

UNIVERSIDAD CATÓLICA ANDRÉS BELLO
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA
DE SERVICIOS ASISTENCIALES EN SALUD

TRABAJO DE GRADO

**EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE LA GESTIÓN DEL SERVICIO DE
PEDIATRÍA DEL HOSPITAL TIPO I DE SANTA TERESA DEL TUY**

Presentado a la Universidad Católica Andrés Bello,

por:

LINA MARÍA COSTANZO ANZALONE

Como requisito parcial para optar al grado de:

ESPECIALISTA EN GERENCIA DE SERVICIOS ASISTENCIALES DE SALUD

Caracas, Septiembre 2007

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1. Planteamiento del Problema.....	3
2. Objetivos de la Investigación.....	6
2.1. Objetivo general.....	6
2.2. Objetivos Específicos.....	6
3. Justificación.....	7
CAPITULO II. MARCO TEÓRICO	
1. Introducción.....	9
2. Conceptos importantes sobre Efectividad.....	10
2.1. Antecedentes de la Efectividad en Servicios de Salud.....	13
2.2. Antecedentes de la Efectividad en Servicio de Pediatría.....	27
3. Bases Teóricas para interpretar la Efectividad de un Servicio de Salud.....	33
3.1. Introducción.....	33
3.2. Indicadores de Gestión:.....	34
3.2.1. Concepto.....	36
3.2.2. Características.....	36
3.2.3. Clasificación.....	38
4. Reseña Institucional.....	42
4.1. La estructura de la Organización.....	42
4.2. Misión.....	46
4.2. Visión.....	46
4.3. DOFA.....	47
4.4. Organigrama.....	50
5. Bases.....	51
5.1. Bases Teóricas.....	51

5.2. Bases Económico Social Cultural.....	56
5.3. Bases Legales.....	60
6. Glosario.....	64

CAPITULO III. MARCO METODOLÓGICO

1. Consideraciones Generales.....	66
2. Tipo de Investigación.....	66
3. El Diseño de La Investigación.....	68
4. Población o Universo del estudio.....	68
5. La Muestra del estudio.....	69
6. Los Instrumentos de recolección de la Información.....	69
7. Descripción de los Instrumentos y técnicas de recolección de los datos.....	69
8. La Medición.....	69
9. El Análisis Interpretación de los Resultados.....	70
Tabla N° 1.....	70
Tabla N° 2.....	71
Tabla N° 3.....	72
Tabla N° 4.....	73
Tabla N° 5.....	74
Tabla N° 6.....	75
Tabla N° 7.....	76
Tabla N° 8.....	76
Tabla N° 9.....	77
Tabla N° 10.....	78
Tabla N° 11.....	79
Resultados y Discusión.....	80
Análisis y Discusión 2006.....	80
Gráfico N° 1.....	80
Gráfico N° 2.....	82
Gráfico N° 3.....	83

Gráfico N° 4.....	84
Gráfico N° 5.....	85
Gráfico N° 6.....	86
Análisis y Discusión 2007.....	87
Gráfico N° 7.....	87
Gráfico N° 8.....	89
Gráfico N° 9.....	90
Gráfico N° 10.....	91
Gráfico N° 11.....	92
Gráfico N° 12.....	93
Gráfico N° 13.....	94
CONCLUSIONES.....	95
RECOMENDACIONES.....	97
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	99
ANEXOS.....	103

INTRODUCCIÓN

En esta época en la que tantos Recursos se tienen y se han alcanzados tantos conocimientos, cabe preguntarse: ¿Nos estamos educando para vivir con salud?

Proporcionar salud significa, además de evitar enfermedades y prolongar la vida, asegurar medios y situaciones que amplíen la calidad de vida; realmente se está planificando una verdadera política de salud que tenga participación social, que desarrolle un nuevo modelo de atención donde la prioridad sea la prevención, control de las enfermedades. ¿Se está impartiendo a los jóvenes y niños educación para una vida saludable? ¿Se está educando a los padres para impartir conocimiento como evitar riesgos y así transmitirlos a sus hijos?

El Sistema de Salud venezolano tiene un enfoque biólogo, individual, con baja cobertura, baja eficacia y eficiencia, poca equidad, niveles de atención desarticulados y mal definidos, sistema de información no automatizada; todas estas características conllevan a la insatisfacción del usuario y a la imposibilidad de cumplir con el concepto de Efectividad. El Hospital tipo I de Santa Teresa del Tuy no escapa de esta realidad nacional, está ubicado en Santa Teresa del Tuy, población del Estado Miranda, en Venezuela, Capital del Municipio Independencia. Se localiza a 190 m. de altitud en Los Valles del Río Tuy; forma parte del área de expansión física de la capital del país, Caracas, lo cual ha favorecido el asiento de pequeñas y medianas industrias. Cumple funciones de ciudad dormitorio para un gran volumen de población obrera. Hasta hace quince años, tal vez veinte, tenía una población de 50.000 habitantes y ya tenía problemas de infraestructuras en todos los sentidos y también hospitalaria. En los actuales momentos se calcula que el Municipio tiene una población de 500.000 habitantes aproximadamente; esto quiere decir que la población se multiplicó por 10. Y también todos los problemas, pero no las soluciones.

El Hospital Tipo I de Santa Teresa del Tuy es el mismo de hace veinte años, es una Institución dispensadora de salud insuficiente para los requerimientos de la población. No cumple con los parámetros establecidos para ser Hospital Tipo I.

La nueva concepción de la salud es una visión afirmativa, que la identifica con el bienestar y la calidad de la vida, y no simplemente con la ausencia de

enfermedad. La salud debe ser vista como resultado de un conjunto complejo de factores y situaciones biológicas, sociales, económicas, culturales, cuya interacción define cada momento y en cada lugar el patrón de salud. Entre tanto, de forma curiosa y hasta paradójica, la relación entre políticas públicas y salud vuelve a ganar importancia en los últimos años, no tanto por los beneficios, sino por los perjuicios generados por ellas. Son notorios, a veces dramáticos, los efectos de las políticas que impulsaron la economía urbano-industrial a lo largo de este siglo: desigualdades sociales, daños ambientales irreparables en algunos casos, ambientes sociales mórbidos, generadores de sociopatías y psicopatías (violencia, drogas, etc.)

Es triste reconocerlo pero esta es la realidad de nuestro Municipio el cual ha crecido sin una planificación adecuada, donde los servicios públicos son insuficientes.

Hay carencia de Servicio de Salud adecuado, los pacientes con patologías más complicadas deben trasladarse a un Hospital que ofrezca la adecuada respuesta al paciente, con los problemas colaterales que esto acarrea, no hay Ambulancia, el paciente no soporta un viaje tan largo, etc.

En la Investigación se busca describir las características de la gestión del Servicio de Pediatría del Hospital tipo I de Santa Teresa del Tuy basándose en los Indicadores de Gestión de García Servén , de esta manera evaluar la Efectividad del Servicio en estudio y aportar mediante gestión planificada una respuesta adecuada a los usuarios de dicha Institución.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1. Planteamiento del Problema.

En Venezuela, la mayoría de los centros de atención de salud, ambulatorios, dispensarios y hospitales muestran un deterioro permanente y progresivo tanto en lo físico como en la dotación de insumos, materiales diagnósticos y terapéuticos, adquisición y mantenimiento de equipos lo cual hace imposible la atención adecuada de los pacientes, La Salud no es un concepto abstracto. Es un bien de las personas, es un derecho que tienen, hay bases legales estipuladas en las Cartas Magnas de la mayoría de los países para gozar de sus beneficios. El bienestar social no se puede concebir si quienes la constituyen no gozan de los beneficios de la salud: pueblo enfermo no alcanzará el progreso. El problema fundamental es que la Salud no se logra de manera simple y menos de manera espontánea. Hay que trabajar para alcanzarla. Para ello se debe implementar una adecuada gerencia, una buena acción de Gestión. Para obtener estos resultados se deberá unir dos conceptos fundamentales: la calidad "técnico-profesional" y otra calidad de los servicios llamada "funcional" que es la manera como las personas perciben que reciben la atención. La grave situación hospitalaria y las condiciones totalmente inadecuadas de trabajo afectan notoriamente la motivación del personal de salud que día a día vive un futuro incierto donde no hay compensación, no hay reconocimiento al esfuerzo y preparación académica, esto a su vez afecta al desempeño adecuado para lograr una gestión efectiva.

El análisis detallado de las necesidades de un Servicio de Salud digno para la población pediátrica del Municipio Independencia y su área de Influencia, la evaluación del resultado de las acciones de los servicios de salud sobre la población, ofrece las bases necesarias para formular el problema de investigación. Se quiere

evaluar La Efectividad del Servicio de Pediatría del Hospital tipo I de Santa Teresa del Tuy ubicado en el Municipio Independencia del Estado Miranda por medio del estudio de los Indicadores de Gestión de García Servén (1993).

Toda actividad humana necesita medirse, compararse, no solamente en función de sus resultados sino de los recursos disponibles, que en muchas ocasiones suelen ser insuficientes para los propósitos y metas establecidas. "Cuando puede medirse aquello de lo que se habla y expresarlo en forma de cifras, sabemos de lo que se habla; si no es posible medir ni expresarlo en forma de cifras, los conocimientos serán muy poco satisfactorios" (García Servén 1993, pg 21).

Los Indicadores de gestión son una herramienta que permite organizar los recursos que deben asignarse y administrarse para hacer frente a los problemas que se presenten en cualquier situación de salud observada, para conocer las múltiples acciones capaces de satisfacer las necesidades y demandas de la población, así como para dar racionalidad a todos los cálculos y estimaciones dirigidas a obtener los mejores resultados de gestión y hacer posible un modelo operativo apropiado a la toma de decisiones en el nivel (gerencial) normativo.

La Institución que será evaluada no posee las mejores condiciones para dispensar salud a una población tan importante como es la pediátrica; en cuanto a las áreas de atención directa al paciente, servicios de apoyo, áreas de atención al público no están acorde con las necesidades de las mismas, las condiciones de calidad de la estructura física no cumplen con los requisitos indispensables exigido por el Ministerio de Salud, el recurso humano es insuficiente y además no escapa al drama que se vive en nuestro país con relación a los datos estadísticos, sin embargo la intención del estudio es contribuir a una mejor calidad de atención al usuario, brindándole asistencia integral tanto en el aspecto preventivo como en el curativo.

Promocionar la salud es una estrategia de salud pública que permite mejorar los determinantes de la salud con equidad., impartir salud concebida como el "Proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer control sobre la misma" (Carta de Ottawa, 1986).

La organización de los Servicios de Salud requieren una respuesta a la práctica de calidad que exige el usuario, y hay un reto, se iniciará ese proceso de transformación en la práctica de la salud que tanto necesita la población.

La salud, como categoría individual y social, es el producto de las estrategias, de las acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación, que realizan los individuos, las familias, la sociedad para desarrollar y mantener la integridad de las personas, desde temprana edad. El punto de partida del análisis es considerar la salud como un producto social, la que está determinada, en primer orden, por las condiciones socioeconómicas, es una consecuencia de las condiciones en que viven y trabajan los individuos, las familias y la comunidad y donde la solución de los problemas de salud es una responsabilidad de la sociedad en su conjunto.

La información es importante a medida que moviliza el pensamiento del sujeto, articula con su práctica y es útil para el contexto en que actúa, evaluar la promoción de la salud, tanto cualitativa como cuantitativa se considera como el resultado de la información obtenida del análisis de la vigilancia de prácticas para contribuir a la salud integral de individuos y colectivos; promoviendo la calidad de vida y salud desde la etapa de la pre-concepción en la población, factores de riesgo para la salud, factores protectores de la salud y los resultados de la investigación operativa como la efectividad de la promoción de la salud. Los resultados de la evaluación, la vigilancia y/o la investigación deberán evidenciar como las actividades de promoción de la salud contribuirán a mejorar los determinantes de la salud, para lograrlo, la educación en forma permanente, el cumplimiento de las actividades con calidad por parte del equipo de salud y la comunidad son el pilar fundamental, es importante recordar que la educación permanente no concibe una disociación entre el conocimiento y las formas de valorar y actuar dentro del propio contexto de trabajo (Davini, 2000, p.130). Corresponde este enfoque a la visión del conocimiento que, de acuerdo con Goodman (2000, p, 11), muestra que las apreciaciones, percepciones, informaciones, valoraciones y creencias acerca de la realidad, tiene sus raíces en los mundos que el mismo sujeto configura y que termina por aceptar. Peña Maldonado, (1999) acota “Los venezolanos asistimos a esta última década del siglo XX al desmejoramiento de las condiciones básicas de vida. Sin poder exigir una mejor

calidad” (p.4). Los servicios de salud responden a un modelo piramidal “las decisiones son tomadas por quienes tienen mayor jerarquía, no hay participación del resto de los trabajadores, la comunicación es ascendente y descendente, con un cerebro en la cúspide y brazos ejecutores a lo largo y ancho de la estructura funcional”. (García Casanova, 29-01-01, El Universal, p5-28). El entorno se hace cada día más incierto y exige que las organizaciones se vuelvan horizontales, que las pirámides se conviertan en redes, la estructura en equipo, las tareas en roles, la compensación en reconocimientos que la comunicación sea multidimensional, los empleados colaboradores y la gerencia en verdaderos líderes y de esta manera lograr un Servicio de Salud Efectivo.

Posterior a estas reflexiones, la pregunta que facilita el planteamiento del problema de esta investigación es:

¿Cuál es la efectividad en la gestión del Servicio de Pediatría del Hospital Tipo I de Santa Teresa del Tuy?.

2. Objetivos de la Investigación.

2.1. Objetivo General.

Evaluar la Efectividad del Servicio de Pediatría del Hospital tipo I de Santa Teresa del Tuy mediante el análisis de los indicadores de gestión de García Servén.

2.2. Objetivos Específicos.

- Diagnosticar al Servicio de Pediatría del Hospital tipo I de Santa Teresa del Tuy como ente Dispensador de Salud para la población Pediátrica del Municipio Independencia y su Área de Influencia.
- Identificar las prioridades del Servicio de Pediatría del Hospital tipo I de Santa Teresa del Tuy.
- Interpretar los datos recogidos en las distintas áreas operativas del Servicio de Pediatría del Hospital tipo I de Santa Teresa del Tuy.

- Demostrar la Efectividad del servicio de Pediatría del Hospital Tipo I de Santa Teresa del Tuy.

3. Justificación.

El hecho fundamental que motiva la realización de esta investigación es la importancia de proteger la salud de la Población Pediátrica, evaluar la Efectividad del Servicio de Pediatría en el Hospital Tipo I de Santa Teresa del Tuy por medio del análisis minucioso de Los Indicadores de Gestión según García Servén (1993) es un aporte valioso a la Comunidad; permitirá conocer las Debilidades, Oportunidades, Fortalezas y Amenazas (DOFA) del Servicio ayudando de esta manera a realizar un diagnóstico situacional y crear políticas para atacar las Enfermedades Prevenibles logrando así una población sana; partiendo de la definición de salud de la OMS, como el completo bienestar físico y social y no solo la ausencia de enfermedad. Un Servicio de Pediatría Efectivo es útil para la sociedad, La tasa de Mortalidad Infantil en Venezuela es de 21 por 1000 nacidos vivos, según las fuentes del Ministerio de Salud y Anuarios de Epidemiología y Estadísticas Vitales, los factores externos es decir asociados al medio ambiente son causas importantes en la producción de dicha cifra. La población del Municipio Independencia, ha crecido en forma muy acelerada como consecuencia de la ubicación de los diferentes damnificados que ha habido en la región Capital, no hay una adecuada planificación de los Servicios Públicos y por supuesto el Servicio de Pediatría no escapa a esta realidad.

Por medio de la investigación se quiere aportar antecedentes teóricos de un Servicio de Pediatría con una adecuada Planificación Estratégica, concentrándose en aquellos objetivos factibles de lograr y analizar los datos recogidos en las diferentes áreas operativas del servicio; permitirá identificar las diferentes causas de morbimortalidad infantil, las enfermedades prevenibles por medio de Inmunizaciones, la satisfacción del usuario, permitirá evaluar la Gestión del Servicio de Pediatría del Hospital tipo I de Santa Teresa del Tuy y demostrar la efectividad del mismo.

Velar por la salud de la población pediátrica y crear una sociedad con hábitos de vida saludable desde la edad temprana es un reto planteado. Hay que recordar que la Pediatría es la rama de la Medicina que está al servicio de la mejor creación de Dios, los niños, el término procede del griego *paidos* (niño) y *iatrea* (curación), pero su contenido es mucho mayor que la curación de las enfermedades de los niños, ya que la pediatría estudia al niño sano evaluando su desarrollo pondoestatural y sicomotor el estado de las inmunizaciones así como al niño enfermo. Devolverle la sonrisa a un niño, la tranquilidad a una madre es la mejor recompensa para el equipo de salud que conforma al Servicio de Pediatría. Se quiere lograr la combinación de: el aprendizaje, la memoria, la inteligencia, las capacidades, las habilidades con las emociones y el desarrollo espiritual para de esta forma construir un Servicio de Pediatría digno con un adecuado desempeño para cuidar estos niños de hoy, grandes hombres del mañana.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

1. Introducción.

La efectividad en todas las áreas de la vida se alcanza cuando se aplica en ellas el equilibrio de producción (P) sobre capacidad de producir (CP) y además evaluando los tres componentes importantes para lograrla, el conocimiento el cual indica que hacer y porque hacerlo; la habilidad la cual enseña a hacer las cosas y la actitud que es la motivación y las ganas de hacer las cosas.

Las organizaciones estables y efectivas contratan al mejor personal y lo recompensan por un desempeño excepcional. Una institución avanza hacia la estabilidad organizacional mediante líderes que deben poseer un nivel de madurez y aprendizaje el cual le permita identificar a cada quien como una sola persona, y debe involucrarla dentro de la organización como parte de un sistema esencial de la estabilidad de dicha empresa.

El 12 de septiembre de 1978, representantes de 134 países y de 67 organizaciones internacionales y no gubernamentales, convocados en Alma-Ata (Kazajstán) por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), firmaron la llamada "Declaración de Alma-Ata", que bajo el lema "Salud para todos" defendía la salud como "derecho humano fundamental" y establecía el objetivo de promoverla para que todos los habitantes del mundo pudieran llevar a cabo una vida productiva social, económicamente satisfactoria y con salud, se planteó un sistema de salud a nivel mundial efectivo, dicha meta no se logró. Para que se pueda ir reemplazando el pesimismo por un optimismo creativo se hace indispensable lograr que la Comunidad tome conciencia de sus limitaciones y de sus capacidades, de tal manera que pueda ejercer la presión impostergable para que en un futuro inmediato se pueda alcanzar el diseño de un nuevo modelo en servicio de salud, con un liderazgo fuerte, comprometido,

innovador y que tenga la visión para prever lo que pueda ocurrir y además satisfacer las demandas planteadas por la comunidad externa, tener la capacidad de respuestas a las exigencias de las sociedades ,crear un sistema de salud efectivo.

2. Conceptos Importantes sobre Efectividad.

Efectividad: Es el criterio político que refleja la capacidad administrativa de satisfacer las demandas planteadas por la comunidad externa, capacidad de respuestas a las exigencias de las sociedades, el resultado último de las acciones de los servicios, la evaluación fundamentada en la apreciación de los resultados o sus impactos sobre la población. En el área de la salud, es el resultado de las acciones de los servicios de salud sobre la población que son la razón de ser de los mismos. Efectividad se refiere a lograr el propósito y/o los resultados según objetivos; grado en que se aplican los resultados. Se refiere a los efectos de una actividad y sus resultados finales, beneficios y consecuencias para una población en relación a los objetivos establecidos y la sostenibilidad del proceso y la iniciativa.

Las siguientes ocho bases sustentan la Efectividad para ayudar a las personas en su desarrollo personal y profesional:

1. Centrarse en Principios.

Los principios son aquellas verdades que, por experiencia humana, son esenciales para el éxito, y aumentan nuestra habilidad para obtener mejores resultados en el futuro.

2. Enfoque “desde adentro”.

Para lograr y mantener una organización efectiva, es necesario que sus integrantes sean efectivos, y los cambios duraderos son posibles sólo cuando se han generado desde el interior de las personas.

3. Cambios Profundos.

Todos actuamos bajo ciertas pautas de comportamiento que determinan el nivel de nuestra efectividad. Instalar y desarrollar nuevas conductas es posible a través de un proceso de aprendizaje efectivo

4. Proceso de aprendizaje proactivo, continuo y participativo.

La clave para el Aprendizaje efectivo es reconocer cómo nuestros paradigmas, conductas, resultados y hábitos de reflexión, influyen unos sobre otros, y esforzarse conscientemente para mejorar con el tiempo.

5. Facultamiento.

Facultar significa “crear condiciones para”. A nivel personal el facultamiento crea confianza, desarrolla el sentido de responsabilidad y compromiso, genera una actitud positiva en el otro y permite, en definitiva, que las personas tomen mejores decisiones por sí mismas. A nivel familiar, organizacional y social el facultamiento genera credibilidad, desarrolla un sentido de dirección unificado, colaborativo y solidario en un ambiente positivo, constructivo y entusiasta.

6. Cultura.

Podemos cultivar un entorno donde las personas puedan ejercitar su extraordinaria capacidad para aprender, crecer y cambiar. El objetivo estratégico principal es crear ese entorno facultado: una cultura, un ambiente que facilite e inspire al cambio y al desarrollo de las personas que toman contacto con él, y que esto se convierta en la identidad a través de la cuál sea reconocido y valorado.

7. Carácter y Competencia.

Creemos y trabajamos por nuestra mejora continua y equilibrada entre nuestro carácter y nuestra competencia. Buscamos desarrollar un carácter de integridad,

madurez y mentalidad de abundancia. Investigamos a diario para acrecentar nuestras competencias conceptuales y técnicas. Buscamos permanentemente más y mejores maneras de trabajar en conjunto.

8. Relaciones.

Fomentar las relaciones, la comunicación entre los trabajadores y usuarios la búsqueda de la sinergia. Las relaciones nos permiten conocer gente con intereses comunes, compartir proyectos, generar emprendimientos, hacer negocios, hacer amigos. Cada individuo puede difundir sus actividades, darse a conocer.

1.- Ser Proactivo:

Una persona proactiva no culpa a los demás de lo que le está pasando, es consciente de que fueron sus decisiones las que la llevaron donde está, y buscará la forma para estar donde debe estar, trabajando con ética y valores.

2.- Empezar con el final en mente:

Es importante iniciar cada día sabiendo que se quiere hacer y hacia donde hay que dirigirse.

3.-Poner Primero lo Primero:

Es más efectivo organizar Prioridades que organizar tiempo

4.-Pensar Ganar-Ganar:

La cultura en la que vivimos está enmarcada en el concepto de yo gano tú pierdes para ser realmente efectivo se debe plantear ganar/ganar, "hay suficiente para todos". Cualquier acuerdo ambas partes siempre saldrán beneficiadas.

5.- Antes de buscar ser comprendidos, comprender:

Aprender a escuchar y entender a los demás, esto permitirá evitar problemas interpersonales, ayudará a interactuar y dialogar con otros.

6.- Sinergizar:

El todo es más que la suma de sus partes, trabajar en equipo' permitirá crear confianza, innovación y efectividad

7.- Afilar la sierra:

Es importante crear el hábito de mantener un mejoramiento continuo, mantener la sierra sin afilar, llegará el momento en que no se podrá aserrar más.

Para lograr la efectividad se debe cumplir con estos hábitos:

1. Toma de conciencia, visión personal y responsabilidad.
2. Liderazgo, Misión y Visión.
3. Administración del tiempo y priorización.
4. Beneficio mutuo.
5. Comunicación efectiva.
6. Cooperación creativa.
7. Mejoramiento continuo.

2.1. Antecedentes de la Efectividad en los Servicios de Salud.

La búsqueda de evidencia sobre la efectividad de la promoción de la salud viene siendo una preocupación mundial desde hace algunos años. Un primer paso importante fue lograr el consenso sobre los términos de evidencia y efectividad, y acordar que datos y/o información serian considerados como evidencia, así como los métodos para documentar la evidencia de efectividad de la promoción de la salud.

La OPS/OMS ha promovido y apoyado diversas publicaciones, reuniones de consulta y talleres de capacitación con el fin de apoyar y contribuir a fortalecer la capacidad de los Estados Miembros en América Latina y el Caribe para implementar y evaluar sus programas y experiencias de educación para la salud desde su creación

en 1992. En la última década se ha dedicado un mayor esfuerzo a desarrollar y validar metodología y guías para desarrollar, implementar y evaluar la estrategia de promoción de la salud fortaleciendo así la capacidad de los países en este campo, especialmente en la creación de los entornos saludables, cuyo marco incluyen las cinco acciones estratégicas para promover la salud.

- Participación social, con Políticas públicas saludables.
- Colaboración y acción intersectorial.
- Sostenibilidad.
- Proceso de desarrollo e implementación de MCS.
- Efectividad, resultados e impacto de MCS.

En 1992 y 1993 se realizaron las Conferencias de Bogotá y del Caribe sobre promoción de la salud, adoptándose las Cartas de Bogotá y del Caribe. A partir de estas Conferencias se desarrolló un plan regional de promoción de la salud (OPS 1994-1998), enfatizando la implementación de los Municipios Saludables y las Escuelas Promotoras de la Salud. A mediados de los 90s la OPS/OMS apoyó una serie de estudios para identificar los componentes críticos en el desarrollo local y el fortalecimiento de los municipios y comunidades saludables (MCS) Uno de los aspectos más importantes fue el de la participación social (OPS 1995). Las conclusiones más sobresalientes de este estudio señalaron la importancia de la participación social en las experiencias que articularon la salud con aspectos más amplios del desarrollo local. Se observó mayor conocimiento del concepto de empoderamiento a través de la participación social y su relación con la construcción del capital social, se identificó las potencialidades locales y se construyeron capacidades. Se realizaron múltiples reuniones, se crearon Escuelas Promotoras de la Salud.

En 1996 se formó la Red Latino Americana de Escuelas Promotoras de la Salud y en 2001 se formó la Red Caribeña de Escuelas Promotoras de la Salud ;un grupo de países iniciaron la implementación de los Municipios y Comunidades Saludables, y en 1996 se formó la Red Latino Americana de Municipios y Comunidades Saludables la cual en 1998 durante la III Reunión de la Red de

Municipios, Ciudades y Comunidades Saludables de las Américas incluyendo las experiencias de Canadá y Estados Unidos de Norte América ,fundaron el Consorcio Interamericano de Universidades interesadas en mejorar la formación en promoción de la salud, y junto con la Escuela Andaluza de Salud Pública y la Junta de Andalucía en España y la Universidad Javeriana en Bogotá, Colombia crearon REDEPS, la Red de Experiencias en Promoción de la Salud (1998). Esta Red tuvo como función recopilar y difundir las experiencias latinoamericanas sobre promoción de la salud en la región (REDEPS 8). Los objetivos de la REDEPS fue precisamente el de identificar experiencias, difundirlas y contribuir a la investigación en promoción de la salud. Participaron diversas instituciones y se documentaron alrededor de 200 experiencias, la mayoría de dichas experiencias se refirieron a la educación para la salud, la comunicación social, concertación social y prevención de enfermedades.

La cooperación técnica de la OPS/OMS ha apoyado a los países para fortalecer su capacidad de implementar esta estrategia, partiendo de que las acciones estratégicas son fundamentales para mejorar los determinantes de la salud y la equidad, y por ende que esta contribución de la promoción de la salud la convierte en la estrategia central de la nueva salud pública. En las dos décadas de desarrollo del campo de la promoción de la salud a partir de la Carta de Ottawa, se han implementado diversas experiencias para mejorar los determinantes de la salud, transformando las condiciones de vida con equidad.

En la IV Conferencia Global de Promoción de la Salud (Yakarta 1997) se dieron una serie de discusiones sobre la importancia de la evaluación. Entre los resultados más importantes se consolidaron los documentos básicos para el marco de evaluación de la promoción de la salud (Rootman et al, 1997) y el informe del proyecto internacional sobre los indicadores para la evaluación de la promoción de la salud (Jackson et al, 1997). Durante la Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, realizada en México (2000), se adoptó la Declaración de México, incluyendo el compromiso de implementar planes nacionales de promoción de la salud y se dieron varias sesiones de discusión sobre la búsqueda de la evidencia de efectividad de la promoción de la salud. Miembros del grupo técnico convocado por OPS/OMS también participaron en dichas discusiones sobre el enfoque y la

metodología que debería utilizarse para evaluar las estrategias de promoción de la salud llegando al consenso que esta debería ser participativa, con métodos mixtos, cuali-cuantitativos. Durante el I Foro de Promoción de la Salud (Chile 2002) grupos de las subregiones Andina y Centro América se reunieron para preparar propuestas de acuerdos y resoluciones sobre la promoción de la salud que presentaron en las reuniones de integración subregional correspondientes.

La OPS apoyó con un taller subregional sobre las guías de los planes de acción para la promoción de la salud en San Salvador, El Salvador en 2003 donde participaron los equipos de todos los países miembros de la RESSCAD, (Reunión Sector salud de Centroamérica y Republica Dominicana), se preparó una propuesta conjunta de promoción de la salud coordinada por El Salvador. En ambos se usaron la guía de planes de acción adoptadas en la 5ta Conferencia Global de Promoción de la Salud., Posteriormente se realizaron talleres similares en Belice y República Dominicana. Igualmente la OPS junto con el Organismo Andino de Salud del Convenio Hipólito Unanue (ORAS/CHU) apoyo un taller subregional sobre planes de acción de promoción de la salud en Caracas, Venezuela en 2003 donde participaron los equipos de todos los países miembros de la REMSAA (Reunión de los Ministerios de Salud del area Andina). Posteriormente también se realizaron talleres de promoción de la salud en Perú y Ecuador. En séguimiento al Compromiso de Chile, se realizó una serie de paneles durante la Reunión de las Asociaciones de Municipios de la Región, auspiciada por la Federación Latino Americana de Autoridades Locales y Municipales (FLACMA) en Sta. Cruz de la Sierra, Bolivia (2004) sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), el rol de los municipios saludables y el de las escuelas promotoras de la salud; así también se realizó una consulta con los miembros de las redes de Municipios Saludables y FLACMA para desarrollar una guía de difusión para apoyar al movimiento de MCS en la incorporación de los ODM en los planes locales de desarrollo. En este sentido, los espacios saludables han demostrado la operacionalización más concreta y más frecuente de esta combinación de acciones estratégicas para actuar sobre los múltiples aspectos de lo político, económico, ambiental y social, fundamentales para el mejoramiento de la salud y la calidad de vida donde la gente vive, estudia y trabaja, formar consenso y desarrollar

las guías de evaluación. La preocupación por conocer la efectividad de la promoción de la salud tiene antecedentes en la evaluación de las iniciativas de la educación para la salud y la participación comunitaria, y se apoyó en la realización de estudios de casos en países (OPS 1984) con el objetivo de documentar diversas experiencias, y evaluar tanto las dificultades como los aciertos y los resultados de la participación comunitaria en los servicios locales de salud y la implementación de la estrategia de Atención Primaria a la Salud, donde la participación comunitaria es un elemento importante de esta estrategia, este proceso ha sido lento y difícil, en parte debido a las múltiples variables involucradas en dicho análisis. Lograr el consenso sobre la metodología, enfoque y marco conceptual de la evaluación ha llevado tiempo y esfuerzo. En el verano de 1999 la OPS/OMS convocó un grupo técnico de consulta para desarrollar un marco de referencia que guiara la evaluación de las iniciativas de promoción de la salud, especialmente la de municipios, ciudades y comunidades. Se concluyó que la mayoría de las experiencias no contaban con una evaluación, y que una gran parte de dichas experiencias carecía de una planificación y de un desarrollo en base a las líneas estratégicas de la promoción de la salud (Carta de Ottawa). Las experiencias eran de educación para la salud, enfocadas a la prevención específica de enfermedades y de fortalecimiento de la atención primaria.

El Grupo consideró crítico establecer un consenso sobre lo que se entendería como evidencia de efectividad de la promoción de la salud, y además recomendó que en la América Latina y el Caribe se necesitaba desarrollar un mayor entendimiento del concepto de promoción de la salud, así como de fortalecer la capacidad en la planificación y evaluación de experiencias basadas en dicha estrategia. El Grupo de Trabajo también reconoció la importancia de un enfoque metodológico mixto, usando tanto métodos cuantitativos como cualitativos y de incorporar una metodología participativa donde los diversos actores involucrados participen en la evaluación y el análisis de lo aprendido.

En esa primera reunión (1999) se acordó formar un Grupo de Trabajo interdisciplinario, incluyendo la participación de expertos de los Centros Colaboradores, universidades, de diversas instituciones que aplican la promoción de la salud en los Estados Miembros. En esta reunión el grupo decidió por consenso que

las áreas clave para la evaluación de la promoción de la salud están basadas en la iniciativa de municipios, ciudades y comunidades saludables (MCS).

Durante la 5ta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, realizada en México en Junio del 2000, el Grupo de Trabajo, coordinó y participó en una serie de discusiones con expertos en evaluación y en promoción de la salud a nivel mundial. La reunión de Antigua se estableció dos grupos de trabajo, uno para el desarrollo de recomendaciones para tomadores de decisión política sobre la importancia del apoyo a la iniciativa de Municipios, Ciudades y Comunidades Saludables y el otro grupo que continuo el desarrollo de la Guía Participativa de Evaluación de las Experiencias sobre Municipios y Comunidades Saludables. Complementario a esta estrategia la OPS inició una línea de trabajo para identificar los aspectos más importantes para mejorar la salud urbana, especialmente para mejorar las condiciones de vida en las grandes ciudades, para lo cual convocó una reunión de consulta donde se presentó y analizó el marco conceptual sobre salud urbana, y además se presentaron los perfiles de ciudades de más de 1 millón de habitantes y las alternativas propuestas a futuro.

En 2001 el Grupo de Trabajo se reunió en Antigua, Guatemala y planteó dos vertientes del trabajo del Grupo. Un primer subgrupo desarrollo una serie de recomendaciones para los tomadores de decisión política sobre la promoción de la salud y la evacuación de la iniciativa de MCS. Un segundo subgrupo desarrollo una guía de evaluación participativa de la estrategia de MCS. A partir de los principios de Antigua el Grupo continuó trabajando sobre el desarrollo de guías metodológicas para la evaluación de la efectividad de la promoción de la salud.

Los principios de Antigua fueron definidos por el Grupo de Evaluación y enfatizan los valores y principios que deben formar parte de la evaluación de la promoción de la salud, en particular para las experiencias de municipios, ciudades y comunidades saludables:

Principios de Antigua: 1.-Valor, 2.-Contexto 3.- Utilidad. 4.- Participación. 5.-Métodos múltiples 5.-Empoderamiento 6.-Aprendizaje apropiado.

En 2001 durante la XVII Conferencia Internacional de la Unión Internacional de Promoción y Educación en Salud (UIPES) celebrando sus 50 años en Paris, Francia, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la UIPES convocaron una

reunión para desarrollar en forma conjunta el Proyecto Global de Efectividad de la Promoción de la Salud se presentaron los avances de Grupo de Trabajo desarrollando la Guía de Evaluación de las experiencias de municipios, ciudades y comunidades saludables.

El CDC y la OPS/OMS juntaron esfuerzos para apoyar al Grupo de Trabajo de Evaluación de la Promoción de la Salud, miembros de la Oficina Regional para América Latina (ORLA) y de la Oficina para Norte América (NARO) de la Unión Internacional de Promoción y educación en Salud (UIPES) también participaron en estos esfuerzos para desarrollar la evaluación de las experiencias de promoción de la salud en las Américas. En Octubre 2002 durante el Foro de Promoción de la Salud en Santiago de Chile se realizaron diversas sesiones de trabajo e intercambio de experiencias sobre la sistematización y la evaluación de evidencias de la efectividad de la promoción de la salud.

En Octubre 2002 la OPS apoyo a los Estados Miembros a preparar sus informes sobre el progreso logrado en la promoción de la salud a partir de la Declaración de México. La OPS preparo una guía de capacidades sobre promoción de la salud con el fin de dar una mejor respuesta a los compromisos de los Estados Miembros, frente a la Declaración de México (2000), la Resolución de Promoción de la Salud (OPS CD 43.14, 2001) y el Compromiso de Chile (2002). Es así como a partir del I Foro de Promoción de la Salud en las Américas (Chile 2002), se comienza a monitorear el progreso alcanzado en los países con respecto a dicha Declaración. Así también se realizó una sesión coordinada por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), sobre la evaluación de impacto de la promoción de la salud, en dicha sesión que se discutieron los estudios de costo efectividad y la evaluación económica como complemento a la Guía de Evaluación Participativa que ya se estaba desarrollando. En Noviembre de ese mismo año, durante el Congreso de ORLA/UIPES en Sao Paulo, Brasil, se inicio el Proyecto Regional de Efectividad de la Promoción de la Salud en el que también participo la OPS/OMS y el CDC:

El Grupo de Trabajo sobre Evaluación de la Promoción de la Salud de la OPS/OMS en las Américas se volvió a reunir en Atlanta y luego en Toronto (2003) para revisar su plan de trabajo y ajustar las actividades para sistematizar las

experiencias que podrían ilustrar buenas prácticas de la promoción de la salud en las Américas, finalizar la Guía Metodología de Evaluación Participativa, y formar alianzas con diversos Centros Colaboradores para hacer la prueba piloto de dicha Guía.

Durante la IV Reunión de la Red Latino Americana de Escuelas Promotoras de Salud (EPS) en Puerto Rico (2004) se formaron diversos comités de trabajo para desarrollar guías metodológicas sobre los siguientes aspectos: acreditación y certificación de las EPS; organización y coordinación de las Red; Reforma curricular, educación para la salud y las habilidades para vivir, capacitación docente; elaboración y validación de materiales, alianzas estratégicas y la importancia de los ODM en dicha iniciativa; así como sistematizar y evaluar la efectividad de la promoción de la salud en la salud de escolares, docentes y padres de familia.

En el 2004, el Grupo de Trabajo de Evaluación de la Efectividad de la Promoción de la Salud, se reunió en Washington, D.C. para revisar el progreso realizado hasta la fecha con el desarrollo de la Guía de Evaluación Participativa, la prueba de esta metodología y la sistematización de las experiencias de América Latina. Así mismo el Grupo de Trabajo inicio el desarrollo de una metodología rápida de evaluación así como una guía metodológica de evaluación económica de la promoción de la salud.

Las diversas reuniones del Grupo de Trabajo, así como en las actividades de desarrollo y prueba de guías e instrumentos de evaluación, han participado personas de casi todos los países de la región (Argentina, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, Perú, México, Panamá, República Dominicana, Trinidad y Tobago, Venezuela, Estados Unidos) y de diversas organizaciones, especialmente, CDC, Health Canadá, Centro de Promoción de la Salud de la Universidad de Toronto, la Universidad de Laval en Québec, Universidad de Nuevo México, CEDETES en la Universidad del Valle, Colombia, CEPEDOC en la Universidad de Sao Paulo en Brasil y otras Universidades que eran ya centros colaboradores y otras que en el proceso aplicaron y fueron aceptadas como centros colaboradores. En todas las actividades se ha hecho un esfuerzo especial para incluir a los miembros de la IUPES/ORLA y NARO, ya que esta es la ONG oficial de la OPS/OMS en Promoción

de la Salud. En Noviembre 2002, durante la Conferencia de ORLA/UIPES en Sao Paulo, Brasil se realizó la primera reunión para formalizar el Proyecto de Efectividad de la Promoción de la Salud en las Américas, y se eligió a la Dra. Ligia Malagón de Salazar, directora del CEDETES, Universidad del Valle, Colombia funge como coordinadora de dicho proyecto en Latino América, con el apoyo y la participación del CDC y la OPS. Por NARO, la Dra. Marcia Hills y el Dr. Stephen Faucett coordinan la iniciativa, con apoyo y colaboración del CDC y la OPS. Avances de la promoción de la salud y la búsqueda de la evidencia de su efectividad.

No obstante el avance en la evaluación de la promoción de la salud el proceso de lograr consenso sobre el modelo de evaluar y construir las bases de la evidencia de efectividad de la promoción de la salud continua siendo un tema en la agenda de las reuniones del Grupo de Trabajo sobre Evaluación y Evidencia de Efectividad de la Promoción de la Salud.

1. ¿En la implementación de las actividades participa la sociedad civil y se empodera la comunidad? ¿Se construye capacidad en los actores involucrados y en las instituciones?

2. ¿Se producirá mayor equidad con estas actividades?

La búsqueda de la evidencia de efectividad de la promoción de la salud incluye la evaluación, investigación y vigilancia.

La guía de planificación promovida por la OPS sugiere tres criterios para la elaboración del plan de promoción de la salud: (1) beneficiar la mayoría de la población; (2) contribuir a cerrar las brechas de inequidad; y (3) contribuir al empoderamiento y la participación de los involucrados. En los últimos veinte años se ha observado un avance cualitativo en la promoción de la salud. De acuerdo a los informes de países presentados en el I Foro de Promoción de la Salud (Santiago de Chile 2002), todos los países están fortaleciendo su capacidad y reportaron experiencias de promoción de la salud, especialmente en la construcción de entornos saludables (Municipios, Ciudades y Comunidades saludables (MCS); 'Escuelas Promotoras de la Salud (EPS); lugares de trabajo saludable; y viviendas saludable) la OPS también realizó un mapeo de las capacidades de promoción de la salud con los

países cuyos resultados fueron parcialmente presentados en la 6ta Conferencia Global de Promoción de la Salud (Bangkok 2005).

Se ha podido observar que los programas de educación para la salud y las campañas de comunicación social, no son reforzados con el establecimiento de entornos saludables y no se establecen políticas públicas, con la reorientación de los servicios de salud. El otro fenómeno observado por Salazar y colaboradores (2003) es el enfoque centrado y dirigido a la prevención de enfermedades más que a la promoción de la salud. Las limitaciones en la metodología, por falta de un plan de acción con objetivos y del monitoreo y evaluación, también fueron notables. Es así como se observaron que más del 50% de las publicaciones no especifico un propósito específico en la evaluación, el 18% fueron evaluación de impacto, 14% evaluación económica y 4% evaluación de efectividad.

De los aproximadamente 150 estudios sobre experiencias de educación para la salud y promoción de la salud realizados en los últimos 10 años, de 23 países de Latinoamérica y el Caribe fueron encontradas en la búsqueda de publicaciones: 23% de México, 12% de Brasil, 9% Puerto Rico, 7% de Colombia seguidos por Argentina y Bolivia, los autores encontraron que la mayoría de los estudios se concentraron en desarrollar habilidades personales, sobre teorías de promoción de la salud y en la reorientación de los servicios de salud. Un 8% de las publicaciones correspondió a la creación de espacios y entornos saludables y un 7% a políticas públicas saludables. Al revisar los temas de dichos estudios se encontró que gran parte se centro en salud materna infantil, estilos de vida y comportamientos higiénicos, educación y comunicación en salud, y conocimientos sobre la salud. En conclusión, Salazar y colaboradores (2003).

Indicaron que “las habilidades personales y la acción comunitaria, de la óptica de colaboración y cambios de comportamiento individuales, son los mas comunes en las evaluaciones” y se percibió una limitada capacidad para realizar evaluaciones de efectividad o para llevar a cabo investigación evaluativo en promoción de la salud. Una hipótesis anticipada tiene que ver con las limitaciones en la comprensión del alcance de la promoción de la salud, así como de la evaluación de su efectividad. No se reportaron experiencias de evaluación de la efectividad de la promoción de la

salud, considerando las cinco líneas estratégicas de acción, con articulación a la gerencia de los programas. Se observó que la formación en evaluación es poco frecuente, y que la habilidad para escribir artículos científicos e informes de interés para tomadores de decisión es una debilidad en el campo de la promoción de la salud. Otra gran limitación es la falta de articulación y acceso a las publicaciones científicas y capacidad para difundir y comunicar resultados.

Fueron pocas las experiencias que se revisaron al respecto de los municipios, ciudades y comunidades saludables a pesar de que esta iniciativa en la última década muestra un profundo compromiso con el desarrollo local y el fortalecimiento de las capacidades de gestión pública y buen gobierno local, especialmente en la planificación y evaluación de los procesos de creación de espacios saludables en la región latinoamericana.

Fuentes de evidencia de la efectividad de la promoción de la salud.

En los últimos años la promoción de la salud ha profundizado en la necesidad de fortalecer las fuentes de la evidencia, especialmente de obtener herramientas válidas de evaluación que permitan, no sólo dar cuenta de la efectividad de la misma, sino también que puedan ser generalizadas y utilizadas en diferentes contextos. A pesar de que el estado actual de estas investigaciones no permite aún nutrir estas prácticas de modo tal de generalizarlas y difundirlas, se ha avanzado en la validación de algunas de estas nuevas herramientas posibles de ser generalizadas a otros entornos de similares características.

La sistematización y documentación de las experiencias de promoción de la salud, especialmente las dirigidas a la creación de entornos saludables han arrojado valiosa información sobre los elementos que contribuyen a mejorar las condiciones locales y las relaciones entre los actores relevantes, resultando en la modificación de sus prácticas y en cambios de sistemas que llevan a mejorar la salud y la calidad de vida. Hay muchos interrogantes: ¿Cuál ha sido el resultado de las diversas experiencias de implementación de las políticas públicas?, ¿Cuál ha sido el resultado de la implementación de las experiencias de municipios saludables y ciudades

saludables?, ¿De escuelas promotoras de la salud?, ¿De las viviendas saludables?, ¿De la implementación de estrategias de promoción de la salud en los lugares de trabajo?

A partir de la creación de esta iniciativa global y dando seguimiento a los acuerdos de la reunión de Antigua, la OPS conjuntamente con el CDC, el Centro de Promoción de la Salud de la Universidad de Toronto, Health Canadá, el Ministerio de Salud de Brasil y el Ministerio de Salud de Chile, y la Universidad Del Valle, Colombia, entre otros aliados, se dieron a la tarea de elaborar un marco conceptual y guía operativa para la evaluación participativa de las experiencias de MCS en las Américas.

Existen diversas trayectorias en este sentido que conllevan las siguientes preguntas: por un lado las metodologías de evaluación del impacto de las políticas públicas, ¿Cuan efectivas son las políticas de prohibición de la publicidad del tabaco para reducir su consumo?, ¿Que tan efectivas son las políticas de control del consumo de las bebidas alcohólicas en la reducción de las lesiones por vehículo de motor?, ¿Que tan efectivas son las medidas de facilitar la participación social en las decisiones que afectan su salud?, ¿Que progreso están logrando los Estados Miembros para establecer iniciativas de promoción de la salud, incluyendo su monitoreo y evaluación?. Estas y otras preguntas son las que guían nuestros esfuerzos para fortalecer la capacidad de las diversas instituciones y grupos responsables por la promoción de la salud en los países de la región con respecto a la evaluación de la efectividad de los planes de acción de promoción de la salud, especialmente las diversas experiencias de construir espacios y entornos saludables.

La búsqueda de la evidencia de la efectividad es una línea de acción para la OPS. Por un lado esto implica el fortalecimiento de la capacidad institucional en los países para desarrollar, implementar y evaluar las acciones de promoción de la salud, incluyendo: la capacitación de equipos intersectoriales; el desarrollo de guías metodológicas; la documentación y sistematización de experiencias; los foros de intercambio y la diseminación de conocimientos y experiencias. Por otro lado, esto también implica el análisis de la información y de las lecciones aprendidas como también la aplicación de los resultados para el cambio de programas, políticas y

estrategias en los países y al nivel regional. Existen diversas trayectorias en este sentido que conllevan las siguientes preguntas: por un lado las metodologías de evaluación del impacto de las políticas públicas, ¿Cuan efectivas son las políticas de prohibición de la publicidad del tabaco para reducir su consumo?, ¿Que tan efectivas son las políticas de control del consumo de las bebidas alcohólicas en la reducción de las lesiones por vehículo de motor?, ¿Que tan efectivas son las medidas de facilitar la participación social en las decisiones que afectan su salud?, ¿Que progreso están logrando los Estados Miembros para establecer iniciativas de promoción de la salud, incluyendo su monitoreo y evaluación?. Estas y otras preguntas son las que guían nuestros esfuerzos para fortalecer la capacidad de las diversas instituciones y grupos responsables por la promoción de la salud en los países de la región con respecto a la evaluación de la efectividad de los planes de acción de promoción de la salud, especialmente las diversas experiencias de construir espacios y entornos saludables.

La OPS continuara desarrollando iniciativas para apoyar el fortalecimiento de la capacidad de los países (Estados Miembros) en la implementación y evaluación de la promoción de la salud. La publicación de este libro sobre Evaluación de la Promoción de la Salud es un aporte más en este sentido, para contribuir con los diversos grupos que se dedican a la investigación y la evaluación, el fortalecimiento de los sistemas de información y vigilancia, así como los que se dedican a la docencia. Actualmente la OPS coordina el Grupo de Evaluación de la Iniciativa de MCS, lo cual incluye la Guía de Evaluación Participativa, la Guía de Evaluación Rápida, la Guía de Evaluación Económica, la Guía para Alcaldes sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio, y oportunidades para la sistematización e intercambio de las experiencias. Así también la OPS actualmente coordina varios grupos de trabajo que están involucrados en la búsqueda de la evidencia de efectividad de la promoción de la salud. La evaluación de la iniciativa de Municipios, Ciudades y Comunidades Saludables es una de las actividades prioritarias así como la evaluación de la capacidad institucional de los países para promover la salud, implementando la estrategia de Promoción de la Salud.

Las Redes de promoción de la salud, tanto la de Municipios y Comunidades Saludables de las Américas, como las de Escuelas Promotoras de la Salud y la de

Vivienda Saludable ofrecen excelentes oportunidades para compartir experiencias y herramientas efectivas. La iniciativa de Escuelas Promotoras de la Salud tienen ocho (8) Comités conjunto entre la OPS y los Ministerios de Salud y Educación de los estados Miembros, los cuales están desarrollando varias guías metodológicas: (1) Organización de las Redes de Escuelas Promotoras de la Salud, (2) Guía para la validación de material educativo, (3) guías de vigilancia de prácticas de riesgo y protectoras en los entornos educativos, (4) guía para la evaluación de la iniciativa de escuelas promotoras de la salud, (5) guía para la certificación de escuelas promotoras de la salud, (6) guía de capacitación de docentes sobre habilidades para la vida, (7) guía de capacitación de docentes para la implementación de escuelas promotoras de la salud, (8) guía sobre los ODMs. La iniciativa de Viviendas Saludables cuenta con Centros Colaboradores y Redes en Argentina, Brasil, Cuba y Perú.

2.2. Antecedentes de la Efectividad en Servicio de Pediatría.

La literatura consultada nos aportó un artículo sobre la evaluación del desempeño en un servicio de gastroenterología el cual se puede aplicar como antecedentes a la investigación que se está realizando. Experiencia en un servicio de Gastroenterología del Hospital Universitario de Maracaibo, realizado por la Dra. Maribel Lizarzábal Jefe del Servicio de Gastroenterología. Hospital Universitario de Maracaibo.

La evaluación del desempeño como alternativa a la baja productividad de los servicios públicos de salud en Venezuela. Dra. Maribel Lizarzábal 2002 Hospital Universitario de Maracaibo.

Palabras Claves: Evaluación del Desempeño. Gestión Hospitalaria.

Introducción.

Es un estudio transversal que permitió analizar datos de una misma población en dos períodos diferentes, antes y después de haber sido introducida la variable a estudiar. La población estudiada consistió en siete médicos adjuntos del Servicio de

Gastroenterología (seis del sexo Femenino) con edad promedio de 41 años (rango 37-48) cuyo desempeño fue medido durante 2 períodos consecutivos de 3 años cada uno.

Resumen.

Primer período (1.996-98): Se evaluó retrospectivamente el rendimiento hora/médico contratado como el número de pacientes atendido en consulta (sesión clínica de 4 horas) sin sistemas de evaluación cuali-cuantitativos. La calidad fue medida con una "Encuesta de satisfacción del usuario".

Segundo período (1999-2001): Se dieron a conocer los nuevos instrumentos de evaluación del desempeño que se aplicarían y se evaluó de nuevo al mismo personal médico. No hubo variación en otros factores que pueden influir sobre el número de pacientes vistos, tales como estructura organizativa, ambiente físico, sueldos y salarios.

Hipótesis nula: que no habría diferencia entre el "antes" y el "después".

Hipótesis alternativa: "La productividad del Servicio de Gastroenterología se incrementará sustancialmente, seguida de un mejoramiento del clima organizacional".

Sistema de Evaluación del desempeño. En las nuevas evaluaciones la propia persona fija sus metas anuales y actúa en función de su cumplimiento dando cuenta de su propio rendimiento y de lo que necesita para alcanzarlas. Sus logros son medidos por un sistema de *co-evaluación* en el que cada individuo es evaluado por todos y cada uno de sus compañeros y posteriormente unificados por el Jefe del Servicio.

Se definió **Rendimiento/ Productividad** como el número de consultas y/o procedimientos según metas y horario de contratación, tomando como parámetro la norma del Ministerio de Salud que indica 2.5 pacientes por hora⁽⁴⁾

Sistema de Premiación a la Productividad. Se estableció un Premio al "Médico más destacado del año en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Universitario de Maracaibo". El premio consistió en un viaje a un Congreso Internacional con gastos pagos (Pasaje, inscripción en el Congreso y viáticos). La puntuación asistencial-administrativa se evaluó con dos instrumentos, uno para el desempeño

médico (co-evaluación) (**Instrumento No 1**) y otro para el desempeño administrativo (**Instrumento No 2**). Se implementó una hoja de puntuación (**Anexa**) que evaluaba las tres actividades deseadas: asistencial-administrativa, investigación, docencia (**Instrumento No 3**) y extensión.

Resultados.

La productividad global de la población evaluada aumentó en un 91.19 % durante el segundo período de evaluación del desempeño (2997 vs 5730 promedio de consultas/período). El incremento de productividad es visto inmediatamente (34.3 % el primer año post-evaluación) y aumenta a 80.9% en el segundo año, con respecto al promedio del primer período. Ante el éxito de la nueva política de evaluación del desempeño, se implementa la gestión vespertina en el último año evaluado (2001) y la productividad sufre un incremento de 157.2%

Por tratarse de hora médico/consulta o procedimiento y de acuerdo al estimado de las normas del Ministerio de Salud (2.5 pacientes/hora médico) se estima la **Meta de Productividad del Servicio** para el Servicio de Gastroenterología en 5.000 anuales, meta que a pesar de múltiples esfuerzos solo alcanzaba a cubrirse en un 59.9% (2.997 consultas promedio del primer período). Con las nuevas co-evaluaciones se logró llegar y sobrepasar dicha meta durante el segundo y tercer año evaluados (5.423 consultas durante el año 2.000 (108.4%) y 5.865 durante el año 2.001 (117%), con un porcentaje promedio de 5.104 que representa el 102% de la meta de productividad logrado durante el segundo período de evaluación del desempeño 1999-2001.

Discusión.

El sistema de “evaluación del desempeño” y “premiación a la productividad” no es considerado como un fin en sí mismo sino como un instrumento, una herramienta que mejoró considerablemente la productividad del Servicio de Gastroenterología. Aunque el nuevo Programa de Gerencia había acabado ya con

viejos vicios que enlentecían la atención asistencial (por ejemplo el control de citas que era extra-Servicio se centralizó en el mismo aligerando el proceso) y había definido las metas tanto de la Institución como de sus integrantes, la productividad del Servicio no mejoraba, y las excusas sobaban para ello, reflejándose principalmente en el “ping-pong” del paciente por falta de disponibilidad de un médico a su ingreso.

La dinámica del Servicio cambió drásticamente con las nuevas co-evaluaciones; las mismas se integraron a un proceso continuo de mejoramiento en el que la propia persona fijaba sus metas anuales y daba cuenta de su propio rendimiento y de lo que necesitaba para alcanzarlas. Las metas, que en nuestro caso se fijaron de mutuo acuerdo entre el propio interesado y su superior inmediato, Con la nueva política de evaluación del desempeño y premiación se lograron los siguientes objetivos fundamentales:

1. Incorporar el tratamiento de los recursos humanos como una parte básica del Servicio de Gastroenterología, cuya productividad puede desarrollarse y mejorarse continuamente.
2. Mantener niveles de eficiencia y productividad en las diferentes áreas funcionales.
3. Permitir mediciones del rendimiento del médico y de su potencial laboral.
4. Identificar a los empleados que cumplen o exceden lo esperado y a los que no lo hacen, ya que se cuenta con un sistema formal y sistemático de retroalimentación.
5. Establecer estrategias de mejoramiento continuo, cuando el candidato no ha alcanzado las metas propuestas.
6. Aprovechar los resultados como insumos de otros modelos de recursos humanos que se desarrollan en el Servicio (residentes de Post-grado).
7. Definir con mayor claridad las metas específicas de cada individuo dentro del Servicio.
8. Tomar de la antigua concepción “premio-castigo” solo el “premio” y dar oportunidades de desarrollo de carrera, crecimiento y condiciones de

participación a los miembros, considerando tanto los objetivos del Servicio como los individuales.

El aumento significativo de productividad en el Servicio de Gastroenterología, sirvió como antecedente e incentivo. La Directiva y la Oficina de Recursos Humanos del Servicio Autónomo Hospital Universitario de Maracaibo (SAHUM) acogieron el sistema e implementaron en el año 2001 una bonificación económica de acuerdo con la productividad.

Aplicación de las 5 "S" de Productividad al área de Emergencia Pediátrica y Sala de Observación del Servicio de Pediatría del Hospital Tipo I de Santa Teresa del Tuy.

Dra. Lina Costanzo, Dra. Milagros Yrima, Dr. Luís Márquez Estudiantes del Postgrado Gerencia en Servicio de Salud UCAB 2007 No ha sido Publicado.

Introducción.

La Emergencia de Pediatría, ubicado en la parte inferior del edificio, donde se atienden pacientes menores de catorce años, los cuales acuden por fiebre, síndrome convulsivo, enfermedades respiratorias de vías aéreas superiores e inferiores, absceso, celulitis, gastroenteritis con deshidratación leve, moderada y severa; algunos de estos pacientes ameritan dejarlo en observación, para lo cual se cuenta con una pequeña sala de observación donde existen seis cama-cunas y cuatro cunas. Este servicio es insuficiente para la población que asiste, se decide aplicar las 5 "S" de productividad para mejorar el desempeño.

Resumen

Las 5 "S" de productividad:

Este concepto se refiere a la creación y mantenimiento de áreas de trabajo, más limpias, más organizadas y más seguras, es decir, se trata de imprimirle mayor

“calidad de vida” al trabajo. Las 5 “S” provienen de términos japoneses que diariamente ponemos en práctica en nuestra vida cotidiana y no son parte exclusiva de una “cultura japonesa” ajena a nosotros, es más, todos los seres humanos, o casi todos, tenemos tendencia a practicar o hemos practicado las 5 “S”, aunque no nos demos cuenta. Las 5 “S” son:

- **Seiri:** Clasificar, organizar o arreglar apropiadamente.
- **Seiton:** Ordenar.
- **Seiso:** Limpieza.
- **Seiketsu:** Estandarizar.
- **Shitsuke:** Disciplina.

Clasificar (Seiri): consiste en retirar del área o estación de trabajo todos aquellos elementos que no son necesarios para realizar la labor, ya sea en áreas de producción o en áreas administrativas.

En el servicio de Hospitalización Pediátrica una forma efectiva de identificar los elementos que habrán de ser eliminados es retirándolo del sitio:

Clasificar permite:

- Liberar espacio útil en el Servicio de Hospitalización de Pediatría. Reducir los tiempos de acceso a los medicamentos y material médico-quirúrgico, récipes y hojas de referencia. Mejorar el control visual de stocks (inventarios).
- Eliminar las pérdidas de productos o elementos que se deterioran por permanecer un largo tiempo expuesto en un ambiente no adecuado para ellos; (medicamentos con la fecha de vencimiento próxima, medicamentos bien clasificados con etiquetas para evitar las confusiones al momento de aplicar el tratamiento).
- Facilitar control visual de los medicamentos que se van agotando y que requieren para los pacientes que acuden al servicio.
- Preparar las áreas de trabajo para el desarrollo de acciones de mantenimiento autónomo, ya que se puede apreciar con facilidad los escapes, fugas y contaminaciones existentes en los equipos y que frecuentemente quedan ocultas por los elementos innecesarios que se encuentran cerca de los equipos.

Ordenar (Seiton): Consiste en organizar los elementos que hemos clasificado como necesarios, de modo que se puedan encontrar con facilidad. Ordenar en el Servicio de Hospitalización de Pediatría tiene que ver con mejorar la visualización de los medicamentos que se van a utilizar para los pacientes hospitalizados por medio de: etiquetas, todo en su lugar, gabinetes para tener en su lugar las cosas, las camas de los pacientes con el número que le permite correlacionarlo con el número de historia, en resumen, un lugar para cada cosa y cada cosa en su lugar.

Limpieza (Seiso): La limpieza debe ser considerada como parte integral del trabajo. Hay que tomar en cuenta los siguientes principios.

1. La limpieza es inspección.
2. Limpiar es un medio no es un fin.
3. El orden y la limpieza son inherentes a la calidad del trabajo. No se termina la jornada sino se limpia.

Crear instalaciones fáciles de mantener, mejorar los métodos de limpieza. Trabajar en condiciones de desorden y falta de limpieza aumenta la posibilidad de error. **Control Visual**, aumenta la posibilidad de que algo se olvida, alguien lo detecte y aumente la eficiencia

Estandarizar(Seiketsu): Evitar tener que limpiar. Prevenir la suciedad.

Los gabinetes que peguen al techo y no a medio espacio. Usar productos que permitan facilitar la limpieza. En los hospitales el vértice inferior entre piso y paredes son curvos. Crear instalaciones fáciles de mantener. **La limpieza es un medio no es un fin**

Disciplina(Shitsuke): Autodisciplina, hacer las cosas sin que me supervise el jefe. Crear un ambiente de ética en el trabajo.

Las primeras 4 “S” son prácticas, Shitsuke las hace filosofía de trabajo.

Las 5 "S" aplicadas al Servicio de Pediatría del Hospital Tipo I de Santa Teresa del Tuy



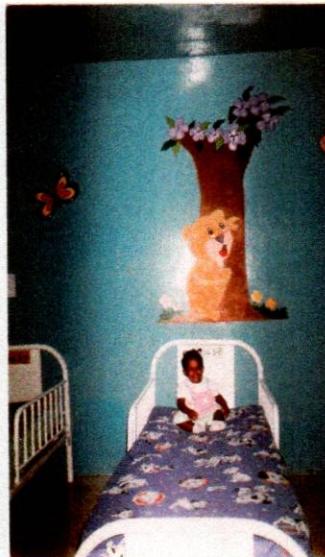
Seiri-Clasificar



Seiton-Ordena



Seiso-Limpiar



Seiketsu-Estandarizar



Shitsuke-Disciplina

3. BASES TEÓRICAS PARA INTERPRETAR LA EFECTIVIDAD DE UN SERVICIO DE SALUD.

Introducción.

Los Indicadores se constituyen, por necesidad de información, en los insumos básicos que permiten construir diagnósticos y evaluaciones útiles para la gestión y operación de servicios. A pesar de su utilidad, es preciso conocer sus características, alcances, limitaciones y supuestos respecto a la realidad que pretenden medir directa o indirectamente. El análisis de los Indicadores de Gestión permitirá evaluar la Efectividad del servicio de pediatría del Hospital tipo I de Santa Teresa del Tuy la evaluación debe fundamentarse en la apreciación de los resultados o sus impactos sobre la población que son la razón de ser de los Servicios de Salud.

La información rutinaria y no rutinaria sobre servicio de salud se basa en datos en forma de Indicadores, que aportan el aspecto cuantitativo, en cambio no se observan valores cualitativos y esto obliga a pensar en la necesidad de construir objetivamente valores o cifras capaces de medir la calidad de los servicios que se prestan, que es realmente lo que percibe el individuo como usuario. A él poco le importan las cantidades numéricamente expresadas, en cambio si, las actividades relacionadas con la comprensión y solución de sus necesidades. Para sincerar el valor cuanti- cualitativo de la Gestión es importante conocer hacia donde se quiere ir, los recursos con los que se cuenta y mejorarlos.

3.2 Indicadores de Gestión:

Los indicadores constituyen una señal numérica, literaria, gráfica que sirven de referente operacional comparativo en la evaluación; deben tener calidad y credibilidad y deben ser presentados en forma comprensible y de uso expedito.

El uso de Indicadores, independiente de la necesidad de su aporte, está relacionado con la disponibilidad de contar con medios de registro y comunicación de eventos, así como la posibilidad de guardarlos en forma sistematizada en medios

escritos o electrónicos. Los Indicadores constituyen unos valiosos instrumentos para obtener la información (efectiva) de las actividades que identifican la gestión administrativo asistencial de todo servicio médico. El Indicador de salud es representar el dato numérico referido a la persona, a la población, a sus problemas, a sus situaciones y al procedimiento o proceso de todas las actividades que identifican la atención médica, son herramienta que permite organizar los recursos que deben asignarse y administrarse para hacer frente a los problemas que se presenten en cualquier situación de salud observada. El viejo paradigma de la medición: medir para decidir; si no se puede medir, no se puede mejorar.

En los servicios de atención para la salud es frecuente enfrentarse a la inexistencia de parámetros y cifras normalizadas que sean adecuadas a todas las estimaciones que tienen que elaborarse. Tanto dentro como fuera del país no hay parámetros establecidos. En ocasiones habrá que contar con valores intuitivos, rudimentarios o incompletos, lo que resulta de la mayor importancia para que se desarrollen así los sistemas de información acordes con los requerimientos individuales e institucionales, tal como fue recomendado en el informe de discusiones técnicas de la XVIII Asamblea Mundial de la Salud en 1972. El administrador de salud debe recoger apropiadamente todos los datos relacionados con el paciente, con el trabajador de la salud, con los costos, con las actividades, etc., de forma que puede utilizar o desarrollar parámetros necesarios para hacer posible su gestión, adecuando la eficiencia y efectividad de la organización en función de los rendimientos (por actividad), tanto en lo administrativo, como en lo asistencial. La decisión de medir un fenómeno cualquiera, demuestra la importancia del mismo, por ello la interpretación del dato estadístico resulta de interés siempre y cuando pueda responder a las variables. Una adecuada gestión administrativa de servicio para la salud estará en función del mayor o menor rango de complejidad de sus unidades funcionales y de las actividades que la conforman e identifican que para implementarla requieren:

1. Estudio y análisis de su ámbito de influencia y de cobertura poblacional.
2. Búsqueda, selección y análisis de los datos recogidos en las distintas áreas operativas

3. Identificación y especificación de las necesidades en costo y en la elaboración de los presupuestos operativos.
4. Establecimiento de prioridades.
5. Análisis sistemático de los problemas operacionales y asignación de los recursos necesarios para su solución.
6. Aporte de recomendaciones, soluciones técnicas y alternativas viables para la oportuna asignación de recursos y establecimiento de los costos operativos.
7. Establecimiento, coordinación y ejecución de los programas operativos para las áreas y sectores asignados en función de la información aportada, previa revisión y ajuste a los planes (programas) presentados.
8. Evaluación, en función del tiempo, de los planes de ejecución asignado a los programas aprobados y seleccionados de acuerdo a las prioridades que se hayan establecido.
9. Los estudios de rendimiento por instrumento en cada una de las unidades operativas, con establecimiento del costo – efecto de acuerdo a la trascendencia del daño.
10. La estimación costo beneficio de acuerdo a los logros obtenidos en los servicios prestados por unidad de servicio con los recursos disponibles.

3.2.1. Concepto.

Son un conjunto de cifras que expresadas como índice, promedio, tasa, razón o porcentaje permiten la expresión resumida y oportuna de los fenómenos observados y de las variables en estudio. Su uso nos facilita medir cualquier fenómeno y al mismo tiempo evaluarlo. La elaboración de un buen indicador se enfrenta con numerosas dificultades, que comienzan con la inexistencia de datos numéricos confiables, los cuales para ser útiles deben poseer características de oportunidad, disponibilidad, calidad, simpleza reproducible.

Indicadores: expresiones verbales o escritas que permiten medir la magnitud de cualquier situación observada. Bodart y Shrestha (2000) definen a los Indicadores

como una variable que tienen principalmente el objetivo de medir una situación dada o cambios de forma directa o indirecta, y enfatizan que éstos debieran orientar, tanto como sea posible, a la acción.

3.2.2. Características.

Los indicadores representan un marco de referencia que permiten efectuar los ajustes necesarios a las actividades a cubrir, no pueden comportarse, ni identificarse, como metas. Requieren evaluarse permanentemente hasta lograr la mayor y mejor información que perfeccione los resultados que se quieren presentar y la medida (cuantificación) de cómo se están alcanzando los objetivos fijados.

1. Los indicadores tradicionalmente utilizados adolecerán siempre de limitaciones relacionadas con su cantidad y oportunidad para manejarlos. Su complejidad y el poder de conocimiento que otorga, estarán condicionados a la capacidad de quienes los reciben y utilizan.

2. Debe tenerse muy en cuenta el número de indicadores a utilizar, es decir, se debe contar con aquel número (limitado) que permita manejarlos adecuadamente. Resulta difícil obtener indicadores que sinteticen lo que realmente se busca comparar y medir. Por ello deben evitarse excesos de uso o aplicar simples esquematizaciones.

3. La selección del indicador debe ser hecha en función de las características y circunstancias de la situación observada. Por tanto, debe conocerse con exactitud su significado y referirlo a sus valores teóricos, planeados y normalizados, es decir a los valores "estandarizados".

4. La precisión de un indicador debe corresponderse con la utilización que se va a brindar al mismo.

La obtención, construcción y elaboración de indicadores es posible siempre y cuando se pueda contar con un sistema de Información apropiado y confiable, desechándose todo aquello que no tenga valor cuanti-cualitativo.

5. Los factores que permiten construir un indicador por lo general provienen del dato estadístico, del dato administrativo, los censos de población y de encuestas.

6. Su utilización y aplicaciones deben satisfacer las necesidades de la demanda

real o potencial y cubrir todos los aspectos dirigidos al manejo de los establecimientos médicos, tales como:

a) Demanda: Consulta externa, Consultas de emergencia, Número de camas, Admisión y Recepción adecuada, Procedencia y desplazamiento del paciente.

b) Organización médico-administrativa: Niveles y organización de la atención médica, jerarquización y estructura del personal, dotación de equipos y distribución de los mismos, líneas y relaciones de autoridad, responsabilidad y comunicación.

7. Mediante la aplicación de modelos matemáticos y basándose en estudios de tiempo y movimiento (técnica diseñada, para establecer el contenido de trabajo que de una tarea específica realiza una persona calificada), se pueden construir los indicadores necesarios para medir la productividad y la eficacia de las actividades y tareas.

8. Todo el volumen de información sobre salud y que se refleja en sus indicadores, presenta tres propósitos fundamentales:

a) Determinar las metas y planificar los recursos y servicios (necesarios) de una manera efectiva y racional.

b) Que la administración de dichos servicios se lleve a cabo de manera eficiente y productiva.

e) Favorecer la evaluación de los servicios y los programas planeados dirigidos a atender a la población en sus necesidades y demandas. Así como la elaboración de alternativas y prioridades para las acciones a tomar.

3.2.3. Clasificación.

Indicadores para medir el nivel de salud de la población:

1. Expectativa de vida al nacer.
2. Tasa de mortalidad general y tasas específicas, tomando en cuenta la edad y el sexo.

3. Tasa de mortalidad proporcional (porcentaje de muertes ocurridas en un grupo determinado de personas, sobre el total de defunciones).
4. Tasa de mortalidad infantil (haciendo la diferencia, entre la mortalidad infantil temprana y la tardía).
5. Morbilidad por enfermedades transmisibles y otras que sean de registro obligatorio (investigación de la morbilidad por censos o encuestas directas o por muestras de población).
6. Riesgos en grupos especiales (de morbilidad o de mortalidad).

Indicadores de condiciones sanitarias del ambiente:

1. Porcentaje de la población, urbana y rural abastecida con agua potable.
2. Porcentaje de población urbana que usa servicios de disposición de excretas.
3. Densidad de habitantes por vivienda y, si es posible, por dormitorio.
4. Tasa de accidentes para la población total; si es posible por tipo de accidentes y por grupos de la población.
5. Razón de mortalidad por sexo, del grupo de 1 a 4 años.

Indicadores de recursos y actividades de salud:

1. Gastos en favor de la salud por habitantes al año (gasto social).
2. Número de camas de hospital por cada 1.000 habitantes.
3. Número de médicos por cada 10,000 habitantes.
4. Porcentaje de la población (por edades) inmunizada contra aquellas enfermedades prevalentes en la zona y para las cuales se dispone de agentes Inmunizantes eficaces.
5. Porcentaje de fallecidos con atención médica o con certificación médica de la muerte.
6. Porcentaje de nacimientos en hospitales.
7. Porcentaje de partos atendidos por médico, por comadrona, etc.
8. Número de consultas prenatales y de lactantes en relación a los nacidos vivos.

Indicadores Económico-Sociales:

1. Ingreso nacional por habitante al año y su distribución en la población.
2. Relación entre salarios o índice del costo de vida.
3. Indicadores de alfabetismo y escolaridad en los distintos niveles de la educación.
4. Porcentaje de población activa y porcentaje de desempleo.
5. Consumo total de calorías por habitante al día.

Indicadores de la Política Sanitaria:

1. Compromiso político (de alto nivel) para alcanzar la salud para todos.
2. Asignación de recursos suficientes para la atención primaria de salud.
3. Grado de equidad en la distribución de los recursos.
4. Grado de participación de la comunidad en el logro de la salud para todo.
5. Establecimiento de una estructura orgánica y administrativa adecuada para la estrategia nacional de salud.
6. Disponibilidad de alimentos energéticos por habitante.
7. Acceso de las madres y niños a la atención de salud.
8. Asistencia de los partos por personal adiestrado.
9. Disponibilidad de medicamentos esenciales.

Indicadores de salud ocupacional:

1. Principales riesgos ocupacionales en el país.
2. Frecuencia y gravedad de los accidentes de trabajo.
3. Incidencia y prevalencia de enfermedades profesionales.
4. Frecuencia de lesiones profesionales que resultan invalidantes.
5. Medidas operativas en salud ocupacional.

6. Costos promedios por reposos ocasionados por lesiones invalidantes.
7. Relaciones médicas del equipo de salud (Ingenieros, enfermeras, etc.). Versus, población usuaria.

Indicadores para calificar un establecimiento de atención médica hospitalaria:

1. De recursos asignados.
2. De rendimiento o aprovechamiento.
3. De la calidad de la atención.

1. De recursos asignados.

1.1. Número de camas y su distribución.

1.2. Presupuesto económico para su funcionamiento: asignación por partidas y actividades.

Costos y gastos por paciente, por personal, exámenes, lencería, medicamentos.

1.3. Dotación de recursos humanos.

- Número de médicos (especialistas, generales).
- Número de enfermeras (profesionales, auxiliares).
- Número de técnicos (laboratorio, Rx, hemoterapia, etc.)
- Número de obreros (especializados, otros).

1.4. Dotación de equipos (fijos, móviles)

- Número de obreros (especializados, no especializados).

Por su composición, relación y disponibilidad, estos indicadores condicionan la calidad de la prestación de la atención médica del establecimiento.

2. De rendimiento o aprovechamiento:

a) Según el instrumento cama:

2.1. % de ocupación.

2.2. Promedio de días de estancia.

2.3. Índice de rendimiento de la cama.

2.4. Índice de renovación.

2.5. Intervalo de sustitución.

b) Según el Instrumento consulta:

2.6. Rendimiento hora/médico-consulta.

2.7. Concentración por hora-médico.

2.8. Volumen de consultas: de primera, sucesivas,

2.9, Volumen de exámenes por paciente.

3. De la calidad de la atención médica:

3.1. Mortalidad bruta.

3.2. Mortalidad neta.

3.2.1. Mortalidad temprana (0.4 años).

3.3. Mortalidad materna.

3.4. Mortalidad fetal.

3.5. Mortalidad perinatal = Fetal tardía + Neonatal precoz.

3.6. Mortalidad neonatal:

a) Temprana o precoz (-7 días).

b) Tardía.

3.7. Mortalidad anestésica.

3.8. Mortalidad operatoria.

4. Reseña Institucional.

4.1. La estructura de la Organización.

Identificación del Hospital tipo I de Santa Teresa del Tuy Municipio Independencia. Estado Miranda

El Hospital tipo I de Santa Teresa del Tuy, está ubicado al final de la Avenida San Rafael, en Santa Teresa del Tuy, Municipio Independencia Estado Miranda.

Consta de 800 metros cuadrados de construcción aproximadamente, con una planta física de dos pisos e incluye los servicios de Medicina General, Cirugía, Pediatría y Maternidad, con sala de Hospitalización en Pediatría y Maternidad. Tiene 20 camas presupuestadas por el Ministerio de Salud.

El sistema de trabajo de dicha Institución es de la siguiente manera: Guardias de 24 horas de lunes a lunes, formado por un equipo de guardia de dos médicos que se distribuyen en cuatro servicios: un médico en el Área de Emergencia, ubicado en la parte superior y consta del Servicio Cirugía donde se atiende heridos, traumatismos, accidentes y el Servicio de Medicina Interna donde se atienden pacientes que consultan por presentar dolor de EAP, HTA, Diabetes Mellitus descompensadas, enfermedades cardiovasculares, pulmonares y gastrointestinales, etc., este servicio no tiene área de hospitalización; cuenta con cinco cubículos donde se mantiene en observación a los pacientes por unas horas.

Otro médico en el Servicio de Emergencia de Pediatría, ubicado en la parte inferior del edificio, donde se atienden pacientes menores de catorce años, los cuales acuden por fiebre, síndrome convulsivo, enfermedades respiratorias de vías aéreas superiores e inferiores, absceso, celulitis, gastroenteritis con deshidratación leve, moderada y severa; algunos de estos pacientes ameritan dejarlo en observación, para lo cual se cuenta con una pequeña sala de observación donde existen seis cama-cunas y cuatro cunas. Otros pacientes ameritan ser trasladados para una institución de salud con mayores recursos, el mismo médico se encarga del Servicio de Emergencia de Obstetricia, se atienden pacientes obstétricas que acuden con patologías inherentes a su estado, cuando son pacientes primigestas o multíparas no controladas se refieren a otra institución con mayor capacidad de resolución, cuando son pacientes multíparas controladas o partos en expulsivos, se atiende el parto y se dejan en observación durante veinticuatro horas en una sala general de maternidad, donde existen diez camas. También se reciben pacientes con abortos, se le prestan los primeros auxilios y se refieren a una institución con resolución quirúrgica.

Identificación del Servicio de Pediatría.

Emergencia de Pediatría, ubicado en la parte inferior del edificio, donde se atienden pacientes menores de catorce años, los cuales acuden por fiebre, síndrome convulsivo, enfermedades respiratorias de vías aéreas superiores e inferiores, absceso, celulitis, gastroenteritis con deshidratación leve, moderada y severa; algunos de estos pacientes ameritan dejarlo en observación, para lo cual se cuenta con una pequeña sala de observación donde existen seis cama-cunas y cuatro cunas.

En el Servicio de Emergencia de Obstetricia, se atienden pacientes obstétricas que acuden con patologías inherentes a su estado, cuando son pacientes primigestas o multíparas no controladas se refieren a otra institución con mayor capacidad de resolución, cuando son pacientes multíparas controladas o partos en expulsivos, se atiende el parto y se dejan en observación durante veinticuatro horas en una sala general de maternidad, donde existen diez camas y diez cunita practicando la alojamiento conjunta que es mantener a el niño Recién Nacido junto a la madre inmediatamente después del nacimiento durante 24 horas hasta cuando egresa junto a la madre.

La consulta de Pediatría realizada por una especialista de Pediatría, cuenta con un recurso de enfermera.

La consulta de Nutrición realizada por una especialista en Nutrición y no cuenta con recurso de enfermería.

El servicio de Inmunizaciones es atendido por tres enfermeras, además cuenta con el recurso de Pesquisa Neonatal aportado por IDEA (Instituto de Estudios Avanzados).

Actividades Preventivas: realizada por los médicos generales según rotación de Horarios, cuenta con un Recurso de Enfermería se realiza: Atención al lactante, Atención al Preescolar, Atención al Escolar, Atención al Adolescente.

Medidas de los Servicios en Metros Cuadrados Aproximadamente

Servicios	Metros Cuadrados
Medicina General	40,8
Cuarto de reposo camareras	19,5
Cuarto de los médicos	29,0
Cuarto vigilancia	9,2
Dpto. lavandería	20,5
Dpto. de personal	18,7
Dpto. de administración	22,6
Dirección	11,7
Dpto. Epidemiología	8,1
Dpto. odontología	28,3
Dpto. enfermería	11,7
Emergencia adulto	48,5
Consultorio pediatría	12,4
Dpto. Inmunización	12,0
Sala nebulización	14,2
Dpto. de nutrición	11,1
Hospitalización pediátrica	39,2
Área de circulación pediátrica	31,4
Área de emergencia cirugía	28,8
Área emergencia pediátrica	16,6
Área de maternidad	45,5
Sala de parto	81,4
Dpto. de camareras	22,9

Fuente: Departamento de Mantenimiento del Hospital Tipo I de Santa Teresa del Tuy
Realizado por Dra. Lina Costanzo

4.2 Misión y Visión del Servicio de Pediatría del Hospital Tipo I de Santa Teresa de Santa Teresa del Tuy

MISIÓN:

Somos una Institución dispensadora de salud, creada para satisfacer las necesidades del usuario que acude diariamente a ella , optimizando las funciones del servicio de Pediatría mediante el cambio y adecuación de paradigmas y racionalización de los procesos; fortaleciéndole tecnológicamente y articulando las dependencias comprometidas en una unidad de propósito estructurando así a través de la investigación y discusión de los conocimientos un equipo de salud multidisciplinario; donde cada uno de los individuos que forman el equipo esté orientado a enfocar en forma integral al usuario, garantizando aportar conocimientos con la mayor calidad, eficiencia y con la mejor relación con el mismo que acude a la institución. Contribuyendo de esta manera a la formación de excelentes multiplicadores de salud que con sus conocimientos contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida de la comunidad, inculcando el concepto de vida saludable, de esta manera mejorar la salud del Municipio contribuyendo al desarrollo del País.

VISIÓN:

El Servicio de Pediatría del Hospital tipo I de Santa Teresa del Tuy se percibe como líder en la disminución de la morbi-mortalidad de los usuarios, ampliando y fortaleciendo la calidad de vida de los habitantes del Municipio Independencia .Contribuyendo así a mejorar las condiciones bio-psico-social de los habitantes de Venezuela.

Valores:

- Honestidad, Rectitud, Sinceridad y Transparencia.
- Sensibilidad Social y Vocación de Servicio.
- Disciplina, Responsabilidad y Perseverancia.
- Compromiso, Pertenencia y Fidelidad.
- Solidaridad, Justicia y Equidad.
- Trabajo en Equipo

- Aprendizaje, Amistad, Amor, Autonomía, Acertividad.
- Innovación, Constancia, Idoneidad, Organización, Identidad.
- Comunicación, Sociabilidad, Cultura, Integración, Responsabilidad.
- Compañerismo, Calidad, Excelencia, Efectividad, Honestidad.

4.3. Matriz DOFA.

Debilidades:

- Déficit de Infraestructura.
- Edificación obsoleta.
- Falla a nivel de electricidad.
- Falla en el suministro de agua potable.
- Insuficiente personal médico para la demanda de población del área de Influencia y Afluencia.
- Insumos insuficientes.
- Ausencia de Ambulancia.
- Déficit de personal de enfermería Graduadas y Auxiliares.
- Irregularidades con el cumplimiento del horario por parte del personal Médico.
- Irregularidades con el cumplimiento del horario por parte del personal de Enfermería.
- Irregularidades con el cumplimiento del horario por parte del personal de Vigilancia.
- Falta de comunicación permanente entre los diferentes equipos de trabajo.
- Falta de continuidad en los programas preventivos en la tarde tales como: I.T.S, T.B.C Enfermedades Crónicas, Inmunizaciones.
- Servicio de Radiología solamente en el turno de 7 a.m. a 1p.m y de lunes a viernes.
- Servicio de Laboratorio solamente en el turno de 7 a.m. a 1 p.m. y de lunes a viernes.
- Carencia de un Software para llevar inventarios e informes.

Oportunidades:

- Fácil acceso a los servicios.
- Adecuado servicio de Transporte Público para trasladarse a la Institución.
- Relaciones interinstitucionales muy positiva.
- Satisfacción del Usuario al acudir a la Institución durante las 24 horas del Día.
- Servicio de apoyo de personal capacitado por parte del distrito sanitario N° 2.
- Servicio de apoyo de personal capacitado en servicio de informática para Realizar mejores informes, inventarios e historia clínica.
- Apoyo y colaboración por parte de los visitantes médicos de la industria Farmacéutica hacia los médicos y enfermeras en cuanto actualizaciones Médicas y medicamentos actualizados, bibliografías y logística para realizar eventos en la Institución, para beneficio de los Usuarios.

Fortalezas:

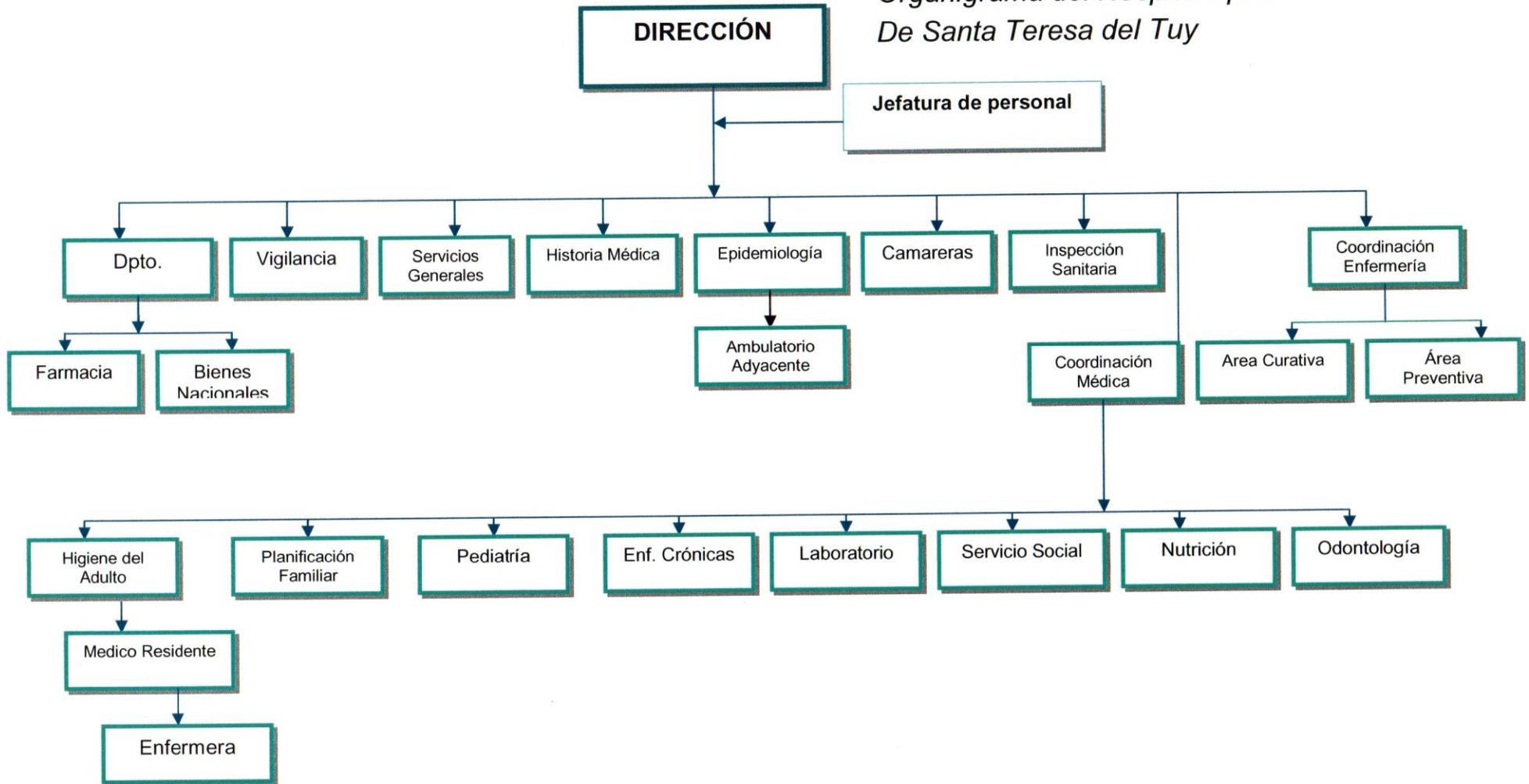
- Asistencia médica continúa las 24 horas del día y los 365 días del Año.
- Recursos humanos en educación permanente y continua.
- Disponibilidad y aceptación del personal de salud a participar en las Actividades Programadas.
- Atención preventiva y asistencial.
- Personal capacitado para dar charlas y para establecer enlaces o contactos Inter e Intrainstitucionales.
- Servicios de RRHH presto para solventar problemas del personal de la Institución.
- Personal de salud con excelente disponibilidad, habilidades, destrezas y Calidad Humana.
- Personal empleado, obrero muy colaborador, capaz, creativo y dispuesto a trabajar en equipo.
- Vehículo en buenas condiciones y los dos (2) chóferes presto a colaborar.

Amenazas:

- Inseguridad de la zona.
- Quejas acerca de la Institución.
- En oportunidades los pacientes que acuden al centro son violentos Amenazando la integridad física del personal que allí labora.
- Falta de vigilancia policial.
- Estructura física poco segura (fácil acceso para el ladrón).
- Los médicos en su mayoría no viven en la zona, por lo tanto en muchas Oportunidades se le dificultad llegar a la hora establecida a su trabajo, por los imprevistos de la Carretera.

4.4. Organigrama del Hospital tipo I y del Servicio de Pediatría.

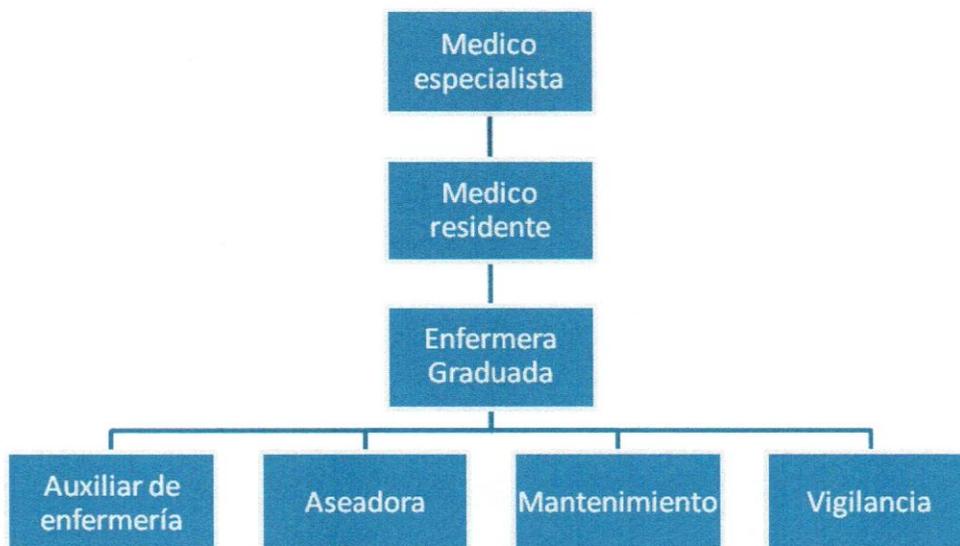
Organigrama del Hospital tipo I De Santa Teresa del Tuy



- 1.- Rectángulo grande representa: Máxima jerarquía.
- 2.- Rectángulos iguales representa: la misma jerarquía.
- 3.- Líneas continuas significan la distribución en las funciones.

Fuente: Dpto. Recursos Humanos Hospital I Santa Teresa
Realizado por: Dra. Lina Costanzo

Organigrama del Servicio de Pediatría



Fuente: Departamento de Recursos Humano Hospital Tipo I de Santa Teresa del Tuy

Realizado por Dra. Lina Costanzo

5. Bases.

5.1. Bases Teóricas.

Cuando se habla sobre el proceso de Participación Social en Salud, se deben revisar las diferentes interpretaciones que se le han dado al término Participación de la Población o Participación Popular, en el desarrollo de las sociedades. Como afirma Turabián "El concepto de participación popular es antiguo y encuentra expresión en las tradiciones culturales de las antiguas sociedades y en los escritos de los filósofos, pero la noción contemporánea tiene un origen comparativamente reciente". Turabián (1991)

La participación social de la población se ha canalizado a través de formas de organización cuyas estructuras reflejan la manera cómo se ha concebido la misma. En este sentido, se puede mencionar que ya para la década de los años 50 se comenzó a desarrollar la idea de la participación comunitaria en el "progreso social". Para

alcanzar la meta del "progreso social" se dio inicio a los programas de desarrollo de las comunidades o promoción rural, con los que se pretendía introducir nuevas tecnologías y "mejorar" la calidad de vida de la población, teniendo como meta organizar y movilizar a las comunidades para alcanzar objetivos fuera de ella, basados en la idea de que las comunidades acogerían las propuestas innovadoras y las prioridades sugeridas por profesionales que participaban en los programas.

¿Cómo se ha desarrollado la participación social en salud?

Cuando se analiza este proceso en el área de la salud, se puede decir que su aparición es reciente. A nivel mundial fueron muchos los intentos por organizar movimientos o grupos que desarrollaran el proceso participativo en las acciones de salud. En América Latina los primeros intentos por incorporar a las comunidades en programas de salud datan de mediados de los años sesenta. Esos esfuerzos consistieron en proyectos pilotos o experimentales dirigidos por las iglesias, las universidades y las agencias de gobierno, que en la mayoría de los casos tuvieron financiamiento internacional. En Venezuela se crean, con apoyo del Estado, los «Comités Locales de Salud» que luego se constituirían, con un enfoque más avanzado de la participación, en las llamadas «Juntas Socio sanitarias» y en los últimos años se les ha denominado «Fundaciones Socio sanitarias».

¿Qué se ha entendido por participación social en el sector salud?

Es posible percibir la existencia en el sector salud de un reduccionismo prevaleciente, que consiste en que cuando se habla de participación social, se tiende a pensar solamente en dimensiones pequeñas (comunidades, grupos e individuos), con determinadas características: urbano marginados, mujeres, adolescentes, etc. y no se piensa en la totalidad de los procesos sociales. Esta manera de concebir la Participación en Salud explica la manera particular como se desenvuelven los llamados "sectores de la sociedad" en el sector salud. Cada sector "en particular" tiende a impulsar formas distintas de participación social ignorando los condicionantes sociales, culturales, políticos y económicos. Alternativamente a la

concepción anterior, surge lo que se ha dado en denominar "Participación Comunitaria", a la que se define como un proceso mediante el cual los miembros de una comunidad (entendida ésta como un grupo humano que convive en un determinado espacio físico, que tiene intereses comunes y sentimientos de solidaridad e identidad), individual y/o colectivamente, desarrollan la capacidad de asumir mayor responsabilidad para evaluar sus propias necesidades y problemas de salud, para planificar y decidir respecto a las soluciones, para crear y mantener organizaciones que apoyen estas metas, objetivos y programas de manera progresiva. Si asumimos que en el nivel político de toma de decisiones se comparte esta definición, en el sector salud se debería incorporar a la población en la toma de decisiones y el control de los programas de salud, lo que no ocurre, pues los niveles operativos se han mostrado renuentes a promoverla y han dado poca importancia a la creación de mecanismos efectivos para la participación.

2. Reconceptualización de la participación social en salud.

Las diversas maneras de concebir la Participación Social en salud, descritas anteriormente, permiten afirmar que la participación social no depende únicamente del desarrollo de una estrategia comunitaria para resolver aisladamente uno de los problemas sociales, "la salud"; si no que existen Determinantes Sociales que requieren ser considerados y que permiten analizar la participación y la salud de la población en el contexto social. En este sentido, Vila (1982), plantea que "La participación popular constituye una necesidad del desarrollo social, que se condiciona por la estructura económica de la sociedad y modifica la esencia misma del hombre, en la medida en que adoptan las relaciones sociales en su desarrollo histórico otros problemas afines y se unen en una alianza para diseñar, probar y poner en práctica las soluciones".

En otras palabras, al promover la participación social, se debe perseguir como fin el establecimiento de formas de relación social, basadas en la necesidad de incluir a todos los actores sociales, habilitándolos para tomar parte e impulsar procesos que logren alcanzar el bienestar colectivo a través de la resolución de conflictos. Estas

"formas de relacionamiento social" a ser alcanzadas, son procesos, consecuencia de otros procesos, que van estableciendo y haciendo viable esta nueva dinámica de relaciones.

Los procesos de participación social se dan por momentos y no por etapas, siendo por tanto procesos circulares, que requieren irse consolidando y difundiendo en la medida en que son incorporados, a partir de experiencias dispersas, que al recuperarse sistemáticamente, permiten la generación de un conocimiento útil y de prácticas que van adquiriendo la necesaria madurez y consolidación como para transformar la Estructura Social.

La transformación social y cultural implica la concurrencia de actores sociales, relacionados en espacios de convergencia y habilitados para el desarrollo de procesos que conduzcan a la resolución de conflictos.

Se define el proceso en términos de la dinámica que resulta de la convergencia de los actores en los escenarios, dinámica a su vez definida por los fines que se persiguen y las acciones a las que conduce. Los procesos son por sí mismos, el desarrollo y la resolución de los conflictos. Son, en síntesis, lo que hacen los actores sociales para resolver sus conflictos. Deliberación, gobierno, negociación, concertación, consenso, son todas opciones que hacen referencia al proceso de encuentro de los actores sociales y a sus resultados.

En un nuevo perfil de gestión pública, que trata de reorientar la actuación para la integración de todos los actores sociales en el ámbito local, regional y nacional, en función de objetivos comunes de producción de la salud, la negociación permite llegar con mayor facilidad a acuerdos duraderos y respetados en el tiempo por las partes involucradas en el proceso.

Asimismo, un redimensionamiento del sector salud para el desarrollo, plantea la necesidad de la articulación intersectorial. No obstante, el progreso a ser alcanzado por los diferentes actores puede ser heterogéneo, y además, pueden aparecer obstáculos para poner en marcha los complejos procesos de coordinación intersectorial y de participación social, como podrían surgir problemas institucionales, administrativos, políticos, financieros, culturales y humanos. Por esta razón, es necesario identificar los problemas de salud, sus componentes, y el sistema

a que pertenecen, para determinar y facilitar las intervenciones que son indispensables y concertar una actuación integrada.

Entre los factores que facilitan la coordinación de las acciones del sector salud, se encuentra el poder de convocatoria reconocido en algunas instancias y actores del nivel local, regional, o nacional. No obstante, el estilo consensual de la gerencia, implica el desarrollo de la capacidad de negociación, lo cual puede convertirse en otro factor de fortaleza para el sector.

Categorías de evaluación de las iniciativas de municipios y comunidades saludables:

- **Participación social:** evaluar quien participa, quien no participa y porque; en que y como participan; evaluar mecanismos que contribuyen a la inclusión social y los que generan mayor exclusión; evaluar la participación en la toma de decisiones y el manejo de los recursos públicos. Evaluar la contribución de la participación de la ciudadanía a las metas de salud. Analizar el impacto de su participación en la calidad de vida y la relación entre factores protectores y los de riesgo en los entornos donde la gente vive, estudia y trabaja; analizar el incremento de las capacidades de participación de las personas, la comunidad y de las instituciones para generar oportunidades de participación real. Que manejo o cambios de estructura favorecen una mayor participación?.

- **Políticas Públicas Saludables:** políticas de estado para mejorar los determinantes sociales de la salud que al mismo tiempo aseguran la participación de la sociedad civil en el debate y propuestas de ley para mejorar los entornos donde la gente vive; por ejemplo los espacios libres de humo, políticas de seguridad vial, la política de alojamiento conjunto para la alimentación al seno materno, políticas municipales de equidad de género y otras. Evaluar el impulso que la iniciativa de MCS da al establecimiento de políticas públicas saludables y al desarrollo local.

- **Colaboración y Acción Intersectorial:** incluye la planificación local participativa con representantes de los sectores que representan los determinantes de

la salud, de tal manera que el plan local de desarrollo se propone mejorar la calidad de vida con equidad; evaluar la calidad de la participación intersectorial en el cumplimiento de los objetivos de salud, especialmente los determinantes sociales; por ejemplo: ¿ fue el plan local de desarrollo producto de la colaboración intersectorial? ¿Incluyó la colaboración del sector privado? ¿El comité intersectorial participa en monitorear el plan de acción? ¿Los representantes de los diversos sectores aportan recursos, invierten en la promoción de la salud?

- **Sostenibilidad:** de la iniciativa: estrategias financieras y políticas, de recursos humanos y materiales, y de colaboración continua, el fortalecimiento de capacidades de la comunidad, la sociedad civil y las instituciones públicas para promover la salud de la población; evaluar la sostenibilidad del proceso de MCS, fortalecimiento del desarrollo local, capacidad de la comunidad de participar en la planificación, monitoreo y evaluación de MCS; que tanto esta participación fomenta las decisiones democráticas y el buen gobierno? Que políticas públicas saludables se han establecidos?

- **Proceso de desarrollo, implementación y evaluación de MCS:** incluye el monitoreo y la conducción del plan de acción por el comité intersectorial para crear un municipio saludable, así como la evaluación del proceso, las actividades realizadas, la participación de la población y los diversos sectores, las políticas públicas, el desempeño del comité intersectorial y las medidas para asegurar la sostenibilidad del proceso.

Principios de Antigua.

Los principios de Antigua fueron definidos por el Grupo de Evaluación y enfatizan los valores y principios que deben formar parte de la evaluación de la promoción de la salud, en particular para las experiencias de municipios, ciudades y comunidades saludables.

- **Valor:** el proceso de evaluación debe descubrir los supuestos teóricos, ideológicos políticos; y explicitar las relaciones de poder, incluyendo los del evaluador(es). La evaluación debe respetar y valorar la experiencia y el conocimiento local, reconociendo las personas como el recurso más valioso. Evaluación debe incluir el espíritu que motiva a los participantes, felicidad, amor, esperanza, alegría y tomar en cuenta los aspectos de equidad, justicia social y solidaridad.

- **Contexto:** el proceso de evaluación debe revelar los supuestos teóricos, ideológicos y políticos, y explicitar las relaciones de poder, incluso las que incluyen al evaluador. La evaluación debe respetar y valorar la experiencia y el conocimiento local, reconociendo a las personas como el principal recurso de salud. La evaluación debe abarcar un espíritu de esperanza, felicidad, amor y diversión, teniendo siempre en cuenta la equidad, la justicia social y la solidaridad.

- **Utilidad:** la evaluación de las iniciativas de Municipios Saludables es útil cuando responde a preguntas de quien, porque y como; está integrada en el proceso de planificación, orientada a la acción y el cambio, e incluye el monitoreo; contribuye a la creación de recursos en la comunidad, tiene relevancia práctica y política; ayuda a posicionar al municipio saludable como una inversión; y usa varias formas de difusión y mecanismos de retroalimentación.

- **Participación:** la evaluación de las iniciativas de Municipios Saludables debe en cada etapa incluir de manera apropiada a quienes tienen un interés legítimo en esta actividad; garantizar que los miembros de la comunidad cuya salud y calidad de vida se esté discutiendo participen en todas las etapas de la evaluación; garantizar que otros con interés legítimo participen en todas las etapas de la evaluación. Pueden incluirse organizaciones de profesionales de salud, formuladores de políticas, organismos locales de salud, al igual que particulares y organizaciones de otros sectores, organismos de financiamiento y desembocar en una gestión co-participativa del proceso.

- **Métodos múltiples:** la evaluación de las iniciativas de Municipios Saludables debe reflejar los principios de promoción de la salud; utilizar una combinación apropiada de métodos, técnicas y herramientas; basarse en la información de diversas fuentes; concentrarse en la estructura, el proceso o los

resultados a corto y largo plazo según las diferentes etapas de desarrollo elaborar indicadores que sea oportunos y apropiados; e integrar el aprendizaje de los resultados, incluidos los resultados no previstos.

- **Empoderamiento:** la evaluación de las iniciativas de Municipios Saludables debe basarse en los puntos fuertes de una comunidad; apoyar la solución de los problemas a nivel local; garantizar la equidad permitiendo que se oigan todas las voces, incluso las que son más vulnerables y menos potentes; y permitir que la información de la evaluación sea utilizada por aquellos afectados para promover y abogar por los Municipios Saludables.

- **Aprendizaje:** la evaluación de las iniciativas de Municipios Saludables debe fomentar un proceso de co-aprendizaje; promover el dialogo, la reflexión y facilitar todas las formas de desarrollo cognoscitivo de aquellos afectados por el proceso, incluso cualquier evaluador externo; reconocer que el aprendizaje es la clave del aumento de la capacidad a nivel local en las comunidades y las organizaciones; y producir la acción y el cambio.

- **Apropiado:** debe adaptarse al contexto local; tomar en cuenta la complejidad y la dinámica de ese contexto; reflejar las necesidades de las personas afectadas, ser viable en cuanto a los recursos locales; ser accesible y comprendida por todos.

5.2 Base Económico- Social –Cultural.

Para obtener conocimiento sobre el ambiente físico, económico-social y cultural se utilizó la estratificación social por el método Graffar Modificado para Venezuela por el Dr. Hernán Méndez Castellano, método multivariable y de consistencia comprobada, que utiliza las cuatros variables siguientes:

1. Profesión del Jefe de Familia.
2. Grado de Instrucción de la Madre.
3. Modalidad o fuente de ingreso de la Familia.
4. Condiciones del Alojamiento.

Se estudió la familia mediante la encuesta general que además de la estratificación antes mencionada cubrió los siguientes ítems: composición de la familia, presencia materna, recreación, patrón educativo, tipo de información recibida a través de los medios de comunicación social, nivel cultural y conciencia nacional. Se estudió la familia mediante una encuesta de epidemiología, una encuesta sobre nutrición con la ayuda del servicio de Epidemiología y Servicio Social del Hospital tipo I de Santa Teresa del Tuy para de esta manera lograr un análisis situacional de la población de área de Influencia del Hospital tipo I de Santa Teresa del Tuy

Población del área de influencia directa:	500.000 Hab.
Población Femenina:	187.500 Hab.
Población Masculina:	152.833 Hab.
Población Flotante:	159.668 Hab.

Existen siete (7) ambulatorios que dependen del Hospital tipo I de Santa Teresa del Tuy, los cuales se clasifican en:

Ambulatorio Rural Tipo I	Ambulatorio Rural Tipo II	Ambulatorio Urbano Tipo II
Vizcaíno	Mopia	Cartanal
Tomuso	Dos Lagunas	
Santa Bárbara	Ciudad Losada	

Al referirse a los aspectos socioculturales y económicos de las familias se llegó a la conclusión de que en Venezuela no se puede hablar de un solo tipo de familia sino de familias agrupadas según los componentes de la calidad de vida, en los estratos sociales que le corresponden.

5.3. Bases Legales.

La Constitución Bolivariana de Venezuela.

El Artículo 83 establece que la salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará.

Artículo 84 se ordena la creación de un sistema público nacional de salud, bajo la rectoría del MSDS, el cual será de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad.

Artículo 85 se dice que el financiamiento del sistema público nacional de salud es obligación del Estado.

Artículo 86 establece que toda persona tiene derecho a la seguridad social como servicio público de carácter no lucrativo, que garantice la salud y asegure protección en diferentes contingencias.

El marco legal establecido por la Carta Magna ha permitido la formulación de una propuesta de Ley Orgánica de Salud

Ley Orgánica para la Protección del Niño y Adolescente (L.O.P.N.A.)

El artículo 41 Derecho a la salud y a servicio de salud dice: Todos los niños y adolescentes tienen derecho a disfrutar del nivel más alto posible de salud física y mental. Tienen derecho al servicio de salud de carácter gratuito y de más alta calidad especialmente para la prevención, tratamiento y rehabilitación de las afecciones de salud.

El artículo 42 Los padres, representantes o responsables son garantes de la salud de los niños y adolescentes que se encuentren bajo su patria potestad. Representación o responsabilidad .En consecuencia están obligadas a cumplir las instrucciones y controles médicos que se prescriban con el fin de velar por la salud de los niños y adolescentes.

El artículo 43 Derecho a información en materia de salud. Todos los niños y adolescentes tienen derecho a ser informados y educados sobre los principios básicos de prevención e materias de salud.

El artículo 48 Derecho a atención médica de emergencia: Todos los niños y adolescentes tienen derecho a recibir atención médica de emergencia.

Parágrafo segundo:

Todos los centros y servicios de salud privados deben prestar atención médica inmediata a los niños y adolescentes en los casos de emergencia en que peligre su vida.

Parágrafo tercero:

No podrá negarse la atención a adolescentes en los casos previstos en los parágrafos anteriores alegando razones injustificadas, tales como: la ausencia de los padres, carencia de documentos o recursos económicos del niño adolescente o su familia.

El artículo 274 de la Omisión de atención El médico enfermero o encargado de servicio de salud que omita atender a un niño o adolescente en situación de emergencia, a la que hace referencia el artículo 48 será penado con prisión de (6) seis meses a (2) dos años.

Ley del Ejercicio de la Medicina.

El artículo 2 de L.E.M. (ley del ejercicio de la medicina) se entiende por ejercicio de la medicina la prestación, por parte de los profesionales de la salud, de servicios encaminados a la conservación, fomento, restitución de la salud.

El artículo 33 de L.E.M. (ley del ejercicio de la medicina) nos dice claramente: que cuando se trata de menores de edad, cuando la gravedad del caso lo amerite y no es posible localizar ningún representante se realiza la intervención quirúrgica y a la brevedad se localizaran los representantes legales.

Ley Orgánica del Trabajo.

Capítulo VI

De la Higiene y Seguridad en el Trabajo

Artículo 236: El patrono deberá tomar las medidas que fueren necesarias para que el servicio se preste en condiciones de higiene y seguridad que respondan a los requerimientos de la salud del trabajador, en un medio ambiente de trabajo adecuado y propicio para el ejercicio de sus facultades físicas y mentales.

Artículo 237: Ningún trabajador podrá ser expuesto a la acción de agentes físicos, condiciones ergonómicas, riesgos psicosociales, agentes químicos, biológicos o de cualquier otra índole, sin ser advertido acerca de la naturaleza de los mismos, de los daños que pudieran causar a la salud, y aleccionado en los principios de su prevención.

Ley Orgánica de Prevención, Condiciones Y Medio Ambiente de Trabajo (L.O.P.C.Y.M.A.T.)

Publicada en Gaceta Oficial número 38.236, del 26 de julio del 2.005, y de acuerdo a lo señalado entre los Artículos tienen objetivos:

Artículo 1. El objeto de la presente Ley es:

1.- Establecer las instituciones, normas y lineamientos de las políticas, y los órganos y entes que permitan garantizar a los trabajadores y trabajadoras, condiciones de seguridad, salud y bienestar en un ambiente de trabajo adecuado y propicio para el ejercicio pleno de sus facultades físicas y mentales, mediante la promoción del trabajo seguro y saludable, la prevención de los accidentes de trabajo y las enfermedades ocupacionales, la reparación integral del daño sufrido y la promoción e incentivo al desarrollo de programas para la recreación, utilización del tiempo libre, descanso y turismo social.

2.- Regular los derechos y deberes de los trabajadores y trabajadoras, y de los empleadores y empleadoras, en relación con la seguridad, salud y ambiente de trabajo; así como lo relativo a la recreación, utilización del tiempo libre, descanso y turismo social.

3.- Desarrollar lo dispuesto en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela y el Régimen Prestacional de Seguridad y Salud en el Trabajo establecido en la Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social.

4.- Establecer las sanciones por el incumplimiento de la normativa.

5.- Normar las prestaciones derivadas de la subrogación por el Sistema de Seguridad Social de la responsabilidad material y objetiva de los empleadores y empleadoras ante la ocurrencia de un accidente de trabajo o enfermedad ocupacional.

6.- Regular la responsabilidad del empleador y de la empleadora, y sus representantes ante la ocurrencia de un accidente de trabajo o enfermedad ocupacional cuando existiere dolo o negligencia de su parte.

Artículo 6. Todos los empleadores o empleadoras están en la obligación de registrarse en la Tesorería de Seguridad Social en la forma que dispone la Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social y su Reglamento.

Artículo 17. El Instituto Nacional de Prevención, Salud y Seguridad Laborales (INPSASEL) tendrá como finalidad garantizar a la población sujeta al campo de aplicación del Régimen Prestacional de Seguridad y Salud en el Trabajo, las prestaciones establecidas en la Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social y el cumplimiento del objeto de la presente Ley, salvo las conferidas al Instituto Nacional de Capacitación y Recreación de los Trabajadores.

Título V

De la Higiene, la Seguridad y la Ergonomía

Condiciones y Ambiente en que debe desarrollarse el Trabajo

Artículo 59. A los efectos de la protección de los trabajadores y trabajadoras, el trabajo deberá desarrollarse en un ambiente y condiciones adecuadas de manera que:

Asegure a los trabajadores y trabajadoras el más alto grado posible de salud física y mental, así como la protección adecuada a los niños, niñas y adolescentes y a las personas con discapacidad o con necesidades especiales.

Adapte los aspectos organizativos y funcionales, y los métodos, sistemas o procedimientos utilizados en la ejecución de las tareas, así como las maquinarias, equipos, herramientas y útiles de trabajo, a las características de los trabajadores y trabajadoras, y cumpla con los requisitos establecidos en las normas de salud, higiene, seguridad y ergonomía.

Preste protección a la salud y a la vida de los trabajadores y trabajadoras contra todas las condiciones peligrosas en el trabajo.

Facilite la disponibilidad de tiempo, y las comodidades necesarias para la recreación, utilización del tiempo libre, descanso, turismo social, consumo de alimentos, actividades culturales, deportivas; así como para la capacitación técnica y profesional.

Impida cualquier tipo de discriminación.

Garantice el auxilio inmediato al trabajador o la trabajadora lesionada o enfermo.

6. Glosario

Aprendizaje: donde se adquieran nuevos conocimientos.

Apropiado: adecuado para el fin que se destina.

Área de Influencia: zona geográfica cercana al Hospital los habitantes de ese lugar le corresponde acudir al hospital para recibir asistencia médica.

CHU: Convenio Hipólito Unama

Contexto: supuestos teóricos, ideológicos y políticos.

Desempeño: cumplir con las obligaciones inherentes a una profesión de la mejor manera y mayor responsabilidad.

DSP: Dirección de Salud Pública.

DSP1 Es la Historia del paciente.

DSP2 La Morbilidad diaria.

DSP3 Tabulador Diario

DSP4 Tabulador Mensual

Eficacia: del latín efficax, virtud para obrar, Alcanzar mejores resultados sin que aumente el costo (con el mismo esfuerzo tiempo y recurso).

Eficiencia: del latín efficientia: acción, fuerza, virtud de producir, que revela la capacidad administrativa de producir el máximo de resultado con el mínimo de recurso energía y tiempo, las metas logradas con el menor recurso empleado; qué tan bien se lograron las actividades o qué tan bien funcionan los servicios y cómo afectan en relación a los costos.

Efectividad: del verbo latino efficere: ejecutar, llevar a cabo, efectuar, producir, obtener como resultado. En el área de la salud, es el resultado de las acciones de los servicios de salud sobre la población.

Empoderamiento: garantizar la equidad permitiendo que se oigan todas las voces, incluso las que son más vulnerables y menos potentes.

EPI. Registro de Enfermedades Epidemiológica.

EPI 11 Tabulador diario.

EPI 12 Tabulador de denuncia obligatoria Semanal.

EPI 13 Tabulador de Registro de Morbilidad por Enfermedades notificables.

EPI 14 Registro de Mortalidad General.

EPI 15 Registro de Morbilidad Mensual.

FLACMA: Federación Latinoamericana de autoridades Locales y Municipales

Gestión: la realización de las actividades.

Graffar: método multivariable que estudia la parte social y económica del individuo

Hábito: modo de proceder que se adquiere por la repetición de actos iguales

Indicadores: instrumentos capaces de medir como se realizan las actividades en el sector salud.

Inmunizaciones: colocar producto biológico y/o sintético (vacunas) para prevenir las diversas enfermedades.

MCS: Municipios y Comunidades Saludables

Métodos múltiples: combinación de diferentes métodos.

Motivación: tiene motivo para realizar algo.

NARO: Oficina para Norteamérica

ODM: Objetivos de desarrollo del milenio

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

ORA: Organismo Andino de Salud

ORLA: Oficina Regional para Latinoamérica

Participación: tomar parte en algo.

Pesquisa Neonatal: Procedimiento diagnóstico que consiste en tomar una gota de sangre del Talón del RN se estudia en el Laboratorio y permite evaluar Errores Innatos del Metabolismo tales como: Hipotiroidismo, Fenilcetonuria

REDEPS: Red de experiencia en promoción de salud

REMSAA: Reunión de los Ministerios de Salud del Area Andina

RESSCAN: Reunión sector salud de Centroamérica y Republica Dominicana.

Utilidad: algo que es necesario

UIPES: Unión Internacional de Promoción y Educación en Salud

UNICEF: Fondo Naciones Unidas para la Infancia.

Valor: mérito de algo.

CAPITULO III

MARCO METODOLÓGICO

1.- Consideraciones Generales.

El grado de felicidad colectiva de un pueblo o nación puede medirse por el bienestar biológico, psíquico y social de sus habitantes, para esto es necesario que el desarrollo de su comunidad sea la resultante del esfuerzo de sus hombres y mujeres.

Hay 10 características que reúnen los pueblos más desarrollados de nuestro planeta independiente de su raza, cultura o religión. El subdesarrollo es una actitud mental.

1. Orden.
2. Limpieza.
3. Exactitud y Puntualidad.
4. Responsabilidad.
5. Deseos de superación, educación permanente.
6. Honradez.
7. Respeto al derecho de otras personas.
8. Cumplimiento de las leyes.
9. Amor al Trabajo.
10. Ahorro e inversión.

2.- Tipo y Nivel de la Investigación.

Según del tiempo de ocurrencia de los Hechos: es un estudio Retrospectivo porque indaga en los hechos ocurridos en el pasado.

Según el período y secuencia del estudio: es un estudio Transversal porque estudia las variables simultáneamente en determinado momento, haciendo un corte en el tiempo; en el estudio transversal el tiempo no es importante en relación con la forma en que se dan los fenómenos.

En la Investigación Se va a estudiar los indicadores de Gestión para determinar la Efectividad del servicio de Pediatría en el Hospital tipo I de Santa Teresa del Tuy, en el I trimestre de año 2006 y en el I trimestre de año 2007.

Según el análisis y alcance de los resultados es un estudio Descriptivo, de acuerdo a Ramírez (1999), una investigación de nivel descriptivo “es aquella cuyo objetivo es la descripción con mayor precisión, de las características de un determinado individuo, situación o grupo, con o sin especificación de Hipótesis iniciales acerca de las naturaleza; de tales características, son investigaciones de corte fotográfico” (p.84).

En la Investigación se busca describir las características de la gestión del Servicio de Pediatría del Hospital tipo I de Santa teresa del Tuy basándoos en los Indicadores de Gestión de García Servén.

Indicadores:

Consulta Médicas Generales.

Consulta Médicas Especializadas.

Número Total de Consulta.

Número de Hora Médico General.

Número de Hora Médico Especialista.

Número de Hora Médico Trabajadas.

Rendimiento de Consulta Medicina General.

Rendimiento de Consulta Especializada.

Las primeras 20 causas de Morbilidad.

Las primeras 20 causa de Mortalidad.

Inmunizaciones Aplicadas.

3. Diseño de la Investigación.

Se aplicarán los Indicadores a:

1. Consulta externa especializada de Pediatría.
2. Emergencia Pediátrica.
3. Triage de Pediatría.
4. Inmunizaciones.

4. Población o Universo del Estudio.

Todos los pacientes desde R.N hasta 19 años que acudan al Servicio de Pediatría del Hospital Tipo I de Santa Teresa del Tuy.

5. Muestra del estudio.

No se aplicará muestreo alguno para este estudio. Los sujetos participantes son todos aquellos miembros de la Población Pediátrica que acudió al Servicio de Pediatría durante el Primer Trimestre del año 2006 y Primer Trimestre del año 2007. En vista de la posibilidad de revisar toda la población, gracias a la colaboración de Registros Médicos del Hospital Tipo I de Santa Teresa del Tuy.

3.6.-Los Instrumentos de recolección de la Información.

Las hojas de Morbilidad las cuales están en el Servicio de Epidemiología.

7.- La Medición.

Se tabularan el número de consultas de las diferentes área, se aplicará

- Días trabajados durante el trimestre.
- Horas contratadas de los médicos que realizan la consulta externa.
- Horas trabajadas.

- Hora/Médico Mide el rendimiento de la Consulta Externa de acuerdo a las condiciones contenidas en las Cláusulas Contractuales vigentes:
 - a.- Medicina General: 6 consultas por hora.
 - b.- Pediatría: 6 consultas por hora.
 - c.- Especialidades (otras): 4 consultas por hora.
- Horas Contratadas

Tabla N° 1 Actividades Realizadas En El Primer Trimestre Del Año 2006 En El Servicio De Pediatría Del Hospital Tipo I De Santa Teresa Del Tuy

Actividades	N° De Profesional	Consultas Progr. I Trimestre	Consultas Realizadas I Trimestre	% Cob.	Horas Lab.	Horas Médico Pac x hr
Pediatría Especialista	01	1.512	1.112	73%	252	pxhrs
Triaje de Pediatría Total	06	2.268	1.126	50%	378	3 pxhrs
Emergencia			3.799			
Higiene Infantil	01	317	44	14%	378	
Higiene Pre-escolar	01	272	43	16%	378	
Higiene Escolar	01	226	43	19%	378	
Higiene Adolescente	01	226	59	26%	378	
Nutrición	01	252	217	86 %	126	2pxhrs
Odontología	01	1008	1034	102%	252	4pxhrs
Inmunizaciones	02	***				
Perfil Neonatal	02	**	195		252	
Laboratorio	02	*				
Rx	01	*				
Triaje Pediatría Clínica x Enfer.	12	4.536	2099	46%	378	6pxhrs

* No Hubo Actividad Problemas Eléctricos en las Instalaciones

** Perfil Neonatal programa no tiene metas programadas

Pesquisa Neonatal de Errores Innatos del Metabolismo

*** Ver cuadro Anexo

Fuente: Departamento de Historias Médica del Hospital Tipo I de Santa Teresa del Tuy
Realizada por Dra. Lina Costanzo Mayo 2007.

**Tabla N° 2 Inmunizaciones Programadas y Realizadas en El
Municipio Independencia Primer Trimestre 2006**

Total día Hábiles: 62	Días Hábiles	22	22	18	18	22	22
Producto Biológico	Población	Enero Progr.	Enero Realiz.	Febrero Progr.	Febrero Realiz.	Marzo Progr.	Marzo Realiz.
BCG	2.892	278	314	227	0	278	296
Antipolio RN	2.892	278	90	227	86	278	50
Antihepatitis RN	2.892	278	65	227	90	278	50
Antipolio-1 año	2.892	834	29	681	288	834	229
Pentavalente-1a	2.892	834	0	681	0	834	0
Antihepatitis-1a	2.892	834	0	681	25	834	25
Haemophilus-1a	2.892	834	35	681	338	834	0
DPT-1 ^a	2.892	834	0	681	0	834	0
Trivalente 1a	3.113	299	40	245	37	299	0
Antiamarilica 1a	3.113	299	96	245	117	299	0
Haemophilus 1-4 a	17.845	1.714	23	1.403	84	1.714	0
Toxoide Escolar	36.645	7.040	125	5.760	57	7.040	0

Fuente: Departamento de Inmunizaciones del Hospital Tipo I de Santa Teresa del Tuy
Realizada por Dra. Lina Costanzo Mayo 2007.

TABLA N° 3 Programación de Metas de Actividades Primer Trimestre 2006 Consulta externa de Pediatría Triage

Personal de Salud	N°	8 HRS	6 HRS	5 HRS	4 HRS	3 HRS	2 HRS	Guardia	Solo Guardia
Médicos Rurales	02		02					+ g	
Médicos I	10		06					+ g	04
Médico Especialista	01		01						
Odontólogo	01				01				
Nutricionista	01						01		

Mes	Enero	Febrero	Marzo	Total
Días Hábiles	22	18	23	63
Total Paciente visto Centro				4.695
Total Preventivas	47	78	63	195
Total Curativas	214	642	270	1.126
Total Curativas Pacientes vistos Emergencia Ped.				3.374
Atención Lactantes 14%	18	13	13	44
Atención Pre-escolar 12%	10	19	13	43
Atención Escolar 8%	12	15	16	43
Atención Adolescentes 8%	07	31	21	59
Nutrición	66	82	69	217
Odontología	361	295	378	1034
Pediatría Especializada	388	317	405	1.112
T.B.C.	04	04	04	12

Fuente: Departamento de Historias Medicas del Hospital Tipo I de Santa Teresa del Tuy
Realizada por Dra. Lina Costanzo Mayo 2007.

Tabla N° 4 Actividades realizadas por la Especialista Primer Trimestre 2006

	Enero	Febrero	Marzo	Total
Consulta Pediatría esp.	388	317	405	1.112
Pac.-Hospitaliz-Total	45	54	42	141
Pacientes R.N.	58	41	30	129
Charlas Educativas	17	14	19	50

<u>Causas más Frecuentes de Hospitalización</u>	ENERO	FEBRERO	MARZO	TOTAL
Asma Bronquial	14	10	10	34
Bronquiolitis	10	12	10	32
Celulitis	09	15	12	36
Diarreas	05	09	05	19
Neumonías	04	06	04	14
Dolor Abdominal	03	02	01	06
Pacientes Referidos	78	31	79	188

Fuente: Departamento de Historias Medicas del Hospital Tipo I de Santa Teresa del Tuy
Realizada por Dra. Lina Costanzo Mayo 2007.

**Tabla N° 5 INDICADORES MEDICOS HOSPITALARIA VEINTE
PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD EN EL SERVICIO
DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL TIPO I DE SANTA TERESA
DEL TUY PRIMER TRIMESTRE DE AÑO 2006**

	Consulta de Pediatría Especializada		Consulta de Triage Pediatría		Emergencia Pediátrica	
		Total		Total		Total
1	Síndrome Viral	300	Síndrome viral	210	Vómitos	350
2	Bronquitis	150	Asma Bronquial	115	Fiebre	348
3	Asma Bronquial	110	Bronquitis	128	Síndrome Viral	332
4	Amigdalitis	83	Amigdalitis	105	Asma Bronquial	329
5	Otitis	80	Laringotraqueitis	38	Bronquitis	324
6	Bronquiolitis	79	Diarreas	36	Alergia	293
7	Alergia	40	Anemias	35	Dolor Abdom.	263
8	Cólicos	39	Otitis en toda forma	34	Diarreas	250
9	Diarreas	30	Dolor Abdominal	32	Amigdalitis	180
11	Anemias	25	Piodermitis	29	Bronquiolitis	175
12	Conjuntivitis	24	Celulitis	27	Otitis toda forma	160
13	Escab+Pioderm	21	Helmintiasis	26	Cefalea	153
14	Parasitosis	21	Infección Urinarias	25	Celulitis	96
15	Fimosis	13	Alergia	20	Escabiosis	95
16	Vulvovaginitis	12	Rinitis Alérgica	15	Laringotraqueitis	77
17	Hernias	11	Amibiasis	15	Piodermitis	57
18	Cirugía menores	10	Traumatismos	14	Trauma-heridas	55
19	Celulitis	10	Escabiosis	13	Convulsiones	10
20	Desnutrición toda f.	09	Desnutrición todas f	13	Deshidratación	09
21	Otras Causas	55	Otras Causas	196	Otras Causas	425
	Total	1.112	Total	1.126	Total	3.799

Fuente: Departamento de Historias Medicas del Hospital Tipo I de Santa Teresa del Tuy
Realizada por Dra. Lina Costanzo Mayo 2007.

**Tabla N° 6 Actividades Realizadas En El Primer Trimestre Del Año
2007 En El Servicio De Pediatría Del Hospital Tipo I De Santa
Teresa Del Tuy**

Actividades	N° De Prof	Consultas Programadas I Trimestre	Consultas Realizadas I Trimestre	% Cob.	Horas Lab.	Horas Médico Pac x hr.
Pediatría Especialista	01	1512	1.416	94%	252	6pxhrs
Triaje Pediatría cons. Externa	06	2.268	2.078	91%	378	5pxhrs
Emergencia			6.368			
Higiene Infantil	01	317	48	15%	378	
Higiene Pre-Escolar	01	272	80	29%	378	
Higiene Escolar	01	226	49	21%	378	
Higiene Adolescente	01	226	58	26%	378	
Nutrición	01	252	134	53%	80	1pxhrs
Odontología	01	1.008	1.009	100%	252	4pxhrs
Inmunizaciones	***					
Perfil Neonatal		***	242		252	
Laboratorio	***					
Rx	01		133			
Clínica realizada x Enfermería	12	4.536	2.524	55%	378	7pxhrs

*** Se anexa cuadro

*** Se anexa cuadro

** Perfil Neonatal programa no tiene metas programadas
Pesquisa Neonatal de Errores Innatos del Metabolismo

Fuente: Departamento de Historias Médicas del Hospital Tipo I de Santa Teresa del Tuy
Realizada por Dra. Lina Costanzo Mayo 2007.

Tabla N° 7 Inmunizaciones Programadas y Realizadas en El Municipio Independencia Primer Trimestre 2007

Total día Hábiles:62	Días Hábiles	22	22	18	18	22	22
Producto Biológico	Población	Enero Progr.	Enero Realiz.	Febrero Progr.	Febrero Realiz.	Marzo Progr.	Marzo Realiz.
BCG	2.892	278	157	227	30	278	186
Antipolio RN	2.892	278	180	227	160	278	185
Antihepatitis RN	2.892	278	100	227	278	278	0
Antipolio-1año	2.892	834	1.732	681	1.686	834	1.138
Pentavalente-1a	2.892	834	1.232	681	1.232	834	1.234
Antihepatitis-1a	2.892	834	440	681	238	834	0
Haemophilus-1a	2.892	834	380	681	114	834	114
DPT-1 ^a	2.892	834	668	681	610	834	456
Trivalente 1a	3.113	299	387	245	403	299	397
Antiamarilica 1a	3.113	299	1.520	245	1.620	299	1.573
Haemophilus 1-4 a	17.845	1.714	240	1.403	278	1.714	236
Toxoide Escolar	36.645	7.040	542	5.760	938	7.040	734

Fuente: Departamento de Historias Médicas del Hospital Tipo I de Santa Teresa del Tuy
Realizada por Dra. Lina Costanzo Mayo 2007.

Tabla N° 8 Actividades realizadas por el Laboratorio Del Hospital Tipo I Durante El Primer Trimestre del 2007 en los pacientes Pediátricos

Pruebas Realizadas	Enero	Febrero	Marzo	Total
Hematología Completa	150	195	185	530
VSG	34	62	48	144
Plaquetas	42	53	66	161
Examen de Orina	50	82	86	218
Examen de Hece	93	120	105	318
Glicemia	19	22	21	62
P.C.R.	05	10	06	21
PT y PTT	03	04	05	12
Urea y Creatinina	15	14	04	33
H.C.G.	01	03	06	10
Estudios de Sueros				
Hepatitis	02	01	01	04
Dengue	03	01	01	03
Rubéola	01	01	01	03
TOTAL	418	568	535	1521

Fuente: Departamento de Bionálisis del Hospital Tipo I de Santa Teresa del Tuy
Realizada por Dra. Lina Costanzo Mayo 2007.

**Tabla N° 9 Programación de Metas de Actividades Primer Trimestre
2007
Triaje de Pediatría**

Personal de Salud	N°	8 HRS	6 HRS	5 HRS	4 HRS	3 HRS	2 HRS	Guardia	Solo Guardia
Médicos Rurales	02		02					+ g	
Médicos I	10		06					+ g	04
Médico Especialista	01		01						
Odontólogo	01				04				
Nutricionista	01						01		

Mes	Enero	Febrero	Marzo	Total
Días Hábiles	22	18	23	63
Total de Pacientes	455	772	1.086	2.313
Total Preventivas	31	61	143	235
Total Curativas	424	711	943	2078
Atención Lactantes 14%	08	13	27	48
Atención Pre-escolar 12%	14	16	50	80
Atención Escolar 8%	09	22	18	49
Atención Adolescentes 8%	0	10	48	58
Nutrición	67	67	0 *	134
Odontología	352	288	369	1009
Pediatría Especial.	494	405	517	1.416
Rx	03	85	45	133
T.B.C.	04	04	04	12

* Licenciada de reposo

Fuente: Departamento de Historias Médicas del Hospital Tipo I de Santa teresa del Tuy
Realizada por Dra. Lina Costanzo Mayo 2007.

**Tabla N° 10 Actividades Realizadas por la Especialista de Pediatría
Primer Trimestre 2007**

	Enero	Febrero	Marzo	Total
Consulta Pediatría esp.	494	405	517	1.416
Pac.-Hospitaliz.-Total	49	57	46	152
Pacientes R.N.	54	43	48	141
Charlas Educativas	17	14	19	50
<u>Causas más frecuentes de Hospitalización</u>	Enero	Febrero	Marzo	Total
Celulitis	14	10	10	34
Asma Bronquial	10	12	10	32
Diarreas	09	15	12	36
Bronquilitis	05	09	05	19
Dolor Abdominal	04	06	04	14
Neumonías	03	02	01	06
Deshidratación	04	03	04	11
Pacientes Referidos	13	23	25	61

Fuente: Departamento de Historias Médicas del Hospital tipo I de Santa Teresa del Tuy
Realizada por Dra. Lina Costanzo Mayo 2007.

**Tabla N° 11 INDICADORES MEDICOS HOSPITALARIA
VEINTE PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD EN EL
SERVICIO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL TIPO I DE SANTA
TERESA DEL TUY PRIMER TRIMESTRE DE AÑO 2007**

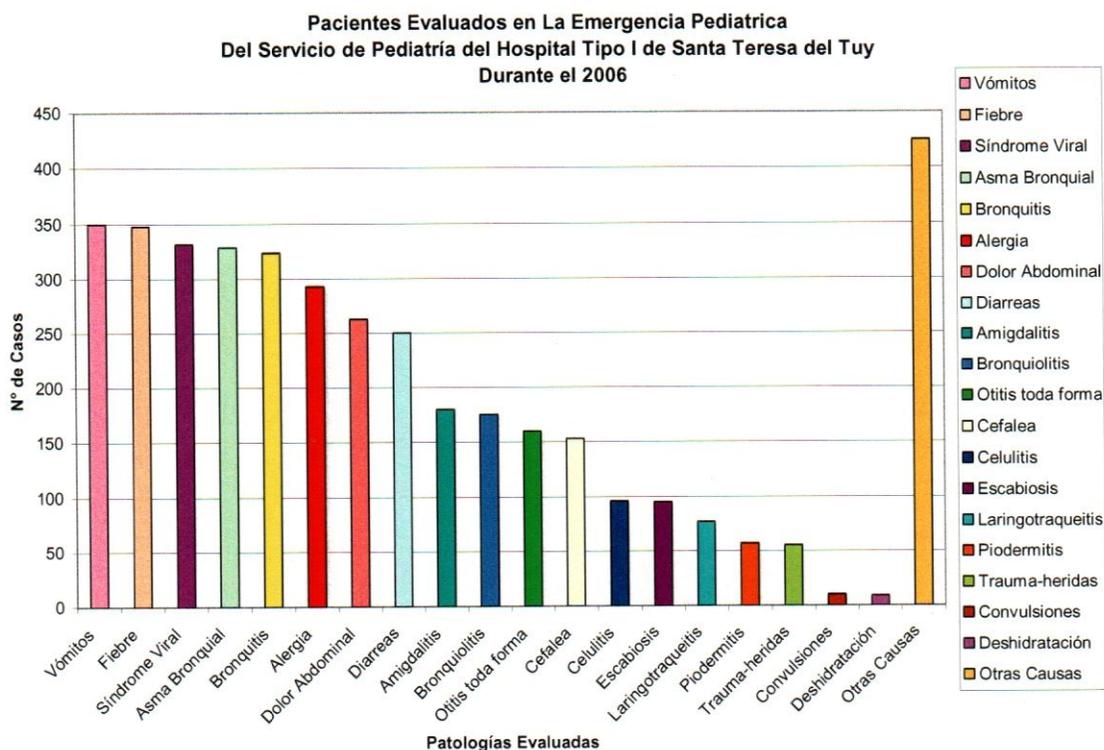
	Consulta de Pediatria Especializada		Consulta Externa Pediatria Triage		Emergencia Pediátrica	
		Total		Total		Total
1	Síndrome Viral	375	Síndrome viral	390	Vómitos	624
2	Bronquitis	220	Asma Bronquial	239	Asma Bronquial	559
3	Asma Bronquial	140	Bronquitis	169	Síndrome Viral	557
4	Amigdalitis	93	Amigdalitis	160	Fiebre	555
5	Otitis	92	Laringotraqueitis	131	Bronquitis	552
6	Bronquiolitis	73	Diarreas	103	Alergia	456
7	Alergia	55	Anemias	99	Dolor Abdominal	426
8	Cólicos	40	Otitis en toda forma	98	Diarreas	400
9	Diarreas	35	Dolor Abdominal	65	Amigdalitis	290
11	Anemias	35	Piodermitis	62	Bronquiolitis	289
12	Conjuntivitis	34	Celulitis	60	Otitis toda forma	250
13	Escab+Pioderm	32	Helmintiasis	59	Cefalea	250
14	Parasitosis	24	Infección Urinarias	58	Celulitis	150
15	Fimosis	22	Alergia	53	Escabiosis	148
16	Vulvovaginitis	20	Rinitis Alérgica	38	Laringotraqueitis	120
17	Hernias	15	Amibiasis	35	Piodermitis	120
18	Cirugía menores	12	Traumatismos	35	Trauma-heridas	89
19	Celulitis	12	Escabiosis	33	Convulsiones	18
20	Desnutrición toda f	12	Desnutrición toda f	19	Deshidratación	15
	Otras Causas	75	Otras Causas	172	Otras Causas	500
	Total	1416	Total	2.078	Total	6.368

Fuente: Departamento de Historias Médicas del Hospital Tipo I de Santa Teresa del Tuy
Realizada por Dra. Lina Costanzo Mayo 2007.

RESULTADOS y DISCUSIÓN

Análisis y Discusión Año 2006

Gráfico N° 1



Fuente: Dpto. Registro Médicos del Hospital tipo I de Santa Teresa del Tuy
Realizado por Dra. Lina Costanzo Mayo 2007

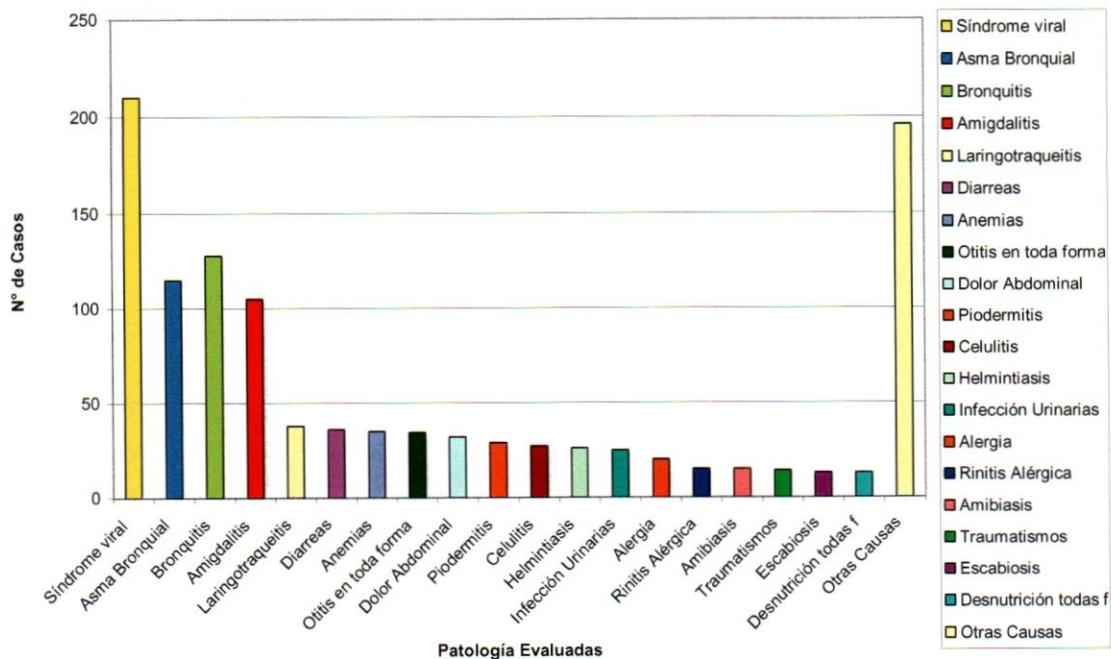
Análisis de los datos obtenido en el Gráfico Emergencia Pediátrica en el Hospital Tipo I de Santa Teresa del Tuy durante el I Trimestre del 2006

En el Primer Trimestre del 2006 en el Hospital tipo I de Santa Teresa del Tuy en el Servicio de Pediatría se evaluaron 3.799 pacientes por la Emergencia Pediátrica, es una cantidad bastante importante tomando en consideración que hay un solo médico que está de guardia las 24 horas y además de evaluar a los pacientes pediátricos también atiende al servicio de Obstetricia. La evaluación Integral del paciente pediátrico es difícil cumplirla. El examen del paciente pediátrico debe ser integral incluyendo tanto la exploración física como los componentes intelectuales y socioemocionales, el exceso de paciente que acude a la emergencia pediátrica, la fatiga del médico en una guardia de 24 horas nos permite inferir que el examen físico del niño no se realiza como una verdadera evaluación integral.

Cuando se revisan las principales causas de consulta en la Emergencia Pediátrica encontramos dx cómo Síndrome Viral ocupando el tercer lugar, es sabido por todo que ese motivo de consulta no es emergencia; al analizar el porqué de esta situación nos encontramos que el Hospital Tipo I de Santa Teresa del Tuy es el único centro que permanece prestando sus servicios las 24 horas del día y los padres acuden a él a cualquier hora que ellos consideren necesario para que su paciente sea evaluado sin tomar en cuenta el criterio de emergencia o no.

Gráfico N° 2

Triaje del Servicio de Pediatría del Hospital Tipo I de Santa Teresa del Tuy Durante el Primer Trimestre del 2006

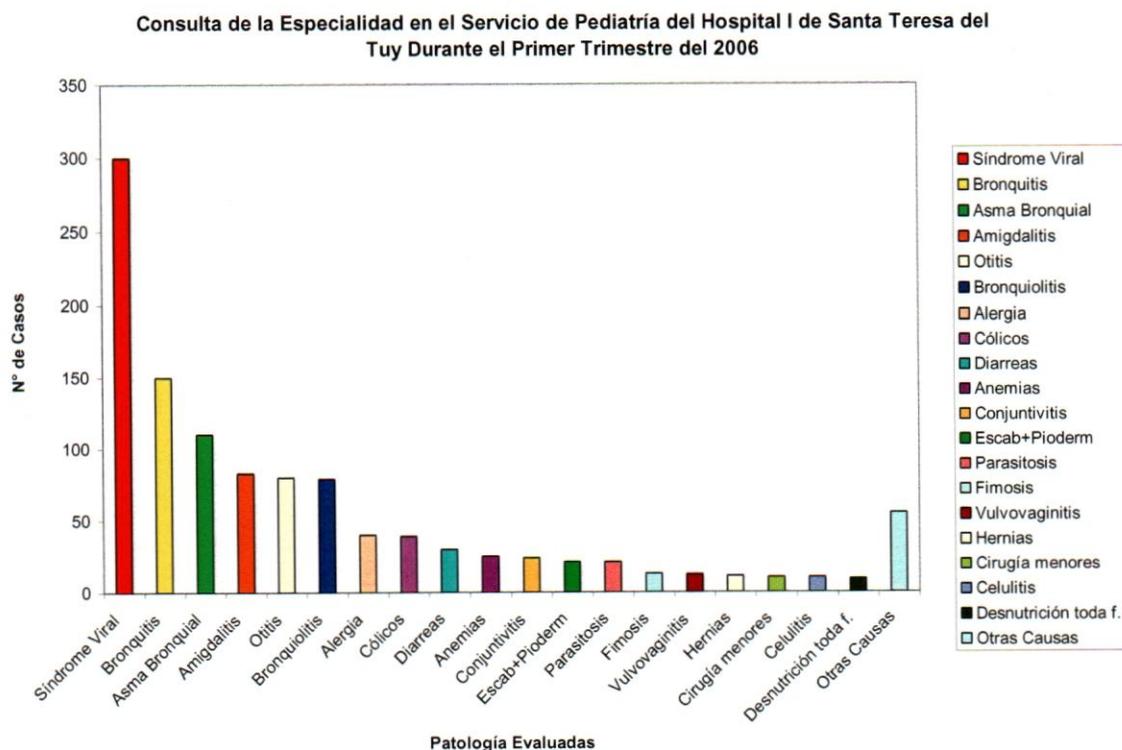


Fuente: Dpto. Registro Médicos del Hospital tipo I de Santa Teresa del Tuy
Realizado por Dra. Lina Costanzo Mayo 2007

Análisis de los datos obtenido en el Gráfico Consulta de Triaje de Pediatría en el Hospital Tipo I de Santa Teresa del Tuy durante el I Trimestre del 2006

El total de los pacientes evaluados es de 1.126, El Síndrome viral es la patología más frecuente, posteriormente en orden de frecuencia sigue Asma Bronquial, Bronquitis, Amigdalitis, Laringotraqueitis. Se puede concluir que las patologías del Tracto Respiratorio superior e inferior ocupan un lugar importantes en las causas de consultas, situaciones muy parecidas a las consultas de la Emergencia Pediátrica

Gráfico N° 3



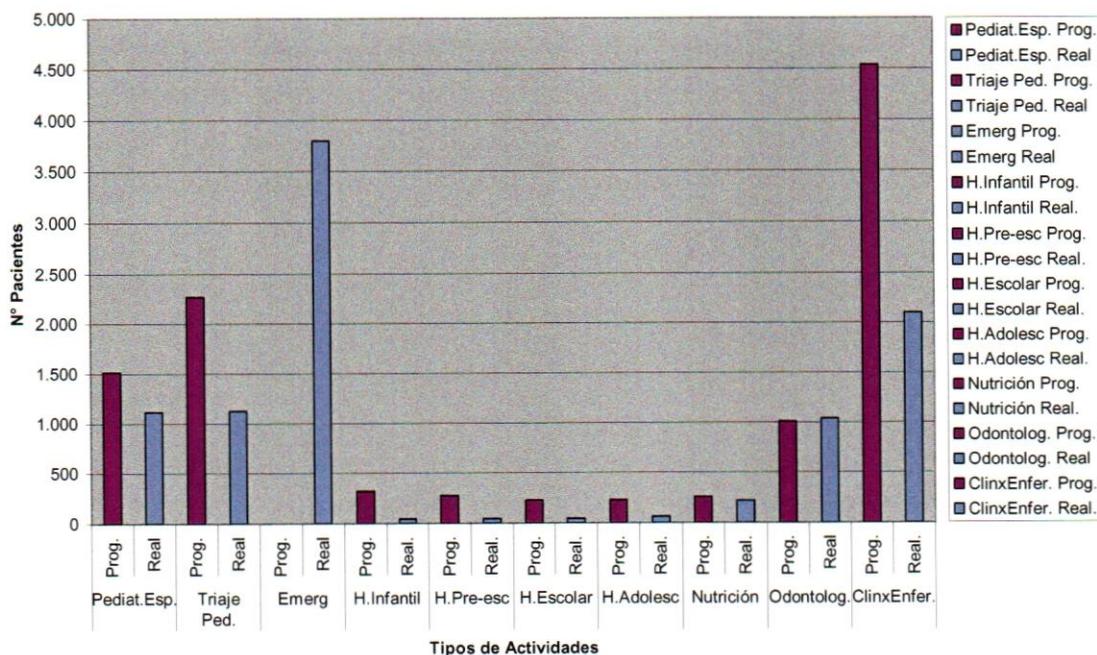
Fuente: Dpto. Registro Médicos del Hospital tipo I de Santa Teresa del Tuy
Realizado por Dra. Lina Costanzo Mayo 2007

Análisis de los datos obtenido en el Gráfico Consulta de Pediatría Especializada en el Hospital Tipo I de Santa Teresa del Tuy durante el I Trimestre del 2006

Por la consulta de Pediatría Especializada realizada en el Primer Trimestre del año 2006 se evaluaron 1.112 pacientes, las patologías son muy parecidas al Triage de Pediatría y a la Emergencia Pediátrica.

Gráfico N° 4

Actividades Programadas y Realizadas en el Servicio de Pediatría del hospital tipo I de Santa Teresa del Tuy durante el I trimestre del año 2006



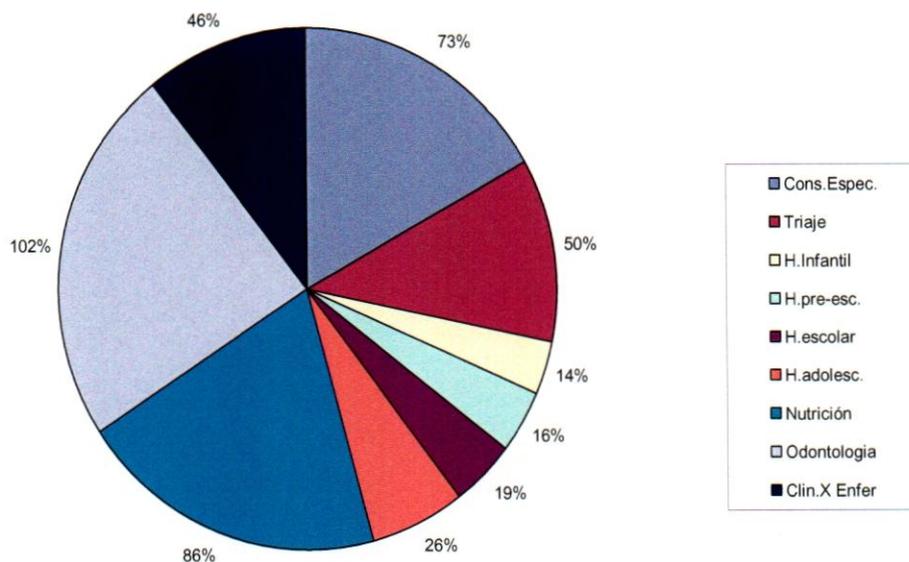
Fuente: Dpto. Registro Médicos del Hospital tipo I de Santa Teresa del Tuy
Realizado por Dra. Lina Costanzo Mayo 2007

Análisis de los datos obtenido en el Gráfico Actividades Programadas y Realizadas en el Hospital Tipo I de Santa Teresa del Tuy durante el I Trimestre del año 2006

En el Gráfico podemos observar que las consultas de emergencia pediátrica son elevadas 3.799 pacientes. Las metas programadas son realizadas ampliamente por la consulta de pediatría especializada, triaje, nutrición, odontología y enfermería. Sin embargo no ocurre así con las consultas preventivas tales como higiene infantil, higiene pre-escolar, higiene escolar, higiene adolescente las cuales no llegan ni siquiera a un 50%.

Gráfico N° 5

% de cobertura de las Actividades realizadas en el servicio de pediatría del Hospital tipo I de Santa Teresa del Tuy en el I trimestre del 2006



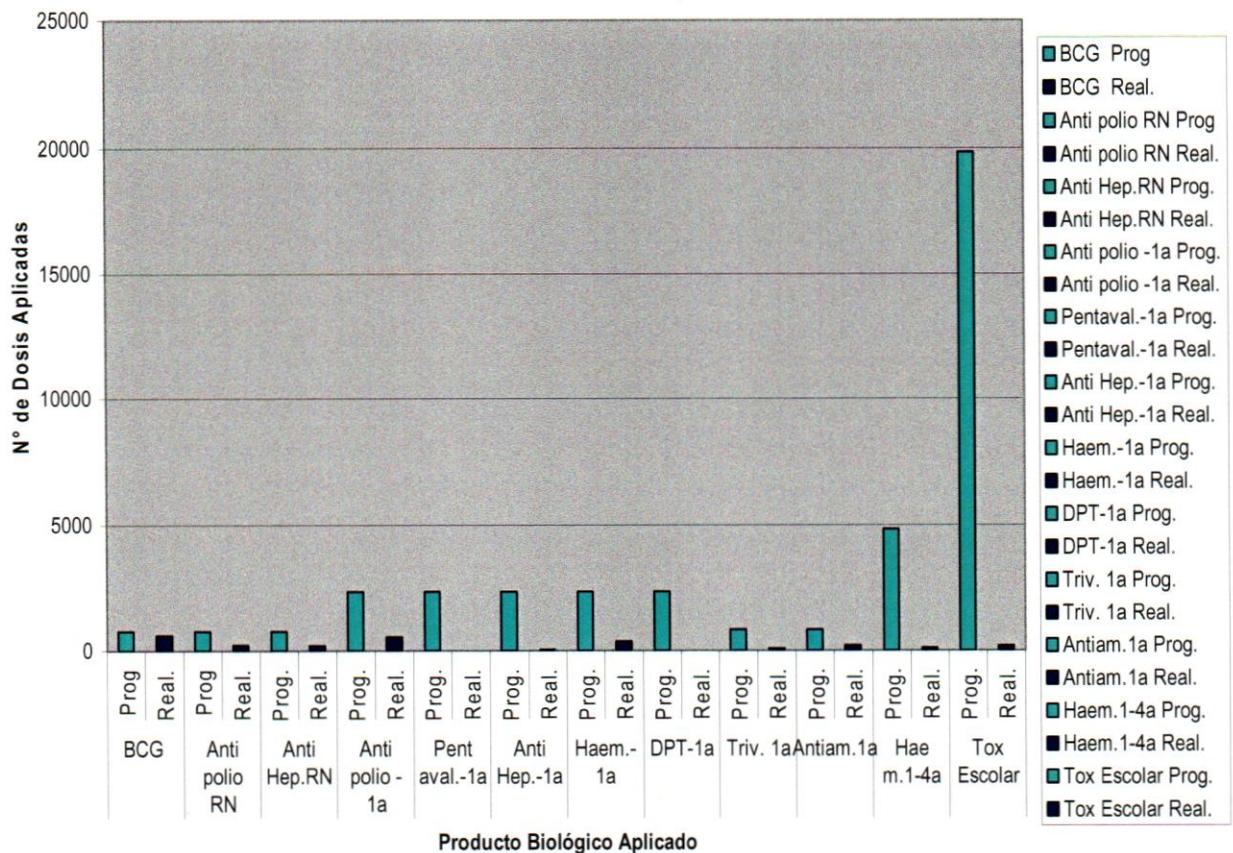
Fuente: Dpto. Registro Médicos del Hospital tipo I de Santa Teresa del Tuy
Realizado por Dra. Lina Costanzo Mayo 2007

Análisis de los datos obtenido en el Gráfico % de Cobertura de las Actividades realizadas en el Servicio de Pediatría del Hospital Tipo I de Santa Teresa del Tuy durante el I Trimestre del 2006

% de cobertura de las Actividades realizadas en el Servicio de Pediatría es amplio en consulta de Pediatría Especializada, Triaje, Nutrición, Odontología, Clínica realizada por enfermería. Sin embargo en las actividades preventivas donde se realiza la evaluación del paciente en edad pediátrica en forma integral, incluyendo la evaluación de los problemas orgánicos, el aspecto síquico, el ambiente social donde se desenvuelve aplicado con criterio evolutivo y con constante proyección futura tiene un % de cobertura muy baja.

Gráfico N° 6

Inmunizaciones Programadas y Realizadas en el Municipio Independencia en el Primer Trimestre del año 2006



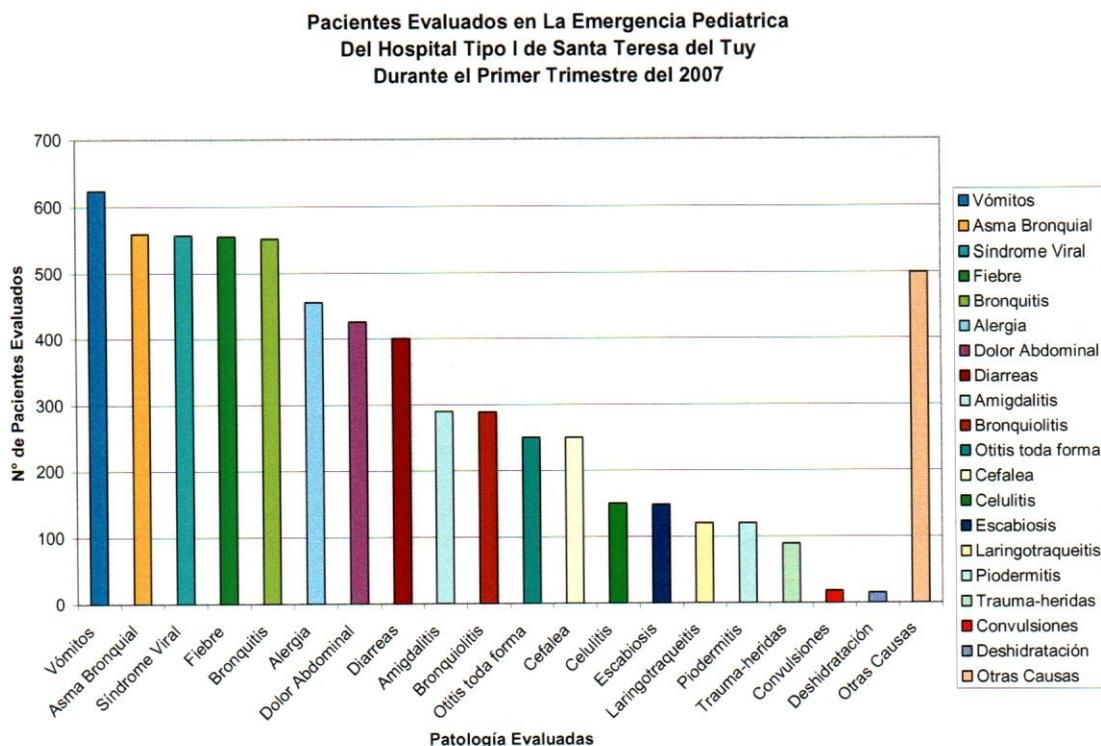
Fuente: Dpto. de Inmunizaciones del Hospital tipo I de Santa Teresa del Tuy
Realizado por Dra.Lina Costanzo Mayo 2007

Análisis de los datos obtenido en el Gráfico Inmunizaciones Programadas y Realizadas en el Municipio Independencia durante el Primer trimestre del año 2006

En el Gráfico se puede observar que las metas de Inmunizaciones Programadas no se cumplieron, situación esta que se debe evaluar en forma exhaustiva ya que el Programa PAI es importante cumplirlo a cabalidad.

Análisis y Discusión del año 2007

Gráfico N° 7



Fuente: Dpto. Registro Médicos del Hospital tipo I de Santa Teresa del Tuy
Realizado por Dra. Lina Costanzo Mayo 2007

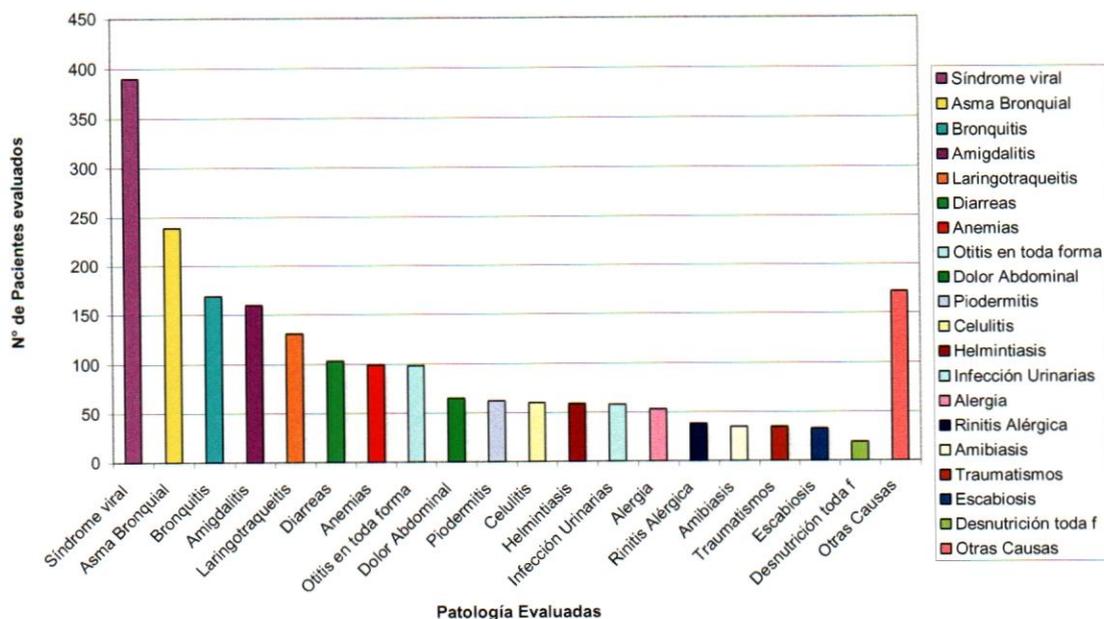
Análisis de los datos obtenido en el Gráfico Emergencia Pediátrica en el Hospital Tipo I de Santa Teresa del Tuy durante el I Trimestre del 2007

En el Primer Trimestre del 2007 en el Hospital tipo I de Santa Teresa del Tuy en el Servicio de Pediatría se evaluaron 6.368 pacientes, con respecto al año anterior se observó un incremento del 40% de los pacientes evaluados por la Emergencia Pediátrica, es una cantidad bastante importante tomando en consideración que no hubo incremento por parte del recurso humano, las condiciones de trabajo igual que el año anterior, un solo médico que está de guardia las 24 horas y además de evaluar a los pacientes pediátricos también atiende al servicio de Obstetricia. La evaluación Integral del paciente pediátrico es difícil cumplirla. El examen del paciente pediátrico debe ser integral incluyendo tanto la exploración física como los componentes intelectuales y socioemocionales, el exceso de paciente que acude a la emergencia pediátrica, la fatiga del médico en una guardia de 24 horas nos permite inferir que el examen físico del niño no se realiza como una verdadera evaluación integral.

Cuando se revisan las principales causas de consulta en la Emergencia Pediátrica encontramos dx cómo Síndrome Viral ocupando el tercer lugar ,es sabido por todo que ese motivo de consulta no es emergencia; al analizar el porqué de esta situación nos encontramos que el Hospital Tipo I de Santa Teresa del Tuy es el único centro que permanece prestando sus servicios las 24 horas del día y los padres acuden a él a cualquier hora que ellos consideren necesario para que su paciente sea evaluado sin tomar en cuenta el criterio de emergencia o no.

Gráfico N° 8

**Triaje del Servicio de Pediatría
Del Hospital Tipo I de Santa Teresa del Tuy
Durante el Primer Trimestre del 2007**

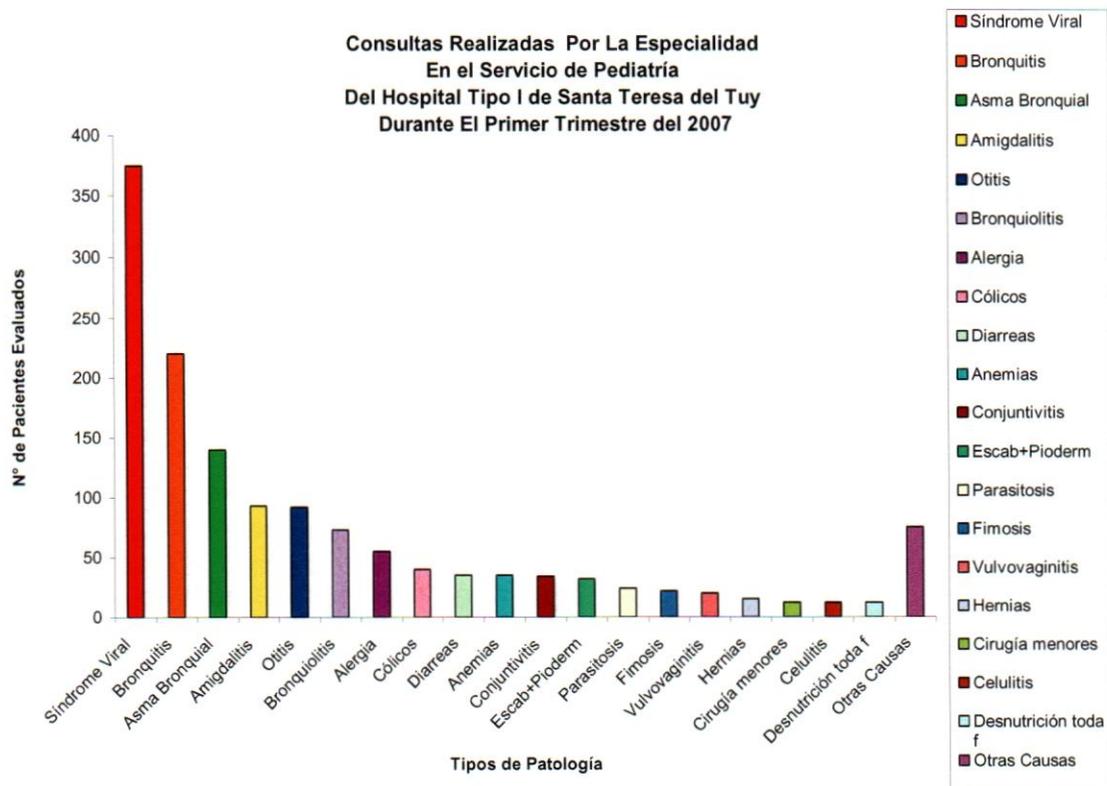


Fuente: Dpto. Registro Médicos del Hospital tipo I de Santa Teresa del Tuy
Realizado por Dra. Lina Costanzo Mayo 2007

Análisis de los datos obtenido en el Gráfico Consulta de Triaje de Pediatría en el Hospital Tipo I de Santa Teresa del Tuy durante el I Trimestre del 2007

El total de los pacientes evaluados es de 1.416, El Síndrome viral es la patología más frecuente, posteriormente en orden de frecuencia sigue Asma Bronquial, Bronquitis, Amigdalitis, Laringotraqueitis. Se puede concluir que las patologías del Tracto Respiratorio superior e inferior ocupan un lugar importantes en las causas de consultas, situación muy parecida a las consultas de la Emergencia Pediátrica

Gráfico N° 9



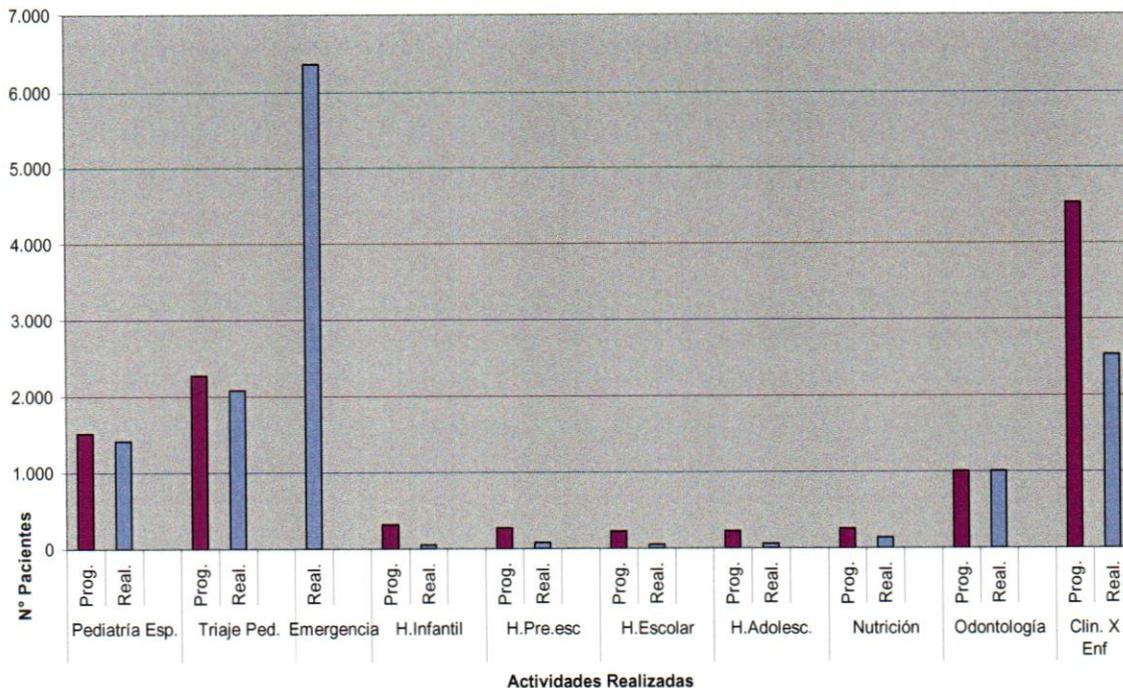
Fuente: Dpto. Registro Médicos del Hospital tipo I de Santa Teresa del Tuy
Realizado por Dra. Lina Costanzo Mayo 2007

Análisis de los datos obtenido en el Gráfico Consulta de Pediatría Especializada en el Hospital Tipo I de Santa Teresa del Tuy durante el I Trimestre del 2007

Por la consulta de Pediatría Especializada realizada en el Primer Trimestre del año 2007 se evaluaron 1.416 pacientes, las patologías son muy parecidas al Triage de Pediatría y a la Emergencia Pediátrica.

Gráfico N° 10

Actividades Programadas y Realizadas en el Servicio de Pediatría del Hospital Tipo I de Santa Teresa del Tuy en el I trimestre del año 2007



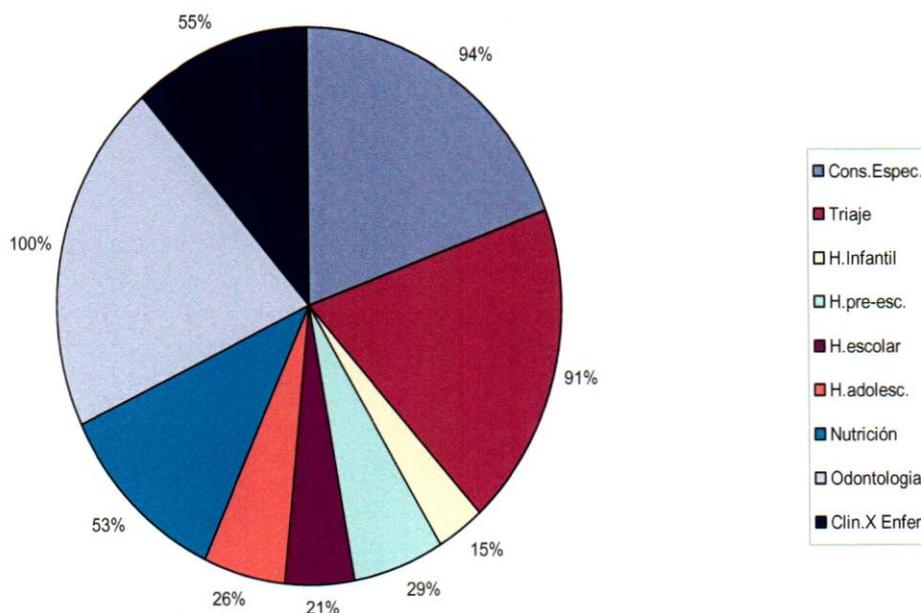
Fuente: Dpto. Registro Médicos del Hospital tipo I de Santa Teresa del Tuy
Realizado por Dra. Lina Costanzo Mayo 2007

Análisis de los datos obtenido en el Gráfico Actividades Programadas y Realizadas en el Hospital Tipo I de Santa Teresa del Tuy durante el I Trimestre del año 2007

En el Gráfico podemos observar que las consultas de Emergencia Pediátrica son elevadas 6.368 pacientes. Las metas programadas son realizadas ampliamente por la consulta de pediatría especializada, triaje, nutrición, odontología y enfermería. Sin embargo no ocurre así con las consultas preventivas tales como higiene infantil, higiene pre-escolar, higiene escolar, higiene adolescente las cuales no llegan ni siquiera a un 50%. Con respecto al trimestre anterior hay un incremento del 40% de los pacientes evaluados por la Emergencia Pediátrica y un incremento del 50% de los pacientes evaluados por Triaje, mientras que el incremento en las consultas preventiva no es significativo en Higiene Infantil un 1%, Higiene Pre-escolar 13%, Higiene Escolar 2% y en Higiene del Adolescente no hubo modificación.

Gráfico N° 11

% de cobertura de las Actividades realizadas en el servicio de pediatría del Hospital tipo I de Santa Teresa del Tuy en el I trimestre del 2007



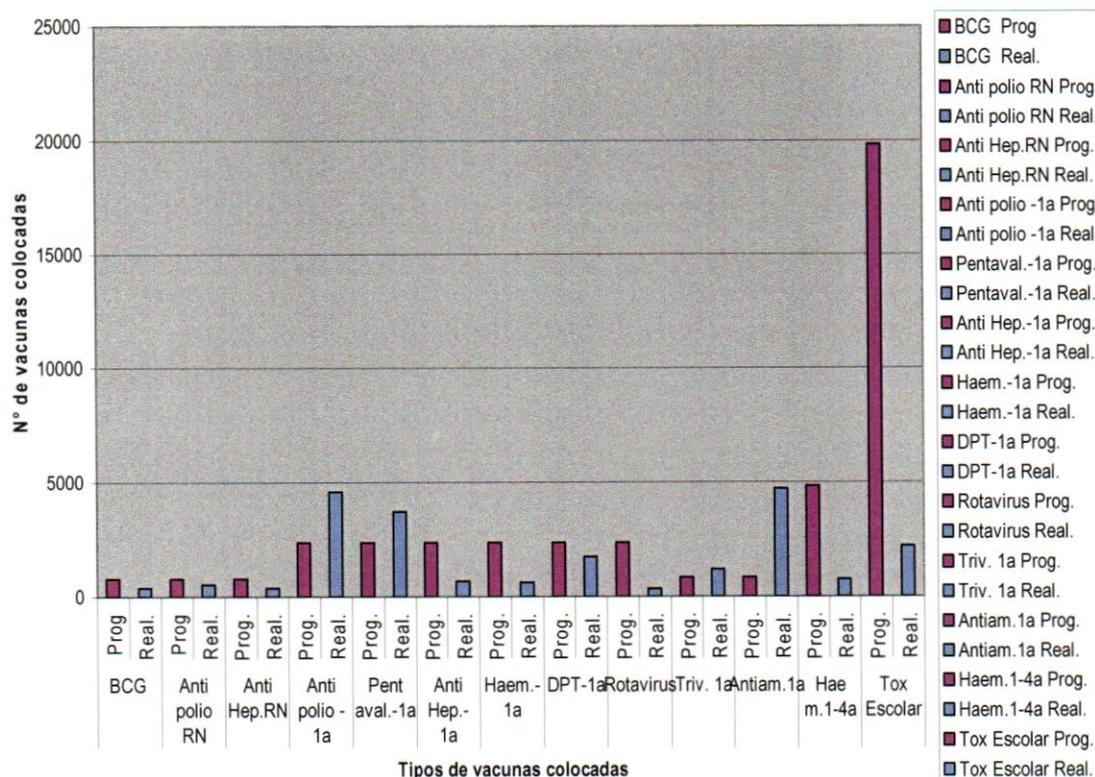
Fuente: Dpto. Registro Médicos del Hospital tipo I de Santa Teresa del Tuy
Realizado por Dra. Lina Costanzo Mayo 2007

Análisis de los datos obtenido en el Gráfico % de Cobertura de las Actividades realizadas en el Servicio de Pediatría del Hospital Tipo I de Santa Teresa del Tuy durante el I Trimestre del 2007

% de cobertura de las Actividades realizadas en el Servicio de Pediatría es amplio en consulta de Pediatría Especializada, Triaje, Nutrición, Odontología, Clínica realizada por enfermería. Sin embargo en las actividades preventivas donde se realiza la evaluación del paciente en edad pediátrica en forma integral, incluyendo la evaluación de los problemas orgánicos, el aspecto psíquico, el ambiente social donde se desenvuelve aplicado con criterio evolutivo y con constante proyección futura tiene un % de cobertura muy baja, situación que se repite con respecto al trimestre del año 2006.

Gráfico N° 12

Inmunizaciones Programadas y Realizadas en el Municipio Independencia en I Trimestre 2007

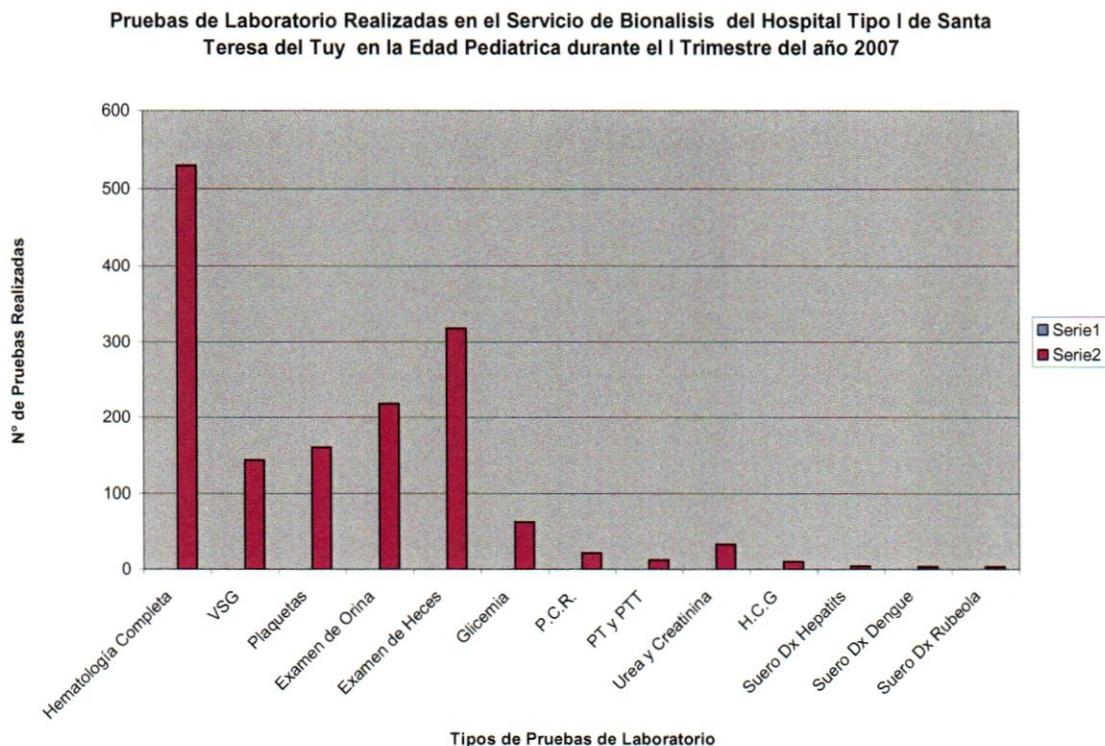


Fuente: Dpto. de Inmunizaciones del Hospital tipo I de Santa Teresa del Tuy
 Realizado por Dra.Lina Costanzo Mayo 2007

Análisis de los datos obtenido en el Gráfico Inmunizaciones Programadas y Realizadas en el Municipio Independencia durante el Primer trimestre del año 2007

En el Gráfico se puede observar que las metas de Inmunizaciones Programadas no se cumplieron, se observa con respecto al trimestre anterior que se colocó mayor números de dosis.

Gráfico N° 13



Fuente: Dpto. De Bionalisis del Hospital Tipo I de Santa Teresa del Tuy
Realizado por Dra.Lina Costanzo Mayo 2007

Análisis de los datos obtenido en el Gráfico Pruebas de Laboratorio realizadas en el Servicio de Bionalisis del Hospital tipo I de Santa Teresa del Tuy durante el I Trimestre del año 2007

Se puede observar que la hematología completa y los exámenes de heces fueron los que más se realizaron, luego en orden de frecuencia exámenes de orina, plaquetas, VSG, esto se corresponde con los exámenes más usado en la edad pediátrica. Comparando con el Trimestre del año anterior podemos percatarnos que el servicio de Bionalisis se inicia en 2007.

Conclusiones

En Venezuela se inicia la vigilancia a fondo de los pacientes pediátricos en los servicios de Puericultura a partir del 1938, el gran promotor de esta idea, el Dr. Pastor Oropeza, así lo reseñan los Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría

La Pediatría constituye la rama de la Medicina que toma en mayor consideración la Prevención y es a través de la Puericultura que se logra el objetivo principal de fomentar y conservar la salud del niño.

Los servicios de salud que atienden a niños deben tener como meta la atención Integral, considerando al niño como una unidad Bio-Sico-Social con características especiales en cada una de las etapas del proceso de crecimiento y maduración.

Al analizar los datos del Servicio de Pediatría del Hospital tipo I de Santa Teresa del Tuy durante el Primer Trimestre del Año 2006 y 2007 se puede concluir que las consultas Preventivas tienen un bajo % de Cobertura apenas un 14% y 15% en Higiene Infantil, 16% y 29% en Higiene Pre-escolar, 19% y 21% en Higiene Escolar y un 26% Higiene del Adolescente. Mientras que las consultas de Emergencia Pediátrica en el año 2006 fueron 3.799 y en el año 2007 fueron 6.368, una cantidad bastante elevada tomando en consideración que el médico que está de guardia las 24 horas además de evaluar a los pacientes pediátricos también atiende al servicio de Obstetricia. La evaluación Integral del paciente pediátrico es difícil cumplirla, el examen integral, incluyendo tanto la exploración física como los componentes intelectuales y socioemocionales consume tiempo y dedicación, el exceso de paciente que acude a la emergencia pediátrica, la fatiga del médico en una guardia de 24 horas nos permite inferir que el examen físico del niño no se realiza como una verdadera evaluación integral.

La grave situación hospitalaria y las condiciones totalmente inadecuadas de trabajo afectan notoriamente en el cumplimiento de la evaluación integral del paciente, además a esta situación se le agrega la falta de motivación del personal de salud que día a día vive un futuro incierto donde no hay compensación, no hay reconocimiento al esfuerzo y a la preparación académicas, el ambiente físico del

Servicio de Pediatría, las condiciones de trabajo del personal de Salud que no cumplen con algunos artículos contemplados en la Ley Orgánica del Trabajo , Ley Orgánica de Prevención, Condiciones Y Medio Ambiente de Trabajo (LOPCYMAT), agravan aun más la situación.

Consideramos importante Recordar que la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela en el **Art. 83** nos dice:

“La Salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida .El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la Protección de la Salud, así como el deber de participar activamente en su Promoción y Defensa, y el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establece la ley, de conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la República”.

Concluimos:

- El servicio de Pediatría del Hospital tipo I de Santa Teresa del Tuy, es una Institución dispensadora de salud insuficiente para los requerimientos de la población Pediátrica del Municipio Independencia.
- El servicio de Pediatría del Hospital tipo I de Santa Teresa del Tuy resuelve las necesidades de salud de la población infantil, pre-escolar, escolar y adolescente del Municipio Independencia y área vecinas a través del servicio de Emergencia Pediátrica,
- El servicio de Pediatría del Hospital tipo I de Santa Teresa del Tuy se puede considerar Efectivo, basándonos en el concepto el cual en el área de la salud nos pone de manifiesto que es el resultado de las acciones de los servicios de salud sobre la población sin embargo es necesario mejorar muchas variables para lograr mayor Efectividad.

RECOMENDACIONES

Todo lo expuesto hasta el momento nos pone de manifiesto que El Servicio de Pediatría del Hospital tipo I de Santa Teresa del Tuy aporta soluciones a los problemas de salud por medio de la Emergencia Pediátrica ,esto es insuficiente ,no es lo mejor para prestar un servicio de Salud digno a la Población Pediátrica del Municipio Independencia.

Los criterios de calidad deben ser evaluado y constantemente actualizados a través de una educación continua realizando los cambios organizacionales apropiados.

El Servicio de Pediatría deseado por la Comunidad Tereseña , tanto del Personal que labora en la Institución como del Usuario, es un Servicio donde plantea la salud como un derecho social, con la Intervención desde la Salud y no desde la Enfermedad, donde la prioridad sea mejorar la calidad de vida y fomentar la salud a través de un adecuado desarrollo del sistema de vigilancia epidemiológico, cumpliendo a cabalidad con las metas programadas en los diferentes servicios, con una atención adecuada a la población sana, población con riesgo , población enferma y población con discapacidad.

Las Recomendaciones para lograrlo consideramos que son las siguientes:

- Campañas educativas masivas
- Escuelas promotoras de salud
- Participación Comunitarias
- Organización en redes de atención con un sistema de Referencia y Contrarreferencia adecuado
- Responsabilidad Geográfico poblacional
- Promover el trabajo en equipo con capacitación en gerencia y actualización en las diferentes especialidades
- Promover el uso de la tecnología médica y capacitar al personal para realizarlo en forma racional y adecuada.

- Dotación adecuada de Insumos médicos y equipo.
- Producto biológico suficiente para poder cumplir las metas programadas de Inmunizaciones
- Establecer la Importancia de la comunicación entre el equipo humano que conforman los diferentes servicios
- Automatizar los datos del centro y de esta forma detectar las fallas.
- Conocer las funciones del Hospital por parte del equipo que labora en él para de esta forma poderla atacar.
- Definir y Medir Indicadores de Rendimiento
- Buzón de sugerencia donde el usuario y todas las personas que acudan al centro puedan emitir la opinión del mismo.

Sensibilizar a los entes gubernamentales responsables de las políticas de salud del Municipio es primordial. El Recurso Humano necesario para mejorar la calidad de atención al usuario es indispensable, la remuneración del mismo depende de un organismo gubernamental, es tarea nuestra insistir en plantear que la aprobación del presupuesto para tal objetivo debe ocupar el primer lugar de la lista de necesidades y la construcción de un Hospital nuevo con un Servicio de Pediatría moderno con Instalaciones cómodas también es una prioridad, el actual es insuficiente, obsoleto, no cumple con las normas mínimas establecidas para ser un Servicio de Pediatría Efectivo, sin embargo a pesar de todas estas limitaciones se evalúan pacientes día a día y el personal de salud cumple con mística su labor ,pero es necesario y urgente que las autoridades competentes comprendan que un Hospital moderno con un Servicio de Pediatría que cubra las necesidades de la población pediátrica del Municipio Independencia es una necesidad que debe ocupar el primer lugar en la Agenda de los Gobernantes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA

- Balestrini- Acuña, M. (1997). *Como se elabora el proyecto de investigación*
Caracas: Consultores Asociados
- Beltrán. J. (1998). *Indicadores de gestión .Herramientas para lograr la competitividad.* Caracas: 3R Editores.
- Canales, F. de (2006) .*Metodología de la investigación: Manual para el desarrollo de personal de salud* México: Limusa.
- Chiavenato, I. (1999). *Administración de los recursos humano* Colombia: Mc Graw Hill
- Coloma. C. *Iniciativa de los pueblos indígenas. Situación de salud de los pueblos indígenas de Latinoamérica* (documento base. Seminario-Taller 93). Winnipeg, Canadá
- Costanzo L., Márquez L., Yrima M. (2007) UCAB (Monografía No Publicada)
La aplicación de las 5 "S" de productividad al servicio de pediatría del Hospital tipo I de Santa Teresa del Tuy
- Constitución Bolivariana de Venezuela.
- De Salazar. L., Velez. J. A., Ortiz. Y. (2003) *En busca de evidencias de efectividad en promoción de la salud en América Latina .Estado del Arte de Experiencias Regionales .Oficina Regional de Latinoamérica de la Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la salud (UIPES/ORLA)*
- Hatin Ricardo A., Salas Perea R., Dr.Rey Bravo R. *Sistema de monitoreo y control de calidad de la competencia y el desempeño profesional*
- Garcia - Servén, J. (1993) *Indicadores de gestión para establecimientos de atención médica* .Caracas: DISINLIMED, CA.
- Ley Orgánica del Trabajo
- Lizarzabal Maribel. Tesis doctoral. Universidad del Zulia. 1996.
- Malagón- Londoño. G. (2000).*Administración hospitalaria* Colombia: Médica Internacional
- Material de Apoyo Facilitado por el Dr. Alfredo Salas.

Mendes. E .V. (1996) *Una agenda para la salud* .Sao Paulo: Hucitec

Ministerio de la Salud Pública. Workstation

Ochoa Alonso A., Selva Suárez L. *La atención primaria de salud, desafíos y respuesta en diferentes escenarios* .Departamento de Medicina General Integral, facultad de Ciencias Médicas Holguín

OPS/OMS *Informes de promoción de la salud de progreso a la declaración de México* (2000) y la resolución CD43 R11 (2001)

<http://www.paho.org/spanish/HPP/HPF Forum.htm> y otra información en la pagina de OPS (www.paho.org)

OPS/OMS *Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud* (2000)

Http: www.paho.org / English /HPP/5th Global Conf. h t m y otra información en la pagina de OPS (www.paho.org.)

Organización Panamericana de la Salud. /Organización Mundial de la Salud (1993) *Participación social en la producción de la salud. Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud* HSS/SILO-26

Organización Panamericana de la Salud. (1992). *Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de la salud: la administración estratégica*, HSD/SILOS-2. Washington, D.C.

Paganini. J.M., Capote. M. R. (1990) *Los sistemas locales de salud* .Publicación científica N° 519 OPS, Washington, D.C., 1990.

Plan de capacitación de recursos humanos en el área de la salud en el distrito Metropolitano de Caracas.

Pérez., Vera.S. (1988) *Participación Comunitaria. Algunas perspectivas acerca de la intervención profesional en los programas de salud*. Acta Odontológica venezolana, Vol.26.N° 3. Caracas. Venezuela.

Perfil del Sistema de Servicio de Salud P: C0

Ramírez. T. (1999) *Como hacer un proyecto de investigación* Caracas: Panapo.

Ravelo M .E., Sanchez M. C., Urimare. S. (Sept.-Diciembre 1993) *Hacia una consulta integral análisis teórico*. Boletín del Hospital J.M de Los Ríos, pp17, 18,19

Robbins Sthefan. (2004) *Comportamiento organizacional*. Pearson: Printice Hall 10

Sabino, C. (1994) *El proceso de la investigación* .Caracas: Panapo.

Santaella Peñaloza Zuleima del Rosario, (2006). *Guía para la elaboración formal de reportes de investigación*. Caracas: Texto CA.

Secretaría de Salud - Instituto Nacional Indigenista (1992) *La salud de los pueblos indígenas en México* .México D .F.

Tamayo, T. (1997) *Metodología de la investigación* .Bogotá: Prentice Hall

Reflexiones sobre la búsqueda de evidencia de efectividad de la promoción de la salud en las América.

Tarazón. O., Miclin. R., Abreu. M. *Administración estratégica local y su repercusión en la participación social en salud*.

Universidad Católica Andrés Bello (2007). *Guía práctica para la elaboración del trabajo especial de grado* (TEG). Caracas

Venezuela Tasa de Mortalidad 1940-2003 HTML Document. HPPT/ www.msds.com

www.monografia.com Promoción de la Efectividad en la salud paho.org.

www.monografia.com Promoción del Liderazgo Shtml.

ANEXOS

Cuadro N° 1 ATENCION INTEGRAL EN SALUD
Estado Miranda Distrito N° 2- Hospital tipo I Santa Teresa del Tuy
Revisión DSP 04 Programa de Atención Integral Lactante y
Preescolar Primer Trimestre del año 2006

Atención al Lactante y Preescolar	Enero	Febrero	Marzo	Total
Total de Lactantes y Preescolares	198	501	162	861
Masculinos Lactantes y Preescolares	97	275	98	470
Femeninos Lactantes y Preescolares	101	226	64	391
Primera consulta < 1mes	05	25	05	35
Primera consulta 1-11 meses	23	49	39	111
Primera consulta 12-23 meses	12	26	29	67
Consultas sucesivas < 23 meses	79	188	16	283
Lactantes atendidos por Enfermería (Clínica realizada por Enfermería)	<u>217</u>	<u>253</u>	<u>238</u>	<u>708</u>
Total de consulta < 23 meses	<u>122</u>	<u>288</u>	<u>89</u>	<u>499</u>
Primera consulta de 2-3 años	07	22	14	43
Primera consulta de 4-6 años	02	28	16	46
Consultas sucesivas de 2-6 años	67	163	43	273
Preescolares atendidos por Enfermería	<u>76</u>	<u>213</u>	<u>159</u>	<u>448</u>
Total de consulta 2-6 años	<u>76</u>	<u>213</u>	<u>73</u>	<u>438</u>
Estado Nutricional				
Exceso	0	0	2	02
Normal	187	488	149	824
Zona Crítica	06	06	0	12
Leve	03	02	0	05
Moderada	0	0	3	03
Grave	02	05	0	07
Evaluación Cefálica				
Microcefalia	0	0	0	0
Macrocefalia	0	0	0	0
Normal	198	501	162	861
Déficit Lactante y Preescolar				
Examen Sensorial Normal	198	501	162	861
Desarrollo Psicomotor Normal	198	501	162	861
Agudeza visual Normal	190	495	159	844
Audición y lenguaje Normal	194	491	162	847
Maduración Sexual Normal	198	501	162	861
Tensión Arterial				
Normal	196	500	162	858
Hipertenso	02	01	0	03
Examen de Mamas				

Normal	198	501	160	859
Patológico			02	02
Riesgo Biológico				
Enf. Infecciones y Parasitarias	48	105	68	221
Neoplasias	0	01	02	03
Enfermedades sangre y Org. Hematop.	1	57	4	62
Enf. Endocrino Nutr. Y Metabólica	1	12	02	15
Enf. Trastorno Mental y Comportam.	0	07	0	07
Enf. del Sistema nervioso	0	0	02	02
Enf. del Ojo y sus anexos	08	06	03	17
Enf. del oído y apof. Mastoides	08	31	03	42
Enf. del Sistema Circulatorio	0	01	0	01
Enf. del Sistema Respiratorio	66	140	29	235
Enf. del Sistema Digestivo	29	68	22	119
Enf. de la piel y tej. Conjuntivo	30	115	11	156
Enf. Genital y Urinaria	12	28	05	45
Enf. Parto y Puerperio	0	0	0	0
Traumatismo y Envenenamiento	06	05	02	13
Anomalía Congénita	2	2	0	4
No Control Prenatal				
Parto Distócico				
Cianosis Perinatal				
Ictericia Neonatal	12	10	03	25
Medicamento en el Embarazo				
Emb. con consumo de Tabaco				
Emb. Con Consumo de Alcohol				
Emb. Con Consumo de Cocaína				
Emb. Con Preeclampsia				
Riesgo Psicológico				
Abuso Sexual				
Accidente del Hogar	0	02	01	03
Accidente de Transito	0	0	02	02
Maltrato y violencia familiar				
Enf. Mental Familiar				
Disfunción Familiar				
Madre ausente		03		03
Padre ausente		10		10
Violación				
Bajo Ingreso Familiar	56	204	200	460
Abandono				
Enf. Neurológica Previa				
Riesgos Ambientales (Vivienda)				
Sin Agua Intra-domiciliaria	156	04	04	164
Consumo de Agua No Potable	156	80	68	304

Disposición Inadecuada de Excretas	98	05	05	108
Disposición Inadecuada de Basura	100	70	70	240
Adyacente a zona Industrial	198	501	162	861
Alto Índice de Insecto y Roedores	200	480	160	840
Estructura Física Inadecuada	02	05	04	11
Contaminación por Químico Tóxico				
Total Sanos y Enfermos	198	501	162	861
Lactantes Sanos	18	13	13	44
Lactantes Enfermos	104	275	76	455
Preescolares Sanos	10	19	14	43
Preescolares Enfermos	66	194	59	319
Referencia a :				
Odontología	16	10	12	38
Oftalmología	10	05	03	18
Traumatología y Ortopedia	06	08	08	22
O.R.L.	05	05	03	13
Pediatría	65	16	69	150
Nutrición	11	15	05	31
Medicina Interna	0	0	0	0
Cirugía Ambulatoria	03	02	02	07
Dermatología	5	10	08	23
Neumonología	10	09	08	27
Ginecología	01	0	01	02
Obstetricia	0	0	0	0
Cardiología	02	01	0	03
Nefrología	02	03	02	07
Salud Mental	0	0	0	0
Endocrinología	2	5	1	08
Neurología	5	5	1	11
Atención Siquiátrica ambulatoria	0	0	0	0
Hospitalización Psiquiátrica Aguda	0	0	0	0
Comunidad Terapéutica	0	0	0	0
Programa Sociales	01	02	01	04
Educ. Esp. (Psicopedagogía, T, Lenguaje)	0	03	04	07
Rehabilitación de base Comunitaria	0	0	0	0
Médico de Familia	0	0	0	0
Reumatología	0	0	01	01
Lact. con Esquema Vacuna Incompleta	10	35	05	50
Preesc. con Esq. Vacuna Incompleta	08	20	10	38
Lactancia Materna				
Exclusiva hasta 6 meses	42	58	11	111
Menor de 6 meses	08	95	09	112

Fuente: Departamento de Historias Médicas del Hospital Tipo I de Santa Teresa del Tuy
Realizado por Dra. Lina Costanzo Mayo 2007

Cuadro N°2 ATENCION INTEGRAL EN SALUD - Estado Miranda
Distrito N° 2 Hospital tipo I Santa Teresa del Tuy
Programa Atención Integral de Escolares de 7-11 años
Primer Trimestre del año 2006

Atención al escolar	Enero	Febrero	Marzo	Total
Total de Escolares	34	96	74	204
Masculinos Escolares	18	51	33	102
Femeninos Escolares	16	45	41	102
Primera consulta 1° grado	01	12	22	35
Primera consulta 2° grado	0	0	0	0
Primera consulta 3° grado	05	16	20	41
Primera Consulta 6° grado	08	11	04	23
Consultas Sucesivas y Otros grados	19	56	28	103
Escolares atendidos por Enfermería	86	126	117	329
Primera consulta otros grados	01	01	0	02
Ectoparasitosis Investigados	02	07	04	13
Ectoparásitos Tratados	02	07	04	13
Parasitosis Intestinal Investigadas	15	27	08	50
Parasitosis Intestinal Tratadas	15	27	08	50
Estado Nutricional				
Exceso	0	06	05	11
Normal	28	77	60	165
Zona Crítica	09	02	04	15
Leve		0	0	0
Moderada		0	0	0
Grave	02	11	05	17
Déficit Escolar				
Examen sensorial Normal	34	96	74	204
Desarrollo Psicomotor Normal	34	96	74	204
Agudeza visual Normal	25	90	74	204
Audición y lenguaje Normal	34	96	74	204
Maduración Sexual Normal	34	96	74	204
Tensión Arterial				
Normal	32	95	74	201
Hipertenso	02	01	0	03
Examen de Mamas				
Normal	34	96	74	204
Patológico			0	0
Riesgo Biológico (Escolar)				
Enf. Infecciones y Parasitarias	08	30	17	55
Neoplasias	0	0	0	0
Enfermedades sangre y Org. Hematop.	0	06	02	08

Enf. Endocrino Nutr. Y Metabólica	11	19	19	49
Enf. Trastorno Mental y Comportam.	0	01	0	01
Enf. Sistema Nervioso	01	03	02	06
Enf. del Ojo y sus anexos	09	03	02	14
En. del Oído y Apófisis Mastoides	05	0	02	07
Enf. del sistema Circulatorio	02	0	0	02
Enf. del Sistema Respiratorio	20	13	05	38
Enf. del Sistema Digestivo	10	05	07	22
Enf. De la piel y tej. Conjuntivo	18	03	06	27
Enf. Genital y Urinaria	10	03	04	17
Enf. Parto y Puerperio	0	0	0	0
Traumatismo y Envenenamientos	02	05	0	07
Anomalías Congénita	0	0	0	0
No Control Pre-natal				
Parto distócico				
Cianosis Perinatal				
Ictericia Neonatal				
Medicamentos en el embarazo				
Embarazo con consumo de Tabaco				
Embarazo con consumo de Alcohol				
Embarazo con consumo de Cocaína				
Embarazo con Pre-Eclampsia				
Riesgo Psicosocial (Total)				
Abuso Sexual	0	0	0	0
Accidentes del Hogar	11	05	03	19
Accidentes de Tránsito	03	04	03	10
Maltrato ó Violencia Familiar	0	0	0	0
Enf. Mental Familiar				
Disfunción Familiar				
Madre Ausente		03		03
Padre Ausente				
Violación				
Bajo Ingreso Familiar	34	81	67	182
Abandono				
Enf. Neurológica Previa				
Disfunción de escolaridad				
Trastornos de Ajuste Social				
Exclusión Escolar				
Deserción Escolar				
Trabajo Infantil				
Drogas				
Riesgos Ambientales: (vivienda)				
Sin agua intradomiciliaria	03	05	04	12
Consumo de agua no Potable	28	15	05	48

Disposición inadecuada de Excretas	03	04	05	12
Disposición inadecuada de Basura	07	10	08	25
Adyacente en Zona Industrial	34	96	74	204
Alto Índice de Insectos y Roedores	34			
Hacinamientos				
Estructura física Inadecuada		05	06	11
Contaminada por Químicos Tóxicos				
Diagnósticos				
Total Sanos y Enfermos	34	96	74	204
Escolares Sanos	12	15	16	43
Escolares Enfermos	22	81	58	161
Referidos A				
Odontología	10	09	08	27
Oftalmología	12	07	05	24
Traumatología y Ortopedia	0	03	0	03
O.R.L.	05	05	06	16
Pediatría	13	15	10	38
Medicina Interna	0	05	0	05
Dermatología	05	17	12	34
Cirugía Ambulatoria	02	05	05	12
Nutrición	11	5	12	28
Neumonología	04	05	09	18
Ginecología	2	0	01	03
Obstetricia	0	0	0	0
Cardiología	01	01	01	03
Nefrología	02	02	0	04
Salud Mental	0	0	0	0
Endocrinología	04	02	02	08
Neurología	02	0	01	03
Atención Siquiátrica Ambulatoria	0	0	0	0
Hospitalización Psiquiátricas de Agudos	0	0	0	0
Comunidad Terapéutica	0	0	0	0
Programas Sociales	01	0	0	01
Educación Especial (Ministerio de Educación)	02	0	03	05
Rehabilitación de Bases Comunitaria	0	0	0	0
Médico de Familia	0	0	0	0
Reumatología.	0	0	0	0

Fuente: Departamento de Historias Médicas del Hospital Tipo I de Santa Teresa del Tuy
Realizado por Dra.Lina Costanzo Mayo 2007

Cuadro N° 3 ATENCION INTEGRAL EN SALUD – Edo Miranda
Distrito N° 2 Hospital tipo I Santa Teresa del Tuy
Programa Atención Integral Al Adolescente 12-18 años
Primer Trimestre del año 2006

Atención al Adolescente 12-18 Años	Enero	Febrero	Marzo	Total
Total adolescentes 12-18 años	29	123	98	250
Masculinos Adolescentes	10	29	30	69
Femeninos Adolescentes	19	94	68	181
Total de Consultas Adolescentes	27	123	98	248
Primera Consulta	14	52	36	102
Consultas Sucesivas	15	69	62	146
Adolescentes Atendidos por Enfermería (realización de pre- clínica)	233	199	182	614
Diagnósticos	29	123	98	250
Adolescentes Sanos	07	31	21	59
Adolescentes Enfermos	22	92	77	191
Pubertad Normal	29	123	98	250
Estado Nutricional				
Exceso	01	03	03	07
Normal	27	119	95	241
Zona Crítica	01	01	0	02
Leve	0	0	0	0
Moderada	0	0	0	0
Grave	0	0	0	0
Déficit Adolescentes				
Examen sensorial Normal	29	123	98	250
Desarrollo Psicomotor Normal	25	123	98	246
Agudeza visual Normal	20	100	90	210
Audición y lenguaje Normal	28	123	98	249
Maduración Sexual Normal	29	123	98	250
Tensión Arterial				
Normal	29	123	98	250
Hipertenso	0	0	0	0
Examen de Mamas				
Normal	26	123	98	247
Patológico	03	0	0	03
Nivel Educativo				
Primaria	29	40	45	114
Básica	02	60	45	107

Diversificada	18	-	04	22
Universitaria	06	-	03	09
Otros	03	23	01	27
Riesgo Biológico				
Enf. Infecciones y Parasitarias	24	26	13	63
Neoplasias	06	0	01	07
Enfermedades sangre y Org.Hematop.	01	04	07	12
Enf. Endocrino Nutr. Y Metabólica	04	04	02	10
Enf. Trastorno Mental y Comportam.	0	0	01	01
Enf. Sistema Nervioso	04	03	02	09
Enf. del Ojo y sus anexos	05	23	04	32
En. del Oído y Apófisis Mastoides	05	04	03	12
Enf. del sistema Circulatorio	03	02	03	08
Enf. del Sistema Respiratorio	20	05	09	34
Enf. del Sistema Digestivo	10	04	05	19
Enf. De la piel y tej. Conjuntivo	20	16	09	45
Enf. Genital y Urinaria	02	22	13	37
Enf. Parto y Puerperio		04		04
Traumatismo y Envenenamientos		05		05
Anomalías Congénita	02	0		02
No Control Pre-natal		03		03
Parto distócico				
Cianosis Perinatal				
Ictericia Neonatal				
Medicamentos en el embarazo				
Embarazo con consumo de Tabaco				
Embarazo con consumo de Alcohol				
Embarazo con consumo de Cocaína				
Embarazo con Pre-Eclampsia				
Riesgo Psicosocial (Total)				
Abuso Sexual				
Accidentes del Hogar	04	06	04	14
Accidentes de Tránsito	03	04	02	09
Maltrato y violencia familiar	04	0	02	06
Enf. Mental Familiar	01		01	02
Disfunción Familiar	20	0		20
Madre Ausente		03		03
Violación	02	0		02
Bajo Ingreso Familiar	29	123	98	250
Abandono			02	02
Enf. Neurológica Previa	01	0	0	01
Disfunción de escolaridad	12		04	16
Trastornos de Ajuste Social				
Exclusión Escolar				

Deserción Escolar				
Trabajo Infantil	10		09	19
Drogas				
Actividad Sexual Temprana	19	35	12	66
Accidente Laboral	04			04
Diagnostico Psiquiátrico Previo	0			0
Hospitalización Psiquiatrica Previa	0			0
Gesto o intento de Suicidio	0			0
Alcohol	04		8	12
Tabaco	07		19	26
Droga				
Anorexia				
Bulimia				
Riesgos Ambientales: (vivienda)				
Sin agua intradomiciliaria	04	06	10	20
Consumo de agua no Potable	04	76	70	150
Disposición inadecuada de Excretas	07	25	05	37
Disposición inadecuada de Basura	15	43	25	83
Adyacente en Zona Industrial	29	123	98	250
Alto Índice de Insectos y Roedores	19	80	70	169
Hacinamientos				
Estructura física Inadecuada	10	20	09	39
Contaminada por Químicos Tóxicos	0			
Diagnósticos				
Total Sanos y Enfermos				
Adolescentes Sanos	7	31	21	59
Adolescentes Enfermos	22	92	77	191
Referidos A				
Odontología	12		15	27
Oftalmología	05		10	15
O.R.L.	03		12	15
Traumatología y Ortopedia	03		02	05
Medicina Interna			0	0
Dermatología	05	08	07	20
Cirugía Ambulatoria		12	04	16
Nutrición	01	04	03	08
Neumonología	03	15	12	30
Ginecología	19	35	12	66
Obstetricia				
Cardiología				
Nefrología				
Salud Mental				
Endocrinología	03	04	02	09
Neurología				

Atención Siquiátrica Ambulatoria				
Hospitalización Psiquiatras de Agudos				
Programas Sociales	05	01		06
Educación Especial (Ministerio de Educación)				
Educación Especial (Ministerio Ed.)				
Rehabilitación de Bases Comunitaria				
Médico de Familia				
Reumatología.	02	03	0	05

Fuente: Departamento de Historias Médicas del Hospital Tipo I de Santa Teresa del Tuy
Realizado por Dra.Lina Costanzo Mayo 2007

Cuadro N° 4 PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES
Distrito Sanitario N° 2 Hospital Tipo I Santa Teresa del Tuy
Municipio Independencia Santa Teresa del Tuy Edo Miranda
PRIMER TRIMESTRE DEL AÑO 2006

BCG	Enero	Febrero	Marzo	Total
Primovacunados	157	0 (nohubovacuna)	148	305
Menores de 1 Mes	157	0	0	157
De 1 a 11 Meses	0	0	79	79
De 1 Año y más	0	0	69	69
Revacunado (BCG)	0	0	0	0
De 1 a 11 Meses	0	0	0	0
De 1 Año y Más	0	0	0	0
PPD				
Dosis Aplicadas	3	0	0	0
Dosis Positivas	0	0	0	0

DPT: Difteria, Tétano, Tosferina	Enero	Febrero	Marzo	Total
Menores de 1 año de 2meses a 11 meses	0	0	0 (No hubo vacuna)	0
Primera dosis 2-11 M	88	0	0	88
Segunda dosis 2-11 M	30	0	0	30
Tercera dosis 2-11 M	38	0	0	38
De 1 Año 12-23 Meses				
Primera dosis 12-23 Meses	0	19	0	19
Segunda dosis 12-23 Meses	0	32	0	32
Tercera dosis 12-23 Meses	38	54	0	92
Refuerzo 12 a 23 Meses	0	36	0	36
De 2 años 24 a 35 Meses	0	0	0	0
Primera dosis 24-35 Meses	0	01	0	01
Segunda dosis 24-35 Meses	26	02	0	28
Tercera dosis 24-35 M	0	03	0	03
Refuerzo 24-35 Meses	0	33	0	33

Antipoliomelítica	Enero	Febrero	Marzo	Total
Recién Nacidos	90	86	50	226
Menores de 1 año de 2meses a 11 meses				
Primera dosis 2-11 Mes	0	44	89	133
Segunda dosis 2-11 Mes	0	117	100	217
Tercera dosis 2-11 Mes	29	127	40	196
De 1 Año 12-23 Meses				
Primera dosis 12-23 Mes	0	02	0	02
Segunda dosis 12-23 Meses	60	59		119
Tercera dosis 12-23 Meses	5	17	0	22
Otras Dosis (1 Año)	0	22	0	22
De 2 Años a 4 Años				
Primera dosis 2-4 años	0	03	0	03
Seg. dosis 2-4años	46	22	0	68
Tercera dosis 2-4 años	5	25	0	30
Otras Dosis (2-4 Años)	0	31	0	31

Toxoide Tetánico	Enero	Febrero	Marzo	Total
Escolar				
Primera Dosis	100	39	0	139
Segunda Dosis	20	03	0	23
Refuerzo	5	15	0	20

Trivalente	Enero	Febrero	Marzo	Total
De 1 Año	40	37	0	77
De 2 Años	8	10	0	18
De 3 y 4 Años	26	28	0	54

Divalente	Enero	Febrero	Marzo	Total
Escolares				
12 Años	0	10	0	10
13 Años	0	14	0	14
14 Años	0	08	0	08
15 Años	0	04	0	04
16 Años	0	04	0	04

Hepatitis b	Enero	Febrero	Marzo	Total
Recién Nacido	65	90	50	205
Menores de 1 Año (2meses a 11 meses)				
Primera dosis	0	17	15	32
Segunda dosis	0	08	10	18

Tercera dosis	0	0	0	0
De 1 a 4 Años				
Primera dosis	0	41	0	41
Segunda dosis	0	15	0	15
Tercera dosis	0	16	0	16
Población de Riesgo				
Primera dosis	0	88	0	88
Segunda dosis	0	59	0	59
Tercera dosis	0	46	0	46
Personal de Riesgo				
Primera dosis	40	0	75	115
Segunda dosis	11	0	61	72
Tercera dosis	60	0	0	60

Antihaemophilus Tipo b	Enero	Febrero	Marzo	Total
Menores de 1 Año	0	169	0	169
Primera dosis	0	07	0	07
Segunda dosis	05	98	0	103
Tercera dosis	30	64	0	94
Mayores de 1 Año	23	84	0	107
Primera dosis	0	13	0	13
Segunda dosis	0	53	0	53
Tercera dosis	0	18	0	18

Antirubeola	Enero	Febrero	Marzo	Total
Niñas de 1er Grado	0	0	0	0
Otros Grados	0	0	0	0

Antiamarilica	Enero	Febrero	Marzo	Total
De 1 Año	96	117	0	213
Mayor de 1 Año	1004	501	0	1505

Suero antiofidico	Enero	Febrero	Marzo	Total
Personas Mordidas	0	0	0	0
Tratamiento	0	0	0	0

Suero antiescorponico	Enero	Febrero	Marzo	Total
Emponzoñamiento	0	0	0	0

Antirrábica-humana	Enero	Febrero	Marzo	Total
Total de dosis Aplicadas	07	21	17	45
Total de Sueros Gastados	0	0	0	0

Personas Mordidas	16	22	33	71
Personas Tratadas	01	03	03	07
Total Tratamiento Completo	01	03	02	06
Total de Tratamientos Incompletos por Normas Epidemiológicas	0	0	0	0
Tto. completo sin suero 7 días	01	03	02	06
Tto. completo con Suero 7dosis +Refuerzo	0	0	0	0
Total de Tratamientos Incompletos por Abandono	0	01	0	01
Total de Tratamientos Incompletos por Abandono	0	0	01	01

Fuente: Departamento de Inmunizaciones del Hospital Tipo I de Santa Teresa del Tuy
Realizado por Dra. Lina Costanzo Mayo 2007

Cuadro N° 5 PROGRAMA DE NUTRICIÓN
Distrito Sanitario N° 2 Hospital Tipo I Santa Teresa del Tuy
Municipio Independencia Santa Teresa del Tuy Edo Miranda
PRIMER TRIMESTRE DEL AÑO 2006

	Enero	Febrero	Marzo	Total
<u>Total Consulta Lactantes</u>	<u>22</u>	<u>30</u>	<u>20</u>	<u>72</u>
Desnutrición	08	10	04	22
Obesidad	01	05	01	07
Otros	04	03	05	12
Pacientes Referidos	10	12	10	32
<u>Total Consulta Pre-escolar</u>	<u>19</u>	<u>19</u>	<u>17</u>	<u>55</u>
Desnutrición	08	06	04	18
Obesidad	02	05	04	11
Otros	06	05	06	17
Pacientes Referidos	03	03	03	09
<u>Total Consulta Escolares</u>	<u>20</u>	<u>27</u>	<u>25</u>	<u>72</u>
Desnutrición	02	04	02	08
Obesidad	03	02	01	06
Otros	04	06	05	15
Pacientes Referidos	11	15	17	43
<u>Total Consultas Adolescentes</u>	<u>04</u>	<u>05</u>	<u>06</u>	<u>15</u>
Desnutrición	01	01	01	03
Obesidad	01	01	02	04
Otros	01	02	02	05
Pacientes Referidos	01	01	01	03

Fuente: Departamento de Historias Médicas del Hospital tipo I de Santa Teresa Del Tuy
Realizado por Dra. Lina Costanzo Mayo 2007.

Cuadro N° 6 PROGRAMA DE ODONTOLOGÍA
Distrito Sanitario N° 2 Hospital Tipo I Santa Teresa del Tuy
Municipio Independencia Santa Teresa del Tuy Edo Miranda
PRIMER TRIMESTRE DEL AÑO 2006

N°	Grupo de edades	0-4		5-9		10-19		Total
		Años		Años		Años		
	Género	F	M	F	M	F	M	
1	Total de Consultas	90	48	144	130	316	306	1034
2	Ingresos	25	16	57	51	156	106	411
3	Sucesivas	17	19	29	35	49	27	176
4	Altas	13	13	26	23	43	29	147
5	Tipo de consultas (6+7+8)	95	107	194	240	323	271	1.230
6	Curativas-Restaurativas	42	44	88	93	185	271	723
7	Emergencia	01	06	07	08	18	41	81
8	Preventivas	71	79	144	176	181	139	790
9	Total de Preventivas (10+19)	71	79	144	176	181	139	790
10	Total de preventiva en centro de salud	71	79	144	176	181	139	790
11	Profilaxis	06	03	07	12	13	07	48
12	Charlas Educativa centro salud	36	34	40	22	36	12	180
13	Historia Clínica	03	09	51	114	78	88	343
14	Total Actividades Curativa-Restaurativa	66	114	134	174	272	200	960
15	Amalgamas	44	30	42	36	17	17	186
16	Resinas	22	14	64	39	53	55	247
17	Exodoncia de Dientes Temporales	21	18	23	24	18	15	119
18	Exodoncia de Dientes Permanentes	0	0	12	16	15	09	52
19	Medicamentos	0	0	0	0	0	0	0
20	Referidos	0	0	0	0	0	0	0

Fuente: Departamento de Historias Médicas del Hospital Tipo I de Santa Teresa del Tuy

Realizado por Dra. Lina Costanzo Mayo

Cuadro N° 7 LA CONSULTA DE PEDIATRÍA ESPECIALIZADA
Distrito Sanitario N° 2 Hospital Tipo I Santa Teresa del Tuy
Municipio Independencia Santa Teresa del Tuy Edo Miranda
PRIMER TRIMESTRE DEL AÑO 2006

	Enero	Febrero	Marzo	Total
Consulta Pediatría esp.	388	317	405	1.112
Pac.-Hospitaliz-Total	45	54	42	141
Pacientes R.N.	58	41	30	129
Charlas Educativas	17	14	19	50

Pacientes Hospitalizados	Enero	Febrero	Marzo	Total
Asma Bronquial	14	10	10	34
Bronquiolitis	10	12	10	32
Celulitis	09	15	12	36
Diarreas	05	09	05	19
Neumonías	04	06	04	14
Dolor Abdominal	03	02	01	06
Pacientes Referidos	78	31	79	188

Fuente: Departamento de Historias Médicas del Hospital Tipo I de Santa Teresa del Tuy
 Realizado por Dra. Lina Costanzo Mayo

Cuadro N° 8 ATENCION INTEGRAL EN SALUD Estado Miranda
Distrito N° 2- Hospital tipo I Santa Teresa del Tuy - Revisión DSP 04
Programa de Atención Integral Lactante y Preescolar
Primer Trimestre del año 2007

Atención al Lactante y Preescolar	Enero	Febrero	Marzo	Total
Total de Lactantes y Preescolares	372	575	784	1731
Masculinos Lactantes y Preescolares	213	306	402	921
Femeninos Lactantes y Preescolares	159	269	382	810
Primera consulta <1mes	43	33	41	117
Primera consulta 1-11 meses	26	44	79	149
Primera consulta 12-23 meses	10	40	87	137
Consultas sucesivas <23 meses	145	207	264	616
<u>Lactantes atendidos por Enfermería</u> (Clínica realizada por Enfermería)	<u>413</u>	<u>327</u>	<u>471</u>	<u>1211</u>
<u>Total de consulta <23 meses</u>	<u>228</u>	<u>327</u>	<u>471</u>	<u>1026</u>
Primera consulta de 2-3 años	21	27	45	93
Primera consulta de 4-6 años	09	25	72	106
Consultas sucesivas de 2-6 años	118	196	196	510
<u>Preescolares atendidos por Enfermería</u>	<u>248</u>	<u>196</u>	<u>313</u>	<u>757</u>
<u>Total de consulta 2-6 años</u>	<u>148</u>	<u>248</u>	<u>313</u>	<u>709</u>
Estado Nutricional				
Exceso	05	04	19	28
Normal	355	530	744	1629
Zona Crítica	03	16	6	25
Leve	03	07	11	21
Moderada	0	01	02	03
Grave	06	01	02	09
EVALUACION CEFALICA				
Microcefalia				
Macrocefalia				
Normal	372	575	784	1731
Déficit Lactante y Preescolar				
Examen sensorial Normal	372	575	784	1731
Desarrollo Psicomotor Normal	372	575	784	1731
Agudeza visual Normal	372	575	742	1689
Audición y lenguaje Normal	372	575	784	1731
Maduración Sexual Normal	372	575	784	1731
Tensión Arterial				
Normal	372	575	784	1731
Hipertenso				
Examen de Mamas				

Normal	370	575	784	1729
Patológico	02			
Riesgo Biológico				
Enf. Infecciones y Parasitarias	37	86	142	265
Neoplasias	0	0		
Enfermedades sangre y Org.Hematop.	03	11	37	51
Enf. Endocrino Nutr. Y Metabólica	16	33	21	70
Enf. Trastorno Mental y Comportam.	01	0	04	05
Enf. del Sistema nervioso	0	02	06	08
Enf. del Ojo y sus anexos	10	17	42	69
Enf. del oído y apof Mastoides	11	17	47	75
Enf. del Sistema Circulatorio	03	05	02	10
Enf. del Sistema Respiratorio	214	286	344	844
Enf. del Sistema Digestivo	62	190	190	442
Enf. de la piel y tej. Conjuntivo	65	48	110	223
Enf. Genital y Urinaria	25	22	47	94
Enf. Parto y Puerperio				
Traumatismo y Envenenamiento	03	04	02	09
Anomalía Congénita			02	02
No Control Prenatal				
Parto Distócico				
Cianosis Perinatal				
Ictericia Neonatal				
Medicamento en el Embarazo				
Emb. con consumo de Tabaco				
Emb. Con Consumo de Alcohol				
Emb. Con Consumo de Cocaína				
Emb. Con preeclampsia				
Riesgo Psicológico				
Abuso Sexual				
Accidente del Hogar	02	01		03
Accidente de Transito	03	0	04	07
Maltrato y violencia familiar			02	02
Enf. Mental Familiar				
Disfunción Familiar				
Madre ausente				
Padre ausente				
Violación				
Bajo Ingreso Familiar	372	575	784	1731
Abandono				
Enf. Neurológica Previa				
Riesgos Ambientales (Vivienda)				
Sin Agua intra-domiciliaria	15	10		25
Consumo de Agua No Potable	30	10	20	60

Disposición Inadecuada de Excretas				
Disposición Inadecuada de Basura	15	30		45
Adyacente a zona Industrial	372	575	784	1731
Alto Índice de Insecto y Roedores	90	575	784	1449
Hacinamiento	05			
Estructura Física Inadecuada				
Contaminación por Químico Tóxico				
Lactantes Sanos	08	13	27	48
Lactantes Enfermos	220	313	444	977
Preescolares Sanos	14	16	50	80
Preescolares Enfermos	130	233	263	626
Referencia a :				
Odontología	04	12	19	35
Oftalmología	03	02	42	47
Traumatología y Ortopedia	05	02	14	21
O.R.L.	05	03	06	14
Pediatría	25	36	50	111
Nutrición	12	24	10	46
Medicina Interna	0	0	0	0
Cirugía Ambulatoria	06	01	07	14
Dermatología	12	08	07	27
Neumonología	24	56	12	92
Ginecología	0	0	0	0
Obstetricia	0	0	0	0
Cardiología	02	0	01	03
Nefrología	08	05	02	15
Salud Mental	0	0	0	0
Endocrinología	05	04	04	13
Neurología	02	07	04	13
Atención Siquiátrica ambulatoria	0	0	0	0
Hospitalización Psiquiátrica Aguda	0	0	0	0
Comunidad Terapéutica	0	0	0	0
Programa Sociales	0	0	0	0
Educación especial (Psicopedagogía, terapia de Lenguaje)	12	06	07	25
Rehabilitación de base Comunitaria	0	0	0	0
Reumatología	01	01	02	04
Lact.con Esquema Vacuna Incompleta	15	07	22	44
Preesc.con Esq. Vacuna Incompleta	19	20	19	58
Lactancia Materna				
Exclusiva hasta 6 meses	80	125	157	362
< de 6 meses	35	53	68	156

Fuente: Departamento de Historias Médicas del Hospital Tipo I de Santa Teresa del Tuy
Realizado por Dra. Lina Costanzo Mayo

Cuadro N° 9 ATENCION INTEGRAL EN SALUD Estado Miranda
Distrito N° 2 Hospital tipo I Santa Teresa del Tuy
Programa Atención Integral de Escolares de 7-11 años
Primer Trimestre del año 2007

Atención al Escolar	Enero	Febrero	Marzo	Total
Total de Escolares	57	126	158	341
Masculinos Escolares	32	68	80	180
Femeninos Escolares	25	59	78	162
Primera consulta 1° grado	10	39	25	236
Primera consulta 2° grado	0	0	0	0
Primera consulta 3° grado	07	18	21	46
Primera Consulta 6° grado	06	37	21	64
Consultas Sucesivas y Otros grados	33	31	75	139
Escolares atendidos por Enfermería	137	126	158	421
Primera consulta otros grados	01	25	16	42
Ectoparasitosis Investigados	57	126	05	188
Ectoparásitos Tratados	08	38	05	51
Parasitosis Intestinal Investigadas	57	126	60	243
Parasitosis Intestinal Tratadas	57	126	55	238
Estado Nutricional				
Exceso	04	03	11	18
Normal	47	109	137	293
Zona Crítica	01	05	04	10
Leve	01	03	02	06
Moderada	0	0	01	01
Grave	04	06	03	13
Déficit Escolar				
Examen sensorial Normal	57	126	158	341
Desarrollo Psicomotor Normal	57	126	158	341
Agudeza visual Normal	50	23	158	231
Audición y lenguaje Normal	57	0	158	215
Maduración Sexual Normal	57	126	158	341
Tensión Arterial				
Normal	57	126	158	341
Hipertenso	0	0	0	0
Examen de Mamas				
Normal	57	126	158	341
Patológico	0	0		
Riesgo Biológico (Escolar)				
Enf. Infecciones y Parasitarias	14	24	29	67
Neoplasias	0	0	0	0
Enfermedades sangre y Org. Hematop.	07	12	11	30

Enf. Endocrino Nutr. Y Metabólica	10	16	01	27
Enf. Trastorno Mental y Comportamiento	0	0	0	0
Enf. Sistema Nervioso	0	02	0	2
Enf. del Ojo y sus anexos	07	01	01	09
En. del Oído y Apófisis Mastoides	03	0	01	04
Enf. del sistema Circulatorio	0	0	04	04
Enf. del Sistema Respiratorio	10	38	54	102
Enf. del Sistema Digestivo	03	0	06	09
Enf. De la piel y tej. Conjuntivo	03	02	19	24
Enf. Genital y Urinaria	05	07	08	20
Enf. Parto y Puerperio	0	0	0	0
Traumatismo y Envenenamientos	02	01	02	05
Anomalías Congénita	02	0	0	02
No Control Pre-natal	0	0	0	0
Parto distócico	0	0	0	0
Cianosis Perinatal	0	0	0	0
Ictericia Neonatal	0	0	0	0
Medicamentos en el embarazo				
Embarazo con consumo de Tabaco				
Embarazo con consumo de Alcohol				
Embarazo con consumo de Cocaína				
Embarazo con Pre-Eclampsia				
Riesgo Psicosocial (Total)				
Abuso Sexual	0	0	0	0
Accidentes del Hogar		03	02	05
Accidentes de Tránsito	04	02	04	10
Maltrato ó Violencia Familiar			0	0
Enf. Mental Familiar			0	0
Disfunción Familiar				
Madre Ausente			02	02
Padre Ausente				
Violación				
Bajo Ingreso Familiar	57	126	158	341
Abandono				
Enf. Neurológica Previa				
Disfunción de Escolaridad				
Trastorno de Ajuste Social				
Exclusión Escolar				
Deserción Escolar				
Trabajo Infantil				
Drogas				
Riesgos Ambientales: (vivienda) Escolar				
Sin agua intradomiciliaria	15	10	12	37
Consumo de agua no Potable	10	10	25	45

Disposición inadecuada de Excretas			12	12
Disposición inadecuada de Basura			12	12
Adyacente en Zona Industrial	57	126	158	341
Alto Índice de Insectos y Roedores	57	126	158	341
Hacinamientos				
Estructura física Inadecuada				
Contaminada por Químicos Tóxicos				
Diagnósticos (Escolares)				
Total Sanos y Enfermos	57	126	158	341
Escolares Sanos	09	22	18	49
Escolares Enfermos	48	104	140	292
Referidos A:(Escolar				
Odontología	08	12	15	35
Oftalmología	05	15	14	34
Traumatología y Ortopedia	04	0	03	07
O.R.L.	05	05	05	15
Pediatría	19	27	35	71
Medicina Interna	0	0	0	0
Dermatología	10	19	12	41
Cirugía Ambulatoria	04	05	07	16
Nutrición	10	17	03	30
Neumonología	14	03	12	29
Ginecología	08	02	05	15
Obstetricia	0	0	0	0
Cardiología	0	0	01	01
Nefrología	0	01	02	03
Salud Mental	0	0	0	0
Endocrinología	0	03	02	05
Neurología	0	01	01	02
Atención Siquiátrica Ambulatoria	0	0	0	0
Hospitalización Psiquiátricas de Agudos	0	0	0	0
Comunidad Terapéutica	0	0	0	0
Programas Sociales	0	0	0	0
Educación Especial (Ministerio de Educación)	0	0	03	03
Rehabilitación de Bases Comunitaria	0	0	0	0
Médico de Familia	0	0	0	0
Reumatología.	0	0	0	0

Fuente: Departamento de Historias Médicas del Hospital Tipo I de Santa Teresa del Tuy
Realizado por Dra. Lina Costanzo Mayo

Cuadro N° 10 ATENCION INTEGRAL EN SALUD Edo Miranda
Distrito N° 2 Hospital tipo I Santa Teresa del Tuy
Programa Atención Integral Al Adolescente 12-18 años
Primer Trimestre del año 2007

Atención al Adolescente 12-18 Años	Enero	Febrero	Marzo	Total
Total Adolescentes 12-18 años	26	71	144	241
Masculinos Adolescentes	08	25	48	81
Femeninos Adolescentes	18	46	96	160
Total de Consultas Adolescentes	26	71	144	241
Primeras Consultas	08	34	61	103
Consultas Sucesivas	18	37	83	138
Adolescentes Atendidos por Enfermeras	105	71	144	320
Diagnósticos				
Adolescentes Sanos	04	15	48	67
Adolescentes Enfermos	22	56	96	174
Pubertad Normal		30	144	174
Estado Nutricional				
Exceso	03	05	15	23
Normal	21	65	128	214
Zona Crítica	01	01		02
Leve	0	0	04	04
Moderada	0	0	02	02
Grave	01	0	0	01
Déficit Adolescentes				
Examen sensorial Normal	26	71	144	241
Desarrollo Psicomotor Normal	26	71	144	241
Agudeza visual Normal	20	70	120	210
Audición y lenguaje Normal	26	71	144	241
Maduración Sexual Normal	26	71	144	241
Tensión Arterial				
Normal	26	71	144	241
Hipertenso	0	0	0	0
Examen de Mamas				
Normal	26	71	144	241
Patológico				
Riesgo Biológico				
Enf. Infecciones y Parasitarias	14	17	38	97
Neoplasias	01	01	0	02
Enfermedades sangre y Org. Hematop.	01	02	04	07
Enf. Endocrino Nutr. Y Metabólica	01	04	03	08
Enf. Trastorno Mental y Comportam.	0	0	0	0
Enf. Sistema Nervioso	0	0	01	01

Enf. del Ojo y sus anexos	06	01	02	09
En. del Oído y Apófisis Mastoides	02	01	02	05
Enf. del sistema Circulatorio	02	01	0	03
Enf. del Sistema Respiratorio	08	15	08	31
Enf. del Sistema Digestivo	03	01	10	14
Enf. De la piel y tej. Conjuntivo	12	04	14	30
Enf. Genital y Urinaria	05	04	15	24
Enf. Parto y Puerperio	0	0	06	06
Traumatismo y Envenenamientos	02	02	04	08
Anomalías Congénita	01	02	02	05
No Control Pre-natal				
Parto distócico				
Cianosis Perinatal				
Ictericia Neonatal				
Medicamentos en el embarazo				
Embarazo con consumo de Tabaco				
Embarazo con consumo de Alcohol				
Embarazo con consumo de Cocaína				
Embarazo con Pre-Eclampsia				
Riesgo Psicosocial (Total)				
Abuso Sexual	0	0	02	02
Accidentes del Hogar	01	02	02	05
Accidentes de Tránsito	01	02	04	07
Maltrato y violencia familiar	0	0	0	0
Enf. Mental Familiar	0	0	0	0
Disfunción Familiar	0	0	0	0
Madre Ausente	01	0	02	03
Violación				
Bajo Ingreso Familiar	26	71	144	241
Abandono				
Enf. Neurológica Previa				
Disfunción de escolaridad				
Trastornos de Ajuste Social				
Exclusión Escolar				
Deserción Escolar				
Trabajo Infantil				
Drogas				
Actividad Sexual Temprana	05	0	29	34
Accidente Laboral				
Diagnostico Psiquiátrico Previo				
Hospitalización Psiquiátrica Previa				
Gesto o intento de Suicidio				
Alcohol	02	02	03	07
Tabaco	02	01	03	03

Droga				
Riesgos Ambientales: (vivienda)				
Sin agua intradomiciliaria				
Consumo de agua no Potable				
Disposición inadecuada de Excretas			70	70
Disposición inadecuada de Basura			70	70
Adyacente en Zona Industrial	26	71	144	241
Alto Índice de Insectos y Roedores	26	71	144	241
Hacinamientos	03	08		11
Estructura física Inadecuada				
Contaminada por Químicos Tóxicos				
Diagnósticos				
Total Sanos y Enfermos	26	71	144	241
Adolescentes Sanos	0	10	48	58
Adolescentes Enfermos	26	61	96	183
Referidos A				
Odontología	12	07	15	34
Oftalmología	06	08	11	25
O.R.L.	02	02	05	09
Traumatología y Ortopedia	01	06	02	09
Medicina Interna	01	01	0	02
Dermatología	08	07	05	20
Cirugía Ambulatoria	0	0	01	01
Nutrición	05	06	0	11
Neumonología	08	04	0	12
Ginecología	07	02	0	09
Obstetricia	03	0	0	03
Cardiología	01	02	01	04
Nefrología	01	02	02	05
Salud Mental	01	0	02	03
Endocrinología	01	0	04	05
Neurología	02	0	02	04
Atención Siquiátrica Ambulatoria	0	0	0	0
Hospitalización Psiquiátricas de Agudos	0	0	0	0
Comunidad Terapéutica	0	0	0	0
Programas Sociales	0	0	0	0
Educación Especial (Ministerio de Educación)	0	0	0	0
Educación Especial (Ministerio Ed.)	0	0	0	0
Rehabilitación de Bases Comunitaria	0	0	0	0
Médico de Familia	02	0	0	0
Reumatología.	01	02	02	05

Fuente: Departamento de Historias Médicas del Hospital Tipo I de Santa Teresa del Tuy
Realizado por Dra. Lina Costanzo Mayo

Cuadro N° 11 PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES
Distrito Sanitario N° 2 Hospital Tipo I Santa Teresa del Tuy
Municipio Independencia Santa Teresa del Tuy Edo Miranda
PRIMER TRIMESTRE DEL AÑO 2007

B.C.G.	Enero	Febrero	Marzo	Total
Primovacunados	60	0(no hubo vac.)	72	132
Menores de 1 Mes	60	0	72	132
De 1 a 11 Meses	37	30	42	109
De 1 Año y más	0	10	10	20
Revacunado (BCG)	0	0	0	0
De 1 a 11 Meses	0	0	0	0
De 1 Año y Más	0	0	0	0
PPD				
Dosis Aplicadas	01	01	01	03
Dosis Positivas	0	0	0	0

Pentavalente	Enero	Febrero	Marzo	Total
Menores de 1 año de 2a 11 meses Total	616	616	617	2.531
Primera dosis 2-11 Mes	299	299	299	897
Segunda dosis 2-11 Mes	164	164	164	492
Tercera dosis 2-11 Mes	153	153	154	460
Menores de 2 años de 12 a 23 meses Total	03	02	02	07
Primera dosis 12-23 M	0	0	0	0
Segunda dosis 12-23 M	01	0	0	01
Tercera dosis 12-23 M	02	02	02	06

Triple bacteriana	Enero	Febrero	Marzo	Total
< de 1 año Total	212	210	212	634
Primera dosis	70	75	72	217
Segunda dosis	40	56	48	144
Tercera dosis	50	49	50	149
Refuerzo	36	30	42	108
2 años Total	130	95	16	241
Primera dosis	40	0	0	40
Segunda dosis	15	15	05	35
Tercera dosis	35	35	05	75
Refuerzo	40	45	06	91

Antipoliomelítica	Enero	Febrero	Marzo	Total
Recién Nacidos	180	160	185	525
Menores de 1 año de 2 meses a 11 meses Total	577	553	569	1699
Primera dosis 2-11 Mes	210	202	224	636
Segunda dosis 2-11 Mes	240	248	244	732
Tercera dosis 2-11 Mes	77	78	76	231
Otra	50	25	25	100
De 12-23 Meses Total	289	290	0	579
Primera dosis 12-23 Mes	57	47	0	104
Segunda dosis 12-23 Meses	50	53	0	103
Tercera dosis 12-23 Meses	92	90	0	182
Otras Dosis (1 Año)	90	100	0	190
De 2 a 4 Años Total	320	315	334	964
Primera dosis 2-4 años	48	47	47	142
Segunda dosis 2-4 años	43	43	43	129
Tercera dosis 2-4 años	124	125	124	373
Otras Dosis (2-4 Años)	105	100	120	325

Toxoide Tetánico	Enero	Febrero	Marzo	Total
ESCOLAR	270	469	367	1.106
Primera Dosis	100	294	197	591
Segunda Dosis	90	92	91	273
Refuerzo	80	83	79	242

Trivalentes	Enero	Febrero	Marzo	Total
De 1 Año D.U.	160	178	170	508
De 2 Años “ “	100	98	100	298
De 3 y 4 Años “ “	127	127	127	381

Divalente	Enero	Febrero	Marzo	Total
ESCOLARES				
12 Años	12	25	0	37
13 Años	19	10	0	29
14 Años	12	12	0	24
15 Años	10	15	0	25
16 Años	07	05	0	12

Hepatitis B	Enero	Febrero	Marzo	Total
Recién Nacido	100	278	0(no hubo vacunas)	378
Menores de 1 Año (2meses a 11 meses)Total	220	119	0	339
Primera dosis	100	45	0	145
Segunda dosis	60	07	0	67
Tercera dosis	60	67	0	127
De 1 a 4 Años				
Primera dosis	50	57	0	107
Segunda dosis	52	50	0	102
Tercera dosis	60	71	0	131
Adultos Total	550	656	0	1206
Primera dosis	300	326	0	626
Segunda dosis	50	62	0	112
Tercera dosis	200	268	0	468
Personal de Riesgo	0	0	0	0
Primera dosis	0	0	0	0
Segunda dosis	0	0	0	0
Tercera dosis	0	0	0	0

Antihaemophilus Influenza Tipo B	Enero	Febrero	Marzo	Total
Menores de 1 Año Total	190	57	57	304
Primera dosis	150	07	07	164
Segunda dosis	22	28	30	80
Tercera dosis	18	22	20	60
Mayores de 1 Año Total	120	139	118	377
Primera dosis	10	08	0	18
Segunda dosis	100	126	113	339
Tercera dosis	10	05	05	20

Antirubeola	Enero	Febrero	Marzo	Total
Niñas de 1er Grado	0	0	0	0
Otros Grados	0	0	1329	1.329

Antiamarilica	Enero	Febrero	Marzo	Total
De 1 Año	20	20	22	62
Mayor de 1 Año	1500	1600	1551	6.651

Suero Antiofidico	Enero	Febrero	Marzo	Total
Personas Mordidas	0	0	0	0

Suero Antiescorponico	Enero	Febrero	Marzo	Total
Emponzoñamiento	0	0	0	0
Nº de Ampollas Útil.	0	0	0	0

Antirrábica Humana	Enero	Febrero	Marzo	Total
Total de dosis Aplicadas	0	0	02	02
Total de Sueros Gastados	0	0	0	0
Personas Mordidas	0	0	10	10
Personas Tratadas	0	0	02	02
Total Tratamiento Completo	0	0	02	02
Total de Tratamientos Incompletos por Normas Epidemiológicas	0	0	0	0
Tto completo sin suero 7 días	0	0	0	0
Tto completo con Suero 7dosi+Refuerzo	0	0	0	0
Total de Tratamientos Incompletos por Abandono	0	0	0	0
Total de Tratamientos Incompletos por Abandono	0	0	0	0

Fuente: Departamento de Inmunizaciones del Hospital Tipo I de Santa Teresa del Tuy
Realizado por Dra. Lina Costanzo Mayo

**Cuadro N° 12 PROGRAMA DE INMUNIZACIÓN (P. A. I)
 Distrito Sanitario N° 2 Hospital Tipo I Santa Teresa del Tuy
 Municipio Independencia Santa Teresa del Tuy Edo Miranda
 Inmunizaciones Programas y Realizadas en el Municipio
 PRIMER TRIMESTRE DEL AÑO 2007**

Total día Hábiles:62	Días Hábiles	22	22	18	18	22	22
Producto Biológico	Población	Enero Progr.	Enero Realiz.	Febrero Progr.	Febrero Realiz.	Marzo Progr.	Marzo Realiz.
BCG	2.892	278	157	227	30	278	186
Antipolio RN	2.892	278	180	227	160	278	185
Antihepatitis RN	2.892	278	100	227	278	278	0
Antipolio-1año	2.892	834	1.732	681	1.686	834	1.138
Pentavalente-1a	2.892	834	1.232	681	1.232	834	1.234
Antihepatitis-1a	2.892	834	440	681	238	834	0
Haemophilus-1a	2.892	834	380	681	114	834	114
DPT-1a	2.892	834	668	681	610	834	456
Trivalente 1a	3.113	299	387	245	403	299	397
Antiamarilica 1a	3.113	299	1.520	245	1.620	299	1.573
Haemophilus 1-4 a	17.845	1.714	240	1.403	278	1.714	236
Toxoide Escolar	36.645	7.040	542	5.760	938	7.040	734

Fuente: Departamento de Inmunizaciones del Hospital Tipo I de Santa Teresa del Tuy
 Realizado por Dra. Lina Costanzo Mayo 2007

Cuadro N° 13 PROGRAMA DE NUTRICIÓN
Distrito Sanitario N° 2 Hospital Tipo I Santa Teresa del Tuy
Municipio Independencia Santa Teresa del Tuy Edo Miranda
PRIMER TRIMESTRE DEL AÑO 2007

	Enero	Febrero	Marzo*	Total
<u>Total Consulta Lactantes</u>	<u>34</u>	<u>25</u>	<u>0</u>	<u>59</u>
Desnutrición	12	13	0	25
Obesidad	02	03	0	05
Otros	20	09	0	29
<u>Total Consulta Pre-escolar</u>	<u>15</u>	<u>20</u>	<u>0</u>	<u>35</u>
Desnutrición	08	10	0	18
Obesidad	03	05	0	08
Otros	04	05	0	09
<u>Total Consulta Escolares</u>	<u>12</u>	<u>18</u>	<u>0</u>	<u>30</u>
Desnutrición	06	05	0	11
Obesidad	04	04	0	08
Otros	02	09	0	11
<u>Total Consultas Adolescentes</u>	<u>06</u>	<u>04</u>	<u>0</u>	<u>10</u>
Desnutrición	02	02	0	
Obesidad	02	01	0	
Otros	02	01	0	

* Licenciada de reposo

Fuente: Departamento de Departamento Historias Médicas del Hospital Tipo I de Santa Teresa del Tuy

Realizado por Dra. Lina Costanzo Mayo

Cuadro N° 14 LA CONSULTA DE PEDIATRÍA ESPECIALIZADA
Distrito Sanitario N° 2 Hospital Tipo I Santa Teresa del Tuy
Municipio Independencia Santa Teresa del Tuy Edo Miranda
PRIMER TRIMESTRE DEL AÑO 2007

	Enero	Febrero	Marzo	Total
Consulta Pediatría esp.	494	405	517	1.416
Pac.-Hospitaliz-Total	49	57	46	152
Pacientes R.N.	54	43	48	141
Charlas Educativas	17	14	19	50

Pacientes Hospitalizados	Enero	Febrero	Marzo	Total
Celulitis	14	10	10	34
Asma Bronquial	10	12	10	32
Diarreas	09	15	12	36
Bronquilitis	05	09	05	19
Dolor Abdominal	04	06	04	14
Neumonías	03	02	01	06
Deshidratación	04	03	04	11
Pacientes Referidos	13	23	25	61

Fuente: Departamento de Departamento Historias Médicas del Hospital Tipo I de Santa Teresa del Tuy

Realizado por Dra. Lina Costanzo Mayo

**Cuadro N° 15 Actividades realizadas por el Laboratorio Del Hospital
Tipo I Durante El Primer Trimestre del 2007 los pacientes
Pediátricos**

Pruebas realizadas	Enero	Febrero	Marzo	Total
Hematología Completa	150	195	185	530
VSG	34	62	48	144
Plaquetas	42	53	66	161
Examen de Orina	50	82	86	218
Examen de Heces	93	120	105	318
Glicemia	19	22	21	62
P.C.R.	05	10	06	21
PT y PTT	03	04	05	12
Urea y Creatinina	15	14	04	33
H.C.G.	01	03	06	10
Estudios de Sueros				
Hepatitis	02	01	01	04
Dengue	03	01	01	03
Rubéola	01	01	01	03
TOTAL	418	568	535	1521

Fuente: Departamento de Bionalisis del Hospital Tipo I de Santa Teresa del Tuy
Realizado por Dra. Lina Costanzo Mayo

Cuadro N° 16 Actividades de Odontología en Pacientes Pediátricos
Distrito Sanitario N° 2 Hospital Tipo I Santa Teresa del Tuy
Municipio Independencia Santa Teresa del Tuy Edo Miranda
PRIMER TRIMESTRE DEL AÑO 2007

N°	Grupo de Edades Género	0-4 años		5-9 años		10-19 años		Total
		F	M	F	M	F	M	
1	Total de Consultas	38	35	191	304	214	196	978
2	Ingresos	04	07	26	34	17	29	117
3	Sucesivas	02	01	17	45	28	20	113
4	Altas	04	01	12	19	13	08	57
5	Tipo de consultas (6+7+8)	11	09	48	80	59	53	260
6	Curativa-Restaurativas	02	01	17	45	28	20	113
7	Emergencia	01	01	05	01	04	04	16
8	Preventivas	08	07	26	34	27	29	131
09	Total de preventiva en centro de salud	38	27	148	228	159	147	747
10	Control de Placa en Centro de salud	11	09	39	78	53	51	241
11	Tonificaciones de Fluoruro en Gel	04	01	12	19	13	08	57
12	Profilaxis	04	01	12	19	13	08	57
13	Charlas Educativas en Centro de Salud	11	09	39	78	53	51	241
14	Historia Clínica	08	07	26	34	27	29	131
15	Total Actividades Curativa-Restaurativa	18	12	108	191	130	130	589
16	Obturaciones en Dientes	14	03	47	97	38	45	244
17	Amalgamas	02	0	20	25	42	24	113
18	Resinas	05	0	20	29	16	26	96
19	Total de Cirugía	04	02	17	23	20	22	88
20	Exodoncia de Dientes Tempor.	04	02	17	23	15	15	76
21	Exodoncia de Dientes Perman.	0	0	0	0	04	07	11
22	Medicamentos	05	08	17	28	24	17	99
23	Referidos	04	06	07	05	04	05	31

Fuente: Departamento de Historias Médicas del Hospital Tipo I de Santa Teresa del Tuy
 Realizado por Dra. Lina Costanzo Mayo

