aplicadas son predominantemente preventivas, aplicándose los esquemas estipulados por el Ministerio de Salud.
- El personal de salud trata de calmar el nerviosismo de los pacientes, en especial niños hablándoles.
- La relación personal de salud – paciente es dialógica

Predisponentes negativos en el proceso de curación y la relación entre el personal de salud del vacunatorio y la población víctima de una mordedura:

- No se le da información completa al paciente sobre la enfermedad, predominantemente sólo se lo vacuna.
- Al haber sido el paciente primero revisado en un centro de salud, no se sabe exactamente que tipo de curación o información recibió.
- No hay suficiente personal de salud en las instalaciones
- Las instalaciones no son adecuadas ni están bien equipadas.
- El personal de salud no verifica los datos que se contienen en la ficha epidemiológica algunos de los cuales pueden estar errados.
- El personal de salud no le dice como curar las heridas
- El trabajo del personal de salud es únicamente paleativo, pues solamente inyectan vacunas.
- La población tiene dos grandes temores a manejar: las inyecciones y la muerte en caso de presentarse un caso positivo de rabia.
- Los problemas que enfrenta la población es la falta de conocimiento que tiene cierto personal de salud como el de enfermería del CRA o de los centros de salud a los que acuden acerca del mal de rabia
- La población es muy pasiva, no pregunta acerca de lo que le están haciendo.
-

5.3.2 Facilitadores: Que son las habilidades y conocimientos requeridos para que la conducta deseada se lleve a cabo.

A.- Facilitadores a los predisponentes negativos de la población y el personal de salud respecto a las mascotas:

Facilitadores a los predisponentes negativos de la población respecto a mascotas

- Falta de información acerca del manejo de mascotas hembras y del manejo de su fertilidad por parte de las instituciones involucradas, Zoonosis y MSPD)
- Falta de estrategias municipales y de salud acerca de la concientización y manejo adecuado de las mascotas, para hacer responsables a las personas)
- Falta de políticas municipales regulación de tenencia de animales domésticos en domicilio)

Facilitadores de los predisponentes positivos de la población hacia las mascotas:

- Información adecuada que recibieron

Facilitadores de los predisponentes negativos del personal de salud respecto al cuidado de mascotas:

- Falta de información acerca del manejo de mascotas hembras y del manejo de su fertilidad por parte de las instituciones involucradas, Zoonosis y MSPD, para que el Personal de Salud puede retransmitir esa información a los pacientes.

Facilitadores de los predisponentes positivos del personal de salud respecto al cuidado de mascotas:

- La forma en que los manejan a las mascotas es adecuada.

B.- Facilitadores de los predisponentes negativos y positivos de la población y el personal de salud respecto al conocimiento sobre el mal de rabia:

Facilitadores de los predisponentes negativos de la población respecto al mal de rabia:

- Mala información acerca del tiempo de vacunación de las mascotas.
- Falta de información adecuada por el personal de salud acerca de todas las formas de transmisión del mal de rabia
- Falta de información adecuada por parte del personal de salud acerca del proceso posterior de una mordedura con el animal agresor
- Subsistencia de creencias erradas en la población de curación alternas al cuidado médico o métodos médicos errados para dicha afección
- Falta de adecuada información acerca de las características específicas de un animal rabioso atacado por rabia agresiva o muda, por parte del personal de salud y los encargados de promoción de la salud del Ministerio de Salud.

Facilitadores a los predisponentes positivos de la población respecto al mal de rabia::

- Buena información recibida
- Buena orientación recibida

Facilitadores a los predisponentes negativos del personal de salud respecto al mal de rabia::

- Falta de capacitación e información adecuada de la enfermedad por parte del Ministerio de Salud

Facilitadores de los predisponentes positivos del personal de salud respecto al mal de rabia::

- Buena interrelación e intercambio de información con la población beneficiaria con la que trabaja.

- Conocimientos básicos acerca del mal de rabia

Facilitadores de los predisponentes positivos en el proceso de curación y de la relación entre el personal de salud del vacunatorio y la población víctima de una mordedura:

- Adecuada información proporcionada por el personal de salud que la atendió primero en centro de salud.
- Recursos biológicos relativamente suficientes
- Buena interrelación entre personal de salud y pacientes

Facilitadores de los predisponentes negativos en el proceso de curación y la relación entre el personal de salud del vacunatorio y la población víctima de una mordedura:

- Falta de material de información, difusión y promoción especializado acerca de la enfermedad en el vacunatorio.
- Poca coordinación directa entre el vacunatorio y el personal de salud de otros centros, para manejar la enfermedad.
- Insuficiente personal de salud en las instalaciones
- Falta de control de los encargados del municipio sobre la población canina vagabunda
- Necesidad de tener un centro de curaciones en el mismo vacunatorio
- Falta de capacitación del personal de salud en apoyo psicológico además de recursos didácticos para niños y adultos para que superen sus miedos en el tratamiento
- Falta de capacitación del personal de salud en su totalidad acerca de la enfermedad y de su proceso de curación y vacunación)

5.3.3 Refuerzo: Relacionados al *feedback* de la conducta –ya sea de aceptación o de rechazo.

Población:**Refuerzos positivos de la población respecto a las mascotas:**

- Hay una preocupación creciente por llevar a las mascotas al veterinario
- Hay una actitud positiva a llevar a sus animales a las campañas de vacunación.

Refuerzos negativos de la población respecto a las mascotas:

- Falta de concientización respecto al manejo de mascotas, que hace que hayan tantos perros vagabundos en las calles, que son los principales agresores y vectores del mal de rabia en la ciudad de El Alto.

Refuerzos negativos de la población respecto al conocimiento del mal de rabia:

- Falta de adecuadas políticas de información sobre el mal de rabia

Refuerzos positivos de la población respecto al conocimiento del mal de rabia:

- Actitud positiva hacia el cuidado médico para las mordeduras

Personal de salud:**Refuerzos positivos del personal de salud respecto a las mascotas:**

- Conocimientos de salud que tienen

Refuerzos negativos del personal de salud respecto a las mascotas:

- No dan importancia a las zoonosis

Refuerzos positivos del personal de salud respecto al conocimiento del mal de rabia:

- Conocimiento del proceso de manejo de casos de mordedura por animales sospechosos de rabia

Refuerzos negativos del personal de salud respecto al conocimiento del mal de rabia:

- Falta de cursos de capacitación
- Falta de material adecuado
- Minimización de la zoonosis frente a otras enfermedades

Relación personal de salud / población:

Refuerzos positivos de la población respecto a la relación PS/ paciente:

- Relación dialógica que se maneja en el vacunatorio

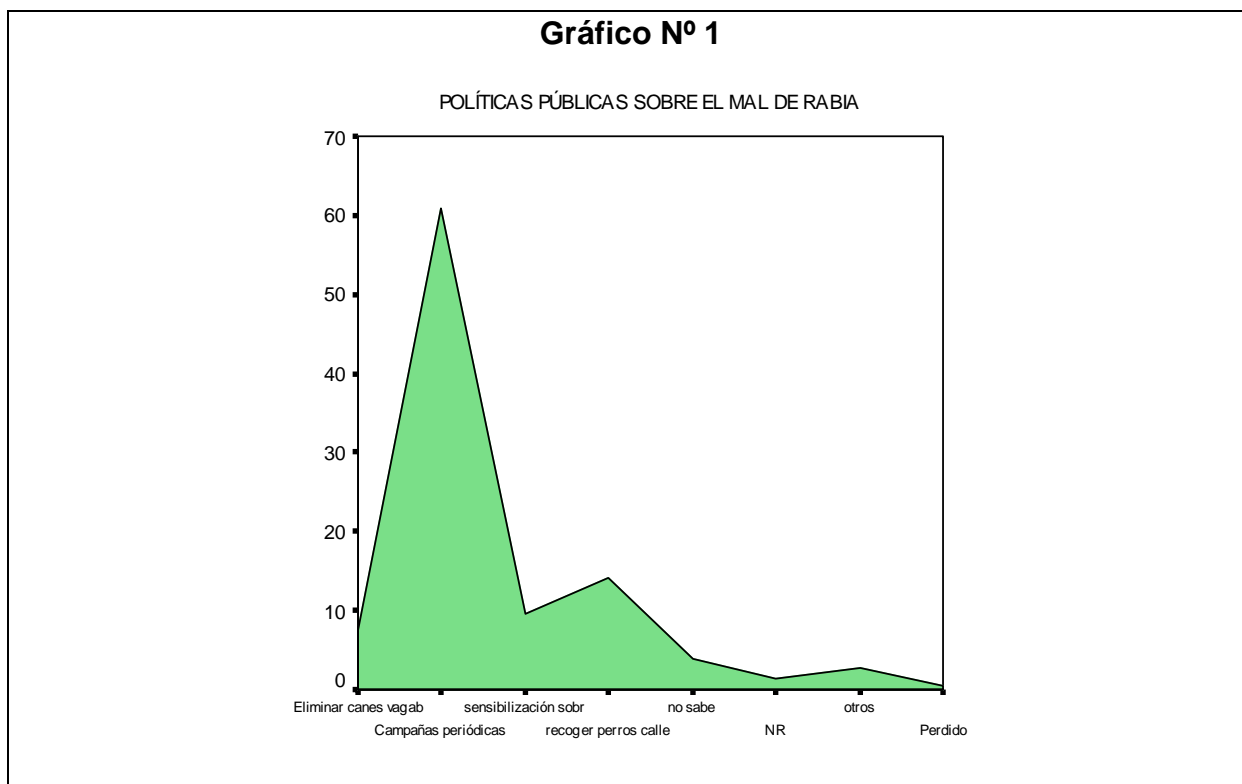
Refuerzos negativos de la población respecto al conocimiento del mal de rabia:

- Falta de personal
- Inexistencia de material de información adecuado
- Falta de material inmobiliario y de curación para el vacunatorio.

5.4 DIAGNÓSTICO DE POLÍTICAS

Objetivo específico No 6: Determinar la opinión de la población, personal de salud y autoridades inmersas en la problemática del mal de rabia acerca de las políticas de manejo de animales vagabundos y el control de la enfermedad

1) De la población.-



Fuente: Elaboración propia

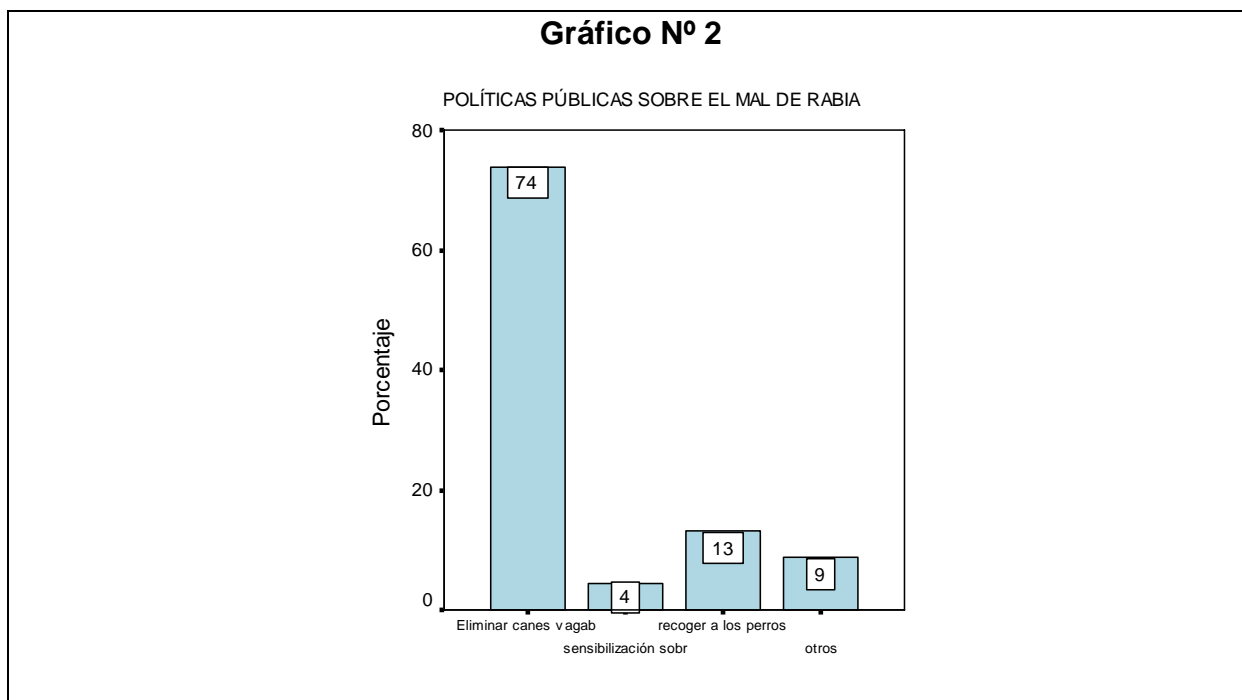
La población encuestada en un 60.6 % declaró que la mejor forma de manejar la población de animales vagabundos en la ciudad de El Alto, para que estos no se conviertan en vectores o productores del mal de rabia, es implementar más campañas periódicas de vacunación contra la rabia.

La segunda opción que ellos proponen es la de recoger a los perros callejeros. Lo lamentable es que el municipio de El Alto no cuenta con una perrera ni instalaciones adecuadas para llevar a cabo esta opción aún. La sensibilización sobre la tenencia y

el trato de las mascotas es la tercera sugerencia que da la población, al proponer educar a la población sobre el manejo y tenencia de animales.

2) Del personal de salud:

Casi en su totalidad el personal de salud (74%) piensa que para poder controlar la sobrepoblación de animales vagabundos las autoridades deberían eliminar a los perros o gatos vagabundos, en la ciudad de El Alto, para así también controlar los brotes de rabia en esa ciudad.



Fuente: Elaboración propia

3) De las autoridades inmersas:

Para conocer la opinión de las autoridades responsables de esta problemática se hicieron entrevistas en profundidad a las 3 principales autoridades sobre la temática: el doctor Héctor Mencías, Director del Programa de Rabia a nivel nacional, a la licenciada Roxana Laura, responsable del vacunatorio contra la rabia del SERES – El Alto y a la licenciada Elisa Mamani responsable del centro de Salud de Villa Eduardo Avaroa con los siguientes resultados (Ver entrevistas completas en anexos):

1. Las tres autoridades entrevistadas coincidieron en considerar que el principal problema que tiene el Programa Nacional de Rabia, en todos los niveles en los cuales trabaja, es el aspecto económico. Esto en virtud a que desde el programa Nacional de Rabia hasta el Centro de Salud se carecen de recursos, incluso para lo más esencial como son las vacunas o las fichas epidemiológicas. Esto sucede por la falta de financiamiento a nivel nacional como internacional, pues incluso la OMS u OPS no colaboran a este programa financieramente. Este problema se ve reflejado de manera cruenta cuando se conoce que el vacunatorio del SERES – El Alto no cuenta con el equipamiento necesario, ni el personal de salud requerido. Lo mismo ocurre con el Centro de Salud de Villa Eduardo Avaroa, en el que incluso las propias enfermeras deben correr con gastos (fichas epidemiológicas) que deberían ser dados por el Ministerio de Salud.
2. El segundo problema que se presenta es que el personal de salud no recibe la capacitación necesaria de manejo de la enfermedad por parte del Programa Nacional en todos sus niveles, y son los encargados (as) quienes deben buscar información por sus propios medios e incluso por este problema pueden llegar a dar una información errada sobre la enfermedad o los tratamientos.
3. El tercer problema es la casi ausencia total de conocimiento sobre el manejo de información y comunicación en salud, para prevenir la expansión de la enfermedad, pues no existen materiales de difusión adecuados para coadyuvar el trabajo de los servidores de salud. Solamente se conocen de ellos (afiches, volantes y videos promocionales) cuando hay campañas de vacunación y de manera limitada. Las tres autoridades creen que manejando esta transversal, el control y prevención de la rabia sería más efectivo.
4. Las personas encuestadas en Villa Eduardo Avaroa creen que el problema de la rabia se solucionaría con más campañas de vacunación al año, mientras el

personal de salud sugiere que se deberían eliminar a los animales callejeros, opiniones que deben ser tomadas en cuenta, pues tienen base en las recomendaciones de la OPS. La concientización sobre tenencia de mascotas es otro tema importante que las autoridades debían tener en cuenta a la prevención del mal de rabia.

5. Las autoridades municipales, gubernamentales e incluso internacionales relacionadas al tema de la salud, no le dan la verdadera importancia a esta mortal enfermedad, pues no es asunto de agenda. Casos de rabia que se han localizado por la venta de cachorros en la Zona 16 de julio no han tenido ninguna respuesta por parte del Municipio Alteño (ver anexos) en cuanto al control de la venta de animales.

5.5 CONCLUSIONES

Luego de realizado el diagnóstico y de acuerdo a los objetivos trazados, se tuvieron las siguientes conclusiones generales:

a) Sobre la zona de estudio:

- El lugar de realización del estudio, Villa Eduardo Avaroa, está ubicada en el Distrito 2 de la ciudad de El Alto y cuenta con una población de 2846 personas. El entorno de sus calles aún no está asfaltado pues son predominantemente de tierra, a pesar de encontrarse en el centro de la ciudad.

La población y el personal de salud estudiados en la zona eran predominante personas jóvenes y del sexo femenino, con actividades tales como el de estudiante, ama de casa y auxiliar de enfermería en el caso del personal de salud.

- Dicha zona se encuentra ubicada en la Red de Salud con más alto índice de casos de rabia en la ciudad de El Alto (Red de Salud Corea). En el centro de salud de Villa Eduardo Avaroa se pudo comprobar, en base al diagnóstico epidemiológico, que ocurrió casi una agresión con mordedura por día (24 en un mes), siendo el perro el principal animal atacante. Las víctimas más frecuentes fueron jóvenes y niños, con lesiones principalmente en la cara y manos.

El personal de salud de dicho centro curó las heridas de mordeduras de los pacientes lavándolas con agua y jabón, como lo sugieren los manuales del Ministerio de Salud, pero no hizo un seguimiento pormenorizado de los casos presentados en el centro de vacunación. Sólo los derivó a los servicios

recomendados (vacunatorio del Centro de Referencia Ambulatoria (CRA) en la Ceja de El Alto y la Dirección de Zoonosis de la Alcaldía de El Alto).

- Luego de realizado el estudio se realizó una campaña de vacunación (ver anexos) y el índice casos de rabia disminuyó considerablemente, lo que nos lleva a afirmar que lo más adecuado es realizar campañas periódicas de vacunación antirrábica. (En la última campaña de vacunación realizada en el mes de agosto de 2006 frente a una población humana de 232.745 personas, unos 46.549 perros y 6982 gatos se vacunó al 86.2 % de perros (40.126) y a 8.666 gatos (más del 100 %), quedando luego de la campaña casi en cero los casos de rabia en la Red)

b) Sobre la tenencia de animales:

- De acuerdo al diagnóstico conductual realizado y teniendo en cuenta que la posesión de animales es un factor importante en cuanto a la prevalencia del mal de rabia se pudo conocer que la población y el personal de salud tenían muchas coincidencias en cuanto a la tenencia de animales en sus domicilios.
- Una de ellas fue que el perro es el animal preferido por excelencia no como mascota sino como cuidador de los hogares alteños de la zona estudiada. Ambos públicos tienen la costumbre de llevar a sus animales al veterinario dependiendo de la situación, para vacunas o revisiones médicas, pero no especifican si llevan a sus mascotas para vacunarlos contra el mal de rabia.
- Los animales de la población estudiada fueron inmunizados con la vacuna antirrábica entre el año 2005 y 2006 supuestamente en las campañas del Ministerio de Salud. Ambos públicos conocen que hay que vacunar a los perros cada año, a pesar de que algunos tienen la creencia de que hay que hacerlo cada 3 a 6 meses, lo que es un conocimiento totalmente errado.

c) Sobre el mal de rabia:

- La población investigada y el personal de salud dicen saber que es el mal de rabia: La población de Villa Eduardo Avaroa dice que es una enfermedad mortal y transmitida por animales y el personal de salud dice que es una enfermedad contagiosa y transmitida por animales. Llama la atención que quienes más conceptualicen a la enfermedad como mortal sea el público y no el personal de salud que debería ser el más indicado en dar esta información.
- Ambos públicos coinciden que se transmite la enfermedad por la mordedura del perro, desconociendo las otras formas de contagio (contacto, lamidas).
- En cuanto a la acción contra el animal mordedor la población mayoritariamente dice que hay que vacunarlo y el personal de salud dice que hay que vigilarlo durante diez días y recién denunciarlo. Ambos públicos coinciden que la mejor forma de curar una mordedura, es asistiendo a un médico. El personal de salud apunta a que hay que lavarse la herida primero con agua y jabón y la población tiene sólo al médico como referente de una buena curación.
- Falta información sobre los primeros auxilios que se debe tener en cuanto a una mordedura y el peligro de formas de malas curaciones, por parte del personal de salud.
- La principal forma alternativa de curar el mal de rabia que tiene la población es quemar el pelo de perro mordedor y ponerlo a la herida. Llaman la atención otras como aquellas en las que se incluyen hierbas, con tranquilidad (conceptualizan la rabia con estar enojado), con sangre de cachorro o comiéndose al perro entre las más extrañas. Se necesita informar a la gente que la única forma de curar la rabia es la prevención con la vacunación de los animales o el tratamiento post exposición a una mordedura. Sin embargo, el

público utiliza también medicamentos errados para curar una mordedura (alcohol, agua oxigenada,etc)

- El babeo y el cambio de actitud en el comportamiento del animal, son las dos características predominantes con las que la población y el personal de salud identifican a un animal con rabia. Sin embargo, estos síntomas no son característicos solamente de los perros con rabia sino de otras zoonosis también.
- La información que la población recibe del personal de salud sobre la rabia es que es un proceso desde la denuncia hasta la vacunación, pero no se le da información pormenorizada sobre la enfermedad.

d) Sobre la relación personal de salud – paciente en el proceso vacunatorio:

- Se pudo evidenciar que el personal de salud maneja una medicina meramente paliativa (vacunar) y no de prevención, pues sólo se circunscribe a realizar los tratamientos que corresponden. No da información pormenorizada sobre la enfermedad a la población en la medida que no se tienen los elementos adecuados para hacerlos.
- En el vacunatorio la población en mayor riesgo son los niños.
- La relación entre paciente y personal de salud maneja es dialógica (es decir se habla no se imponen ideas)y esto permite ayudar a los pacientes a sobrellevar los tratamientos que se realizan y a manejar los miedos que los pacientes tienen predominantemente a las jeringas y en los casos positivos a la muerte.

- La relación entre paciente y personal de salud en la Villa Eduardo Avaroa es mínimo, pues ambos públicos no conocen realmente lo que hacen los otros o con quienes pueden interactuar en un proceso de salud.

e) Sobre las características predisponentes, facilitadoras y reforzadores del conocimiento de los públicos respecto a la enfermedad:

Predisponentes

De la población:

Falta de información adecuada sobre la enfermedad y la preferencia de animales machos, sólo vistos como cuidadores de sus domicilios.

Del personal de salud:

Falta de capacitación para la adecuada información de la población sobre el mal de rabia.

Relación personal de salud y población:

Falta de capacitación del personal de salud, respecto al manejo de la enfermedad y el paciente en el vacunatorio

Facilitadores

De la población:

Falta de información respecto a la enfermedad, que hace que subsistan creencias erradas de curación respecto a la enfermedad, esto debido a la falta de estrategias municipales para la concientización de la población respecto a los animales.

Del personal de salud:

Falta de técnicas adecuadas de promoción de la salud aunadas a la carencia de adecuada información y material de difusión.

Relación personal de salud y población:

Falta de recursos, capacitación y planes de manejo de la enfermedad desde los servidores de salud.

Reforzadores

De la población:

Habría que potenciar la actitud de la población por ocuparse de sus animales al llevarlas al veterinario y a las campañas de vacunación antirrábicas, actitud que aún no se ha motivado debido a la falta de políticas adecuadas de información respecto a la rabia en la población.

Del personal de salud:

Falta de políticas adecuadas de información respecto a la rabia que hace que el personal de salud minimice la zoonosis rabia frente a otras enfermedades.

Relación personal de salud y población:

Falta de infraestructura especializada (material mobiliario, de curación e información) para el trabajo en el vacunatorio.

f) Sobre la opinión respecto a las políticas públicas de salud, respecto a la enfermedad:

a) La población y el personal de salud de Villa Eduardo Avaroa:

La población exige de las autoridades más campañas de vacunación mientras que el personal de salud solicita que se eliminen todos los perros vagabundos. En ambos casos dichas sugerencias son correctas y deberían ser manejadas a la par, pues están aceptadas por las normas internacionales de la Organización Mundial de la Salud.

b) Las autoridades encargadas de la prevención del mal de rabia:

1. El principal problema que se tiene es el aspecto económico. Esto en virtud a que desde el programa Nacional de Rabia hasta el Centro de Salud se carecen de recursos, incluso para lo más esencial como son las vacunas o las fichas epidemiológicas.
2. Falta de capacitación necesaria de manejo de la enfermedad por parte del Programa Nacional en todos sus niveles, y son los encargados (as) quienes deben buscar información por sus propios medios e incluso por este problema pueden llegar a dar una información errada sobre la enfermedad o los tratamientos.
3. Ausencia de conocimiento sobre el manejo de información y comunicación en salud, para prevenir la expansión de la enfermedad, pues no existen materiales de difusión adecuados.
4. El problema de la rabia se solucionaría con más campañas de vacunación al año, la eliminación de los animales callejeros que tienen base en las recomendaciones de la OPS. La concientización sobre tenencia de mascotas es otro tema importante que las autoridades debían tener en cuenta a la prevención del mal de rabia.
5. Las autoridades municipales, gubernamentales e incluso internacionales relacionadas al tema de la salud, no le dan la verdadera importancia a esta mortal enfermedad, pues no es asunto de agenda. Casos de rabia que se han localizado por la venta de cachorros en la Zona 16 de julio no han tenido ninguna respuesta por parte del Municipio Alteño (ver anexos) en cuanto al control de la venta de animales.

Se pudo comprobar que todos los problemas para la prevención y desaparición de la rabia en la ciudad de El Alto, por la voz de sus propios actores sociales involucrados, tiene un denominador común que es la falta de presupuesto: de existir más recursos en el país, se podría eliminar la rabia.

5.6 DISCUSIÓN

Luego de realizado el estudio se pudo conocer que si bien algunos procesos informativos y comunicacionales son utilizados de manera empírica por el personal de salud estudiado, la mayor parte de ellos no son manejados con un fin preventivo. Es decir, el personal responsable del manejo de la rabia tanto en sus niveles jerárquicos como los de base no conocen como manejar procesos de comunicación para la salud preventiva respecto a esta enfermedad.

Esto no quiere decir que no se hayan establecidos estrategias de salud para manejar la enfermedad, pero estas son dejadas a un lado por las autoridades frente a otras enfermedades. Esto sin tomar en cuenta que casi toda nuestra población tiene un perro en casa y por lo tanto el vector de la enfermedad está presente en casi todos los hogares alteños.

Por otra parte el personal de salud, tiene formación muy básica respecto a la rabia y por lo tanto tiene problemas en cuanto a la conceptualización respecto a la enfermedad, como el de los tiempos de vacunación o aquellos en los que se receta una vacunación sin haber echo antes un seguimiento. Además la importancia que se le da al paciente de rabia no es la adecuada y en muchos casos no hay capacitación especializada para la curación de sus heridas en los centros de salud.

Entonces, desde el punto de vista del personal de salud el problema primario es el de la capacitación. Según los mismos, los programas de capacitación se circunscriben a los directores de los centros de salud o las gerencias de las redes, quedando el personal de base sin una adecuada formación e información respecto al tema.

Todos estos problemas tienen una base común: la falta de financiamiento a nivel macro (Programa Nacional de Rabia que no tiene el suficiente presupuesto asignado) hasta lo micro (centros de salud y vacunatorios) en los cuales hay

carencias desde infraestructura, material de trabajo, materiales de información, de prevención respecto a la enfermedad, etc.

Otro gran problema preocupante es que el personal de salud no gusta de trabajar con las zoonosis y desde la auxiliar de enfermería hasta el médico de turno restan importancia o atienden por obligación a un paciente con estas características.

Además el mal de rabia se convierte en un tema transversal en muchas especialidades médicas. (ginecología, pediatría, oftalmología, etc), pero no se lo toma en cuenta de esta manera

La población por su parte maneja información sumamente limitada respecto a la enfermedad como que es contagiosa y mortal, pero desconocen totalmente que existen además otros tipos de rabia y otras formas de contraerla y no por simple mordida de un animal rabioso.

Conceptualizan la enfermedad sólo como un problema de salud cuando ocurre una mordedura o un ataque de animal rabioso y se presenta como asunto de interés de la población y el personal de salud únicamente en las campañas anuales de vacunación antirrábica que realiza el Ministerio de Salud a nivel nacional.

Se pudo constatar además que la población tiene problemas de respecto a los siguientes temas, que son transversales y de influencia a la enfermedad:

Conceptualización y trato adecuado de mascotas: La población en su generalidad no considera mascotas a sus animales sino más bien guardianes de sus casas y a pesar de que supuestamente los llevan al veterinario, no lo hacen con un afán preventivo sino más bien paliativo cuando estos se enferman o tienen algún accidente.

Manejan conceptos errados sobre los tiempos de vacunación, sólo reconocen un animal rabioso cuando es agresivo o por el babeo. Reconocen también que hay

formas de curarse alternas a la medicina occidental lo que es completamente inadecuado.

En el imaginario de la población aún existen formas alternas de curar el mal de rabia (podrían considerarse como medicina tradicional). Si bien muchos de ellos no asumen haber utilizado formas alternas de curación las conocen y las explican: curarse con el pelo quemado del perro, con malva, con sales de rehidratación, con sangre de cachorro, etc son conocimientos errados que deben trabajarse y eliminarse, pues van en contra de la salud de la población y sólo se lo logrará con procesos informativos y educativos adecuados. Esta supuesta medicina tradicional es también causa de muchos de los accidentes por mordedura de la población (curarse con perro negro).

En consultorio la actitud del paciente víctima de una mordedura es pasiva, no pregunta casi nada y solamente se circunscribe a recibir sus vacunas en el caso de que así lo requiera. Sus miedos a los animales, las inyecciones, de autoestima en el caso de que las heridas representen un problema estético o aquellos a la muerte en el caso de un caso positivos no solamente pueden ser tratados por el personal de salud, sino por especialistas en comportamiento.

Finalmente se puede afirmar que el manejo de las zoonosis rabia dentro de los planes del Ministerio de Salud y Deportes, gobiernos municipales y Redes de Salud, debe ser tomada en cuenta dentro de los presupuestos fiscales, pues tener un animal no vacunado en casa, es un peligro para la salud pública de la población.

El manejo de la concientización en el manejo y control de mascotas debería ser tomado con seriedad por los organismos encargados, pues teniendo una población educada en cuanto al trato de mascotas, se tendría menos incidencia de casos de rabia, e incluso de otras zoonosis transmitidas por animales domésticos.

El personal de salud debe ser mejor capacitado en cuanto a la temática de zoonosis, no solamente rabia sino aprovechar conocer también otras enfermedades pues son ellos los interlocutores con la población y tienen que manejar la información veraz, respecto a la enfermedad.

La comunicación, los procesos de información y educación en salud, deben ser primordiales en los planes y procesos de los servicios regionales, departamentales y nacionales de Salud no sólo como planes sino también como parte de la capacitación del personal de salud.

La provisión de material educativo e informativo especializado sobre la temática es de vital importancia, en vista de los problemas de salud que se presentan por la rabia en el país. Existen estos materiales en algunos organismos internacionales como la OMS, pero no se los socializa.

La limitación más importante de este trabajo fue la financiera, pues el estudio podría incluso llegar a aplicar los resultados si se hubiese tenido el recursos suficientes, pero los que se tenían tanto humanos como financieros eran insuficientes.

A partir de esto, los resultados obtenidos a pesar de ser muy limitados, sirven como un trabajo previo de referencia a cualquier otro trabajo sobre zoonosis o específicamente del mal de rabia en el cual la importancia del diagnóstico integral es de vital importancia, pues de otra manera se hace procesos de comunicación y promoción en salud, fuera de la realidad. Es importante conocer a profundidad que piensa o siente la gente respecto a la enfermedad, que importancia le da para recién realizar estrategias o planes adecuados para ellas.

CAPÍTULO VI

RECOMENDACIONES

Como recomendaciones finales, acerca del trabajo realizado se deben tener en cuenta que hasta el momento no se ha realizado un trabajo de comunicación estratégica respecto a la enfermedad de la rabia, por lo que se sugiere la estructuración de una estrategia de comunicación para poder potenciar el Programa Nacional de Rabia y manejar mejor los procesos de prevención de la enfermedad a nivel nacional.

De la estrategia.-

- Esta estrategia puede ser aplicada de manera experimental sólo en la ciudad de El Alto. De acuerdo a los resultados que se tengan en su aplicación y evaluación (Procede) podrá mejorársela y aplicársela a otras regiones de la zona occidental del país, pues no se tiene conocimiento de los conocimientos, actitudes y prácticas de la zona de los valles o el oriente del país.
- Es una estrategia transversalizada por variables como la interculturabilidad y la sostenibilidad, pues será solamente en base a estas variables, sumadas a la de participación comunitaria, es decir que los vecinos se hagan parte importante de poner en práctica la estrategia, esta podrá llevarse a cabo de manera satisfactoria.
- Es una estrategia piloto, por lo tanto sus resultados no deben tomarse como concluyentes.

6.1 Introducción a la estrategia

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos en el diagnóstico, previamente presentado se estructuró el modelo de la estrategia piloto de comunicación que podrá ser puesta en ejecución por los organismos responsables: Programa Nacional de Rabia, Servicio Regional de Salud (SERES – El Alto) y la Red de Salud Corea, que en base al estudio en una de sus zonas (Villa Eduardo Avaroa) será el primer directo beneficiario.

Al ser esta una estrategia piloto, está podrá en su ejecución ser mejorada o cambiada en los aspectos que así lo requieran, para poder así hacerla más efectiva y poder erradicar el mal de rabia de la ciudad de El Alto.

6.2 Segmentación jerarquizada del público meta

A partir de la investigación diagnóstica ejecutada, se realizó una segmentación jerarquizada de la población a alcanzarse con la aplicación de esta estrategia en sus diferentes categorías, subcategorías y segmentos.

Así se jerarquizó la población meta a ser influenciada por la estrategia (Tabla N° 5)

Tabla Nº 5

Segmentación jerarquizada de la población meta de la estrategia

Prioridad	Categoría	Subcategoría	Segmentos
Primera	Transversal	Ministerio de Salud Pública y Deportes	Dirección de Epidemiología Dirección Nacional de Zoonosis Programa Nacional de Rabia Servicio Regional de Salud El Alto
		SENASAG	Dirección Nacional de Manejo de Zoonosis Silvestre
		Gobierno Municipal de El Alto	Servicio Municipal de Salud de El Alto Unidad de Zoonosis Subalcaldía de los distritos 1 y 3
		Colegio de Médicos Veterinarios de Bolivia	Colegio de Médicos Veterinarios de la ciudad de El Alto
Segunda	Primer beneficiario Población Red Corea	Población de la Red Corea de la ciudad de El Alto	Federación de Juntas Vecinales de la Ciudad de El Alto (FEJUVE) presentes en la Red Corea : 260 juntas de vecinos Organizaciones Territoriales de Base (OTB's) de organizaciones de la Iglesia Católica, evangélica y cristiana presente la Red Corea. Distintos oficinas de la Policía Nacional presentes en la Red y batallones Militares asentados en la Red Corea
Tercera	Segundo beneficiario Personal de Salud	Personal de Salud de la Red Corea de la ciudad de El Alto	Setenta y cuatro centros de salud Hospital Corea
		ONG's dedicadas a la salud	Jacaña Utasa, Madre Piedad, Sartasin Warmi, Pro-Salud, Casa Kaki, Casa Cuna, Pro – Mujer, Cotalma, Intervida, Centro Kolping, Crecer, Cies, Consejo Rural Andino
		Organizaciones de base dedicadas a la salud	Manzaneras de la salud: 178 Defensorias de la Salud: 16 Mercados saludables : 20
Cuarta	Tercer beneficiario Educadores	Colegios presentes en la Red Corea	Colegios Fiscales (108) Colegios particulares (23)
		Entidades Educativas que capacitan en Salud	Facultades de Medicina, Enfermería y Veterinaria de la Universidad Pública de El Alto (UPEA) Institutos técnicos de enseñanza en Salud (Cenfim, Infocal, etc)
		Organizaciones de voluntarios que trabajan con la temática de protección de animales	
Quinta	Cuarto beneficiario Medios de comunicación	Medios de comunicación Red Corea	Radio Inca, Radio San Gabriel, Radio Tahuantinsuyo
		Medios de comunicación preferidos por la población estudiada	Radio Panamericana, radio Ciudad, radio Fides, Red ATB, red UNO, La Razón, El Extra, El Diario y El Alteño

Fuente: Elaboración propia

6.3 .-Definición de las categorías de la población meta:

a)Categoría transversal: Que engloba a las instituciones que manejan las políticas públicas con las cuales se puede conseguir financiamiento y recursos para manejar la ejecución, monitoreo, evaluación y mejoramiento del control de la rabia en el país. El trabajo conjunto de estas instituciones, a partir del conocimiento de este estudio, les permitirá potenciar económica y logísticamente, políticas y estrategias, mientras que los gobiernos de la ciudad de El Alto y el SERES- El Alto se encargaran de la coordinación operativa descentralizada.

b)Primer beneficiario directo: Será la población de la Red de Salud Corea ubicada en la ciudad de El Alto, que comprende las personas de todas las edades, sexo, condición social y económica que se encuentran propensas a sufrir agresiones de un animal rabioso, dada la gran cantidad de animales vagabundos que deambulan por las calles alteñas.

El trabajo con dicha población será motivada por las organizaciones que las agrupan: Macrodistrictos, Organizaciones Territoriales de Base (OTB's) , Juntas de Vecinos, Iglesias con distinta religión, además de instituciones militares y policiales que trabajan en dicha Red y pueden coordinar acciones de manera directa con la población en la prevención, capacitación e información sobre el mal de rabia y sus características.

c)Segundo beneficiario directo: Será el personal de salud tanto de los centros de Salud que maneja el SERES en la Red Corea de la ciudad de El Alto, Organizaciones No Gubernamentales, instituciones religiosas y organizaciones de base dedicadas a la promoción de salud que recibirán capacitación acerca del manejo de un paciente que ha sufrido ataque de supuesto animal rabioso y sobre la atención médica y psicológica que se le debe dar al paciente, inmerso en esta situación.

d)Tercer beneficiario directo:

Los educadores serían nuestro tercer grupo beneficiario en la medida que se necesita educar a la población sobre el mal de rabia para que mediante la prevención este mal desaparezca. Así pues los responsables de los colegios primarios y secundarios de la Red Corea podrán luego de la capacitación, motivar a sus alumnos acerca de la concientización y educación sobre el manejo y propiedad de las mascotas en la ciudad de El Alto. Estarán incluidos los colegios tanto fiscales como particulares ubicados en la Red , institutos de formación técnica y superior en salud.

e)Cuarto beneficiario directo:

El cuarto beneficiario directo serán los medios de comunicación social y sus trabajadores, que desarrollen sus funciones en la ciudad de El Alto, y que como tareas primordiales no harán solo la difusión de mensajes acerca de la temática de la rabia, sino que también que capacitarán a su personal en cuanto al manejo de la temáticas desde el punto de vista de comunicación para la salud, convirtiéndose en promotores masivos de salud.

6.4.- Objetivos de la estrategia de comunicación:

Objetivo general:

Brindar sistemáticamente procesos de información adecuados para promover procesos comunicacionales dialógicos que motiven el cambio voluntario de comportamiento en torno a la prevención del mal de rabia, entre los diversos actores involucrados de la Red de Salud Corea de la ciudad de El Alto.

Objetivos específicos:

- Informar adecuadamente a la población y al personal de salud las características más importantes para prevenir y contrarrestar la aparición de rabia en la zona de influencia de la Red, tomando en cuenta los lineamientos culturales, sociales, y educativos de la población meta.

- Capacitar al personal de salud en recursos comunicacionales apropiados para el manejo del paciente víctima de una mordedura por animal sospechoso de rabia o que presente un caso positivo de esta enfermedad.
- Utilizar los lineamientos culturales y sociales que tenga la población investigada para hacer más eficaces los planes operativos de la estrategia de comunicación para la prevención del mal de rabia en dicha Red.
- Estructurar los procesos o componentes comunicacionales que pueden ayudar a manejar un discurso motivador para el cambio de comportamiento voluntario de la población meta y los servidores de salud de la Red de Salud Corea de la ciudad de El Alto.
- Motivar a las autoridades de organismos gubernamentales y no gubernamentales para apoyar efectivamente el trabajo de erradicación de la rabia en la Red, como plan piloto.

6.5.-Objetivos específicos por beneficiarios directos

Objetivos específicos para la categoría transversal:

- Fortalecer dentro del ámbito de las autoridades gubernamentales y municipales de salud y control de animales en la ciudad de El Alto, la importancia de la temática del control del mal de rabia, mediante la dotación de recursos financieros, logísticos y comunicacionales adecuados.
- Potenciar el trabajo del departamento de Zoonosis de la Alcaldía Municipal de la ciudad de El Alto, mediante la construcción de una perrera municipal, que controle la sobrepoblación de animales vagabundos en la ciudad de El Alto.

Objetivos específicos para la población:

- Incrementar y mejorar los conocimientos que tiene la población de la Red Corea sobre el mal de rabia, motivando a las organizaciones sociales a formar núcleos de promoción especializados en el tema.

- Motivar la concientización en la población sobre la tenencia responsable de mascotas, como una medida de prevención contra el mal de rabia y de control de animales callejeros.
- Desterrar las prácticas alternas o de medicina tradicional de la población para curar el mal de rabia, mediante el manejo de mensajes motivadores del cambio.
- Sensibilizar a los dueños de mascotas dentro de la Red Corea para hacer del acto de la vacunación antirrábica un compromiso y deber por la salud pública de su zona.

Objetivos específicos para personal de salud:

- Incrementar y mejorar los conocimientos que el personal de salud de la Red Corea tiene sobre el mal de rabia.
- Motivar al cambio actitud del personal de salud, frente a un caso de mal de rabia o una mordedura, dándole la importancia necesaria y el reracionamiento dialógico con el paciente.

Objetivos específicos para los educadores

- Capacitar a los profesores de colegios, docentes y estudiantes de salud y personas voluntarias que trabajen por los animales sobre la problemática del mal de rabia, para que puedan ser promotores de salud en los medios laborales y de estudio en que se desenvuelven.

Objetivos específicos para los medios de comunicación

- Motivar y capacitar a los responsables de los medios de comunicación y sus trabajadores, sobre la temática de la rabia para que puedan presentar información adecuada de forma masiva, respecto al tema.

6.6. Enfoques transversales utilizados:

Para la siguiente estrategia se utilizaran los siguientes enfoques transversales que le darán continuidad al programa y lograrán a futuro su éxito:

- Interculturalidad: En la presente estrategia se manejarán parámetros interculturales en la medida en que se ha podido evidenciar, mediante el diagnóstico antes realizado, que es muy importante tomar en cuenta las conceptualizaciones y saberes culturales que maneja la población dentro de un problema de salud y las formas que pueden llegar a solucionarlo. En el caso del mal de rabia es básico saber que conoce respecto al tema la población para poder estructurar la estrategia de comunicación, sin que ésta agrede al público meta al que se dirige.
- Sostenibilidad: Para que la estrategia que se presenta tenga sostenibilidad en el tiempo se manejaron las **estructuras significantes**, que hablan sobre la existencia de una relación esencial entre la vida social y la creación literaria (comunicacional) dada por las estructuras mentales – estructuras categoriales significativas que organizan la conciencia de cada grupo social y el imaginario de cada actor . Y que además este proceso es el que permite que los individuos y las familias asuman responsabilidad de cuidar de su salud y de la de los demás, así como contribuir al desarrollo individual y comunitario.

6.7.- Estrategias de intervención:

Se diseñó una estrategia piloto de comunicación, para el Programa Nacional de Rabia en la ciudad de El Alto, basada para su investigación en la metodología del Preceder-proceder de Lawrence Green y Marshall Kreuter que en sus 6 etapas, hace un diagnóstico completo de la población con la cual vamos a trabajar, para luego definir las estrategias de intervención, que se definieron de la siguiente manera.

Primera Fase:

- Abogacía: Que es un esfuerzo generado desde la comunidad / o desde las organizaciones de desarrollo para influir positivamente en las decisiones y políticas públicas a través de varias formas de comunicación persuasiva⁸⁷.
- Información: Que es la reducción de incertidumbre, manejada como un recurso valioso, que describe la realidad, y que le permite al hombre enfrentarse de manera más efectiva con la misma, en este caso en un proceso de salud⁸⁸
- Capacitación: Entendida como un proceso sistemático y continuo dirigido a los individuos o grupos de individuos destinados a mejorar cuantitativa o cualitativamente en ellos, sus destrezas y habilidades técnicas en un área específica de su quehacer profesional.⁸⁹
- Comunicación educativa: Que es un proceso planificado y sistemático encaminado a motivar a las personas a adoptar nuevas actitudes o comportamientos. Se basa en las inquietudes de los individuos, las necesidades que se perciben, las creencias y las prácticas culturales.promueve el diálogo, el intercambio de información y una mayor comprensión entre los protagonistas⁹⁰.

Segunda Fase:

- Movilización social y movilización comunitaria: Que es la suma de esfuerzos locales destinados a obtener el apoyo de la comunidad para determinados programas de salud en los cuales la movilización comunitaria para la misma será vital en la medida en que la participación la población debe ser sostenida y protagónica en el proceso⁹¹

⁸⁷Prudencio Carola, Plan Estratégico nacional IEC para el Desarrollo de la Salud Integral de la Adolescencia, La Paz . Bolivia, 2005., Pág. 55

⁸⁸ Ibid, Pág. 53

⁸⁹ Ministerio de Salud y Previsión Social, Plan Estratégico Nacional de Comunicación ITS-SIDA, La Paz- Bolivia, OPS,2003 Pág. 18

⁹⁰Prudencio Carola, Plan Estratégico nacional IEC para el Desarrollo de la Salud Integral de la Adolescencia, La Paz . Bolivia, 2005., Pág.54

⁹¹ Ibidem.

- **Eduentretenimiento:** Que resulta de la convergencia de la educación y el entretenimiento y que puede llegar a más personas por ser más eficaz y de menos costo que otras estrategias de intervención⁹².
- **Información Pública:** Que son los esfuerzos realizados con los trabajadores de la prensa y los medios para mantener el tema de la rabia en agenda pública, pero no solamente como un tema de salud, sino que en el cual, los trabajadores de prensa sean capacitados para su adecuado manejo⁹³

6.8.- Áreas geográficas de intervención:

El área de intervención será la Red de Salud Corea, donde se encuentra la zona de Villa Eduardo Avaroa, lugar donde se realizó el diagnóstico. Al ser una estrategia piloto será el primer lugar de aplicación de la estrategia para luego esta experiencia ser replicada en todos los centros de salud y vacunatorio de la ciudad de El Alto

6.9.- Duración y fases:

La duración de la estrategia tendrá cuatro fases de implementación:

Tabla Nº 6

Fases de la estrategia de comunicación

Fase1	Disposición	3 meses
Fase 2	Lanzamiento	1 mes
Fase 3	Posicionamiento	6 meses
Fase 4	Consolidación	1 año

Fuente: Elaboración propia

1. **Fase 1: Disposición:** Donde se manejará todos los recursos posibles para hacer que nuestra categoría transversal, donde se encuentran las entidades de gobierno, como el Ministerio de Salud, SENASAG, Colegio de Médicos

⁹² Herrera Karina, Módulo de enfoques de comunicación para la salud, Maestría de Comunicación para la Salud, Universidad Mayor de San Andrés, La Paz . Bolivia, 2003

⁹³ Ibid. Pág. 55

Veterinarios de Bolivia y Gobierno Municipal de la ciudad de El Alto, se emponderen de la problemática de la rabia , por medio de información sobre la incidencia de la zoonosis rabia en la salud pública de la población y en la necesidad de financiar recursos para poder llegar al año 2010 como un país libre de rabia.

Todo este proceso se conseguirá por el buen manejo de la Abogacía en todos los niveles de decisión tales como organismos financiadores, OMS, UNICEF, Gobierno Estatal y Gobierno Municipal de El Alto.

De la misma manera en esta etapa se deberán delimitar las políticas para el manejo de las zoonosis que afectan la salud pública de la ciudadanía, dentro de todos los estamentos de manejo de la salud, tanto gubernamentales como no gubernamentales dentro del Municipio de El Alto.

A partir de este trabajo se pueden afianzar el trabajo de las Defensorías de la Salud, OTB's, Centinelas de la salud, etc, que fueron y son parte del proceso cambio voluntario de conducta en la población y que también son parte del proceso de la abogacía de líderes, en este caso zonales, sindicales o de otro tipo.

2. Lanzamiento: Qué se realizará de manera pública y masiva solamente en los distritos que abarca la Red de Salud Corea, por tratarse de una estrategia piloto, frente a las 260 juntas de vecinos existentes, Organizaciones Territoriales de Base (OTB's) . Organizaciones de la Iglesia católica, evangélica y cristiana presente, distintos oficinas de la Policía Nacional tales como el Comando Regional de la Policía, Bomberos y 7 retenes policiales, los Batallones Militares asentados en la Red, todos los representantes de la Red de Salud Corea y los 64 Centros de Salud existentes en la misma.

3. Posicionamiento: En el cual se pondrá en práctica todas las actividades de comunicación y salud presentes en la estrategia y el plan estratégico de comunicación para eliminar la rabia de la Red de Salud Corea, durante el año 2007. En esta se pondrán en práctica los métodos de comunicación grupales, interpersonales y masivos diseñados para manejar la problemática.

4. Consolidación: Etapa en la cual en base a lo sucedido en la anterior etapa se reforzarán y enmendarán errores, para poder poner en práctica la estrategia ya a nivel nacional.

6.10.- Precisiones sobre la validación de procesos, medios, mensajes y productos comunicacionales a utilizar:

Dentro la presente estrategia de comunicación, se tomaron en cuenta los resultados del diagnóstico y observación de nuestros públicos primarios y secundarios, sobre el mal de rabia y a partir de aquello se definió:

1) Qué decir: De acuerdo a lo que la población y personal de salud estudiado, se definieron los siguientes ejes temáticos:

Tabla Nº 7

Qué decir

Categorías	Qué decir
Transversal	La importancia del financiamiento y manejo apropiado de la temática de las zoonosis, en especial la rabia, dentro de los proyectos de salud pública tanto gubernamentales como municipales y sectoriales, primordialmente en el que incumbe a la ciudad de El Alto.
Población Red Corea	<ul style="list-style-type: none"> - Qué es exactamente el mal de rabia, cómo se transmite y quienes son los principales vectores de la enfermedad - Informar sobre las dos clases de rabia que existen y como identificarlas - Cómo se puede prevenir el mal de rabia mediante el manejo adecuado de mascotas en especial perros, de manera comunitaria y personal. - Qué pasos se debe seguir cuando uno es mordido por un animal - Qué curaciones de emergencia se deben aplicar y cuales están contraindicadas. - Porqué es necesario asistir a un centro de salud: mostrar ejemplificado - Qué métodos alternativos se usa para curar el mal de rabia y porqué no son adecuados.
Personal de Salud Red Corea	<ul style="list-style-type: none"> - Informar sobre las dos clases de rabia que existen y como identificarlas - La forma adecuada de tratar a un paciente víctima de una mordedura y la revisión exhaustiva de las heridas - La forma adecuada de explicar al paciente el proceso de la vacunación - Conocimiento completo de las zonas más peligrosas donde un animal puede morder y el cuidado que se debe tener con esos pacientes. - Conocimiento de el uso de los biológicos y las cadenas de frío - La forma adecuada de realizar los bloqueos contra un caso positivo de rabia - Conocimiento de los esquemas de vacunas: clásico, reducido y profilaxis y la utilización de suero.
Educadores	<ul style="list-style-type: none"> - Qué es el mal de rabia, las clases de rabia que hay y la forma de identificarlas en los animales - Primeros auxilios en casos de mordedura - Manejo adecuado de mascotas, para que mediante la educación, se elimine el mal de rabia.
Medios de Comunicación	<ul style="list-style-type: none"> - Qué es el mal de rabia, las clases de rabia que hay y la forma de identificarlas en los animales - Los pasos que hay que seguir en caso de sufrir una mordedura tanto de primeros auxilios, como del tratamiento de vacunas o suero.

Fuente: Elaboración propia

2) Cómo decir:

Para manejar la temática de la rabia con los públicos determinados se utilizarán prioritariamente los medios interpersonales, apoyados con materiales de difusión, eduentretenimiento, además de relatos sobre historias de vida, que harán que haya mucha más empatía y motivación con lo que significa haber sufrido una mordedura, los problemas psicológicos que provoca y tener que recibir un tratamiento de vacunas.

Tabla Nº 8
Cómo decir

Categorías	Cómo decir
Transversal	<ul style="list-style-type: none"> - Lobby para conseguir la atención de las autoridades no solamente en cuanto a presupuesto sino también para hacer conocer la importancia de su prevención. - Propuestas de manejo de la temática: “No sólo pedir sino proponer”
Población Red Corea	<ul style="list-style-type: none"> - Emponderamiento y movilización de Defensorías de Salud, Manzaneras, Juntas Vecinales, clubes deportivos, policía y Fuerzas Armadas, para que mediante la comunicación interpersonal y grupal se conviertan en difusores de la información de prevención requerida por la población, mediante el uso de historias e imágenes al respecto. - Manejo del Eduentretenimiento con títeres, teatro callejero, videos-plaza sobre la temática para motivar el interés de la población
Personal de Salud Red Corea	<ul style="list-style-type: none"> - Capacitación técnica periódica y constante acerca de la enfermedad. - Manejo de material audiovisual y grupos de discusión sobre el mal de rabia. - Enseñanza de técnicas de Eduentretenimiento para interrelacionar con la población
Educadores	<ul style="list-style-type: none"> Capacitación sobre la enfermedad y cómo prevenirla, mediante la educación - Enseñanza de técnicas de Eduentretenimiento
Medios de Comunicación	<ul style="list-style-type: none"> -Separatas especializadas con lenguaje coloquial -Historietas - Spots motivacionales - Cuñas radiales cómicas

Fuente: Elaboración propia

3) Dónde decir:

Para poder reconocer los lugares donde puede aplicarse esta estrategia, sitios que se conozcan tengan la potencialidad de ser conocidos y de reconocimiento por parte de la población beneficiaria.

Tabla No 9
Dónde decir

Categorías	Dónde decir
Transversal	- Reuniones - A través de los medios de comunicación
Población Red Corea	- Escuelas, negocios, fábricas, mercados, campeonatos de fútbol, reuniones de dirigentes, fiestas vecinales, iglesias
Personal de Salud Red Corea	Centros de Salud, gerencias de Red, CAI semestrales, Colegios de médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería de la ciudad de El Alto - SERES
Educadores	- Colegios fiscales y particulares de la Red Corea - Universidad Pública de El Alto - Institutos
Medios de Comunicación	- Editoriales - Suplementos dominicales

Fuente: Elaboración propia

4) Quién dice: Para definir a quienes nos dirigimos.

Tabla Nº 10
Quién dice

Categorías	Quién dice
Transversal	- Responsables de la Red - Encargada de zoonosis del SERES- El Alto
Población Red Corea	- Juntas de vecinos - Responsables de los Mercados saludables y Defensorías de la salud - Vecinos, líderes de opinión - Policías y militares, líderes en la zona
Personal de Salud Red Corea	- Responsables de cada centro
Educadores	- Profesores o tutores de curso - Profesores de ciencias o biología - Profesores de valores
Medios de Comunicación	- Conductores de programas con rating en la zona en tv y radio y periodistas de suplementos interesantes en prensa

Fuente: Elaboración propia

6.10 Presupuesto

Durante la etapa de posicionamiento tendrá un presupuesto fijo pero ya en la de consolidación deberá buscarse a largo plazo, un financiamiento aún no definido entre el Programa Nacional de Rabia y la Alcaldía Municipal de El Alto.

**Tabla N° 11
Presupuesto**

Descripción	Actividades	Tiempo	Costo mensual	Total
Disposición	Reuniones de Abogacía con diferentes autoridades tanto gubernamentales, municipales como distritales (desayunos trabajo, almuerzos trabajo, seminarios de información) Diseño de material de información especializado para las autoridades	3 meses	10.000 \$us	30.000 \$us
Lanzamiento	Manejo de campaña de medios por radio y televisión Campaña de movilización comunitaria con eduentretenimiento en todas las zonas de la Red	1 mes	100.000 \$us	100.000\$us
Posicionamiento	Aplicación de la estrategia de comunicación para la salud con las categorías involucradas	6 meses	120.000 \$us	120.000\$us
TOTAL.-		10 meses	250.000 \$us	250.000\$us
Consolidación	Presencia de la estrategia como política social de la Red	1 año	A ser financiada por la Alcaldía Municipal de El Alto y el Programa de Rabia	A ser financiada por la Alcaldía Municipal de El Alto y el Programa de Rabia

Fuente: Elaboración propia

Tabla No 12
ESTRUCTURA DE LA ESTRATEGIA- CATEGORIA TRANSVERSAL

Estrategia	Medios	Ejes temáticos	Ejes motivacionales	Públicos específicos	Actividades
Comunicación promotiva (Abogacía)	Medios interpersonales Medios impresos Medios audiovisuales	<p>La influencia epidemiológica negativa del mal de rabia sobre la salud pública a nivel nacional y local (El Alto), para motivar su control efectivo por medio de políticas públicas (Refuerzo)</p> <p>Insuficiencia presupuestaria para el manejo de la enfermedad en la ciudad de El Alto (Elaboración del proyecto de construcción de la primera perrera municipal de la ciudad de El Alto). (Innovación)</p>	<p>“ Bolivia libre de rabia hasta el 2010” (Esto como una meta que motive a las autoridades nacionales al cambio de actitud frente a la enfermedad)</p> <p>“El Alto libre de la rabia con la ayuda de todos” (motivando la participación de todos los actores involucrados para conocer la realidad del trabajo de prevención de la enfermedad.</p>	Financiadores internacionales Gobierno Central mediante el Ministerio de Salud y sus Servicios Regionales de Salud y el Ministerio de Educación y Deportes Gobierno Municipal de El Alto Organizaciones no Gubernamentales Colegios de Médicos Veterinarios de El Alto	<p>- Reuniones de Información sobre la epidemia de la rabia en el país y principalmente en la ciudad de El Alto</p> <p>- Reuniones de Coordinación Interinstitucional para la preparación de proyectos de acción conjunta entre el Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación en la ciudad de El Alto, para eliminar la rabia</p> <p>- Visita a financiadores tanto nacionales como internacionales a los cuales pueda interesarles apoyar la temática (OMS/OPS, UNICEF, FAO, etc.) para la construcción de una perrera municipal en la ciudad de El Alto.</p> <p>- Diseño de brochures y video de información para ser difundidos en todas las actividades que se tengan tanto estatales como regionales a líderes de opinión que puedan ayudar a conseguir, financiamiento para los planes antes mencionados.</p>

<p>Comunicación para la información pública</p>	<p>Medios impresos Medios radiales Medios audiovisuales</p>	<p>- Peligro de la expansión del mal de rabia (casos de personas mordidas en la ciudad de El Alto, prioritariamente niños. (innovación)</p> <p>El cuidado adecuado de mascotas para prevenir la rabia y la sobrepoblación de animales callejeros. (innovación)</p>	<p>“Cuidado, todos corremos peligro” (motivando el cambio de conducta por las historias presentadas)</p> <p>“Cuidemos a nuestros mejores amigos” (motivando los derechos y deberes de los dueños de animales”</p>	<p>Todos los antes mencionados</p>	<p>Separatas de información respecto a la temática en periódicos de circulación regional. Video motivacional sobre el mal de rabia y sus consecuencias psicológicas estéticas y de salud.</p> <p>Videos motivacionales respecto al cuidado adecuado de mascotas y eventos de eduentretenimiento en las calles.</p>
<p>Comunicación de apoyo a la movilización comunitaria</p>	<p>Medios interpersonales Medios grupales</p>	<p>La reunión de todas las categorías profesionales inmersas (médicos y veterinarios) en la problemática para estructurar estrategias de solución propias (innovación)</p>	<p>“Juntos por la salud de todos” (motivando el cambio de conducta de organismos médicos y veterinarios)</p>	<p>Todos los antes mencionados</p>	<p>Reuniones para apoyar a las juntas vecinales y organizaciones de base, religiosas, militares y policiales, estratégica, organizativa y con recursos, para elaborar una política comunitaria de manejo y control por la población del mal de rabia.</p>

Fuente: Elaboración propia

Tabla No 13

ESTRUCTURA DE LA ESTRATEGIA- PRIMER BENEFICIARIO-POBLACIÓN RED COREA

Estrategia	Medios	Ejes temáticos	Ejes motivacionales	Públicos específicos	Actividades
Comunicación promotiva (Abogacía)	Medios interpersonales Medios grupales	Controlar la rabia es importante para nuestra salud (Innovación)	“ Juntos y unidos contra el mal de rabia” (motivando la unión y cambio de conducta de las autoridades de la población que puedan actuar como líderes de opinión en la estrategia)	Federación de Juntas Vecinales de la Ciudad de El Alto (FEJUVE) presentes en la Red Corea : 260 juntas de vecinos Organizaciones Territoriales de Base (OTB's) de Organizaciones de la Iglesia Católica, evangélica y cristiana presente la Red Corea Distintos oficinas de la Policía Nacional presentes en la Red: Comando Regional de la Policía, Bomberos y 7 retenes policiales Batallones Militares asentados en la Red Corea	Reuniones intersectoriales para dar a conocer cual es la incidencia de rabia en el distrito y en la ciudad de El Alto y motivar a que sea la propia comunidad la que de respuestas acerca de cómo controlarla.

<p>Comunicación educativa</p>	<p>Medios interpersonales Medios grupales Medios impresos Medios audiovisuales Medios alternativos (títeres, teatro callejero)</p>	<p>Rabia: -Qué tipos de rabia hay: muda y agresiva -Cómo se contagia el mal de rabia: -Tipos de exposición -Características de las heridas -Primeros auxilios en caso de mordedura: Medicamentos a usar Procedimiento municipal y de salud en caso de una mordedura (innovación)</p> <p>Qué remedios no debemos usar para curarnos el mal de rabia. (Innovación)</p>	<p>“La rabia, una enfermedad peligrosa” (motivar el cambio de comportamiento mediante el conocimiento pormenorizado y sencillo del mal de rabia y su prevención)</p> <p>“ Sólo la vacunación nos salva del mal de rabia” (motivar el cambio de conducta ante otros remedios caseros)</p>	<p>Todos los antes mencionados</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Talleres de sensibilización - Reuniones y diagnósticos de las zonas donde se encuentra la población responsable - Acuerdos para desde la comunidad lograr propuestas conjuntas de manejo de las 2 temáticas. - Ferias alternativas de salud donde sea la población la que explique a la propia población como prevenir el mal de rabia. - Teatro y títere callejero sobre la tenencia responsable de mascotas. - Presentaciones de la problemática en plazas o recintos públicos de las zonas de la Red, por los dirigentes o autoridades de influencia. -Material diseñado en aymara y castellano tanto para perifoneo, banderas, trípticos y afiches sobre lo que debe saber la población. Reuniones zonales para tratar la temática con la gente apoyado por material audiovisual, visual e impreso.
		<p>Manejo adecuado de mascotas: Deberes de las personas con sus vecinos en relación a sus mascotas (Innovación)</p>	<p>“Tu irresponsabilidad me puede quitar la vida” (motivar la tenencia responsable de mascotas en pro de la salud pública)</p>		

Comunicación de apoyo a la movilización comunitaria	Medios interpersonales Medios grupales	Salud Integral para todos y realizado por todos (Innovación)	“Juntos contra el mal de rabia (motivando que el problema es de todos y todos deben solucionarlo)	Población en general	- Aphtapis zonales de salud Potenciación de las ferias de salud hechas por la población con el apoyo del personal de salud, con la visita de profesionales veterinarios y salubristas expertos en el tema.
--	---	--	---	----------------------	---

Fuente: Elaboración propia

Tabla No 14

ESTRUCTURA DE LA ESTRATEGIA- SEGUNDO BENEFICIARIO- PERSONAL DE SALUD RED COREA

Estrategia	Medios	Ejes temáticos	Ejes motivacionales	Públicos específicos	Actividades
Educación promotiva (Abogacía)	Medios interpersonales Medios grupales	El mal de rabia: un problema de Salud Pública (refuerzos) El mal de rabia: una zoonosis peligrosa (Innovación) El control de la rabia también depende del personal de salud (Innovación)	“Nuestro deber es proteger a la población contra el mal de rabia” (motivar el emponderamiento del personal sobre sus funciones de salud con la población)	-Responsables de: Centros de salud de la Red Corea -Organizaciones no Gubernamentales que trabajan con salud Organizaciones de Base que trabajan la temática de la salud	- Reuniones de información sobre la temática en la Red de Salud apoyando el proceso de CAI semestral - Talleres de formación de manejo de distintas zoonosis para personal de salud
Capacitación	Medios interpersonales Medios grupales Medios audiovisuales	Manejo epidemiológico del mal de rabia. (refuerzos) Características de los tipos de rabia existentes. (refuerzos) Diagnóstico adecuado de heridas y contactos con animales (refuerzos) Esquemas de vacunación (refuerzos) Procedimientos municipales y de salud a seguir con un animal mordedor (refuerzos)	“ Conociendo más salvamos y protegemos más personas” (motivar el cambio de conducta hacia el conocimiento de la enfermedad, no sólo de forma paliativa sino más bien preventiva)	-Auxiliares de enfermería Enfermeras de planta Médicos de Plantas Estadísticos Personal Administrativo y de Limpieza de todos los centros estatales o de otra índole que lo requieran Personal de las Organizaciones de base dedicadas a la salud: Manzaneras, defensorías de la salud, y mercados saludables	- Cursos bimensuales de capacitación en la temática de rabia. Talleres de sensibilización ante el paciente víctima de una mordedura Talleres de manejo del paciente, víctima de un caso positivo de rabia. Talleres de orientación familiar ante un paciente víctima de rabia humana

		Pasos a seguir en el caso de rabia humana Cómo tratar a una persona víctima del ataque de un animal (Innovación)			
Movilización social y comunitaria	Medios interpersonales Medios grupales	Manejo adecuado de los bloqueos en casos positivos de rabia en coordinación con las juntas vecinales y organizaciones de base. (Innovación) Conocimiento de las entidades y personas de influencias en la zona de trabajo (Innovación)	“Juntos contra el mal de rabia” (motivando que el problema es de todos y todos deben solucionarlo)	Todo el personal de salud de los centros de salud, hospitales y centros de atención integral de salud que se encuentran ubicados en la Red Corea. Representantes de juntas vecinales, organizaciones de base y otros.	Consultorio itinerante con médicos y enfermeros especializados en zoonosis que puedan explicar a la gente la peligrosidad de el mal manejo de los animales en la salud pública - Consultorio veterinario itinerante para absolver dudas de la población respecto a las enfermedades de sus animales con un profesional veterinario y un médico experto en salud pública

Fuente: Elaboración propia

Tabla No 15

ESTRUCTURA DE LA ESTRATEGIA- TERCER BENEFICIARIO- EDUCADORES RED COREA

Estrategia	Medios	Ejes temáticos	Ejes motivacionales	Públicos específicos	Actividades
Educación promotiva (Abogacía)	Medios interpersonales Medios grupales Medios audiovisuales Medios impresos	El mal de rabia es un problema de salud pública (refuerzos)	“Conocer y enseñar a cuidarse” (motivar al cambio de conducta por medio del interés en la temática)	Directores de establecimientos fiscales y particulares que se encuentran ubicados en la Red	- Seminarios de sensibilización en cuanto a la temática
Capacitación	Medios grupales Medios audiovisuales Medios impresos	Rabia: Características del mal de rabia (refuerzos) Primeros auxilios en caso de mordedura (Innovación) Procedimiento municipal y de salud en caso de una mordedura (Innovación) Manejo adecuado de mascotas: -Porqué no es una obligación tener una mascota (perro o gato) (Innovación) -Qué tipo de mascotas podemos tener (Innovación) -Qué cuidados se deben tener con nuestras mascotas (Innovación)	“La rabia es una enfermedad peligrosa” (motivar el cambio de comportamiento mediante el conocimiento pormenorizado y sencillo del mal de rabia y su prevención) ““Cuidemos a nuestros mejores amigos” (motivando los derechos y deberes de los dueños de animales”	Profesores y alumnos de establecimientos fiscales y particulares que se encuentran ubicados en la Red	- Cursos de capacitación para todo el personal de los centros educativos. - Formación de los “Promotores escolares de salud” entre niños, profesores y personal administrativo.

Comunicación educativa	Medios interpersonales Medios grupales Medios audiovisuales Medios impresos	Capacitación de promotores de salud en las escuelas (Innovación	“ Juntos resolveremos el problema de la rabia” (motivar el emponderamiento de las personas parte de los centros educativos)	Directivos, maestros y padres de familia de los centros educativos presentes en la Red	- Talleres de manejo de temáticas de salud en comunidad respecto a la enfermedad.
-------------------------------	--	---	--	--	---

Fuente: Elaboración propia

Tabla No 16
ESTRUCTURA DE LA ESTRATEGIA- MEDIOS DE COMUNICACIÓN

Estrategia	Medios	Ejes temáticos	Ejes motivacionales	Públicos específicos	Actividades
Educación promotiva (Abogacía)	Medios interpersonales Medios impresos Medios visuales	Los Medios de Comunicación y su papel en la educación para la salud, en este caso la prevención de la rabia. (Innovación)	“La rabia es una enfermedad peligrosa pero prevenible por la buena información” (motivar en los medios de comunicación el manejo responsable de esta información, sin llegar al sensacionalismo)	Directores de Medios de Comunicación de los periódicos, radios y canales de televisión Editores del área social y de salud de los medios de comunicación social radial, televisivo e impreso. Periodistas de planta	- Desayunos trabajo con los medios de comunicación. - Estructuración de la primera red de “Comunicadores para la salud” que trabajen con la temáticas del mal de rabia y su prevención - Concertación de la realización de programas sin costo, auspiciados por los medios de comunicación, sobre la responsabilidad y adecuado manejo de mascotas, por parte de la población alteña
Capacitación	Medios interpersonales	Características del mal de rabia Primeros auxilios adecuados ante una mordedura - Importancia de acudir a un centro médico (refuerzos)	“Sabemos más e informamos mejor” (motivar al requerimiento de la capacitación especializada del tema)	Personal interesado de los medios de comunicación	- Charlas de capacitación para el buen manejo de la información sobre el mal de rabia,

BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, Boletines de Información de Salud (SNIS) del 1 al 65, La Paz – Bolivia; 2005.
2. Mosquera Mario, Comunicación en Salud: Conceptos, teorías y experiencias, (2005) [acceso 25 de mayo de 2006]; Disponible en : URL : <http://www.commint.com/la/lasth/sld-2915.html>
3. Geosalud: La historia del mal de rabia (2006) [acceso 13 de abril de 2006]; Disponible en URL: <http://www.geosalud.com/enfermedadesinfecciosas/rabia>.
4. Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, Manual de normas para la prevención, vigilancia y eliminación de la rabia, La Paz, PGD Impresiones; 2001.
5. West Geoffrey, Diccionario Enciclopédico de Veterinaria, 18ava ed, Barcelona-España; 1993.
6. Oficina Sanitaria Panamericana: Salud Pública Veterinaria: Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud, Washington DC; 1993.
7. Sonis Abraham, Actividades y técnicas de Salud Pública, Cuarta Edición, Buenos Aires- Argentina, Librería Editorial Ateneo; 1985.
8. Organización Panamericana de la Salud, Eliminación de la rabia humana transmitida por perros en América Latina , Washington DC. USA, OPS; 2004
9. Beltrán Luis Ramiro, Comunicación para la salud del pueblo, IV Foro Nacional de Salud Comunitaria, Bogotá- Colombia, septiembre 1998.
10. Alfaro Rosa María, “Comunicación para la salud y salud para la comunicación” en Memoria Primer Congreso Nacional para la Comunicación, La Paz – Bolivia, 12 al 14 de septiembre de 2001.
11. Torrico Erick, Abordajes y periodos de la Teoría de la Comunicación, Primera Edición, Bogotá- Colombia, Editorial Norma; 2004.
12. Herrera Karina, Módulo de enfoques de comunicación para la salud,, Maestría de Comunicación para la Salud, Universidad Mayor de San Andrés, La Paz . Bolivia; 2004.

13. Mattelar Armand y Michelle, Historia de las Teorías de la Comunicación, Cuarta Edición, Caracas- Venezuela; 1977.
14. La iniciativa de comunicación: Modelos de planeación: El modelo Precede-Procede, [acceso 23 de marzo de 2006]; disponible en: URL: <http://www.commint.com/la/modelosdeplaneación/modelos2004/modelosplaneación11>
15. Taylor Steve Y Robert Bodgan Introducción a los métodos cualitativos de investigación, 1era ed. México- México, Limusa Noriega Editores, 1997.
16. Beltrán Luis Ramiro Y Zeballos René, Estrategias de comunicación educativa para el desarrollo, La Paz – Bolivia, Ediciones ERBOL; 2001.
17. Fonseca Yerena María del Socorro, Comunicación oral: fundamentos y práctica estratégica, México DF- México, Editorial Universidades; 2000.
18. Prudencio Carola, Plan Estratégico Nacional IEC para el Desarrollo de la Salud Integral de la Adolescencia,, La Paz . Bolivia; 2005.
19. Organización Mundial de la Salud, Comité de Expertos de la OMS sobre la rabia :Séptimo Informe, Ginebra- Suiza, Gráficas Unidas de España; 1984.
20. Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, Dirección General de Epidemiología, Modelo Boliviano de Vigilancia Epidemiológica y análisis de la situación de la salud 2000, La Paz- Bolivia; 2004.
21. Hernández Sampieri y Otros, Metodología de la investigación, 1era ed. Bogota- Colombia, McGraw Hill, 1991.
22. Encuesta Nacional de Población del Instituto Nacional de Estadística INE- 2001.
23. Ander Egg Ezequiel, Técnicas de investigación social, 21ava ed, Editorial Humanitas.
24. Organización Mundial de la Salud, Módulos de principios de epidemiología para el control de enfermedades, Vigilancia de la Salud Pública: Unidad 4, Segunda Edición, Washington- USA; 2002
25. Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, Dirección General de Epidemiología, Manual de normas y procedimientos para la vigilancia epidemiológica,,La Paz- Bolivia; 2002.

26. Tamayo Tamayo Mario, El proceso de la investigación científica, 3era ed, México D.F- México, Limusa Noriega Editores; 1997.
27. Barragán Rossana y otros, Guía para la formulación y ejecución de proyectos de investigación, 3era ed, La Paz – Bolivia, Editorial Offset Boliviana; 2001.
28. Indaburu Quintana Rafael, Evaluación de la ciudad de El Alto, Contrato 511-O-00-04-00047-00, USAID, El Alto- Bolivia; 2004.
29. Unión Europea-Gobierno Municipal De El Alto, El Alto: Nueve aspectos que configuran la ciudad, La Paz- Bolivia, Artes Gráficas Sagitario; 2005.
30. Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, Plan Estratégico Nacional de Comunicación ITS-SIDA, La Paz-Bolivia; 2005.

Anexos

ANEXO No 1: INSTRUMENTOS UTILIZADOS

CUESTIONARIO 1:Población Villa Eduardo Avaroa

Universidad Mayor de San Andrés

Facultad de Medicina, Enfermería y Tecnología Médica

Investigación sobre los conocimientos, actitudes y prácticas, respecto al mal de rabia

El presente estudio tiene por objetivo lograr conocer como la población alteña de la zona Villa Eduardo Avaroa, conceptualiza al mal de rabia, con el objetivo de estructurar una estrategia de comunicación que ayuda a prevenir la enfermedad en dicho sector.

Datos generales :

Fecha:Hora:.....

Calle o Avenida (Características): a) Pavimentada b) De tierra c) Basural cerca d) Comercios

e) Otros:

Datos sociodemográficos del entrevistado:

Sexo: Edad:

Ocupación:.....

Nivel de instrucción:

A.-Información o percepción sobre mascotas (perros y gatos):

1.- ¿Qué animales tiene en su casa?	2.- ¿Qué edad tienen? (meses o años)	3.- De que sexo: macho o hembra
Perro		
Gato		
Otros		

(Si responde perro o gato pasar a la siguiente pregunta)

4.- ¿Qué hace con los cachorros que tiene su mascota?

a) Los regala

b) Los mantiene en casa

c) Los mata

d) Los abandona

e)Otros:

5.- ¿Para qué tiene usted su perro o gato en casa?

a) Para compañía

b) Para que cuide la casa

c) No sé

d) Otros:

6.- ¿Ha llevado alguna vez a su perro o gato al veterinario? Para qué

a) Si, para

b) No, porqué

8.- ¿Ha vacunado a su perro o gato contra la rabia?

a) Si

Cuándo:

b) No

Porqué:

9.- Cada cuanto tiempo hay que vacunar a un perro o gato contra la rabia?

a) Cada año

b) Sólo una vez

c) Cada que se pueda

d) Otros

B.- Datos sobre el mal de rabia (CAPS rabia)

10.- ¿Sabe qué es el mal de rabia?

a) No

b) Si

Qué sabe:

11.- ¿Cómo se contagia el mal de rabia?

a) Por la mordedura de un perro o gato

b) Por la lamida de un perro o gato

c) Otros:

12.- ¿Qué se debe hacer con el animal cuando éste nos muerde ?

a) Matarlo

b) Vacunarlo

c) Denunciarlo ante las autoridades y a su dueño

d) Otros:

13.- ¿ Cómo me debo curar la herida, si un perro o gato me muerde?

.....
.....

14.- ¿Debo ir a algún centro médico o es suficiente que me curen la herida en casa?

.....

15.- ¿Cerca de su casa hay algún centro de salud donde usted pueda ir en caso de que un perro o gato lo muerda?

a) Si

b) No

Donde?

16.- ¿De que otras maneras conoce usted que la gente se cura del mal de rabia?

.....
.....

17.- ¿Cómo reconoce que un animal tiene rabia?

.....
.....

18.- ¿Alguna vez un perro lo mordió. Que hizo?

.....
.....

C.- Prevención del mal de rabia:

19.- ¿Qué deberían hacer las autoridades para prevenir el mal de rabia?

.....
.....

D.- Centro de Salud:

20.- ¿Qué tipo de atención médica tiene su centro de salud?

.....

21.- ¿ El centro de salud de su zona vacuna animales contra la rabia?

- a) Si
- b) No

22.- ¿El centro de salud de su zona vacuna y realiza tratamientos contra el mal de rabia para personas?

- a) Si
- b) No

23.- ¿Cómo lo tratan en el centro de salud de su zona?

- a) Bien
- b) Mal
- c) Más o menos
- d) Otros

E.- Medios de comunicación o líderes de opinión de su zona:

24.- Medios:

- a) Qué radio escucha (.....) A qué hora (.....)
- b) Qué canal de Tv mira (.....) A qué hora (.....)
- c) Qué periódico lee (.....) Qué día (.....)

Líderes de opinión:

CUESTIONARIO 1:Personal de Salud

Universidad Mayor de San Andrés
Facultad de Medicina, Enfermería y Tecnología Médica
Investigación sobre los conocimientos, actitudes y prácticas, respecto al mal de rabia

El presente estudio tiene por objetivo lograr conocer como el personal del centro de salud de la zona Villa Eduardo Avaroa, conceptualiza al mal de rabia, con el objetivo de estructurar una estrategia de comunicación que ayuda a prevenir la enfermedad en dicho sector.

Datos generales :

Fecha:Hora:.....

Calle o Avenida (Características): a) Pavimentada

b) De tierra

c) Basural cerca

d) Comercios

e) Otros:

Datos sociodemográficos del entrevistado:

Sexo: Edad:

Ocupación:.....

Nivel de instrucción:

A.-Información o percepción sobre mascotas (perros y gatos):

1.- ¿Qué animales tiene en su casa?	2.- ¿Qué edad tienen? (meses o años)	3.- De que sexo: macho o hembra
Perro		
Gato		
Otros		

(Si responde perro o gato pasar a la siguiente pregunta)

4.- ¿Qué hace con los cachorros que tiene su mascota?

a) Los regala

b) Los mantiene en casa

c) Los mata

d) Los abandona

e)Otros:

5.- ¿Para qué tiene usted su perro o gato en casa?

a) Para compañía

b) Para que cuide la casa

c) No sé

d) Otros:

6.- ¿Ha llevado alguna vez a su perro o gato al médico? Para qué

a) Si, para

b) No, porque

7.- ¿Ha vacunado a su perro o gato contra la rabia?

a) Si

Cuándo:

b) No

Porqué:

8.- Cada cuanto tiempo hay que vacunar a un perro o gato contra la rabia?

a) Cada año

b) Sólo una vez

c) Cada que se pueda

d) Otros

B.- Datos sobre el mal de rabia (CAPS rabia)

9.- ¿Sabe qué es el mal de rabia?

a) No

b) Si

Qué sabe:

10.- ¿Cómo se contagia el mal de rabia?

a) Por la mordedura de un perro o gato

b) Por la lamida de un perro o gato

c) Otros:

11.- ¿Qué se debe hacer con el animal con rabia cuando éste nos muerde ?

a) Matarlo

b) Vacunarlo

c) Denunciarlo ante las autoridades y a su dueño

d) Otros:

12.- ¿ Cómo me debo curar la herida, si un perro o gato me muerde?

.....
.....

13.- ¿Debo ir a algún centro médico o es suficiente que me curen la herida en casa?

a) Ir al centro médico

Para qué:

b) Es suficiente curarse en casa:

Por qué:

14.- ¿Cerca de su casa hay algún centro de salud donde usted pueda ir en caso de que un perro o gato lo muerda?

a) Si

Donde?

b) No

15.- ¿De que otras maneras conoce usted que la gente se cura del mal de rabia?

.....
.....

16.- ¿Cómo reconoce que un animal tiene rabia?

.....
.....

17.- ¿Alguna vez un perro lo mordió. Que hizo?

.....
.....

C.- Prevención del mal de rabia:

18.- ¿Qué deberían hacer las autoridades con los perros vagabundos, para evitar el mal de rabia?

.....
.....

19.- ¿Qué información le brinda usted a las personas que acuden al centro de salud respecto al mal de rabia?

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

20.-¿Qué materiales comunicacionales (afiches, Trípticos,otros) tienen en su centro de salud para informar y prevenir a la población que lo requiera contra el mal de rabia?

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

21.-¿ De qué material médico carece su centro de salud para atender mejor a la gente que requiera atención por una mordedura de perro o gato?

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

22.-¿Qué sugerencia daría usted para erradicar la enfermedad de su ciudad?

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

D.- Líderes de opinión de su zona:

23.- De que forma se reúnen los vecinos de la zona ante un problema:

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

24.- Quién es el dirigente de la zona o una de las personas más conocidas de la misma:

.....
.....

25.-Qué actividades realiza su centro de salud con la vecindad, para poder llegar de mejor manera con las campañas de salud

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

GUÍA DE OBSERVACIÓN No1: ACTITUDES EN EL CENTRO DE SALUD

Universidad Mayor de San Andrés

Facultad de Medicina, Enfermería y Tecnología Médica

Investigación sobre los conocimientos, actitudes y prácticas, respecto al mal de rabia

El presente estudio tiene por objetivo lograr conocer como el personal del centro de salud de la zona Villa Eduardo Avaroa, conceptualiza al mal de rabia, con el objetivo de estructurar una estrategia de comunicación que ayuda a prevenir la enfermedad en dicho sector.

Fecha:

Hora:

Centro de Salud:

1.- Lugar: (Describir las comodines o incomodidades del centro de salud)

- Descripción del lugar:.....
- Atmósfera- ambiente:.....

2.- Personal de salud: (En números)

- Enfermeras ()
- Auxiliares ()
- Médicos ()

3.- Actividades : (En que especialidades atienden)

Trabajo en el Centro de Salud:

Trabajos fuera del Centro de Salud:.....

4.- Atención a los pacientes:

Paciente 1:

- **Comportamiento y acciones del personal de salud hacia el paciente respecto a la enfermedad (mal de rabia)**
 - a) Se le pregunta cómo y cuando sucedió el ataque?:.....
 - b) Se le pregunta que hizo con el animal?
 - c) Se le informa como hay que curar las heridas?
 - d) Se le da información sobre la enfermedad?
 - e) Qué información se le da respecto a la enfermedad?.....
 - f) Se le comunica cómo se realizará el tratamiento?.....
 - g) Se trata de calmar su nerviosismo?
 - h) La relación entre el y paciente es vertical o dialógica?

- **Toma de notas del observante acerca de lo que falta decir o hacer en la relación de SS y el paciente:**

Personal de salud:

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

Paciente:

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

Paciente 2:

- **Comportamiento y acciones del personal de salud hacia el paciente respecto a la enfermedad:**

- i) Se le pregunta cómo y cuando sucedió el ataque?.....
- j) Se le pregunta que hizo con el animal?
- k) Se le informa como hay que curar las heridas?
- l) Se le da información sobre la enfermedad?
- m) Se le comunica como se realizará el tratamiento?.....
- n) Se trata de calmar su nerviosismo?
- o) La relación entre el SS y paciente es vertical o dialógica?

- **Toma de notas del observante acerca de lo que falta decir o hacer en la relación de SS y el paciente:**

Personal de salud:

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

Paciente:

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

Firma del observador

ANEXO N°2

TABLAS DIAGNÓSTICO EPIDEMIOLÓGICO

Tabla No 1

Reporte acumulado de casos sospechosos y confirmados de rabia - 2005

Casos notificados hasta la semana 52		Casos confirmados hasta la semana 52		
Casos	Notificados	Confirmados		Fallecidos
Rabia Humana	12	Rabia Canina	868	
		Rabia Humana	12	12
		Rabia Felina	20	
Personas mordidas por animal sospechoso de rabia	14544			

Fuente: Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia- 2006

Tabla No 2

Reporte acumulado de casos sospechosos y confirmados de rabia 2006

Casos notificados hasta la semana 31		Casos confirmados hasta la semana 31		
Casos	Notificados	Confirmados		Fallecidos
Rabia Humana	4	Rabia Canina	418	
		Rabia Humana	1	1
		Rabia Felina	10	
Personas mordidas por animal sospechoso de rabia	13098			

Fuente: Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia-2006

Tabla No 3
POBLACIÓN CANINA Y FELINA SEGÚN REDES DE SALUD CIUDAD EL ALTO

RED DE SALUD	Nº de Habitantes	Población canina	Población felina 28% de los canes	Total	Total a vacunar 90% de Cobertura
Bol.- Holandés (1-8)	184.547	57.671	16.148	73.819	66.437
Corea (2-3)	232.745	72.733	20.365	93.098	83.788
Lotes y Serv. (4-7)	158.923	49.663	13.906	63.569	57.212
Los Andes (5-6)	256.099	80.031	22.408	102.439	92.195
TOTAL	832.313	260.098	72.827	332.925	299.632

Fuente: Unidad de Zoonosis, HAM- El Alto, 2006

Tabla No 4
Resultados Campaña de vacunación antirrábica 2006

Red de Salud	Población Humana	Total. Poblac. canina a vacunar	Total Poblac. felina a vacunar	Canes vacunados	Felinos vacunados
Bol. Holandes	184.547	36.909	5.536	27.257 73.8 %	4.371 79.%
Corea	232.745	46.549	6.982	40.126 86.2 %	8.666 124.1
Lotes y Servicios	158.923	31.785	4.768	27.368 86.1 %	6.589 138.2 %
Los Andes	256.099	51.220	7.683	31.764 62.1 %	8.712 113.4 %
El Alto	832.314	166.483	24.909	126.535 76 %	28.338 113.5 %

Fuente: Informe Campaña vacunación Zoonosis – SERES, El Alto

Tabla No 5: Casos de Rabia hasta Julio de 2006

**GMEA - DIMUSA
RABIA ANIMAL 2006**

Distrito	Red de Salud	Fecha toma de Muestra	INLASA Muestra Nº	Especie	Dirección	Fecha del Resultado
8	Bol - Holan	05/01/2006	002/06	canina	Z/ Inti Raymi, av/ 19 de marzo Nº 2035	06/01/2006
7 (R)	Lotes y Ser.	06/01/2006	004/06	canina	Z/ San Roque Nuevo Amanecer S/c/n	10/01/2006
2	Corea	10/01/2006	008/06	canina	Villa El Carmen, c/ Tomas Frías Nº 1255	12/01/2006
3	Corea	13/01/2006	016/06	canina	Z/ San Eugenio, c/ Hilarión Daza Nº 1521	16/01/2006
6	Los Andes	02/02/2006	047/06	felina	Z/ 16 de julio, c/ Fournier (Asoc. San Martín de Porres – Puesto19	03/02/2006
3	Corea	14/02/2006	061/06	felina	Villa Adela, Plan/43 Mzo. 223 Nº 36	16/02/2006
8	Bol - Holan	02/03/2006	070-06	canina	Z/ Senkata, Juancito Pinto, c/ Juancito Pinto Nº 1924	03/03/2006
10 (R)	Bol - Holan	11/03/2006	084/06	canina	Urb. Obrajes de Ventilla (Altura Prados de Ventilla)	14/03/2006
2	Corea	05/04/2006	103/06	canina	Nuevos Horizontes II, c/ D-3 Nº 752	07/04/2006
3	Corea	06/04/2006	111/06	canina	Alto de la Alianza, av/ Almirante Graum Nº 452	11/04/2006
1	Bol – Hol.	27/04/2006	124/06	felina	Z/ Rosas Pampa, c/ 8 Nº 4	28/04/2006
8	Bol – Hol.	02/05/2006	126/06	canina	Z/ Nueva Esperanza (Atipiris), c/ General Campero Nº 2530	04/05/2006
6	Los Andes	15/05/2006	146/06	canina	Ballivián 1ª Sec., av/16 de Julio Nº 999, entre Alvarez Plata y Cataco	17/05/2006
8	Bol – Hol.	22/05/2006	161/06	canina	Z/ Chijamarca, c/5 Nº 101	25/05/2006
1	Bol – Hol.	05/06/2006	168/06	canina	Tejada Alpacota, c/1 Nº 553	06/06/2006
3	Corea	05/06/2006	169/06	felina	Amor de Dios, c/ Huancane, Nº 1064	06/06/2006
6	Los Andes	06/06/2006	176/06	canino	Ballivián 1ª Sec., av/16 de Julio Nº 300,	08/06/2006
2	Corea	09/06/2006	180/06	canina	San Juan Kenko, av/ Ilbo S/Nº (Reten Sur GMEA)	13/06/2006
3	Corea	19/06/2006	185/06	canina	San José – Ingavi Pampa, av/ Topater Nº 2394, entre c/ viacha	20/06/2006
8	Bol – Hol.	21/06/2006	189/06	canina	18 de Diciembre (Atipiris), c/ 17 de noviembre Nº 3474	23/06/2006
3	Corea	06/07/2006	197/06	canina	Cosmos 79, c/ Pallcoma Nº 1084	10/07/2006
8	Bol – Hol.	22/07/2006	209/06	canina	25 de Julio, c/ Cobendo entre Torrecillas N º 3195	24/07/2006
2	Corea	21/07/2006	210/06	canina	Santiago II, c/ 8 Nº 152	24/07/2006
3	Corea	26/07/2006	215/06	canina	Villa Dolores "F", c/1 Nº 11	28/07/2006

(R)= Rural

Fuente: Dirección de Zoonosis, Gobierno Municipal de El Alto, 2006

Tabla No 6

CASOS COMPROBADOS DE RABIA ANIMAL- RED COREA 2006

Nº	Distrito	Red de Salud	Fecha toma de Muestra	INLASA Muestra Nº	Especie	Dirección	Fecha del Resultado
1	2	Corea	10/01/2006	008/06	canina	Villa El Carmen, c/ Tomas Frías Nº 1255	12/01/2006
2	3	Corea	13/01/2006	016/06	canina	Z/ San Eugenio, c/ Hilarión Daza Nº 1521	16/01/2006
	6	Los Andes	02/02/2006	047/06	felina	San Luis Tasa (Feria 16 de julio), av/ Cochabamba entre c/ 1 Nº 100	03/02/2006
3	3	Corea	14/02/2006	061/06	felina	Villa Adela, Plan/43 Mzo. 223 Nº 36	16/02/2006
4	2	Corea	05/03/2006	103/06	canina	Nuevos Horizontes II, c/ D-3 Nº 752	07/04/2006
5	3	Corea	06/04/2006	111/06	canina	Alto de la Alianza, av/ Almirante Graum Nº 452	11/04/2006
6	3	Corea	05/06/2006	169/06	felina	Amor de Dios, c/ Huancane, Nº 1064	06/06/2006
7	2	Corea	09/06/2006	180/06	canina	San Juan Kenko, av/ Ilbo S/Nº (Reten Sur GMEA)	13/06/2006
8	3	Corea	19/06/2006	185/06	canina	San José – Ingavi Pampa, av/ Topater Nº 2394, entre c/ viacha	20/06/2006
9	3	Corea	06/07/2006	197/06	canina	Cosmos 79, c/ Pallcoma Nº 1084	10/07/2006
10	2	Corea	21/07/2006	210/06	canina	Santiago II, c/ 8 Nº 152	24/07/2006
11	3	Corea	26/07/2006	215/06	canina	Villa Dolores "F", c/1 Nº 11	28/07/2006

Fuente: Dirección de Zoonosis, Alcaldía Municipal de El Alto, 2006

ANEXO Nº 3 DIAGNÓSTICO CONDUCTUAL

Objetivo específico 2: Determinar los conocimientos y prácticas que tiene la población meta y el personal del centro de salud Villa Eduardo Avaroa, respecto a la tenencia y cuidado de mascotas (perros y gatos)

Gráfico 1.1 : Tenencia de animales/ Condición de género

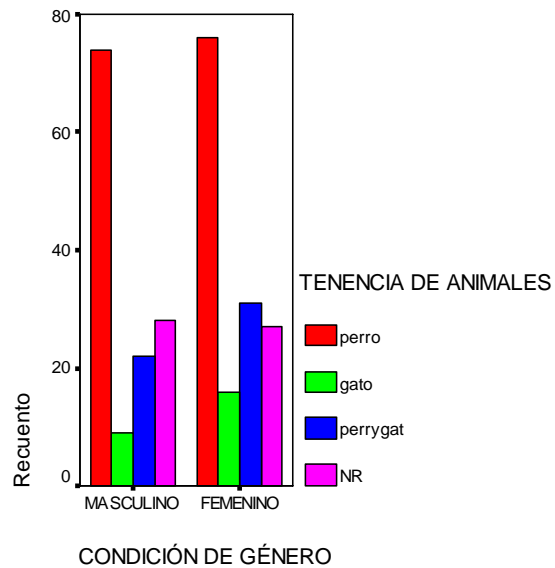


Gráfico 1.2: Tenencia de animales/edad

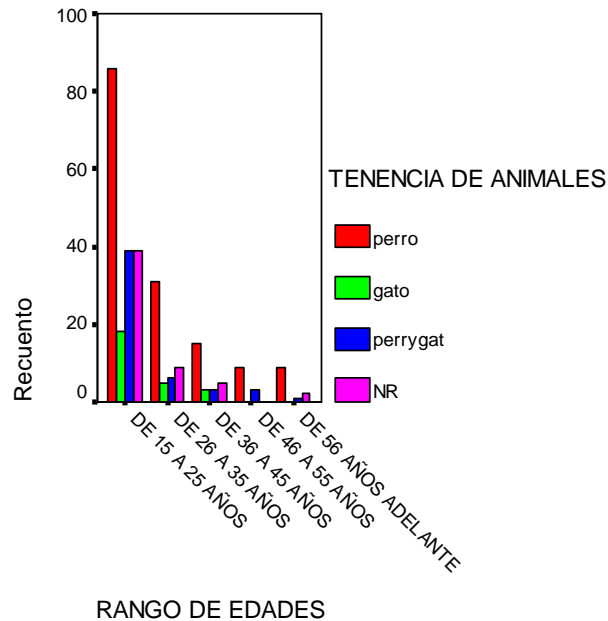


Gráfico 1.3: Tenencia de animales/ Nivel de instrucción

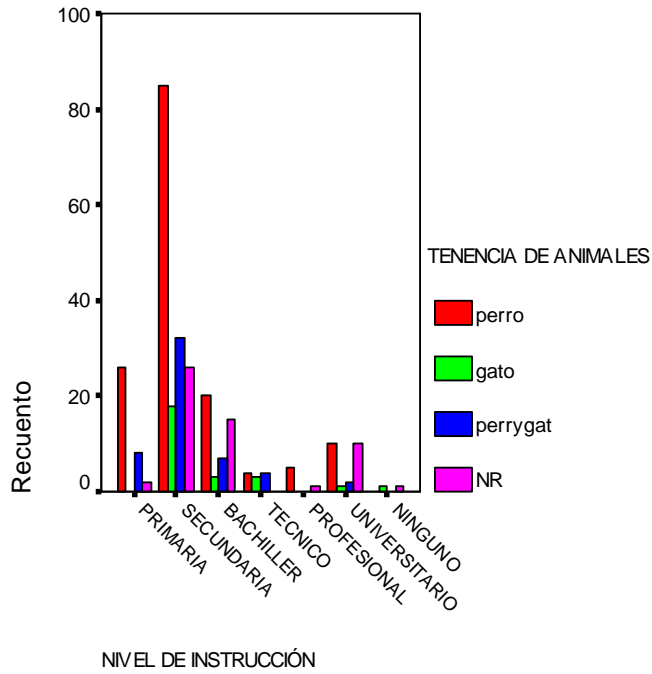


Gráfico 6.1: Condición de género/destino cachorros

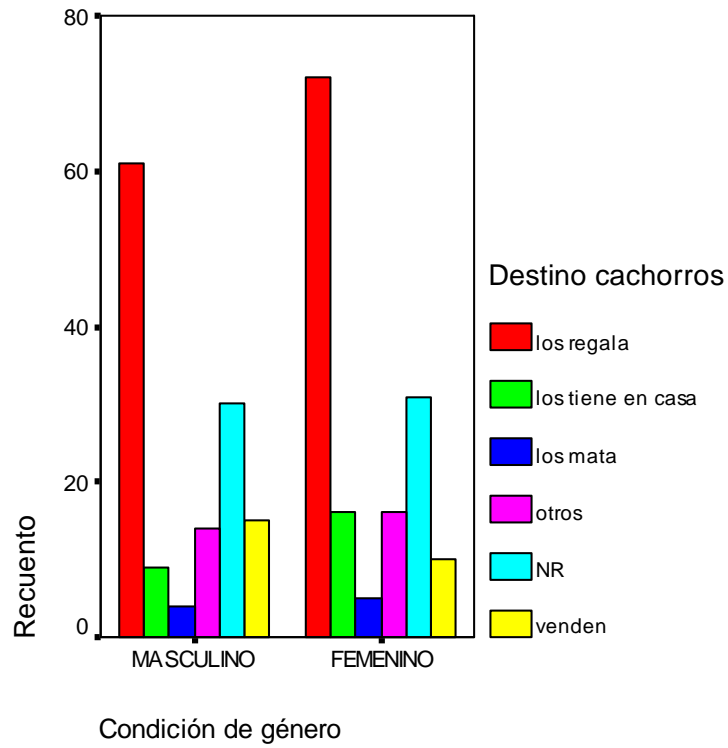


Gráfico 6.2: Edad/ Destino cachorros

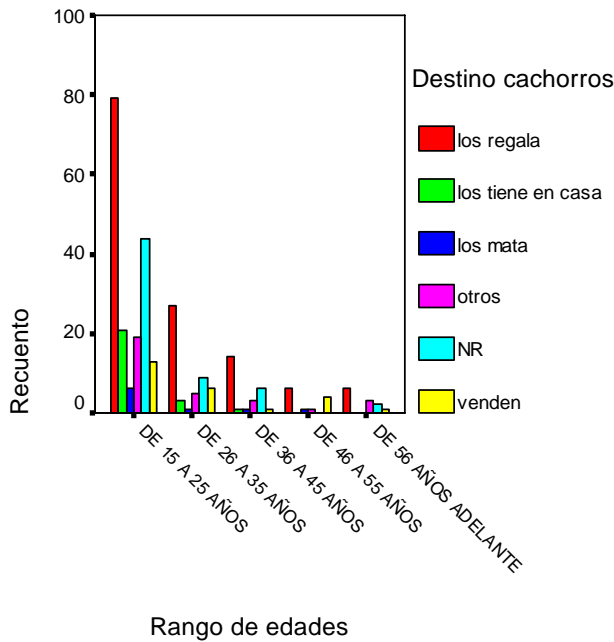


Gráfico 6.3: Nivel de instrucción/ Destino cachorros

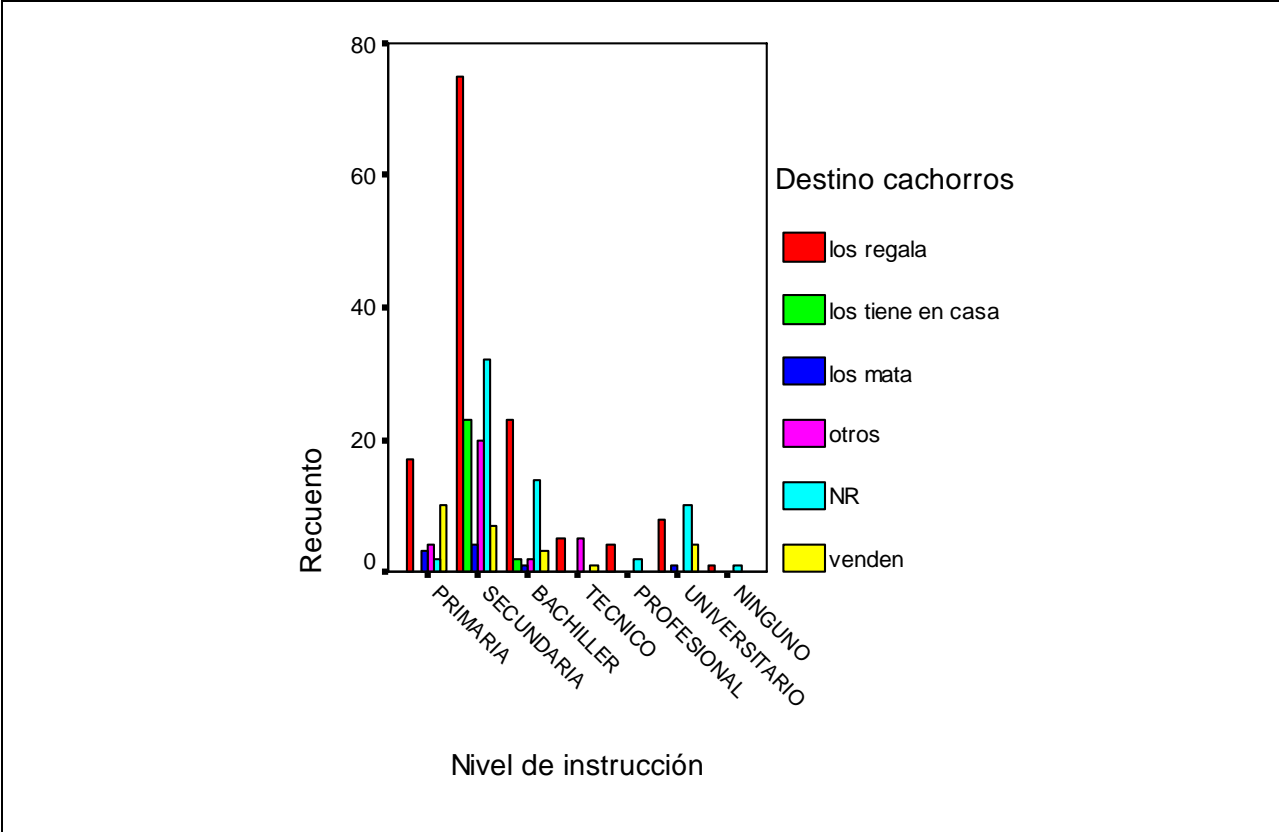


Gráfico 7.1: Uso utilitario de mascota / Género

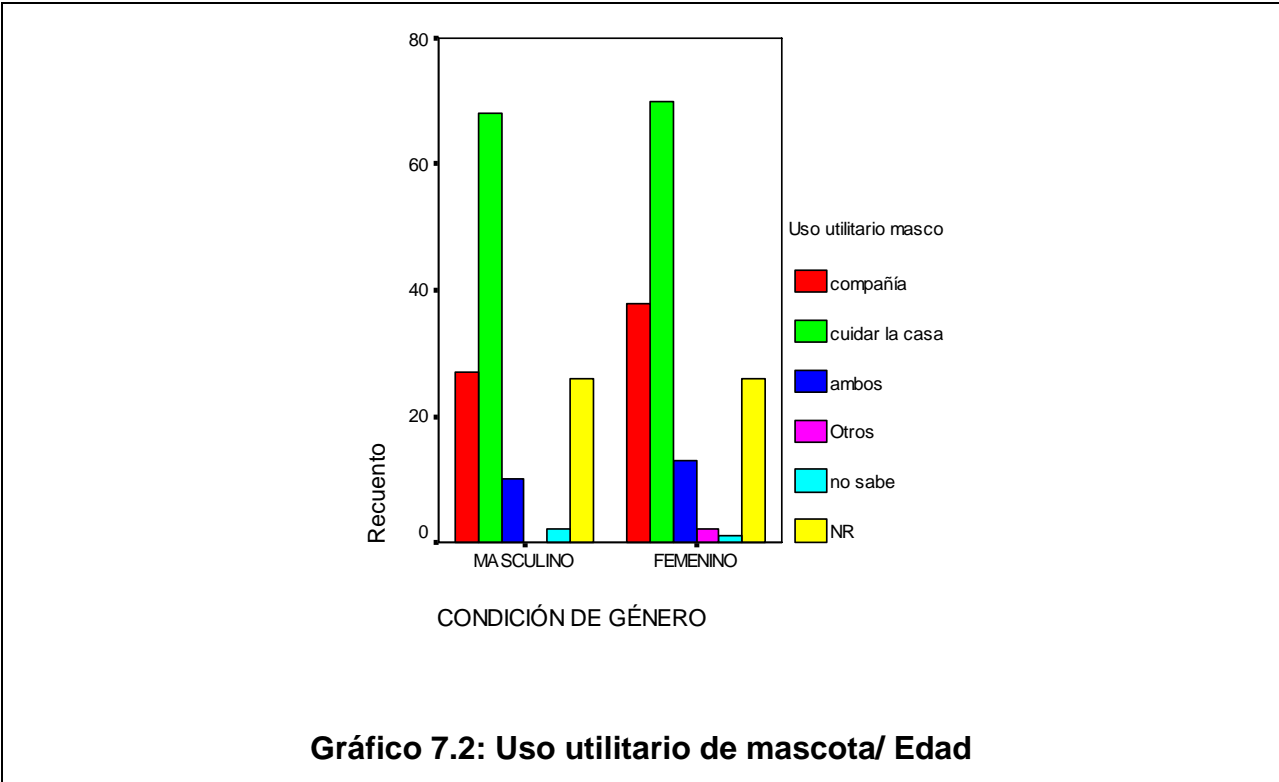


Gráfico 7.2: Uso utilitario de mascota/ Edad

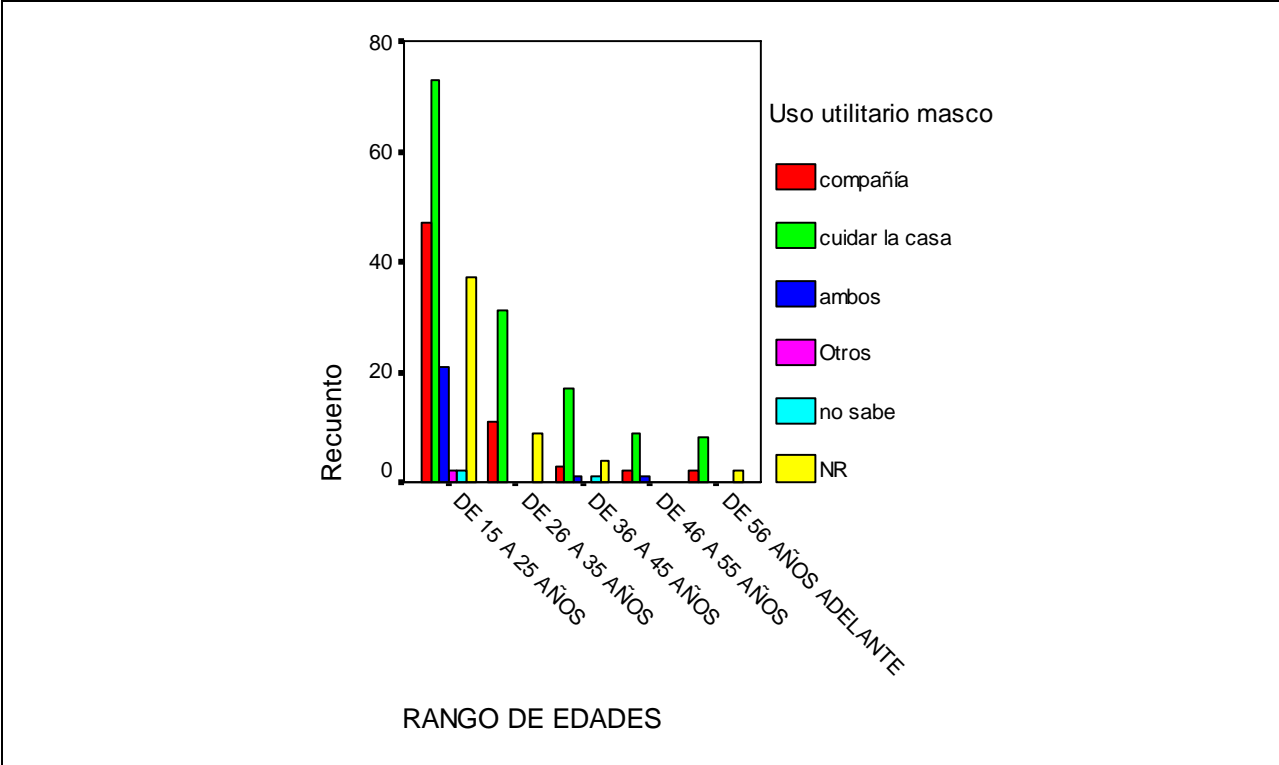


Gráfico 7.3: Uso utilitario de mascota / Nivel de Instrucción

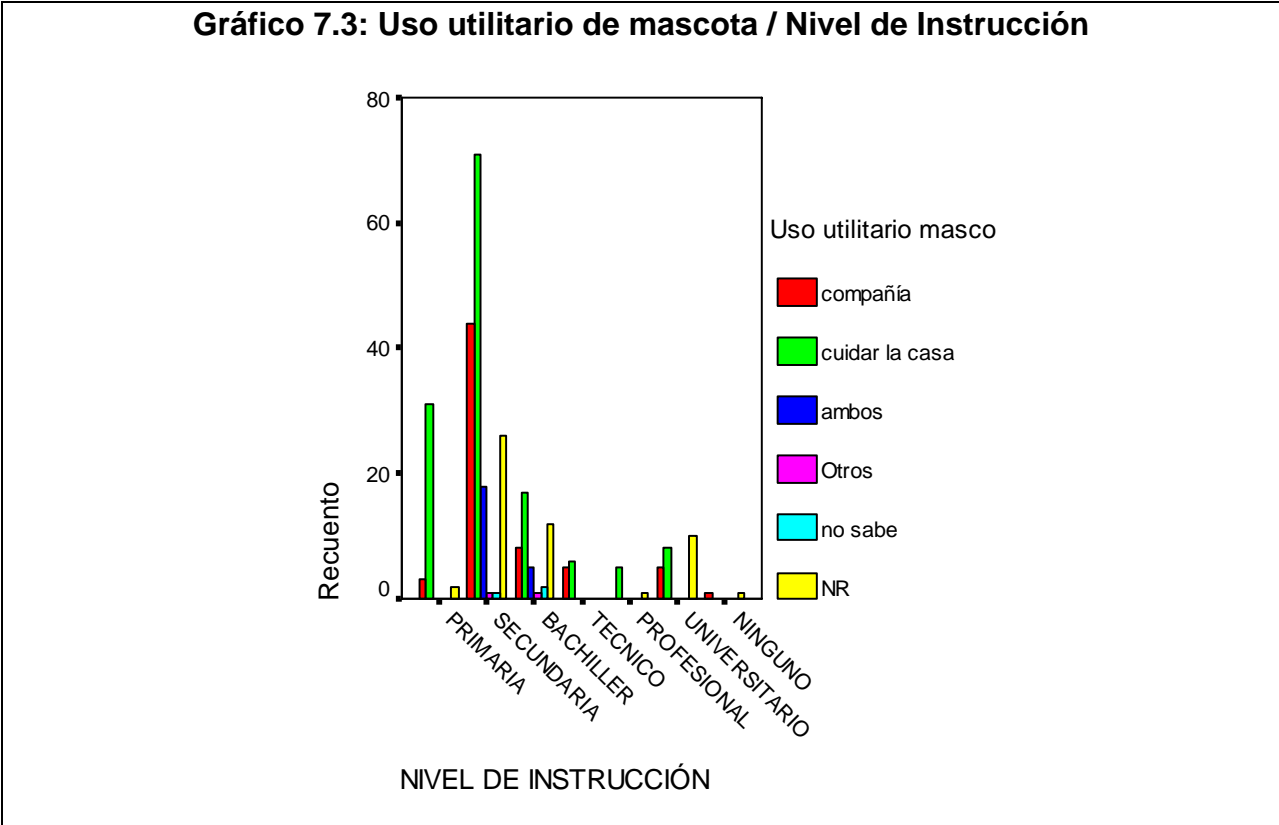
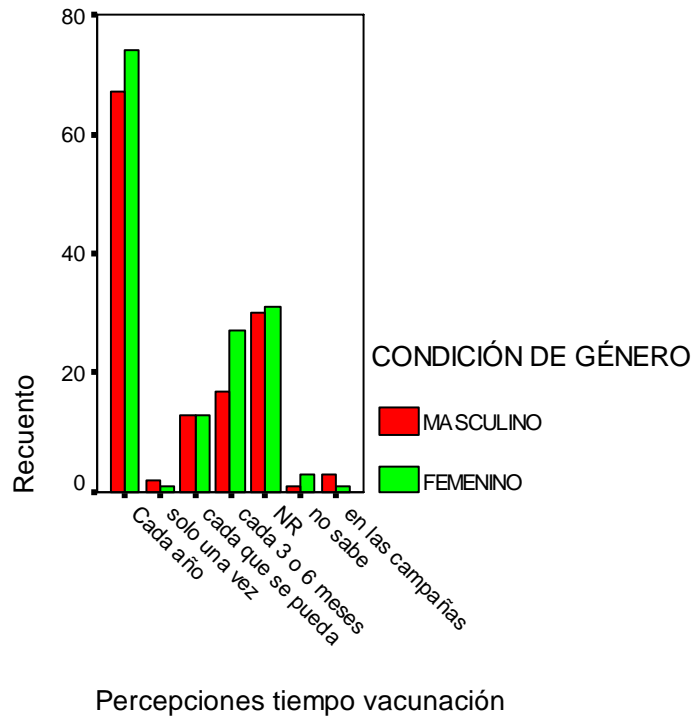


Gráfico 13.1: Percepciones tiempo vacunación / Género



Objetivo específico No 3: Diagnosticar como conceptualiza la población meta y el personal de salud del centro de salud de la zona de Villa Eduardo Avaroa, al mal de rabia y cuales son los principales problemas que se tienen al respecto y que evitan la adecuada información y prevención de la enfermedad.

Gráfico 1.1: Conocimiento rabia /Género

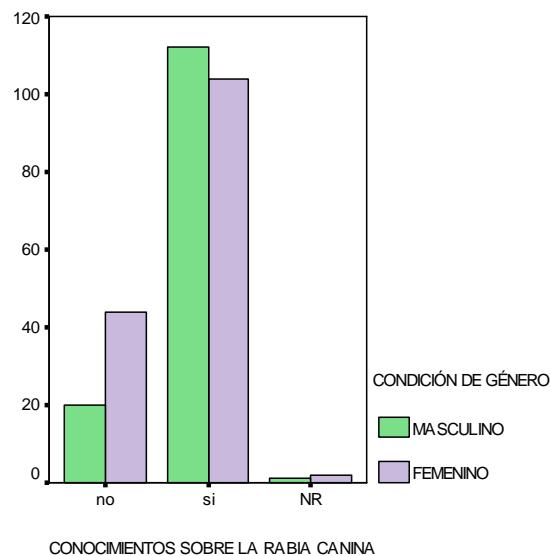


Gráfico 1.2: Conocimiento rabia / Edad

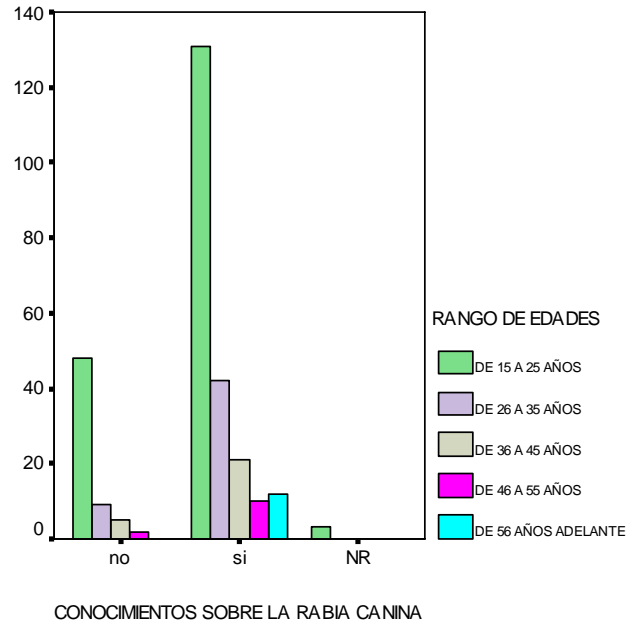


Gráfico 1.3: Conocimiento rabia/ Nivel de Instrucción

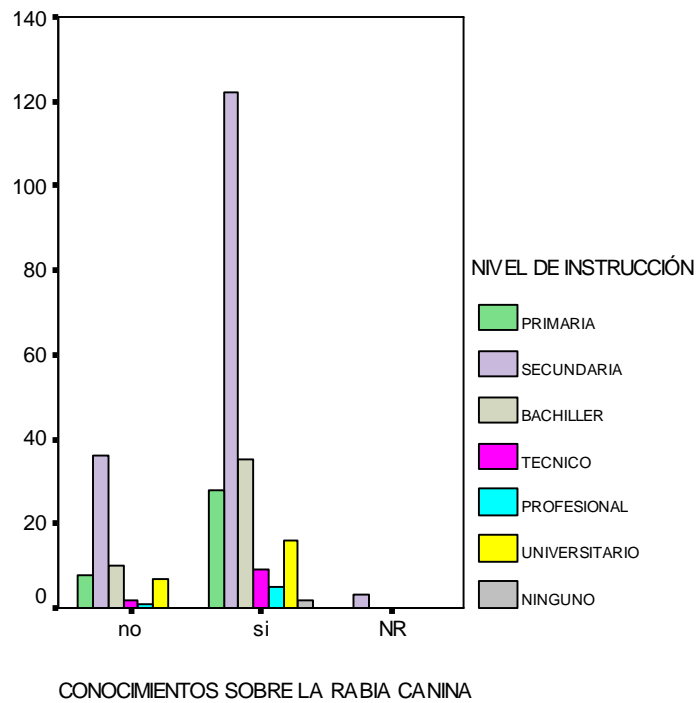
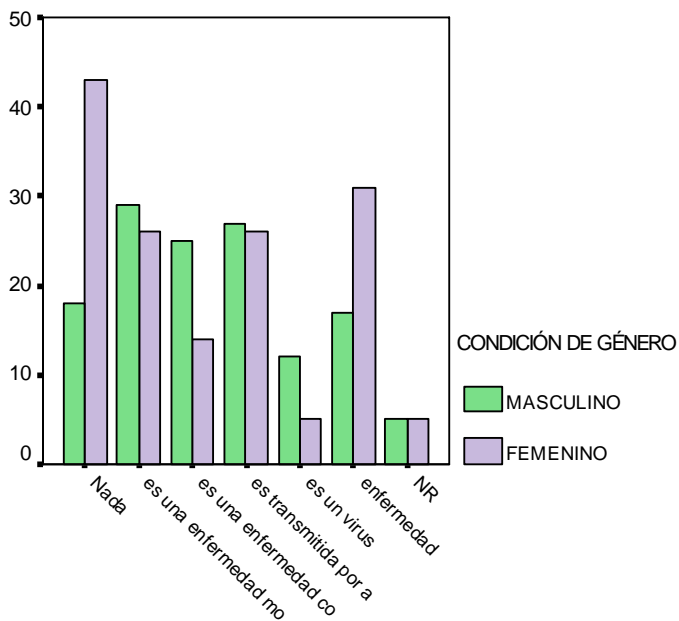
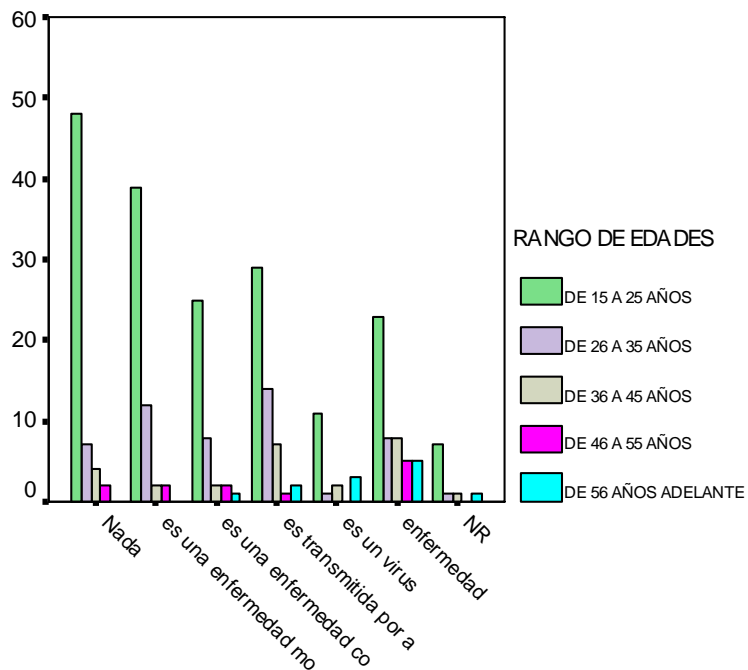


Gráfico 2.1: Qué conoce sobre la rabia / Género



CONOCIMIENTOS PERSONALES SOBRE LA RABIA

Gráfico 2.2: Qué conoce sobre la rabia / Edad



CONOCIMIENTOS PERSONALES SOBRE LA RABIA

Gráfico 2.3: Qué conoce sobre la rabia/ Instrucción

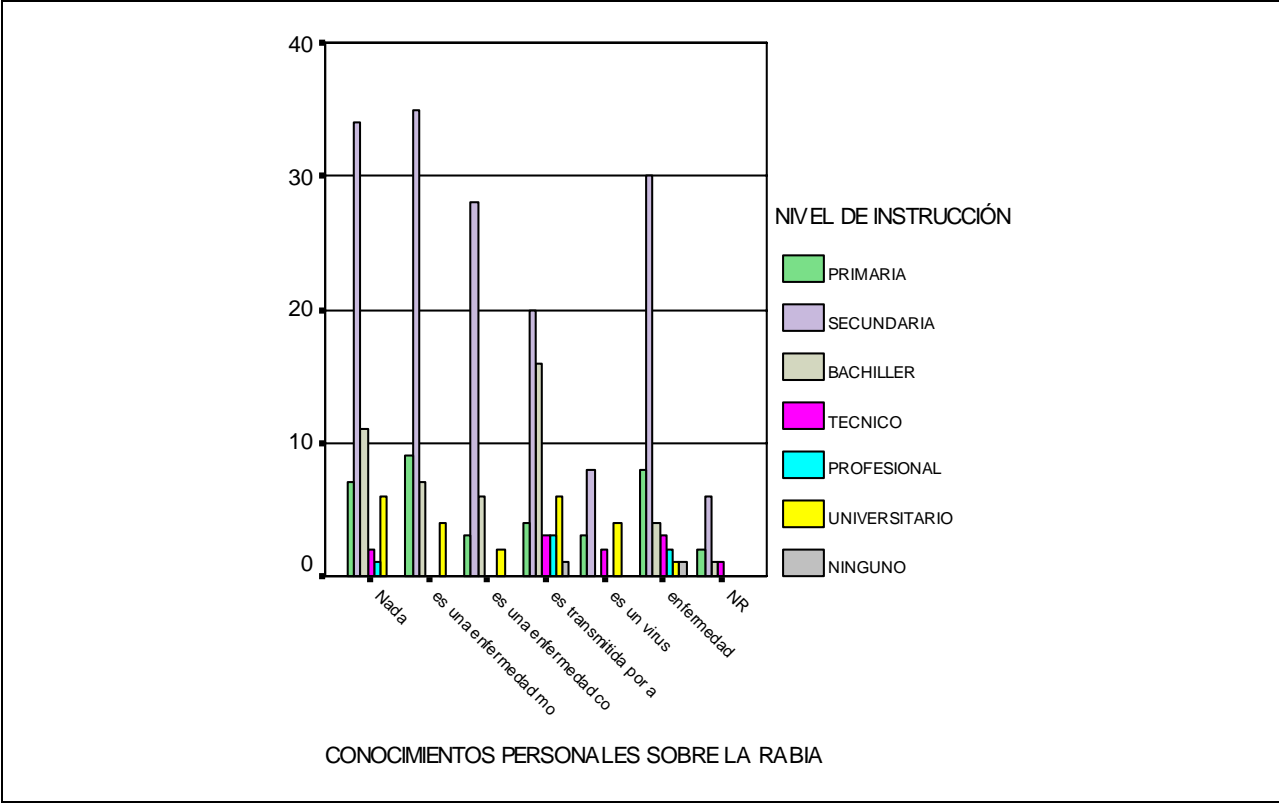


Gráfico 4.1: Procedimiento con animal mordedor/Género

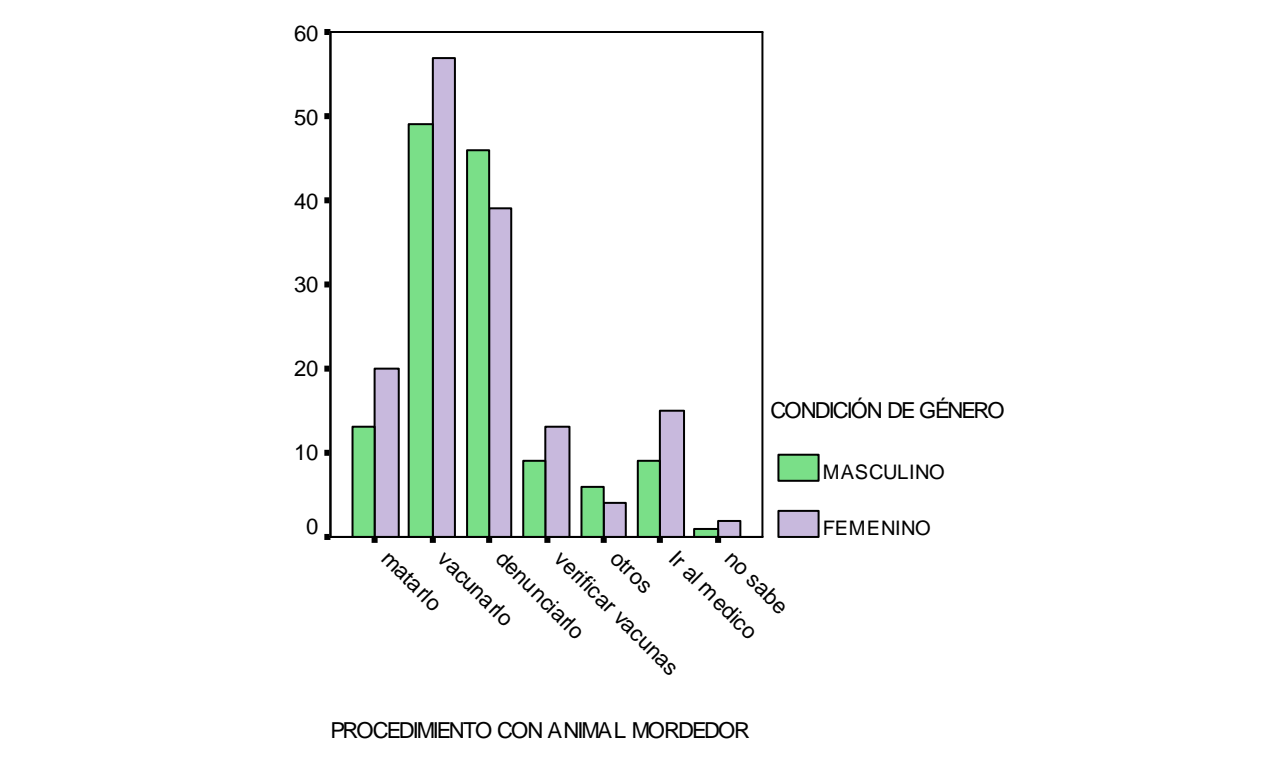


Gráfico 4.2: Procedimiento con animal mordedor / Edad

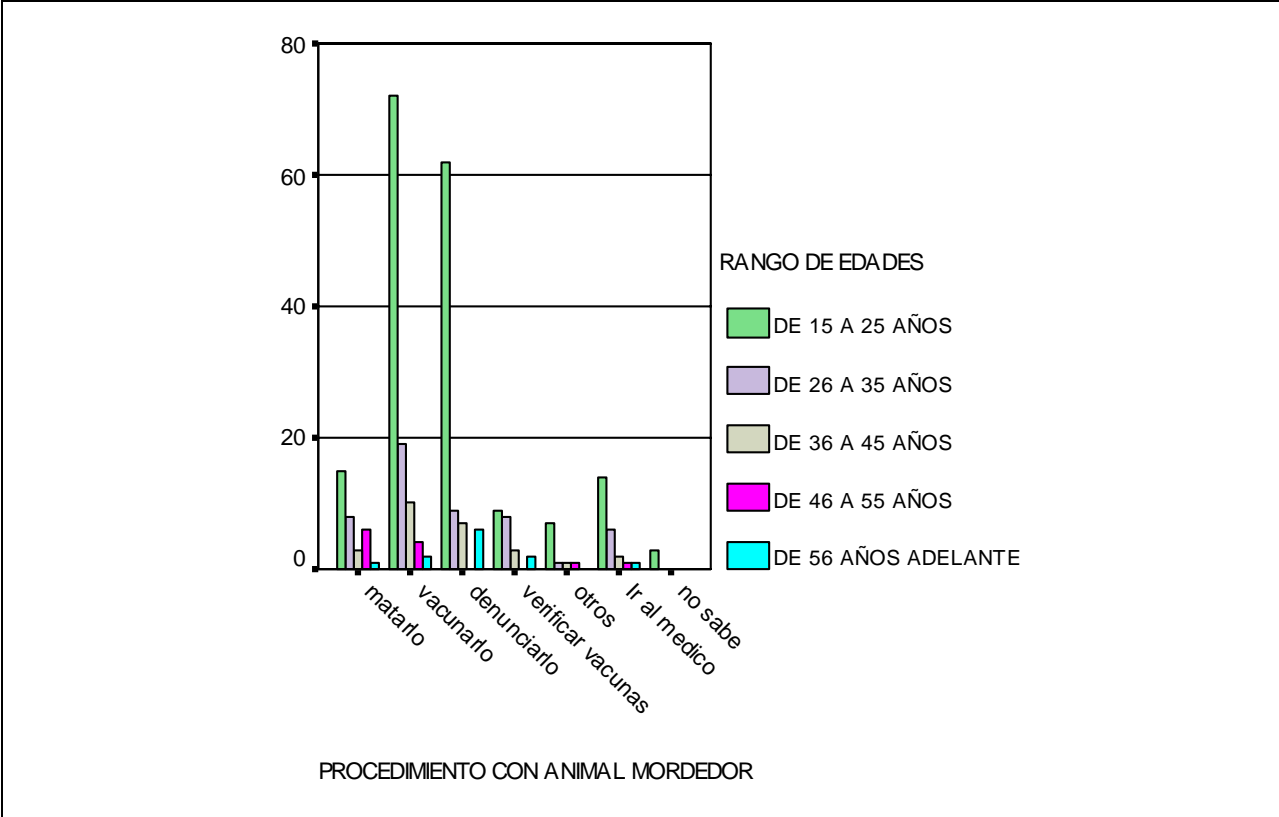


Gráfico 4.3: Procedimiento con animal mordedor/ Nivel de instrucción

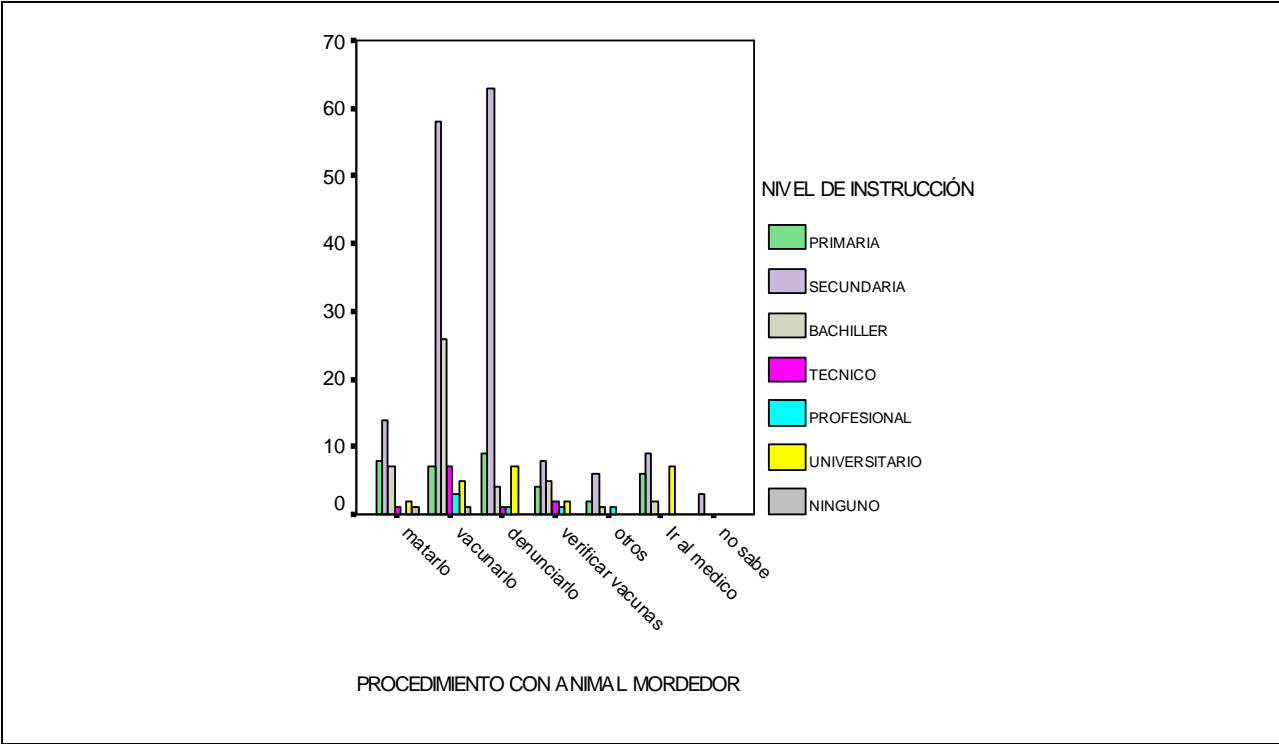


Tabla 5.1: Procedimiento de cura en caso de mordida/género

**Tabla de contingencia PROCEDIMIENTO DE CURA EN CASO DE MORDIDA
CONDICIÓN DE GÉNERO**

Recuento

		CONDICIÓN DE GÉNERO		Total
		MASCULINO	FEMENINO	
PROCEDIMIENTO DE CURA EN CASO DE MORDIDA	aguaox	9	4	13
	compmed	0	1	1
	conyodo	0	1	1
	desinfalco	15	13	28
	desinfer	10	7	17
	irmedico	47	68	115
	lavaher	8	7	15
	lavayjab	28	33	61
	medisabe	1	0	1
	nosabe	11	10	21
	quemapelo	2	2	4
	succiher	1	0	1
	tornique	1	4	5
Total	133	150	283	

Tabla 5.2: Procedimiento de cura en caso de mordida/ edad

Tabla de contingencia PROCEDIMIENTO DE CURA EN CASO DE MORDIDA * RANGO DE EDADES

Recuento

		RANGO DE EDADES					Total
		DE 15 A 25 AÑOS	DE 26 A 35 AÑOS	DE 36 A 45 AÑOS	DE 46 A 55 AÑOS	DE 56 AÑOS ADELANTE	
PROCEDIMIENTO DE CURA EN CASO DE MORDIDA	aguaox	12	0	1	0	0	13
	compmed	1	0	0	0	0	1
	conyodo	0	0	1	0	0	1
	desinfalco	14	7	5	0	2	28
	desinfer	9	5	1	1	1	17
	irmedico	68	24	8	8	7	115
	lavaher	11	2	1	0	0	14
	lavayjab	43	7	8	2	1	61
	medisabe	1	0	0	0	0	1
	nosabe	19	1	1	1	0	22
	quemapelo	2	1	0	0	1	4
	succiher	1	0	0	0	0	1
	tornique	1	4	0	0	0	5
Total	182	51	26	12	12	283	

Tabla 5.3: Procedimiento de cura en caso de mordida/Nivel de instrucción

Tabla de contingencia PROCEDIMIENTO DE CURA EN CASO DE MORDIDA * NIVEL DE INSTRUCCIÓN

Recuento

		NIVEL DE INSTRUCCIÓN						Total	
		PRIMARIA	SECUNDARIA	BACHILLER	TECNICO	PROFESIONAL	UNIVERSITARIO		NINGUNO
PROCEDIMIENTO	aguaox	0	10	0	1	1	1	0	13
DE CURA EN	compmed	1	0	0	0	0	0	0	1
CASO DE	conyodo	1	0	0	0	0	0	0	1
MORDIDA	desinfalco	4	14	6	1	0	2	1	28
	desinfer	1	6	7	1	0	2	0	17
	irmedico	20	65	15	0	1	14	0	115
	lavaher	2	10	1	0	0	2	0	15
	lavayjab	2	35	12	7	3	1	1	61
	medisabe	0	1	0	0	0	0	0	1
	nosabe	3	14	3	1	0	1	0	22
	quemapelo	1	3	0	0	0	0	0	4
	succhiher	0	1	0	0	0	0	0	1
	tornique	1	2	1	0	1	0	0	5
Total		36	161	45	11	6	23	2	284

ANEXO Nº 4

DIAGNÓSTICO DE POLÍTICAS Y ADMINISTRATIVO (ENTREVISTAS)

1) ENTREVISTA AL DOCTOR HECTOR MENCINAS, DIRECTOR DEL PROGRAMA NACIONAL DE RABIA DE BOLIVIA

(Junio 2006)

1.-¿Cuándo en Bolivia se empieza a hablar con la temática de rabia?

He podido verificar que en el año 1986 el Ministerio de Salud toma bajo su responsabilidad un control que debería ser del Ministerio de Agricultura, porque se trata del manejo de animales, era agricultura quien manejaba esto y los resultados no eran buenos en ese entonces, para la salud humana. La rabia estaba descontrolada en los animales y fue el Ministerio quien tomó a su responsabilidad el manejo y control del mal de rabia.

2.-¿Doctor, antes del año 1982 como se manejaba la temática de la rabia?

No tengo datos mayores, sólo se que lo manejaba el Ministerio de Agricultura y no había ningún tipo de control, ni campañas de vacunación, nada.

3.- ¿A partir del 82 recién se empiezan las campañas de vacunación?

No, no era un programa muy regular. Es a partir del año 91 que a partir de un financiamiento que se consigo el PL-480 que apoya en la vigilancia epidemiológica, en la parte de vacunas, diagnóstico y comunicación para el mal de rabia por un tiempo de 10 años. Este apoyo llegó hasta el año 2000. Pese a ese apoyo, siempre ha faltado la vacuna antirrábica de uso canino. No se ha tenido el 100 % del requerimiento que había cada año, porque se debe hacer notar, que la vacuna solamente da inmunidad de un año a los perros y es que cada año hay que renovar la vacunación. Yo trabajaba en ese entonces en la Alcaldía, y no podía recibir el 100 % de lo que pedíamos, por diferentes problemas: no había existencia de vacunas, fallaba la producción por la muerte de los ratones y en realidad por un sinnúmero de casos. Nunca tuvimos un 100 % de vacuna.

A partir del 2000, ya no había financiamiento, pero se había logrado bajar las tasas altas de rabia canina y de rabia humana. En el año 2002 es cuando bajan más los índices de rabia humana y canina a 71 casos y en humanos 2.

Sin embargo, el gobierno de turno no ha querido respaldar con el dinero suficiente para la compra de vacunas y es así que en el 2004 empieza a rebrotar la rabia. Hemos pedido ayuda a los países extranjeros, más algo de vacuna que teníamos y hemos podido controlar el brote que teníamos principalmente en Cochabamba y nos ha quedado como remanente en Santa Cruz.

Una cosa que hay que resaltar en Santa Cruz es que la rabia se ha quedado por falta de participación de la comunidad, pues biológicos (vacuna) y apoyo institucional ha habido y en cuatro oportunidades hemos tratado de manejar la rabia y en las 4, las personas no han acudido a vacunar a sus mascotas, seguramente por falta de conocimiento, iniciativa: la vacuna siempre ha estado ahí. El año pasado, el 2005 ocurrió lo mismo. Por eso la rabia está aún latente y tienen 205 casos hasta mayo, rabia canina positiva. Seguramente será por falta de comunicación y de conocimientos. Santa Cruz tiene problemas de epidemiología porque la gente no tiene el interés en participar en los programas.

4.- ¿En cuanto a rabia se ha hecho algún diagnóstico o estudio para saber porque la gente no vacuna a sus animales?

No se ha hecho. Se han hecho planes en el Ministerio y esos planes se les han mandado, pero no ha habido esos estudios específicos.

5.- Si el 2000 ha terminado el financiamiento, con que está sobreviviendo el programa de Rabia. ¿Cuál es el presupuesto?

Estamos con apoyo del Tesoro General de la Nación (TGN) que es un apoyo no continuo, por eso ha sido el rebrote. Depende de la autoridad que está en el gobierno. Los que responden a la parte económica nos han prestado apoyo pero no es definitivo, porque otro administrador nos va a decir que no necesitan y nos van a quitar el apoyo para las vacunas.

6.- ¿Cuanto del presupuesto de salud va al programa de Rabia?

No sabría decirle. Ha salud el gobierno le da el 0.8 ni el 1 % le da a salud. En los países donde se ha podido controlar la rabia tiene el 10 o 20 de su ingreso.

De ahí que el Programa de Rabia en el país está en problemas. A pesar de que tres años después de que ha terminado el financiamiento hemos logrado bajar los índices de rabia. Lamentablemente los perros se reproducen 2 veces al año y cada perra tiene aproximadamente 6 cachorros y entonces la población ha rebasado lo planeado y la falta de educación de las personas, son condicionantes para el rebrote de la enfermedad.

7.- ¿No habría que entonces que manejar la sobrepoblación de animales vagabundos?

Claro que sí, pero si responsablemente vacunáramos a nuestro perro o gato no habría rabia ¿no es cierto?. El virus necesita para circular, perros o gatos que estén sin vacuna y de esos hay. La gente es muy irresponsable con sus mascotas.

8.- ¿En que se utilizan la mayor parte de los recursos del programa de rabia?

Casi el 100 % y más, para comprar vacunas de uso canino. Se necesitan aproximadamente medio millón de dólares para comprar la vacuna que utilizamos. Nos dan 100 mil o 200 mil dólares que se van a la compra de vacunas de canes. Son aproximadamente 2 millones de perros que hay que vacunar y en cambio en tratamientos vacunamos unas 7.000 personas, porque el problema principal son los perros. La vacuna que utilizamos vale más o menos 3 bolivianos. Pero hay otra que es la de cultivo celular, recomendada por la OPS, que vale aproximadamente 4 millones de dólares. En las veterinarias les cobran 50 bolivianos por esa vacuna. No podemos comprar esa, pues el presupuesto ni siquiera nos alcanza para el cerebro de ratón lactante.

9.- ¿Qué diferencia hay entre las dos?

Únicamente en donde se divide el virus: en una se divide en ratoncitos y en la otra en células especiales. Todos los países han logrado controlar el virus con el cerebro de ratón lactante y ahora la OPS esta tendiendo a la que se vaya a la de cultivo. Pero cuando un niño muere con rabia todo el sistema se va a pique porque no se ha podido vacunar a ese perro o al niño, es toda una cadena que hay que cuidar.

10.- ¿El suero que costo tiene?

El suero lo compramos de una sola empresa que trae a Bolivia. Cada frasquito cuesta 100 dólares. Una persona de 70 kilos utiliza 4 frascos de suero, serían 400 dólares y un niño utilizaría dos frascos. En el ser humano igual se utiliza cultivo celular se utilizan y cada frasquito cuesta 100 dólares. Mientras que la Fuenzalida nos cuesta 10 dólares todo el tratamiento del INLASA. No podemos poner en práctica las normas de la OPS, pues no tenemos el dinero nos costaría 7 a 8 millones de dólares y hay que pedir ayuda internacional.

11.- ¿Cuan capacitado está el personal de salud en cuanto ha manejo del mal de rabia?

Es problemático. Por ser una zoonosis los médicos tienen muchos problemas para manejar animales, pues la rabia es una zoonosis en la que accidentalmente entra el hombre. Ahí es donde se encuentra la resistencia de médicos, odontólogos, enfermeras que no quieren tocar perros, pero es la única forma. Cuando hay el tratamiento de una persona entra la susceptibilidad propia, y creo que la prensa la ha agrandado, que le ha hecho entrar miedo al propio médico y a la propia enfermera. Hay un temor hacia el mal de rabia y en un centro de salud todos quieren escapar como si hubiese estallado una bomba ahí. Entonces esta muy mistificado el conocimiento de la rabia. El personal de salud primero rechaza trabajar con perros, segundo que hay la creencia de que apenas inhalen el virus va a tener rabia, y es el miedo que les evita conocer bien. Las que son responsables del programa manejan bien el programa. Todas las personas que están a personal capacitado manejan bien, con nuestras normas, manejo de vacunas, pero no todos. Todos los médicos que deberían saber de rabia solo un 20 % deben ser especializados. Esos manejan bien y el 80 % están en duda.

12.- ¿Ha habido algún curso de capacitación, desde el 1982 para el personal de salud?

Si se han hecho varios cursos. Cada año se va reforzando, pero lamentablemente al personal que queda capacitado lo cambian, no respetan el conocimiento, entonces pierde mucha gente capacitada, por cuestiones políticas y entra gente que no sabe el manejo y entra en declive el manejo de la rabia. En

Santa Cruz ha ocurrido eso. Todo nuestro personal ha sido cambiado. Hemos capacitado, los cambian, les dan otros trabajos y quedamos desprotegidos.

13.- ¿Hay personal especializado en rabia en el país?

Los que manejan rabia son los veterinarios en rabia animal y trabajan en el SENASAG y controlan la rabia que da en área rural. En lo que es lo nuestro, los médicos del programa de rabia y se podría decir que se tiene 9 especialistas a nivel nacional, pero el único que no responde es el de Santa Cruz. Y no se porque causas.

14.- ¿La falta de información y motivación de la comunidad es causante del alto índice de casos de rabia?

Tiene mucha razón. La epidemiología que se maneja en el país es una la epidemiología de curación, como en el caso de la diabetes. No hacen la medicina epidemiológica preventiva. Se busca solucionar los problemas solo en el lugar pero lo que habría que hacer es darle importancia a la prevención, en todos los programas.

En el caso de la rabia, es la única enfermedad en la que la vacuna sirve de tratamiento, porque la vacuna sirve solo para prevenir, pero cuando da positivo se utiliza la vacuna.

En ese caso es cierta su apreciación. El nuevo gobierno quiere manejar la medicina preventiva en todo el país. Prevenir es mucho mejor, no la hacemos.

15.- ¿Cree que la información y la comunicación son importantes en la salud pública?

Recién con la campaña de la rubéola nos hemos dado cuenta todos los programas, que ha tenido nomás una buena organización en cuanto llegar a las personas. No se las estrategias y por sus resultados ellos han tenido éxito en base a la difusión, la promoción y el conocimiento de este problema que se ha vacunado el 80 % de la población. Talvez mucho más dirigida: Un buen manejo de la información logra buenos resultados.

En los países donde se ha podido controlar el mal de rabia es en aquellos en los que las familias manejan adecuadamente a las mascotas. Los perros y los gatos ocupan su lugar y las personas también. Acá es al contrario. Nos falta darle conocimientos a las personas y sus hábitos de vida, y esto es difícil.

16.- ¿Habría una relación entre el problema de la rabia y el manejo de mascotas?

Exacto. La gente comienza a manejar correctamente a sus mascotas y se puede controlar la rabia, ya no necesitaríamos tener un presupuesto para rabia pues el Ministerio de Salud a nadie le obliga a criar un perro y otra cosa que el perro no le da ningún beneficio al estado. Quien se beneficia es el dueño, que recibe cariño, guardia de ese perro y quien tiene que responder por él es el propietario pues el perro esta en su casa. Y es el estado quien esta compensando la falta del dueño, su responsabilidad, que pone en riesgo la salud de todo el país.

17.- ¿Con que otras agencias internacionales y nacionales trabajan?

En el año 2004 llamamos a una reunión interagencial al llamado de la Ministra para que ayuden en lo temática de la rabia. Yo les he expuesto el problema y decían que no tenían presupuesto y podían ayudar con jeringas, algunos podían haber ayudado con dinero para la difusión, pero nadie nos ha podido ayudar en forma directa para las vacunas. Nosotros no podíamos pedir ayuda para cuidar animales.

El Ministerio de Agricultura no le interesa y podrían hacerlo, pues su área no es afectada.

18.- ¿Se ha trabajado con los veterinarios?

Sí. Cuando he trabajado en la Alcaldía teníamos una competencia honesta con ellos y se dividía la ciudad en tres zonas: una se hacia cargo el Ministerio de Salud, otra el de Agricultura y otra la Alcaldía, y se hacia una competencia honesta para ver quien cubría mejor en su área. El 93 tenía mejores

resultados. Al siguiente año queríamos repetir la experiencia y no se ha podido porque el de Agricultura ha venido a nuestras reuniones y nos dijo que no les interesaba.

Ahora mismo ellos quieren asumir el problema pero quieren que se les de financiamiento y encima no van a poder. Por eso nosotros utilizamos la red de salud., pero ellos no tienen red. Ellos critican que hacemos campañas sucias, porque utilizamos una jeringa para más de un perro, en consulta. Encima están buscando siempre alguna retribución..

19.- La OMS tiene políticas para el manejo de la rabia, que piensa de lo que proponen ellos. ¿Se puede aplicar o no?

Honestamente me decepciona la OPS casi son como los veterinarios, vienen con sus recomendaciones, me piden todos los datos que tengo, encuentran los errores. Lanzan un comunicado a Washington en que dicen que en Bolivia esta mal esto y aquello y dan recomendaciones: yo se que debo tener más vacunas, debo educar, he reconocido con usted estos mis errores, sin ser consultores y nos dicen que si no hacemos esto la rabia se nos viene encima. Nos han hecho una auditoria por diversos departamentos del país y han quedado recomendaciones y donde me decepciona, de las compras que hacemos.

Digamos que yo necesito dos millones de vacunas, no produce todas el INLASA, entonces les decimos: “ustedes ayúdennos a comprar, como nos han recomendado”. Me ayudan a comprar pero del total de la compra ellos se habían sabido hacer cargo de ganancia del 10 % de todo lo que compramos. De que sirve una OMS que encima le engañe a uno para comprar todos los medicamentos. Ellos dicen que es para mantener al personal.

Creo que todos los países aportan para mantener al OMS una vez al mes y todos los países y están para ayudarnos a resolver. Ellos no dicen que nos van a donar 100 mil vacunas. Ellos nos sirven de intermediarios. Ellos solamente canalizan nuestras propuestas. La mano de la OPS es de intermediaria. Lo mismo sucede con otros programas.

20.-¿Qué piensa del proyecto piloto de la OMS sobre educación para el mal de rabia?

Esta en pleno proceso eso. No sabemos si va resultar o no. Me parece bueno, pero si yo no tengo financiamiento también poco voy a ponerlo en vigencia. Como en el de la rubéola en el que se tiene el apoyo de la UNICEF que le da montos de dinero. Pero entonces me dicen que busque dinero y no me quieren dar. Yo necesito que la gente este informada. Eso no lo han podido encontrar, más que con la forma coercitiva, agarrar a los perros y si no venían a recogerlos matarlos y vacunábamos a la mala. Pero es que tenemos un medio de coerción.

El área de mayor impacto son los niños de 10 años. Ellos agarran bien las ideas y las ponen en práctica.

21.- ¿Doctor se da a todos los centros de salud, vacunas antirrábicas para perros?

Esta en la propuesta. Es cosa de estrategia, dice que cuando en una ciudad se controla en un mismo momento todos los focos de rabia se controlan, es como apagar un incendio, pero si se hace de a poco, no resulta. Esto se hace para que se complementen aquella gente que no ha venido a vacunar a sus perros en la campaña, pero la gente se acostumbra a eso. Es falta de criterio de salud para con su familia misma. Prefieren al animal que a sus hijos. La gente quiere más al animal pero cuando muere un humano le echan la culpa al médico.

2) Entrevista realizada a la licenciada en Enfermería, Roxana Laura, encargada del vacunatorio contra la rabia del SERES – El Alto

1.-Cuanto tiempo esta trabajando en el programa de rabia de El Alto?

En el programa, estoy desde el mes de febrero de este año (2006). Son 5 meses.

2.-Le dieron algún curso de capacitación en el Programa de Rabia antes de que usted venga a trabajar aquí?

No he sido capacitada. El vacunatorio estaba siendo atendido por auxiliares de enfermería y me dieron este cargo, porque el programa no se estaba manejando como debería ser manejado. Entonces es a partir de esa fecha que estoy a cargo del programa.

3.-Entonces usted directamente entro a trabajar aquí?

Así, es directamente.

4.-Las auxiliares que estaban antes que usted tampoco habían recibido capacitación?

No ningún personal había sido capacitado en lo que es el Programa de Rabia.

5.-Qué problemas había aquí entonces en el vacunatorio?

El personal responsable que manejaba el vacunatorio no hacían seguimiento de todos los casos y además el personal estaba haciendo dos funciones: se ocupaba del vacunatorio de rabia y además de la cadena de frío de la ciudad de El Alto. Entonces todo el tiempo el vacunatorio estaba cerrado porque cumplía doble función la auxiliar a cargo.

Además de eso el requerimiento de insumos no era lo suficiente. Todo el tiempo estaba en busca de vacunas , de suero para la aplicación. El vacunatorio estaba todo el tiempo cerrado entonces a partir de esa fecha y viendo los casos de rabia que habían se han hecho cambios.

6.-Qué barreras o limitantes hay con la población para eliminar la rabia con la gente?

Todas las personas que son mordidas tienen la obligación de hacer la denuncia pero ellos sin embargo desconocen que deben hacer la denuncia, no lo ven tan importante y no saben que la rabia es mortal y una barrera es muy grande es la creencia que ellos tienen, no consideran importante a la mordedura y ellos creen que haciendo curaciones con cosas caseras dicen que lo van a solucionar.

Cuando llegan aquí es después de un tiempo que ya han sido agredidos por el animal y es que talvez no estamos logrando prevenir a tiempo y además que son mal informados pues creen que todos los casos de mordeduras deben ser vacunados y no es así. Nosotros designamos quienes van a recibir vacunas y quienes no van a recibir para hacer el seguimiento que corresponde.

7.- Entonces hay una barrera también con el personal de salud?

Si desconocen el problema. Como le indico ha habido capacitaciones sobre el programa de Rabia, como es el manejo, pero quienes se capacitan los jefes, los directores, pero no capacitan al personal que realmente maneja el programa: el personal de enfermería. quienes llenan las fichas, quienes tienen que orientar. Como no han sido capacitados dan mala información, toda la gente llega con mala información y así surge el problema entre el paciente y el vacunatorio.

8.- Hablé de prácticas, con que prácticas usted se ha encontrado que tiene la gente para hacerse vacunar o curarse la herida

En las curaciones ellos indican que deben realizarlos con el pelo del animal, requemando y aplicando en la herida. Esa herida aplicando cosas sucias se va a infectar . Entonces aquí llegan por la infección no porque le ha mordido el perro. A partir de ahí nosotros orientamos de que no solamente esto e curación sino que debe aplicarse vacunas y hacer la denuncia.

9.- Dentro del Centro de Referencia Ambulatoria , que problemas tuvo para instalarse?

Como yo le indicaba no había un lugar exclusivo para aplicar las vacunas. El vacunatorio funcionaba en la cadena de frío del PAI. No era un lugar adecuado para el paciente, donde están todos los refrigerados, es un lugar que debe ser frío.

A partir del momento que me hago cargo yo he pedido un lugar específico para el vacunatorio. No se me pudo dar el ambiente y yo estaba trabajando en el pasillo del CRA. Todo el mundo pasaba, yo tenía que orientar al paciente, entonces era muy incomodo para el paciente y también para mí. No se puede orientar cuando hay gente que pasa, que camina.

Haciendo notas al municipio y al director del SERES ellos han visto esa necesidad de buscar un ambiente y me lo han dado, pero el programa no tenía un solo equipamiento. He tenido que ir a los diferentes programas para que me presten escritorio, refrigerador, termo y todo lo que se necesita para equipar un ambiente. Todo con lo que esta funcionando ahora es prestado. El programa no tiene nada. El momento que cada programa haga su inventario me van a pedir que devuelva y entonces yo voy a quedar con un ambiente vacío.

10.-Hizo conocer usted esta situación, al Dr. Mencias del Programa de Rabia?

A nivel nacional no sabe. Todas las solicitudes las hacemos por vías. A mí me corresponde el SERES. Se le ha pasado notas a varios responsables de Epidemiología, pero no se ha hecho nada.

11.- Qué necesita entonces el vacunatorio del Programa de Rabia a su cargo?

Refrigeradores, porque yo conservo vacuna antirrábica humana y para perros, escritorios, sillas para los pacientes, estantes para los archivos. Los archivos están ahí amarrados. Tampoco tengo archivadores de palanca. Se pidió empastar. No tenemos datos estadísticos guardados en computadora, todo esta a mano y esto algún momento lo pueden botar. Son documentos que sirvan para el programa. Todo lo que es papelería. Necesito termos, pues los que se ve aquí son de Zoonosis del Municipio, para hacer cadena de frío completa. Aparte de eso en lo que corresponde a enfermería necesito el carro de curaciones para colocar el termo y ni siquiera tenemos basurero. Todo se ha tenido que improvisar para dar una mejor atención al paciente. Tratamos de mejorar en el programa.

12.- En cuanto a vacunas, le dan todas lo que necesita?

Desde el tiempo que estoy si me han estado dando, pero anteriormente se les limitaba demasiado. No se solicitaba en forma quincenal o mensual. A veces era de forma semanal por día. Se sacaba un numero de dosis de acuerdo al requerimiento y como el personal no estaba capacitado, en la cadena de frío nunca debe haber un faltante, debe haber una reserva, entonces ese conocimiento también les falta.

13.- Cuantas vacunas se maneja al mes?

Al mes 540 a 600 dosis aplicadas.

14.- En cuanto al control de focos de rabia

En casos , según las normas, se deben aplicar vacunas a 500 canes y supuestamente se esta eliminado el virus, pero no es así. El requerimiento es mayor de 500 dosis, si es así todo lo que se necesite se le esta dando. Depende del lugar donde esta el foco, hay lugares que son periféricos.

15.- En que casos se utiliza cultivo celular?

Para los humanos, esta hecha de células humanas, en casos de rabia positiva en animal que haya agredido a una persona. En estos casos la acción es inmediata. Se utiliza esta vacuna. No la tenemos en cantidad.

16.- Cuando decide ponerle cultivo celular o la de INLASA. En qué caso

Cuando la mordedura esta en lugares de riesgo: cara, cuello, pulpejos de dedo o dependiendo de la magnitud de la herida. Queremos que actué inmediatamente.

17.- Cuantas dosis se le ponen

Cinco dosis sin refuerzos.

18.- Cuando se utiliza el suero?

El suero también se aplica en casos de rabia positiva en cara, cabeza, cuello y pulpejos de dedos y la vacuna antirrábica humana haciendo el esquema clásico, pero si el perro ha mordido en pierna, no se coloca el suero ni el esquema clásico, sino reducido: 10 vacunas

Cree necesario que el vacunatorio se haga cargo también de la curación?

Si es muy necesario que el vacunatorio se haga cargo de la atención completa. El personal de salud sabe que hay un vacunatorio y donde hace la denuncia pero ellos ni siquiera les curan. Les envían con la ficha y que nosotros lo hagamos todo, pero el establecimiento debería curar, pero sin embargo no dan importancia al tipo de herida que es, al lugar de la mordedura. El vacunatorio tiene que fortalecerse porque el seguimiento se hace a la herida, al animal y es necesario que haya todo lo que corresponde al equipo de curación.

19.-El personal de salud no le da importancia?

Como bien indica el manual hay que dar atención inmediata a la herida. Eso para inactivar al virus. Por eso nos falta capacitación, seguimiento. Una sola persona no puede hacer todo ese trabajo. Todos tiene que trabajar en equipo, con la misma información y haciendo el trabajo que nos corresponde.

20.- Cual es la curación adecuada que tiene que hacer el personal de salud, ante la mordedura de un perro?

Lavado la herida, que es lo primero con agua y jabón o solución jabonosa que ahora nos están dando. Nos indican en las normas que el jabón debe ser un jabón neutro, que actúa en inactivar al virus. El municipio no nos da ese tipo de jabón ,los jabones que nos dan esos verdes y lo que nos indican es que el jabón debe ser blanco. Hay también un desconocimiento del municipio sobre que tipo de jabón necesitamos.

21.- Debe usarse cepillo?

Si debe lavarse la herida con agua, jabón y cepillo. Sabemos que la boca del perro es sucia, debemos hacer que esa herida este limpia, con agua de chorro, mejor si se hace la curación en la pila.

22.- En que casos se considera herida incisa?

La herida incisa es muy similar a la punzante , que es más profunda. La incisa es más superficial. La excoriación es como rasmilladura.

23.- En que casos se recomienda hacer puntos de aproximación?

Las normas indican que no se debe hacer suturas, pero si la herida es muy profunda y grave y además hay bastante sangrado, se debe hacer puntos de aproximación. La herida sigue quedando abierta. Si se cierra la herida ayudamos a que el virus se multiplique.

24.- Mucha gente se cura con alcohol. Es beneficioso o no?

No se debe usar el alcohol porque es fijador del virus. Lo que se usa ahora son antisépticos como el DG6 y la Yodopovidona.

25.- Y las curaciones planas?

Son las curaciones normales, la herida no es grave y se utilizan tres torundas y dos gasas. Es la más común.

26.- Cómo empieza a coordinar el trabajo con zoonosis o ya se hacia antes

A partir del momento que me hago cargo del programa, los formularios de epidemiología se indica el estado del animal y el seguimiento que hay que hacer y quien lo hace es el veterinario .

A partir de ese momento empezamos a coordinar con el doctor Gustavo Carpio para saber si el animal esta vivo, ha presentado alguna sintomatología. Yo necesito saber la sintomatología del animal y el doctor saber si el paciente ha venido y se ha vacunado, ya que si el animal es sospechoso de rabia, la persona debe recibir la vacuna.

Antes se trataba de coordinar, pero pensaban que el veterinario lo único de lo que debía ocuparse era del perro y nada más y no es así el trabajo. Se debe coordinar y trabajar en equipo, para dar la información correcta zoonosis del municipio y zoonosis del SERES.

27.- Porque se lmanda a las personas primero a zoonosis?

Posterior a la mordedura debemos realizar el lavado de la herida, localizar al animal si es conocido y si tiene vacunas. Lo primero que se debe hacer es la denuncia para hacer el seguimiento de las vacunas. Si nosotros primero le hacemos las vacunas, el paciente esta conforme y ya no hace la denuncia, no entonces, la denuncia lo recibe el municipio para saber si el perro es conocido, no, si tiene o no vacunas y nosotros hacemos lo que le corresponde a la persona.

28.- Cuando hay gente que no quiere hacerse vacunar, que hace o como maneja esta situación?

Hay personas que rechazan la vacuna y se les orienta cuantas vacunas deben recibir principalmente niños, las madres indican que son muchas vacunas y que no esta bien que reciban tanto.

A un principio se manejo una ficha de compromiso donde el paciente se comprometía a venir todos los días y en caso de que no venga se deslinda responsabilidad el servicio y ya no se ha dado continuidad esto porque eran llenar más papeles y ellas se asustaban cuando firmaban. Es mejor hacerles firmar en la misma ficha y que nosotros controlemos. La madre es la que no quiere hacerlo vacunar a pesar del riesgo de morir por rabia.

29.-Qué se hacen en los casos de abandono?

Cuando vienen a hacer la denuncia revisamos el número telefónico, donde vive y donde podemos ubicarlo. Todos los pacientes nos dan números celulares donde no puedo comunicarme y tengo que gastar para comunicarme y en los casos que tienen números fijos si puedo llamarles, cuando veo que las heridas han sido muy graves y el perro es desconocido o muerto, entonces yo les llamo a los pacientes que han abandonado el tratamiento para que vengan a continuar con sus vacunas, pero si han abandonado antes de la quinta dosis, no sirven las vacunas que hemos aplicado y hay que volver a aplicarlas nuevamente.

Nosotros tenemos la necesidad de tener un número telefónico para que el paciente llame y haga la denuncia y para nosotros hacer el seguimiento.

30.- Cuando el paciente descontinúa el tratamiento que se hace?

Se deslinda responsabilidad dependiendo del lugar de la mordedura, y si el perro aún continua viviendo pero si el perro ha sido sacrificado o desaparecido, se reinicia vacunas. Si ha pasado de la sexta dosis de aplicación ahí si le corresponden refuerzos y si tienen menos de la quinta dosis hay que volver a iniciar la vacunas.

31.- Qué tipo de capacitación ha dado usted o el programa de Rabia a otros centros o personal de salud?

Tenemos programado capacitar a personal de enfermería y auxiliares de enfermería. Esto estaba programada para el segundo trimestre. No se ha llevado a cabo porque como es de conocimiento estábamos con la campaña de la rubéola y todas las actividades se han suspendido incluso yo misma he tenido que dejar y salir a apoyar lo que es la campaña de la rubéola. Todo lo que se ha quedado suspendido nuevamente lo vamos a reformular para este tercer trimestre.

32.- Las estudiantes de enfermería que trabajan con usted han sido capacitadas?

SI, empezaron su práctica el mes de febrero han visto la necesidad de que haya personas que orienten a cada uno de los pacientes. La orientación es todos los días. No entienden en una sola vez. Al día siguiente hay que seguir preguntándole sobre el perro, cuantas vacunas esta recibiendo ahora y que va a pasar sino viene a las vacunas. Ellas han visto toda esa necesidad, pues la mayoría de las personas son de barrios periurbanos o marginales y que necesitan de esta orientación.

Cuando han terminado sus prácticas ellas han visto como trabajábamos en pasillo, no había un lugar donde sentarse. Con su apoyo se ha conseguido incluso limpiar el ambiente. Ellas apoyan en limpieza, registro y seguimiento de los pacientes y además que ellas hacen toda esa actividad el vacunatorio debería cerrarse en la tarde, porque

mi jornada de trabajo es de 6 horas, pero viendo el trabajo recargado que tiene el personal de enfermería, las estudiantes en forma voluntaria han querido apoyar y tener más práctica y apoyar a la vez, en forma voluntaria han estado trabajando en el vacunatorio.

33.- Es decir que falta personal en el vacunatorio?

Si una sola persona es insuficiente, yo tengo que hacerme cargo de la provisión de insumos, hacer seguimiento a los establecimientos cuando se envían vacunas, cuando el paciente no puede venir, coordinar. Hay necesidad de que se apoye con recursos humanos.

34.- Cuantos recursos humanos necesita?

En la mañana no hay gran cantidad de pacientes, pero el trabajo no es solo eso. Necesito un personal auxiliar en la mañana y otro en la tarde. Una vez que haya este personal nosotros vamos a reforzar haciendo turnos cuando sea fin de semana, donde el personal del CRA no esta capacitado, da mala información y el paciente abandona o se va con la mala información.

35.- Qué material usted ha recibido informativo para usted y la población del PR?

El programa no tenía nada. No tiene afiches volantes, afiches que se le debe dar a cada paciente sino también a nivel departamental. Se les ha solicitado el esquema de vacunación para los centros que tampoco hay, para que manejemos todos la misma información. Pero el municipio del Alto si tiene sus afiches. Esos afiches hemos estado utilizando con pacientes que no saben leer mirando las imágenes,

los dibujos ellos pueden conocer lo que es la rabia. Las estudiantes si han hecho un rotafolio para dar información a los pacientes. mientras están esperando.

El programa ni siquiera tenía el manual. He tenido que ir a un establecimiento de salud donde me han fotocopiado. Estamos trabajando así. Todo esto le incumbe a la nacional, debían fortalecer el programa, para erradicar la rabia hasta el año 2015 tenemos que educar, informar, orientar por medio de afiches y los manuales.

A partir del momento que me hago cargo, hable con la responsable departamental para que ella pueda fortalecer el programa y desconcentrar la aplicación de vacunas. No veo tanto interés de los responsables para hacer ese trabajo. No le dan mucha importancia al programa siendo que esta es una enfermedad mortal donde al igual que el PAI se debería capacitar, fortalecer la información, comunicación. No hay un solo afiche volante.

36.- Los afiches donde los consiguió?

El esquema de vacunación lo tenía la responsable del anterior vacunatorio. Cuando me hago cargo, hago inventario y ella me dice no tienes nada, esto es del PAI. Pero del afiche le digo que es del programa y que debe dejarlo. Yo le he preguntado en base a que has trabajado, donde esta tu manual y ella me dice que no he habían dado ningún manual y le pregunto donde estaban registrando cuantos vacunas semanales y mensuales. Hay la necesidad de implementar más formularios para mejorar el trabajo y saber cuando realmente vacunamos. Si son niños o personas mayores.

37.- Los formularios ya existían desde que usted llevo?

Si desde la gestión 2005, el Dr Crespo era el responsable de Zoonosis Departamental el capacito a los responsables de las unidades para implementar estos formularios. Del RAB1 hasta el RAB5.

A los establecimientos se les ha dado una fotocopia, pero deberían darnos, pues el paciente se fotocopia el formulario. Una ficha es para el centro, otra para la red y otra para zoonosis. Son 3 fichas que debe fotocopiar. No viene porque piensa que va a gastar en fotocopias, que le van a cobrar de la curación, las jeringas. Entonces desde ahí el paciente piensa que al comprar la jeringa esta comprando la vacuna.

RAB1: Información mensual, cuantos pacientes agredidos, abandonados, cuanta vacuna.

RAB2: Es la ficha epidemiológica del paciente.

RAB3: La ficha que se envía a laboratorio. El municipio toma la muestra y deja al programa para llevar la muestra. Tiene que ir a dejar la responsable. Siempre tengo el problema de quien va a llevar la muestra hasta que busquen a alguien ya es mediodía y antes de mediodía deben llevarse las muestras para ser procesadas. Tengo todo ese problema.

RAB4: Ficha de bloqueo, cuanto animales y personas de contacto

RAB5: Es la ficha en caso de rabia humana

38.- Ha tenido usted algún caso de rabia humana?

No, pero si se ha tenido en la gestión 2005, cuando estaba de responsable de la Red de Gerencia Los Andes hemos tenido un caso de rabia humana de una niña. Ha sido todo un problema porque los familiares eran del área rural y constantemente venían a la ciudad. Los familiares dijeron que la mamá se ha enfermado según los familiares, que los indicaban que se agredía a ella misma y a sus familiares y aparte de eso estaba con un sangrado vaginal. Ellos estaban totalmente desorientados por lo que tenía, que le esta pasando. Esta loca. En ningún momento han ido a un establecimiento de salud. Cuando la señora ya estaba muy mal lo llevaron al hospital Juan 23, donde le indicaron que debía internarse. Por falta de recursos económicos se lo han llevado a la casa y falleció la señora. Posteriormente la niña estaba con fiebre y ellos pensaban que la niña se estaba amartelando de la mamá, fiebre y no podían hacer nada. Le indican en un establecimiento tiene fiebre, tome paracetamol y vuelva. La niña continuaba con fiebre y le dicen que esta niña esta con fiebre y luego es trasladado a un hospital, donde los familiares por falta de recursos económicos no querían hacerse cargo.

El padre totalmente no entendía porque estaba así la niña. En el hospital, viendo la sintomatología dijeron sospecha de rabia y en ese momento recién empiezan a hacer las preguntas por si había sido agredida por algún animal, indican que la niña y la madre habían sido mordidas por algún animal y se la trasfiere del hospital Los Andes al Hospital del niño, donde se hace toda la investigación entonces los hermanos fue mordida y que además la niña y la madre estaban en contacto. Comían del mismo plato,

de la misma cuchara. Chupaban dulce la madre y la niña y todo el tiempo que la madre estaba enferma la niña estaba apegada a ella. Además el padre indicaba que la madre les escupía. Ella vomitaba. Sabemos que en la rabia hay problemas con la deglución entonces la niña estuvo en contacto. Se pide a los familiares tomar muestra y ellos se rehusan. La niña se encontraba internada, la niña se agredía físicamente y la tuvieron que amarrar y los familiares estaban asustados, le están maltratando y la niña gritaba.

No autorizaban que se le tome la muestra. Se le aplicó vacuna antirrábica pero la niña ya estaba en un estado avanzado y llegó a fallecer. Se les explica a los familiares que la rabia es una enfermedad mortal, quienes habían estado en contacto. A partir de ese momento el tío es quien autoriza que se le tome la muestra y se confirma que es rabia y todas las personas que habían estado en contacto, porque la niña iba de casa en casa, ha ido recorriendo. Hubo todo un problema con los familiares. Como sabían que la enfermedad es mortal le estaban haciendo cargo al padre, porque estuvo en contacto boca a boca con muchos de los familiares.

La niña tenía tres años, para que ella pueda comer tomaban de la misma cuchara.. SE les ha aplicado la vacuna a los familiares pero el padre hasta el final no ha aceptado. El hermano mayor a la niña recibió las vacunas, pero tampoco han concluido se han ido al área rural. El niño que estaba recibiendo la vacuna INLASA y aquí cultivo celular, se mezcla. No hay información, todo esto por desconocimiento del personal del salud y sobre hacer las preguntas al paciente. El trabajo que se debe hacer entre el centro piloto y el alto es coordinado, que se deben comunicar, pero sin embargo no se hacen los seguimientos.

Es uno de los casos más graves. El animal había sido adquirido de uno de los primos y la madre de la perra tuvo 6 cachorros. La madre fue quien infecto a los cachorros, porque la madre salía la calle. Un día llegó la madre y mató a sus dos crías, les mastico el cuello. Por eso los dueños botaron a la madre a la calle y los cachorros fueron distribuidos, uno a la niña, otros dos por Laja y el otro que se salió por la puerta de la casa. Se desconocía el paradero de cachorros y madre. Se realizó un bloqueo todo un mes, hemos recorrido vacunando, investigando.

Otro caso el se la señora Veneranda que no aceptaba que su perro tenía rabia. Ella decía que el perro siempre estaba en casa.

En una primera entrevista ellos nos indican que no sale que esta vacunado, pero después nos toman confianza y nos dicen las cosas

3) Entrevista realizada a la Licenciada Elisa Mamani, responsable del centro de salud de "Villa Eduardo Avaroa"

(Segunda semana de junio)

1.- Qué problemas ve usted ve con la población respecto al mal de rabia?

El problema es de la gente, la población de El Alto, tiene sus animales, pero no como debe ser, dentro de la casa. Lo tiene afuera y aparte no les hace vacunar. Entonces son generalmente los perros que no están vacunados y las mordeduras que hacen en la calle. Uno de los casos que hemos tenido es que ha mordido a toda una familia y tenían otro perro más, y no le ha hecho vacunar.No asume la responsabilidad de tener un cachorro, haciéndolos vacunar a los perritos.

2.- En la puerta se lee un cartel que dice que se vacuna a los perros todos los días. Viene la gente a hacer vacunar a sus perros?

La gente viene, Talvez ha habido un cambio. Antes solamente se hacia una campaña al año y se vacunaba harto en el centro y los puestos. Un solo día bastaba para vacunar el 100 %. Ahora estamos como en los niños, ahora estamos volviendo atrás, pues tenemos que hacer rastrillaje para vacunar a los perros y no debería ser así pues la gente debería hacer vacunar a sus perros para prevenir la rabia, pero no espera la gente que vayamos a su casa a decirle: señora le vacunaremos a su perro y cuando se tiene un caso de rabia hay que ir a bloquear y hay perros grandes y malos no pueden sacarlos afuera y se quedan sin vacunar.

Pero traen como cuenta gotas. Cuando hay campaña hay mucho pero a comparación le digo que antes la gente venía a hacer vacunar a su perro pero ahora esperan que vayamos a su casa. En el PAI estamos con esa misión, que la madre venga al servicio con su niño y no que nosotros vayamos a vacunarles, porque es mucho presupuesto y tiempo.

3.- Entonces usted piensa que ahora se esta en un retroceso?

Si, con buena publicidad el Ministerio lanzaba una campaña y estaba una fila larga en cada puesto de vacunación y se cubría todo, pero ahora no. Un día hacemos la campaña y, hay demanda. Después la gente espera que vayamos a su casa. Eso también tiene que cambiar, la propaganda, la difusión. Muy tarde se da la información de la campaña, vales de gasolina, para salir a perifonear antes de que se inicie la campaña.

4.- Cuando ha sido el caso positivo de rabia que ha tenido que bloquear?

En abril. Se previno a toda una familia, hemos hecho el control del foco, el bloqueo, los contactos. El perrito con quienes jugaba, con los niños, les lamía la boquita, les chupaba el dedo, incluso el padre de familia pensó que el perro estaba envenenado y le dieron agua jabonosa con una jeringa y esa jeringa el niño ha chupado.

Al hacer la investigación se ha visto que les ha mordido las manos, la cara, los pies. Son ocho personas mordidas por un perro positivo. Entonces con la vacunación ya hemos prevenido, con la vacuna antirrábica humana, el refuerzo. Igual el refuerzo debemos ir a colocarle a su casa, porque la señora no viene. Era en la zona Alto de la Alianza. Ya estamos terminando los refuerzos, de ocho contactos.

5.- De que formas usted ha escuchado que la gente se cura del mal de rabia?

Nosotros solamente de las vacunas. Ellos dicen que cuando hay mordeduras, dicen es un rasmillón nomás y lo dejan pasar, cuando ya tienen manifestaciones recién se hacen curar. Saben eso si de que deben lavarse y cepillarse la herida ese momento. Ya le he cepillado, le hemos puesto mercurio. Lo dejan pasar así. No le preguntan si hay que vacunar.

Recién con los casos de rabia que ha habido, con la televisión que ha mostrado casos, ya la gente pregunta si se ha vacunado el perrito.

También ellos dicen con su pelo del perro mismo le ponen en la herida y se sana. Así nomás nos curamos pero me traen infectados, que ya no se puede curar a tiempo. Pero estamos tratando de cambiar esas costumbres, para eso tenemos que trabajar con educación. En El Alto hay mucho que hacer.

6.- Y la gente es accesible?

A mí me gusta trabajar con la gente de El Alto. Es muy accesible. Yo vivo en Villa Fátima pero prefiero trabajar con la gente de El Alto, escucha, atiende y lo hace. Ellos captan, pero nosotros no tenemos tiempo, quisiéramos hacer muchas cosas pero no tenemos tiempo. Entonces aprovechamos con estudiantes, colegios y los medios de comunicación también nos ayudan porque dicen: ese perro no había estado vacunado.

7.- Cual es el caso más grave que usted ha atendido?

Un caso que ha muerto este año. Después no era del área, que hemos comentado en una reunión del distrito 5 que ha muerto una niña con rabia, que no ha completado su esquema de vacunación y ha muerto con todos los síntomas.

8.- Qué materiales necesitarían para hacer un mejor tratamiento?

Se ha centralizado esto de las vacunas. Nos daban al principio, pues nos dijeron que íbamos a descentralizar, pero ellos hacen una evaluación. Hay un personal específico para eso y ellos deciden quien se va a vacunar. En cambio nosotros vemos aquí, se gastaba cualquier cantidad de vacunas, y es por eso que se ha descentralizado. Porque nosotros cumplíamos las indicaciones del médico que decía que debe recibir las vacunas por prevención. Más bien que cuando mandamos a la Ceja. Si el paciente no puede ir recién nosotros recogemos los insumos y las vacunas y se lo atiende con ficha y con todo. Por ejemplo el caso de 8 personas, con 10 ampollas por cada uno, aquí los hemos atendido.

9.- Y si hubiera la cantidad necesaria de vacunas?

Sería descentralizar a los centros de salud y capacitarnos bien a todo el personal de Salud en rabia. Han capacitado a directores. Yo no he ido a ninguna. Yo por mi propio interés me he capacitado. Hay una capacitación bien limitada, para 20 personas y no son las que manejan, pues todo el tiempo llegan casos de mordeduras. Hay una media de 25 mordeduras al mes. A veces las normas cambian pero no estamos socializando todo. La capacitación del programa de rabia debería ser para todo el personal obligatorias, porque son limitadas y escogen quien va de la red.

Es mejor que vaya la persona que trabaja con la gente, porque están más en contacto.

No hay videos sobre rabia. Debería haber para poner en el televisor, sobre tuberculosis por ejemplo., cosa que pongamos y la gente se entere, trípticos, volantes para repartir. Solamente ese día de la campaña y limitado. O un rotafolio que diga rabia, ya deberían hacer eso como lo del PAI, cosas que llamen la atención.

10.- Alguna vez del Programa de Rabia le han mandado algún material, un manual?

Hay un manual de rabia. Este último creo que han cambiado pero no nos han mandado nada ellos.

11.- Qué sugerencias daría al SERES, para manejar mejor el problema de la rabia?

Sabe cual es el problema? Nuestro foco de El Alto es la 16 de julio. De ahí compran los cachorritos. Sin vacunas están vendiendo ahí y este caso de rabia compro al animal de la 16 de julio y entonces el foco esta allá. De donde llegan los perros, habría que hacer una investigación pero pese a eso, nos han dicho que vacunemos por red para que vayamos a vacunar por turnos los domingos, pero allá no hay una orden que tendría que salir del SERES con el municipio, que con multa no se debe vender perritos sin vacuna.

La gente nos rechaza ahí: no le voy a hacer vacunar nos dicen. Todos los centros se han quejado. No nos deja vacunar la gente que vende, porque no hay una hoja escrita. Tampoco se puede poner así. Siempre nos hemos quejado eso, del SERES y la Alcaldía y eso se cumple, sino fuera de aquí y se cumple, porque ahí esta en el error. Todos son cachorros. Saben las autoridades que el foco esta allá y no hacen nada.

Controlar allí mismo. El periodo de incubación que pasa y el contacto y mayormente los perros están con los niños. No hay responsabilidad

12.- Qué materiales comunicacionales necesitaría aquí en el centro?

Afiches, rotafolio, un video, trípticos de rabia que podamos repartir porque la gente lo lee y lo guarda y dice había sido así. Quienes traen para vacunar son los niños. Hay cosas feos que llegan para suturar. Según las normas no deberíamos suturar pero en la realidad es otra. Y les cepillamos.

13.- Qué material médico?

Cepillos, solución jabonosa que preparamos nosotros, pero no tenemos fichas. Nos dicen que debemos llenar ficha epidemiológica de rabia, pero de donde sacamos. Piden con ficha una para gerencia, otra para el centro, otra para el paciente. No hay caja chica y todo es el SUMI, pero este no cubre eso. Y a veces tenemos que ir a recoger vacunas y nadie nos da para pasaje. No podemos quedarnos sin vacunas. Nadie lo reconoce.

ANEXO No 5

Vacunatorio contra la rabia del Centro de Referencia Ambulatoria (CRA) Lugar donde se realizó la observación de la relación personal de salud – paciente



**Foto 1: Vacunatorio ubicado en el CRA en ambientes prestados por el SERES –El Alto
(Auxiliar voluntaria del vacunatorio colocando vacuna contra la rabia)**



Foto 2: El vacunatorio cuenta con un solo ambiente, que es insuficiente para la afluencia de gente



Foto 3: Único afiche sobre esquema de vacunas existente en el vacunatorio del CRA



Foto 4: Conservadores para vacuna, pertenecientes a Zoonosis de la Alcaldía Municipal.



Foto 5: Papelógrafo ramado con las fotos extraídas de este estudio, para concienciar a la gente

ANEXO No 6
Centro de Salud de Villa Eduardo Avaroa



Foto 6: Sala de espera del centro de Salud de Villa Eduardo Avaroa



Foto 7: Consultorio de curaciones y vacunaciones del Centro de Salud de Villa Eduardo Avaroa

ANEXO No 7
PACIENTES DEL VACUNATORIO DEL CRA, DURANTE LA ETAPA DE
OBSERVACIÓN



Foto No 8: Paciente de sexo masculino, que vino caminando desde su comunidad para recibir atención en el vacunatorio del CRA



Foto 9: Paciente de sexo masculino, del área rural, que fue mordido por un chancho, presumiblemente contagiado de rabia



Foto 10: Niña del campo mordida por un perro de la comunidad, que fue sacrificado. No volvió a recibir su esquema de vacunas



Foto No 11: Hombre de mediana edad que fue atacado en la cara por el perro de su vecino. Tuvo que ser operado por un cirujano estético por las marcas que le iban a quedar en el rostro.



Foto 12: Niño de 3 años, mordido por su propio perro



Foto 13: Adolescente de 14 años, atacada en la cara por la mascota de su dueño de casa



Foto 14: Cholita de 16 años atacada por perro con dueño, en la zona de la Cruz Papal



Foto 15: Anciano , atacado fuera de su casa por perros callejeros



Foto 16: Niño mordido en la cara, por cachorro negro comprado en la 16 de julio, cuya cola fue utilizada para un remedio casero contra las fractura

Foto 17: Niño mordido en la cara por su perro

Foto 18: Niño llorando , por miedo a la jeringa, luego de ser vacunado



ANEXO No 9:
CAMPAÑA DE VACUNACIÓN CONTRA LA RABIA
CIUDAD DE EL ALTO – 2006

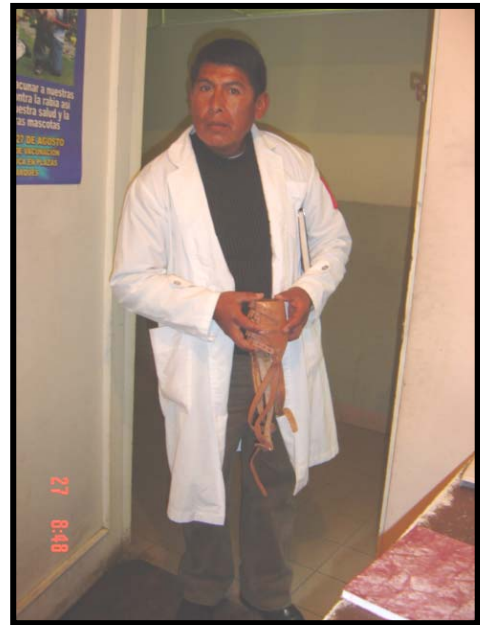


Foto 19: Vacunadores reunidos en CRA – El Alto

**VACUNACIÓN DE ANIMALES : CENTRO REFERENCIA AMBULATORIA (CRA-
CEJA EL ALTO)**



Foto 20: Población acude a puestos de vacunación en la Ceja



Foto 21: Población espera su turno para vacunar a sus animales en el puesto de vacunación en la Ceja de El Alto

VACUNACIÓN ANTIRRÁBICA EN LAS CALLES ALTEÑAS - AGOSTO 2006





Fotos 22,23,24: La asistencia a los puestos de vacunación fue masiva en algunos sectores de la ciudad de El Alto

MANEJO DE BIOLÓGICOS (VACUNAS) POR LAS BRIGADAS DE VACUNADORES



Foto 25: Las vacunas son expuestas al sol por muchos grupos de vacunadores



Foto 26 y 27: Las brigadas se dan modos para no exponer al sol a las vacunas

