



**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRES
FACULTAD DE MEDICINA ENFERMERÍA NUTRICIÓN Y
TECNOLOGÍA MÉDICA**

UNIDAD DE POSTGRADO

ESPECIALIDAD EN INTERCULTURALIDAD Y SALUD

TESIS DE ESPECIALIDAD

**PERCEPCION SOBRE LA IMPLEMENTACIÓN DE BIOSEGURIDAD
CON ENFOQUE INTERCULTURAL EN EL PERSONAL DE SALUD
HOSPITAL “OBRERO 69”,
MUNICIPIO DE RIBERALTA, PROVINCIA VACA DIEZ,
DEPARTAMENTO BENI**

**LIC.KARLA CASTRO CARDOZO
POSTULANTE**

**DR. JOSÉ ZAMBRANA TORRICO
TUTOR**

RIBERALTA- BENI – BOLIVIA

GESTION 2012

AGRADECIMIENTO

El presente trabajo de investigación no hubiera sido posible ejecutar sin el apoyo que me brindaron.

- **En primera instancia a Dios por permitirme la vida y darme la oportunidad de ser una persona al servicio de la sociedad.**
- **A mi padres Teodoro Castro y Piedades Cardozo, por el esfuerzo, y confianza que depositaron en mi para alcanzar mis objetivos.**
- **A mi tutor Dr. José Zambrana Torrico, Jefe Nacional de Epidemiología, por la cooperación y asesoramiento, por la orientación, apoyo durante las fases de elaboración de mi tesis.**
- **A la Cooperación de la nación de Bélgica, por el apoyo que efectúa este país, en favor de la salud atreves de capacitación de recursos humanos capaces y eficaces, al mismo mi agradecimiento personal por darme la oportunidad de ser parte de este proyecto.**
- **A todos mis compañeros y amigos, por brindarme su amistad que me sirvió como apoyo moral para lograr mí trabajo de investigación.**

DEDICATORIA

A Dios por la fuente de vida, por darme las fuerzas necesarias, protegerme y guiarme y ser una persona útil a la sociedad.

Este trabajo lo dedico con toda humildad al hospital Obrero 69, como aporte a la institución de salud. Por darme la oportunidad de superarme en la vida profesional.

A mis padres y familiares, personal de la Caja Nacional de Salud, va para ustedes este trabajo en gratitud y respeto.

A todo el personal docente que coadyuvo en la formación profesional en esta especialidad,

Gracias.

ÍNDICE	PÁGS.
1. INTRODUCCIÓN	1
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
a. PREGUNTA DE INVESTIGACION	6
III. JUSTIFICACION	6
IV. MARCO TEORICO	8
4.1. BIOSEGURIDAD	8
4.2. DISCUSIONES NACIONALES Y REGIONALES	10
4.3. TIPOS DE RESPONSABILIDAD	10
4.4. SUJETOS DE RESPONSABILIDAD	10
4.5. VALORACIÓN DE DAÑOS, EFECTOS O IMPACTOS	11
4.6. VALORACION	11
4.7. SISTEMA NACIONAL DE SALUD	14
4.8. DETERMINANTES DE SALUD DE LA POBLACIÓN	15
4.9. Morbilidad	18
4.10. Mortalidad	19
4.11. PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD	20
4.12. PROCESO SALUD Y ENFERMEDAD	21
4.13. FACTORES DETERMINANTES DE LA SALUD	23
4.14. EPIDEMIOLOGIA DE LA SALUD Y ENFERMEDAD	24
4.15. SITUACIÓN ACTUAL DE BOLIVIA	25
4.15.1. MORTALIDAD	26
4.15.2. ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS (EDA)	27
a. MARCO SITUACIONAL	29
i. HISTORIA DE LA POBLACION	29
ii. GEOGRAFÍA DE LA POBLACION	31
1. Situación geográfica	31
1.1. UBICACIÓN DEL HOSPITAL	31
1.2. COLINDANTES	31

2. Población o Etnias	32
2.1. Toromona	32
2.2. Araona	32
2.3. Cavineño	33
2.4. Chácobo	33
2.5. Ese Ejja	33
2.6. Pacahuara	34
2.7. Tacana	34
3. Recursos económicos	34
• Identificación del centro de salud	35
• Situación del centro	35
▪ EVALUACIÓN DE BIOSEGURIDAD EN EL HOSPITAL	35
2. Recursos Humanos	38
○ PERSONAL DEL HOSPITAL OBRERO “69”	38
• MARCO ESTRUCTURAL U ORGANIZATIVO	39
3. Conformación de comité de Bioseguridad para ampliar la cobertura	40
b. MARCO CONCEPTUAL	42
c. MARCO REFERENCIAL	52
d. ENFOQUE INTERCULTURAL	62
V. OBJETIVOS	64
a. OBJETIVO GENERAL	65
b. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	65
VII. DISEÑO METODOLOGICO	66
7.1. MANEJO ADECUADO DE RESIDUO	66
1. residuos infecciosos	67
• Residuos especiales	67
• Residuos Comunes	69
a. DISEÑO DE LA INVESTIGACION	72
b. TIPO DE INVESTIGACION	74

c. POBLACION	74
d. POBLACIÓN MUESTRA	74
e. VARIABLES OBJETO DE ESTUDIO	75
i. VARIABLE DEPENDIENTE	75
ii. VARIABLE INDEPENDIENTE	75
iii. RELACION DE VARIABLES	75
f. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	76
g. CRITERIOS DE INCLUSION	77
h. CRITERIOS DE EXCLUSION	77
j. INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE INFORMACION	77
k. INSTRUMENTOS DE ANALISIS DE INFORMACION	78
I. FASES DE LA INVESTIGACIÓN	79
m. CUESTIONAMIENTO ETICO	82
n. PRESUPUESTO	83
o. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES GESTIÓN 2011	84
VIII. RESULTADOS Y ANALISIS	89
Figura N°1. Grupos focales	69
Figura N° 2. Personal del hospital Obrero “69” Por género	70
Figura N° 3. Grupos focales experiencia, edades y género	71
Figura N°4. Especialidades neonatología, cirugías y ginecologías	71
Tabla N°1. Manejo de los residuos en el Hospital Obrero “69”	72
Figura N°5. Manejo de los residuos por grupos focales	73
Tabla N° 2 Atención de pacientes por áreas	74
IX. CONCLUSIONES	75
X. DISCUSIÓN	77
XI. RECOMENDACIONES	84
XII. BIBLIOGRAFIA	88
XIII. ANEXOS	92
XIII PROPUESTA DE INTERVENCION	104

RESUMEN

En la actualidad se han realizado investigaciones, bioquímicas, anatómicas. Pero no en la parte de la prevención y control de enfermedades no hay nada concreto, por ello es imperante la necesidad de realizar investigación en esta temática de la implementación la interculturalidad en bioseguridad; para anteponerse a las consecuencias que pueden ocasionar las enfermedades en el hospital obrero 69 en Riberalta.

Por ello se partió de los siguientes objetivos claros y concretos: i. Determinar la implementación de interculturalidad en bioseguridad en el hospital 69, Riberalta Beni, en los meses de septiembre octubre del 2011. ii. Verificar el cumplimiento de los criterios de bioseguridad en el hospital en Riberalta, iii. Identificar el manejo de medicamentos y el cumplimiento de bioseguridad iv. Verificar el manejo adecuado de los residuos orgánicos e higiene en el hospital "Obrero 69".

Aplicándose una metodología, primero se realizó la recopilación de información relevante para la elaboración de la propuesta, priorizados en tres áreas como: pediatría, ginecología y cirugía. Seguidamente, se ubicó e instaló y se realizó el levantamiento de datos.

En coordinación con las autoridades del nosocomio, utilizando normas de bioseguridad como: Uso de uniforme completo; tener las uñas cortadas; el cabello debe estar bien recogido y dentro del gorro; lavarse las manos antes de colocar los guantes y después de manipular los alimentos; usar guantes desechables para preparación de alimentos, usar guantes de goma para la limpieza; desechar los alimentos que se encuentran en descomposición en basureros de desechos infecciosos; eliminar los desechos de alimentos que vienen de pacientes y de corredor en basurero de desechos infecciosos, no deben ser llevados a domicilio,

en caso de presentar enfermedades como diarreas, infecciosas respiratorias debe comunicarse a su inmediato superior; Obteniéndose resultados: las diferentes áreas del hospital Obrero 69 se evidencia que el área que tiene mayor conocimiento es el área administrativa y médicos, los demás desconocen la importancia de la Bioseguridad, como es el caso del personal de apoyo. El personal en sus diferentes áreas del hospital, su conocimiento es bajo.

La atención de pacientes en la gestión 2010 de enero a agosto del 2011, donde se observa que el área de neonatología la atención es considerable e significativa en la ciudad de Riberalta. Los servicios prestados en el hospital en cirugía en la gestión 2010 donde estas se dan en su mayoría cirugías menores (251) y en menor proporción en cirugías mayores con 92.

El área de ginecología muestra que se han atendido diferentes servicios ginecológicos tales como parto con un 100% Vivos y en menor proporción las cesáreas. Concluyéndose que existe un bajo nivel de conocimiento en el personal del hospital Obrero 69 sobre la temática de Bioseguridad.

**PERCEPCION SOBRE LA IMPLEMENTACIÓN DE BIOSEGURIDAD
CON ENFOQUE INTERCULTURAL EN EL PERSONAL DE SALUD
HOSPITAL “OBRERO 69”,
MUNICIPIO DE RIBERALTA, PROVINCIA VACA DIEZ,
DEPARTAMENTO BENI**

I. INTRODUCCIÓN

En la actualidad se han realizado Investigaciones fisiológicas, bioquímicas, anatómicas, etc. Pero no donde se consideren la prevención y control de enfermedades donde no existe nada concreto, por ellos se hace imperante la necesidad de realizar e investigar la temática de la implementación la interculturalidad en bioseguridad; para anteponerse a las consecuencias que pueden ocasionar las enfermedades en el hospital obrero 69 en Riberalta, por el desconocimiento de este tema tan importante.

Los diseños más aplicados corresponden a las investigaciones donde se emplean temas aislados (Educación médica y salud; 1980) donde los objetivos están claramente, pero que no contemplan, lo propuesta de esta investigación de prevención y control, donde se aplicaron modelos que pueden ser replicables en otros nosocomios y ser fáciles de replicar para que sirven para garantizar la atención con calidad e higiene y no sean afectados por bacterias y virus, que pueden ser trasmitidos de persona a persona, alimentos, etc.

El problema está presente cada momento porque se trabaja con seres humanos constantemente corriendo el riesgo; de contagiarse o contagiar a los pacientes si no, se toman medidas de prevención y control adecuadas; por ello es menester que participen todos los actores del hospital para lograr resultados positivos para el hospital donde el personal y los usuarios que dependen directa e indirectamente estén seguros y no estén en riesgo de contagiarse por diferentes patógenos, además de ser atendidos con calidad y calidez con interculturalidad por los servidores de salud.

Por ello se consideran medidas inmediatas para ajustar y perfeccionar los diseños estandarizados existentes en bioseguridad, para el personal en beneficio de los pacientes como ser humano, evaluando la proporción y los efectos negativos que

ocasionan las enfermedades que pueden ser fisiológico o de otro. Estas bacterias y virus son las causantes de diferentes males en la región amazónica, siendo que estos son microscópicos y requieren una mayor atención, y será casi imposible de controlar si es que afectaría al hospital si no se toman medidas inmediatas, para prevenir antes que lamentar.

Otro aspecto en el manejo adecuado de medicamentos y fármacos, que pasa por diferentes etapas hasta llegar al paciente, por lo cual por descuido puede ocasionar problema y recurrirse inevitablemente en un problema para la institución hospitalaria.

De la misma manera se considera todos los servicios que presta el hospital a los pacientes que son epicentro de este estudio, siendo el enfermo el sujeto de mayor importancia para el hospital 69, ya que presenta características múltiples, lo que debe ser considerado en los diseño de Bioseguridad.

La investigación implica, en esencia la implementación de elementos de Bioseguridad con enfoque intercultural donde maneje adecuadamente todos los insumos que ingresan al hospital, donde se estableció en dos grupos focales enfermeras y médicos y auxiliares y administrativos y se consideró como variable independiente el conocimiento del personal, higiene, prevención y control y como variable dependiente los dos grupos focales médicos-enfermeras; auxiliares y administrativos. Se utilizó el modelo retrospectivo, porque es el que adecua a este tipo de investigación, permitiendo la revisión de las historias clínicas (retrospectiva) y los grupos focal incluyendo las entrevista personales (prospectiva), estableciendo la relación entre grupo focales y prevención y control hacia la población que se asiste al hospital Obrero 69, en un periodo de tiempo.

Se aplicó la metodología en la toma de muestra en dos grupos focales al azar. Siendo los criterios que eran necesarios en la investigación entre los grupos y el manejo de instrumentos y de los acontecimientos.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La falta de conocimiento en la atención del paciente aplicando la visión de interculturalidad en salud en el hospital obrero “69”. La carencia u ausencia de conocimiento del personal del hospital en la temática de interculturalidad en salud, en la atención a los paciente y la relación personal - paciente, generalmente con la población de Riberalta.

Falta de coordinación de autoridades y el personal del hospital, en sus diferentes niveles, careciendo de estrategias y políticas concretas de dialogo, reflexión, discusión sobre temas de interculturalidad en salud en la institución (EDA, 2011)

En la selección de las estrategias y tácticas en bioseguridad se emplearon la socialización de la propuesta para alcanzar y mantener la motivación en el tema de interculturalidad y bioseguridad en el hospital obrero 69, fue necesario seleccionar y utilizar las siguientes estrategias:

1. Conocimiento de interculturalidad y bioseguridad en salud en el hospital obrero 69, esta estrategia básica sirvió para socializar a la población que tiene acceso a los servicios, esta población habitualmente vive a una distancia no mayor a 5km. La socialización de los conocimientos de bioseguridad en los servicios de salud dependen y tienen diferentes percepciones del personal, creencias e idiosincrasias en la población, Riberalta cuenta con aproximadamente con 120.000 habitantes en su municipio incluyendo área del departamento de la Paz municipio de Ixiama, provincia Abel Iturralde, que este nosocomio presta servicios de salud, que son atendidos como área de influencia, ofreciendo servicios. (INE, 2002) La población tiene conocimientos ancestrales, como medicina natural y ambiental, interpretando una percepción de la realidad individual especialmente de la higiene, limpieza, cuidado personal y comunal

(implícitamente del conocimiento intercultural sobre bioseguridad). El personal del hospital respeta los aspectos culturales, religiosos sociales género, etc. En todo se hizo conocer los conceptos de la interculturalidad constituyéndose como elemento y como la clave principal en la atención con calidad y calidez en los servicios prestados en el hospital obrero 69.

2. Interculturalidad y bioseguridad en su campo de acción periférica del hospital obrero 69, esta estrategia complementaria se realizó como extensión del conocimiento de interculturalidad y bioseguridad en el establecimiento de salud, y su área de influencia, con lo cual permitió atender y entender a la población de sus expectativas del hospital hacia ellos, esto se hizo en un radio de cinco Km, de ubicación del hospital en la prestación de servicio de salud, encontrándose barreras culturales, extrema pobreza, etc., que estos son utilizados muy poco frecuentes, incluso si los utilizan los hacen de manera con recelos de los médicos, por ello la población habitualmente está en constante riesgo de enfermarse y morir.

Para ello se utilizó vía socialización de la importancia beneficios de los elementos de bioseguridad y como se puede coadyuvar en la educación contemporánea y conocimientos ancestrales, creencias, criterios y sentimientos en la atención de calidad con calidez, aplicándose diferentes medios audibles, gráficos y audiovisuales, televisivos y radioemisoras como cuñas radiales de forma diaria, la difusión por medios necesarios para incidir positivamente en los saberes de bioseguridad, esta realidad se tiene otra de lo antes y lo actual con lo ancestral, intercultural. Las actividades de los servicios de salud, es importante en la promoción de los servicios de salud y su aplicación de los criterios de bioseguridad en las prestaciones que realiza el hospital obrero 69.

3. Valoración de los grupos del personal del hospital obrero 69, esta estrategia se utilizó a los dos grupos focales de la población como grupos de información heterogénea. Se realizó diferentes medios de transporte de dos y cuatro ruedas y las vías de comunicación con que se cuenta en la zona, los recorridos se los realizó utilizando medios de transporte a pie y motocicleta, etc., Además se realizó diferentes ferias, reuniones de grupos de madres, etc., esta táctica es una actividad cotidiana en los servicios de salud, es importante en la promoción del propio hospital con una integral en las presentaciones sobre bioseguridad con énfasis intercultural.

Esto nos permitió entender que cualquier campañas de socialización sobre bioseguridad en salud, debe enfocarse desde el punto del otro, y no solo del personal de salud, quien cree o supone que es dueño de la realidad, del ultimo conocimiento, cuando en muchas ocasiones es quien más debería aprender de la realidad que lo circunda, esto no puede de ninguna manera ser óbice para combatir la apatía para lograr conocimiento en los usuarios sobre algunas temáticas que manejan de manera empírica, mas aun cuando forman parte pasiva del hospital obrero 69.

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

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

a. PREGUNTA DE INVESTIGACION

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

¿Cuál es la percepción sobre la implementación de Bioseguridad con enfoque intercultural que presenta el personal de salud en la en el Hospital “Obrero 69”, Municipio de Riberalta, Provincia Vaca Diez, Beni, en la gestión 2012?

III. JUSTIFICACION.

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

Respetando sus conocimientos ancestrales. La higiene, limpieza, creencias sobre enfermedad y salud, contaminación y contagio, el origen de las enfermedades, por ello esta investigación está orientada a verificar esas barreras o tipo de creencias que si bien es cierto son mayores en la población, evidenciándose en

el personal de salud, médicos, enfermeras, auxiliares y administrativos, persona o grupo de personas cuentan con peculiaridades y son toleradas (principio de la interculturalidad), que deben ser orientadas al personal del Hospital, o también al colectivo de la población con pautas específicas, identificando el problema en el área de Bioseguridad, respetando creencias, saberes, tendencias plantea soluciones, este documento sirve a las autoridades del hospital, como referencia cuando se elaboren los Planes operativos anuales institucional, como componente de Información, educación y capacitación al personal del hospital Obrero 69; donde contempla herramientas importantes para los planes de emergencias de capacitación como cursos, talleres y lo más importante, la concienciación a la población intra y extra hospitalaria, pues ambos cuentan con características heterogénea, de esta manera se beneficiara a diferentes componentes de la Red de salud 07; DILOS Riberalta.

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

Esto se lo realizo en diferentes etapas a: corto, mediano y largo plazo; a corto plazo se implemento en los meses de septiembre y octubre, 2011. El conocimiento de los principios interculturales que tienen cada uno de los trabajadores en salud, de cada uno de los miembros del comités de bioseguridad e infecciones hospitalarias, fue fundamental el empoderamiento del personal en el manejo de

critérios, lo que permitió a un futuro no muy lejano, establecer políticas, para tomar decisiones e inclusive normas de prevención de salud para el personal y la población. La red de salud en Riberalta, tiene la imperiosa necesidad, de contar con instrumentos innovadores para prevenir y controlar epidemias en la región, por ser por naturaleza una zona endémica por naturaleza, según se cuentan con los registros de los servicios de salud, donde inciden diferentes factores como: sociales y económicos que inciden en la salud de la población, con lo que permitio identificar problemas de salud y enfermedades más frecuentes que causan a los pacientes y sus patologías que incidan en su estado anímico teniendo efectos como en: educación, economía, trabajo, etc., este trabajo sin duda deja un gran aporte al proceso de cambio en la conducta en la región, a través del estudios se tiene claro priorizar las necesidades técnicas, para plantear soluciones innovadoras en beneficio del hospital 69.

IV. MARCO TEORICO

4.1. BIOSEGURIDAD

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

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

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

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

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

4.2 DISCUSIONES NACIONALES Y REGIONALES

El Protocolo de Bioseguridad debería entonces considerar en primera instancia la respuesta a los siguientes interrogantes: ¿Qué tipos de responsabilidades se espera tipificar y cuáles pueden ser incluidas dentro del Protocolo?; ¿Quién es el sujeto de la responsabilidad?; ¿Cuáles son las modalidades de indemnización?; ¿Cómo se valoran los potenciales daños o perjuicios?; ¿Quién valora los eventuales daños y perjuicios?; ¿Quién asume los costos por las posibles indemnizaciones o compensaciones?, ¿Cómo se cubren los costos?

4.3 TIPOS DE RESPONSABILIDAD

Frente al tipo de responsabilidad particular al Protocolo de Bioseguridad, encontramos que ésta podría adoptar algunas de las siguientes modalidades: responsabilidad objetiva, subjetiva, solidaria y subsidiaria. Si se adoptara el esquema de responsabilidad civil del tipo objetivo, no necesitaríamos demostrar la culpa, sino que sólo requeriríamos probar el hecho, el daño y su causa; si el esquema adoptado fuera el de responsabilidad civil subjetiva, deberíamos valorar la existencia de los tres elementos de la responsabilidad (hecho, daño causa) y, además, demostrar la culpa del autor del daño. Bajo el esquema de responsabilidad solidaria, respondería un particular y de modo complementario o acompañante otra institución, que en algunos casos puede llegar a ser el mismo Estado. Finalmente, en la responsabilidad subsidiaria, una institución acude como apoyo de segunda instancia para respaldar al sujeto principal, que, en el caso del Protocolo de bioseguridad, puede ser el operador o el exportador, actuando en este caso el Estado como responsable subsidiario.

4.4. SUJETOS DE RESPONSABILIDAD

Respecto al sujeto debe tenerse claridad acerca de todas las etapas y los actores que estarían involucrados como organismos y patógenos. Los sujetos pueden ser las mismas instituciones, Hospitales, laboratorios centros de investigación, exportadores, operadores e incluso importadores, que realizan operaciones antes y después en manipuleo de estos microorganismos.

Cómo condición previa y necesaria para que se lleve a cabo una indemnización es requisito indispensable definir de antemano uno o varios parámetros de responsabilidad y tener presente que cada tipo particular de indemnización va a estar ligado al tipo particular de efecto que el movimiento de los Organismos Vivos Modificados, genere, bien sea sobre el medio ambiente, sobre la diversidad

biológica, sobre la salud humana, sobre los animales o sobre el bienestar socioeconómico de un país o región en particular.

Las indemnizaciones podrán adoptar algunas de las siguientes modalidades Compensación, Mitigación o Restauración, dependiendo de la naturaleza, extensión

El tiempo transcurrido entre el hecho causante del daño y su manifestación. Se requiere la inclusión de los conceptos de indemnización dentro del Protocolo de Bioseguridad y determinar la naturaleza de los vínculos entre los potenciales efectos de los patógenos y las posibles modalidades de indemnización, así como poder definir e individualizar dichas relaciones.

4.5. VALORACIÓN DE DAÑOS, EFECTOS O IMPACTOS

En relación con este aspecto, lo esencial es conocer si se va a valorar un daño ambiental es originado por animales o los efectos secundarios de ese daño ambiental sobre la diversidad, la salud humana, animal o vegetal, o si se desea analizar los impactos económicos y sociales generados en un país o región particular. Para el primer caso, será necesario determinar y usar métodos y técnicas de valoración ambiental cualitativa y cuantitativa, y para el segundo, métodos e indicadores para valorar impactos del tipo productivo, agronómico y/o ambiental.

4.6. VALORACION

En este sentido, debería considerarse que el proceso de valoración de efectos o impactos se debe llevar a cabo luego de un riguroso análisis de costo/beneficio,

bajo las una discusión más detallada al respecto La evaluación socioeconómica en el Régimen de Bioseguridad.

La bioseguridad tiene las siguientes premisas: que previamente se haya identificado un responsable y que éste sujeto acepte de alguna manera cubrir una indemnización; este hecho no va en desmedro y la realización de valoraciones en las cuales no interviene un sujeto responsable, sino que son realizadas para conocer la magnitud de ciertos daños o efectos y tomar las correspondientes medidas.

Otro aspecto importante relacionado con la valoración, está relacionado con los actores que intervienen en el proceso. De una parte, se encuentran los directamente afectados por el impacto, o sus representantes y por el otro, los causantes del daño, y sus representantes si los hay.

Organismos y agencias internacionales de diversa naturaleza que pueden actuar como pares neutrales o tomar partido emitiendo juicios de carácter moral con contenido ambiental y/o socioeconómico.

La valoración puede efectuarse por concertación directa entre las partes, por concertación entre las partes con apoyo de un par neutral, o por un par de naturaleza neutral totalmente ajeno a las partes.

Al abordar el tema de las responsabilidades e indemnizaciones en el marco de un instrumento de naturaleza jurídica, como lo sería el Protocolo de Bioseguridad, para los países miembros del Convenio de la diversidad biológica, tiene reglas generales del derecho Internacional ambiental relacionadas con la responsabilidad de los Estados, se pueden aplicar mutatis mutandis (velar por el afectado), en lo relacionado con la responsabilidad y la indemnización en Bioseguridad.

Aunque la temática tiene profundas connotaciones de contenido político internacional y dificultades de aplicación efectiva, que han llevado a que algunos autores lo cataloguen como un tipo especial, concediendo con la importancia fundamental en la mayoría de tratados internacionales en materia de medio ambiente.

Cabe destacar, como lo mencionan algunos autores, que el tema es tratado en Convenios internacionales (Estocolmo, 1972; Art. 21 y 22).

Londres relacionado con la prevención de la contaminación del mar por vertimiento de desechos y otros materiales(Convenio de Barcelona, 1972); para la protección del mar Mediterráneo contra la contaminación(Convenio de Basilea 1978) el relacionado con el movimiento trans fronterizo de desechos peligrosos y su eliminación (Protocolo de Madrid 1989; 1991) sobre el medio ambiente antártico.

Para el caso de la Bioseguridad, el antecedente jurídico más importante se encuentra contenido en el principio 13 de la Declaración de Río de Janeiro que llama a los Estados para "Desarrollar la legislación nacional relativa a la responsabilidad e indemnización, respecto de las víctimas de la contaminación y otros daños ambientales". De la misma manera, exhorta a los Estados a cooperar "de manera expedita y más decidida en la elaboración de nuevas leyes internacionales sobre responsabilidad e indemnización por los efectos adversos de los daños ambientales causados por las actividades realizadas dentro de su jurisdicción o bajo su control, en zonas situadas fuera de su jurisdicción".

En el Protocolo de Bioseguridad se aborda en el artículo 27 de los textos iniciales de trabajo del Grupo Especial de Composición Abierta sobre Seguridad de la Biotecnología; el cual pasó a convertirse en el artículo 25 del texto final 3, presentado por el Presidente del Grupo de Trabajo especial de Composición

Abierta sobre Seguridad de la Biotecnología reunido en Cartagena de Indias, Colombia, en febrero de 1999. En este último documento, se exhorta a que la Conferencia de las Partes -que actúa como reunión de las Partes-, adopte en su primera reunión "un proceso en relación con la elaboración apropiada de normas y procedimientos internacionales en la esfera de la (CBDBWSG; 1999).

4.7. SISTEMA NACIONAL DE SALUD

El Sistema Nacional de Salud es el conjunto de entidades, instituciones y organizaciones públicas y privadas que prestan servicios de salud, reguladas por el ministerio de salud y previsión social. Involucra al sistema público, seguro social de corto plazo.

El sistema nacional de salud, establece cuatro ámbitos de gestión:

- Nacional, correspondiente al ministerio de salud y previsión social.
- Departamental, correspondiente al servicio departamental de salud, dependiente de la prefectura.
- Municipal, correspondiente al directorio local de salud.
- Local, correspondiente al establecimiento de salud en su área de influencia y brigada móvil como nivel operativo.

El ministerio de salud y previsión social; es el órgano rector- normativo de la gestión de salud a nivel nacional, responsable de formular la estrategia, políticas, planes y programas nacionales, así como ser dictar las normas que rigen al sistema nacional de salud.

El servicio departamental de salud es el máximo nivel de gestión técnica en salud del departamento. Articula las políticas y la gestión municipal, coordina y supervisa la gestión de los servicios de salud en el departamento, en directa y permanente

coordinación con los gobiernos municipales, promoviendo la participación comunitaria y del sector privado.

Es encargado de cumplir y hacer cumplir la política de salud y normas de orden público en su jurisdicción territorial en el sector público, el seguro social de corto plazo, iglesias, privados con o sin fines de lucro y la medicina tradicional.

La prestación de servicios debe realizarse en todos los establecimientos de salud, organizados en tres niveles de atención:

- Primer nivel
- Segundo nivel
- Tercer nivel

4.8. DETERMINANTES DEL ESTADO DE SALUD DE LA POBLACIÓN

El análisis de situación de salud más difundido y utilizado por el médico de la familia, que se deriva de los 4 elementos del campo de salud de: biología humana, ambiente, estilo de vida y organización de los servicios de salud.

La principal dificultad en su empleo es que cada uno de esos elementos se trata de manera independiente y, en ocasiones, en forma exclusivamente descriptiva. Su interpretación es muy reducida y casi nunca se relacionan los problemas de salud detectados con la cuota de participación que aporta cada elemento en su aparición, cuando intentar su posible relación representa el primer objetivo del análisis de situación de salud.

Biología humana. La biología humana y el estilo de vida son los 2 elementos del campo de salud, cuya interpretación resulta más difícil al médico de la familia y al equipo de salud, hecho que -dada su preferencia clínica- es bien contradictorio y posiblemente se relaciona entre otros factores con:

- La información que se obtiene de la historia de salud individual y familiar es amplia en ese sentido. Por ejemplo, los principales factores de riesgo detectados son: hábito de fumar, alcoholismo, sedentarismo y obesidad, lo cual constituyen la información oficial que registra el sistema de información estadística, pero, los datos acerca de otros factores de riesgo como serían el comportamiento sexual, la drogodependencia y la violencia doméstica exigen la búsqueda activa por el interesado, pues oficialmente no se solicitan.

La obtención de información sobre algunos aspectos del estilo de vida depende de la relación con otros sectores y su limitación o ausencia denota falta de intersectorialidad para la confección del análisis de situación de salud.

Para resolver esta situación se recurre a las encuestas de población, cuya realización depende de recursos humanos, recursos materiales y esencialmente de tiempo, casi siempre escaso para realizar el análisis de situación de salud.

Ambiente. Para analizar el elemento ambiente se dispone de abundante información en cualquier territorio del nivel local, no obstante, esta se traduce con un enfoque básicamente descriptivo y sin correlación necesaria entre los factores ambientales y su influencia en las enfermedades transmisibles más frecuentes. Se insiste en abordar estos aspectos integralmente, por ejemplo, cuando se describe la disponibilidad, cobertura, cantidad y calidad del agua, no debe obviarse su procedencia (fuente de abasto, acueducto, etc.), el suministro permanente o con intermitencia, así como correlacionar su calidad físico-química y bacteriológica con el incremento o disminución de las enfermedades de transmisión digestiva. Igual

enfoque se recomienda con la información sobre la disposición de residuales líquidos, excretas y los residuales sólidos.

Otro aspecto importante en el ambiente se refiere a la presencia de *vectores*, en ocasiones se detalla el aumento o disminución de los índices de infestación sin indagar los posibles factores que inciden en su incremento, lo cual casi siempre se vinculan directamente con factores ambientales relacionados con el abasto de agua, la disposición final de residuales líquidos y sólidos, así como los riesgos que para la población representa la presencia de determinado vector.

En cuanto a los datos sobre higiene escolar, laboral y de los alimentos no deben presentarse como un listado ni un inventario de esos centros, ya que la intención es identificar en cada uno de ellos los riesgos a que se exponen el estudiante, el trabajador y, en el caso específico, de los centros dedicados al expendio de alimentos, la población en su conjunto, situación que se complica actualmente con la autorización del manipulador de alimentos por cuenta propia.

De suma importancia en la salud individual y poblacional es la situación higiénica de la vivienda y todo lo referente a urbanización, aspecto que no debe valorarse de manera aislada, sí considerarlo una oportunidad para brindar información numérica, sino vinculado a otros elementos del campo de salud como hábitos higiénicos y la biología humana.

Organización de los servicios de salud. Para este elemento se dispone de excelente información que proviene directamente de las actividades del propio sector, sin embargo, los indicadores de recursos -sean humanos, materiales y financieros- comúnmente se reducen a datos cuantitativos sin valorar la suficiencia de ellos, su eficiencia y calidad, su óptima utilización, ni cuál es el grado de satisfacción de la población al respecto.

Analizar el cumplimiento de los indicadores de los programas de salud no debe reducirse a indagar el logro o incumplimiento de la meta, al contrario, es la oportunidad para un real análisis que destaque su influencia en la reducción o eliminación de un determinado problema de salud, propósito básico del programa. En todos los programas de salud se incluye un componente educativo y el personal de salud en el nivel local, especialmente el médico, odontólogo la enfermera de la familia constituyen agentes de cambio de los hábitos y comportamientos negativos de la población. Se recomienda que al realizar el análisis de situación de salud, sean capaces de identificar las modificaciones producidas en la población en ese sentido y la influencia que ejercen mediante acciones educativas, concretamente las acciones de promoción y prevención.

Existen programas que responden indirectamente al control de enfermedades o daños, los cuales fueron diseñados para reconocer y satisfacer demandas de la población, que al formar parte de los servicios que ofrece el sector salud también deben valorarse integralmente, para responder a uno de los objetivos del análisis de situación de salud: evaluar la calidad de la atención médica.

4.9. Morbilidad

Constituye un ineludible indicador epidemiológico cuya inclusión en el análisis de situación de salud es fundamental y aún más en el caso de Bolivia

- Aparentemente sanos.
- Con riesgos.
- Enfermos.
- Con secuelas.

En cuanto a morbilidad el resultado evaluativo del análisis mostró lo siguiente:
Solo se describen la incidencia y prevalencia de las principales enfermedades transmisibles y no transmisibles.

- Son escasos los datos sobre discapacidad e invalidez, secuelas importantes de la morbilidad.

En ese sentido no deben analizarse solamente las enfermedades registradas por los sistemas de información estadística, sino todas las que el médico diagnostique; a esta información se añaden los datos acerca de los principales factores de riesgo, discapacidades y otras secuelas que ofrecen una aproximación sobre la morbilidad real.

El análisis de las enfermedades transmisibles y no transmisibles no implica solamente la comparación de su incidencia y prevalencia entre períodos, sino también deben analizarse las tendencias. Pueden confeccionarse canales endémicos para las enfermedades transmisibles de mayor incidencia, que valoran su variación estacional. La morbilidad requiere un análisis según grupos específicos de población, según sexo y cualquier otra variable de interés en el territorio.

Es común la información acerca de la salud bucal, cuando resulta imprescindible en cualquier análisis de situación de salud, su inclusión representa una demostración de la habilidad multidisciplinaria que el equipo de salud debe lograr en su realización, como uno de los importantes problemas de salud que afectan a la comunidad.

Para este trabajo integrado se requiere de la incorporación del estomatólogo al equipo, al menos para realizar el análisis, aunque su aporte debía iniciarse desde la dispensación de la población y así esta se beneficia con sus acciones oportunas. Recientemente concluyó una interesante investigación sobre el análisis de situación de salud bucal, que aporta valiosos elementos en ese sentido.

4.10. Mortalidad

A diferencia de la morbilidad, la tasa de mortalidad como indicador epidemiológico alcanza elevadas cotas de confiabilidad y precisión. Su relevancia en el análisis de situación de salud es indiscutible, por ello en este libro se dedica un capítulo especial a su análisis. Sin embargo, el nivel de importancia en ocasiones no se corresponde con la valoración que se le dedica en los análisis de situación de salud, por ejemplo, al aplicar el instrumento evaluativo se observó que se describe generalmente bien, pero el análisis está referido exclusivamente a las 2 o 3 primeras causas de muerte y a veces se relega el análisis de la mortalidad preescolar y escolar.

Es pertinente esclarecer que el análisis de la mortalidad en el espacio de un consultorio del médico de la familia, cuya población oscila entre 639 habitantes, debe realizarse “caso a caso” mediante la descripción del fallecimiento, el tipo de enfermedad y los factores que condicionaron la defunción, la calidad de atención recibida y otros elementos que contribuyan a detectar su posible evitabilidad.

En espacios de poblaciones más grandes, de acuerdo con el número de habitantes podrán estimarse las tasas generales y específicas de mortalidad, que contribuye a comprender realmente el comportamiento de la mortalidad mediante elementos epidemiológicos importantes. Finalmente y en forma similar al análisis “caso a caso” deben considerarse los posibles factores de riesgo o enfermedades que condicionan el hecho, así como la influencia de la calidad de la atención médica.

4.11. PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD

La evaluación del análisis de situación de salud solo se encuentra aproximación e identificación de los principales problemas de salud, el reducido nivel de análisis

de los datos impide justificarlos o fundamentarlos adecuadamente. El equipo de salud posee una buena información para argumentar el criterio acerca de la identificación de los problemas de salud encontrados, pero falla su capacidad analítica en la práctica para justificar la selección del problema sin el criterio de los representantes de otros sectores y de la comunidad, lo que respaldaría su priorización y la elaboración posterior del plan de acción.

4.12. PROCESO SALUD Y ENFERMEDAD

Salud es el completo bienestar físico, mental y social, la capacidad de funcionar en la sociedad, y no solamente la ausencia de enfermedad (Definición de OMS/OPS) tienes que colocar la referencia bibliográfica.

De esta manera este trabajo propone, que la salud no solamente será medible como un estado frente a la enfermedad, sino que evaluara el rendimiento social, (ocupacional, escolar, etc.), el potencial de su rendimiento.

Se puede indicar también, que la salud y la enfermedad son el resultado de un proceso de interacción permanente del ser humano con el medio en que vive, tratando de adaptarse a éste. La ecología humana estudia dicho proceso. La salud y enfermedad obedecen a los mismos factores externos e internos. Salud es adaptación y equilibrio en ambos; enfermedad es desadaptación.

El medio es físico, biológico y Psicosocial. Muchos de los elementos que lo forman, o son necesarios para la vida y la salud; sin embargo si se modifican, casi siempre por la acción del ser humano, pueden tener efectos desfavorables. El aire, el agua y los alimentos son indispensables para la vida, pero si se contaminan, se convierten en factores de enfermedad. El individuo se defiende de las condiciones cambiantes del medio, por sus características heredadas y constitucionales y por los mecanismos de defensa de su organismo.

Si consideramos que una comunidad es un agrupamiento de individuos, en un área geográfica definida debemos aceptar que la salud de esta comunidad dependerá del estado de salud de cada uno de sus componentes. Es decir, que si en una comunidad la mayoría de los individuos se encuentran enfermos la comunidad tendrá también en su conjunto, un estado de enfermedad. Hay pues relación directa entre el estado de salud de la comunidad con el de sus componentes.

Sin embargo no es fácil medir de manera directa la salud de la comunidad, porque no existen métodos específicos, o porque ella resulta ser una manifestación subjetiva de difícil comprobación. Por estas razones, la forma habitual sigue siendo medir la enfermedad, la incapacidad o la muerte, que manifiestan más la ausencia de salud. Es decir a mayor enfermedad o muerte, la salud de una comunidad tiene más bajo nivel o viceversa. Si bien es cierto que de esta manera se está midiendo el aspecto negativo de la salud, también es cierto que resulta, hasta ahora, la forma de establecer el nivel en que se encuentra la salud de las comunidades.

Cuando se expresa el nivel de salud de una comunidad, mediante esas medidas negativas, se está dando una imagen de ella, que refleja su sanidad o enfermedad.

El conjunto de esas medidas, llamada también indicadores, se llama Situación de Salud, que expresa su nivel de salud de una comunidad.

El nivel de salud, por lo tanto, es un componente más del nivel de vida, el que se mide por sus propios indicadores y que, generalmente, se los ha identificado como los dependientes de la satisfacción de esas necesidades. Estos indicadores o necesidades son: salud y demografía, alimentación y nutrición, educación, trabajo, salarios. Ahorro y consumo adicional, transporte y comunicaciones, vivienda,

vestido, recreación, seguridad social, libertad Economía y salud son términos relacionados en una misma ecuación y solo pueden ser encarados simultáneamente.

Para promover el desarrollo económico hace falta salud y para promover salud hace falta el desarrollo económico. Portado se concluye que existe una relación entre enfermedad y pobreza o planteado en lo positivo entre salud y producción: La baja producción engendra pobreza e ignorancia y determinan escasez de alimentos y vivienda, que favorece la enfermedad.

Por lo tanto, cuanto más pobre sea un país, su nivel de vida será más bajo, debido a las altas tasas de morbilidad y mortalidad. Sin embargo no es la pobreza en si la causa de la enfermedad, sino las condiciones que la crea: desnutrición, analfabetismo, hacinamiento, etc., lo que acondicionan la ocurrencia de patologías por el mayor riesgo a que está expuesta la población.

Por lo tanto se puede deducir que para salvar de la enfermedad a la población lo que hay que hacer es sacarla de la pobreza y considerar que la causa de la pobreza no pertenece al campo de la salud sino que responde al sistema económico social, en la que se desenvuelven la vida de un país y por lo tanto, su solución habrá de ser mas integral y se hará necesaria la participación de todos los sectores involucrados, por citar algunos: educación, producción, alimentación, etc.,

4.13. FACTORES DETERMINANTES DE LA SALUD

El nivel de salud de los individuos, grupos o colectividades, depende de la interacción de cuatro determinantes:

- La Biología Humana (genética, envejecimiento).
- El Medio Ambiente (contaminación física, química, biológica, psico-social y

socio-cultural).

- El Estilo de Vida (conductas de salud)
- El Sistema de Asistencia Sanitaria

Estas cuatro variables son susceptibles de alteraciones, ya que en la actualidad por los grandes estudios genéticos también hace que la biología humana se pueda modificar.

La OMS, en la estrategia para la Convención de la Salud para Todos en el año 2000, ha tenido en cuenta todos estos determinantes de la salud para establecer programas prioritarios y los mecanismos de intervención.

4.14. EPIDEMIOLOGIA DE LA SALUD Y ENFERMEDAD

La epidemiología de la salud y la enfermedad tiene una base ecológica, ya que uno de sus objetivos es precisamente el estudio de los factores que condicionan estos procesos, en su interacción con los individuos. La epidemiología considera tres grupos de factores en relación con la salud y enfermedad. Ellos son: el o los agentes causales de la enfermedad, el huésped y el medio. De hecho, los agentes pertenecen al medio,; forman parte de él; sin embargo, por la importancia que tiene como factores específicos en la producción de enfermedades, se les considera por separado, pero subsiste la relación ecológico medio-hombre.

La epidemiología no se permite señalar dicha relación, sino que analiza con mayor detalle las diversas etapas de la interacción agente-huésped, descubriendo la evolución del proceso, desde antes que se presente la enfermedad y posteriormente cuando el individuo enferma.

Esta es la historia natural de la enfermedad se descubren en ella dos grandes

periodos: el pre patogénico y el patogénico. La utilidad de conocer la historia natural de la enfermedad es que permite precisar el momento oportuno para la aplicación de las medidas preventivas o curativas indicadas.

Así, durante el periodo pre patogénico es el momento de la promoción de la salud mediante la educación y la realización de diversas acciones que mejoren el nivel de vida de la población. Es también el momento de las medidas de prevención específica o inmunizaciones y del establecimiento de normas para e-vital' accidentes o enfermedades en el hogar, en la calle, en la escuela, y en los sitios de trabajo. La detección es la medida preventiva a aplicar tanto en el periodo pre patogénico como en el de patogénesis temprana.

4.15. SITUACIÓN ACTUAL DE BOLIVIA

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

Los acontecimientos sociales luctuosos de Octubre de 2003 derivaron en el cambio del presidente de la república (gestión 2002/2007) a través de la sucesión constitucional del Vicepresidente de la república. Los lineamientos de política social y económica que habían sido expresados en el Plan de Desarrollo

Económico Social 02/07 han quedado en suspenso luego de la realización el 2004 de un referéndum sobre la propiedad y venta de las reservas de hidrocarburos, que determinara, a través de una nueva ley, el próximo escenario económico que podría tener el país, a partir de las regalías e impuestos por la venta de las reservas de gas natural que posee. La próxima realización de la Asamblea Constituyente (2005) es otro de los referentes del escenario en el que se vendrán a plantear el conjunto de políticas públicas y económicas, de las que forma parte la salud en el desarrollo.

4.15.1. MORTALIDAD

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

Desde el 2003 se ha implementado un sistema nacional de registro de estadísticas vitales, Hacia el año 2003, se considera que en todo el país el su registro de mortalidad general alcanza el 63%. En un estudio de mortalidad realizado el 2000 se señala que las principales causas de mortalidad tienen que ver con las enfermedades del sistema circulatorio (30,3% de las defunciones), enfermedades transmisibles (12,0%) y las causas externas (10,7%). El 10,8% de las defunciones fueron clasificadas con signos y síntomas mal definidos.

Adolescentes (10-14 y 15-19 años): La encuesta demografía y Salud 2003, el 16 por ciento de las mujeres de 15 a 19 años de edad alguna vez estuvo

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

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

4.15.2. ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS (EDA)

Las EDAS en menores de 5 años han tenido una tendencia claramente ascendente en los últimos nueve años. Este comportamiento puede estar asociado a una mejoría en el proceso de vigilancia y captación de los casos en servicios, sin embargo debe ser investigado.

En los últimos dos años se reportaron más de 400 atenciones por cada 1000 niños menores de 5 años. Los mayores niveles de atención por estas enfermedades se presentan en Chuquisaca (921 x 1000 menores de 5 años) Pando 705 x 1000 menores) y Potosí (820 x 1000 menores).

Mientras que el índice más bajo se registra en La Paz, con 287 x 1000 niños menores de cinco años.

El comportamiento de este problema por municipios muestra que los mayores índices de diarreas en menores de 5 años se presentan en territorios de San Julián (Santa Cruz) y Santa Rosa (Beni) donde se reportan 6000 y 2500 atenciones por diarreas en menores de 5 años respectivamente. Después se ubican 14 municipios de Chuquisaca y 13 de Potosí con más de 1000 atenciones de diarreas por cada millonario.

La Unicef, “La mortalidad infantil en Bolivia bajo un 43 %, al pasar de 94 a 54 muertes infantiles por cada mil nacidos vivos entre el año 1989 y el 2003”. Sin embargo, Lewis denunció que hasta el 75% de los menores de 5 años en Bolivia viven en condiciones de pobreza, cifra que se dispara hasta el 84% en el caso de los niños de las comunidades indígenas.

Según el último informe del Programa Multisectorial Desnutrición Cero en el 2007, uno de cada cuatro niños ya está desnutrido antes de llegar a los dos años de vida, esto significa que hoy cerca de 125.000 niñas y niños bolivianos menores de dos años no han logrado su natural crecimiento.

En Bolivia nacen cada año 273.000, de los cuales 14.000 mueren antes de cumplir el primer año y 7.400 en el primer mes.

Enfermedades prevenibles por vacunación: Demografía y Salud, 2003 (ENDSA). 94% de los niños menores de un año han recibido la vacuna BCG. En el mismo grupo de edad, la cobertura de vacunación pentavalente alcanza a 93% la primera dosis, 82% la segunda dosis y 65% la tercera dosis.

Cobertura de vacunación anti poliomielítica es de 92% y de vacunación anti sarampionosa de 76%.

Entre mayo 1998 u octubre 2000 ocurrió una epidemia de sarampión, con 4.751 casos sospechosos y 2.567 confirmados a nivel nacional, de los cuales el 55% fueron menores de 5 años. Desde octubre del año 2000 (semana epidemiológica 40) no se ha reportado ningún caso de sarampión. En 2000 ocurrieron brotes de rubeola con patrón epidemiológico similar a sarampión, confirmándose 434 casos, en julio de ese año se implemento la vigilancia integrada sarampión- rubeola y se incorporo la vacunación sarampión- rubeola- paroditis al esquema regular del PAI En la población de 12 a 23 meses de edad.

En 2001 se reportaron 1682 casos sospechosos de rubeola, 504 casos el 2002 y 190 casos sospechosos el 2003. Entre 1996 y 2000 se registraron 5435 casos de parotiditis (2.157 en 1996 y 616 en 2000). Entre 1998 y 2000 la tasa de notificación de parálisis flácida aguda en menores de 15 años descendió de 1.2 a 0.7 casos por 100.000 menores de 15 años y la toma adecuada de muestra de heces de difteria y 22 casos en 2000, los siguientes años se notificaron cero casos el 2001, 5 casos el 2002 y 3 casos el 2003, la tos ferina fue notificada en 10 casos, 27 y 24 en los años 2001,2002y 2003 respectivamente.

El año 2000 se han notificado 2 casos de tétanos neonatal, el 2001, 2002 y 2003 se notificaron 3 casos de tétanos neonatal cada año.

VIH/SIDA e infecciones de transmisión sexual:

El programa Nacional de ITS- VIH- SIDA ha registrado desde 1984 a diciembre 2003, 1226 personas que viven con el VIH- SIDA en el país. En el año 2003 los grupos de edad más afectados son los comprendidos entre los 25 y 34 años, con

45% de las notificaciones, y entre 15 y 24 años de edad con un 26% de las notificaciones.

a. MARCO SITUACIONAL

i. HISTORIA DE LA POBLACION

El modelo de análisis de situación de salud más difundido y utilizado por el médico de la familia, que se deriva de los 4 elementos del campo de salud de donde: biología humana, ambiente, estilo de vida y organización de los servicios de salud.

El Sistema Nacional de Salud es el conjunto de entidades, instituciones y organizaciones públicas y privadas que prestan servicios de salud, reguladas por el ministerio de salud y previsión social. Involucra al sistema público, seguro social de corto plazo, iglesias, instituciones privadas con y sin fines de lucro y la medicina tradicional.

El sistema nacional de salud, establece cuatro ámbitos de gestión:

- Nacional, correspondiente al ministerio de salud y previsión social.
- Departamental, correspondiente al servicio departamental de salud, dependiente de la prefectura.
- Municipal, correspondiente al directorio local de salud.
- Local, correspondiente al establecimiento de salud en su área de influencia y brigada móvil como nivel operativo.

El ministerio de salud y previsión social; es el órgano rector- normativo de la gestión de salud a nivel nacional, responsable de formular la estrategia, políticas, planes y programas nacionales, así como ser dictar las normas que rigen al sistema nacional de salud.

El servicio departamental de salud es el máximo nivel de gestión técnica en salud del departamento. Articula las políticas y la gestión municipal, coordina y supervisa

la gestión de los servicios de salud en el departamento, en directa y permanente coordinación con los gobiernos municipales, promoviendo la participación comunitaria y del sector privado.

Es encargado de cumplir y hacer cumplir la política de salud y normas de orden público en su jurisdicción territorial en el sector público, el seguro social de corto plazo, iglesias, privados con o sin fines de lucro y la medicina tradicional.

La prestación de servicios debe realizarse en todos los establecimientos de salud, organizados en tres niveles de atención

- Primer nivel
- Segundo nivel
- Tercer nivel

Estos tres niveles de atención se brindan a la población de Tarija por los diferentes establecimientos de salud.

ii. GEOGRAFÍA DE LA POBLACION

1. Situación geográfica

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

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

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

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

- Sureste con la república del Paraguay.

1.1. UBICACIÓN DEL HOSPITAL

El Hospital Obrero 69 está ubicado en el municipio de Riberalta provincia Vaca Diez, departamento, Beni, cuenta con las siguientes coordenadas geográficas X =868574; Y=6278451,

1.2. COLINDANTES

El hospital Obrero tiene las siguientes colindantes:

Al este colinda con la avenida Aliso

Al Oeste con la calle Almendrillo

Al Norte con la calle Guayacán

Al Sur con la calle Almendrillo

2. Población o Etnias

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

2.1. Toromona

Su existencia está rodeada de mitos y leyendas. Según la tradición oral de las etnias indígenas que circundan el Parque Nacional Madidi (La Paz), los toromona, dirigidos por el cacique Tarano, resistieron las incursiones españolas durante los siglos XVI y XVII. Sin embargo, no existe documentación que brinde datos

confiables sobre estos hechos. Al respecto, los ancianos araona, que habitan en el municipio paceño de Ixiamas— aseguran que esta etnia se formó tras una división entre los araonas. Un par de expediciones científicas intentaron infructuosamente hallar a los miembros de los toromonas, que se supone aún mantienen la vida nómada de sus antepasados. Así, además de las tierras del norte paceño, se cree que este grupo de originarios se mueve por el sur del departamento de Pando y Beni.

2.2. Araona

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

2.3. Cavineño

Los departamentos de Beni y Pando albergan a los cerca de 900 cavineños. Antes de la llegada de las misiones evangelizadoras, esta etnia era animista. Sus principales deidades estaban entre los elementos de la naturaleza, en especial los que se hallan en el agua y en el monte. En el siglo XVII los cavineños sufrieron varias migraciones debido a los conflictos armados con los esseejjas. Actualmente son recolectores de castaña. Otra de sus actividades es la producción agrícola. Su familia lingüística es el tacana.

2.4. Chácobo

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

2.5. Ese Eja

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

2.6. Pacahuara

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

2.7. Tacana

La amazonia paceña, beniana y pandina alberga a los cerca de 4.000 miembros de la etnia tacana. Los estudios arqueológicos dan cuenta de la presencia de este

grupo mucho antes de la llegada de los españoles. La invasión inca, sin embargo, destruyó la organización social tacana. Las crónicas de los franciscanos en 1680 señalan a este pueblo como pacífico y hospitalario. En la actualidad, en algunas comunidades continúan realizándose las celebraciones ancestrales en fechas agrícolas.

3. Recursos económicos

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

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

Normas y reglamentos institucionales

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

Conocimiento de Bioseguridad

Como se ha citado anteriormente que el hospital cuenta con el comité de salud de bioseguridad por lo tanto el personal cuenta con conocimiento de las diferentes actividades que se realiza para prevenir contagios de enfermedades entre y dentro del personal y pacientes.

Cumplimiento del comité de bioseguridad

El comité salud de bioseguridad lleva un rígido control a través de libros de actas de cada una de las reuniones, donde se anota todo lo acordado, para su posterior análisis y evaluación en las reuniones programadas anterioridad.

Es importante conocer esta base como normas que nos indican cómo hacer para minimizar errores, previniendo accidentes, logrando eficiencia y eficacia, minimizando las consecuencias que pueden ser fatales para el hospital obrero 69.

- **EVALUACIÓN DE BIOSEGURIDAD EN EL HOSPITAL**

Para ello se realizó el monitoreo continuo que está a cargo del comité de bioseguridad del hospital, con la finalidad de evaluar los alcances que se vaya logrando en el interior del hospital obrero 69.

Para ello se involucro a todo el personal del hospital, sin considerar el rol o función que cumplen en el hospital, porque no es correcto que el personal de limpieza no esté inmerso en la problemática de bioseguridad del nosocomio, al igual que el personal de laboratorio , enfermeras ya que estas podrían ser infectadas por un mal manejo de residuos o jeringas desechables mal utilizadas y automáticamente estas se convierten en focos de contaminación para los usuarios iniciándose así la cadena de contaminación.

Todo este trabajo de concienciación se lo llevo a cabo en las instalaciones del hospital obrero 69, específicamente donde existe el riesgo de contaminación por diferentes virus y enfermedades previniendo el contagio, que son normales en un hospital, si esto no se previene adecuadamente podrían ser catastrófico para el nosocomio en la ciudad de Riberalta. Este se hizo primeramente con mayor énfasis en las áreas de: pediatría, cirugía neonatología.

Esto se lo realizo en los meses de septiembre a octubre donde se considero las diferentes etapas como la captación de información, síntesis, análisis e interpretación de los resultados obtenidos en el hospital, para luego ser evaluados por el comité de bioseguridad del mismo.

Ya que el hospital cuenta con sus diferentes áreas fue importante tal como las encargadas de las diferentes área de investigación y científica considero y colaboro de verificar unos de estos temas como la bioseguridad y realizar el seguimiento antes, durante y después del proceso de bioseguridad y toda temática que tenga del quehacer científico en bien de la institución. Teniendo proyectado para el 2011 la ampliación y difusión de los resultados logrados ir implementando las demás área de influencia a otros servicios que presta el hospital.

La percepción de los trabajadores es heterogénea, tal como se ha manifestado ya que el comité tiene mucho trabajo que realizar, y en el tema de bioseguridad nunca se puede culminar en las políticas de erradicar la contaminación o contagios por diferentes de lo que se tiene claro es que quiere, donde se quiere llegar y a quienes se quiere llegar, estas son las preguntas que el comité, tiene muy claro y definido, realizando por áreas y por etapas, puede tener una amplia cobertura de bioseguridad que es de relevancia para la institución de salud, planificado iniciar campañas de concientización con el personal de enfermería y otros que tienen el contacto directo usuarios – personal para socializar el tema de interculturalidad en el hospital obrero 69, llegando en su totalidad desde la parte administrativa, enfermería, limpieza, choferes, laboratoristas, mensajeros ,etc.

Actualmente se tiene planificado realizar la socialización en las áreas de: pediatría, cirugía y neonatología, porque se ha visto que son los más vulnerables a la contaminación por virus y otros patógenos y sería irresponsable de parte del comité no iniciar de inmediato la implementación de la temática de bioseguridad con visión de interculturalidad en estas áreas, con esto no se quiere indicar que

las demás áreas no son importantes lo que se está haciendo es priorizar las áreas, que serán implementadas posteriormente que han sido planificadas por el comité de bioseguridad.

Los trabajadores en salud del hospital obrero 69 tiene una percepción difusa de manera general de lo que es bioseguridad, pero aun cuando se trata de atención al paciente con visión de interculturalidad, pero si, se tiene idea y tienen la voluntad de que los capacite, para realizar una mejor relación paciente – personal con calidad y calidez lo que hará su trabajo más dinámico en bien de la ellos y la institución.

Esperan que la capacitación sea inmediata para tener mejores herramientas que puedan utilizar y logara eficiencia y eficacia en la atención de los pacientes y por ende en la satisfacción profesional en sus diferentes niveles. Para ello se les ha hecho conocer que se iniciara la implementación en las áreas de: pediatría, cirugía neonatología en los meses de septiembre a octubre 2011.

2. Recursos Humanos

- **PERSONAL DEL HOSPITAL OBRERO “69”**

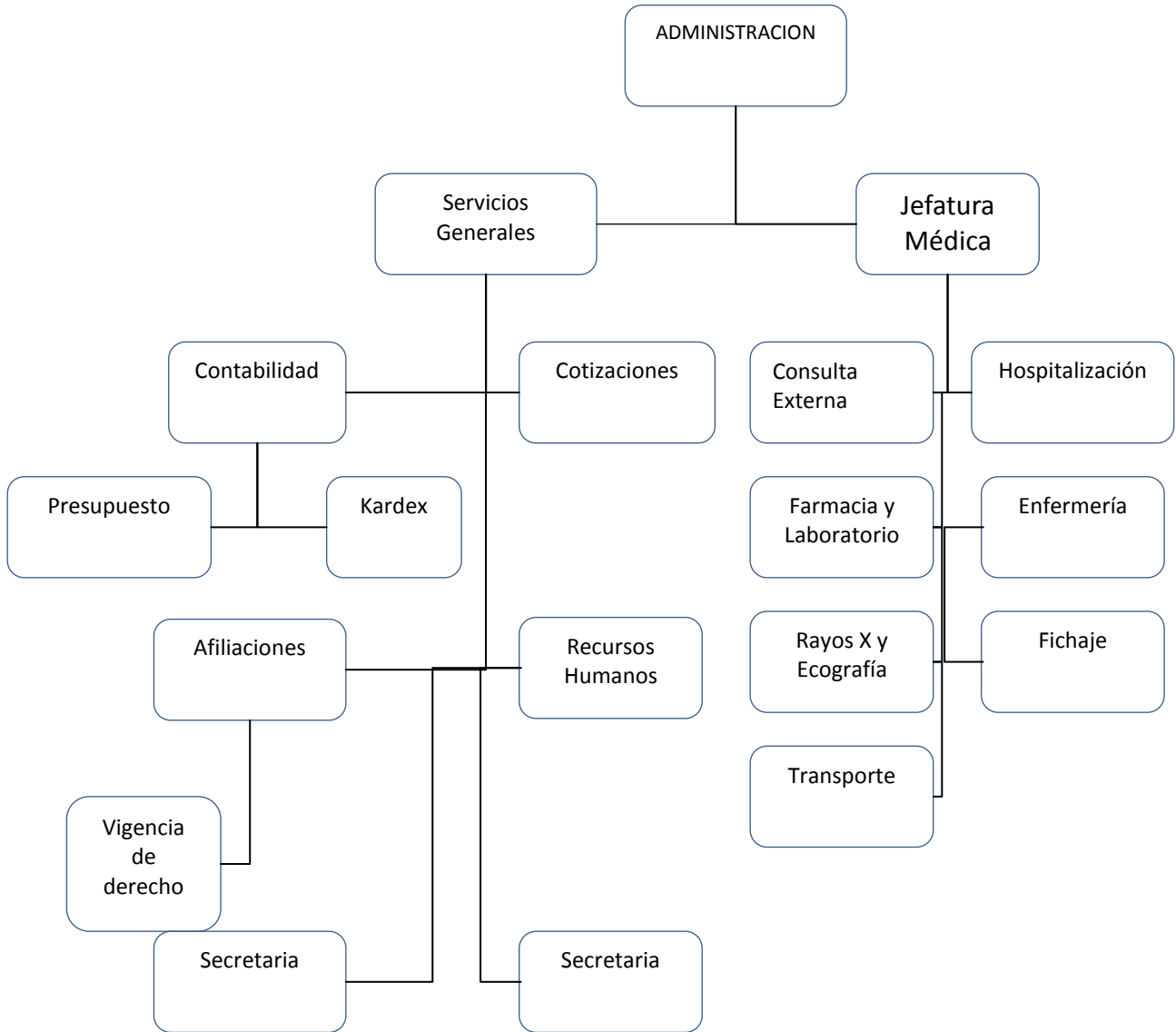
Ítem	Hombres	Mujeres
Médicos fijos	18	2
Médicos contratos	12	0
Médicos Residentes	1	3
Licenciadas fijas	3	0
Licenciadas a contrato	5	0
Auxiliares fijo	0	7
Auxiliares a contrato	0	5
Laboratoristas fijo	0	3
Laboratoristas a contrato	0	1

Personal fijo	3	1
Personal a contrato	3	3
Choferes fijo	2	0
Chofer a contrato	1	
Administrativos fijos	8	10
Farmacia	0	3
Radióloga	0	1
Total	56	39

(Fuente, Hospital Obrero, 2012)

El personal con que cuenta el hospital Obro son 56 hombres y 39 mujeres en sus diferentes funciones.

- **MARCO ESTRUCTURAL U ORGANIZATIVO**



Fuente.- fuente propia KCC- HH69

3. Conformación de comité de Bioseguridad para ampliar la cobertura.

En el hospital se cuenta con personal para ampliar las coberturas en diferentes formas como: planificación familiar, educación sexual, SUMI, la tercera edad, entre otros y muy específicamente en bioseguridad para ella se cuenta con un comité de bioseguridad del hospital Obrero “69” conformado de siguiente manera:

- Lucia Lara Vargas comité de infecciones intrahospitalarias. auxiliar de enfermería
- Betzabeth Piuma Pacamía comité de infecciones intrahospitalarias trabajadora manual C.N.S
- Mercedes Beyuma Álvarez comité administrativos, encargada de recursos humanos C.N.S
- Lic. Ingrid Rioja Novoa; miembro comité médico administrativo.
- Dr. Alberto Panduro Céspedes, Miembro administrativo
- Sr. Nicolás Saucedo Foro; medico Administrativo y gerente administrativo C.N.S.
- Lic. Marilyn Ribero Pinto trabajadora social.
- Dr. Eduardo Plaza Soruco Comité médico Administrativo y jefe médico C.N.S
- Dr., Daniel Soleto Delgado, Comité administrativo médico cirujano C.N.S
- Dr. Alberto Rioja Roca, Comité médico administrativo y medico general
- Dr. Rolando Royo Roca, comité administrativo jefe de docencia e investigación.
- Lic. Alejandra Bernal Parada, comité médico administrativo encargada de cotizaciones C.N.S.
- Dr. David BalcázarMendía. Comité médico administrativo médico Gineco obstetra
- Dra. Cintia M GaldinLafuente. Comité médico administrativo Bioquímica C.N.S
- Dr. Oswaldo Ribero Saucedo comité de expedientes clínicos y médico internista C.N.S

- Dr. Juan Carlos Vargas Dorado, Comité de expedientes clínicos medico cardiólogo C.N.S
- Dr. Walker Fernández Bascope, comité expedientes clínicos medico Otorrinolaringólogo.
- Dra. Erika Mireya Fuentes Zambrana, Comité de expedientes clínicos y médico pediatra C.N.S
- Lic. Patricia Ligia Eamara Velasco, Comité de expedientes clínicos y jefe de enfermeras C.N.S
- Dra. Jenny Marlene Urcullo Pestanas, Comité de farmacia y terapéutica y farmacéutica C.N.S.
- Lic. Patricia Cárdenas Coímbra, comité de farmacia terapéutica Licenciada enfermería
- Dr. Francisco Florido Aguirre Comité de farmacia terapéutica medico gineco-obstetra C.N.S.

Este comité es el encargado de la bioseguridad que se reúne de manera ordinaria cada 15 días y de manera extraordinaria, cuando es necesario y por situaciones que tengan que ver la bioseguridad del hospital obrero 69.

Los cuales han tenido sus frutos desde su inicio en el mes de Julio del año 2009, el cual tiene una experiencia de 2 años, que se puede ver el ambiente del hospital con la señalización correcta y áreas restringidas para discapacitados y personas de la tercera edad, letreros de consultas, médicos, enfermería, desechos orgánicos e inorgánicos e infecciosos, etc. Todo este se ha logrado gracias a este comité de bioseguridad.

Los cuales está conformado por 22 profesionales con diferentes niveles de formación profesional, el cual se ha distribuidos funciones específicas, para poder cumplir con los fines y objetivos de la institución, como es el hospital de salud Obrero 69 en Riberalta. Estos se lo hacen por cada sector poniendo en

consideración para que el comité en reuniones evalúen y las propuesta de las áreas de bioseguridad.

b. MARCO CONCEPTUAL

La "Bioseguridad es amplio se tiene que saber que se quiere y donde se quiere llegar y se cumplirá con lo que se propone. Lo fundamental es privilegiar los conocimientos de lo que puede realizar "Buenas Prácticas", siendo este el principio esencial de la Bioseguridad: 'No me contagio y no contagio" cumplimiento la interculturalidad en salud en todos los niveles.

El principio de "la violación de una obligación internacional obliga a la reparación". La responsabilidad de los Estados en estas materias puede verse reflejada bajo alguna de las siguientes modalidades: responsabilidad por actos ilícitos o por daños(Estocolmo, 1972)

c. MARCO REFERENCIAL

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

d. Enfoque intercultural

Se encuentran elementos muy importantes sobre el riesgo biológico y de bioseguridad en los diferentes ya sean hospitales o centros de salud, donde se tiene que recoger los saberes, experiencias, culturales, sociales, ideológicas y religiosa del personal de salud y de la población con la única finalidad de coadyuvar en el bienestar de la sociedad y cooperar en el adelanto científicos con

este tipo de investigaciones innovadoras. Donde se recogieron aspectos importantes como por ejemplo agentes biológicos; gestión, percepción y evaluación de riesgos; con diferentes principios y niveles de bioseguridad; así como los procesos de cambios que están ocurriendo en la legislación boliviana.

INVESTIGACION Nº 1

Título. BIOSEGURIDAD EN HOSPITALES

Autores. Daisy GambinoNodarse 1 Médico especialista de I grado en Medicina del Trabajo, Master en Bioseguridad, Profesora Instructor. Facultad de Ciencias Médicas 'Dr. Salvador Allende', La Habana, Cuba, 2009

RESUMEN

Dentro de la bibliografía revisada para un trabajo realizado en el Hospital "Dr. Salvador Allende", encontramos elementos importantes sobre el riesgo biológico y la bioseguridad en centros de salud, los cuales hemos querido recoger en este artículo con la finalidad de que puedan servir a investigadores y estudiosos de estos temas. Se recogen aspectos sobre agentes biológicos; gestión, percepción y evaluación de riesgos; principios y niveles de bioseguridad; así como legislación actual, entre otros.

Palabras clave: agentes biológicos, bioseguridad, riesgo biológico, exposición

POBLACIÓN

CENTROS HOSPITALARIOS

Los asuntos de seguridad y salud pueden ser atendidos de la manera más convincente en el entorno de un programa completo de prevención que tome en

cuenta todos los aspectos del ambiente de trabajo, que cuente con la participación de los trabajadores y con el compromiso de la gerencia.

La aplicación de los controles de ingeniería, la modificación de las prácticas peligrosas de trabajo, los cambios administrativos, la educación y concienciación sobre la seguridad, son aspectos muy importantes de un programa amplio de prevención, que deben cumplirse con un diseño adecuado de la instalación, así como con equipos de seguridad necesarios.

La Agencia de Seguridad y Salud Ocupacional de los Estados Unidos (OSHA), reconoce la necesidad de un reglamento que prescriba las medidas de seguridad para proteger a los trabajadores de los peligros contra la salud relacionados con los patógenos transmitidos por la sangre.

INSTRUMENTO UTILIZADOS

Cada agente, de acuerdo con sus características, utiliza una o varias de las siguientes vías de entrada al organismo para su transmisión

El Centro para el Control de las Enfermedades de Atlanta en los Estados Unidos de América (CDC), en la cuarta edición de su Manual de Bioseguridad, plantea que cada centro está obligado a desarrollar o adoptar un manual de operaciones o de bioseguridad que identifique los riesgos que se encontrarán o que puedan producirse, y especifique los procedimientos destinados a minimizar o eliminar las exposiciones a estos riesgos.

En Cuba, centros de salud del polo científico han trabajado fuertemente en el frente de la seguridad biológica; sin embargo, otras instituciones hospitalarias aún

carecen de documentos regulatorios suficientes y de medios necesarios para ofrecer un trabajo sistemático en este sentido.

DISEÑO

- Parenteral: a través de discontinuidades en la barrera que constituye la piel.
- Aérea: por inhalación a través de la boca o la nariz de aquellos agentes que se pueden presentar en suspensión en el aire formando aerosoles contaminados.
- Dérmica: por contacto de la piel o mucosas con los agentes implicados.
- Digestiva: por ingestión, asociada a malos hábitos higiénicos fundamentalmente.

CONCLUSIONES

Considerando todos los aspectos planteados, podemos decir que reviste una gran importancia el cumplimiento de las medidas de prevención, y estamos seguros de que la nueva sociedad del siglo XXI nos permitirá ver nuevos y espectaculares avances en esta dirección, movidos por un mayor conocimiento técnico, pero, sobre todo, por una cada vez mayor conciencia social y colectiva a este respecto, que ha sacado a la seguridad del ámbito puramente técnico para entronizarla, con todas sus consecuencias, dentro del más genuino concepto de calidad de vida.

INVESTIGACION Nº 2

Titulo. Normas de Bioseguridad del Ministerio de Salud Pública, Uruguay.

Autor: Dra. Jalhel Vidal, Dr. Jorge Bass, Dr. Homero Bagnulo, Lic. Enf. Pierina Marcolini Lic. Enf. (Brasil) Cándida Scarpitta, Lic. Enf. María del Carmen Gonzalez, Lic. Enf. Graciela Luzardo

RESUMEN

Las normas de bioseguridad están destinadas a reducir el riesgo de transmisión de microorganismos de fuentes reconocidas o no reconocidas de infección en Servicios de Salud vinculadas a accidentes por exposición a sangre y fluidos corporales.

- 1) Las medidas de prevención de accidentes del personal de salud que está expuesto a sangre y otros líquidos biológicos.
- 2) La conducta a seguir frente a un accidente con exposición a dichos elementos. Se debe tener presente que debido al desarrollo científico técnico se deben proveer revisiones periódicas de estas normas a los efectos de asegurar la actualización de las mismas.

POBLACIÓN

La magnitud del problema de los accidentes de exposición a sangre y fluidos corporales

Para valorar la real magnitud del problema de los AES creemos oportuno formular las siguientes interrogantes:

¿Cuál es el riesgo de adquirir la infección VIH en el medio laboral?

Los requisitos exigidos para catalogar la infección VIH como de causa laboral son muy estrictos. Hasta 1997 el CDC había registrado 88 casos seguros de infección por VIH en el medio laboral. En el Uruguay ya existe un caso confirmado.

¿Quiénes sufren estos accidentes, en qué lugar ocurren y en qué momento?

Del 65 al 70% de los accidentes ocurren en el personal de enfermería, seguido del personal de laboratorio (10-15%). Los accidentes ocurren con más frecuencia en la habitación del enfermo (60-70%), en una Unidad de Cuidados Intensivos (10-15%) fundamentalmente en caso de excitación de los pacientes al manipular jeringas y

al intentar reencapuchonar la aguja luego de su utilización (frente a estas circunstancias se recomienda siempre trabajar en equipo). En el caso de maniobras quirúrgicas los cortes con bisturí se producen al momento de pasar el instrumental.

¿Qué factores determinan la posibilidad de infección frente a un accidente laboral de exposición a sangre?

1) el volumen de fluido transfundido.

En el caso de las personas que comparten jeringas para inyectarse drogas (U DIV) es más riesgosa para la primera persona que reutiliza una aguja y jeringa determinada, que para las sucesivas personas que lo hacen.

Este volumen depende de:

- La profundidad del pinchazo.
- Del tipo de aguja (maciza, hueca y el calibre de la misma).
- Del tipo de procedimiento (punción venosa o intramuscular).
- De la utilización de guantes en el caso de un pinchazo en la mano.

INSTRUMENTO O INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Período de enfermedad:

Al principio de la infección y al final de la enfermedad los fluidos tienen mayor concentración de virus. Una vez producida la infección, pasan 3 o 4 semanas antes de que el virus alcance concentraciones importantes. Persiste 3 a 5 semanas en niveles altos y luego baja la concentración durante varios años aunque la infecciosidad se mantiene. Luego de esta latencia vuelve a aumentar la concentración hasta la muerte del paciente.

Prevalencia de la infección VIH en la población que asistimos:

En la actualidad en nuestro país la prevalencia está en el orden del 0.24% en la población laboral.

La virulencia del mismo:

Es conocida la existencia de un virus VIH 2 de menor virulencia que el VIH 1.

El tipo de accidente: la naturaleza de la exposición puede clasificarse en 4 categorías de exposición:

* Dudosa: Cualquier lesión causada con instrumental contaminado con fluidos no infectantes, o exposición de piel intacta o fluidos o sangre infectante.

* Probable: Herida superficial sin sangrado espontáneo con instrumentos contaminados con sangre o fluidos infectantes o bien mucosas expuestas a sangre o fluidos infectantes.

* Definida: Cualquier herida que sangre espontáneamente contaminada con sangre o fluidos infectantes o bien, cualquier herida penetrante con aguja u otro instrumentos contaminado con sangre o fluidos infectantes.

* Masiva: Transfusión de sangre infectada por VIH.

Inyección accidental de más de 1 ml de sangre o fluidos contaminados.

Cualquier exposición parenteral a materiales de laboratorio o de investigación conteniendo

Virus VIH.

DISEÑO

HEPATITIS B

El riesgo de adquirir una Hepatitis B en el ambiente hospitalario debe prevenirse por medio de la vacuna anti VHB. Ella permite obtener una protección eficaz en el 90-95% de las personas inmunocompetentes.

A partir de una recomendación de 1996 de la Dirección de Epidemiología de MSP (Departamento de inmunizaciones) se promueve la vacunación anti hepatitis B a los siguientes grupos de trabajadores considerados de mayor riesgo:

- personal médico y de enfermería que esté en contacto directo con pacientes, con sangre o con materiales contaminados.
- personal técnico de los laboratorios de análisis clínicos y servicios de hematología.

- personal de servicio que desempeñe tareas en salas de internación, urgencia, laboratorio, hematología o que esté expuesto a la manipulación de material contaminado proveniente de dichos servicios.

La aplicación de la vacuna se hará de acuerdo al siguiente plan:

* 1 era. Dosis.

* 2da. Dosis a los 30 días de la primera.

* 3era. Dosis a los 6 meses de la primera.

La vacuna se aplica por inyección intramuscular profunda en región deltoides.

Conducta a seguir frente a un accidente de exposición a sangre (aes) en relación al riesgo de contaminación por VHB Y VHC

Hepatitis B

La utilización de vacunas e inmunoglobulinas depende de las siguientes alternativas del agente fuente y trabajador expuesto.

Situación 1- El trabajador de la salud está correctamente vacunado: En este caso o no se recomienda ninguna profilaxis especial cualquiera sea la situación de la paciente fuente.

Situación 2- El trabajador de la salud no está vacunado:

- Si el paciente fuente es Ag Hbs positivo, inyectar gammaglobulina intravenosa de acuerdo a las especificaciones del fabricante (en los niños se debe ajustar la dosis) e inyectar también una dosis de la vacuna anti VHB.

- Si la serología VHB de la paciente fuente es desconocida y no puede conocerse en las 48 horas siguientes, inyectar las inmunoglobulinas específicas y una dosis de vacuna.

Situación 3- La serología VHB del trabajador accidentado no es conocida o la vacunación es incompleta. En este caso la conducta a seguir depende de la posibilidad de dosificar dentro de las 48 hs siguientes al accidente los Ac anti HBS del trabajador. De poderse realizar dicha dosificación se procederá de la siguiente manera:

Tasa de Ac. Anti HBS mayor de 10 U el accidentado entonces se encuentra correctamente protegido (corresponde a la situación 1 ya vista).

Tasa de Ac Anti HBS menor 10 U se procederá conforme situación 2, entendiendo que el trabajador no está protegido.

De no poderse realizar la dosificación de anticuerpos se procederá como si el trabajador no estuviera vacunado.

Hepatitis C

Para el caso de la Hepatitis C si bien el riesgo de adquirirla es significativamente menor que para la Hepatitis B, el hecho de que el 50% de los casos evolucionan a la cronicidad y su transformación en cirrosis y/o hepatocarcinoma, hacen que ésta adquiera una importancia singular para la salud pública.

Al momento actual no existe ninguna acción terapéutica específica. Sin embargo es fundamental tomar en cuenta la infección por el VHC en el marco de los AES del mismo modo que se tiene presente el VIH y el VHB.

Esto habilitará a que se puedan dar los pasos que permitan establecer precozmente el carácter de infección por accidente laboral.

CONCLUSIONES

Pinchazos y heridas* Lavar inmediatamente la zona cutánea lesionada con abundante agua y jabón. * Permitir el sangrado en la herida o punción accidental. * Realizar antisepsia de la herida con alcohol al 70% vol. (3 minutos), o alcohol yodado o tintura de yodo al 2%.* Dependiendo de tamaño de la herida cubrir la misma con gasa estéril.

Contacto con mucosas (ojo, nariz, boca).- Lavar abundantemente con agua o con suero fisiológico.- No utilizar desinfectantes sobre las mucosas.

Avisar al supervisor inmediato. Cada Institución definirá si es el Médico encargado, Jefe de Cirugía, Jefe de Laboratorio, o Licenciada en Enfermería quien registrará los datos a efectos de recabar la información necesaria para asegurar que se den todos los pasos correspondientes en forma eficiente.

En caso de corresponderle los beneficios y prestaciones del Banco de Seguros, deberá ser enviado inmediatamente al mismo a los efectos de proseguir con las medidas a tomar.

El técnico designado por la institución en el punto 2 deberá, con el asesoramiento técnico que corresponda, realizar la evaluación del tipo de riesgo generado por dicho accidente. No es conveniente que el propio trabajador accidentado sea el que realice dicha evaluación. Tienen indicación de tratamiento los accidentes por exposición laboral de las categorías definida y masiva.

Cada institución (que no le corresponda los beneficios de Banco de Seguros) tendrá la medicación disponible en todo momento para iniciar un tratamiento con tres drogas (AZT, 3TC y un inhibidor de las proteasas). Dicha medicación -se iniciará antes de 6 horas de ocurrido el accidente. (Preferente antes de las 2 horas).

Se realizará extracción de sangre para el VIH en el accidentado. En ningún caso se demorará el comienzo de la medicación por dicho examen.

Es necesario conocer el estado clínico-serológico de la paciente fuente. Si el estado serológico es desconocido, el médico prescribirá la realización de los siguientes exámenes previo consentimiento del paciente. - Serología para VIH. y Marcadores de hepatitis. En caso de no poderse evaluar el caso fuente éste debe ser considerado como positivo y procederse en consecuencia.

Se complementará el formulario de declaración de accidente laboral que se adjunta el cual se archivará en la Institución tanto pública como privada.

Comunicar el accidente al Programa Nacional de ETS-SIDA (4088296 - 4022424). A las 48 horas el médico de referencia deberá reevaluar toda la situación, teniendo en cuenta la presencia de indicadores de riesgo de infección, el conocimiento de la serología

Del paciente fuente y la tolerancia de la medicación. Con estos elementos se evaluará la pertinencia de la continuación del tratamiento iniciado durante las 4 semanas recomendadas o la interrupción del mismo en caso de no ser justificado. Desde el punto de vista médico legal 3 test de VIH son exigidos al accidentado: Una serología debe ser realizada antes del 8vo. Día del accidente. La segunda serología debe repetirse al 3er. mes y un tercer examen al 6to. Mes. Con relación a la serología para la hepatitis se deben solicitar los marcadores correspondientes.

INVESTIGACION N° 3

Titulo. Bioseguridad en hospitales y áreas de salud

Autor: Florence Nightingale

RESUMEN

Los autores describen las normas, principios, niveles de bioseguridad, criterios legales y de percepción de riesgos hospitalarios en Ecuador. Estas disposiciones tienden a ayudar a los gerentes o administrador de entidades de salud, a tener conocimiento de normas de bioseguridad, así como material de referencia para el mejor desenvolvimiento dentro de la organización de salud, conforme a manuales vigentes en el país.

Palabras claves: bioseguridad, normas, riesgo biológico, exposición.

POBLACIÓN

Se ha elaborado una clasificación de agentes biológicos sobre la base del riesgo que representan para el individuo que trabaja con ellos y para la comunidad, se han establecido 4 grupos de riesgo en orden creciente de peligrosidad

- GRUPO I: agentes con bajo riesgo para el individuo y la comunidad

- GRUPO II: agentes con moderado riesgo individual y riesgo comunitario limitado
- GRUPO III: agentes con elevado riesgo individual y bajo riesgo para la comunidad
- GRUPO IV: agentes con alto riesgo para el individuo y para la comunidad.

La bioseguridad hospitalaria a través de medidas científicas organizativas define las condiciones de contención bajo las cuales los agentes infecciosos deben ser manipulados, con el objetivo de confinar el riesgo biológico y reducir la exposición potencial de:

INSTRUMENTO O INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Uso de barreras: Usar elementos de barrera como guantes, batas, etc. para evitar la exposición directa de sangre y otros fluidos orgánicos potencialmente contaminantes

3. Medios de eliminación de material contaminado: Comprende el conjunto de dispositivos y procedimientos adecuados a través de los cuales los materiales utilizados en la atención de pacientes, sean depositados y eliminados sin riesgo. (Figura 3)

DISEÑO

La bioseguridad hospitalaria a través de medidas científicas organizativas define las condiciones de contención bajo las cuales los agentes infecciosos deben ser manipulados, con el objetivo de confinar el riesgo biológico y reducir la exposición potencial de:

1. Personal de laboratorio y/o áreas hospitalarias críticas.
2. Personal de áreas no críticas
3. Pacientes y público general, y medio ambiente.

CONCLUSIONES DEL ARTICULO

La codificación de colores permite una eficiente eliminación de desechos de acuerdo al tipo y grado de peligrosidad del residuo que se esté manejando. Ha sido normatizado por la OMS para la selección, disposición, almacenamiento y disposición final de los desechos, el cual es universalmente reconocido.

V. OBJETIVOS

a. OBJETIVO GENERAL

Determinar la percepción sobre la implementación de Bioseguridad con enfoque intercultural que presenta el personal de salud en el Hospital “Obrero 69”, Municipio de Riberalta, Provincia Vaca Diez, Beni, en la gestión 2012?

b. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

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

VII. DISEÑO METODOLOGICO

a. DISEÑO DE LA INVESTIGACION

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

b. TIPO DE INVESTIGACION

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

c. POBLACION

La población que se considero fue el 100% del personal del hospital obrero "69"; que cuenta con 95 trabajadores en total en todas sus diferentes áreas, incluyendo personal permanente y eventual, de estos por área se tomo en cuenta solo el 20 %, por trabajo específico (médicos, enfermeras, auxiliares y trabajadores)

d. MUESTRA-MUESTREO

- Para la fase cuantitativa :

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

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

- Para la fase cualitativa :

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

e. VARIABLES OBJETO DE ESTUDIO

El desconocimiento bioseguridad empleando elementos de interculturalidad en el manejo inadecuado de los residuos en el hospital 69, de la ciudad de Riberalta, haciendo que los usuarios estén en riesgo de contagiarse, lo cual repercute en la higiene y atención a la población en general.

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

¿Cuál es la percepción sobre la implementación de Bioseguridad con enfoque intercultural que presenta el personal de salud en la en el Hospital “Obrero 69”, Municipio de Riberalta, Provincia Vaca Diez, Beni, en la gestión 2012?

i. VARIABLE DEPENDIENTE

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

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

ii. VARIABLE INDEPENDIENTE

percepción sobre la implementación de Bioseguridad con enfoque intercultural

iii. RELACION DE VARIABLES

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

f. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Combinando las variables de forma adecuada fue factible, conocer y contar con un documento que sirve como herramienta útil y eficaz, en la aplicación y

cumplimiento estricto y obligatorio por el personal de la institución beneficiando a la salud y usuarios y del nosocomio. (ver anexos cuadro y cuestionario producto de dicha opeacionalización)

g. CRITERIOS DE INCLUSION

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

h. CRITERIOS DE EXCLUSION

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

j. INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE INFORMACION

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

El diseño del trabajo de investigación fue al azar divido en 4 grandes áreas como neonatología, ginecología, cirugías y emergencias, donde sirvieron como parámetros, los demás como: médicos, odontólogos, farmacia, licenciadas, auxiliares, limpieza y de apoyo en todo el hospital Obrero 69, fueron utilizados como tabulación de la información y garantizar la confiabilidad de manera al azar.

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

K. INSTRUMENTOS DE ANALISIS DE INFORMACION

Actividades	Personal responsable	Hospital "Obrero 69"	Personal y usuarios	Autoridades, Director, Sede, HAM	Administración	Cuerpo técnico
Recolecta de información: interculturalidad y bioseguridad	X			X		
Análisis de información	X			X		
Socialización en salud en el hospital obrero "69"	X		X			X
Propuesta aprobada.				X	X	
Implementado la propuesta en el hospital	X	X	X	X	X	X
Seguimiento y evaluación correspondiente a la propuesta.	X			X		X
Talleres sobre interculturalidad	X	X	X	X	X	X
Cronograma y presupuesto				X	X	
Seguimiento y evaluación	X					X

I. FASES DE LA INVESTIGACIÓN

Fase	Actividades	2011					
		Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
II	Se ha conforma espacio de talleres en	XX					

	interculturalidad con participación del personal del hospital obrero "69"						
II	Se ha consensuado un cronograma y asignado responsabilidad de facilitadores del tema de interculturalidad.		X				
II	Se ha gestionado un financiamiento para el desarrollo de talleres propuestos en la ciudad de Riberalta.		X	X			
II	Se ha implementado los talleres planificados.			XX	XX		
II	Se ha realizado el seguimiento y evaluación correspondiente a los talleres.				XX		
II	Se ha realizado el seguimiento y evaluación correspondiente a la propuesta.					XXX	XXX

m. METODICA DE LA INVESTIGACION

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

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

Normas de bioseguridad

- Uso de uniforme completo (mandil gorro, barbijo, guantes)
- Tener las uñas cortadas
- El cabello debe estar bien recogido y dentro del gorro.
- Lavarse las manos antes de colocar los guantes y después de manipular los alimentos.
- Usar guantes desechables para preparación de alimentos
- Usar guantes de goma para la limpieza
- Desechar los alimentos que se encuentran en descomposición en basureros de desechos infecciosos.
- Eliminar los desechos de alimentos que vienen de pacientes y de corredor en basurero de desechos infecciosos, no deben ser llevados a domicilio
- En caso de presentar enfermedades como diarreas, infecciosas respiratorias debe comunicarse a su inmediato superior
- Los vasos desechables deben ser eliminados en basureros infecciosos y no ser llevados a domicilio.

Estos fueron parámetro y herramientas en esta investigación.

De la misma manera el manejo de los residuos se realizó la concientización en el manejo adecuado de los residuos, para ello se los clasificados de la siguiente manera:

7.1. MANEJO ADECUADO DE RESIDUO

1. residuos infecciosos.
 - Heces
 - Piezas quirúrgicas
 - Placenta
 - Gasas
 - Algodones
 - Muestras de TB
 - Vacunas vencidas
 - Émbolos de jeringas

- Equipos de sueros.

Corto punzantes

- Agujas sin capuchón
- Lancetas, porta objeto
- Bisturís cubre objeto
- Pipetas
- Agujas hipodérmicas

Residuos especiales

- Botellas de inyectables
- Fármacos vencidos
- Termómetros rotos
- Placas radiográficas
- Pilas

Residuos Comunes

- Comidas, botellas
- Cartones, frascos de shampoo, Vinagres
- Papeles, lotas
- yeso sin sangre
- Vendas sin sangre
- Capuchón de agujas

Estos fueron criterios e indicadores, que se constituyeron en el elemento decisivo en el monitoreo y evaluación de las variables y en la obtención de los datos en sus diferentes áreas y fases.

En hospital obrero “69” cuenta con las señales que revelan los cambios ocurridos en determinadas condiciones e intervenciones. Además aportan pruebas en eventos y programa demostrando logros de sus objetivos planteados. Como por ejemplo indicadores de pertinencia, rendimiento y de éxito.

La selección de los indicadores durante la fase de formulación de las preguntas de las encuestas y de su implementación de interculturalidad en bioseguridad en salud en el hospital obrero 69.

Donde se partió de la siguiente interrogante, como premisa:

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

Tipos y fuentes de datos necesarios

El tipo de información necesaria para poder cumplir con los objetivos y propósitos de la investigación en la obtención de los datos en el Hospital Obrero “69”, en la ciudad de Riberalta, fue a todo el personal de la institución de salud como ser: enfermeras, médicos, administrativos, odontólogos, auxiliares, limpieza y apoyo, donde previamente se socializo y se dio a conocer los objetivos de la investigación que se iba a efectuar para lograr un empoderamiento del personal.

Métodos y frecuencia de la recopilación de datos

El método que se aplico en el estudio de investigación fue participativo, donde todos y cada uno los de actores de salud del hospital, los cuales fue a través de

instrumentos sencillos como: encuestas y entrevistas abiertas y cerradas, con la única finalidad de recopilar la mayor información y confiabilidad de las mismas.

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

Responsables de la recopilación y análisis

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

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

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

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

Fuente a recopilar 1- 4 Información no contempladas

n. CUESTIONAMIENTO ETICO

El trabajo se realizó bajo estricto y control en sus diferentes etapas, para poder lograr resultados óptimos y confiables garantizando un documento confiable que beneficie y sirva como herramienta del hospital Obrero 69, de igual manera como satisfacción personal e institucional sin menospreciar lo que se cuenta en el hospital Obrero, para esto se tomo en cuenta los permisos correspondientes institucionales e individuales (aceptación verbal y escrita de cada uno de los participantes de este trabajo de investigación)

o. PRESUPUESTO

Actividades del Objetivo 1	Tareas	Fecha	Costo \$US
A	Recolección de datos de interculturalidad	2-3/E	60
	Recolección de información de relevante	3-4/E	50
B	Entrega de fotocopias de documentación al personal del hospital	2/F*	60
	Taller de revisión y análisis de lo recopilado	3/F	100
C	Taller de elaboración de propuesta consensuada de interculturalidad en el hospital	1/M	100
D	Invitación a miembros del equipo revisor OTB, comité de vigilancia, municipal para presentación de propuesta.	3/M	20

e	Elaboración didáctica de metodología a socializar	3-4/A	150
	material de escritorio de apoyo	3/M	200
	material de apoyo logístico socialización de la propuesta 8 grupos	JJSON JJASON	350
f	Seguimiento de tareas	JJASON	800
	Evaluación trimestral	JASD	400
Total			2.290

* = Numero de semanas Letra mayúscula representa el mes

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

	8 grupos	JJASON	800
F	Seguimiento de tareas Evaluación trimestral de tareas	JJASON AJSD	100 400
Total			3.355

q. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES GESTIÓN 2011

Fase	Actividades	Septiembre	Octubre
I	Recopilar información sobre interculturalidad y elementos de bioseguridad	XXX	
I	Revisado y analizado la información recopilada, por el equipo del hospital obrero		XX
I	Se cuenta con la propuesta para lograr la interculturalidad en el hospital obrero "69"		XXXX
I	Presentado y aprobado la propuesta en la institución.	XXX	
I	Implementado la propuesta en el hospital		XXXX
I	Seguimiento y evaluación de la propuesta.		

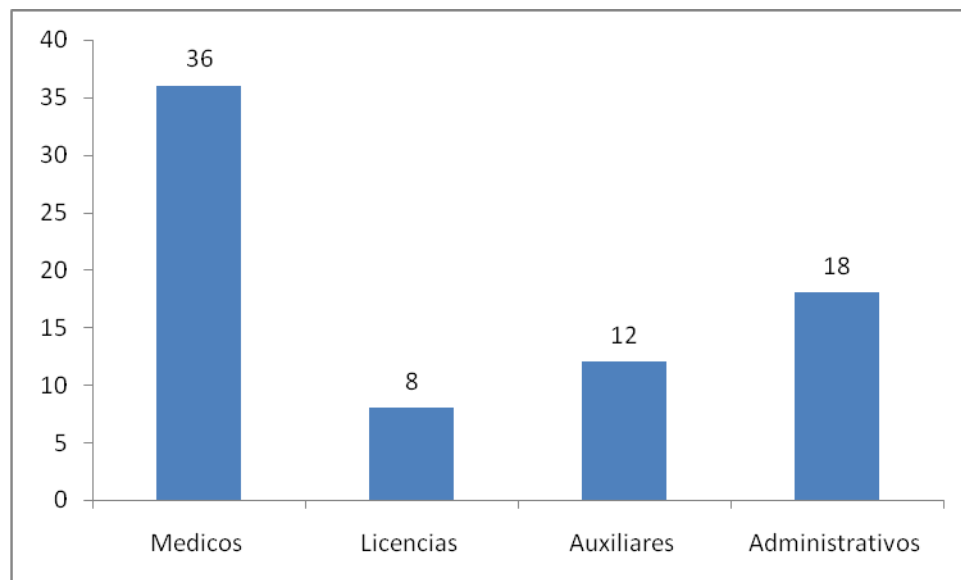
Fase	Actividades	Septiembre	Octubre Agosto
II	Conformación espacio de talleres en interculturalidad con participación del personal del hospital obrero "69"	XX	

II	Consenso y cronograma y responsabilidades, facilitadores del tema de interculturalidad.		XXXX
II	Financiamiento, recursos económicos talleres hospital.		XXXX
II	Implementación, talleres planificados.		XXXX
II	Seguimiento y evaluación talleres		XXXXX
II	Seguimiento y evaluación a la propuesta.		

VIII. RESULTADOS CUANTITATIVOS

Culminado el trabajo de investigación se obtuvo los siguientes resultados:

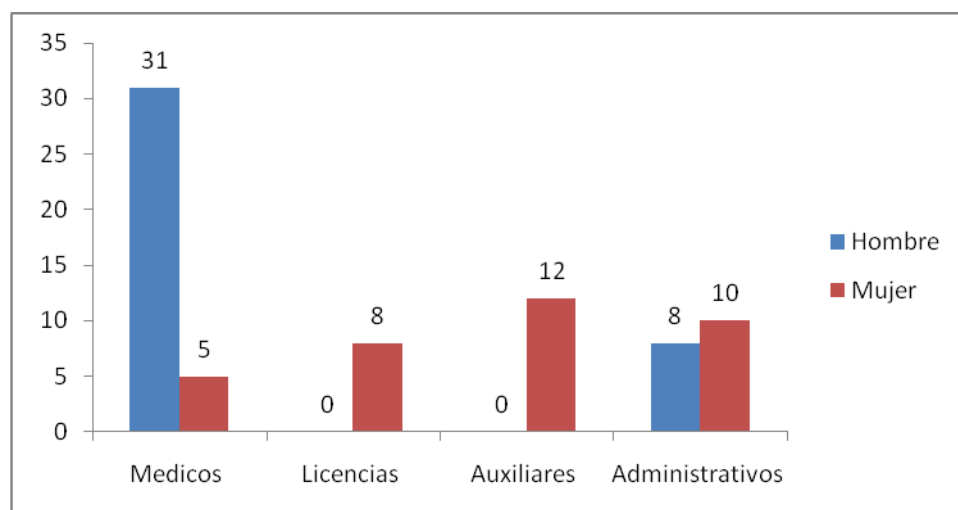
Figura N°1. Categorías de grupos focales (Médicos – licenciadas) y (Auxiliares – administrativos)



(Fuente, Hospital Obrero, 2011)

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

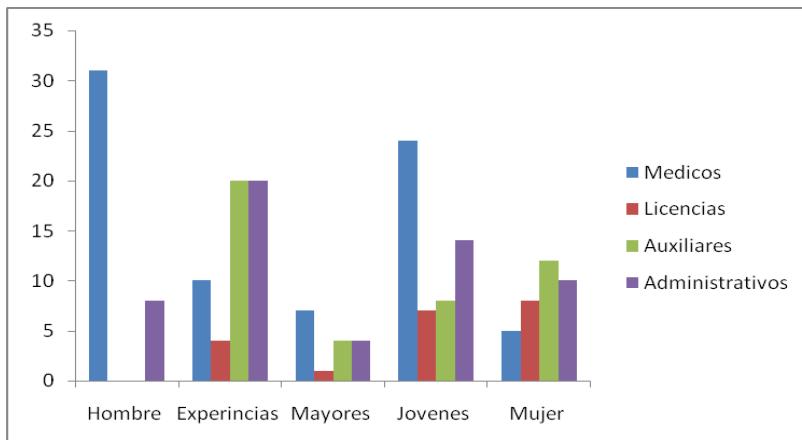
Figura N° 2. Personal del hospital Obrero “69” Por género



(Fuente, Hospital obrero, 2011)

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

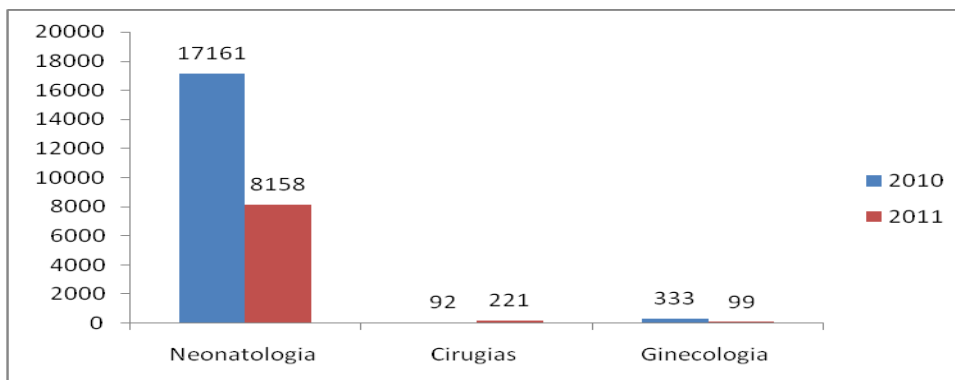
Figura N° 3. Grupos focales en función a la experiencia, edades y género



(Fuente Depto. Estadística hospital, 2011)

La figura 3. Muestra que no existen licenciados ni auxiliares varones en el hospital obrero “69”, Mientras que en la experiencia presentan una mayor numero en los auxiliares y administrativos, para un mejor entendimiento se consideró personal mayor a aquellos que pasan los 40 años de edad, donde se presenta que el hospital cuenta con personal antiguo, seguido por los administrativos, posteriormente las licenciadas y finalmente se verifica que en una gran proporción el personal del hospital es femenino, asumiendo en primera posición las auxiliares, seguido por las administrativos, posteriormente las licenciadas y por último los médicos.

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



(Fuente Hospital Obrero, 2011)

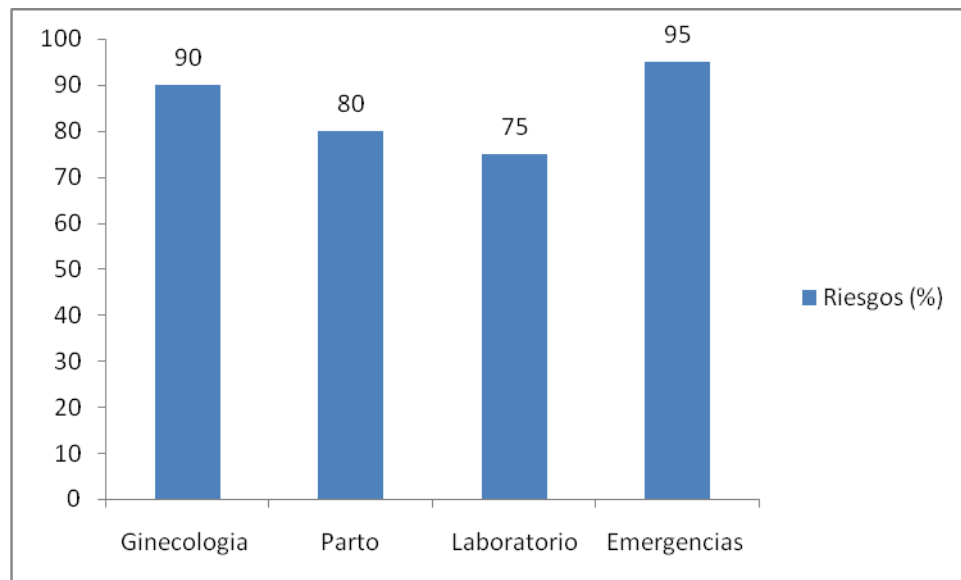
La figura 4. Muestra el comportamiento del flujo de pacientes en las diferentes especialidades atendidas con más frecuencias en las gestiones 2010- 2011. Donde se evidencia que la especialidad más frecuente es neonatología con un comportamiento dinámico en relación a la gestión 2010, con relación al primer trimestre de la gestión 2011. Seguido por la especialidad de ginecología es directamente proporcional a la de la gestión 2010 en relación al primer trimestre de la gestión 2011 y por último se cuenta con un personal altamente capacitado tal como muestra el bajo número de atención en cirugías en el hospital obrero”69”

Tabla N°1. Manejo de los residuos en el Hospital Obrero “69”

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

La tabla 1. Muestra la forma como se manejan los diferentes tipos de residuos en el hospital Obrero “69” desde los residuos infecciosos hasta los más comunes.

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



La figura 5. Muestra el peligro latente y constante al que está expuesto el personal de salud ya sea este profesional o de limpieza con la presencia constante de este tipo de residuos en el hospital obrero “69”, tal como muestra los profesionales responsables en la atención de emergencias son los más desprotegidos por que no se tiene la oportunidad de realizar las precauciones de manera inmediatas porque son pacientes que requieren atención inmediatas siendo el riesgo mayor, seguido por ginecología que también indican que se encuentran en constante peligro porque no se cuentan con los laboratorios con tecnología de punta, que en momento menos pensados se pueden encontrar con enfermedades infectocontagiosas desconocidas, al igual que sección de partos, y finalmente los laboratoristas se encuentran de igual forma en zona roja, por la falta de equipos e infraestructura adecuada como aire acondicionados por las altas temperaturas presentes en la zona

Tabla Nº 2 Comparación de la atención de pacientes del hospital por áreas.

Prueba de muestras relacionadas

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

(Fuente Propia, 2012)

La tabla Nº 2 muestra la comparación que existe entre el nivel de conocimiento sobre bioseguridad donde se evidencia que realizando la interpretación de los datos obtenidos en el hospital Obrero 69, indica que el estudio tiene un gran impacto por el alto índice de desconocimiento.

VIII. RESULTADOS DE FASE CUALITATIVA

1. Ante la pregunta ¿Cuánto tiempo dedica a lavarse las manos?; contestaron de la siguiente forma:
 - a) MÉDICO AA: “Yo utilizo desde 30 segundos 1 minuto para lavarme las manos, cuando es necesario”.
 - b) LICENCIADA BB: “yo siempre realizo el lavado clínico, que es de cinco minutos, siempre que hago un procedimiento y mas si debe atender a un paciente ”.
 - c) ADMINISTRATIVO CC”no tenemos la menor idea, solo se que debemos lavarnos las manos para no contagiarnos alguna enfermedad”
 - d) AUXILIAR DD “cuanto mas tiempo es mejor, creo que esta entre 1 minuto a cinco minutos antes de tocar un paciente”

2. Ante la pregunta ¿Dónde colocan sus agujas y quien realiza la limpieza cuando hay algún tipo de sustancia, secreción u otros ?; contestaron de la siguiente forma:
- a) MÉDICO AA: “generalmente solo entregamos a la s licencias o a las auxiliares, quienes se encargan de ver quien hace la limpieza”.
 - b) LICENCIADA BB: “siempre utilizamos frascos para este tipo de elementos, siempre que hay algo en el suelo normalmente llamamos a los de servicio para su limpieza, algunos de ellos saben lo que hacen pero creo que algunos no lo hacen bien, hay lugares que están sucios ”.
 - c) ADMINISTRATIVO CC”no se donde se coloca, creo que son en frascos de bioseguridad, generalmente nosotros limpiamos lo que esta sucio, nos hace falta saber mas de bioseguridad”
 - d) AUXILIAR DD “nos han capacitado para usar frascos incluso los de coca cola, que son duros, generalmente apoyamos en la limpieza ”
3. Ante la pregunta ¿utiliza cepillos para realizar el lavado de manos quirúrgico ò clínico y que utilizan para esta limpieza?; contestaron de la siguiente forma:
- a) MÉDICO AA: “si definitivamente, ya que me permite así tener mayor seguridad de la limpieza de mis manos para operar o para cualquier procedimiento quirúrgico, al mismo tiempo siempre usamos jaboncillo ya sea en barra o en líquido”.
 - b) LICENCIADA BB: “si lo usamos siempre que hacemos procedimientos quirúrgicos, usamos no solo jaboncillo común sino con antisépticos”.
 - c) ADMINISTRATIVO CC ”no usamos cepillos, pero para la limpieza si usamos jaboncillos y agua, con mucho espuma”
 - d) AUXILIAR DD “si siempre lo hacemos, por que así nos han enseñando y así practicamos, siempre usamos jaboncillo y agua ”

4. Ante la pregunta ¿conoces la clasificación de los desechos del hospital y sabes cual es porcentaje de concentración del hipoclorito que usas diariamente?; contestaron de la siguiente forma:

- a) MÉDICO AA: “no conozco muy bien, creo que son infecciosas y comunes, no estoy seguro por que yo no manejo eso lo hacen las licenciadas”.
- b) LICENCIADA BB: “si, son orgánicos e inorgánicos, siempre usamos 1,20 cc. o 1 en 10 ”.
- c) ADMINISTRATIVO CC”no se, creo que es orgánico y no orgánico, la concentración no la conozco, nosotros no usamos , ya esta preparado”
- d) AUXILIAR DD “si, son tóxicos y orgánicos, para esto se utiliza 60 ml. en 1 litro, así es ”

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

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

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

- d) AUXILIAR DD “si, en actividades variadas, estoy hace algún tiempo, mas o menos tres años trabajando en esto ”
6. Ante la pregunta ¿conoces las normas de bioseguridad que rigen al hospital 69, las cumples o existe algún tipo de inconveniente?; contestaron de la siguiente forma:
- a) MÉDICO AA: “si, aunque deberíamos actualizarnos mas por que cada año se aprende mas y mas, el mayor inconveniente es que debemos tener mas contacto con otras ciudades y otros hospitales”.
 - b) LICENCIADA BB: “conozco, por que formo parte del comité, pero creo que deberíamos actualizarnos aun mas, sobretodo en procedimientos de enfermería, deberíamos tener talleres sobre este y otros aspectos ”.
 - c) ADMINISTRATIVO CC”no conozco mucho sobre estas normas solo las que nos enseñaron ya hace casi dos años y medio, pero se que algunos no recibieron este conocimientos”
 - d) AUXILIAR DD “nuestro deseo es conocer mas sobre esto, es muy importante que nos consideren para estos talleres ”
7. Ante la pregunta ¿conoces las normas de bioseguridad que rigen al hospital 69, las cumples o existe algún tipo de inconveniente?; contestaron de la siguiente forma:
- a) MÉDICO AA: “si, aunque deberíamos actualizarnos mas por que cada año se aprende mas y mas, el mayor inconveniente es que debemos tener mas contacto con otras ciudades y otros hospitales”.
 - b) LICENCIADA BB: “conozco, por que formo parte del comité, pero creo que deberíamos actualizarnos aun mas, sobretodo en procedimientos de enfermería, deberíamos tener talleres sobre este y otros aspectos ”.
 - c) ADMINISTRATIVO CC”no conozco mucho sobre estas normas solo las que nos enseñaron ya hace casi dos años y medio, pero se que algunos no recibieron este conocimientos”

- d) AUXILIAR DD “nuestro deseo es conocer mas sobre esto, es muy importante que nos consideren para estos talleres ”
8. Ante la pregunta ¿Cuáles son los materiales que utiliza de rutina y que cree que se deba implementar?; contestaron de la siguiente forma:
- a) MÉDICO AA: “conocemos todos los materiales que se deben utilizar, ya que desde que se implemento los usamos, aunque cada día debemos conocer mas para si evitar enfermedades”.
- b) LICENCIADA BB: “conozco, por que formo parte del comité, pero creo que deberíamos ser capacitadas aun mas, no tenemos contacto con otros comités que se dediquen a esto ”.
- c) ADMINISTRATIVO CC”no conozco mucho sobre el uso de estos equipos, pero si quisiera conocer mas ,se que algunos no recibieron este conocimientos”
- d) AUXILIAR DD “nuestro deseo es conocer mas sobre esto, es muy importante que nos consideren para estos talleres ”
9. Ante la pregunta ¿desde hace cuanto tiempo no han sido capacitados en bioseguridad e infecciones intra hospitalarias?; contestaron de la siguiente forma:
- a) MÉDICO AA: “desde hace mas o menos dos años, si no me equivoco”.
- b) LICENCIADA BB: “desde hace algún tiempo, no recuerdo, aunque oficialmente nos capacitan para este tipo de actividades ”.
- c) ADMINISTRATIVO CC”desde hace 6 años que no nos capacitan, pero si deberían haber mas de estos cursos taller”
- d) AUXILIAR DD “no recuerdo aun, pero ha pasado mucho tiempo ”
10. Ante la pregunta ¿Cuánto conoces sobre infecciones intra hospitalarias y para qué crees que sirva ?; contestaron de la siguiente forma:

- a) MÉDICO AA: “son infecciones que se producen por el contagio de microbios dentro de los predios de un hospital, provoca muertes en niños y sobretodo en mujeres”.
- b) LICENCIADA BB: “hemos sido capacitadas para manejar estas enfermedades que se dan por la falta de limpieza sobretodo en las manos, mueren mucho niños por culpa de estas enfermedades”.
- c) ADMINISTRATIVO CC”no conozco mucho sobre esto, pero me han contado que produce muertes, que son peligrosos no solo para los pacientes sino para nosotros”
- d) AUXILIAR DD “las licenciadas nos han enseñando, que son enfermedades que se provocan luego de que un paciente ingresa al hospital y pasa unos días, es muy peligroso ”

ANALISIS GRUPAL CONCLUSIVO

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

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

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

IX. CONCLUSIONES

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

- Los dos grupos focales, el primero conformados por (médicos - enfermeras) y (auxiliares y administrativos), evidenciándose que existe diferencias significativas con 36 médicos en relación a la 8 licenciadas existentes que trabajan en el hospital, el otro grupo administrativo con 18, y auxiliares 12
- El hospital tiene un número mayor de personal que son hombres (86.11%) y el (13.89%) son mujeres en el personal médico, mientras que licenciadas y auxiliares son el 100% son mujeres, y el área administrativo el (55.56%) es hombres y mujeres el (44.44%).
- En el hospital obrero no existe licenciados y auxiliares varones, y presenta un personal con especialidades que tiene experiencia laboral, pero desconociendo el tema de bioseguridad e interculturalidad
- El comportamiento de pacientes atendidas más frecuentes en las gestiones 2010- 2011. Evidenciándose la especialidad de neonatología siendo más dinámica la gestión 2010, debido a que solo 2011 es un trimestre. En segundo esta ginecología y por último las cirugías, demostrando que existe personal especializado debido a bajo número de estas en el hospital obrero”69”
- El nivel de conocimiento sobre bioseguridad se evidencia en el hospital Obrero 69, para ello se aplicó análisis de varianzas ANOVA, para muestras relacionadas con una probabilidad de $P < 0.05$; encontrados probabilidades $P < 0.0202$ y $P < 0.016$; indicando que existe diferencias significativas.

Confirmando que poco personal tiene conocimiento sobre el tema interculturalidad, donde el personal con mayor desconocimientos podría ser por ser personal joven como son las (Licencias–odontólogos) con 6.724, Y (Auxiliares–Farmacia) con 8.084, Finalmente el personal (Limpieza - apoyo) 9.909, por ello es importante este estudio para el hospital Obrero “69”.

- El personal del hospital se encuentra en peligro es constante al estar expuesto todo el personal de salud, ya sea este profesional o de limpieza en el manejo de los residuos con la presencia constante de este tipo de residuos en el hospital obrero “69”, otra situación no solo es el personal sino toda la población porque se desconoce el destino final de estos residuos que son transportados por empleados del municipio o son disgregados por animales que se dan cita a los basureros municipales, de igual forma existe niños y persona de la tercera edad, que realiza el recojo de objetos, en los basureros, que no están excepto de contagiarse y ser focos latentes de infección para la población de Riberalta.
- Por otra parte en los grupos focales, se evidencio que pese al desconocimiento parcial de esta temática , existe la predisposición de adaptar sus creencias al concomiendo nuevo de bioseguridad, pero respetando saberes antiquísimos, se dieron cuenta al escucharse que se debe implementar alguna medida para evitar este tipo de problema, y existe la predisposición de trabajar en este proceso.

XI. RECOMENDACIONES

- Se debe realizar la capacitación y monitoreo de manera continua al personal sobre el manejo adecuado de todos los utensilios que se manejan en el hospital en el hospital Obrero 69.

- Coadyuvar con el personal administrativo y médicos para que estos sean un efecto multiplicador de capacitación sobre Bioseguridad con interculturalidad en el nosocomio y la sociedad en su conjunto.
- Ningún área es independiente todas son importante en proceso de concienciación sobre la temática de Bioseguridad, para el funcionamiento del adecuado y cumplimiento de las normas básicas el hospital Obrero 69, que con seguridad mejorara su atención a los usuarios.
- Se debe considerar los resultados y aplicarlos en el funcionamiento del hospital como prevención y control, ya está en manos de los propios funcionarios, en cada uno en el área que desempeña, con eficacia y eficiencia en el manejo de los utensilios, lo que reducirá los riesgos de contaminación de patógenos, repercutiendo en beneficio de la población.
- Que se realice el seguimiento en el monitoreo con otras gestiones para comparar las gestión 2010 y 2011, con otras investigadas diferentes a neonatología; cirugía, Ginecología y emergencias.
- De debe coadyuvar con la autoridades locales, departamentales, nacionales e internacionales, porque se ha demostrado que el manejo de los residuos, no solo es responsabilidad del personal de salud, viéndose que está en otros también, tal en caso de reducir la extrema pobreza que es función del estado plurinacional de Bolivia.

XII. BIBLIOGRAFA

- Mercado FJ, Lizardi A, Villaseñor M. Investigación cualitativa en América Latina: Perspectivas críticas en salud. En: Mercado FJ, Gastaldo D, Calderón C. coordinadores. Paradigmas y diseños de investigación

cualitativa en salud. Una antología Iberoamericana. Guadalajara: Universidad de Guadalajara; 2002.

- Mercado FJ, Robles L, Ramos I, Torres T, Alcántara E, Moreno N. La trayectoria de los enfermos con diabetes en el sector popular de Guadalajara. En: Mercado FJ, Robles L. Compiladores. Investigación cualitativa en salud. Perspectivas desde el occidente de México. Guadalajara: Universidad de Guadalajara; 1998. p. 223-46.
- Mercado FJ, Ramos I, Valdéz E. La perspectiva de enfermos crónicos del sector popular sobre la atención médica. *CadSaúde Pública* 2000; 16: 109-18.
- Mercado FJ, Alcántara E, Lizardi A, Benitez R. Utilización de los servicios de salud en México: perspectivas de los individuos con diabetes (en prensa).
- Mercado F.J, El proceso de análisis de los datos en una investigación sociocultural en salud. En: Mercado FJ, Torres TM. compiladores. Análisis cualitativo en salud. Teoría método y práctica. Guadalajara (México): Universidad de Guadalajara/ Plaza y Valdés; 2000. p. 47-72.
- Menéndez EL. El punto de vista del actor: homogeneidad, diferencia e historicidad. *Relaciones* 1997; 69: 237-70.
- Todorov T. La conquista de América. El problema del otro. México: Siglo Veintiuno; 1987.
- Rodríguez G, Gil J, García E. Metodología de la investigación cualitativa. Málaga: Ed. Aljibe; 1996.
- Mercado FJ, Entre el infierno y la gloria. La experiencia de la enfermedad crónica en un barrio urbano. Guadalajara: Universidad de Guadalajara; 1996.

XIII. ANEXOS

ENCUESTA

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

FECHA.....

DATOS GENERALES DEL PERSONAL:

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

EDAD:.....AÑOS

SEXO: FEMENINO MASCULINO

PROFESION U OCUPACIÓN:

PROCEDENCIA O LUGAR DE ORIGEN.....

ESTADO CIVIL:

SOLTERA

MADRE SOLTERA

CASADO(A) - CONVIVIENTE

SEPARADA –DIVORCIADA

Nº DE HIJOS:.....

REALIZA OTRA ACTIVIDAD QUE LE GENERE INGRESO ECONÓMICO

NO

SI

MENCIONELA.....

ENTREVISTA

Normas de Bioseguridad

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

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

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

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

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

NO SI ¿CUAL?.....

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

DESATORADOR

CONTENEDOR GRANDE CON TAPA

SUSTANCIAS DESINFECTANTES LIMPIEZA

GALONERAS PARA DESHECHOS PUNZO CORTANTES

BOTIQUIN DE PRIMEROS AUXILIOS

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

SI

NO

7.- ¿QUÈ CREE QUE DEBE IMPLEMENTARSE?

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

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

HACE 1 MES

HACE 6 MESES

MAS DE 2 AÑOS

NUNCA ME CAPACITARON

FRECUENTEMENTE ME CAPACITO POR MI CUENTA

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

SI

NO

¿PORQUE?.....

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

SI

NO

MÁS O MENOS

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

SIEMPRE CASI SIEMPRE
A VECES NUNCA

EFFECTIVIDAD

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

.....
.....

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

SI NO

PORQUÈ?.....

CONCEPCIONES

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

.....
.....

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

SI NO

PORQUÈ?.....

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

.....
.....

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

.....
.....

PROACTIVIDAD

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

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

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

SI NO

¿PORQUÉ?.....

EFICACIA

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

.....

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

SI NO

¿PORQUÉ?.....

GRUPO FOCALES (MEDICOS – LICENCIADAS)

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

.....

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

.....

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

.....

4. ¿QUE SUSTANCIAS UTILIZAN PARA LAVARSE LAS MANOS?

.....

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

.....

6. COMO CLASIFICAN LOS DESECHOS

.....

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

.....

GRUPO FOCALES (AUXILIARES – ADMINISTRATIVOS)

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

.....

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

.....

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

.....

11. ¿QUE SUSTANCIAS UTILIZAN PARA LAVARSE LAS MANOS?

.....

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

.....

13. COMO CLASIFICAN LOS DESECHOS

.....

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

.....

Para Grupo focal N° 1

MEDICOS Y LIC., ENFERMERIA

Nº. PARTICIPANTES.....

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Grupo Focal N°2

AUXILIARES Y ADMINISTRATIVOS

Nº PARTICIPANTES

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

.....

.....

.....

.....

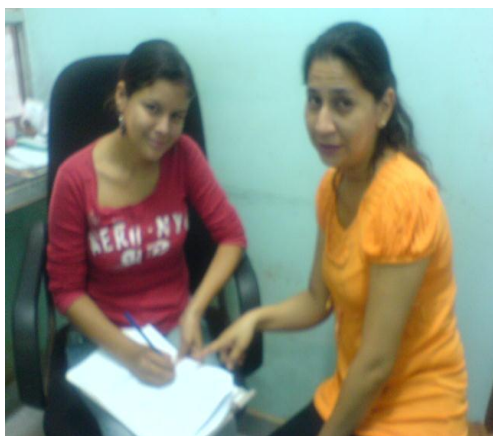
.....

.....

.....

.....

Fotos



Fuente propia KCC/2012

Normas internacionales para la eliminación de basuras por medio de bolsas de colores

1. Color verde: desechos ordinarios no reciclables. (Figura 4)
2. Color rojo: desechos que implican riesgo biológico. (Figura 5)



Figura 2 Ejemplos de equipos de bioseguridad

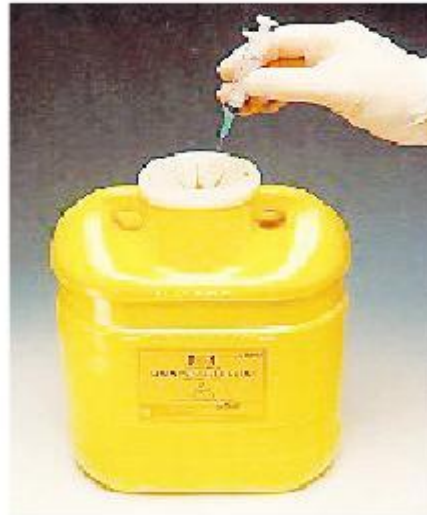


Figura 3. Recolectores de elementos corto punzantes



Figura 4: Fundas de color verde: desechos ordinarios no reciclables



Figura 5: Fundas de color rojo: desechos que implican riesgo biológico



UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRES
FACULTAD DE MEDICINA ENFERMERÍA NUTRICIÓN Y
TECNOLOGÍA MÉDICA
UNIDAD DE POSTGRADO

ESPECIALIDAD EN INTERCULTURALIDAD Y SALUD

PROPUESTA DE INTERVENCION
Mane'ho hogue

**“PROGRAMA INSTITUCIONAL “MANOS LIMPIAS, MANOS CON
SALUD”, EN EL HOSPITAL OBRERO 69,
RIBERALTA GESTION 2013”**

Postulante Especialidad:
Lic. Karla Castro Cardozo.

TUTOR:
DR. JOSE A ZAMBRANA TORRICO

Riberalta , Beni - BOLIVIA

GESTION 2012

INDICE

- I. INTRODUCCION**
- II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:**
- III. SOPORTE TEORICO:**
- IV. JUSTIFICACION:**
- V. OBJETIVOS DEL PROYECTO**
 - a. OBJETIVO GENERAL.**
 - b. OBJETIVO ESPECÍFICO**
- VI. METODICA (ML)**
- VII. ANALISIS DE FACTIBILIDAD:**
 - a. ANALISIS DE VIABILIDAD:**
 - b. ACTIVIDADES**
 - c. TAREAS**
 - d. METAS**
 - e. METODOS Y TECNICAS**
 - f. RECURSOS**
 - g. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES**
 - h. FINANCIADORES**
 - i. SEGUIMIENTO EVALUACION**
 - j. DIFICULTADES**
- VIII. PLAN DE SOSTENIBILIDAD**

IX. PRESUPUESTO:

X. BIBLIOGRAFIA

XI. ENLACES O LINKS DE APOYO

XII. ANEXOS

I. INTRODUCCION

La falta de conocimiento en la atención del paciente donde no se tiene una visión de interculturalidad en salud en el hospital obrero “69” y la poca motivación por parte de la institución al personal en el tema de interculturalidad en salud, hace aun más la imperiosa necesidad de relacionar al personal- paciente y población de Riberalta. Otro problema es la falta de coordinación y apoyo de parte de la institución como es el ministerio de salud y deporte es una de los problemas detectados, y de carecer de estrategias y políticas publicas concretas de interculturalidad en salud.

La metodología que se aplicara será organizativa participativa para poder paliar la falta y ausencia de conocimiento de interculturalidad en el hospital obrero “69” en salud en el manejo de bioseguridad en este nosocomio; en el municipio de Riberalta, Provincia Vaca Diez, Departamento; Beni; donde se hará conocer la importancia de interculturalidad en las diferentes áreas del hospital “69”. Para incursionar la interculturalidad, se revisara información y se consensuara y puesta a consideración a el equipo del hospital Obrero “69”.

Una vez verificada la propuesta será puesta a consideración y aprobación por las instancias correspondiente. Que será útil para la institucional en el ámbito institucional y la red de salud de Riberalta. Los medios de verificación será a través de Documentos, entrevistas, encuestas y la evaluación será por el consejo de salud del hospital, la cual se financiara a través del hospital.

Con la siguiente propuesta se pretende obtener resultados como:

- I. Mejorar el nivel de conocimiento de interculturalidad en el personal del hospital Obrero “69” sobre la temática de Bioseguridad.
- II. Socializar la diversidad interculturalidad en el personal del hospital como por ejemplo los administrativos, médicos, licenciadas, enfermeras odontólogos y de limpieza, etc.

- III. Incentivar la relación de las áreas y conocimientos sobre interculturalidad desalad por el personal del hospital.
- IV. Mejorar el comportamiento y funcionamiento del hospital Obrero 69, en las condiciones actuales sobre la interculturalidad en salud.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

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

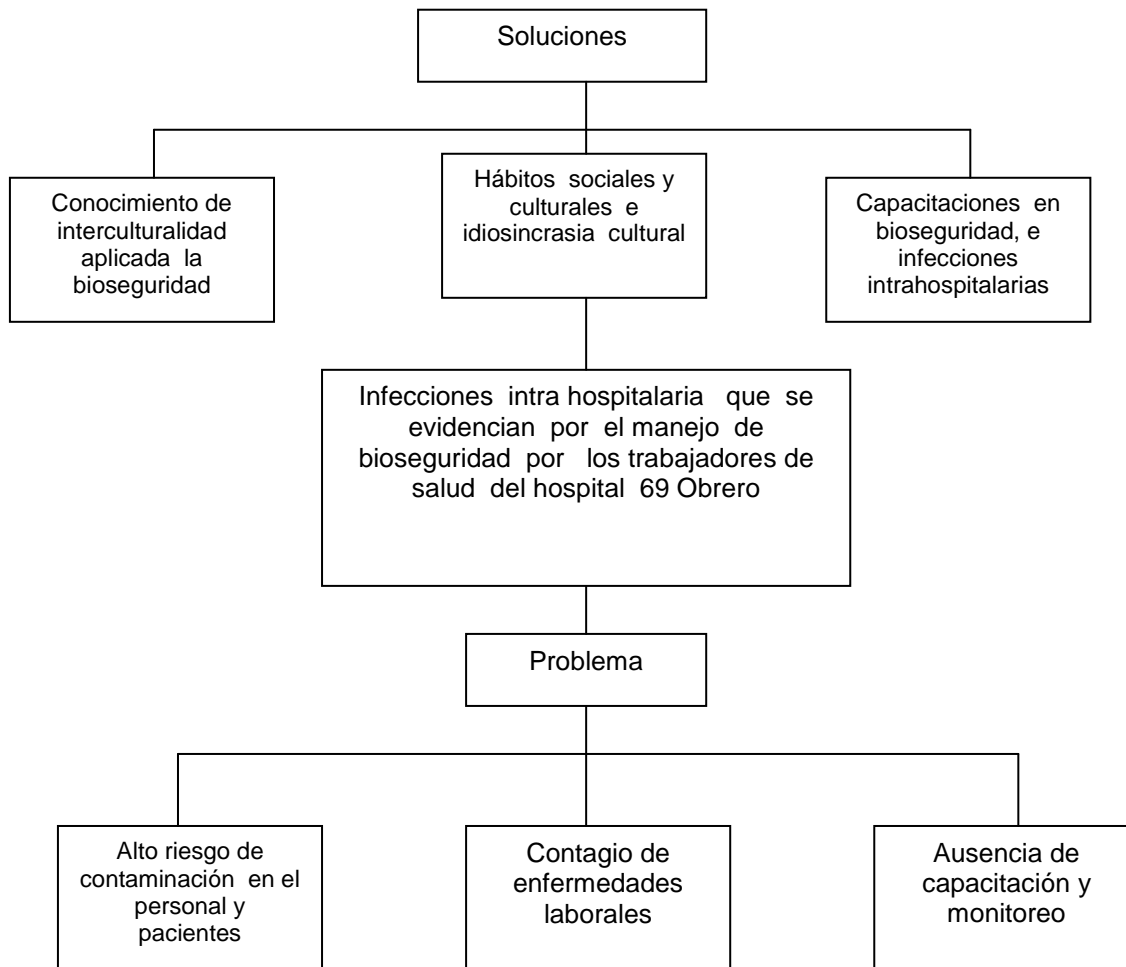
- El hospital tiene un número mayor de personal que son hombres (86.11%) y el (13.89%) son mujeres en el personal médico, mientras que licenciadas y auxiliares son el 100% son mujeres, y el área administrativo el (55.56%)es hombres y mujeres el (44.44%).
- En el hospital obrero no existe licenciados y auxiliares varones, y presenta un personal con especialidades que tiene experiencia laboral, pero desconociendo el tema de bioseguridad e interculturalidad
- El comportamiento de pacientes atendidas más frecuentes en las gestiones 2010- 2011. Evidenciándose la especialidad de neonatología siendo más dinámica la gestión 2010, debido a que solo 2011 es un trimestre. En segundo esta ginecología y por último las cirugías, demostrando que existe personal especializado debido a bajo número de estas en el hospital obrero”69”
- El nivel de conocimiento sobre bioseguridad se evidencia en el hospital Obrero 69,para ello se aplicó análisis de varianzas ANOVA, para muestras relacionadas con una probabilidad de $P < 0.05$; encontrados probabilidades $P < 0.0202$ y $P < 0.016$; indicando que existe diferencias significativas. Confirmando que poco personal tiene conocimiento sobre el tema

interculturalidad, donde el personal con mayor desconocimientos podría ser por ser personal joven como son las (Licencias–odontólogos) con 6.724, Y (Auxiliares–Farmacia) con 8.084, Finalmente el personal (Limpieza - apoyo) 9.909, por ello es importante este estudio para el hospital Obrero “69”.

- El personal del hospital se encuentra en peligro es constante al estar expuesto todo el personal de salud, ya sea este profesional o de limpieza en el manejo de los residuos con la presencia constante de este tipo de residuos en el hospital obrero “69”, otra situación no solo es el personal sino toda la población porque se desconoce el destino final de estos residuos que son transportados por empleados del municipio o son disgregados por animales que se dan cita a los basurero municipales, de igual forma existe niños y persona de la tercera edad, que realiza el recojo de objetos, en los basureros, que no están excepto de contagiarse y ser focos latentes de infección para la población de Riberalta.
- Por otra parte en los grupos focales, se evidencio que pese al desconocimiento parcial de esta temática , existe la predisposición de adaptar sus creencias al concomiendo nuevo de bioseguridad, pero respetando saberes antiquísimos, se dieron cuenta al escucharse que se debe implementar alguna medida para evitar este tipo de problema, y existe la predisposición de trabajar en este proceso.

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

Árbol de problema



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

- Existe bajo nivel de conocimiento en interculturalidad en el personal del hospital Obrero 69 sobre la temática de Bioseguridad.
- Existe diversificación en el conocimiento de interculturalidad en el personal del hospital como por ejemplo los administrativos con 20%; médicos con 19%, debido que estos fueron participe seminario taller de interculturalidad; a inicio del funcionamiento del nosocomio, dedicado todo el personal.

- De forma general todas las demás áreas tienen ínfimos conocimientos sobre interculturalidad asegurando que es una temática nueva salud.
- El comportamiento y funcionamiento del hospital Obrero 69, en las condiciones actuales tiene serias presentas falencias en el contexto de interculturalidad en salud.
- Las áreas están interrelacionadas ninguna es independiente, es menester realizar reajustes de manera inmediata para el funcionamiento óptimo del hospital reduciendo los riesgos de contaminación, por diferentes patógenos presente en los diferentes utensilios que se manejan el hospital incluyendo la interculturalidad en salud.

III. SOPORTE TEORICO:

De acuerdo con la información del cuadro anterior, dentro del subsector público de salud de Bolivia se dispone de 4 médicos por 10.000 habitantes. Sin embargo, en las capitales de departamento de ese país la disponibilidad de médicos aumenta a 6.5 médicos por 10.000 habitantes contra 2.3 médicos para el resto de los departamentos. En el departamento de Chuquisaca, la disponibilidad de médicos en la capital de departamento (Sucre) es 4.7 veces mayor que la disponibilidad de este recurso en el resto del departamento; mientras que en la capital del departamento de Pando la disponibilidad de médicos es 5.8 veces superior a la disponibilidad de médicos en el área rural. La concentración de médicos en las capitales de departamento y en las grandes ciudades es un fenómeno común a todos nuestros países como consecuencia de la globalización y la urbanización creciente. En consecuencia, asistimos a una menor disponibilidad de recursos para la atención de la salud en las áreas rurales y en las regiones de asentamiento tradicional de pueblos indígenas y grupos étnicos.

Pueblos indígenas: accesibilidad a los servicios de salud

La accesibilidad es la condición variable de la población de poder utilizar o ser atendido por los servicios de salud. La disponibilidad de los servicios es una primera condición para hacer posible la accesibilidad, pero además, son necesarias eliminar una serie de barreras para hacer efectiva la utilización de los servicios de salud por la población. En la accesibilidad a los servicios de salud son conocidas las barreras económica, geográfica, cultural y de organización de los servicios de salud.

Barrera económica.

La capacidad adquisitiva de la población explica, en gran parte, no enteramente, el acceso a los servicios de salud. En las formaciones sociales de los países andinos, los pueblos indígenas y grupos étnicos son los más pobres y con menores niveles de educación, su capacidad económica para atender sus necesidades de salud es, por tanto, mínima o nula. En muchos países de la subregión la consulta médica es gratuita o de bajo costo, lo que hace potencialmente posible el acceso de la población al servicio, pero el efecto del servicio se hace nulo cuando los medicamentos, los exámenes complementarios de apoyo diagnóstico (exámenes de laboratorio, rayos X, etc.) tienen un costo.

La barrera económica se hace dramática para pacientes pobres, y sobre todo para paciente indígenas, en los casos de hospitalización. Los establecimientos hospitalarios de las grandes ciudades, y también de las ciudades intermedias, se han convertido en centros inaccesibles para la población pobre y la población indígena por sus elevados costos de atención. En muchos casos, familias pobres con pacientes hospitalizados se ven obligadas a vender los pequeños bienes que han podido hacerse con mucho sacrificio en la vida, para posibilitar el retorno a la familia del paciente hospitalizado o el retiro del cadáver que se retienen como garantía para el pago de los servicios recibidos en el centro hospitalario. Muchos países del Área Andina realizan esfuerzos para eliminar la barrera económica a través de seguros desde el subsector público de salud.

Barrera geográfica

La localización física de los servicios de salud es de la más grande importancia de la accesibilidad. La barrera geográfica es sobre todo importante para la atención de la salud de la población de las comunidades rurales de los países andinos, donde la disponibilidad de servicios de salud es insuficiente y el tiempo necesario para llegar a los mismos es, en ocasiones, tan grande que no permite la atención oportuna del enfermo. La barrera geográfica se agrava todavía más por la deficiente infraestructura caminera que disponen las comunidades rurales y por el elevado costo del transporte.

Barrera cultural.

La barrera cultural tiene su base en la diferente cosmovisión del proceso salud enfermedad entre los proveedores de la atención de la salud y la población indígena. En países de la subregión con elevada presencia de población indígena, Bolivia, Perú y Ecuador, la barrera cultural se constituye en una causa importante para explicar la inaccesibilidad y la situación de salud en estos países. La formación profesional de los prestadores de salud no toma en cuenta, en general, la cosmovisión, las prácticas, creencias y costumbres culturales de la población indígena. En algunos casos, se observa un rechazo a estas prácticas y creencias con la consecuente desconfianza hacia los servicios y prestadores de salud. El resultado es la persistente preferencia de las poblaciones indígenas hacia las prácticas de la medicina tradicional y la resistencia al uso y utilización de los recursos de la medicina académica que se traduce finalmente en las grandes disparidades o inequidades de salud entre la población indígena y no indígena

El extremo que limita el acceso a los servicios de salud está la concepción racista de algunos prestadores de salud. El mal trato y la atención diferenciada a pacientes indígenas y afrodescendientes son expresiones del racismo en los prestadores de salud. El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) del Perú en su Documento de Trabajo “Etnicidad, Antecedentes Lingüísticos y la

Salud Materno Infantil en el Perú” afirma que: “El racismo podría tener un impacto en los indicadores de salud. El racismo hace referencia al acceso diferenciado a bienes, servicios y oportunidades dentro de la sociedad por el factor raza. Esto se manifiesta en condiciones materiales y en el acceso al poder. Los ejemplos de racismo en las condiciones materiales incluyen el acceso diferenciado a la calidad de la educación, alojamiento, empleo bien remunerado, facilidades médicas apropiadas, un ambiente pacífico, etc.”. En cuanto al rol de los proveedores de salud en la generación de desigualdades sostiene: “La idea básica es que los doctores, encubiertos por prejuicios y creencias estereotipadas y ante la incertidumbre sobre la condición o estado de los pacientes, pueden usar la raza al realizar su diagnóstico. Por ejemplo, se ha documentado que los pacientes afro-americanos en comparación con los pacientes blancos, reciben en menor proporción medicamentos para el dolor cuando van a la sala de emergencias. De la misma manera, Schulman et al (2002) proporciona evidencia que sostiene que las mujeres afro-americanas tienen menos probabilidad de ser enviadas para una cirugía al corazón; en comparación con los pacientes hombres blancos”.

Barrera de la organización de los servicios de salud

La barrera en la organización de los servicios de salud tiene estrecha relación con la barrera cultural descrita anteriormente. La organización de los servicios de salud no toma en cuenta las necesidades y los usos y costumbres de la población indígena. La barrera cultural y de organización que impiden el acceso de la población indígena a los servicios de salud se refleja en muchos aspectos de la atención en salud cuyo resultado es, finalmente, el rechazo a estos servicios y el uso persistente de la medicina tradicional. Algunos de las expresiones de la barrera cultural y de organización de los servicios se encuentran en:

- Desconocimiento y rechazo a la cosmovisión indígena sobre el proceso salud enfermedad por parte de los prestadores de la atención en salud

- Falta de conocimiento de la lengua nativa del personal de salud y uso de términos médicos técnicos, incompresibles para la población en general y para la población indígena en particular.
- Falta de respeto a los derechos de los pacientes por parte del personal de salud, situación que se hace más evidente cuando se trata de pacientes indígenas
- Mal trato a los pacientes indígenas por parte del personal en salud.
- Inadecuación cultural de la infraestructura y del equipamiento para la atención. Esta situación se hace sobre todo evidente en la atención del parto, que tradicionalmente es atendido por parteras empíricas, en el propio hogar de la parturienta.
- Inadecuación horaria en los establecimientos de salud. Los indígenas son general pequeños agricultores que trabajan desde tempranas horas de la mañana hasta avanzadas horas de la tarde. Cuando después del trabajo, el paciente indígena quiere consultar por alguna dolencia, el establecimiento de salud está cerrado.

COBERTURA Y USO DE LOS SERVICIOS DE SALUD POR LA POBLACIÓN INDÍGENA EN PAÍSES ANDINOS

La cobertura es la capacidad de los sistemas de salud de satisfacer las necesidades de la población. Se define la cobertura como la proporción de personas con necesidad de servicios que ha recibido atención para dicha necesidad. Indica en otras palabras, si los servicios de salud están llegando a la población que realmente los necesita y por dista considerablemente de las nociones de afiliación o población asignada, con las cuales se confunde tan frecuente como incorrectamente. (Hipólito Pavón Lasso: Evaluación de servicios de salud. Conceptos, Indicadores, Ejemplos de Análisis Cualitativo y Cuantitativo).

En países con sistemas de salud fragmentados y segmentados, como son en general los sistemas sanitarios de los países andinos, la cobertura se vuelve un

concepto impreciso y difícil de evaluar, pues mientras oficialmente se afirma determinada cobertura, en la práctica ésta siempre resulta menor. Es pues necesario distinguir la cobertura teórica o legal de la cobertura real o efectiva. En nuestros países, se reconoce el derecho a la cobertura de salud, con carácter universal para toda la población, a través del sector público. Esta cobertura legal, sin embargo se ve limitada por la disponibilidad de servicios de salud y la accesibilidad a los mismos. Un ejemplo de esta situación es Bolivia. Por un lado, en forma oficial se afirma que el sistema sanitario de Bolivia tiene una cobertura de algo más del 70% de la población; sin embargo, la Organización Panamericana de la Salud en su estudio “La exclusión social en Salud en Bolivia” llega a la conclusión que el 77% de la población boliviana estaría excluida, en alguna forma, de los servicios de salud. Los indicadores de proceso evalúan la producción de servicios, es decir las actividades de salud desarrolladas con el uso de los recursos. Los indicadores de proceso más frecuentemente empleados son:

a) Uso.

En el que distingue la extensión de uso y la intensidad de uso. Los indicadores de extensión de uso nos permiten conocer la proporción de la población que usa un determinado servicio en un período de tiempo, generalmente un año. Aunque existen algunas diferencias entre extensión de uso y cobertura, en el presente estudio se empleará la extensión de uso como sinónimo de cobertura. La intensidad de uso se define como el número promedio de servicios recibidos por cada usuario durante un período de tiempo, por ejemplo: número promedio de controles prenatales en embarazadas indígenas y no indígenas.

b) Calidad.

Definida como el conjunto de características que deben tener los servicios de salud, en el proceso de atención a los usuarios, tanto desde el punto de vista técnico como del humano, con el objeto de resolver eficazmente el problema del paciente, en un ambiente de trato humano y de calidez.

c) Utilización.

Se define como la relación entre el recurso ocupado y el recurso existente por unidad de tiempo. Un indicador conocido de utilización es el índice ocupacional de camas en los centros hospitalarios, que mide los días cama utilizada en un año de los días cama disponible en dicho hospital, para el mismo período de tiempo.

d) Productividad y rendimiento. Es el número de actividades llevadas a cabo por unidad de recurso existente en un tiempo determinado. Por ejemplo, número de consultas/hora/médico; número promedio de placas radiológicas por día.

De los indicadores de proceso descritos anteriormente, por falta de información, se tomarán solamente los de uso de los servicios de salud, utilizado en este trabajo como sinónimo de cobertura, referidos sobre todo a la atención materna e infantil.

BOLIVIA: COBERTURA DEL PARTO INSTITUCIONAL E INMUNIZACIONES, SEGÚN CONDICIÓN ÉTNICA (en porcentaje)

Servicio	Año	Cobertura nacional	Cobertura según condición étnico lingüístico	
			No indígena	Indígena
Parto institucional	2003	60.8	82.7	51.8
Vacuna pentavalente	2003	71.5	79.8	68.4

Fuente: UDAPE. Pueblos Indígenas Originarios y Objetivos de Desarrollo del Milenio

En Bolivia, la diferencia en la atención del parto institucional entre población no indígena e indígena es 30.9 puntos porcentuales. Para Bolivia las Metas del Milenio establecen una cobertura del parto institucional del 70% a nivel nacional, esta meta habría sido sobre pasada holgadamente por la cobertura del parto alcanzada en la población no indígena, mientras que para las mujeres indígenas se mantiene una diferencia de 18 puntos porcentuales para alcanzar dicha meta. En cuanto a la vacuna pentavalente, la diferencia en la cobertura entre niños no indígenas e indígenas es de 11.4 puntos porcentuales. Las Metas del Milenio

señalan para el 2015, una cobertura de 95% de niños inmunizados, los niños indígenas están a 26.6 puntos porcentuales para lograr esta meta.

BOLIVIA: POBLACIÓN DE 15 AÑOS O MÁS QUE SE IDENTIFICA CON PUEBLO ORIGINARIO O INDÍGENA. SEGÚN DEPARTAMENTO

DEPARTAMENTO	POBLACIÓN TOTAL	POBLACIÓN QUE SE AUTOIDENTIFICA	
		Total	Porcentaje
Bolivia	3.992.637	3.142.637	62.05
Chuquisaca	486.040	319.004	65.57
La Paz	1.970.418	1.163.418	77.46
Cochabamba	902.660	669.261	74.36
Oruro	983.740	717.740	73.90
Potosí	388.470	327.470	83.85
Tarija	239.550	47.175	19.69
Santa Cruz	1.216.658	456.102	37.49
Beni	202.169	66.217	32.75
Pando	30.418	4.939	16.24

Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Censo 2001

Del total del grupo poblacional de 15 o más años, 3.142.637 (62.05%) se auto identificaron con pueblos originarios o indígenas. Por otra parte, es importante señalar que el 55.6% de la población indígena boliviana reside en área urbana y el 44.4% en área rural. En el área urbana de 3.268.660 personas mayores de 15 años, 1.746.429 (53.4%) se auto identificaron como indígenas; mientras que en el área rural, de 1.796.332 personas de 15 años o más, 1.396.208 (77.7%) se auto identificaron como indígenas.

De acuerdo con el criterio de pertenencia, los departamentos de Bolivia con mayores porcentajes de población indígena son Potosí con 83.9%, La paz con 77.5% de población indígena, Cochabamba con 74.4% de población indígena, Oruro 73.9% y Chuquisaca con 65.6%. Los departamentos de Bolivia con menor porcentaje de población indígena son Tarija y Pando, con 19.7% y 16.2%, respectivamente. En el departamento de Santa Cruz el 37.5% de la población se

declara perteneciente a algún pueblo indígena y en el departamento de Beni el 32.8% de la población.

PUEBLOS INDÍGENAS EN BOLIVIA

GRUPO ÉTNICO	ECO-REGIÓN	UBICACIÓN (HABITAT)	POBLACIÓN	IDIOMA
1. Quechuas	Andina	Muchos municipios de los Dpto. De Chuquisaca, Cochabamba, Potosí, Oruro y La Paz.	.281.198	Quechua
2. Aymaras	Andina altiplánica	Muchos municipios de los Dptos. de La Paz, Oruro y Potosí	1.525.321	Aymara
3. Guaraní	Chaqueña	16 municipios en la región chaqueña de los Dptos. De Santa Cruz, Chuquisaca y Tarija	62.575	Tupiní
4. Araonas	Amazónica	Municipio de Ixiamas. La Paz	111	
5. Ayareos	Amazónica	Municipio Chiquitos. Sta. Cruz	1.398	Zamuco
6. Baures	Amazónica	Municipios Baure, El Carmen y Huacaraje. Beni	67	Arawak
7. Canichana	Amazónica	Municipio San Javier. Beni	4	No clasificado
8. Cavineño	Amazónica	Municipios de Riberalta, G. Moreno, Reyes, Ixiazmas de los Dptos. de Beni, Pando y La Paz.	601	Tacana
9. Cayubaba	Amazónica	Municipio exaltación. Beni	23	No clasificado
10. Chacobo	Amazónica Norte	Municipios Riberalta y Exaltación del Dpto. del Beni	380	Pano
11. Chimanes	Amazónica	Municipios de San Borja y Rurrenabaque del Dpto. del Beni	6.351	Moseten
12. Chiquitano	Amazónica	Municipios de San Ignacio, San Miguel y San Rafael, del Dpto. de Santa Cruz	4.615	Chiquito
13. Esse Ejja	Amazónica	Municipios de S. Buenaventura del Dpto de La Paz y Gonzalo Moreno del Beni	518	Tacana

14. Guarayo	Amazónica	Municipios Ascensión de Guarayos y Uribichá del Dpto. de Santa Cruz	8.450	Tupi guaraní
15. Itonama	Amazónica	Municipios de Magdalena y San Joaquín del Dpto. de Beni	389	Itonama
16. Joaquiniano	Amazónica	Municipios de San Joaquín, San Ramón y Puerto Siles del Dpto. del Beni.	13	Conglomerado multiétnico
17. Leco	Amazónica	Municipios Guanay y Apolo del Dpto de La Paz	132	Leco o Lapalapa
18. Machineri	Amazónica	Municipio de Bolpebra del Dpto. de Pando	13	Arawak
19. More o Itenez	Amazónica	Municipio Puerto Siles del Dpto. del Beni	44	Chapacura
20. Mosen	Amazónica	Municipio Palos Blancos de La Paz y San Borja del Beni	948	Mosen
21. Movima	Amazónica	Municipios Santa Ana, Exaltación, San Joaquín y San Ignacio del Beni	1.173	No clasificada
22. Moxeño	Amazónica	Municipios de Trinidad, San Javier, San Pedro,, Moxos, Loreto y San Andrés del Dpto. de Beni	4.228	Arawak
23. Pacahuara			6	
24. Reyesanos (maropa)	Amazónica	Municipios Reyes y Santa Rosa del Dpto. del Beni.	53	Tacana
25. Sirionó			187	
26. Tacanas	Amazónica	Municipios de Ixiamas y San Buenaventura de La Paz y Municipio de Riberalta del Beni	1.153	
27. Tapiete	Chaqueña	Municipio Villa Montes de Tarija	29	Tupi guaraní
28. Uru (Chipaya, uro-ito, murato)	Andino altiplánica	Municipios Chipaya, El Choro,, Poopo, Pazña, Challapata, Santuario de Quillacas, Santiago de Huari, Pampa Aullagas, Anadamarca y Toledo del Dpto. de Oruro.	1.795	Puquina
29. Weenhayek (mataco)	Chaqueña	Municipios de Yacuiba y Villa Montes del Dpto. de Tarija	1.929	Weenhayek
30. Yaminawa	Amazónica	Municipio Bolpebra del Dpto. de Pando	51	Pano

31. Yuqui	Amazónica	Municipio Puerto Villarroel del Dpto. de Cochabamba	140	Mwmya (Tupi Guarani)
32. Yuracaré	Amazónica	Municipios de Villa Tunari, Chimoré y Puerto Villarroel de Cochabamba; San Ignacio de Moxos del Beni	1.809	No clasificada
33. Afrobolivianos	Amazónica subtropical	Provincias Nor y Sur Yungas. La Paz.	20.711	Castellano
34. Guarasugwe	Amazónica	Municipio San Ignacio del Dpto. de Santa Cruz	31	Tupi guaraní
35. Caripuna	Amazónica	Provincias Mamoré, Yacuma, V. Diez y F. Roman	-	Pano
36. Nahua	Amazónica	Municipio Manuripi	-	Nahua

Fuente: Elaboración propia, en base a datos del INE. Censo 2001

Oficialmente en Bolivia se reconocen 36 diversidades culturales o pueblos indígenas.. Según el idioma o la lengua hablada, el censo de Población y Vivienda del 2001 realizado por el Instituto Nacional de Estadística registra 32 pueblos indígenas, incluyendo la población indígena castellano parlante. El Censo 2001, no incluye a la población afroboliviano, que mayoritariamente habla castellano, ni a los pueblos indígenas guarasugwe, caripuna y nahua. Algunos de los pueblos indígenas, especialmente de la Amazonía Boliviana, corren el peligro de su extinción. En el otro lado, las naciones aymará, quechua y guaraní son de una importancia cada vez mayor en el quehacer político, social y cultural de Bolivia.

BOLIVIA: POBLACIÓN INDÍGENA SEGÚN LENGUA HABLADA

Lengua hablada	Población	Porcentaje
Castellano	2.848.719	68.9
Quechua	2.281.198	55.2
Aymará	1.525.321	36.9
Guaraní	62.575	1.5

Fuente: INE. Censo 2001

De acuerdo al idioma que se habla, de los 4.133. 138 indígenas del país, 2.848.719 hablan el idioma castellano (68.9%), le sigue en importancia los indígenas que hablan quechua que alcanza a 2.281.198 (55.2%) hablantes, seguida de la aymará con 1.525.321 (36.9%) y la guaraní 62.575 (1.5%) personas. El resto son grupos étnicos con una población mucho más baja, algunos inclusive en vías de extinción.

Territorialmente, los pueblos indígenas de Bolivia ocupan los 9 departamentos y los 328 municipios de ese país. En 105 municipios la población indígena supera al 90% de la población total.

DISCUSIONES NACIONALES Y REGIONALES

El Protocolo de Bioseguridad debería entonces considerar en primera instancia la respuesta a los siguientes interrogantes: ¿Qué tipos de responsabilidades se espera tipificar y cuáles pueden ser incluidas dentro del Protocolo?; ¿Quién es el sujeto de la responsabilidad?; ¿Cuáles son las modalidades de indemnización?; ¿Cómo se valoran los potenciales daños o perjuicios?; ¿Quién valora los eventuales daños y perjuicios?; ¿Quién asume los costos por las posibles indemnizaciones o compensaciones?, ¿Cómo se cubren los costos?

SISTEMA NACIONAL DE SALUD

El Sistema Nacional de Salud es el conjunto de entidades, instituciones y organizaciones públicas y privadas que prestan servicios de salud, reguladas por el ministerio de salud y previsión social. Involucra al sistema público, seguro social de corto plazo, iglesias, instituciones privadas con y sin fines de lucro y la medicina tradicional.

El sistema nacional de salud, establece cuatro ámbitos de gestión:

- Nacional, correspondiente al ministerio de salud y previsión social.

- Departamental, correspondiente al servicio departamental de salud, dependiente de la prefectura.
- Municipal, correspondiente al directorio local de salud.
- Local, correspondiente al establecimiento de salud en su área de influencia y brigada móvil como nivel operativo.

El ministerio de salud y previsión social; es el órgano rector- normativo de la gestión de salud a nivel nacional, responsable de formular la estrategia, políticas, planes y programas nacionales, así como ser dictar las normas que rigen al sistema nacional de salud

El servicio departamental de salud es el máximo nivel de gestión técnica en salud del departamento. Articula las políticas y la gestión municipal, coordina y supervisa la gestión de los servicios de salud en el departamento, en directa y permanente coordinación con los gobiernos municipales, promoviendo la participación comunitaria y del sector privado. Es encargado de cumplir y hacer cumplir la política de salud y normas de orden público en su jurisdicción territorial en el sector público, el seguro social de corto plazo, iglesias, privados con o sin fines de lucro y la medicina tradicional.

La prestación de servicios debe realizarse en todos los establecimientos de salud, organizados en tres niveles de atención

- Primer nivel
- Segundo nivel
- Tercer nivel

Estos tres niveles de atención se brindan a la población de Tarija por los diferentes establecimientos de salud.

Uno de los establecimientos de salud, que brinda atención de primer nivel es el Centro de la comunidad de Sachapera.

Determinantes del estado de salud de la población

Se explicó en el capítulo I el modelo de análisis de situación de salud más difundido y utilizado por el médico de la familia, que se deriva de los 4 *elementos del campo de salud* de Lalonde: biología humana, ambiente, estilo de vida y organización de los servicios de salud. La principal dificultad en su empleo es que cada uno de esos elementos se trata de manera independiente y, en ocasiones, en forma exclusivamente descriptiva. Su interpretación es muy reducida y casi nunca se relacionan los problemas de salud detectados con la cuota de participación que aporta cada elemento en su aparición, cuando intentar su posible relación representa el primer objetivo del análisis de situación de salud.

Biología humana.

La biología humana y el estilo de vida son los 2 elementos del campo de salud, cuya interpretación resulta más difícil al médico de la familia y al equipo de salud, hecho que -dada su preferencia clínica- es bien contradictorio y posiblemente se relaciona entre otros factores con:

- La información que se obtiene de la historia de salud individual y familiar es amplia en ese sentido. Por ejemplo, los principales factores de riesgo detectados son: hábito de fumar, alcoholismo, sedentarismo y obesidad, lo cual constituyen la información oficial que registra el sistema de información estadística, pero, los datos acerca de otros factores de riesgo como serían el comportamiento sexual, la drogodependencia y la violencia doméstica exigen la búsqueda activa por el interesado, pues oficialmente no se solicitan.
- La obtención de información sobre algunos aspectos del estilo de vida depende de la relación con otros sectores y su limitación o ausencia denota falta de intersectorialidad para la confección del análisis de situación de salud.

Para resolver esta situación se recurre a las encuestas de población, cuya realización depende de recursos humanos, recursos materiales y esencialmente de tiempo, casi siempre escaso para realizar el análisis de situación de salud.

Ambiente.

Para analizar el *elemento ambiente* se dispone de abundante información en cualquier territorio del nivel local, no obstante, esta se traduce con un enfoque básicamente descriptivo y sin correlación necesaria entre los factores ambientales y su influencia en las enfermedades transmisibles más frecuentes. Se insiste en abordar estos aspectos integralmente, por ejemplo, cuando se describe la disponibilidad, cobertura, cantidad y calidad del agua, no debe obviarse su procedencia (fuente de abasto, acueducto, etc.), el suministro permanente o con intermitencia, así como correlacionar su calidad físico-química y bacteriológica con el incremento o disminución de las enfermedades de transmisión digestiva. Igual enfoque se recomienda con la información sobre la disposición de residuales líquidos, excretas y los residuales sólidos.

Otro aspecto importante en el ambiente se refiere a la presencia de *vectores*, en ocasiones se detalla el aumento o disminución de los índices de infestación sin indagar los posibles factores que inciden en su incremento, lo cual casi siempre se vinculan directamente con factores ambientales relacionados con el abasto de agua, la disposición final de residuales líquidos y sólidos, así como los riesgos que para la población representa la presencia de determinado vector. En cuanto a los datos sobre *higiene escolar, laboral y de los alimentos* no deben presentarse como un listado ni un inventario de esos centros, ya que la intención es identificar en cada uno de ellos los riesgos a que se exponen el estudiante, el trabajador y, en el caso específico, de los centros dedicados al expendio de alimentos, la población en su conjunto, situación que se complica actualmente con la autorización del manipulador de alimentos por cuenta propia.

De suma importancia en la salud individual y poblacional es la situación higiénica de la *vivienda y todo lo referente a urbanización*, aspecto que no debe valorarse de manera aislada, sí considerarlo una oportunidad para brindar información numérica, sino vinculado a otros elementos del campo de salud como hábitos higiénicos y la biología humana.

Organización de los servicios de salud.

Para este elemento se dispone de excelente información que proviene directamente de las actividades del propio sector, sin embargo, los indicadores de recursos -sean humanos, materiales y financieros- comúnmente se reducen a datos cuantitativos sin valorar la suficiencia de ellos, su eficiencia y calidad, su óptima utilización, ni cuál es el grado de satisfacción de la población al respecto.

Analizar el cumplimiento de los indicadores de los programas de salud no debe reducirse a indagar el logro o incumplimiento de la meta, al contrario, es la oportunidad para un real análisis que destaque su influencia en la reducción o eliminación de un determinado problema de salud, propósito básico del programa.

En todos los programas de salud se incluye un componente educativo y el personal de salud en el nivel local, especialmente el médico, odontólogo la enfermera de la familia constituyen agentes de cambio de los hábitos y comportamientos negativos de la población. Se recomienda que al realizar el análisis de situación de salud, sean capaces de identificar las modificaciones producidas en la población en ese sentido y la influencia que ejercen mediante acciones educativas, concretamente las acciones de promoción y prevención.

Existen programas que responden indirectamente al control de enfermedades o daños, los cuales fueron diseñados para reconocer y satisfacer demandas de la población, que al formar parte de los servicios que ofrece el sector salud también deben valorarse integralmente, para responder a uno de los objetivos del análisis de situación de salud: evaluar la calidad de la atención médica.

Morbilidad

Constituye un ineludible indicador epidemiológico cuya inclusión en el análisis de situación de salud es fundamental y aún más en el caso de Bolivia

- Aparentemente sanos.
- Con riesgos.
- Enfermos.
- Con secuelas.

En cuanto a morbilidad el resultado evaluativo del análisis mostró lo siguiente:

- Solo se describen la incidencia y prevalencia de las principales enfermedades transmisibles y no transmisibles.
- Son escasos los datos sobre discapacidad e invalidez, secuelas importantes de la morbilidad.

En ese sentido no deben analizarse solamente las enfermedades registradas por los sistemas de información estadística, sino todas las que el médico diagnostique; a esta información se añaden los datos acerca de los principales factores de riesgo, discapacidades y otras secuelas que ofrecen una aproximación sobre la morbilidad real.

El análisis de las enfermedades transmisibles y no transmisibles no implica solamente la comparación de su incidencia y prevalencia entre períodos, sino también deben analizarse las tendencias. Pueden confeccionarse canales endémicos para las enfermedades transmisibles de mayor incidencia, que valoran su variación estacional. La morbilidad requiere un análisis según grupos específicos de población, según sexo y cualquier otra variable de interés en el territorio.

Es común la información acerca de la salud bucal, cuando resulta imprescindible en cualquier análisis de situación de salud, su inclusión representa una demostración de la habilidad multidisciplinaria que el equipo de salud debe lograr en su realización, como uno de los importantes problemas de salud que afectan a la comunidad.

Para este trabajo integrado se requiere de la incorporación del estomatólogo al equipo, al menos para realizar el análisis, aunque su aporte debía iniciarse desde la dispensación de la población y así esta se beneficia con sus acciones oportunas. Recientemente concluyó una interesante investigación sobre el análisis de situación de salud bucal, que aporta valiosos elementos en ese sentido.

Mortalidad

A diferencia de la morbilidad, la tasa de mortalidad como indicador epidemiológico alcanza elevadas cotas de confiabilidad y precisión. Su relevancia en el análisis de situación de salud es indiscutible, por ello en este libro se dedica un capítulo especial a su análisis. Sin embargo, el nivel de importancia en ocasiones no se corresponde con la valoración que se le dedica en los análisis de situación de salud, por ejemplo, al aplicar el instrumento evaluativo se observó que se describe generalmente bien, pero el análisis está referido exclusivamente a las 2 o 3 primeras causas de muerte y a veces se relega el análisis de la mortalidad preescolar y escolar.

Es pertinente esclarecer que el análisis de la mortalidad en el espacio de un consultorio del médico de la familia, cuya población oscila entre 639 habitantes, debe realizarse “caso a caso” mediante la descripción del fallecimiento, el tipo de enfermedad y los factores que condicionaron la defunción, la calidad de atención recibida y otros elementos que contribuyan a detectar su posible evitabilidad. En espacios de poblaciones más grandes, de acuerdo con el número de habitantes podrán estimarse las tasas generales y específicas de mortalidad, que contribuye

a comprender realmente el comportamiento de la mortalidad mediante elementos epidemiológicos importantes. Finalmente y en forma similar al análisis “caso a caso” deben considerarse los posibles factores de riesgo o enfermedades que condicionan el hecho, así como la influencia de la calidad de la atención médica.

Identificación y fundamentación de los principales problemas de salud

En los informes revisados para realizar la evaluación del análisis de situación de salud solo se encuentra aproximación e identificación de los principales problemas de salud, el reducido nivel de análisis de los datos impide justificarlos o fundamentarlos adecuadamente. El equipo de salud posee una buena información para argumentar el criterio acerca de la identificación de los problemas de salud encontrados, pero falla su capacidad analítica en la práctica para justificar la selección del problema sin el criterio de los representantes de otros sectores y de la comunidad, lo que respaldaría su priorización y la elaboración posterior del plan de acción

IV. JUSTIFICACION:

La propuesta se justifica por que esta orientada a mejorar la atención del paciente siendo este un problema donde el personal, autoridades, población tiene muy poco conocimiento de la interculturalidad que tiene ser considerada en el hospital obrero 69 en la ciudad de Riberalta, esto se lo considerara con una visión diferente donde se incrementara el conocimiento de interculturalidad, a todo el personal del mismo.

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

Si bien la propuesta plantea conocer la prevalencia de interculturalidad en salud en el manejo de bioseguridad en el hospital “Obrero 69” en el municipio de Riberalta, Provincia Vaca Diez. Las cuales tiene consecuencias como:

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

El personal del hospital plantea: La ausencia de conocimiento de interculturalidad en salud en el manejo de bioseguridad en el hospital “Obrero 69” en el municipio de Riberalta, Provincia Vaca Diez, departamento; Beni. Siendo esta actividad parte del ministerio de salud y deporte debe existir corresponsabilidad en esta temática. Con lo se plantea la inclusión del tema de interculturalidad en el hospital obrero en la ciudad de Riberalta en los servicios de salud; en actividad objeto en la atención del paciente cumpliendo los objetivos planteados en la propuesta.

V. OBJETIVOS DEL PROYECTO

VI. OBJETIVO GENERAL.

Implementar el **“PROGRAMA INSTITUCIONAL “MANOS LIMPIAS, MANOS CON SALUD”, EN EL HOSPITAL OBRERO 69, RIBERALTA GESTION 2013”**, con la finalidad de disminuir los niveles de infecciones intrahospitalarias

VII. OBJETIVO ESPECÍFICO

V.2.- OBJETIVO ESPECÍFICO

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

V.2.- OBJETIVO ESPECÍFICO

2.- Gestionar para capacitaciones in situ a los trabajadores de salud del hospital 69.

V.3.- OBJETIVO ESPECÍFICO

3.- Formar capacitadores de capacitadores sobre la prevención de bioseguridad e infecciones intra hospitalarias.

VIII. METODICA (ML)

La metodología será organizativa participativa que a falta y ausencia de conocimiento de interculturalidad en el hospital obrero “69” en salud en el manejo de bioseguridad en este nosocomio; en el municipio de Riberalta, Provincia Vaca Díez, Departamento; Beni; para ello se lograra haciendo conocer los conocimientos sobre la importancia de interculturalidad en las diferentes áreas del hospital “69”. En el cual se aplica la recopilación de la recopilar información relevante, sobre manejo de bioseguridad con una visión de interculturalidad, revisando la información obtenida y recopilada por el equipo consensuado y puesto en consideración por el hospital Obrero “69”. Con la elaboración de esta propuesta se podrá introducir e incursionar de interculturalidad en salud en este hospital obrero. Verificando esta propuesta se pretende para su puesta en consideración y aprobación de la propuesta que será útil para la institucional en el ámbito institucional y la red de salud de Riberalta. Los medios de verificación será a través de Documentos, entrevistas, encuestas en el periodo de un mes, luego esta información en un 100% de la información será leída y analizada en el periodo de un 30 días. Con lo que la propuesta se suponer estar elaborada en 25

días hábiles, esta será sujeta a una evaluación por el consejo de salud del hospital para su aprobación del financiamiento, para su valoración será a través de Inventario, documentación registrada, Historias clínicas, Fichas resumen, diagnósticos.

Finalmente la propuesta tendrá una responsable principal del trabajo quien Lic. Karla Castro Cardozo y co-responsable el equipo del Hospital, que coadyuvara y coordinara esta actividad en un periodo establecido.

IX. ANALISIS DE FACTIBILIDAD:

La propuesta es factible realizar por la ausencia de conocimiento de interculturalidad en salud en el manejo de bioseguridad en el hospital “Obrero 69”. Siendo esta actividad debe ser considerado por parte del ministerio de salud y deporte, técnicos, licenciadas, enfermeras y de limpieza, donde debe existir corresponsabilidad en la temática de interculturalidad en salud en el hospital obrero “69” en la ciudad de Riberalta en la atención en servicios de salud al paciente, cumpliendo los objetivos planteados.

X. ANALISIS DE VIABILIDAD:

La intervención es oportuna debido a la ausencia de conocimiento de interculturalidad en salud, existiendo una relación directa con organización territorial de base a través del comité de vigilancia de Riberalta, como ente de fiscalización y control social, en el manejo de bioseguridad con interculturalidad en salud en el hospital “Obrero 69” en el municipio de Riberalta. Esta propuesta en la actualidad es viable su ejecución por las condiciones actuales por que el hospital cuenta con recurso humano como ser técnicos en diferentes especialidades y estando prestos a cooperar en la realización de la propuesta por el bien de la institución y coadyuvar con el ministerio de salud y deporte para mejorar la atención al paciente con calidad e interculturalidad.

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

XI. ACTIVIDADES

Fase	Actividades	2011					
		Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
I	Se logrado recopilar información sobre interculturalidad y elementos de bioseguridad	XXX	XX				
I	Se ha revisado y analizado la información recopilada, por el equipo del hospital obrero		XX	XX			
I	Se tiene la propuesta elaborada para lograr conocer la interculturalidad en salud en el hospital obrero "69"				XX		

I	Ha presentado y aprobado la propuesta en el ámbito de la institución.				XX		
I	Se ha implementado la propuesta en el hospital				XXX	XXXXXXXX	XXXXXXXX
I	Se ha realizado el seguimiento y evaluación correspondiente a la propuesta.				XXX	XXXXXXXX	XXXXXXXX

XII. TAREAS

Fase	Actividades	2011					
		Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
II	Se ha conforma espacio de talleres en interculturalidad con participación del personal del hospital obrero "69"	XX					

II	Se ha consensuado un cronograma y asignado responsabilidades, facilitadores del tema de interculturalidad.		X				
II	Se ha gestionado un financiamiento para el desarrollo de talleres propuestos en la ciudad de Riberalta.		X	X			
II	Se ha implementado los talleres planificados.			XX	XX		
II	Se ha realizado el seguimiento y evaluación correspondientes a los talleres.				XX		
II	Se ha realizado el seguimiento y evaluación correspondiente a la propuesta.					XXX	XXX

XIII. METAS

Meta para actividad 1

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

Meta para actividad 2

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

90 % de enfermeras capacitadas en temas de bioseguridad..

Meta para actividad 3

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

I.METODOS Y TECNICAS

✓ Reflexivo, participativo.

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

XIV. METODOS Y TECNICAS

Para esto se utilizo marco lógico modificado, para esto se desarrollo cada una de las pautas propias de este estudio.

XV. RECURSOS

XVI. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

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

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

XVII. FINANCIADORES

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

• Antisépticos	
Total Proyecto:	5.000 Bs.

XVIII. SEGUIMIENTO EVALUACION

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

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

XIX. DIFICULTADES

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

XX. PLAN DE SOSTENIBILIDAD

La sostenibilidad del proyecto será posible porque en este último año han existido muchas muertes en Bolivia por este tipo de problema, mas aun si tomamos en cuenta que la morbilidad incrementa en fechas pico, desde

mayo hasta julio, luego se evidencia el mismo fenómeno en periodos no solo secos sino húmedos de final de año, esto incide en la mayor afluencia de pacientes y con ellos la susceptibilidad de el incremento de infecciones intra hospitalarias derivadas del uso inadecuado de conocimientos en bioseguridad..

XXI. PRESUPUESTO:

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

XXII. BIBLIOGRAFIA

- Mercado FJ, Lizardi A, Villaseñor M. Investigación cualitativa en América Latina: Perspectivas críticas en salud. En: Mercado FJ, Gastaldo D, Calderón C. coordinadores. Paradigmas y diseños de investigación cualitativa en salud. Una antología Iberoamericana. Guadalajara: Universidad de Guadalajara; 2002.
- Mercado FJ, Robles L. Ramos I, Torres T, Alcántara E, Moreno N. La trayectoria de los enfermos con diabetes en el sector popular de Guadalajara. En: Mercado FJ, Robles L. Compiladores. Investigación cualitativa en salud. Perspectivas desde el occidente de México. Guadalajara: Universidad de Guadalajara; 1998. p. 223-46.
- Mercado FJ. Ramos I, Valdéz E. La perspectiva de enfermos crónicos del sector popular sobre la atención médica. Cad Saúde Pública 2000; 16: 109-18.

- Mercado FJ, Alcántara E, Lizardi A, Benitez R. Utilización de los servicios de salud en México: perspectivas de los individuos con diabetes (en prensa).
- Mercado FJ, El proceso de análisis de los datos en una investigación sociocultural en salud. En: Mercado FJ, Torres TM. compiladores. Análisis cualitativo en salud. Teoría método y práctica. Guadalajara (México): Universidad de Guadalajara/ Plaza y Valdés; 2000. p. 47-72.
- Menéndez EL. El punto de vista del actor: homogeneidad, diferencia e historicidad. Relaciones 1997; 69: 237-70.
- Todorov T. La conquista de América. El problema del otro. México: Siglo Veintiuno; 1987.
- Rodríguez G, Gil J, García E. Metodología de la investigación cualitativa. Málaga: Ed. Aljibe; 1996.
- Mercado FJ, Entre el infierno y la gloria. La experiencia de la enfermedad crónica en un barrio urbano. Guadalajara: Universidad de Guadalajara; 1996.

XXIII. ANEXOS

II. Anexo

OBJETIVO GLOBAL (FINALIDAD)

El resultado de la propuesta contribuirá a establecer una relación entre la visión intercultural en salud y los servicios prestados por el hospital obrero “69” en la ciudad de Riberalta el cual se lograra a través de talleres y capacitación en el periodo 2011

Problema Especifico – causa	Producto final Especifico	Productos intermedios	Indicador de logro objetivamente verificable	Medio de verificación del indicador	Fecha de verificación	Responsable	Supuestos
Ausencia de interculturalidad en salud en el manejo de bioseguridad en el hospital “Obrero “69””; en el municipio de Riberalta, Provincia Vaca Diez, Departamento; Beni.	Se ha logrado introducir la interculturalidad en el personal del hospital Obrero “69”	Se logrado recopilar información relevante, sobre manejo de bioseguridad desde visión de interculturalidad	Documentos, entrevistas, encuestas en el periodo de un mes.	Inventario de documentación registrada	01 de Febrero	Karla Castro Cardozo	Se Obtendrá Información preliminar
		Se ha revisado la información recopilada por el equipo de	El 100% de la información ha sido leída y analizada en	Historias clínicas Fichas resumen	01 de Marzo	Karla Castro Cardozo	Asistencia irregular de los miembros

		representante del hospital obrero	el periodo establecido en 30 días.	Diagnósticos			
		Se ha elaborado una propuesta para lograr la incursión de interculturalidad en salud en el hospital obrero	Propuesta elaborada en 25 días	Documento elaborado e impreso y medios didácticos establecidos	01 de abril	Karla Castro Cardozo	Falta de apoyo logístico
		Se ha presentado y aprobado la propuesta en el ámbito institucional y la red de salud de Riberalta.	Reunión del consejo de salud del hospital aprueba el financiamiento	Resolución institucional del consejo autorizando el financiamiento	15 de abril	Karla Castro Cardozo	Paro y huelga institucional

III.

**BOLIVIA: DISPONIBILIDAD DE MÉDICOS EN EL SUBSECTOR PÚBLICO,
SEGUN DEPARTAMENTO Y ÁREA DE TRABAJO**

Departamento	Total departamento			Capital de departamento			Resto del departamento		
	Pobl.	Total médicos	Médicos X 10.000 hab.	Población	Total médicos	Médicos X 10.000 hab.	Población	Total médicos	Médicos X 10.000 hab.
Chuquisaca	531.522	470	8.8	215.778	359	16.6	315.744	111	3.5
La Paz	2.350.466	1.180	5.0	793.293	813	10.2	1.557.173	367	2.6
Cochabamba	1.455.711	358	2.5	517.024	186	3.6	938.687	172	1.8
Oruro	391.870	147	3.8	201.504	134	6.6	190.366	13	0.7
Potosí	709.013	235	3.3	145.057	86	5.9	563.956	149	2.6
Tarija	391.226	255	6.5	153.457	144	9.4	237.769	111	4.7
Santa Cruz	2.029.471	403	2.0	1.135.526	271	2.4	893.945	132	1.5
Beni	362.521	183	5.0	79.963	81	10.1	282.558	102	3.6
Pando	52.525	42	8.0	22.324	34	15.2	30.201	8	2.6
Bolivia	8.274.325	3.273	4.0	3.263.926	2.108	6.5	5.010.399	1.165	2.3

Fuente: INE, Censo Nacional de población y vivienda, 2001. Ministerio de Salud y Deportes, 2004

