



MANUAL DE PROGRAMAS DE SALUD CHACAO





MANUAL DE PROGRAMAS DE SALUD CHACAO

Ramón Muchacho
Alcalde

Junta Directiva

Jorge Luis Hernández-Rojas
Presidente

 Alexis Bello A.
 Julio Simón Castro M.
Miembros Principales

 Giuseppa Quinci Q.
 Sofía Crocco B.
 Carolina Orellana M.
Miembros Suplentes

 Haydée García
 Belkysyolé Alarcón de Noya
Asesoras de
Junta Directiva

Directorio IMCAS

Jorge Luis Hernández-Rojas	Darwin Morales
Presidente	Director de Administración
	y Finanzas
Giuseppa Quinci Q.	Patricia Caldera
Directora de Gestión Médica	Directora de Recursos Humanos
Norelia Pérez Uzcátegui	Belkys Sanabria
Directora de Gestión Administrativa	Directora de Mantenimiento y Servicio
Amalia García Estrada	Graciela Pérez
Directora de Epidemiología y Programas	Consultor Jurídico
Geraldine Díaz	Trina Bourgeon
Directora de Odontología	Directora de la Oficina de Atención al Ciudadano
Iveth Durán	Liliana Araujo
Directora de Enfermería	Directora de Unidad de Comunicaciones
Yelitza Guzmán	Ingrid Hernández
Directora de Bioanálisis	Auditora Interna
José Ercolino	
Director de Tecnología de Información y Comunicación	
Lisbeth Carrera	
Directora de Planificación, Presupuesto y Control de Gestión	

Responsables de Programas y Servicios

Félix Marín F.	Paula Cortiñas S.
Responsable Programa Control de Niño, Niña y Adolescente	Responsable Programa Prevención del Cáncer de Cuello Uterino
Sano y Coordinador Ambulatorio Bucaral	Corina Roosen P.
Magaly Gutiérrez O.	Coordinadora Ambulatorio Altamira
Responsable Programa Salud Escolar y Coordinadora del Ambulatorio Chacao	Bárbara Siegert
Geraldine Díaz	Guillermo Hernández Zozaya
Responsable Programa Salud Bucal Escolar y Directora de la Dirección de Odontología	Óscar Briceño M.
Eugenia Sekler	Coordinador Centro de Especialidades Quirúrgicas
Responsable Programa Consulta Joven	Laura Aponte
Amalia García E.	Coordinadora Sede de Emergencias
Responsable Programa Planificación Familiar y Coordinadora del Centro de Especialidades Delta	Miguel Delgado
Liliana Briceño D.	Responsable Programa Función y Cognición
Responsable Programa Atención a la Embarazada y Puerpera y Coordinadora Centro de Especialidades Los Palos Grandes	Xiorella Mazzarella
José Rafael González	Responsable Programa Integral para la Atención a las Adicciones (PIAAD)
	Responsable Programa y Coordinadora Centro Techo-Salud Chacao
	Patricia Bonilla
	Responsable Programa Cuidados Paliativos
	Yury Piere Martins
	Responsable Programa Promoción de Salud

- 7 **Liminar.** Ramón Muchacho
- 8 **Prólogo.** Marino J. González R.
- 11 **Presentación.** Jorge L. Hernández Rojas
- 16 **Introducción**

I9 Sección I. El contexto demográfico e institucional

- 20 Aspectos demográficos
- 22 Instituto Municipal de Cooperación y Atención a la Salud (IMCAS)
- 23 Aspectos estratégicos
- 24 Aspectos normativos y de política
- 26 Áreas de atención, programas y servicios
- 30 Organización, planificación y presupuesto

35 Sección II. Programas para la Atención al Niño, Niña y Adolescente

- 36 Marco normativo
- 39 Caracterización de los programas
- 41 Control de Niño, Niña y Adolescente Sano
- 46 Salud Escolar
- 50 Salud Bucal Escolar
- 53 Consulta Joven

59 Sección III. Programas para la Atención de la Mujer

- 60 Marco normativo
- 63 Caracterización de los programas
- 66 Planificación Familiar
- 72 Atención a la Embarazada y Puérpera
- 80 Prevención del Cáncer Cervico Uterino
- 83 Seno Chacao

89 Sección IV. Programas de Atención a los Adultos y Adultos Mayores

- 91 Marco normativo
- 93 Caracterización de los programas
- 93 Prevención y Control de la Hipertensión Arterial (HTA) y Diabetes Mellitus (DM)
- 110 Función y Cognición

I19 Sección V. Programas de Atención a Situaciones Especiales

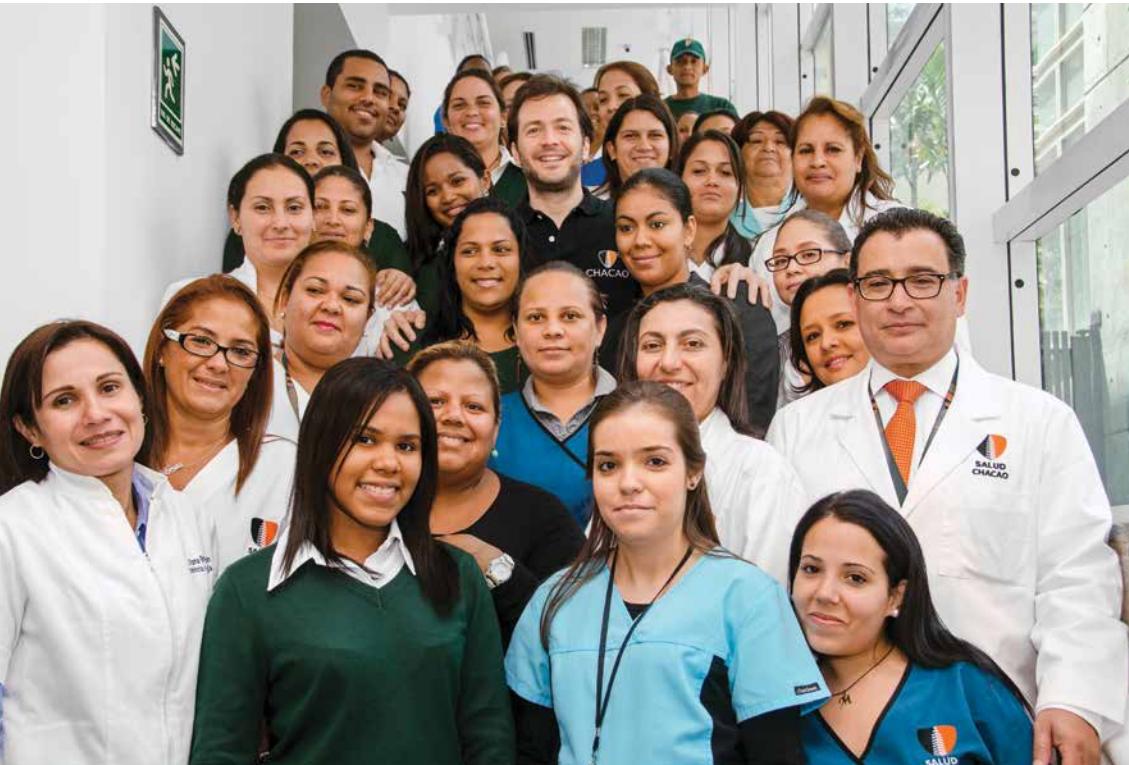
- 120 Marco normativo
- 122 Caracterización de los programas
- 122 Programa Integral para la Atención de las Adicciones (PIAAD)
- 128 Cuidados Paliativos

I35 Sección VI. Programas para la Atención de la Salud Colectiva

- 136 Marco normativo
- 138 Caracterización de los programas
- 139 Contraloría e Inspecciones Sanitarias de Expendios Ambulantes
- 141 Protección de la Salud Animal

I47 Sección VII. Programa Promoción de Salud

- 148 Marco normativo
- 149 Caracterización del programa



«Nada es más práctico que una buena teoría». Esta frase de Kurt Lewin resume la razón de nuestro empeño por sistematizar y divulgar los programas que Salud Chacao gestiona desde el ámbito local.

La salud de nuestros vecinos es un tema tan importante que no podemos dejarla reducida a la praxis curativa de los médicos. La iniciativa de convertir nuestros programas en un *Manual* exigió el trabajo de profesionales de diversas disciplinas, y forma parte de una estrategia con enfoque integral y preventivo en el campo de la salud, porque creemos que es mucho lo que podemos hacer antes de que una persona llegue a un ambulatorio o a una emergencia por alguna dolencia.

Sistematizamos no solo para mejorar nuestro desempeño, al contar con parámetros de evaluación de adecuada solvencia técnica. Lo hacemos también con la esperanza de aportar criterios y metodologías a otros municipios que ejercen sus competencias en el ámbito de la salud, convencidos de que un enfoque preventivo a partir de lo local puede mejorar sustancialmente el bienestar de los venezolanos.

Ramón Muchacho

Alcalde del municipio Chacao

La evaluación de programas es una de las tareas prioritarias que deben encarar los sistemas de salud. Los avances de las últimas décadas en la disponibilidad de información, así como las innovaciones en las tecnologías de comunicación y el entrenamiento más exigente de especialistas en el área, han concurrido para lograr adelantos significativos, especialmente en los países con mejor desempeño en los sistemas de salud. Se podría incluso sugerir que tales mejoras en el desempeño están relacionadas con los progresos en la calidad de las evaluaciones de programas de salud.

También es posible argumentar que en los países con bajo desempeño de los sistemas de salud, es muy probable que se encuentren menos evaluaciones de programas, y que las que se realicen no tengan la calidad requerida. La razón es obvia, pero muchas veces poco analizada. El éxito de los sistemas de salud consiste en atender de la manera más efectiva y con los recursos apropiados, los problemas de las poblaciones de los países, estados, municipios, o cualquier otra desagregación político-geográfica. Para resolver un problema primero hay que identificarlo, luego se debe caracterizar, y postular, en consecuencia, el conjunto de acciones (sea total o parcial) que llevadas a la práctica pueden contribuir a eliminar el problema, reducirlo, o en algunos casos, evitar que aumente. Todo lo anterior requiere que los gobiernos, en todos los niveles, consoliden esas acciones en ámbitos de planificación y gestión. Y es allí cuando se definen los programas de salud. De tal manera que los éxitos en la gestión de la salud son equivalentes a los éxitos en la gestión de todos y cada uno de los programas que la componen.

Los programas de salud tienden por consiguiente a ser experiencias que permanecen, y con resultados que pueden superar los marcos limitados de un año fiscal, o incluso de un período de gobierno. Muchas veces llevan más tiempo. La contribución fundamental de este *Manual de Programas de Salud Chacao* es justamente plantear la importancia de los programas de salud como bases para el logro de sistemas de alto desempeño.

Esta contribución es todavía de mayor relevancia porque se realiza en el contexto de uno de los países de América Latina y el Caribe con peor desempeño relativo del sistema de salud. Por ello la llamada de atención es todavía más pertinente. Ante el profundo deterioro que vive la gestión de la salud en el país, es urgente volver la mirada a estas unidades primordiales de la gestión de la salud como son los programas. Las implicaciones para la efectividad de las políticas públicas son significativas.

Todo lo anterior cobra mayor impacto cuando la identificación y organización sistemática de los programas se hace en el ámbito de un municipio de Venezuela, con innovaciones relevantes en la gestión de salud como es Chacao. Tal contribución es central en el espacio que cada día tiene mayor impacto en las condiciones de vida de las personas, como es el local. Y facilita, en otra dimensión, que otros municipios del país, ojalá todos en los cuales exista la gestión de salud, puedan tomar esta referencia para fortalecer el rol de los programas de salud. Especial significación tiene este aporte cuando es probablemente el primero que se pone en práctica para sistematizar los programas de salud en el nivel local del país.

Venezuela aportó a la experiencia internacional programas salud de mucho éxito, como el Programa de Erradicación de la Malaria y el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis, por citar solo dos. Gran parte de los logros en la implementación de ambos programas radicó en la orientación de mediano plazo, aprovechando los progresos alcanzados en el corto plazo, pero advirtiendo que los avances en salud requieren tiempo y dedicación. Lamentablemente, los éxitos de muchas décadas no se han mantenido como corresponde.

El *Manual de Programas de Salud Chacao* presenta la descripción detallada de cada uno de los que se encuentran en ejecución actualmente en el municipio. Los aspectos que se incorporan de cada programa corresponden a los objetivos, la población a cubrir, la cobertura real alcanzada, y los protocolos de atención en cada uno de los problemas de salud. El *Manual* facilita la discriminación de cada una de las actividades que se incluyen en los protocolos de atención, y señala la información que puede servir de base, tanto para el seguimiento de cada uno de los programas como para la realización de evaluaciones específicas.

Las mejoras en la gestión de salud del municipio Chacao requerirán que cada uno de los programas alcance el mayor nivel de efectividad, dependiente a su vez de las metas que se propongan y los recursos disponibles. La caracterización de los programas que se encuentra en el *Manual* es la referencia para identificar las acciones que se deben implementar para mejorar el desempeño.

Las características de los programas incluidos en el *Manual* también ponen de manifiesto tres aspectos centrales en la actual organización del sistema de salud de Venezuela. En primer lugar, todos requieren el concurso de los distintos niveles de gobierno. No hay problema de salud que pueda ser resuelto de manera exclusiva y excluyente. Los protocolos de atención de los programas de salud plantean áreas de mancomunidad de esfuerzos y recursos. Esto significa en la práctica que el seguimiento y evaluación de programas supone discriminar las tareas o competencias que corresponden a cada nivel de gobierno. Un segundo aspecto está relacionado con la definición de las poblaciones a cubrir. Si la asignación de

recursos es función de cada una de las competencias, es también claro que las responsabilidades de atención de cada nivel deben vincularse con dicha asignación. La falta de cumplimiento de esta premisa puede significar que el desempeño de los gobiernos no se relacione con las responsabilidades y recursos asignados. Todo lo cual pone de manifiesto la tarea pendiente para acordar los arreglos necesarios de un sistema intergubernamental de salud efectivo y equitativo. El tercer aspecto, resaltado también en el *Manual*, expresa las exigencias que tiene la gestión, en este caso municipal, para conceptualizar la calidad de servicios en cada caso en particular; así como la identificación de las pautas para mejorarla progresivamente. La diversidad de los programas incluidos en el *Manual* es reflejo del esfuerzo metodológico y empírico que deberá realizarse.

El *Manual* constituye un significativo aporte en la literatura de programas de salud en el país, especialmente en el ámbito local. La utilización de sus contenidos puede significar un real impulso al seguimiento y evaluación de programas de salud.

Ha sido un acierto del Instituto Municipal de Cooperación y Atención a la Salud (IMCAS) de la Alcaldía de Chacao, bajo el liderazgo de su presidente, Jorge Hernández-Rojas, proponer esta publicación, la cual seguramente tendrá impacto en las prácticas de la gestión municipal de salud. Quede también expreso el reconocimiento al equipo técnico a cargo de la publicación, coordinado por Haydée García y Amalia García, con la especial participación de los responsables de programas del IMCAS. Para todos aquellos que conozcan las complejidades y dificultades para la recopilación y sistematización de información relacionada con la gestión pública, es fácil apreciar la calidad y rigurosidad que destacan en la elaboración del *Manual*. En momentos de gran preocupación por el porvenir de la salud pública en Venezuela, es reconfortante constatar que existen alternativas, como las expresadas en este *Manual*, que pueden contribuir a mejorar las condiciones de salud de todos los venezolanos.

Marino J. González R.

PRESENTACIÓN

Hace año y medio que, como parte del equipo del alcalde Ramón Muchacho, asumimos la presidencia del Instituto Municipal de Atención y Cooperación a la Salud (IMCAS)-Salud Chacao. Veníamos de encargarnos de la subdirección de Salud del municipio Sucre, el más denso y complejo de Venezuela, donde en apenas cuatro años se lograron cambios radicales en paradigmas de políticas de salud públicaⁱ. Queríamos aprovechar la experiencia adquirida durante ese ejercicio en lo que serían nuestras nuevas responsabilidades. Tal motivación planteaba un importante reto: el IMCAS contaba con una larga y reconocida historia como institución municipal encargada de las políticas sanitarias.

En efecto, encontramos en Chacao un sistema de atención de salud con un desempeño, dotación, plantilla de recursos humanos e infraestructura envidiables para cualquier alcaldía de la misma magnitud a nivel nacional o internacional. Pero nos pareció llamativo el marcado acento curativo de la estrategia de atención. Por ley, la primera responsabilidad de un sistema de salud municipal es la promoción y prevención de salud. Bien es cierto que en el IMCAS existían esfuerzos individuales, aislados y encomiables para el manejo preventivo de algunas situaciones. Pero se carecía de un sistema coherente y concatenado para la planificación, implementación, seguimiento y control de políticas preventivas basadas en los principales problemas de salud del municipio. El IMCAS no contaba con una Dirección de Epidemiología y Programas, ni con epidemiólogo, ni con una Dirección de Enfermería. Desde mediados del siglo pasado, el énfasis en las políticas de salud orientadas a la medicina curativa ha sido una característica distintiva de los sistemas de salud de Venezuela, tanto públicos como privados, que dejó su impronta en todos los niveles de atención. Sin embargo, no fue así durante la primera mitad del siglo XX, cuando se crearon las principales instituciones rectoras de políticas sanitarias, como el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social o el Instituto Nacional de Higiene, bajo lineamientos e intervenciones orientados por estrategias preventivas. Durante este tiempo, se impulsaron acciones de saneamiento ambiental, campañas de vacunación, se enseñaron normas de higiene personal –tales como el uso de letrinas y calzado– y se introdujeron cambios en el tipo de vivienda. También se llevaron a cabo las primeras campañas contra la malaria y la tuberculosis, y se erigió el Hospital Antituberculoso de El Algodonalⁱⁱ. Es decir, se trató de un período caracterizado por iniciativas capaces de transformar el cuadro de salud y enfermedad, y mejorar notablemente las condiciones de vida de amplios sectores de la población. Pero la historia sanitaria no siguió el debido curso. En contraposición, «para la dé-

cada de los cincuenta el giro de las políticas sanitarias se tornó hacia la medicina curativa»ⁱⁱⁱ. Esto trajo como consecuencia el descuido en las estrategias y programas de prevención y saneamiento. Como corolario, en los años setenta, las enfermedades infectocontagiosas sufrieron un incremento en los sectores rurales y urbanos marginales. Así mismo, enfermedades desaparecidas, como la tuberculosis y el paludismo, pasaron a formar parte de los perfiles epidemiológicos. Los más graves problemas de salud se asociaban a condiciones de vida, al contar entre sus principales determinantes las carencias en materia de alimentación, saneamiento básico –alcantarillado, agua potable, vivienda salubre, etc.–, limitadas cobertura y calidad de la atención de salud, y escasa información y educación de salud individual y colectiva^{iv}.

A partir de 1999, con la aprobación de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, se crearon expectativas de revertir esta situación. En esta constituyente «La Discusión sobre la salud se dio dentro de una perspectiva de la calidad de vida que comprende el hábitat, la vivienda, el agua potable, el trabajo, la educación, la alimentación, los derechos políticos, el ocio, etc.»^v. En abril de 2003, se inicia el Plan Barrio Adentro, punta de lanza de las políticas del gobierno, como sistema que solventaría la deficiencias en el área de atención primaria en salud y en el área preventiva. Hoy se calcula que aproximadamente el 80 % de estos establecimientos está inactivo^{vi}. A más de diez años de la inauguración de este plan, Venezuela es considerada uno de los países de América con peor desempeño relativo del sistema de salud.

Para revertir esta situación, es indispensable darle un vuelco a este «furor curandis», instaurado en todos los niveles de nuestros sistemas de salud, hacia un nuevo «furor preventionis». Urge volver a nuestros orígenes, *Back to Basics*, a nuestras prioridades de promoción y prevención de salud, pero en un punto más alto de la «espiral». Más allá de la prevención de las enfermedades infecciosas prevalentes en la Venezuela de inicios del siglo pasado, es necesario canalizar las estrategias de prevención y promoción con la finalidad de que estas alcancen y se integren a los niveles secundario y terciario de atención, y así enfrentar con eficacia los problemas de salud que aquejan a nuestra población en la actualidad. Los sistemas municipales de salud constituyen la plataforma idónea desde donde impulsar estos cambios.

Enmarcados en esa motivación, y buscando solventar los vacíos identificados en Salud Chacao, comenzamos por introducir innovaciones en la estructura organizativa del Instituto, las cuales hicimos funcionales de manera inmediata con la asignación de responsabilidades y responsables. Se creó la Dirección de Epidemiología y Programas, donde nombramos a la Dra. Amalia García, quien además fue la

líder puertas adentro del proyecto de esta publicación. En segundo lugar, buscamos alianzas con organizaciones y personas expertas en distintos ámbitos. La primera alianza la establecimos con la ONG Convite, en la persona de Haydée García, quien fue la responsable puertas afuera de dicho proyecto. Seguidamente, se delimitaron los programas de salud. En función de lo cual, en la perspectiva de priorizar programas pertinentes, que orientaran una prestación de servicios de salud de calidad, con énfasis en la prevención, nos basamos en el perfil demográfico y epidemiológico del municipio, los lineamientos de programas del Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS), y, sobre todo, en las necesidades de nuestra población.

Esa «selección» de programas no fue un asunto puntual. Se produjo de manera progresiva durante nuestro primer año en Salud Chacao e involucró, en mayor o menor medida, a personal de salud de la institución. Este *Manual* es el resultado final de ese proceso y, además, de un gran esfuerzo. Involucró diseñar, con el equipo de salud, un marco conceptual y metodológico que permitiera armonizar y protocolizar distintos programas. La mayoría de estos programas partieron de iniciativas ya existentes en Salud Chacao, por lo que para su protocolización fue decisiva la participación de médicos y otro personal de salud, quienes contaban con un amplio y sólido conocimiento de cada materia, y tenían un largo camino recorrido en la institución. Otros programas fue necesario diseñarlos desde un principio e involucraron la celebración de alianzas sectoriales internas y con otras instituciones para su protocolización y posterior ejecución. Entre estos nuevos programas, el Programa Integral de Atención a las Adicciones (PIAAD), nació de la necesidad de darle continuidad y amplitud al Programa Techo, ejecutado en la Alcaldía desde hacía varios años. El PIAAD involucró dos (2) tipos de alianzas: una con la Dirección de Bienestar Social de la Alcaldía de Chacao; y otra, con la Fundación Humana representada por el Dr. Pedro Delgado. Así mismo, dada la alta y creciente tasa de envejecimiento en el municipio nos pareció imperativa la creación de un programa orientado a la prevención y manejo de los trastornos cognitivos. Así fue que nació, en alianza con la Unidad de Trastornos Cognitivos del Hospital Universitario de Caracas, representada por la Lic. Ilva Campagna, el Programa Función y Cognición. Finalmente, como consecuencia de las particularidades demográficas antes citadas, era de suponer la necesidad de brindar atención de calidad y calidez a pacientes terminales mediante cuidados paliativos domiciliarios en nuestro municipio. Descubrimos que en Salud Chacao ya realizaban estas atenciones, aunque no encaramadas en ningún protocolo programático. Basados en esta necesidad se estableció la alianza con la Dra. Patricia Bonilla, encargada de este programa en el MPPS. En otras palabras, el *Manual* que presentamos a continuación es el resultado de

muchas horas de discusión para llegar a acuerdos entre un amplio y variado conjunto de profesionales de reconocida trayectoria en cada una de sus áreas. Para nosotros, el haberlo concretado en esta publicación es muy satisfactorio. Pero más allá de eso, en la actual situación de país, lo apreciamos como un ejemplo bandera de la posibilidad de concertar perspectivas teóricas, posturas políticas y modos de aproximación a la sociedad, para lograr un producto que, a final de cuentas, redunde en un mejor desempeño del sistema de salud municipal, en beneficio de nuestros ciudadanos.

Jorge L. Hernández Rojas

Presidente del Instituto Municipal de Atención
y Cooperación a la Salud (IMCAS)
Chacao, 1 de junio del 2015

Notas

i Cartaya, V., Merz, G. Carlos Ocariz: *El mandato de la calle. Una gestión de salud exitosa.*

Promoción y prevención de salud en el municipio Sucre. Caracas, estado Miranda, Alcaldía del municipio Sucre, 2014.

ii Pedrique, L. «Acerca de la salud y enfermedad en Venezuela. Presente y pasado». Revista de Historia. 2008; I3(25): 153-166.

iii Ibídem.

iv Cova, C. La realidad social de Venezuela. Caracas, Fundación Centro Gumilla, 1996.

v Aguirre, J. Barrio adentro en la salud. Un proyecto político y social de la República Bolivariana de Venezuela. [en línea] 2008

[mayo 2015]; 4 (002): 221-238.
URL disponible en: <http://redalyc.uamex.mx>

vi Natera, Douglas León.

Gobierno central mantiene en abandono a Barrio Adentro [videoentrevista] 2013 sept 11 [mayo 2015] URL disponible en <http://informe21.com/actualidad/80-de-los-modulos-de-barrio-adentro-del-pais-esta-cerrado>

INTRODUCCIÓN

El sistema público de salud del municipio Chacao ha sido reconocido por la calidad de la infraestructura y dotación de sus ambulatorios, así como por los servicios que presta. Corresponde ahora avanzar hacia la concreción de estrategias que logren el mayor impacto positivo de los recursos invertidos por el municipio en el mejoramiento del acceso a la atención brindada desde el sistema local de salud.

Desde diciembre del año 2013, el camino adoptado para enfrentar ese desafío se resume en cinco (5) grandes líneas de acción. La primera, institucionalizar un enfoque de atención fundamentado en programas que favorezca el desempeño articulado, coherente y eficiente de los servicios en la red asistencial, con base en patrones de buenas prácticas acordados y validados por el equipo de salud del Instituto Municipal de Cooperación y Atención a la Salud (IMCAS-Salud Chacao). Como antecedente, la materialización de esta estrategia contó con el semillero de iniciativas proveniente de los profesionales de la salud del IMCAS quienes, con mucha sensibilidad, entusiasmo y perseverancia, venían promoviendo respuestas adecuadas para una atención de salud más efectiva. Hoy en día, luego de un esfuerzo de conceptualización, armonización y articulación, esas respuestas se instituyen en los programas de salud del gobierno municipal de Chacao.

El reto de la presente gestión es aumentar la cobertura del sistema de salud, optimizando la calidad en lo posible. En consecuencia, a la vez que se ofertan incentivos para impulsar la demanda de servicios clave, la segunda línea de actuación consiste en fortalecer la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS) fomentando la corresponsabilidad de la ciudadanía en el cuidado de su salud, estableciendo los canales para materializar sus vínculos con el sistema local de salud y favoreciendo su acceso oportuno a los servicios allí prestados. La Promoción de Salud marca la pauta para pasar de estos lineamientos a la práctica.

En la búsqueda por mejorar la cobertura y la calidad de la atención, la tercera línea de acción es incorporar nuevos programas y servicios según las necesidades de los residentes del municipio, con predominio de la atención a problemas críticos que aquejan a grupos de población de alta vulnerabilidad.

La disposición a continuar explorando posibilidades para mejorar el acceso a la salud resume la cuarta línea de acción. Entre otros, se hace referencia a innovar en la gestión para impulsar una organización con herramientas inteligentes que apuntalen la toma de decisiones. Asimismo, la innovación en la gestión ha de servir para aprender de las prácticas exitosas provenientes de otras instituciones y adaptarlas a las características y posibilidades del sistema municipal. Otra vertiente

de innovación es el uso de la tecnología para construir puntos de encuentro con la ciudadanía. Todo lo cual será apoyado con el desarrollo de actividades de investigación y docencia como ejes articulados al sistema local de salud.

Asociado a lo anterior, la quinta y última línea de acción consiste en propiciar la intersectorialidad y las alianzas con los sectores público y privado para aprovechar las distintas capacidades disponibles en beneficio de una mejor calidad de vida en el municipio. En esa dirección, consolidar enlaces programáticos con otras instancias de la Alcaldía, constituye una prioridad de la presente gestión.

Este documento se dedica a presentar, de manera breve y precisa, los programas instituidos en el IMCAS. Su propósito principal es poner a la disposición del personal de salud del Instituto, un marco de referencia que auspicie la estandarización en la prestación de servicios de salud, ayude a mejorar la cobertura y la calidad de la atención, y evite incurrir en costos innecesarios. Con este esfuerzo se espera, también, contribuir a que el diseño y ejecución de políticas y programas municipales de salud deriven en buenas prácticas en los espacios locales, en todo el país.

El documento está estructurado en siete (7) secciones. En la Sección I se resume la dinámica demográfica e institucional en la que se insertan los programas establecidos en el IMCAS. En lo referente a las características propias del IMCAS, en resguardo de la síntesis, en esta sección se destaca solo los aspectos más directamente relacionados al tema programático, excluyendo otros asuntos relevantes asociados a la actuación de la institución.

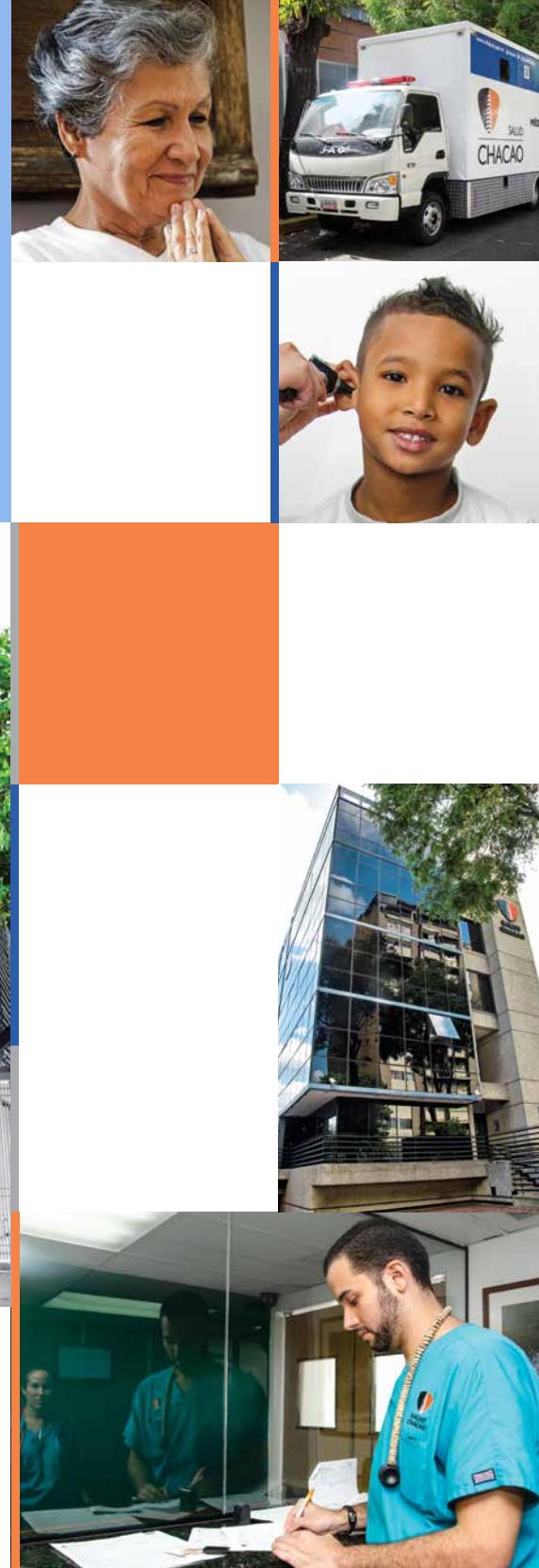
Las secciones subsiguientes se dedican a caracterizar cada uno de los programas del IMCAS en términos de los problemas de salud que pretenden resolver, sus objetivos, la población específica a la cual atienden, sus protocolos y el conjunto de servicios involucrados en su ejecución. En cada una de estas secciones se presenta un conjunto seleccionado de normas que regulan u orientan, en todos los municipios de Venezuela, la actuación de las actividades de salud correspondientes.

Los protocolos incluyen la secuencia de actividades a desarrollar acotadas a las competencias municipales en materia de salud. Se exponen en forma narrativa y de diagrama, y son producto de las normativas disponibles a nivel nacional o internacional, adaptadas al contexto del municipio Chacao con base en la experiencia de los profesionales de salud del IMCAS. Se trata de protocolos sencillos, que pueden ser ampliados y detallados en la medida de lo requerido y posible.

El esfuerzo de conducir y sistematizar lo contenido en este compendio se le debe a las doctoras Haydée García y Amalia García. No obstante, los resultados aquí presentados son fruto del trabajo de los directivos y responsables de Programas de Salud del IMCAS quienes, durante el año 2014, invirtieron tiempo en estructurar el enfoque de atención por programas que ahora guía las intervenciones de

esta institución en los ambulatorios y otros espacios comunitarios del municipio. Con el ánimo de fortalecer la actuación intersectorial y las alianzas con los sectores público y privado, en la elaboración de este documento participaron representantes de la Dirección de Gestión Social de la Alcaldía del municipio Chacao, con quienes se diseñó tres (3) nuevos programas, y se inició su ejecución bajo responsabilidad compartida. Asimismo, se contó con el apoyo de CONVITE A.C., Fundación Humana DBI de Venezuela, Sociedad Venezolana de Medicina Paliativa y la Unidad de Neuropsicología del Hospital Universitario de Caracas. La expectativa en el IMCAS es seguir ampliando el espectro y profundidad de los vínculos a favor de una atención de salud de excelencia para todos los habitantes del municipio Chacao.

SECCIÓN I EL CONTEXTO DEMOGRÁFICO E INSTITUCIONAL



Aspectos demográficos

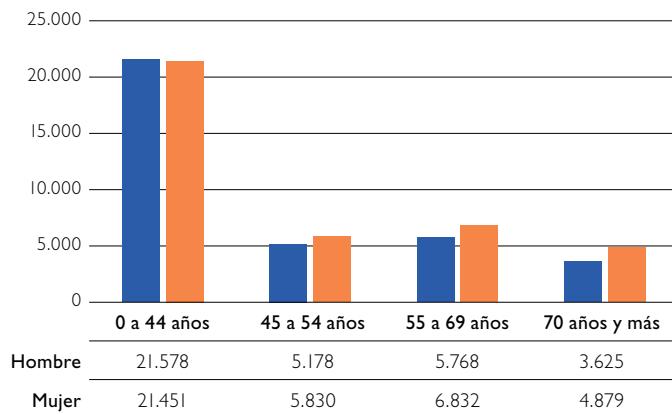
Chacao es uno de los veintiún (21) municipios del estado Miranda. Estimaciones calculadas con base en el Instituto Nacional de Estadística (INE), indican que su población asciende a los 75.141 habitantes para el año 2014¹, ubicándose en el décimo tercer lugar de la entidad mirandina y en el quinto puesto del Área Metropolitana de Caracas (AMC) con relación al tamaño de la población.

Para ese mismo año se estima que, del total de la población del municipio, 36.147 son hombres y 38.994 son mujeres. Es decir, 52 % de la población es femenina frente a un 48 % masculina. Al observar los datos según edad, se visualiza que el grueso de la población tiene menos de 45 años, lo que representa el 57 % del total. De este subgrupo, 21.578 son hombres y 21.451 son mujeres, indicando una paridad bastante cercana.

Esa distancia entre ambos sexos se va prolongando a medida que avanza la edad. Una diferencia de diez (10) puntos separa a los hombres y las mujeres con edades superiores a los 45 años (45 % son hombres y 55 % son mujeres), destacando la mayor demanda potencial de las prestaciones de salud provenientes de las mujeres en estas edades.

Distribución de la población por edad y sexo.

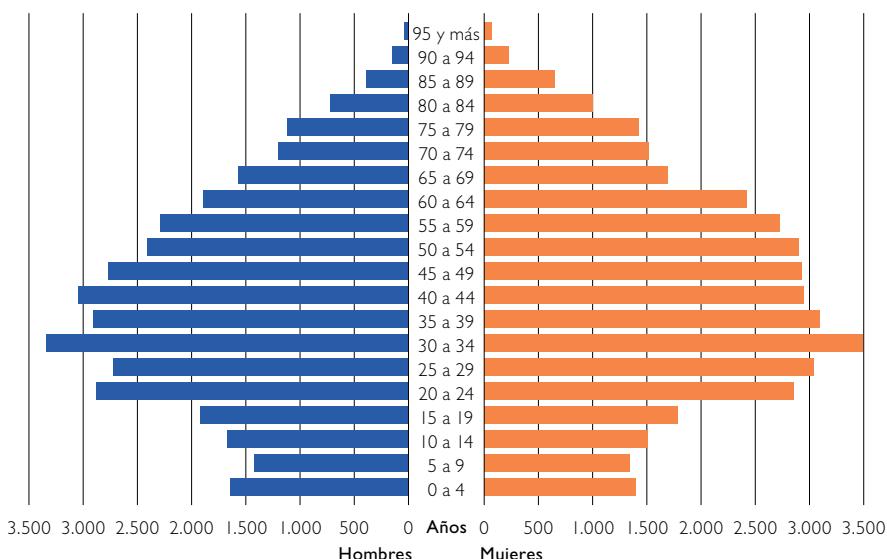
Municipio Chacao. Año 2014



Fuente: Elaboración propia con base en Proyecciones de Población 2000-2050 del INE, Censo 2011.

La población del municipio es predominantemente adulta. Al valorar los datos por grupos etarios, se aprecia que la mayoría de la población tiene entre 30 y 59 años (46,4 %), seguida por los menores de 30 años (32,2 %) y los mayores de 60 años (21,4 %).

Al respecto, se ha estimado que el índice de envejecimiento del municipio Chacao es cuatro (4) veces mayor que el de Venezuela, y mucho más alto que en el resto de los municipios en el AMC. De acuerdo con la Cepal, el valor de este índice evidencia los cambios en las demandas sociales, particularmente en materia de salud².



Índice de envejecimiento 2014

Venezuela y municipios en el AMC (en porcentajes)

Venezuela	32,43
Chacao	130,99
Baruta	72,35
El Hatillo	63,61
Sucre	31,78
Libertador	18,95

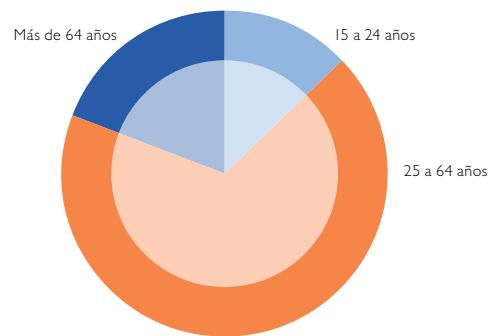
Fuente: Cálculos propios con base en Proyecciones de Población 2000-2050 del INE, Censo 2011.

Finalmente, la distribución de la población por grupos vulnerables se expresa como sigue:

- **Las mujeres.** El número de mujeres mayores de 15 años alcanza la cifra de 34.748 (46 %) personas, de las cuales 4.640 tienen entre 15 y 24 años (6 %), 23.545 cuentan 25 a 64 años (31 %), y 6.571 poseen más de 64 años (9 %).

Municipio Chacao.

Población femenina de 15 años y más (en porcentajes)

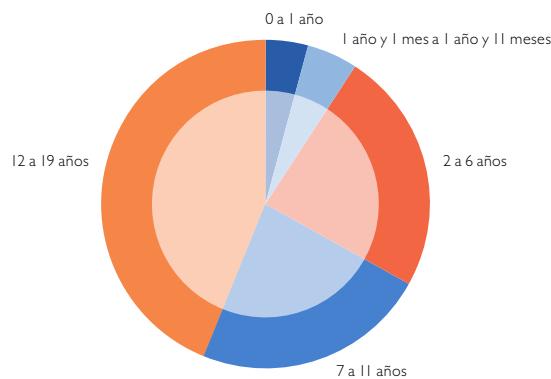


Fuente: Elaboración propia con base en Proyecciones de Población 2000-2050 del INE, Censo 2011.

- El grupo de 19 años y menos.** La población de 0 a 19 años representa el 17% (12.698) del total de la población del municipio. De este subgrupo, 4,3% (556) son lactantes menores de un año, 4,7% (598) son lactantes entre los 13 y 23 meses, 24% (3.059) tiene entre 2 y 6 años, 23% (2.925) se ubica entre los 7 y 11 años, y 43,8% (5.560) posee entre 12 y 19 años.

Municipio Chacao.

Población menor de 20 años de edad (en porcentajes)



Fuente: Elaboración propia con base en Proyecciones de Población 2000-2050 del INE, Censo 2011.

Instituto Municipal de Cooperación y Atención a la Salud

El Instituto Municipal de Cooperación y Atención de la Salud (IMCAS), de la Alcaldía del municipio Chacao, fue creado en el año 1995, como un ente público adscrito al gobierno local, con personalidad jurídica propia y patrimonio independiente del Fisco Municipal.

Esta institución, junto con los sistemas de salud de los municipios Baruta, El Hatillo y Sucre, forma parte del ámbito de actuación del Distrito Sanitario N° 7, adscrito a la Dirección Estadal de Salud Miranda, el cual constituye la instancia descentralizada del Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS).

Aspectos estratégicos

Los propósitos y perspectivas del IMCAS están definidos de manera explícita como sigue:

- Visión:** Prestar servicios integrales de salud de calidad, con énfasis en la prevención e innovación en los procesos, que permitan adaptarse a las nuevas realidades y sean capaces de satisfacer con calidez y efectividad las necesidades de salud de la población del municipio Chacao a través de una gestión participativa y transparente.
- Misión:** Ser el principal referente en Atención Primaria de Salud del municipio Chacao, a través de un enfoque de atención fundamentado en programas, adecuados a las necesidades de salud de la población, así como a sus características socioeconómicas, geográficas y a su perfil epidemiológico y apoyado en alianzas estratégicas que generen impacto en el desarrollo innovador de la organización.

Las líneas de actuación estratégica que rigen la gestión 2014-2018, expuestas en la introducción del presente documento, se resumen a continuación:

- Institucionalizar un enfoque de atención fundamentado en programas, que favorezca el desempeño articulado, coherente y eficiente de los servicios en la red asistencial, con base en patrones de buenas prácticas acordados y validados por el equipo de salud del IMCAS.
- Fortalecer la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS), fomentando la co-responsabilidad de la ciudadanía en el cuidado de su salud, estableciendo los canales para materializar sus vínculos con el sistema local de salud y favoreciendo su acceso oportuno a los servicios allí prestados.
- Incorporar nuevos programas y servicios según las necesidades de los residentes del municipio, con predominio de la atención a problemas críticos que aquejan a grupos de población de alta vulnerabilidad.
- Fomentar actividades de docencia e investigación para el desarrollo del recurso humano de salud, e introducir nuevos métodos y tecnologías para la prevención, atención y gestión de salud.
- Fortalecer la intersectorialidad y las alianzas con los sectores público y privado para aprovechar las distintas capacidades disponibles en beneficio de una mejor calidad de vida en el municipio.

Aspectos normativos y de política

Los principales instrumentos jurídicos que rigen las competencias de los sistemas municipales de salud en el país son la **Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (CRBV)**, y la **Ley Orgánica del Poder Público Municipal (LOPPM)**. En el año 1998, Venezuela sancionó una Ley de Salud, mas al aprobarse la CRBV en 1999, en la Asamblea Nacional se fijó un lapso de dos (2) años para la promulgación de una nueva Ley de Salud, con lo cual no se ha cumplido a la fecha. También se cuenta con las **Normas sobre Clasificación de Establecimientos de Atención Médica del Sub-Sector Público** en las cuales se define los ámbitos de competencia de los Distritos Sanitarios y el **Reglamento Interno del Ministerio de Salud y Desarrollo Social** donde se establecen las atribuciones de las Direcciones Regionales de Salud a las cuales se adscriben los Distritos Sanitarios.

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

Fuente: CRBV. Artículo 83.

La CRBV se refiere a las competencias que tienen las municipalidades de prestar servicios de atención primaria de salud, como parte de la obligación del Estado de garantizar el derecho a la salud, en el marco de una gestión descentralizada y participativa. Por su parte, la LOPPM se adhiere al mandato constitucional otorgándole a los gobiernos locales competencias en atención primaria de salud. Otras disposiciones normativas nacionales, más directamente relacionadas a las cinco (5) áreas de atención de salud que abarca el IMCAS, se especifican en cada una de las secciones subsiguientes en este documento, según el área de atención a la cual correspondan.

El marco de referencia en materia de orientaciones nacionales de política está representado por el **Plan Nacional de Salud 2014-2019**, el cual plantea los objetivos, políticas, proyectos y medidas estratégicas de salud para el período en cuestión. En el ámbito internacional, se dispone de múltiples instrumentos consignados por Venezuela, en los cuales se defiende el derecho a la salud y se insta a los gobiernos a cumplir con la obligación de garantizar ese derecho. De estos instrumentos,

entre los más conocidos cuentan: la **Declaración Universal de los Derechos Humanos** (1948) la **Declaración de Alma Ata** (1978), la **Carta de Ottawa** (1986), el **Protocolo Adicional a la Convención Americana de Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales** (1988), la **Convención de los Derechos del Niño** (1989) y la **IV Conferencia Internacional sobre la Mujer** (1995).

IMCAS. Principales instrumentos normativos de referencia

Instrumento normativo	Fuente	Artículos principales
Constitución de la República Bolivariana de Venezuela	Gaceta Oficial N° 36.860 del 30 de diciembre de 1999	75, 83, 84, 85, 178 y 184
Ley Orgánica del Poder Público Municipal	Gaceta Oficial N° 38.204 del 8 de junio de 2005. Reformada parcialmente según Gaceta Oficial N° 39.163 del 22 de abril de 2009	56, Numeral 2 Letra E
Ley de Medicamentos	Gaceta Oficial N° 37.006 de fecha 3 de agosto de 2000	9 y 65
Normas sobre Clasificación de Establecimientos de Atención Médica del Sub-Sector Público	Gaceta Oficial N° 246.948 y Decreto 1.798 del 20 de enero de 1983	1 a 8
Reglamento Interno del Ministerio de Salud y Desarrollo Social	Gaceta Oficial N° 36.935 del 18 de abril de 2000	55 a 59
Ordenanza de creación del Instituto Municipal de Cooperación y Atención a la Salud (IMCAS)	Ordenanza N° 002-95 publicada en Gaceta Municipal Número Extraordinario 699 del 23 de mayo de 1995	

Entre los instrumentos más recientes destaca el contentivo de las resoluciones de la 62^a Asamblea Mundial de la Salud (2009): **Atención Primaria de Salud, Incluido el Fortalecimiento de los Sistemas de Salud**. Estas resoluciones instan a los Estados miembros, en todos sus niveles de gobierno a:

- Adoptar todas las medidas necesarias para garantizar el acceso universal a la atención primaria de salud (Artículo N° 1).
- Adoptar modelos de prestación centrados en los niveles locales y distritales que proporcionen servicios integrales de atención primaria de salud, incluidos la promoción de la salud, la prevención de la morbilidad, la atención curativa y los cuidados paliativos, entre otros (Artículo N° 2).

- Promover una participación activa de toda la población, en los procesos de elaboración y aplicación de políticas y de mejoramiento de la salud y la atención de salud, con el fin de prestar apoyo a la renovación de la atención primaria de salud (Artículo N° 3).
- Abogar para que se establezcan, incorporen y ejecuten programas verticales, con inclusión de programas orientados a enfermedades específicas, en el contexto de la atención primaria de salud integral (Artículo N° 6).

Áreas de atención, programas y servicios

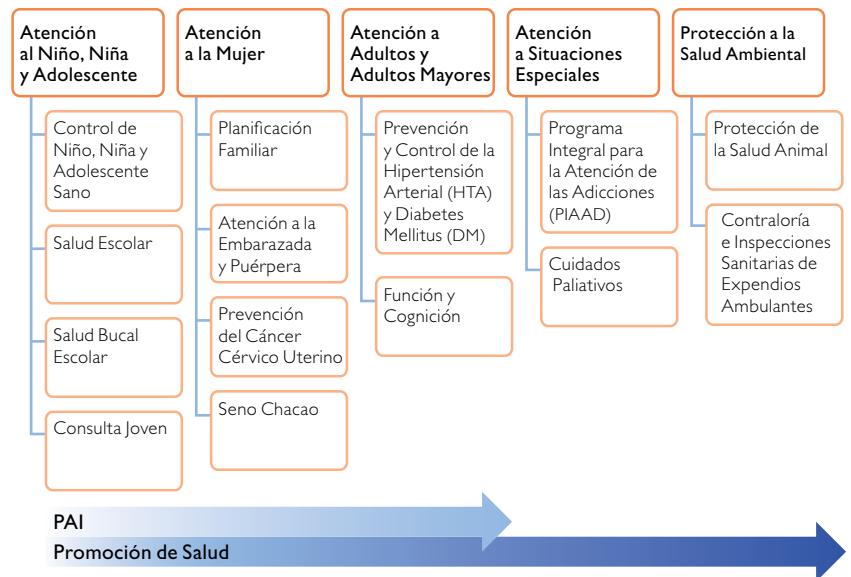
El IMCAS comprende cinco (5) áreas de atención de salud que concentran quince (15) programas de salud. Estas áreas son:

- Atención al niño, niña y adolescente.
- Atención a la mujer.
- Atención a adultos y adultos mayores.
- Atención a situaciones especiales.
- Protección a la salud ambiental.

Las tres primeras áreas listadas corresponden a diez (10) programas relacionados con los ciclos de vida individuales y familiares. La cuarta área refiere a dos (2) programas para la atención de situaciones de salud difíciles de enfrentar, como es el caso de las adicciones o las enfermedades terminales, las cuales requieren apoyo especial tanto al directamente afectado como a su familia. Por último, se cuenta con un área que engloba dos (2) programas para la protección de salud, mediante el control al entorno ambiental del municipio.

Adicionalmente, se estructuró un (1) programa trasversal, Promoción de Salud, responsable de promover la oferta de servicios de salud del IMCAS, así como de transferir conocimientos a las comunidades acerca de la importancia de prevenir y enfrentar los riesgos de salud.

Otro programa transversal aplicado desde el IMCAS es el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) del Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS)³.



Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)

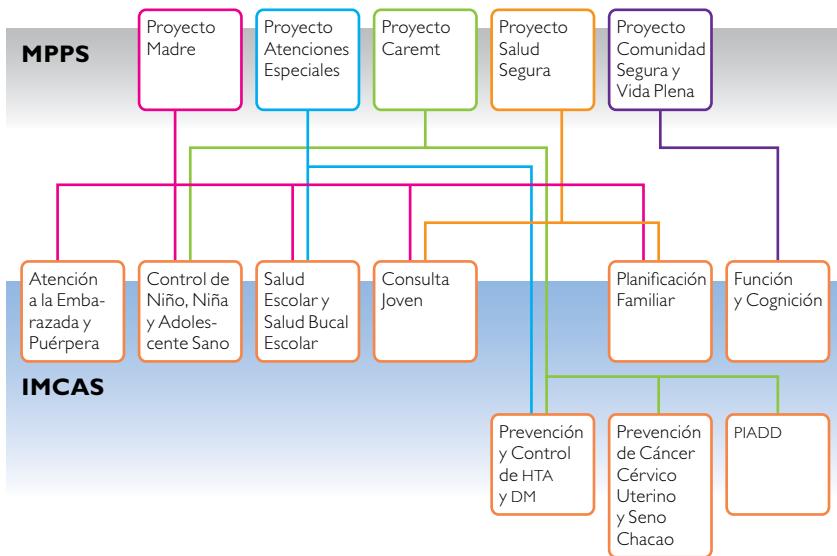
El PAI tiene por objetivo disminuir la morbilidad y mortalidad debidas a enfermedades prevenibles por vacunas.

Las vacunas suministradas por la vía de este Programa son: BCG, Antihepatitis B; Antinflueza; Antirrotavirus; Antiamarílica; Neumococo 23; Neumococo Pediátrica; Toxoide tetánico; Antipolio; Pentavalente, que protege contra Difteria, Tosferina, Tétanos, Hepatitis B, Meningitis y Neumonía por Haemophilus influenzae Tipo B (Hib); y Trivalente Viral que protege contra Sarampión, Rubéola y Parotiditis.

Fuente: MPPS.gov.ve

Los programas nacionales de salud del MPPS, contenidos en sus cinco (5) proyectos, y gestionados desde el Distrito Sanitario N° 7, son referencia para la actuación de los programas instituidos en el IMCAS y, a la vez, comparten responsabilidades con el gobierno local en la prevención y atención de salud en el municipio. Dichos proyectos y los programas que comprenden son:

- **Proyecto Madre:** Programas Salud Sexual y Reproductiva, Niños, Niñas y Adolescentes, y Lactancia Materna.
- **Proyecto Atenciones Especiales:** Programas Salud Visual, Reumatología y Salud Bucal.
- **Proyecto CAREMT:** Programas Salud Cardiovascular, Salud Renal, Endocrino Metabólico (Diabetes Mellitus), Oncología y Tabaco.
- **Proyecto Comunidad Segura y Vida Plena:** Programa Salud Mental.
- **Proyecto Salud Segura:** Salud Respiratoria, ITS/SIDA.



Del conjunto de programas que integran los Proyectos del MPPS, se identifican atenciones no inscritas de manera explícita en el marco de los programas institucionalizados en el IMCAS pero que, sin embargo, se prestan en sus servicios ambulatorios, tal y como son las consultas de oftalmología, fisiatría y rehabilitación, odontología, consultas de medicina interna, endocrinología, psicología y psiquiatría, neumopediatría, referencia a los siguientes programas: Salud Visual, Reumatología, Salud Bucal (adultos), Salud Renal, Salud Mental y Salud Respiratoria. En efecto, los programas del IMCAS integran las actividades y los servicios prestados en todos sus ambulatorios y comprenden un conjunto de especialidades disponibles en estos establecimientos.

IMCAS. Servicios disponibles en ambulatorios municipales

Ambulatorio o Unidad de Atención	Servicios
Bello Campo	Medicina General, Medicina Interna, Pediatría, Ginecología y Obstetricia, Fisioterapia, Nutrición, Terapia de Lenguaje, Audiología, Odontología y Especialidades Odontológicas, Laboratorio, Trabajo Social
Bucaral	Medicina General, Pediatría, Ginecología y Obstetricia, Odontología, Trabajo Social
Guillermo Hernández Zozaya (Pedregal)	Medicina General, Medicina Interna, Pediatría, Ginecología y Obstetricia, Odontología, Nutrición, Trabajo Social
Altamira	Medicina General, Medicina Interna, Pediatría, Ginecología y Obstetricia, Geriatría, Psicología, Psiquiatría, Oftalmología, Odontología, Radiología, Trabajo Social
Chacao	Medicina General, Medicina Interna, Pediatría, Ginecología y Obstetricia, Geriatría, Nutrición, Odontología, Psicología, Trabajo Social
Centro de Especialidades Los Palos Grandes	Medicina General, Medicina Interna, Pediatría, Cardiología, Ginecología y Obstetricia, Geriatría, Fisiatría y Rehabilitación, Fisioterapia, Foniatria, Gastroenterología, Dermatología, Traumatología, Psiquiatría, Psicología, Odontología, Oftalmología, Terapia Ocupacional, Técnico Cardiopulmonar, Nutrición, Neuropediatría, Trabajo Social
Centro de Especialidades Quirúrgicas	Ginecología; Cirugías: General, Pediátrica, Plástica reconstructiva; Dermatología, Oncología Médica, Neurocirugía, Endocrinología, Nutrición, Otorrinolaringología, Traumatología, Urología, Psicología, Gastroenterología, Trabajo Social
Sede de Emergencias	Atención de emergencias las 24 horas los 365 días del año. Traslados programados. Atención domiciliaria. Atención de emergencias en calle. Unidades de respuesta inmediata (URI). Servicio de Rayos X y Laboratorio
Centro Techo Salud Chacao	Psiquiatría, Psicología, Toxicología, Terapia Ocupacional, Asesoría Legal, Trabajo Social

Organización, planificación y presupuesto

Aspectos organizativos

El IMCAS mantiene una estructura organizacional con jerarquías de mando y funciones establecidas. No obstante, la incorporación de nuevos enfoques y líneas de actuación ha supuesto cambios en la estructura que fueron adelantados con el concurso activo del equipo gerencial de la institución.

Por su relación con la institucionalización del enfoque de atención fundamento en programas, es importante destacar los siguientes movimientos en la organización:

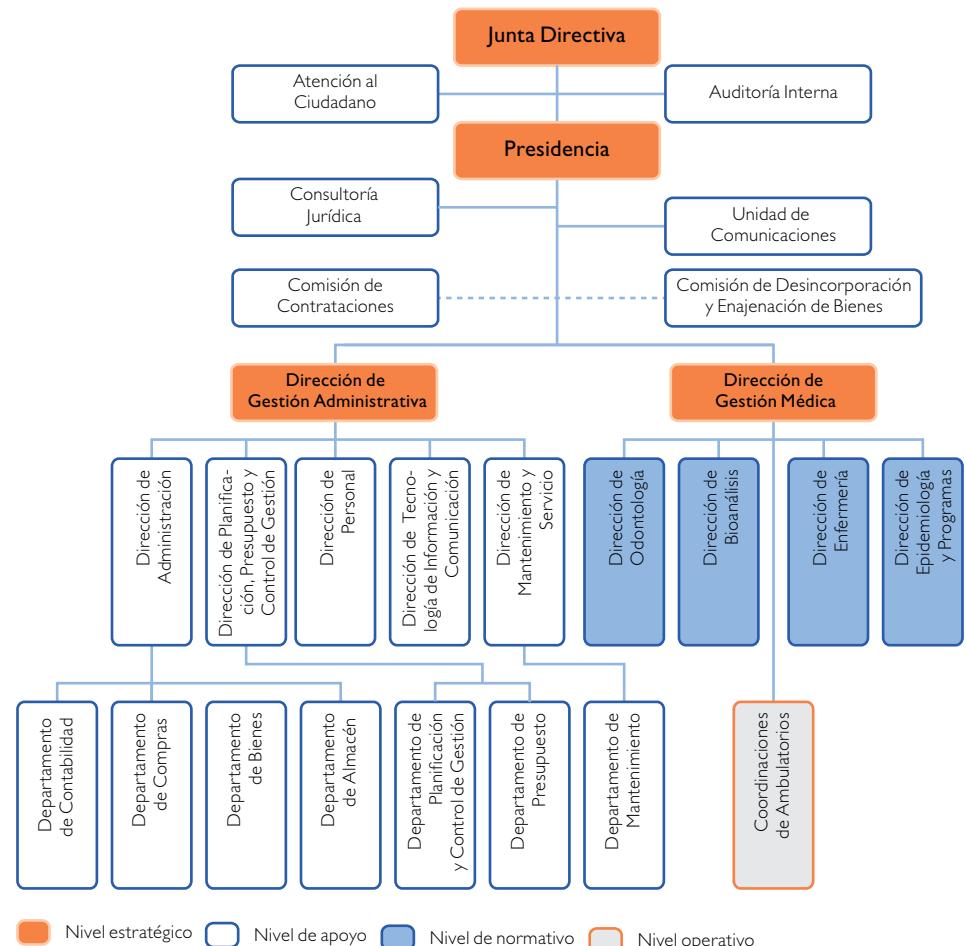
- Los destinados a fortalecer la transparencia de la gestión:
 - La Oficina de Auditoría Interna, anteriormente apoyo de la Vicepresidencia, se transfiere al nivel de apoyo de la Junta Directiva, constituida por personas externas a la institución.
 - La Oficina de Atención al Ciudadano se eleva al mismo nivel de la Oficina de Auditoría Interna.
- Se elimina la Vicepresidencia y se sustituye por dos (2) direcciones estratégicas que organizan, de acuerdo con su especificidad, las funciones de gestión administrativa y de salud propiamente dichas. Este cambio tuvo lugar para aumentar el rendimiento y los vínculos de las ejecuciones en ambas áreas, así como para facilitar el monitoreo de la gestión, incluyendo el desempeño de programas.
- La creación de una instancia de planificación y presupuesto que vincule ambas funciones, facilitando la inclusión de los programas de atención de salud en los Planes Operativos Anuales (POA).
- Finalmente, acorde con el propósito de institucionalizar programas de salud vinculándolos a las actividades epidemiológicas que se venían practicando, destaca la creación de la Dirección de Epidemiología y Programas, adscrita a la Dirección de Gestión Médica.

La Dirección de Epidemiología y Programas es la responsable de coordinar los programas instituidos en el IMCAS, para lo cual, además de una (1) Coordinación General, dispone de un (1) responsable para cada programa. A esta Dirección le compete coordinar los sistemas de vigilancia epidemiológica, los cuales proporcionan la información que, una vez procesada, permite orientar las ejecuciones de los programas. En concreto, las funciones de la Dirección de Epidemiología y Programas son:

- Proponer estrategias y acciones inherentes a los programas.
- Participar en la formulación de los POA y Presupuesto.
- Cumplir y hacer cumplir las políticas, objetivos, protocolos, así como las metas establecidas en el POA.

- Coordinar los sistemas de vigilancia epidemiológica y participar en el procesamiento, análisis y difusión de información epidemiológica.
- Vigilar y promover el buen funcionamiento de los registros de Historias Médicas.
- Hacerle seguimiento periódico al desempeño de los programas.
- Promover, según necesidades detectadas, la ejecución de actividades de actualización del personal relacionado a la ejecución de programas.
- Promover y participar en iniciativas de investigación y docencia pertinentes.
- Promover y facilitar el asesoramiento técnico y la formulación de convenios de cooperación con instituciones públicas y privadas en función de la ejecución de los programas.

IMCAS. Organigrama vigente



Planificación y Presupuesto

El Plan Operativo Anual (POA) es el instrumento que guía la ejecución de objetivos, actividades, programas y proyectos vinculados con el presupuesto para un año determinado. En el IMCAS, se elabora bajo los lineamientos de la Dirección Superior de la Alcaldía del municipio Chacao y del Plan Estratégico de la propia institución, y constituye una herramienta para monitorear el cumplimiento de las acciones con las que esta se compromete para un período determinado.

A grandes rasgos, el proceso que viene siguiendo el IMCAS para la formulación del POA y el Presupuesto se centra en previsiones tomadas en función de la estructura y las necesidades organizativas de la institución. El proceso se inicia internamente con la solicitud, por parte de la Dirección de Planificación y Presupuesto a las unidades organizativas de la institución y a los ambulatorios, de la información sobre objetivos, acciones específicas y sus medios de verificación (indicadores). Con esta información se generan proyectos de POA y Presupuesto, los cuales una vez revisados y aprobados por la Dirección Superior del IMCAS, son enviados al gobierno municipal para su aprobación final y/o ajustes. En el IMCAS, el monitoreo del POA y Presupuesto se efectúa trimestralmente.

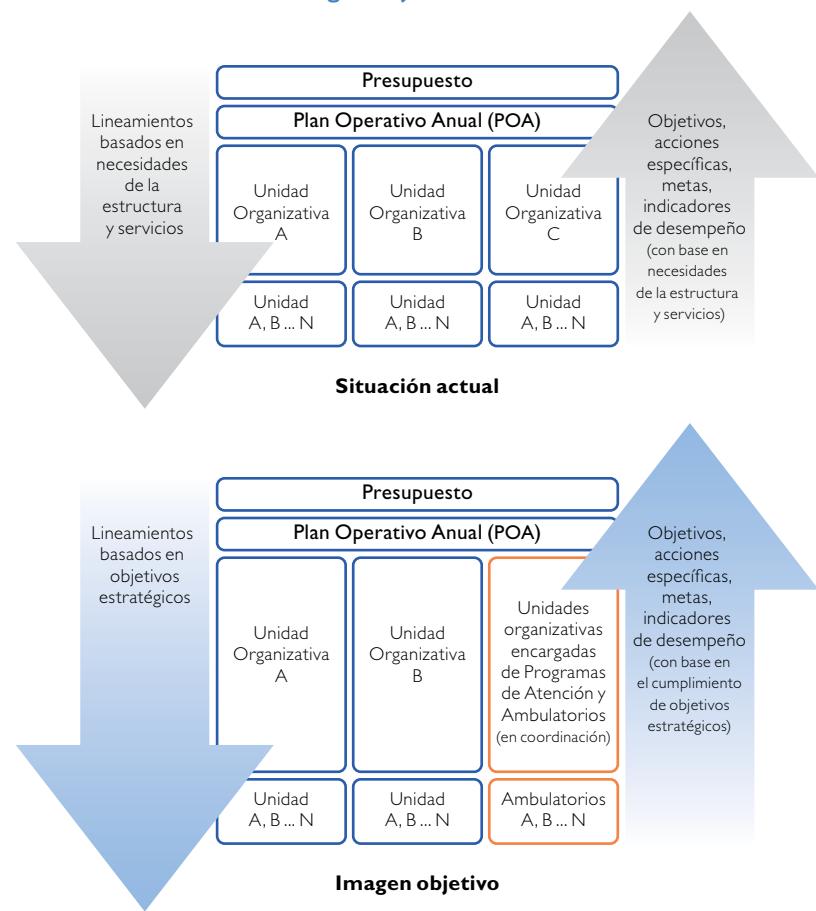
La presente gestión se propone encaminar el proceso de planificación hacia el cumplimiento de los objetivos estratégicos establecidos, lo que supone incorporar como eje prioritario la planificación y desempeño de los programas de atención de salud institucionalizados en el IMCAS. Esta mayor vinculación con los programas de atención permitirá que la información obtenida a partir del monitoreo y evaluación de la ejecución de presupuestos, planes y programas facilite la toma de decisiones. En esta dinámica, el Sistema Digital de Historias Médicas constituye una fuente de información clave, por lo que procede optimizar su utilización.

Lo anterior llama la atención acerca de la importancia de incluir en los POA, para cada uno de los quince (15) programas de atención, sus objetivos, acciones específicas, metas y medios de verificación (indicadores). Considerando, además, que estos factores tendrían que desagregarse a nivel de ambulatorios para que el POA contribuya a monitorear el cumplimiento de los programas en esos establecimientos.

En esa dirección, con la formulación del POA y Presupuesto 2015, durante el año 2014 se hicieron algunos avances. Mas está previsto adelantar todos los cambios necesarios de manera gradual, valorando la pertinencia y costos generales de cada movimiento, evitando incorporar factores y procesos complejos o innecesarios, para garantizar el uso óptimo de estas herramientas en la planificación y seguimiento de la gestión.

IMCAS. Proceso de planificación y presupuestación

Situación actual e imagen objetivo



Sistema Digital de Historias Médicas

La historia clínica es el documento legal donde se registra la información médica, preventiva y social que se amerita para monitorear el desempeño de programas y servicios, y constituye el instrumento clave para la vigilancia epidemiológica. La historia clínica es considerada como un derecho de todo paciente, y por lo tanto, es obligación del médico o personal de salud que corresponda registrar en esta toda la información sobre sus consultas.

El diagnóstico contenido en la historia clínica del IMCAS se basa en la Clasificación Internacional de Enfermedades N° 10 (CIE 10) para cuya aplicación se dispone de un Manual de Uso.

Para el procesamiento de la historia clínica, en el IMCAS se cuenta con un Sistema Digital que permite disponer de la información agregada en tiempo real. El sistema admite que la Historia esté disponible, a través de una red de datos, en todos los ambulatorios y que cualquier médico pueda acceder a la misma utilizando su clave personal.

El sistema admite la agregación de datos correspondientes a características personales de las o los pacientes, morbilidad, tipo y número de consultas, estudios especiales, entre otros. Estos datos constituyen la fuente para la construcción de indicadores, los cuales son presentados en reportes epidemiológicos, de productividad u otros.

Sistema Digital de Historias Médicas



Notas

1 Censo 2011 [base de datos en internet] [fecha de acceso 24 de enero 2014]. Disponible en: <http://www.redatam.ine.gob.ve/Censo2011/index.html>

2 Encuentro Latinoamericano y Caribeño sobre las Personas de Edad [en línea] 2000 [fecha

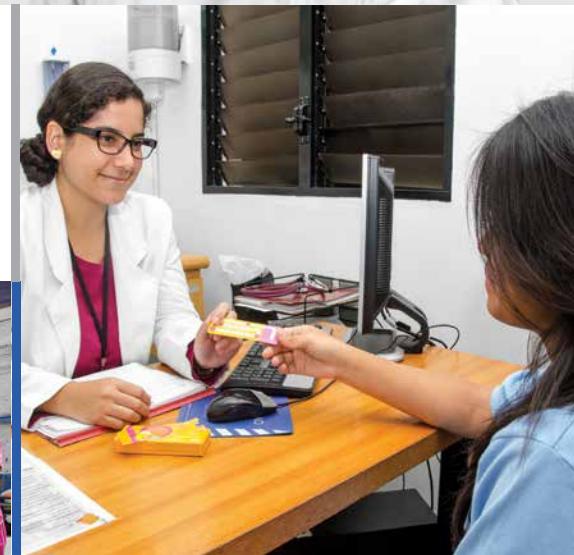
de acceso 15 de enero de 2015] URL disponible en: <http://www.cepal.org/cgi-bin/ge-tPro-dasp?xml=/publicaciones/xml/4/5604/P5604.xml&xsl=/celade/tpl/p9f.xsl&base=/celade/tpl/top-bottom.xsl>

3 Para el PAI no se establece un protocolo en este documento

ya que se trata de un programa nacional que ha estandarizado la participación de los municipios.

4 MPPS. Programa de Salud [en línea] [fecha de acceso 11 de febrero de 2014]. URL Disponible en: <http://www.mpps.gob.ve>

SECCIÓN II PROGRAMAS PARA LA ATENCIÓN AL NIÑO, NIÑA Y ADOLESCENTE



El IMCAS ejecuta programas destinados a garantizar el acceso de la población infantil y adolescente a una atención de salud de calidad, con énfasis en la prevención de riesgos. Los programas inscritos en esta área son cuatro (4):

- Control de Niño, Niña y Adolescente Sano.
- Salud Escolar.
- Salud Bucal Escolar.
- Consulta Joven.

Marco normativo

El marco normativo y de política relacionado con la atención de salud de este grupo es bastante amplio, tanto a nivel nacional como internacional, siendo la **Convención de los Derechos del Niño** el instrumento clave en este último ámbito.

Principales instrumentos internacionales específicos de protección

Instrumento normativo	Año
Convención Internacional sobre los Derechos del Niño	1990
Cumbre Mundial de la Infancia	1990
Programa Regional de Acciones para el Desarrollo de la Juventud de América Latina (PRADJAL)	1995-2000

En el caso de Venezuela, el país cuenta con varios instrumentos para la protección de este grupo. En primer lugar, se dispone de un **Programa Nacional de Atención Integral del Niño, Niña y Adolescente (PNANNA)**, el cual fija las pautas de atención de salud fundamentándose en los siguientes objetivos⁴:

- Garantizar la atención integral y detección temprana de factores de riesgo que comprometan la salud y calidad de vida de niños, niñas y adolescentes desde el período perinatal.
- Mejorar las condiciones de salud de la población infantil y adolescente del país, contribuyendo a reducir el perfil de morbilidad y mortalidad por causas injustas, prevenibles y/o evitables.

El PNANNA obliga a todos los poderes públicos, la sociedad, las empresas, las familias y las personas, a participar en la promoción de la calidad de vida y en la defensa del derecho a la salud de niños, niñas y adolescentes.

La **Ley Orgánica de Protección al Niño, Niña y Adolescente (LOPNA)** es otro instrumento normativo específico donde se fija la obligación del Estado venezolano de garantizar a este grupo la atención de salud, incluyendo la atención médica,

odontológica y en salud sexual y reproductiva. Esta Ley, dictada en el año 1998, entró en vigencia en el año 2000, y fue reformada y promulgada en el año 2007.

La Ley Orgánica de Protección al Niño, Niña y Adolescente (LOPNA)

está cimentada en la Doctrina de Protección Integral, que establece los principios fundamentales de este grupo poblacional como sujetos plenos de derecho:

- **Interés superior:** entendiendo que la atención a niños, niñas y adolescentes debe prevalecer en todas las medidas que les conciernen y que son asumidas por las instituciones públicas y privadas.
- **Prioridad absoluta:** impone la atención preferencial de las necesidades y derechos fundamentales de niños, niñas y adolescentes.
- **Corresponsabilidad** de la familia, sociedad y el Estado en la garantía de estos derechos.

Como parte del marco jurídico de estos programas, el país cuenta con la **Norma Oficial para la Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva**, la cual contempla respuestas, normativas y programáticas, para prevenir problemáticas tales como la mortalidad infantil o la prevalencia de embarazo adolescente, entre otros. Venezuela también tiene una **Ley de Promoción y Protección de la Lactancia**

Materna, donde se establece que el sistema nacional de salud debe desarrollar políticas y planes dirigidos a la promoción, protección y apoyo de la lactancia materna. Otro instrumento normativo muy importante es la **Ley Nacional de Juventud**, la cual contempla de manera amplia el derecho a la salud y a la seguridad social que tienen las y los jóvenes venezolanos.

Principales instrumentos nacionales específicos de protección

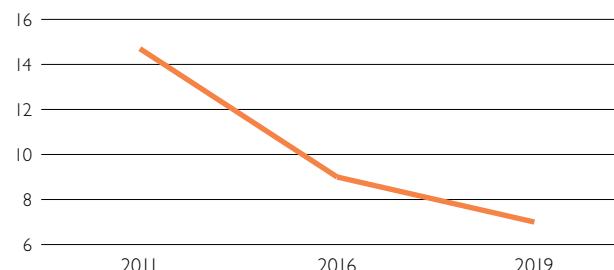
Instrumento normativo	Fuente	Artículos principales
Ley de Inmunizaciones	Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela con el N° 35.916 de fecha 08 de marzo de 1996	1 a 24
Ley Orgánica de Protección al Niño, Niña y Adolescente	Gaceta Oficial Extraordinaria de la República Bolivariana de Venezuela con el N° 5.859 de fecha 10 de diciembre de 2007	2, 4, 5, 6, 8, 15, 26, 30, 32, 33, 41, 43, 44, 45, 48, 50, 51 y 124
Ley de Promoción y Protección de la Lactancia Materna	Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela con el N° 38.763 de fecha 06 de septiembre de 2007	3, 6, 7, y 8
Norma Oficial para la Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva	Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela con el N° 37.705 de fecha 05 de junio de 2003	No aplica
Ley Nacional de Juventud	Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela con el N° 37.404 del 14 de marzo de 2002	3, 20, 21, 22, 23, 24, 25 y 41

En el año 2014, el MPPS crea el **Plan La Salud va a la Escuela**, cuyo objetivo es la atención integral de todos los estudiantes hasta la adolescencia. El Plan establece que esa atención sea prestada en las escuelas.

En línea con los **Objetivos del Milenio** para el año 2015, suscritos por Venezuela como país miembro de las Naciones Unidas, el Plan Nacional de Salud 2014-2019, enfatiza entre sus prioridades el reducir la mortalidad infantil en el período en cuestión.

Mortalidad Infantil. Metas del Plan Nacional de Salud

2014-2019 (por 1.000 nacidos vivos registrados - NVR)



Fuente: MPPS. Plan Nacional de Salud 2014-2019.

Caracterización de los programas

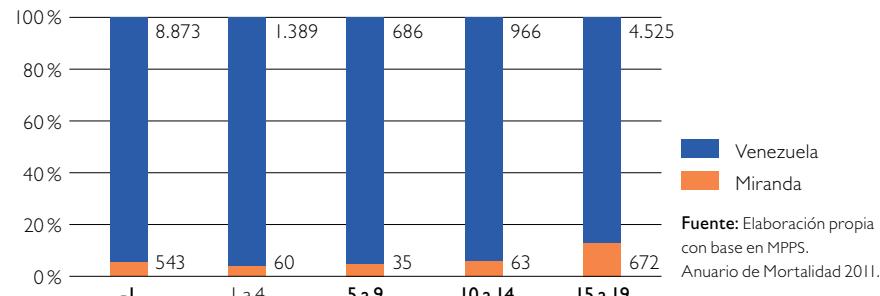
La problemática por enfrentar

Durante el año 2011, ocurrieron en Venezuela 16.439 muertes en niños, niñas y adolescentes. De estas muertes un 8% (1.373) se produjo en el estado Miranda⁵. Los más afectados, en ambos ámbitos geográficos, fueron los menores de 1 año y los jóvenes entre 15 y 19 años. No obstante, en el estado Miranda, los jóvenes dan cuenta de casi la mitad (49%) de los fallecimientos ocurridos en el grupo. Se considera que una buena parte de las muertes en niños, niñas y adolescentes venezolanos son altamente evitables de tomarse las medidas de promoción y prevención adecuadas y de mejorarse la accesibilidad a los servicios de salud. Al respecto, el MPPS señala lo siguiente:

«En cuanto a causas de mortalidad se ha observado en los últimos dos años que las 5 primeras causas son: ciertas afecciones del período perinatal, enfermedades infecciosas y parasitarias, malformaciones congénitas, enfermedades respiratorias y enfermedades endocrino-metabólicas. Otras como SIDA, tuberculosis, trastornos neoplásicos o trastornos hematológicos malignos, también afectan un número representativo de la población infanto-juvenil, siendo el grupo de 5 a 14 años (10,64 %) el más afectado. Durante las supervisiones a diferentes entidades federales fueron identificados algunos factores de riesgo, la mayor parte de ellos prevenibles que incrementan la probabilidad de muerte en el menor de un año (entre estos): problemas por accesibilidad a los establecimientos de salud... control prenatal inadecuado en cantidad y calidad, parto atendido en condiciones inadecuadas tanto por déficit de insumos y equipos básicos, como por incumplimiento de las normas esenciales de atención durante y después del evento obstétrico»⁶.

Venezuela y estado Miranda. Mortalidad ocurrida e inscrita.

Grupos de 0 a 19 años. Año 2011



En el caso concreto de las adolescentes, un estudio adelantado por la Defensoría del Pueblo y el Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA, 2008), con el cual se estudiaron a 1.244 adolescentes que acudían a centros asistenciales de salud de todo el país, se encontró que el 66% comienza sus relaciones sexuales entre los 14 y los 16 años de edad y un 12% entre los 10 y los 13 años de edad. Un 9% de las jóvenes enfrentó su primer embarazo a los 14 años o menos y un 43% a los 16 años o menos. En el grupo, 89 jóvenes informaron haber tenido abortos y la gran mayoría lo tuvo a los 16 años o menos⁷. Como se sabe, el embarazo precoz constituye un importante riesgo para la salud de las jóvenes.

Las adolescentes menores de 15 años son 5 veces más propensas a morir durante el embarazo que las mujeres mayores de 20 años. Los recién nacidos tienen 60% más de riesgo de morir si la madre es menor de 18 años.

En 2012, aproximadamente 2,1 millones de adolescentes en el mundo vivían con VIH –una de cada siete de las nuevas infecciones con VIH ocurren en la adolescencia. Fuente: Norma Oficial para la Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva, y OMS.

En el municipio Chacao, si bien ha sido difícil obtener la información sobre mortalidad infantil, no es posible descartar la necesidad de prevenir la morbimortalidad infantil, preescolar, escolar y de adolescentes asociada a causas que pueden ser evitadas. En consecuencia, a ese grupo se le debe garantizar el acceso a servicios de salud de calidad desde los distintos niveles de atención de salud, incluyendo el municipal.

En el IMCAS, además de las intervenciones previstas para contribuir a minimizar los problemas y riesgos de salud antes anotados, se aborda lo relacionado a la alta prevalencia de las enfermedades dentales como la caries bucal y la enfermedad periodontal característica en niños, niñas y adolescentes.

CONTROL DE NIÑO, NIÑA Y ADOLESCENTE SANO



Objetivos

Este programa contribuye a promover, mantener y garantizar la salud integral de niños, niñas y adolescentes en el municipio Chacao, mediante la detección temprana de factores de riesgo que comprometen la salud y calidad de vida. Todo lo cual se ejecuta a partir de los principios de equidad, universalidad, accesibilidad, gratuidad y justicia. En concreto, el programa se plantea:

- Desarrollar acciones de educación y promoción de salud destinadas a niños, niñas y adolescentes y a sus padres o representantes.
- Captar de forma temprana a niños, niñas y adolescentes para prevenir o detectar las enfermedades oportunamente.
- Mantener los Planes de Inmunización.

Población objetivo

La población objetivo son todas las personas entre 0 a 19 años de edad que hacen vida en el municipio Chacao, las cuales para el año 2014 se estimaron en 12.698 personas. Este grupo, con fines del programa, se desagrega a su vez en:

- Lactantes menores (28 días a 12 meses).
- Lactantes mayores (13 meses a 23 meses).
- 2 a 6 años (preescolares).
- 7 a 11 años (escolares).
- 12 a 19 años (adolescentes).

Cobertura en el año 2013

En el año 2013, en el IMCAS se atendió a 2.091 niños, niñas y adolescentes, 16% de la población objetivo de ese mismo año. La meta es ir aumentando progresivamente la cobertura del programa, en cifras acordes a la responsabilidad municipal, y sin descuidar la calidad de la atención.

Protocolo de atención

Las prestaciones de este programa consisten en consultas periódicas destinadas al seguimiento de la salud y desarrollo, desde el momento en que el niño o niña nace hasta que completa la adolescencia. El ingreso al programa lo impulsa el IMCAS mediante su Programa de Promoción de Salud y la captación inmediata de los niños y niñas que acuden a sus centros de salud para colocarse la BCG.

Las consultas son prestadas por un médico general o un pediatra, y pueden ser efectuadas en siete de los ambulatorios municipales:

- Altamira.
- Bello Campo.
- Bucaral.
- Centro de Especialidades Delta.
- Centro de Especialidades Los Palos Grandes.
- Chacao.
- Dr. Guillermo Hernández Zozaya (El Pedregal).

Las consultas comprenden las siguientes actividades:

Paso 1: Entrevista (anamnesis)

Consiste en obtener del propio paciente o de su representante, dependiendo de la edad, información útil para la formulación del diagnóstico médico. Regularmente, dependiendo de la edad del o la paciente, los datos necesarios tienen que ver con: antecedentes obstétricos, antecedentes familiares y personales, hábitos alimenticios y digestivos.

La información de diagnóstico es vaciada en la historia clínica.

Paso 2: Examen clínico

Luego de la entrevista se practica el examen físico detallado y conciso de cada paciente según su edad. En términos generales este examen comprende lo siguiente:

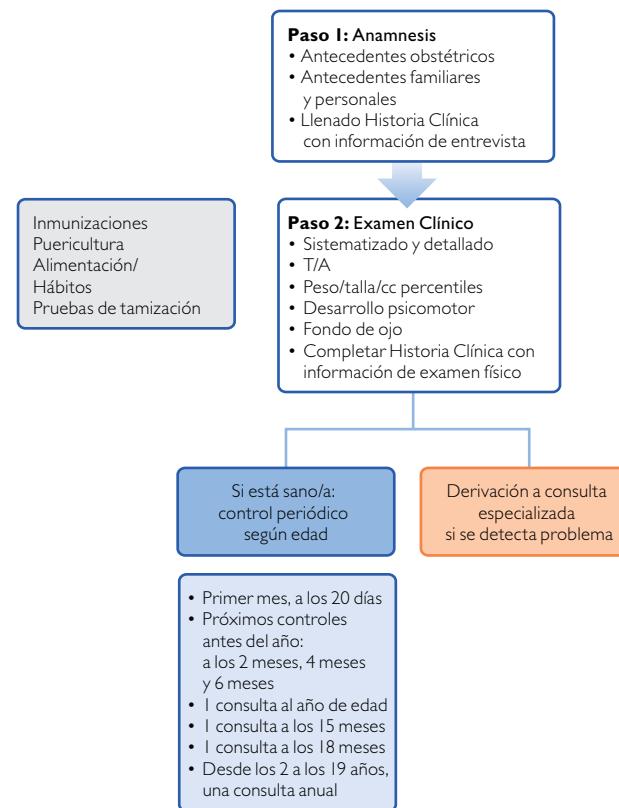
- Evaluación del desarrollo de la comunicación y el lenguaje.
- Evaluación del desarrollo psicomotor.
- Evaluación del crecimiento.
- Examen físico.

- Se colocan las vacunas adecuadas y se efectúan las pruebas de tamizaje.
- Se hacen las recomendaciones pertinentes, incluyendo información sobre hábitos de alimentación y puericultura.
- Dependiendo de los resultados del examen clínico, se recomienda el control periódico según edad o se remite a un especialista según el problema de salud detectado.

La información proveniente del examen físico se vacía en la Historia Clínica del niño, niña o adolescente.

IMCAS. Programa control de niño, niña y adolescente sano.

Diagrama protocolo de examen clínico



Examen detallado realizado en consultas de niños y niñas

de 15 días a 2 años de edad. Según subgrupos de edad

INTERROGATORIO							
15 días a 1 mes	2 meses	4 meses	6 meses	10 a 12 meses	15 meses	18 meses	2 años
Resultado cribado metabólico							
BCG, HB (1 ^a dosis)							
Lactancia materna -artificial/mixta							
Hábitos digestivos (tomas, deposiciones)							
Sueño							
DESARROLLO PSICOMOTOR							
15 días a 1 mes	2 meses	4 meses	6 meses	10 a 12 meses	15 meses	18 meses	2 años
Piel (color, turgor, angiomas, nevus)	Cabeza: fontanelas, suturas	Ojos: evaluación externa, transparencia pupilar					
Focos nasales; cornetes y mucosas	Corazón y pulmón (soplos y tensión arterial)						
Ortolaní	Abdomen: megalalias, hernias						
EXAMEN FÍSICO							
15 días a 1 mes	2 meses	4 meses	6 meses	10 a 12 meses	15 meses	18 meses	2 años
Piel (color, turgor, angiomas, nevus)	Cabeza: fontanelas, suturas	Ojos: evaluación externa, transparencia pupilar					
Focos nasales; cornetes y mucosas	Corazón y pulmón (soplos y tensión arterial)						
Ortolaní	Abdomen: megalalias, hernias						
CRECIMIENTO E INMUNIZACIONES							
15 días a 1 mes	2 meses	4 meses	6 meses	10 a 12 meses	15 meses	18 meses	2 años
CRECIMIENTO: Peso/Percentil	Talla/Percentil	CC/Percentil para todas las edades					
INMUNIZACIONES: según MPPS y SVPP para todas las edades							

Examen detallado realizado en consultas de niños, niñas o adolescentes

de 3 a 19 años de edad. Según subgrupos de edad

DESARROLLO PSICOMOTOR							
3 años	4 años	6 años	8 años	10 a 11 años	13 a 19 años	13 a 19 años	13 a 19 años
Vocabulario amplio y frases	Pregunta mucho	Lenguaje completo	Actividades extraescolares	Entrevista adolescente			
Responde a la luz	Abre las manos	Emite sonidos					
Estímulos sonoros	Agarra objetos	Acerca objetos a la boca	Entiende órdenes	Aprendizaje escolar			
Fijación de la mirada	Sostén ceñílico	Se volteo	Hace pinza	Actividad física			
Succión	Sigue objetos con la mirada	Se sienta con apoyo	Se sienta sin apoyo	Conducto			
Reacción al ruido		Bipedestación con apoyo	Bipedestación con apoyo				
EXAMEN FÍSICO							
3 años	4 años	6 años	8 años	10 a 11 años	13 a 19 años	13 a 19 años	13 a 19 años
Vigilar agudeza visual	Coordinación motora	Lenguaje y atención					
Dentición primaria		Salud bucodental					
Valorar fimosis			Evaluación columna vertebral				
Indicadores de maltrato			Lectura, escritura y cálculo				
			Atención y memoria				
CRECIMIENTO E INMUNIZACIONES							
3 años	4 años	6 años	8 años	10 a 11 años	13 a 19 años	13 a 19 años	13 a 19 años
CRECIMIENTO: Peso/Percentil	Talla/Percentil	CC/Percentil según edades					
INMUNIZACIONES							
Según MPPS y SVPP							



Objetivos

Salud Escolar facilita el acceso de niños y niñas escolarizados a la atención de salud, para contribuir a evitar la morbilidad por causas prevenibles. El programa incluye las siguientes funciones:

- Desarrollar acciones de educación y promoción de salud en las escuelas.
 - Brindar consultas de atención preventiva de salud en las escuelas.
 - Vigilar el crecimiento y desarrollo del escolar.

Población objetivo

Todos los niños, niñas y adolescentes matriculados en educación primaria y secundaria, en escuelas públicas y privadas, localizadas en Chacao, sean o no residentes del municipio.

Ese alcance supone una ampliación de la población objetivo del programa en vista de que, con anterioridad, solo se atendía a estudiantes de 1º a 6º en escuelas adscritas al municipio Chacao. Al respecto, las mismas cuentan con una matrícula de 1.755 estudiantes de primaria para el período escolar 2014-2015, distribuidos de la siguiente manera:

- Carlos Soublette: 279 niños.
 - Juan de Dios Guanche: 712 niños.
 - Andrés Bello: 764 niños.

Protocolo de atención

Salud Escolar se ejecuta en dos (2) pasos, a los cuales precede, como requisito, una fase de programación de las visitas a las escuelas.

Esas visitas se organizan con el equipo de salud del programa, el cual está conformado por su responsable, el o la médico general o pediatra, un licenciado o TSU en enfermería y un trabajador social. La programación tiene una periodicidad anual considerando los siguientes criterios:

- El calendario escolar que comprende el período entre los meses de septiembre y julio.
 - El tamaño de la matrícula para el año escolar correspondiente. Esta información es suministrada por las escuelas municipales.

Paso I: Atención preclínica

Este paso se concreta en espacios habilitados a tales fines en las escuelas. Incluye las siguientes actividades

- Realización del Censo Escolar anual en cada una de las escuelas. La planilla para este Censo es sencilla y está prediseñada.
 - Envío de una comunicación a los padres, madres y representantes, solicitando su autorización (consentimiento informado) para que el o la escolar participe de la atención de salud. Esta actividad la llevan a cabo los docentes durante la semana previa a la atención.

Planilla del Censo Escolar

FIRMA DEL DOCENTE

- Atención a los estudiantes en la escuela. Esta actividad está a cargo de la enfermera y el trabajador social que forman parte del equipo de salud. La misma consiste en:
 - Verificar tarjeta de inmunizaciones.
 - Recoger las principales necesidades de salud manifestadas por el personal docente.
 - Determinar la agudeza visual, auditiva, y de lenguaje.
 - Tomar peso y talla.
 - Registro de la atención practicada en la hoja diaria de atención del MPPS.
 - Llenado de la primera parte de la historia clínica.

Modelo de autorización

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR CONTROL DE SALUD ESCOLAR

Estimado representante, a través del equipo de trabajo del programa de salud escolar, conformado por enfermera y médico pediatra se realizarán controles de salud a niños y niñas, adolescentes que cursan desde el primer grado hasta sexto grado de educación primaria en las escuelas municipales del municipio Chacao. Estos tienen como objetivo detectar enfermedades y problemas frecuentes en la edad escolar con el fin de derivar oportunamente para su diagnóstico y tratamiento. El control de salud consta de una recolección de antecedentes y de un examen completo (general, visión, auditivo, piel, nutricional, presión arterial) a excepción de la evaluación genital, que solo se realizará si el representante asiste al control. Una vez realizado se le enviarán el diagnóstico e indicaciones a seguir por escrito.

Nombre del niño y grado que cursa: _____

Nombre completo del representante: _____

¿Cuál es su relación con el niño o la niña? Marque con una X la opción Mamá _____

Papá _____ Otro especificar: _____

Dirección de residencia: _____

e-mail: _____ Teléfono de contacto: _____

¿El niño acude regularmente a consulta de niño sano? : Sí ____ No ____

¿Cuál centro de salud?: _____

¿AUTORIZA A QUE PROFESIONALES DE SALUD CHACAO REALICEN EL CONTROL DE SALUD AL NIÑO, NIÑA, O ADOLESCENTE EN ESPACIOS FACILITADOS POR EL PLANTEL EDUCATIVO Y/O AMBULATORIOS DE SALUD CHACAO? Sí: ____ NO: ____

Firma del Representante

C.I.: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

Paso 2: Atención clínica

La atención y evaluación clínica se efectúa en espacios habilitados a tales fines en las escuelas o en ambulatorios del IMCAS cuando las escuelas no disponen de un lugar apropiado, o también en una Unidad Móvil Médico-Odontológica cuando se pauta su visita a las escuelas. Este paso comprende las siguientes actividades:

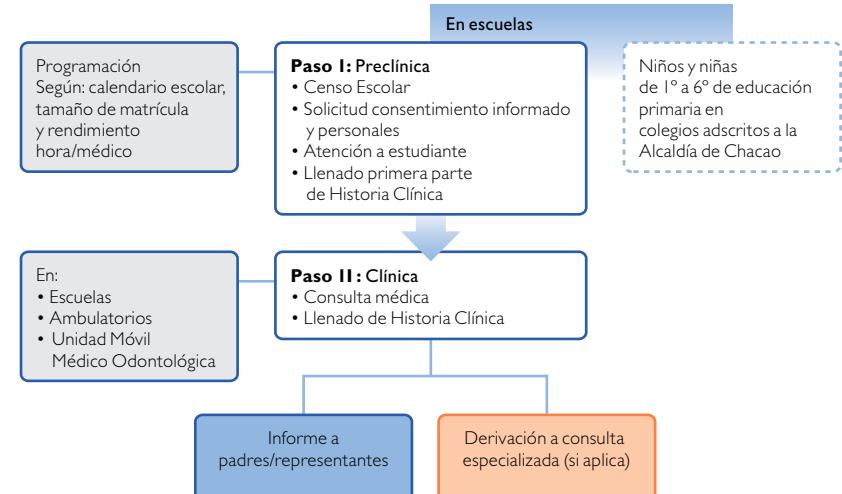
- Examen físico céfalo caudal: evaluación pondoestatural, control de tensión arterial, evaluación de la madurez sexual (escala Tanner), despistaje de trastornos visuales y auditivos, diagnóstico, y tratamiento conveniente y seguimiento del caso.
 - Información a los padres sobre los resultados de la atención y respectiva derivación según corresponda.

Durante este paso se completa la historia clínica del estudiante.

Los equipos que se utilizan para la atención médica prestada en escuelas son: estetoscopios pediátricos, tensiómetros pediátricos, equipo de ORL, balanza para peso, tallímetro, cinta métrica, camilla para examen físico, papelería, bolígrafos, tablas de índices antropométricos de Organización Mundial de la Salud (OMS), tablas de presión arterial según edad y sexo.

IMCAS. Programa Salud Escolar.

Diagrama protocolo de atención



SALUD BUCAL ESCOLAR



Objetivos

Este programa contribuye a mantener la salud bucal de los estudiantes de educación primaria y secundaria del municipio Chacao, en el marco de una cultura de prevención de las enfermedades bucales. El programa fue diseñado para cumplir con los siguientes objetivos específicos:

- Estimular y promover hábitos saludables de alimentación e higiene.
- Realizar oportunamente el diagnóstico clínico en todas las escuelas adscritas al municipio para conocer sobre la prevalencia de caries en la dentición temporal y permanente de los estudiantes.
- Otorgar atención odontológica específica a los estudiantes con problemas de salud bucal.

Población objetivo

Todos los niños y niñas matriculados en educación primaria en escuelas públicas y privadas, localizadas en Chacao, con independencia de su residencia en esta localidad.

Protocolo de atención

La atención odontológica se fundamenta en un diagnóstico de salud bucal, resolución de problemas de caries dentales y tratamiento preventivo. Comprende cuatro (4) pasos que se llevan a cabo durante el año escolar:

El **Censo Escolar**, realizado en el marco del Programa Salud Escolar, incluye evaluaciones de la morbilidad bucal según el daño por caries (CPOD) de los estudiantes en las escuelas del municipio Chacao. Además, con el Programa Salud Bucal Escolar anualmente se mide, mediante encuestas, el nivel de conocimientos de la población escolar sobre salud bucal.

Paso 1: Diagnóstico en las escuelas

Este diagnóstico tiene periodicidad anual, considerando la dinámica propia de cada una de las escuelas atendidas, por lo cual es coordinado con los maestros guía. El mismo supone el apoyo de una (1) Unidad Odontológica Móvil (UOM), y una (1) Unidad Móvil Médica Odontológica (UMMO), las cuales se desplazan hacia las escuelas durante los días cuando se pautan las visitas.

El diagnóstico conlleva las siguientes actividades:

- Triaje: aplicado a cada uno de los estudiantes, con la ayuda de un «baja lengua» en la escuela correspondiente.
- Examen clínico y radiológico para lo cual son derivados hacia la UOM. Durante este paso se llena, para cada estudiante, su historia clínica.

Paso 2: Elaboración de cronogramas de tratamiento

Una vez determinado el tipo de tratamiento bucal que requiere cada estudiante, se elabora un cronograma de trabajo de uno (1) a tres (3) meses por escuela, para proceder al tratamiento con el apoyo de la UOM durante el año escolar.

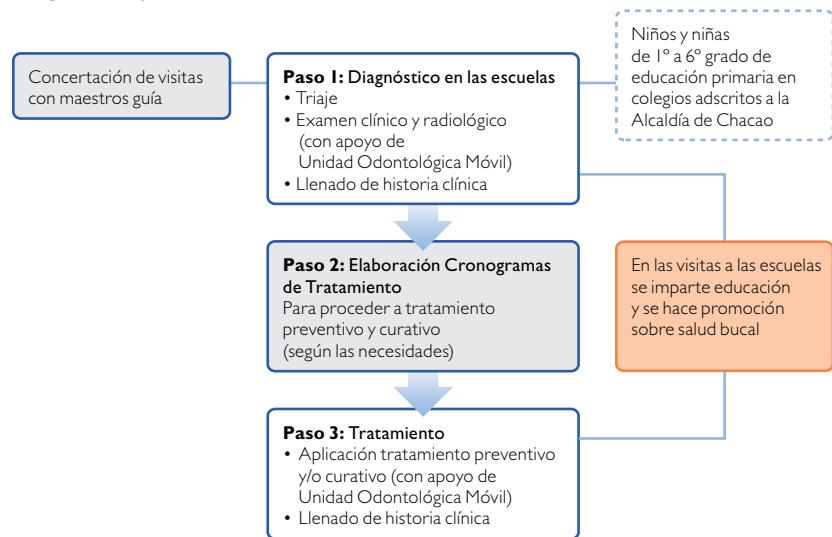
Paso 3: Tratamiento

Con base en el cronograma establecido, se visitan nuevamente las escuelas donde se imparten las siguientes atenciones:

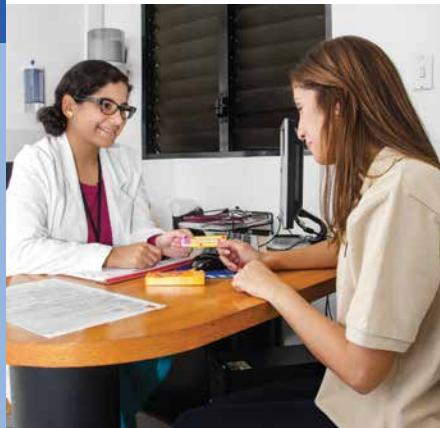
- Tratamiento a los estudiantes que presentan caries.
- Tratamiento preventivo a todos los estudiantes, el cual consiste en:
 - Control de placa dento-bacteriana.
 - Aplicación tópica de flúor
 - Aplicación de sellantes de fosa y fisuras.

IMCAS. Programa Salud Bucal Escolar

Diagrama de protocolo de atención



CONSULTA JOVEN



Objetivos

La adolescencia es un período de importantes cambios entre la infancia y la edad adulta durante la cual se desarrollan los caracteres sexuales secundarios y se alcanza la fertilidad. Con el propósito de apoyar a las y los adolescentes a transitar por esta etapa con la expectativa de un futuro mejor, Consulta Joven los apoya para que enfrenten o prevengan riesgos como el embarazo y las infecciones de transmisión sexual (ITS). Sus objetivos específicos son:

- Educar y orientar a las y los adolescentes sobre prevención de embarazos e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).
- Prestar atención médica integral y específica para prevenir embarazos en adolescentes, así como para prevenir, diagnosticar y tratar las ITS.

Población objetivo

Adolescentes entre 14 y 19 años de edad que estudien y/o vivan en el municipio Chacao. Para el año 2014, los residentes en el municipio, en este grupo de edad, se estimaron en 4.300 personas.

Cobertura en el año 2013

Para el año 2013, se calcula que fueron atendidos cerca de 800 jóvenes en consulta ambulatoria, es decir un 18 % del grupo que vive en el municipio en ese mismo año. Adicionalmente se impartieron charlas en cuatro (4) escuelas, a razón de veinticuatro (24) charlas por escuela y un promedio de asistencia de treinta y dos (32) alumnos por charla.

Prestaciones y protocolos de atención

Consulta Joven comprende varias prestaciones: consulta joven en ambulatorios, consulta joven en escuelas, divulgación de información vía Facebook, y un concurso final de motivación a los jóvenes que participan en el programa.

Protocolo Consulta Joven Escolar

El programa capta a los adolescentes visitando directamente los colegios. Las consultas en colegios las hace el personal de salud del IMCAS (médicos generales o ginecólogos) apoyado por una trabajadora social de la misma institución.

La participación es voluntaria. La celebración de consultas conlleva los siguientes pasos:

Paso I: Habilitación de espacio

Es necesario disponer de un lugar en el colegio, con privacidad, silencio e iluminación dotado del siguiente mobiliario y material:

- Una mesa y dos sillas, proporcionados por el mismo colegio.
 - Récipes, bolígrafo, carpeta con formato de registro de alumnos, modelos anatómicos femeninos y masculinos, preservativos, anticonceptivos orales, anticonceptivos inyectables, formatos de instrucciones de uso de los anticonceptivos. Este material lo suministra el IMCAS.
 - Un afiche o anuncio con el Artículo 50 de la LOPNA, donde se informa sobre las condiciones de confidencialidad de todo lo conversado en la consulta. Este afiche es facilitado por el IMCAS.

Paso 2: Programación de la actividad

En conjunto con el personal del colegio se planifican los turnos de consulta por salones. Está previsto que los alumnos pasen a consulta por orden de lista sin interrumpir las actividades académicas regulares.

Paso 3: Charla para los jóvenes que acuden por primera vez a la consulta

La charla constituye un prerrequisito de la atención en la consulta, tiene por objetivo motivar a las y los jóvenes sobre hábitos adecuados de vida y comprende los siguientes temas:

- Características del flujo vaginal normal y del ciclo menstrual normal. Dismenorrea.
 - Importancia de la actividad física.
 - Recomendaciones sobre alcohol, tabaquismo y drogas.
 - Infecciones de transmisión sexual.

- Características de los métodos anticonceptivos:
 - Ventajas y desventajas de cada uno.
 - Uso correcto y demostración en modelo anatómico del preservativo.

Paso 4: Consulta médica

En consulta médica se lleva a cabo una serie de actividades que se inician con una entrevista y culminan con el registro de información de alumnos atendidos en una planilla diseñada específicamente para el programa.

Grupo objetivo	Actividades desarrolladas en la consulta en la escuela
Jóvenes de ambos sexos	Entrevista sobre: preocupaciones, dudas, actividad sexual, problemas de salud, antecedentes. Se busca identificar situaciones de riesgo u otro
	Examen físico: aspecto general y presión arterial
	Práctica individual en el modelo anatómico del uso correcto del preservativo
	En el caso de las jóvenes prescribir, si está indicado y es la escogencia de la alumna, inyecciones o anticonceptivos orales. De decidirse por implantes subdérmicos o dispositivos intrauterinos, canalizar consulta hacia los ambulatorios
	Entrega de incentivos como por ejemplo pulseras, lápices u otro
	Registro de información en el formato de registro de alumnos atendidos

Formato de registro alumnos atendidos Consulta Joven Escolar

Protocolo Consulta Joven en Ambulatorios

Los ambulatorios del IMCAS disponen de turnos exclusivos para la atención de salud de adolescentes de 14 a 19 años, quienes pueden acudir sin previa cita, solos o acompañados. Si el adolescente o la adolescente así lo prefiere, la pareja puede participar de la consulta.

La consulta también está abierta para jóvenes de 12 y 13 años, quienes deben acudir con un representante adulto. De acuerdo con el Artículo 50 de la LOPNA, para todos los niños, niñas y adolescentes, la información suministrada en la consulta es estrictamente confidencial.

El ingreso a Consulta Joven en ambulatorios lo impulsa el IMCAS mediante su Programa de Promoción de Salud.

La consulta a los jóvenes es prestada por un médico general o un ginecólogo y se lleva a cabo en los siguientes ambulatorios del IMCAS:

- Altamira.
- Bello Campo.
- Bucaral.
- Chacao.
- Centro de especialidades Delta.
- Dr. Guillermo Hernández Zozaya (El Pedregal).
- Los Palos Grandes.



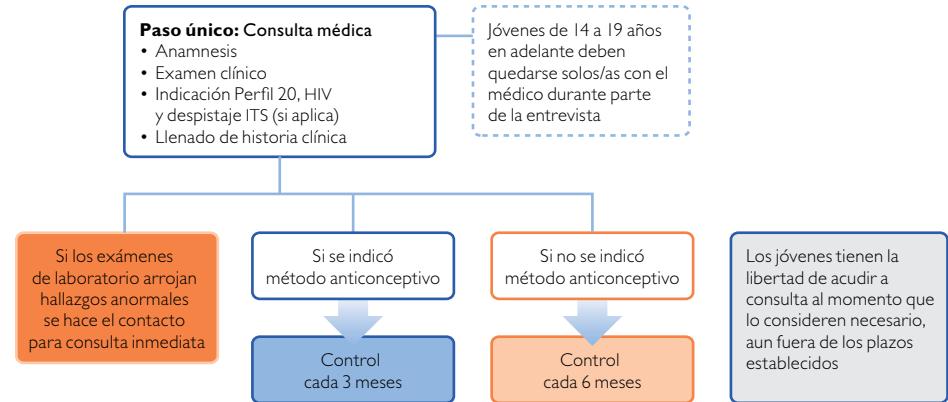
Paso Único: Consulta médica

Una vez en consulta médica, se lleva a cabo una serie de actividades que se inician con una entrevista. Dichas actividades se resumen en la tabla a continuación:

Grupo Objetivo	Actividades desarrolladas en la consulta en ambulatorios
Ambos sexos	<p>Entrevista sobre: antecedentes familiares, personales, hábitos psico-biológicos, actividad sexual, con preguntas neutras y sin demostrar prejuicios incluyendo tipo de contacto, atracción hacia el mismo o diferente sexo, uso de anticoncepción, u otro</p> <p>Examen físico: peso, talla, presión arterial.</p> <p>Si el o la joven están de acuerdo se les practica un examen físico integral</p> <p>Prescripción de método anticonceptivo si está indicado y dependiendo del sexo del usuario, privilegiando los métodos reversibles a largo plazo: dispositivos intrauterinos e implantes, seguidos de inyectables y anticonceptivos orales, siempre en conjunto con preservativo.</p> <p>La decisión final sobre la escogencia del método será del usuario</p>
	<p>Indicación de Perfil 20, HIV y despistaje de ITS, que pueden efectuarse en el servicio de laboratorio, ubicado en la sede de Emergencias</p> <p>Indicación despistaje de ITS (gonorrea y chlamydia) en quienes hayan iniciado actividad sexual</p>
Mujeres	<p>Examen ginecológico con citología en el caso de que haya iniciado coito</p> <p>Ultrasonido pélvico o transvaginal solo si está indicado por hallazgos clínicos.</p> <p>Utilizar el «comienzo inmediato del método anticonceptivo» y no con el inicio de la menstruación siempre y cuando se descarte la presencia de embarazo según los siguientes criterios de la OMS (2004): paciente que esté lactando y tenga amenorrea; paciente que no haya tenido coito desde la última menstruación; paciente que haya tenido la menstruación o un aborto los últimos siete (7) días; paciente que esté usando correctamente algún método anticonceptivo</p>

IMCAS. Consulta Joven en ambulatorios

Diagrama de protocolo de atención



Página en Facebook «Consulta Joven»

Desde el año 2011, se cuenta con una página en Facebook donde se exponen videos, fotografías, enlaces y textos sobre salud sexual y reproductiva, así como información de interés tipo fechas de charlas, horarios de consultas, normas para participar en el concurso, publicación de los ganadores u otros.

Concurso Final

Se trata de un concurso anual dirigido a las y los adolescentes que participaron en el programa. La temática varía de año a año. La convocatoria se difunde en las charlas impartidas en los colegios, y en la Consulta Joven en los ambulatorios.

La entrega de los premios se lleva a cabo en un acto celebrado en el auditorio de la UEM Juan de Dios Guanche, durante el mes de junio.

Notas

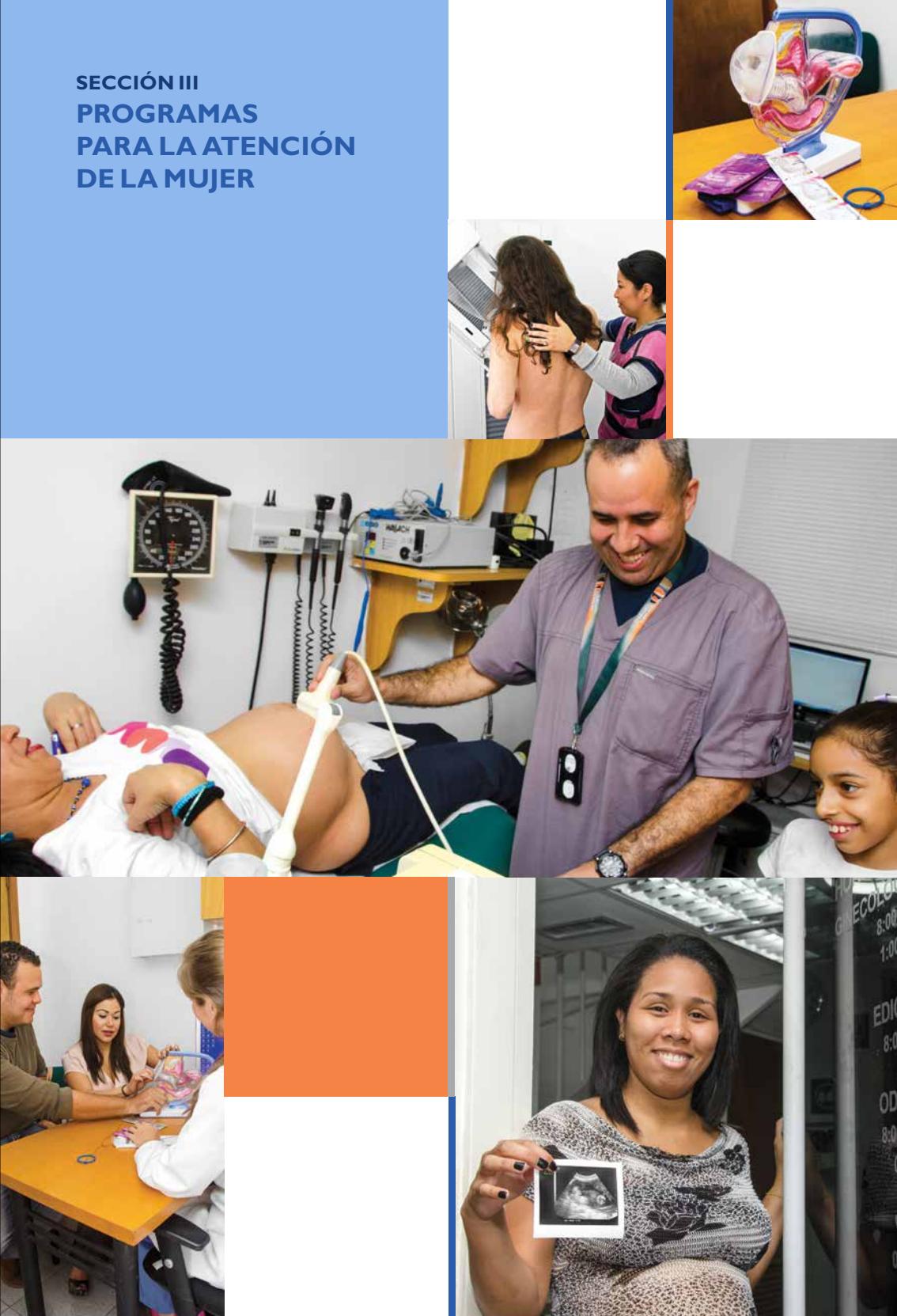
5 MPPS. Anuario de Mortalidad. [en línea] 2011 [fecha acceso 23 marzo 2014]; URL disponible en: <http://www.mpps.gob.ve/>

marzo 2014]; URL disponible en: <http://www.mpps.gob.ve/>

7 Defensoría del Pueblo y UNFPA. Situación de los Derechos en Salud Sexual y Reproductiva de las adolescentes que acuden a los establecimientos asistenciales en Venezuela. Resumen Ejecutivo [en línea] [fecha de 2 abril 2014] URL disponible en: <http://www.defensoria.gob.ve>

6 MPPS. Anuario de Mortalidad. [en línea] 2011 [fecha acceso 23

SECCIÓN III PROGRAMAS PARA LA ATENCIÓN DE LA MUJER



Las particularidades del ciclo biológico de las mujeres condicionan demandas muy específicas a los sistemas de salud. Para ellas, estos sistemas deben dar respuesta a temas tales como el uso de anticonceptivos, el embarazo y el puerperio, así como la detección y atención precoz del cáncer ginecológico. El IMCAS cuenta con cuatro (4) programas para la atención de tales necesidades. Estos son:

- Planificación Familiar.
- Atención a la Embarazada y Puérpera.
- Prevención del Cáncer Cervico Uterino.
- Seno Chacao.

Marco normativo

La mejora de la salud materna es el Objetivo número cinco (5) de Desarrollo del Milenio, el cual se plantea las siguientes metas⁸:

- Meta 5.A: reducir en tres cuartas partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna.
- Meta 5.B: lograr, para 2015, el acceso universal a la salud reproductiva.

Venezuela cuenta con la **Norma Oficial para la Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva** (2003) para responder a los importantes problemas de salud pública que se plantean en el marco de los Objetivos del Milenio. Se hace referencia a:

- La morbilidad materna.
- La muerte de niñas, niños y sus madres, por causas prevenibles asociadas a una inadecuada o insuficiente atención al embarazo, parto y posparto.
- La morbilidad por cáncer cérvico-uterino y de mama por insuficiencia de acciones preventivas.

«El mejoramiento de la salud de las madres, padres y recién nacidos implica poner en marcha múltiples acciones que correspondan a la complejidad de los factores que influyen en ella, en ese sentido conviene tener en cuenta no solo su efecto durante el embarazo, sino durante las etapas de crecimiento y desarrollo desde la gestación hasta la edad adulta. La responsabilidad de la salud de la mujer, el hombre y el niño específicamente en la etapa de embarazo va más allá de las intervenciones de la salud de la mujer y de que la embarazada comience a integrarse a los procesos económicos, culturales y sociales, así como la participación igualitaria del hombre». Fuente: Norma Oficial para la Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva. Pág. 129.

Entre las principales líneas de acción y orientaciones contenidas en la Norma Oficial para la Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva se mencionan⁹:

- Orientación oportuna en planificación familiar y acceso a métodos anticonceptivos adecuados a las necesidades específicas de hombres y mujeres, adultos y adolescentes.
- Fortalecimiento de la atención integral, con calidad y calidez a la embarazada, a las adultas y adolescentes, su pareja y familias, en todo el proceso reproductivo.
- Fortalecimiento y coordinación de acciones integrales, promocionales y transectoriales de las ITS y el VIH/SIDA y cáncer ginecológico, entre otras.

Así mismo, la Norma Oficial para la Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva recoge las disposiciones de dos (2) programas para la atención de los problemas de salud de la mujer arriba mencionados:

- **Programa de Atención a la Embarazada y Puérpera** que incluye lineamientos para la atención integral y vigilancia de la salud en el período preconcepcional, embarazo, parto, nacimiento, puerperio en función de reducir la morbilidad materna y perinatal. Dicho programa define la clasificación de riesgo en la atención prenatal y establece normativas sobre: el número de consultas al año de acuerdo al riesgo de la usuaria; la tecnología básica para el control prenatal; las actividades en la consulta prenatal; la detección del estado nutricional de la gestante y su incorporación a programas de nutrición. El programa enfatiza la promoción y educación para la salud en la consulta prenatal.
- **Programa Nacional de Oncología** que propone normas y procedimientos para la prevención, la detección temprana, el tratamiento adecuado y la referencia oportuna del cáncer cérvico uterino y mamario. Este programa enfatiza el diagnóstico precoz, la toma de muestras para citología en la edad de riesgo y el tratamiento oportuno de las lesiones intra-epiteliales de esta patología, así como en la reducción del cáncer mamario¹⁰.

«La pesquisa de cáncer de cuello uterino y de mama es responsabilidad de todos los niveles de atención, pero con especial énfasis en el primer nivel de atención y a través de los integrantes del equipo de salud debe promoverse la detección precoz de estas patologías y realizar campañas educativas que faciliten la participación de la comunidad y de la mujer en particular en las actividades relacionadas con la prevención y el diagnóstico oportuno». Fuente: Norma Oficial para la Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva. Pág. 202.

Además, en el año 2014, el MPPS con el apoyo de la OMS, OPS, Unicef y del FNUAP publicó los **Protocolos de Atención, Cuidados Prenatales y Atención Obstétrica de Emergencia** en donde se establecen normativas, elaboradas por la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva de dicho ministerio, que guían la atención a embarazadas en Venezuela. Estos protocolos comprendían las normas aprobadas nacional e internacionalmente.

Una normativa que guía la actuación de salud de la mujer es la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia en la cual se especifica como circunstancia agravante el ejecutar actos de violencia en perjuicio de una mujer embarazada, entre otros.

Finalmente, no es posible dejar de mencionar que la Carta Magna se refiere específicamente a la protección de la maternidad, por la vía de asegurar servicios de planificación familiar.

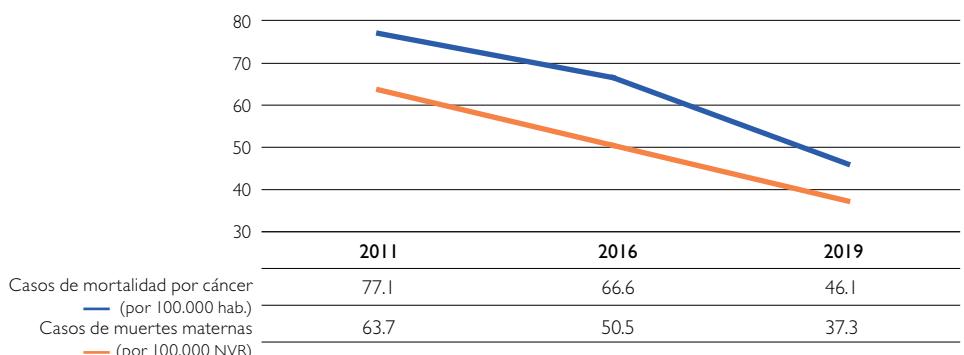
Principales instrumentos nacionales específicos de protección

Instrumento normativo	Fuente	Artículos
Constitución de la República Bolivariana de Venezuela	Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela con el N° 36.860 del 30 de diciembre de 1999	75
Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia	Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela con el N° 38.668 de fecha 23 de abril de 2007	65
Norma Oficial para la Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva	Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela con el N° 37.705 de fecha 05 de junio de 2003	No aplica
Protocolo de Atención. Cuidados Prenatales y Atención Obstétrica de Emergencia	MPPS / OMS / OPS / UNICEF / FNUAP Dirección de Salud Sexual y Reproductiva. Año 2014	No aplica

Por su parte, en el **Plan Nacional de Salud 2014-2019** se expresa la voluntad de reducir de manera significativa la mortalidad materna y por cáncer, mas no se hace referencia específica al cáncer de mama o cérvico uterino.

Mortalidad materna y mortalidad por cáncer

Metas del Plan Nacional de Salud 2014-2019



Fuente: MPPS. Plan Nacional de Salud 2014-2019

Caracterización de los programas

La problemática por enfrentar

Los problemas de salud asociados al ciclo biológico de las mujeres se manifiestan, sobre todo, en condiciones de falta de acceso a la información y educación sobre anticonceptivos, baja cobertura de los servicios de planificación familiar, bajo acceso a los servicios de salud prenatal, mayor vulnerabilidad económica y otras situaciones discriminatorias inherentes al género. La mortalidad materna, el embarazo no deseado y el cáncer mamario o del cuello uterino figuran entre estos problemas.

Mortalidad materna y otros problemas asociados

a la salud sexual y reproductiva

La mortalidad materna es altamente evitable y está asociada a la ocurrencia del embarazo indeseado y/o en edades extremas, abortos en condiciones no adecuadas, falta de cuidados prenatales y/o durante el parto. Según datos de la OMS, el 99 % de las muertes maternas registradas se produce en países en vías de desarrollo¹¹.

En Venezuela, con base en el anuario de mortalidad del año 2012 se ha estimado que la razón de mortalidad materna fue 67 muertes maternas por cada 100.000 nacimientos vivos registrados (NVR)¹². En el estado Miranda, hubo treinta (30) muertes maternas por 100.000 NVR en el año 2013¹³. Según el Boletín Epidemiológico N° 44, para noviembre de 2014, el acumulado anual de muertes maternas en Venezuela fue de 331, de las cuales trece (13) eventos ocurrieron en el estado Miranda¹⁴. En los Anuarios de Mortalidad del MPPS, desde el año 1999 al 2009, se registraron tres (3) muertes maternas en el municipio Chacao¹⁵, mas no se dispone de estadísticas recientes.

La promoción de la planificación familiar y el acceso a los métodos anticonceptivos resulta esencial para evitar muchos de los riesgos que explican la mortalidad materna: el embarazo en edades extremas, el verse obligada a recurrir al aborto, la falta de oportunidades para que las mujeres mejoren su educación y puedan participar más en la vida pública, en especial bajo la forma de empleo remunerado. En América Latina y el Caribe, las necesidades insatisfechas de anticonceptivos representan un 21 % y un 22 %, respectivamente¹⁶. No se dispone de información sobre la prevalencia del uso de anticonceptivos en el municipio Chacao.

Cáncer cérvico uterino

El cáncer de cuello uterino es un tipo de cáncer que crece lentamente y puede no tener síntomas, pero se detecta fácilmente mediante una citología. Los factores de riesgo del cáncer cérvico uterino son: infección genital por Virus de Papiloma Humano; edad menor de 30 años; inicio de relaciones sexuales antes de 18 años; promiscuidad sexual de la mujer y/o de su pareja; bajo nivel educativo; falta de control ginecológico; multiparidad. **Fuente:** MPPS. Norma Oficial para la Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva. Págs. 202-203.

El cáncer cérvico uterino es una enfermedad que amenaza la vida de las mujeres, sobre todo en contextos de bajos ingresos, al ser causada por una infección persistente (VPH) que ha sido vinculada a la pobreza. En el año 2012, más de 80.000 mujeres en la región de las Américas enfermaron y casi 36.000 murieron por esta causa¹⁷. De acuerdo con la Oficina Panamericana de la Salud (OPS), de mantenerse ese comportamiento en la región, el número de muertes por este tipo de cáncer aumentará hasta 51.500 en el año 2030, y un 89 % se producirá en América Latina y el Caribe. En la actualidad, esta subregión triplica la tasa de mortalidad por cáncer cérvico uterino reportada por Norteamérica¹⁸.

En Venezuela, el cáncer de cuello uterino constituye un importante problema de salud pública al posicionarse como la segunda causa de mortalidad en las mujeres. Para el año 2011, se registraron en el país 1.331 muertes por esta patología, de las cuales el 73 % correspondió al grupo de edad entre los 25 y los 64 años. Del total de muertes, 118 ocurrieron en el estado Miranda, un 75 % en mujeres de 25 a 64 años¹⁹.

Las cifras mencionadas llaman la atención sobre la necesidad de prevenir la incidencia y mortalidad por cáncer de cuello uterino en el municipio Chacao, y en especial, en el grupo de 25 a 64 años que representa alrededor del 30 % de la población total del municipio, según estimaciones basadas en el INE.

Cáncer de mama

El cáncer de mama es un tumor maligno, que se origina en las células del seno que pudiera crecer o propagarse a otras áreas del cuerpo. Esta enfermedad ocurre generalmente en las mujeres, pero los hombres también la pueden padecer.

Principales factores de riesgo del cáncer de mama son: alteraciones genéticas hereditarias, alcohol, obesidad, exposición a la radiación, tratamientos de reemplazo hormonal sin control, entre otros. Otros factores implicados son: la edad de la menarquia y de la menopausia.

Fuente: Sociedad Americana Contra el Cáncer (<http://www.cancer.org/>)

El cáncer de mama es muy frecuente en las mujeres de América Latina y el Caribe, porque la incidencia de esta patología es mayor en países de bajos ingresos. De acuerdo con la OPS, del total de muertes ocurridas por esta causa en el mundo (1,3 millones) un 47 % se produjo en esa región. Se estima que, para el año 2030, el volumen de mujeres que morirá por cáncer de mama en esa subregión alcanzará los 2,1 millones, lo que significa un incremento del 46 %²⁰.

En Venezuela, para el año 2011, el cáncer de mama constituyó la cuarta causa de muerte en mujeres (1.942 casos) y la tercera en el grupo de edad comprendido entre los 45 y 64 años de edad. En el estado Miranda, en ese mismo año, murieron 252 mujeres y dos (2) hombres por esta causa, de cuyo total un 86 % correspondió a personas de 45 años de edad o más²¹.

Es posible suponer que la incidencia del cáncer de mama en el municipio Chacao sea importante debido a que las mujeres de 45 años o más representan casi la mitad de la población femenina del municipio²².



Objetivos

Este programa se propone prevenir el embarazo no deseado en el municipio Chacao. Sus objetivos específicos son:

- Desarrollar acciones de promoción de salud sexual y reproductiva.
- Captar tempranamente a las mujeres para la consulta de planificación familiar.
- Promover el suministro adecuado, oportuno, suficiente y regular de métodos anticonceptivos.

Población objetivo

Mujeres entre 20 y 49 años residentes en el municipio Chacao. Para el año 2014, este grupo en el municipio se calculó en 18.350 personas.

Cobertura en el año 2013

En el año 2013, se atendieron 270 mujeres. Esto significa que la cobertura de Planificación Familiar está en alrededor del 1 % de la población objetivo calculada para ese año. Actualmente se está trabajando con miras a mejorar sustancialmente esa cobertura, en el marco de las responsabilidades que el municipio comparte con el MPPS.

Protocolo de atención

Todas las consultas de Planificación Familiar se llevan a cabo en los ambulatorios municipales:

- Altamira.
- Bello Campo.

- Bucaral.
- Centro de Especialidades Delta.
- Centro de Especialidades Los Palos Grandes.
- Chacao.
- Pedregal.

Los exámenes de laboratorio se pueden hacer en el laboratorio de la sede de Emergencias.

La atención en planificación familiar se fundamenta en las orientaciones contenidas en Norma Oficial para la Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva y conlleva los siguientes pasos:

Paso I: Primera consulta

Durante la primera consulta se debe adelantar tres tipos de actividades:

- a. Diagnóstico.
- b. Asesoría sobre métodos anticonceptivos.
- c. Aplicación del método, si procede.

a. Diagnóstico

El diagnóstico inicial de la usuaria es lo que permite brindar las recomendaciones pertinentes sobre los métodos anticonceptivos a utilizar. El diagnóstico involucra una entrevista, y un examen físico general y del aparato reproductivo. La entrevista (**anamnesis**) consiste en la recopilación de información sobre:

- Antecedentes personales, familiares y hábitos psicobiológicos de diabetes mellitus, hipertensión arterial, historia de trombosis venosas profunda, migrañas, así como antecedentes oncológicos.
- Antecedentes gineco-obstétricos: menarquia, características de los ciclos menstruales, fecha última regla, antecedentes obstétricos, resultados de citologías, descarte de sangrados uterinos anormales no estudiados.

Durante la entrevista (anamnesis) se comenta a la usuaria acerca de los riesgos de infecciones de transmisión sexual, la importancia de la consulta de planificación familiar, y se ofrece información sobre todos los métodos de anticoncepción existentes. Además, el o la médico responde a todas las inquietudes de la usuaria en un lenguaje apropiado que facilite la comprensión de la información que se transmite.

El examen físico general comprende la ejecución de los siguientes exámenes:

- Toma de signos vitales: tensión arterial, frecuencia cardiaca, talla y peso.
- Examen clínico de las glándulas mamarias y axilas.
- Auscultación cardiopulmonar, abdomen, miembros inferiores, valorando la presencia o no de várices.
- Examen ginecológico: evaluación de genitales externos y vagina. Toma de muestra para citología de cuello uterino, Test de Schiller y Colposcopia.
- Ultrasonido transvaginal.
- Ecosonograma mamario o referencia para su aplicación.
- Mamografía anual. La solicitud de mamografía es individualizada, dependiendo de los hallazgos y de la edad de la paciente.

Durante la primera consulta, en caso de que se requiera, se procede a la aplicación del toxoide tetánico. Así mismo, se solicitan exámenes paraclínicos: hematología completa, pruebas de función hepática, PT, PTT, VDRL, HIV con consentimiento de la usuaria, orina, heces, creatinina y perfil lipídico.

b. Asesoría en métodos anticonceptivos

De acuerdo con los resultados del diagnóstico, y a la valoración del riesgo reproductivo con la usuaria, se presta asesoría para la selección informada del método anticonceptivo, aplicando los criterios clínicos y de la OMS²³.

Métodos anticonceptivos disponibles en IMCAS

Métodos temporales
• Anticonceptivos orales
• Implantes subdérmicos: indicados en pacientes jóvenes
• Dispositivos intrauterinos
Métodos definitivos
• Bloqueos tubáricos con microinsertos con histeroscopio
• Esterilización quirúrgica

OMS. Clasificación de los criterios médicos de elegibilidad

para uso de anticonceptivos

Categoría	Condición de salud	Interpretación con decisión clínica	Interpretación con decisión clínica limitada
1	No hay restricción para usar el método anticonceptivo	Usar el método en cualquier circunstancia	
2	Las ventajas de usar el método generalmente exceden los riesgos comprobados o teóricos	Generalmente se puede usar el método	Usar el método
3	Los riesgos comprobados o teóricos generalmente exceden las ventajas de usar el método. Usarlo en forma segura requiere decisión clínica cuidadosa y acceso a servicios clínicos	Generalmente no se recomienda usar el método, a menos que no se disponga de otros métodos apropiados o que los métodos disponibles no sean aceptables	No usar el método
4	La condición representa un riesgo inaceptable para la salud si se usa el método anticonceptivo	No se debe usar el método	

Fuente: <https://www.k4health.org/sites/default/files/MedicalEligibilityCriteriaSpanish.pdf>.

c. Aplicación del método (si procede)

Luego del diagnóstico y la asesoría, según la decisión y si procede, se aplica el método. Los criterios para la aplicación en esta primera consulta son:

- La paciente seleccionó un método temporal.
- La paciente está en condiciones físicas adecuadas para que se le aplique el método seleccionado. Si no está en condiciones, se planifica una nueva consulta.

Cuando la paciente opta por anticonceptivos orales, la enfermera se los entrega previa toma de los signos vitales y llenado de la ficha de control. La entrega de estos anticonceptivos es trimestral.

Si la paciente selecciona métodos anticonceptivos definitivos es preciso programar el procedimiento y recomendar un método temporal hasta que este se realice. Los métodos definitivos solo se aplican en casos de paridad cumplida y bajo consentimiento informado de la usuaria.

En la historia clínica se registra la información ajustada a la primera consulta.

Requisitos para métodos definitivos

Población susceptible	Procedimiento	Exámenes y resultados requeridos	Otros
Mujeres de 30 a 40 años –o menor si existe alguna indicación médica. Con paridad cumplida	Bloqueo tubárico	Hematología completa, PT, PTT, HIV VDRL Prueba de embarazo en sangre negativa • Ausencia de infección vaginal activa o reciente • Ausencia de sangrado uterino anormal no diagnosticado • Ausencia malformaciones uterinas que imposibiliten el procedimiento	La paciente debe usar método alternativo de planificación familiar hasta 3 meses posterior al procedimiento
	Esterilización quirúrgica	Evaluación cardiovascular preoperatoria Prueba de embarazo negativa	

Paso 2: Depende del método seleccionado

- Si se trata de método temporal, consiste en una consulta para determinar los siguientes aspectos:
 - Evaluación de la tolerancia de la paciente para el método elegido. Efectos secundarios.
 - Evaluación del uso correcto del método. Descartar embarazo.
 - Se aclaran dudas de la usuaria.
- Si se trata de método definitivo consiste en la aplicación del procedimiento seleccionado.

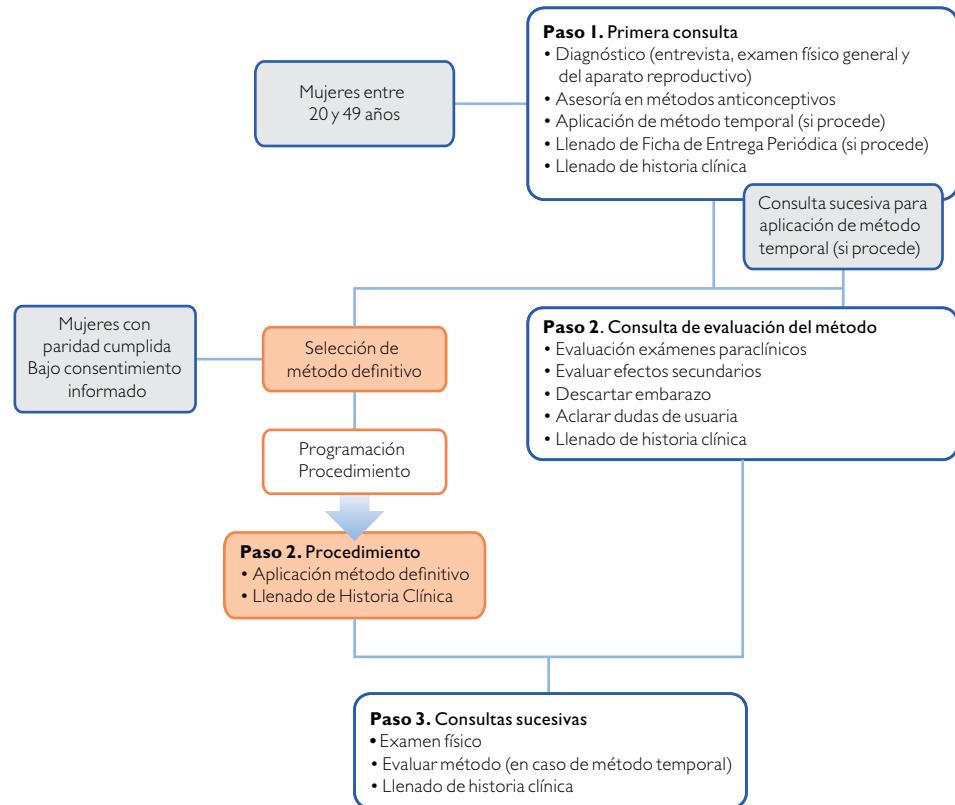
En ambos casos es necesario registrar la información correspondiente en la historia clínica.

Paso 3: Consulta sucesiva

Se trata de una consulta anual, a menos que la usuaria presente algún síntoma o trastorno que amerite su evaluación. En esta oportunidad se valorará la tolerancia, signos o síntomas asociados al método y se hará un examen físico similar al de la primera consulta.

IMCAS. Programa Planificación Familiar

Diagrama protocolo de atención



ATENCIÓN A LA EMBARAZADA Y PUÉRPERA



Objetivos

Este programa procura contribuir a disminuir los riesgos de morbimortalidad materna y perinatal en el municipio Chacao. Sus objetivos específicos son:

- Promover la importancia del control del embarazo para captar tempranamente a las embarazadas.
- Proveer atención de salud a las embarazadas, según el tipo y número de consultas requeridas, incluyendo la consulta especializada en el caso de embarazos de alto riesgo.
- Proveer atención posnatal.

Población objetivo

Embarazadas y puérperas que residen en el municipio Chacao.

Cobertura en el año 2013

En el año 2013, en los ambulatorios del IMCAS, se atendieron 160 mujeres en 633 consultas de control prenatal, lo que significa cuatro (4) consultas por mujer. La meta es aumentar el volumen de mujeres atendidas en consultas prenatales y posnatales, con el número de consultas recomendable, el cual alcanza a un mínimo de siete (7) consultas durante el embarazo y dos (2) consultas a las posnatales de bajo riesgo.

En las consultas de embarazadas y perinatales se promoverá la importancia de cumplir con el número de consultas y exámenes necesarios.

Protocolo de atención

La atención médica a embarazadas y posnatales se hace siguiendo las pautas establecidas en el Protocolo de Cuidados Prenatales y Atención Obstétrica de Emergencia (MPPS, 2014). Todas las consultas a embarazadas y puérperas se llevan a cabo en los siguientes ambulatorios:

- Altamira.
- Bello Campo.
- Bucaral.
- Centro de Especialidades Delta.
- Centro de Especialidades Los Palos Grandes.
- Chacao.
- Dr. Guillermo Hernández Zozaya (El Pedregal).

Para la atención de estas usuarias se siguen los siguientes pasos:

Paso I: Primera consulta

La entrevista (anamnesis) y el examen clínico incluidas en esta consulta se hacen con el objetivo de establecer el diagnóstico. En esta primera consulta se clasifica a las embarazadas según riesgo (bajo riesgo o riesgos Tipo I, II o III) y se colocan las vacunas según proceda.

En caso de identificarse algún riesgo, la embarazada debe ser referida para evaluación al segundo nivel de atención, donde existe un equipo interdisciplinario especializado, quienes decidirán la aceptación o contrarreferencia al tercer nivel (hospitales) de acuerdo con la severidad del riesgo.

En relación con las vacunas se siguen las siguientes pautas:

- Toxidoide tetánico/diftérico: la primera dosis se aplica en esta primera consulta y la segunda dosis cuatro (4) semanas después de la primera dosis. En caso de haber recibido la inmunización completa en los últimos cinco (5) años solo se aplica un refuerzo después de la semana 20.
- Vacuna anti-influenza estacional se aplica en el 2º o 3º trimestre del embarazo. En la historia clínica deben incorporarse las actividades y/o resultados, inherentes a este paso.

Información a recopilar en entrevista (anamnesis) a embarazadas

Datos personales	Antecedentes familiares	Antecedentes personales	Antecedentes gineco-obstétricos
<ul style="list-style-type: none"> • Nombre y apellido • Edad • Estado civil • Nivel de instrucción • Profesión u ocupación • Datos de la pareja • Domicilio • Interrogatorio para descartar violencia basada en género • Tipo de etnia • Edad gestacional: fecha de la última regla (especificar si fue normal o no) • Sintomatología 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedades hereditarias • Defectos congénitos • Muertes perinatales • Prematuridad • Enfermedades infecto-contagiosas en el entorno perinatal directo • Diabetes • Hipertensión • Cáncer • Respiratorias • Causa de muerte de familiares directos en primer grado 	<ul style="list-style-type: none"> • Hábitos psicobiológicos con énfasis en exposición a medicamentos, radiaciones, factores ambientales, tabaco, alcohol y drogas ilícitas • Enfermedades que haya sufrido: virales, crónicas y tratamiento, hereditarias, patología médica aguda • Intervenciones quirúrgicas, fracturas, transfusiones, sanguíneas • Vacunas 	<ul style="list-style-type: none"> • Edad de la menarquía: tipo menstrual, dismenorrea • Edad de inicio de las relaciones sexuales y número de parejas • Últimas citologías • Muertes y complicaciones perinatales, prematuridad • Enfermedades infecto-contagiosas en el entorno perinatal directo • Antecedentes quirúrgicos, procedimientos diagnósticos, terapéuticos ginecológicos, y uso de métodos anticonceptivos • Gestaciones anteriores: curso de los embarazos partos y puerperios anteriores; patologías presentadas; cirugías –es necesario detallar cada uno de los partos enfatizando los patológicos y detalles de complicaciones. • Hijos anteriores: peso y condiciones al nacer, tipo de lactancia y duración en caso de lactancia materna –se debe agregar los detalles de muertes fetales y neonatales con sus causas.

Fuente: MPPS. Protocolo de Atención. Cuidados Prenatales y Atención Obstétrica de Emergencia.

Exámenes realizados y solicitados en primera consulta prenatal

Examen físico integral	Exámenes complementarios
<ul style="list-style-type: none"> • Presión arterial • Peso/talla y cálculo del índice de masa corporal para establecer estado nutricional (peso/talla al cuadrado) • Estado general • Piel y neurológico • Cabeza y cuello • Examen buco dental • Tórax y mamas • Abdomen y extremidades con énfasis en la esfera ginecológica • Citología cérvico vaginal, independientemente de la edad de gestación, si la última citología tiene más de 1 año • Exploración obstétrica: altura uterina, movimientos y latidos cardíacos fetales 	<ul style="list-style-type: none"> • Hematología completa • Urea • Glicemia • Creatinina • VDRL HIV • Heces • Orina • Urocultivo • Grupo sanguíneo y Rh • Antígeno de superficie de la hepatitis • Serología y toxoplasmosis • Rubéola • Tipaje de la pareja y aglutininas anti Rh • Ecosonograma básico

Fuente: MPPS. Protocolo de Atención. Cuidados Prenatales y Atención Obstétrica de Emergencia.

Exploraciones especiales



Fuente: elaboración propia con base MPPS. Protocolo de Atención. Cuidados Prenatales y Atención Obstétrica de Emergencia.

Clasificación de embarazadas según riesgo

Bajo Riesgo

Una vez evaluadas integralmente presentan condiciones óptimas para el bienestar de la madre y el feto, y no evidencian factores epidemiológicos de riesgo, antecedentes gineco-obstétricos o patología general intercurrente.

Alto Riesgo Tipo I

En buenas condiciones de salud, pero con factores de riesgo de tipo epidemiológico y/o social: analfabetismo, pobreza crítica, vivienda no accesible al establecimiento de salud, unión inestable, trabajo con esfuerzo físico, estrés, tabaquismo, alcohol u otras drogas, embarazo no deseado, control prenatal tardío, edad materna = o < de 19 años y > de 35 años, talla 1,50 metros o menos, peso < a 45 kg u obesidad, paridad < de 4, intervalo intergenésico < de 2 años y > de 5 años.

Alto Riesgo Tipo II

En buenas condiciones de salud, pero con antecedentes de patología gineco-obstétrica perinatal o general, con o sin morbilidad materna o perinatal: peso inadecuado para edad gestacional, malformaciones congénitas fetales, trauma o infección fetal, retardo mental, parálisis cerebral, edad de gestación desconocida, paridad > 4, parto prematuro, embarazo prolongado, preeclampsia-eclampsia, cesárea anterior, rotura prematura de membranas, distocias dinámicas, hemorragias obstétricas, mola hidatidiforme, accidentes anestésicos, trastornos neurológicos periféricos.

Alto Riesgo Tipo III

Ameritan atención especializada en casos de: pérdida fetal recurrente, infertilidad, incompetencia cervical, malformaciones congénitas uterinas, tumores ginecológicos, cáncer, trastornos hipertensivos del embarazo, hemorragias obstétricas, presentaciones diferentes a la cefálica de vértece, desproporción feto pélvica, placenta previa, anemia, diabetes u otras endocrinopatías, cardiopatías, nefropatías, collagenosis, púrpura hemoglobinopatías, desnutrición severa, psicopatías. Estas patologías pueden ser antecedentes de morbilidad materna con o sin muerte fetal o patología con el embarazo actual.

Fuente: MPPS. Protocolo de Atención. Cuidados Prenatales y Atención Obstétrica de Emergencia.

Pasos subsiguientes de atención prenatal

Corresponde a por lo menos seis (6) consultas sucesivas en caso de embarazadas de bajo riesgo. En estas consultas se entrevista de nuevo a la embarazada, se le practica el examen clínico obstétrico y se revisan o programan exámenes complementarios de rutina para embarazos de bajo riesgo. Ante la sospecha de una patología se amplía la atención de acuerdo al protocolo correspondiente. Las consultas se programan según el siguiente esquema:

- Segunda consulta: entre la 13 y la 18 semana.
- Tercera consulta: entre la 22 y la 24 semana.
- Cuarta consulta: entre la 24 y la 29 semana.

- Quinta consulta: entre la 32 y la 35 semana.
- Sexta consulta: entre la 38 y la 40 semana.
- Despues de la semana 40, se revalúa la paciente con el objeto de prevenir, detectar y tratar factores de riesgo de la etapa perinatal.

Atenciones en consultas sucesivas para embarazo sin riesgo

13 a 18 semana	22 a 24 semana	24 a 29 semana	32 a 36 semana	38 a 40 semana	
Ecosonograma			Maniobras de Leopold Ecosonograma	Urocultivo, cultivo vulvo vaginal	
		Hematología completa, VDRL, VIH, pesquisa de diabetes gestacional, aglutininas anti Rh (si procede), serología para toxoplasmosis (si la inicial fue negativa)			
Todas las consultas					
Exploración obstétrica: altura uterina, auscultación de latido cardíaco fetal, análisis de orina, control de peso, presión arterial					

Fuente: MPPS. Protocolo de Atención Cuidados Prenatales y Atención Obstétrica de Emergencia.

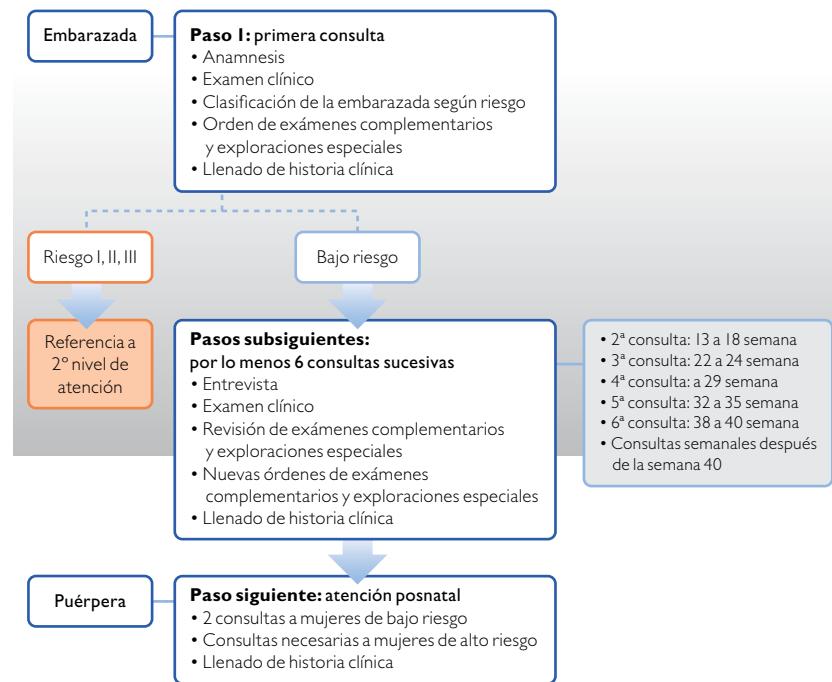
Paso final: atención posnatal

La atención posnatal se le presta a toda mujer en período de puerperio, es decir posterior al parto hasta los 42 días. La norma establecida sobre el número de consultas a prestarse es la siguiente:

- Bajo riesgo: dos (2) consultas por mujer puérpera hasta los 42 días de ocurrido el parto.
 - Primera consulta: a los siete (7) días
 - Segunda consulta: entre 27 y 42 días posterior al parto.
- Alto riesgo: el número de consultas necesarias a la mujer puérpera con riesgos.

IMCAS. Programa atención a la embarazada y puérpera

Diagrama protocolo de atención



Asesoría preconcepcional

En los mismos ambulatorios donde se prestan las consultas prenatales y posnatales, los usuarios del IMCAS disponen de servicios de asesoría preconcepcional, los cuales se imparten según lo establecido en la Norma Oficial para la Atención Integral en la Salud Sexual y Reproductiva (2003).

De acuerdo con la citada norma, esta asesoría se presta a parejas que planifican el embarazo con el objetivo de corregir conductas, factores de riesgo reproductivo o patologías que puedan alterar la evolución normal de su futuro embarazo. La misma involucra las siguientes prestaciones:

I. Primera consulta:

Durante la cual, mediante examen físico y entrevistas, se abordan los siguientes aspectos:

- Prevención de infecciones: Virus de Inclusión Citomegálica, Hepatitis B, Rubéola, Toxoplasmosis, Tétanos, Sífilis, infecciones por VIH/SIDA, Gonorrea, infecciones buco-dentales.

- Asesoramiento genético: especialmente en mujeres con niños afectados en embarazo previo, mayores de 35 años, antecedentes familiares de enfermedad genética, exposición a tóxicos ambientales, características étnicas especiales tipo Beta talasemia: italianas y griegas; afrodescendientes; anemia a células falciformes.
- Presencia de enfermedades crónicas: HTA, DM, anemia, enfermedades cardiovasculares, patología útero-anexial, carcinoma de mamas, otras neoplasias, enfermedad renal o tiroidea, colagenosis.
- Medicación: advertir sobre drogas teratogénicas que pueda estar consumiendo la mujer por padecer enfermedades crónicas como por ejemplo el litio, antagonistas de los folatos, ácido valproico, prednisona, warfarina, u otras.
- Solicitud de exámenes adicionales.
- Recomendación de iniciar la toma de ácido fólico, para reducir la incidencia de defectos del tubo neural en el recién nacido.
- Educación para asegurar el cálculo de la edad gestacional, evitar embarazos en edades menores de 18 años o mayores de 35 años, evitar intervalos intergenéticos cortos, y promover hábitos y estilos de vida adecuados.



II. Consultas sucesivas:

Para la revisión de exámenes de laboratorio y tratamiento de patologías.

PREVENCIÓN DEL CÁNCER CÉRVICO UTERINO



Objetivos

El programa contribuye a prevenir y controlar la incidencia y mortalidad de este tipo de cáncer en el municipio Chacao. Sus objetivos específicos son:

- Desarrollar acciones de educación y promoción primaria y secundaria del cáncer de cuello uterino.
- Convocar tempranamente a la población femenina de 25 a 64 años de edad, para que se realice oportunamente la citología y la colposcopia.
- Promover el tratamiento oportuno de lesiones preinvasivas.

Población objetivo

La población objetivo está representada por las mujeres residentes del municipio Chacao, cuya edad está entre los 25 y los 64 años, quienes para el año 2014 se estiman en 26.000 personas. No obstante, también son atendidas mujeres con las siguientes características:

- Usuarias del IMCAS cuyas edades oscilan entre los 15 y 24 años y han iniciado su vida sexual o han sido identificadas como población de riesgo.
- Mujeres mayores de 65 años de edad, residentes del municipio Chacao, con historia de patología cervical o sin reportes de citología normales.

Cobertura en el año 2013

De acuerdo con la información disponible en el registro municipal de salud, se estimó que a un 13 % de la población objetivo en el año 2013, se le practicó la citología en el IMCAS. La meta es aumentar progresivamente la cobertura de la citología y colposcopia en los casos que aplique.

Protocolo de atención

La atención de salud se lleva a cabo en los ambulatorios del IMCAS que se mencionan a continuación:

- Altamira.
- Bello Campo.
- Bucaral.
- Centro de Especialidades Delta.
- Centro de Especialidades Los Palos Grandes.
- Centro de Especialidades Quirúrgicas.
- Chacao.
- Dr. Guillermo Hernández Zozaya (El Pedregal).

La captación de las mujeres para este programa, la adelanta el programa Promoción de Salud mediante sus actividades en las comunidades y ambulatorios. Se elaborará una base de datos con la población objetivo. Cada ambulatorio será responsable de establecer contacto telefónico con las pacientes que se encuentren en su área de influencia y darles cita para la toma de la citología

Paso I: Toma de citología exocervical y endocervical, y colposcopia si aplica

Previa entrevista telefónica, las mujeres que cumplen con los criterios que las califica entre los grupos objetivo del programa, podrán practicarse la citología con el médico general. El proceso es el siguiente:

- Se inicia con la colocación de un espéculo lubricado con agua o gel.
- La muestra exocervical se toma raspando con suavidad la superficie del cuello uterino con una espátula de aire para desprender células.
- La toma de la muestra endocervical se hace preferiblemente con cepillo (cytobrush).
- Ambas muestras son extendidas en una única lámina portaobjetos de vidrio, se aplica un fijador a una distancia de aproximadamente treinta (30) centímetros y se dejan secar.
- Las muestras se identifican, colocando en el espacio correspondiente, el nombre y cédula de la usuaria.

La **colposcopia** es un procedimiento que se efectúa en caso de sospecha de hallazgos anormales en el cuello uterino. El procedimiento consiste en colocar solución de ácido acético en el cuello uterino, y luego de un tiempo de espera de un (1) minuto, se visualiza el cuello con el colposcopio.

Una vez completado este paso, se procede a registrar la información correspondiente en la historia clínica de la usuaria.

Paso 2: Servicio de laboratorio

Consiste en el envío de las muestras de citología al laboratorio de anatomía patológica, donde se procede a su análisis. Los resultados se retornan al ambulatorio donde se atiende la usuaria.

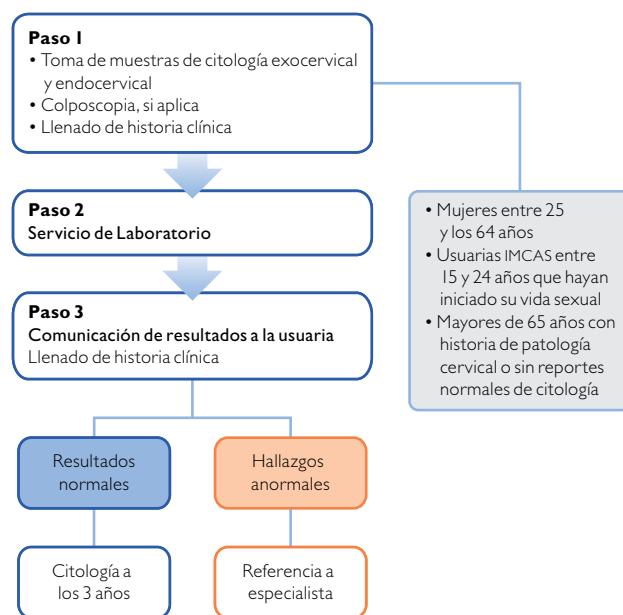
Paso 3: Comunicación de resultados a la usuaria

Una vez recibidos los resultados del laboratorio, estos se interpretan y comunican a la usuaria. Si el patólogo reporta resultados anormales o si la colposcopia está alterada, es necesario referir al especialista.

Los resultados de este paso se ingresan en la historia clínica.

IMCAS. Programa prevención del cáncer cérvico uterino

Diagrama protocolo de atención



SENO CHACAO



Objetivos

El objetivo de este programa es contribuir a prevenir la morbilidad por cáncer de mama en el municipio Chacao, mediante lo siguiente:

- Desarrollar acciones de educación y promoción sobre factores de riesgo.
- Incentivar el diagnóstico precoz por la vía de identificar y captar a las mujeres entre 40 y 69 años que acuden al sistema municipal de salud, y practicarles la mamografía en doble proyección y doble lectura.
- Derivar a consulta especializada a todas las mujeres con hallazgos mamográficos positivos y hacerle seguimiento posterior a las que reciben tratamiento.

La mamografía de cribado es una exploración radiológica cuyo objetivo es detectar el cáncer de mama, en estadios precoces en mujeres asintomáticas. Es la prueba de mayor validez y más ampliamente utilizada en los programas de cribado o despistaje de cáncer de mama por sus mínimos efectos adversos y costos.

Población objetivo

Mujeres entre 40 y 69 años residentes en el municipio Chacao, las cuales para el año 2014 se calcularon en 15.608 personas.

Cobertura en el año 2013

De acuerdo con la información del sistema municipal de salud, disponible para el año 2013, el IMCAS practicó mamografías en un 17% de las mujeres de 45 y más años que residen en el municipio Chacao en ese mismo año. El propósito es

aumentar de manera sustantiva la cobertura de la mamografía, con base en metas acordes a la responsabilidad municipal .

Protocolo de atención

Paso 1: Mamografía de Screening

Como en el caso de la citología, el Programa Promoción de Salud capta a las mujeres que no se han hecho la mamografía y las refiere. Asimismo, participan pacientes referidas desde otras consultas.

El examen que se practica es una mamografía bilateral en doble proyección: oblicua (OML) y cráneo caudal (CC).

Se ha demostrado que el Screening mamográfico disminuye la mortalidad por cáncer de mama en un promedio de 24% (18 a 30%).

Por lo tanto, las mujeres entre 40 y 69 años deberían ser motivadas a practicarse regularmente este examen. Fuente: American Cancer Society, 1997.

Paso 2. Interpretación de resultados de estudios

Para aumentar la sensibilidad del método, la interpretación de los resultados está basada en una doble lectura practicada separadamente por dos (2) radiólogos. La interpretación se fundamenta en el Programa BI-RADS del Colegio Americano de Radiología.

Programa BI-RADS del Colegio Americano de Radiología

Categorías BI-RADS 2004. Masas				Román Rostagno y col.
Breast Imaging-Reporting and Data System. American College of Radiology (ACR)				
BI-RADS	Descripción	VPP	Hallazgos	Sugerencia
BRI	Mama normal			Contro habitual
BR2	Patología benigna		 	Contro habitual
BR3	Sugestiva de benignidad	<2%	 	
BR4A	Baja a moderada sospecha	~5% 2 al 10%	 	Punción cito/ histológica
BR4B	Moderada sospecha	~25% 11 al 40%	 	Estudio histológico
BR4C	Moderada a alta sospecha	~70% 41 al 94%	 	Estudio histológico
BR5	Alta sospecha (clásica)	~95% ESTELAR		Estudio histológico
BR6	Malignidad confirmada	~100%	Anatomía patológica positiva	No hay sugerencias
BR0	Estudio insuficiente		Opacidades, asimetrías, formaciones palpables	Estudios complementarios

El informe radiológico se obtiene a los diez (10) días de efectuado el estudio. En caso de considerarse negativo o las lesiones son benignas (BRI o BR2), se le hace llegar esta información a la paciente de manera expedita, agregando información adicional adecuada sobre el autoexamen mamario, y la necesidad de efectuar nuevo estudio mamográfico al año siguiente.

En caso de que se evidencie cualquier anomalía mamográfica, la paciente es citada vía telefónica para la realización de una mamografía diagnóstica, que podría incluir según el caso, ampliación, compresión o nuevas proyecciones. Si esta fuere negativa o las lesiones son benignas (BRI o BR2) se comunicará el resultado a la paciente, agregando la información relativa al autoexamen mamario, y la necesidad de efectuar nuevo estudio al año siguiente.

Paso 3. Remisión a especialista

En caso de positividad la paciente será citada para su evaluación completa y será remitida al especialista quien, dependiendo del grado de anomalía, puede llegar a distintas decisiones:

- Si las lesiones encontradas son sugestivas de benignidad (BR3) se recomienda a la usuaria practicarse otro control a los seis (6) meses, cuando se reevaluarán los resultados. Si no existe modificación, se establece otro control, nuevamente a los seis (6) meses. Si alguno de esos exámenes de control presenta alteraciones, la paciente se clasifica como BR4.
- Si el resultado es moderado o altamente sospechoso (BR4 y BR5) se ordena la biopsia.



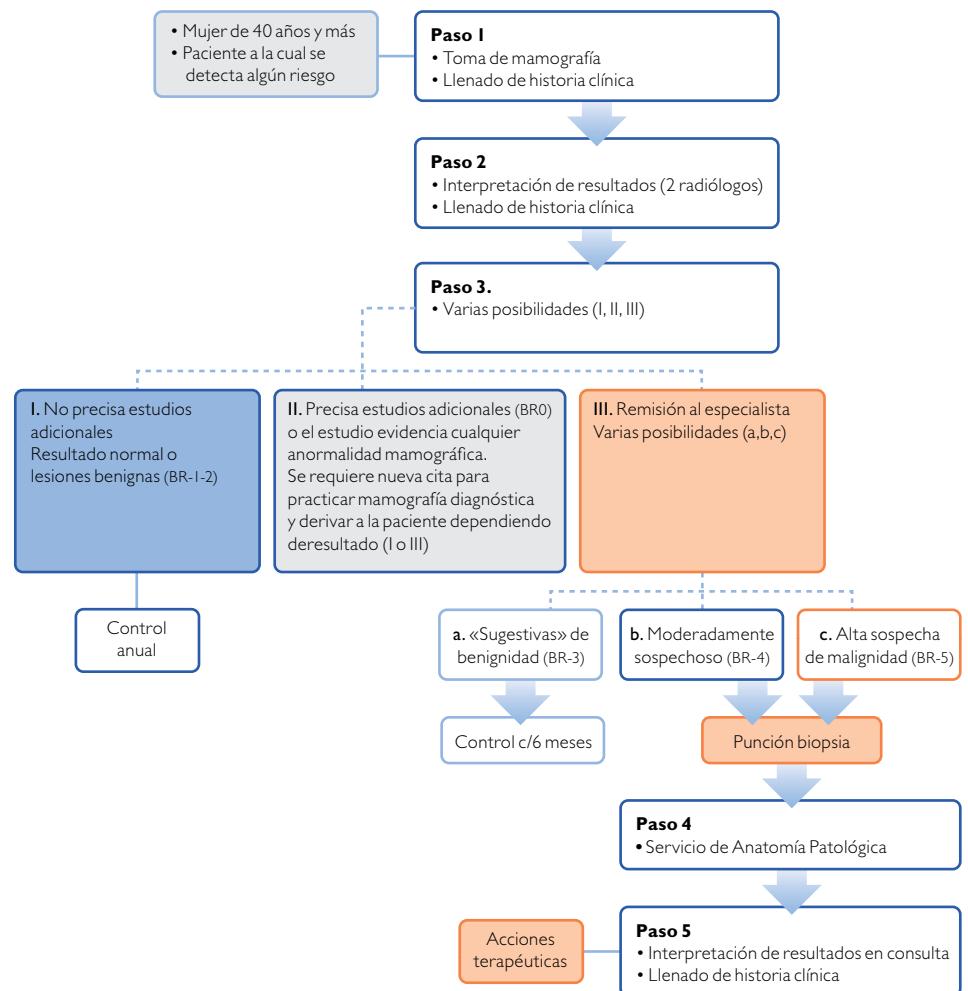
Paso 4. Biopsia

Paso 5. Interpretación de resultados de la biopsia

Dependiendo del resultado de la biopsia se tomarán las decisiones en consulta con la paciente sobre las acciones terapéuticas, las cuales pueden incluir la cirugía en caso de que la malignidad sea confirmada (BR6).

IMCAS. Programa Seno Chacao

Diagrama protocolo de atención



Notas

8 OMS. Objetivos de Desarrollo del Milenio [en línea] [fecha acceso 20 mayo 2014] URL disponible en http://www.who.int/topics/millenium_development_goals/es/

9 MSDS. Norma Oficial para la Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva [en línea] 2003 [fecha de acceso mayo 2014] URL disponible en: http://venezuela.unfpa.org/documents/ssr_norma_inicio.pdf

10 Ibíd., p. 111.

11 OMS: Salud de la Mujer. Nota descriptiva N°334 [en línea] 2009 [fecha de acceso 26 de mayo de 2014] URL disponible en <http://www.who.int/media-centre/factsheets/fs334/es/>

12 González, M. J. Politemas. Viaje al pasado. [en línea] 2015 abril 8 [fecha de acceso 28 de mayo 2014] URL disponible en <http://www.talcualdigital.com/nota/visor.aspx?lid=11487&tip=COL&id-column=50>

13 MPPS. Boletín epidemiológico. semana epidemiológica N52 [en línea] 2013 [fecha de acceso 24 de mayo de 2015] URL disponible en http://www.bvs.gob.ve/boletin_epidemiologico/2013/Boletin_52_2013.pdf.

14 MPPS Boletín Epidemiológico semana epidemiológica N°44 [en línea] 2014 [fecha de acceso

25 de enero de 2015] URL disponible en http://www.bvs.gob.ve/Boletin_epidemiologico/2014/Boletin_44_2014.pdf.

15 MPPS. Anuarios de Mortalidad años 1999-2009. Dirección de Información y Estadísticas de Salud.

16 OMS. Planificación familiar. Nota descripción n°351 [en línea] 2013 [fecha de acceso 22 de junio de 2014] URL disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>

17 OMS. Epidemiología del cáncer cervicouterino en las Américas. [en línea] 2014 [fecha de acceso 30 de junio de 2014] URL disponible en [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&tak=doc_details&gid=21832&Itemid=270&lang=en](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_details&gid=21832&Itemid=270&lang=en)

18 Palacio LS, Lazcano E, Allen B, Hernandez M. Diferencias regionales en la mortalidad por cáncer de mama y cérvix en México entre 1979 y 2006. Salud Pública Mex [en línea] 2009 [fecha de acceso 01 de agosto de 2014] 51(2) URL disponible en <http://www.scielosp.org>

19 MPPS. Anuario de mortalidad 2001 [en línea] 2014 [fecha de acceso 9 de febrero de 2015] URL disponible en <http://www.mpps.gob.ve>

20 OPS. Programa de Cáncer [en línea] [fecha de acceso 23 de septiembre de 2014] URL disponible en http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=cat-gory&la-yout=blog&id=1866&l-temi-d=3904&lang=es

21 MPPS. Anuarios de mortalidad 2011 [en línea] 2014 [fecha de acceso junio de 2014] URL disponible en <http://www.bvs.gob.ve/anuario/>

22 Cálculos propios con base en INE, Censo de Población y Vivienda. Año 2011.

23 OMS. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. [en línea] 2009 [fecha de acceso 13 de octubre de 2014] URL disponible en http://who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/

SECCIÓN IV PROGRAMAS DE ATENCIÓN A LOS ADULTOS Y ADULTOS MAYORES



El IMCAS cuenta con dos (2) programas prioritarios para la prevención y atención de problemas crónicos de salud que afectan la funcionalidad de los adultos y sobre todo, de los adultos mayores. Estos son:

- Prevención y Control de la Hipertensión (HTA) y Diabetes Mellitus (DM).
- Función y Cognición.

El Programa Función y Cognición constituye una iniciativa de atención que se suma, en el año 2014, a los servicios de salud prestados por el IMCAS.



Marco normativo

Venezuela cuenta con una normativa para el manejo y tratamiento de las enfermedades cardiovasculares que incluye las estrategias de intervención para la prevención y el tratamiento de la HTA²⁴. Estas normas adquieren fundamento jurídico mediante resolución ministerial publicada en el año 2006. En el municipio Chacao, la **Ordenanza para la Atención Integral a la Juventud Prolongada** dispone que los servicios de salud municipal deban brindar atención cardiovascular a las personas mayores de 55 años de edad.

En el caso de la diabetes, la normativa nacional se encuentra en distintas disposiciones. La primera normativa data del año 1975, cuando se crea la **Norma Oficial Venezolana del Programa Nacional de Lucha contra la Diabetes y otras Enfermedades Endocrinas**²⁵ (PNLD). Con posterioridad, en 1998, se crea la **Comisión Presidencial de Lucha Antidiabética (COPLAD)** para coordinar, con instancias públicas y privadas, los programas de prevención, control y rehabilitación de la diabetes así como fortalecer el PNLD²⁶. Más recientemente, por iniciativa del MPPS, se promueve la iniciativa **CAREMT** que fomenta actividades de prevención y atención de las áreas cardiovascular y endocrino-metabólica e incluye el **Programa Nacional de Atención Integral al Paciente con Pie Diabético** (2007).

Así mismo, en el año 2013, se publica el Manual para el Primer Nivel de Atención basado en la Norma Oficial Venezolana del Programa Nacional de Salud Endocrino Metabólica contentivo de los objetivos, funciones, actividades y pautas a seguir en la prevención tratamiento de la DM.

La lucha por prevenir y controlar la HTA y la DM es un reto de larga data de organizaciones internacionales por sus efectos sobre los sistemas sanitarios y las economías nacionales. En la Cumbre de Alto Nivel de la ONU (2011) sobre Enfermedades no Transmisibles (ENT) se acordó unánimemente que «la carga mundial y amenaza de las ENT constituyen uno de los mayores desafíos para el desarrollo en el siglo XXI, y ponen en peligro el desarrollo social y económico en todo el mundo». Entre estas enfermedades cuentan con prioridad la diabetes y la enfermedad del corazón.

Con anterioridad a la Cumbre, la OMS y la OPS dictaron una serie de disposiciones que comprometen al liderazgo mundial en el esfuerzo de combatir estas enfermedades.

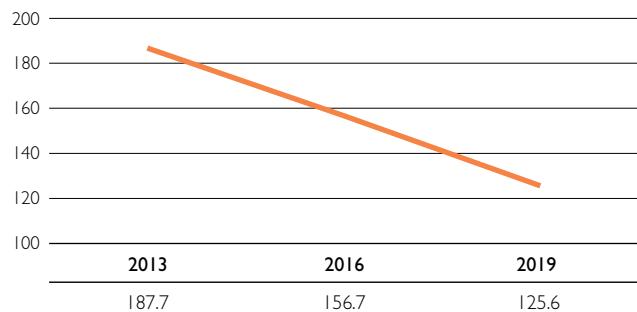
*Algunas de estas se hallan contenidas en los siguientes documentos: **Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud** (OMS 2004) y **Estrategias Regionales y Plan de Acción para un Enfoque Integrado sobre la Prevención y Control de las Enfermedades Crónicas**, incluyendo el régimen alimentario, la actividad física y la salud (OPS. 2007). También se formuló el **Plan Mundial contra la Diabetes 2011-2021** de la Federación Internacional de Diabetes.*

En el **Plan Nacional de Salud 2014-2019**, se propone disminuir la mortalidad por diabetes y enfermedades cardiovasculares en poco más del 30 % durante el quinquenio²⁷.

HTA y DM. Metas del Plan Nacional de Salud 2014-2019

Casos de mortalidad por diabetes y enfermedades cardiovasculares

(por 100.000 hab.)



Principales instrumentos nacionales específicos de protección

Instrumento normativo	Fuente	Artículos
Normas para el manejo y tratamiento de las enfermedades cardiovasculares priorizadas: Hipertensión Arterial, Cardiopatías Isquémicas y Enfermedades Cerebrovasculares	Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela con el N° 38.411 de fecha 03 de abril de 2006	1
Resolución mediante la cual se crea la Comisión Presidencial de Lucha Antidiabética (COPLAD)	Gaceta Oficial N° 36.381 del 26 de enero de 1998	No aplica

Caracterización de los programas

PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL (HTA) Y DIABETES MELLITUS (DM)



La problemática por enfrentar

Este programa enfrenta dos tipos de problemas de salud: la hipertensión arterial (HTA) y la diabetes mellitus (DM).

Hipertensión arterial (HTA)

La HTA es una enfermedad de mucho impacto social por su alta prevalencia y porque constituye uno de los principales factores de riesgo de ictus, infarto al miocardio, insuficiencia cardíaca y enfermedad renal. En la región de las Américas se calcula que ocurrirán aproximadamente 20,7 millones de defunciones por enfermedades cardiovasculares en los próximos 10 años y, de estas muertes, 2,4 millones atribuibles a la hipertensión arterial²⁸.

«El término ICTUS representa de forma genérica un grupo de trastornos que incluyen el infarto cerebral, la hemorragia cerebral, derrame y embolia cerebral. La palabra ICTUS es un término latino que se usa igual que su correspondiente anglosajona, stroke, la cual significa golpe y describe perfectamente el carácter brusco y súbito del proceso. Son sinónimas las denominaciones de accidente cerebrovascular, ataque cerebral y apoplejía... Recientemente la Sociedad Iberoamericana de Enfermedad Cerebrovascular presentó en consenso la terminología de la enfermedad y determinó la palabra ictus como universal por su facilidad de nominación y traducción a otro idioma.» **Fuente:** RevInvestMexSurMex, julio septiembre 2013; 20(3): 146-147.

En Venezuela, las enfermedades cardiovasculares constituyeron la primera causa de mortalidad en el año 2011 (17.655 casos)²⁹ y, desde 1996, su comportamiento muestra una curva en ascenso³⁰. Se ha estimado que la mortalidad por enfermedades cardiovasculares en Venezuela se asocia a una alta prevalencia de la HTA, con el agravante de que alrededor de un 80 % de los hipertensos en el país no está bajo control³¹.

Según datos del estudio CARMELA 2010, la prevalencia de la hipertensión en los hombres es de 27,5 %, y en las mujeres de 22,9 %. El estudio encontró que después de los 50 años de edad, casi la mitad de la población padece de presión arterial elevada³².

En el estado Miranda, en el año 2011, murieron 4.875 personas por enfermedades cardiovasculares, de las cuales el 95 % tenía 45 o más años de edad³³. Con relación a la morbilidad, en ese mismo año se diagnosticaron 33.811 casos de los cuales 30.197 correspondieron específicamente a hipertensión arterial. De los casos de HTA, un 68 % tenía 45 años o más³⁴.

Los factores de riesgo de la HTA son: consumo de tabaco, una dieta poco saludable, el uso nocivo del alcohol, la inactividad física, la obesidad, el colesterol alto, la diabetes mellitus y la exposición a un estrés permanente.

La predisposición genética también constituye un factor de riesgo.

Los factores mayores para el desarrollo de enfermedad cardiovascular son la hipertensión, la obesidad (Índice de Masa Corporal - IMC > 30 kg/m²), fumador de cigarrillos, inactividad física, dislipidemia, diabetes mellitus, microalbuminuria, edad: hombre mayor de 65 años y mujer mayor de 55, historia de enfermedad cardiovascular prematura (mujer menor de 55 y hombre mayor de 65).

Cuando el paciente hipertenso es tratado disminuyen las incidencias de ECV en un 35-40 %, de infarto de miocardio en un 20-25 %, y de insuficiencia cardíaca en más de un 50 %. **Fuente:** Rondón Nucete, Miguel, Rondón Guerra, Ana y Guerra de Rondón Ana. *Manual Clínico de Hipertensión Arterial*. Disponible en: www.saber.ula.ve.

Diabetes Mellitus (DM)

La DM es un trastorno endocrino con alta repercusión en la calidad de vida de la población afectada, por sus consecuencias sobre la salud y por los elevados costos que representa su cuidado. En América Latina y el Caribe, esta enfermedad ha sido considerada uno de los principales problemas de salud pública, estimándose que para el año 2025, de no tomarse las medidas preventivas pertinentes, el número de personas afectadas podría alcanzar a los 40 millones³⁵.

Es importante contar con un sistema de registro de los pacientes diabéticos para conocer la prevalencia en la comunidad y de esta manera proponer estrategias y acciones, con metas y controles que puedan ser aplicados, con la finalidad de prevenir su aparición en aquellas personas con factores de riesgo (motivando a estilos de vida saludables), realizar diagnóstico precoz y control para evitar las complicaciones, mortalidad y mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

La DM representó la cuarta causa de mortalidad en el año 2011 en Venezuela (4.899 casos)³⁶ y, de acuerdo al Plan Nacional de Salud 2014-2019, la mortalidad por esta causa muestra una curva en ascenso desde el año 1990. Según el citado plan, en la actualidad más del 92 % de los casos de diabetes en el país son tipo 2, evitables en muy alta proporción³⁷.

Con relación a la morbilidad por diabetes, en el año 2011 se registraron en el país 123.413 casos de diabetes, de los cuales los mayores de 25 años de edad representaron el 89 %³⁸. De ese total, al estado Miranda le corresponden 8.662 casos (7 %), un 90 % personas mayores de 25 años de edad.

La DM se define como un desorden del metabolismo de origen multifactorial, con la presencia de un estado de hiperglucemia crónico y trastornos en el metabolismo de los hidratos de carbono, lípidos y proteínas, con un defecto en la secreción o acción de la insulina.

*Según su etiología y fisiopatología se clasifica en diabetes mellitus tipo 1 y diabetes mellitus tipo 2. En la primera hay ausencia de insulina y por lo general se manifiesta durante la pubertad. En la diabetes mellitus tipo 2 existen grados variables de resistencia a la insulina y fallas en la producción de la misma. **Fuente:** Sociedad Latinoamericana de Diabetes Mellitus. *Guías ALAD de Diagnóstico, Control y Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2*.*

Objetivos

- El programa busca contribuir a prevenir y controlar la HTA y la DM en el municipio Chacao. En concreto, sus objetivos son:
- Promover entre la población del municipio conocimientos básicos sobre la manera de prevenir la HTA y la DM.
 - Identificar y captar a las personas con factores de riesgo y orientarlas en el mantenimiento de hábitos de vida saludable.
 - Controlar y tratar a las personas hipertensas o diabéticas que hayan sido captadas y derivarlas a consultas específicas para que sean adecuadamente orientadas, en los casos en que se diagnostique la enfermedad.

Población objetivo

Regularmente, la población objetivo de este tipo de intervenciones han sido las personas de 45 años y más que viven en el municipio Chacao. En el año 2014 se estima en poco más de 32.000 habitantes.

Para el año 2014, conservando ese grupo como el prioritario, la pesquisa de factores de riesgo de HTA y DM incluirá a la población desde los 20 años de edad, toda vez que el trabajo de prevención precoz es efectivo y disminuye la morbilidad por estas causas de manera importante.

Cobertura en el año 2013

Para el año 2013, la cobertura de atención de HTA y DM alcanzó al 9% (2.948 personas) y al 5% (1.484 personas) respectivamente, de la población de 45 años y más. La meta es aumentar progresivamente la cobertura de este grupo e incluir a los de 20 años y más, cuidando no desmejorar la calidad de la atención.

Protocolo de atención

El protocolo de atención de la HTA y la DM se inicia con el despistaje de la enfermedad, cuyo propósito es detectar y captar personas sanas con factores de riesgo, y así promover actitudes y estilos de vida saludables. O también, detectar al paciente hipertenso o diabético no diagnosticado o mal controlado, para iniciar su tratamiento.

En el momento del despistaje, dependiendo de los resultados, el paciente es captado por el sistema de salud para llevar a cabo acciones específicas correspondientes a cada enfermedad. El despistaje de la enfermedad comprende dos (2) procedimientos.

- Valoración de criterios de pesquisa.
- Consulta de pesquisa.

Paso I: Valoración de criterios de pesquisa

El primero de estos procedimientos es ejecutado por una enfermera y comprende dos (2) actividades:

- Una encuesta que permite identificar factores de riesgo.
- Mediciones de talla y peso, índice de masa corporal (IMC), presión arterial (PA) y toma de muestra de glicemia capilar.

Este procedimiento se lleva a cabo de manera rutinaria en toda persona mayor de 20 años de edad, que acuda por cualquier motivo o consulta a los centros del IMCAS.

Si los resultados del despistaje revelan factores de riesgo, se considera que se cumple con criterios de pesquisa. En consecuencia, la persona es remitida de inmediato a un médico general.

IMCAS. Encuesta para identificar factores de riesgo

ESTADO MIRANDA MUNICIPIO AUTÓNOMO DE CHACAO INSTITUTO MUNICIPAL DE COOPERACIÓN Y ATENCIÓN A LA SALUD (IMCAS)																												
PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICAS PREVENIBLES NO TRANSMISIBLES																												
Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus																												
Nombre y apellido: _____ C.I.: _____ Talla: _____ m Peso: _____ kg IMC: _____ kg/m ²																												
Por favor, marque con una "X" la opción que corresponda. Si tiene alguna duda, comuníquese con el personal de salud.																												
<table border="1"><thead><tr><th></th><th>SÍ</th><th>NO</th></tr></thead><tbody><tr><td>¿Realiza ejercicio físico menos de 3 veces a la semana por un tiempo menor a 30 minutos?</td><td></td><td></td></tr><tr><td>¿Tiene abuelos, padres o hermanos diabéticos?</td><td></td><td></td></tr><tr><td>¿Alguno de sus hijos pesó más de 4 kg al nacer? (Mujeres)</td><td></td><td></td></tr><tr><td>¿Es hipertenso?</td><td></td><td></td></tr><tr><td>¿Alguna vez ha tenido colesterol o triglicéridos altos?</td><td></td><td></td></tr><tr><td>¿Padece de ovarios poliquísticas? (Mujeres)</td><td></td><td></td></tr><tr><td>¿Alguna vez ha presentado alteraciones en pruebas de glicemia o insulina?</td><td></td><td></td></tr><tr><td>¿Sufre usted alguna enfermedad cardiovascular?</td><td></td><td></td></tr></tbody></table>			SÍ	NO	¿Realiza ejercicio físico menos de 3 veces a la semana por un tiempo menor a 30 minutos?			¿Tiene abuelos, padres o hermanos diabéticos?			¿Alguno de sus hijos pesó más de 4 kg al nacer? (Mujeres)			¿Es hipertenso?			¿Alguna vez ha tenido colesterol o triglicéridos altos?			¿Padece de ovarios poliquísticas? (Mujeres)			¿Alguna vez ha presentado alteraciones en pruebas de glicemia o insulina?			¿Sufre usted alguna enfermedad cardiovascular?		
	SÍ	NO																										
¿Realiza ejercicio físico menos de 3 veces a la semana por un tiempo menor a 30 minutos?																												
¿Tiene abuelos, padres o hermanos diabéticos?																												
¿Alguno de sus hijos pesó más de 4 kg al nacer? (Mujeres)																												
¿Es hipertenso?																												
¿Alguna vez ha tenido colesterol o triglicéridos altos?																												
¿Padece de ovarios poliquísticas? (Mujeres)																												
¿Alguna vez ha presentado alteraciones en pruebas de glicemia o insulina?																												
¿Sufre usted alguna enfermedad cardiovascular?																												
Al finalizar entregue esta encuesta a algún miembro del personal de salud. Si presenta algún factor de riesgo será evaluado en breve por el médico general.																												
¡MUCHAS GRACIAS!																												

Hipertensión Arterial (HTA). Protocolo específico

Paso 2: Consulta de pesquisa

La medición de la presión arterial es la actividad que permite el diagnóstico de la HTA, toda vez que la enfermedad es asintomática. Esta medición la hace un médico general a todas las personas de 45 años y más, que acuden a los ambulatorios del IMCAS a tales fines, por su cuenta o referidas, así como también a las personas captadas en el mismo día mediante la actividad de despistaje antes descrita.

Para la medición de la presión arterial se utiliza el método auscultatorio, que involucra un instrumento calibrado y adecuadamente validado. El brazalete debe tener un tamaño adecuado, que sobrepase al menos el 80% del brazo.

En cuanto al paciente, debe estar sentado en una silla un mínimo de cinco (5) minutos, con los pies en el suelo, y el brazo a la altura del corazón. Se recomienda que no haya ingerido café u otras bebidas estimulantes por lo menos veinte (20) minutos antes de la toma.

La medida de la presión arterial en bipedestación (de pie) está indicada periódicamente, especialmente en quienes tengan riesgo de hipotensión postural.

Dependiendo de los resultados de diagnóstico, se brindan las recomendaciones apropiadas.

Posibles resultados de diagnóstico y recomendaciones

Resultado	PAS	AD	Recomendaciones	Tratamiento farmacológico
Normal	< 120	80	Se motiva al paciente a realizar control de tensión arterial cada 2 años y a llevar un estilo de vida saludable	No indicado
Pre hipertensión	120-39	80-89	<ul style="list-style-type: none">• Acciones sobre factores de riesgo modificables tipo derivación a consulta con nutrición• Motivación para el ejercicio o cese del tabaquismo, y control anual	Controversia
Hipertensión			<p>El diagnóstico de HTA debe estar basado en el promedio de por lo menos dos (2) mediciones, tomadas al menos en dos (2) visitas posteriores a la detección inicial, o a través de un período más prolongado, de acuerdo con el criterio del médico</p> <p>Por lo tanto, si el resultado de la primera medición es presión arterial alta, se solicita al paciente realizar dos (2) mediciones adicionales en días consecutivos, antes de referirlo a consulta de medicina general u otras</p>	
Estadio I	140-159	90-99	Referencia a consulta de medicina general para la realización de evaluación y confirmación diagnóstica	Sí
Estadio 2	>160	100		Combinado

Fuente: elaboración propia con base en el Informe del Comité Nacional Conjunto de los Estados Unidos de América sobre Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial (Joint National Committee 7 y 8).

Una vez completado el diagnóstico, se vacía la información en la historia clínica y se hace entrega al paciente de la tarjeta de control con la fecha y la hora de la medida de PA. La medición es anual, pero para los mayores de 65 años de edad, se efectúa dos (2) veces al año.

Paso 3: Consulta de medicina general

En esta consulta se busca detectar los determinantes de los problemas de presión arterial y constituye la base para aplicar tratamiento. El examen comprende:

- Constatar el estilo de vida e identificar otros factores de riesgo para enfermedad cardiovascular o desórdenes concomitantes que puedan afectar al pronóstico y como guía del tratamiento.
- Revelar causas identificables de elevación de la PA.
- Aclarar la presencia o ausencia de daño en órganos diana y enfermedades cerebro-vasculares. De determinarse estos daños es necesario remitir al especialista que corresponda.

La consulta de medicina general la lleva a cabo un médico general en los siguientes ambulatorios:

- Altamira.
- Bello Campo.
- Bucaral.
- Centro de Especialidades Delta.
- Centro de Especialidades Los Palos Grandes.
- Chacao.
- Dr. Guillermo Hernández Zozaya (El Pedregal).

Los datos necesarios derivan de una entrevista, el examen físico, las pruebas rutinarias de laboratorio y otros procedimientos diagnósticos.

La entrevista es para indagar sobre la predisposición genética –antecedentes familiares de presión arterial elevada o de enfermedades cardiovasculares. Así como también, sobre antecedentes y factores de riesgo del o la paciente: hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares, renales o diabetes mellitus, dieta poco saludable, tabaquismo, obesidad, uso nocivo del alcohol, la inactividad física o la exposición a un estrés permanente, entre otros.

El examen físico debe ser sistemático e incluir una medida apropiada de PA, con verificación en el brazo contralateral, examen del fondo de ojo, auscultación carotidea, abdominal y soplos femorales, palpación de la glándula tiroidea, examen completo cardiopulmonar, exploración abdominal que incluya riñones, detección

de masas y pulsaciones aórticas anormales, palpación de pulsos y edemas en extremidades inferiores, así como valoración neurológica.

Se solicita exámenes de laboratorio antes de iniciar tratamiento. Estos incluyen: Rx tórax, electrocardiograma, análisis de orina, glucosa sanguínea y hematocrito, potasio sérico, creatinina y calcio, y perfil lipídico posterior a 9-12 horas de ayuno. Los exámenes de laboratorio se llevan a cabo en el laboratorio de la sede de Emergencias del IMCAS.

Los resultados de la medición y el examen físico se registran en la historia clínica.

Paso 4: Tratamiento

El objetivo del tratamiento es reducir los niveles de la presión arterial. Básicamente este consiste en:

- Motivación y modificación de estilo de vida: incremento de la actividad física, eliminar o limitar la ingestión de alcohol, consumir una dieta cardiosaludable que incluya fibra y potasio, eliminar el consumo de tabaco y café, eliminar la sal, tomar agua en abundancia.
- Tratamiento farmacológico, cuando se haya confirmado su necesidad. En estos casos, cuando no se logre el control de la presión arterial, antes de avanzar en cada nuevo intento de tratamiento, se deberá investigar la falta de adherencia terapéutica al mismo, así como descartar y modificar las posibles causas de la falta de respuesta al medicamento.

Las personas que siguen tratamiento de HTA deben medir su presión arterial regularmente, de acuerdo con las indicaciones médicas.



Guía para el tratamiento farmacológico de la HTA

La Guía debe manejarse con precaución, no se debe olvidar que este debe ser individualizado según necesidades, condiciones, comorbilidad y características propias de cada paciente.

El **objetivo principal** del tratamiento es alcanzar y mantener la meta de presión arterial. Si la meta no se alcanza dentro de un mes de tratamiento, se aumenta la dosis del fármaco inicial o se añade un segundo fármaco recomendado. Si la meta no se alcanza con dos (2) fármacos, o si el paciente tiene complicaciones asociadas, se debe referir al especialista. Nunca se debe indicar un IECA y un ARA II en el mismo paciente.

Tratamiento pacientes hipertensos			
Grupo etario	< 60 años	> 60 años	
Meta TA mmHg	< 140/90	< 150/90	Iniciar con DT, IECA, ARAII o BCC solo en combinación
Tratamiento pacientes hipertensos, diabéticos o con IRC			
Condición	DM sin IRC	DM con IRC	
Meta TA mmHg	<140/90	<140/90	
	Iniciar con DT, IECA, ARAII o BCC solo en combinación	Iniciar con IECA o ARAII solo o en combinación con otra droga. Nunca combinar IECA con ARA II	
Estrategia de titulación			
<ul style="list-style-type: none"> Maximizar la dosis del primer fármaco antes de agregar el segundo fármaco o, Agregue el segundo fármaco antes de alcanzar la dosis máxima del primero o, Inicie la terapia combinada de una vez. 			
Medicamento	Dosis inicial (mg)	Dosis meta (mg)	Posología (veces/día)
Diuréticos tipo Tiazida			
Hidroclorotiazida	2.5-25	25-100	1-2
Clortalidona	2.5	25-100	1
Indapamida	1.5	1.5-2.5	1
Bendroflumetiazida	5	10	1
Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina I en angiotensina II (IECA)			
Captopril	50	150-200	2
Enalapril	5	20	1-2
Lisinopril	10	40	1
Antagonistas de los receptores de Angiotensina (ARAII)			
Losartán	50	100	1-2
Valsartán	40-80	160-320	1
Candesartán	4	12-32	1
Irbesartán	75	300	1
Eprosartán	400	600-800	1-2

Continúa

DT: Diuréticos tipo tiazida;

IECA: inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina

ARA II: Antagonistas del receptor de angiotensina II

BCC: Bloqueadores canales de calcio

IRC : Insuficiencia renal crónica

DM: Diabetes mellitus

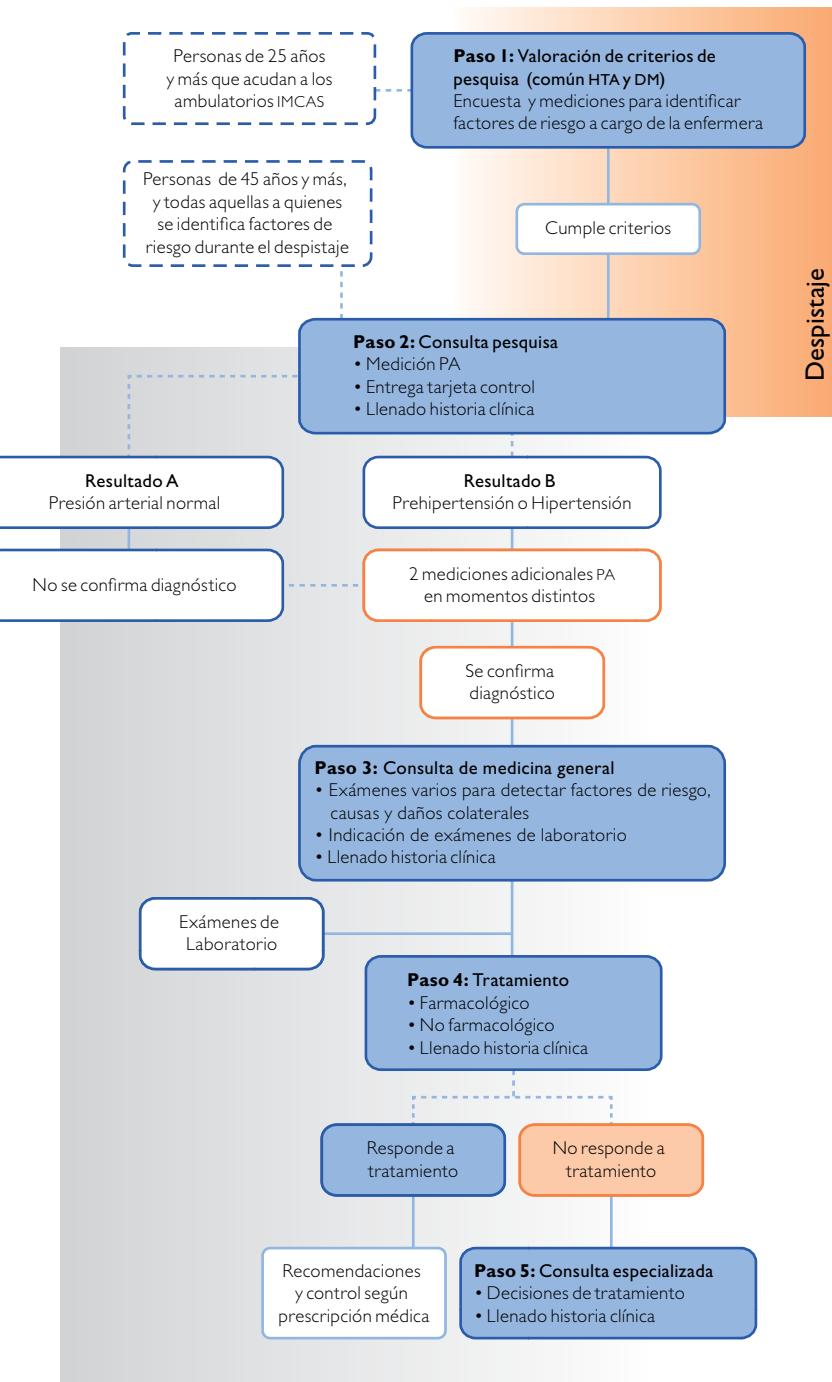
Fuente: Joint National Committee - 8

Paso 5: Consulta especializada (si aplica)

La referencia a un especialista en hipertensión arterial puede estar indicada para quienes no puedan alcanzar la meta de PA mediante las estrategias mencionadas o para el manejo de personas cuyas complicaciones así lo requieran.

Las decisiones de tratamiento y resultados de su seguimiento se vacían en la historia clínica.

IMCAS. Diagrama protocolo de atención a la HTA



Diabetes Mellitus (DM). Protocolo específico

El despistaje de la DM se inicia con la valoración de criterios de pesquisa que es común a la HTA, y quienes cumplen estos criterios pasan directamente a la consulta de pesquisa con el médico general.

Paso 2: Consulta de pesquisa

Esta consulta se presta a todas las personas captadas durante la actividad de despistaje, así como también a quienes sean referidas desde otras consultas, y es practicada por un médico general.

En la consulta, el médico realiza exhaustiva anamnesis y evaluación clínica, solicita exámenes paraclínicos. Los exámenes complementarios requeridos son: glicemia en ayunas, prueba de tolerancia a la glucosa, hemoglobina glicosilada (HbA1c), perfil lipídico, evaluación de la microalbuminuria, creatinina, RX tórax.

La información procedente de la consulta de pesquisa se registra en la historia clínica.

Criterios para la pesquisa de Diabetes Mellitus (DM)

En toda persona con índice de masa corporal $\geq 25 \text{ kg/m}^2$ y que tenga uno de los factores de riesgo	Inactividad física
	Familiares de primer grado con diabetes
	Miembro de grupos étnicos de alto riesgo: afroamericanos, latinos, indios americanos, asiático americanos, habitantes de las islas del Pacífico
	Mujeres que tuvieron hijos con un peso al nacer mayor a 4 kg o fueron diagnosticadas con diabetes mellitus gestacional
	Hipertensión arterial ($\geq 140/90 \text{ mmhg}$ o en terapia para la hipertensión)
	HDL colesterol $< 35 \text{ mg/dL}$ y/o triglicéridos $> 250 \text{ mg/dL}$.
	Hemoglobina A1c $\geq 5,7\%$, intolerancia a la glucosa o glucemia en ayuna alterada en exámenes previos
	Otras condiciones clínicas asociadas con resistencia a la insulina (obesidad severa, acantosis nigricans, síndrome de ovario poliquístico)
	Historia de enfermedad cardiovascular
	Síndrome metabólico o estado de «normoglicemia» en el diabético

Fuente: Sociedad Latinoamericana de Diabetes Mellitus. *Guías ALAD de Diagnóstico, Control*

y Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2.

Paso 3: Consulta de medicina general

La consulta de medicina general se lleva a cabo en cualquiera de los siguientes ambulatorios, dependiendo del lugar de residencia del o la paciente.

- Altamira.
- Bello Campo.
- Bucaral.
- Centro de Especialidades Delta.
- Centro de Especialidades Los Palos Grandes.
- Chacao.
- Dr. Guillermo Hernández Zozaya (El Pedregal).

Durante la consulta de medicina general ocurre la evaluación de los exámenes complementarios. Si como resultado se obtiene una confirmación diagnóstica de la DM se indica tratamiento de primera línea según protocolo. Los resultados de esta consulta se registran en la historia clínica del paciente.

En esta oportunidad el paciente recibe la cita de la consulta con un médico interista para la evaluación prevista en dos (2) meses.

Criterios para el diagnóstico de Diabetes Mellitus

Pacientes con síntomas (poliuria, polidipsia, pérdida de peso inexplicable)
<ul style="list-style-type: none"> • Glicemia plasmática (GP) $> o$ igual a 200 mg/dL (11.1 mmol/L) en una toma casual – sin relación a la última ingesta de comida. • Glicemia plasmática en ayuna (GPA) $> o$ igual a 126 mg/dL (7 mmol/L) con período sin ingesta calórica de 8 horas. • Prueba de Tolerancia a la Glucosa (PTGO) con valor de glucosa plasmática a las 2 horas $> o$ igual a 200 mg/dL.
Paciente asintomático
Se sigue igual criterio, pero si la prueba da alterada, se debe repetir y se debe considerar los factores de riesgo.

Fuente: Asociación Latinoamericana de Diabetes (ALAD).

Paso 4: Consulta con médico especialista o internista

Durante esta consulta se efectúa:

- Un examen clínico completo, en el cual:
 - Se corrobora la PA, peso, talla, IMC, circunferencia abdominal.
 - Se efectúa un (I) electrocardiograma (EKG), y se indica una prueba de esfuerzo (solo en mayores de 35 años de edad).
 - No debe faltar la evaluación de los pies, pulsos periféricos, reflejos aquiliano y patellar; evaluación de la sensibilidad de los pies (vibración), fondo de ojo, agudeza visual.
- La revisión de los exámenes solicitados en la consulta de pesquisa.
- La consideración de tratamiento no farmacológico versus farmacológico. Se debe indicar tratamiento farmacológico con antidiabéticos orales a todo paciente que no haya alcanzado la meta con los cambios en el estilo de vida de sus niveles glicémicos y control del peso; o aquellos que, por sus condiciones, probablemente no alcancen estas metas en el plazo esperado (3 a 6 meses).

Para seleccionar un antidiabético oral (ADO) en una persona con diabetes tipo 2 deben tenerse en cuenta las características del medicamento: mecanismo de acción, efectividad, potencia, efectos secundarios, contraindicaciones y costo:

- La metformina se debe considerar como el ADO de primera línea en todas las personas con diabetes tipo 2 y en particular en las que tienen sobrepeso clínicamente significativo ($IMC > 27 \text{ kg/m}^2$).
- Las sulfonilureas se pueden considerar como ADO de primera línea en personas con peso normal o que tengan contraindicación a la metformina.
- Las meglitinidas se pueden considerar como alternativa a las sulfonilureas cuando el riesgo de hipoglicemia puede empeorar comorbilidades, y considerarse sobre todo en pacientes con hiperglicemia a predominio post-prandial.
- Las tiazolidinedionas se pueden considerar como alternativa a la metformina en personas con sobrepeso, aunque puede haber aumento y son más costosas.
- La acarbosa se debe considerar como monoterapia en pacientes con elevaciones leves de la glicemia a predominio post-prandial, ya que su efectividad para reducir la hiperglicemia es inferior a los demás.
- Las gliptinas se pueden considerar como alternativa de la metformina en personas que tengan intolerancia o contraindicaciones para el uso de esta biguanida.

Tratamiento farmacológico del paciente diabético tipo 2

Cuando el paciente tiene un $IMC > 30 \text{ kg/m}^2$ considerar indicación de medicamentos con efectividad demostrada en la reducción del peso: Orlistat en dosis de 120 mg con c/comida

Glicemia < 240 mg/dl y hemoglobina A1c < 8,5 %	Glicemia > 240 – 270 mg/dl y hemoglobina A1c > 8,5 % Paciente estable	Glicemia > 270 mg/dl y hemoglobina A1c > 8,5 %. Paciente inestable, tendencia a la cetoacidosis
<ul style="list-style-type: none"> • Metformina, si no tolera o está contraindicado indicar cualquier ADO. • Si se alcanza la meta en 2 meses se mantiene las indicaciones. • En caso contrario, se puede adicionar otro ADO. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se recomienda iniciar con combinación de ADO. 	<ul style="list-style-type: none"> • Referir a internista. NPH o Glargina o Detemir o insulinoterapia intensiva.

Antidiabéticos orales

Fármaco	ADO	Dosis media/día mg/día y posología	Dosis máxima al día mg/día	
Biguanida	Metformina	850 BID	2.550	
	Glimepirida	4 BID	8	
	Glibenclamida	5 BID	20	
	Glicazida	80 BID	320	
	Clorpropamida	250 qd	500	
Sulfonilureas	Glipizida	5 BID	20	
	Meglitinidas	Nateglidina	60 TID	360
		Repaglinida	2 TID	12
	Tiazolidinediona	Rosiglitazona	2 BID	8
		Proglitazona	30 Qd	45
Inhibidora de la alfa glicosidasa	Acarbosa	50 TID	300	
Gliptina	Sitagliptina	100 Qd	100	

- Se promueven las referencias que procedan:
 - Consulta odontológica, consulta de nutrición, consulta oftalmológica (evaluación de la retina) y referencia para prueba de esfuerzo en mayores de 35 años de edad.
 - Grupos de apoyo del Programa Promoción de Salud.
- La respuesta al tratamiento se evalúa en dos (2) meses con el especialista. Los resultados se registran en la historia clínica.

Metas para un buen control metabólico de la Diabetes Mellitus

Glicemia	<126 mg/dl
HdL (lipoproteínas de alta densidad)	>35 mg/dl
Triglicéridos	<150 mg/dl
Presión Arterial (PA)	<130/80 mm Hg
Índice de Masa Corporal (IMC)	<27 kg/m ²
Circunferencia Abdominal (CA)	<80 ♀ <90 ♂
Microalbuminuria	<30 mg/24h

Fuente: Asociación Latinoamericana de Diabetes (ALAD).



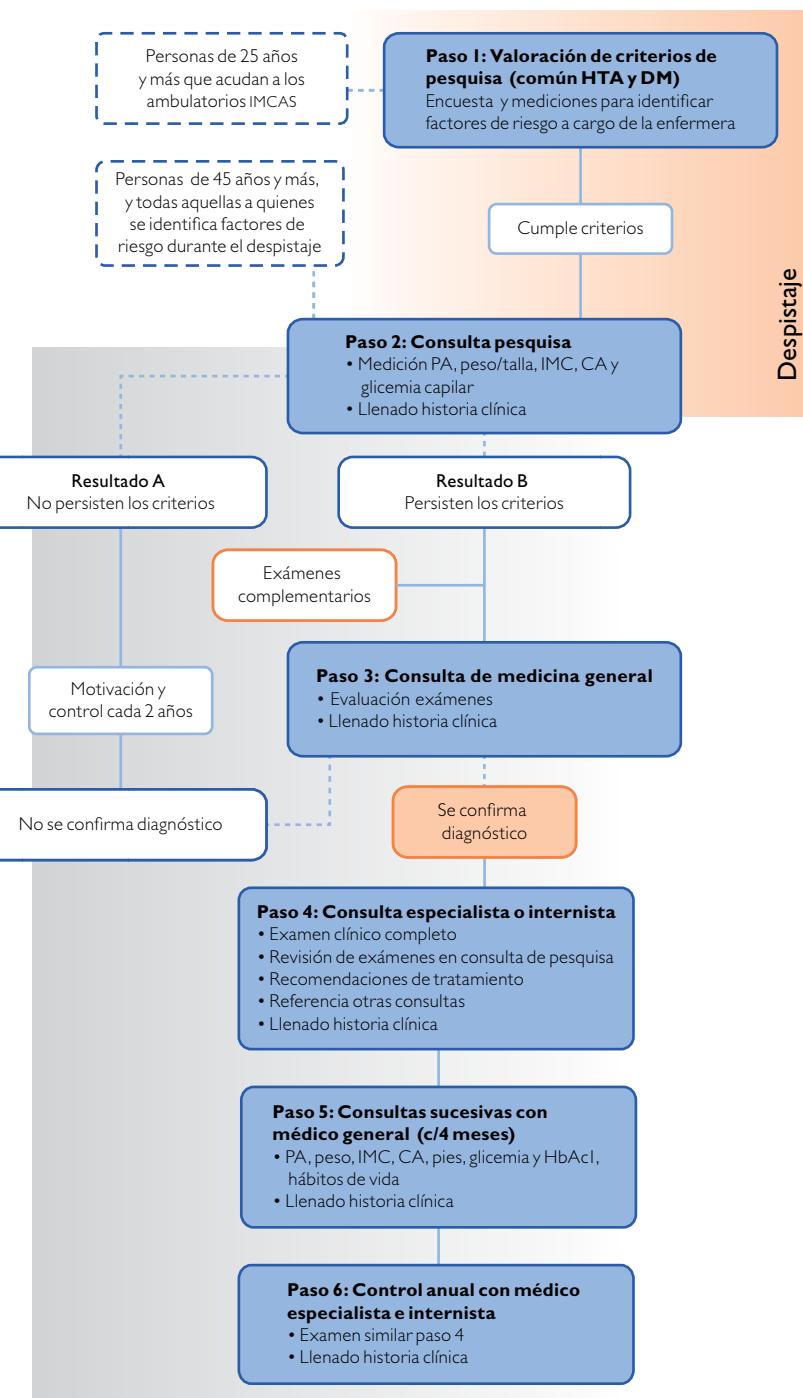
Paso 5: Consulta sucesivas con médico general

Cada cuatro (4) meses la persona debe acudir a consulta de medicina general para evaluación de PA, peso, IMC, CA, evaluación de los pies, control de glicemia y HbA1c. En esta consulta se indaga acerca de cambios en los hábitos de vida.

Paso 6: Control anual con médico especialista

Similar al paso 4, sin la prueba de esfuerzo. Los resultados del examen se registran en la historia clínica.

IMCAS. Diagrama protocolo de atención a la DM



FUNCIÓN Y COGNICIÓN



Función y Cognición constituye uno de los nuevos programas del IMCAS. Se inicia en el año 2014, y tiene sus antecedentes en el Programa de la Unidad de Neuropsicología del Hospital Universitario de Caracas (HUC).

Se trata de una iniciativa de alta justificación en el municipio Chacao, donde la tasa de envejecimiento es la más elevada del país, y por lo tanto un grupo significativo de personas enfrenta riesgos de deterioro cognitivo.

El funcionamiento cognitivo puede verse alterado ante múltiples enfermedades: endocrinas, cardiológicas, neurológicas, entre otras. Determinar alteraciones en el plano cognitivo es de gran utilidad para contribuir al diagnóstico de diversas enfermedades, en las cuales existe compromiso cerebral como un síntoma más de la patología de base.

Si bien es cierto que el deterioro cognitivo está asociado a la edad avanzada, porque es en este grupo etario donde prevalecen los síndromes demenciales, también se presenta asociado a problemas neuropsiquiátricos como la ansiedad, estrés, irritabilidad y apatía³⁹. Por esta razón es indispensable, como mecanismo de prevención, abordar este tipo de problemas.

Estudios de campo en países no desarrollados, que incluyeron a China, India, Cuba, República Dominicana, Venezuela, México y Perú, indican que salvo en Venezuela y las áreas rurales de India, la demencia es la primera causa de discapacidad en personas ancianas. En Venezuela, la prevalencia de la demencia resultó ser del 19,2%⁴⁰.

En una muestra de 14.960 personas, mayores de 65 años, de varios países de Asia y América Latina, incluyendo Venezuela, existía una alta correlación entre la presencia de demencia y la edad. Esta correlación implica que a medida que las personas envejecen, cada cinco (5) a siete (7) años se duplica la probabilidad de adquirir demencia⁴¹.

En el municipio Chacao, debido a la alta participación de la población adulta y adulta mayor en la pirámide poblacional, y el elevado índice de envejecimiento, se justifica un programa de prevención y asistencia a las alteraciones cognitivas. Al respecto, la **Ordenanza para la Atención Integral a la Juventud Prolongada** obliga a que los servicios de salud municipal brinden rehabilitación psicológica a las personas de 55 años y más que así lo requieran.

El Artículo N° 4 de la Ordenanza para la Atención Integral a la Juventud Prolongada señala: El Municipio a través de sus instituciones de salud, desarrollará y ejecutará cuanto servicio de salud integral se requiera, a fin de brindar a las personas indicadas en el artículo 2 de la presente Ordenanza, atención geriátrica, oftalmológica, cardiovascular, odontológica, de rehabilitación, psicológica y demás técnicas de medicina alternativa como: naturismo, acupuntura, homeopatía, iridología y otras. En aquellos casos que fuere necesario, los remitirá a las instituciones o centros de salud públicos o privados que previo convenio con el Municipio respondan a sus necesidades particulares. PARÁGRAFO ÚNICO: El Municipio implementará a través de la Dirección de Desarrollo Social como ente coordinador de los programas destinados a la formación e información para la prevención de enfermedades y a la realización de campañas tendentes a ayudarlos a sobrellevar la posible afección que padezcan las personas de la juventud prolongada. (Ordenanza 002/02 del año 2003).

A nivel nacional, no existen normas jurídicas específicas en lo relativo a los trastornos cognitivos. Pero la **Unidad de Neuropsicología del Hospital Universitario de Caracas** (HUC) adscrito al MPPS, ha desarrollado un protocolo de atención que constituye referencia nacional para la prevención y tratamiento de estos problemas de salud. El Programa Función y Cognición se fundamenta en esta normativa desarrollada en el HUC.

Objetivos

El Programa tiene planteado prevenir los riesgos de padecer trastornos cognitivos, así como brindar atención a quienes lo padecen y a su entorno familiar. Sus objetivos específicos son:

- Desarrollar y ejecutar actividades de promoción, divulgación y formación sobre salud mental y cognitiva para la población en general y para el personal de salud en particular.

- Identificar y captar a los grupos de riesgo referidos por el sistema de salud o que acudan por cuenta propia, y ser atendidos para su evaluación, diagnóstico y tratamiento.
- Brindar apoyo psicoeducativo a familiares o cuidadores de personas con problemas cognitivos como medida preventiva de trastornos en esta población de riesgo y como parte indirecta del tratamiento de los mismos pacientes.

Población objetivo

Todas las personas del municipio Chacao que cumplen con algunos de los siguientes criterios:

- Grupos de riesgo: toda la población del municipio con 55 años o más de edad, que para el año 2014 se calculan en poco más de 21.000 personas.
- Personas entre 19 y 54 años de edad que presentan algún trastorno cognitivo.
- Familiares/cuidadores de personas con trastornos cognitivos, que habitan en el municipio Chacao.

Protocolo de atención

La atención de salud en materia de trastornos cognitivos se realiza según las pautas establecidas en los protocolos de evaluación, tratamiento y rehabilitación de la Unidad de Neuropsicología del HUC. Se distinguen dos fases en la aplicación de estos protocolos: prevención y captación, y atención.

Fase Prevención y Captación

La experiencia del HUC indica que más del 50 % de los pacientes que acuden por problemas de memoria tienen una causa funcional para su sintomatología. Por esa razón, es necesario abordar los factores causales en primera instancia, antes que se transformen en los consecuentes trastornos cognitivos. Este abordaje preventivo en el IMCAS constituiría una aproximación nueva a esta problemática de salud, ya que, en el HUC, la labor se centra más en la evaluación, diagnóstico y tratamiento de los déficits cognitivos que en la actividad preventiva.

En esa dirección el programa comprende actividades de divulgación y psicoeducación a la población sana, dirigidas a identificar las causas individuales internas de padecimientos tales como ansiedad, depresión y estrés, así como a dar a conocer las herramientas para enfrentarlos. Igualmente, comprende actividades de estimulación como gimnasia cerebral, terapias de relajación, yoga y meditación, con el fin de cambiar hábitos potencialmente dañinos para la salud mental y que las personas adquieran estrategias sanas para lograr bienestar. Estas actividades se llevan a cabo en conjunto con la Dirección de Bienestar Social de la Alcaldía de Chacao⁴²

y la Casa de la Juventud Prolongada, que cuentan con un programa creado para estimular una vida activa física y mentalmente en los adultos mayores. No obstante, la psicoeducación es la herramienta principal para abordar los factores que mayormente inciden en las patologías físicas y mentales, tomando en cuenta que la mayoría, si no todas las enfermedades, tienen un origen mental. Esta aproximación, si bien puede ser cuestionada y polémica, es la única vía que le permite al individuo tomar una actitud autónoma y activa en la recuperación de su salud, al brindarle herramientas dirigidas a interpretar su realidad y circunstancias de una manera distinta a aquella que le causa sufrimiento, a cuestionar sus creencias, revisar sus decisiones y finalmente, asumir responsabilidad en su situación de vida. Si bien todo lo anterior pudiera constituir el objetivo de una psicoterapia individual a largo plazo, la toma de conciencia puede desarrollarse a través de un intercambio continuo entre el aprendizaje teórico y la puesta en práctica de lo aprendido, con el fin de ir creando y profundizando en una nueva manera de ver y aceptar el mundo. Esta dinámica involucra la formación continua de la población objeto del programa mediante charlas, reuniones grupales, simposios, jornadas, cine foros y otros eventos informativos y psicoeducativos.

Temas programados para ser desarrollados en los diferentes eventos informativos y psicoeducativos

- Ética en el cuidado del paciente con trastornos cognitivos.
- Ética en la relación médico paciente.
- Cómo identificar un ictus y cómo actuar. Dirigido a familiares.
- ¿Qué hacer ante un posible ictus? Dirigido a personal de salud.
- La culpa no es de la moto. Prevención de accidentes viales.
- Ética del ciudadano en el cuidado de su salud.
- Responsabilidad y salud.
- ¿Calidad de vida es consumo?
- Alimentación y salud mental.
- Estrés y calidad de vida.
- Estrés y comportamiento multitarea.
- Comportamiento multitarea y funcionamiento cognitivo.
- Envejecimiento sano.
- Afrontamiento a la vida con el nido vacío.
- ¿Qué es jubilarse? ¿Cómo evitar el deterioro ante la jubilación?
- ¿Qué es la gimnasia cerebral?
- Tratamientos no farmacológicos a los trastornos cognitivos.
- Prevención de los trastornos cognitivos.
- Cuidando al cuidador.
- Psicología del cuidador: Aspectos emocionales.

Continúa

- Emociones y vínculos previos ante el familiar con demencia y su cuidado.
- ¿Qué debo esperar de mi familiar con demencia?
- Manejo psicológico del paciente con demencia.
- Vida diaria del paciente con demencia.
- La demencia y el hogar para familiares que se realiza periódicamente en el HUC.

Así mismo, se plantea como parte del programa la formación del personal de salud en la atención básica a situaciones de riesgo de trastornos cognitivos, como son la atención inmediata ante una enfermedad cerebrovascular y su abordaje, los traumatismos craneoencefálicos, entre otros.

Los resultados del programa en la población objetivo se evaluarán periódicamente con la finalidad de introducir los correctivos necesarios.

Por su parte, la captación de pacientes se hace por varias vías:

- El IMCAS a través de sus programas.
- La Dirección de Bienestar Social a través de las actividades de despistaje que se realizan en el marco de sus programas.
- Personas que acuden por cuenta propia.

Fase Atención de Trastornos Cognitivos

La fase atención de trastornos cognitivos conlleva cinco (5) pasos que se inician con el triaje, los cuales se llevan a cabo en el Ambulatorio Altamira y son:

Paso 1: Triage

Consiste en una pesquisa de trastornos cognitivos que ameritan evaluación y tratamiento. Esta pesquisa la lleva a cabo un equipo interdisciplinario, el cual decide si el paciente ingresa al programa para continuar con la evaluación y tratamiento de los trastornos cognitivos por los que acude, o si su sintomatología amerita otro tipo de atención. Las personas llegan al triaje por su cuenta o referidos de alguna otra consulta en los diferentes ambulatorios.

A la persona que se le da ingreso, se le solicitan los exámenes paraclínicos que requiera su cuadro clínico, los cuales son ejecutados en el laboratorio ubicado en la sede de Emergencias.

Paso 2: Evaluación

Durante la evaluación se recoge la información requerida para definir el diagnóstico. La evaluación puede ser neurológica, neuropsicológica o neuropsiquiátrica y la practica el especialista que le haya sido asignado durante el triaje.

Evaluaciones cognitivas

Evaluación neurológica

Se recogen datos relacionados con la historia del paciente, la evolución y duración de los síntomas, dinámica familiar; enfermedades concomitantes, entre otros. Además, se explora el estado de las funciones mentales a través del examen mental, signos de liberación frontal, signos focales motores, pares craneales, signos extrapiramidales, alteraciones de la marcha, entre otras. Igualmente, se solicita la realización de las pruebas paraclínicas (resonancia magnética, tomografías, electroencefalograma, pruebas de laboratorio, entre otras) que amerite el caso. Se le indica el tratamiento médico adecuado y se controla con citas periódicas.

Evaluación neuropsicológica

Se detecta: síntomas cognitivos subjetivos no fácilmente observables por el médico tratante; presencia de un deterioro cognitivo con respecto a un nivel previo y caracterizar el funcionamiento del paciente especificando tanto fortalezas como debilidades; trastornos del desarrollo en sujetos jóvenes; capacidad de la persona para su ingreso o reinserción en las actividades laborales y/o académicas; evolución de cambios cognitivos y/o conductuales a través del tiempo; necesidades de orientación a los familiares en el manejo adecuado del paciente.

Evaluación psiquiátrica

Refiere a la evaluación de todo paciente con sospecha de trastornos psiquiátricos que presenten componentes de enfermedad neurológica, evidencias de trastornos cognitivos precisados o no y son refractarios al tratamiento por la psiquiatría general

Fuente: <http://www.neuropsicologiahuc.com.ve>

Paso 3: Reunión Clínica

Una vez finalizada la evaluación de cada uno de los miembros del equipo interdisciplinario donde fue referido el paciente, en reunión clínica, se establece el tratamiento indicado y, seguidamente, se cita a los pacientes y sus familiares para comunicarles los hallazgos y recomendaciones

Responsabilidades de los encargados de la reunión clínica

- Asegurarse de que no se citan más de los pacientes acordados por día.
- Asegurarse de que a los pacientes con enfermedades neurológicas no progresivas se les da cita de control en tres (3) meses por Neurología según los cupos y la enfermedad acordados para cada neurólogo.
- Asegurarse de que a los pacientes con demencia se les da cita de control en tres meses por Geriatría según los cupos y la enfermedad acordados para cada médico.
- Invitar a la familia del paciente diagnosticado con demencia a la charla psicoeducativa para familiares que se realiza periódicamente en el HUC.

Paso 4: Rehabilitación cognitiva (si aplica al caso)

La rehabilitación cognitiva es un tratamiento no farmacológico para abordar los trastornos cognitivos encontrados como resultado de las evaluaciones. Su objetivo es asistir a los pacientes con patología cerebral para lograr, en la mejor forma posible, su reinserción laboral y social.

La aplicación de este tratamiento recae en un neuropsicólogo asignado para tal fin. Tiene una duración de seis (6) meses a un (1) año y su continuidad, después de este lapso, depende de los resultados de la reevaluación efectuada para observar la evolución del cuadro. Si hay estancamiento del cuadro neuropsicológico, la rehabilitación se suspende. Mas, si hay mejoría, se continua por otro período de similar duración.

Dependiendo del Plan de Tratamiento, en la rehabilitación cognitiva es posible contar con el apoyo de la Dirección de Bienestar Social.

Paso 5: Otros tratamientos

El tratamiento se decide caso por caso y no todas las personas ameritan rehabilitación cognitiva.

De manera no excluyente, el paciente también puede ser referido a otro tipo de intervención terapéutica: terapia ocupacional, psiquiatría, psicoterapia o terapia de relajación.

IMCAS. Programa función y cognición

Diagrama protocolo de atención

Fase I: Prevención y captación

Grupos de riesgo: toda la población del municipio con 55 años o más
Personas entre 19 y 54 años con algún trastorno cognitivo
Familiares/cuidadores

Paso 1: Triaje

- Pesquisa de trastornos cognitivos para determinar ingreso al programa
- Solicitud exámenes paraclinicos
- Llenado historia clínica

El paciente debe llevar resultados de exámenes paraclinicos

Paso 2: Evaluación

- Evaluación
- Llenado historia clínica

Evaluación neurológica

Evaluación neuropsicológica

Evaluación psiquiátrica

Paso 3: Reunión Clínica

- Decisión tratamiento
- Llenado historia clínica

Paso 4: Rehabilitación cognitiva (si aplica)

- Decisión tratamiento
- Llenado historia clínica

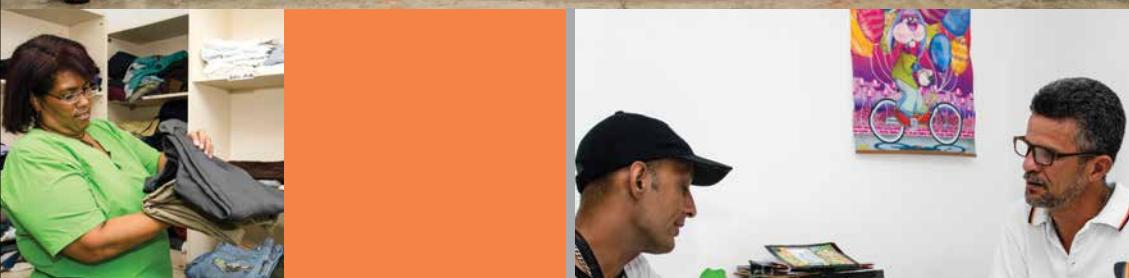
Paso 5: Otros tratamientos (si aplica)

Fase II: Tratamiento

Notas

- 24** MPPS. Normas para el manejo y tratamiento de las enfermedades cardiovasculares priorizadas [en línea] 2006 [fecha de acceso 24 de agosto de 2014] URL disponible en: <http://es.scribd.com/doc/77171500/Norm-as-Cardiovascular-WEB>.
- 25** Decreto Presidencial N° 140 del 8 de agosto de 1975. Gaceta Oficial N° 30.766 del 12 de agosto de 1975.
- 26** Decreto Presidencial N° 2.324 de fecha 30 de diciembre de 1997. Gaceta Oficial N° 36.381 del 26 de enero de 1998.
- 27** MPPS. Plan Nacional de Salud. Segunda edición. Venezuela, 2014. p. 57.
- 28** Achiong Estupinan, Fernando et al. Hipertenso controlado: ¿socialismo o capitalismo? Rev. Med. Electrón. (Online). 2009, vol. 31, n. 2 (citado 2014-07-16), pp. 0-0. file:///localhost/En ht-tp://scielo.sld.cu
- 29** MPPS. Anuario de Mortalidad 2011 [en línea] 2014 [fecha de acceso 13 de agosto de 2015] p. 249. URL disponible en: <http://www.mpps.gob.ve/>
- 30** MPPS. Plan Nacional de Salud 2014 - 2019. Segunda edición. Venezuela; 2014. pp.57 y 58.
- 31** Rondón, M., Rondón, A., Guerra, A. Manual Clínico de Hipertensión Arterial [en línea] 2011 [fecha de acceso 21 de julio de 2015] URL disponible en: http://www.saber.ula.ve:-bits-tream:123456789:37250:l:-manual_clinico_hta.pdf.
- 32** La información sobre el Estudio CARMELA (El Riesgo Cardiovascular en América Latina 2010) fue tomada del Dr. Freddy Contreras, quien lo cita en un editorial de su autoría, publicado en <http://www.revis-thipertension.com>.
- 33** MPPS. Anuario de Mortalidad [en línea] 2014 [fecha de acceso 21 de julio de 2014], p. 358. URL disponible en: <http://www.mpps.gob.ve>
- 34** Ibíd., p. 207.
- 35** OPS/OMS. Iniciativa de Diabetes para las Américas. Plan de Acción para América Latina y el Caribe 2001-2006 [en línea] [fecha de acceso en 19 de octubre de 2014] URL disponible en www.ops.org.bo/textocompleto/idb15156.pdf
- 36** MPPS. Anuario de Mortalidad 2011 [en línea] 2014 [fecha de acceso 13 de agosto de 2015] p. 10. URL disponible en: <http://www.mpps.gob.ve/>
- 37** MPPS. Plan Nacional de Salud 2014-2019. Segunda edición. Venezuela; 2014. pp.57 y 58.
- 38** MPPS. Anuario de Mortalidad 2011 [en línea] 2014 [fecha de acceso 13 de agosto de 2015] p. 207. URL disponible en: <http://www.mpps.gob.ve/>
- 39** Sousa, R., Ferri, C., Acosta, D., Albanese, E., Guerra, M., Huang, Y....& Prince, M. Contribution of chronic diseases to disability in elderly people in countries with low and middle incomes a 10166 Dementia Research Group population-based survey. The Lancet [en línea] 2009 [fecha de acceso 20 de noviembre de 2014] 374 (9704: p.1821-1830. URL disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/article/PMC285431/>
- 40** Sosa, A., Albanese, E., Stephan, B., Dewey, M., Acosta, D., Ferry, C. & Steward, R. Prevalence, distribution and impact of mild cognitive impairment in Latin American, China and India: a 10166 population based study. Plos Medicine. [en línea] 2012 [fecha de acceso en 25 de noviembre de 2014]; 9(2) URL disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>
- 41** Rodríguez, J., Ferry, C., Acosta, D., Guerra, M., Huang, Y., Jacob, K. & Prine, M. Prevalence of dementia in Latin American, India and China: a population - based cross-sectional survey. The Lancet. [en línea] 2008 [fecha de acceso en 28 de noviembre de 2014]; 372(9637): pp464-474. URL disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>

SECCIÓN V PROGRAMAS DE ATENCIÓN A SITUACIONES ESPECIALES



El IMCAS ejecuta dos (2) programas especiales, destinados a atender a población en situación de alta vulnerabilidad debido a la naturaleza de sus problemas de salud, sus altos riesgos de exclusión dada su condición social, o ambos. Estos son:

- Programa Integral para la Atención de las Adicciones (PIAAD).
- Cuidados Paliativos.

Marco normativo

Venezuela cuenta con una **Ley Orgánica de Drogas** cuyo objetivo es la prevención integral del consumo de drogas y del tráfico ilícito para erradicar o reducir a su mínima expresión la producción, distribución, consumo y adicción a estupefacientes. La Ley dispone que la Oficina Nacional Antidrogas (ONA) tenga competencias de rectoría en las materias de educación, promoción y prevención de los delitos que allí se contemplan, así como en el control y supervisión de los centros de tratamiento. La ONA se encarga de formular el **Plan Nacional Antidrogas**.

Con anterioridad a la Ley Orgánica de Drogas, se dictaron las **Normas de Funcionamiento de los Establecimientos de Atención al Farmacodependiente del Sector Público y Privado**, en las cuales se otorga a los gobiernos municipales la facultad de realizar actividades de asistencia al farmacodependiente y consumidores ocasionales de drogas. Este instrumento contiene las disposiciones que deben cumplir los centros de tratamiento, así como también las sanciones para los establecimientos que incurran en faltas a la normativa.

Sobre las adicciones, el **Plan Nacional de Salud 2014-2019** considera entre sus prioridades el desarrollo de capacidades y estrategias para la atención integral de adicciones (consumo de alcohol, tabaco y drogas), especialmente en la población adolescente y adulta joven⁴³.

Con relación a los cuidados paliativos, en Venezuela no se dispone de una normativa nacional que los regule. Solo en el Distrito Capital se identificó una **Ordenanza Municipal** donde se obliga a brindar cuidados paliativos a personas con enfermedades crónicas progresivas. Con base en este instrumento, se creó el **Programa de Cuidados Paliativos para el Distrito Capital** y, posteriormente, el **Subprograma Nacional de Cuidados Paliativos** de la Dirección Nacional de Oncología del MPPS, adscrito a ese ministerio⁴⁴. Por otra parte, en las resoluciones de la **62^a Asamblea Mundial de la Salud** (2009) se insta a los Estados miembros, en todos sus niveles de gobierno, a adoptar modelos de prestación centrados en los niveles locales y distritales que proporcionen servicios integrales de atención primaria de salud, incluidos los cuidados paliativos, entre otros (Artículo N° 2).

Principales instrumentos nacionales

Instrumento normativo	Fuente	Artículos
Adicciones		
Disposición para creación del PIAAD	Junta Directiva IMCAS. Fecha de la Disposición: 01 de septiembre del año 2014	No aplica
Normas de Funcionamiento de los Establecimientos de Atención al Farmacodependiente, del Sector Público y Privado	Gaceta Oficial de la República de Venezuela con el N° 36.291 del 15 de septiembre de 1997	I, 2
Ley Orgánica de Drogas	Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela con el N° 39.510 de fecha 15 de septiembre de 2010	4, 6, 8, 12, 23, I32 a I35
Decreto Municipal contra la Mendicidad	N° 006-96 del 6 de julio de 1996	No aplica
Cuidados paliativos		
Ley Distrital de Cuidados Paliativos	Gaceta Oficial N° 00214 de 20 de agosto de 2007	No aplica



Caracterización de los programas

PROGRAMA INTEGRAL PARA LA ATENCIÓN DE LAS ADICIONES (PIAAD)



Desde el año 1996, cuando se dicta el Decreto Municipal contra la Mendicidad, la atención a las personas en situación de calle constituye una prioridad para la Alcaldía del municipio Chacao. En el tiempo transcurrido desde esa fecha, las iniciativas impulsadas por la municipalidad para abordar las necesidades de este grupo de población experimentaron transformaciones tendentes a mejorar la cobertura y calidad de las prestaciones.

Es así como, en el año 2004, desde la Dirección de Desarrollo Social de la Alcaldía, actual Dirección de Bienestar Social, se crea el Programa de Atención Integral al Indigente, conocido luego como Programa Techo. Por su parte, el IMCAS desde sus ambulatorios adelantaba importantes esfuerzos para brindar tratamiento de desintoxicación a personas con desórdenes adictivos.

Como se sabe, el consumo de drogas y alcohol son determinantes clave de la indigencia. Por lo tanto, con miras a contribuir a que las personas en situación de calle se inserten de manera ventajosa a la sociedad y alcancen una vida saludable, en el año 2014 la Alcaldía del municipio Chacao decide abordar de forma integral la problemática adicciones/indigencia, armonizando y mejorando la calidad de las atenciones prestadas desde distintas instancias de la institución.

Esa decisión se materializó en septiembre del año 2014, con la creación del Programa Integral para la Atención de las Adicciones (PIAAD) ejecutado por el IMCAS en alianza con la Dirección de Bienestar Social. Este programa integra y perfecciona las prestaciones que se venían ejecutando, al incorporar una estrategia que combina intervenciones para la atención social de comunidades y en calle con servicios de salud para la prevención y el tratamiento de las adicciones.

La problemática por enfrentar

De acuerdo con el **Primer Informe sobre el Uso de Drogas en las Américas en el Último Decenio**, publicado en el año 2011 por la **Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD)** de la Organización de Estados Americanos (OEA), el consumo de alcohol es frecuente en todos los países del hemisferio, y en los grupos más afectados, sus miembros tienen entre 18 y 34 años de edad. La prevalencia en el consumo de alcohol varía entre un 10% a un 67% entre los países de la región con datos disponibles.

La OMS estima que el alcohol es la causa de cerca de 1,8 millones de muertes en todo el mundo cada año, y que aproximadamente la mitad de estas muertes son el resultado de lesiones. Así mismo, un informe de la Oficina Panamericana Sanitaria (OPS) sobre el consumo de alcohol en las Américas señaló que el uso de alcohol es uno de los principales factores de riesgo de morbilidad y mortalidad en las Américas, y fue responsable de 323.000 muertes en 2002. Fuente: CICAD (2011). Primer Informe sobre el Uso de Drogas en las Américas en el último decenio. Pág. 17.

Por su parte, la marihuana resultó la droga ilegal más consumida. El citado documento indica que la información sobre la prevalencia de marihuana en la población en general es escasa, pero los datos disponibles sugieren que la prevalencia del último año oscila entre 0,35% y 13,6%. Con relación al uso de la cocaína se estima que 1,4% de la población de las Américas la ha consumido en el último año. Resulta complicado aproximarse de manera plausible a la medición de la prevalencia de las adicciones, a menos que se realicen estudios especiales, como es el caso de España, México o Chile⁴⁵. En Chile, por ejemplo, se ha estimado que la prevalencia de consumo de riesgo de alcohol es de 9,2% en 2012, mientras que la prevalencia del consumo de marihuana es de 7,1% y de cocaína 0,9% en ese mismo año. En todos los casos la prevalencia es mayor en el grupo de edad de 19 a 25 años, aunque se comienza a consumir desde la adolescencia. Según el sexo los más afectados son los hombres y según el nivel socioeconómico las poblaciones de menores recursos⁴⁶.

En Venezuela no se cuenta con estudios recientes que permitan conocer la prevalencia del consumo de drogas en la población del país. De acuerdo con lo reportado en el Anuario de Mortalidad 2011, de sesenta y cuatro (64) personas que murieron por trastornos mentales, cincuenta y una (51 personas: 2 mujeres y 49 hombres), murieron debido al uso de sustancias psicoactivas. Ahora bien, ese resultado hay que manejarlo con suma precaución. Como se sabe, las adiccio-

nes al consumo de alcohol y/o drogas explican en muchos casos la morbilidad o mortalidad causada por accidentes, lesiones, homicidios o suicidio⁴⁷. Mas, como los Anuarios Epidemiológicos solo reportan la causa principal de morbilidad o muerte, el consumo de drogas y el alcoholismo no son considerados. Por su parte, el Anuario de Morbilidad de ese mismo año, no discrimina las muertes debidas a sustancias psicoactivas.

Con relación a la problemática de la indigencia, el conocimiento de quiénes son y cómo viven es igualmente complicado de determinar. De acuerdo con las cifras disponibles por el Programa Techo de la Alcaldía del municipio Chacao, en el año 2012 se abordaron en el municipio poco más de 700 personas de las cuales 214 alcanzaron a ser evaluadas. El usuario promedio era:

- Prioritariamente del sexo masculino (95 %).
- Nativos de Caracas (65 %).
- 41 años de edad promedio, teniendo en calle unos 6 años –aunque alrededor de los 24 años tendría sus primeras experiencias de permanecer en calle, principalmente por problemas con el consumo de sustancias y rupturas familiares profundas.
- Con problemas activos de alcohol y cocaína iniciados en la adolescencia: 95 % de las personas atendidas en el Centro Techo Salud Chacao tienen adicciones.
- Daños orgánicos importantes. Poco más de la cuarta parte están muy lesionados y deteriorados de la calle, debido a agresiones por impactos de bala y golpizas, generando discapacidades motoras. Algunos con problemas cardiovasculares o gástricos.
- Rasgos de personalidad antisocial y dependiente.
- En su mayoría, educación primaria (4º a 6º) con muchas dificultades para leer y escribir e interpretar textos.
- Dedicado a trabajos informales en calle como lavar carros, cuidarlos o parquearlos, además de pedir. Aparece la mención del robo y la prostitución como medios de vida.

Objetivos

El PIAAD se plantea contribuir a atender de manera integral la problemática de la indigencia y del uso de sustancias adictivas en el municipio Chacao. En esa dirección se trazan los siguientes objetivos específicos:

- Desarrollar intervenciones sociales y comunitarias para prevenir las adicciones, con especial atención sobre los grupos más vulnerables.
- Prestar atención social y comunitaria a la población en situación de calle que hace vida en el municipio.

- Brindar atención para adicciones según las necesidades de los usuarios y a cada momento del proceso de tratamiento.

Población objetivo

- Personas de 18 a 60 años de edad, en situación de calle o con trastornos adictivos.

Protocolo de atención

Las asistencias asociadas a este programa son de tres (3) tipos:

- Captación y atención.
- Tratamiento.
- Reincisión social.

Captación y Atención

El proceso de captación y asistencia consiste en lograr que: los pacientes acudan al Centro Techo Salud Chacao para conocer del programa, y sean motivados, a través de distintas estrategias, para alcanzar y mantener la abstinencia; los familiares sean informados para que participen en forma eficaz en la consecución de los objetivos del tratamiento. El ingreso se conduce por las siguientes vías:

- Mediante procesos de motivación y captación que adelantan promotores y trabajadores sociales del programa a través de visitas casa por casa en las comunidades y calles de Chacao.
- Personas que solicitan ingreso por cuenta propia.
- Personas remitidas por centros de salud o médicos tratantes del área, directamente al área de tratamiento.

Tratamiento

El protocolo de tratamiento está diseñado para trabajar con el paciente y el grupo social o la familia en la solución de los problemas fundamentales de la adicción. Se establece en el Centro Techo Salud Chacao y conlleva los siguientes procesos:

Paso I: Triage

Al acudir la persona al Centro Techo Salud Chacao es objeto de una evaluación clínica (triaje) por parte de un equipo interdisciplinario. Mientras se completa esta evaluación, la cual dura una semana, el paciente participa de un trabajo grupal donde se refuerza su motivación al cambio de la conducta adictiva.

De considerarse necesario, durante este momento, es posible que el paciente inicie un tratamiento de desintoxicación mediante el cual se persigue que deje de consumir la sustancia adictiva sin experimentar un síndrome de abstinencia agudo, en un ambiente donde exista un buen apoyo y atención.

Paso 2: Discusión clínica

Consiste en el análisis de los resultados del triaje por un equipo especializado para derivar al paciente, bajo ciertos criterios que incluyen su situación actual y la complejidad de la atención, hacia alguna de las modalidades de tratamiento prestadas por el PIAAD, o bien para recomendar su atención por parte de otra institución.

Paso 3: Ingreso a alguna de las modalidades de tratamiento

Las modalidades de tratamiento ofertadas por el PIAAD son de tres (3) tipos:

- **Tratamiento ambulatorio:** los pacientes acuden dos (2) veces por semana para realizar las actividades que les son señaladas. Está indicado para personas con abuso o dependencia a drogas, sin patología psiquiátrica grave, con compromiso biopsicosocial moderado, o que hayan egresado de la fase desintoxicación, hospital día o tratamiento residencial. Los pacientes reciben terapia individual y en grupo y, de ser necesario, en familia o en pareja.
- **Hospital día:** los pacientes requieren apoyo diario. A esta modalidad se derivan personas con poca contención social o familiar, quienes por sus características clínicas ameriten apoyo durante el día, pero pueden regresar a la comunidad el resto del tiempo.
- **Tratamiento residencial:** la modalidad se fundamenta en un encuadre de permanencia durante las 24 horas, bajo atención constante con un programa estructurado desde la mañana a la noche. Es decir, la persona pernoctará en el CTP bajo cuidados de personal especializado. Tiene como objetivo promover el cambio de conductas dependientes y la adquisición de conductas más adaptativas.

Alternativas de financiamiento al tratamiento de la adicción

La ejecución del PIAAD se fundamenta en un principio de corresponsabilidad que involucra a los sectores público y privado, así como a familias con capacidad de contribuir a la sostenibilidad del programa.

El programa es financiado prioritariamente con presupuesto de la Alcaldía del municipio Chacao mas, para apoyar los costos de tratamiento se requiere del aporte de los usuarios o de organizaciones patrocinantes, tomando en cuenta las siguientes consideraciones:

- Todas las personas en situación de calle, que hacen vida en el municipio Chacao, son exoneradas.
- Todos los mayores de 55 años, residentes del municipio Chacao, son exonerados.
- Todos los residentes en el municipio Chacao son objeto de subsidio, si carecen de recursos económicos o habitan en sectores populares. Se amerita estudio socioeconómico.

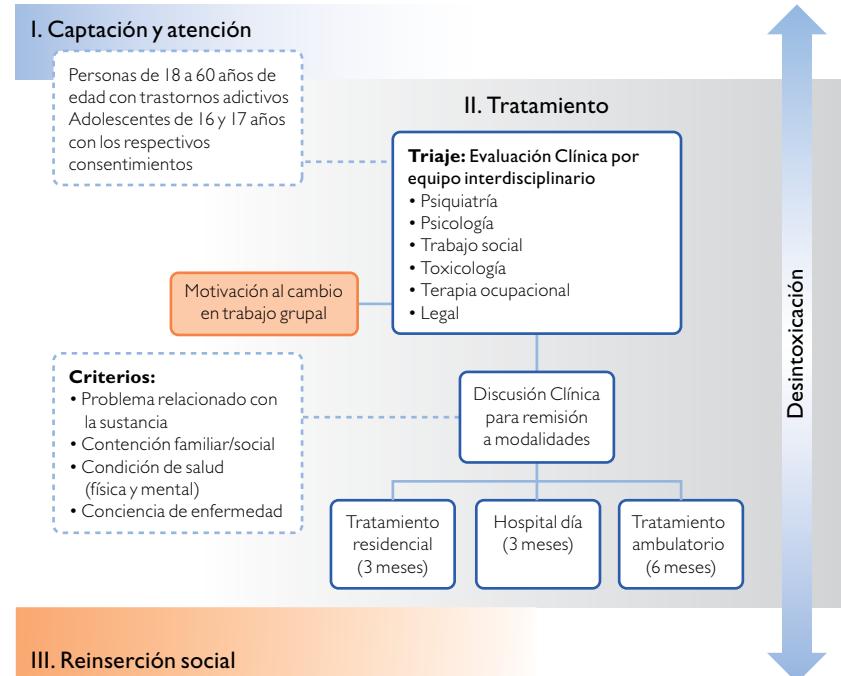
Reinserción laboral

La reinserción laboral supone la asignación de las personas, una vez egresadas del tratamiento y en el caso de que así lo requieran, a actividades de capacitación o empleo previstas en planes que serán concretados por el PIAAD a tales fines.

IMCAS / Dirección de Bienestar Social

Programa Integral para la Atención de las Adicciones (PIAAD)

Diagrama Protocolo de Atención



CUIDADOS PALIATIVOS



El desarrollo de actividades de cuidados paliativos por parte del gobierno municipal de Chacao tiene antecedentes en prestaciones de la emergencia y de atención de salud domiciliaria, ejecutadas desde el IMCAS, en respuesta a necesidades de atención a enfermos crónicos en situación terminal, residentes en el municipio. Adicionalmente, el IMCAS, dentro de las actividades de atención domiciliaria prestaba atención a pacientes encamados con escaras por decúbito, curas de úlceras varicosas o en pacientes diabéticos, entre otros.

En paralelo, la Dirección de Bienestar Social de la Alcaldía ejecutaba el **Programa Juventud Prolongada en Casa**, consistente en actividades de acompañamiento social domiciliario a los adultos mayores que, por razones físicas o emocionales, lo requerían. Así mismo, se constituyó un equipo de voluntarios y promotores sociales, y se formaron cuidadores para el apoyo domiciliario de los adultos mayores de Chacao. En el año 2014, el interés de ambas instancias en mejorar la calidad de vida de personas con enfermedades en estadio avanzado, en su mayoría adultos mayores, motivó la actuación conjunta e interdisciplinaria de la Dirección de Bienestar Social y el IMCAS, para la creación del **Programa Cuidados Paliativos**. Mediante este programa se aspira alcanzar un mejor aprovechamiento de recursos a favor de una atención más integral de los enfermos crónicos en situación terminal.

La problemática por enfrentar

La demanda de atención paliativa está determinada por el aumento progresivo de la incidencia de enfermedades crónicas y el envejecimiento de la población. Aunque los niños, niñas y los adolescentes no están exentos de sufrir enfermedades irreversibles que requieren de este tipo de atención.

Según la OMS, cuatro (4) enfermedades crónicas constituyen la principal causa de muerte y discapacidad prematuras en la gran mayoría de los países de América Latina y el Caribe. Estas enfermedades son: cardiovasculares, cáncer, diabetes y enfermedades respiratorias. Además, la OMS ha reconocido que estas enfermedades están relacionadas con otros padecimientos y afecciones, como los trastornos cognitivos, las enfermedades renales, y algunas transmisibles como la infección por el VIH/SIDA⁴⁸.

Por otra parte, de acuerdo con la Comisión Económica para América Latina (Cepal), el índice de envejecimiento en la región casi se duplicó entre los años 1960 y 2000, proyectándose un crecimiento de 2,5 veces entre el 2000 y el 2025. Si bien Venezuela se encuentra entre los países de envejecimiento moderado alcanzando un 19 % en ese período, se espera que para el 2025 se acerque al 55 %⁴⁹. En el caso del municipio Chacao, esta situación debe ser especialmente considerada, dada la alta tasa de envejecimiento sostenida en la actualidad.

«La situación de la familia de un enfermo terminal viene caracterizada por la presencia de un gran impacto emocional condicionado a la presencia de múltiples “temores” o “miedos” (...) La muerte está siempre presente de forma más o menos explícita, así como el miedo al sufrimiento de un ser querido, la inseguridad de si tendrán un fácil acceso al soporte sanitario, las dudas de si serán capaces o tendrán fuerzas de cuidarle, los problemas que pueden aparecer en el momento justo de la muerte o si sabrán reconocer que ha muerto». Fuente: Sociedad Española de Cuidados Paliativos. En <http://www.secpal.com>

No obstante, la oferta asistencial de cuidados paliativos es baja. El **Atlas de Cuidados Paliativos de Latinoamérica** indica que para el año 2012, había 1,63 Unidades de Cuidados Paliativos (UCP) por cada millón de habitantes, siendo el tipo de servicios más frecuente el de atención domiciliaria. Para la fecha del estudio, los resultados favorecieron a Costa Rica como el país mejor dotado al contar con 16,06 UCP por cada millón de habitantes. En contraste, Venezuela se situó por debajo del conjunto latinoamericano al contabilizar 1,56 UCP por cada millón de habitantes⁵⁰.

El aumento de las enfermedades crónicas con carácter progresivo, entre las que destaca el cáncer pero también otras patologías, colocan límites a la curación cuando se tornan irreversibles y no responden a ningún tipo de tratamiento. Las personas en estas circunstancias tienen derecho a no ser desamparadas, por lo que los sistemas de salud están obligados a prestar ayuda profesional a sus necesidades paliativas.

Con el Programa Cuidados Paliativos, el gobierno del municipio Chacao pretende aliviar el sufrimiento y la frustración en una etapa de la vida difícil de enfrentar; prestando los cuidados necesarios a los enfermos terminales y sus familiares.

Objetivos

Cuidados Paliativos se propone mejorar la calidad de vida de personas residentes en el municipio Chacao con enfermedades crónicas avanzadas, progresivas e irreversibles mediante la provisión de servicios continuos de atención primaria de salud. Involucra los siguientes objetivos específicos:

- Lograr que el mayor número de estos pacientes y sus familias reciban en sus hogares los cuidados y la información para atender sus necesidades físicas, psicológicas, emocionales y sociales.
- Contribuir a resolver situaciones de emergencia de salud de los pacientes de cuidados paliativos.
- Promover e integrar en el sistema de salud municipal a asociaciones de voluntariado para apoyar en la atención a pacientes que requieren cuidados paliativos.

Población objetivo

- Adultos residentes en el municipio Chacao, con las siguientes enfermedades en situación terminal, entre otras:
 - Cáncer.
 - Enfermedad pulmonar avanzada.
 - Insuficiencia renal crónica avanzada.
 - Cirrosis.
 - Nefropatías avanzadas.
 - Demencias avanzadas.
 - Parkinson avanzado.
 - ECV y coma.
 - Esclerosis lateral amiotrófica (ELA)
 - SIDA.
 - Poliulcerados con inmovilización irreversible.
 - Pacientes encamados o con movilidad limitada.
- Niños, niñas y adolescentes en situación irreversible de una enfermedad, con pronóstico de vida limitada.
- Familias de personas objeto de cuidados paliativos.

Protocolo de atención

Las prestaciones del Cuidados Paliativos se insertan en el marco de la atención preventiva y de organización con atención continua. Comprende tres (3) fases:

- Captación.
- Tratamiento.
- Apoyo al Duelo (si aplica).

Captación

La identificación de pacientes a ser incluidos en el programa se produce por diferentes vías:

- Dirección de Bienestar Social de la Alcaldía del municipio Chacao a través del conjunto de sus prestaciones a adultos mayores.
- IMCAS a través de:
 - Programa Promoción de Salud.
 - Ambulatorios.
 - Residentes del municipio Chacao que acuden al IMCAS por cuenta propia a solicitar apoyo.

Para canalizar la demanda identificada por las distintas vías, el Programa Promoción de Salud del IMCAS dedica una persona de trabajo social, como enlace, para organizar y facilitar el acceso de pacientes a la fase de tratamiento.

Tratamiento

Para la atención de estos pacientes el IMCAS cuenta con una Unidad de Cuidados Paliativos (UCP) integrada por un equipo médico especializado y consultas externas en todos sus ambulatorios atendidas por personal de salud debidamente entrenado. Para ingresar a la fase de tratamiento se siguen los siguientes pasos:

Paso I: Evaluación y referencia al programa

La remisión de los pacientes en Cuidados Paliativos la determina el responsable médico del proceso asistencial (oncólogo, internista, geriatra u otro) considerando la situación y evolución clínica de dicho paciente.

La evaluación se lleva a cabo en el ambulatorio municipal que corresponda, según la ubicación de la vivienda del paciente. Solo se evalúa al paciente en el domicilio, cuando no pueda ser trasladado al ambulatorio, por condiciones físicas, cognitivas o del entorno. La adecuada evaluación requiere tiempo y paciencia. Puede tomar alrededor de una (1) hora.

Con la evaluación médica no se solicita exámenes físicos o psicológicos adicionales, salvo en situaciones excepcionales.

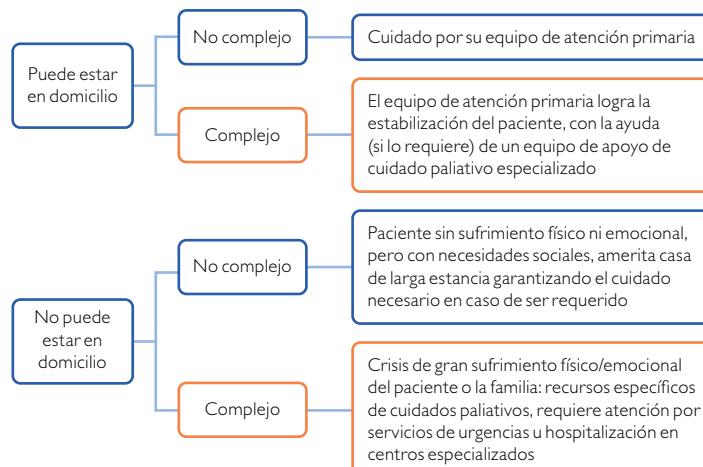
Los resultados de la evaluación se registran en la historia clínica.

Paso 2: Decisión para inclusión en el programa y selección del lugar apropiado

Esta actividad la dirige el especialista en Cuidados Paliativos, quien decide la inclusión definitiva en el programa y el lugar apropiado para aplicar el tratamiento, en función de la suma de diversas variables: nivel de sufrimiento, apoyos existentes y decisión del paciente y de la familia. Esta decisión se toma con la familia.

Para el tipo de servicio que por su complejidad no pueda efectuarse en el domicilio, se cuenta con los diferentes centros asistenciales del IMCAS. En caso de ameritarse atención en casas de larga estancia u hospitalización, el IMCAS puede apoyar dependiendo de su capacidad institucional para referir.

Atención de pacientes. Lugar apropiado



Paso 3: Plan de Cuidados

El Plan de Cuidados se planifica dependiendo del lugar donde se va a atender al paciente.

- **Cuidados domiciliarios.** Los cuidados son prestados por un equipo de atención primaria de salud (APS) integrado por el personal necesario dependiendo de la complejidad de cada caso. En general, en el equipo de APS participa personal entrenado del IMCAS para la atención de salud, y personal (o voluntariado) de la Dirección de Bienestar Social para las actividades de acompañamiento social.

El tipo de cuidado consiste en prevenir y tratar los síntomas físicos, emocionales y

sociales del paciente y familia, así como en controlar los síntomas de características leves o moderadas. El cuidado involucra un proceso de educación a la familia.

Según trate la intensidad del síntoma, se hace seguimiento telefónico y, en caso de requerirlo, cada semana se repiten las visitas domiciliarias para atención de salud o se refiere a un centro asistencial.

El acompañamiento social del paciente se coordina con la familia.

- Cuidados en Unidad de Cuidados Paliativos (UCP). Los síntomas que no puedan ser controlados en domicilio o en el ambulatorio serán referidos a la emergencia del IMCAS o a la UCP a fin de evitar las transferencias a hospitales o clínicas.

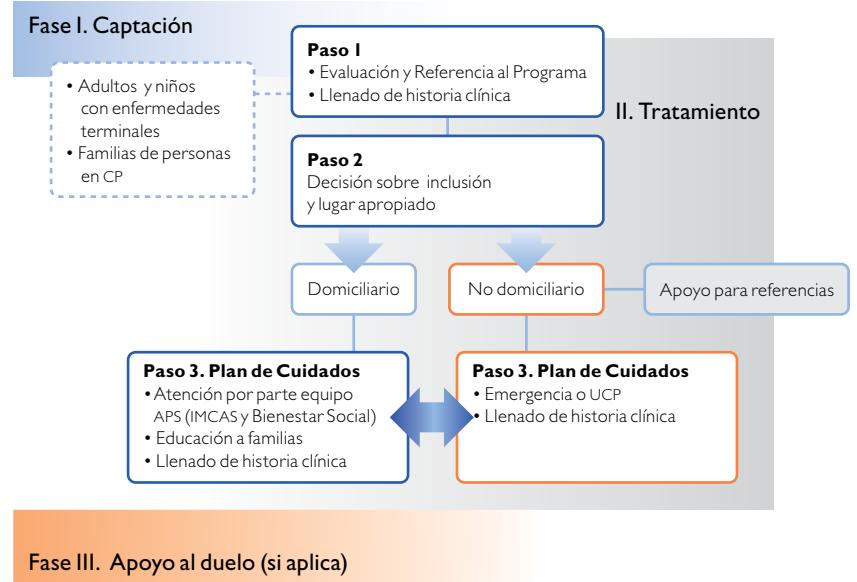
Los tratamientos y evolución del paciente deben ser registrados en la historia clínica.

Apoyo al Duelo

A los familiares se les envía una carta de condolencia y en caso de ameritarlo, por posible presencia de duelo patológico, la situación debe ser evaluada y tratada por el personal de psicología o psiquiatría.

Otra forma de atención comprende actividades lúdicas, cine-foros y llamadas telefónicas periódicas hasta tanto se concrete la rehabilitación. En este tipo de actividades participa personal del Programa Promoción Social (IMCAS), y personal o voluntariado de la Dirección de Bienestar Social.

El Programa Función y Cognición (IMCAS) también apoya la realización de actividades en esta fase.



Fase III. Apoyo al duelo (si aplica)

Notas

43 MPPS. *Plan Nacional de Salud 2014-2019*. 2da edición. Venezuela, 2014, pp. 54 y 98.

44 Patrana, T., De Lima, L., Wenk, R., Eisenchlas, J., Monti, C., Rocafort, J., Centeno, C. *Atlas de Cuidados Paliativos de Latinoamérica ALCP*. 1ra edición. Houston [en línea] 2012 [fecha de acceso en 14 de febrero de 2015] p. 235. URL disponible en http://www.cuidadospaliativos.org/uploads/2012/10/atlas/01_Portada_y_preliminares.pdf

45 Instituto de Adicciones. *Plan de adicciones de la ciudad de Madrid*. 2011-2016 [en línea] 2011 [fecha de acceso 22 de septiembre de 2014] URL disponible en: http://www.madridsalud.es/adicciones/Plan_adicciones.pdf. Gobierno Federal de México. Lineamientos para la prevención

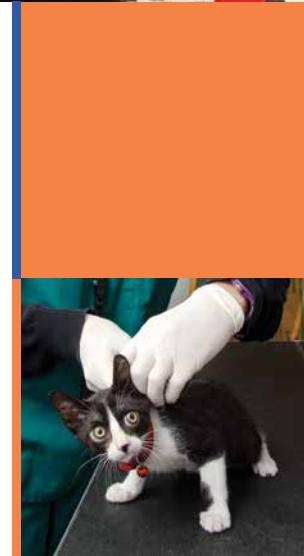
y Atención de las Adicciones en el Ámbito Laboral Mexicano [en línea] 2008 [fecha de acceso 5 de septiembre de 2014] URL disponible en <http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/lineamientos.pdf>.

46 SENDA. Chile-Estudios de adicciones en la población [en línea] [fecha de acceso 23 de septiembre de 2014] URL disponible en: <http://www.senda.gob.cl/>.

47 Hernández, T. La edad de Inicio en el consumo de drogas, un indicador de consumo problemático. Intervención psicosocial. *Revista Scielo* [en línea] 2009 [fecha de acceso en 25 de marzo de 2015]; 18(3): p. 199-212 URL disponible en <http://www.scielo.isciii.es/>

48 OPS. 28 Conferencia Sanitaria Panamericana 64 Sesión del

SECCIÓN VI PROGRAMAS PARA LA ATENCIÓN DE LA SALUD COLECTIVA



El IMCAS cuenta con dos (2) programas dirigidos a prevenir riesgos y daños a la salud de las personas, producidos por agentes patógenos (virus, bacterias o parásitos) por medio de los alimentos o el contacto con animales domésticos libres o en cautiverio. Estos son:

- Contraloría e Inspecciones Sanitarias de Expendios Ambulantes.
- Protección de la Salud Animal.

Marco normativo

Venezuela dispone de un instrumento normativo nacional, el **Reglamento General de Alimentos-Normas Complementarias**, donde se dictan pautas para el control de la higiene y salubridad de los alimentos destinados al consumo humano. No obstante, este instrumento, si bien aporta orientaciones que guían el control sanitario de expendios de alimentos, no es específico al regular los alimentos y bebidas que se distribuyen desde los comercios ambulantes.

«En la actualidad cada (municipio) venezolano ... ha tomado la decisión de reglamentar (los expendios ambulantes) según el criterio del Alcalde de turno... Creemos que esta conducta aislada no concuerda con la realidad nacional o específicamente regional, impide aplicar un verdadero control a la actividad en cuestión...

En este sentido nos parece que la Ordenanza municipal de Chacao es un texto que deberíamos tomar en cuenta para otras propuestas regionales». **Fuente:** La Riva Mendoza, Griselda (s/f). La venta ambulante de alimentos y

bebidas en Venezuela. En: <http://servicio.bc.uc.edu.ve/derecho/revista/idx20/20-13.pdf>.

El municipio cuenta con su propia **Ordenanza Municipal sobre el Ejercicio de Actividades Comerciales en Áreas Públicas**. La ordenanza municipal en cuestión contempla: la definición de este tipo de establecimientos; los permisos requeridos para instalarlos; las consideraciones sobre los lugares donde se pueden ubicar; el tipo de alimentos permitido y no permitido; las características de los vehículos posibles de utilizar, entre otros. Con posterioridad (2012), esta Ordenanza fue reglamentada con el objetivo de delimitar aún más las especificaciones técnicas y funcionales que rigen a estos expendios.

Respecto a las normas sobre tenencia, control y protección de animales, Venezuela promulgó una Ley para la Protección de la Fauna Doméstica y Libre en Cautiverio que regula la propiedad, tenencia, manejo, uso y comercialización, en la cual se establece la competencia de la autoridad municipal en la materia y ordena la creación de una unidad ejecutora que permita el ejercicio de la competencia.

Ley para la Protección de la Fauna Doméstica Libre y en Cautiverio

Artículo 34: Unidad de gestión pública municipal

La autoridad municipal ejercerá la competencia en materia de fauna doméstica a través de una unidad de gestión creada para tales efectos, sin menoscabo de las competencias de otros órganos y entes del Estado en esta materia.

Artículo 35: Centro de rescate, recuperación y atención

Cada autoridad municipal creará un centro de rescate, recuperación y atención de fauna doméstica, el cual estará adscrito a la unidad de gestión pública municipal en materia de fauna doméstica y contará con el personal calificado. Las funciones y estructura organizativa del centro serán establecidas en la reglamentación que se dicte al efecto.

En el municipio Chacao, desde el año 1996, se disponía de una **Ordenanza sobre tenencia, control, circulación y protección de animales** la cual fue modificada en el año 2004. En esta Ordenanza se establece todo lo relacionado a la preservación de la vida y bienestar de los animales tanto como lo que tiene que ver con la seguridad y protección de salud de las personas.

En el ámbito nacional, de creación reciente (2014), el país dispone del **Programa Misión Nevado**, de la Fundación del mismo nombre. Entre otros objetivos, la Misión Nevado se plantea la prevención de enfermedades transmitidas por animales⁵¹.

Principales instrumentos nacionales específicos de protección

Instrumento normativo	Fuente
Reglamento General de Alimentos, Normas complementarias	Gaceta Oficial N° 36.081 Ministerio de Sanidad y Asistencia Social del 15 de marzo de 1996
Ley para la Protección de la Fauna Doméstica Libre y en Cautiverio	Gaceta Oficial N° 39.338 del 4 de enero de 2010
Ordenanza municipal sobre el ejercicio de actividades comerciales en áreas publicas del municipio Chacao	Gaceta Municipal Extraordinaria N° 422 del 4 de agosto de 1994 Ordenanza N° 006-94 del municipio Chacao
Reglamento de la Ordenanza sobre el ejercicio de actividades comerciales en áreas publicas del municipio Chacao	Gaceta Municipal N° 703 del 21 de diciembre de 2012
Reforma a la Ordenanza N° 001-96 sobre Tenencia, Control, Circulación y Protección de Animales	Ordenanza N° 006-03 del municipio Chacao

Caracterización de los programas

Las enfermedades transmitidas por alimentos inadecuadamente manipulados son causadas por agentes microbianos. La OMS estima que, por esta causa, mueren cada año un millón de niños menores de 5 años en países en vías de desarrollo, lo que significa 2.700 decesos por día. En Venezuela, en el año 2011, enfermaron casi 2 millones de personas por enfermedades de transmisión hídrica o alimentos (ETA) de las cuales cerca de 180.000 ocurrieron en el estado Miranda. En el caso de las enfermedades zoonóticas, en ese mismo año, enfermaron en el país 595 personas⁵².

CONTRALORÍA E INSPECCIONES SANITARIAS DE EXPENDIOS AMBULANTES



Objetivos

Este programa se propone contribuir a prevenir las enfermedades infecciosas transmisibles por alimentos mediante la vigilancia, supervisión y orientación a los expendios ambulantes de alimentos, ubicados en el municipio Chacao. En concreto, el programa tiene los siguientes objetivos:

- Lograr la adecuación de todos los expendios a la normativa sanitaria vigente, en lo referente al cumplimiento de los requisitos de ley.
- Lograr que todas y cada una de las unidades tengan un funcionamiento adecuado en lo referente a la higiene y conservación de los alimentos.
- Promover y educar a los dueños de las unidades ambulantes en relación con la adecuada higiene y manejo sanitario de estas.

Población objetivo

El grupo objetivo son todos los expendios ambulantes de alimentos ubicados en el municipio Chacao.

Cobertura en el año 2013

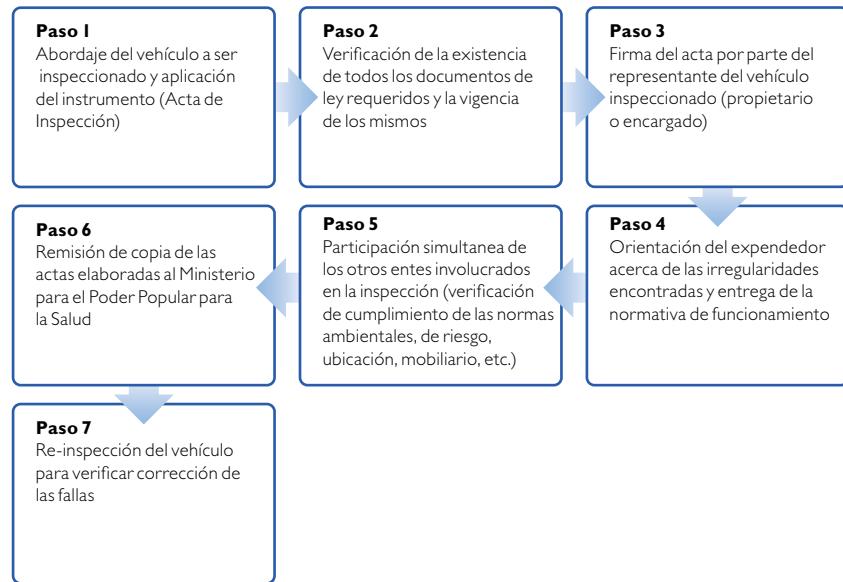
En el año 2013, se prestó el servicio al total (100 %) de expendios ambulantes ubicados en el municipio Chacao que para esa fecha ascendían a cincuenta y nueve (59) unidades.

Protocolo de atención

La ejecución conlleva ocho (8) pasos que se explican en el diagrama a continuación.

IMCAS. Programa Contraloría e Inspecciones Sanitarias

de Expendios Ambulantes. Diagrama de Atención



El proceso indicado se realiza semestralmente. Dependiendo del caso, se puede hacer inspecciones adicionales.

Varias instancias del municipio participan en este programa:

- **Oficina Local de Planeamiento Urbano del Municipio Chacao (OLPU):** ente público, municipal, que contribuye con la identificación de destinatarios y apoya en la ejecución, dictando las normas de ubicación de las unidades, tipo y distribución del mobiliario que utilizan.
- **Instituto Municipal de Protección Civil y Ambiente del Municipio Chacao (IPCA):** ente público, municipal, que apoya en la ejecución, en lo referente al cumplimiento de normas ambientales, manejo de los desechos, análisis de riesgos y normas de seguridad para el funcionamiento de las unidades.
- **Rentas Municipales:** ente público, municipal, apoya en la ejecución en lo referente a la verificación de pago de impuestos municipales, sanciones, etc.
- **Policía Municipal de Chacao:** ente público, municipal que apoya cumpliendo funciones de su competencia en seguridad y orden.

PROTECCIÓN DE LA SALUD ANIMAL



El Programa de la Salud Animal juega un papel importante en la prevención de zoonosis, para lo cual es necesario el esfuerzo en conjunto y acción coordinada de diferentes sectores.

En ese contexto, las actividades y servicios que ofrece el programa se suman a las actividades de vigilancia epidemiológica y de control de vectores que lleva la Dirección de Epidemiología y Programas, a las actividades del Programa de Contraloría e Inspección Sanitaria de Expendios Ambulantes de Alimentos, a las actividades preventivas del PAI, al servicio asistencial de la sede de emergencia y red de ambulatorios de IMCAS, y a las actividades de control y saneamiento ambiental de la Dirección de Ambiente de la Alcaldía de Chacao.

Acciones para la Prevención de la Zoonosis

Generales	Específicas
<ul style="list-style-type: none"> Vigilancia epidemiológica y notificación inmediata de eventos relacionados con enfermedades respiratorias, enfermedad diarreica aguda tanto en humanos como en animales, accidentes ofídicos y síndromes febriles en humanos o cualquier sospecha de una enfermedad zoonótica. Vigilancia y control de vectores Prevención, atención y control de brotes de enfermedades de carácter zoonótico, según perfil y factores de riesgo: vacunación, nutrición y sanidad animal. Solicitud, al organismo competente, de acciones de vigilancia de calidad de agua y en la manipulación de alimentos en los sistemas de suministro público. Estrategias de prevención de enfermedades, en especial en lo relacionado con las inmunoprevenibles. Información y educación a la comunidad, sobre los riesgos y prevención de zoonosis, tenencia segura y responsable de mascotas. 	<ul style="list-style-type: none"> Rabia: vacunación de perros y gatos. Notificación y vigilancia de síndromes neurológicos. Diagnóstico oportuno. Atención integral de las personas afectadas. Leptospirosis: actividades de vigilancia y control de vectores. Vigilancia epidemiológica y notificación de casos sospechosos a las autoridades competentes. MPPS e Instituto Nacional de Higiene a través del Distrito Sanitario N° 7. Asistencia a la persona afectada. Enfermedades endoparasitarias (fasciola, toxoplasmosis, cisticercosis, giardiasis): promoción de salud conservación y manipulación de alimentos. Vigilancia epidemiológica y notificación de casos. Sanidad animal. Enfermedades ectoparasitarias (pulgas, piojos, ácaros, hongos): control de vectores y saneamiento ambiental. Desparasitación de mascotas.

Objetivos

Prevenir y controlar la zoonosis en el municipio Chacao a través de la atención preventiva y curativa de su población animal, a la vez que se contribuye a preservar la vida y el bienestar de la fauna local. Los objetivos específicos son:

- Mantener y ampliar planes preventivos de salud de la población animal del municipio Chacao.
- Brindar atención veterinaria en los diferentes sectores geográficos del municipio.
- Fomentar la tenencia responsable de mascotas.

Población objetivo

El IMCAS tiene como competencia contribuir a la prevención de enfermedades en el municipio Chacao, en función de lo cual los grupos objetivos de este programa son:

- Personas con mascotas registradas como habitantes del municipio.
- Personas o asociaciones civiles protecciónistas que operan en el municipio, solicitantes de apoyo para atender mascotas en situación de calle.

- Personas o asociaciones civiles protecciónistas que operan en el municipio, solicitantes de apoyo para atender mascotas en situación de emergencia.
- Personas con discapacidad que soliciten asistencia para sus mascotas.
- Funcionarios con mascotas que requieran del apoyo de la Unidad Móvil Veterinaria (UMV) (por ejemplo, división K-9 de la Policía).

Cobertura

En el año 2013 se habían registrado 8.000 mascotas y se había contabilizado la prestación de 52.000 servicios desde el año 2000.

Protocolo de atención

Las actividades contempladas en el programa son de tres (3) tipos:

- Atención veterinaria.
- Charlas.
- Inspecciones.

Estas actividades se ejecutan según un cronograma anual, cuyos insumos fundamentales son las distintas demandas de los pobladores de Chacao y la prioridad que en el municipio tienen los sectores de menores recursos y las personas con algún tipo de discapacidad que solicitan atención de sus mascotas. Este cronograma es flexible para incorporar las emergencias u otras solicitudes no previstas.

IMCAS. Programa Protección de la Salud Animal

Principales actividades



Atención veterinaria

La atención veterinaria comprende visitas semanales de la UMV a diferentes sectores del municipio, de acuerdo al cronograma establecido. Estas visitas son anunciadas con anterioridad para que las personas a cargo de mascotas conozcan sobre la presencia en la zona. Los anuncios se dan a conocer mediante las redes sociales. Los servicios de atención veterinaria no son gratuitos, aunque los costos son muy moderados. No obstante, se aplican criterios de excepción en los siguientes casos: sectores populares, emergencias y adultos mayores.

La atención a los animales en situación de calle se efectúa con el apoyo de asociaciones de protecciónistas. En estos casos, una vez que los animales son atendidos, se trasladan a albergues para que no queden en situación de abandono.

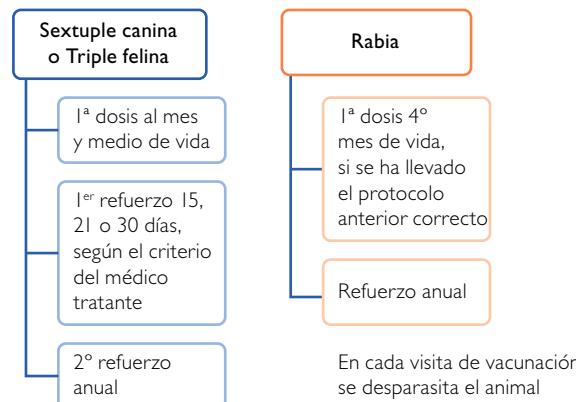
Con relación a las visitas de la UMV, una vez que se encuentra en un sector del municipio, las personas a cargo de mascotas son atendidas por orden de llegada o según la prioridad que amerite el caso. A partir de allí se siguen los siguientes pasos:

Paso 1. Se verifican datos y se determina el motivo de consulta.

Paso 2. Se efectúa la consulta general que comprende las siguientes actividades:

- Entrevista de la persona a cargo de la mascota, para obtener información útil para la formulación del diagnóstico.
- Examen físico integral: estado general; exploración física de cabeza y cuello; pelo y piel; axilas; extremidades anteriores y posteriores; tórax; abdomen; pelvis y cola; área perineal y urogenital externa; exploración rectal y neurológica
- Vacunaciones: si está apto para vacunación, se procede según protocolo establecido de 15, 21 y 31 días, de acuerdo al criterio del veterinario tratante.

Protocolo de vacunación



Paso 3. Se solicitan las exploraciones complementarias: laboratorio, estudios radiológicos, estudios ecográficos, entre otros. Es muy importante detectar enfermedades de transmisión a humanos, aunque en todos los años de funcionamiento del servicio no se han encontrado enfermedades que ameriten ser reportadas.

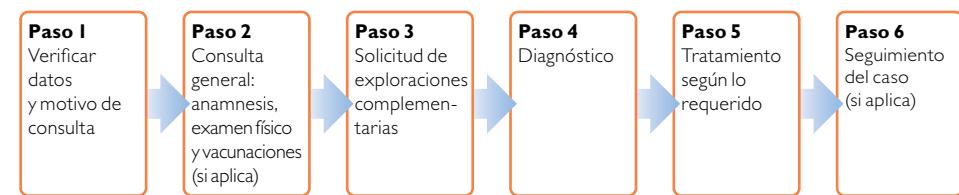
Paso 4. Se emiten los diagnósticos, diferenciales y definitivos, con base en la información recopilada en los pasos anteriores.

Paso 5. Se recomienda o aplica tratamiento según tipo requerido: médico, quirúrgico, paliativo, rehabilitador o hasta la eutanasia. La mayoría de las intervenciones quirúrgicas están orientadas al control reproductivo de los animales, ya que más del 90% corresponden a castraciones para machos y OVH para las hembras.

Paso 6. Seguimiento del caso clínico, si se es necesario.

IMCAS. Programa Protección de la Salud Animal

Diagrama de atención veterinaria



Charlas

Las charlas están dedicadas a fomentar la tenencia responsable de mascotas y se celebran en colegios, asociaciones de vecinos o cualquier otro espacio desde donde se solicite.

Inspecciones

Las inspecciones veterinarias tienen lugar en viviendas, establecimientos comerciales u otros, atendiendo denuncias de maltrato animal. Hay casos en los que se hace hasta una segunda visita para determinar si se aplicaron los correctivos necesarios.

Notas

51 Proyecto Misión Nevado
[en línea] [fecha de acceso 8 de enero de 2015] URL disponible en: <http://misionnevado.blogspot.com>.

52 MPPS. Anuario de Morbilidad [en línea] 2014 [fecha de acceso 22 de enero de 2015] pp. 47, 206 y 207. URL disponible en: <http://www.mpps.gob.ve>

SECCIÓN VII PROGRAMA PROMOCIÓN DE SALUD



Promoción de Salud es un programa transversal que responde a la necesidad de contar con una estrategia estructurada para fortalecer las actividades de captación y educación de salud que se venían ejecutando desde los centros asistenciales del IMCAS. O en otras palabras, el programa está orientado a apoyar el cumplimiento de los objetivos del resto de los programas de salud de la institución que involucran el aumento de la cobertura y la calidad de la atención.

En esa dirección, Promoción de Salud coordina acciones con los demás programas y servicios de salud municipales destinadas a informar, motivar y orientar a individuos, familias y comunidades acerca del cuidado de la salud.

Marco normativo

La Primera Conferencia Mundial de Promoción de la Salud y la **Carta de Ottawa para la Promoción de Salud** que de allí se deriva (OMS, 1986) definen la promoción de la salud como un proceso que transfiere a las personas y comunidades los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre sus propia salud y así mejorarla.

En Venezuela, la **Ley Orgánica de Salud de 1998**, en sus artículos 3, 16 y 25, dejaba clara la importancia de la promoción y conservación de la salud, la responsabilidad de los gobiernos municipales en la materia y el deber de los ciudadanos de participar en las actividades de promoción de salud.

Ley Orgánica de Salud de 1998

Artículos Asociados a la Promoción de Salud

Artículo 3. (...) Principio de Participación: Los ciudadanos individualmente o en sus organizaciones comunitarias deben preservar su salud, participar en la programación de los servicios de promoción y saneamiento ambiental y en la gestión y financiamiento de los establecimientos de salud a través de aportes voluntarios (...)

Artículo 16. Los alcaldes serán responsables en sus respectivos municipios de la gestión de los servicios de promoción de la salud, saneamiento ambiental, atención médica del nivel primario y contraloría sanitaria (...)

Artículo 25. La promoción y conservación de la salud tendrá por objeto crear una cultura sanitaria que sirva de base para el logro de la salud de las personas, la familia y de la comunidad, como instrumento primordial para su evolución y desarrollo (...)

Caracterización del programa

La problemática por enfrentar

Los diagnósticos que resumen la problemática de salud asociada a cada uno de los catorce (14) programas presentados revelan que muchas de las enfermedades, que ocupan los primeros lugares en los perfiles de morbilidad y mortalidad, son evitables mediante un mayor control de las personas y las comunidades sobre los determinantes de la salud y la enfermedad. Muchos de estos determinantes están vinculados a hábitos de vida, condiciones socioeconómicas, conductas familiares, características de las comunidades, apoyo social o nivel de información sobre la oferta de servicios de salud, entre otros.

La promoción de salud es la estrategia que permite generar cambios en las personas y en su entorno para proteger la salud y alcanzar una mejor calidad de vida. Esta estrategia requiere una fuerte cooperación entre todos los sectores sociales y una importante participación de los sistemas de salud locales en el desarrollo de condiciones que faciliten el control de las personas sobre su salud, otorgándoles los medios necesarios para tal fin.

Objetivos

El programa busca promover una vida más saludable entre todos los habitantes del municipio Chacao. Sus objetivos específicos son:

- Informar y orientar a las distintas comunidades del municipio acerca de la preventión de riesgos y cuidados de la salud.
- Fortalecer la participación comunitaria para la promoción de salud.
- Apoyar a los diferentes programas ejecutados por el IMCAS en el desarrollo de estrategias de captación para la atención de salud preventiva y oportuna.

Población objetivo

Todos los habitantes del municipio Chacao.

Estrategia de promoción

La estrategia de promoción de salud que adelanta el IMCAS apunta a lograr cambios en la población chacaoense que deriven en comportamientos y entornos más saludables. En esa dirección se hace uso de los distintos recursos disponibles para la promoción de información y orientaciones:

- Formatos SMS, correo electrónico, Facebook y Twitter.
- Ambulatorios.
- Organización comunitaria.
- Alianzas con externos.

Todas las actividades ejecutadas, así como los contenidos transmitidos por las vías antes mencionadas son programados y concertados con los responsables de los distintos programas que se ejecutan en el IMCAS. La programación es anual, con consultas trimestrales.

IMCAS. Prioridades y orientaciones del Programa Promoción de Salud

Áreas / Problemas prioritarios	¿Cómo abordar las áreas/ problemas de salud prioritarios desde el IMCAS?
Hipertensión arterial	<ul style="list-style-type: none"> Desarrollando actitudes en la población que disminuyan los factores de riesgos asociados a la HTA y diabetes
Diabetes mellitus	<ul style="list-style-type: none"> Promoviendo la detección y el tratamiento oportuno de HTA y DM
Cáncer de cuello uterino	<ul style="list-style-type: none"> Incentivando la realización oportuna de las citologías Promoviendo, en las mujeres, una actitud responsable que disminuya los factores de riesgo modificables
Cáncer de mama	<ul style="list-style-type: none"> Incentivando la realización oportuna de mamografías Impulsando en las mujeres las aptitudes y actitudes que permitan conocerse a sí mismas, examinarse y asistir al centro de salud cuando corresponda
Salud sexual y reproductiva	<ul style="list-style-type: none"> Promoviendo en los adolescentes y adultos actitudes responsables para el cuidado de su salud sexual y reproductiva Incentivando a las mujeres en edad reproductiva a asistir a consulta preconcepcional cuando decida embarazarse Incentivando a las embarazadas a asistir a consulta de control prenatal desde el inicio del embarazo Incentivando, además de cualquier otro método anticonceptivo, el uso de preservativos, ya que estos son los únicos que, además, brindan protección contra las infecciones de transmisión sexual
Salud infantil y adolescente	<ul style="list-style-type: none"> Promoviendo en los padres o representantes la importancia de llevar a sus niños, niñas y adolescentes al control de salud y cumplir con las indicaciones dadas por el médico Difundiendo información entre los padres, niños y niñas sobre aspectos que contribuyen en el buen mantenimiento de su salud
Transtornos cognitivos	<ul style="list-style-type: none"> Promoviendo estilos de vida saludables, que disminuyan la incidencia de factores como el estrés, la depresión y la ansiedad Fomentando la detección oportuna de los diversos trastornos cognitivos
Cuidados paliativos	<ul style="list-style-type: none"> Informando a la población sobre este tipo de cuidados Brindando asesoría a pacientes y familiares sobre el tema

Uso de formatos SMS, correo electrónico y twitter

Estos formatos se utilizan con dos propósitos:

- Transmitir información clave sobre temas asociados a la prevención y el cuidado de la salud.
- Motivar comportamientos de los distintos grupos de población (embarazadas, adultos, adolescentes u otros) para que controlen su salud en los servicios que brinda el IMCAS.

Ambulatorios

Refiere a actividades de promoción de salud en los ambulatorios mientras las personas están a la espera de su consulta. Estas actividades regularmente son:

- Dos (2) charlas mensuales por ambulatorio según cronograma pre establecido. Estas charlas pueden ser sustituidas por alguna actividad especial como talleres, cine-foros u otras.
- Rotación periódica de información en cartelera según tema de interés asignado.
- Actividades de orientación sobre planificación familiar y asesoría en diversos temas de salud.
- Videos referentes a los programas u otros temas de interés en salud.

De lo anterior se desprende que todos los ambulatorios del IMCAS cuentan con el material apropiado para ofrecer oportunidades informativas sobre prevención de salud.

Organización Comunitaria

El IMCAS cuenta con Trabajadores Sociales capacitados para dinamizar procesos que permitan promover la salud en la población objeto de atención y fortalecer la participación de los diversos sectores sociales para alcanzar tal fin. Cada Trabajador Social tiene un ámbito de acción y Comités de Salud a cargo.

IMCAS. Ámbito de Acción de Trabajadores Sociales, según ambulatorios

Ambulatorios	Zonas
Altamira	Altamira
Bello Campo	El Dorado, La Floresta, San José de La Floresta, Bello Campo, Sector Bello Campo, Sector La Cruz
Bucaral	Bucaral
Chacao	Chacao
Delta	Country Club, El Bosque, Sans Souci, Campo Alegre, San Marino
Los Palos Grandes	Los Palos Grandes, Sector Pajaritos
Dr. Guillermo Hernández Zozaya (El Pedregal)	La Castellana, El Pedregal, Sector El Tártago, Sector Barrio Nuevo
Sede de Emergencias	El Rosal, Estado Leal, El Retiro

El fortalecimiento de capacidades en la comunidad concede un mayor control sobre las condiciones de salud, permite la participación y genera oportunidades para el debate sobre temas de interés. En esa dirección, los trabajadores sociales están encargados de estar en contacto y fortalecer los Comités de Salud, suministrándoles información y formación sobre distintos temas de salud, incluyendo la oferta de servicios que brinda el IMCAS. A su vez, los Comités de Salud se convierten en difusores de la información que les es trasmisida hacia el resto de su comunidad.

También reportan al trabajador social que corresponda, según su ámbito de acción, los problemas de salud observados en sus comunidades y brindan aportes que contribuyan a su solución.

Además, se lleva a las comunidades, según cronograma anual, actividades bimensuales mediante las cuales se ofrece asesoría sobre todos los temas de salud asociados a los programas del IMCAS y se promueve la importancia de llevar a cabo controles de salud como consultas prenatales, control de niño sano, despistaje de cáncer de mama y de cuello uterino, control de la HTA y la DM, entre otros.

IMCAS. Ciclo en la Promoción de Salud

con organizaciones comunitarias



Alianzas

Otro recurso utilizado lo constituyen las alianzas internas con otras instancias de la Alcaldía, para trabajar en conjunto las distintas actividades orientadas a la promoción de salud. Así mismo, se establecen alianzas con instituciones de carácter privado y representantes de la sociedad civil a fin de que presten su apoyo a las actividades del programa.

**Instituto Municipal de
Atención y Cooperación
a la Salud (IMCAS)**



Jorge L. Hernández-Rojas

Presidente IMCAS

Médico cirujano con posgrado en Psiquiatría y curso medio de Salud Pública (UCV). Entre 1990 y 1998 ocupa varios cargos en el servicio de epidemiología del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS) y se desempeña como médico psiquiatra del Hospital Universitario de Caracas (HUC) y del Ministerio del Ambiente y Recursos Naturales. Entre 1998 y 2008, ejerce como psiquiatra del Servicio de Neurología del HUC. Desde el año 1998, hasta el presente, es docente e investigador de neurociencia en el pregrado y posgrado de la Escuela de Medicina de la UCV, y jefe del Laboratorio de Neurofisiología Básica de Instituto de Medicina Experimental de esa misma

Universidad. En el 2005, le fue otorgado el Premio del Fondo Pro-Salud de la Cámara de Fabricantes de Cerveza por su trabajo sobre Estandarización de Pruebas Cognitivas en Población Venezolana. En el período 2010-2013, ejerció como director adjunto de la Dirección de Salud de la Alcaldía del municipio Sucre. Desde diciembre 2013, es el presidente del IMCAS adscrito a la Alcaldía del municipio Chacao.



Giuseppa Quinci Q.
**Directora de Atención
Médica y responsable del
Programa Prevención y
Control de Hipertensión
Arterial y Diabetes Mellitus**

Médico cirujano (UCV) con posgrado en Medicina Interna (Hospital Domingo Luciani). Cuenta con estudios de Posgrado en ICTUS-Cerebro-vascular (Hospital Domingo Luciani). Diplomado en Salud Ocupacional (Avepane). Curso de Especialización en Cuidado Avanzado de Heridas (J&J) y otros cursos de especialización. Fue cofundadora del

Centro Médico Comunitario de la Iglesia (Cumaná-Edo Sucre-1996) y Asesora en Cuidado de Heridas para Centros Hospitalarios del Sistema Nacional de Salud (J&J). Así mismo, desempeña funciones de médico especialista asesor en auditorías para el Fondo para la Normalización y Certificación de la Calidad, en el área de servicios médicos (Fondonorma).

En 1998, ingresa en el IMCAS como médico en la Sede de Emergencias, luego nombrada médico especialista en consulta externa del Ambulatorio de Chacao. En el año 2005 regresa a Emergencias como médico especialista jefe de Emergencias. En 2009 pasa a ser coordinadora de la Emergencia, cargo que ocupa hasta diciembre de 2013, cuando es designada directora de Gestión Médica de la Institución.



Amalia García E.
**Directora de Epidemiología
y Programas y responsable
del Programa Planificación
Familiar**

Médico cirujano (UCV) con

posgrado en Obstetricia y Ginecología (Hospital General del Oeste «Dr. José Gregorio Hernández»). Miembro principal de la Junta Directiva del Concejo Municipal de Derechos del Niño, Niñas y Adolescente desde enero 2014. Ha realizado varios cursos de especialización y actualización, entre ellos el de Ciencias Endoscópicas, y estudios de especialización de gerencia en Servicios Asistenciales de Salud (UCAB). Ingresa a la Alcaldía del municipio Chacao en el año 1992, como jefe de los Servicios Médicos de la Policía Municipal de Chacao. En el año 2000 pasa a formar parte de los recursos médicos del IMCAS y con posterioridad, en el año 2003, es nombrada coordinadora del Centro de Especialidades Delta. En el año 2014, es designada para presidir la Dirección de Epidemiología y Programas de esta institución.



Félix Marín F.
**Responsable del
Programa Control de Niño,
Niña y Adolescente Sano**

Médico cirujano (UCV), con posgrado en Puericultura y Pediatría, en (HJMT).

Desempeñó cargos en el anterior Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS) y fue pediatra adjunto al Servicio Médico de la Fiscalía General de la República por diez (10) años. Ingreso al IMCAS en el año 2005 como pediatra en el Ambulatorio Bucaral, y es coordinador del citado Ambulatorio a partir del año 2009, hasta la fecha actual.



Magaly Gutiérrez O.
**Responsable del
Programa Salud Escolar**

Médico cirujano (Universidad del Zulia) con curso medio de Salud Pública mención Administración Sanitaria (UCV). Especialista en Pediatría y Puericultura (UCV, Hospital Pediátrico Dr. Elías Toro del IVSS). Entre los años 2009 y 2014 prestó sus servicios como médico adjunto en el citado Hospital y fue colaborador docente del posgrado de Pediatría y Puericultura que allí se imparte. En el año 2010, ingresa al IMCAS como

médico especialista, en la sede de emergencias hasta el 2012. En febrero del año 2014 es nombrada coordinadora del Ambulatorio Chacao, cargo que ejerce hasta el presente.



Geraldine Díaz
**Responsable del
Programa Salud Bucal Escolar**

Odontólogo egresada de la UCV en 1998. Se inició como odontólogo en el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS) y desde allí se ha mantenido en el sector de la atención pública.

Ingresó en el IMCAS en el año 2003 como odontólogo general e infantil, cargo que ejerce hasta el año 2014, cuando asume la Dirección de Odontología de este instituto. Como responsable de estos servicios le corresponde supervisar y coordinar al grupo de especialistas, odontólogos e higienistas que prestan su servicio a la comunidad, en las consultas de los diferentes ambulatorios de la red y en las unidades móviles odontológicas

**Eugenio Sekler****Responsable del Programa****Consulta Joven**

Médico cirujano con especialidad en Ginecología y Obstetricia (UCV, Maternidad Concepción Palacios). Así mismo, cuenta con un diplomado en Salud Sexual y Reproductiva Adolescente, Universidad Simón Bolívar y la ONG Avesa. Trabaja en Salud Chacao desde el año 2002, actividad que comparte con el ejercicio privado de la profesión.

estudios de especialización en histeroscopia del Instituto Europeo de Ciencias Endoscópicas. Entre los años 2001 y 2004 trabajó en el Hospital General del Oeste como médico especialista en obstetricia y ginecología. Desde el año 2001 y hasta el presente, es médico especialista del Sistema Integral de Salud de la Universidad José María Vargas. En 2001 se incorpora al equipo del IMCAS donde, en el período 2004-2013, coordina el Ambulatorio Dr. Guillermo Hernández Zozaya. En la actualidad está a cargo del Centro de Especialidades Los Palos Grandes.

como médico ginecólogo desde el año 2002.

**Vincent Guida****Responsable del Programa****Seno Chacao**

Médico cirujano (UCV) con posgrado en Cirugía General (Cruz Roja de Venezuela). Cuenta con maestrías en Patología Mamaria (Universidad de Barcelona, España) y Ecografía Senológica (Escuela Italiana de Senología). Además ha cursado otros posgrados y cursos de especialización. Ha presentado trabajos en congresos nacionales e internacionales. Cuenta con varias publicaciones en los temas de su especialidad. Se incorpora al equipo del IMCAS desde el año 2002 y desde el 2006 coordina el Programa de Pesquisa Cáncer de Mama (Seno Chacao).

**Paula Cortiñas S.****Responsable del Programa****Prevención y Control del Cáncer de Cuello Uterino**

Médico cirujano (UCV) con posgrado de Ginecología y Reproducción Humana del Hospital Carlos J. Bello de la Cruz Roja Venezolana y MgSc en Biología de la Reproducción Humana (Instituto Venezolano de Investigaciones Científicas, IVIC). Forma parte del IMCAS

**Liliana Briceño D.****Responsable del Programa****Atención a la Embarazada y Puérpera**

Médico cirujano (UCV) con posgrado en Obstetricia y Ginecología en la Maternidad Concepción Palacios, con

**Ilva Campagna****Responsable del Programa****Función y Cognición**

Licenciada en Psicología y Especialista en Psicología Clínica (UCV). Psicólogo adscrito a la Facultad de Medicina, Servicio de Neurología de la Universidad Central de Venezuela. Fundadora y coordinadora de la Unidad de Neuropsicología del Servicio de Neurología del Hospital Universitario de Caracas y del Fellowship en Neuropsicología Clínica de esa misma institución. Creadora del Programa Función y Cognición del IMCAS en 2014.

**Xiorella Mazzarella P.****Responsable del Programa****Integral para la Atención a las Adicciones (PIAAD)**

Médico cirujano especialista

en Psiquiatra (UCV) con doctorado en Ciencias Médicas de la Universidad del Zulia. Desde 1994 hasta el presente ha desempeñado cargos de médico especialista en el Hospital Psiquiátrico de Caracas y en la actualidad es jefe de Servicio de Hospitalización N° 3 y colaborador docente, jurado y tutora de Trabajo Especial de Grado (TEG) en el posgrado de Psiquiatra y Psicología Clínica y Comunitaria.

Es miembro honorario de la Asociación Psiquiátrica de América Latina desde 2009 y Miembro Fundador de la Asociación Latino Iberoamericana de Psiquiatría desde 2014. Coordinadora general del diplomado en tratamiento de las adicciones.

Cuenta con varias publicaciones en revistas médicas nacionales e internacionales y es autora de capítulos de libros en materia de patología dual y trastorno bipolar. Así mismo, ha sido conferencista en congresos nacionales e internacionales.

Ingresa al IMCAS como coordinador médico del Centro Techo Salud Chacao en el año 2014 y es coordinadora general del diplomado en Tratamiento en Adicciones que adelanta esta institución.

**Patricia Bonilla****Responsable del Programa****Cuidados Paliativos**

Médico cirujano y anestesiólogo (UCV). Especialista en medicina del dolor y cuidados paliativos, egresada del Hospital Militar Carlos Arvelo. Entrenamiento de cuidados paliativos (Cancerológico de Bogotá) y en gerencia de cuidados paliativos (Extremadura, España). Diplomado en Bioética (UCV).

Coordinadora del Subprograma Nacional de Cuidado Paliativo de la Dirección de Oncología del Ministerio del Poder Popular para la Salud. Es jefe del Servicio de Medicina Paliativa del Instituto Oncológico Dr. Luis Razetti y jefe del posgrado de Medicina Paliativa de la misma institución. Es expresidente y fundadora de la Sociedad Venezolana de Medicina Paliativa y expresidente de la Asociación Venezolana para el Estudio del Dolor. Cuenta con varias publicaciones y artículos presentados en congresos nacionales e internacionales, además de publicaciones en revistas

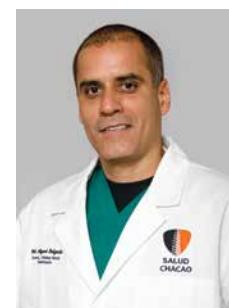
nacionales e internacionales. En el año 2014, impulsa la creación del Programa de Cuidados Paliativos en el IMCAS.



José Rafael González Viso

Responsable del Programa Contraloría e Inspecciones Sanitarias de Expendios Ambulantes

Médico cirujano con posgrado de Cirugía General (UCV). Cuenta con una especialización en la temática sanitaria asociada al procesamiento de alimentos (Organización Mundial de Comercio, Taiwán, 2005). Forma parte del equipo del IMCAS desde el año 1995, donde ha desempeñado varios cargos: médico especialista área de Emergencias (1995-2000); médico coordinador; jefe del área de Emergencias (2000-2004); y médico adjunto al Servicio Médico de la Policía Municipal de Chacao (1996-2014). En la actualidad es médico coordinador del Ambulatorio Bello Campo, cargo que ejerce desde el año 2004, y profesor de la Cátedra Primeros Auxilios de la Academia de la Policía Municipal de Chacao.



Miguel Delgado

Responsable del Programa Protección a la Salud Animal

Médico veterinario (UCV). Forma parte del equipo del IMCAS desde el año 2002. Actualmente, es el coordinador del Programa de Protección a la Salud Animal, cargo que ejerce desde el año 2007.



Iveth Durán

Responsable del Programa Ampliado de Inmunizaciones

Licenciada en Enfermería (UCV) con diplomado de Gerencia en Centros de Salud (Universidad Alejandro de Humboldt). Ingresa en el IMCAS en el año 2006, para cumplir funciones asistenciales y administrativas en los ambulatorios Bello Campo, Altamira y en la sede de la institución.

En el año 2007, es nombrada coordinadora del Departamento de Epidemiología, donde se encarga del control de la morbilidad del municipio, entre otros. En el año 2015, es designada directora de Enfermería del IMCAS. Ha hecho diversos cursos de especialización relacionados con su área.



Yury Pier Martins

Responsable del Programa Promoción de Salud

Licenciada en Trabajo Social (UCV). Especialista en Planificación, Desarrollo y Gestión de Proyectos (Universidad Monteávila). Forma parte del equipo del IMCAS desde el año 2013, cuando se inició como trabajadora social adscrita al Ambulatorio de Especialidades Delta. En el año 2014, pasa a formar parte de la Dirección de Epidemiología y Programas y asume la responsabilidad de estar al frente del Programa de Promoción a la Salud.

Sedes IMCAS

Sede Administrativa

Final Av. Ávila,
Edificio Salud Chacao, piso 2 y
3, Urbanización Bello Campo
Teléfono: (0212) 414.59.14 /
414.84.51

Horario: Lunes a viernes de
8:00-12:00 y 1:00-5:00 pm

Teléfonos: (0212) 952.37.39 /
952.00.62

Ambulatorio Altamira

4^a avenida con Av. Henrique Benaim Pinto (Diagonal a la Clínica El Ávila),
Urbanización Altamira
Horario: Lunes a viernes de
7:00-12:00 y 1:00-5:00 pm
Teléfono: (0212) 263.86.96

Ambulatorio Bello Campo

Avenida Santa Ana

sector La Cruz,
Urbanización Bello Campo.

Horario: Lunes a viernes de
7:00-12:00 y 1:00-5:00 pm

Teléfonos: (0212) 267.37.64 /
514.39.91

Ambulatorio Bucaral

4^a Transversal de La
Castellana, Sector Bucaral

Horario: Lunes a viernes de
7:30-12:00 y 12:30-4:30 pm

Teléfono: (0212) 263.20.16

Ambulatorio Chacao

Avenida Mohedano,
Edificio Naral, frente
a la Plaza Bolívar de Chacao

Horario: Lunes a viernes de
7:00-12:00 y 1:00-5:00 pm

Teléfonos: (0212) 263.93.51 /
264.72.64

Centro de

Especialidades Delta

Torre Delta de Chacao,
Av. El Parque, cruce con
calle Santa Lucía,
Urbanización El Bosque.

Horario: Lunes a viernes de
8:00-12:00 y 1:00-5:00 pm

Teléfonos: (0212) 952.37.39 /
952.00.62

Centro Techo Salud Chacao

Calle Los Ángeles,
galpón 3, Urb. Estado Leal,
Zona Industrial, Chacao

Teléfono: (0212) 264.47.74



SALUD
CHACAO

**MANUAL DE
PROGRAMAS DE
SALUD CHACAO**

Editado por el Instituto
Municipal de Cooperación
Atención a la Salud-IMCAS
G-20005020-9

**Responsables técnicos y
editoriales del documento**

Haydée García V.
Amalia García E.

Colaboradores

Joe Ercolino
Director Tecnología de
Información y Comunicación
Lisbeth Carrera
Directora de
Planificación, Presupuesto
y Control de Gestión
Ruth Lobo
Jefe del Departamento de
Planificación y Control de Gestión
Jorge Luis Díaz
CONVITE AC

Fotografía

Jimmy Villalta

Corrección

Alberto Márquez

Diseño

ABV Taller de Diseño

Carolina Arnal

Daniela Alcalá

Asistente de diseño

Calibración fotográfica

Intermedia

Denis Frank

Impresión

Gráficas Acea



