

# Salud

INFORMA

Nº 18

Noviembre

1996



BOLETIN DE LA SECRETARIA NACIONAL DE SALUD

## Movilización Popular

Javier Torres-Goitia Torres (\*)

**E**n nuestro país, desde la histórica experiencia de participación popular que se inició junto con la recuperación del proceso democrático, cuando hablamos de movilización popular, aludimos al ejercicio práctico del derecho a la salud que tienen dos expresiones que se complementan recíprocamente, el derecho del pueblo a defender su salud y el deber de las autoridades a la atención de sus demandas.

Ningún derecho puede ser tal sin el instrumento que lo garantice y proteja. La ley garantiza los derechos ciudadanos mediante los recursos que tiene el Estado para vigilar su cumplimiento.

En el caso de la salud y en nuestro país, la Movilización Popular significa el acuerdo tácito entre las organizaciones de base y las autoridades respectivas para cumplir determinadas tareas de bajo costo y alto rendimiento que por su naturaleza están al alcance de toda la población. Cuando tales tareas son definidas por la autoridad y se llama a las organizaciones populares sólo para su ejecución, por excelente que sea la planificación que les da origen, no pueden dejar de ser consideradas paternalistas o verticales y por tal razón no mueven, si no a poco y en realidad no pueden llamarse ni movilizaciones ni populares.

Cuando la demanda surge de la propia población y la autoridad no es la que manda sino la que, obedeciendo el clamor popular, apela a sus recursos técnicos para conducir la movilización en pos de los objetivos concretos buscados, recién se puede hablar de movilización popular.

La diferencia parece sutil pero es básica y definitoria no sólo para la conceptualización del tema sino para su ejercicio práctico. No caer en el paternalismo que es improductivo no significa refugiarse en el otro extremo de no hacer nada mientras la demanda no se lo exija a acceder a ciegas a cualquier tipo de demanda.

El servicio de salud es capaz de generar una auténtica movilización popular para objetivos concretos, cuando antes de hacer planes en el escritorio, es capaz de transmitir el conocimiento necesario a la población, motivar

## MOVILIZACION POR LA VIDA Y EL DESARROLLO HUMANO PARA NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS Y MUJERES EN EDAD FERTIL DOMINGO 17 DE NOVIEMBRE DE 1996



VACUNAS, VITAMINA "A", ANTIPARASITARIOS  
INFORMACION DEL SEGURO NACIONAL DE MATERNIDAD Y NIÑEZ

**¡La Salud es Prioridad del Gobierno Nacional!**

MINISTERIO DE DESARROLLO HUMANO  
PROGRAMA DE ACCIONES ESTRATEGICAS  
SECRETARIA NACIONAL DE SALUD

OPISOM-UNICEF-UBAD-COMITES POPULARES DE SALUD-PTAL-POUCIA BOLIVIANA-PROGOSI-PEVASONG'S-CARITAS-RIASES-COVALIJE

su participación en la discusión de los problemas y democráticamente lograr que la propia población plantee soluciones definidas o alternativas para cuya operacionalización debe ofrecer todos sus recursos técnicos y económicos o explicar con franqueza sus limitaciones.

En síntesis, el decir que las movilizaciones populares son tales sólo en la medida que son autogeneradas, no excluye a los servicios de salud de su deber de contribuir a tal generación.

(\*) Honorable Senador de la República.  
Presidente de la Comisión de  
Desarrollo Social



# Proyecto de Salud Infantil y Comunitaria (CCH)

El **CCH** es un proyecto de salud que desarrolla actividades a tres niveles, principalmente distritos rurales de La Paz, Cochabamba y Santa Cruz.

El Proyecto inició actividades en 1989, contando con los siguientes componentes:

- 1. Desarrollo Distrital** - en cinco distritos - y que incluía educación en salud. Este componente ha introducido el fortalecimiento de los distritos, con recurso humano, equipos e insumos, capacitación de personal, y la ejecución del sistema CADECAS, para el proceso educativo.
- 2. Agua y saneamiento**, que construyó 99 sistemas de agua en beneficio de 124 comunidades rurales.
- 3. Chagas**, que mediante un programa piloto diseñó un sistema de manejo integral de Chagas, con enfoque prioritario en educación y prevención.

El programa piloto permitió el

## AUTORIDADES S.N.S.

**Dr. Oscar Sandoval Morón**  
SECRETARIO NACIONAL DE SALUD

**Dr. Javier Torres Goitia**  
SUBSECRETARIO DE SALUD

**Dr. Raúl Prada Ferreira**  
SUBSECRETARIO DE SEGUROS  
MEDICOS

## DIRECTOR DEL BOLETIN

**Dr. Emilio Pardo Navarro**  
DIRECTOR DEL SISTEMA PUBLICO DE  
SALUD

## JEFE DE REDACCION

**Lic. Paula Dorakis Zilveti**  
RESPONSABLE DE PREVENCIÓN DE  
DEFICIENCIAS

*En diarrea se realizó una metodología de prevención basada en un sistema con dos componentes: almacenamiento del agua en un recipiente de veinte litros, de boca angosta, tapa y grifo, además de una solución desinfectante (hipoclorito de sodio al 0,5%), destinada a poblaciones que no disponen de sistema de agua potable.*



mejoramiento de más de 4.000 viviendas en Cochabamba, Chuquisaca y Tarija, la aplicación de insecticida de manera sistemática para eliminar vinchucas del habitat humano en los mismos departamentos, la elaboración y aplicación de material educativo y de capacitación (audio - visuales, videos, cuadernillos escolares, manuales), así como la ejecución de investigaciones epidemiológicas, clínicas, entomológicas y en Chagas congénito.

- 4. DDM/CDC**, proyecto de capacitación de profesionales en salud en aspectos de epidemiología, gerencia y comunicación, enseñando a utilizar los datos para la toma de decisiones. Este proyecto fué un esfuerzo conjunto con CDC.

Se ha capacitado a 38 funcionarios con capacidad de decisión incluyendo: directores nacionales de programas de control y prevención, epidemiólogos nacionales de programas de control y prevención, directores de unidades sanitarias, directores de distritos de salud, funcionarios y epidemiólogos de salud de agencias u organizaciones

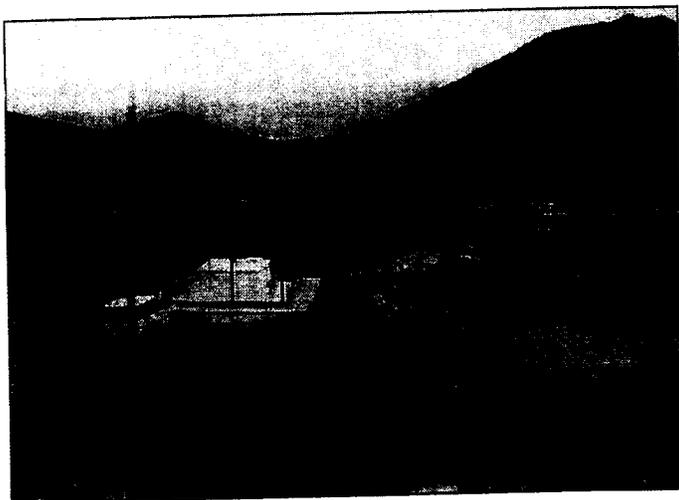
coordinadoras y donantes.

- 5. Diarrea y Cólera/PAI**, componente destinado al apoyo de programas nacionales.

En diarrea se han realizado ocho investigaciones operativas referentes a etiología, factores de riesgo, uso de medicamentos, conducta de las madres o tutores en relación a la enfermedad, diagnóstico de amebiasis, las últimas cuatro investigaciones estuvieron dirigidas a promover una metodología de prevención basada en un sistema con dos componentes: almacenamiento del agua en un recipiente de veinte litros, de boca angosta, tapa y grifo, además de una solución desinfectante (hipoclorito de sodio al 0,5%), destinada a poblaciones que no disponen de sistema de agua potable.

Asimismo se colaboró con más de 600.000 millones de SRO y apoyo de emergencia al cólera desde 1991.

En cuanto al PAI, CCH conforma el Comité Interagencial conjuntamente con otras organizaciones y apoya, a nivel Nacional, en la adquisición de



*Uno de los componentes del proyecto CCH desde su inicio de sus actividades es agua y saneamiento, construyendo 99 sistemas de agua en beneficio de 124 comunidades rurales.*

biológicos, jeringas, en supervisiones y evaluación del programa, en gestiones pasadas se colaboró con dotación de vehículos, botes, motocicletas, refrigeradores, conservadores, radios de comunicación, etc. Apoyo en reuniones de evaluaciones regional y anual del PAI.

En 1994 se inició el proceso de reestructuración del CCH, mismo que ha concluido a la fecha. Este proceso ha permitido que el CCH se adecúe a la situación actual en términos de:

- Aplicación de la Ley de Participación Popular, realizando planificación participativa en todos los distritos, negociando con municipios y organizaciones de base para la ejecución de actividades en salud.
- Aplicación de la Ley de Descentralización, con un proceso de descentralización al interior del Proyecto que incluye la conformación de oficinas regionales así como una relación más estrecha con las Secretarías Departamentales de Desarrollo Humano y Direcciones Departamentales de Salud.
- Aplicación del Nuevo Modelo Sanitario, iniciando un proceso que permita conformar y desarrollar redes de servicio en area rural.

En la actualidad las actividades están distribuidas de la siguiente manera:

## 1. NIVEL NACIONAL

### Recursos Humanos

- Capacitación del recurso humano que trabaja en distritos rurales del país, en Epidemiología, Gerencia y Comunicación, a través del Proyecto

DDM (uso de datos para la toma de decisiones). Se están capacitando 87 funcionarios de la Secretaría Nacional de Salud, los proyectos CCH y PSF. Entre los capacitados se incluyen funcionarios que participan de las actividades de equipos distritales y que tienen alcance de trabajo regional o nacional.

- Elaboración de manual de facilitador y capacitación en su uso, dirigida a docentes de los Centros de Capacitación Clínica del Niño. Esta actividad se ha realizado con los CCC de todo el país.

### Salud Comunitaria:

- Implementación del Proyecto Agua "Claro" en dos estadios, iniciándose con el lanzamiento de bidón, solución desinfectante y campaña educativa/de comunicación en Santa Cruz, se extenderá en enero a Cochabamba y marzo a La Paz; el segundo estadio comprende la extensión del proyecto a todo el territorio nacional.

El proyecto Agua "Claro" se basa en una técnica adecuada - desinfección casera del agua - de eficiencia comprobada en cuanto a la prevención de diarrea en menor de 5 años y cólera en la población general. En este esfuerzo, liderizado por la Secretaría Nacional de Salud, colaboran el CDC (Centros de Prevención y Control de Enfermedades de EE.UU. de N. A.) y PSI.

- Asesoría técnica y apoyo económico en actividades relacionadas a la Vigilancia Epidemiológica del Cólera se han elaborado instrumentos que facilitan el proceso de vigilancia y participado activamente en la actividades de control de brotes.
- Asesoría técnica para un programa nacional de vigilancia de enfermedades transmitidas por vectores, especialmente Malaria, Chagas, Dengue y Leishmaniasis. Este esfuerzo cuenta con la contribución de EHP/USAID (Proyecto de Salud Ambiental de USAID). Ya se ha planteado una estrategia de trabajo que permita la integralidad de acciones y un uso eficiente de recursos.
- Adecuación de un ferroconsultorio en el tramo Pailón Puerto Suárez, para atención integral de las comunidades a lo largo de 600 Km. y en 22 días.

### Salud Infantil

- Asesoría técnica y apoyo económico a la Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), este apoyo ha contribuido a la elaboración del Cuadro de Procedimientos de AIEPI, la elaboración de las guías de orientación nutricional con adaptación regional.



*DDM/CDC, proyecto de capacitación de profesionales en salud en aspectos de epidemiología, gerencia y comunicación, enseñando a utilizar los datos para la toma de decisiones. Este proyecto fué un esfuerzo conjunto con CDC.*

## Salud Reproductiva, Salud de la Mujer

- Asesoría técnica y apoyo económico para las actividades destinadas a Salud Reproductiva/Atención integral a la mujer.

Un 17 por ciento del esfuerzo del CCH, tanto en cuanto al recurso humano, como el económico, está destinado a este nivel.

## 2. NIVEL REGIONAL

Se apoya a Santa Cruz, Cochabamba y La Paz, prioritariamente con lo siguiente:

- Asesoría técnica y apoyo económico para actividades enfocadas en niño y mujer. Incluye la coordinación de actividades con Centros de Capacitación Clínica - en las dos áreas - para actividades de capacitación, supervisión y evaluación.
- Asesoría Técnica y apoyo económico a actividades enfocadas en el área rural. Al respecto, se está capacitando a personal de nivel regional mediante el DDM, se asesora en vigilancia epidemiológica y en investigaciones operativas. Se ha planteado un instrumento que permite aplicar la planificación participativa y se está aplicando en los distritos rurales.

El 8 por ciento de recursos económicos y tiempo del recurso humano del proyecto está destinado a este nivel; para este fin se cuenta con un equipo mínimo de personal en cada región, dicho equipo incluye a un Jefe Regional, Coordinador de Distritos, Educador, Administrador y Secretaria.

## 3. NIVEL DISTRITAL

El proyecto destina 75% de recursos a este nivel, desarrolla actividades en Cochabamba (distritos Sud-oeste Capinota); Santa Cruz (distritos Chiquitanía Norte, Chiquitanía Centro, Chiquitanía Sur y Valles Cruceños) y La Paz (distritos Altiplano Valle Norte, Altiplano Valle sur y Yungas Sur).

Las actividades a este nivel incluyen.

- Participación en la planificación, monitoreo, supervisión y evaluación de actividades. El proceso de planificación es participativo, incluye a los Municipios y representantes de

la comunidad. Se está involucrando a otros sectores en el proceso de monitoreo y supervisión.

- Apoyo con personal que refuerce los equipos de conducción de distritos, el proyecto permite que el distrito cuente con personal administrativo y técnico mínimo para la conducción de una red de servicios.
- Provisión de equipamiento e insumos que permitan una mejor prestación de servicios de salud; se han distribuido motocicletas, ambulancias, equipos de computación, equipos médicos y odontológicos, medicamentos, etc.
- Fortalecimiento del nivel II en los diferentes distritos, a través de la firma y aplicación de convenios con centros formadores de especialistas, ello permite que se cuente con Pediatra y Gineco-obstetra en por lo menos un centro de cada distrito que el CCH apoya. Esta iniciativa ya se ha ejecutado en Altiplano Valle Sur y se iniciará próximamente en Cochabamba y Santa Cruz.
- Capacitación del personal tanto gerencial como operativo, con énfasis en epidemiología, atención del niño y de la mujer.

Se está capacitando a 24 equipos distritales, considerando como

equipo al director, administrador y supervisor de servicios; once de dichos equipos corresponden a distritos donde trabaja el CCH y trece son de distritos apoyados por PSF.

Se ha iniciado la conformación de centros de capacitación clínica en distritos, dichos centros serán integrales y aplicarán metodología de enseñanza - en servicio y en aula. El proceso comenzará en Patacamaya.

- Apoyo en el proceso de ejecución de planes de comunicación enfocados en problemas prioritarios de salud definidos por cada distrito y tendientes a conseguir el cambio de comportamiento tanto a nivel comunitario como de personal en salud. En este proceso se ha involucrado a la comunidad, se utilizan medios masivos locales (radios), comunicación en grupo y comunicación inter-personal. Se está empezando la difusión de cuñas radiales adaptadas a cada distrito y relacionadas con Riesgo Obstétrico, Neumonía, Diarrea, Lactancia Materna, Manejo del Recien Nacido.
- Educación de la comunidad, enfocada a problemas prevalentes de salud; incluye la elaboración y provisión de material educativo adaptado a cada lugar y situación.

*Una de las actividades del CCH es la implementación del Proyecto Agua "Claro" en dos estadios, iniciándose con el lanzamiento de bidón, cloración desinfectante y campaña educativa/ de comunicación en Santa Cruz. Se extenderá en enero Cochabamba y marzo a La Paz; el segundo estadio comprende la extensión del proyecto a todo el territorio nacional.*



# Convenio para la conformación del Comité Interinstitucional de apoyo a la eliminación del Sarampión en Bolivia

La Primera Dama de la Nación, Excm. Señora Ximena Iturraide de Sánchez de Lozada; el Ministerio de Desarrollo Humano, representado por su titular Lic. Freddy Teodovich; la Secretaría Nacional de Salud (SNS) representada por su Titular, Dr. Oscar Sandóval Morón; la Secretaría Nacional de Hacienda (SNH) representada por su Titular Lic. Gonzalo Afcha; Instituto Nacional de Seguro en Salud (INASES) representado por el Dr. Javier Endara; Caja Nacional de Salud (CNS), representado por el Dr. Ricardo Sfeir; Fondo de Inversión Social (FIS), representado por el Lic. Mauricio Balcázar G.; Las Fuerzas Armadas de la Nación (FF.AA.) representado por su Comandante en Jefe Gral. Reynaldo Cáceres; la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), representada por el Dr. Carlos Linger; el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), representado por el Lic. Jorge Jara; USAID/Bolivia representada por el Sr. Paul Ehmer; el Reino de Bélgica, representada por la Sra. Embajadora Christine Stevens; Proyecto Integrado de Servicios de Salud (PROISS), representado por el Dr. Christian Fuentes; Secretaría Ejecutiva PL-480, representado por el Dr. Carlos Brockmann; Proyecto de Salud Infantil y Comunitaria (CCH), representado por el Dr. Ignacio Caballero; Programa Integrado de Servicios Básicos de Salud y Fortalecimiento Institucional del Sector (PSF), representado por el Dr. Rolando Aguirre; La Cruz Roja Boliviana (CRB) representada por el Dr. Hugo Palazzi; Catholic Relief Service Bolivia (CRS), representado por el Ing. José Maguiña; CARITAS, representado por el Lic. Roberto Barja; Cooperación Italiana (COOPI), representando por el Dr. Paolo Barduagni; la Sociedad Boliviana de Pediatría, representado por el Dr. Jaime Tellería, el Rotary International Programa Polio Plus, representado por el Dr. José Ignacio Carreño; Programa de Coordinación en Salud Integral (PROCOSI) representado por el Sr. James Byrne; Federación Nacional de Organismos no Gubernamentales (FENASONGS) representado por la Sra. Ana María Vargas; convienen en suscribir este acuerdo con el fin de conformar el **COMITÉ INTERINSTITUCIONAL DE APOYO A LA ELIMINACIÓN DEL SARAMPION EN BOLIVIA**, en el marco de las cláusulas que se detallan a continuación:

## **PRIMERA. Antecedentes y situación epidemiológica del SARAMPION en el país**

Bolivia, en 1993 inició un proceso de profundas transformaciones estructurales, priorizando las políticas públicas de Desarrollo Humano, cuya finalidad es universalizar el acceso a los servicios sociales, para efectivizar el desarrollo constituyendo la salud uno de sus puntales.

El Sarampión que ha sido considerado como una de las principales causas de muerte en los menores de 5 años, se ha constituido históricamente en una endemia con brotes cíclicos, el último de los cuales se produjo en 1992



habiéndose notificado 4.937 casos, cifra considerada la mayor en los último diez años.

A raíz de esta situación el país realizó en 1994 una agresiva campaña de vacunación en menores de quince años, llegando a una cobertura del 97%, cuyos resultados muestran una drástica reducción del número de casos, habiéndose confirmado 76 casos en 1995 y sólo tres en 1996. Con estas acciones se consiguió alcanzar la meta de medio término de la Cumbre Mundial de la Infancia, que estipulaba la eliminación del 95% de las muertes y 90% de los casos de sarampión.

Se han intensificado las campañas de vacunación masiva con la antisarampionosa que a la fecha ha superado el 80% de cobertura en los niños de un año, entre otra de las labores efectuadas y a partir del presente año, se puso en funcionamiento el Laboratorio Nacional de referencia para el procesamiento de muestras de suero de los casos de ésta enfermedad.

A raíz de los progresos alcanzados y alentada por la exitosa erradicación de polio, la XXIV Conferencia Sanitaria Panamericana de Salud, ha establecido la meta de la eliminación de la transmisión autóctona del sarampión en las Américas. Esta iniciativa fue refrendada por la Quinta Conferencia de Esposas de Jefes de Estado y de Gobierno de las Américas, en Asunción, Paraguay en 1995, donde las Primeras Damas reiteran su compromiso de apoyar acciones nacionales en favor de la salud de la infancia de sus respectivos países.

BOLIVIA tiene como una de sus metas en salud, la Eliminación del Sarampión hasta el año 2.000; para lo que requiere lograr

la coordinación de las instituciones públicas y privadas nacionales, departamentales y locales, así como de la cooperación internacional técnica y/o financiera para alcanzar la meta en el plazo previsto.

## **SEGUNDA. Objetivos**

Los objetivos del presente convenio son:

1. Crear y operacionalizar el COMITE INTERINSTITUCIONAL DE APOYO A LA ELIMINACION DEL SARAMPION EN BOLIVIA (en adelante el "Comité") como la instancia coordinadora por lo cual las partes firmantes del presente convenio puedan aportar técnica y financieramente, intercambiando información y realizando recomendaciones al desarrollo de las acciones para el cumplimiento de la meta de ELIMINACION DEL SARAMPION HASTA EL AÑO 2000.
2. Apoyar los esfuerzos de coordinación de la Secretaría Nacional de Salud con las agencias y organismos de cooperación internacional, en el marco del Comité Interagencial del Programa Ampliado de Inmunizaciones y promover la coordinación a nivel de Prefecturas y Gobiernos Municipales para efectivizar el compromiso de eliminar el sarampión.

## **TERCERA. Compromisos asumidos por las partes firmantes del convenio**

### **a) De la Cooperación Técnica-Financiera:**

La cooperación técnica y financiera, tienen como objetivos:

1. Participar en la elaboración y aprobación de su Plan de Acción quinquenal 1996-2001 y de planes anuales operativos que consignent presupuestos por línea de acción y fuente de financiamiento.
2. En el marco del PAI, prestar asesoramiento técnico en el diseño y ejecución del Programa Nacional de Eliminación del Sarampión de la Secretaría Nacional de Salud, en la medida de los requerimientos y las necesidades del Programa referido.
3. Apoyar técnica, financiera y logísticamente al Programa Nacional de Eliminación del Sarampión a través de la identificación de necesidades en procesos de planificación



participativa y en la elaboración de los Planes Operativos Anuales a nivel local y departamental para facilitar la asignación de fondos, el desembolso a partir de cada una de las agencias y organismos de cooperación y del propio Tesoro General de la Nación.

4. Contribuir al diseño, ejecución y monitoreo de actividades relacionadas al Programa que deberán incluirse en los Planes Operativos Anuales de Prefecturas y Municipios.
  5. La cooperación técnica, financiera y logística apoyará en el logro de coberturas de vacunación mayores a 90% en cada municipio del país y en el desarrollo de campañas nacionales de vacunación de seguimiento en niños de 1 a 4 años para evitar el acumulo de un número de niños capaz de mantener la transmisión del Sarampión.
  6. Apoyar el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica del Sarampión de tal manera que se investiguen de inmediato todos los casos sospechosos y se apliquen las medidas de control adecuadas diseñadas para detener la transmisión.
  7. Evaluar periódicamente las coberturas de vacunación a nivel municipal y los indicadores de Vigilancia Epidemiológica específicos que se han diseñado y estandarizado para todo el continente.
- b) Del Despacho de la Primera Dama de la Nación:**
1. Promover y apoyar en el más alto nivel de gobierno, toda acción tendiente al cumplimiento de la meta de eliminación del sarampión para el año 2000
  2. Participar del Comité Técnico Interinstitucional de apoyo a la eliminación del Sarampión en Bolivia.
  3. Convocar a reuniones de evaluación periódica del Comité Interinstitucional de apoyo a la eliminación del sarampión, a recomendación del Comité Técnico Nacional.
- c) De la Secretaría Nacional de Salud:**
1. Asegurar la ejecución, monitoreo y evaluación de las actividades del programa en el ámbito nacional.
  2. Garantizar el funcionamiento del Comité Interagencial de Apoyo a la Eliminación del Sarampión en la Dirección de Planes y Programas Estratégicos de la Secretaría Nacional de Salud, como una instancia de asesoramiento técnico y cooperación financiera al Programa Ampliado de Inmunización.
  3. Brindar oportunamente toda la información que el Comité Interagencial requiera para el cumplimiento de sus objetivos y propósitos.
  4. Facilitar el funcionamiento del Comité y viabilizar la coordinación de labores con otros organismos, cuando ésta sea requerida.
- d) De la Secretaría Nacional de Hacienda:**
1. Asegurar el desembolso oportuno de recursos económicos provenientes del Tesoro General de la Nación.
  2. Contribuir a la identificación de nuevas fuentes de financiamiento al Programa de Eliminación del Sarampión.
- e) De todos los Miembros que conforman el Comité:**
1. Acreditar su representación como miembros permanentes del Comité Interinstitucional de Apoyo a la Eliminación del Sarampión en Bolivia.

2. Proporcionar la información requerida por el Comité Interagencial de acuerdo al Programa de Eliminación del Sarampión.

**CUARTA. Funcionamiento del Comité.**

La organización y funcionamiento del Comité será definido en su Primera Reunión que se realizará luego de la firma del presente Convenio (Miércoles 9 de Octubre a hrs. 15:00)

**QUINTA. Ingreso de otros Miembros**

El ingreso de otros miembros interesados a colaborar y a conformar el "Comité" será beneficioso para el mismo, por tanto, toda institución, agencia y/u organismo que desee participar en el objetivo planteado en la cláusula segunda del Convenio, tendrá libertad de ingresar, tan sólo deberá cumplir con los requisitos exigidos en el inc. c). punto 1. de la cláusula tercera acompañando su oferta y estrategia de trabajo o aporte.

**SEXTA. Vigencia, modificación, duración y finalización**

El presente CONVENIO, que no sustituye ningún otro convenio bilateral o interinstitucional, entrará en vigencia a la firma de las autoridades nacionales competentes y de las representaciones de las instituciones, agencias y organismos cooperantes. Tendrá una duración de cinco años, entendiéndose que la participación de las instituciones firmantes estará sujeta a la vigencia de los convenios marco con el Gobierno de Bolivia.



**SEPTIMA. Conformidad y aceptación**

Todos los participantes y signatarios de este convenio, debidamente autorizados al efecto, nos comprometemos a cumplir con todas y cada una de las cláusulas acordadas, en señal de lo cual suscribimos el presente, en veintitrés ejemplares de igual tenor y validez, en la fecha lugar posteriormente señalados.

La Paz, 9 de octubre de 1996

Excma. Sra. Ximena Iturralde de Sánchez de Lozada  
**PRIMERA DAMA DE LA NACION**

Lic. Freddy Teodovich  
**MINISTRO DE DESARROLLO HUMANO**

Dr. Oscar Sandoval Morón  
**SECRETARIO NACIONAL DE SALUD**

Lic. Gonzalo Afcha  
**SECRETARIO NACIONAL DE HACIENDA**

Dr. Javier Endara  
**REPRESENTANTE INASES**

Lic. Mauricio Balcázar  
**REPRESENTANTE FIS**

Gral. Reynaldo Cáceres Q.  
**COMANDANTE EN JEFE DE LAS FF.AA.**

Dr. Ricardo Sfeir  
**PRESIDENTE CNS**

Dr. Carlos Linger  
**REPRESENTANTE OPS/OMS EN BOLIVIA**

Sr. Jorge Jara  
**REPRESENTANTE UNICEF EN BOLIVIA**

Sr. Paul Ehmer  
**DIRECTOR DE SALUD USAID**

Sra. Ana María Vargas  
**REPRESENTANTE FENASONGS**

Sra. Christine Stevens  
**EMBAJADORA REINO DE BELGICA**

Dr. Christian Fuentes  
**DIRECTOR PROISS**

Dr. Carlos Brockmann  
**SECRETARIO EJECUTIVO PL-480**

DR. Ignacio Caballero  
**DIRECTOR EJECUTIVO CCH**

Dr. Rolando Aguirre  
**DIRECTOR PSF**

Dr. Hugo Palazzi  
**PRESIDENTE CRUZ ROJA**

Ing. José Maguiña  
**DIRECTOR C.R.S.**

Lic. Roberto Barja  
**DIRECTOR CARITAS BOLIVIANA**

Dr. Paolo Barduagni  
**COORDINADOR COOPI**

Dr. Jaime Tellería  
**PRESIDENTE SOC. DE PEDIATRIA**

Dr. José Ignacio Carreño  
**PRESIDENTE POLIO PLUS ROTARY INTERNACIONAL**

Sr. James Byrne  
**PRESIDENTE COMITE EJECUTIVO ROTATORIO - PROCOSI**

# Programa Integrado de Servicios Básicos de Salud y Fortalecimiento Institucional del Sector 858/SF-BO

1. El Programa Integrado de Servicios Básicos de Salud 858/SF-BO, (P.S.F.) tiene un costo de \$us 44.050.000. de los cuales el Banco Interamericano de Desarrollo aporta \$us 33.900.000.- (crédito) y el Estado como contraparte \$us 5.200.000. El programa comprende también el Convenio de Cooperación Técnica no reembolsable ATN/SF-3712-BO, por un monto de 4.950.000.-.

El tiempo previsto de ejecución de 5 años ha sido ampliado de 1992 a 1997.

2. El programa tiene como objeto organizar adecuadamente los servicios del sector para mejor las condiciones de salud de la población. Se desarrolla en un distrito urbano y otro rural de los Departamentos de Chuquisaca, Potosí, Tarija Oruro, Beni y Pando.

3. La cobertura del programa alcanza aproximadamente al 48% de la población total dependiente de la Secretaría Nacional de Salud de seis departamentos del ámbito del programa (aproximadamente 1.000.000 de habitantes). Departamentos de Chuquisaca, Potosí, Tarija Oruro, Beni y Pando.

4. El programa incorpora los Componentes de:

4.1. Fortalecimiento de la Red de Servicios, Construcción y equipamiento de 117 establecimientos de salud.

## CHUQUISACA

### Distrito Sucre

1 Dirección Distrito  
7 Centros de Salud

### Distrito Padilla

1 Dirección de Distrito  
1 Hospital Básico  
4 Centros de Salud  
19 Puestos de Salud

## POTOSI

### Distrito Potosí

1 Dirección Distrito  
5 Centros de Salud

### Distrito Uncía

1 Dirección Distrito  
1 Hospital Básico  
2 Centros de Salud  
11 Puestos de Salud

## TARIJA

### Distrito Tarija

1 Dirección Distrito  
5 Centros de Salud

### Distrito Yacuiba

1 Dirección de Distrito  
1 Hospital Básico  
5 Centros de Salud  
6 Puestos de Salud

## ORURO

### Distrito Oruro

1 Dirección Distrito  
6 Centros de Salud

### Distrito Challapata

1 Dirección de Distrito  
1 Hospital Básico  
16 Centros de Salud  
13 Puestos de Salud



## BENI

### Distrito Beni

1 Dirección Distrito  
2 Centros de Salud

### Distrito Reyes

1 Dirección de Distrito  
2 Hospitales Básicos  
2 Centros de Salud  
1 Puesto de Salud

## PANDO

### Distrito Cobija

1 Dirección Distrito  
1 Centro de Salud  
1 Puesto de Salud

### Distrito Riberalta

1 Dirección de Distrito  
2 Centros de Salud  
1 Puesto de Salud.

4.2 Fortalecimiento de Programas de Salud, comprende los programas de i) atención materna ii) atención infantil iii) mejoramiento nutricional y iv) desarrollo de la mujer en salud. La ejecución del componente se inició el 2 de noviembre de 1993 y está siendo ejecutado por GTZ.

4.3 Fortalecimiento Institucional, comprende: i) programas de apoyo a la descentralización, cuya ejecución se dio inicio el 10 de noviembre de 1993, ejecutada por la Firma Especializada CLAPP & MAYNE, ii) programa de apoyo gerencial iniciado el 2 de noviembre de 1993, ejecutado por la Firma Especializada CONSULTORA DE HOSPITALES (CODEH) S.A. INFORMES Y PROYECTOS S.A. (INYPESA), iii) programa de apoyo a la gestión social, realizado por consultores nacionales y concluido en febrero de 1994. iv) el programa de mejoramiento de la capacidad resolutoria a ser desarrollado a partir de enero de 1997.

Se ha puesto en funcionamiento la experiencia del Fondo Rotatorio de Medicamentos que se está desarrollando en 373 establecimientos del ámbito del P.S.F.

**4.4** Desarrollo de estudios, comprende: i) el estudio de aranceles y recuperación de costos realizado por consultores internacionales y nacionales, ii) el estudio de la red fluvial de salud realizado por consultores nacionales y un consultor internacional, iii) el estudio de un sistema de servicios de salud para grupos étnicos minoritarios realizado por consultores nacionales, iv) el estudio de prefactibilidad de una eventual segunda etapa del programa a ser desarrollado a partir de enero de 1997

**5.** Para la administración y ejecución del Programa se ha creado en el Departamento una Unidad Ejecutora, cuya Dirección tiene dependencia directa del Despacho del Secretario Nacional de Salud, además de 5 Unidades Ejecutoras Departamentales, dependientes de la Unidad Coordinadora.

**6.** La ejecución financiera acumulada del Programa hasta septiembre de 1996, alcanza al 57%

**EL COMPONENTE DE FORTALECIMIENTO DE LA RED DE SERVICIOS.**

**TRANSPORTES:**

El presupuesto para la adquisición de transportes del P.S.F., esta destinado a apoyar los establecimientos de salud mediante la adquisición de 23 ambulancias para Centros de Salud Rurales y Hospitales Básicos de Apoyo.

Anteriormente, se adquirieron 12 camionetas doble cabina para las Unidades de Gestión Sectorial en los seis Departamentos del ámbito del Programa.

Esta dotación de ambulancias viene a ser un importante elemento para el fortalecimiento del Seguro Nacional de Maternidad y Niñez que asegura el acceso de las mujeres y de la niñez a servicios de salud de calidad.

**DISTRIBUCION DE AMBULANCIAS**

Las unidades están destinadas a:

6 Hospitales Básicos de Apoyo.

17 Centros de Salud Rurales

**Características técnicas de las ambulancias:**

Veintitrés ambulancias 4 x 4 , batalla larga, techo alto. Land Rover, Defender 110, 1995

- Las ambulancias son vehículos destinados a trabajos continuos y a una altura de 4.000 mt.n.m.
- El peso del vehículo es aproximadamente 1.944 kilos, y soporta hasta 1.100 kilos de peso adicional.

**Equipo especial para el compartimiento de la cabina:**

- 2 Tubos de oxígeno con accesorios
- Dispensador de agua potable
- Camilla fija y transportable con sistema de seguridad
- Botiquín de medicamentos
- Seguros para colgar sueros
- 1 refrigerador de 13 Lts. 12v.
- Botiquín de emergencias con jeringas desechables, suturas, vendajes, medicamentos, etc.
- Caja con estetoscopio, esfigmomanómetro Maternity

- Packs, dopler fetal digital.
- Electrocardiografo portátil, recorder/monitor.
- Equipo Banyan tiene suficiente medicina y equipo para atender al menos 3 personas.
- Garantía de fábrica de 1 año sin límite de kilometraje.

| Departamento | Distrito   | Establecimiento     |
|--------------|------------|---------------------|
| Chuquisaca   | Padilla    | Hospital de Padilla |
|              |            | C.S. Villa Serrano  |
|              |            | C.S. Tomina         |
|              |            | C.S. Alcala         |
| Potosí       | Uncía      | Hospital Llalagua   |
|              |            | C.S. Chayanta       |
| Tarija       | Yacuiba    | Hospital de Yacuiba |
|              |            | C.S. Pocitos        |
|              |            | C.S. Itaú           |
|              |            | C.S. Carapari       |
|              |            | C.S. Palmar Chico   |
| Oruro        | Challapata | Hospital Challapata |
|              |            | C.S. Huari          |
|              |            | C.S. P. Aullagas    |
| Beni         | Reyes      | Hospital San Borja  |
|              |            | C.S. Reyes          |
|              |            | C.S. Rurrenabaque   |
|              | Riberalta  | Hospital Riberalta  |

Costo unitario \$us. 41.177,00

Total Inversión \$us. 947.071,00

**EL COMPONENTE DE FORTALECIMIENTO DE LA RED DE SERVICIOS**

Tiene la finalidad de recuperar la capacidad instalada, mejorar la capacidad de resolución, y ampliar la cobertura con servicios básicos de salud. Para su desarrollo se contempla la realización de obras de construcción (nuevas y de reemplazo) y equipamiento de 117 establecimientos.



**Equipamiento: (US\$ 10'000.00)**

Comprende la adquisición de equipo fijo o electromecánico; móvil médico hospitalario; instrumental médico quirúrgico; mobiliario, lencería y artículos de oficina; repuestos y accesorios, equipo de radio comunicaciones, herramientas para mantenimiento, una red de computadoras para el sistema de información, equipos básicos para la atención de parto domiciliario. Equipo para el programa de la mujer como hornos y máquinas de coser, equipo audiovisual para las actividades de promoción y participación popular y escolar.

**El programa de equipamiento:**

Ha sido diseñado para equipar los siguientes establecimientos:

- 6 Hospitales Básicos de Apoyo
- 6 Unidades de Gestión Sectorial Area urbana
- 6 Unidades de Gestión Sectorial Area rural
- 24 Centros de Salud Urbanos
- 20 Centros de Salud Rural
- 55 Puestos de Salud

**Esta primera entrega parcial comprende:**

**CENTRO DE SALUD URBANO (Bs 31.054,11)**

|                                      |     |
|--------------------------------------|-----|
| Lámpara de pie cuello de ganso       | 2   |
| Conectores para cánulas y tubos      | 2   |
| Espéculo vaginal grave 115 x 35 mm   | 2   |
| Espéculo vaginal grave 100 x 22 mm   | 2   |
| Espéculo vaginal grave 76 x 13 mm    | 2   |
| Espéculo vaginal desech. 100 x 22 mm | 450 |
| Espéculo vaginal desech. 76 x 13 mm  | 225 |
| Mango de bisturí Nº 3 y 4            | 3   |
| Pinza cheatle para esteril 27 cm     | 1   |
| Pinza disección c/dientes 30 cm      | 5   |
| Pinza disección s/dientes 30 cm      | 5   |
| Pinza foerster porta esponja 24 cm   | 2   |
| Porta aguja mayo                     | 1   |
| Tijeras lister para vendajes 20 cm   | 1   |
| Tijeras recta corta gasa 18 cm       | 2   |
| Tijeras de mayo, 14 cm               | 2   |
| Tijeras recta quitar puntos          | 3   |
| Valvas vaginales de doyen juegos     | 1   |
| Respirador manual ambú adultos       | 1   |
| Respirador manual ambú niños         | 1   |
| Set de instrumental de suturas       | 2   |
| Set oto oftalmológico                | 1   |
| Dopler fetal                         | 1   |
| Esterilizador eléctrico portátil     | 1   |

**CENTROS DE SALUD RURAL (Bs 59.281,53)**

|                                 |   |
|---------------------------------|---|
| Lámpara pedestal sala de partos | 1 |
| Lámpara de pie cuello de ganso  | 2 |
| Conectores para cánulas y tubos | 2 |
| Cureta roma 1 shoreder 28 cm    | 1 |
| Cureta roma 3 shoreder 28 cm    | 1 |

|  |     |
|--|-----|
| Cureta cortante 1 sims, 26 cm          | 1   |
| Cureta cortante 3 sims, 26 cm          | 1   |
| Juego de 8 dilat.UT de hegar 3 a 19 mm | 1   |
| Espéculo vaginal grave 115 x 35 mm     | 1   |
| Espéculo vaginal grave 100 x 22 mm     | 2   |
| Espéculo vaginal grave 76 x 13 mm      | 2   |
| Espéculo vaginal desech 100 x 22 mm    | 450 |
| Espéculo vaginal desech 76 x 13 mm     | 225 |
| Histerómetro de SINS 32 cm             | 1   |
| Mango de bisturí Nº 3 y 4              | 3   |
| Pinza cheatle para estéril 27 cm       | 1   |
| Pinza disección c/dientes 30 cm        | 5   |
| Pinza disección s/dientes 30 cm        | 5   |
| Pinza foerster porta esponja 24 cm     | 2   |
| Pinza jacobs de cuello de útero 25 cm  | 1   |
| Pinza placenta kelly 32 cm             | 1   |
| Pinza uterina bozeman 26 cm            | 1   |
| Porta aguja mayo                       | 1   |
| Tijeras lister para vendajes 20 cm     | 1   |
| Tijeras recta corta gasa 18 cm         | 2   |
| Tijeras de mayo, 14 cm                 | 3   |
| Tijeras recta quitar puntos            | 3   |
| Valvas vaginales de doyen juegos       | 1   |
| Respirador manual ambú adultos 1       |     |
| Respirador manual ambú niños           | 1   |
| Respirador manual ambú R.N.            | 1   |
| Set de traqueotomía                    | 1   |
| Set instrumental de partos             | 3   |
| Set instrumental de episiotomía        | 2   |
| Set de instrumental de suturas         | 2   |
| Set oto-oftalmológico                  | 1   |
| Dopler fetal                           | 1   |
| Esterilizador eléctrico portátil       | 1   |

**PUESTO DE SALUD RURAL (Bs 20.095,94)**

|                                    |   |
|------------------------------------|---|
| Lámpara pedestal sala de partos    | 1 |
| Lámpara de pie cuello de ganso     | 1 |
| Mango de bisturí Nº 3 y 4          | 2 |
| Pinza cheatle para estéril 27 cm   | 1 |
| Pinza disección c/dientes 30 cm    | 2 |
| Pinza disección s/dientes 30 cm    | 2 |
| Pinza foerster porta esponja 24 cm | 1 |
| Pinza placenta kelly 32 cm         | 1 |
| Porta aguja mayo 175 mm recto      | 1 |
| Tijeras recta corta gasa 18 cm     | 1 |
| Tijeras de mayo, 14 cm             | 1 |
| Tijeras recta quitar puntos        | 1 |
| Set instrumental de partos         | 1 |
| Set instrumental de episiotomía    | 1 |
| Set de instrumental de suturas     | 1 |

**TOTAL DE LA INVERSION Bs 1'969,205,94**

# “Eliminando el hambre oculta”

La Vitamina A es uno de los Micronutrientes mas esenciales para nuestra alimentación diaria. La carencia de la Vitamina A en nuestro medio presupone un conjunto de alteraciones físicas tales como: la ceguera nocturna, retardación en el crecimiento, desarrollo de trastornos oculares y un elevado riesgo de enfermedad y muerte.

A principios de 1992 el entonces Ministerio de Previsión Social y Salud Pública encarga al Departamento de Nutrición que realice una encuesta sobre la deficiencia de Vitamina A. Los niveles de retinol (30 Mg./dl) en las tres grandes áreas ecológicas del país arrojaron los siguientes resultados:

| Región    | Porcentajes       |                  |
|-----------|-------------------|------------------|
|           | Rural concentrado | Rural dispersión |
| Altiplano | 54                | 37               |
| Valle     | 47                | 36               |
| Llano     | 57                | 58               |

La muestra se efectuó a niños comprendidos en las edades de 2 a 5 años. El panorama es desolador toda vez de los niveles bajos de retinol (menores de 30 Mg/100ml). Casi el 50% de la población estudiada es deficitaria en retinol.

El contexto de los estudiados es carente de fuentes de Vitamina A, por otra parte los servicios de Salud de las regiones estudiadas no respondieron a la demanda de la suplementación en cápsulas de Vitamina A notándose una deficitaria oferta; en este rubro apenas se distribuyó 386.281 en las 12 Unidades Sanitarias.

## LA ESTRATEGIA DE MICRONUTRIENTES

La articulación de los Micronutrientes bajo una sola óptica y un parámetro epidemiológico para el Control y Vigilancia, ha permitido orientar en materia de Vitamina A varias actividades como ser;

- 1.- Fortificación del azúcar con Vitamina A.
  - 2.- Suplementación de cápsulas de Vitamina A.
  - 3.- Diversificación de la dieta sugiriendo alimentos verdes ricos en Vitamina A.
- 1.- La fortificación del azúcar con Vitamina A en septiembre de 1995 a través del Ingenio Azucarero UNAGRO ha



permitido colocar en disposición de la población nacional 85.000 qq. de VITAZUCAR.

En la zafra de 1996 la demanda fue mayor y se estima 400.000 qq. de VITAZUCAR como consumo nacional (la cifra de producción de VITAZUCAR se ubica en un 20% de producción nacional de azúcar corriente), con la nueva Ley de Fortificaciones el país podría beneficiarse en un corto tiempo con una oferta de VITAZUCAR que superaría el 50% de los cuatro ingenios azucareros de Santa Cruz.

- 2.- La Suplementación con cápsulas de Vitamina A alcanzó a cubrir en la presente gestión 5.000 unidades con una mejor perspectiva a través del Programa del Seguro de Maternidad y Niñez.
- 3.- La diversificación de la dieta tiene un mejor asidero en las ONG's Regionales quienes fomentan la Producción y el Consumo de alimentos verdes, un ejemplo es el que tenemos en el Chaco Tarijeño con el programa PORVENIR quien a incentivado los cultivos de los huertos familiares con excelentes resultados.

Consideramos al final de esta etapa de apoyo nutricional a la Población Boliviana, haber conseguido logros importantes, nos resta plantear un buen Programa Estratégico de Control y Vigilancia para 1997 a objeto de no revertir los logros alcanzados.



# Seguro Nacional de Maternidad y Niñez: Un compromiso de todo el Sistema de Salud en Bolivia



El pasado mes de octubre, el equipo que conforma la Dirección del Seguro Nacional de Maternidad y Niñez ha realizado un viaje de evaluación de la implementación del Seguro en los principales municipios del país.

En casi la totalidad de las ciudades visitadas, la situación encontrada en cuanto al funcionamiento del Seguro ha sido muy satisfactoria: el personal médico brinda atención de calidad y el número de pacientes ha incrementado desde el inicio del Seguro Nacional de Maternidad y Niñez. Por otra parte los DILOS han pagado las primeras facturas a los establecimientos de salud.

Sin embargo, en algunos municipios, se han encontrado problemas relacionados a la escasez de insumos y medicamentos, o a la lentitud de abastecimiento de los hospitales y centros de salud en formularios operativos. Estos retrasos, que impiden un adecuado funcionamiento del seguro, están en la mayoría de los

casos, relacionados al mal funcionamiento de las redes de distribución.

Estos problemas se están superando poco a poco y, de ahora en adelante, no existe ningún obstáculo para que los insumos y medicamentos lleguen en forma directa y rápida a los establecimientos de salud que los necesitan.

Cada medida nueva tiene su cortejo de inconvenientes, que son el precio que hay pagar para que, con la fuerza de cohesión de todos los elementos y algunos ajustes necesarios, se puedan superar los obstáculos para salir adelante, con expectativa de mejorar el sistema en su globalidad.

El Seguro Nacional de Maternidad y Niñez es un reto para la Salud en Bolivia. Las metas que se habían fijado al principio, de reducir la mortalidad materna en 20% y la mortalidad infantil en un 25%, se pueden superar en la mitad del tiempo previsto.

El Seguro está ahora vigente en todo el país.

Por otra parte, desde principios del mes de noviembre, la campaña de comunicación social ha empezado en

todo el país. Más de setenta radios difunden los jingles del Seguro en tres idiomas y veintidós canales de televisión estarán difundiendo los spots de video al fin de mes, incentivando a la población para que acuda a los hospitales y centros de salud que brindan las atenciones del Seguro. Esto significa que el número de atenciones gratuitas a mujeres embarazadas y niños menores de cinco años van a seguir aumentando. Por esta razón, y más que nunca, el personal de salud tiene que estar preparado para recibir este flujo de pacientes, que, según previsiones, debería aumentar en un 30% en los próximos meses. Es un reto para todo el sistema de salud en su conjunto.

Les pedimos leer atentamente los instructivos publicados en el anterior número de "Salud Informa" y seguir capacitándose en el manejo administrativo del Seguro. Que no se olviden que el éxito del Seguro Nacional de Maternidad y Niñez depende también de la voluntad de cada uno de los profesionales y trabajadores en salud en brindar atención de calidad y calidez, especialmente a los sectores más desfavorecidos de la población, que son los que más necesitan del Seguro.

**El éxito del Seguro Nacional de Maternidad y Niñez depende también de la voluntad de cada uno de los profesionales y trabajadores en salud en brindar atención de calidad y calidez, especialmente a los sectores más desfavorecidos de la población, que son los que más necesitan del Seguro.**



# *Análisis de las prestaciones del primer trimestre del Seguro Nacional de Maternidad y Niñez*

**JULIO - OCTUBRE 1996**

**M.A Mario Galindo Soza \***

Una vez se tiene información, aún preliminar, del número de prestaciones del Seguro Nacional de Maternidad y Niñez, se tienen algunos datos que son significativos, ya que se observa que las prestaciones alcanzan a 46.212 en Julio (mes de inicio del Seguro) y descienden en un 12% en agosto, hasta 41.076, para volver a descender en septiembre un 27% con relación a agosto, un 43% con relación a julio, finalmente en el mes de octubre disminuye en 27% de con relación al mes de julio.

Sin embargo, antes de explicar esta situación, es bueno mostrar que las atenciones de julio, con el Seguro, representaron un incremento con relación a mayo (43.016 prestaciones), antes del Seguro, en un 7.5%. Pero, las prestaciones de agosto muestran un descenso de 4.7% con relación a mayo, antes del Seguro, las prestaciones de septiembre un descenso de 33% con relación a mayo, y en el mes de octubre con relación al mes de mayo se tiene un descenso de 27%.

Es evidente que la información de octubre es aún muy provisional, y se espera que pueda incrementarse el número de prestaciones reportadas, debido a que el sistema de información desplegado, a través de las Direcciones Departamentales de Salud, aún no tiene la capacidad de captar la información del Seguro a nivel rural, de manera completa, por varias razones, entre las que se cuentan las de falta de comunicación por radio por falta de aparatos en todos los Municipios una vez al mes y rezagos en la comprensión del llenado de registros administrativos por parte del personal de salud.

La información del Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS), tiene un rezago de tres meses, por lo que no podemos aún comparar estos datos. Sin embargo, desde el mes de septiembre, se ha iniciado ya el proceso de compatibilización entre el sistema de información, que el Seguro montó de emergencia para realizar seguimiento y monitoreo, con el del SNIS. Esta información por tanto, tiene aún los problemas antes señalados, los que se aplican no sólo a octubre, sino también a julio, agosto y septiembre.

Por otra parte, en contrapeso, cabe resaltar que la información de julio no cuenta con los datos del departamento del Beni, el cual inició el Seguro en el mes de agosto. Lo que implica



un agravante en el descenso mostrado en agosto y septiembre.

De otro lado, es evidente que el primer mes del Seguro se tuvo un efecto explosión, por efecto de la gratuidad de la atención, que fue el primer mensaje que captó la población, por comprobación de la oferta institucional, por propagandización de los medios de comunicación, los que estuvieron pendientes de cualquier defección o falta a las normas del Seguro. etc.

Pero una vez que se analizan los datos, al interior de las prestaciones se encuentra mayor coherencia en la información. Entre las explicaciones a este respecto se señalan las siguientes:

1. Los partos vaginales se mantuvieron en agosto un 1% por encima de los de julio (de 3.986 a 4.323) y descendieron en septiembre (4.235) en un 2.1% por debajo de agosto, volviendo a descender levemente en octubre un 3% (4.115). Esto muestra una cierta línea homogénea que permite señalar que se mantuvo el número de partos normales. Esto es gratificante, si se toma en cuenta que en mayo, el SNIS reportó 2.669 partos normales, que muestran que en julio el Seguro incrementó éstos en un 51%.

Este promedio de incremento de partos normales atendidos se mantiene en alrededor de un 50%, que obviamente mostrará incidencia en el descenso de mortalidad materna, ya que implica un descenso de las atenciones de partos normales domiciliarios y con otro tipo de atención no hospitalaria, que posteriormente se complicaban por inexperiencia y ausencia de factores y medios para desarrollar un parto normal.

2. Las cesáreas, que son partos que se complicaron por alguna razón prenatal o natural, se incrementaron en agosto en un 19% (de 777 a 949) para llegar en septiembre a 811 y en el mes de octubre a 776. Por tanto, en esta prestación también se muestra un grado razonable de movimiento en las cifras.

Las cesáreas representaron un 16% del total de partos en julio, 18% en agosto, 16% en septiembre y 16% en octubre con un promedio en el trimestre de 16.5%. Si bien la norma ideal no debiera exceder el 15%, es también cierto, que muchos casos que antes no se atendían hospitalariamente, ahora, por la gratuidad en la atención, se han aproximado al parto institucional. Especialmente, se han incrementado las referencias de distritos urbanos y rurales hacia hospitales especializados, estas referencias han crecido en más de un 100% en algunas maternidades especializadas. Esto incide positivamente en la reducción de las tasas de mortalidad materna.

3. Las atenciones prenatales han descendido persistentemente, desde julio hasta octubre. El factor principal, de acuerdo a los datos captados es por falta de una comunicación social más agresiva, que se inició en el mes de noviembre. Este descenso deberá revertirse en los próximos meses. El descenso en el trimestre fue de un 24%.

Sin embargo, las atenciones prenatales de mayo, antes del Seguro eran 9.932, versus 20.554 en julio (100.6 % de incremento) y aún en octubre siguen siendo mucho más altas que antes de la implementación del Seguro (15.578 hasta la fecha). Esto también ayudará a que descienda la tasa de mortalidad materna.

4. Si bien no es muy ortodoxo sumar las prestaciones debidas a puerperio o atención post natal, con las emergencias obstétricas, por fines de captación rápida de información y esperando desglosar la misma en el futuro, se lo hizo en esta primera fase de esta manera. Aquí también se observó que hubo un incremento de agosto con relación a julio del 28%, de 2.528 a 2.778 atenciones. En septiembre se sufrió un ligero aumento a 2.671 del 2%, que muestra ya un cierto equilibrio, aunque en octubre fue por primera vez inferior a mayo en un 13% con relación al primer mes del Seguro con 2.206 atenciones. Es necesario reconocer que estas atenciones se deben desagregar, lo más pronto posible, para lo que se modificarán los cuadros de captación de información.
5. La información de atenciones de niños por EDA e IRA a sufrido un constante descenso en el trimestre de análisis, de 20.164 atenciones en julio a 19.896 en agosto, con un descenso de 1,3%; a 12.818 atenciones en septiembre, con un incremento en octubre a 13.820, lo que representa que septiembre tuvo un descenso de



35.5% con relación a agosto y de 36% con relación a julio; pero octubre tuvo un descenso de 31.4% con relación a julio, aunque un incremento de 7.8% con relación al mes anterior.

Sin embargo, esto es reflejo de dos situaciones de carácter epidemiológico, antes que atribuible a un descenso en la cobertura del Seguro. La primera razón es que el mes de julio constituye el último en el que se incrementan los casos de IRA con neumonía, por las bajas temperaturas invernales y la segunda es que este trimestre constituye uno de los de más baja incidencia de EDA's, por la misma causa climatológica.

Es posible prever que estas atenciones, en especial las de EDA, se incrementarán sustancialmente en los meses de diciembre en adelante, por constituir el periodo de verano el de mayor incidencia epidemiológica. Por ello, el Seguro también está contribuyendo a reducir la mortalidad de los menores de 5 años.

Adicionalmente, cabe remarcar que cuando se analiza la información por departamento, se encuentra que existen graves incoherencias en algunos de ellos. Este es el caso de La Paz, Cochabamba y Chuquisaca, que muestran un alto incremento de prestaciones en julio, con caídas abruptas en agosto, septiembre y octubre en unos casos y en otros, con nuevos incrementos en septiembre. En todo caso, esto se debe más a factores de información y deficiencias ya señaladas anteriormente. Este análisis vale la pena profundizar, una vez se cuente con los datos del SNIS.

En base a todas las consideraciones antes anotadas, se puede adelantar que el Seguro Nacional de Maternidad y Niñez está contribuyendo positivamente a la reducción de las tasas de mortalidad materna e infantil.

\* Director Nacional Seguro Nacional de Maternidad y Niñez

## Informes de Atenciones del Seguro Nacional de Maternidad y Niñez

FECHA: 31/05/96

| DEPARTAMENTO         | TOTAL ATENCIONES | PARTOS       |            | TOTAL PARTOS | TOTAL ATENCIONES | TOTAL PARTOS  | TOTAL ATENCIONES |
|----------------------|------------------|--------------|------------|--------------|------------------|---------------|------------------|
|                      |                  | URBANO       | RURAL      |              |                  |               |                  |
| Chuquisaca           | 1.640            | 324          | 32         | 356          | 1,996            | 8,692         | 10,688           |
| La Paz (1)           | 2.423            | 702          | 148        | 850          | 3,273            | 13,292        | 16,565           |
| Cochabamba           | 1,569            | 330          | 88         | 418          | 1,987            | 1,987         | 3,974            |
| Santa Cruz           | 2,343            | 585          | 89         | 674          | 3,017            | 3,017         | 6,034            |
| Potosí               | 381              | 105          | 5          | 110          | 491              | 491           | 982              |
| Oruro                | 591              | 225          | 30         | 255          | 846              | 846           | 1,692            |
| Tarja                | 881              | 372          | 71         | 443          | 1,324            | 1,324         | 2,648            |
| Pando                | 104              | 26           | 7          | 33           | 137              | 296           | 433              |
| <b>TOTAL BOLIVIA</b> | <b>9,932</b>     | <b>2,669</b> | <b>470</b> | <b>3,139</b> | <b>13,071</b>    | <b>29,945</b> | <b>43,016</b>    |

(1) Datos a nivel urbano.

FECHA: 31/07/96

| DEPARTAMENTO         | TOTAL ATENCIONES | PARTOS       |            | TOTAL PARTOS | TOTAL ATENCIONES | TOTAL PARTOS  | TOTAL ATENCIONES |
|----------------------|------------------|--------------|------------|--------------|------------------|---------------|------------------|
|                      |                  | URBANO       | RURAL      |              |                  |               |                  |
| Chuquisaca           | 4,262            | 477          | 45         | 522          | 1,161            | 5,945         | 9,649            |
| La Paz (1)           | 5,775            | 640          | 145        | 785          | 741              | 7,301         | 13,446           |
| Cochabamba           | 2,157            | 278          | 76         | 354          | 43               | 2,554         | 5,432            |
| Santa Cruz (3)       | 2,868            | 971          | 285        | 1,256        | 277              | 4,401         | 7,647            |
| Potosí               | 2,680            | 545          | 84         | 629          | 71               | 3,380         | 5,932            |
| Oruro                | 591              | 525          | 80         | 605          | 10               | 1,206         | 2,183            |
| Tarja                | 2,103            | 475          | 60         | 535          | 223              | 2,861         | 3,340            |
| Pando                | 118              | 75           | 2          | 77           | 2                | 418           | 601              |
| <b>TOTAL BOLIVIA</b> | <b>20,554</b>    | <b>3,986</b> | <b>777</b> | <b>4,763</b> | <b>2,528</b>     | <b>28,066</b> | <b>48,230</b>    |

N.D. : Información no Disponible

(1) Datos a nivel urbano, incluye información de los servicios de salud a cargo del PROISS en el Alto

(2) El Depto. de Beni comenzó con el Seguro el 1ro. de Agosto

(3) Datos finales corregidos.

FECHA: 31/08/96

| DEPARTAMENTO         | TOTAL ATENCIONES | PARTOS       |            | TOTAL PARTOS | TOTAL ATENCIONES | TOTAL PARTOS  | TOTAL ATENCIONES |
|----------------------|------------------|--------------|------------|--------------|------------------|---------------|------------------|
|                      |                  | URBANO       | RURAL      |              |                  |               |                  |
| Chuquisaca           | 4,333            | 475          | 79         | 554          | 969              | 5,856         | 9,300            |
| La Paz               | 4,595            | 743          | 219        | 962          | 541              | 6,098         | 7,328            |
| Cochabamba           | 4,190            | 857          | 220        | 1,077        | 432              | 5,699         | 13,637           |
| Santa Cruz           | 3,916            | 1,373        | 313        | 1,686        | 445              | 6,047         | 8,778            |
| Potosí               | 901              | 160          | 19         | 179          | 48               | 1,128         | 2,605            |
| Oruro                | 395              | 166          | 29         | 195          | 147              | 737           | 1,215            |
| Tarja                | 1,326            | 399          | 35         | 434          | 183              | 1,943         | 3,012            |
| Pando                | 139              | 32           | 7          | 39           | 4                | 182           | 518              |
| Beni                 | 453              | 118          | 28         | 146          | 9                | 608           | 1,801            |
| <b>TOTAL BOLIVIA</b> | <b>20,248</b>    | <b>4,323</b> | <b>949</b> | <b>5,272</b> | <b>2,778</b>     | <b>28,296</b> | <b>48,194</b>    |

Todos los departamentos cuentan con información de atención de las cajas de mes de agosto.

FECHA: 31/09/96

| DEPARTAMENTO         | TOTAL ATENCIONES | PARTOS       |            | TOTAL PARTOS | TOTAL ATENCIONES | TOTAL PARTOS  | TOTAL ATENCIONES |
|----------------------|------------------|--------------|------------|--------------|------------------|---------------|------------------|
|                      |                  | URBANO       | RURAL      |              |                  |               |                  |
| Chuquisaca           | 3,780            | 471          | 60         | 531          | 976              | 5,287         | 8,230            |
| La Paz (6)           | 3,996            | 826          | 139        | 965          | 521              | 5,482         | 6,875            |
| Cochabamba           | 1,722            | 354          | 112        | 466          | 192              | 2,380         | 3,599            |
| Santa Cruz (2)       | 3,961            | 1,561        | 380        | 1,941        | 587              | 6,489         | 10,604           |
| Potosí (1)           | 1,608            | 266          | 19         | 285          | 95               | 1,988         | 3,576            |
| Oruro(6)             | 577              | 230          | 21         | 251          | 1                | 829           | 1,032            |
| Tarja(3)             | 1,482            | 384          | 52         | 436          | 273              | 2,191         | 3,215            |
| Pando(4)             | 162              | 37           | 6          | 43           | 0                | 236           | 472              |
| Beni (5)             | 304              | 106          | 22         | 128          | 26               | 458           | 555              |
| <b>TOTAL BOLIVIA</b> | <b>17,592</b>    | <b>4,235</b> | <b>811</b> | <b>5,046</b> | <b>2,671</b>     | <b>25,340</b> | <b>38,158</b>    |

N.D. : Información no Disponible

(1) Datos del 30 de agosto al 3 de octubre de Tupiza, información de Potosí del mes de septiembre

(2) Datos del mes de septiembre

(3) Datos del 1 al 30 de septiembre

(4) Datos del 1 al 14 de septiembre

(5) Información parcial del mes de septiembre

(6) Datos del 1 al 30 de septiembre y datos de El Alto del 16 al 30 de septiembre.

FECHA: 31/10/96

| DEPTOS.              | ATENCIÓN PRENATAL | PARTO        |            | TOTAL PARTOS | PUERPERIO Y EMERG./OBST. | TOTAL ATENCIÓN MATERIDAD | TOTAL IRAS EDAS | TOTAL ATENCIÓN MATERN/NIÑEZ |
|----------------------|-------------------|--------------|------------|--------------|--------------------------|--------------------------|-----------------|-----------------------------|
|                      |                   | VAGINAL      | CESAREA    |              |                          |                          |                 |                             |
| Chuquisaca           | 850               | 230          | 22         | 252          | 243                      | 1,345                    | 770             | 2,115                       |
| La Paz               | 3,482             | 652          | 132        | 784          | 572                      | 4,838                    | 2,344           | 7,182                       |
| Cochabamba (7)       | 2,919             | 617          | 145        | 762          | 409                      | 4,090                    | 2,736           | 6,826                       |
| Santa Cruz (2)       | 5,287             | 1,759        | 407        | 2,166        | 654                      | 8,107                    | 5,550           | 13,657                      |
| Potosí (1)           | 1,118             | 243          | 8          | 251          | 38                       | 1,407                    | 1,016           | 2,423                       |
| Oruro(6)             | 496               | 185          | 22         | 207          | 0                        | 703                      | 105             | 808                         |
| Tarija(3)            | 1,219             | 402          | 35         | 437          | 290                      | 1,946                    | 892             | 2,838                       |
| Pando(4)             | 207               | 27           | 5          | 32           | 0                        | 239                      | 407             | 646                         |
| Beni (5)             |                   |              |            | 0            |                          | 0                        |                 | 0                           |
| <b>TOTAL BOLIVIA</b> | <b>15,578</b>     | <b>4,115</b> | <b>776</b> | <b>4,891</b> | <b>2,206</b>             | <b>22,675</b>            | <b>13,820</b>   | <b>36,495</b>               |

N.D. : Información no Disponible

(1) Datos del 29 de Septiembre al 31 de octubre

(2) Datos del 30 de septiembre al 3 de noviembre

(3) Datos del 1 al 26 de octubre

(4) Datos del 1 de octubre al 3 de noviembre

(5) Datos del

(6) Datos del mes de octubre

(7) Datos del 30 de septiembre al 13 de octubre y del 21 de octubre al 3 de noviembre

### Informes de Consolidado de Atenciones del Seguro Nacional de Maternidad y Niñez por meses

FECHA: 21/10/96

| MESES                | ATENCIÓN PRENATAL | PARTO         |              | TOTAL PARTOS  | PUERPERIO Y EMERG./OBST. | TOTAL ATENCIÓN MATERIDAD | TOTAL IRAS EDAS | TOTAL ATENCIÓN MATERN/NIÑEZ |
|----------------------|-------------------|---------------|--------------|---------------|--------------------------|--------------------------|-----------------|-----------------------------|
|                      |                   | VAGINAL       | CESAREA      |               |                          |                          |                 |                             |
| JULIC                | 20,554            | 3,986         | 777          | 4,763         | 2,528                    | 28,066                   | 20,164          | 48,230                      |
| AGOSTO               | 20,248            | 4,323         | 949          | 5,272         | 2,778                    | 28,298                   | 19,896          | 48,194                      |
| SEPTIEMBRE           | 17,592            | 4,235         | 811          | 5,046         | 2,671                    | 25,309                   | 12,818          | 38,127                      |
| OCTUBRE              | 15,578            | 4,115         | 776          | 4,891         | 2,206                    | 22,675                   | 13,820          | 36,495                      |
| <b>TOTAL BOLIVIA</b> | <b>73,972</b>     | <b>16,659</b> | <b>3,313</b> | <b>19,972</b> | <b>10,183</b>            | <b>104,348</b>           | <b>66,698</b>   | <b>171,046</b>              |

### Convenios suscritos con los Municipios - Seguro Nacional de Maternidad y Niñez

| DEPTOS.                        | MUNI- CIPIOS POR DEPTO. | CONVEN. SUSCRIT. S. SEGURO MEDICOS | %      | TOTAL POBLACION SEGURO CAJAS DE SALUD | POBLAC. MUJERES 15 - 49 (1) | POBLAC. OBJET. EMBAR. ESPER. (2) | POBLAC NIÑOS 0 - 5 (3) | TOTAL POBLAC. MUJERES NIÑOS 0-5 (1) + (3) | (4) ERAMA DE SEGURO SX SUS |
|--------------------------------|-------------------------|------------------------------------|--------|---------------------------------------|-----------------------------|----------------------------------|------------------------|---|----------------------------|
| Chuquisaca                     | 28                      | 28                                 | 100.00 | 67,704                                | 112,065                     | 17,258                           | 94,097                 | 206,162                                   | 303,927                    |
| La Paz                         | 75                      | 74                                 | 98,67  | 608,646                               | 509,342                     | 78,439                           | 324,622                | 833,964                                   | 1.253,159                  |
| Cochabamba                     | 44                      | 43                                 | 97,73  | 239,462                               | 298,155                     | 45,916                           | 214,867                | 513,023                                   | 757,450                    |
| Santa Cruz                     | 47                      | 47                                 | 100.00 | 294,662                               | 361,614                     | 55,689                           | 280,245                | 641,859                                   | 913,871                    |
| Potosí                         | 38                      | 38                                 | 100.00 | 141,543                               | 158.662                     | 24.434                           | 131,255                | 289,918                                   | 432,618                    |
| Oruro                          | 34                      | 34                                 | 100.00 | 115,359                               | 88,536                      | 13,635                           | 60,576                 | 149,112                                   | 227,809                    |
| Beni                           | 19                      | 19                                 | 100,00 | 44,361                                | 64,742                      | 9,970                            | 61,623                 | 126,364                                   | 184,982                    |
| Tarija                         | 11                      | 11                                 | 100.00 | 57,935                                | 75,268                      | 11,591                           | 57,620                 | 132,888                                   | 195,185                    |
| Pando                          | 15                      | 15                                 | 100.00 | 6,241                                 | 8,218                       | 1,265                            | 8,367                  | 16,583                                    | 25,501                     |
| Total Bolivia                  | 311                     | 309                                | 99,36  | 1.575,913                             | 1.676,600                   | 258,197                          | 1,233,272              | 2,909,873                                 | 4,294,502                  |
| <b>GRAN TOTAL</b>              |                         |                                    |        |                                       | <b>1.679,296</b>            | <b>258,612</b>                   | <b>1.233,869</b>       | <b>2.913,165</b>                          | <b>4.300,663</b>           |
| <b>PORCENTAJE COMPROMETIDO</b> |                         |                                    |        |                                       | <b>99,84</b>                | <b>99,84</b>                     | <b>99,95</b>           | <b>99,89</b>                              | <b>99,86</b>               |

Fecha de impresión: 21 de noviembre de 1996, Horas 09:30

(\*) En el Departamento de La Paz, están mancomunados los municipios de Charazani y Curva

En el Departamento de Potosí, están mancomunados los municipios de Mojinete, San Pablo de Lipez y San Antonio de Esmoraca

En el Departamento de Pando, están mancomunados los municipios de Nueva Esperanza y Santos Mercado

# Vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna y perinatal (VEMMP) <sup>(1)</sup>

## DEFINICIÓN:

Es un proceso continuo de recopilación, análisis e interpretación sistemática de datos sobre mortalidad y morbilidad maternas y perinatal, para su uso en la planificación, ejecución y evaluación de servicios e intervenciones. Su propósito principal es observar tendencias.

## OBJETIVO:

La prevención de la mortalidad materna y perinatal, mediante la detección oportuna de las emergencias obstétricas para su correspondiente atención.

También, promueve el diálogo interinstitucional, interprofesional y con la comunidad, para prevenir, detectar y resolver los factores no médicos relacionados con la morbilidad y la mortalidad materna y perinatal.

## INSTRUMENTOS:

### a) De vigilancia epidemiológica

- \* Formulario Nro.1: de detección y reporte mensual de casos, seguros y probables, de defunción materna
- \* Formulario Nro. 2: parte I, de autopsia verbal; parte II, de auditoría médica
- \* Formulario Nro. 3: para seguimiento en gabinete de los casos reportados, tanto los investigados como los pendientes.

### b) De producción de servicios

- \* Informe mensual de actividades en salud: del SNIS
- \* Historia clínica perinatal base: cuando sus datos han sido almacenados en computadora

### c) Complementarios

Según necesidad e iniciativa: registros de inhumación de los cementerios; certificado de defunción del Registro Civil; libros de registro de hospitales; registros de la Policía Técnica Judicial y otros.

## METODOLOGÍA:

Desarrollo de dos redes de información:  
1) de los servicios de salud, tanto públicos

como privados; 2) comunitaria, con informantes clave, como parteras, RPSs, dirigentes campesinos y cívicos locales, cuidadores de cementerios, oficiales de registro civil, párrocos, policías y otros.

**El formulario 1**, con identificación y reporte de defunciones maternas hospitalarias y domiciliarias, permite concentrar la información de las dos redes para que, adosado al Informe Mensual de Actividades en Salud, del SNIS, siga el flujo correspondiente. Contiene, fundamentalmente, el domicilio y el nombre de la difunta. Si no hay casos detectados en el mes, debe realizarse reporte negativo.

**El formulario 2** es para investigar cada caso. La parte I (autopsia verbal mediante entrevista familiar) tiene que ser aplicada en todas las defunciones hospitalarias y domiciliarias, y la parte II (auditoría médica) solamente en las muertes hospitalarias.

**El formulario 3** está destinado a los niveles de gestión: CAI local, Directorio Local de Salud, Unidad de Gestión Sectorial, Comité Hospitalario, Comité Técnico Departamental, Comité Técnico Nacional.

Comités de análisis, locales, departamentales y nacional reciben los formularios de investigación para emitir dictamen, proponer soluciones y difundir los datos.

## POBLACIÓN OBJETIVO:

El grupo poblacional objetivo sujeto de observación son las mujeres entre 12 y 54 años de edad.

## DEFINICIÓN DE CASO:

El caso tipo de mortalidad materna se define, en acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, como "la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales".

Otras definiciones complementarias están

contenidas en el manual: Vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna y perinatal. Lineamientos para la notificación, registro e investigación de defunciones, y para la organización y funcionamiento de comités de análisis, del que está a punto de ser publicada la segunda edición.

## DICTAMEN:

El análisis de la información relativa a cada caso corresponde a un Comité de Estudio de la Mortalidad Materna y Perinatal, cuya conformación y misión aparece en el manual respectivo.

## INDICADORES:

Los indicadores dependen de la cobertura de la vigilancia, del número de casos investigado y de la fuente que aporta los datos. Algunos de los que es necesario construir aparecen a continuación:

1. Tasa de mortalidad materna global y desagregada.
2. Estructura de la mortalidad materna y perinatal (causas Biológicas).
3. Estructura de morbilidad materna y neonatal precoz.
4. Momento de la defunción(embarazo, parto, postparto).
5. Tipo de fallecimiento(materna directa, materna indirecta, materna tardía relacionada con el embarazo).
6. Responsabilidad por la defunción (según dictamen de comités)
7. Evitabilidad de la defunción (según dictamen de comités)
8. Porcentaje de bajo peso al nacer.

## DIFUSIÓN DE LOS RESULTADOS:

La difusión oportuna de los resultados debe hacerse tanto a los que han contribuido a su recolección como para otros interesados. Este es un requisito básico de la vigilancia de salud pública.

1.- Resumen elaborado en la Dirección de Salud de la Mujer y el Niño, Capitán Ravelo 2199, edificio de la Escuela de Salud Pública, 3er. piso, fonos: 375479 y 352259, fax 234567, La Paz.

# Situación de la vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna y perinatal en Bolivia 1995 - 1996<sup>(1)</sup>

**Dr. Alberto de la Gálvez Murillo C.**

## INTRODUCCIÓN:

La vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna y perinatal (VEMMP) fue iniciada formalmente el 9 de diciembre de 1994, a través de la Resolución Secretarial No. 1310, que aprueba el modelo organizacional y operativo, así como la conformación y funcionamiento de comités de estudio de la problemática. En la misma fecha, el Subsecretario de Salud, Dr. Javier Torres-Goitia posesionó al Comité Nacional.

La mencionada disposición permitió al país dar cumplimiento a la recomendación de la XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana, para que los Gobiernos Miembros de la OPS fijen metas de reducción de la mortalidad materna, diseñen y ejecuten planes de acción para alcanzar esas metas y establezcan sistemas de vigilancia epidemiológica.

De forma previa a la Conferencia, el Plan

Regional de las Américas para abatir la mortalidad materna y la Declaración Andina para una Maternidad sin Riesgos, de Santa Cruz de la Sierra, abordaron el tema de forma concreta, pero el país no había dado su respuesta.

En marzo de 1994, un grupo asesor del nivel central sostuvo una reunión y emitió algunos lineamientos. En octubre del mismo año, el borrador de la norma de VEMMP fue sometido a revisión en un taller nacional. El documento fue publicado en enero de 1995 y utilizado por primera vez en el Taller Nacional de Hospitales, en mayo del mismo año.

A partir de entonces, talleres de capacitación y de implantación de la norma fueron desarrollados en las Direcciones Departamentales de Salud; la mayoría de esos eventos culminó con la posesión del Comité Departamental de Estudio de la Mortalidad Materna y Perinatal.

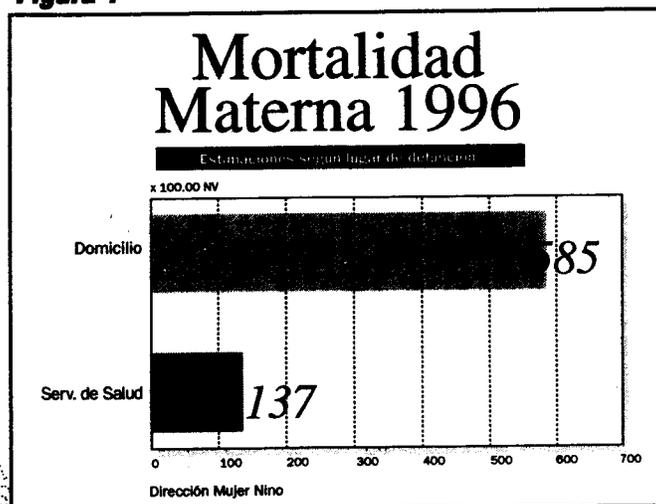
## LA INFORMACION DE BASE

La segunda Encuesta Nacional de Demografía y Salud de 1994, el estudio sobre mortalidad materna en la ciudad de La Paz, de Médicos Consultores (MEDICON) y los reportes de muertes maternas en hospitales contenidos en el Subsistema Nacional de Información en Salud (SNIS), permiten afirmar con un buen nivel de certeza que el 85 por ciento de las defunciones maternas ocurre en domicilio y el restante 15 por ciento en alguna instalación de salud pública o privada.

Con este dato, más el que corresponda a la cobertura de nacimientos y la tasa promedio nacional de mortalidad materna (390x100.000 nacidos vivos) reportada por la ENDSA-94, la estimación de la tasa de mortalidad materna



**Figura 1**

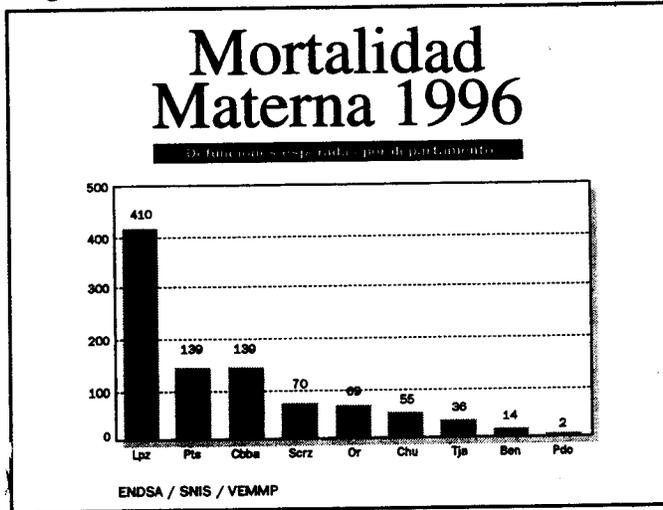


1) Informe anual resumido de la Dirección de Salud de la Mujer y el Niño. Capitán Ravelo 2199, teléfono 375479, La Paz Bolivia.

domiciliaria aparece en la figura No.1, junto con la tasa en servicios de salud cuyos numerador y denominador son más confiables.

De igual manera, sobre la base de la tasa anual de crecimiento departamental, la tasa bruta de natalidad por regiones ecológicas, estas últimas establecidas por la ENDSA-94 (2), es posible estimar el número de defunciones maternas por departamento, para el año 1996, teniendo en cuenta que ocurrirían en total alrededor de 950 defunciones relacionadas con el embarazo, el parto, el puerperio, el aborto y con afecciones agravadas por el embarazo.

**Figura 2**



La figura No. 2 ilustra la situación de cada departamento, y resalta la crítica posición de La Paz en donde estarían sucediendo el 44 por ciento de las defunciones maternas. En tres departamentos, La Paz, Potosí y Cochabamba, ocurre el 73,7 por ciento de las muertes. Un porcentaje de defunciones equivalente al 20,8 por ciento se da en Santa Cruz, Oruro y Chuquisaca, y el restante 5,5 por ciento en Tarija, Beni y Pando. La prioridad en este problema salta a la vista.

Además de los problemas de pobreza, dispersión poblacional y difícil acceso geográfico que caracteriza a los departamentos altiplánicos, en los nueve departamentos el número de muertes tiene que ver, por una parte, con la tasa promedio de mortalidad materna de la zona geográfica a la que pertenece cada departamento y, otra, con la cantidad de población.

**LOS DATOS INICIALES**

Entre enero de 1995 y mayo de 1996 fueron reportadas 288 defunciones maternas, de las que 53 tienen diagnóstico por haber sido investigadas como parte del proceso de vigilancia epidemiológica. La cifra reportada representa el 22 por ciento de las defunciones maternas esperadas en el período de referencia.

La VEMMP ha permitido establecer situaciones desconocidas o poco establecidas. En 1995, por ejemplo, Santa Cruz reportó 65 defunciones de las aproximadamente 70 esperadas en el departamento. Esto indica que la vigilancia en su etapa de notificación está dando resultados, pero podría ser aconsejable pensar en la posibilidad de que la tasa de mortalidad pudiera ser más elevada de la que se maneja

como referencia para estimar los datos.

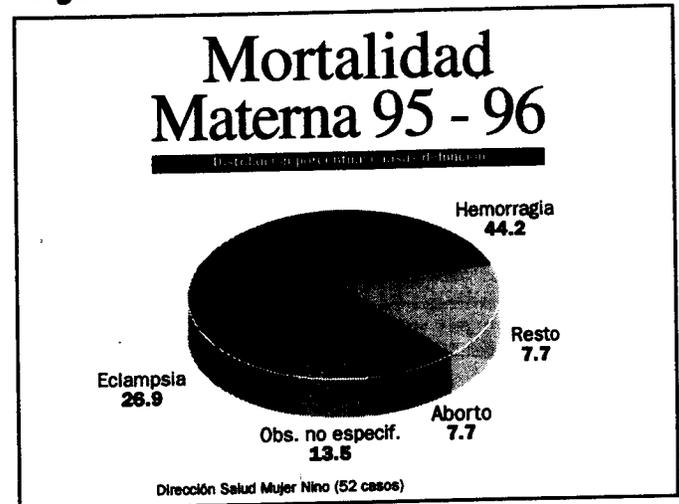
Chuquisaca, en 1995, reportó 32 defunciones de las aproximadamente 55 esperadas, es decir el 58 por ciento. La Paz, Potosí y Cochabamba, donde ocurre el mayor número de muertes maternas, reportaron e investigaron pocas.

También, como consecuencia de las investigaciones, ciertas causas de muerte no contempladas en nuestra hipótesis de estructura y otras que considerábamos superadas, han hecho su aparición. Así ha sucedido con las complicaciones de la anestesia y con la rotura del útero.

Cinco defunciones maternas de las 53 investigadas tienen que ver con complicaciones de la anestesia administrada durante el trabajo de parto y el parto (código 074 de la 10a. Clasificación Internacional de Enfermedades). En tres casos como causa única y asociada en otros dos.

De las defunciones por rotura del útero, dos ocurrieron en Cochabamba y una en Santa Cruz.

**Figura 3**



La agrupación de las defunciones por causas conocidas aparece en la figura No.3 la primera causa constituyen las hemorragias, en especial por retención placentaria, por cuanto los casos investigados son tanto defunciones hospitalarias como domiciliarias.

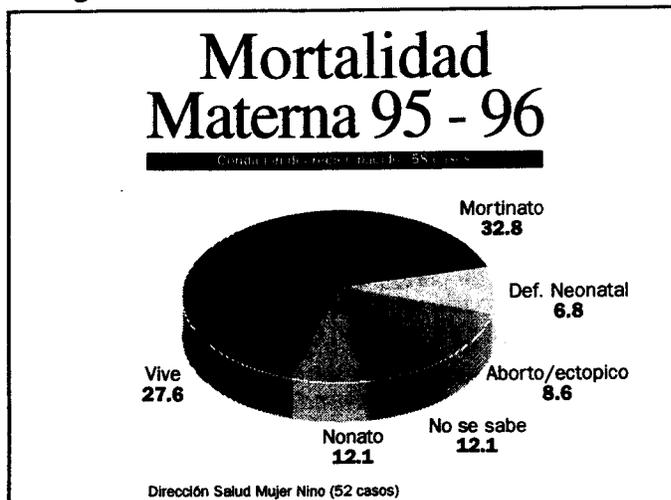
La mayor frecuencia de hemorragias frente a las otras causas obedece en parte al nivel de la tasa de mortalidad materna. La experiencia internacional indica que la mortalidad materna puede ser abatida interviniendo en los problemas de mayor vulnerabilidad, como las hemorragias e infecciones. Sin embargo, en Bolivia las posibilidades de transfusión sanguínea son muy reducidas.

En cuanto a la preeclampsia, los esfuerzos están dirigidos a mejores y más tempranos procedimientos de detección y diagnóstico, razón por la que no ha sido posible avanzar mucho. Sin embargo, de un tiempo a esta parte las investigaciones con el ácido acetilsalicílico están dando buenos resultados, a condición de que sea posible identificar a las embarazadas que tienen el mayor riesgo de desarrollar preeclampsia.

2) Altiplano, 603 defunciones maternas por 100.000 nacidos vivos; valle, 293 x 100.000 y llanos, 110 x 100.000.

Las causas que provocan mortalidad materna afectan también a los fetos y neonatos, tal como muestra la figura No.4

**Figura 4**



De todos los nacimientos ocurridos (la figura 4 incluye abortos), el 51,7 por ciento constituye muertes perinatales, contra 27,6 por ciento de nacidos vivos y que continuaban estándolo durante la entrevista familiar posterior a la defunción de la madre.

En el cuadro final aparece una lista de algunos indicadores cuya tendencia es posible observar a partir de una línea de base

**SITUACION DE LOS INDICADORES DE SALUD DE LA MUJER  
BOLIVIA 1992 - 1995**

| INDICADOR   | AÑO BASE 1992 | 1994         | 1995         |
|---|---------------|--------------|--------------|
| Cobertura Global CPN                              | 55,9          | 78,4         | 87,4         |
| Cobertura PNT Servicios SNS                       | 42,9          | 51,0         | 53,7         |
| % Primeras consultas PNT antes 5to. mes           | 39,1          | 41,4         | 42,8         |
| % Embarazadas c/4 consultas                       | 19,7          | 21,6         | 25,9         |
| Cobertura Global parto hospít. s/ENDASA - II      | -             | 43,0 (89-94) | -            |
| Cobertura parto hospít. servicios SNS             | 17,0 (93)     | 19,5         | 20,0         |
| % embarazadas vacunadas dos dosis T.T.            | 20,1 (85-89)  | 21,5 (91-93) | -            |
| APPs Servicios SNS                                | 15.514 (1993) | 35.649       | 54.606       |
| Cobertura 1ra. consulta postparto                 | 13,1          | 21,1         | 24,1         |
| Cobertura Papanicolau mujeres 25 - 54 años        | -             | -            | 12,9 (93-95) |
| Mortalidad materna hospitalaria x 100.000 nv      | 110,2         | 129,6        | 123,8        |
| Mortalidad perinatal hospitalaria x 1.000 nacidos | 33,5          | 33,5         | 30,6         |
| % BPN hospít. nacidos vivos y muertos             | 5,1           | 6,1          | 7,7          |

**CONCLUSION**

La información presentada permite establecer que el proceso de vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna y perinatal ha comenzado, pero de forma lenta.

Hay una brecha muy grande entre el número de muertes estimado y las que se detectan, reportan e investigan. La dificultad parece radicar en el volumen de defunciones domiciliarias, situación que impone la conformación de redes comunitarias de informantes clave.

Sin embargo, en razón a que el trabajo con la comunidad debe tener horizontes positivos, la promoción del Seguro Nacional de Maternidad y Niñez, la conformación de redes sociales para la transferencia de embarazadas en emergencia obstétrica, el mejoramiento de la capacidad de respuesta clínica de los hospitales básicos de apoyo y la promoción de los derechos de la mujer, son tareas que deben emprender los municipios, los directorios locales de salud, las unidades de gestión sectorial y la propia comunidad a través de sus instancias representativas.

Los Consejos Provinciales de Participación Popular juegan un rol muy importante en la tarea de procurar mejores días para los ciudadanos, por cuando el desarrollo social es más efectivo contra la enfermedad y la muerte.

En cuanto a los comités de estudio de la mortalidad materna y perinatal, que en el nivel local no son otros que los CAI, les corresponde un trabajo más sistemático. Los dictámenes emitidos por los comités adolecen todavía de algunos defectos, porque hay poca experiencia en vigilancia epidemiológica y por temor a comprometerse.

El dictamen es un paso científico pero también humano en el proceso de vigilancia epidemiológica. Su éxito radica, primero, en su carácter confidencial y no punitivo y, segundo, en las acciones de mejoramiento que tiene que generar.

Se dictamina no para sancionar sino para mejorar. Los procesos administrativos por negligencia o incapacidad no son responsabilidad ni tarea de los comités de estudio de la mortalidad materna y perinatal, sino de otras instancias, como la dirección de un hospital, el Directorio Local de Salud o la Dirección Departamental de Salud.

**BIBLIOGRAFIA**

- 1.- Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 1994, La Paz: INE; 1994
- 2.- Ministerio de Desarrollo Humano. Plan de Acciones Estratégicas 1996 - 1997, La Paz: MDH; 1996.
- 3.- Ministerio de Hacienda, Instituto Nacional de Estadística, Anuario estadístico 1994, La Paz: INE; 1995
- 4.- Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Clasificación estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. 10a. ed. Washington, D.D: OPS 1996 (Volumen Nro. 1)
- 5.- Secretaría Nacional de Salud, Dirección Nacional de Salud y Nutrición de la Mujer y el Niño. Plan Vida para la reducción acelerada de la mortalidad materna, perinatal y del menor de 5 años. La Paz: Artes Gráficas Latina; 1995.
- 6.- Secretaría Nacional de Salud, Dirección Nacional de Salud y Nutrición de la Mujer y el Niño. Vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna y perinatal, La Paz: Artes Gráficas Latina; 1995.
- 7.- Secretaría Nacional de Salud, Subsistema Nacional de Información de Salud, Estadísticas de Salud 1993, 1994, 1995, La Paz: SNIS; 1996.

# Nuevas normas de atención a la Mujer y al Niño

## DIRECCION DE SALUD MUJER Y NIÑO

Una de las atribuciones de la Secretaría Nacional de Salud es la formulación de normas clínicas para la atención a la población en las diferentes instancias y niveles formales del sistema nacional de salud.

Por razones de diversa índole, el proceso normativo, por naturaleza dinámico y cambiante, sufrió demoras. Esto determinó la vigencia, por más tiempo del que era de desear (5 años), de normas con enfoque muy general que limitaban la resolución de emergencias obstétricas y pediátricas.

Sin perder de vista la visión integral del individuo y la necesidad de realizar acciones promocionales, preventivas y de recuperación, en la vieja pero sabia insistencia de lograr un punto de encuentro entre los programas promocionales y preventivos con los de tratamiento, cayó por su peso la necesidad de contar con documentos normativos que faciliten el abordaje de las patologías que mayor daño provocan a la salud y calidad de vida de las mujeres y niños bolivianos.

En una ceremonia de valor histórico, realizada el viernes 25 de octubre del presente año, la Dirección de Salud Mujer y Niño, de la Secretaría Nacional de Salud, presentó las nuevas normas para la atención a la mujer y al recién nacido en puestos de salud, centros de salud, hospitales básicos de apoyo y hospitales departamentales.

La alocución central estuvo a cargo del Dr. Oscar Sandoval Morón, Secretario Nacional de Salud. Abordó diversos tópicos vinculados con la atención a los pacientes en los servicios públicos de salud, e hizo hincapié en la calidad de esa atención, cuya consecución, dijo, más que una meta técnica es un compromiso ético de los servicios de salud con la población.

Las normas publicadas y presentadas son: Norma Boliviana de Salud NB-SNS-01-96, Atención a la mujer y al recién nacido en institutos de maternidad y en hospitales departamentales y, Norma Boliviana de Salud NB-SNS-02-96, Atención a la mujer y al recién nacido en puestos de salud, centros de salud y hospitales básicos de apoyo.

La formulación de la primera norma estuvo a cargo de profesionales gineco-obstetras y pediatras convocados por la Dirección de Salud Mujer y Niño, en tanto la segunda con la misma modalidad es el resultado de un trabajo colaborativo entre el Proyecto MotherCare y la Dirección de Salud Mujer y Niño.

Ambos documentos, aprobados mediante Resolución Secretarial Nro. 0822 de 22-10-96 como oficiales y por tanto de aplicación obligatoria, tienen la finalidad de, entre otras, uniformar el desempeño del equipo de salud, establecer bases técnicas y legales de respaldo, asignar responsabilidades por niveles de atención y establecer parámetros para dar inicio a actividades de auditoría médica.

La norma para el primer y segundo niveles de atención cuenta,

además, con un currículo de capacitación, que en breve será aplicado en la Maternidad Germán Urquidí de Cochabamba y en el Hospital de la Mujer de La Paz, para adiestrar al personal de salud de los municipios donde apoya el Proyecto Mothercare.

La distribución de los dos documentos normativos ya ha comenzado, y constituyen el respaldo clínico para el Seguro Nacional de Maternidad y Niñez, aunque estas nuevas normas contienen protocolos para atender también otras contingencias por el momento no cubiertas por la nueva estrategia.

## Norma Boliviana de Salud

### Resolución Secretarial N° 0822

#### VISTOS Y CONSIDERANDO:

Que la Constitución Política del Estado en su Art. 158 expresa que el Estado tiene la obligación de defender el capital humano protegiendo la salud de la población;

Que el Código de Salud de la República de Bolivia en su Art. 3 manifiesta que corresponde al Poder Ejecutivo a través de la autoridad de salud la definición de la política nacional de salud;

Que en aplicación de dichos instrumentos legales se han elaborado normas clínicas para la atención a la mujer y el niño en los tres niveles del Sistema Nacional de Salud;

Que la implantación de esas normas tiene por objeto uniformar el desempeño del equipo de salud para mejorar la calidad, de atención establecer (bases) técnicas y legales de respaldo, asignar responsabilidades por niveles e iniciar actividades de auditoría médica.

Por tanto; la Secretaría Nacional de Salud en uso de sus atribuciones concedidas por las disposiciones jurídicas vigentes

#### RESUELVE:

A partir de la promulgación de la presente Resolución Secretarial, la NORMA BOLIVIANA DE SALUD NB-SNS-01-96: ATENCION A LA MUJER Y AL RECIEN NACIDO EN INSTITUTOS DE MATERNIDAD Y EN HOSPITALES DEPARTAMENTALES y la NORMA BOLIVIANA DE SALUD NB-SNS-02-96: ATENCION A LA MUJER Y AL RECIEN NACIDO EN HOSPITALES DE APOYO, CENTROS DE SALUD Y PUESTOS DE SALUD, tienen el carácter de documentos oficiales nacionales de aplicación obligatoria.

La Dirección de Salud de la Mujer y el Niño tomará nota de ésta resolución para fines consiguientes.

Regístrese, hágase saber y archívese.

A los veinte y dos días del mes de octubre de mil novecientos y seis.

Dr. Oscar Sandoval Morón  
**SECRETARIO NACIONAL DE SALUD**

# Seguridad en la tercera edad

## Decreto Supremo Nº 24355

GONZALO SANCHEZ DE LOZADA  
PRESIDENTE CONSTITUCIONAL DE LA REPUBLICA

### CONSIDERANDO:

Que el artículo 7 inc. a) de la Constitución Política del Estado consagra el derecho de las personas a la vida, a la salud y a la seguridad;

Que en el marco de las políticas de Desarrollo Humano y la preservación de los derechos ciudadanos, el Supremo Gobierno considera de prioridad nacional la atención y protección de las personas de la tercera edad por medio de políticas públicas y normas legales que garanticen el respeto y el ejercicio pleno de sus derechos humanos.

EN CONSEJO DE MINISTROS,

### DECRETA:

#### ARTICULO 1.- (CREACION Y OBJETO):

- I. Se instituye el Programa Nacional de Apoyo y Protección a las personas de la tercera edad en las áreas de salud, educación, asistencia legal y servicio social.
- II. En este programa están comprendidas todas las personas mayores de sesenta y cinco años.

**ARTICULO 2.- (AREAS DE ACTIVIDADES).**- El programa de apoyo y protección desarrollará actividades en las siguientes áreas.

#### 1) Area Salud:

- a) El Ministerio de Desarrollo Humano mediante la Secretaría Nacional de Salud y el sistema público descentralizado y participativo de salud otorgará a todos los ciudadanos mayores de 65 años, que no cuenten con recursos económicos, atención de consulta médica gratuita. Asimismo se dispone su atención prioritaria y selectiva en los servicios ambulatorios y hospitalarios.

#### 2) Area Legal:

- a) El Ministerio de Justicia, a través de la Defensa Pública y de conformidad al Decreto Supremo 24073 de 20 de julio de 1995, prestará asistencia técnico legal gratuita a las personas de la tercera edad perseguidas penalmente, que no cuenten con recursos económicos para procurarse una defensa particular.
- b) El Ministerio de Gobierno por medio de la Policía Nacional creará la unidad de protección a las personas de la tercera edad.
- c) El Ministerio de Desarrollo Humano a través de la Secretaría Nacional de Asuntos Étnicos, de Género y Generacionales promoverá y coordinará con otras instituciones públicas y privadas el funcionamiento de oficinas de asesoramiento legal en favor de las personas de la tercera edad.

#### 3) Area de Educación:

- a) El Ministerio de Desarrollo Humano a través de la Secretaría Nacional de Educación promoverá programas de capacitación en gerontología y geriatría en el sistema de enseñanza formando recursos humanos calificados, para la atención de personas de la tercera edad.
- b) El Ministerio de Desarrollo Humano mediante la Secretaría Nacional de Asuntos Étnicos, de Género y Generacionales y en coordinación con el Ministerio de Justicia a través de la Subsecretaría de Derechos Humanos, promoverá programas para la difusión y capacitación sobre los derechos humanos de las personas de la tercera edad.
- c) El Ministerio de Desarrollo Humano por medio de las Secretarías Nacionales de Educación, Salud y de Asuntos Étnicos de Género y Generacional promoverá la capacitación de las personas de la tercera edad, conforme a un plan nacional que recoja las demandas e intereses de los mismos.
- d) El Ministerio de Desarrollo Humano propiciará actividades de voluntariado de las personas de la tercera edad, tomando en cuenta sus capacidades y aptitudes.



#### 4) Area de Servicios

- a) El Ministerio de Desarrollo Humano a través de la Secretaría Nacional de Servicio Social, facilitará el acceso de las personas de la Tercer Edad a los servicios sociales, en el ámbito de su competencia. Asimismo, se establecerá mediante resolución expresa, el monto mínimo de las asignaciones para el sostenimiento adecuado de los hogares de las personas de la tercera edad, el mismo que deberá ser consignado en los presupuestos de las Prefecturas Departamentales.

**ARTICULO 3.- (CEDULAS DE IDENTIFICACION).**- La Dirección Nacional de Identificación expedirá cédulas de identidad con carácter indefinido a todas las personas mayores de sesenta y cinco años.

**ARTICULO 4.- (NORMA DE TRATAMIENTO PREFERENTE).**- Las personas de la tercera edad recibirán un trato especial y preferentemente en los trámites que realicen, disponiendo para al efecto los mecanismos pertinentes y necesarios.

**ARTICULO 5.- (COMISION DE EVALUACION Y SEGUIMIENTO).**- Créase la comisión de seguimiento y evaluación permanente del Programa Nacional de Apoyo y Protección a las personas de la Tercera Edad, cuya conformación y funcionamiento será determinada por Resolución Suprema.

**ARTICULO 6.- (GESTION DE FINANCIAMIENTO).**- El Ministerio de Desarrollo Humano gestionará asistencia técnica y recursos financieros nacionales y de la cooperación internacional, con la finalidad de brindar atención integral a las personas de la tercera edad.

**ARTICULO 7.- (DEROGACION).**- Se deroga en el artículo 5º el párrafo tercero del decreto supremo Nº 22766 de 2 de abril de 1991.

Los señores Ministros de Estado en sus respectivos Despachos, quedan encargados de la ejecución y cumplimiento del presente Decreto Supremo.

Es dado en el Palacio de Gobierno de la ciudad de La Paz, a los veintitrés días del mes de agosto de mil novecientos noventa y seis años.

FDO.- GONZALO SANCHEZ DE LOZADA

Fdo. Antonio Aranibar Quiroga

Fdo. Carlos Sánchez Berzain

Fdo. Jorge Otasevic Toledo

Fdo. José Guillermo Justiniano S.

MINISTRO DE LA PRESIDENCIA Y SUPLENTE DE JUSTICIA

Fdo. Fernando Candia Castillo.

Fdo. Freddy Teodovich Ortiz

Fdo. Moisés Jarmusz Levy

Fdo. Reynaldo Peters Arzabe

Fdo. Guillermo Ritcher Ascimani

Fdo. Edgar Saravia Durnik

MINISTRO SUPLENTE DE CAPITALIZACION

Fdo. Jaime Villalobos Sanjinéz

# La Reforma de Salud avanza

## Lic. Guillermo Oponente Reyes-Ortiz \*

En fecha 15 octubre/96 se llevó a cabo la primera reunión del Comité de Dirección de la Reforma creado mediante Resolución Ministerial 105/96. La reunión fue presidida por el Ministro de Desarrollo Humano y contó con la participación de los Secretarios Nacionales de Salud y de Hacienda, los Subsecretarios de Salud y Seguros Médicos, los Directores Ejecutivos de UDAPSO e INASES y el presidente de la Caja Nacional de Salud. El Comité aprobó en forma unánime el informe presentado por la Unidad Ejecutora del Proyecto, que en líneas generales se sintetiza a continuación.

La Reforma de Salud en el país emerge de las Reformas Estructurales llevadas a cabo por el Gobierno Nacional y que han modificado los cimientos de la administración del Estado Boliviano.

La Ley de Participación Popular marca un hito histórico puesto que no solamente incorpora a las organizaciones de los ciudadanos en la toma de decisiones a través de los Comités de Vigilancia si no que también distribuye parte de los recursos tributarios, con base de capacitación, entre 311 Municipios mediante un mecanismo de carácter automático y respetando el valor de cada ciudadano sin discriminar su lugar de residencia. La tan mentada y criticada centralización ha concluido, iniciándose una nueva era en la conducción del Estado mediante la transferencia de atribuciones administrativas a las Prefecturas tal como se concibe mediante la Ley de Descentralización Administrativa.

Ambas Leyes impulsan la Creación del Nuevo Modelo Sanitario que constituye la respuesta del Sector al reto planteado por la Descentralización Administrativa con Participación Ciudadana, es así que se crea el Sistema Público Descentralizado y Participativo de Salud el Sistema Político Descentralizado y Participativo de Salud, cuya consolidación constituye primera prioridad para el proceso de Reforma de Salud.

El nuevo modelo sanitario cuestiona el modelo biomédico, reparativo, centralista, basado en la sobrevaloración del rol del Hospital y reconoce como núcleo del modelo al Centro de Salud. Pondera la red básica de servicios como elemento que permite afrontar de manera sistémica las necesidades de salud de nuestra población. Encuentra en el Directorio Local de Salud el mecanismo de gestión mediante el cual se recoge el criterio ciudadano que junto al técnico del sector y bajo la conducción municipal debe identificar las necesidades regionales y afrontarlas pero en el marco de las prioridades nacionales que están tácitamente establecidas en el Decreto Supremo 24237.

El Modelo Sanitario Boliviano será consolidado respetando los siguientes conceptos y lineamientos básicos:

- Impulsar el Desarrollo Humano Sostenible.



- Rescatar los pilares de la Atención Primaria de Salud.
- Articular el Sistema Nacional de Salud.
- Reforzar la aplicabilidad de la Política Nacional de Salud.
- Reconocer al Centro de Salud como núcleo de la Red de servicios.

Pero es importante reconocer que la aplicación el Nuevo Modelo Sanitario no resolverá por sí mismo todos los problemas de salud de nuestro país, por tal razón el proceso de reforma tiene, el propósito fundamental de crear las mejores condiciones de salud de la población, respetando los siguientes principios.

- Universalidad en el acceso a la salud esencial.
- Solidaridad en el uso y asignación de recursos.
- Equidad en el acceso y protección de riesgos vinculados a la salud esencial.
- Calidad Humana y técnica en la atención integral de la salud.

El Comité de Dirección aprobó la organización del Proyecto así como el cronograma de trabajo y las principales actividades que se deben cumplir a corto plazo.

En tal sentido, en próximos números de "Salud Informa" nos referiremos a los excelentes resultados obtenidos en las reuniones llevadas a cabo con la reciente visita de una Misión del Banco Mundial, así como la reunión de trabajo prevista para la última semana de noviembre con la participación de expertos de la Agencia Británica de Cooperación (ODA), OPS/OMS-UNICEF-USAID y el Banco Mundial.

\* Gerente Proyecto Reforma de Salud  
Ministerio de Desarrollo Humano

# Ley de la persona con discapacidad



## LEY Nº 1678 15 DE DICIEMBRE DE 1995

GONZALO SANCHEZ DE LOZADA  
PRESIDENTE CONSTITUCIONAL DE LA REPUBLICA

Por cuanto, el Honorable Congreso Nacional, ha sancionado la siguiente Ley:

EL HONORABLE CONGRESO NACIONAL,  
DECRETA:

LEY DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD

### CAPITULO I

#### DE LAS DEFINICIONES

**Artículo 1ro.** Para los efectos de la presente ley se utilizarán las definiciones siguientes:

##### **A. Deficiencia,**

Es toda pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica.

##### **B. Discapacidad.**

Es toda restricción o ausencia de una deficiencia, de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano.

##### **C. Minusvalía.**

Es una situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad, que limita e impide el desempeño de un rol que es normal, en función de la edad, del sexo y de los factores sociales y culturales concurrentes.

##### **D. Prevención**

Significa la adopción de medidas encaminadas a impedir que se produzcan deficiencias físicas, mentales o sensoriales (Prevención primaria) o a evitar que las deficiencias, cuando se han producido, se agraven o produzcan consecuencias físicas, psicológicas y sociales negativas (Prevención Secundaria)

##### **E. Rehabilitación**

Es el proceso global y continuo, de duración limitada y con objetivos definidos, encaminado a permitir que una persona con deficiencia alcance un nivel físico, mental y social óptimo, proporcionándole así los medios que le permitan llevar en forma independiente y libre su propia vida. Puede comprender medidas encaminadas a compensar la pérdida de una función o una limitación funcional, y otras medidas encaminadas a facilitar ajustes o reajustes sociales.

##### **F. Educación especial**

Se tiene como un conjunto de servicios, programas y recursos educativos puestos a disposición de las personas para favorecer su desarrollo integral, facilitándoles la adquisición de habilidades y destrezas que los capaciten para lograr el fin último de la educación. La Educación Especial se enmarca en los principios filosóficos de Normalización, Integración, Sectorización de Servicios e Individualización de la Enseñanza.





### G. Equiparación de oportunidades

Es el proceso mediante el cual el sistema general de la sociedad (el medio físico y cultural, la vivienda y el transporte, los servicios sociales sanitarios, las oportunidades de educación y trabajo, la vida cultural y social, incluidas las instalaciones deportivas y de recreo) se hacen accesibles para todos. Las medidas de equiparación de oportunidades inciden sobre las condiciones del entorno físico y social, eliminando cuantas barreras se oponen a la igualdad y a la efectiva participación de las personas discapacitadas, creando oportunidades para su desarrollo biopsicosocial y personal y promoviendo la solidaridad humana.

### H. Discriminación

Es la actitud y/o conducta social segregacionista, que margina a las personas con discapacidad, por el solo hecho de presentar una deficiencia.

### I. Normalización

El concepto básico de normalización busca la provisión de servicios comparables a los disponibles para las demás personas. El principio de normalización está dirigido tanto a las personas con necesidades especiales como al público, al cual le sirve de guía.

### J. Necesidades especiales

Se adopta esta denominación en lugar de Discapacitados, Impedidos y otras, por el hecho de que incita perentoriamente a la obligación y responsabilidad de satisfacer las necesidades de las personas con discapacidad, a través de las acciones que sean requeridas y para superar confusiones nocivas y rotulaciones a la sociedad.

## CAPITULO II

### DE LA FINALIDAD, AMBITO Y APLICACION DE LA LEY

**Artículo 2º.** La presente ley regula los derechos, deberes y garantías de las personas con discapacidad, estantes y habitantes en el territorio de la República. Tiene la finalidad de normar los procesos destinados a la habilitación, rehabilitación, prevención y equiparación de oportunidades de las personas discapacitadas, así como su incorporación a los regímenes de trabajo, educación, salud y seguridad social, con seguros de corto y largo plazo.

**Artículo 3º.** Las normas y disposiciones contenidas en la presente ley son de orden público y social, su aplicación es imperativa.

**Artículo 4.** Los organismos del sector público, privado y mixto que tengan relación con la presente ley, se encuentran sujetos a su ámbito de aplicación y cumplimiento.

## CAPITULO III

### DE LOS DERECHOS

**Artículo 5to.** Las personas con discapacidad gozan de los derechos y garantías reconocidos por la Constitución Política del Estado otras disposiciones legales y de los beneficios que establece la presente ley.

**Artículo 6.** Los derechos y beneficios reconocidos en favor de las personas discapacitadas son irrenunciables, siendo los principales:

- a) El derecho a la vida, desde la concepción hasta la muerte, bajo la protección y asistencia de la familia, de la sociedad y del Estado.
- b) A vivir en el seno de su familia o en un hogar que la sustituya, en caso de no contar con ésta.
- c) A gozar de las prestaciones integrales de salud y otros beneficios sociales de la misma calidad, eficiencia y oportunidad que rigen para los demás habitantes del país.
- d) A su rehabilitación en centros especializados públicos y privados, con prestaciones especiales de salud, de acuerdo al tipo y grado de impedimento o discapacidad.
- e) A participar de las decisiones sobre su tratamiento, dentro de sus posibilidades y medios.
- f) A ser habilitados y rehabilitados profesional y ocupacionalmente.
- g) A recibir educación en todos los ciclos o niveles, sin ninguna discriminación, en establecimientos públicos y privados, de acuerdo al tipo y grado de discapacidad.
- h) Al trabajo remunerado, en el marco de lo dispuesto en la Ley General del Trabajo.
- i) A ser protegido contra toda explotación, trato abusivo o degradante, bajo sanciones proporcionales al grado de la discapacidad del damnificado.
- j) A recibir las facilidades otorgadas por el Estado y las instituciones privadas para su libre movilización y desplazamiento, en las vías públicas, en recintos públicos y privados, en áreas de trabajo, deportivas y de esparcimiento, eliminando las barreras sociales, culturales, de comunicaciones y arquitectónicas.

## CAPITULO IV

### DE LAS OBLIGACIONES

**Artículo 7mo.** La persona que requiera de rehabilitación integral de acuerdo a su edad cronológica y a sus aptitudes, deberá ingresar a establecimientos especializados para recibir atención adecuada. En caso necesario recurrirá a las Oficinas de Asistencia Social del Estado, para realizar los trámites de admisión pertinentes.

**Artículo 8vo.** La persona que haya pasado por el proceso de rehabilitación sin haber alcanzado íntegramente su

habilitación, deberá ingresar a establecimientos especializados, ya sean éstos públicos o privados, de acuerdo al tipo y grado de discapacidad.

**Artículo 9no.** La persona con discapacidad de acuerdo a los límites que le imponen los distintos tipos de discapacidad y minusvalía, deberá participar en el caso de los adultos, en las tareas comunes de la convivencia social y en la formulación de planes y programas destinados a su rehabilitación y habilitación.

**Artículo 10mo.** Toda persona con discapacidad, postulante a un empleo, tendrá igualdad de oportunidades. Al igual que cualquier otro habitante, presentará su solicitud de empleo cumpliendo los requisitos y formalidades necesarias que le permitan ser calificado con respecto a su competencia para realizar el trabajo al que postula. Cualquier discriminación que perjudique sus intereses, el postulante podrá elevar su queja a la autoridad competente.

**Artículo 11vo.** Los padres y tutores de personas con discapacidad están obligados a prestarles la atención y el cuidado necesarios, lo mismo que, procurar los medios adecuados para su mejor rehabilitación.

**Artículo 12vo.** Es deber del Estado hacer respetar y fiscalizar el estricto cumplimiento de las disposiciones legales sobre higiene y seguridad industrial, así como destinar los recursos necesarios para evitar y prevenir las causas de discapacidad e incentivar a la comunidad para cooperar en la utilización de dichos recursos.

**Artículo 13vo.** El Estado y la comunidad promoverán la creación de servicios especializados en beneficio de la persona con discapacidad, particularmente, para los que no tienen padres o tutores y que por sus limitaciones requieran permanente atención.

**Artículo 14vo.** El empleador que contrate y/o emplee a personas con discapacidad, recibirá el reconocimiento del Estado, en igual forma, todas las personas profesionales y no profesionales que trabajen en las áreas de salud, rehabilitación integral y educación de las personas con discapacidad.

**Artículo 15vo.** El Ministerio de Trabajo promoverá la creación de incentivos de diversa índole para las empresas,



asociaciones y grupos de auto-ayuda productivos, formados por personas con discapacidad.

**Artículo 16vo.** La empresas de transporte terrestre, aéreo, lacustre y fluvial, sean públicas o privadas, darán las máximas facilidades a las personas con discapacidad para llevar consigo y sin recargo alguno, sus equipos biomecánicos, las sillas de ruedas y otros implementos necesarios, así como perros lazarillos.

## CAPITULO V

### DEL ORGANISMO EJECUTOR

**Artículo 17vo.** Se constituye el Comité Nacional de la Persona con Discapacidad, como entidad descentralizada del Ministerio de Desarrollo Humano, que tendrá como objetivo principal la orientación, coordinación, control y asesoramiento de políticas y acciones en beneficio de las personas discapacitadas. Su composición es la siguiente:

- a) El Ministerio de Desarrollo Humano con:
  - Un representante de la Secretaría Nacional de Salud.
  - Un representante de la Secretaría Nacional de Educación
- b) Un representante del Ministerio de Trabajo
- c) Cuatro representantes de la Confederación de Personas con Discapacidad y/o manteniendo paridad con los demás representantes.
- d) Un representante de las Organizaciones No Gubernamentales (ONG's) que trabajen en el área de la discapacidad.

**Artículo 18vo.** El Comité Nacional de la Persona con Discapacidad contará con un Consejo Consultor, que será convocado según las necesidades.

## CAPITULO VI

### DE LAS ATRIBUCIONES DEL ORGANISMO EJECUTOR

**Artículo 19vo.** El Comité Nacional de la Persona con Discapacidad, tendrá las atribuciones siguientes:

- a) Promover y proponer a todo nivel políticas en materia de discapacidades.
- b) Evaluar, controlar y supervisar la ejecución de planes, programas y proyectos en materia de discapacidad.
- c) Promover y recomendar la creación de instituciones de rehabilitación y/o habilitación y el mejoramiento de las existentes, de acuerdo a los avances científicos y tecnológicos de esta especialidad.
- d) Promover y recomendar la creación de organizaciones de personas con discapacidad, de padres, tutores y curadores.
- e) Coordinar las actividades de las instituciones públicas, privadas y mixtas que desarrollan labores en materia de discapacidad.
- f) Incentivar programas de capacitación de recursos humanos en materia de discapacidad.
- g) Estimular la fabricación, importación y uso de equipos, instrumentos y elementos de ayuda bio-mecánica en rehabilitación.

- h) Asesorar sobre cualquier actividad de rehabilitación integral, que se vincule con la problemática de la persona con discapacidad y su incorporación a la sociedad.
- i) Promover la revisión y unificación de sistemas para la calificación de discapacidades.
- j) Promover y apoyar la investigación, información, documentación y estudio en discapacidad.
- k) Proporcionar la información necesaria para la investigación en materia de discapacidad.
- l) Promover la capacitación, canalización y supervisión adecuadas, de la cooperación técnica financiera para los programas de rehabilitación.
- m) Coordinar con los distintos ámbitos estatales y privados, respetando el principio de la normalización, universalidad y democratización.
- n) Abogar por los derechos de la persona con discapacidad.
- o) Velar por el adecuado destino y uso de los recursos humanos, materiales y económicos orientados a la problemática de la discapacidad.

## CAPITULO VII

### DE LA PARTICIPACION INSTITUCIONAL

**Artículo 20vo.** La Secretaría Nacional de Asuntos Urbanos en coordinación con las Alcaldías Municipales, el Comité Nacional de la Persona con Discapacidad y otras instituciones afines a la problemática de la discapacidad, en cumplimiento de sus específicas funciones y bajo su responsabilidad, dictarán las normas específicas en lo urbano, arquitectónico y la construcción, ajustadas a la realidad nacional, con destino a servir a la integración de las personas con discapacidad.

**Artículo 21vo.** El Poder Ejecutivo, a través de los Ministerios, Secretarías Nacionales, Prefecturas, organismos técnicos, así como los Municipios y demás instituciones estatales, para el cumplimiento de las acciones específicas que les compete en el campo de la discapacidad, deberán revisar, reorganizar, reforzar y/o crear las unidades especializadas correspondientes, destinadas a la atención de la persona discapacitada y actuar conforme a los planes, programas y normas relativas a la discapacidad, en las funciones de cada una de las instituciones antes mencionadas.

**Artículo 22vo.** La Secretaría Nacional de Hacienda a través de las reparticiones de su dependencia, previo dictamen favorable del Comité Nacional del Discapacitado y de acuerdo a reglamentación especial, otorgará las franquicias, liberaciones y/o exenciones en el pago de gravámenes e impuestos a toda importación de:

- a) Equipos, materiales e instrumental destinados a los Centros de Habilitación y Rehabilitación de personas con discapacidad en todo el país.
- b) Equipo y enseres de uso estrictamente personal de discapacitados.

**Artículo 23vo.** Los organismos encargados de aplicar la presente ley, deberán contar con los profesionales y técnicos de reconocida idoneidad, para la atención de la persona discapacitada.

**Artículo 24vo.** Las entidades privadas creadas por disposiciones legales destinadas a ejercer actividades en el campo de habilitación y rehabilitación, deberán cumplir estrictamente lo establecido en la presente ley y su reglamento.

### DISPOSICIONES FINALES

**Artículo 25vo.** El Poder Ejecutivo queda encargado de la reglamentación de la presente ley en el plazo de 180 días a partir de su promulgación.

**Artículo 26vo.** Quedan derogadas las disposiciones legales contrarias exceptuando la Ley de 22 de enero de 1957, que crea el Instituto Boliviano de la ceguera.

Remítase al Poder Ejecutivo para fines constitucionales

#### Sala de Sesiones del H. Congreso Nacional.

La Paz, 15 de diciembre de 1995 Fdo. Juan Carlos Durán Saucedo, Guillermo Bedregal, Guillermo Richter A. Horacio Torres Guzmán, Miguel Antoraz Chalup, Alfredo Romero.

Por tanto, la promulgo para que se tenga y cumpla como Ley de la República.

Palacio de Gobierno de la ciudad de La Paz, a los quince días del mes de diciembre de mil novecientos noventa y cinco años.

Fdo. **Gonzalo Sanchez de Lozada**, Carlos Sánchez Berzaín, José G. Justiniano Sandoval, Freddy Teodovich Ortiz, Reynaldo Peters Arzabe **MINISTRO DE TRABAJO Y SUPLENTE DE JUSTICIA**



## Resolución Ministerial N° 133/96

La Paz, 9 de octubre de 1996

### VISTOS Y CONSIDERANDO:

Que mediante Ley N° 1678, de fecha 15 de diciembre de 1995, se ha aprobado la Ley del Discapacitado con la finalidad de establecer los derechos y obligaciones de las personas con discapacidad.

Que el artículo 17° de esta Ley constituye el Comité Nacional de la Persona con Discapacidad como entidad descentralizada del Ministerio de Desarrollo Humano.

Que el objetivo principal de este Comité es la orientación, coordinación, control y asesoramiento de políticas y acciones en beneficio de las personas con discapacidad.

Que el Comité esta compuesto: por el Ministerio de Desarrollo Humano con un representante de la Secretaría Nacional de Salud, un representante de la Secretaría Nacional de Educación, un representante del Ministerio de Trabajo, cuatro representantes de la confederación de personas con Discapacidad, un representante de las Organizaciones No Gubernamentales que trabaje dentro el área de la discapacidad.

Que es necesario emitir la disposición legal que designe a los miembros del Comité Nacional de la Persona con Discapacidad.

### SE RESUELVE:

**PRIMERO:** Designese a los representantes del Comité Nacional de la Persona con Discapacidad, compuesto por los siguientes miembros:

|  |                            |
|--|----------------------------|
| Secretaría Nacional de Salud:  | Lic. Paula Dorakis Zilveti |
| Secretaría Nal. de Educación:  | Prof. Marianela Alvarado   |
| Ministerio de Trabajo:   | Lic. Miriam Lagos de Nieva |
| Confederación Boliviana de Personas con Discapacidad (4 representantes): |                            |



Luis Balboa Escalier  
Fernando A. López R.

Elizabeth Osorio Alurralde  
Lic. Cesar A. Invernizzi M.

Organizaciones  
No Gubernamentales:

Lic. Cándida del Gadillo

**SEGUNDO:** Los representantes del Comité Nacional de la Persona con Discapacidad, asumirán sus funciones en el día, con las formalidades de Ley.

Regístrese, comuníquese y archívese.

Freddy Teodovich Ortiz  
**MINISTRO**  
**DE DESARROLLO HUMANO**

Oscar Sandoval Morón  
**SECRETARIO**  
**NACIONAL DE SALUD**

Dr. Juan Carlos Rivero  
**DIRECTOR DE ASUNTOS JURIDICOS**  
**MINISTERIO DE DESARROLLO HUMANO**

# Parto Humanizado

## Centro de Salud La Portada

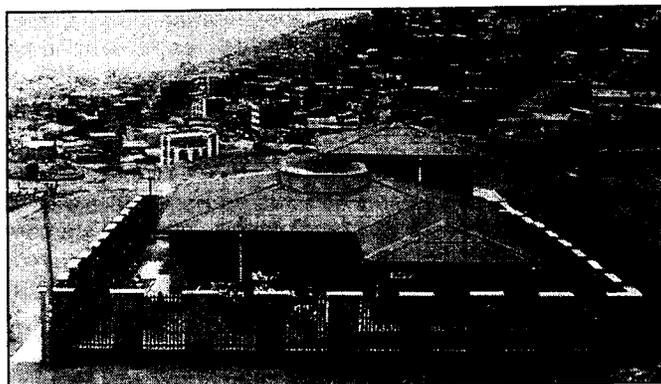
### Dr. Cristian Fuentes \*

El Centro de Salud La Portada, ubicada en la zona del mismo nombre, de la ciudad de La Paz, perteneciente al Distrito 1, es uno de los 47 Centros PROISS que brindan servicios médicos en la urbe paceña.

Este Centro, tiene ambientes adecuados como ser, una Sala de espera, que cuenta con una estufa y muebles que brindan comodidad y confort a los usuarios, un Consultorio de Odontología perfectamente equipado, un Consultorio de Medicina General, un consultorio de Pediatría, consultorio Gineco obstétrico, Sala de Partos, Sala de Puerperio, Enfermería con un stock de medicamentos esenciales y vacunas con las normas establecidas para su conservación, una Sala de Admisión, Salón Comunitario, en el que se llevan a cabo conferencias, cursos y reuniones de la comunidad. El Centro La Portada, también cuenta con la residencia del médico, ya que se constituye en un establecimiento de atención de 24 horas.

La cobertura en salud, de este Centro, y que abarca lo descrito, forma parte del programa del Seguro Nacional de Maternidad y Niñez.

Una de las características dignas de mención del Centro de Salud La Portada, es que en él se desarrolla el programa del Parto Institucional, que reúne atributos como ser atención del Parto a pedido de la madre, ya que se cuenta con la cama de Parto Humanizado, que permite a la parturienta adoptar la posición de cuclillas, no se realiza tricotomía, y se le hace conocer todos los derechos que le son dispensados a la madre gestante.



El Centro de Salud La Portada, tiene sus puertas abiertas a los visitantes y a los beneficiarios de sus coberturas médicas, con precios módicos y asequibles a la economía popular como en el caso de las consultas de medicina general, odontología y pediatría que no exceden los Bs 3.00 (tres bolivianos), al margen del Seguro Nacional de Maternidad y Niñez, que beneficia a la población con 4 consultas pre natales, atención de parto, postparto, atención del recién nacido y emergencias en niños menores de 5 años con afecciones respiratorias agudas y diarreas.

\* Gerente General PROISS

# Ley de la Medicina Transfusional y Bancos de Sangre

**No. 1687**

**LEY DE 26 DE MARZO DE 1996**

**GONZALO SANCHEZ DE LOZADA**  
PRESIDENTE CONSTITUCIONAL DE LA  
REPUBLICA

Por cuanto, el Honorable Congreso  
Nacional, ha sancionado la siguiente Ley:  
EL HONORABLE CONGRESO NACIONAL  
DECRETA:

**LEY DE LA MEDICINA TRANSFUSIONAL Y  
BANCOS DE SANGRE**

## CAPITULO I

### DE LAS DEFINICIONES DE LA LEY

**ARTICULO 1º** Para los efectos de la  
presente Ley se utilizarán las siguientes  
definiciones con carácter indicativo:

#### BANCO DE SANGRE:

Es servicio especializado con registro y  
licencia de funcionamiento de la Secretaría  
Nacional de Salud, encargado de la  
recolección, extracción, procesamiento,  
almacenamiento, conservación,  
fraccionamiento, control de calidad y  
distribución de Sangre Humana destinada  
a transfusiones o investigaciones en forma  
total o de sus componentes separados,  
sin fines de lucro, a centros de transfusión  
o investigación públicos o privados.

#### SERVICIO DE TRANSFUSION

Es la unidad básica de hemoterapia  
encargada de las transfusiones de sangre  
proveniente de los Bancos de Sangre, de  
acuerdo a reglamento específico.

#### HEMOTERAPIA

Es el tratamiento que se hace de algunas  
enfermedades utilizando la sangre como  
recurso terapéutico.

#### MEDICINA TRANSFUSIONAL:

Es la parte de la medicina que trata del  
empleo de la sangre y sus aplicaciones  
como medio terapéutico. Es un término  
consagrado por el uso en la práctica  
médica hematológica.

#### DONANTE DE SANGRE

Es la persona que, en forma voluntaria,  
libre y consciente, cumpliendo los

requisitos reglamentarios y sin que medie  
presión alguna, entrega su sangre o  
algunos de sus componentes, sin  
retribución económica y a título gratuito  
para su utilización con fines preventivos,  
terapéuticos, de diagnóstico o de  
investigación.

#### RECEPTOR DE SANGRE

Es toda persona que sea sujeto de una  
transfusión de sangre y/o sus  
componentes, estando sus derechos  
establecidos en la Constitución Política del  
Estado y la presente Ley.

#### AUTO RESERVA DE SANGRE

Es la extracción de sangre que se efectúa  
a una persona, para guardarla y  
conservarla hasta su oportuna utilización  
en ella misma.

#### PLANTA DE HEMODERIVADOS

Es todo establecimiento que se dedique  
al fraccionamiento en forma industrial de  
la Sangre Humana o sus componentes,  
con el fin de obtener productos derivados  
de la misma para la aplicación en medicina  
humana.

## CAPITULO II

### DEL AMBITO MATERIA Y ALCANCE DE LA PRESENTE LEY

**ARTICULO 2º.** El Estado Boliviano declara  
de interés nacional todas las actividades  
relacionadas con la Medicina Transfusional  
y los Bancos de Sangre, las que se regirán  
por disposiciones emergentes de la  
presente Ley y su Reglamentación,  
aplicándose en todo el territorio de la  
República.

**ARTICULO 3º.** Los Servicios de  
Transfusión y Bancos de Sangre públicos  
y privados, sólo podrán funcionar desde  
el momento que obtengan la respectiva  
licencia y registro legal en la Secretaría  
Nacional de Salud, dependiente del  
Ministerio de Desarrollo Humano.

**ARTICULO 4º.** Se prohíbe la exportación  
de Sangre Humana, sus componentes y  
derivados, salvo circunstancias de  
emergencia internacional, en cuyo caso,  
se requerirá autorización expresa de la  
Secretaría Nacional de Salud.

**ARTICULO 5º.** Cada departamento del

país, contará con los Bancos de Sangre y  
Servicios de transfusión necesarios y con  
Centros de Referencia Regionales,  
ubicados en los Hospitales de mayor  
complejidad de atención, de acuerdo a  
Reglamento.

**ARTICULO 6º.** La elaboración de  
hemoderivados se ajustará a  
disposiciones legales aplicables a  
medicamentos y/o especialidades  
farmacéuticas de uso humano.

**ARTICULO 7º.** En caso de emergencia y  
movilización nacional como consecuencia  
de un conflicto bélico, desastres naturales  
y/o tecnológicos u otras causas  
extraordinarias, el Poder Ejecutivo a través  
de la Secretaría Nacional de Salud,  
coordinará con las reparticiones del  
Estado involucradas en estas situaciones,  
para autorizar medidas de excepción a la  
presente Ley.

## CAPITULO III

### DEL ORGANISMO RECTOR Y DE LAS COMISIONES ASESORAS

**ARTICULO 8º.** La Secretaría Nacional de  
Salud es el Organismo Rector encargado  
de normar, coordinar, supervisar, controlar  
y orientar el ejercicio y la práctica de la  
hemoterapia y promover la formación de  
asociaciones o clubes de donantes  
voluntarios y altruistas de sangre, en las  
instituciones de Salud Pública, Seguridad  
Social, descentralizadas y privadas.

**ARTICULO 9º.** Se constituye la Comisión  
Nacional Asesora de Hemoterapia y Bancos  
de Sangre, cuya atribución principal será la  
de prestar asesoramiento, en la  
planificación, organización, programación,  
reglamentación y evaluación de las  
acciones de Medicina Transfusional,  
Bancos de Sangre y Servicios de  
Transfusión.

**ARTICULO 10º.** La Comisión Nacional  
Asesora de Hemoterapia y Bancos de  
Sangre, estará presidida por el Secretario  
Nacional de Salud o su representante y  
conformada por las siguientes instituciones:

- a) Colegio Médico Nacional, representado  
por la Sociedad Nacional de  
Hematología y Hemoterapia;
- b) Sociedad Boliviana de Bioquímica  
Clínica;

- c) Cruz Roja Boliviana;
- d) Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Organización Mundial de la Salud (OMS), a través de sus representantes;
- e) El Sistema Universitario Nacional, mediante su representante.

**ARTICULO 11º.** En cada departamento las Comisiones Asesoras de Hemoterapia y de Bancos de Sangre Regionales estarán presididas por el Secretario Regional de Salud o su representante y conformada por las siguientes instituciones:

- a) Colegio Médico Departamental, representado por la Sociedad Departamental de Hematología y Hemoterapia.
- b) Sociedad Departamental de Bioquímica Clínica.
- c) Cruz Roja Boliviana, Filial Departamental
- d) Un representante de la Universidad Local, designado por el Consejo Universitario.

#### CAPITULO IV

##### DE LA DONACION DE SANGRE

**ARTICULO 12º.** Los Bancos de Sangre o Servicios de Transfusión se aprovisionarán de Sangre Humana, sus componentes y derivados a través de donantes voluntarios y altruistas no remunerados.

**ARTICULO 13º.** Toda extracción de sangre se efectuará en establecimientos habilitados legalmente, previo examen médico y de laboratorio.

**ARTICULO 14º.** Los Bancos de Sangre y Servicios de Transfusión tienen la obligación de realizar pruebas serológicas a toda sangre extraída a ser transfundida;

- a) Para Lues;
- b) Para Hepatitis A, B, C y D;
- c) Para VIH
- d) Para Chagas;
- e) Para Malaria;
- f) En caso necesario para detectar otras enfermedades.

**ARTICULO 15º.** En caso de encontrarse reacciones serológicas reactivas, para enfermedades infectocontagiosas, los resultados deben ser notificados a la autoridad de salud correspondiente.

**ARTICULO 16º.** A todo donante se le entregará "Carnet de Donante" en el cual se registrará: el Grupo Sanguíneo, Factor Rh y la fecha de la última donación.

**ARTICULO 17º.** La sola presentación del Carnet de Donante, priorizará a éste y a su familia, en caso de necesidad de transfusión sanguínea.

#### CAPITULO V

##### DE LOS DONANTES DE SANGRE

**ARTICULO 18º.** Queda terminantemente prohibida la remuneración o comercialización de Sangre Humana y sus componentes.

**ARTICULO 19º.** Sólo podrán ser donantes de sangre o sus componentes, las personas comprendidas entre los 18 a 60 años, debiendo cumplir los requisitos establecidos en el Reglamento de la presente Ley.

**ARTICULO 20º.** No podrán ser donantes de sangre:

- a) Mujeres embarazadas hasta después de transcurridos seis meses del parto;
- b) Personas portadoras del virus de hepatitis A, B, C y D;
- c) Personas con Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y portadoras del virus VIH
- d) Otras personas que indique el Reglamento.

**ARTICULO 21º.** La cantidad máxima de sangre que se puede extraer a cada donante, en cada oportunidad de acuerdo a Reglamento, no podrá exceder de una unidad, equivalente a 500 ml, incluido el anticoagulante.

**ARTICULO 22º.** Queda terminantemente prohibida la donación de sangre por personas que tengan conocimiento previo de ser portadores de condiciones patológicas y transmisibles; a través de la transfusión sanguínea, de acuerdo a Reglamento de la presente Ley.

#### CAPITULO VI

##### DE LA TRANSFUSION SANGUINEA

**ARTICULO 23º.** Toda transfusión de sangre y/o de sus componentes deberá ser realizada con sangre compatible, entre el donante y el receptor, con pruebas de compatibilidad en cada caso, y con los análisis de laboratorio establecidos, de acuerdo a la presente Ley y su Reglamento.

#### CAPITULO VII

##### DE LOS RECEPTORES

**ARTICULO 24º.** Toda persona que se somete por prescripción médica a una transfusión de sangre y/o sus componentes, en observancia de lo dispuesto en la presente Ley y su Reglamento, está protegida, por sus derechos establecidos en la Constitución Política del Estado,

**ARTICULO 25º.** El receptor de sangre no podrá ser pasible de cobro alguno por la sangre transfundida, excepto el costo de los insumos, gastos operativos y honorarios profesionales sólo cuando corresponda.

#### CAPITULO VIII

##### DE LA CRUZ ROJA BOLIVIANA

**ARTICULO 26º.** La Cruz Roja Boliviana,

como institución auxiliar del bienestar y la salud pública nacional promoverá la donación altruista de sangre, apoyará la conformación de Asociaciones de Donantes Altruistas y participará en la información y actualización a la población sobre el uso apropiado de la sangre.

#### CAPITULO IX

##### DEL PERSONAL MEDICO, BIOQUIMICO Y TECNICO

**ARTICULO 27º.** Las prácticas referidas a extracciones y transfusiones de sangre serán realizadas por personal profesional o técnico en Hemoterapia, bajo la supervisión de un médico especializado en hematología y en hemoterapia.

**ARTICULO 28º.** La práctica de la plasmaféresis, leucoféresis, o equivalentes, así como la sensibilización o inmunización de donantes, será efectuada exclusivamente por un médico especialista en hematología y/o hemoterapia.

**ARTICULO 29º.** Los Bancos de Sangre tendrán sus laboratorios bajo responsabilidad de un Bioquímico especializado en Inmunoematología o profesional médico especializado, con certificación del Colegio profesional respectivo.

**ARTICULO 30º.** Las jefaturas en Bancos de Sangre y Servicios de Transfusión estarán a cargo de médicos hematólogos. En las instituciones estatales serán nombrados mediante concurso de méritos y examen de competencia, de acuerdo a disposiciones, legales vigentes.

En las localidades donde no existan especialistas hematólogos, podrán designarse en las jefaturas a bioquímicos con especialidad en inmunoematología y/o hemoterapia con experiencia no menor de 3 años en esas áreas.

**ARTICULO 31º.** Las Jefaturas de Centros de Referencia Nacional y Centros de Referencia Regionales, estarán a cargo de médicos hematólogos preferentemente con experiencia en administración de servicios de salud.

**ARTICULO 32º.** Se considera Técnicos de Laboratorio, al personal de apoyo en los Bancos de Sangre y servicios de transfusión. Su desempeño se realizará bajo la dirección y control directo de un profesional médico o bioquímico especializado en el área.

**ARTICULO 33º.** Todo Banco de Sangre y/o servicio de transfusión ejercerá sus funciones en estricta observancia de las normas técnicas de bioseguridad y control de calidad.

#### CAPITULO X

##### DE LA PLANTA DE HEMODERIVADOS

**ARTICULO 34º.** Las plantas de

Hemoderivados, sólo podrán funcionar con autorización y bajo control de la Secretaría Nacional de Salud, en estricta aplicación de Reglamento.

**DE LOS ARANCELES Y FACTURACIONES**

**ARTICULO 35º.** Toda transfusión sanguínea está exenta de remuneración, tanto para el personal profesional y/o técnico a nivel institucional público, así como para los donantes y/o receptores. Únicamente serán facturados los gastos por insumos utilizados de acuerdo a los aranceles fijados por la Secretaría Nacional de Salud.

**ARTICULO 36º.** En la práctica privada, la transfusión de sangre estará regida por los aranceles, fijados por la Secretaría Nacional de Salud, aclarándose que la sangre no tiene costo, sino el trabajo profesional y los insumos utilizados, de acuerdo al procedimiento realizado y conforme a Reglamento.

**DE LOS DELITOS Y SANCIONES**

**ARTICULO 37º.** Toda acción u omisión que

implique la violación de la presente Ley y de su Reglamento, será sancionada como delito contra "La Salud Pública", tipificando en el artículo 216 del Código Penal.

**DEL FINANCIAMIENTO**

**ARTICULO 38º.** La Secretaría Nacional de Salud y las instancias departamentales correspondientes, obtendrán financiamiento a través del Tesoro General de la Nación y de otras fuentes, con el fin de asegurar los recursos necesarios que permitan un adecuado funcionamiento de los Servicios de Transfusión y Bancos de Sangre.

**DISPOSICIONES LEGALES**

**ARTICULO 39º.** Todo establecimiento público o privado que a la fecha desarrolla alguna de las funciones previstas en esta Ley, en un plazo no mayor de 120 días desde la fecha de su publicación, deberá adecuarse a lo que dispone la presente norma legal y su Reglamento.

**ARTICULO 40º.** El Poder Ejecutivo reglamentará la presente Ley en el

término de noventa días.

**ARTICULO 41º.** Quedan derogadas todas las disposiciones contrarias a la presente Ley.

Remítase al Poder Ejecutivo para fines constitucionales.

Sala de Sesiones del H. Congreso Nacional.

La Paz, 20 de marzo de 1996.

H. Juan Carlos Durán Saucedo  
**PRESIDENTE H. SENADO NACIONAL**

H. Guillermo Bedregal  
**PRESIDENTE H. CAMARA DE DIPUTADOS**

H. Walter Zuleta Roncal  
**SENADOR SECRETARIO  
H. SENADO NACIONAL**

H. Guillermo Richter  
**SENADOR SECRETARIO  
H. SENADO NACIONAL**

H. Edith Gutiérrez de M.  
**DIPUTADA SECRETARIA  
H. CAMARA DE DIPUTADOS**

H. Alfredo Romero  
**DIPUTADO SECRETARIO  
H. CAMARA DE DIPUTADOS**

# Contra el Sarampión

## Resolución Ministerial N° 135/96

La Paz, 9 de octubre de 1996

**VISTOS Y CONSIDERANDO:**

Que en la 41ª Asamblea Mundial de la Salud realizada en mayo de 1988, se decidió Controlar el Sarampión hasta el año 2000.

Que durante la XXXVIII Reunión del Consejo Directivo de la OPS, celebrada en septiembre de 1995, los Ministros de Salud aprobaron por unanimidad el Plan de Acción para la Eliminación del Sarampión en Las Américas hasta el año 2000.

Que el Gobierno de Bolivia junto a los demás Ministerios de la Región, se comprometieron a cumplir con la meta de eliminación del Sarampión hasta el año 2000.

Que los progresos del PAI en Bolivia son objetivos, a través del incremento de coberturas.

Que la vigilancia epidemiológica del sarampión instalada a partir del presente año ya muestra avances.

Que el Gobierno de Bolivia aprobó un Plan de Eliminación del Sarampión durante el periodo de 1994 a 1997, y cuya primera fase ya se cumplió con éxito vacunando al 97% de los menores de 15 años.

Que el programa regional del PAI/OPS exige el cumplimiento estricto de los indicadores de evaluación de la vigilancia y de coberturas de protección.

**SE RESUELVE**

**PRIMERO:** Disponer que todos los servicios de Salud Públicos, Seguros y Privados que desarrollen actividades en el territorio Boliviano, participen activamente en el Plan de Eliminación del Sarampión.

**SEGUNDO:** Los servicios del sector salud tienen la obligatoriedad de notificar todos los casos sospechosos de sarampión a la unidad de epidemiología regional, así como de obtener la muestra de suero, llenar la ficha epidemiológica y ejecutar acciones de control epidemiológico.

**TERCERO:** Los establecimientos del sector salud que cuentan con cadena de frío, deberán vacunar diariamente.

**CUARTO:** Los servicios de salud seleccionados como centros centinela, deberán notificar semanalmente a las oficinas regionales de epidemiología la ocurrencia o ausencia de casos de sarampión, tomar las muestras de suero de todos los casos sospechosos, llenar completamente las fichas epidemiológicas y realizar las medidas de control según las normas.

**QUINTO:** Las acciones de control, a través de la vacunación ante la notificación de un caso, deberán ser realizadas dentro de las 48 hrs.

**SEXTO:** A partir de la fecha se dispone el incremento de las coberturas a 90% en todos los municipios del país.

**SEPTIMO:** El Subsecretario Nacional de Salud, los directores departamentales de Salud, quedan encargados de la ejecución y seguimiento de la presente resolución.

Regístrese, comuníquese y archívese.

Dr. Oscar Sandoval Morón  
**SECRETARIO NACIONAL  
DE SALUD**

Freddy Teodovich Ortiz  
**MINISTRO DE DESARROLLO  
HUMANO**

# Fluoración de la Sal

Resolución Secretarial N° 0628

**CONSIDERANDO:**

Que, es obligación de la Secretaría Nacional de Salud dar atención prioritaria a los problemas sanitarios del país,

Que, la caries dental es una enfermedad que afecta al 95% de la población boliviana,

Que, se halla plenamente demostrado el efecto beneficioso del ión flúor en la prevención de las caries dental,

Que, la fluoración de la sal es el procedimiento de mayor costo/beneficio para la introducción del ión en la dieta humana, que no requiere gastos adicionales de mercadeo, subvenciones, cargas administrativas y que origina adecuada biodisponibilidad y estabilidad, así como elevada dimensión de equidad social,

Que, estudios epidemiológicos de caries e investigación de contenido de flúor en agua de bebida realizados en el país, justifican la incorporación del flúor en la sal yodada de consumo humano,

Que, el análisis institucional para la fluoración de la sal yodada demuestra que la Secretaría Nacional de Salud tiene la capacidad técnica y gerencial para llevar a cabo la planificación, ejecución y evaluación del mismo, en base a la experiencia del Programa de yodación de la sal,

Que, el Programa de fluoración de la sal yodada, como estrategia de prevención primaria de caries dental, es un componente del Programa Nacional de Salud Bucal de la Dirección del Sistema Público de Salud,

**POR TANTO:**

El Secretario Nacional de Salud, en uso de sus atribuciones



**RESUELVE:**

**Artículo 1.** Aprobar y declarar prioritario el Programa de Fluoración de la Sal Yodada.

**Artículo 2.** Todo programa de promoción, comunicación, educación y difusión de la sal yodada debe incluir obligatoriamente referencia a la fluoración, recalcando su efecto preventivo sobre las caries.

**Artículo 3.** Las Direcciones Departamentales de Salud, los Directorios Locales de Salud, entidades de la Seguridad Social y las Instituciones Privadas de Salud, deben utilizar, promover e incentivar el consumo de sal yodada y fluorada.

**Artículo 4.** La Dirección del Sistema Público de Salud queda encargada de la ejecución de las acciones del programa de Fluoración de la Sal.

Es dado en la ciudad de La Paz, a los veinte y cinco días del mes de julio de mil novecientos noventa y seis.

Dr. Oscar Sandoval Morón  
**SECRETARIO NACIONAL DE SALUD**

Dr. Javier Torres Goitia C.  
**SUBSECRETARIO DE SALUD**  
**SECRETARIA NACIONAL DE SALUD**

# *Criterios de Intervención en sospecha de Transmisión Perinatal del VIH*

**Dra. Ma. Luis Melgar\***

Los primeros casos pediátricos de SIDA se publicaron por primera vez en 1982, actualmente en muchos países latinoamericanos, la infección del VIH/SIDA en RN y niños menores de 4 años se ha convertido en la novena causa de mortalidad infantil.

La transmisión del VIH vía Perinatal o vertical de madre portadora del VIH a su producto puede ser por vía transplacentaria o a través de la leche materna en el periodo post natal. No se conoce el momento de la infección intrauterina, estudios han detectado el VIH en placentas y fetos de 15 a 20 semanas de gestación, datos que apoyan la transmisión precoz durante el embarazo.

La transmisión durante el parto por contacto con sangre y/o secreciones vaginales de la madre es posible pero no parece ser una vía muy frecuente. Existe posibilidad de contagio con la leche materna, la OMS recomienda mantener la lactancia materna en países en vías de desarrollo donde el riesgo de malnutrición es mayor que la de adquirir la infección del VIH por esta vía. No existe la evidencia de transmisión de la infección de VIH en niños por contacto habitual intra-



miliar o casual entre compañeros de colegio o amigos.

La tasa de transmisión vertical de madre a niño ha sido ampliamente estudiada a nivel mundial, se estima que solo el 30 % de los niños que nacen de madres portadoras de VIH pueden nacer infectados con el VIH o enfermos de SIDA. Los factores que influyen en la transmisión vertical parecen estar ligados con el estadio clínico de CD4 materno y está asociado a un mayor riesgo de transmisión del VIH a su producto.

El diagnóstico precoz y tardío de infección del VIH por vía Perinatal es difícil, debido a que existen anticuerpos contra el VIH en el recién nacido (RN) que pasaron la barrera placentaria y persisten hasta sus 18 meses sin indicar infección activa. Un diagnóstico definitivo es la confirmación de seropositividad en la madre investigación que siempre debe hacerse ante una sospecha de infección en un RN.

El diagnóstico de infección del VIH en hijos nacidos de madres seropositivas, se realiza en los dos primeros meses usando la prueba de reacción a la polimerasa (PCR), mediante cultivos víricos a partir de linfocitos de sangre periférica, o determinación o mediciones del antígeno P24 viral. No debemos olvidar el estudio paralelo e investigación de la madre. Si las pruebas en el RN son negativas o indeterminadas debe hacerse seguimiento del RN cada 3 meses durante 2 años.

No se utiliza en los primeros años de vida la prueba ELISA debido a que esta prueba detecta anticuerpos contra el VIH, en el RN existen anticuerpos que han podido pasar la barrera

placentaria persistiendo en la sangre hasta sus 18 a más meses de edad.

La prueba PCR, detecta ácidos nucleicos virales del DNA proviral y RNA de plasma de virus, es un marcador de pronóstico, se usa en detección de la infección precoz del VIH en RN menor de 15 meses. La sensibilidad del PCR en RN menor de 1 mes de edad es del 50%; en RN mayor a los 2 meses es del 95%.

Para la toma de muestra se necesita una pequeña cantidad de sangre en papel filtro, a temperatura ambiente la muestra se conserva 7 a 14 días.

El cultivo o aislamiento del virus a partir de linfocitos de sangre periférica, es otra prueba de alta especificidad utilizada en diagnóstico precoz del RN menor a 15 meses. Es de uso limitado como test diagnóstico se requiere entre 10 a 30 días para su realización, su uso es restringido por la facilidad de contaminación durante la manipulación. La sensibilidad en el RN mayor a los dos meses de edad alcanza el 90%. Esta prueba es limitada por su alta complejidad, su alto costo no se realiza en el país.

La determinación de antígeno P24, se utiliza generalmente en niños hipogammaglobulinemios y en estadios terminales donde existe una baja producción de anticuerpos. Su uso en diagnóstico precoz en el RN es limitada debida a los falsos negativos observados en situaciones donde existe alta proporción de anticuerpos procedentes de la madre y del RN que neutralizan entre todos la antigenemia sérica. Se usa como marcador de pronóstico, la sensibilidad en el RN de menos de 1 mes de edad es de 10 a 30%. En RN mayor a 2 meses alcanza al 50%.

La determinación de Anticuerpos (Ac) IgG en etapa precoz no diferencia el origen materno o del niño, un test positivo en el RN nos indica exposición y no infección con el VIH, se utiliza para diagnóstico sugestivo en RN después de los 15 meses, sirve como seguimiento longitudinal en controles trimestrales.

La determinación de Ac IgM y su presencia en sangre del RN es sugestiva de infección con el VIH, estos anticuerpos normalmente no atraviesan la barrera placentaria, su producción es tardía y de corta duración dando lugar a falsos positivos (+).

La determinación de Ac IgA, es sugestiva de infección con el VIH, igualmente no atraviesan la barrera placentaria, existe buena especificidad, no hay falsos (+). la sensibilidad en RN menor a 1 mes de edad es del 10 al 30 %; en RN de 2 meses la sensibilidad es del 30 al 50% y en mayores de 3 meses de edad alcanza al 70 a 90%. Los RN infectados y con enfermedad de SIDA avanzado no desarrollan Ac IgA.

El diagnóstico laboratorial definitivo en niños: RN menor de 18 meses se realiza con cualquiera de las pruebas siguientes: WB (+); PCR(+); aislamiento del virus VIH; existencia de antígeno P24. Existe además en los RN seropositivos presencia de Ac IgA, disminución de CD4; aumento de CD8; hipergammaglobulinemia; anemia; trombocitopenia; leucopenia; proteinuria; aumento de alanina aminotransferasa. El diagnóstico definitivo lo da la seropositividad de la madre.

El diagnóstico laboratorial definitivo en RN menor de 18 meses, se realiza con pruebas WB (+) o con cualquiera de las pruebas indicadas anteriormente.

Como ilustración, en el país se reportaron cinco niños



*El diagnóstico precoz y tardío de infección del VIH por vía Perinatal es difícil, debido a que existen anticuerpos contra el VIH en el recién nacido (RN) que pasaron la barrera placentaria y persisten hasta sus 18 meses sin indicar infección activa.*

infectados por vía perinatal, cuatro de ellos fallecieron antes del año de edad y uno antes de los cinco años de edad.

Los hallazgos clínicos en casi la totalidad de los niños fue presencia de hepatoesplenomegalia, linfadenopatía generalizada, fiebre, retraso pondostatural, pérdida de peso, diarrea persistente o recurrente y cuadros de infecciones oportunistas a repetición.

Todos ellos desarrollaron deficiencias nutricionales importantes siendo necesaria una terapia nutricional precoz. las infecciones bacterianas más frecuentes observadas en estos niños estuvieron involucradas con *Estreptococo pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *salmonella*, reportándose dos de ellos infección por el *micobacterium tuberculosis*.

Las infecciones oportunistas más frecuentes fueron la candidiasis orofaríngea y las neumonías de comienzo insidioso y progresivo con marcada hipoxemia, cuyos estudios radiológicos ponen en evidencia la presencia de cuadros neumónicos y la etiología en la mayoría de ellos fue incierta.

El tratamiento instituido en nuestros niños se basó en el de infecciones oportunistas, prevención de las infecciones e inmunización, reconstrucción inmune, terapia nutricional. El uso de retrovirales estuvo restringido por su costo y dificultad en el acceso.

#### **Bibliografía:**

- Cowan et al, Transmisión Materna y SIDA pediátrico. 1987
- Lepage P. et al, Transmisión del VIH de la madre al niño. Lancet 1987
- Roger MF, SIDA en niños, reporte CDC, 1990
- Martín Fontelos, et al, SIDA Pediátrico, Pub, Sociedad Española Interdisciplinaria, 1993.

\* Responsable Programa Nacional ETS/SIDA, S.N.S.



## *Difusión de Actividades de Formación y Capacitación*

| TÍTULO DE LA ACTIVIDAD  | SEDE PAIS   | IDIOMA            | DURACION  |            |
|---|---|-------------------|-----------|------------|
|   |   |                   | DESDE     | HASTA      |
| IV Conferencia Internacional sobre Cardiología Preventiva                                   | Montreal-Canada                                   | Inglés            | 29-VI-97  | 03-VII-97  |
| Magister en asentamientos humanos y medio ambiente  | Santiago-Chile                                    | Español           | III-97    | VIII-98    |
| Tecnología de laboratorio Clínico   | Japón   | Inglés            | 12-XI-96  | 16-II-97   |
| II Taller Latinoamericano de Planeamiento estratégico de Comunicación en Salud Reproductiva | Lima-Perú   | Español           | 09-II-97  | 10-III-97  |
| Post Grado en Economía y Políticas Públicas   | Bs.As. Argentina                                  | Español<br>Inglés | III-97    | 98         |
| Maestría en ortodoncia y ortopedia maxilofacial   | México  | Español<br>Inglés | IV-97     | 98         |
| Management Methods for international health   | Bostón  | Inglés            | 06-II-97  | 02-V-97    |
| Drug policy issues for developing countries   | Bostón  | Inglés            | 14-II-97  | 28-II-97   |
| Summer certificate program health care in developing countries                              | Bostón  | Inglés            | 31-V-97   | 27-VIII-97 |
| Planification de programmes intégrés dans une perspective communautaire                     | París   | Francés           | 15-I-97   | 09-IV-97   |
| Strengthening public hospital in developing nations   | Bostón  | Inglés            | 07-IV-97  | 25-IV-97   |
| Diploma in reproductive health in developing countries                                      | Liverpool<br>Reino Unido                          | Inglés            | IV-97     | VII-97     |
| Población y Desarrollo sostenible   | Korata-India<br>Gaborone-Botswana<br>Cairo-Egipto | Español           | 26-III-97 | 17-XII-97  |

Solicitar información y referencias a la Dirección Nacional de Recursos Humanos  
Secretaría Nacional de Salud Telf. 375462- Int. 204-403.

# Día Mundial del SIDA

1ro. de Diciembre de 1996

## “Unidos en la Esperanza”

### Programa Nacional ETS/SIDA Secretaría Nacional de Salud.

El Día Mundial del SIDA, se recuerda cada 1ro. de diciembre, fecha destinada a motivar a los países y gobiernos en informar sobre el SIDA, despertando así la sensibilidad, solidaridad y conciencia de la población respecto a la prevención de esta enfermedad.

El SIDA constituye una nueva pandemia, que amenaza a todos los países del mundo por su rápido incremento, alta letalidad y falta de medios eficaces de prevención y tratamiento. En nuestro país, aunque los casos detectados no son de gran magnitud, se observa un incremento continuo de los mismos, afectando principalmente a personas de 20 a 39 años de edad, edad productiva, cuyas pérdidas de vida significan pérdida económica y social para nuestro país.

Este año el ONUSIDA que es el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, dio el lema para el Día Mundial del SIDA “Unidos en la Esperanza”, refleja que el problema del VIH/SIDA afecta a todos los países del mundo y nos propone despertar el interés de la colectividad, mostrando solidaridad a los más de 22 millones de personas afectadas con el VIH a nivel mundial, recordando también aquellos que ya han muerto por el SIDA. Toda participación pequeña o grande está llena de esperanza para aquellas personas o familias que han sido afectados por el SIDA. Este día debe enfatizarse la participación de los estudiantes, jóvenes, clubes de madres, la familia, instituciones sociales, educativas, recreativas, medios de comunicación, autoridades políticas, religiosas y otras a unir esfuerzos en la lucha contra el SIDA, coordinando nuestros recursos y fomentando la educación e información sobre este daño que está diezmando la población. Debemos dotar de información necesaria sobre la prevención del VIH/SIDA a nuestra comunidad, iniciando las acciones en el seno de la familia,



organizaciones juveniles y sociales de base, para luego integrar a las instituciones comunitarias, de tal manera que la población se sienta co-partícipe y comprometida en la lucha contra el SIDA. Esta participación activa, hará que toda la comunidad se sienta responsable y “Unidos en la Esperanza” para combatir el flagelo más dramático del presente siglo, por tanto:

La Secretaría Nacional de Salud, a través de las Direcciones Departamentales de Salud, prioriza acciones destinadas a mejorar la educación de nuestra población, principalmente dirigidas a la educación de la familia, la madre, la juventud y por ende la comunidad, por que un pueblo sin educación es un pueblo sin esperanzas que no puede crecer.

Las diferentes Secretarías Departamentales de Salud, deben realizar durante este día múltiples actividades educativas y de información con la participación familiar, multisectorial y comunitaria, cuyo objetivo es promover la participación activa y consciente de la familia, jóvenes y comunidad, así como de organizaciones sociales, sindicales e instituciones para realizar acciones de lucha contra el SIDA.

# Salud

INFORMA

DIRECCION DEL SISTEMA  
PUBLICO DE SALUD

SECRETARIA NACIONAL  
DE SALUD

Agradecimiento especial a  
UNICEF y a OPS/OMS por  
la cooperación técnica para  
la publicación del presente  
boletín.