

FUNDAMENTOS DE LAS NORMAS DE LOS PROGRAMAS DE SALUD

2012



**MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD
VICEMINISTERIO DE REDES DE SALUD COLECTIVA
DIRECCIÓN GENERAL DE PROGRAMAS DE SALUD**

FUNDAMENTOS DE LAS NORMAS DE LOS PROGRAMAS DE SALUD

NOVIEMBRE 2012

DIRECTORIO

MINISTRA DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD

Dra. Eugenia Sader

VICEMINISTRA REDES DE SALUD COLECTIVA

Dra. Miriam Morales

DIRECTOR GENERAL DE PROGRAMAS DE SALUD

Dr. Alexis Guilarte

ASESORAMIENTO METODOLÓGICO Y REDACCIÓN

Dra. Alcida Pérez

Lic. Freddy Mejía

PUBLICACIÓN REALIZADA POR

Dirección General de Investigación y Educación. Viceministerio de Recursos para la Salud. MPPS.

DIAGRAMACIÓN Y DISEÑO

TSU Guillermo Gómez Tovar. Dirección General de Programas de Salud. MPPS.

CONTENIDO

CAPITULO I	
Programa Integrado Salud Sexual y Reproductiva, Niños, Niñas y Adolescentes, Lactancia Materna y Alimentación del Niño Pequeño, Prevención y Control de Enfermedades Heredo-Metabólicas	1
CAPITULO II	25
Programa de Fibrosis Quística	
CAPITULO III	41
Programa Antitabáquico	
CAPITULO IV	59
Programa de Salud Cardiovascular	
CAPITULO V	75
Programa de Prevención y Control del Cáncer	
CAPITULO VI	95
Programa de Salud Endocrino Metabólica	
CAPITULO VII	117
Programa de Salud Renal	
CAPITULO VIII	133
Programa de Salud Visual	
CAPITULO IX	155
Programa de Prevención y Control de Enfermedades del Sistema Músculo-Esquelético	
CAPITULO X	171
Programa de Salud Bucal	
CAPITULO XI	193
Programa de Salud Mental y Adicciones	
CAPITULO XII	217
Programa de Prevención de Accidentes y Hechos Violentos	
CAPITULO XIII	233
Programa de ITS/VIH-Sida	
CAPITULO XIV	251
Programa de Salud Respiratoria	
CAPITULO XV	269
Programa de Donación y Trasplantes de Órganos y Tejidos	
CAPITULO XVI	285
Programa de Bancos De Sangre	

PREAMBULO

El trabajo de una Dirección implica cumplir con ciertos requisitos que permitan su cabal desempeño a nivel de la población, destino final y razón de ser de su existencia. Su organización debe basarse en una estructura y funcionamiento, coherentes con estas finalidades.

La Legislación, es decir el Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud de 2006, estableció la creación de la Dirección General de Programas de Salud (DGPS), dentro del Viceministerio de Redes de Salud Colectiva. Esta Dirección, conformada por cinco Direcciones de Línea, agrupa 18 Programas de Salud en Proyectos Interprogramáticos, que cumplen con los objetivos primordiales de Promoción de la Salud y Prevención, y Control de enfermedades prevalentes priorizadas por el Estado, dada su relevancia e impacto en la salud poblacional.

Para su correcto funcionamiento, la Dirección definió sus Procesos Medulares, los cuales deberían servir de fundamento para su reestructuración, en concordancia con el Decreto Presidencial 6.732 del 02 de junio de 2009 "Sobre la organización y funcionamiento de la Administración Pública Nacional".

Si bien esto es cierto, no lo es menos el hecho de que los Programas de Salud bajo la DGPS, durante mucho tiempo, han venido trabajando bajo una estructura un tanto informal, independientes unos de otros, sin la visión de equipo de trabajo. Esto obligó a la Dirección, desde el 2010, a realizar la revisión y actualización de las Normas de los Programas de Salud.

Para ello, el Director General, Dr. Alexis Guilarte, solicitó desde mediados de Enero de 2011 a los coordinadores de los diferentes programas trabajar en esta revisión y actualización de las Normas. Envío a los 18 Programas de Salud las reglas de juego para ejecutar esta directriz, considerando como Referencia el documento del curso intensivo de Programación en Salud del Dr. Javier Segura Del Pozo; acto seguido les remitió una guía metodológica para hacer la actualización. A finales de febrero se recibió la primera respuesta. Estas respuestas, en algunos casos se limitaron a enviar lo existente sin cambios, en otros pocos hicieron un intento de actualización ajustándose a la Guía. Por último, los restantes hicieron desarrollos libres de lo que suponían debía ser esta tarea.

Dada la complejidad práctica puesta en evidencia con los primeros resultados, en julio de 2011, el Director General contrata como asesora a la Dra. Alcida Pérez, para conducir específicamente este proceso, tanto en sus aspectos teórico-filosóficos como en los protocolos de atención, con énfasis en el Primer Nivel de Atención.

Se comenzó la asesoría con el concurso de las coordinaciones de los 18 Programas de Salud, con las cuales se revisaron los documentos entregados. La visión tan disímil de los procesos de programación, pese al intento del Director General de unificar criterios con el curso de Segura Del Pozo, llevó a rediseñar la Guía Metodológica, haciéndola más didáctica. Asimismo, se consideró que debía fortalecerse el trabajo de asesoría, decidiéndose la incorporación del Lic. Freddy Mejía en esta responsabilidad desde el mes de septiembre de 2011.

El nuevo equipo asesor, después de un mes de labor, decide crear una matriz de trabajo que permitiera incluir todos los aspectos fundamentales a considerar en cada Programa y se incrementaron las tareas de revisión, corrección y redacción, para luego ir consensuando con cada uno de los 18 Programas de Salud.

Esta matriz contempla los siguientes aspectos:

- Introducción
- Base legal
- Justificación
- Objetivos
 - Objetivo general
 - Objetivos específicos
- Estrategias
- Metas
- Población objeto
- Campo de aplicación
- Estructura del programa
- Actividades según niveles de atención
- Disposiciones Generales
- Parámetros de programación, rendimiento y evaluación
- Glosario
- Bibliografía

En marzo de 2012, se concluyó la redacción y consenso con los 18 Programas de Salud de los lineamientos teórico-filosóficos, que consideramos como base para la discusión que cada Programa de Salud debería realizar con expertos de cada área para validar la información, previa a la publicación y difusión en el país como la Norma Oficial de los Programas de Salud adscritos a esta Dirección.

Dada la relevancia que se ha dado a la atención en el Primer Nivel se consideró que el documento debía ser considerado y discutido posteriormente, desde la perspectiva de los servicios que ejecutan estos Programas, con el concurso del Viceministerio de Redes de Servicios de Salud.

Debemos advertir al lector que en tres casos se hicieron propuestas de reorganización de algunos Programas, a saber:

- A los programas de Materno-Infantil (Salud Sexual y Reproductiva, Niños, Niñas y Adolescentes y Lactancia Materna) se les incorporó un componente de Enfermedades Heredo-Metabólicas, diseñando un Programa Integrado más cónsono o coherente con los ciclos de la vida.
- En el caso del Programa de Prevención y Control de Cáncer, se integró en una Norma General los aspectos comunes a los diferentes componentes, los cuales se han manejado hasta la fecha como compartimientos estancos en Sub-Programas.
- En el Programa conocido como de Enfermedades Reumáticas, se propuso ampliar su población objeto no sólo a la Artritis Reumatoide, de manejo más clínico, hacia el espectro que la Epidemiología nos describe como prevalentes desde el Primer Nivel de Atención, es decir, los trastornos músculo-esqueléticos en general.

En virtud de no haberse recabado y discutido la información en su totalidad con cada programa se decidió dividir el documento denominado Norma Oficial de los Programas de Salud, en tres (3) volúmenes:

Volumen I: Bases conceptuales

- a. Introducción
- b. Base legal
- c. Justificación
- d. Objetivos
 - i. Objetivo general
 - ii. Objetivos específicos
- e. Estrategias
- f. Población objeto
- g. Campo de aplicación
- h. Estructura del programa
- i. Actividades según niveles de atención
- j. Disposiciones Generales

Volumen II: Parámetros de programación, rendimiento y evaluación

Volumen III: Guía práctica para la Atención en el 1° Nivel de Atención

Lo que hoy se presenta corresponde al Volumen I, es decir, las Bases Conceptuales de la Norma Oficial de los Programas que funcionan en la Dirección General de Programas de Salud, del Ministerio del Poder Popular para la Salud. En ello se podrá apreciar un desarrollo desigual en la elaboración, lo cual corresponde a la dinámica real que se evidenció.

Mediante su implementación esperamos avanzar en la mejora del Modo, las Condiciones y los Estilos de Vida de la población venezolana.

El Equipo Asesor.

CAPÍTULO I

**PROGRAMA INTEGRADO: SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES,
LACTANCIA MATERNA Y ALIMENTACIÓN DEL NIÑO PEQUEÑO,
PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES HEREDO-METABÓLICAS**

EQUIPO RESPONSABLE DE ESTE CAPÍTULO

DIRECTOR (E) DE ATENCIÓN A LA MADRE, NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES

Dr. Dámaso Castellanos P.

COORDINADOR NACIONAL DEL PROGRAMA DE SALUD DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES

Dra. Sandra Gudiño Tovar

- Áreas de Salud de Niños, Niñas Dra. Sandra J. Gudiño Tovar
- Área de Salud de los y las Adolescentes Lic. Mirna Múcura

COORDINADOR NACIONAL DEL PROGRAMA DE LACTANCIA MATERNA

Lic. Yadira Rodríguez

COORDINADOR NACIONAL DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES HEREDOMETABÓLICAS .

Dra. Carmen Guédez

COORDINADOR NACIONAL DEL PROGRAMA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Dr. Dámaso Castellanos P.

INTRODUCCIÓN

Entendida la salud como un producto social, el término de atención integral en salud y desarrollo humano, denomina un aspecto clave de la salud integral y áreas de fundamental importancia que inciden directamente en los patrones de crecimiento poblacional y en la disminución de inequidades, garantizando el desarrollo humano y social, a través del fortalecimiento de actividades como las relacionadas a la Salud Sexual y Reproductiva (SSR), Lactancia Materna, Atención a Niños, Niñas, Adolescentes (NNA) y Atención a la población con Enfermedades Heredo Metabólicas.

La Política Nacional de Salud de la **DIRECCION DE SALUD, GENERO Y REPRODUCCION HUMANA** persigue alcanzar la cobertura universal con equidad en acciones y servicios integrales, educativos, preventivos, restauradores, rehabilitadores y/o de protección social, dirigidos a preservar la salud de las poblaciones de mujeres y hombres, en todo su ciclo de vida en las áreas de Salud Sexual y Reproductiva, Niños, Niñas y Adolescentes y Lactancia Materna, en todos los niveles que integran las redes de atención en salud, a través de la articulación de respuestas sanitarias, sociales, comunitarias y de promoción de corresponsabilidad social, etnias y pueblos indígenas, territorios y clases sociales.

El Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS) en su afán de mantener actualizado los programas de salud se ha propuesto hacer la revisión y elaboración de nuevos instrumentos normativos con el fin de ajustarlos al marco jurídico actual, al contexto político e institucional y adaptarlos a las necesidades reales de la atención integral con enfoque de género, ciclo de vida, haciendo énfasis en la Atención Primaria de Salud (APS) y respondiendo a la consolidación del Sistema Público Nacional de Salud (SPNS), a través de la integración de los programas de SSR, NNA, Lactancia Materna y Prevención y control de las Enfermedades Heredo Metabólicas.

El presente instrumento pretende impulsar una transformación en la gestión en salud, y en particular en los programas y servicios del área, dirigidos a construir una integralidad a través de una política pública transectorial, reorientar las ofertas para satisfacer las necesidades asociadas a la SSR, NNA, Lactancia Materna y las enfermedades heredo metabólicas, fortaleciendo las redes de atención e incorporando las redes sociales, a través de la participación protagónica y corresponsabilidad de los ciudadanos y ciudadanas, para constituir la plataforma que garantice el pleno ejercicio de los derechos a la salud.

BASE LEGAL**MARCO JURIDICO INTERNACIONAL**

- Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948)
- Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1976)
- Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (1979)
- Convención Internacional sobre los Derechos del Niño (1989).
- Cumbre Mundial de la Infancia (1990)
- Conferencia Mundial de Derechos Humanos (1993)
- Declaración sobre la Eliminación de la Violencia Contra la Mujer (1993)
- Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (1994)
- Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer. Convención de Belem Do Pará (1994)
- IV Conferencia Regional sobre la Integración de la Mujer en el Desarrollo Económico y Social de América Latina y El Caribe (1994).
- Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la violencia contra la Mujer (Belem Do Pará, 1994)
- IV Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995).

MARCO JURIDICO NACIONAL**Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999)**

- **Artículo 83** establece que la salud es un *DERECHO SOCIAL* fundamental, parte del Derecho a la Vida.
- **Artículo 84** ordena la creación de un SISTEMA PÚBLICO NACIONAL DE SALUD, bajo la rectoría del Ministerio de Salud, el cual será de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad.
- **Artículo 85** expresa que el financiamiento del sistema público nacional de salud es obligación del Estado.
- **Artículo 86** establece que toda persona tiene derecho a la seguridad social como servicio público de carácter no lucrativo, que garantice la salud y asegure protección en diferentes contingencias.
- **Artículo 122** reconoce el derecho de los pueblos indígenas a una salud integral que considere sus prácticas y culturas.

Igualmente, la CRBV reconoce como derechos un conjunto de determinantes de la salud, como es el derecho a la educación, nutrición, vivienda, cultura, trabajo, entre otras.

Ley Orgánica de Salud año 1998 Artículo 31.

Establecen los estatutos, funciones y atribuciones del Ministerio de Salud, así como los derechos y deberes de los beneficiarios de los servicios de salud.

Capítulo II, Artículo 31: La educación para la salud es parte fundamental de la estrategia de promoción de salud. Con la participación de la comunidad, el Estado promoverá la cultura por la salud y la vida.

Actualmente en vacatio legis, mientras se discute en la Asamblea Nacional la Ley de Salud de la CRBV (1999).

Plan Estratégico Social de la Nación (2001-2007) Plantea como prioridad la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud, integrando las políticas públicas sociales, la corresponsabilidad ciudadana en los territorios sociales, considerando a la salud como expresión individual y colectiva de calidad de vida y bienestar, producto de los determinantes sociales, tomando en cuenta los derechos y las necesidades sociales así como los territorios, las redes sociales y la contraloría social. También pretendió enfrentar las inequidades de género, etnia, grupos y clases sociales.

Plan Simón Bolívar.2007-2013. En la Directriz de la Suprema Felicidad Social, se propone una estructura social incluyente, y se aspira que todos vivamos en las mejores condiciones posibles. Allí se establece la estrategia “Profundizar la Atención integral en Salud de forma universal”, donde se exponen las políticas de “Fortalecer la Prevención y Control de Enfermedades”, así como “Expandir y Consolidar los Servicios de Salud de forma oportuna y gratuita”.

Plan Nacional de Salud 2007-2013/2018 Establece la importancia de los modos y estilos de vida en la carga elevada de mortalidad por enfermedades relacionadas con la atención la madre y niños y niñas. Así mismo se establece el abordaje integral e intersectorial de los diversos problemas de salud para impulsar los cambios en los modos, condiciones y estilos de vida.

Ley Orgánica para la Protección de Niños, Niñas y Adolescentes, actualizada (2007)

Ley de Igualdad de Oportunidades para la Mujer (1993)

Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia 2007

Anteproyecto de Ley Orgánica de Salud (2002).

Ley de Promoción y Protección de la Lactancia Materna (2007),

Ley para la protección de las Familias, la Maternidad y la Paternidad (2007)

Ley de la Juventud

Decreto Ministerial Nº 364 publicado en Gaceta Oficial No. 37 705 de fecha 5 de junio del 2003, publicación de la norma oficial de SSR.

Resolución 1762 del Ministerio de Educación (1996).

Resolución Ministerial Nº 444, el cual tiene por objeto regular, proteger, promover, apoyar e impulsar en todos los establecimientos de salud la Política y Práctica de lactancia materna, como una estrategia por excelencia de calidad de vida y salud que protege los derechos de las niñas, los niños y la mujer.

Gaceta Oficial Nº 38.032 del 22 de septiembre de 2004

Gaceta Oficial Nº 38.002 del 12/08/2004. Resolución Ministerial Nº 405 de Rotulado de Fórmulas Adaptadas para el Lactante y de Alimentos Complementarios para Niños y Niñas Pequeñas

Resolución 1762 del Ministerio de Educación (1996), Mediante la cual las adolescentes embarazadas gozan del derecho de continuar sus estudios en cualquier plantel del país.

ACUERDOS INTERNACIONALES

Durante la última década se han producido avances notables respecto al reconocimiento de la salud sexual y reproductiva como un campo de la salud que amerita especial atención, en virtud de los impactos que ocasiona en el desarrollo de la población y en su calidad de vida.

Entre los acuerdos internacionales de mayor relevancia destacan los siguientes:

- Programa Regional de Acciones para el Desarrollo de la Juventud de América Latina (PRADJAL, 1995 – 2000).
- Medidas Clave para Seguir Ejecutando el Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (Cairo +5, N.Y. 1999)
- Mujer 2000: Equidad de géneros, desarrollo y paz para el siglo XXI (Beijing +5)
- Creación del Comité Sub regional Andino para la Prevención del embarazo en Adolescentes. Organismo Andino de Naciones, a través del Convenio Hipólito Unanue y el apoyo del UNFPA crea Resolución REMSA XXVIII/ 437.

Como resultado de los diversos acuerdos internacionales, los Derechos Sexuales y Reproductivos se han incorporado como parte de los Derechos Humanos para garantizar el ejercicio del derecho a la salud de sus habitantes.

JUSTIFICACIÓN

Desde la creación del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (1936), con la creación de la Dirección Materno-Infantil, se tuvo la visión integradora de todo lo que está involucrado en el proceso de desarrollo del ser humano, desde antes de nacer, como ser sexuado y perpetuar la especie humana, así como el reconocimiento del binomio madre-hijo, y la necesidad de abordar integralmente la atención del niño (a) desde su nacimiento hasta la pubertad.

A partir de la década de los 80s, se comenzaron a desarrollar esfuerzos institucionales y luchas sociales a favor la equidad de género, los derechos sexuales y reproductivos, aunados a otros derechos de la población infantil y adolescente. No obstante, los cambios en las políticas gubernamentales no han ido a la par de las exigencias sociales que estos temas conllevan.

Los cambios en el marco jurídico, producto de la Constitución de 1999, marcan un viraje radical en los programas de salud, planteándose nuevos enfoques hacia la visión integral del ser humano, visto desde un contexto bio-psicosocial, político y cultural que incide en su proceso de salud-enfermedad.

Se plantea entonces la importancia de incorporar el enfoque de equidad de género, Derechos Humanos (sexuales y reproductivos) y ciclo de vida a la norma de Salud Sexual y Reproductiva del año 2000, y se incorporan lineamientos estratégicos para la Promoción y el Desarrollo de la Salud Integral de los y las Adolescentes de Venezuela,

Entre los años 1999 y 2000, con la instalación del Comité Nacional de Prevención y Control de la Mortalidad Materna e Infantil, dependiente del Viceministro de Salud, instancia intersectorial y multidisciplinaria, se diseñó y ejecutó el Plan Nacional de Prevención y Control de la Mortalidad Materna e Infantil, para llevar un sistema de registro e investigación de las muertes, evaluación de las condiciones de eficiencia de los establecimientos en la atención al parto, calidad de atención de las emergencias obstétricas y neonatales, calidad de atención de las emergencias infantiles, atención primaria integral en la infancia y promoción de las casas comunitarias de salud.

Con la transferencia, para el año 2000 de la Secretaría Ejecutiva de la Comisión Nacional para la Prevención del Embarazo Precoz al Ministerio de Salud y Desarrollo Social, se implementan de modo consecutivo, el Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva y luego, el Programa Nacional de Niños, Niñas y Adolescentes, en sustitución del Programa Materno-Infantil, se crea entonces, una plataforma programática para la aplicación de la Legislación Nacional e Internacional vigente de Salud Sexual y Reproductiva y Atención en Salud a Niños, Niñas y Adolescentes, en el marco de los objetivos de Desarrollo

del Milenio. Ambos programas, íntimamente relacionados, son adscritos desde Diciembre 2004, a la Dirección General de Programas, dependiente del Viceministro de Salud Colectiva.

Paralelamente, desde los años 90 se ha fortalecido más este nexo de hecho al considerarse la importancia de fomentar la lactancia materna como una de las prácticas que inciden, de forma directa, en la protección de la vida y la salud infantil.

En el año 2011, en el marco de la reestructuración impulsada por la Dirección General de Programas de Salud, se ha propuesto ampliar las competencias de la atención integral a niños y niñas incluyéndose la atención a las enfermedades Heredometabólicas, las cuales deben ser detectadas al comienzo de la vida, para prevenir graves consecuencias en el crecimiento y desarrollo de esta población.

Con el nuevo milenio, se han profundizado estos horizontes, intensificándose acciones para la protección, promoción, y apoyo a la lactancia materna, alimentación y nutrición de la madre y del niño pequeño, como estrategia articulada con los Programas de Atención Materna, Salud Sexual y Reproductiva y Atención a Niños, Niñas y Adolescentes, partiendo del principio de la provisión de condiciones mínimas de salud, de seguridad familiar y psicológica, de educación, así como estrategias para el fortalecimiento y desarrollo familiar.

Se puede apreciar una tendencia a la visión integradora de la atención de los seres humanos respondiendo al derecho a la salud, con enfoque de género, protección del binomio madre-hijo y desarrollo de niños, niñas y adolescentes como producto de la dinámica de los problemas sociales existentes.

El país entró en el nuevo milenio confrontando importantes problemas de salud pública, dentro del tema que nos ocupa, destacándose:

- Embarazo en adolescentes.
- Mortalidad Materna e Infantil.
- Incremento significativo en el número de niños, niñas, adolescentes y jóvenes, víctimas de abuso y explotación sexual, de la violencia doméstica y sexual, ITS y VIH-SIDA entre otros.
- Déficit de Lactancia Materna como prioridad nutricional infantil ya que en Venezuela, solamente 3 de cada 10 niños y niñas son amamantados los primeros seis meses de vida.

Se ha evidenciado como determinantes de estos problemas causas diversas: biológicas, sociales y de servicios, los cuales ameritan el concurso no solamente del sector salud sino de todos los sectores involucrados en el desarrollo humano, de importancia trascendental en el abordaje y control de estos problemas de los ciudadanos y ciudadanas de Venezuela.

Detallando algo estos determinantes apreciamos, entre los biológicos, factores maternos y fetales; sociales, como los relacionados con las condiciones de vida, pobreza, hacinamiento, nivel de instrucción de la madre, exclusión Social y falta de conocimiento de los cuidados propios del embarazo y recién nacido.

Pero para el sector salud son de suprema importancia los determinantes dados por los problemas en los servicios como son:

1. Existencia de barreras de acceso a los establecimientos de salud y poca capacidad resolutive de los mismos
2. Incumplimiento de las normas esenciales de atención en salud sexual y reproductiva, lactancia materna, niños, niñas y adolescentes y enfermedades heredo metabólicas
3. Déficit de recursos humanos capacitados / actualizados adecuadamente para la atención en salud a la población
4. Fallas en el sistema de red de atención obstétrica e infantil, para garantizar el cumplimiento del sistema de referencia y Contrareferencia con falta de integración de consultorios y centros diagnósticos en las acciones del programa.
5. Déficit en el cumplimiento de la estrategia de la Promoción de la Lactancia materna en los servicios de salud.

Aunque de manera separada se han mostrado logros en el abordaje integral de estas problemáticas, las tendencias muestran un hilo conductor de causalidades, base legal, tendencias integradoras derivadas de la vida humana y su acción, que ha llevado al replanteamiento de la Norma de los programas involucrados y la formalización de las misma en toda la red de atención en salud, haciendo énfasis en que el ciclo de vida comienza con el hombre y la mujer con visión y prácticas de género y que ameritan atención y cuidado durante todo el curso de la vida.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Garantizar la atención en salud integral y desarrollo humano de la población por ciclo de vida (infancia, adolescencia, adultez, adulto/a mayor), enmarcada en la promoción de la salud y prevención de enfermedades, satisfaciendo las necesidades en cada etapa del desarrollo, con énfasis en una maternidad sana y el fortaleciendo el binomio madre-hijo (a), incorporando al padre como factor importante de este proceso, promoviendo la lactancia materna, la alimentación adecuada de la madre, del niño, niña y adolescente, con una orientación y atención apropiada en salud sexual y reproductiva, con la participación protagónica y corresponsabilidad de la familia y la comunidad, a fin de garantizar la calidad de vida y el desarrollo humano.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Disminuir la mortalidad materna, con prioridad en las regiones con mayor incidencia y número de defunciones.
- Disminuir la mortalidad neonatal e infantil en menores de 5 años y prevenir el desarrollo de enfermedades derivadas de defectos innatos del metabolismo a través de la pesquisa neonatal.
- Fortalecer las políticas de promoción de la salud integral y desarrollo humano con visión de género, actuando sobre las condiciones y estilos de vida.
- Generar acciones para garantizar la equidad en el acceso de los servicios de salud tomando en cuenta los determinantes sociales de la salud.
- Implementar estrategias de difusión, educación y comunicación masivas, incorporando las organizaciones del Poder Popular, el equipo de salud y los otros actores de la política pública para generar conocimientos en la población venezolana, sobre sexualidad humana plena, desarrollo de una maternidad sana, lactancia materna y cuidados de niños, niña y adolescente en todo el ciclo de la vida.
- Coordinar a través de la Dirección de Docencia e Investigación del MPPS la revisión del diseño curricular de educación universitaria del personal de salud, para la incorporación de contenidos de la Norma integrada de Atención en Salud Sexual y Reproductiva, Niños, Niñas y Adolescentes, Lactancia Materna y Prevención y Control de Enfermedades Heredo Metabólicas.
- Coordinar, a través, de la Dirección de Docencia e Investigación del MPPS la capacitación/actualización en el Programa, a todo el personal de los diferentes niveles de atención y a las organizaciones de base vinculadas a estos centros.
- Evaluar y supervisar la atención integral en salud brindada en los diferentes niveles dando prioridad a la APS, así como, el beneficio de la atención médica especializada hasta la rehabilitación, de los diversos programas que componen esta Dirección.
- Consolidar un Sistema de Información oportuno, confiable, y sencillo, que brinde la información generada por todos los actores públicos y privados que sirva de instrumento para definir corresponsabilidades y evaluar la marcha de los programas.
- Impulsar la investigación clínica, epidemiológica y social específica para cada nivel de atención que contribuyan a mejorar la calidad de vida de los distintos territorios sociales.

ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES

Estrategia 1: Promoción para la transformación cultural de modos, condiciones y estilos de vida saludables

Generación de procesos de transformación cultural de modos, condiciones y estilos de vida saludables, mediante la comunicación, información y educación de las comunidades, articulando diversas alianzas para desarrollar la corresponsabilidad en la salud de los individuos y sus diversas agrupaciones en sociedad, con miras a mantenerse sanos, aplicando factores protectores de la vida basados en la evidencia.

Actividades

- Desarrollo de planes de salud intersectoriales dirigidos a la promoción en salud y a la divulgación de conocimientos sobre condiciones y estilos de vida saludables, en las agendas de las organizaciones comunitarias, privilegiando los aspectos relativos a la salud sexual y reproductiva con enfoque de género, lactancia materna, cuidado de niños, niñas y adolescentes y enfermedades heredo metabólicas.
- Implementación de relaciones interinstitucionales con los Ministerios de Educación y Educación Universitaria, para incorporar contenidos y prácticas promocionales sobre condiciones y estilos de vida saludable, salud sexual y reproductiva con enfoque de género, lactancia materna, niños, niñas y adolescentes y enfermedades heredo metabólicas, así como la prevención de las enfermedades propias de la población objetivo de los programas.
- Fortalecimiento de la promoción de la lactancia materna y la alimentación del niño pequeño, así como de la alimentación de la madre, niños, niñas y adolescentes, en conjunto con el MPP para la Alimentación y su Instituto Nacional de Nutrición.

Estrategia 2: Pesquisa para detección oportuna de factores de riesgo y diagnóstico precoz en todos los ciclos de vida

Detección de factores de riesgo y diagnóstico precoz en todos los ciclos de vida, tomando en cuenta las características familiares, sociales y ambientales, siguiendo las normas, pautas y procedimientos establecidos por los diversos Programas en las Redes de Atención, estableciendo las alianzas requeridas para tal fin.

Actividades

- Pesquisa de Factores de riesgos relacionados con la salud y el desarrollo humano en los diversos programas de esta dirección, priorizando el Primer Nivel de Atención, escuelas, comunidades del área de influencia del establecimiento de Atención Primaria.

- Pesquisa pre-concepcional, de embarazadas de bajo y alto riesgo, de recién nacidos con enfermedades heredo-metabólicas (Pesquisa Neonatal) y de otras enfermedades prevalentes en niños, niñas y adolescentes, para su incorporación, manejo y control por parte del programa.

Estrategia 3: Fortalecimiento de las líneas de Atención Médica de las Enfermedades relacionadas con la Salud Sexual y Reproductiva, las Prevalentes de la Infancia- Adolescencia y las Heredometabólicas.

Fortalecimiento de las redes de Atención Médica integral para el diagnóstico y tratamiento oportuno de los pacientes con enfermedades relacionadas con la salud sexual y reproductiva, prevalentes de la infancia y la adolescencia así como las heredo metabólicas, con la participación protagónica de los individuos, familia, comunidad organizada y los equipos de salud del área de influencia del centro, estableciendo las alianzas interprogramáticas e intersectoriales requeridas para la atención integral de estas personas, garantizándoles no solo tratamiento (farmacológico ó no) sino también la atención especializada y hospitalaria hasta llegar a su rehabilitación e incorporación a la sociedad.

Actividades

- Definición en conjunto con el Viceministerio de Redes de Servicios, los recursos necesarios para la ejecución de los Programas en los diferentes niveles de atención de acuerdo con las metas establecidas en las unidades de tiempo.
- Capacitación continua del personal de salud de los niveles de atención, en las pautas y procedimientos de la Norma integrada de Atención en Salud Sexual y Reproductiva, niños, niñas y adolescentes, lactancia materna y prevención y control de enfermedades heredo-metabólicas
- Gestión articulada con las regiones en lo referente la dotación de medicamentos, insumos y equipos de los Programas de acuerdo con las necesidades de la población.
- Monitoreo permanente de la atención en salud en los diferentes niveles de atención de la red.

Estrategia 4: Fortalecimiento del Sistema de Información de Salud del Programa Integrado

Relanzamiento de los mecanismos de Vigilancia Epidemiológica de las Enfermedades priorizadas en los diferentes componentes del Programa de Atención Integral en Salud y Desarrollo humano, para diseñar el Sistema de Vigilancia de Salud Sexual y Reproductiva, Niños, Niñas y Adolescentes, Lactancia Materna y Prevención y Control de Enfermedades Heredo-Metabólicas.

Actividades

- Coordinación de los componentes del Programa de Atención Integral en salud y Desarrollo humano para diseñar el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las enfermedades priorizadas.

- Profundización de las relaciones con Epidemiología, la OTIC y la Dirección de Promoción y Análisis de la DGPS para impulsar los planes de modernización del sistemas de Vigilancia epidemiológica, monitoreo y evaluación del Programa de Atención Integral en salud y Desarrollo humano en sus componentes de: Salud sexual y Reproductiva, Niños, Niñas y Adolescentes, Lactancia Materna y Prevención y Control de Enfermedades Heredo-Metabólicas.

Estrategia 5: Fortalecimiento del Control de la Gestión

Fortalecimiento de la captura y procesamiento de información para el seguimiento y la evaluación de la gestión mediante indicadores de eficiencia, eficacia, efectividad e impacto, de los Programa de esta Norma.

Actividades

- Coordinación con los Programas de Salud que integran esta Norma, para el fortalecimiento integrado de la vigilancia de la gestión de sus programas y planes.
- Seguimiento y evaluación periódicos basado en indicadores de la eficiencia, eficacia, efectividad e impacto de los Programas integrados en esta Norma.

Estrategia 6: Formación de profesionales de la salud en el manejo integral de la Norma Integrada

Fortalecimiento de las competencias en las carreras relacionadas con salud, en la Norma Integrada, en relación a la promoción de estilos y condiciones de vida, prevención y tratamiento de estas enfermedades y su rehabilitación, en coordinación con la Dirección de Investigación y Educación del MPPS y del Ministerio de Educación Universitaria.

Actividades

- Diseño de contenidos curriculares del componente de Salud Sexual y Reproductiva con enfoque de género, Niños, Niñas y Adolescentes, Lactancia Materna y enfermedades heredo metabólicas, bajo el enfoque de Atención Integral en Salud de Género y Desarrollo Humano, en conjunto con la Dirección de Investigación y Educación del MPPS y del Ministerio de Educación Universitaria, para su implementación en las carreras relacionadas con salud.
- Implementación en los contenidos curriculares de los componentes de la Norma Integrada de Atención en Salud Sexual y Reproductiva, Niños, Niñas y Adolescentes, Lactancia Materna y Prevención y Control de Enfermedades Heredo Metabólicas, en las universidades nacionales que dictan carreras en salud, en conjunto con la Dirección de Investigación y Educación del MPPS y del Ministerio de Educación Universitaria.

Estrategia 7: Mejoramiento continuo del personal de salud en servicio en el manejo integral de la Norma Integrada

Mantener un desarrollo continuo de las capacidades y competencias del personal de salud en los servicios, en todos los aspectos de la Norma Integrada de Atención en Salud Sexual y Reproductiva, Niños, niñas y adolescente, Lactancia Materna y Prevención y Control de Enfermedades Heredo metabólicas.

Actividades

- Diseño de un plan de capacitación continua en los servicios, por niveles, por profesiones y funciones, en el área de atención integral en salud y desarrollo humano con todos sus componentes: Salud Sexual y Reproductiva, Niños, Niñas y Adolescentes, Lactancia Materna y Prevención y Control de Enfermedades Heredo Metabólicas bajo el enfoque integrado y en coordinación con la Dirección General de Educación e Investigación y las Direcciones Estadales de Salud (DES).
- Ejecución del Plan de Capacitación Continua en la Norma Integrada de Atención en Salud Sexual y Reproductiva, Niños, niñas y adolescente, Lactancia Materna y Prevención y Control de Enfermedades Heredo metabólicas de manera permanente y sustentable en el tiempo.

Estrategia 8: Desarrollo de la investigación en Atención Integral en salud y Desarrollo Humano en sus componentes de Salud Sexual y Reproductiva, de Niños, Niñas y Adolescentes, Lactancia Materna, Enfermedades Heredo Metabólicas

Incentivar la Investigación básica-clínica, epidemiológica y social, en el área de Atención Integral en salud y Desarrollo Humano en sus componentes de Salud Sexual y Reproductiva, de Niños, Niñas y Adolescentes, Lactancia Materna, Enfermedades Heredo Metabólicas, en coordinación y cooperación con la Dirección General de Educación e Investigación (DGIE), los Centros de Investigación de las Universidades nacionales e internacionales, las sociedades científicas y las organizaciones multilaterales (OMS-OPS. UNICEF, etc.).

Actividades

- Diseño de una agenda de prioridades de investigación en Salud Sexual y reproductiva con enfoque de género, Niños, Niñas y Adolescentes, Lactancia Materna y Enfermedades Heredo Metabólicas bajo el enfoque integrado, en conjunto con la DGEI, para ser discutido y ejecutado con los Centros de Investigación de las Universidades nacionales e internacionales, las sociedades científicas y las organizaciones multilaterales (OMS-OPS. UNICEF, etc.).
- Desarrollo de investigaciones operativas en todos los niveles de atención, en cooperación con las DES, las jefaturas de distritos y municipios, las direcciones de establecimientos y la comunidad organizada.

POBLACIÓN OBJETO

Salud Sexual y Reproductiva

- Todas la Población (mujeres y hombres) en sus diferentes ciclos de vida, haciendo énfasis el periodo reproductivo (preconcepcional, embarazo, parto y puerperio).

Salud de Niños, Niñas y Adolescentes

- Población de 0 a 19 años de edad.

Lactancia Materna y Alimentación del Niño Pequeño

- Población de niños y niñas de 0 a 2 años

Enfermedades Heredo-Metabólicas

- Todos los Recién Nacidos Vivos (Pesquisa) y todos los Recién nacidos con resultados positivos a un error innato del metabolismo durante toda su vida (Control y Tratamiento).

CAMPO DE APLICACIÓN

La Norma de este Programa Integrado será de cumplimiento obligatorio a nivel nacional, aplicable a todo establecimiento de la red de servicios de atención en salud, tanto pública como privada.

ESTRUCTURA DEL PROGRAMA

El Programa Integrado de atención en salud sexual y reproductiva, niños, niñas y adolescentes, lactancia materna y prevención y control de enfermedades heredo-metabólicas, se estructura en:

Nivel Normativo Gerencial con tres dimensiones:

- **Central:** Constituido por la Coordinación Nacional de Atención en Salud Sexual y Reproductiva, Niños, Niñas y Adolescentes, Lactancia Materna y Prevención y Control de Enfermedades Heredo-Metabólicas, adscritos a la Dirección General de Programas de Salud del Viceministerio de Redes de Salud Colectiva, Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS).

- **Estadal:** Integrado por las Coordinaciones Estadales de Programas, dentro de las Direcciones Regionales de Salud.
- **Municipal:** Establecidos en las instancias distritales o municipales de salud de los estados.

Nivel Local Ejecutor con tres Niveles de Atención en salud, de complejidad creciente: Primer Nivel, Segundo Nivel y Tercer Nivel de Atención.

FUNCIONES DEL NIVEL CENTRAL (Normativo y Gerencial)

- Revisar y actualizar la Norma Integrada de Atención en Salud Sexual y Reproductiva, Niños, Niñas y Adolescentes, Lactancia Materna y Prevención y Control de Enfermedades Heredo-Metabólicas, para su implementación en concordancia con los niveles de atención en salud.
- Asesorar, Apoyar y hacer cumplir la normativa integrada de Atención en Salud Sexual y Reproductiva, Niños, Niñas y Adolescentes, Lactancia Materna y Prevención y Control de Enfermedades Heredo-Metabólicas, en los niveles de atención en salud
- Informar a miembros de la comunidad organizada sobre promoción de calidad de vida en salud y prevención de las enfermedades relacionadas con la Salud Sexual y Reproductiva, Niños, Niñas y Adolescentes, Lactancia Materna, Prevención y Control de Enfermedades Heredo metabólicas con miras a impulsar la corresponsabilidad de ciudadanas y ciudadanos y comunidades.
- Diseñar, implementar y vigilar el estricto cumplimiento de normas y protocolos para los servicios de atención gineco-obstétrica, neonatal, niños, niñas y adolescentes, Lactancia Materna y Prevención y Control de Enfermedades Heredo-Metabólicas.
- Reglamentar, capacitar y monitorear los comités para la prevención y control de las muertes maternas e infantiles a nivel nacional, estatal y municipal.
- Promover con el MPP de Educación Universitaria, en coordinación con la Dirección General de Docencia e Investigación MPPS, la incorporación y actualización de la norma del Programa Integrado de Salud Sexual y Reproductiva, Niños, Niñas y Adolescentes, Lactancia Materna y Prevención y Control de Enfermedades Heredo-Metabólicas en los planes de formación de pre-grado y post-grado universitario del área de la salud. Igualmente, acordar con el Ministerio de Educación, la incorporación de los contenidos de este Programa, desde el nivel pre-escolar al bachillerato.

- Establecer líneas de investigación en el área de la Salud Sexual y Reproductiva y Niños, Niñas y Adolescentes, Lactancia Materna y Prevención y Control de Enfermedades Heredo-Metabólicas de acuerdo a necesidades nacionales, en conjunto con la Dirección General de Docencia e Investigación del MPPS, los Centros de Investigación con apoyo de las Universidades, las Sociedades Científicas y los entes multilaterales relacionados con la gestión de proyectos.
- Conformar e integrar a las Coordinaciones de los otros Programas de Salud, sectores relacionados con la Salud Sexual y Reproductiva, Niños, Niñas y Adolescentes, Lactancia Materna y Prevención y Control de Enfermedades Heredo-Metabólicas e instituciones afines, a la constitución de equipos de trabajo interprogramáticos, intersectoriales e interinstitucionales para el logro de los objetivos y metas afines.
- Monitorear, supervisar y evaluar el cumplimiento de las normas y protocolos establecidos en el Programa Integrado de Salud Sexual y Reproductiva, Niños, Niñas y Adolescentes, Lactancia Materna y Prevención y Control de Enfermedades Heredo-Metabólicas, a nivel nacional.
- Coordinar conjuntamente con Dirección General de Epidemiología la ejecución e implementación del Sistema de Vigilancia Epidemiológica Integral (Convencional y Comunitario) y estimar las características epidemiológicas de las enfermedades priorizadas en Salud Sexual y Reproductiva, Niños, Niñas y Adolescentes y Enfermedades Heredo-Metabólicas.
- Dirigir conjuntamente con el Viceministerio de Insumos, la distribución de medicamentos de acuerdo a las necesidades de la población objeto de los Programas de Salud Sexual y Reproductiva, Niños, Niñas y Adolescentes y Enfermedades Heredo-Metabólicas.
- Control y evaluación de la gestión de los programas de la Dirección de Atención Integral en Salud y Desarrollo Humano
- Presentar los informes de resultados del Programa Integrado de Salud Sexual y Reproductiva, Niños, Niñas y Adolescentes, Lactancia Materna y Prevención y Control de Enfermedades Heredo-Metabólicas ante la Dirección Nacional de Programas de Salud.

FUNCIONES DEL NIVEL ESTADAL (Normativo-Gerencial)

- Definir la estructura de la Coordinación Estatal, de acuerdo con las pautas dictadas por la Norma del Programa Integrado de Salud Sexual y Reproductiva, Niños, Niñas y Adolescentes, Lactancia Materna y Prevención y Control de Enfermedades Heredo-Metabólicas
- Mantener actualizado el Diagnóstico de Salud del Estado

- Coordinar la implantación y aplicación de normas, metodologías y procedimientos de los programas de Salud Sexual y Reproductiva, Niños, Niñas y Adolescentes, Lactancia Materna y Prevención y Control de Enfermedades Heredo-Metabólicas, bajo la dirección del Nivel Central y en conexión con las otras coordinaciones estatales. adecuándolas a la situación existente en el estado.
- Ejecutar en el estado el Programa Integrado de Salud sexual y reproductiva, Niños, Niñas y Adolescentes, Lactancia Materna y Prevención y Control de Enfermedades Heredo-Metabólicas,
- Controlar la ejecución del Programa Integrado de Salud Sexual y Reproductiva, Niños, Niñas y Adolescentes, Lactancia Materna y Prevención y Control de Enfermedades Heredo-Metabólicas, mediante el monitoreo, supervisión y evaluación de sus componentes operativos, epidemiológicos y gerenciales.
- Mantener actualizado el Sistema de Información de Salud en el Nivel Estatal, en sus componentes operativos, epidemiológicos y gerenciales, de acuerdo con las normas establecidas en el Programa Integrado de Salud Sexual y Reproductiva, Niños, Niñas y Adolescentes, Lactancia Materna y Prevención y Control de Enfermedades Heredo-Metabólicas.

FUNCIONES DEL NIVEL MUNICIPAL (Normativo-Gerencial)

- Implementación y desarrollo del Programa Integrado de Salud de SSR, Niños, Niñas y Adolescentes, Lactancia Materna y Prevención y Control de Enfermedades Heredo-Metabólicas de acuerdo a los lineamientos emanados del Nivel Estatal, en concordancia con la norma establecida por el Nivel Central.
- Controlar la ejecución del Programa Integrado de Salud de Género, Niños, Niñas y Adolescentes, Lactancia Materna y Prevención y Control de Enfermedades Heredo-Metabólicas por parte del equipo de salud, mediante la supervisión, monitoreo y evolución de sus componentes operativos, epidemiológicos y gerenciales.
- Impulsar la participación activa de la comunidad organizada en el Programa Integrado de Salud Sexual y Reproductiva, Niños, Niñas y Adolescentes, Lactancia Materna y Prevención y Control de Enfermedades Heredo-Metabólicas, tanto en la corresponsabilidad en la ejecución de las actividades como en su control, para el cumplimiento de las mismas.
- Mantener actualizado el Sistema de Información de Salud en el Nivel Municipal, en sus componentes operativos, epidemiológicos y gerenciales, de acuerdo con las normas establecidas en este Programa Integrado.

FUNCIONES DEL NIVEL LOCAL (Ejecutor-Gerencial)

- Analizar la situación de salud del área de influencia, de acuerdo con el nivel de atención en salud y planificar acciones según necesidades detectadas.
- Programar, con la participación de los diversos actores implicados (según análisis de situación) las acciones locales en concordancia con la normas del Programa Integrado de Salud Sexual y Reproductiva, Niños, Niñas y Adolescentes, Lactancia Materna y Prevención y Control de Enfermedades Heredo-Metabólicas.
- Cumplir con la programación del área de influencia, según el nivel de atención en salud, de acuerdo a las normas, pautas y procedimientos de promoción en salud, prevención atención, rehabilitación e inserción en la sociedad, dirigido a la población objetos del Programa Integrado de Salud Sexual y Reproductiva, Niños, Niñas y Adolescentes, Lactancia Materna y Prevención y Control de Enfermedades Heredo-Metabólicas.
- Controlar la ejecución del Programa Integrado de Salud Sexual y Reproductiva, Niños, Niñas y Adolescentes, Lactancia Materna y Prevención y Control de Enfermedades Heredo-Metabólicas, mediante la supervisión, monitoreo y evaluación de sus componentes operativos, epidemiológicos y gerenciales.
- Mantener actualizado el Sistema de Información de Salud en el Nivel Local, en sus componentes operativos, epidemiológicos y gerenciales, de acuerdo con las normas establecidas en el Programa Integrado de Salud Sexual y Reproductiva, Niños, Niñas y Adolescentes, Lactancia Materna y Prevención y Control de Enfermedades Heredo-Metabólicas

ACTIVIDADES SEGÚN NIVELES DE ATENCIÓN

Niveles de Atención	Actividades
<p align="center">Primer Nivel ARI, ARII, AUI y Consultorio Popular</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hacer el Análisis de Situación de Salud (ASIS) comunitario, con participación de todos los actores. ▪ Hacer el informe de situación de los componentes de la Norma Integrada en el territorio del área de influencia del establecimiento de APS, con sus respectivos indicadores definidos. ▪ Elaborar el Plan Anual de los componentes de la Norma Integrada de la población del área de influencia del establecimiento de APS, en conjunto con los líderes comunitarios. ▪ Presentar ante la asamblea de la comunidad, para su aprobación del área de influencia, del Plan Anual de los componentes de la Norma Integrada y los compromisos de corresponsabilidad ciudadana e institucional. ▪ Ejecutar las actividades de promoción de factores protectores de la Salud de SSR y de Niños, Niñas y Adolescentes Lactancia Materna, Prevención y Control de Enfermedades Heredo-Metabólicas. ▪ Ejecutar las actividades de prevención de enfermedades prevalentes pertenecientes a los componentes de la Norma Integrada, realizando: <ul style="list-style-type: none"> ○ Pesquisa de Factores de riesgos relacionados con la salud y el desarrollo humano en los diversos programas de esta dirección, priorizando el Primer Nivel de Atención, escuelas, comunidades del área de influencia del establecimiento de Atención Primaria. ○ Pesquisa pre-concepcional, de embarazadas de bajo y alto riesgo, de recién nacidos con enfermedades heredo-metabólicas (Pesquisa Neonatal) y de otras enfermedades prevalentes en niños, niñas y adolescentes, para su incorporación, manejo y control por parte del programa. ▪ Realizar las actividades de atención de las alteraciones y patologías definidas por los componentes de la Norma Integrada para ser manejadas por el Primer Nivel de Atención, incluyendo las emergencias, la rehabilitación y los cuidados paliativos, e indicar la oportuna referencia al nivel especializado para su resolución. ▪ Gestionar, ante su nivel normativo gerencial, la dotación de insumos y medicamentos requeridos para la atención de los pacientes en control bajo la Norma Integrada. ▪ Recolectar el dato básico de la información los componentes de la Norma Integrada, utilizando la Historia Clínica Básica Integrada, la Ficha Familiar y los Análisis de Situación de Salud (ASIS) Comunitarios. ▪ Llenar los formatos de Epidemiología y de Programas del SIS. ▪ Analizar los indicadores de insumos, de procesos y resultados de las actividades. ▪ Monitorear la ejecución los componentes de la Norma Integrada, a nivel de las familias de su área de influencia, de los individuos atendidos en las consultas, y otros agrupamientos de su comunidad, de acuerdo con las normas y los indicadores del mismo. ▪ Evaluar la ejecución del Programa en sus componentes operativos, epidemiológicos y gerenciales y su envío al nivel normativo correspondiente, de acuerdo con las normas y los indicadores del mismo.

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hacer el seguimiento y evaluación de la ejecución de las actividades realizadas en las áreas de salud sexual y reproductiva, Niños, Niñas y Adolescentes, Lactancia Materna y Prevención y Control de Enfermedades Heredo-Metabólicas, a nivel de las familias de su área de influencia, de los individuos atendidos en las consultas, y otros agrupamientos de su comunidad, de acuerdo con la Norma Integrada. ▪ Efectuar investigaciones operativas en el marco de las disposiciones del Programa Integrado, según el nivel de complejidad. ▪ Fortalecer la capacitación permanente al equipo de Salud que labora en este nivel, especialmente en las áreas de salud sexual y reproductiva, Niños, Niñas y Adolescentes, Lactancia Materna, y la Prevención y Control de Enfermedades Heredo Metabólicas.
<p style="text-align: center;">Segundo Nivel AUII, AUIII, Clínica Popular, CDI y SRI</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El segundo nivel de Atención en salud debe cumplir con todas las actividades que realiza el nivel primario, además de brindar atención Especializada Integral en Salud Sexual, Niños, Niñas y Adolescentes, Lactancia Materna y Prevención y Control de Enfermedades Heredo Metabólicas, de todos aquellos pacientes referidos del Primer Nivel de atención, de acuerdo con la norma del Programa Integrado, así como las emergencias que se presenten en este nivel. ▪ Detección temprana de complicaciones asociadas a la Salud Sexual y Reproductiva, población de Niños, Niñas y Adolescentes, Enfermedades Heredo-Metabólicas, a fin de poder ofrecer un tratamiento oportuno y continuo por parte de los especialistas en esta área. ▪ Gestión ante el nivel normativo gerencial, de la dotación de equipos, insumos y medicamentos esenciales requeridos para la atención especializada de los pacientes en control por cada Programa. ▪ Utilización del sistema de referencia al Tercer Nivel de Atención del caso que lo amerite y la Contrareferencia de los casos referidos por los establecimientos de APS. ▪ Implementación de la evaluación y orientación especializada en rehabilitación a los pacientes que lo requieran. ▪ Mantener actualizado el Sistema de Información en las áreas de Salud Sexual y Reproductiva, Niños, Niñas y Adolescentes, lactancia materna Prevención y Control de las Enfermedades Heredometabólicas en sus componentes operativos, epidemiológicos y gerenciales. ▪ Efectuar investigaciones operativas en el marco de las disposiciones del Programa Integrado. ▪ Apoyar las acciones del nivel gerencial para fortalecer la APS en su área de competencia en atención, docencia e investigación.

<p>Tercer Nivel CAT, Hospitales I, II, III y IV, Hospitales de Especialidades</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El tercer nivel de Atención en salud debe cumplir con todas las actividades que realiza el segundo nivel, además de brindar atención especializada y de hospitalización a los pacientes que lo requieran por presentar complicaciones en las áreas de Salud Sexual, Niños, Niñas y Adolescentes, Lactancia Materna y Prevención y Control de Enfermedades Heredo Metabólicas que sean referidos por el primer y segundo nivel, de acuerdo con la norma del Programa Integrado, así como las emergencias que se presenten en este nivel. ▪ Información al paciente y familiar sobre su situación de salud y el manejo de las complicaciones presentadas. ▪ Cumplir con las actividades asistenciales asignadas en consultas, hospitalización (quirúrgicas y de emergencia) de acuerdo con los protocolos establecidos en la Norma del Programa Integrado. ▪ Coordinar la referencia y la Contrareferencia de personas con discapacidad relacionada con la Salud sexual y reproductiva, Niños, Niñas y Adolescentes, Lactancia Materna, Prevención y Control de Enfermedades Heredo Metabólicas, detectada por el Programa Integrado, para que reciban la rehabilitación y la atención integral adecuada. ▪ Gestión de los recursos e insumos necesarios para dar respuesta a las necesidades de atención en salud de los pacientes que lo requieran, de acuerdo con la norma del Programa Integrado, para dar cumplimiento a su gestión con eficacia y eficiencia. ▪ Fortalecimiento de la capacitación permanente al equipo de Salud que labora en este nivel, especialmente en las áreas de salud sexual y reproductiva, Niños, Niñas y Adolescentes, Lactancia Materna, Prevención y Control de Enfermedades Heredo Metabólicas. ▪ Cumplimiento del sistema de referencia y contrareferencia, de los casos referidos por el segundo nivel y las interconsultas que solicite y le sean solicitadas. ▪ Mantener actualizado el Sistema de Información de Salud en las áreas involucradas en el Programa de salud Integrado, en sus componentes operativos, epidemiológicos y gerenciales, correspondientes a su nivel de atención. ▪ Efectuar investigaciones operativas, epidemiológicas y clínicas en el marco de las disposiciones del Programa Integrado.
--	---

DISPOSICIONES GENERALES

Componente del Programa de Lactancia Materna

1. Toda mujer y su pareja tienen derecho a obtener del personal de salud desde la etapa prenatal, según las normas de atención a la mujer embarazada, la información y las destrezas necesarias, así como la consejería sobre los beneficios que proveen el amamantamiento en forma exclusiva hasta los seis meses y las prácticas óptimas de alimentación complementarias.

2. La práctica de amamantamiento debe ser exclusiva los primeros seis meses de vida y es recomendable que se continúe hasta los dos años de edad. A partir de los seis meses debe ser acompañada por la introducción de alimentos complementarios adecuados, seguros e inoocuos y de preferencia de preparación casera. (Ver Guía Práctica del Programa).
3. Se debe difundir información a toda la población sobre la importancia del amamantamiento en forma exclusiva hasta los seis meses y las prácticas óptimas de alimentación complementarias.
4. Toda mujer tiene el derecho de ser apoyada para el ejercicio de la lactancia materna y la alimentación del niño pequeño en su capacitación durante el embarazo, durante el apego precoz y alojamiento conjunto post-parto, y hasta los 2 años de edad, por parte de sus familias, sociedad, centros de salud y lugares de trabajo.
5. Toda mujer tiene el derecho a ser entrenada en la resolución de las principales dificultades durante el amamantamiento, así como de la disponibilidad de servicios destinados a tal fin, y la orientación sobre la legislación y derechos de la mujer-madre-trabajadora
6. Se debe enseñar en educación de maternal a secundaria los conceptos y valores que propicien la lactancia materna.
7. Se debe capacitar al personal prestador de servicios de salud, sobre los diferentes aspectos referentes a lactancia materna y la alimentación del niño pequeño.
8. Los Bancos de Leche Humana y Lactarios Institucionales deben cumplir los requisitos y condiciones necesarias para su creación y funcionamiento, así como los criterios para la utilización de la leche materna, incluyendo la extracción manual de la misma. (Ver Guía Práctica del Programa).
9. El personal médico debe estar actualizado respecto a la prohibición de uso y/o contraindicación de drogas y sustancias químicas en las mujeres que amamantan.
10. Deben vigilarse las actividades de las empresas que comercializan sucedáneos de la leche materna, las cuales colidan con la legislación vigente en la materia. Específicamente se controlara que no se entreguen ni faciliten Formulas Lácteas Infantiles, propagandas, muestras y regalos incluyendo teteros y tetinas.

CAPÍTULO II
PROGRAMA DE FIBROSIS QUÍSTICA

EQUIPO RESPONSABLE DE ESTE CAPÍTULO

COORDINADOR NACIONAL DEL PROGRAMA DE FIBROSIS QUISTICA

Dra. Carmen del Pilar Guédez López

GRUPO TÉCNICO

Dra. Betty Cusnier de Roz
Lic. Fanny Estrella Reyes
Ing. Aída Amelia Arvelo
Abog. Nelly Yépez
Tsu. Antonio Marimón
TSU. Yugeiny Vivas

ASESORÍA Y REDACCIÓN

Dra. Alcida Pérez
Lic. Freddy Mejía

GRUPO DE APOYO

Sctria. Yomaly Sáez
Sr. Reinaldo Carreño
Sr. José Gregorio Hernández

INTRODUCCION

El propósito de esta Norma es dar a conocer aspectos técnico-científicos del Programa de Atención de la Fibrosis Quística (PAFQ).

El Programa de Fibrosis Quística (PAFQ) nace para responder a la necesidad de un grupo de niños, niñas, adolescentes y adultos con Fibrosis Quística, a partir de un Recurso de Amparo dictado el 8 de julio de 2004 por la Sala II de Juicio Tribunal de Protección del Niño y del Adolescente de la Circunscripción Judicial del Área Metropolitana de Caracas por la Acción de Protección interpuesta por el Área de Defensa del Centro Comunitario de Aprendizaje (CECODAP).

La Sentencia ordena a la Alcaldía Metropolitana de Caracas realizar las gestiones pertinentes ante los Organismos Gubernamentales encargados del suministro de recursos financieros, a fin de obtener el capital necesario para la creación de una UNIDAD DE FIBROSIS QUÍSTICA en el Hospital JM de los Ríos, en la ciudad de Caracas.

No obstante, el Ministerio del Poder Popular para la Salud, para actuar con equidad y justicia, crea el Programa de Fibrosis Quística (PAFQ) en el año 2005, con el fin de dar Atención Integral a este grupo poblacional en todo el país, desarrollando en varios Hospitales a nivel nacional, Unidades Funcionales Intrahospitalarias de Referencia Nacional y de Referencia Regional, en los estados donde se han registrado pacientes con Fibrosis Quística.

Actualmente existen 12 Unidades Funcionales de FQ en el Territorio Nacional, 2 Unidades Intrahospitalarias de Referencia Nacional (UFIHRN), ubicadas en el Distrito Capital (Una en el Hospital JM de los Ríos y otra en el Complejo Hospitalario José Ignacio Baldó de El Algodonal) y 10 Unidades Funcionales de Referencia Regional (UFIHRR) en cada estado donde se registraron de pacientes con esta enfermedad, tales como: Anzoátegui, Aragua, Bolívar, Carabobo, Lara, Mérida, Monagas, Trujillo, Táchira, Zulia.

La Fibrosis Quística (FQ) es una enfermedad genética autosómica recesiva que se produce como consecuencia de una alteración del gen CFTR (cystic fibrosis transmembrane conductance regulator) situado en el brazo largo del cromosoma 7. Esta proteína funciona como un canal de cloro y su alteración determina un transporte anormal de iones en las células epiteliales de diferentes órganos y sistemas

Se han identificado más de 900 mutaciones, pero la mutación más frecuente en nuestro país es la Delta F508 (detección de 3 pares de bases en posición 508 con pérdida de fenilalanina en la proteína final), se ha encontrado en el 68% de las muestras estudiadas genéticamente en América. Por tanto, el inicio de las manifestaciones clínicas es variable y depende de las mutaciones existentes en cada caso; en general, las mutaciones leves determinan la aparición tardía de los síntomas (incluso en la adolescencia), lo que trae como consecuencia un tratamiento tardío y una evolución tórpida.

La Fibrosis Quística es una enfermedad hereditaria frecuente en la raza blanca que aparece en uno de cada 2500-4000

nacidos vivos. Es necesario que ambos padres de un enfermo de FQ sean portadores para que se produzca la enfermedad. Aproximadamente 1 de cada 20 ó 25 personas son portadores, en la población general.

Es una enfermedad crónica e incurable que afecta las zonas del cuerpo que producen secreciones, dando lugar a un espesamiento y disminución del contenido de agua de las mismas, originando obstrucción de los canales que transportan esas secreciones; al mismo tiempo, esa obstrucción va a permitir que se estanquen dichas secreciones y produzcan daño, infección e inflamación que van a causar la destrucción de las zonas referidas (pulmón, hígado, páncreas, sistema reproductor).

Las manifestaciones de la enfermedad suelen ser diversas, pero en muchísimos casos se presenta, en los primeros días o meses de vida, con dificultades para subir de peso, deposiciones abundantes y con mal olor, diarreas, problemas respiratorios o infecciones pulmonares recurrentes.

Si no se les suministra el tratamiento indicado (enzimas pancreáticas sustitutivas) para el mejor funcionamiento del páncreas, pierden las grasas y no se nutren, con consecuencias graves en su desarrollo pondoestatural. La Fibrosis Quística coloquialmente llamada la "Gran simuladora" debido a que su clínica es muy variada que engloba varios órganos y sistemas, tales como:

- Enfermedades Pulmonares.(sinusopatias, bronquitis crónicas, laringitis a repetición, bronquiectasias, bulas)
- Trastornos Pancreáticos:(baja producción pancreática, pancreatitis agudas y crónicas severas, diabetes)
- Trastornos de la Nutrición.(desnutrición leve, moderada y grave)
- Enfermedades Hepáticas: (fibrosis biliar, cirrosis hepáticas, hígado graso, hepatopatías variadas)
- Trastornos Gastrointestinales (ileo meconial, dolor abdominal, reflujo gastroesofágico, litiasis biliar, síndrome de obstrucción intestinal distal, colopatía fibrosante, diarreas crónicas, distensión abdominal, meteorismo, síndrome de mal absorción intestinal, prolapso rectal),

BASE LEGAL

La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (CRBV, 1999) establece las bases para desarrollar la naturaleza jurídica y el modelo organizativo del Sector Salud Venezolano.

- **Artículo 83** establece que la salud es un *DERECHO SOCIAL* fundamental, parte del Derecho a la Vida.

- **Artículo 84** ordena la creación de un SISTEMA PÚBLICO NACIONAL DE SALUD, bajo la rectoría del Ministerio de Salud, el cual será de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad.
- **Artículo 85** expresa que el financiamiento del sistema público nacional de salud es obligación del Estado.
- **Artículo 86** establece que toda persona tiene derecho a la seguridad social como servicio público de carácter no lucrativo, que garantice la salud y asegure protección en diferentes contingencias.
- **Artículo 122** reconoce el derecho de los pueblos indígenas a una salud integral que considere sus prácticas y culturas.

Igualmente, la CRBV reconoce como derechos un conjunto de determinantes de la salud, como es el derecho a la educación, nutrición, vivienda, cultura, trabajo, entre otras.

Ley Orgánica de Salud (1998). Artículos 5, 11, 34, 40, 48. Establece los estatutos, funciones y atribuciones del Ministerio de Salud, así como los derechos y deberes de los beneficiarios de los servicios de salud. En su Artículo 31 expone la importancia de la educación para la salud y la participación de la comunidad y el Estado en el desarrollo de una cultura por la salud y la vida, como parte fundamental de la estrategia de promoción de salud.

Actualmente en vacatio legis. Se discute en la Asamblea Nacional una nueva Ley de Salud en concordancia con la Constitución de 1999.

Ley Orgánica para la Protección del Niño y del Adolescente.

Plan Estratégico Social de la Nación (2001-2007). Planteó como prioridad la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud, integrando las políticas públicas sociales, la corresponsabilidad ciudadana en los territorios sociales, considerando a la salud como expresión individual y colectiva de calidad de vida y bienestar, producto de los determinantes sociales, tomando en cuenta los derechos y las necesidades sociales así como los territorios, las redes sociales y la contraloría social. También pretendió enfrentar las inequidades de género, etnia, grupos y clases sociales.

Plan Simón Bolívar.2007-2013. En la Directriz de la Suprema Felicidad Social, se propone una estructura social incluyente, y se aspira que todos vivamos en las mejores condiciones posibles. Allí se establece la estrategia “Profundizar la Atención integral en Salud de forma universal”, donde se exponen las políticas de “Fortalecer la Prevención y Control de Enfermedades”, así como “Expandir y Consolidar los Servicios de Salud de forma oportuna y gratuita”.

Plan Nacional de Salud 2007-2013/2018 Establece la importancia de los modos, las condiciones y estilos de vida en el mantenimiento de la salud, así como de un Sistema Público Nacional de Salud efectivo. Así mismo se establece el abordaje

integral e intersectorial de los diversos problemas de salud para impulsar los cambios en los modos, condiciones y estilos de vida.

Sentencia del 8 de julio del 2004, la sala II del Tribunal de Protección del Niño y Adolescente de la Circunscripción Judicial del Área Metropolitana de Caracas, declaró con lugar la Acción de Protección interpuesta por el Área de Defensa de CECODAP a favor de niños, niñas y adolescentes con Fibrosis Quística (FQ)

La interposición de Acción de Protección se fundamentó en la amenaza del Derecho a la Vida, violación del Derecho a la Salud y violación a la Protección Integral de los pacientes con Fibrosis Quística.

La sentencia ordena a La Alcaldía del Distrito Metropolitano de Caracas realizar las gestiones pertinentes ante los Organismos Gubernamentales encargados de conseguir una partida especial en el presupuesto anual para la contratación del personal de salud, en los niveles de atención, en el ámbito público y privado a nivel nacional, del suministro de recursos financieros requeridos, para la creación de una Unidad de Fibrosis Quística. La consultada sentencia reivindica el derecho a la vida y a la salud de la población infantil con esta enfermedad, reiterando ser un servicio de salud gratuita, oportuna y de la más alta calidad.

JUSTIFICACION

La Fibrosis Quística es una enfermedad heterogénea secundaria a trastornos genéticos recesivos que consisten en una mutación patológica del gen regulador de la conductancia a través de la membrana celular (CFTR) y que se expresa en la clínica por afección de múltiples órganos y sistemas, con alteraciones de la mucosa respiratoria que ocasiona infecciones naso-sinusales y pulmonares a repetición, insuficiente producción de enzimas pancreáticas (ocasionado mala absorción intestinal y desnutrición), esterilidad masculina, enfermedades hepáticas y diabetes.

La frecuencia y la severidad de las complicaciones de esta enfermedad obliga a estos pacientes a ser vistos en consulta más de 4.7 veces por año, se descompensan en forma severa más de 1.5 veces por año y se hospitalizan en un promedio en Estados Unidos más de una vez por año.

Aquí en Venezuela, estos estimados no difieren en gran medida con las estadísticas de otras latitudes, circunstancia que habla a favor de la Atención Integral impartida hasta ahora, por el equipo de salud dedicado a la prestación de este servicio a nivel nacional

Tomando en consideración el elevado costo que demanda la atención y la frecuencia con que se presentan las complicaciones de esta enfermedad, que afecta sustancialmente la vida laboral, escolar y de relación de los pacientes y sus familiares, por lo

tanto es imprescindible el establecimiento de soporte social a estos pacientes y a sus familias para encarar las demandas de esta afección.

Hoy día tenemos la seguridad que cada una de las opiniones y los esfuerzos generados por nosotros, en relación con la Fibrosis Quística pudieran justificarse si se aprovecharan apropiadamente, o si se colocaran en el momento oportuno, para lograr que este grupo de venezolanos (as) tenga la atención integral de esta enfermedad que tanto los aqueja.

Gracias a la iniciativa de un grupo social involucrado en la problemática, y sensibilizados por su propio sufrimiento, como son las Sociedades de Padres, Madres y demás familiares de pacientes con FQ, con los que compartimos el desarrollo y responsabilidad de la Atención a estos pacientes, el camino se despeja en momento en que el Ministerio del Poder Popular para la Salud ya ha desarrollado suficientes elementos dentro de una política nacional evolutiva y representativa de la Atención Integral y puede asumir la responsabilidad de dar respuesta efectiva a este grupo de venezolanos (as) a fin de que se logren los objetivos planteados en el Programa Nacional de Fibrosis Quística.

Las informaciones internacionales reportan que en muy pocos países del planeta, se están desarrollando políticas nacionales para un tratamiento adecuado e integral al problema de la Fibrosis Quística, es en este sentido que en Venezuela hemos decidido no esperar más para emprender este camino que beneficiará a la población con FQ que habita en el país, y servirá de modelo a los países Bolivarianos para iniciar sus programas de asistencia.

Venezuela es el único País del continente que subsidia totalmente la Atención Integral de esta enfermedad, lográndose actualmente una sobrevida mayor de 40 años y una mortalidad de cero en los últimos tres años.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Contribuir a mejorar la calidad de vida de Niños, Niñas, Adolescentes y Adultos con Fibrosis Quística, brindándoles Atención Integral en Unidades Funcionales Intrahospitalarias de Fibrosis Quística a nivel nacional.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Fortalecer las políticas de promoción de la salud en el campo de la Fibrosis Quística en el gran marco de Política Pública Sana denominado "Suprema Felicidad Social", al implementar acciones de difusión, educación y comunicación masivas, en conjunto con las organizaciones del Poder Popular, el resto del equipo de salud y los otros sectores de la política

- pública, de manera de construir con la población el conocimiento sobre la Fibrosis Quística, sus co-morbididades y discapacidades, cómo prevenirla y dónde recibir la atención médica idónea, con la corresponsabilidad de todos.
2. Desarrollar acciones interprogramáticas con el Programa de Niños, Niñas y Adolescentes en lo correspondiente a diagnóstico y tratamiento precoz de esta enfermedad.
 3. Continuar con las modalidades de tratamiento de atención integral, formando parte de una red nacional y correlacionada con las Unidades Funcionales de Atención Integral de la Fibrosis Quística
 4. Concertar con los entes de educación universitaria la formación de médicos y personal técnico de salud, así como el Programa de formación de Agentes Comunitarios de Atención Primaria en Salud (ACAPS), en sintonía con la norma del este Programa y con las capacidades operativas requeridas; así como, el desarrollo de la educación y capacitación continua y en servicio de todo el personal del área.
 5. Consolidar un Sistema de Información oportuno, confiable y sencillo, que brinde la información generada por todos los actores, públicos como privados, y sirva de instrumento para elevar la conciencia colectiva, definir corresponsabilidades y evaluar la marcha del Programa y mantener actualizado el mapa de la FQ en todo el territorio nacional, con los indicadores más relevantes de números y tasas, relacionándolos con sus respectivas fuentes de verificación e información.
 6. Impulsar la investigación clínica, epidemiológica y operativa específica para cada nivel de atención y en los distintos territorios sociales, estableciendo las bases de la investigación y producir la instrumentación para la prevención de la enfermedad a través del estudio genético a la población de riesgo.

ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES

Objetivo 1

Estrategia 1: Promoción para la transformación cultural de modos, condiciones y estilos de vida saludables

Generación de procesos de transformación cultural de modos, condiciones y estilos de vida saludables, mediante la comunicación, información y educación de las comunidades, articulando diversas alianzas para aumentar las capacidades de los individuos y sus diversas agrupaciones en sociedad, con miras a mantenerse sanos, aplicando factores protectores de la vida basados en la evidencia.

Actividades

- Desarrollo de planes de salud intra e intersectoriales dirigidos a la promoción de la salud y a la divulgación de conocimientos sobre condiciones y estilos de vida saludable en las agendas de las organizaciones comunitarias.
- Implementación de relaciones interinstitucionales con los Ministerios de Educación y Educación Universitaria, para incorporar contenidos y prácticas promocionales sobre condiciones y estilos de vida saludable y prevención de los factores de riesgo de la Fibrosis Quística, en las instituciones públicas y privadas.

Objetivo 2

Estrategia 2: Pesquisa para detección oportuna de la Fibrosis Quística

Pesquisa para detectar la Fibrosis Quística de manera oportuna, precoz, y efectiva, tomando en cuenta los factores de riesgo, las características familiares, comunales y laborales, siguiendo las normas, pautas y procedimientos establecidos por el Programa en las Redes de Atención y estableciendo las alianzas interprogramáticas requeridas.

Actividades

- Identificación de Factores de riesgo para la Fibrosis Quística, en las consultas, con énfasis en el Primer Nivel de Atención, y en las familias del área de influencia del establecimiento de Atención Primaria.
- Detección de personas con esta enfermedad y sus estados relacionados, para su incorporación al manejo y control del Programa, como padres y familiares.

Objetivo 3

Estrategia 3: Fortalecimiento de la línea de Atención Médica de la Fibrosis Quística

Fortalecimiento de las redes de Atención Médica de la Fibrosis Quística, con la participación protagónica de los equipos de salud, los usuarios/as y las organizaciones de las comunidades del área de influencia, estableciendo las alianzas interprogramáticas e intersectoriales requeridas, para la atención integral de las personas con estas enfermedades, desde el tratamiento médico hasta la rehabilitación.

Actividades

- Continuar con la Atención Integral oportuna con calidad y calidez, a nivel nacional
- Seguimiento y control de casos con diagnóstico firme de FQ así como los sospechosos de tener esta enfermedad.
- Dotación, suministro, continuo y permanente de medicamentos de alto costo, según protocolo de tratamiento para la Atención Integral del paciente con Fibrosis Quística
- Dotación de equipos, para el suministro de tratamiento en el hogar, en los pacientes terminales con FQ.
- Fortalecer con capital humano especializado a las Unidades Funcionales Intrahospitalarias (UFIH) de Fibrosis Quística,
- Fortalecer las actividades de rehabilitación cardiopulmonar en las UFIH.
- Dotar con Equipos para determinar Electrolitos en Sudor, a las UFIHFQ.
- Suministro de Equipos con Tecnología Adecuada para aplicación de tratamientos, así como Insumos, Medicamentos de bajo costo y Suplementos Nutricionales Especiales.
- Protocolos de Atención de acuerdo a las Especialidades Blanco de la enfermedad (Neumología, Gastroenterología, Nutrición y Rehabilitación Cardiopulmonar) para una Atención Integral.
- Implementar La Guía para el Manejo de la FQ, en el personal médico asistencial de los Hospitales con UFIH de FQ.
- Charlas al personal médico – asistencial relacionado con el manejo del paciente en las Unidades Funcionales Intrahospitalaria de FQ.

Objetivo 4**Estrategia 1: Formación de profesionales de la salud en el manejo integral de la Fibrosis Quística**

Fortalecimiento de las competencias en las carreras relacionadas con salud, en los aspectos de salud colectiva, específicamente en Fibrosis Quística, relativos a la promoción de estilos y condiciones de vida, prevención y tratamiento de esta enfermedad y su rehabilitación, en coordinación con la Dirección de Investigación y Educación del MPPS y del Ministerio de Educación Universitaria.

Actividades

- Diseño de currículos basados en competencias para la atención integral de la Fibrosis Quística, en conjunto con la Dirección de Investigación y Educación del MPPS y del Ministerio de Educación Universitaria, para su implementación en las carreras relacionadas con salud.

- Implementación de currículos basados en competencias para la atención integral de la Fibrosis Quística, en las universidades nacionales que dictan carreras de salud, en conjunto con la Dirección de Investigación y Educación del MPPS y del Ministerio de Educación Universitaria.

Estrategia 2: Mejoramiento continuo del personal de salud en servicio en el manejo integral en Salud de la Fibrosis Quística

Mantener un desarrollo continuo de las capacidades y competencias del personal de salud en los servicios, en todos los aspectos del Programa de Fibrosis Quística

Actividades

- Diseño de un plan de capacitación continua en servicio, por niveles, por profesiones y funciones, en el área de este Programa, en coordinación con la Dirección General de Educación e Investigación y las Direcciones Estadales de Salud (DES).
- Ejecución del Plan de Capacitación Continua en este Programa, de manera permanente y sustentable en el tiempo.

Objetivo 5

Estrategia 1: Fortalecimiento del Sistema de Información de Salud en Fibrosis Quística

Relanzamiento de los mecanismos de Vigilancia Epidemiológica de la FQ en uso actualmente, con la cooperación de la DG de Epidemiología.

Actividades

- Gestión de la Vigilancia Epidemiológica de FQ, en la recolección de datos, su procesamiento y análisis de los indicadores priorizados por el Programa.

Estrategia 2: Fortalecimiento del Control de la Gestión

Fortalecimiento de la captura y procesamiento de información para el seguimiento y la evaluación de la gestión, mediante indicadores de eficiencia, eficacia, efectividad e impacto, del Programa de Prevención y Control de la Fibrosis Quística.

Actividades

- Seguimiento y evaluación periódicos basado en indicadores de la eficiencia, eficacia, efectividad e impacto del Programa.

Objetivo 6

Estrategia 8: Desarrollo de la investigación en Salud de la Fibrosis Quística

Incentivar la Investigación básica-clínica, epidemiológica y social, en el área de este Programa, en coordinación y cooperación con la Dirección General de Educación e Investigación (DGEI), los Centros de Investigación de las Universidades nacionales e internacionales, las sociedades científicas y las organizaciones multilaterales (OMS-OPS. UNICEF, etc.).

Actividades

- Diseño de una agenda de prioridades de investigación en la prevención y manejo integral de la Fibrosis Quística, en conjunto con la DGEI, para ser discutido y ejecutado con los Centros de Investigación de las Universidades nacionales e internacionales, las sociedades científicas y las organizaciones multilaterales (OMS-OPS. UNICEF, etc.).
- Desarrollo de investigaciones operativas en todos los niveles de atención, en cooperación con las DES, las jefaturas de distritos y municipios, las direcciones de establecimientos y la comunidad organizada.

POBLACION OBJETO

Población en riesgo de desarrollar la enfermedad, principalmente los individuos con condiciones de alto riesgo y quienes desarrollan la enfermedad en sus diferentes etapas.

CAMPO DE APLICACIÓN

Esta Norma es de cumplimiento obligatorio de todo el personal de salud y de los establecimientos de salud de todos los subsistemas del Sistema Público Nacional de Salud.

ESTRUCTURA DEL PROGRAMA

El Programa de Atención a la Fibrosis Quística se estructura en:

Nivel Normativo Gerencial con dos dimensiones:

- **Central:** constituido por la Coordinación Nacional del Programa, adscrito a la Dirección General de Programas de Salud del Viceministerio de Redes de Salud Colectiva, del Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS).
- **Nivel Local gerencial Ejecutor** constituido por los Hospitales Tipo IV, donde existan Unidades Funcionales de Fibrosis Quística,

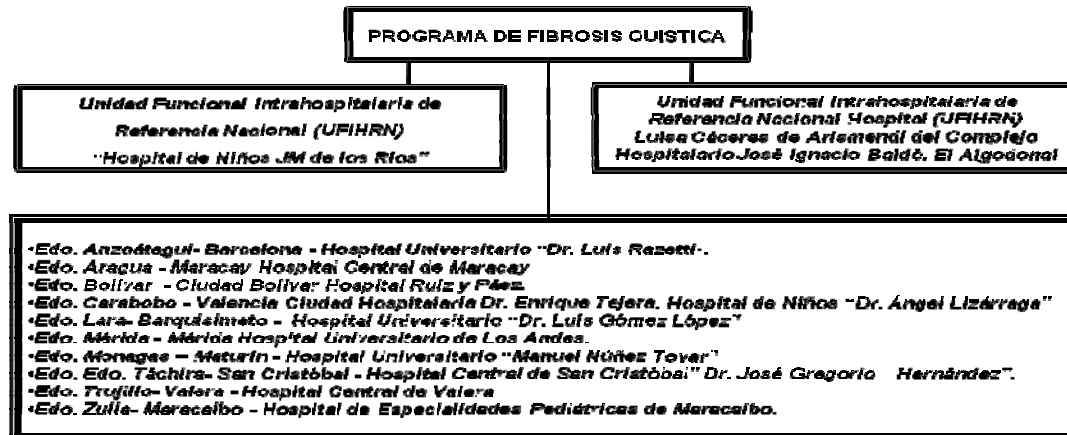
FUNCIONES DEL NIVEL CENTRAL (Normativo y Gerencial)

- Revisar y actualizar las normas, planes, estrategias y acciones orientadas a la promoción de modos y estilos de vida saludables, la prevención, el tratamiento y el control de Fibrosis Quística
- Informar a miembros de la comunidad organizada sobre promoción de la salud y prevención de la FQ, con miras a impulsar la corresponsabilidad de ciudadanos y comunidades, a través de la difusión en los diferentes medios públicos, privados y comunitarios, en coordinación con la Oficina de Comunicación y Relaciones Interinstitucionales.
- Acordar con el MPP de Educación Universitaria, en coordinación con la DGEI del MPPS, la incorporación y actualización de la norma del Programa. en los planes de formación de pre-grado y post-grado universitario del área de la salud. Igualmente, acordar con el Ministerio de Educación, la incorporación de los contenidos de prevención y atención integral de las enfermedades músculo-esqueléticas, desde el nivel pre-escolar a bachillerato.
- Determinar las prioridades de investigación en el área de la Fibrosis Quística, en conjunto con la DGEI del MPPS, los Centros de Investigación, las Universidades, las Sociedades Científicas y los entes multilaterales relacionados con la gestión de proyectos.
- Conformar e integrar con las Coordinaciones de los otros Programas de Salud, sectores relacionados con la FQ e instituciones afines, la conformación de equipos de trabajo interprogramáticos, intersectoriales e interinstitucionales para el logro de los objetivos y metas.
- Ejecutar e implementar el Sistema de Vigilancia Epidemiológica Integral (Convencional y Comunitario) y estimar las características epidemiológicas de la FQ, en cooperación con la Dirección General de Epidemiología.

- Monitorear, Supervisar y Evaluar el cumplimiento de las normas y protocolos establecidos en el Programa por los entes encargados de su implementación a nivel nacional.
- Presentar los informes de resultados del Programa ante organismos nacionales e internacionales.

FUNCIONES DEL NIVEL LOCAL (Ejecutor-Gerencial)

- Analizar la situación de salud de su área de influencia, de acuerdo con el nivel de atención médica.
- Programar, con la participación de los diversos actores implicados y basados en el análisis de su situación, las acciones locales en concordancia con las normas del Programa.
- Aplicar la programación local en el territorio social de su área de influencia, según el nivel de atención médica, desde lo referente a la promoción, la prevención y la atención, dirigido a la población diana del Programa.
- Controlar la ejecución del Programa, mediante la supervisión, monitoreo y evaluación de sus componentes operativos, epidemiológicos y gerenciales.
- Mantener actualizado el Sistema de Información de Salud en el Nivel Local, en sus componentes operativos, epidemiológicos y gerenciales, de acuerdo con las normas establecidas en el Programa.



ACTIVIDADES SEGÚN NIVELES DE ATENCIÓN

Niveles de Atención	Actividades
<p style="text-align: center;">Tercer Nivel Hospitales con UFFQ</p>	<p>Actividades de Promoción y Prevención:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Encuentro trimestral de Padres y Representes. ▪ Reunión con Coordinadores de Salud de las Alcaldías. ▪ Discusión Semanal de Casos Clínicos, en las UFIH de FQ. ▪ Reunión quincenal Operativa con los especialistas involucrados con la UFIH de FQ ▪ Educación Comunidad Hospitalaria. ▪ Educación Comunidad Escolar. ▪ Talleres de Capacitación. ▪ Actividad Especial Anual de Promoción de la Salud y Prevención de la enfermedad relacionada con la "Conmemoración de la semana internacional de Lucha contra la Fibrosis Quística" que se realizan en la semana del 24 de Abril de cada año, con apoyo de los Medios Audiovisuales del MPPS y amigos de esta Gestión de Gobierno. <p>Actividades de Atención Integral</p> <p>Neumonología:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Evaluación Clínica de los Síntomas Respiratoria ▪ Evaluación Analítica de los Síntomas Respiratorios ▪ Inicio de Terapia Respiratorio ▪ Inicio de Rehabilitación Respiratoria ▪ Revisión de Terapia Respiratoria ▪ Revisión de Rehabilitación Respiratoria ▪ TAC ▪ Rayos X ▪ SAT. de Oxígeno ▪ Gasometría ▪ Espirometría ▪ Resistencia de Vías Aéreas ▪ Toma de Muestra para Esputo ▪ Toma de Muestra y Exudado Faringeo ▪ O2 en Aire Expirado <p>Gastroenterología:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Evaluación Clínica de los síntomas del área de Gastroenterología ▪ Evaluación Clínica Analítica de los Síntomas de Gastroenterología

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Endoscopia digestiva Inferior ▪ Toma de muestra de Biopsia EDI ▪ Endoscopia Digestiva Superior ▪ Toma de muestra de Biopsia EDS ▪ Polipectomía ▪ TAC. <p>Nutrición:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Evaluación Clínica del Estado Nutricional ▪ Lectura o Determinación Ósea ▪ Evaluación Analítica del Estado Nutricional ▪ Planes de Alimentación. <p>Salud Mental:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Evaluación Clínica Psiquiátrica ▪ Evaluación Analítica Psiquiátrica ▪ Terapia Individual ▪ Terapia Familiar <p>Examen de Descarte:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sudan III ▪ Esteatocrito ▪ Determinación de electrolitos en Sudor ▪ Genético. <p>Terapia Respiratoria</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Espirómetro ▪ Resistencia Vías Aéreas ▪ Terapia Respiratoria ▪ Terapia Inhalatoria
--	--

DISPOSICIONES GENERALES

1. El Nivel Central de esta Programa promoverá agendas con los Consejos Comunales y diversas organizaciones no gubernamentales, para generar soporte a las familias de la comunidad afectadas por la Fibrosis Quística con miras a mejorar sus estilos y condiciones de vida, que contengan inclusión social, alimentación saludable, actividad física cotidiana, manejo adecuado del estrés, cesación tabáquica, higiene postural y de actividades de la vida diaria, entre otros.
2. Todo paciente que acude a la consulta del Primer Nivel de Atención con sintomatología sugestiva de Fibrosis Quística, debe ser referido a la unidad competente más cercana a su lugar de residencia para su estudio confirmatorio de Diagnóstico y poder recibir tratamiento adecuado.

CAPÍTULO III
PROGRAMA ANTITABÁQUICO

EQUIPO RESPONSABLE DE ESTE CAPÍTULO

DIRECTORA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRASMISIBLES

Dra. Tania Bernal Schmelzer

COORDINADORA NACIONAL DEL PROGRAMA ANTITABÁQUICO

Lic. Melina Herrera

EQUIPO TÉCNICO

RESPONSABLE DE LA ACCIÓN DE ESCUELAS LIBRES DE HUMO DE TABACO

Lic. Patricia Lozano

ASISTENTE ADMINISTRATIVO

Lic. Jaimar Telen

ASESORAMIENTO METODOLÓGICO Y REDACCIÓN

Dra. Alcida Pérez

Lic. Freddy Mejía

AUTORIDADES QUE PARTICIPARON EN LA ELABORACION DEL DOCUMENTO

Coordinadores del Programa Antitabáquico de las Entidades Estadales del País

Coordinadores de las Unidades de Cesación Tabáquica de las Entidades Estadales del País

Dr. Elvis Matheus. Unidad de Cesación Tabáquica en el Ambulatorio Docente de la Universidad Central de Venezuela.

Lcda. Yadira Rodríguez. Dirección de Atención a la Madre, Niño, Niña y Adolescente. MPPS.

Dr. Luis Capote. Programa Nacional de Oncología. MPPS.

Ftco. Peggy Alborno. Programa Nacional de Oncología. MPPS.

Dra. Mercedes España. Coordinadora del Programa Nacional de Salud Respiratoria. MPPS.

Dra. Loida de Valera. Coordinadora del Programa Nacional de Salud Endocrino-Metabólico. MPPS.

Dra. Beatriz Larocca. Coordinadora del Programa Nacional de Salud Cardiovascular. MPPS.

Dr. Saúl Peña. Coordinador del Programa Nacional de Prevención de Accidentes y Hechos Violentos. MPPS.

Lcda. Rita Paz. Dirección de Comunicación Corporativa. MPPS.

Dr. José Delgado. Fundación José Félix Ribas. MPPS.

Lcda. María Dolores Espinoza. Directora de Inclusión Social. Fundación José Félix Ribas. MPPS.

Lcda. Yuneire Antillano. Coordinadora de Investigación. Fundación José Félix Ribas. MPPS.

Bióloga Beatriz Mosquera. Instituto Nacional de Higiene "Rafael Rangel". MPPS.

Ftca. Juan Manuel González. Instituto Nacional de Higiene "Rafael Rangel". MPPS.

COOPERACIÓN TÉCNICA INTERNACIONAL.

Lic. Natasha Herrera. Consultora de Tabaco OPS/OMS.

INTRODUCCION

El tabaco es el único producto de consumo que daña a todas las personas expuestas a él y mata a la mitad de sus consumidores regulares. Si la tendencia actual continúa, el tabaco habrá matado anualmente 7 millones de personas para el año 2020 y más de 8 millones de personas para 2.030. Cien millones de personas murieron por causa del tabaco en el siglo XX. A menos que se implementen medidas efectivas para prevenir que los jóvenes comiencen a fumar y para ayudar a los fumadores actuales a abandonar el hábito, el tabaco matará a mil millones de personas en el siglo XXI (1).

En la Región de las Américas, las enfermedades vinculadas estrechamente con el tabaquismo, como los cánceres de bronquios, de pulmón y de laringe, las enfermedades cardiovasculares y el enfisema, representan aproximadamente el 54% de la carga total de enfermedad. (2)

Al igual que en la mayoría de los países del mundo (en especial los industrializados), en la República Bolivariana de Venezuela, las Enfermedades No Transmisibles (ENT) constituyen un grave problema de salud pública, al ubicarse las Enfermedades Cardiovasculares desde hace más de cinco décadas, como la primera causa de mortalidad en la población general, constituyendo el primer problema de salud pública, seguido por el Cáncer, en segundo lugar, la Diabetes en el sexto, y las Enfermedades Renales la décima segunda causa de mortalidad en la población general. Estas patologías comparten un factor de riesgo común: el consumo de tabaco.

Existe evidencia de que el hábito del cigarrillo y la exposición al humo de segunda mano tienen consecuencias importantes en la población de mujeres embarazadas, los bebés y los niños (1).

Datos epidemiológicos colocan al Tabaquismo en nuestro país, como problema de salud pública. Más de 100 mil venezolanos y venezolanas fallecieron por el consumo o exposición al humo del tabaco en los últimos 10 años. La prevalencia de tabaquismo en adultos es del 17%, según datos del año 2011 (3) y de 5,6% en jóvenes escolarizados entre 13 a 15 años de edad según datos de 2010 (4).

Igualmente, en lo que se refiere al comportamiento de la Industria del Tabaco en Venezuela, tenemos que según datos suministrados por el Servicio Nacional Integrado de Administración Tributaria (SENIAT), la producción de cigarrillos ha ido disminuyendo entre 2006 y 2010, alcanzando un máximo de 877.271.000 cajetillas de cigarrillos en el año 2007; con una producción para el año 2010, de 656.893.338 cajetillas de cigarrillos.

El Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS) viene adelantando políticas dirigidas fundamentalmente a priorizar la Atención Primaria en Salud (APS) mediante el fortalecimiento del Primer Nivel de Atención, con médicos generales, auxiliares de Medicina Simplificada y los agentes comunitarios de APS (ACAPS), haciendo énfasis en la Promoción de una vida Sana y la Prevención de las enfermedades más prevalentes en cada territorio social; todo ello con la más amplia participación social y la intersectorialidad de las diversas políticas de otros sectores públicos.

Durante este proceso, se considera necesario el fortalecimiento del personal que se desempeña en los diferentes servicios de salud, en las capacidades y medios de las comunidades en las mejoras de sus condiciones y estilos de vida, en conjunto con el equipo básico de salud y las múltiples redes sociales y el resto de las estructuras del Estado, especialmente las del área social. Así mismo, se ha considerado necesario mejorar las condiciones de los servicios del Primer Nivel de Atención en Salud, la Atención Especializada ambulatoria y la Hospitalaria, las cuales deben funcionar en red.

Es por ello que se ha revisado y actualizado la Norma del Programa Antitabáquico para ser implementada en todo el Sistema Nacional de Salud, en sintonía con la Política actual de Salud y los avances técnicos y científicos, ampliando todo lo relacionado con la APS, con el propósito de mejorar la calidad de atención integral de la población general de la República Bolivariana de Venezuela, sana, con factores de riesgo o afectada por el consumo de productos derivados del tabaco, con o sin algún grado de discapacidad.

Esta Norma describe los objetivos del Programa, las estrategias y actividades que se cumplirán para alcanzar dichos objetivos, a qué población va dirigido el Programa, estructura del mismo de acuerdo a lo establecido por el Ministerio: Nivel Nacional, Estatal, Municipal y/o Distrital y/ Local, así como las metas programadas por determinados períodos de tiempo.

Se describen, así mismo, las actividades que se realizarán de acuerdo a los diferentes niveles de atención; así como el desarrollo de un sistema de información, control y evaluación; en concordancia a lo establecido en el Plan Nacional de Salud, en el que se plantean las estrategias para alinear la gestión del Estado venezolano con el fin de garantizar el derecho a la salud para el período 2009–2013/2018, de acuerdo a los mandatos de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, y a las directrices, enfoques, políticas y estrategias del Plan de Desarrollo Económico y Social 2007-2013 “Proyecto Nacional Simón Bolívar”.

BASE LEGAL

Constitución de la República Bolivariana de Venezuela del año 1999: Artículos 83, 84, 85, 86 y 122.

Establece las bases para desarrollar la naturaleza jurídica y el modelo organizativo del Sector Salud Venezolano.

- **Artículo 83** establece que la salud es un *DERECHO SOCIAL* fundamental, parte del Derecho a la Vida.
- **Artículo 84** ordena la creación de un SISTEMA PÚBLICO NACIONAL DE SALUD, bajo la rectoría del Ministerio de Salud, integrado al sistema de seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad.
- **Artículo 85** expresa que el financiamiento del Sistema Público Nacional de Salud es obligación del Estado.

- **Artículo 86** establece que toda persona tiene derecho a la seguridad social, que garantice la salud y asegure protección en diferentes contingencias.
- **Artículo 122** reconoce el derecho de los pueblos indígenas a una salud integral que considere sus prácticas y culturas.

Igualmente, la CRBV reconoce como derechos un conjunto de determinantes de la salud, como es el derecho a la educación, nutrición, vivienda, cultura, trabajo, entre otras.

Ley Orgánica de Salud, publicada en Gaceta Oficial N° 36.579 del 11 de noviembre de 1998 en sus Títulos II, III, VIII y IX y Capítulo II, Artículo 31 (vigente). Establece los estatutos, funciones y atribuciones del Ministerio de Salud, así como los derechos y deberes de los beneficiarios de los servicios de salud.

El artículo 31 destaca la educación para la salud como parte fundamental de la estrategia de promoción de salud, con la participación de la comunidad, enfatizando la cultura por la salud y la vida.

Actualmente en vacatio legis, mientras se discute en la Asamblea Nacional la Ley de Salud de la CRBV (1999).

Ley Orgánica para la Protección de Niños/as y Adolescentes. Gaceta Oficial N° 5.859. Extraordinaria. 10-12-2007.

- **Artículo 75:** Prohíbe informaciones e imágenes que promuevan e inciten al uso de tabaco en niños/as y adolescentes.
- **Artículo 92:** Establece la prohibición de vender o facilitar, de cualquier forma, a los niños/as y adolescentes tabaco.

Plan Estratégico Social de la Nación (2001-2007) Planteó como prioridad la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud, integrando las políticas públicas sociales, la corresponsabilidad ciudadana en los territorios sociales, considerando a la salud como expresión individual y colectiva de calidad de vida y bienestar, producto de los determinantes sociales, tomando en cuenta los derechos y las necesidades sociales así como los territorios, las redes sociales y la contraloría social. También pretendió enfrentar las inequidades de género, etnia, grupos y clases sociales.

Plan Simón Bolívar.2007-2013. En la Directriz de la Suprema Felicidad Social, se propone una estructura social incluyente, y se aspira que todos vivamos en las mejores condiciones posibles. Allí se establece la estrategia “Profundizar la Atención integral en Salud de forma universal”, donde se exponen las políticas de “Fortalecer la Prevención y Control de Enfermedades”, así como “Expandir y Consolidar los Servicios de Salud de forma oportuna y gratuita”.

Plan Nacional de Salud 2007-2013/2018. Define políticas concretas para cambiar las condiciones de vida incluyendo entre otras, la reducción del tabaquismo como factor de riesgo de las enfermedades crónicas no transmisibles.

Ley Aprobatoria del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control de Tabaco (CMCT). Gaceta Oficial Ordinaria N° 38.804 de fecha 01 de noviembre de 2005. Ratificado unánimemente por la Asamblea Nacional

y el Presidente de la República el 27 de Junio del 2006. Tiene como objetivo reducir las muertes y enfermedades producidas por el consumo de productos derivados del tabaco en todos los países del mundo e incidiendo sobre los determinantes sociales fundamentales que actúan sobre esta epidemia.

Resolución Nº 7 del 23 de Octubre de 1.984 del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS), publicado en Gaceta Oficial Nº 33.098 del 06 de Noviembre de 1.984: Oficializa la existencia de un Programa Antitabáquico, reconoce al tabaco como un problema de Salud Pública y establece un presupuesto para el funcionamiento de una Unidad de Apoyo Técnico de carácter multidisciplinario.

Resolución Nº G-569, publicada en Gaceta Oficial Nº 33.390 del 15 de enero de 1986: Se contempla la prohibición de fumar dentro de todos los establecimientos asistenciales.

Resolución Nº G- 1.203 del 26 de Septiembre de 1.988, publicada en Gaceta Oficial Nº 34.106 del 02 de diciembre de 1988: Prohibición de fumar dentro de los establecimientos de salud, dependientes del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social y todos los servicios destinados a la defensa de la salud que se incorporen al Sistema Nacional de Salud.

Resolución conjunta entre el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social y el Ministerio de Educación Nº G 1.330 y M. E Nº 1.201, publicado en Gaceta Oficial Nº 34.106 del 02 de Diciembre de 1.988: Prohibición de fumar en planteles educativos, tanto públicos como privados y en las instalaciones administrativas del Ministerio de Educación.

Resolución conjunta de los Ministerios de Sanidad y Asistencia Social, Transporte y Comunicaciones y Ambiente y Recursos Naturales Renovables Nº G 896, publicado en Gaceta Oficial Nº 34.844 del 19 de Noviembre de 1991: Se prohíbe fumar en las aeronaves durante los vuelos comerciales que cubren rutas nacionales.

Resolución Nº SG 466-96 del MSAS del 13 de Noviembre de 1.996, publicado en Gaceta Oficial Nº 36.089 del 19 de Noviembre de 1.996: Ubica el Programa Nacional Antitabáquico en la Dirección del Programa de Salud de la Dirección General Sectorial de Salud denominándose: Programa Nacional Tabaco o Salud.

Resolución Nº 243 del Ministerio de Salud y Desarrollo Social del 19 de Junio de 2000, publicada en Gaceta Oficial Nº 36.976 del 20 de junio del 2.000: Se prohíbe fumar dentro de las instalaciones administrativas y asistenciales, hospitales, ambulatorios y cualesquiera otros establecimientos o servicios de salud, tanto del sector público como privado.

Resolución Nº 109 del 22 de marzo de 2004, publicado en Gaceta Oficial Nº 37.904 del 23 de marzo de 2004: Se establece la regulación y control del cigarrillo y demás productos derivados del tabaco destinados al consumo humano.

Resolución Nº 110 del 22 de marzo de 2004, publicado en Gaceta Oficial Nº 37.904 del 23 de marzo de 2004: Las cajetillas y cualquier otro tipo de embalaje de cigarrillos, contendrán advertencias a través de textos o imágenes acerca de los daños a la salud derivados del consumo.

Resolución N° 011 del 08 de febrero de 2006, publicado en Gaceta Oficial N° 38.375 del 08 de febrero de 2006: Se regulan los puntos y formas de venta de productos derivados del tabaco, para la prohibición de venta para y por menores de edad.

Resolución N° 012 del 08 de febrero de 2006, publicado en Gaceta Oficial N° 38.375 del 08 de febrero de 2006: Prohíbe la colocación transitoria o permanente, distribución o promoción en medios publicitarios o cualquier tipo de publicidad exterior, que inciten, promuevan o estimulen de cualquier forma el consumo de productos derivados del tabaco, en el territorio de la República Bolivariana de Venezuela.

Resolución N° 030, publicada en Gaceta Oficial N° 39.627 del 02 de marzo de 2011: Prohibición de fumar o mantener encendidos productos de tabaco en áreas interiores de los lugares públicos y en los lugares de trabajo, cualquiera sea su uso, incluyendo el transporte.

Resolución sobre prohibición de publicidad, promoción y patrocinio de productos derivados del tabaco y regulación de formas y puntos de venta. En proceso de aprobación por la Ministra del Poder Popular para la Salud.

JUSTIFICACION

Sobre la base de la realidad actual en relación con el problema del tabaquismo, resulta importante destacar que las políticas de control del tabaco que ha venido implementando en los últimos años la República Bolivariana de Venezuela, han tenido un efecto positivo en el control de la epidemia del tabaquismo, según lo demuestran los sistemas de vigilancia epidemiológica implementados, lo cual ha significado un reto importante para el control del tabaquismo.

Se ha avanzado en el control de ambientes diversos libres de humo de tabaco (escuelas, centros comerciales, de trabajo, entre otros), así como la articulación de estrategias interinstitucionales que han contribuido de manera notable a la disminución del consumo de productos de tabaco y a la cesación del hábito de fumar. También se han dado avances sustanciales en el tratamiento de la dependencia a la nicotina, a través de las consultas de cesación tabáquica.

No obstante, se debe continuar el trabajo articulado y permanente enfocado a contribuir en la disminución de las muertes y enfermedades asociadas a esta epidemia, por lo que resulta necesario destinar recursos económicos, humanos y materiales dirigidos a fortalecer y optimizar las estrategias fiscales, educativas, sanitarias y de comunicación para alcanzar los objetivos generales y específicos del Programa Antitabáquico.

OBJETIVOS**OBJETIVO GENERAL**

Contribuir en la disminución de la carga de morbi-mortalidad de las enfermedades crónicas no transmisibles en la población venezolana, relacionada con el consumo de productos de tabaco, tanto en los consumidores como en la población expuesta, de acuerdo con las políticas establecidas de manera conjunta con la Dirección de Enfermedades Crónicas No Trasmisibles.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Fortalecer las políticas de promoción de la salud, actuando sobre las condiciones y estilos de vida, privilegiando la protección de la población ante la exposición al humo del tabaco y otros derivados del mismo, y en el gran marco de Política Pública Sana denominado “Suprema Felicidad Social”.
- Implementar acciones de difusión, educación y comunicación masivas, en conjunto con las organizaciones del Poder Popular, el resto del equipo de salud y los otros sectores de la política pública, de manera de construir con la población el conocimiento sobre los principales riesgos a la salud producidos por el consumo de productos de tabaco, enfatizando en la prevención del inicio del consumo de productos de tabaco en la población venezolana, principalmente en niños, niñas y adolescentes.
- Concertar con los entes de educación universitaria la formación de médicos y personal técnico de salud en sintonía con la norma de este Programa y con las capacidades operativas requeridas; así como, el desarrollo de la educación y capacitación continua y en servicio de todo el personal del área.
- Establecer un sistema de atención integral a la población consumidora de productos de tabaco en cualquiera de sus formas, dirigida al logro de la cesación temprana del tabaquismo, especialmente en mujeres embarazadas y en periodo de lactancia, y niños, niñas y adolescentes.
- Consolidar un Sistema de Información en Salud oportuno, confiable, y sencillo, que brinde la recolección de los datos, su elaboración y análisis, generado por todos los actores, públicos como privados, y sirva de instrumento para elevar la conciencia colectiva, definir corresponsabilidades y evaluar la marcha del programa.
- Impulsar la investigación clínica, epidemiológica y operativa específica para cada nivel de atención y en los distintos territorios sociales.

ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES

Objetivos 1 y 2

Estrategia 1: Promoción para la transformación cultural de modos, condiciones y estilos de vida saludables

Generación de procesos de transformación cultural de modos, condiciones y estilos de vida saludables, mediante la comunicación, información y educación de las comunidades, articulando diversas alianzas para aumentar las capacidades de los individuos y sus diversas agrupaciones en sociedad, con miras a mantenerse sanos, aplicando factores protectores de la vida basados en la evidencia.

Actividades

- Desarrollo de planes de salud intrasectoriales e intersectoriales dirigidos a la promoción de la salud y a la divulgación de conocimientos sobre condiciones y estilos de vida saludable en las agendas de las organizaciones comunitarias.
- Implementación de relaciones interinstitucionales con los Ministerios de Educación, Educación Universitaria y otros organismos corresponsables, para incorporar contenidos y prácticas promocionales sobre condiciones y estilos de vida saludable y prevención de consumo de tabaco en todas sus formas, en las instituciones públicas y privadas.

Objetivo 3

Estrategia 1: Formación de profesionales de la salud en el manejo integral del Tabaquismo

Fortalecimiento de las competencias en las carreras vinculadas a las Ciencias de la Salud, en los aspectos de salud colectiva, específicamente en lo relativo a la promoción de estilos y condiciones de vida saludables, prevención y tratamiento del tabaquismo, en coordinación con la Dirección de Investigación y Educación del MPPS y del Ministerio del Poder Popular para la Educación Universitaria.

Actividades

- Diseño de contenidos curriculares del Programa Antitabáquico, en conjunto con la Dirección de Investigación y Educación del MPPS y del Ministerio del Poder Popular para la Educación Universitaria, para su implementación en las carreras relacionadas con salud.
- Implementación de los contenidos curriculares del Programa Antitabáquico, en las universidades nacionales que dictan carreras de salud, en conjunto con la Dirección de Investigación y Educación del MPPS y del Ministerio del Poder Popular para la Educación Universitaria.

Estrategia 2: Mejoramiento continuo del personal de salud en servicio en el manejo integral del Tabaquismo

Mantener un desarrollo continuo de las capacidades y competencias del personal de salud en los servicios, en todos los aspectos relacionados con el tabaquismo y sus consecuencias para la salud.

Actividades

- Diseño de un plan de capacitación continua en servicio, por niveles, por profesiones y funciones, en los contenidos del Programa Antitabáquico, en coordinación con la Dirección General de Educación e Investigación y las Direcciones Estadales de Salud (DES).
- Ejecución del Plan de Capacitación Continua del Programa Antitabáquico, de manera permanente y sustentable en el tiempo.

Objetivo 4**Estrategia 1: Pesquisa para detección oportuna de Tabaquismo**

Detección de consumo de tabaco a nivel individual, familiar y comunal, siguiendo las normas, pautas y procedimientos establecidos por el Programa en las Redes de Atención y estableciendo las alianzas interprogramáticas requeridas.

Actividades

- Pesquisa de tabaquismo, en las consultas, con énfasis en el Primer Nivel de Atención, escuelas y familias del área de influencia del establecimiento de Atención Primaria.
- Captación oportuna de las personas detectadas con hábitos tabáquicos, para su incorporación al manejo y control del Programa.

Estrategia 2: Fortalecimiento de la línea de Atención Médica en la Red de Servicios, para el control del Tabaquismo

Fortalecimiento de las redes de Atención Médica para el control del tabaquismo, con la participación protagónica de los equipos de salud, los usuarios/as y las organizaciones de las comunidades del área de influencia, estableciendo las alianzas interprogramáticas e intersectoriales requeridas, para la atención integral de las personas con esta patología, desde las que necesiten sólo tratamiento no farmacológico hasta quienes requieran atención especializada (tratamiento farmacológico).

Actividades

- Definición en conjunto con el Viceministerio de Redes de Servicios, de los recursos necesarios para la ejecución del Programa en los diferentes niveles de atención y de acuerdo con las metas establecidas en las unidades de tiempo.

- Capacitación continua del personal de salud de los niveles de atención en salud en las pautas y procedimientos del Programa Antitabáquico.
- Gestión articulada con los estados en lo referente a la dotación de medicamentos e insumos necesarios para la ejecución del Programa, de acuerdo a la demanda establecida.

Objetivo 5

Estrategia 1: Fortalecimiento del Sistema de Información de Tabaquismo

Desarrollar los mecanismos de Vigilancia Epidemiológica del Tabaquismo en uso actualmente, como parte del Sistema Integrado de Vigilancia de Enfermedades Crónicas No Transmisibles, convencionales y no convencionales.

Actividades

- Optimizar los registros de información del Programa incorporándolos en el SIS-PRO, así como los mecanismos de auditoría de la calidad de los datos.
- Fortalecer los procesos de análisis de los datos y la toma de decisiones del Programa.
- Capacitación continua del personal de salud en el manejo del Sistema de Información del Programa.

Estrategia 2: Fortalecimiento del Control de la Gestión

Fortalecimiento, desde lo gerencial a lo operativo, de la captura y procesamiento de información para el seguimiento y la evaluación de la gestión mediante indicadores de eficiencia, eficacia, efectividad e impacto, del Programa Antitabáquico.

Actividades

- Diseño y aplicación de la Matriz de Seguimiento y Evaluación del Programa Antitabáquico.
- Seguimiento y evaluación periódicos basado en indicadores de la eficiencia, eficacia, efectividad e impacto del Programa Antitabáquico.
- Coordinación con los Programas de Salud que integran la Dirección de Enfermedades Crónicas No Trasmisibles para el fortalecimiento integrado de la vigilancia de la gestión de sus programas y planes.

Objetivo 6**Estrategia 1: Desarrollo de la investigación en Tabaquismo**

Incentivar Líneas de Investigación clínica, epidemiológica y social, en el área de tabaco, en coordinación y cooperación con los Programas de Salud relacionados, la Dirección General de Educación e Investigación (DGIE), los Centros de Investigación de las Universidades nacionales e internacionales, las sociedades científicas y las organizaciones multilaterales (OMS-OPS. UNICEF, etc.).

Actividades

- Diseño de una agenda de prioridades de investigación en el área de tabaco, en conjunto con los otros Programas de la DGPS y la Dirección General de Educación e Investigación (DGEI), para ser discutido y ejecutado con los Centros de Investigación de las Universidades nacionales e internacionales, las sociedades científicas y las organizaciones multilaterales (OMS-OPS. UNICEF, etc.).
- Desarrollo de investigaciones operativas en todos los niveles de atención, en cooperación con las DES, las jefaturas de distritos y municipios, las direcciones de establecimientos y la comunidad organizada.

METAS 2013-2019

- Reducir en 1% la tasa de prevalencia de fumadores adultos de 17% a 16%.
- Reducir en 1% la tasa de prevalencia de fumadores adolescentes de 5,6% a 4,6%.
- Aumentar la cesación tabáquica al final de tratamiento en un 30%, de acuerdo a cifras internacionales.

POBLACION OBJETO:

- En Promoción de la salud: Toda la población, con énfasis en niños, niñas y adolescentes, en especial en edades comprendidas entre 10 y 19 años.
- En Prevención Secundaria (Diagnóstico temprano y tratamiento oportuno): Población consumidora de tabaco, cualquiera sea su edad, con énfasis en las embarazadas, de acuerdo a lo establecido en esta norma.

CAMPO DE APLICACIÓN

Esta Norma es de obligatorio cumplimiento de todo el personal de salud y de los establecimientos de salud de todos los subsistemas del Sistema Público Nacional de Salud. Asimismo, debe ser referencia a ser considerada en los ámbitos científicos y académicos del campo de la salud.

ESTRUCTURA DEL PROGRAMA

El Programa Antitabáquico se estructura en:

Nivel Normativo Gerencial con tres dimensiones:

- Central: constituido por la Coordinación Nacional del Programa Antitabáquico, adscrito a la Dirección General de Programas de Salud del Viceministerio de Redes de Salud Colectiva, del Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS).
- Estatal: representado por las Coordinaciones Estadales del Programa, dentro de las Direcciones Estadales de Salud, dirigidas por un profesional de la salud con capacitación en Salud Pública y en el área de tabaquismo. Las relaciones entre este nivel y el central son estrictamente necesarias, como punto de confluencia entre lo gerencial normativo y lo gerencial operativo.
- Municipal: establecidos en las instancias distritales o municipales de salud de los estados. Es el nivel clave para el manejo de la Atención Primaria de Salud.

Nivel Local Ejecutor. A este nivel corresponde la ejecución del Programa, conformado por los establecimientos de salud y los órganos representativos de la comunidad, con dos Niveles de Atención de complejidad médica creciente: Primer Nivel y Segundo Nivel. En aquellas Entidades Federales donde se cuente en el Primer Nivel de Atención con médicos generales o de familia y personal de apoyo, comprometidos y con entrenamiento en cesación tabáquica, podrán instrumentarse Unidades de Cesación Tabáquica de acuerdo con los criterios establecidos por el Programa y las necesidades de la población

FUNCIONES DEL NIVEL CENTRAL (Normativo y Gerencial)

- Revisar y actualizar las normas, planes, estrategias y acciones orientadas a la promoción de modos, condiciones y estilos de vida saludables, la prevención, el tratamiento y el control del tabaquismo.

- Formular y ejecutar con las otras coordinaciones de la Dirección de Enfermedades Crónicas no transmisibles y la Coordinación de Promoción para la Salud y Calidad de vida, el Plan Estratégico de comunicación, información y educación para la promoción de la salud y prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT).
- Diseñar resoluciones antitabáquicas de manera articulada con la Coordinación de Regulación y Control de Tabaco del Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria y otros organismos corresponsables, tales como: Instituto Nacional de Higiene “Rafael Rangel”, SENIAT, Fundación “José Félix Ribas”, Oficina Nacional Antidrogas, Cooperación Técnica de OPS-OMS.
- Establecer alianzas con organizaciones comunitarias, instituciones públicas y privadas para elaborar, coordinar, promover e incentivar acciones de prevención, control y atención del tabaquismo.
- Informar a la población nacional sobre promoción de la salud y prevención del tabaquismo, con miras a impulsar la corresponsabilidad de ciudadanos y comunidades, a través de la difusión en los diferentes medios públicos, privados y comunitarios, en coordinación con la Oficina de Comunicación y Relaciones Institucionales.
- Revisar, actualizar y establecer los protocolos de atención para el tratamiento del Tabaquismo, en concordancia con los niveles de atención en salud.
- Gestionar la adquisición y distribución de los medicamentos para la cesación de fumar.
- Conformar e integrar con las coordinaciones de programas, sectores relacionados con el consumo de tabaco e instituciones afines, la conformación de equipos de trabajo interprogramáticos, intersectoriales e interinstitucionales.
- Hacer el diagnóstico de situación nacional.
- Monitorear, supervisar y evaluar el cumplimiento de las normas y protocolos establecidos en el Programa Antitabáquico.
- Presentar los informes de resultados del Programa Antitabáquico ante organismos internacionales y nacionales.
- Participar en representación del país en eventos relacionados con el tema de tabaco, tales como: Conferencia de las Partes del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco.

FUNCIONES DEL NIVEL ESTADAL (Normativo-Gerencial)

- Definir la complejidad de la estructura de la Coordinación Estatal, de acuerdo con las pautas dictadas por la Norma del Programa Antitabáquico (PA) y la situación del estado correspondiente.

- Ejecutar el PA en su estado, adecuándolo a la situación existente en el mismo, bajo la dirección del Nivel Central y en coordinación con el Nivel Central y las otras coordinaciones estatales.
- Controlar la ejecución del PA, mediante la supervisión, monitoreo y evaluación de sus componentes operativos, epidemiológicos y gerenciales.
- Mantener actualizado el Sistema de Información de Salud en el Nivel Estatal, en sus componentes operativos, epidemiológicos y gerenciales, de acuerdo con las normas establecidas en el PA.
- Establecer grupos de trabajo con las Zonas Educativas, Contralorías Sanitarias Estadales y demás organismos corresponsables, para impulsar y fortalecer las actividades de Promoción de la Salud, prevención del consumo de tabaco y vigilancia del Marco Legal de Tabaco.

FUNCIONES DEL NIVEL MUNICIPAL (Normativo-Gerencial)

- Implementación y desarrollo del Programa Antitabáquico de acuerdo a los lineamientos emanados del Nivel estatal, en concordancia con la norma establecida por el Nivel Central.
- Impulsar la participación activa de la comunidad organizada en el PA, tanto en la corresponsabilidad en la ejecución de las actividades como en su control, para el cumplimiento de las mismas.
- Controlar la ejecución del PA, mediante la supervisión, monitoreo y evolución de sus componentes operativos, epidemiológicos y gerenciales.
- Mantener actualizado el Sistema de Información de Salud en el Nivel Municipal, en sus componentes operativos, epidemiológicos y gerenciales, de acuerdo con las normas establecidas en el PA.

FUNCIONES DEL NIVEL LOCAL (Ejecutor-Gerencial)

- Analizar la situación del consumo del tabaco de su área de influencia, de acuerdo con el nivel de atención médica.
- Programar, con la participación de los diversos actores implicados y basados en el análisis de su situación, las acciones locales en concordancia con las normas del PA.
- Aplicar la programación local en el territorio social de su área de influencia, según el nivel de atención médica, desde lo referente a la promoción, la prevención y la atención hasta la rehabilitación, dirigido a la población diana del PA.

- Controlar la ejecución del PA, mediante la supervisión, monitoreo y evaluación de sus componentes operativos, epidemiológicos y gerenciales.
- Mantener actualizado el Sistema de Información de Salud en el Nivel Local, en sus componentes operativos, epidemiológicos y gerenciales, de acuerdo con las normas establecidas en el PA.

ACTIVIDADES SEGÚN NIVELES DE ATENCIÓN

Niveles de Atención	Actividades
<p style="text-align: center;">Primer Nivel ARI, ARII, AUI y Consultorio Popular</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Analizar la Situación de Salud (ASIS) comunitaria, con participación de todos los actores. ▪ Elaborar el informe de situación del tabaquismo en el territorio del área de influencia del establecimiento de APS, con sus respectivos indicadores definidos por el Programa. ▪ Elaborar el Plan Anual del Programa Antitabaco (PA) de la población del área de influencia del establecimiento de APS, en conjunto con los órganos del Poder Popular (Comités de Salud, Consejos Comunales, Comunas). ▪ Presentar ante la asamblea de la comunidad de su área de influencia, para su aprobación, el Plan Anual del PA y los compromisos de corresponsabilidad comunitaria e institucional. ▪ Ejecutar las actividades de promoción de la salud con enfoque de determinantes sociales y relacionadas con el consumo del tabaco, aprobadas en el Plan Anual del PA de la comunidad del área de influencia del establecimiento de APS. ▪ Ejecutar las actividades de prevención del inicio y consumo del tabaco de acuerdo al ciclo de vida, realizando en comunidades, escuelas y sitios de trabajo: <ul style="list-style-type: none"> ○ La educación sobre estilos de vida saludables. ○ Detección temprana de factores de riesgo. ○ Pesquisa de tabaquismo. ▪ Tratar los casos de consumo de tabaco, brindando consejo breve antitabáquico. ▪ Conformar con la comunidad grupos de apoyo para la cesación del fumar. ▪ Referir a la Unidad de Cesación Tabáquica, en el segundo nivel, a los fumadores, según los criterios establecidos en el PA ▪ Recolectar el dato básico de la información del Programa, utilizando la Historia Clínica Básica Integrada, la Ficha Familiar y los Análisis de Situación de Salud (ASIS) Comunitarios.

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Llenar los formatos de Epidemiología y de Programas del SIS. ▪ Analizar los indicadores de insumos, de procesos y resultados de las actividades. ▪ Monitorear la ejecución del Programa, a nivel de las comunas (escuelas, lugares de trabajo), familias de su área de influencia, de los individuos atendidos en las consultas, y otros agrupamientos de su comunidad, de acuerdo con las normas y los indicadores del mismo. ▪ Evaluar la ejecución del Programa en sus componentes operativos, epidemiológicos y gerenciales y su envío al nivel normativo correspondiente, de acuerdo con las normas y los indicadores del mismo. ▪ Efectuar investigaciones operativas en el marco de las disposiciones del PA.
Segundo Nivel AUII, AUIII, Clínica Popular, CDI y SRI	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Apoyar las acciones del nivel gerencial para fortalecer la APS en su área de competencia, en atención, docencia e investigación. ▪ Brindar atención en la Unidad de Cesación Tabáquica a los fumadores referidos del Primer Nivel por presentar dificultad para dejar de fumar sin tratamiento farmacológico. ▪ Gestión ante su nivel normativo gerencial, de la dotación de la Historia del Fumador, Registro Individualizado del Paciente Fumador, material educativo y medicamentos esenciales requeridos para la atención de los pacientes en control del Programa. ▪ Contrarreferencia de los casos referidos por los establecimientos de APS, para monitoreo y prevención de recaídas. ▪ Llevar el Sistema de Información de este nivel en sus componentes operativos, epidemiológicos y gerenciales. ▪ Efectuar investigaciones operativas en el marco de las disposiciones del PA. ▪ Apoyar las acciones del nivel gerencial para fortalecer la APS en su área de competencia, en atención, docencia e investigación.

DISPOSICIONES GENERALES

1. Se debe establecer en las agendas construidas con la comunidad y el Poder Popular, el cumplimiento de la resolución que garantiza los ambientes libres de humo de tabaco así como el resto del marco legal de tabaco.
2. Toda persona que asista a consulta en el 1er. Nivel de Atención, debe ser interrogada acerca del consumo de producto de tabaco o la exposición a estos y registrarlo en Historia Clínica Básica Integral (Estilo y Modo de Vida), la Ficha Familiar (Ítem 83, Factores de Riesgo, N° 17 Z72.0), y el SIS-02/EPI 10 (Riesgo Psicosocial N° 25), a fin de determinar su situación o riesgo.

3. Toda persona fumadora debe recibir un consejo breve antitabáquico, independientemente de su deseo de dejar de fumar, el cual debe ser brindado por todo el personal de salud.
4. Toda persona fumadora que desea dejar de fumar debe recibir el apoyo necesario.
5. Sólo se debe recomendar tratamiento farmacológico, contenidos en esta norma, a las personas con intención de dejar de fumar (Fase de Preparación/Acción).
6. A los niños, niñas y adolescentes se les deberá explicar, desde muy temprana edad, las consecuencias dañinas del consumo de productos derivados del tabaco, en el hogar, la comunidad y la escuela.
7. Toda persona de cualquier edad que consulte, especialmente las mujeres embarazadas, deben recibir consejo breve antitabáquico, particularmente si son fumadores.
8. A las fumadoras embarazadas se les debe ofrecer una intervención motivacional intensiva para estimularlas a dejar de fumar, cada vez que sea posible y a lo largo de todo el embarazo, ya que son consideradas por los Programas de Salud como embarazadas de Alto Riesgo.
9. Todo enfermo con consumo de tabaco, asociado a su enfermedad de base, debe recibir consejería terapéutica antitabáquica, reiterado y continuo a lo largo del tiempo, de acuerdo al protocolo establecido para la cesación tabáquica.
10. El protocolo antitabáquico es el consenso nacional del sector salud para la prevención y control del tabaquismo, en los diferentes niveles de atención del Sistema Público Nacional de Salud, de obligatorio cumplimiento en el territorio nacional

CAPÍTULO IV
PROGRAMA SALUD CARDIOVASCULAR

EQUIPO RESPONSABLE DE ESTE CAPÍTULO

COORDINADORA DEL PROGRAMA NACIONAL SALUD CARDIOVASCULAR

Dra. Beatriz Larocca García

Participantes en la Revisión

MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD

Dr. Alexis Guilarte. **Internista / Neumonólogo**

Dra. Beatriz Sánchez. **Epidemióloga**

Dra. Alcida Pérez. **Médica Fisiatra/Sanitarista**

Lic. Freddy Mejías. **Enfermero/Especialista en Salud Pública**

Dra. Beatriz Larocca. **Cardióloga General e Infantil**

INTRODUCCIÓN

El Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS) viene adelantando políticas dirigidas fundamentalmente a priorizar la Atención Primaria en Salud (APS) mediante el fortalecimiento del Primer Nivel de Atención, con médicos generales, auxiliares de Medicina Simplificada y los agentes comunitarios de APS (ACAPS), haciendo énfasis en la Promoción de una vida Sana y la Prevención de las enfermedades más prevalentes en cada territorio social; todo ello con la más amplia participación social y la intersectorialidad de las diversas políticas de otros sectores públicos.

Durante este proceso, se considera necesario el fortalecimiento del personal que se desempeña en los diferentes servicios de salud, en las capacidades y medios de las comunidades en las mejoras de sus condiciones y estilos de vida, en conjunto con el equipo básico de salud y las múltiples redes de la sociedad civil y el resto de las estructuras del aparato del Estado, especialmente las del área social. Así mismo, se ha considerado necesario mejorar la dotación de los servicios del Primer Nivel de Atención en Salud, la Atención Especializada ambulatoria y Hospitalaria, las cuales deben funcionar en red.

Es por ello que se ha revisado y actualizado la Norma del Programa de Salud Cardiovascular para ser implementada en todo el Sistema Nacional de Salud, adecuarla a la Política actual de Salud y a los avances técnicos y científicos, ampliando todo lo relacionado con la APS, con el propósito de mejorar la calidad de atención integral de la población general de la República Bolivariana de Venezuela, sana, con factores de riesgo o afectada por Enfermedad Cardiovascular, con o sin algún grado de discapacidad.

Esta Norma describe cuales son los objetivos del Programa, las estrategias y actividades que se cumplirán para alcanzar dichos objetivos, a qué población va dirigido el Programa, estructura del mismo de acuerdo a la establecida por el Ministerio: Nivel Nacional, Regional, Municipal y/o Distrital y/ Local, así como las metas programadas por determinados períodos de tiempo.

Se describen, así mismo, las actividades que se realizarán de acuerdo a los diferentes niveles de atención; así como el desarrollo de un sistema de información, control y evaluación; en concordancia a lo establecido en el Plan Nacional de Salud, en el que se plantean las estrategias para alinear la gestión del Estado venezolano con el fin de garantizar el derecho a la salud para el período 2009–2013/2018, de acuerdo a los mandatos de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, y a las directrices, enfoques, políticas y estrategias del Plan de Desarrollo Económico y Social 2007-2013 “Proyecto Nacional Simón Bolívar”.

BASE LEGAL

La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (CRBV, 1999) establece las bases para desarrollar la naturaleza jurídica y el modelo organizativo del Sector Salud Venezolano.

- **Artículo 83** establece que la salud es un *DERECHO SOCIAL* fundamental, parte del Derecho a la Vida.
- **Artículo 84** ordena la creación de un SISTEMA PÚBLICO NACIONAL DE SALUD, bajo la rectoría del Ministerio de Salud, el cual será de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad.
- **Artículo 85** expresa que el financiamiento del sistema público nacional de salud es obligación del Estado.
- **Artículo 86** establece que toda persona tiene derecho a la seguridad social como servicio público de carácter no lucrativo, que garantice la salud y asegure protección en diferentes contingencias.
- **Artículo 122** reconoce el derecho de los pueblos indígenas a una salud integral que considere sus prácticas y culturas.

Igualmente, la C RBV reconoce como derechos un conjunto de determinantes de la salud, como es el derecho a la educación, nutrición, vivienda, cultura, trabajo, entre otras.

Ley Orgánica de Salud año 1998 Artículo 31.

Establecen los estatutos, funciones y atribuciones del Ministerio de Salud, así como los derechos y deberes de los beneficiarios de los servicios de salud.

Capítulo II, Artículo 31: La educación para la salud es parte fundamental de la estrategia de promoción de salud. Con la participación de la comunidad, el Estado promoverá la cultura por la salud y la vida.

Actualmente en vacatio legis, mientras se discute en la Asamblea Nacional la Ley de Salud de la C RBV (1999).

Plan Estratégico Social de la Nación (2001-2007) Plantea como prioridad la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud, integrando las políticas públicas sociales, la corresponsabilidad ciudadana en los territorios sociales, considerando a la salud como expresión individual y colectiva de calidad de vida y bienestar, producto de los determinantes sociales, tomando en cuenta los derechos y las necesidades sociales así como los territorios, las redes sociales y la contraloría social. También pretendió enfrentar las inequidades de género, etnia, grupos y clases sociales.

Plan Simón Bolívar.2007-2013. En la Directriz de la Suprema Felicidad Social, se propone una estructura social incluyente, y se aspira que todos vivamos en las mejores condiciones posibles. Allí se establece la estrategia “Profundizar la Atención

integral en Salud de forma universal”, donde se exponen las políticas de “Fortalecer la Prevención y Control de Enfermedades”, así como “Expandir y Consolidar los Servicios de Salud de forma oportuna y gratuita”.

Plan Nacional de Salud 2007-2013/2018 Establece la importancia de los modos y estilos de vida en la carga elevada de mortalidad por enfermedades cardiovasculares y diabetes que constituyeron para 2006 el 61 % de la mortalidad por ECNT. Así mismo se establece el abordaje integral e intersectorial de los diversos problemas de salud para impulsar los cambios en los modos, condiciones y estilos de vida. Define políticas concretas para cambiar las condiciones de vida incluyendo entre otras, la reducción de la Diabetes y las Enfermedades Cardiovasculares y sus factores de riesgo como sedentarismo, obesidad y el tabaquismo.

Resolución del Ministerio de Salud N° 049 de fecha 30 de marzo de 2006, publicada en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela con el N° 38411 de fecha 03 de abril de 2006 En el año 2006, se establece oficialmente que **las NORMAS DE MANEJO Y TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES PRIORIZADAS: HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA, CARDIOPATÍA ISQUÉMICA Y ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES** son de estricto cumplimiento a nivel nacional, y serán actualizadas periódicamente por grupos técnicos de trabajo multidisciplinarios expertos en cada área.

Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud, Diciembre 2006, se oficializan los cambios que condujeron a consolidar la “**Estrategia de Intervención CAREM**”, integrando los programas de **Cardiovascular, Cáncer, Renal y Endocrino-Metabólico** con visión integralista, para la ejecución de acciones conjuntas de promoción de la salud, prevención, atención integral y vigilancia epidemiológica de estas Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) en el país.

En este sentido, de acuerdo a lo señalado, se ha venido dando un proceso de integración del **Programa Salud Cardiovascular** con otros programas con competencia en de las áreas de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles que comparten acciones de Promoción y Prevención factores de riesgo comunes, así como aspectos clínico-epidemiológicos. De igual manera hay coincidencia en basar estas las acciones conjuntas en la APS del 1er. Nivel de Atención.

JUSTIFICACIÓN

Desde la década de los años 50’ se ha reconocido que las Enfermedades Cardiovasculares y el Cáncer han constituido problemas de salud pública que requerían atención inmediata.

Datos epidemiológicos han demostrado este hecho con sus grandes implicaciones en las áreas sociales, económicas y éticas. Estudios de más reciente data recomiendan el manejo integrado de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles, en razón de su vinculación con los aspectos de promoción y prevención (Estrategia CAREM/OPS)

Desde el año 2003 y oficializado en 2006, nuestro país acogió esta estrategia integracionista. Los resultados alcanzados hasta ahora sugieren la conveniencia de continuar profundizando en este camino, motivo por el cual en el proceso de reestructuración de la Dirección General de Programas de Salud del MPPS, actualmente en marcha, se ha creado una Dirección de Línea de Enfermedades Crónicas No Transmisibles, dentro de la cual se creó la Coordinación CAREM que integra los Programas de Salud Cardiovascular, Renal, Enfermedades Reumáticas y Endocrino-Metabólica.

En este orden de ideas, se ha hecho necesario actualizar la Norma para ponerla en concordancia con las profundas transformaciones que se han venido generando en la institución, saliéndose del enfoque tradicional centrado en lo clínico, la especialización y el 3er. Nivel de Atención, para entrar en el enfoque poblacional y progresivo basado en la APS, con la Promoción de la Salud y la Prevención de la Enfermedad como estandarte y, la atención clínica de los enfermos y sus daños hasta la rehabilitación.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Contribuir al logro del mayor nivel de salud integral de individuos y colectivos, promoviendo la calidad de vida y salud, previniendo las Enfermedades Cardiovasculares y sus Factores de Riesgo en la población sana, así como tratar integralmente a la población con Enfermedades Cardiovasculares, en el contexto de la Estrategia Integrada CAREM.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Potenciar capacidades y habilidades en individuos y colectivos para mantenerse sanos, mediante la Promoción de la Salud Cardiovascular, bajo la estrategia CAREM y en el gran marco de Política Pública Sana denominado “Suprema Felicidad Social”.
- Actuar con la participación de las comunidades y de los demás sectores de la política pública con competencia en el área, sobre los factores de riesgo determinantes que conllevan al desarrollo de Enfermedades Cardiovasculares, en el contexto de la estrategia CAREM.
- Fortalecer a nivel nacional las Redes de Atención en Salud para el manejo y control de las Enfermedades Cardiovasculares desde la etapa pre clínica hasta la rehabilitación.

- Desarrollar el Sistema Información en Salud Cardiovascular que contemple la Vigilancia Epidemiológica de las Enfermedades Cardiovasculares, sus factores protectores de vida y los factores de riesgo de estas patologías, así como la gestión del programa.
- Mejorar la formación del personal de salud desde la etapa de pregrado y en los servicios, en los aspectos relativos a la promoción de estilos y condiciones de vida, prevención y tratamiento de las Enfermedades Cardiovasculares y su rehabilitación, en coordinación con la Dirección de Investigación y Educación y del Ministerio de Educación y Educación Universitaria bajo el enfoque integrado de CAREM.
- Situar la investigación en Salud Cardiovascular-CAREM, tanto académica como operativa, en el diario quehacer del programa, incorporando Centros de Investigación de las Universidades nacionales e internacionales, las sociedades científicas y las organizaciones multilaterales (OMS-OPS, UNICEF, etc.) y las organizaciones comunitarias, a fin de sistematizar las propias experiencias, responder a las propias necesidades y ponerse en sintonía con el avance de la ciencia y la tecnología.

ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES

Estrategia 1: Promoción para la transformación cultural de modos, condiciones y estilos de vida saludables

Generación de procesos de transformación cultural de modos, condiciones y estilos de vida saludables, mediante la comunicación, información y educación de las comunidades, articulando diversas alianzas para aumentar las capacidades de los individuos y sus diversas agrupaciones en sociedad, con miras a mantenerse sanos, aplicando factores protectores de la vida basados en la evidencia.

Actividades

- Diseño y ejecución de Planes de comunicación, información y educación nacionales, regionales y locales con participación activa del Poder Popular.
- Diseño y ejecución de un Plan nacional para mejorar las prácticas colectivas sobre régimen alimentario, actividad física, con la participación de las instancias regionales y voceros de diversas instancias del Poder Popular.
- Acompañamiento de la labor del sistema educativo de maternal a bachillerato en la socialización para mantenerse sanos y prevenir las enfermedades crónicas no transmisibles.

Estrategia 2: Pesquisa para detección oportuna de Enfermedades Cardiovasculares

Pesquisa para detectar las Enfermedades Cardiovasculares de manera oportuna, precoz, y efectiva, tomando en cuenta los factores de riesgo, los ciclos de vida y las características familiares y comunales, siguiendo las normas, pautas y procedimientos establecidos por el Programa en las Redes de Atención y estableciendo las alianzas interprogramáticas requeridas.

Actividades

- Pesquisa de Factores de riesgo (hipertensión, diabetes, obesidad, sedentarismo, estrés, tabaquismo, etc) en las consultas, con énfasis en el Primer Nivel de Atención, escuelas y familias del área de influencia del establecimiento de Atención Primaria.
- Pesquisa de hipertensión y/u otras enfermedades o alteraciones del sistema cardiovascular, en consultas de primer nivel de Atención.

Estrategia 3: Fortalecimiento de la línea de Atención Médica de las Enfermedades Cardiovasculares

Fortalecimiento de las redes de Atención Médica de las Enfermedades Cardiovasculares, con la participación protagónica de los equipos de salud, los usuarios/as y las organizaciones de las comunidades del área de influencia, estableciendo las alianzas interprogramáticas e intersectoriales requeridas, para la atención integral de las personas con Enfermedad Cardiovascular desde las que requieran solo tratamiento no farmacológico hasta la rehabilitación, pasando por la atención especializada y hospitalaria.

Actividades

- Definición en conjunto con el Viceministerio de Redes de Servicios, los recursos necesarios para la ejecución del Programa en los diferentes niveles de atención y de acuerdo con las metas establecidas en las unidades de tiempo.
- Capacitación continua del personal de salud de los niveles de atención en salud en las pautas y procedimientos del Programa Salud Cardiovascular.
- Gestión articulada con las regiones en lo referente la dotación de medicamentos, insumos y equipos del Programa de acuerdo con las necesidades de la población.
- Monitoreo de la atención en los diferentes niveles de la red.

Estrategia 4: Fortalecimiento del Sistema de Información de Salud en Enfermedades Cardiovasculares

Relanzamiento de los mecanismos de Vigilancia Epidemiológica de las Enfermedades Cardiovasculares.

Actividades

- Diseño e implementación de una modalidad de vigilancia por sitio centinela, ubicada en el hospital de mayor ocurrencia de casos por estado.
- Diseño e implementación de encuestas cuando la información centinela detecte anomalías que requieran profundizar en la situación, para la toma de decisiones.

Estrategia 5: Fortalecimiento del Control de la Gestión

Fortalecimiento de la captura y procesamiento de información para el seguimiento y la evaluación de la gestión mediante indicadores de eficiencia, eficacia, efectividad e impacto, del Programa Cardiovascular.

Actividades

- Seguimiento y evaluación periódicos basado en indicadores de la eficiencia, eficacia, efectividad e impacto del Programa Salud Cardiovascular.

Estrategia 6: Formación de profesionales de la salud en el manejo integral en Salud Cardiovascular

Fortalecimiento de las competencias en las carreras relacionadas con salud, en los aspectos de salud colectiva, específicamente en Salud Cardiovascular, relativos a la promoción de estilos y condiciones de vida, prevención y tratamiento de las Enfermedades Cardiovasculares y su rehabilitación, en coordinación con la Dirección de Investigación y Educación del MPPS y del Ministerio de Educación Universitaria.

Actividades

- Diseño de contenidos curriculares del componente de Salud Cardiovascular, en conjunto con la Dirección de Investigación y Educación del MPPS y del Ministerio de Educación Universitaria, para su implementación en las carreras relacionadas con salud.
- Implementación de los contenidos curriculares del componente de Salud Cardiovascular, en las universidades nacionales que dictan carreras de salud, en conjunto con la Dirección de Investigación y Educación del MPPS y del Ministerio de Educación Universitaria.

Estrategia 7: Mejoramiento continuo del personal de salud en servicio en el manejo integral en Salud Cardiovascular

Desarrollo continuo de las capacidades y competencias del personal de salud en los servicios en todos los aspectos del Programa Salud Cardiovascular.

Actividades

- Diseño de un plan de capacitación continua en servicio, por niveles, por profesiones y funciones, en el área de Salud Cardiovascular, en coordinación con la Dirección General de Educación e Investigación y las Direcciones Regionales de Salud (DRS).
- Ejecución del Plan de Capacitación Continua en Salud Cardiovascular, de manera permanente y sustentable en el tiempo.

Estrategia 8: Desarrollo de la investigación en Salud Cardiovascular

Incentivar la Investigación básica-clínica, epidemiológica y social, en el área de Salud Cardiovascular, en coordinación y cooperación con la Dirección General de Educación e Investigación (DGIE), los Centros de Investigación de las Universidades nacionales e internacionales, las sociedades científicas y las organizaciones multilaterales (OMS-OPS. UNICEF, etc.).

Actividades

- Diseño de una agenda de prioridades de investigación en Salud Cardiovascular, en conjunto con la DGEI, para ser discutido y ejecutado con los Centros de Investigación de las Universidades nacionales e internacionales, las sociedades científicas y las organizaciones multilaterales (OMS-OPS. UNICEF, etc.).
- Desarrollo de investigaciones operativas en todos los niveles de atención, en cooperación con las DES, las jefaturas de distritos y municipios, las direcciones de establecimientos y la comunidad organizada.

POBLACION OBJETO

Población de ambos sexos con factores de riesgo y/o con antecedentes de Enfermedad Cardiovascular, especialmente mayor de 35 años.

CAMPO DE APLICACIÓN

La Norma del Programa Salud Cardiovascular, serán de cumplimiento obligatorio a nivel nacional, aplicable a todo establecimiento de Atención en Salud, en todos sus niveles, tanto públicos como privados.

ESTRUCTURA DEL PROGRAMA

El Programa Nacional de Salud Cardiovascular se estructura en:

Nivel Normativo Gerencial con tres dimensiones:

- **Central:** constituido por la Coordinación Nacional del Programa Salud Cardiovascular,; adscrita a la Dirección General de Programas de Salud del Viceministerio de Redes de Salud Colectiva, del Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS).
- **Estadal:** representado por las Coordinaciones Estadales del Programa, dentro de las Direcciones Regionales de Salud.
- **Municipal:** establecidos en las instancias distritales o municipales de salud de los estados.

Nivel Local Ejecutor con tres Niveles de Atención de complejidad médica creciente: Primer Nivel, Segundo Nivel y Tercer Nivel de Atención.

FUNCIONES DEL NIVEL CENTRAL (Normativo y Gerencial)

- Revisar y actualizar las normas, planes, estrategias y acciones orientadas a la promoción de modos y estilos de vida saludables, la prevención, el tratamiento y el control de las enfermedades priorizadas en el Programa Nacional Salud Cardiovascular (PSCV), en el marco de la Estrategia Integrada CAREM.
- Informar a miembros de la comunidad organizada sobre promoción de la salud y prevención de las enfermedades cardiovasculares, con miras a impulsar la corresponsabilidad de ciudadanos y comunidades, a través de la difusión en los diferentes medios públicos, privados y comunitarios, en coordinación con la Oficina de Comunicación y Relaciones Interinstitucionales.
- Acordar con el MPP de Educación Universitaria, en coordinación con la DGEI del MPPS, la incorporación y actualización de la norma del PSCV en los planes de formación de pre-grado y post-grado universitario del área de la salud. Igualmente,

acordar con el Ministerio de Educación, la incorporación de los contenidos de prevención y atención integral de las Enfermedades Cardiovasculares, desde el nivel pre-escolar a bachillerato.

- Determinar las prioridades de investigación en el área de la Salud Cardiovascular, en conjunto con la DGEI del MPPS, los Centros de Investigación, las Universidades, las Sociedades Científicas y los entes multilaterales relacionados con la gestión de proyectos.
- Conformar e integrar con las Coordinaciones de los otros Programas de Salud, sectores relacionados con la Salud Cardiovascular e instituciones afines, la conformación de equipos de trabajo interprogramáticos, intersectoriales e interinstitucionales para el logro de los objetivos y metas.
- Coordinar con el Programa de Atención en Salud a las Personas con Discapacidad (PASDIS) la referencia y la contrarreferencia de personas con discapacidad cardiovascular detectadas por el PSCV, para que reciban la rehabilitación y la atención integral adecuada.
- Ejecutar e implementar el Sistema de Vigilancia Epidemiológica Integral (Convencional y Comunitario) y estimar las características epidemiológicas de las Enfermedades Cardiovasculares, en el marco de CAREM, en cooperación con la Dirección General de Epidemiología.
- Evaluar y monitorear el cumplimiento de las normas y protocolos establecidos en el Programa Salud Cardiovascular, a través de la supervisión de los entes encargados de su implementación a nivel nacional.
- Presentar los informes de resultados del Programa Salud Cardiovascular ante organismos nacionales e internacionales.

FUNCIONES DEL NIVEL ESTADAL (Normativo-Gerencial)

- Definir la complejidad de la estructura de la Coordinación Regional, de acuerdo con las pautas dictadas por la Norma del PSCV y la situación del estado correspondiente.
- Ejecutar el Programa Salud Cardiovascular (PSCV) en su estado, adecuándolo a la situación existente en el mismo, bajo la dirección y coordinación del Nivel Central y las otras coordinaciones estatales.
- Controlar la ejecución del PSCV, mediante la supervisión, monitoreo y evolución de sus componentes operativos, epidemiológicos y gerenciales.
- Mantener actualizado el Sistema de Información de Salud en el Nivel Estatal, en sus componentes operativos, epidemiológicos y gerenciales, de acuerdo con las normas establecidas en el PSCV.

FUNCIONES DEL NIVEL MUNICIPAL (Normativo-Gerencial)

- Implementación y desarrollo del Programa de Salud Cardiovascular de acuerdo a los lineamientos emanados del Nivel estatal, en concordancia con la norma establecida por el Nivel Central.
- Impulsar la participación activa de la comunidad organizada en el PSCV, tanto en la corresponsabilidad en la ejecución de las actividades como en su control, para el cumplimiento de las mismas.
- Controlar la ejecución del PSCV, mediante la supervisión, monitoreo y evolución de sus componentes operativos, epidemiológicos y gerenciales.
- Mantener actualizado el Sistema de Información de Salud en el Nivel Municipal, en sus componentes operativos, epidemiológicos y gerenciales, de acuerdo con las normas establecidas en el PSCV.

FUNCIONES DEL NIVEL LOCAL (Ejecutor-Gerencial)

- Analizar la situación de salud de su área de influencia, de acuerdo con el nivel de atención médica.
- Programar, con la participación de los diversos actores implicados y basados en el análisis de su situación, las acciones locales en concordancia con las normas del PSCV.
- Aplicar la programación local en el territorio social de su área de influencia, según el nivel de atención médica, desde lo referente a la promoción, la prevención y la atención hasta la rehabilitación, dirigido a la población diana del PSCV.
- Controlar la ejecución del PSCV, mediante la supervisión, monitoreo y evaluación de sus componentes operativos, epidemiológicos y gerenciales.
- Mantener actualizado el Sistema de Información de Salud en el Nivel Local, en sus componentes operativos, epidemiológicos y gerenciales, de acuerdo con las normas establecidas en el PSCV.

ACTIVIDADES SEGÚN NIVELES DE ATENCIÓN

Niveles de Atención	Actividades
<p>Primer Nivel ARI, ARII, AUI y Consultorio Popular</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hacer el Análisis de Situación de Salud (ASIS) comunitario, con participación de todos los actores. ▪ Hacer el informe de situación de la salud cardiovascular en el territorio del área de influencia del establecimiento de APS, con sus respectivos indicadores definidos por el Programa. ▪ Elaborar el Plan Anual del PSCV de la población del área de influencia del establecimiento de APS, en conjunto con los órganos del Poder Popular (Comités de Salud, Consejos Comunales, Comunas). ▪ Presentar ante la asamblea de la comunidad de su área de influencia, para su aprobación, el Plan Anual del PSCV y los compromisos de corresponsabilidad comunitaria e institucional. ▪ Ejecutar las actividades de promoción de la salud con enfoque de determinantes sociales aprobadas en el Plan Anual de PSCV de la comunidad del área de influencia del establecimiento de APS. ▪ Ejecutar las actividades de prevención de enfermedades cardiovasculares prevalentes, de acuerdo al ciclo de vida realizando: <ul style="list-style-type: none"> ○ La educación sobre estilos de vida saludables ○ Detección temprana de factores de riesgo. ○ Pesquisa de hipertensión. ○ Otras pesquisas de acuerdo a la prevalencia local. ▪ Realizar las actividades de atención de las alteraciones y patologías definidas por el PSCV para ser manejadas por el Primer Nivel de Atención, incluyendo las emergencias, la rehabilitación Cardio-Pulmonar de Base Comunitaria y los cuidados paliativos, e indicar la oportuna referencia al nivel especializado para su resolución de acuerdo con la norma. ▪ Gestionar, ante su nivel normativo gerencial, la dotación de insumos y medicamentos requeridos para la atención de los pacientes en control del programa. ▪ Recolectar el dato básico de la información del PSCV, utilizando la Historia Clínica Básica Integrada, la Ficha Familiar y los Análisis de Situación de Salud (ASIS) Comunitarios. ▪ Llenar los formatos de Epidemiología y de Programas del SIS. ▪ Analizar los indicadores de insumos, de procesos y resultados de las actividades. ▪ Monitorear la ejecución del Programa, a nivel de las comunas (escuelas, fábricas, casas de alimentación), familias de su área de influencia, de los individuos atendidos en las consultas, y otros agrupamientos de su comunidad, de acuerdo con las normas y los indicadores del mismo. ▪ Evaluar la ejecución del Programa en sus componentes operativos, epidemiológicos y gerenciales y su envío al nivel normativo correspondiente, de acuerdo con las normas y los indicadores del mismo. ▪ Efectuar investigaciones operativas en el marco de las disposiciones del PSCV.

<p>Segundo Nivel AUII, AUIII, Clínica Popular, CDI y SRI</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar la evaluación cardiovascular y el tratamiento determinado para este nivel, de los pacientes referidos del Primer Nivel y los que asistan directamente a la consulta especializada, incluyendo las emergencias. ▪ Ejecutar las actividades educativas en las salas de espera. Información y concientización directa al individuo, familiares y comunidad, sobre la promoción de la salud y prevención en salud cardiovascular. ▪ Detectar tempranamente las complicaciones cardiovasculares o asociadas a ellas, a fin de ofrecer tratamiento oportuno y continuo. ▪ Gestionar ante su nivel normativo gerencial, la dotación de insumos y medicamentos requeridos para la atención de los pacientes en control del programa. ▪ Referir los pacientes, cuya resolución corresponda al Tercer Nivel de atención, y contrarreferir los casos provenientes de los establecimientos de APS. ▪ Llevar el Sistema de Información de este nivel en sus componentes operativos, epidemiológicos y gerenciales. ▪ Efectuar investigaciones operativas en el marco de las disposiciones del PSCV. ▪ Apoyar las acciones del nivel gerencial para fortalecer la APS en su área de competencia, en atención, docencia e investigación.
<p>Tercer Nivel CAT, Hospitales I, II, III y IV, Hospitales de Especialidades</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cumplir con las actividades asistenciales asignadas en consultas, hospitalización, quirúrgicas y de emergencia, de acuerdo con protocolos de la Medicina Basada en la Evidencia. ▪ Brindar información de salud integral y del manejo de las complicaciones al paciente y familiares. ▪ Coordinar la referencia y la contrareferencia de personas con enfermedades cardiovasculares y discapacidad asociada, detectadas por el PSCV, para que reciban la rehabilitación y la atención integral adecuada. ▪ Determinar y solicitar los requerimientos de todos los recursos de su unidad, de acuerdo con la norma del PSCV, para dar cumplimiento a su gestión con eficacia y eficiencia. ▪ Apoyar la capacitación y la educación continua al personal del área cardiovascular en los aspectos de sub-especialidades y cirugía. ▪ Hacer efectiva la referencia y contrareferencia, de los casos referidos por el Segundo Nivel y las interconsultas que solicite y le sean solicitadas. ▪ Llevar el Sistema de Información de este nivel, en sus componentes operativos, epidemiológicos y gerenciales. ▪ Efectuar investigaciones operativas, básicas, epidemiológicas y clínicas en el marco de las disposiciones del PSCV.

DISPOSICIONES GENERALES**Hipertensión Arterial**

1. Toda la comunidad del área de influencia del establecimiento de salud y pacientes que acudan al mismo, deben recibir educación continua acerca de los factores de riesgos involucrados en la Hipertensión Arterial Sistémica y la importancia de la adopción de condiciones y estilos de vida saludables.
2. Los Factores de Riesgo priorizados para Hipertensión Arterial Sistémica son: el consumo excesivo de sal y alcohol, el tabaquismo, la obesidad, los anticonceptivos orales, el mal manejo del estrés, la herencia y el sedentarismo.
3. Todo niña, niño o adolescente que consulte y se le detecten factores de riesgo de HTA, debe medírsele la tensión arterial y aplicarse el protocolo definido por el Programa.
4. Toda persona que demande Certificado de Salud, Certificado de Medicina Vial o Certificado Médico Escolar, debe hacérsele la pesquisa de Hipertensión Arterial y sus Factores de Riesgo.
5. Todo usuario (a) de los servicios de asistencia médica debe hacérsele la pesquisa de Hipertensión Arterial y sus Factores de Riesgo.
6. Toda persona que consulte y se le detecten factores de riesgo cardiovascular o alteraciones en la tensión arterial, debe ser referido al especialista, de acuerdo con la Norma del Programa.
7. Todo paciente con diagnóstico de Hipertensión Esencial Leve, sin factores de riesgo, deberá recibir orientación acerca de las modalidades no farmacológicas, para el manejo de la Hipertensión.
8. Todo paciente hipertenso, con o sin factores de riesgo, deberá evaluarse cada tres meses una vez que su presión arterial se haya controlado.
9. Todo paciente diagnosticado como “Urgencia” o “Emergencia” hipertensiva, debe recibir atención médica inmediata de acuerdo con la Norma del Programa.
10. Todo paciente diagnosticado con hipertensión arterial secundaria debe ser referido a la consulta especializada correspondiente.

CAPÍTULO V
PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE CÁNCER

EQUIPO RESPONSABLE DE ESTE CAPÍTULO

COORDINADORA DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE CÁNCER

Dra. Thais Rebolledo

PREVENCIÓN Y CONTROL DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO

Dra. Luisa Ivón Bolívar de Sousa

CUIDADOS PALIATIVOS

Dra. Patricia Bonilla Sierra

PREVENCIÓN Y CONTROL DE CÁNCER DE PRÓSTATA Y DISTRIBUCIÓN DEL INMUNOTERÁPICO BCG INTRAVESICAL PARA EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER UROTELIAL DE VEJIGA

Dr. Arnolfo de Jesús Márquez Manrique

REGISTRO CENTRAL DE CÁNCER

Dr. Luis Guillermo Capote Negrín

ASESOR ONCOLOGÍA MÉDICA

Dra. Luisa Herminia González

Equipo Técnico:

Arq. Marcela Schwartz

Lic. Elena Argüello

Lic. Nirma Herrera

Fcta. Peggy Albornoz

TSU. Omaira Castillo

Sra. Marilú Rondón

Sra. Alida Benavente

Sra. Milagros Estrada

Sra. Rosa Contreras

Sr. Henry Nievano

INTRODUCCIÓN

El Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS) viene adelantando políticas dirigidas fundamentalmente al fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud (APS), priorizando en el Primer Nivel de Atención, con médicos generales, auxiliares de Medicina Simplificada y los agentes comunitarios de APS (ACAPS), haciendo énfasis en la Promoción de una vida Sana y la Prevención de las enfermedades más prevalentes en cada territorio social; todo ello con la más amplia participación social y la intersectorialidad de las diversas políticas públicas.

Es por ello que se ha revisado y actualizado la Norma del Programa de Prevención y Control de Cáncer para ser implementadas en todo el sistema, adecuarlas a estos criterios y los avances técnicos y científicos, y ampliando todo lo relacionado con la APS, con el propósito de mejorar la calidad de atención integral de la población general de la República Bolivariana de Venezuela, sana, con factores predisponentes o afectada por algún tipo de cáncer, con o sin algún grado de discapacidad.

Estas Normas describen cuales son los objetivos del programa, estrategias y actividades que se cumplirán para alcanzar dichos objetivos, las metas programadas por determinados períodos de tiempo, a que población va dirigida el programa, estructura del mismo de acuerdo a la establecida por el Ministerio: Nivel Nacional, Estatal, Municipal y/o Distrital y/ Local, se describen las actividades que se realizarán de acuerdo a los diferentes niveles de atención.

De igual manera, se expone el desarrollo de un sistema de información, control y evaluación; en concordancia con lo establecido en el Plan Nacional de Salud, en el que se plantean las estrategias para alinear la gestión del Estado venezolano con el fin de garantizar el derecho a la salud para el período 2009–2013/2018, de acuerdo a los mandatos de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela y a las directrices, enfoques, políticas y estrategias del Plan de Desarrollo Económico y Social 2007-2013 “Proyecto Nacional Simón Bolívar”.

BASE LEGAL

La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999) establece las bases para desarrollar la naturaleza jurídica y el modelo organizativo del Sector Salud Venezolano.

- **Artículo 83** establece que la salud es un *DERECHO SOCIAL* fundamental, parte del Derecho a la Vida.
- **Artículo 84** ordena la creación de un SISTEMA PÚBLICO NACIONAL DE SALUD, bajo la rectoría del Ministerio de Salud, el cual será de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad.

- **Artículo 85** expresa que el financiamiento del sistema público nacional de salud es obligación del Estado.
- **Artículo 86** establece que toda persona tiene derecho a la seguridad social como servicio público de carácter no lucrativo, que garantice la salud y asegure protección en diferentes contingencias.
- **Artículo 122** reconoce el derecho de los pueblos indígenas a una salud integral que considere sus prácticas y culturas.

Igualmente, la CRBV reconoce como derechos un conjunto de determinantes de la salud, como es el derecho a la educación, nutrición, vivienda, cultura, trabajo, entre otras.

Ley Orgánica de Salud año 1998 Artículo 31.

Establecen los estatutos, funciones y atribuciones del Ministerio de Salud, así como los derechos y deberes de los beneficiarios de los servicios de salud.

Capítulo II, Artículo 31: La educación para la salud es parte fundamental de la estrategia de promoción de salud. Con la participación de la comunidad, el Estado promoverá la cultura por la salud y la vida.

Actualmente en vacatio legis, mientras se discute en la Asamblea Nacional la Ley de Salud de la CRBV (1999).

Plan Estratégico Social de la Nación (2001-2007) Plantea como prioridad la Estrategia Promocional De Calidad De Vida Y Salud, integrando las políticas públicas sociales, la corresponsabilidad ciudadana en los territorios sociales considerando a la salud como expresión individual y colectiva de calidad de vida y bienestar, producto de los determinantes sociales, tomando en cuenta los derechos y las necesidades sociales así como la promoción de la calidad de vida y salud, los territorios y las redes sociales y la contraloría social. También pretendió enfrentar las inequidades de género, raza, grupos y clases sociales.

Plan Simón Bolívar.2007-2013. En la Directriz de la Suprema Felicidad Social, se propone una estructura social incluyente, y se aspira que todos vivamos en las mejores condiciones posibles. Allí se establece la estrategia “Profundizar la Atención integral en Salud de forma universal”, donde se exponen las políticas de fortalecer la “Prevención y control de enfermedades” y “Expandir y consolidar los servicios de salud de forma oportuna y gratuita”.

Plan Nacional de Salud 2007-2013/2018. Establece la importancia de los modos y estilos de vida en la carga elevada de mortalidad por cáncer, como parte de la mortalidad por ECNT. Así mismo se establece el abordaje integral e intersectorial de los diversos problemas de salud para impulsar los cambios en los modos, condiciones y estilos de vida. Define políticas concretas para cambiar las condiciones de vida, favoreciendo el mantenimiento de la salud de la población y protegiendo de factores predisponentes a la aparición de diferentes tipos de cáncer.

Decreto N° 1448 de la Presidencia de la República el 02 de marzo de 1976, en el cual el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, crea la Dirección de Oncología como ente rector en salud, en el ámbito Nacional, en la lucha contra el cáncer con las funciones de planificación, organización, coordinación, análisis y control de todas las actividades relacionadas a la promoción, prevención, restitución de la salud y cuidados paliativos en el área oncológica.

JUSTIFICACIÓN

El cáncer es uno de los mayores problemas de salud pública en Venezuela al ubicarse como una de las primeras causas de morbilidad y mortalidad, estimándose que para 2.008, excluyendo las neoplasias de piel, se diagnosticaron 33.532 casos y la mortalidad alcanzó a 19.797 defunciones; situándose en el segundo lugar, al ser solo superado por Enfermedades del Corazón (Registro Central del Programa de Cáncer).

Las localizaciones más frecuentes en el sexo masculino son según este orden: Próstata, Pulmón y Estómago, con un 50% de la mortalidad por Cáncer. Para el sexo femenino corresponden a Cuello Uterino, Glándula Mamaria, Pulmón y Estómago, que representan el 52% de las muertes por Cáncer. La magnitud de estas cifras puede apreciarse en su real significación, al resumirse en un promedio de 92 casos y 54 muertes diarias (Registro Central del Programa de Cáncer).

Visto desde otra perspectiva, podemos decir que 1 (una) de cada 4 (cuatro) personas, si alcanza los 74 años, tendrá diagnóstico de cáncer con riesgo de morir por esta patología de casi 9,3% en hombres y del 8% en mujeres (Registro Central del Programa de Cáncer).

Todo el territorio nacional presenta patrones demográficos y de mortalidad parecidos. A pesar de los continuos avances, el cáncer sigue siendo la segunda causa de muerte. Las proyecciones son poco alentadoras. Se espera un mayor aumento del cáncer en los próximos años precisamente en los países en desarrollo como el nuestro. Otro aspecto a destacar es que las posibilidades de curación de estos pacientes son inferiores a las esperadas debido a diferentes causas, la principal, el diagnóstico realizado en fase avanzada.

Desde su creación como Dirección de Oncología, en marzo de 1976, el Ministerio del Poder Popular para la Salud, en razón de la importancia de estas patologías, ha venido desarrollando una serie de actividades centradas en la planificación, organización, coordinación, análisis y control de todas las actividades relacionadas con la promoción, prevención, restitución de la salud y cuidados paliativos en el área oncológica, lográndose una serie de avances en este sentido.

Sin embargo, hasta ahora, se ha venido avanzando en una política de ampliación de la cobertura de atención del Cáncer, con tratamiento de los pacientes con diagnóstico confirmatorio de la enfermedad, lográndose la restauración de su salud o el alivio paliativo. Se han hecho esfuerzos por desarrollar acciones de promoción y de prevención en Cáncer, pero han sido

parciales e insuficientes, entre otros factores, por diferentes condicionantes sociales. Es por ello, que se ha considerado de primordial importancia la revisión y actualización de la Norma del Programa Nacional de Prevención y Control del Cáncer, enfatizando la atención primaria de salud y los aspectos ya descritos. Asimismo, esta Norma se adapta a aspectos específicos relacionados con cada una de las localizaciones más frecuentes del cáncer tal como se produce en el país.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Reducir al máximo en la población venezolana, la morbilidad y mortalidad por las localizaciones más frecuentes de cáncer, en especial, las más vulnerables como son: Cuello Uterino, Mama, Próstata, Broncopulmonar y Gastrointestinal, dando prioridad a los grupos de mayor riesgo y enfatizando las estrategias preventivas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Potenciar capacidades y habilidades en individuos y colectivos para mantenerse sanos, mediante la Promoción de la Salud, en el gran marco de Política Pública Sana denominado "Suprema Felicidad Social".
- Actuar con la participación de las comunidades y de los demás sectores de la política pública que corresponda, sobre los factores de riesgo predisponentes al desarrollo de cáncer en sus diferentes localizaciones en el país.
- Fortalecer a nivel nacional las Redes de Atención en Salud para el manejo y control del cáncer desde la etapa pre clínica hasta la rehabilitación y los cuidados paliativos.
- Fortalecer el Sistema de Información en Salud del Programa de Prevención y Control de Cáncer, integrando el Registro de Cáncer, el Módulo de Oncología del SIS, los Epi's y la información operativo-gerencial del programa, para la prevención, el control y seguimiento de la enfermedad, y para facilitar la planificación, organización, coordinación, dirección y supervisión de todas las actividades nacionales relativas al desarrollo del programa.
- Mejorar la formación del personal de salud desde la etapa de pregrado y en los servicios, en los aspectos relativos a la promoción de estilos y condiciones de vida, prevención y tratamiento integral del cáncer, hasta su rehabilitación y cuidados paliativos, en coordinación con la Dirección de Investigación y Educación y del ministerio de Educación Universitaria.
- Situar la investigación en cáncer, tanto académica como operativa, en el diario quehacer del programa, incorporando Centros de Investigación de las Universidades nacionales e internacionales, las sociedades científicas, las organizaciones

multilaterales (OMS-OPS, UNICEF, etc.) y las organizaciones comunitarias, a fin de sistematizar las propias experiencias, responder a las propias necesidades y ponerse en sintonía con el avance de la ciencia y la tecnología.

ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES

Estrategia 1: Promoción para la transformación cultural de modos, condiciones y estilos de vida saludables

Generación de procesos de transformación cultural de modos, condiciones y estilos de vida saludables, mediante la comunicación, información y educación de las comunidades, articulando diversas alianzas para aumentar las capacidades de los individuos y sus diversas agrupaciones en sociedad, con miras a mantenerse sanos, aplicando factores protectores de la vida basados en la evidencia.

Actividades

- Diseño y ejecución de Planes comunicacionales nacionales, estatales y locales con participación activa del Poder Popular.
- Diseño y ejecución de un Plan nacional para mejorar las prácticas colectivas sobre régimen alimentario, actividad física, protección frente a factores ambientales predisponentes de cáncer en sus variadas localizaciones, con la participación de las instancias estatales, intersectoriales y diversos voceros del Poder Popular.
- Acompañamiento de la labor del sistema educativo de maternal a bachillerato en la socialización para mantenerse sanos y prevenir las enfermedades crónicas no transmisibles.

Estrategia 2: Pesquisa para detección oportuna de cáncer

Pesquisa para detección de cáncer de manera oportuna, precoz y efectiva, tomando en cuenta los factores predisponentes, los ciclos de vida y las características familiares y comunales, siguiendo las normas, pautas y procedimientos establecidos por el Programa en las Redes de Atención y estableciendo las alianzas interprogramáticas requeridas.

Actividades

- Pesquisa de CA de cuello uterino, mamario y próstata, en consultas de primer nivel de Atención.
- Pesquisa de factores predisponentes de cáncer en consultas de primer nivel de atención, familias y centros de trabajo del área de influencia del establecimiento de atención primaria.

Estrategia 3: Fortalecimiento de la línea de Atención Médica en Cáncer

Fortalecimiento de las líneas de Atención Médica en cáncer, con la participación protagónica de los equipos de salud, los usuarios/as, las organizaciones de las comunidades del área de influencia y de la sociedad civil, y estableciendo las alianzas interprogramáticas e intersectoriales requeridas, para la atención integral de las personas con cáncer, desde la etapa de pesquisa, pasando por la atención especializada y hospitalaria (tratamiento médico-farmacológico, quirúrgico, radioterápico), hasta la rehabilitación y cuidados paliativos.

Actividades

- Definición, en conjunto con el Viceministerio de Redes de Servicios, de los recursos necesarios para la ejecución del programa en los diferentes niveles de atención y de acuerdo con las metas establecidas en las unidades de tiempo.
- Capacitación continua del personal de los niveles de atención en salud en las pautas y procedimientos del Programa de Prevención y Control de Cáncer.
- Gestión articulada con los estados en lo referente a la dotación de medicamentos, insumos y equipos del programa de acuerdo con las necesidades de la población.
- Seguimiento y evaluación de la atención en los diferentes niveles de la red.

Estrategia 4: Fortalecimiento del Sistema de Información de Salud en Cáncer**Actividades**

- Ampliación del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Cáncer, actualizado y automatizado, sobre las localizaciones más frecuentes de cáncer, con el uso del Registro de Cáncer, los Epi's y el Módulo de Oncología del SIS.
- Sistematización de la información operativo-gerencial del PPCC.
- Seguimiento y evaluación periódicos basado en indicadores de la eficiencia, eficacia, efectividad e impacto del programa.

Estrategia 5: Fortalecimiento del Control de la Gestión

Fortalecimiento de la captura y procesamiento de información para el seguimiento y la evaluación de la gestión mediante indicadores de eficiencia, eficacia, efectividad e impacto, del Programa de Salud Visual.

Actividades

- Coordinación con los Programas de Salud que integran la Dirección de Enfermedades Crónicas No Trasmisibles para el fortalecimiento integrado de la vigilancia de la gestión de sus programas y planes.
- Seguimiento y evaluación periódicos basado en indicadores de la eficiencia, eficacia, efectividad e impacto del PPCC.

Estrategia 6: Formación de profesionales de la salud en el manejo integral del cáncer

Fortalecimiento de las competencias en las carreras relacionadas con salud, en los aspectos de salud colectiva y, específicamente, en el manejo integral del cáncer en sus diferentes localizaciones, relativos a la promoción de estilos y condiciones de vida, prevención, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos del mismo, en coordinación con la Dirección de Investigación y Educación del MPPS y del Ministerio de Educación Universitaria.

Actividades

- Diseño de contenidos curriculares del componente de Prevención y Control de Cáncer, en conjunto con la Dir. de Investigación y Educación del MPPS y del Ministerio de Educación Universitaria, para su implementación en las carreras relacionadas con salud.
- Implementación de los contenidos curriculares del componente de Cáncer, en las universidades nacionales que dictan carreras de salud, en conjunto con la Dirección de Investigación y Educación del MPPS y del Ministerio de Educación Universitaria.

Estrategia 7: Mejoramiento continuo del personal de salud en servicio en el manejo integral del cáncer

Mantener un desarrollo continuo de las capacidades y competencias del personal de salud en los servicios, en todos los aspectos normados por el PPCC.

Actividades

- Diseño de un plan de capacitación continua en servicio, por niveles, por profesiones y funciones, en el área de prevención y control del cáncer, en coordinación con la Dirección G. de Educación e Investigación y las Direcciones Estadales de Salud.
- Ejecución del plan de capacitación continua en prevención y control del cáncer, con un horizonte hasta 2018.

Estrategia 8: Desarrollo de la investigación en cáncer

Incentivar la investigación básica-clínica, epidemiológica y social, en el área del PPCC, en coordinación y cooperación con la Dirección General de Educación e Investigación (DGEI), los Centros de Investigación de las Universidades Nacionales e Internacionales, las Sociedades Científicas y las organizaciones multilaterales (OMS-OPS. UNICEF, etc.).

Actividades

- Diseño de una agenda de prioridades de investigación en el PPCC, en conjunto con la DGEI, para ser discutido y ejecutado con los Centros de Investigación de las Universidades nacionales e internacionales, las sociedades científicas y las organizaciones multilaterales (OMS-OPS. UNICEF, etc.).
- Desarrollo de investigaciones operativas en todos los niveles de atención, en cooperación con las DES, las jefaturas de distritos y municipios, las direcciones de establecimientos y la comunidad organizada.

POBLACIÓN OBJETO

- Población en general en los aspectos de promoción de factores de mantenimiento de estilo de vida saludable y control de factores de riesgo contra el cáncer.
- Población con riesgo de presentar cáncer en Venezuela:

Cáncer de Cuello Uterino: Población de mujeres de 25 a 64 años que hayan tenido o tengan vida sexual activa.

Cáncer de Mama: Población de mujeres mayores de 40 años.

Cáncer Gastrointestinal: Población mayor de 40 años con sintomatología digestiva alta o baja, conocida por consultas clínicas institucionales, en el primer y segundo nivel de atención.

Cáncer Bronco-pulmonar: Población fumadora y/o con exposición frecuente a asbesto, hidrocarburos poli-cíclicos, radón, cromo, níquel, arsénico inorgánico y a polución atmosférica.

Cáncer de Próstata: Hombres desde los 45 años, en el caso de existir antecedentes familiares de la enfermedad, y mayores de 50 años en la población general.

Cuidados Paliativos: Población de pacientes con cáncer en etapa Terminal registrados por el PPCC.

Cáncer Urotelial de Vejiga: población de pacientes con cáncer urotelial de vejiga, luego de la resección transuretral de tumores papilares.

Cáncer Infanto-Juvenil: Población de menores de 20 años.

CAMPO DE APLICACIÓN

Estas Normas son de aplicación y de cumplimiento obligatorio para todos quienes trabajen en el área de la salud, relacionados con la prevención, tratamiento y control del cáncer en sus diferentes localizaciones en Venezuela, tanto en el sector público como privado.

ESTRUCTURA DEL PROGRAMA

El Programa de Prevención y Control del Cáncer se estructura en:

Nivel Normativo Gerencial con tres dimensiones:

- **Central:** constituido por la Coordinación Nacional del Programa de Prevención y Control del Cáncer, adscrita a la Dirección General de Programas de Salud del Viceministerio de Redes de Salud Colectiva, del Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS).
- **Estadal:** representado por las Coordinaciones Estadales del Programa, dentro de las Direcciones Estadales de Salud.
- **Municipal:** establecidos en las instancias distritales o municipales de salud de los estados.

Nivel Local Ejecutor con tres Niveles de Atención de complejidad médica creciente: Primer Nivel, Segundo Nivel y Tercer Nivel de Atención.

FUNCIONES DEL NIVEL CENTRAL (Normativo y Gerencial)

- Ejecutar los planes, estrategias y acciones orientadas a la promoción de modos y estilos de vida saludables para el Programa de Oncología y proponerlos a la Dirección de Enfermedades Crónicas No Transmisibles, para su efectiva divulgación.

- Revisar y actualizar las normas, planes, estrategias y acciones orientadas a la promoción de modos y estilos de vida saludables, la prevención, el tratamiento y el control de cáncer establecida en el PPCC.
- Informar a miembros de la comunidad organizada sobre promoción de la salud y prevención del cáncer en sus diferentes localizaciones, con miras a impulsar la corresponsabilidad de ciudadanos y comunidades, a través de la difusión en los diferentes medios públicos, privados y comunitarios, en coordinación con la OCRI.
- Acordar con el MPP de Educación Universitaria, en coordinación con la DGEI del MPPS, la incorporación y actualización de la norma del PPCC en los planes de formación de pre-grado y post-grado universitario del área de la salud. Igualmente, acordar con el Ministerio de Educación, la incorporación de los contenidos de prevención y control del cáncer en sus diferentes localizaciones, desde el nivel de pre-escolar a bachillerato.
- Determinar las prioridades de investigación del cáncer, en conjunto con la DGEI del MPPS, los Centros de Investigación, las Universidades, las Sociedades Científicas y los entes multilaterales relacionados con la gestión de proyectos.
- Conformar e integrar con las coordinaciones de programas, sectores relacionados con la prevención y control del cáncer en sus diferentes localizaciones e instituciones afines, la conformación de equipos de trabajo interprogramáticos, intersectoriales e interinstitucionales.
- Coordinar con el PASDIS la referencia y la contrarreferencia de personas con discapacidad relacionada con el cáncer y detectadas por el PPCC, para que reciban la rehabilitación y la atención integral adecuada.
- Ejecutar e implementar el sistema de vigilancia epidemiológica integral (convencional y comunitario) y estimar las características epidemiológicas del cáncer, en cooperación con la DG Epidemiología.
- Evaluar y monitorear el cumplimiento de las normas y protocolos establecidos en el PPCC, a través de la supervisión de los entes encargados de su implementación a nivel nacional.
- Presentar los informes de resultados del PPCC ante organismos nacionales e internacionales.

FUNCIONES DEL NIVEL ESTADAL (Normativo-Gerencial)

- Definir la complejidad de la estructura de la Coordinación Estatal, de acuerdo con las pautas dictadas por la Norma del PPCC y la situación de la entidad federal correspondiente.
- Ejecutar el PPCC en su estado, adecuándolo a la situación existente en el mismo, bajo la dirección y coordinación del Nivel Central y las otras coordinaciones estatales.

- Controlar la ejecución del PPCC, mediante la supervisión, monitoreo y evaluación de sus componentes operativos, epidemiológicos y gerenciales.
- Mantener actualizado el Sistema de Información de Salud en el Nivel Estatal, en sus componentes operativos, epidemiológicos y gerenciales, de acuerdo con las normas establecidas en el PPCC.

FUNCIONES DEL NIVEL MUNICIPAL (Normativo-Gerencial)

- Implementación y desarrollo del PPCC de acuerdo a los lineamientos emanados del Nivel estatal, en concordancia con la norma establecida por el Nivel Central.
- Impulsar la participación activa de la comunidad organizada en el PPCC, tanto en la corresponsabilidad en la ejecución de las actividades como en su control, para el cumplimiento de las mismas.
- Controlar la ejecución del PPCC, mediante la supervisión, monitoreo y evolución de sus componentes operativos, epidemiológicos y gerenciales.
- Mantener actualizado el Sistema de Información de Salud en el Nivel Municipal, en sus componentes operativos, epidemiológicos y gerenciales, de acuerdo con las normas establecidas en el PPCC.

FUNCIONES DEL NIVEL LOCAL (Ejecutor-Gerencial)

- Analizar la situación de salud de su área de influencia, de acuerdo con el nivel de atención médica.
- Programar, con la participación de los diversos actores implicados y basados en el análisis de su situación, las acciones locales en concordancia con las normas del PPCC.
- Aplicar la programación local en el territorio social de su área de influencia, según el nivel de atención médica, desde lo referente a la promoción, la prevención y la atención hasta la rehabilitación y cuidados paliativos, dirigido a la población diana del PPCC.
- Controlar la ejecución del PPCC, mediante la supervisión, monitoreo y evaluación de sus componentes operativos, epidemiológicos y gerenciales.
- Mantener actualizado el Sistema de Información de Salud en el Nivel Local, en sus componentes operativos, epidemiológicos y gerenciales, de acuerdo con las normas establecidas en el PPCC.

ACTIVIDADES SEGÚN NIVELES DE ATENCIÓN

Niveles de Atención	Actividades
<p>Primer Nivel ARI, ARII, AUI y Consultorio Popular</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hacer el Análisis de Situación de Salud (ASIS) comunitario, con participación de todos los actores. ▪ Hacer el informe de situación del cáncer en el territorio del área de influencia del establecimiento de APS, con sus respectivos indicadores definidos por el PPCC. ▪ Elaborar el Plan Anual del PPCC de la población del área de influencia del establecimiento de APS, en conjunto con los líderes comunitarios. ▪ Presentar ante la asamblea de la comunidad, para su aprobación del área de influencia, del Plan Anual del PPCC y los compromisos de corresponsabilidad ciudadana e institucional. ▪ Ejecutar las actividades de promoción de factores protectores de cáncer aprobadas en el Plan Anual de PPCC de la comunidad del área de influencia del establecimiento de APS. ▪ Ejecutar las actividades de prevención de cáncer prevalentes, realizando: <ul style="list-style-type: none"> ○ Detección temprana de factores de riesgo. ○ Pesquisas de cáncer de cuello uterino, mama y próstata. ▪ Realizar las actividades de atención de las alteraciones y patologías definidas por el PPCC para ser manejadas por el Primer Nivel de Atención, incluyendo las emergencias, la rehabilitación y los cuidados paliativos, e indicar la oportuna referencia al nivel especializado para su resolución de acuerdo con la norma. ▪ Gestionar, ante su nivel normativo gerencial, la dotación de insumos y medicamentos requeridos para la atención de los pacientes en control del programa. ▪ Recolectar el dato básico de la información del PPCC, utilizando la Historia Clínica Básica Integrada, la Ficha Familiar y los Análisis de Situación de Salud (ASIS) Comunitarios. ▪ Llenar los formatos de Epidemiología y de Programas del SIS. ▪ Analizar los indicadores de insumos, de procesos y resultados de las actividades. ▪ Monitorear la ejecución del Programa, a nivel de las familias de su área de influencia, de los individuos atendidos en las consultas, y otros agrupamientos de su comunidad, de acuerdo con las normas y los indicadores del mismo. ▪ Evaluar la ejecución del Programa en sus componentes operativos, epidemiológicos y gerenciales y su envío al nivel normativo correspondiente, de acuerdo con las normas y los indicadores del mismo.

<p>Segundo Nivel AUII, AUIII, Clínica Popular, CDI y SRI</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar la evaluación oncológica especializada y el tratamiento de las lesiones determinadas para este nivel, de los pacientes referidos del Primer Nivel y los que asistan directamente a la consulta especializada, incluyendo las emergencias. ▪ Ejecutar las actividades educativas en las salas de espera. Información y concientización directa al individuo, familiares y comunidad, sobre la promoción de la salud y prevención del cáncer. ▪ Detectar tempranamente las complicaciones del cáncer o asociadas a él, a fin de ofrecer tratamiento oportuno y continuo por parte del especialista capacitado en el manejo del Cáncer. ▪ Gestionar ante su nivel normativo gerencial, la dotación de insumos y medicamentos requeridos para la atención de los pacientes en control del programa. ▪ Referir los pacientes con cáncer, cuya resolución corresponda al Tercer Nivel de atención, y contrareferir los casos provenientes de los establecimientos de APS. ▪ Llevar el Sistema de Información de este nivel en sus componentes operativos, epidemiológicos y gerenciales. ▪ Efectuar investigaciones operativas en el marco de las disposiciones del PPCC. ▪ Apoyar las acciones del nivel gerencial para fortalecer la APS en su área de competencia, en atención, docencia e investigación.
<p>Tercer Nivel CAT, Hospitales I, II, III y IV, Hospitales de Especialidades</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cumplir con las actividades asistenciales (Cirugía, Quimioterapia, Radioterapia, Medicina Nuclear, Cuidados Paliativos y de Emergencia) asignadas, de acuerdo con protocolos de la Medicina Basada en la Evidencia. ▪ Coordinar la referencia y la contrarreferencia de personas con cáncer y discapacidad asociada, detectadas por el PPCC, para que reciban la rehabilitación y la atención integral adecuada. ▪ Determinar y solicitar los requerimientos de todos los recursos de su unidad, de acuerdo con la norma del PPCC, para dar cumplimiento a su gestión con eficacia y eficiencia. ▪ Apoyar la capacitación y la educación continua al personal del área de oncología en los aspectos de sub-especialidades y cirugía. ▪ Hacer efectiva la referencia y contrarreferencia, de los casos referidos por el Segundo Nivel y las interconsultas que solicite y le sean solicitadas. ▪ Llevar el Sistema de Información de este nivel, en sus componentes operativos, epidemiológicos y gerenciales. ▪ Efectuar investigaciones operativas, básicas, epidemiológicas y clínicas en el marco de las disposiciones del PPCC.

DISPOSICIONES GENERALES**Componente de CA de Cuello Uterino**

1. Se debe enseñar en educación de maternal a secundaria los conceptos y valores que propicien un comportamiento sexual sano durante todo el ciclo de la vida.
2. Se debe difundir información sobre la importancia del diagnóstico precoz y del tratamiento oportuno en el cáncer de cuello uterino.
3. En los Distritos o Municipios de Salud, se deben realizar acciones para promocionar la toma de muestras citológicas a grupos de población a riesgo, que no participen en los programas preventivos.
4. Se deben organizar grupos de apoyo y lograr la participación de toda la comunidad, para la promoción de la práctica de la citología en la población de riesgo.
5. Se debe capacitar al personal prestador de servicios de salud, sobre la prevención e importancia del diagnóstico temprano y oportuno del cáncer cérvico-uterino.
6. Se debe informar y educar a la población, sobre las ventajas del uso del preservativo en casos de contacto sexual con riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual.
7. La toma de muestra citológica, es un procedimiento de pesquisa de aplicación descentralizada, por lo que todo establecimiento del primer o segundo nivel de atención debe incluirlo dentro de sus actividades preventivas.
8. Se debe efectuar un examen citológico cada 3 años a toda mujer de 25 a 64 años que haya tenido o tenga vida sexual activa.
9. El examen citológico, se debe efectuar, mediante la toma de muestra del exocervix y endocervix; colocando el material obtenido en forma de extendido en una sola lamina a manera de pool. (Ver Guía Práctica del Programa).
10. La nomenclatura para el informe citológico, corresponde al Sistema de Bethesda, que clasifica los resultados alterados en: LIE de bajo grado, (el cual incluye: NIC I solo o asociado a VPH) y LIE de alto grado, (donde incluye: NIC II y NIC III).
11. Debe repetírsele la citología en un año, a toda mujer cuyo resultado citológico informe: LIE de bajo grado, recomendándose tratamiento de procesos inflamatorios y/o infecciosos específicos si lo hubiese. (Ver Guía Práctica del Programa).

12. Debe referirse, en un lapso no mayor de 3 meses, al segundo nivel de atención (Consulta de Patología Cervical), para diagnóstico y tratamiento a toda mujer cuyo resultado citológico informe: LIE de alto grado, cáncer invasor o LIE de bajo grado persistente o lesión clínica evidente. (Ver Guía Práctica del Programa).

Componente de CA Bronco-pulmonar

1. Difundir a través de medios de comunicación masiva, mensajes que promuevan hábitos de alimentación saludables, práctica del ejercicio físico habitual y actividades de recreación sanas; con el fin de propiciar un estado de bienestar físico y mental.
2. Desarrollar acciones que propicien la participación de la familia, comunidad y población en general en prácticas de fomento de la salud e higiene pública; así como, acciones que actúen sobre los factores de riesgo tales como: tabaco, contaminación por metales pesados y ambientales en general.
3. Se debe enseñar en educación de maternal a secundaria los conceptos y valores que eviten el consumo de tabaco y sus derivados, y de otros factores de riesgo en la salud y los medios de evitarlos.
4. El personal docente debe recibir capacitación sobre el tabaquismo y otros factores de riesgo, sus efectos y medidas de control.
5. Se debe capacitar al personal de salud sobre tabaquismo y otros factores de riesgo, sus efectos y medidas de control.
6. Efectuar la capacitación de voluntarios, sobre el tabaquismo y otros factores de riesgo, sus efectos y medidas de control; para apoyar la lucha antitabáquica.
7. Toda persona que consulte por presentar síntomas respiratorios en asociación con factores de riesgo de CA Bronco-pulmonar debe seguirse el procedimiento establecido por la Norma del Programa. (Ver Guía Práctica del Programa).

Componente de CA de Mama

1. Se debe informar y educar a la población, sobre los riesgos del sobrepeso y el consumo excesivo de grasas saturadas.
2. Se debe difundir información en la familia y centros de educación, sobre la importancia del diagnóstico precoz y del tratamiento oportuno en el cáncer de glándula mamaria.

3. Se debe capacitar al personal prestador de servicios, sobre la prevención e importancia del diagnóstico temprano y oportuno del cáncer de las glándulas mamarias.
4. Se debe informar y educar a la población de mujeres mayores de 40 años, sobre las ventajas del examen clínico anual de las glándulas mamarias y el uso de la mamografía cuando el especialista lo considere necesario. E igualmente informarle sobre la conveniencia del examen clínico de las mamas antes de iniciar una terapia hormonal sustitutiva.
5. A toda mujer en edad reproductiva que asista a una consulta preventiva, debe informársele y enseñársele la técnica del auto examen mamario. (Ver Guía Práctica del Programa).
6. En todo establecimiento de salud de primer y segundo nivel, donde se realicen consultas preventivas, se debe efectuar el examen clínico de las glándulas mamarias y enseñar la técnica del auto examen en la población objeto del programa.
7. A toda mujer mayor de 40 años, debe practicársele un examen clínico de la glándula mamaria una vez al año.
8. Practicar el examen clínico de la glándula mamaria simultáneamente en la toma de citología a las mujeres que acudan a las consultas preventivas.
9. Toda mujer, que en el examen clínico presente una lesión sospechosa de cáncer de mama, debe referirse al tercer nivel, para diagnóstico y tratamiento. (Ver Guía Práctica del Programa).

Componente de CA Gastro-intestinal

1. Difundir a través de medios de comunicación masiva, mensajes que promuevan hábitos de alimentación saludables, práctica del ejercicio físico habitual y actividades de recreación sanas; con el fin de propiciar un estado de bienestar físico y mental.
2. Desarrollar acciones que propicien la participación de la familia, comunidad y población en general en prácticas de fomento de la salud e higiene pública; así como, acciones que actúen sobre los factores de riesgo para CA Gástrico, tales como: infección crónica por *Helicobacter Pylori*, ingestión en exceso de sal y alimentos ahumados, nitritos y compuestos relacionados, ingesta frecuente de alcohol, fumar cigarrillos, y dietas bajas en vegetales, frutas, leches y derivados.
3. Desarrollar acciones que propicien la participación de la familia, comunidad y población en general en prácticas de fomento de la salud e higiene pública; así como, acciones que actúen sobre los factores de riesgo para CA Colorectal tales como: Edad mayor de 40 años, antecedentes familiares de cáncer de colon, antecedentes personales o familiares de pólipos del colon, dietas bajas en fibras, vegetales, frutas y altas en grasas o carnes rojas.

4. El personal docente debe recibir capacitación sobre la prevención de CA Gastro-intestinal, sus factores de riesgo, efectos y medidas de control.
5. Se debe capacitar al personal de salud sobre la prevención de CA Gastro-intestinal, sus factores de riesgo, efectos y medidas de control.
6. Toda persona mayor de 35 años que consulte por presentar síntomas digestivos altos y bajos, en asociación con factores de riesgo de CA Gastro-intestinal, debe seguirse el procedimiento establecido por la Norma del Programa. (Ver Guía Práctica del Programa).

Componente de CA de Próstata

1. Se debe informar y educar a la población sobre los riesgos del sobrepeso y el consumo excesivo de grasas saturadas, integrando a los sectores de salud, educación y voluntariado.
2. Se debe difundir información sobre la importancia del diagnóstico precoz y del tratamiento oportuno en el cáncer de la próstata, involucrando los sectores anteriormente mencionados.
3. Se debe informar y educar a la población de varones mayores de 40 años sobre las ventajas de la pesquisa de CA de Próstata, de acuerdo a la pauta establecida por el Programa, una vez por año.
4. Se debe sensibilizar al personal prestador de servicios de salud sobre la prevención e importancia del diagnóstico temprano y oportuno del cáncer de la próstata.
5. Todo hombre que a la palpación digital presente signos de aumento de volumen o nódulos en la próstata y/o antígeno prostático (PSA total y libre) alterado, debe ser referido a la consulta especializada para evaluación clínica urológica. (Ver Guía Práctica del Programa).
6. Todo hombre que acuda a las actividades de pesquisa programadas por el Equipo de Salud Regional, y/o acuda a un establecimiento de salud con síntomas de estrechez uretral, uretritis o prostatitis, debe realizársele Pesquisa de Próstata y referirse a la Consulta de Patología de Próstata, situada en el Servicio de Urología del Hospital Regional, para una evaluación clínica urológica. (Ver Guía Práctica del Programa).

Componente de CA Urotelial de Vejiga

1. Se debe garantizar anualmente el suministro del Inmunoterápico BCG Intravesical empleado en el tratamiento de los pacientes con Cáncer Urotelial de Vejiga.
2. Se debe implementar el Protocolo de inducción y mantenimiento seguido por el Dr. Lamm (Protocolo de Lamm) que pauta 3 años de tratamiento.

Componente de CA Infanto-juvenil

1. Todo niño (a) o joven menor de 20 años que presente síntomas recurrentes, tales como: fiebre, palidez, cefalea, anorexia, dolor óseo o aumento en el tamaño de los ganglios linfáticos, debe ser referida al pediatra para descartar CA Infanto-juvenil prevalentes en la población venezolana (Leucemias, Linfomas, los tumores malignos del Sistema Nervioso Central y de los Huesos).
2. Se debe informar y educar a padres, cuidadores y docentes sobre los síntomas sugestivos de problemas oncológicos prevalentes en la población infanto-juvenil venezolana.

Componente de Cuidados Paliativos

1. Todo paciente con CA avanzado, progresivo y con una expectativa de vida menor a 6 meses debe recibir atención integral en cuidados paliativos, de acuerdo a la normativa establecida por el Programa.
2. Deben promocionarse los Cuidados Paliativos para mejorar la calidad de vida de los pacientes en estado terminal, integrando los actores de salud, voluntariado y comunidad.

CAPÍTULO VI
PROGRAMA DE SALUD ENDOCRINO METABÓLICA

EQUIPO RESPONSABLE DE ESTE CAPÍTULO

COORDINACIÓN DE CAREM

Dra. Beatriz Larocca

COORDINACION DEL PROGRAMA DE SALUD ENDOCRINOMETABÓLICA

Dra. Loida Gáffaro de Valera

ADJUNTA A LA COORDINACIÓN

Dra. Sara Diaguardi

INTRODUCCIÓN

El sistema endocrino es uno de los principales sistemas del cuerpo humano, encargado de comunicar, controlar y coordinar su funcionamiento. Trabajando conjuntamente con otros sistemas, mantiene y controla armónicamente y a largo plazo, los niveles de energía del cuerpo, la reproducción, el crecimiento y desarrollo, el equilibrio interno de los sistemas del cuerpo, las reacciones a las condiciones del ambiente (por ejemplo, la temperatura), al estrés y a las lesiones, desempeñando estas tareas por medio de una red de glándulas y órganos que producen, almacenan o secretan ciertas hormonas desde el momento de la concepción y a lo largo de toda la vida post natal. Por estas características, las alteraciones del sistema endocrinológico, con muy pocas excepciones, son de evolución crónica.

Un grupo de alteraciones del sistema endocrino, además de los factores etiológicos genéticos propios de cada uno, comparten factores externos etiopatogénicos relacionados con estilos de vida no saludables y, por lo tanto, modificables; ejemplos de estas alteraciones lo constituye la diabetes y sus estados relacionados (glicemia alterada en ayunas [GAA], intolerancia a los hidratos de carbono [IHC], pre diabetes), la obesidad, las dislipidemias y la osteoporosis.

Los principales factores de riesgo para estas patologías son: los hábitos alimentarios no saludables, caracterizados por la disminución en el consumo de vegetales y frutas, privilegiando la ingesta de azúcares y las grasas *trans*; el sedentarismo; el consumo de alcohol y productos derivados del tabaco. La universalización y magnitud de estos factores, han incidido en el aumento explosivo de las enfermedades endocrino-metabólicas, especialmente la diabetes, considerada como la *Epidemia del Siglo XXI*, y su principal factor de riesgo, *la obesidad*.

En Venezuela, la Diabetes Mellitus, al igual que en el resto del mundo, ha ido en aumento progresivo, afectando la población con edades medias y avanzada, es decir, las edades productivas, en el caso de la diabetes tipo 2 y, la incidencia en progresivo aumento en edades escolares y la adolescencia tanto de la tipo 1 como la tipo 2; constituyéndose por su condición de cronicidad y por sus complicaciones, en una causa de gran impacto en las discapacidades, en pérdidas económicas y en la mortalidad de la población venezolana (6ª causa de muerte desde el año 2000).

Tomando como base estas premisas, esta Norma tiene como propósito la implementación del Programa Nacional de Salud Endocrino Metabólica, tanto en sus contenidos estructurales, organizativos y administrativos, como en los aspectos de manejo integral, tratamiento actualizado e investigación y docencia de las patologías endocrino metabólicas priorizadas (la diabetes, los estados pre diabéticos, la obesidad, las dislipidemias y la osteoporosis), de acuerdo a su magnitud, trascendencia y vulnerabilidad, que permita establecer no sólo las facilidades asistenciales amplias e integrales para la atención sino también las medidas de promoción y prevención que se deban aplicar, en cumplimiento de lo establecido en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela.

Hasta ahora el programa se ha circunscrito a la atención de la diabetes como enfermedad, con énfasis en la prevención del pie diabético. Se han hecho esfuerzos por desarrollar acciones de promoción y de prevención en diabetes, las cuales requieren consolidarse.

Sin embargo, y tomando en cuenta la caracterización de los problemas endocrino-metabólicos ya señalados, se considera necesario ampliar el alcance de este programa a otras condiciones que se comportan como enfermedad y factor de riesgo, tales como: la obesidad, las dislipidemias y la osteoporosis. Es por ello, que se ha considerado de primordial importancia la revisión y actualización de la Norma del Programa de Salud Endocrino-Metabólica, enfatizando la atención primaria de salud y los aspectos ya descritos.

Estas Normas describen cuales son los objetivos del programa, estrategias y actividades que se cumplirán para alcanzar dichos objetivos, las metas programadas por determinados períodos de tiempo, a que población va dirigida el programa, estructura del mismo de acuerdo a la establecida por el Ministerio: Nivel Nacional, Regional, Municipal y/o Distrital y/ Local, se describen las actividades que se realizarán de acuerdo a los diferentes niveles de atención; así como el desarrollo de un sistema de información, control y evaluación; en concordancia a lo establecido en el Plan Nacional de Salud, en el que se plantean las estrategias para alinear la gestión del Estado venezolano con el fin de garantizar el derecho a la salud para el período 2009–2013/2018, de acuerdo a los mandatos de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, y a las directrices, enfoques, políticas y estrategias del Plan de Desarrollo Económico y Social 2007-2013 “Proyecto Nacional Simón Bolívar”.

BASE LEGAL

La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999) establece las bases para desarrollar la naturaleza jurídica y el modelo organizativo del Sector Salud Venezolano.

- **Artículo 83** establece que la salud es un *DERECHO SOCIAL* fundamental, parte del Derecho a la Vida.
- **Artículo 84** ordena la creación de un SISTEMA PÚBLICO NACIONAL DE SALUD, bajo la rectoría del Ministerio de Salud, el cual será de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad.
- **Artículo 85** expresa que el financiamiento del sistema público nacional de salud es obligación del Estado.
- **Artículo 86** establece que toda persona tiene derecho a la seguridad social como servicio público de carácter no lucrativo, que garantice la salud y asegure protección en diferentes contingencias.

Igualmente, la CRBV reconoce como derechos un conjunto de determinantes de la salud, como es el derecho a la educación, nutrición, vivienda, cultura, trabajo, entre otras.

Ley Orgánica de Salud año 1998 Artículo 31.

Establecen los estatutos, funciones y atribuciones del Ministerio de Salud, así como los derechos y deberes de los beneficiarios de los servicios de salud.

Capítulo II, Artículo 31: La educación para la salud es parte fundamental de la estrategia de promoción de salud. Con la participación de la comunidad, el Estado promoverá la cultura por la salud y la vida.

Actualmente en vacatio legis, mientras se discute en la Asamblea Nacional la Ley de Salud de la CRBV (1999).

Líneas Generales del Plan Económico Social de la Nación 2007-2013.

En la Directriz de la Suprema Felicidad Social, se propone una estructura social incluyente, y se aspira que todos vivamos en las mejores condiciones posibles. Allí se establece la estrategia “Profundizar la Atención integral en Salud de forma universal”, donde se exponen las políticas de fortalecer la Prevención y control de enfermedades y, Expandir y consolidar los servicios de salud de forma oportuna y gratuita.

Plan Nacional de Salud (2009 – 2013 / 2018).

Donde se establece el objetivo estratégico y la metas que permitan Promover condiciones que favorezcan una producción social de la salud enmarcada en la convivencia solidaria, en armonía con la naturaleza y un modo de vida saludable en los territorios sociales, determinando políticas orientadas hacia la soberanía alimentaria, territorios sociales que fortalezcan la convivencia solidaria, la seguridad ciudadana, sistema de tránsito seguro, ambientes que favorezcan la actividad física, recreación, cultura y deporte y la salud ambiental del entorno familiar y la participación efectiva del Poder Popular en todos los procesos.

Estrategia Mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. 57ª Asamblea Mundial de la Salud. OMS 2004.

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.

Métodos Poblacionales e Individuales para la Prevención y el Tratamiento de la Diabetes y la Obesidad. OPS/OMS. Documento País presentado en la 60ª Sesión del Comité Regional. 2008.

Agenda de Salud para las Américas 2008 – 2017. OPS/OMS. Objetivos Estratégicos N° 3 y 6.

Decreto Presidencial Nº 140 del 8 de agosto de 1975, Gaceta Oficial Nº 30.766 del 12 de agosto de 1975). Creación del Programa Nacional de Lucha contra la Diabetes y otras Enfermedades Endocrinas, a cargo de la División de Enfermedades Crónicas de la Dirección General de Salud Pública.

Decreto Presidencial Nº 2.324 de fecha 30 de diciembre de 1997, publicado en Gaceta Oficial Nº 36.381 del 26 de enero de 1998. Se crea la Comisión Presidencial de Lucha Antidiabética (COPLAD), de carácter permanente, la cual tiene como objeto “elaborar, coordinar, promover, e incentivar con las diferentes instituciones públicas y privadas prestadoras de salud, programas de prevención, control y rehabilitación de la enfermedad Diabetes Mellitus, para así fortalecer el Programa Nacional de Lucha contra la Diabetes”.

Norma Oficial Venezolana del Programa de Diabetes, 1998. Donde se presenta el “ordenamiento normativo en las diferentes intervenciones a seguir para el control de la Diabetes Mellitus y sus variadas formas de presentación”.

JUSTIFICACIÓN.

Durante las últimas décadas, el mundo y especialmente los llamados países en desarrollo y específicamente en Latinoamérica, han experimentado cambios muy rápidos como consecuencia de alteraciones en el patrón alimentario y de estilos de vida de su población.

Estos cambios son consecuencia de procesos de industrialización, urbanización, desarrollo económico y la globalización del mercado y están incidiendo sobre la salud y el estado nutricional de las poblaciones de manera diversa, de tal manera que en la medida que la disponibilidad de alimentos y el acceso a servicios se ha expandido, esto se ha acompañado de efectos negativos, como la adquisición de patrones alimentarios inadecuados (incremento en el consumo de dietas con alta densidad energética, especialmente en base a grasas, particularmente del tipo saturado y bajas en carbohidratos no-procesados), un descenso del nivel de actividad física (estilos de vida sedentarios, el uso masivo de transporte motorizado, implementos ahorradores de trabajo en el hogar, y la dedicación a pasatiempos que no exigen casi ninguna demanda física), el incremento del uso del tabaco y, concomitantemente, el incremento de enfermedades crónicas (HTA, diabetes, obesidad, dislipidemias, osteoporosis), especialmente en las poblaciones menos favorecidas económicamente. Estas patologías son a su vez responsables del incremento de tasas de discapacidades y muertes prematuras y un incremento enorme en los presupuestos de salud de los estados.

De acuerdo a las estimaciones del a OMS, la prevalencia mundial de la diabetes pasará de 4,2 % en el año 2000 a 5,4% en el 2025, calculándose que para el año 2030 una 435 millones de personas padecerán de diabetes, el 50% de ellas desconocen que portan esta condición, con el agravante que sus complicaciones agudas y crónicas (macro y microvasculares) constituyen

una de las principales causas de invalidez y muerte prematura, aparte de afectar la calidad de vida de las personas que la padecen.

De esta manera tenemos que:

- La primera causa de muerte entre los pacientes con diabetes es el infarto de miocardio, que causa el 50-60% de las muertes de los pacientes con diabetes tipo 2 (DM2).
- La principal causa de defunción de los pacientes con diabetes tipo 1 (DM1) es la insuficiencia renal por nefropatía diabética.
- La población con diabetes presenta un riesgo relativo de pérdida de visión veinte (20) veces superior con respecto a población no diabética
- La DM es la causa más frecuente de insuficiencia renal terminal, con un riesgo relativo de insuficiencia renal veinticinco (25) veces superior a la población no diabética
- La diabetes es la causa más frecuente de amputación de miembro inferior por causa no traumática (supone el 50% del total de amputaciones).
- Los recién nacidos de madre diabética tienen mayor riesgo de malformaciones, de prematuridad, macrosomía y alteraciones metabólicas y el 5% de los embarazos de mujeres diabéticas terminan con muerte del recién nacido frente al 1.5 % en mujeres sin diabetes.

Se proyecta que en el país existe actualmente entre un 4,4 a un 6% de la población mayor de 20 años de edad tenga una diabetes tipo 2 (según estimaciones de la OMS: 5,1 – 6%, según la OPS: 4,4%) y que el 0,1% de la población menor de 14 años padezca diabetes tipo 1. Según los datos aportados por la Dirección de Vigilancia Epidemiológica del MPPS, las tasas de morbilidad por diabetes han ido creciendo sostenidamente de 70,68 x 100.000 habitantes en el año 1990 a 371,09 x 100.000 habitantes en el 2009. La diabetes ocupa el 6º lugar como causa de muerte en la población, con mayor número de muertes en los grupos mayores de 65 años y en las mujeres, encontrándose un incremento en la tasa de mortalidad de 24,48 x 100.000 habitantes en el año 1998 a 30,02 en el 2008.

Por otra parte, según la OMS, 1.200 millones de personas en todo el mundo tienen problemas de *sobrepeso y obesidad*, estimándose 2,5 millones de defunciones atribuibles a ellas. La obesidad puede presentarse en forma aislada y formando parte del llamado síndrome plurimetabólico, donde diversos estudios han demostrado que es el factor de riesgo más importante.

La obesidad no solo tendrá repercusiones metabólicas, sino que también presenta complicaciones clínicas (ortopédicas, traumatológicas, respiratorias, psicológicas) que afectan la calidad de vida de la persona. En Venezuela, se reporta un

aumento de la tasa de morbilidad por obesidad, que pasó de 51,9 x 100.000 habitantes en el año 1998 a 387,2 en el año 2005. Es de destacar que se reportan en el 2008, 52 personas fallecidas por obesidad, de las cuales 8 tenían complicaciones respiratoria.

Es importante señalar que la obesidad y el sobrepeso no son problemas del adulto, sino que también se está manifestando en forma creciente en la niñez y la adolescencia; en el mundo, según la OMS, el sobrepeso en niños menores de 5 años tuvo una prevalencia de 4,9 en el año 1999 y pasó a 5,7 en el año 2000.

En Venezuela existen diversos estudios en pequeños grupos de población infantil y adolescentes, que muestran un incremento de la obesidad y el sobrepeso. La presencia de esta patología, desde la infancia y adolescencia, con todas sus implicaciones clínicas y su papel como factor de riesgo importante para enfermedad cardiovascular y para las alteraciones del metabolismo de la glucosa, hacen necesaria una intervención temprana para retardar o evitar la aparición de éstas enfermedades crónicas.

La *dislipidemia* es uno de los factores de riesgo principales para la aparición de enfermedad cardiovascular y la diabetes, contribuyendo en forma importante en la mortalidad por enfermedad cardiovascular.

En Venezuela, en el año 2005 se presentaron 3 defunciones por trastornos del metabolismo de las lipoproteínas y para el año 2008 se reportan seis (6).

En cuanto a la morbilidad, se han hecho estudios parciales, no comparables, que muestran cifras muy variables en relación a la hipercolesterolemia y la hipertrigliceridemia.

La *osteoporosis*, fue incluida desde el año 1998 por la OMS, dentro del grupo de las enfermedades crónicas no transmisibles, definiéndola como una enfermedad causada por baja masa ósea y deterioro de la microarquitectura del tejido óseo, con un consecuente incremento en la fragilidad del hueso y de la susceptibilidad a las fracturas. Según datos del Reporte de Comité Científico 2003 de la OMS, para la Prevención y Manejo de la Osteoporosis, esta patología está afectando a más de 75 millones de personas en Europa, Japón y EUA; fue la causante de entre 1,3 a 1,7 millones de fracturas en 1990 y causará aproximadamente 3 millones de fracturas en el año 2025. Las más afectadas son las mujeres postmenopáusicas, pero también se describen osteopenias y osteoporosis en la niñez y adolescencia, siendo los principales sitios de fracturas: caderas, vértebras y muñecas, pero describiéndose también fracturas en húmero proximal, pelvis, costillas, clavícula y fémur distal.

El principal determinante del riesgo de fracturas es el llamado Pico de Masa Ósea que no es más sino la cantidad de masa ósea presente al final de la maduración esquelética. Los dos períodos de mayor ganancia de masa ósea son del nacimiento a los 3 años de edad (30%) y la pubertad (40%). Después de los 35 años de edad se produce una disminución de la masa ósea siendo más rápida en las mujeres después de la menopausia.

El principal determinante de la ganancia de masa ósea es la herencia, pero juegan un papel importante los factores endocrinos y factores externos como son la alimentación adecuada (con el adecuado aporte de calcio y vitamina D) y la actividad física (la cual ha tomado una gran relevancia a partir de los últimos estudios que reporten el beneficio de la fuerza muscular sobre el hueso), jugando un papel negativo importante el tabaquismo y el consumo excesivo de alcohol. De esta forma se ha establecido que para prevenir la osteopenia y la osteoporosis se hace necesario actuar sobre los factores de riesgo modificables, como son la nutrición, el ejercicio y el consumo de alcohol y el tabaquismo.

En Venezuela la incidencia de osteoporosis en la población general y en la post menopáusica no está bien establecida, existiendo dos estudios practicados por el Centro de Investigaciones UNILIME de la Universidad de Carabobo; el primero del año 1995 reporta un riesgo de fracturas de cadera: 9,6 fracturas por día (16,3 fracturas por 100.000 habitantes), una mortalidad en los primeros 4 meses post fractura del 17% y una: poblacional de Valencia, reportó una incidencia de osteopenia del 40,4% y de osteoporosis de 25,6% en las mujeres mayores de 50 años, aumentando la incidencia a medida que aumenta la edad, encontrando sólo un 10% de masa ósea normal en la población mayor de 70 años.

El número de defunciones por osteoporosis reportada por *el Anuario de Mortalidad 2008* fue de 5 casos, 4 de ellos mujeres, pero se reporta un mayor número de defunciones por caídas en el mismo nivel (29) y caídas no especificadas (40) la mayoría de ellas en mujeres, y que pudieran estar en relación con la osteoporosis.

En conclusión, la patología endocrina metabólica arriba mencionadas comparten las siguientes características:

1. Un aumento explosivo del número de casos, a nivel mundial y en nuestro país
2. La importante morbimortalidad por ellas producidas cuando no son diagnosticadas a tiempo y tratadas adecuadamente.
3. Su estrecha relación con factores externos relacionados con modos de vida no saludable.
4. La posibilidad de prevenir o retardar su aparición, así como de disminuir la morbimortalidad que ellas mismas producen, a través de los cambios en el estilo de vida

Por estas razones es imperiosa la necesidad de establecer estrategias que permitan detectar y actuar sobre factores ambientales, socioeconómicos y de susceptibilidad genética y estrategias destinadas a personas que presentan un mayor riesgo o susceptibilidad para el desarrollo de estas patologías. Así mismo, la mayoría de las complicaciones derivadas de estas patologías, están relacionadas con su duración y gravedad, lo que destaca el importante papel de la detección precoz y del control adecuado de ellas como forma de prevenir y/o retrasar la aparición de complicaciones y de la aplicación de estrategias de atención que permitan prevenir o retardar la aparición de discapacidades una vez que han aparecido las complicaciones a largo plazo y estrategias de atención oportuna y rehabilitación en los casos en donde la discapacidad se haya producido. Añadir vinculación con CAREM.

OBJETIVOS**OBJETIVO GENERAL**

Contribuir a mejorar la calidad de vida de la población (tanto sana como enferma), a través de acciones de promoción de la salud y de prevención de la enfermedades endocrino metabólicas priorizadas: la diabetes y sus estados relacionados (glicemia alterada en ayunas [GAA], intolerancia a los hidratos de carbono [IHC], pre diabetes), obesidad, las dislipidemias y la osteoporosis, por medio de la modificación de sus factores de riesgo y su comportamiento como factores de riesgo de otras enfermedades relacionadas, con el diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno y la rehabilitación, con énfasis en la Atención Primaria de Salud.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Fortalecer las políticas de promoción de la salud endocrino-metabólica, actuando sobre las condiciones y estilos de vida, privilegiando en el régimen alimentario y la actividad física, bajo la estrategia CAREM y en el gran marco de Política Pública Sana denominado “Suprema Felicidad Social”.
- Implementar acciones de difusión, educación y comunicación masivas, en conjunto con las organizaciones del Poder Popular, el resto del equipo de salud y los otros sectores de la política pública, de manera de construir con la población el conocimiento sobre las principales enfermedades endocrino-metabólicas, sus co-morbilidades y discapacidades, cómo prevenirlas y dónde recibir la atención médica idónea, con la corresponsabilidad de todos, en el contexto de la estrategia CAREM.
- Concertar con los entes de educación universitaria la formación de médicos y personal técnico de salud en sintonía con la norma del este Programa y con las capacidades operativas requeridas; así como, el desarrollo de la educación y capacitación continua y en servicio de todo el personal del área.
- Brindar atención médica integral, en sus diferentes niveles, con la cooperación del Poder Popular, con los cuidados primarios a la población (específica y masiva) y la atención médica especializada hasta la rehabilitación, así como el beneficio de la atención de urgencia, para las enfermedades endocrino-metabólicas priorizadas.
- Consolidar un Sistema de Información oportuno, confiable, y sencillo, que brinde la información generada por todos los actores, públicos como privados, y sirva de instrumento para elevar la conciencia colectiva, definir corresponsabilidades y evaluar la marcha del programa.

- Impulsar la investigación clínica, epidemiológica y operativa específica para cada nivel de atención y en los distintos territorios sociales.

ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES

Estrategia 1: Promoción para la transformación cultural de modos, condiciones y estilos de vida saludables

Generación de procesos que habiliten a la población para crear condiciones favorables de salud colectiva, al aumentar el control sobre los determinantes sociales de la salud (aspectos estructurales de tipo político, socio-económico, cultural, ambiental y de hábitat), que definen el modo, condiciones y estilos de vida. Implica el compromiso dirigido a eliminar las inequidades sociales, que son el sustrato básico de dichas condiciones, con la corresponsabilidad de todos los Poderes del Estado, incluyendo el Poder Popular (Consejos Comunales, Comités de Salud y Comunas).

Actividades

- Impulsar el desarrollo de políticas públicas intersectoriales de seguridad y soberanía alimentaria, donde se priorice la alimentación saludable, desde la producción, almacenamiento y distribución de alimentos frescos, accesibles a las comunidades, tanto en el Sector Público como en el Sector Privado.
- Políticas intersectoriales de diseño vial y comunal que prioricen la construcción, ampliación y mantenimiento de aceras y otros espacios para peatones y ciclistas, el fortalecimiento del transporte público masivo y el acceso de la comunidad a canchas, parques y a las instalaciones deportivas de las escuelas y otras instituciones
- Implementación de relaciones interinstitucionales con los Ministerios de Educación y Educación Universitaria, para incorporar en los Currícula de Educación Primaria, Secundaria y Universitaria, contenidos y prácticas promocionales sobre modo y estilos de vida saludables y su relación con la prevención de las enfermedades crónicas.
- Diseño y aprobación de regulaciones sobre el contenido de sal, azúcar, grasas saturadas, grasas trans y aditivos químicos de los alimentos procesados y de la rotulación de los mismos.
- Fortalecimiento intersectorial de las normativas de la alimentación en cantinas y comedores escolares, comedores públicos, comedores industriales, casas de alimentación y otros.

Estrategia 2: Pesquisa para detección oportuna de Enfermedades Endocrino Metabólicas

Pesquisa para detectar grupos poblacionales con factores de riesgo y personas con Enfermedades Endocrino Metabólicas de manera oportuna, precoz, y efectiva, tomando en cuenta tanto los factores de riesgo como los ciclos de vida y las

características familiares y comunales, siguiendo las normas, pautas y procedimientos establecidos por el Programa en las Redes de Atención y estableciendo las alianzas interprogramáticas requeridas.

Actividades

- Pesquisa permanente de Factores de riesgo para ECNT, en las consultas, con énfasis en el Primer Nivel de Atención, escuelas y familias del área de influencia del establecimiento de Atención Primaria.
- Actividades educativas presenciales o a través de medios y redes sociales sobre estilos de vida saludables dirigidas a grupos de personas donde se han detectado factores de riesgo
- Pesquisa de personas con Diabetes y sus estados relacionados (IHH y GAA) y sus co-morbilidades (Obesidad, Dislipidemias y Osteoporosis), para su incorporación al manejo y control del Programa.

Estrategia 3: Fortalecimiento de la línea de Atención Médica de las Enfermedades Endocrino Metabólicas

Fortalecimiento de la Atención Integral de las Enfermedades Endocrino Metabólicas, dentro de las Redes de Atención de Salud en sus Niveles I, II y III, de tipo ambulatoria u hospitalaria, bajo los lineamientos y pautas del Programa, con la participación protagónica de los equipos interdisciplinarios de salud, los usuarios/as y las organizaciones sociales contraloras de las comunidades del área de influencia, estableciendo las alianzas interprogramáticas e intersectoriales requeridas, para la aplicación de medidas de tratamiento no farmacológico y farmacológico, evaluación del control metabólico, manejo de complicaciones agudas y crónicas, y rehabilitación de las discapacidades resultantes.

Actividades

- Definición en conjunto con el Viceministerio de Redes de Servicios, los recursos necesarios para la ejecución del Programa en los diferentes niveles de atención y de acuerdo con las metas establecidas en las unidades de tiempo.
- Capacitación continua del personal de salud de los niveles de atención en salud en las pautas y procedimientos del Programa de Salud Endocrino Metabólico.
- Gestión articulada con las regiones en lo referente la dotación de medicamentos, insumos y equipos del Programa de acuerdo con las necesidades de la población los criterios de evidencia científica y costo-efectividad.
- Monitoreo de la atención en los diferentes niveles de la red.

Estrategia 4: Fortalecimiento del Sistema de Información de Salud en Enfermedades Endocrino Metabólicas

Relanzamiento de los mecanismos de Vigilancia Epidemiológica de las Enfermedades Endocrino Metabólicas en uso actualmente, para diseñar el Sistema Integrado de Vigilancia de ECNT.

Actividades

- Diseño e implementación de una modalidad de vigilancia por sitio centinela, ubicada en el hospital de mayor ocurrencia de casos por estado.
- Diseño e implementación de encuestas cuando la información centinela detecte anomalías que requieran profundizar en la situación, para la toma de decisiones.
- Relación con el Instituto Nacional de Estadística para desarrollar de manera conjunta la Encuesta Nacional de ENT.

Estrategia 5: Fortalecimiento del Control de la Gestión

Fortalecimiento de la captura y procesamiento de información para el seguimiento y la evaluación de la gestión mediante indicadores de eficiencia, eficacia, efectividad e impacto, del Programa Endocrino-Metabólico.

Actividades

- Coordinación con los Programas de Salud que integran la estrategia CAREM para el fortalecimiento integrado de la vigilancia de la gestión de sus programas y planes.
- Seguimiento y evaluación periódicos basado en indicadores de la eficiencia, eficacia, efectividad e impacto del Programa de Salud Endocrino-Metabólico.

Estrategia 6: Formación de profesionales de la salud en el manejo integral en Salud Endocrino Metabólica

Fortalecimiento de las competencias en las carreras relacionadas con salud, en los aspectos de salud colectiva, específicamente en Salud Endocrino Metabólica, relativos a la promoción de estilos y condiciones de vida, prevención y tratamiento de estas enfermedades y su rehabilitación, en coordinación con la Dirección de Investigación y Educación del MPPS, el Instituto de Altos Estudios "Dr. Arnoldo Gabaldón" del MPPS y del Ministerio de Educación Universitaria.

Actividades

Diseño de contenidos curriculares del componente de Salud Endocrino Metabólica, en conjunto con la Dirección de Investigación y Educación del MPPS y del Ministerio de Educación Universitaria, para su implementación en las carreras relacionadas con salud.

- Implementación de los contenidos curriculares del componente de Salud Endocrino Metabólica, en las universidades nacionales que dictan carreras de salud, en conjunto con la Dirección de Investigación y Educación del MPPS y del Ministerio de Educación Universitaria.

Estrategia 7: Mejoramiento continuo del personal de salud en servicio en el manejo integral en Salud Endocrino Metabólica

Mantener un desarrollo continuo de las capacidades y competencias del personal de salud en los servicios, en todos los aspectos de la Salud Endocrino Metabólica.

Actividades

- Diseño de un plan de capacitación continua en servicio, por niveles, por profesiones y funciones, en el área de Salud Endocrino Metabólica, en coordinación con la Dirección General de Educación e Investigación y las Direcciones Estadales de Salud (DES).
- Ejecución del Plan de Capacitación Continua en Salud Endocrino Metabólica, de manera permanente y sustentable en el tiempo.

Estrategia 8: Desarrollo de la investigación en Salud Endocrino Metabólica

Incentivar la Investigación básica-clínica, epidemiológica y social, en el área de Salud Endocrino Metabólica, en coordinación y cooperación con la Dirección General de Educación e Investigación (DGIE), los Centros de Investigación de las Universidades nacionales e internacionales, las sociedades científicas y las organizaciones multilaterales (OMS-OPS. UNICEF, etc.).

Actividades

- Diseño de una agenda de prioridades de investigación en Salud Endocrino Metabólica, en conjunto con la DGEI y el Ministerio de Ciencia y Tecnología, para ser discutido y ejecutado con los Centros de Investigación de las Universidades nacionales e internacionales, las sociedades científicas y las organizaciones multilaterales (OMS-OPS. UNICEF, etc.).
- Desarrollo de investigaciones operativas en todos los niveles de atención, en cooperación con las DES, las jefaturas de distritos y municipios, las direcciones de establecimientos y la comunidad organizada.

POBLACIÓN OBJETO

Población de ambos sexos con factores de riesgo y/o con antecedentes de Enfermedad Endocrino Metabólica, especialmente mayor de 35 años y con mayor fragilidad social.

CAMPO DE APLICACIÓN

Estas Normas son de cumplimiento obligatorio de todo el personal de salud y de los establecimientos de salud de todos los subsistemas del Sistema Público Nacional de Salud.

ESTRUCTURA DEL PROGRAMA

El Programa de Salud Endocrino-Metabólica se estructura en:

Nivel Normativo Gerencial con tres dimensiones:

- **Central:** constituido por la Coordinación del Programa Endocrino Metabólico, adscrito a la Dirección General de Programas de Salud del Viceministerio de Redes de Salud Colectiva, del Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS).
- **Estadal:** representado por las Coordinaciones Estadales del Programa, dentro de las Direcciones Regionales de Salud.
- **Municipal:** establecidos en las instancias distritales o municipales de salud de los estados.

Nivel Local Ejecutor con tres Niveles de Atención de complejidad médica creciente: Primer Nivel, Segundo Nivel y Tercer Nivel de Atención.

FUNCIONES DEL NIVEL CENTRAL (Normativo y Gerencial)

- Revisar y actualizar las normas, planes, estrategias y acciones orientadas a la promoción de modos y estilos de vida saludables, la prevención, el tratamiento y el control de las enfermedades priorizadas en el Programa de Salud Endocrino Metabólico (PSEM), en el marco de la Estrategia Integrada CAREM.
- Establecer relaciones intersectoriales con otros entes del Poder Ejecutivo (Ministerio del PP para la Alimentación, MPP para Agricultura y Tierras, Ministerio del PP para el Comercio, MPP para las Obras Públicas, MPP para el Deporte, MPP

para la Educación, MPP para la Educación Universitaria, MPP para las Comunas), Poder Legislativo y Judicial, para el diseño, ejecución y evaluación de políticas públicas intersectoriales de promoción de la salud con enfoque de determinantes sociales y prevención de las enfermedades endocrino metabólicas, con el fin de alcanzar modo y estilos de vida saludables

- Establecer diálogos con los órganos del Poder Popular para la discusión, análisis e incorporación en sus agendas de trabajo de su participación conjunta con los Poderes del Estado en el diseño, ejecución y evaluación de políticas públicas intersectoriales de promoción de la salud con enfoque de determinantes sociales y prevención de las enfermedades endocrino metabólicas, con el fin de alcanzar modo y estilos de vida saludables.
- Establecer relaciones en coordinación con la Oficina de Comunicación y Relaciones Interinstitucionales del MPPS, con el MPP para la Comunicación e Información para la difusión de las políticas dirigidas a alcanzar modo y estilos de vida saludables en los diferentes medios públicos, privados y comunitarios, con miras a impulsar la corresponsabilidad de ciudadanos y comunidades.
- Acordar con el MPP de Educación Universitaria, en coordinación con la DGEI del MPPS, la incorporación y actualización de la norma del PSEM en los planes de formación de pre-grado y post-grado universitario del área de la salud. Igualmente, acordar con el Ministerio de Educación, la incorporación de los contenidos de prevención y atención integral de las enfermedades endocrino-metabólicas, desde el nivel pre-escolar a bachillerato.
- Determinar en conjunto con la DGEI del MPPS y el Ministerio PP para la Ciencia y Tecnología, las prioridades de investigación en el área de la Salud Endocrino Metabólica, a ser propuestas a los Centros de Investigación, las Universidades, las Sociedades Científicas para su ejecución y a los entes multilaterales relacionados con la gestión de proyectos, para la consecución de financiamiento.
- Conformar e integrar con las Coordinaciones de los otros Programas de Salud, sectores relacionados con la Salud Endocrino Metabólica e instituciones afines, la conformación de equipos de trabajo interprogramáticos, intersectoriales e interinstitucionales para el logro de los objetivos y metas.
- Coordinar con el Programa de Atención en Salud a las Personas con Discapacidad (PASDIS) la referencia y la contrareferencia de personas con discapacidad detectadas por el PSEM, para que reciban la rehabilitación y la atención integral adecuada.
- Ejecutar e implementar el Sistema de Vigilancia Epidemiológica Integral (Convencional y Comunitario) y estimar las características epidemiológicas de las enfermedades endocrino-metabólicas, en cooperación con la Dirección General de Epidemiología.

- Evaluar y monitorear, en los tres niveles de la Red de Atención de Salud, el cumplimiento de las normas y protocolos establecidos en el Programa de Salud Endocrino Metabólica, a través de la supervisión de los entes encargados de su implementación a nivel nacional.
- Presentar los informes de resultados del Programa de Salud Endocrino Metabólico ante organismos nacionales e internacionales.

FUNCIONES DEL NIVEL ESTADAL (Normativo-Gerencial)

- Definir la complejidad de la estructura de la Coordinación Regional, de acuerdo con las pautas dictadas por la Norma del PSEM y la situación del estado correspondiente.
- Ejecutar el Programa de Salud Endocrino Metabólica (PSEM) en los tres niveles de la Red de Atención de Salud de su estado, adecuándolo a la situación existente en el mismo, bajo la dirección y coordinación del Nivel Central y las otras coordinaciones estatales.
- Controlar la ejecución del PSEM, mediante la supervisión, monitoreo y evolución de sus componentes operativos, epidemiológicos y gerenciales.
- Mantener actualizado el Sistema de Información de Salud en el Nivel Estatal, en sus componentes operativos, epidemiológicos y gerenciales, de acuerdo con las normas establecidas en el PSEM.

FUNCIONES DEL NIVEL MUNICIPAL (Normativo-Gerencial)

- Implementación y desarrollo del Programa de Salud Endocrino Metabólico de acuerdo a los lineamientos emanados del Nivel estatal, en concordancia con la norma establecida por el Nivel Central.
- Impulsar la participación activa de la comunidad organizada en el PSEM, tanto en la corresponsabilidad en la ejecución de las actividades como en su control, para el cumplimiento de las mismas.
- Controlar la ejecución del PSEM, mediante la supervisión, monitoreo y evolución de sus componentes operativos, epidemiológicos y gerenciales.
- Mantener actualizado el Sistema de Información de Salud en el Nivel Municipal, en sus componentes operativos, epidemiológicos y gerenciales, de acuerdo con las normas establecidas en el PSEM.

FUNCIONES DEL NIVEL LOCAL (Ejecutor-Gerencial)

- Analizar la situación de salud de su área de influencia, de acuerdo con el nivel de atención médica.
- Programar, con la participación de los diversos actores implicados y basados en el análisis de su situación, las acciones locales en concordancia con las normas del PSEM.
- Aplicar la programación local en el territorio social de su área de influencia, según el nivel de atención médica, desde lo referente a la promoción, la prevención y la atención hasta la rehabilitación, dirigido a la población diana del PSEM.
- Controlar la ejecución del PSEM, mediante la supervisión, monitoreo y evaluación de sus componentes operativos, epidemiológicos y gerenciales.
- Mantener actualizado el Sistema de Información de Salud en el Nivel Local, en sus componentes operativos, epidemiológicos y gerenciales, de acuerdo con las normas establecidas en el PSEM.

ACTIVIDADES SEGÚN NIVELES DE ATENCIÓN

Niveles de Atención	Actividades
<p>Primer Nivel Consulta de Diabetes en ARI, ARIL, AUI y Consultorio Popular</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hacer el Análisis de Situación de Salud (ASIS) comunitario, con participación de todos los actores. ▪ Hacer el informe de situación de la salud endocrino-metabólica en el territorio del área de influencia del establecimiento de APS, con sus respectivos indicadores definidos por el Programa. ▪ Elaborar el Plan Anual del PSEM de la población del área de influencia del establecimiento de APS, en conjunto con los órganos del Poder Popular (Comités de Salud, Consejos Comunales, Comunas). ▪ Presentar ante la asamblea de la comunidad de su área de influencia, para su aprobación, el Plan Anual del PSEM y los compromisos de corresponsabilidad comunitaria e institucional. ▪ Ejecutar las actividades de promoción de la salud con enfoque de determinantes sociales aprobadas en el Plan Anual de PSEM de la comunidad del área de influencia del establecimiento de APS. ▪ Ejecutar las actividades de prevención de enfermedades endocrino-metabólicas prevalentes, de acuerdo al ciclo de vida realizando: <ul style="list-style-type: none"> ○ La educación sobre estilos de vida saludables ○ Detección temprana de factores de riesgo. ○ Pesquisa de diabetes. ○ Otras pesquisas de acuerdo a la prevalencia local.

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar las actividades de atención de las alteraciones y patologías definidas por el PSEM para ser manejadas por el Primer Nivel de Atención, incluyendo las emergencias, la rehabilitación y los cuidados paliativos, e indicar la oportuna referencia al nivel especializado para su resolución de acuerdo con la norma. ▪ Gestionar, ante su nivel normativo gerencial, la dotación de insumos y medicamentos requeridos para la atención de los pacientes en control del programa. ▪ Recolectar el dato básico de la información del PSEM, utilizando la Historia Clínica Básica Integrada, la Ficha Familiar y los Análisis de Situación de Salud (ASIS) Comunitarios. ▪ Llenar los formatos de Epidemiología y de Programas del SIS. ▪ Analizar los indicadores de insumos, de procesos y resultados de las actividades. ▪ Monitorear la ejecución del Programa, a nivel de las comunas (escuelas, fábricas, casas de alimentación), familias de su área de influencia, de los individuos atendidos en las consultas, y otros agrupamientos de su comunidad, de acuerdo con las normas y los indicadores del mismo. ▪ Evaluar la ejecución del Programa en sus componentes operativos, epidemiológicos y gerenciales y su envío al nivel normativo correspondiente, de acuerdo con las normas y los indicadores del mismo. ▪ Efectuar investigaciones operativas en el marco de las disposiciones del PSEM.
<p style="text-align: center;">Segundo Nivel Unidad de Diabetes en AUII, AUIII, Clínica Popular, CDI y SRI</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar la evaluación endocrino-metabólica y el tratamiento determinado para este nivel, de los pacientes referidos del Primer Nivel y los que asistan directamente a la consulta especializada, incluyendo las emergencias. ▪ Ejecutar las actividades educativas en las salas de espera. Información y concientización directa al individuo, familiares y comunidad, sobre la promoción de la salud y prevención en salud endocrino-metabólica. ▪ Detectar tempranamente las complicaciones endocrino-metabólicas o asociadas a ellas, a fin de ofrecer tratamiento oportuno y continuo. ▪ Gestionar ante su nivel normativo gerencial, la dotación de insumos y medicamentos requeridos para la atención de los pacientes en control del programa. ▪ Referir los pacientes, cuya resolución corresponda al Tercer Nivel de atención, y contrareferir los casos provenientes de los establecimientos de APS. ▪ Llevar el Sistema de Información de este nivel en sus componentes operativos, epidemiológicos y gerenciales. ▪ Efectuar investigaciones operativas en el marco de las disposiciones del PSEM. ▪ Apoyar las acciones del nivel gerencial para fortalecer la APS en su área de competencia, en atención, docencia e investigación.

<p>Tercer Nivel Unidades de Diabetes Especializadas CAT, Hospitales I, II, III y IV, Hospitales de Especialidades</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cumplir con las actividades asistenciales asignadas en consultas, hospitalización, quirúrgicas y de emergencia, de acuerdo con protocolos de la Medicina Basada en la Evidencia. ▪ Coordinar la referencia y la contrareferencia de personas con enfermedades endocrino-metabólicas y discapacidad asociada, detectadas por el PSEM, para que reciban la rehabilitación y la atención integral adecuada. ▪ Determinar y solicitar los requerimientos de todos los recursos de su unidad, de acuerdo con la norma del PSEM, para dar cumplimiento a su gestión con eficacia y eficiencia. ▪ Apoyar la capacitación y la educación continua al personal del área endocrino-metabólica en los aspectos de sub-especialidades y cirugía. ▪ Hacer efectiva la referencia y contrareferencia, de los casos referidos por el Segundo Nivel y las interconsultas que solicite y le sean solicitadas. ▪ Llevar el Sistema de Información de este nivel, en sus componentes operativos, epidemiológicos y gerenciales. ▪ Efectuar investigaciones operativas, básicas, epidemiológicas y clínicas en el marco de las disposiciones del PSEM.
--	--

DISPOSICIONES GENERALES

1. Debe incorporarse en las agendas construidas con los Consejos Comunales, la adopción de modos, estilos y condiciones de vida saludables, que contengan alimentación saludable, actividad física cotidiana, manejo adecuado del estrés, cesación tabáquica, entre otros.
2. Se deben efectuar en la comunidad del área de influencia del establecimiento de APS, las pesquisas de factores de riesgo y de patologías específicas de enfermedades endocrino-metabólicas, indicándose la referencia según la patología hallada.
3. Todos los menores de 20 años que asistan a la consulta de control de niños y adolescentes sanos, deben realizárseles las pesquisas de enfermedades endocrino-metabólicas, para detectar trastornos de crecimiento, puberales, menstruales, tiroideos, de diferenciación sexual y diabetes, los cuales deberán ser referidos al especialistas para su diagnóstico confirmatorio y tratamiento adecuado.
4. Toda persona mayor de 20 años que asista a la consulta en el Primer Nivel de Atención, debe efectuársele la pesquisa de factores de riesgo de Diabetes Mellitus tipo II. Si resulta positiva, debe descartarse DM II. Si resulta positiva a DM II, se le aplicará el protocolo definido por el Programa.

5. Toda persona mayor de 20 años que asista a la consulta en el Primer Nivel de Atención y tenga un índice de masa corporal >24 , debe recibir atención de acuerdo al protocolo de manejo de personas con obesidad.
6. Toda persona mayor de 20 años que asista a la consulta en el Primer Nivel de Atención y se presuma alguna patología endocrino-metabólica, debe ser referida al especialista de Segundo o Tercer Nivel, para su evaluación, diagnóstico y tratamiento.
7. Toda mujer de 12 a 45 años que asista a la consulta del Primer Nivel de Atención y requiera consejería preconcepcional, se le debe pesquisar los factores de riesgo para enfermedades endocrino-metabólicas y, de resultar positivos, se debe descartar DM II y seguir el protocolo establecido por el Programa.
8. Toda mujer embarazada debe hacerse la pesquisa de enfermedades endocrino-metabólicas a fin de detectar DM II. De ser positiva, debe referirse al especialista del Segundo o Tercer Nivel para su control pre-natal estricto y seguirse el protocolo establecido por el Programa.
9. Toda mujer embarazada con enfermedad endocrino-metabólica pre-existente, debe ser referida al especialista del Segundo o Tercer Nivel para su control pre-natal estricto y seguirse el protocolo establecido por el Programa.
10. Toda persona que consulte por presentar complicaciones de enfermedades endocrino-metabólicas, debe ser referido al especialista del Segundo o Tercer Nivel para su manejo integral de acuerdo al protocolo establecido por el Programa.

CAPÍTULO VII
PROGRAMA DE SALUD RENAL

EQUIPO RESPONSABLE DE ESTE CAPÍTULO

COORDINADOR NACIONAL DEL PROGRAMA DE SALUD RENAL

Dr. Raúl Carlini

ASESORA DEL PROGRAMA NACIONAL DE SALUD RENAL

Dra. Haideé González

ASISTENTE TÉCNICO DEL PROGRAMA NACIONAL DE SALUD RENAL

Lic. Maribel Mijares

A

SISTENTE ADMINISTRATIVO DEL PROGRAMA NACIONAL DE SALUD RENAL

Lic. Janet Cavicchioni

INTRODUCCION

Para enfrentar la problemática del manejo de las patologías de alto costo, como la Enfermedad Renal Crónica (E.R.C), el Programa de Salud Renal a través de la Dirección General de Programas de Salud, enmarcado en la política institucional, establece como prioridad la actualización normas de salud renal establecidas en el 2006, en la cual se fortalezca la atención integral para lograr un mayor impacto positivo en la salud de la población, tanto sana como enferma por estas causas.

Las enfermedades renales constituyen un importante problema de salud pública a nivel mundial, no sólo por la alta tasa de incidencia anual, sino porque un alto porcentaje de ellas sigue un curso inexorable hacia la cronicidad y pérdida progresiva de la capacidad funcional, independientemente de su etiología.

Como consecuencia de este patrón evolutivo, las enfermedades renales tienen un alto impacto social y económico, relacionado con la incapacidad en sectores productivos de la población, y los altos costos de las terapias de sustitución de la función renal como diálisis o trasplante.

Adicionalmente, tanto en las etapas evolutivas como en los estadios terminales, estas enfermedades tienen una alta comorbilidad que frecuentemente resulta en mayor incapacidad y elevación considerable de los costos del tratamiento. Se expresa especialmente con las otras enfermedades crónicas no transmisibles, particularmente con las enfermedades cardiovasculares y endocrino-metabólicas, donde los factores de riesgo son comunes y sus complicaciones están asociadas en su evolución.

De allí, que internacionalmente se estableció una estrategia integrada para enfrentar los problemas que presentan estas enfermedades y que, en nuestro país se ha denominado la estrategia "CAREM", donde se implementan acciones desde la promoción de la salud, la detección temprana de las enfermedades y la atención progresiva de las mismas.

El personal de salud de atención primaria (Médicos Generales, auxiliares de Medicina Simplificada y Agentes Comunitarios de APS) tienen una función importante en la detección de pacientes con factores de riesgo para E.R.C y en la derivación de los pacientes con sospecha o con diagnóstico de E.R.C a los servicios del segundo nivel de atención, con la finalidad de confirmar el diagnóstico de la presencia de una patología renal.

El Programa de Salud Renal pretende con esta Norma la unificación de criterios, describiendo las actividades en los diferentes niveles de atención, la adecuación de los servicios de atención en salud para el tratamiento oportuno, así como el desarrollo de un sistema de información, control y evaluación; en concordancia con lo establecido en el Plan Nacional de Salud, en el cual se plantean las estrategias para alinear la gestión del Estado venezolano con el fin de garantizar el derecho a la salud para el período 2009–2013/2018, de acuerdo a los mandatos de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, y a las directrices, enfoques, políticas y estrategias del Plan de Desarrollo Económico y Social 2007-2013 "Proyecto Nacional Simón Bolívar".

BASE LEGAL

La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (CRBV, 1999) establece las bases para desarrollar la naturaleza jurídica y el modelo organizativo del Sector Salud Venezolano.

- **Artículo 83** establece que la salud es un *DERECHO SOCIAL* fundamental, parte del Derecho a la Vida.
- **Artículo 84** ordena la creación de un SISTEMA PÚBLICO NACIONAL DE SALUD, bajo la rectoría del Ministerio de Salud, el cual será de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad.
- **Artículo 85** expresa que el financiamiento del sistema público nacional de salud es obligación del Estado.
- **Artículo 86** establece que toda persona tiene derecho a la seguridad social como servicio público de carácter no lucrativo, que garantice la salud y asegure protección en diferentes contingencias.
- **Artículo 122** reconoce el derecho de los pueblos indígenas a una salud integral que considere sus prácticas y culturas.

Igualmente, la C RBV reconoce como derechos un conjunto de determinantes de la salud, como es el derecho a la educación, nutrición, vivienda, cultura, trabajo, entre otras.

Ley Orgánica de Salud (1998). Establece los estatutos, funciones y atribuciones del Ministerio de Salud, así como los derechos y deberes de los beneficiarios de los servicios de salud. En su Artículo 31 expone la importancia de la educación para la salud y la participación de la comunidad y el Estado en el desarrollo de una cultura por la salud y la vida, como parte fundamental de la estrategia de promoción de salud.

Actualmente en vacatio legis. Se discute en la Asamblea Nacional una nueva Ley de Salud en concordancia con la Constitución de 1999.

Plan Estratégico Social de la Nación (2001-2007). Planteó como prioridad la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud, integrando las políticas públicas sociales, la corresponsabilidad ciudadana en los territorios sociales, considerando a la salud como expresión individual y colectiva de calidad de vida y bienestar, producto de los determinantes sociales, tomando en cuenta los derechos y las necesidades sociales así como los territorios, las redes sociales y la contraloría social. También pretendió enfrentar las inequidades de género, etnia, grupos y clases sociales.

Plan Simón Bolívar.2007-2013. En la Directriz de la Suprema Felicidad Social, se propone una estructura social incluyente, y se aspira que todos vivamos en las mejores condiciones posibles. Allí se establece la estrategia "Profundizar la Atención

integral en Salud de forma universal”, donde se exponen las políticas de “Fortalecer la Prevención y Control de Enfermedades”, así como “Expandir y Consolidar los Servicios de Salud de forma oportuna y gratuita”.

Plan Nacional de Salud 2007-2013/2018 Establece la importancia de los modos y estilos de vida en la carga elevada de mortalidad por ECNT, tales como enfermedades renales, cardiovasculares y diabetes, que constituyeron para 2006 el 61 % de la mortalidad por estas enfermedades. Así mismo se establece el abordaje integral e intersectorial de los diversos problemas de salud para impulsar los cambios en los modos, condiciones y estilos de vida. Define políticas concretas para cambiar las condiciones de vida incluyendo entre otras, la reducción de la Diabetes y las Enfermedades Cardiovasculares y sus factores de riesgo como sedentarismo, obesidad y el tabaquismo.

Resolución N°159 de fecha 29 de Diciembre de **1976**, aparecida en Gaceta Oficial N° 31149 publicada el 10 de enero de 1977, páginas 234.605 y 234.606, se crea el Servicio “Centro Nacional de Diálisis y Trasplante”, adscrito a la División de Enfermedades Crónicas, dependiente de la Dirección de Salud Pública. Aquí se establece que este centro va a ser el encargado de ejecutar el “Programa de Lucha Contra las Enfermedades Renales”.

Resolución 268, 07 de julio **2004**, 194°145°. Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 37976, se dictan las “Normas que establecen los requisitos arquitectónicos y de funcionamiento para la creación de unidades de hemodiálisis, en establecimientos médicos asistenciales públicos y privados”.

Aunque no fue legalizada en una resolución ministerial, en la práctica se han estado utilizando desde **2006** unas **Normas del Programa de Salud Renal**, centradas en el manejo de los cuadros crónicos de enfermedades renales. Con estas normas se logró un avance en el consenso de los expertos nacionales en el tratamiento de la enfermedad renal crónica en sus diversas etapas.

JUSTIFICACION

Se define a las Enfermedades Crónicas, como aquellas patologías que son prolongadas, no se solucionan espontáneamente, y raramente se curan completamente, estando dentro de ellas las Enfermedades Renales Crónicas (E.R.C.). Estas enfermedades son discapacitantes o incapacitantes, con atención de alto costo, una tendencia a su incremento y a representar una proporción cada vez mayor en el presupuesto de atención en salud.

En Venezuela, la prevalencia de E.R.C en población general es desconocida. Se han diseñado dos proyectos para el estudio de la E.R.C en el país, que no se han podido concretar.

La única estadística existente es la de la prevalencia de los pacientes en diálisis. Para el año 2004, se calculó una prevalencia de 308 pacientes por millón de habitantes (ppm), con una incidencia en 54 ppm. La última cifra disponible aportada por el

Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS) es del año 2007. Para ese año existían 9.800 pacientes (400 ppm) en diálisis. Desde 2007 el Programa no ha recibido las estadísticas del IVSS sobre este grupo de pacientes.

Sin embargo, se sabe por estudios internacionales, que la diabetes es la primera causa de E.R.C., y que se estima que el 30% de los diabéticos probablemente desarrollará algún tipo de alteración en la función renal (desde microalbuminuria hasta ameritar diálisis). Esto se traduciría en la población venezolana en alrededor de 450.000 pacientes diabéticos que necesitarían atención nefrológica, con 7% de prevalencia de diabetes, según parámetros internacionales.

El problema de la enfermedad renal, sin embargo, va más allá de las necesidades y costos del tratamiento en las etapas clínicamente avanzadas. La mayoría de las enfermedades que llevan al insuficiencia renal progresiva tiene un curso variable que puede ir desde pocos días o meses hasta varios años, por lo cual el abordaje debe estar sustentado en programas amplios que cubran desde las etapas preclínicas o asintomáticas hasta las diferentes etapas evolutivas que preceden a la pérdida total de la función renal.

Por estas razones, es imperiosa la necesidad de establecer estrategias que permitan detectar y actuar sobre factores ambientales, socioeconómicos y de susceptibilidad genética y estrategias destinadas a personas que presentan un mayor riesgo o susceptibilidad para el desarrollo de estas patologías. Así mismo, la mayoría de las complicaciones derivadas de estas patologías, están relacionadas con su duración y gravedad, lo que destaca el importante papel de la detección precoz y del control adecuado de ellas, como forma de prevenir y/o retrasar la aparición de complicaciones y de la aplicación de estrategias de atención, que permitan prevenir o retardar la aparición de discapacidades una vez que han aparecido las complicaciones a largo plazo, y estrategias de atención oportuna y rehabilitación en los casos en donde la discapacidad se haya producido.

Para poder asumir estos desafíos de la salud renal, es indispensable la participación de los médicos generales, el o la auxiliar de Medicina Simplificada y las/los Agentes Comunitarios de APS, especialmente para la detección de las etapas iniciales de la enfermedad. No obstante, el Programa ha enfatizado en el tratamiento de las etapas crónicas de la enfermedad, donde ha habido avances y acumulación de fortalezas, retardándose muchas muertes.

Es por ello, que en esta etapa y para esta actualización, se ha considerado avanzar en los aspectos de promoción para la salud en general y la prevención de los factores de riesgo de las enfermedades crónicas no transmisibles, en el marco de la estrategia de CAREM, sumado a la atención y rehabilitación.

OBJETIVOS**OBJETIVO GENERAL**

Contribuir a mejorar la calidad de vida de la población (tanto sana como enferma), a través de acciones de promoción de la salud y de prevención de la enfermedades renales, agudas y crónicas, por medio de la modificación de sus factores de riesgo y su comportamiento como factores de riesgo de otras enfermedades relacionadas, con el diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno y la rehabilitación, con énfasis en la Atención Primaria de Salud.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Fortalecer las políticas de promoción de la salud renal, actuando sobre las condiciones y estilos de vida, en el gran marco de Política Pública Sana denominado “Suprema Felicidad Social”.
- Implementar acciones de difusión, educación y comunicación masivas, en conjunto con las organizaciones del Poder Popular, el resto del equipo de salud y los otros sectores de la política pública, de manera de construir con la población el conocimiento sobre las principales enfermedades renales, sus co-morbilidades y discapacidades, cómo prevenirlas y dónde recibir la atención médica idónea, con la corresponsabilidad de todos, en el contexto de la estrategia CAREM.
- Concertar con los entes de educación universitaria la formación de médicos y personal técnico de salud, así como el Programa de formación de ACAPS, en sintonía con la norma del este Programa y con las capacidades operativas requeridas; así como, el desarrollo de la educación y capacitación continua y en servicio de todo el personal del área.
- Brindar atención médica integral, en sus diferentes niveles, con la cooperación del Poder Popular, con los cuidados primarios a la población (específica y masiva) y la atención médica especializada hasta la rehabilitación, así como el beneficio de la atención de urgencia, para las enfermedades renales.
- Consolidar un Sistema de Información oportuno, confiable, y sencillo, que brinde la información generada por todos los actores, públicos como privados, y sirva de instrumento para elevar la conciencia colectiva, definir corresponsabilidades y evaluar la marcha del programa de Salud Renal.
- Impulsar la investigación clínica, epidemiológica y operativa específica para cada nivel de atención y en los distintos territorios sociales.

ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES

Estrategia 1: Promoción para la transformación cultural de modos, condiciones y estilos de vida saludables

Generación de procesos de transformación cultural de modos, condiciones y estilos de vida saludables, mediante la comunicación, información y educación de las comunidades, articulando diversas alianzas para aumentar las capacidades de los individuos y sus diversas agrupaciones en sociedad, con miras a mantenerse sanos, aplicando factores protectores de la vida basados en la evidencia.

Actividades

- Desarrollo de planes de salud intra e intersectoriales dirigidos a la promoción de la salud y a la divulgación de conocimientos sobre condiciones y estilos de vida saludable en las agendas de las organizaciones comunitarias.
- Implementación de relaciones interinstitucionales con los Ministerios de Educación y Educación Universitaria, para incorporar contenidos y prácticas promocionales sobre condiciones y estilos de vida saludable y prevención de las enfermedades renales, en las instituciones públicas y privadas.

Estrategia 2: Pesquisa para detección oportuna de Enfermedades Renales

Pesquisa para detectar las Enfermedades Renales de manera oportuna, precoz, y efectiva, tomando en cuenta los factores de riesgo, los ciclos de vida y las características familiares y comunales, siguiendo las normas, pautas y procedimientos establecidos por el Programa en las Redes de Atención y estableciendo las alianzas interprogramáticas requeridas.

Actividades

- Pesquisa de Factores de riesgo para enfermedades renales, en las consultas, con énfasis en el Primer Nivel de Atención, y en las familias del área de influencia del establecimiento de Atención Primaria.
- Pesquisa de personas con enfermedad renal y sus estados relacionados, para su incorporación al manejo y control del Programa.

Estrategia 3: Fortalecimiento de la línea de Atención Médica de las Enfermedades Renales

Fortalecimiento de las redes de Atención Médica de las Enfermedades Renales, con la participación protagónica de los equipos de salud, los usuarios/as y las organizaciones de las comunidades del área de influencia, estableciendo las alianzas interprogramáticas e intersectoriales requeridas, para la atención integral de las personas con estas enfermedades, desde las que requieran sólo tratamiento médico hasta la diálisis y trasplante.

Actividades

- Definición en conjunto con el Viceministerio de Redes de Servicios, de los recursos necesarios para la ejecución del Programa en los diferentes niveles de atención y de acuerdo con las metas establecidas en las unidades de tiempo.
- Capacitación continua del personal de salud de los niveles de atención en salud en las pautas y procedimientos del Programa de Salud Renal.
- Gestión articulada con las regiones en lo referente a la dotación de medicamentos, insumos y equipos del Programa de acuerdo con las necesidades de la población.
- Monitoreo de la atención en los diferentes niveles de la red.

Estrategia 4: Fortalecimiento del Sistema de Información de Salud en Enfermedades Renales

Relanzamiento de los mecanismos de Vigilancia Epidemiológica de las Enfermedades Renales.

Actividades

- Diseño e implementación de una modalidad de vigilancia por sitio centinela, ubicada en el hospital de mayor ocurrencia de casos por estado.
- Diseño e implementación de encuestas cuando la información centinela detecte anomalías que requieran profundizar en la situación, para la toma de decisiones.

Estrategia 5: Fortalecimiento del Control de la Gestión

Fortalecimiento de la captura y procesamiento de información para el seguimiento y la evaluación de la gestión mediante indicadores de eficiencia, eficacia, efectividad e impacto, del Programa Renal.

Actividades

- Seguimiento y evaluación periódicos basado en indicadores de la eficiencia, eficacia, efectividad e impacto del Programa Salud Renal.

Estrategia 6: Formación de profesionales de la salud en el manejo integral en Salud Renal

Fortalecimiento de las competencias en las carreras relacionadas con salud, en los aspectos de salud colectiva, específicamente en Salud Renal, relativos a la promoción de estilos y condiciones de vida, prevención y tratamiento de estas

enfermedades y su rehabilitación, en coordinación con la Dirección de Investigación y Educación del MPPS y del Ministerio de Educación Universitaria.

Actividades

- Diseño de contenidos curriculares del componente de Salud Renal, en conjunto con la Dirección de Investigación y Educación del MPPS y del Ministerio de Educación Universitaria, para su implementación en las carreras relacionadas con salud.
- Implementación de los contenidos curriculares del componente de Salud Renal, en las universidades nacionales que dictan carreras de salud, en conjunto con la Dirección de Investigación y Educación del MPPS y del Ministerio de Educación Universitaria.

Estrategia 7: Mejoramiento continuo del personal de salud en servicio en el manejo integral en Salud Renal

Mantener un desarrollo continuo de las capacidades y competencias del personal de salud en los servicios, en todos los aspectos del Programa de Salud Renal.

Actividades

- Diseño de un plan de capacitación continua en servicio, por niveles, por profesiones y funciones, en el área de Salud Renal, en coordinación con la Dirección General de Educación e Investigación y las Direcciones Estadales de Salud (DES).
- Ejecución del Plan de Capacitación Continua en Salud Renal, de manera permanente y sustentable en el tiempo.

Estrategia 8: Desarrollo de la investigación en Salud Renal

Incentivar la Investigación básica-clínica, epidemiológica y social, en el área de Salud Renal, en coordinación y cooperación con la Dirección General de Educación e Investigación (DGIE), los Centros de Investigación de las Universidades nacionales e internacionales, las sociedades científicas y las organizaciones multilaterales (OMS-OPS. UNICEF, etc.).

Actividades

- Diseño de una agenda de prioridades de investigación en Salud Renal, en conjunto con la DGEI, para ser discutido y ejecutado con los Centros de Investigación de las Universidades nacionales e internacionales, las sociedades científicas y las organizaciones multilaterales (OMS-OPS. UNICEF, etc.).

- Desarrollo de investigaciones operativas en todos los niveles de atención, en cooperación con las DES, las jefaturas de distritos y municipios, las direcciones de establecimientos y la comunidad organizada.

CAMPO DE APLICACIÓN

Esta Norma es de cumplimiento obligatorio de todo el personal de salud y de los establecimientos de salud de todos los subsistemas del Sistema Público Nacional de Salud.

ESTRUCTURA DEL PROGRAMA

El Programa de Salud Renal se estructura en:

Nivel Normativo Gerencial con tres dimensiones:

- **Central:** constituido por la Coordinación Nacional del Programa de Salud Renal, adscrito a la Dirección General de Programas de Salud del Viceministerio de Redes de Salud Colectiva, del Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS).
- **Estadal:** representado por las Coordinaciones Estadales del Programa, dentro de las Direcciones Estadales de Salud.
- **Municipal:** establecidos en las instancias distritales o municipales de salud de los estados.

Nivel Local Ejecutor con tres Niveles de Atención de complejidad médica creciente: Primer Nivel, Segundo Nivel y Tercer Nivel de Atención.

FUNCIONES DEL NIVEL CENTRAL (Normativo y Gerencial)

- Revisar y actualizar las normas, planes, estrategias y acciones orientadas a la promoción de modos y estilos de vida saludables, la prevención, el tratamiento y el control de las enfermedades renales agudas y crónicas, en el marco de la Estrategia Integrada CAREM.

- Informar a miembros de la comunidad organizada sobre promoción de la salud y prevención de las enfermedades renales, con miras a impulsar la corresponsabilidad de ciudadanos y comunidades, a través de la difusión en los diferentes medios públicos, privados y comunitarios, en coordinación con la Oficina de Comunicación y Relaciones Interinstitucionales.
- Acordar con el MPP de Educación Universitaria, en coordinación con la DGEI del MPPS, la incorporación y actualización de la norma del Programa de Salud Renal (PSR) en los planes de formación de pre-grado y post-grado universitario del área de la salud. Igualmente, acordar con el Ministerio de Educación, la incorporación de los contenidos de prevención y atención integral de las enfermedades renales, desde el nivel pre-escolar a bachillerato.
- Determinar las prioridades de investigación en el área de la Salud Renal, en conjunto con la DGEI del MPPS, los Centros de Investigación, las Universidades, las Sociedades Científicas y los entes multilaterales relacionados con la gestión de proyectos.
- Conformar e integrar con las Coordinaciones de los otros Programas de Salud, sectores relacionados con la Salud Renal e instituciones afines, la conformación de equipos de trabajo interprogramáticos, intersectoriales e interinstitucionales para el logro de los objetivos y metas.
- Ejecutar e implementar el Sistema de Vigilancia Epidemiológica Integral (Convencional y Comunitario) y estimar las características epidemiológicas de las enfermedades renales, en el marco de CAREM, en cooperación con la Dirección General de Epidemiología.
- Monitorear, Supervisar y Evaluar el cumplimiento de las normas y protocolos establecidos en el Programa de Salud Renal por los entes encargados de su implementación a nivel nacional.
- Presentar los informes de resultados del Programa de Salud Renal ante organismos nacionales e internacionales.

FUNCIONES DEL NIVEL ESTADAL (Normativo-Gerencial)

- Definir la complejidad de la estructura de la Coordinación Estadal, de acuerdo con las pautas dictadas por la Norma del PSR y la situación del estado correspondiente.
- Ejecutar el Programa de Salud Renal (PSR) en su estado, adecuándolo a la situación existente en el mismo, bajo la dirección y coordinación del Nivel Central y las otras coordinaciones estadales.
- Controlar la ejecución del PSR, mediante la supervisión, monitoreo y evolución de sus componentes operativos, epidemiológicos y gerenciales.

- Mantener actualizado el Sistema de Información de Salud en el Nivel Estatal, en sus componentes operativos, epidemiológicos y gerenciales, de acuerdo con las normas establecidas en el PSR.

FUNCIONES DEL NIVEL MUNICIPAL (Normativo-Gerencial)

- Implementación y desarrollo del Programa de Salud Renal de acuerdo a los lineamientos emanados del Nivel estatal, en concordancia con la norma establecida por el Nivel Central.
- Impulsar la participación activa de la comunidad organizada en el PSR, tanto en la corresponsabilidad en la ejecución de las actividades como en su control, para el cumplimiento de las mismas.
- Controlar la ejecución del PSR, mediante la supervisión, monitoreo y evaluación de sus componentes operativos, epidemiológicos y gerenciales.
- Mantener actualizado el Sistema de Información de Salud en el Nivel Municipal, en sus componentes operativos, epidemiológicos y gerenciales, de acuerdo con las normas establecidas en el PSR.

FUNCIONES DEL NIVEL LOCAL (Ejecutor-Gerencial)

- Analizar la situación de salud de su área de influencia, de acuerdo con el nivel de atención médica.
- Programar, con la participación de los diversos actores implicados y basados en el análisis de su situación, las acciones locales en concordancia con la normas del PSR.
- Aplicar la programación local en el territorio social de su área de influencia, según el nivel de atención médica, desde lo referente a la promoción, la prevención y la atención hasta la diálisis y trasplante, dirigido a la población diana del PSR.
- Controlar la ejecución del PSR, mediante la supervisión, monitoreo y evaluación de sus componentes operativos, epidemiológicos y gerenciales.
- Mantener actualizado el Sistema de Información de Salud en el Nivel Local, en sus componentes operativos, epidemiológicos y gerenciales, de acuerdo con las normas establecidas en el PSR.

ACTIVIDADES SEGÚN NIVELES DE ATENCIÓN

Niveles de Atención	Actividades
<p>Primer Nivel ARI, ARII, AUI y Consultorio Popular</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hacer el Análisis de Situación de Salud (ASIS) comunitario, con participación de todos los actores. ▪ Hacer el informe de situación de la salud renal en el territorio del área de influencia del establecimiento de APS, con sus respectivos indicadores definidos por el Programa. ▪ Elaborar el Plan Anual del Programa de Salud Renal (PSR) de la población del área de influencia del establecimiento de APS, en conjunto con los órganos del Poder Popular (Comités de Salud, Consejos Comunales, Comunas). ▪ Presentar ante la asamblea de la comunidad de su área de influencia, para su aprobación, el Plan Anual del PSR y los compromisos de corresponsabilidad comunitaria e institucional. ▪ Ejecutar las actividades de promoción de la salud con enfoque de determinantes sociales aprobadas en el Plan Anual de PSR de la comunidad del área de influencia del establecimiento de APS. ▪ Ejecutar las actividades de prevención de enfermedades renales prevalentes, de acuerdo al ciclo de vida realizando: <ul style="list-style-type: none"> ○ La educación sobre estilos de vida saludables ○ Detección temprana de factores de riesgo. ▪ Realizar las actividades de atención de las alteraciones y patologías definidas por el PSR para ser manejadas por el Primer Nivel de Atención, incluyendo las emergencias y los cuidados paliativos, e indicar la oportuna referencia al nivel especializado para su resolución de acuerdo con la norma. ▪ Gestionar, ante su nivel normativo gerencial, la dotación de insumos y medicamentos requeridos para la atención de los pacientes en control del programa. ▪ Recolectar el dato básico de la información del PSR, utilizando la Historia Clínica Básica Integrada, la Ficha Familiar y los Análisis de Situación de Salud (ASIS) Comunitarios. ▪ Llenar los formatos de Epidemiología y de Programas del SIS. ▪ Analizar los indicadores de insumos, de procesos y resultados de las actividades. ▪ Monitorear la ejecución del Programa, a nivel de las comunas (escuelas, fábricas, casas de alimentación), familias de su área de influencia, de los individuos atendidos en las consultas, y otros agrupamientos de su comunidad, de acuerdo con las normas y los indicadores del mismo. ▪ Evaluar la ejecución del Programa en sus componentes operativos, epidemiológicos y gerenciales y su envío al nivel normativo correspondiente, de acuerdo con las normas y los indicadores del mismo. ▪ Efectuar investigaciones operativas en el marco de las disposiciones del PSR.
<p>Segundo Nivel AUII, AUIII, Clínica Popular, CDI y SRI</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar la evaluación renal y el tratamiento determinado para este nivel, de los pacientes referidos del Primer Nivel y los que asistan directamente a la consulta especializada, incluyendo las emergencias. ▪ Ejecutar las actividades educativas en las salas de espera. Información y concientización directa al individuo, familiares y comunidad, sobre la promoción de la salud y prevención en salud renal. ▪ Detectar tempranamente las complicaciones renales o asociadas a ellas, a fin de ofrecer tratamiento

	<p>oportuno y continuo.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Gestionar ante su nivel normativo gerencial, la dotación de insumos y medicamentos requeridos para la atención de los pacientes en control del programa. ▪ Referir los pacientes, cuya resolución corresponda al Tercer Nivel de atención, y contrareferir los casos provenientes de los establecimientos de APS. ▪ Llevar el Sistema de Información de este nivel en sus componentes operativos, epidemiológicos y gerenciales. ▪ Efectuar investigaciones operativas en el marco de las disposiciones del PSR. ▪ Apoyar las acciones del nivel gerencial para fortalecer la APS en su área de competencia, en atención, docencia e investigación.
<p>Tercer Nivel CAT, Hospitales I, II, III y IV, Hospitales de Especialidades</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cumplir con las actividades asistenciales asignadas en consultas, hospitalización, quirúrgicas y de emergencia, de acuerdo con protocolos de la Medicina Basada en la Evidencia. ▪ Brindar información de salud integral y del manejo de las complicaciones al paciente y familiares. ▪ Coordinar la referencia y la contrarreferencia de personas con enfermedades renales y discapacidad asociada, detectadas por el PSR, para que reciban la rehabilitación y la atención integral adecuada. ▪ Determinar y solicitar los requerimientos de todos los recursos de su unidad, de acuerdo con la norma del PSR, para dar cumplimiento a su gestión con eficacia y eficiencia. ▪ Apoyar la capacitación y la educación continua al personal del área renal en los aspectos de sub-especialidades y cirugía. ▪ Hacer efectiva la referencia y contrarreferencia, de los casos referidos por el Segundo Nivel y las interconsultas que solicite y le sean solicitadas. ▪ Llevar el Sistema de Información de este nivel, en sus componentes operativos, epidemiológicos y gerenciales. ▪ Efectuar investigaciones operativas, básicas, epidemiológicas y clínicas en el marco de las disposiciones del PSR.

DISPOSICIONES GENERALES

1. Toda la comunidad del área de influencia del establecimiento de salud y pacientes que acudan al mismo, deben recibir información acerca de la enfermedad renal, sus factores de riesgo y la importancia de la adopción de condiciones y estilos de vida saludables para su prevención.
2. Los Factores de Riesgo priorizados para enfermedades renales, son:

Factores de Susceptibilidad (aumentan la susceptibilidad para desarrollar daño renal): Edad, antecedentes familiares, condiciones socioeconómicas, reducción de la masa renal congénita o adquirida (prematuridad), nefrectomía, agenesia renal, atrofia renal)

Factores de Iniciación(inician directamente el daño renal): Diabetes, HTA, enfermedades autoinmunes, infecciones sistémicas, infecciones del tracto urinario, litiasis renal, obstrucción urinaria, nefrotoxicidad por drogas

Factores de Progresión (empeoran y aceleran progresión del daño renal): Proteinuria, hiperglicemia, hipertensión no controlada, cigarrillo, dislipidemia, hábitos dietéticos.

3. Todo individuo que consulte y tenga riesgo aumentado de desarrollar Enfermedad Renal Crónica (ERC), debe practicársele los siguientes procedimientos: medición de la presión sanguínea, medición de Peso y Talla, medición de Circunferencia Abdominal a nivel de la cicatriz umbilical, proteinuria cualitativa y sedimento cualitativo y microalbuminuria.
4. Todo caso positivo a los procedimientos anteriores debe ser referido al Segundo Nivel de Atención para su estudio especializado (Creatinina sérica para estimar la TFG, relación proteinuria/ creatinuria en la segunda orina de la mañana o en una muestra aislada, examen de orina (proteinuria cualitativa y sedimento urinario) y ultrasonido renal.

CAPÍTULO VIII
PROGRAMA DE SALUD VISUAL

EQUIPO RESPONSABLE DE ESTE CAPÍTULO

COORDINADOR NACIONAL DEL PROGRAMA DE SALUD VISUAL

Dr. Israel Bermúdez

PROMOCIÓN Y SALUD VISUAL ESCOLAR

Lic. Oly Torres

ASISTENTE ADMINISTRATIVO

TSU. Yamileth Peña

PLANIFICACIÓN Y PRESUPUESTO

TSU Robert Mendoza

ARCHIVO Y ALMACÉN

Ofcta. Eugenia Grau

ASESORAMIENTO METODOLÓGICO Y REDACCIÓN

Dra. Alcida Pérez

Lic. Freddy Mejía

AUTORIDADES QUE VALIDARON LA NORMA.

Coordinadores Estadales de Salud Visual.

Oficina de Cooperación Técnica y Relaciones Internacionales. Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS).

Programa de Salud Endocrino-Metabólica. MPPS.

Programa de Trasplante de Órganos y Tejidos. MPPS.

Instituto Venezolano de los Seguros Sociales.

Fundación Misión Milagro.

Post Grado de Oftalmología-Universidad Central de Venezuela.

Post Grado de Oftalmología-Universidad del Zulia.

Post Grado de Oftalmología-Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado

Post Grado de Oftalmología-Hospital Central de Maracay.

Sociedad Venezolana de Oftalmología (SVO).

Grupo de Prevención de Ceguera-SVO.

Grupo de Retinopatía de la Prematuridad-SVO.

Grupo de Glaucoma-SVO.

Grupo de Baja Visión-SVO.

Grupo de Retina y Vitreo-SVO.

Unidad Oftalmológica González Sirit.

Instituto Popular de Ojos.

Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS)

Agencia Internacional de Prevención de la Ceguera.

INTRODUCCIÓN

La capacidad visual deficiente, disminuirá la posibilidad para relacionarse con el entorno y desarrollar una vida plena dentro de condiciones dadas. Por ello, es importante determinar y atender a tiempo las diversas causas que afectan la capacidad y la función visual.

Desde el enfoque de la Salud Pública, se requiere aplicar un conjunto de normas y lineamientos, para ejecutar un plan de intervención que permita evitar las alteraciones de la función visual. En ese sentido, dentro del marco programático del Programa de Salud Visual y Prevención de la Ceguera, se incluye la estructuración de una normativa para mantener una mejor salud visual en toda la población, a través de medidas anticipatorias que prevengan las alteraciones y deficiencias visuales, principalmente las que conducen a la baja visión y ceguera.

Esta norma busca definir las estrategias para alcanzar verdadero impacto sobre la población objeto y así, disminuir el número de personas con discapacidad y ceguera evitable para el año 2020, tal como lo establece la OPS/OMS.

Para alcanzar esto, se requiere elevar las competencias del equipo de salud, y las comunidades y organizaciones relacionadas con el problema, considerando los determinantes atribuibles a la producción de ceguera, tanto en el campo específico de la salud como en el altamente complejo de lo social. Estas competencias están referidas al análisis de la situación, diseño y ejecución, con corresponsabilidad de todos los actores implicados.

De igual forma, esta norma en Salud Visual privilegia el componente promocional de la salud; la prevención masiva de enfermedades oculares evitables incapacitantes por Ceguera y la atención integral de estas alteraciones, incorporando la comunidad organizada en el proceso de gestión siguiendo los principios de la Atención Primaria en Salud (APS), a través de actividades que den respuesta a la gran deuda social que se ha mantenido en el tiempo.

Como Programa describe sus objetivos, estrategias y actividades a cumplir para alcanzar dichos objetivos, las metas programadas por determinados períodos de tiempo, población a cubrir, estructura y actividades de acuerdo a los diferentes niveles de atención; el sistema de información, control y evaluación; en concordancia a lo establecido en el Plan Nacional de Salud para el período 2009–2013/2018, el Plan de Desarrollo Económico y Social 2007-2013 y las recomendaciones y estándares de organismos internacionales como OPS, OMS, IAPB, entre otras.

BASE LEGAL

Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (CRBV, 1999), bases para desarrollar la naturaleza jurídica y el modelo organizativo del Sector Salud.

- **Artículo 83** establece que la salud es un DERECHO SOCIAL fundamental, parte del Derecho a la Vida.
- **Artículo 84** ordena la creación de un SISTEMA PÚBLICO NACIONAL DE SALUD, SPNS bajo la rectoría del Ministerio de Salud, el cual será de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad.
- **Artículo 85** expresa que el financiamiento del sistema público nacional de salud es obligación del Estado.
- **Artículo 86** establece que toda persona tiene derecho a la seguridad social como servicio público de carácter no lucrativo, que garantice la salud y asegure protección en diferentes contingencias. Igualmente, la CRBV reconoce como derechos un conjunto de determinantes de la salud, como es el derecho a la educación, nutrición, vivienda, cultura, trabajo, entre otras.

Ley Orgánica de Salud año 1998 Artículo 31.

Establecen los estatutos, funciones y atribuciones del Ministerio de Salud, así como los derechos y deberes de los beneficiarios de los servicios de salud.

Capítulo II, Artículo 31: La educación para la salud es parte fundamental de la estrategia de promoción de salud. Con la participación de la comunidad, el Estado promoverá la cultura por la salud y la vida (Actualmente en vacatio legis, mientras se discute en la Asamblea Nacional la nueva Ley de Salud en consonancia con la CRBV, 1999).

Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela. N°38.591 del 26 de diciembre de 2006. Decreto N° 5.077. Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud, que estableció la creación de la Dirección General de Programas, que incluye al Programa de Salud Visual.

Líneas Generales del Plan Económico Social de la Nación 2007-2013. En la Directriz de la Suprema Felicidad Social, se propone una estructura social incluyente, y se aspira que todos vivamos en las mejores condiciones posibles. Allí se establece la estrategia

“Profundizar la Atención integral en Salud de forma universal”, donde se exponen las políticas de fortalecer la Prevención y control de enfermedades y, Expandir y consolidar los servicios de salud de forma oportuna y gratuita.

Plan Nacional de Salud (2009 – 2013 / 2018). Aprobado por el consejo de Ministros, actualmente se encuentra en discusión en la Asamblea Nacional, sin embargo el MPPS lo ha utilizado como referencia para la elaboración de sus Planes Operativos Nacionales, donde se establece el objetivo estratégico y la metas que permitan Promover condiciones que favorezcan una producción social de la salud, enmarcada en la convivencia solidaria, en armonía con la naturaleza y un modo de vida saludable en los territorios sociales, determinando políticas orientadas hacia la soberanía alimentaria, territorios sociales que fortalezcan la convivencia solidaria, la seguridad ciudadana, sistema de tránsito seguro, ambientes que favorezcan la actividad física, recreación, cultura y deporte y la salud ambiental del entorno familiar.

Organización Panamericana de la Salud, año 1989 Reunión XXXIV Consejo Directivo para la Prevención de la Ceguera en las Américas OPS - XLI Comité Regional Reunión Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud. Consejo Ejecutivo, año 1999. El compromiso político mundial con la iniciativa "Visión 2020: El Derecho a Ver".

Organización Mundial de la Salud. 56ª Asamblea Mundial de la Salud del 28 de abril de 2003. Se reafirma el compromiso de visión 20/20 como objetivo mundial de la eliminación de la ceguera evitable.

Reunión Ministros de Salud las Américas (REMSA), 2004. Resolución Fortalecimiento de Salud Visual Latinoamérica: Se crea el Programa Nacional de Salud Visual.

OMS/OPS – IAPB 2004. Creación del Comité Nacional Visión 2020.

Organización Mundial de la Salud. 59ª Asamblea Mundial de la Salud del 24 de abril del 2006. WHA59.25 Prevención de la ceguera y la discapacidad visual evitables. INSTA a los Estados Miembros a que refuercen sus actividades tendentes a establecer planes nacionales Visión 2020 conforme a la petición formulada en la resolución WHA 56.26

Organización Mundial de la Salud. WHA62.1 62ª Asamblea Mundial de la Salud del 02 de abril del 2009. Reconociendo que el plan de acción para la prevención de la ceguera y la discapacidad visual evitables complementa el plan de acción para aplicar la estrategia mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles aprobado por la Asamblea de la Salud en su resolución WHA61.14, Aprueba el plan de acción para la prevención de la ceguera y la discapacidad visual evitables.

Organización Panamericana de la Salud. 144ª Sesión del Comité Ejecutivo del 22 al 26 de junio del 2009. Se elabora el Plan de Acción para la prevención de la ceguera y de las deficiencias visuales evitables. Resolución CE144.R9 24 de junio 2009 recomienda al Consejo Directivo aprobar el Plan de Acción para la prevención de la ceguera y de las deficiencias visuales evitables.

Organización Panamericana de la Salud. 49ª Sesión del Consejo Directivo 28 de septiembre al 02 de octubre 2009 resuelve aprobar el Plan de acción para la prevención de la ceguera evitable y de la discapacidad visual. CD49.R11

El Marco Legal se desarrolla siguiendo los siguientes Valores:

Universalidad: para garantizar la prestación de los servicios, sin ningún tipo de discriminación.

Unidad: articulación de políticas, regímenes procedimientos y prestación de servicios.

Participación: de las Comunidades organizadas, con corresponsabilidad en la gestión, control y fiscalización de las Instituciones y el Sistema Nacional de Salud.

Equidad: garantizando que se dará prioridad al que más necesite atención.

Justicia Social: como principio ético de brindar la mejor atención desde el enfoque humano.

Solidaridad: ayuda mutua entre las personas, comunidad, instituciones y los Estados.

Calidez Humana: como forma de trato en la atención de todos los pacientes, sea cual sea su condición.

JUSTIFICACIÓN

Las alteraciones visuales son motivo de consulta frecuente de gran importancia económico-social y, constituyen un serio problema de Salud Pública, tanto en los individuos y las familias como en las comunidades, por las importantes repercusiones que se presentan al dificultar el desarrollo humano a los afectados de discapacidad visual y ceguera.

De acuerdo a las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S), en el mundo hay 45 millones de personas con ceguera y otros 135 millones con deficiencias visuales. De estas, el 80% son prevenibles o tratables. Las proyecciones indican que para el año 2020, la cifra aumentará a 75 millones de ciegos y 200 millones de personas con deficiencias visuales, a menos que se emprenda una urgente acción coordinada.

En Latinoamérica, se evidencian distintas razones socioeconómicas que incrementan el número de personas ciegas y con discapacidad visual, entre las cuales se encuentran los cambios demográficos con mayor número de personas de edad en las comunidades, la pobreza, la desigualdad entre los géneros, con prevalencia mayor en el sexo femenino de causas de ceguera evitables, pocas personas operadas y curadas e insuficiencia de recursos y acceso a los servicios oftálmicos.

Otro problema a importante lo describe la Retinopatía de la Prematuridad (ROP), primera causa de Ceguera Infantil en el mundo y el (50%) de los casos están en Latinoamérica. Esta patología, en aumento ya que actualmente existe un mayor

número de niños prematuros que logran sobrevivir, es prevenible si se considera su despistaje de rutina en los prematuros y se ofrece tratamiento oportuno con Diodo Laser, pues en caso contrario quedan ciegos y sin posibilidad de recuperación, elevándose las cifras de personas con discapacidad visual. Esto constituiría una elevada carga económica para el Estado, debido a las terribles secuelas de ROP.

En la República Bolivariana de Venezuela, el problema visual no dista de replicar el comportamiento que se observa en Latinoamérica y en el Mundo, detectándose factores que afectan la capacidad y la función visual de un elevado número de pacientes, mostrando prevalencia de enfermedades, según estudio RACSS realizado por Siso y col 2004, como:

Catarata (50%), principalmente en pacientes > 50 años.

Glaucoma (6%), Retinopatía Diabética (4%), Degeneración Macular Relacionada con la Edad (DMRE) en la población adulta mayor.

Defectos Refractivos (17%): hipermetropía, astigmatismo, miopía, presbicia en la población juvenil y adulta.

Retinopatía de la Prematuridad (ROP) (aún no cuantificada).

La investigación incluyó también lo referente a las barreras o causas, que a criterio de las personas, habían impedido la realización de la evaluación. De esta forma, en aquellos que padecían de ceguera bilateral por catarata un 26,6% de los examinados manifestaron razones de tipo económico, seguidas por un 17,7% que esgrimieron razones de desconocimiento sobre la enfermedad o de la existencia de algún tratamiento; en relación a la "creencia" de que ésta era innecesaria por razones de la edad, expresada como: "demasiado viejo para la cirugía", contestó un 15,2%; por inaccesibilidad geográfica a los servicios quirúrgicos en un 12,7%, y un 9,5% argumentó miedo o razones de tipo cultural.

Así mismo, la información procesada por el Programa de Salud Visual muestra tendencias elevadas en algunas de las zonas rurales y urbano-rurales del país, donde prevalecen los casos de disminución de la salud visual por padecimientos como la Diabetes, Hipertensión, Accidentes Laborales en general, así como por enfermedades hereditarias congénitas, Glaucoma, o crónico degenerativas como la Catarata, la Degeneración Macular Relacionada con la Edad (DMRE), los tumores, además la ambliopía producida por defectos refractivos como hipermetropía, miopía y astigmatismo en escolares, entre otros.

Durante el año 2009, hubo 594.368 nacidos vivos (INE.gob.ve); si nos basamos en los criterios internacionales, se estima que 5.943 de ellos, tuvieron menos de 1.500 g de peso y de éstos resultaron 125 bebés ciegos por ROP. Si se multiplican estos 125 casos por 75 años de vida promedio, se generan 9.375 años-ceguera en sólo un año, lo que equivale a un elevado número de discapacitados permanentes, que por varios años las familias y el Estado deberán sostener económicamente con grandes limitaciones, para su educación y una vida independiente.

Estos datos reflejan todavía la situación actual del problema de la salud visual en el país que nos obligan a profundizar las acciones que han venido dando resultados para el manejo y control de las alteraciones visuales, especialmente las conducentes a ceguera, a saber: las dirigidas a mantener la salud general, las que permiten prevenir o anticiparse a los riesgos de enfermedad visual prevalentes en el país, y los servicios restaurativos y rehabilitadores necesarios para manejar integralmente los casos descritos como aún predominantes en ciertas zonas rurales y urbano rurales.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Lograr mayor salud visual en Venezuela, a través de acciones de Promoción, Prevención, Diagnóstico Precoz y Tratamiento de las enfermedades visuales prevalentes, en especial las que producen ceguera, a nivel nacional.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Desarrollar y fortalecer las actividades de Promoción de la Salud Visual, a través de los medios de difusión de información convencional y desarrollo de actividades educativas dirigidas a la comunidad y otros métodos, que permitan en la población el cuidado y el autocuidado de la salud visual individual, familiar y de comunidades organizadas, en conjunto con la Coordinación de Promoción de la DGPS.
- Prevenir la disminución de la agudeza visual y la ceguera. en los grupos de mayor riesgo y, con énfasis en Atención Primaria en Salud.
- Fortalecer los servicios especializados en la red de atención pública de salud para la atención integral de los casos priorizados, como Catarata, Glaucoma, Retinopatía Diabética, Degeneración Macular, Retinopatía de la Prematuridad, Defectos Refractivos significativos (hipermetropía, miopía, astigmatismo, presbicia) y baja visión, principales causantes de la disminución de la agudeza visual y la ceguera en el país.
- Mejorar la formación del personal de salud desde la etapa de pregrado y en los servicios, en los aspectos relativos a la promoción de estilos de vida, prevención y tratamiento de las enfermedades visuales y su rehabilitación, en coordinación con la Dirección de Investigación y Educación y del Ministerio de Educación Universitaria.
- Fortalecer los sistemas de información, monitoreo y evaluación y control de gestión del programa y elaborar y actualizar el Plan Estratégico Nacional.

- Impulsar la investigación clínica, epidemiológica y operativa en relación a los diferentes aspectos que conllevan a la mejoría de las condiciones de salud visual en la población del país.
- Recopilar la información estadística, epidemiológica y operacional del área visual a nivel nacional.

ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES

Estrategia 1: Promoción para la transformación cultural de modos, condiciones y estilos de vida saludables

Coordinación, con definición de corresponsabilidades, del equipo básico de salud, las instituciones educativas, sociedades científicas, ONG's y las comunidades organizadas, para la promoción de condiciones de vida adecuadas para mantener la salud visual.

Actividades

- Desarrollo de planes de salud intersectoriales dirigidos a la promoción de la Salud Visual y a la divulgación de conocimientos sobre condiciones y estilos de vida saludable, en las agendas de las organizaciones comunitarias, privilegiando los aspectos relativos a la Estrategia de Régimen Alimentario, protección del órgano visual, Actividad Física y Salud e Higiene ocular.
- Implementación de relaciones interinstitucionales con los Ministerios de Educación y Educación Universitaria, para incorporar contenidos y prácticas promocionales sobre condiciones y estilos de vida saludable y prevención de las enfermedades visuales crónicas, en las instituciones públicas y privadas.

Estrategia 2: Pesquisa para detección oportuna de Enfermedades Visuales

Detección precoz de las alteraciones visuales en la consulta del primer nivel de atención, red especializada, instituciones educativas y centros de trabajo, tomando en cuenta los factores de riesgo, los ciclos de vida y las características familiares y comunidades organizadas, siguiendo las normas, pautas y procedimientos establecidos por el Programa en las Redes de Atención y estableciendo las alianzas interprogramáticas requeridas.

Actividades

- Pesquisa de Factores de riesgo para enfermedades visuales, en las consultas, con énfasis en el Primer Nivel de Atención, escuelas, centros de trabajo y familias del área de influencia del establecimiento de Atención Primaria.

- Pesquisa de personas con enfermedad visual y sus estados relacionados, tales como diabetes, hipertensión, prematuridad, accidentes laborales, entre otras, para su incorporación al manejo y control del Programa, con cooperación interprogramáticas e interinstitucional.

Estrategia 3: Fortalecimiento de la línea de Atención Médica de las Enfermedades Visuales

Fortalecimiento de la atención oftalmológica integral en todos los niveles de atención con inclusión de la rehabilitación de los pacientes con pérdida de la agudeza visual que lo requieran, mediante la coordinación con las redes de atención, Misión Milagro y el Programa de Atención en Salud para las Personas con Discapacidad (PASDIS), sistemas efectivos de referencia-contrarreferencia, red de ópticas y atención oportuna de las emergencias y enfermedades crónicas.

Actividades

- Articulación con la Fundación Misión Milagro.
- Definición en conjunto con el Viceministerio de Redes de Servicios y el de Redes de Recursos de Salud en su competencia de dotación adecuada, sobre el equipamiento y suministro necesario para la ejecución del Programa, en los diferentes niveles de atención y de acuerdo con las metas establecidas en las unidades de tiempo.
- Articulación con el PASDIS para la atención de las discapacidades visuales.
- Capacitación continua del personal de salud, de los niveles de atención en salud, en las pautas y procedimientos del Programa de Salud Visual.
- Gestión articulada con las regiones en lo referente la dotación de medicamentos, lentes, insumos y equipos del Programa, de acuerdo con las necesidades de la población y las competencias propias del Programa Nacional de Salud Visual.
- Monitoreo de la atención en los diferentes niveles de la red, a través, de las coordinaciones estatales de Salud Visual.

Estrategia 4: Fortalecimiento del Sistema de Información de Salud Visual

Desarrollar los mecanismos de Vigilancia Epidemiológica en Salud Visual en uso actualmente, como parte del Sistema Integrado de Vigilancia de Enfermedades Crónicas No Trasmisibles.

Actividades

- Optimizar los registros de información del Programa incorporándolos en el SIS-PRO, así como los mecanismos de auditoría de la calidad de los datos.

- Fortalecer los procesos de análisis de los datos y la toma de decisiones del Programa.
- Profundización de las relaciones con Epidemiología, la OTIC y la Dirección de Promoción y Análisis de la DGPS, para impulsar los planes de modernización del sistemas de Vigilancia epidemiológica, monitoreo y evaluación del Programa de Salud Visual.

Estrategia 5: Fortalecimiento del Control de la Gestión

Fortalecimiento de la recopilación y procesamiento de información para el seguimiento y la evaluación de la gestión mediante indicadores de eficiencia, eficacia, efectividad e impacto, del Programa de Salud Visual.

Actividades

- Coordinación con los Programas de Salud que integran la Dirección de Enfermedades Crónicas No Trasmisibles, para el fortalecimiento integrado de la vigilancia de la gestión de sus programas y elaboración del Plan Estratégico por el Comité Nacional, en consenso con todos los entes involucrados.
- Seguimiento y evaluación periódicos basado en indicadores de la eficiencia, eficacia, efectividad e impacto del Programa de Salud Visual.
- Elaboración y ejecución del cronograma de Supervisiones de las coordinaciones estatales con el apoyo de la DGPS.

Estrategia 6: Formación de profesionales de Salud Visual.

Fortalecimiento de las competencias en las carreras vinculadas a las Ciencias de la Salud, en los aspectos de salud colectiva, específicamente en lo relativo a la promoción de estilos y condiciones de vida saludables, prevención y tratamiento en el área de la Salud Visual, en coordinación con la Dirección General de Investigación y Educación del MPPS y las universidades del país, para la actualización de las currícula de las carreras de salud con la inclusión de contenidos del programa de salud visual y prevención de la Ceguera.

Actividades

- Asesoría técnica en el diseño de contenidos curriculares del componente de Salud Visual, en conjunto con la Dirección de Investigación y Educación del MPPS y del Ministerio de Educación Universitaria, para su implementación en las carreras relacionadas con salud.
- Implementación de los contenidos curriculares del componente de Salud Visual en las universidades nacionales que dictan carreras de salud, en conjunto con la Dirección de Investigación y Educación del MPPS y del Ministerio de

Educación Universitaria y en consenso con las autoridades de los Postgrados, las Sociedades Científicas y organizaciones comunitarias relacionadas con la docencia.

Estrategia 7: Mejoramiento continuo del personal de salud en servicio, en el manejo integral de la Salud Visual

Mantener un desarrollo continuo de las capacidades y competencias del personal de salud en los servicios de salud visual, en todos los aspectos relacionados con la discapacidad visual y la ceguera y sus consecuencias para la salud.

Actividades

- Diseño de un plan de capacitación continua en servicios, por niveles, por profesiones y funciones, en el área de Salud Visual, en coordinación con la Dirección General de Educación e Investigación y las Direcciones Estadales de Salud (DES).
- Ejecución del Plan de Capacitación Continua en Salud Visual, de forma permanente y sustentable en el tiempo.
- Ejecución del Plan Estratégico de Prevención y Control de la ceguera, Plan de Capacitación Continua en consenso con el Comité Visión 2020, la Sociedad Venezolana de Oftalmología (SVO), Misión Milagro, Organizaciones Comunitarias, Universidades y demás entes involucrados.

Estrategia 8: Desarrollo de la investigación en Salud Visual

Incentivar la Investigación básica-clínica, epidemiológica y social, en el área de Salud Visual, en coordinación y cooperación con la Dirección General de Educación e Investigación (DGIE), los Centros de Investigación de las Universidades nacionales e internacionales, las sociedades científicas y las organizaciones multilaterales (OMS/OPS, IAPB, CBM, UNESCO, etc.).

Actividades

- Diseño de una agenda de prioridades de investigación en Salud Visual, en conjunto con la DGEI, para ser discutido y ejecutado con los Centros de Investigación de las Universidades nacionales e internacionales, las sociedades científicas y las organizaciones multilaterales (OMS/OPS, UNESCO, IAPB, SVO, SVSP, etc.).
- Desarrollo de investigaciones operativas en todos los niveles de atención, en cooperación con las DES, las jefaturas de distritos y municipios, las direcciones de establecimientos y la comunidad organizada.
- Desarrollo de la línea de investigación del PSV.

METAS

- Aumentar la cobertura de 30% (2011) a 62% (2018) de la población general anual, en actividades de promoción de la salud visual y prevención de ceguera, en 5 años.
- Aumentar la cobertura de atención de Ametropías en escolares en diagnóstico de 5% a 15% y en entrega de lentes correctivos de 0,6% (2011) a 10% (2018).
- Aumentar el diagnóstico y tratamiento de pacientes con glaucoma esperados anuales de 16% (2011) a 25% (2018).RACSS
- Elevar de 10% (2011) a 20% (2018) la pesquisa y el tratamiento médico de los pacientes diabéticos con retinopatía registrados en el MPPS.
- Elevar de 40% a 60% el diagnóstico y tratamiento precoz del prematuro con retinopatía de prematuridad.
- Elevar de 20% a 40% la pesquisa por Test de Amsler de Degeneración Macular relacionada con la Edad (DMRE).

POBLACIÓN OBJETO

- Población sana: toda la población que no presente factores de riesgo o sintomatología de enfermedad visual, con énfasis en escolares, trabajadores y tercera edad.
- Población con factores de riesgo para enfermedad visual: con énfasis en aquellos individuos que exhiban comportamientos o condiciones de alto riesgo como: raza, edad, sexo, Diabetes, HTA, antecedentes familiares de enfermedad ocular, etc.
- Población con enfermedad ocular de pequeña a moderada complejidad.
- Población con deficiencia severa de la función visual.

CAMPO DE APLICACIÓN

Las normas del Programa de Salud Visual, serán de cumplimiento obligatorio a nivel nacional, aplicable a todo establecimiento de la red de servicios de atención médica, incluyendo Medicina Simplificada y Agentes Comunitarios de APS (ACAPS), tanto públicos como privados. Igualmente, todo personal de Salud Visual que labore en la República Bolivariana de Venezuela, bajo la modalidad de Convenios de Cooperación Internacional, deberán cumplir y hacer cumplir la presente norma. Asimismo, debe ser referencia a ser considerada en los ámbitos científicos y académicos del campo de la salud.

ESTRUCTURA DEL PROGRAMA

El Programa de Salud Visual se estructura en varios niveles Normativos Gerenciales que tiene tres dimensiones:

- **Central:** constituido por la Coordinación del Programa de Salud Visual, adscrito a la Dirección General de Programas de Salud del Viceministerio de Redes de Salud Colectiva, del Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS).
- **Estadal:** representado por las Coordinaciones Estadales del Programa, dentro de las Direcciones Regionales de Salud.
- **Municipal:** establecidos en las instancias distritales o municipales de salud de los estados.
- **Nivel Local Ejecutor** con tres Niveles de Atención de complejidad médica creciente: Primer Nivel, Segundo Nivel y Tercer Nivel de Atención.

FUNCIONES DEL NIVEL CENTRAL (Normativo y Gerencial)

- Revisar y actualizar las normas, planes, estrategias y acciones orientadas a la promoción de la salud visual, la prevención de la ceguera y los protocolos de atención, de acuerdo con las políticas de la DGPS y en conjunto con la coordinación de Promoción para la Salud y Calidad de Vida y en consenso con los entes involucrados.
- Informar a miembros de la comunidad organizada sobre promoción de la salud y prevención de las enfermedades visuales, con miras a impulsar la corresponsabilidad de ciudadanos y comunidades, a través de la difusión en los diferentes medios públicos, privados y comunitarios, en coordinación con la OCRI.
- Acordar con el MPP de Educación Universitaria, en coordinación la DGEI del MPPS, la incorporación y actualización de la norma del PSV en los planes formación de pre-grado y post-grado universitario del área de la salud. Igualmente, acordar con el Ministerio de Educación, la incorporación de los contenidos de prevención y atención de las enfermedades visuales, desde el nivel de pre-escolar a bachillerato.
- Fortalecer los vínculos con los Despachos de los Viceministerios de Redes de Servicios y Redes de Recursos para la Salud, como instancias encargadas de la dotación de infraestructura, equipamiento, instrumental e insumos oftalmológicos.
- Vinculación de los despachos viceministeriales de Redes de Salud Colectiva y Redes de Servicios de Salud, lo cual favorecerá la integración del PNSV en los tres niveles de atención del MPPS: Dirección de hospitales (3er nivel), Red

Especializada (2do nivel) y Dirección de Atención Primaria, (1er nivel) y asegurará la dotación de los servicios por parte del despacho responsable, para la adecuada ejecución del programa.

- Determinar las prioridades de investigación en el área de la salud visual, en conjunto con la DGEI del MPPS, los Centros de Investigación, las Universidades, las Sociedades Científicas (SVO, SVSP) y los entes multilaterales relacionados con la gestión de proyectos.
- Conformar e integrar con las coordinaciones de programas, sectores relacionados con la salud visual e instituciones afines, la conformación de equipos de trabajo interprogramáticos, intersectoriales e interinstitucionales, públicas y privadas.
- Coordinar con el PASDIS la referencia y la contrareferencia de personas con discapacidad visual detectadas por el PNSV, para que reciban la rehabilitación y la atención integral adecuada.
- Ejecutar e implementar el sistema de vigilancia epidemiológica integral (convencional y comunitaria) y estimar las características epidemiológicas de las enfermedades visuales, en cooperación con la DG Epidemiología.
- Evaluar y monitorear el cumplimiento de las normas y protocolos establecidos en el Programa Nacional de Salud Visual, a través de la supervisión de los entes encargados de su implementación a nivel nacional.
- Presentar los informes de resultados del Programa de Salud Visual, ante organismos internacionales y nacionales.
- Ejercer la Rectoría del Programa de Salud Visual del MPPS en el Comité Nacional para la Prevención de la Ceguera, conformado por las siguientes instituciones: MPPS, SVO, OPS y tres (03) organizaciones comunitarias, quienes actualizaran el Plan Estratégico Nacional.
- Celebrar las efemérides relacionadas con la Salud Visual: Día del Oftalmólogo, Día del Optometrista, Día Internacional de la Visión/OMS, entre otros.

FUNCIONES DEL NIVEL ESTADAL (Normativo-Gerencial)

- Definir la complejidad de la estructura de la Coordinación Regional, de acuerdo con las pautas dictadas por la Norma del PSV y la situación del estado correspondiente.

- Planificar y ejecutar el Programa de Salud Visual (PSV) en su estado, adecuándolo a la situación existente en el mismo, bajo la dirección del Nivel Central y en coordinación con el Nivel Central y las otras coordinaciones estatales (elaboración de plan de trabajo, cálculo de metas, supervisión de actividades, cronogramas etc.).
- Controlar la ejecución del PSV, mediante la supervisión, monitoreo y evaluación de sus componentes operativos, epidemiológicos y gerenciales (Control de actividades de promoción, prevención o pesquisa, dotación de medicamentos etc.).
- Presentar informe de gestión del Programa de forma trimestral y estadísticas epidemiológicas y operacionales, bajo los lineamientos de la presente norma (uso adecuado de los formatos SIS y PSV, registro individualizado de casos, etc).
- Mantener actualizado el Sistema de Información de Salud en el Nivel Estatal, en sus componentes operativos, epidemiológicos y gerenciales, de acuerdo con las normas establecidas en el PSV.

FUNCIONES DEL NIVEL MUNICIPAL (Normativo-Gerencial)

- Implementación y desarrollo del Programa de Salud Visual de acuerdo a los lineamientos emanados del Nivel estatal, en concordancia con la norma establecida por el Nivel Central.
- Impulsar la participación activa de la comunidad organizada en el PSV, tanto en la corresponsabilidad en la ejecución de las actividades como en su control, para el cumplimiento de las mismas.
- Controlar la ejecución del PSV, mediante la supervisión, monitoreo y evolución de sus componentes operativos, epidemiológicos y gerenciales.
- Mantener actualizado el Sistema de Información de Salud en el Nivel Municipal, en sus componentes operativos, epidemiológicos y gerenciales, de acuerdo con las normas establecidas en el PSV.

FUNCIONES DEL NIVEL LOCAL (Ejecutor-Gerencial)

- Analizar la situación de salud de su área de influencia, de acuerdo con el nivel de atención médica.
- Programar, con la participación de los diversos actores implicados y basados en el análisis de su situación, las acciones locales en concordancia con la normas del PSV.

- Aplicar la programación local en el territorio social de su área de influencia, según el nivel de atención médica, desde lo referente a la promoción, la prevención y la atención hasta la rehabilitación, dirigido a la población diana del PSV.
- Controlar la ejecución del PSV, mediante la supervisión, monitoreo y evaluación de sus componentes operativos, epidemiológicos y gerenciales.
- Mantener actualizado el Sistema de Información de Salud en el Nivel Local, en sus componentes operativos, epidemiológicos y gerenciales, de acuerdo con las normas establecidas en el PSV.

ACTIVIDADES POR NIVELES

Niveles de Atención	Actividades
<p>Primer Nivel ARI, ARII, AUI y Consultorio Popular</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hacer el Análisis de Situación de Salud (ASIS) comunitario, con participación de todos los actores. • Hacer el informe de situación de la salud visual en el territorio del área de influencia del establecimiento de APS, con sus respectivos indicadores definidos por el Programa. • Elaborar el Plan Anual del Programa de Salud Visual (PSV) de la población del área de influencia del establecimiento de APS, en conjunto con los órganos de las comunidades organizadas (Comités de Salud, Consejos Comunales y Comunas). • Presentar ante la asamblea de la comunidad de su área de influencia, para su aprobación, el Plan Anual del PSV y los compromisos de corresponsabilidad comunitaria e institucional. • Ejecutar las actividades de promoción de la salud con enfoque de determinantes sociales aprobadas en el Plan Anual de PSV de la comunidad del área de influencia del establecimiento de APS. • Ejecutar las actividades de prevención de enfermedades visuales prevalentes, de acuerdo al ciclo de vida realizando: <ul style="list-style-type: none"> ○ La educación sobre estilos de vida saludables ○ Detección temprana de factores de riesgo. ○ Pesquisa de alteraciones refractivas y otras posibles patologías. ○ Determinación de Agudeza Visual (optotipos) y fondo de ojo. • Realizar las actividades de atención de las alteraciones y patologías definidas por el PSV para ser manejadas por el Primer Nivel de Atención, incluyendo las emergencias y la rehabilitación de Base Comunitaria, e indicar la oportuna referencia al nivel especializado para su resolución de acuerdo con la norma. • Gestionar, ante su nivel normativo gerencial, la dotación de insumos y medicamentos requeridos para la atención de los pacientes en control del programa.

	<ul style="list-style-type: none"> • Recolectar el dato básico de la información del PSV, utilizando la Historia Clínica Básica Integrada, la Ficha Familiar y los Análisis de Situación de Salud (ASIS) Comunitarios y el registro individualizado de pacientes con patología visual. • Llenar los formatos de Epidemiología y de Programas del SIS. • Analizar los indicadores de insumos, de procesos y resultados de las actividades. • Monitorear la ejecución del Programa, a nivel de los individuos atendidos en las consultas, las familias, comunidades (escuelas, fábricas), de su área de influencia, y otros agrupamientos de su comunidad, de acuerdo con las normas y los indicadores. • Evaluar la ejecución del Programa en sus componentes operativos, epidemiológicos y gerenciales y su envío al nivel normativo correspondiente, de acuerdo con las normas. • Efectuar investigaciones operativas en el marco de las disposiciones del PSV.
<p>Segundo Nivel AUII, AUIII, Clínica Popular, CDI y SRI</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar la evaluación visual y el tratamiento determinado para este nivel, de los pacientes referidos del Primer Nivel y los que asistan directamente a la consulta especializada, incluyendo las emergencias. • Ejecutar las actividades educativas en las salas de espera. Información y concientización directa al individuo, familiares y comunidad, sobre la promoción de la salud visual y prevención. • Detectar tempranamente las complicaciones visuales o asociadas a ellas, a fin de ofrecer tratamiento oportuno y continuo por parte del oftalmólogo. • Gestionar ante su nivel normativo gerencial, la dotación de insumos y medicamentos requeridos para la atención de los pacientes en control del programa. • Realizar la referencia de sujetos con sospecha de glaucoma, retinopatía diabética u otras patologías oftálmicas al 3er nivel (sub-especialistas), y la contrareferencia de los casos referidos por los establecimientos de APS. • Indicar lentes correctivos en los casos especiales y referir a la óptica popular de su localidad. • Coordinar con el PASDIS la referencia y la contrareferencia de personas con discapacidad visual detectadas por el PSV, para que reciban la rehabilitación y la atención integral adecuada. • Llevar el Sistema de Información de este nivel especializado en sus componentes operativos, epidemiológicos y gerenciales • Efectuar investigaciones operativas en el marco de las disposiciones del PSV. • Enlazar y referir los casos quirúrgicos a la Misión Milagro. • Apoyar las acciones del nivel gerencial para fortalecer la APS en su área de competencia, en atención, docencia e investigación.
<p>Tercer Nivel CAT, Hospitales I, II, III y IV,</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cumplir con las actividades asistenciales asignadas en consultas, hospitalización, quirúrgicas y de emergencia, de acuerdo con protocolos de la Medicina Basada en la Evidencia. • Brindar información de salud integral y del manejo de las complicaciones al paciente y familiares. • Coordinar la referencia y la contrareferencia de personas con enfermedades visuales y discapacidades asociadas (PASDIS), detectadas por el PSV, para que reciban la rehabilitación y la atención integral adecuada. • Determinar y solicitar los requerimientos de todos los recursos de su unidad, de acuerdo con la norma del PSV, para dar cumplimiento a su gestión con eficacia y eficiencia.

Hospitales de Especialidades	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyar la capacitación y la educación continua al personal del área visual en los aspectos de sub-especialidades y cirugía. • Dar apoyo Técnico y asesoría sanitaria a la Misión Milagro y cooperar en captación de casos, en representación del MPPS. • Hacer efectiva la referencia y contrareferencia, de los casos referidos por el Segundo Nivel y las interconsultas que solicite y le sean solicitadas. • Llevar el Sistema de Información de la subespecialidad, en sus componentes operativos, epidemiológicos y gerenciales. • Efectuar investigaciones operativas, básicas, epidemiológicas y clínicas en el marco de las disposiciones del PSV.
-------------------------------------	---

DISPOSICIONES GENERALES

1. Debe incorporarse en las agendas construidas con organizaciones comunitarias, la adopción de modos, estilos y condiciones de vida saludables, que contengan alimentación saludable (alimentos ricos en betacarotenos, vitamina A, minerales etc.), actividad física cotidiana, protección del ojo, manejo adecuado del estrés, hábitos de higiene, entre otros.
2. Se deberán ejecutar las actividades de Prevención de la salud con enfoque de determinantes sociales aprobadas en el Plan Estratégico Anual del PSV, de la comunidad del área de influencia del establecimiento de APS, de acuerdo al ciclo de vida (ver cuadro) realizando:
 - La educación sobre condiciones y estilos de vida saludables.
 - Detección temprana de factores de riesgo.
 - Pesquisa de alteraciones refractivas y otras posibles patologías.
 - Determinación de Agudeza Visual (Cartilla de optotipos).
 - Evaluación de Fondo de Ojo.
3. Se debe difundir información por todos los medios de comunicación, sobre la importancia del diagnóstico precoz y del tratamiento oportuno de las alteraciones visuales, a fin de difundir masivamente, las acciones para proteger el órgano visual y prevenir la Ceguera.

4. Todo personal prestador de servicios de salud en las áreas de las maternidades y UCI neonatales, deberán estar capacitados para realizar diagnóstico precoz de ROP e incorporarlos al Programa de Retinopatía de la Prematuridad (ROP).
5. Todo recién nacido con un peso inferior a 1.750 gramos o 35 semanas de gestación debe ser valorado al mes de nacido por oftalmólogo para descartar Retinopatía de la Prematuridad.
6. Se deberá informar y educar a toda la población laboral, sobre las ventajas y la obligatoriedad del uso de protección ocular y señalización de áreas de riesgo, para evitar accidentes laborales con lesión en los ojos.
7. Todos los casos de Toxoplasmosis Ocular diagnosticados deberán seguir el protocolo de atención del Programa (ver Guía Práctica).
8. A todo niño(a) y adolescente escolares se le realizará obligatoriamente, en las escuelas públicas y privadas, en conjunto con el Ministerio del P.P. Educación, la detección precoz de alteraciones de la visión, realizando los pasos siguientes:
 - Visita a las escuelas para la formación de docentes en conjunto con el Coordinador del MPPE.
 - Determinación de agudeza visual por docentes previamente capacitados.
 - Referencia de niños con AV disminuida al oftalmólogo para refracción en las ópticas populares.
 - Seguimiento y monitorización de la adhesión al uso de lentes.
 - En casos de lesiones oculares el examen visual deberá ser practicado por un oftalmólogo certificado por el Estado.
9. A todo paciente se le determinará la agudeza visual y se realizará fondo de ojo. Si existiesen hallazgos de alteración ocular, deberán ser referidos al Oftalmólogo.
10. Todo el personal de APS deberá efectuar en la comunidad del área de influencia de su establecimiento, pesquisas de deficiencias visuales, especialmente a la población con factores de riesgo de patologías visuales (glaucoma, DMRE, Retinopatía diabética, etc.), indicando la referencia según la patología hallada. (Ver Guía Práctica).
11. Todos los menores de 20 años que asistan a la consulta de control de niños y adolescentes sanos, deben realizárseles las pesquisas de enfermedades visuales, para detectar trastornos principalmente de refracción, los cuales deberán recibir la atención prescrita para el Primer Nivel de Atención y/o ser referidos al especialistas para su diagnóstico confirmatorio y tratamiento adecuado. (Ver Guía Práctica).
12. Toda persona Mayor de 40 años que asista a la consulta en el Primer Nivel de Atención, debe efectuársele la evaluación de la agudeza visual y fondo de ojo. De acuerdo a los resultados deberá ser referido al oftalmólogo. (Ver Guía Práctica).

13. Todo niño(a) con desnutrición, sarampión y otras enfermedades, que presenten xeroftalmia, deben ser tratados adecuadamente con vitamina A según protocolo. (Ver Guía Práctica).
 14. Toda persona que asista a la consulta del Primer Nivel y se le diagnostique patología visual que requiere resolución quirúrgica (Catarata, Estrabismo, Pterigion, etc.), deberá ser canalizado a través de la Misión Milagro para su cirugía. (Ver Guía Práctica).
 15. Todo paciente con ojo rojo deberá ser valorado siguiendo el protocolo definido por el PSV para su manejo en el Primer Nivel de Atención. En casos complejos, indicar la oportuna referencia al nivel especializado, para su resolución. (Ver Guía Clínica).
 16. Toda persona que asista a la consulta en el Primer Nivel de Atención y se sospeche conjuntivitis viral o úlcera corneal, representa una emergencia, debe ocluirse el ojo, no indicar esteroides y referir de inmediato al especialista. (Ver Guía Práctica).
 17. Todo niño(a) recién nacido debe recibir profilaxis para oftalmia neonatal, y practicársele reflejo rojo pupilar, de acuerdo con el Protocolo del Programa. (Ver Guía Práctica).
 18. Toda persona que asista a la consulta en el Primer Nivel de Atención y que lo amerite, según esta Norma, deberá ser referido a los niveles especializados para su resolución; asimismo, deberá ser contrareferido desde el especialista al 1er. Nivel para su seguimiento.
 19. Toda embarazada con factores de riesgo para prematuridad, deberá ser notificada sobre la obligatoriedad de valoración por oftalmólogo del prematuro al mes de nacido. Así mismo, si hubiese riesgo para TORCH: toxoplasmosis, rubeola, etc. (Ver Guía Práctica).
 20. Todo paciente con sospecha de infección de Oncocercosis (ceguera de los ríos), deberá ser referido a Dermatología Sanitaria Distrital o al Instituto de Biomedicina del MPPS y se deberá aplicar protocolo según OEPA.
 21. Todo lente correctivo pre-formulado, deberá estar acompañado de indicación o recomendación expresa de su uso de forma provisional y deberá advertir sobre la importancia de la evaluación oftalmológica completa por el especialista.
 22. Toda persona con discapacidad visual (Baja visión) o ceguera, evaluada en los servicios de salud visual del SPNS, deberá ser referida a los servicios de baja visión coordinados por PASDIS.
- Aquellos aspectos no contemplados en la presente norma se considerarán como una EXCEPCIÓN y para su aplicación en el PSV, deberá ser previamente autorizado bajo la asesoría técnica de los expertos en la materia, del MPPS.

CAPÍTULO IX
PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL
DE ENFERMEDADES DEL SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO

EQUIPO RESPONSABLE DE ESTE CAPÍTULO

COORDINADOR NACIONAL DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES REUMÁTICAS

Dr. Iván Steckman

INTRODUCCION

El Programa de Prevención y Control de Enfermedades del Sistema Músculo-Esquelético, tiene su origen en el Centro Nacional de Enfermedades Reumáticas, una organización creada por el entonces Ministerio de Sanidad y Asistencia Social en 1977 (Gaceta 31.149). La misma tenía tres objetivos: 1. La atención del enfermo reumático en Venezuela, 2. La formación de los recursos humanos necesarios para la atención del enfermo reumático en Venezuela y 3. La investigación de las enfermedades reumáticas en el país. En sus inicios este Programa se denominó “Programa de Enfermedades Reumáticas”, dedicándose fundamentalmente al manejo de la artritis reumatoidea.

Las enfermedades del Sistema Músculo-Esquelético tienen un alto impacto social y económico, relacionado con la discapacidad en sectores productivos de la población y en la vida plena de muchos ciudadanos, y los altos costos de su tratamiento y rehabilitación.

Adicionalmente, estas enfermedades tienen una alta comorbilidad que frecuentemente resulta en mayor discapacidad y elevación de los costos del tratamiento. Esta comorbilidad se expresa especialmente con las otras enfermedades crónicas no transmisibles, particularmente con las enfermedades cardiovasculares y endocrino-metabólicas, donde existen factores de riesgo comunes y sus complicaciones están asociadas en su evolución.

De allí, que internacionalmente se estableció una estrategia integrada para enfrentar los problemas que presentan estas enfermedades y que, en nuestro país se ha denominado la estrategia “CAREM”, donde se implementan acciones desde la promoción de la salud, la detección temprana de las enfermedades y la atención progresiva de las mismas.

El personal de salud de atención primaria (Médicos Generales, auxiliares de Medicina Simplificada y Agentes Comunitarios de APS) tienen una función importante en la detección de pacientes con factores de riesgo para las enfermedades del Sistema Músculo-Esquelético y en la derivación de los pacientes con presunción diagnóstica o con diagnóstico de las mismas a los servicios del segundo y/o tercer nivel de atención, con la finalidad de confirmar el diagnóstico y definir el tratamiento, según las pautas del Programa.

El Programa de Prevención y Control de Enfermedades del Sistema Músculo-Esquelético pretende con esta Norma la unificación de criterios, describiendo las actividades en los diferentes niveles de atención, tomando como base la promoción de la calidad de vida y la prevención específica de estas enfermedades, la adecuación de los servicios de atención en salud para el tratamiento oportuno, así como el desarrollo de un sistema de información, control y evaluación; en concordancia con lo establecido en el Plan Nacional de Salud, en el cual se plantean las estrategias para alinear la gestión del Estado venezolano con el fin de garantizar el derecho a la salud para el período 2009–2013/2018, de acuerdo a los mandatos de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, y a las directrices, enfoques, políticas y estrategias del Plan de Desarrollo Económico y Social 2007-2013 “Proyecto Nacional Simón Bolívar”.

BASE LEGAL

La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (CRBV, 1999) establece las bases para desarrollar la naturaleza jurídica y el modelo organizativo del Sector Salud Venezolano.

- **Artículo 83** establece que la salud es un *DERECHO SOCIAL* fundamental, parte del Derecho a la Vida.
- **Artículo 84** ordena la creación de un SISTEMA PÚBLICO NACIONAL DE SALUD, bajo la rectoría del Ministerio de Salud, el cual será de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad.
- **Artículo 85** expresa que el financiamiento del sistema público nacional de salud es obligación del Estado.
- **Artículo 86** establece que toda persona tiene derecho a la seguridad social como servicio público de carácter no lucrativo, que garantice la salud y asegure protección en diferentes contingencias.
- **Artículo 122** reconoce el derecho de los pueblos indígenas a una salud integral que considere sus prácticas y culturas.

Igualmente, la C RBV reconoce como derechos un conjunto de determinantes de la salud, como es el derecho a la educación, nutrición, vivienda, cultura, trabajo, entre otras.

Ley Orgánica de Salud (1998). Establece los estatutos, funciones y atribuciones del Ministerio de Salud, así como los derechos y deberes de los beneficiarios de los servicios de salud. En su Artículo 31 expone la importancia de la educación para la salud y la participación de la comunidad y el Estado en el desarrollo de una cultura por la salud y la vida, como parte fundamental de la estrategia de promoción de salud.

Actualmente en vacatio legis. Se discute en la Asamblea Nacional una nueva Ley de Salud en concordancia con la Constitución de 1999.

Plan Estratégico Social de la Nación (2001-2007). Planteó como prioridad la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud, integrando las políticas públicas sociales, la corresponsabilidad ciudadana en los territorios sociales, considerando a la salud como expresión individual y colectiva de calidad de vida y bienestar, producto de los determinantes sociales, tomando en cuenta los derechos y las necesidades sociales así como los territorios, las redes sociales y la contraloría social. También pretendió enfrentar las inequidades de género, etnia, grupos y clases sociales.

Plan Simón Bolívar.2007-2013. En la Directriz de la Suprema Felicidad Social, se propone una estructura social incluyente, y se aspira que todos vivamos en las mejores condiciones posibles. Allí se establece la estrategia "Profundizar la Atención

integral en Salud de forma universal”, donde se exponen las políticas de “Fortalecer la Prevención y Control de Enfermedades”, así como “Expandir y Consolidar los Servicios de Salud de forma oportuna y gratuita”.

Plan Nacional de Salud 2007-2013/2018 Establece la importancia de los modos, las condiciones y estilos de vida en el mantenimiento de la salud, así como de un Sistema Público Nacional de Salud efectivo. Así mismo se establece el abordaje integral e intersectorial de los diversos problemas de salud para impulsar los cambios en los modos, condiciones y estilos de vida. Define políticas concretas para cambiar las condiciones de vida incluyendo entre otras, la reducción de ECNT y sus factores de riesgo como sedentarismo, obesidad y el tabaquismo.

Gaceta 31.149 del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social en (1977). Crea el Centro Nacional de Enfermedades Reumáticas.

JUSTIFICACION

Se define como enfermedad reumática aquella afección que compromete en forma aguda o crónica las funciones del sistema músculo-esquelético. Las enfermedades reumáticas son un ejemplo de desórdenes causados por la interacción de factores genéticos y ambientales, tanto endógenos (ambiente hormonal, edad, factores psiconeuroinmunológicos) como exógenos (agentes microbianos infecciosos, agentes físicos y agentes químicos). Tienen las siguientes características: 1. Ser enfermedades crónicas en su gran mayoría, 2. Producir una alta morbilidad y discapacidad, 3. Disminuir la expectativa de vida del paciente y 4. Producir un alto costo social e institucional al afectar una buena parte de la población económicamente productiva.

Para el año 1969, las enfermedades reumáticas ocupaban el 16^{to} lugar del total de consultas a nivel de atención primaria. Para el año 1977 el 4.8 % de un total de 2.675.143 consultas ambulatorias a nivel primario correspondían a enfermedades reumáticas. La mortalidad debida a enfermedades reumáticas fue de 2.6 x 100.000 en 1977, representando el 1.4 % del total de hospitalizaciones y generando 133.956 días de hospitalización (3.1 % del total), con un promedio de estadía hospitalaria de 23 días. El monto anual de gastos de atención por ese rubro se estimó en Bs. 41.327.650.004.

Durante el período 1987-1989, el Centro Nacional de Enfermedades Reumáticas (CNER) efectuó una investigación de campo en el Estado Lara, bajo el auspicio de la Organización Panamericana de la Salud y en conjunto con ASCARDIO y el Centro Nacional de Diálisis y Trasplante, a fin de estimar la prevalencia de las enfermedades reumáticas en la población rural y urbana de esa región.

En este estudio se pudo determinar que el 15 % de la población mayor de 15 años sufría de algún tipo de afección reumática con una duración mayor de tres meses. Haciéndose una proyección en base al Censo Nacional de población para 1991, se

estimó un número de 1.939.552 con algún tipo de enfermedad reumática en el país. Esta proyección es válida ya que el Estado Lara muestra una distribución demográfica comparable a la del resto del país.

Las cifras de prevalencia oscilaron entre 7 %, para el grupo etario entre 15 y 44 años, hasta 60 % en el grupo mayor de 70 años. Entre los 45 y 60 años la prevalencia estimada en individuos del sexo femenino fue de 35 %. Estas cifras coinciden con las obtenidas en un estudio previo llevado a cabo por el Dr. Manuel Adrianza en el Distrito Sanitario No. 2 de Antimano, Distrito Federal, en la División de Enfermedades Crónicas del entonces Ministerio de Sanidad, revelando una prevalencia de 17 % de afecciones reumáticas en la población mayor de 15 años.

Por estas razones, es imperiosa la necesidad de establecer estrategias que permitan detectar y actuar sobre factores ambientales, socioeconómicos y de susceptibilidad genética y estrategias destinadas a personas que presentan un mayor riesgo o susceptibilidad para el desarrollo de estas patologías. Así mismo, la mayoría de las complicaciones derivadas de estas patologías, están relacionadas con su duración y gravedad, lo que destaca el importante papel de la detección precoz y del control adecuado de ellas, como forma de prevenir y/o retrasar la aparición de complicaciones y de la aplicación de estrategias de atención, que permitan prevenir o retardar la aparición de discapacidades una vez que han aparecido las complicaciones a largo plazo, y estrategias de atención oportuna y rehabilitación en los casos en donde la discapacidad se haya producido.

Para poder asumir estos desafíos de la salud atinentes a este Programa, es indispensable la participación de los médicos generales, el o la auxiliar de Medicina Simplificada y las/los Agentes Comunitarios de APS, especialmente para la detección de las etapas iniciales de la enfermedad. No obstante, hasta ahora, el Programa ha enfatizado en el tratamiento de las etapas crónicas de la enfermedad, donde ha habido avances y acumulación de fortalezas, retardándose muchas muertes.

Por ello, en la situación actual y para esta actualización, se ha considerado avanzar en los aspectos de promoción para la salud en general y la prevención de los factores de riesgo de las enfermedades del Sistema Músculo-Esquelético, como parte de las enfermedades crónicas no transmisibles, en el marco de la estrategia de CAREM, sumado a la atención y rehabilitación.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Contribuir a mejorar la calidad de vida de la población (tanto sana como enferma), a través de acciones de promoción de la salud y de prevención de la enfermedades músculo-esqueléticas, agudas y crónicas, por medio de la modificación de sus factores de riesgo y su comportamiento como factores de riesgo de otras enfermedades relacionadas, con el diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno y la rehabilitación, con énfasis en la Atención Primaria de Salud.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Fortalecer las políticas de promoción de la salud del sistema músculo-esquelético, actuando sobre las condiciones y estilos de vida, bajo la estrategia CAREM y en el gran marco de Política Pública Sana denominado “Suprema Felicidad Social”.
- Implementar acciones de difusión, educación y comunicación masivas, en conjunto con las organizaciones del Poder Popular, el resto del equipo de salud y los otros sectores de la política pública, de manera de construir con la población el conocimiento sobre las principales enfermedades músculo-esqueléticas, sus co-morbilidades y discapacidades, cómo prevenirlas y dónde recibir la atención médica idónea, con la corresponsabilidad de todos, en el contexto de la estrategia CAREM.
- Concertar con los entes de educación universitaria la formación de médicos y personal técnico de salud, así como el Programa de formación de ACAPS, en sintonía con la norma del este Programa y con las capacidades operativas requeridas; así como, el desarrollo de la educación y capacitación continua y en servicio de todo el personal del área.
- Brindar atención médica integral, en sus diferentes niveles, con la cooperación del Poder Popular, con los cuidados primarios a la población (específica y masiva) y la atención médica especializada hasta la rehabilitación, así como el beneficio de la atención de urgencia, para las enfermedades músculo-esqueléticas.
- Consolidar un Sistema de Información oportuno, confiable y sencillo, que brinde la información generada por todos los actores, públicos como privados, y sirva de instrumento para elevar la conciencia colectiva, definir corresponsabilidades y evaluar la marcha del Programa de Prevención y Control de las Enfermedades del Sistema Músculo-Esquelético.
- Impulsar la investigación clínica, epidemiológica y operativa específica para cada nivel de atención y en los distintos territorios sociales, sobre estas patologías.

ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES**Estrategia 1: Promoción para la transformación cultural de modos, condiciones y estilos de vida saludables**

Generación de procesos de transformación cultural de modos, condiciones y estilos de vida saludables, mediante la comunicación, información y educación de las comunidades, articulando diversas alianzas para aumentar las capacidades de los individuos y sus diversas agrupaciones en sociedad, con miras a mantenerse sanos, aplicando factores protectores de la vida basados en la evidencia.

Actividades

- Desarrollo de planes de salud intra e intersectoriales dirigidos a la promoción de la salud y a la divulgación de conocimientos sobre condiciones y estilos de vida saludable en las agendas de las organizaciones comunitarias.
- Implementación de relaciones interinstitucionales con los Ministerios de Educación y Educación Universitaria, para incorporar contenidos y prácticas promocionales sobre condiciones y estilos de vida saludable y prevención de los factores de riesgo de las enfermedades músculo-esqueléticas, en las instituciones públicas y privadas.

Estrategia 2: Pesquisa para detección oportuna de Enfermedades del Sistema Mmúsculo-Esquelético

Pesquisa para detectar las Enfermedades del Sistema Músculo-Esquelético de manera oportuna, precoz, y efectiva, tomando en cuenta los factores de riesgo, los ciclos de vida y las características familiares, comunales y laborales, siguiendo las normas, pautas y procedimientos establecidos por el Programa en las Redes de Atención y estableciendo las alianzas interprogramáticas requeridas.

Actividades

- Identificación de Factores de riesgo para enfermedades músculo-esqueléticas, en las consultas, con énfasis en el Primer Nivel de Atención, y en las familias del área de influencia del establecimiento de Atención Primaria.
- Detección de personas con enfermedad músculo-esquelética y sus estados relacionados, para su incorporación al manejo y control del Programa.

Estrategia 3: Fortalecimiento de la línea de Atención Médica de las Enfermedades del Sistema Músculo-Esquelético

Fortalecimiento de las redes de Atención Médica de las Enfermedades del Sistema Músculo-Esquelético, con la participación protagónica de los equipos de salud, los usuarios/as y las organizaciones de las comunidades del área de influencia, estableciendo las alianzas interprogramáticas e intersectoriales requeridas, para la atención integral de las personas con estas enfermedades, desde el tratamiento médico hasta la rehabilitación.

Actividades

- Definición en conjunto con el Viceministerio de Redes de Servicios, de los recursos necesarios para la ejecución del Programa en los diferentes niveles de atención y de acuerdo con las metas establecidas en las unidades de tiempo.
- Capacitación continua del personal de salud de los niveles de atención en salud en las pautas y procedimientos del PPCEME.

- Gestión articulada con las regiones en lo referente a la dotación de medicamentos, insumos y equipos del Programa de acuerdo con las necesidades de la población.
- Monitoreo de la atención en los diferentes niveles de la red.

Estrategia 4: Fortalecimiento del Sistema de Información de Salud en Enfermedades del Sistema Músculo-Esquelético

Relanzamiento de los mecanismos de Vigilancia Epidemiológica de las Enfermedades del Sistema Músculo-Esquelético en uso actualmente, con la cooperación de la DG de Epidemiología.

Actividades

- Gestión de la Vigilancia Epidemiológica de las Enfermedades del Sistema Músculo-Esquelético, en la recolección de datos, su procesamiento y análisis de los indicadores priorizados por el Programa.

Estrategia 5: Fortalecimiento del Control de la Gestión

Fortalecimiento de la captura y procesamiento de información para el seguimiento y la evaluación de la gestión mediante indicadores de eficiencia, eficacia, efectividad e impacto, del Programa de Prevención y Control de Enfermedades del Sistema Músculo-Esquelético.

Actividades

- Seguimiento y evaluación periódicos basado en indicadores de la eficiencia, eficacia, efectividad e impacto del Programa.

Estrategia 6: Formación de profesionales de la salud en el manejo integral en Salud del Sistema Músculo-Esquelético

Fortalecimiento de las competencias en las carreras relacionadas con salud, en los aspectos de salud colectiva, específicamente en las enfermedades del sistema músculo-esquelético, relativo a la promoción de estilos y condiciones de vida, prevención y tratamiento de estas enfermedades y su rehabilitación, en coordinación con la Dirección de Investigación y Educación del MPPS y del Ministerio de Educación Universitaria.

Actividades

- Diseño de currículos basados en competencias para la atención integral de las afecciones de Sistema Músculo-Esquelético, en conjunto con la Dirección de Investigación y Educación del MPPS y del Ministerio de Educación Universitaria, para su implementación en las carreras relacionadas con salud.

- Implementación de currículos basados en competencias para la atención integral de las afecciones del Sistema Músculo-Esquelético, en las universidades nacionales que dictan carreras de salud, en conjunto con la Dirección de Investigación y Educación del MPPS y del Ministerio de Educación Universitaria.

Estrategia 7: Mejoramiento continuo del personal de salud en servicio en el manejo integral en Salud del Sistema Músculo-Esquelético

Mantener un desarrollo continuo de las capacidades y competencias del personal de salud en los servicios, en todos los aspectos del Programa de Prevención y Control de Enfermedades del Sistema Músculo-Esquelético (PPCESME).

Actividades

- Diseño de un plan de capacitación continua en servicio, por niveles, por profesiones y funciones, en el área de este Programa, en coordinación con la Dirección General de Educación e Investigación y las Direcciones Estadales de Salud (DES).
- Ejecución del Plan de Capacitación Continua en este Programa, de manera permanente y sustentable en el tiempo.

Estrategia 8: Desarrollo de la investigación en Salud del Sistema Músculo-Esquelético

Incentivar la Investigación básica-clínica, epidemiológica y social, en el área de este Programa, en coordinación y cooperación con la Dirección General de Educación e Investigación (DGIE), los Centros de Investigación de las Universidades nacionales e internacionales, las sociedades científicas y las organizaciones multilaterales (OMS-OPS. UNICEF, etc.).

Actividades

- Diseño de una agenda de prioridades de investigación en la prevención y control de enfermedades del sistema músculo-esquelético, en conjunto con la DGEI, para ser discutido y ejecutado con los Centros de Investigación de las Universidades nacionales e internacionales, las sociedades científicas y las organizaciones multilaterales (OMS-OPS. UNICEF, etc.).
- Desarrollo de investigaciones operativas en todos los niveles de atención, en cooperación con las DES, las jefaturas de distritos y municipios, las direcciones de establecimientos y la comunidad organizada.

POBLACION OBJETO

Población general, en riesgo de desarrollar enfermedad músculo-esquelética (susceptibles, de iniciación, progresión y terminales), incluidos los individuos con condiciones de alto riesgo como obesidad y sedentarismo, entre otros.

CAMPO DE APLICACIÓN

Esta Norma es de cumplimiento obligatorio de todo el personal de salud y de los establecimientos de salud de todos los subsistemas del Sistema Público Nacional de Salud.

ESTRUCTURA DEL PROGRAMA

El Programa de Prevención y Control de las Enfermedades del Sistema Músculo-Esquelético se estructura en:

Nivel Normativo Gerencial con tres dimensiones:

- **Central:** constituido por la Coordinación Nacional del Programa, adscrito a la Dirección General de Programas de Salud del Viceministerio de Redes de Salud Colectiva, del Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS).
- **Estadal:** representado por las Coordinaciones Estadales del Programa, dentro de las Direcciones Estadales de Salud.
- **Municipal:** establecidos en las instancias distritales o municipales de salud de los estados.

Nivel Local Ejecutor con tres Niveles de Atención de complejidad médica creciente: Primer Nivel, Segundo Nivel y Tercer Nivel de Atención.

FUNCIONES DEL NIVEL CENTRAL (Normativo y Gerencial)

- Revisar y actualizar las normas, planes, estrategias y acciones orientadas a la promoción de modos y estilos de vida saludables, la prevención, el tratamiento y el control de las enfermedades músculo-esqueléticas, en sus fases aguda o crónica, en el marco de la Estrategia Integrada CAREM.
- Informar a miembros de la comunidad organizada sobre promoción de la salud y prevención de las enfermedades músculo-esqueléticas, con miras a impulsar la corresponsabilidad de ciudadanos y comunidades, a través de la difusión

en los diferentes medios públicos, privados y comunitarios, en coordinación con la Oficina de Comunicación y Relaciones Interinstitucionales.

- Acordar con el MPP de Educación Universitaria, en coordinación con la DGEI del MPPS, la incorporación y actualización de la norma del PPCESME en los planes de formación de pre-grado y post-grado universitario del área de la salud. Igualmente, acordar con el Ministerio de Educación, la incorporación de los contenidos de prevención y atención integral de las enfermedades músculo-esqueléticas, desde el nivel pre-escolar a bachillerato.
- Determinar las prioridades de investigación en el área de la Salud del Sistema Músculo-Esquelético, en conjunto con la DGEI del MPPS, los Centros de Investigación, las Universidades, las Sociedades Científicas y los entes multilaterales relacionados con la gestión de proyectos.
- Conformar e integrar con las Coordinaciones de los otros Programas de Salud, sectores relacionados con la Salud del Sistema Músculo-Esquelético e instituciones afines, la conformación de equipos de trabajo interprogramáticos, intersectoriales e interinstitucionales para el logro de los objetivos y metas.
- Ejecutar e implementar el Sistema de Vigilancia Epidemiológica Integral (Convencional y Comunitario) y estimar las características epidemiológicas de las enfermedades del Sistema Músculo-Esquelético, en cooperación con la Dirección General de Epidemiología.
- Monitorear, Supervisar y Evaluar el cumplimiento de las normas y protocolos establecidos en el PPCESME por los entes encargados de su implementación a nivel nacional.
- Presentar los informes de resultados del PPCESME ante organismos nacionales e internacionales.

FUNCIONES DEL NIVEL ESTADAL (Normativo-Gerencial)

- Definir la complejidad de la estructura de la Coordinación Estadal, de acuerdo con las pautas dictadas por la Norma del PPCESME y la situación del estado correspondiente.
- Ejecutar el PPCESME en su estado, adecuándolo a la situación existente en el mismo, bajo la dirección y coordinación del Nivel Central y las otras coordinaciones estadales.
- Controlar la ejecución del PPCESME, mediante la supervisión, monitoreo y evolución de sus componentes operativos, epidemiológicos y gerenciales.

- Mantener actualizado el Sistema de Información de Salud en el Nivel Estatal, en sus componentes operativos, epidemiológicos y gerenciales, de acuerdo con las normas establecidas en el PPCESME.

FUNCIONES DEL NIVEL MUNICIPAL (Normativo-Gerencial)

- Implementación y desarrollo del PPCESME de acuerdo a los lineamientos emanados del Nivel estatal, en concordancia con la norma establecida por el Nivel Central.
- Impulsar la participación activa de la comunidad organizada en el PPCESME, tanto en la corresponsabilidad en la ejecución de las actividades como en su control, para el cumplimiento de las mismas.
- Controlar la ejecución del PPCESME, mediante la supervisión, monitoreo y evaluación de sus componentes operativos, epidemiológicos y gerenciales.
- Mantener actualizado el Sistema de Información de Salud en el Nivel Municipal, en sus componentes operativos, epidemiológicos y gerenciales, de acuerdo con las normas establecidas en el PPCESME.

FUNCIONES DEL NIVEL LOCAL (Ejecutor-Gerencial)

- Analizar la situación de salud de su área de influencia, de acuerdo con el nivel de atención médica.
- Programar, con la participación de los diversos actores implicados y basados en el análisis de su situación, las acciones locales en concordancia con las normas del PPCESME.
- Aplicar la programación local en el territorio social de su área de influencia, según el nivel de atención médica, desde lo referente a la promoción, la prevención y la atención hasta la diálisis y trasplante, dirigido a la población diana del PPCESME.
- Controlar la ejecución del PPCESME, mediante la supervisión, monitoreo y evaluación de sus componentes operativos, epidemiológicos y gerenciales.
- Mantener actualizado el Sistema de Información de Salud en el Nivel Local, en sus componentes operativos, epidemiológicos y gerenciales, de acuerdo con las normas establecidas en el PPCESME.

ACTIVIDADES SEGÚN NIVELES DE ATENCIÓN

Niveles de Atención	Actividades
<p>Primer Nivel ARI, ARII, AUI y Consultorio Popular</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hacer el Análisis de Situación de Salud (ASIS) comunitario, con participación de todos los actores. ▪ Hacer el informe de situación de la salud músculo-esquelética en el territorio del área de influencia del establecimiento de APS, con sus respectivos indicadores definidos por el Programa. ▪ Elaborar el Plan Anual del Programa de Salud de Prevención y Control de las Enfermedades del Sistema Músculo-Esquelético (PPCESME) de la población del área de influencia del establecimiento de APS, en conjunto con los órganos del Poder Popular (Comités de Salud, Consejos Comunales, Comunas). ▪ Presentar ante la asamblea de la comunidad de su área de influencia, para su aprobación, el Plan Anual del PPCESME y los compromisos de corresponsabilidad comunitaria e institucional. ▪ Ejecutar las actividades de promoción de la salud con enfoque de determinantes sociales aprobadas en el Plan Anual del PPCESME de la comunidad del área de influencia del establecimiento de APS. ▪ Ejecutar las actividades de prevención de enfermedades del Sistema Músculo-Esquelético prevalentes, de acuerdo al ciclo de vida realizando: <ul style="list-style-type: none"> ○ La educación sobre estilos de vida saludables. ○ Detección temprana de factores de riesgo. ○ Detección de deficiencias/discapacidades del Sistema Músculo-Esquelético de la población del área de influencia. ▪ Realizar las actividades de atención de las alteraciones y patologías definidas por el PPCESME para ser manejadas por el Primer Nivel de Atención, incluyendo las emergencias y la rehabilitación de base comunitaria, e indicar la oportuna referencia al nivel especializado para su resolución de acuerdo con la norma. ▪ Gestionar, ante su nivel normativo gerencial, la dotación de insumos y medicamentos requeridos para la atención de los pacientes en control del programa. ▪ Recolectar el dato básico de la información del PPCESME, utilizando la Historia Clínica Básica Integrada, la Ficha Familiar y los Análisis de Situación de Salud (ASIS) Comunitarios. ▪ Llenar los formatos de Epidemiología y de Programas del SIS. ▪ Analizar los indicadores de insumos, de procesos y resultados de las actividades. ▪ Monitorear la ejecución del Programa, a nivel de las comunas (escuelas, centros de trabajo), familias de su área de influencia, de los individuos atendidos en las consultas, y otros agrupamientos de su comunidad, de acuerdo con las normas y los indicadores del mismo. ▪ Evaluar la ejecución del Programa en sus componentes operativos, epidemiológicos y gerenciales y su envío al nivel normativo correspondiente, de acuerdo con las normas y los indicadores del mismo. ▪ Efectuar investigaciones operativas en el marco de las disposiciones del PPCESME.

<p>Segundo Nivel AUII, AUIII, Clínica Popular, CDI y SRI</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ejecutar las actividades educativas en las salas de espera. Información y concientización directa al individuo, familiares y comunidad, sobre la promoción de la salud y prevención en salud del sistema músculo-esquelético. ▪ Realizar la evaluación del sistema músculo-esquelético y el tratamiento determinado para este nivel, de los pacientes referidos del Primer Nivel y los que asistan directamente a la consulta especializada, incluyendo las emergencias. ▪ Detectar tempranamente las complicaciones del sistema músculo-esquelético o asociadas a ellas, a fin de ofrecer tratamiento oportuno y continuo, incluyendo la rehabilitación. ▪ Gestionar ante su nivel normativo gerencial, la dotación de insumos y medicamentos requeridos para la atención de los pacientes en control del programa. ▪ Sistema de referencia y contrarreferencia, que contemple la referencia de sujetos para diagnóstico confirmatorio y tratamiento de complicaciones, agudas y crónicas, y la rehabilitación correspondiente al Tercer Nivel de Atención, y la contrarreferencia de los casos referidos por los establecimientos de APS. ▪ Llevar el Sistema de Información de este nivel en sus componentes operativos, epidemiológicos y gerenciales. ▪ Efectuar investigaciones operativas en el marco de las disposiciones del PPCESME. ▪ Apoyar las acciones del nivel gerencial para fortalecer la APS en su área de competencia, en atención, docencia e investigación.
<p>Tercer Nivel CAT, Hospitales I, II, III y IV, Hospitales de Especialidades</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cumplir con las actividades asistenciales asignadas en consultas, hospitalización, quirúrgicas y de emergencia, de acuerdo con protocolos de la Medicina Basada en la Evidencia. ▪ Brindar información de salud integral y del manejo de las complicaciones al paciente y familiares. ▪ Coordinar la referencia y la contrarreferencia de personas con enfermedades del sistema músculo-esquelético y discapacidad asociada, detectadas por el PPCESME, para que reciban la rehabilitación y la atención integral adecuada. ▪ Determinar y solicitar los requerimientos de todos los recursos de su unidad, de acuerdo con la norma del PPCESME, para dar cumplimiento a su gestión con eficacia y eficiencia. ▪ Apoyar la capacitación y la educación continua al personal del área músculo-esquelética en los aspectos de sub-especialidades y cirugía. ▪ Hacer efectiva la referencia y contrarreferencia, de los casos referidos por el Segundo Nivel y las interconsultas que solicite y le sean solicitadas. ▪ Llevar el Sistema de Información de este nivel, en sus componentes operativos, epidemiológicos y gerenciales. ▪ Efectuar investigaciones operativas, básicas, epidemiológicas y clínicas en el marco de las disposiciones del PPCESME.

DISPOSICIONES GENERALES

3. Debe incorporarse en las agendas construidas con los Consejos Comunales, la adopción de modos, estilos y condiciones de vida saludables, que contengan alimentación saludable, actividad física cotidiana, manejo adecuado del estrés, cesación tabáquica, higiene postural y de actividades de la vida diaria, entre otros.
4. Se deben efectuar en la comunidad del área de influencia del establecimiento de APS, las pesquisas de factores de riesgo y de patologías específicas de enfermedades músculo-esqueléticas, indicándose la referencia según la patología hallada.
5. Todo paciente que acude a la consulta del Primer Nivel con molestias del sistema músculo esquelético, debe ser evaluado integralmente, incluyendo las pruebas paraclínicas básicas definidas para este nivel, para establecer un diagnóstico presuntivo sindromático y comenzar el tratamiento sintomático, farmacológico y de rehabilitación de base comunitaria.
6. Para establecer el diagnóstico confirmatorio, el médico del Primer Nivel de Atención debe referir el caso al especialista del Segundo Nivel, preparado en la Línea de Atención de las enfermedades del Sistema Músculo Esqueléticas.
7. De no poderse establecer un diagnóstico de certeza en el Segundo Nivel, se debe referir el caso a las Unidades o Servicios Especializados del Tercer Nivel, especialmente en casos que de acuerdo a la historia natural de la enfermedad, son más susceptibles de presentar complicaciones y requerir tratamiento más complejo.

CAPÍTULO X
PROGRAMA SALUD BUCAL

EQUIPO RESPONSABLE DE ESTE CAPÍTULO

COORDINACIÓN NACIONAL DE SALUD BUCAL

Equipo Técnico

Od. Ana Karina Elorza COORDINADORA NACIONAL DE SALUD BUCAL

Od. Aryana Espinoza

Od. José Juan Delgado

PARTICIPANTES EN LA REDACCIÓN

Od. Ana Karina Elorza

Od. Silvia Príncipe Escalona

Od. Gleris Pérez Pérez

ASESORÍA Y REVISIÓN:

Dra. Alcida Pérez de Velásquez

Lic. Freddy Mejía

INTRODUCCIÓN

El Plan de Desarrollo Económico y Social Simón Bolívar 2007–2013, plantea 7 directrices de desarrollo en la transición al socialismo, que conjuntamente con sus objetivos y estrategias constituyen el Marco de Referencia para el Plan Nacional de Salud 2009–2013/2018.

Una de las directrices del Plan Simón Bolívar es: **La Suprema Felicidad Social**, “La construcción de una estructura social incluyente, un nuevo modelo social, productivo, humanista y endógeno”, la cual propone entre otras estrategias: “Profundizar la atención integral en salud de forma universal”, que incluye entre sus objetivos: Expandir y consolidar los servicios de atención integral de la salud de forma oportuna y gratuita, y fortalecer la prevención y el control de las enfermedades.

En concordancia con lo antes señalado, la Coordinación del Programa Nacional de Salud Bucal del Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS), es la encargada de elaborar y diseñar las políticas, planes, programas, normas, vigilancia epidemiológica y asesoramiento, que permita contribuir a la adecuada Salud Bucal de la población de la República Bolivariana de Venezuela, con la finalidad de hacerla más equitativa; mejorando la eficiencia, incrementando la cobertura y la solidaridad de manera oportuna, con calidad y calidez, sin distinción de raza y estrato social así como, para brindarle mayor acceso a la comunidad.

Nuestra contribución, al nuevo modelo, enfatiza en las acciones de fomento, promoción y prevención, tal como reza en nuestra Carta Magna, en el Artículo No. 84 que establece: “Para garantizar el derecho a la salud, el Estado creará, ejercerá la rectoría y gestionará un Sistema Público Nacional de Salud, de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al Sistema de Seguridad Social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad. **El Sistema Público Nacional de Salud dará prioridad a la promoción de la salud y prevención de las enfermedades**, garantizando tratamiento oportuno y rehabilitación de calidad”.

Se ha venido avanzando en una política de ampliación de la cobertura de salud bucal, pasando del predominio de las exodoncias a la incorporación de tecnologías de preservación y rehabilitación bucal. Se han hecho esfuerzos por desarrollar acciones de promoción y de prevención, específica y masiva en salud bucal, las cuales requieren consolidarse. Es por ello, que se ha considerado de primordial importancia la revisión y actualización de la Norma del Programa Nacional de Salud Bucal, enfatizando la atención primaria de salud y los aspectos ya descritos.

Con estos logros Venezuela está encaminada a cumplir con las Metas del milenio en Salud Bucal propuestas en el año 2000 – 2015.

La Organización de Facultades, Escuelas y Departamentos de Odontología OFEDO, La Unión de Universidades de América Latina (UDUAL), la Federación Odontológica Latinoamericana (FOLA), y la Coordinación de Servicios Odontológicos de América Latina, en el marco de las metas del milenio, se acogen a los nuevos objetivos planteados

Estas Normas describen cuales son los objetivos del programa, estrategias y actividades que se cumplirán para alcanzar dichos objetivos, las metas programadas por determinados períodos de tiempo, a que población va dirigida el programa, estructura del mismo de acuerdo a la establecida por el Ministerio: Nivel Nacional, Regional, Municipal y/o Distrital y/ Local, se describen las actividades que se realizarán de acuerdo a los diferentes niveles de atención; así como el desarrollo de un sistema de información, control y evaluación; en concordancia a lo establecido en el Plan Nacional de Salud, en el que se plantean las estrategias para alinear la gestión del Estado venezolano con el fin de garantizar el derecho a la salud para el período 2009–2013/2018, de acuerdo a los mandatos de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, y a las directrices, enfoques, políticas y estrategias del Plan de Desarrollo Económico y Social 2007-2013 “Proyecto Nacional Simón Bolívar”

BASE LEGAL

Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999).

Contempla en su Preámbulo y Articulado un conjunto de acciones dirigidas a preservar la salud de todos los ciudadanos, es a partir de ella donde nos basamos para establecer el marco legal del Programa.

- **Artículo 83** establece que la salud es un DERECHO SOCIAL fundamental, parte del Derecho a la Vida.
- **Artículo 84** ordena la creación de un SISTEMA PÚBLICO NACIONAL DE SALUD, bajo la rectoría del Ministerio de Salud, el cual será de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad.
- **Artículo 85** expresa que el financiamiento del sistema público nacional de salud es obligación del Estado.
- **Artículo 86** establece que toda persona tiene derecho a la seguridad social como servicio público de carácter no lucrativo, que garantice la salud y asegure protección en diferentes contingencias.

Igualmente, la CRBV reconoce como derechos un conjunto de determinantes de la salud, como es el derecho a la educación, nutrición, vivienda, cultura, trabajo, entre otras. Esto implica que todo el articulado va dirigido al buen vivir que nos lleva a la suprema felicidad.

Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social (2002)

En el Artículo 1 se establece que el Sistema de Seguridad Social regula la gestión de sus regímenes prestacionales dentro de los cuales está el componente de salud.

En el Artículo 18 se establece cuales son las prestaciones que garantiza: Protección y la educación para la salud y la calidad de vida, la prevención de enfermedades y accidentes, la restitución de la salud y la rehabilitación; oportuna, adecuada y de calidad.

En el Artículo 52 Se crea el Régimen Prestacional de Salud en consonancia con los principios del Sistema Público Nacional de Salud que tiene por objeto garantizar el derecho a la salud como parte del derecho a la vida en función del interés público, en todos los ámbitos de la acción sanitaria dentro del territorio nacional.

La Ley Orgánica de Salud (1998)

En el **Artículo 1** contempla todo lo relacionado con la salud en el territorio de la República.

Establecerá las directrices y bases de salud como proceso integral, determinará la organización, funcionamiento, financiamiento y control de la prestación de los servicios de salud de acuerdo con los principios de adaptación científico-tecnológica, de conformidad y de gratuidad, este último en los términos establecidos en la Constitución de la República. Regulará igualmente los deberes y derechos de los beneficiarios, el régimen cautelar sobre las garantías en la prestación de dichos servicios, las actividades de los profesionales y técnicos en ciencias de la salud, y la relación entre los establecimientos de atención médica de carácter privado y los servicios públicos de salud contemplados en esta Ley.

En el **Artículo 5** se establece que el Ministerio de la Salud será el órgano rector y planificador de la administración pública nacional de la salud. Ejercerá la dirección técnica y establecerá las normas administrativas, así como la coordinación y supervisión de los servicios destinados a la defensa de la salud.

En el **Artículo 6** el Ministerio de la Salud en su condición de máximo responsable del sector salud, establecerá un proceso de coordinación con los demás ministerios que tengan acciones que desarrollar en relación con la salud.

Ley de Ejercicio de la Odontología, promulgado el 27 de Julio de 1970 y **su Reglamento**, promulgado el 10 de Enero de 1973.

Artículo 2. Se entiende por ejercicio de la odontología la prestación de servicios encaminados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, deformaciones y accidentes traumáticos de la boca y de los órganos o regiones anatómicas que la limitan o comprenden. Tales intervenciones constituyen actos propios de los profesionales legalmente autorizados, quienes podrán delegar en sus auxiliares aquellas intervenciones claramente determinadas en esta Ley y su Reglamento.

2. Hacer inscribir su Título o Licencia en el Registro que a tal efecto se llevara en el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social y en la Unidad Sanitaria de la jurisdicción donde ejerza el profesional.

El Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, actualmente Ministerio del Poder Popular para la Salud, publicara en la Gaceta Oficial la lista que le suministrara el Colegio de Odontólogos de Venezuela en los primeros diez (10) días de enero de cada año y por orden alfabético del primer apellido, los nombres de los profesionales de la odontología inscritos y con derecho a ejercer hasta el 31 de diciembre del año anterior, con especificación del numero de Cédula de Identidad, nombre de la Universidad que le expidió, revalido o comprobó la equivalencia del correspondiente Título de acuerdo con tratados o convenios celebrados con la Nación, y por último, la fecha de su inscripción en el Colegio de Odontólogos. Los profesionales que no aparezcan en la lista, podrán ejercer su profesión siempre que comprueben que han cumplido las correspondientes disposiciones de esta Ley y su Reglamento.

Decreto No.3.141 - año: 1993. Mediante el cual se instituye el “Programa Nacional de Yodación y Fluorización de la Sal destinada al consumo humano y uso veterinario”.

Este Decreto cumple con el mandato que se convenido en la reunión de ministros que celebran periódicamente los países miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), donde se decidió que en los países de la Región de las Américas debe implementarse un Programa de Prevención Masiva para la prevención y control de la Caries Dental y Venezuela asumió la Fluorización de la Sal

Como Rectores de las políticas en salud bucal, somos vigilantes del cabal cumplimiento del Decreto Ley y sus Resoluciones, de manera de lograr el beneficio buscado como es la disminución de la Caries Dental.

Para el desarrollo del Programa se establecieron varios Resoluciones Ministeriales que permitieron el avance del mismo como son:

Resolución Ministerial No. 290 – año: 1993 y 2000

Se dictan Normas Técnicas y Procedimientos para la ejecución del “Programa Nacional de Yodación y Fluorización de la Sal destinada al consumo humano y uso veterinario”.

Es competencia del Programa realizar acciones conjuntamente con la Dirección de Higiene de los Alimentos del MPPS, en lo referente a la Vigilancia y Control del Proceso de Fluorización de la sal, parte de esa actividad va dirigida al fiel cumplimiento de la dosificación del fluoruro en sal, establecida en este instrumento, así como la correcta utilización del Método Potenciométrico para su determinación química, el Programa de Salud Bucal lo realiza a través de las Visitas Técnicas Programadas trimestralmente, esto permite el acompañamiento al personal Técnico de laboratorio, como el de Planta. Igualmente dicta los Lineamientos que deben cumplir las Coordinaciones Regionales de Salud Bucal, para el fortalecimiento del proceso.

Resolución Ministerial No.561.391 – año: 1995

Se dictan las Normas para el Reenvasado y Comercialización de la Sal Comestible.

Esta Resolución establece los lineamientos de carácter sanitario que deben cumplir las empresas procesadoras y reenvasadoras de sal para consumo humano directo o indirecto, dentro del marco del “Programa Nacional de Fluorización de la Sal”, para el cumplimiento de lo normado el Programa de salud Bucal realiza acciones conjunta con la Dirección de Higiene de los Alimentos del MPPS, de manera de hacerle vigilancia y control, mediante visitas técnicas a las empresas productoras y /o distribuidoras de sal, de manera que este producto llegue en condiciones inocuas y debidamente Fluorizada y Yodada

Resolución Ministerial No.sg-957 – año: 1995

Creación de la Comisión Nacional de Yodación y Fluorización de la Sal (CONYFLUSAL).

Esta Comisión está conformada por representantes de diferentes instituciones donde el MPPS cuenta con dos representantes de los cuales uno pertenece a la Coordinación Nacional de Salud Bucal, este debe realizar un trabajo en equipo para darle cumplimiento a las atribuciones que le confiere esta norma entre las cuales tenemos:

La Comisión se encargó de elaborar las Normas para el desarrollo del proceso, e igualmente es la encargada de su revisión periódica, para su actualización.

Elabora el Plan Nacional de trabajo

Promueve y estimula el desarrollo del recurso humano, que a diferentes niveles de responsabilidad desempeñan funciones en todos los niveles del programa

Promueve campañas masivas de educación para la salud Coordina, controla y vigila el desarrollo del programa de Fluorización y Yodación

Promueve la investigación epidemiológica, clínica y biológica en esta área

Resolución Ministerial No. 0048 – año: 1999

Se dictan las Normas para la elaboración de una Pasta Dental Infantil con Concentraciones de Fluoruros no mayor de 500 ppm.

Los Estudios de investigación demostraron que el 97% de la población venezolana comprendida entre las edades de 3 a 5 años, dada su corta edades tienden a tragar la pasta dental las cuales contienen fluoruros con altas concentraciones, sumado a esto en Venezuela se está fluorizando la sal, y las recomendaciones de los expertos indican que solamente debe haber una

sola ingesta de fluoruros por vía sistémica, de manera de evitar la Fluorosis Dental, por esta razón se decidió, exigir mediante esta Resolución la elaboración por parte de las Empresas productoras y distribuidoras de una pasta dental, la elaboración y comercialización de una pasta dental infantil con tenores de fluoruros no mayor de 500 ppm, lo que permitirá prevenir la Fluorosis Dental.

Proyecto Nacional Simón Bolívar, Primer Plan Socialista (PPS), Desarrollo Económico Social de la Nación 2007-2013

El Plan de Desarrollo Económico y Social Simón Bolívar 2007–2013, plantea 7 directrices de desarrollo en la transición al socialismo, que conjuntamente con sus objetivos y estrategias constituyen marco de referencia para el Plan Nacional de Salud 2009–2013/2018.

La segunda directriz del Plan Simón Bolívar es: **La Suprema Felicidad Social**, “La construcción de una estructura social incluyente, un nuevo modelo social, productivo, humanista y endógeno”, la cual propone entre otras estrategias: “Profundizar la atención integral en salud de forma universal”, que incluye entre sus objetivos: Expandir y consolidar los servicios de atención integral de la salud de forma oportuna y gratuita, y fortalecer la prevención y el control de enfermedades.

Plan Nacional de Salud 2009-2013/2018

En el Plan Nacional de Salud, se plantean las estrategias para alinear la gestión del Estado venezolano con el fin de garantizar el derecho a la salud para el período 2009–2013/2018, de acuerdo a los mandatos de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, y a las directrices, enfoques, políticas y estrategias del Plan de Desarrollo Económico y Social 2007-2013.

Reglamento Orgánico del MPPS. Promulgado el 26 de Diciembre de 2006

DEL DESPACHO DEL VICEMINISTRO DE REDES DE SALUD COLECTIVA

Artículo 25. El Viceministro de Redes de Salud Colectiva tendrá a su cargo el desarrollo y conducción de la salud colectiva del Sistema Público Nacional de Salud, la definición, planificación, formulación, coordinación, seguimiento y evaluación de las políticas, estrategias, planes generales, programas y proyectos en el ámbito nacional, dirigidos a preservar la salud pública, mediante acciones de promoción y prevención de enfermedades, de control ambiental y de cualquier otra que garantice la conservación y recuperación de las condiciones saludables de los individuos, de la colectividad y del ambiente.

Artículo 29. Corresponde a la Dirección General de Programas de Salud:

6. Formular y desarrollar programas nacionales para la prevención y control de los problemas de salud, bajo enfoques de integralidad, universalidad, equidad y calidad.
7. Establecer estándares básicos de normas para la atención en salud.

Gaceta Oficial No. 39.512, de Fecha: 17 de septiembre de 2010. Creación de La Coordinación Nacional y Estatal de la Misión Sonrisa.

Se constituye un equipo coordinador que permita el cabal desarrollo de la Misión, el cual cumplirá con las siguientes funciones:

Planificar, programar, dirigir y supervisar el cumplimiento de la programación de actividades y metas por lograr de la Misión Sonrisa a Nivel Nacional.

Evaluación, control y seguimiento de los datos relativos a las actividades y rendimiento obtenido por los Centros de Atención Odontológica Integral y Centros de Rehabilitación Protésica de la Misión Sonrisa.

Manejar el inventario de materiales, insumos y equipos pertenecientes a la Misión Sonrisa ubicados en los Almacenes del Ministerio del Poder Popular para la Salud así como ordenar el despacho de los materiales e insumos solicitados por los Centros de Misión Sonrisa.

Planificar las adquisiciones y distribución de insumos, equipos y materiales necesarios para el funcionamiento de los Centros de Misión Sonrisa.

Trabajar articuladamente con las demás Instituciones gubernamentales para garantizar la puesta en marcha de las políticas del Ministerio del Poder Popular para la Salud.

INSTRUMENTOS POLÍTICOS:

Establecimiento de Convenios que coadyuvan al cumplimiento de los objetivos del programa

- Convenio Cuba Venezuela
- Convenio China Venezuela

En estos Convenios se establecen las diferentes responsabilidades que debe cumplir cada gobierno, en lo referente a equipamiento, infraestructura, instrumental, insumos, repuestos, mantenimiento, entre otros.

JUSTIFICACIÓN

La Odontología, concebida como una ciencia de la salud, ha estudiado o establecido que en el ámbito del bienestar biopsicosocial de los individuos, las evidencias muestran una marcada relación del estado de salud bucal con la salud integral, que repercute en la calidad de vida de la población

Las enfermedades bucales de mayor prevalencia, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), son la Caries Dental y la Enfermedad Periodontal; las de frecuencia media son las anomalías Cráneo-facio-dentales y Mal Oclusiones; las de frecuencia variable el Cáncer Bucal, las Alteraciones de Tejidos Bucales, los Traumatismos Maxilofaciales y la Fluorosis Dental, situación ésta que igualmente se presenta en nuestro país.

En Venezuela, los dos últimos estudios nacionales sobre la prevalencia e incidencia de los problemas bucales se realizaron en los años 1997 y 2006, los cuales arrojaron la siguiente información: la Caries Dental y la Enfermedad Periodontal son identificadas entre las cinco de mayor demanda de atención en los servicios de salud del país, situación que genera la necesidad de grandes gastos económicos que rebasan la capacidad del sistema de salud y de la misma población.

Hay logros importantes que destacar como es, mayor compromiso por parte de los Empresarios Salineros de cumplir con lo Normado referente a la adición adecuada de fluoruros en la sal, de manera de conseguir el beneficio planteado como es contribuir a disminuir la incidencia y prevalencia de la Caries Dental; la implementación de la Misión Sonrisa que conlleva a la rehabilitación mediante la colocación de prótesis dental a aquellos individuos afectados por la agresión de los problemas bucales, de manera de ir pagando una deuda social acumulado por largo tiempo; el aumento de la cobertura ha sido importante, así como nuevos ingresos del talento humano en el área de la odontología.

Se hizo necesario optimizar la eficiencia y eficacia del Programa de Salud Bucal, mediante la aplicación de un conjunto de herramientas que se establecerán con el objeto de dar una atención integral a través de los diferentes niveles de nuestra red de servicios de salud, cumpliendo así, con las, funciones prioritarias del sector salud como son la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, dando atención igualmente a la restauración y rehabilitación del individuo, la familia y la comunidad, con el fin último de mejorar la calidad de vida de la población venezolana.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Contribuir dentro del marco de la Salud Pública, al logro de la salud bucal integral de toda la población venezolana, sin distinción de clase, raza, edad, género y condición socio-económica, con énfasis en la promoción y prevención, estableciendo un adecuado equilibrio con los componentes restaurativos y de rehabilitación, con la participación protagónica de la comunidad,

en un trabajo interprogramático, intersectorial e interinstitucional; promoviendo la investigación y la capacitación del personal de la odontología, contando con el apoyo de un Sistema de Vigilancia Epidemiológica adecuado, e igualmente fortaleciendo el Marco Regulatorio que rige las acciones de salud bucal en el país.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Fortalecer patrones de socialización de las nuevas generaciones centrados en una valoración positiva y prácticas adecuadas de autocuidado bucal, en conjunto con el Ministerio de Educación y el Poder Comunal.
- Implementar acciones de difusión, educación y comunicación masivas, en conjunto con las organizaciones del Poder Popular, el resto del equipo de salud y los otros sectores de la política pública, de manera de construir con la población el conocimiento y cambio de actitudes dirigidas a una mejor calidad de vida, sobre las principales enfermedades buco dentales, sus consecuencias, cómo prevenirlas y dónde recibir la atención odontológica idónea, con la corresponsabilidad de todos.
- Concertar con los entes de educación universitaria la formación de Odontólogos y personal técnico en sintonía con la norma del este Programa y con las capacidades operativas requeridas; así como, el desarrollo de la Educación y capacitación continua y en servicio de todo el personal del área.
- Brindar atención odontológica integral, en sus diferentes niveles, con la cooperación del Poder Popular, con los cuidados primarios a la población (específicos y masivos) y la atención restaurativa y de rehabilitación, así como el beneficio de la atención de urgencia.
- Consolidar un Sistema de Información que sea oportuno, confiable, y sencillo, que brinde la información generada por todos los actores y servir de instrumento para elevar la conciencia colectiva, definir corresponsabilidades y evaluar la marcha del programa.
- Desarrollar la investigación operativa específica para cada nivel de atención y en los distintos territorios sociales.

ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES:**Estrategia 1: Promoción de patrones de socialización para mantener la salud bucal**

Coordinación con definición de corresponsabilidades, entre el equipo básico de salud (médico y odontológico), las instituciones educativas y las estructuras comunales, en la promoción de patrones de socialización a nivel familiar, educacional y comunal, orientados a una valoración positiva y prácticas adecuadas de autocuidado bucal, bajo la perspectiva de la APS,

Actividades

- Diseño y ejecución de Planes comunicacionales nacionales, regionales y locales con participación activa del Poder Popular.
- Diseño y ejecución de un Plan nacional para mejorar las prácticas colectivas sobre régimen alimentario e higiene bucal, con la participación de las instancias regionales, intersectoriales y voceros de diversas instancias del Poder Popular.
- Acompañamiento de la labor del sistema educativo de maternal a bachillerato en la socialización para mantenerse sanos y prevenir las enfermedades bucales.

Estrategia 2: Fortalecimiento del proceso de Fluoruración de la Sal

Coordinación del equipo de salud bucal con las instancias inter e intra ministeriales e intersectoriales para el debido cumplimiento de las regulaciones establecidas, para el desarrollo del proceso de Fluoruración de la Sal.

Actividades

- Conformación de los equipos intersectoriales para coordinar y desarrollar el Proceso de Fluoruración de la Sal.
- Elaboración de un Plan de Acción conjunto intersectorial para la Vigilancia, control y seguimiento del proceso de fluoración de la sal.

Estrategia 3: Fortalecimiento de la línea de Atención Odontológica Integral

Fortalecimiento de la atención odontológica integral, con los cuidados primarios a la población (específicos y masivos) y la atención restaurativa y de rehabilitación, así como el beneficio de la atención oportuna de las urgencias, en todos los niveles de atención, con sistemas efectivos de referencia-contrarreferencia.

Actividades

- Definición, en conjunto con el Viceministerio de Redes de Servicios, de los recursos necesarios para la ejecución del programa en los diferentes niveles de atención y de acuerdo con las metas establecidas en las unidades de tiempo.
- Capacitación continua del personal de los niveles de atención en salud en las pautas y procedimientos del Programa de Salud Bucal.
- Gestión articulada con las regiones en lo referente la dotación de medicamentos, insumos y equipos del programa de acuerdo con las necesidades de la población
- Monitoreo de la atención en los diferentes niveles de la red.

Estrategia 4: Formación de profesionales en salud bucal integral

Fortalecimiento de las competencias en las carreras relacionadas con salud, en los aspectos de salud colectiva y, específicamente, en Salud Bucal, relativos a la promoción de estilos y condiciones de vida, prevención y tratamiento de las enfermedades bucales y su rehabilitación, en coordinación con la Dirección de Investigación y Educación del MPPS y del Ministerio de Educación Universitaria.

Actividades

- Diseño de contenidos curriculares del componente de Salud Bucal, en conjunto con la Dir. de Investigación y Educación del MPPS y del ministerio de Educación Universitaria, para su implementación en las carreras de Odontología y personal técnico correspondiente.
- Implementación de los contenidos curriculares del componente de Salud Bucal, en las universidades nacionales que dictan carreras de Odontología y personal técnico correspondiente, en conjunto con la Dirección General de Investigación y Educación del MPPS y del ministerio de Educación Universitaria.
- Fortalecimiento en la carrera de Odontología y personal técnico correspondiente, de lo referente a las pasantías en los niveles de atención del sector público mediante el establecimiento de acuerdos con la Dirección General de Investigación y Educación del MPPS y las universidades del país.

Estrategia 5: Mejoramiento continuo del personal de salud bucal en servicio

Mantener un desarrollo continuo de las capacidades y competencias del personal de salud bucal en servicio, en todos los aspectos normados por el Programa.

Actividades

- Diseño de un plan de capacitación continua en servicio, por niveles, por profesiones y funciones, en el área de promoción, prevención y atención en salud bucal, en coordinación con la Dirección G. de Educación e Investigación y las Direcciones Estadales de Salud.
- Ejecución del plan de capacitación continua en salud bucal, con un horizonte hasta 2018.

Estrategia 6: Relanzamiento del Sistema de Información operativo, clínico-epidemiológico y gerencial de las enfermedades bucales**Actividades**

- Fortalecimiento del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las enfermedades bucales del país.
- Fortalecimiento de la vigilancia de la gestión de los planes del PNSB.
- Seguimiento y evaluación periódicos del PNSB, basado en indicadores de la eficiencia, eficacia, efectividad e impacto.

Estrategia 7: Fortalecimiento del Control de la Gestión

Fortalecimiento de la captura y procesamiento de información para el seguimiento y la evaluación de la gestión mediante indicadores de eficiencia, eficacia, efectividad e impacto, del Programa de Salud Bucal.

Actividades

- Coordinación con los Programas de Salud que integran la Dirección de Enfermedades Crónicas No Trasmisibles para el fortalecimiento integrado de la vigilancia de la gestión de sus programas y planes.
- Seguimiento y evaluación periódicos basado en indicadores de la eficiencia, eficacia, efectividad e impacto del PSB.

Estrategia 8: Desarrollo de la investigación en Salud Bucal

Incentivar la investigación básica-clínica, epidemiológica y social, en el área de salud bucal, en coordinación y cooperación con la Dirección General de Educación e Investigación, los Centros de Investigación de las Universidades nacionales e internacionales, las sociedades científicas y las organizaciones multilaterales (OMS-OPS. UNICEF, etc.).

Actividades

- Diseño de una agenda de prioridades de investigación en salud bucal, en conjunto con la DGEI, para ser discutido y ejecutado con los Centros de Investigación de las Universidades nacionales e internacionales, las sociedades científicas y las organizaciones multilaterales (OMS-OPS. UNICEF, etc.).
- Desarrollo de investigaciones operativas en todos los niveles de atención, en cooperación con las DES, las jefaturas de distritos y municipios, las direcciones de establecimientos y la comunidad organizada

POBLACIÓN OBJETO

Toda la población que habite en el territorio nacional, con equidad para los grupos de riesgo, comprendidos en las edades de 0 a 14 años, embarazadas, pacientes con enfermedades crónicas, personas con discapacidad, de la tercera edad y población indígena.

CAMPO DE APLICACIÓN

Estas Normas son de aplicación y de cumplimiento obligatorio, para todos quienes trabajen en el área de la salud bucal en Venezuela, tanto en el sector público como privado.

ESTRUCTURA DEL PROGRAMA

El Programa Nacional de Salud Bucal se estructura en:

Nivel Normativo Gerencial con tres dimensiones:

- **Central:** constituido por la Coordinación Nacional del Programa Salud Bucal adscrita a la Dirección General de Programas de Salud del Viceministerio de Redes de Salud Colectiva, del Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS).
- **Estadal:** representado por las Coordinaciones Estadales del Programa, dentro de las Direcciones Regionales de Salud.
- **Municipal o Distrital:** establecidos en las instancias Distritales o Municipales de salud de los Estados.

Nivel Local Ejecutor con tres Niveles de Atención de complejidad médica creciente: Primer Nivel, Segundo Nivel y Tercer Nivel de Atención.

FUNCIONES DEL NIVEL CENTRAL (Normativo y Gerencial)

- Revisar y actualizar las normas, planes, estrategias y acciones orientadas a la promoción de modos y estilos de vida saludables, la prevención, el tratamiento y el control de las enfermedades priorizadas en el Programa Nacional de Salud Bucal (PNSB).
- Informar a miembros de la comunidad organizada sobre promoción de la salud y prevención de las enfermedades bucales, con miras a impulsar la corresponsabilidad de ciudadanos y comunidades, a través de la difusión en los diferentes medios públicos, privados y comunitarios, en coordinación con la OCRI.
- Acordar con el MPP de Educación Universitaria, en coordinación la DGEI del MPPS, la incorporación y actualización de la norma del PNSB en los planes de formación de pre-grado y post-grado universitario del área de la Odontología y carreras técnicas relacionadas. Igualmente, acordar con el Ministerio de Educación, la incorporación de los contenidos de prevención y atención de las enfermedades bucales, desde el nivel de pre-escolar a bachillerato.
- Determinar las prioridades de investigación en el área de la salud bucal, en conjunto con la DGEI del MPPS, los Centros de Investigación, las Universidades, las Sociedades Científicas y los entes multilaterales relacionados con la gestión de proyectos.
- Conformar e integrar con las coordinaciones de programas, sectores relacionados con la salud bucal e instituciones afines, la conformación de equipos de trabajo interprogramáticos, intersectoriales e interinstitucionales.
- Coordinar con la Misión Sonrisa la referencia y la contrarreferencia de personas con detectadas por el PNSB, para que reciban la rehabilitación en el ámbito de su competencia.

- Ejecutar e implementar el sistema de vigilancia epidemiológica integral (convencional y comunitaria) y estimar las características epidemiológicas de las enfermedades bucales, en cooperación con la DG Epidemiología.
- Evaluar y monitorear el cumplimiento de las normas y protocolos establecidos en el Programa Nacional de Salud Bucal, a través de la supervisión de los entes encargados de su implementación a nivel nacional.
- Presentar los informes de resultados del Programa Nacional de Salud Bucal ante organismos internacionales y nacionales.

FUNCIONES DEL NIVEL ESTADAL (Normativo-Gerencial)

- Definir la complejidad de la estructura de la Coordinación Regional, de acuerdo con las pautas dictadas por la Norma del PNSB y la situación del estado correspondiente.
- Ejecutar el Programa Nacional de Salud Bucal (PNSB) en su estado, adecuándolo a la situación existente en el mismo, bajo la dirección del Nivel Central y en coordinación con el Nivel Central y las otras coordinaciones estatales.
- Controlar la ejecución del PNSB, mediante la supervisión, monitoreo y evaluación de sus componentes operativos, epidemiológicos y gerenciales.
- Mantener actualizado el Sistema de Información de Salud en el Nivel Estatal, en sus componentes operativos, epidemiológicos y gerenciales, de acuerdo con las normas establecidas en el PNSB.
- Establecer lineamientos para llevar adelante acciones interinstitucionales con los empresarios salineros, para el desarrollo del proceso de Fluoruración de la Sal, a través del fiel cumplimiento del "Sistema de Vigilancia y control para la fortificación de la sal con Flúor y Yodo".
- Establecer acciones interinstitucionales con el organismo responsable de administrar, vigilar y controlar las diferentes fuentes de agua, con la finalidad de evitar la Fluorosis Dental, producto de las altas concentraciones de fluoruros en el agua para consumo humano.

FUNCIONES DEL NIVEL MUNICIPAL O DISTRITAL (Normativo-Gerencial)

- Implementación y desarrollo del Programa de Salud Bucal de acuerdo a los lineamientos emanados del Nivel estatal, en concordancia con la norma establecida por el Nivel Central.

- Impulsar la participación activa de la comunidad organizada en el PNSB, tanto en la corresponsabilidad en la ejecución de las actividades como en su control, para el cumplimiento de las mismas.
- Controlar la ejecución del PNSB, mediante la supervisión, monitoreo y evolución de sus componentes operativos, epidemiológicos y gerenciales.
- Mantener actualizado el Sistema de Información de Salud en el Nivel Municipal, en sus componentes operativos, epidemiológicos y gerenciales, de acuerdo con las normas establecidas en el PNSB.

FUNCIONES DEL NIVEL LOCAL (Ejecutor-Gerencial)

- Analizar la situación de salud de su área de influencia, de acuerdo con el nivel de atención médica.
- Programar, con la participación de los diversos actores implicados y basados en el análisis de su situación, las acciones locales en concordancia con la normas del PNSB.
- Aplicar la programación local en el territorio social de su área de influencia, según el nivel de atención médica, desde lo referente a la promoción, la prevención y la atención hasta la rehabilitación, dirigido a la población diana del PNSB.
- Controlar la ejecución del PNSB, mediante la supervisión, monitoreo y evaluación de sus componentes operativos, epidemiológicos y gerenciales.
- Mantener actualizado el Sistema de Información de Salud en el Nivel Local, en sus componentes operativos, epidemiológicos y gerenciales, de acuerdo con las normas establecidas en el PNSB.

ACTIVIDADES SEGÚN NIVELES DE ATENCIÓN

NIVEL DE ATENCIÓN	ACTIVIDADES
<p style="text-align: center;">PRIMER NIVEL Consultorios Populares de Barrio Adentro. Ambulatorios Rurales Tipo I y II Ambulatorios Urbanos Tipo I</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hacer el Análisis de Situación de Salud (ASIS) comunitario, con participación de todos los actores. ▪ Hacer el informe de situación de la salud bucal en el territorio del área de influencia del establecimiento de APS, con sus respectivos indicadores definidos por el Programa. ▪ Elaborar el Plan Anual del PSB de la población del área de influencia del establecimiento de APS, en conjunto con los líderes comunitarios. ▪ Presentar ante la asamblea de la comunidad, para su aprobación del área de influencia, del Plan Anual del Programa y los compromisos de corresponsabilidad ciudadana e institucional. ▪ Ejecutar, por los equipos básicos de atención médica y odontológica, las actividades de promoción de factores protectores de la salud bucal individual y familiar, aprobadas en el Plan Anual de SB de la comunidad del área de influencia del establecimiento de APS (consultorio, en la visita a la familia, la escuela y otros espacios de vida colectiva tales como centros de trabajo, religiosos, etc.) ▪ Ejecutar, por el equipo básico de odontología, las actividades de prevención de enfermedades bucales prevalentes, realizando la detección temprana de la placa bacteriana, las Fosas y Fisuras y Lesiones Premalignas y Malignas. ▪ Ejecutar las restauraciones odontológicas definidas por el PNSB para ser manejadas por el Primer Nivel de Atención, incluyendo las emergencias, e indicar la referencia al nivel especializado para su resolución de acuerdo con la norma. ▪ Gestionar ante su nivel normativo gerencial, la dotación de insumos y medicamentos requeridos para la atención de los pacientes en control del programa. ▪ Recolectar el dato básico de la información de la situación de salud bucal, utilizando la Historia Clínica Básica Integrada, la Ficha Familiar, los Análisis de Situación de Salud (ASIS) Comunitarios y los registros específicos del PNSB. ▪ Llenar los formatos de Epidemiología y de Programas del SIS. ▪ Analizar los indicadores de insumos, de procesos y resultados de las actividades. ▪ Monitoreo de la ejecución del PNSB, a nivel de las familias de su área de influencia, de los individuos atendidos en las consultas, y otros agrupamientos de su comunidad, de acuerdo con las normas y los indicadores del programa. ▪ Evaluar la ejecución del PNSB en sus componentes operativos, epidemiológicos y gerenciales y su envío al nivel normativo correspondiente, de acuerdo con las normas y los indicadores del programa.

<p>SEGUNDO NIVEL Clínicas Populares Centros De Atención Odontológica Integral Centros De Diagnóstico Integral (CDI) Centros De Rehabilitación Protésica</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar la evaluación bucal especializada, incluyendo las emergencias que se presenten a este nivel. ▪ Ejecutar actividades educativas en las salas de espera. Información y concientización directa al individuo, familiares y comunidad, sobre la promoción de la salud bucal. ▪ Detectar tempranamente las complicaciones de enfermedades bucales o asociadas a ellas, a fin de poder ofrecer tratamiento oportuno y continuo por parte del odontólogo. ▪ Efectuar las restauraciones odontológicas normadas para este nivel como eliminación de los focos infecciosos y factores irritantes, procesos cariosos, colocación de material restaurativo intermedio y definitivo, pulpotomías, tratamientos de conducto, Ortodoncia Interceptiva y/o Ortopedia Funcional, tratamientos de Cirugía Bucal, entre otros. ▪ Gestionar ante su nivel normativo gerencial, la dotación de insumos y medicamentos requeridos para la atención de los pacientes en control del programa. ▪ Referir los pacientes que requieran diagnósticos confirmatorios y atención quirúrgica (Cirugía Bucal, Máxilo Facial y Ortognática), cuya resolución corresponde al Tercer Nivel de atención, y contrarreferir los casos provenientes de los establecimientos de APS. ▪ Llevar el Sistema de Información de Salud Bucal en sus componentes operativos, epidemiológicos y gerenciales, correspondiente a su nivel de atención. ▪ Efectuar investigaciones operativas en el marco de las disposiciones del PNSB. ▪ Apoyar las acciones del nivel gerencial para fortalecer la APS en su área de competencia, en atención, docencia e investigación.
<p>TERCER NIVEL Hospitales Generales Hospitales Especializados</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cumplir con las actividades asistenciales asignadas en consultas, hospitalización quirúrgicas y de emergencia, de acuerdo con protocolos de la Odontología Basada en la Evidencia. ▪ Determinar y solicitar los requerimientos de todos los recursos de su unidad, de acuerdo con la norma del PNSB, para dar cumplimiento a su gestión con eficacia y eficiencia. ▪ Apoyar la capacitación y la educación continua al personal de salud bucal en el área de sub-especialidades y el área quirúrgica. ▪ Hacer efectiva la referencia y contrareferencia, de los casos referidos por el segundo nivel y las interconsultas que solicite y le sean solicitadas. ▪ Llevar el Sistema de Información de Salud Bucal, en sus componentes operativos, epidemiológicos y gerenciales, correspondiente a su nivel de atención. ▪ Efectuar investigaciones operativas, básicas, epidemiológicas y clínicas en el marco de las disposiciones del PNSB.

DISPOSICIONES GENERALES

1. Debe incorporarse en las agendas construidas con los Consejos Comunales, la adopción de modos, estilos y condiciones de vida saludables, que contengan alimentación saludable, lactancia materna, actividad física cotidiana, manejo adecuado del estrés, hábitos de higiene bucal (cepillado dental adecuado con cremas fluoruradas, restricción de ingestas de carbohidratos entre comidas), entre otros.
2. Se deben efectuar en la comunidad del área de influencia del establecimiento de APS, pesquisas de caries y de prótesis dental, indicándose la referencia al servicio odontológico del Primer Nivel. (Ver Guía Práctica).
3. Toda la población del área de influencia del establecimiento del Primer Nivel de Atención, deben recibir un chequeo anual por salud bucal y tratamiento preventivo de las caries. (Ver Guía Práctica).
4. Toda embarazada controlada por el Primer Nivel de Atención debe ser referida para su evaluación odontológica y su tratamiento adecuado, si lo requiriera.
5. Todo niño ó niña que asista a escuelas del área de influencia de los servicios odontológicos del Primer Nivel, deben recibir los cuidados establecidos por el Programa.
6. Toda persona que asista a la consulta odontológica del Primer Nivel de Atención y presente enfermedades de base que alteran la salud bucal, deben tomarse las medidas definidas por el Programa de acuerdo al caso.
7. Todo niño ó niña recién nacido con paladar hendido y/o labio fisurado, debe recibir atención inmediata, de acuerdo con la Norma del Programa.
8. Toda persona que asista a la consulta odontológica del Primer Nivel de Atención y presente maloclusiones, tratamiento de la pulpa, cirugía, procesos infecciosos, pérdida de piezas dentales, deben ser referidos al Segundo Nivel para su resolución o canalización.

CAPÍTULO XI
PROGRAMA DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES

EQUIPO RESPONSABLE DE ESTE CAPÍTULO

COORDINADOR DEL PROGRAMA NACIONAL DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES

Dr. Ángel Riera

EQUIPO TECNICO REDACTOR

Lic. Aura L. Mendoza A.
Lic. María Andrea Suárez

ASESORÍA:

Dra. Alcida Pérez
Lic. Freddy Mejía

INTRODUCCION

El Plan de Desarrollo Económico y Social Simón Bolívar 2007–2013, plantea siete (7) directrices de desarrollo en la transición al socialismo, que conjuntamente con sus objetivos y estrategias constituyen marco de referencia para el Plan Nacional de Salud 2009–2013/2018.

Una de las directrices del Plan Simón Bolívar es: La Suprema Felicidad Social, “La construcción de una estructura social incluyente, un nuevo modelo social, productivo, humanista y endógeno”, la cual propone entre otras estrategias: “Profundizar la atención integral en salud de forma universal”, que incluye entre sus objetivos: Expandir y consolidar los servicios de atención integral de la salud de forma oportuna y gratuita, Fortalecer la prevención y el control de enfermedades y Optimizar la prevención del consumo de drogas y asegurar el tratamiento y la rehabilitación de la población afectada.

En este contexto, cobra importancia la promoción de un sistema de salud equitativo y de calidad, sobre la base de estrategias comunitarias y participativas sustentadas en realidades y necesidades de la población según género, edad y grupo social para garantizar, entre otras prioridades, la disminución de los trastornos mentales y de los comportamientos adictivos, y sus implicaciones en los accidentes y otros hechos violentos.

Se ha venido avanzando en una política de garantizar atención de larga estancia de enfermos mentales y la atención especializada en el Segundo Nivel. Así mismo, se ha venido normando la atención del tratamiento de las adicciones, en el marco de cumplimiento de las Metas del Milenio, el cual está siendo ejecutado por el Ministerio del Poder Popular de Interior y Justicia. Se han hecho esfuerzos por desarrollar acciones de promoción y de prevención, específica y masiva en salud mental, las cuales requieren consolidarse. Es por ello, que se ha considerado de primordial importancia la revisión y actualización de la Norma del Programa de Salud Mental y Adicciones, enfatizando la atención primaria de salud y los aspectos ya descritos.

Estas Normas describen cuales son los objetivos del programa, estrategias y actividades que se cumplirán para alcanzar dichos objetivos, las metas programadas por determinados períodos de tiempo, a que población va dirigida el programa, estructura del mismo de acuerdo a la establecida por el Ministerio: Nivel Nacional, Regional, Municipal y/o Distrital y/ Local, se describen las actividades que se realizarán de acuerdo a los diferentes niveles de atención; así como el desarrollo de un sistema de información, control y evaluación; en concordancia a lo establecido en el Plan Nacional de Salud, en el que se plantean las estrategias para alinear la gestión del Estado venezolano con el fin de garantizar el derecho a la salud para el período 2009–2013/2018, de acuerdo a los mandatos de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, y a las directrices, enfoques, políticas y estrategias del Plan de Desarrollo Económico y Social 2007-2013 “Proyecto Nacional Simón Bolívar”

BASE LEGAL**Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999):**

- **Artículo 83** establece que la salud es un DERECHO SOCIAL fundamental, parte del Derecho a la Vida.
- **Artículo 84** ordena la creación de un SISTEMA PÚBLICO NACIONAL DE SALUD, bajo la rectoría del Ministerio de Salud, el cual será de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad.
- **Artículo 85** expresa que el financiamiento del sistema público nacional de salud es obligación del Estado.
- **Artículo 86** establece que toda persona tiene derecho a la seguridad social como servicio público de carácter no lucrativo, que garantice la salud y asegure protección en diferentes contingencias.
- **Artículo 122** reconoce el derecho de los pueblos indígenas a una salud integral que considere sus prácticas y culturas.
- **Artículo 132**, establece la corresponsabilidad social para la convivencia y la defensa de los Derechos Humanos.

Igualmente, la CRBV reconoce como derechos un conjunto de determinantes de la salud, como es el derecho a la educación, empleo, nutrición, vivienda, cultura, trabajo, entre otras. Esto implica que todo el articulado va dirigido al buen vivir que nos lleva a la suprema felicidad.

La Ley Orgánica de Salud (1998)

- **Artículo 31:** La educación para la salud es parte fundamental de la estrategia de promoción de salud. Con la participación de la comunidad, el Estado promoverá la cultura por la salud y la vida.

Actualmente en vacatio legis, mientras se discute en la Asamblea Nacional la Ley de Salud de la CRBV (1999).

Proyecto Nacional Simón Bolívar. Primer Plan Socialista. Desarrollo Económico y Social de la Nación 2007-2013 (Enfoque Suprema Felicidad Social).

En la Directriz de la Suprema Felicidad Social, se propone una estructura social incluyente, y se aspira que todos vivamos en las mejores condiciones posibles. Allí se establece la estrategia "Profundizar la Atención integral en Salud de forma universal", donde se exponen las políticas de "Fortalecer la Prevención y Control de Enfermedades", así como "Expandir y Consolidar los Servicios de Salud de forma oportuna y gratuita". También se incluye la optimización de la prevención del consumo de drogas, incluyendo el respectivo tratamiento y rehabilitación de la población afectada.

Plan Nacional de Salud 2009-2013/2018. En el Eje de Condiciones Promotoras de Calidad de Vida y Salud, se definen Políticas para la convivencia ciudadana, la recreación, el deporte, el control de sustancias adictivas, entre otros, las cuales inciden en factores promotores de la salud mental.

Ley Orgánica de Drogas (2010):

- **Artículo 4:** La Oficina Nacional Antidrogas es el órgano rector, encargado de diseñar, planificar, estructurar, formular y ejecutar las políticas públicas y estrategias del Estado contra el tráfico ilícito y el uso indebido de drogas...El tratamiento y rehabilitación de la persona consumidora, se hará en coordinación con el Ministerio del Poder Popular con competencia en materia de Salud.
- **Artículo 11:** El ejecutivo nacional implementará un sistema público de atención y tratamiento de las adicciones, para el abordaje de la problemática de las adicciones en todo el territorio nacional, que contempla un modelo único de atención y de intervención profesional sobre la base de la diversidad, características de la adicción y evolución individual del paciente, su familia y su entorno social a fin de garantizar desde su desintoxicación hasta su reinserción social definitiva.
- **Artículo 16:** El Ministerio del Poder Popular con competencia en materia de Salud, en coordinación con el órgano rector, creará centros de tratamiento y de rehabilitación de terapia especializada para la persona consumidora de las sustancias a que se refiere esta ley, con especial atención a niños, niñas y adolescentes...
- **Artículo 5: Para su organización y funcionamiento, el órgano rector tendrá las siguientes atribuciones:**
Parágrafo segundo: Organizar, dirigir, controlar, coordinar, fiscalizar y supervisar, en el ámbito nacional, la prevención del consumo de drogas; el tratamiento, rehabilitación y reinserción social de la persona consumidora en coordinación con el Ministerio del Poder Popular con competencia en materia de Salud...

Ley Orgánica para niñas, niños y adolescentes LOPNA:

- **Artículo 41: Derecho a la salud y a servicios de Salud:** Todo los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a disfrutar del nivel más alto posible de salud física y mental. Así mismo, tienen derecho a servicios de salud de carácter gratuito y de la más alta calidad, especialmente para la prevención, tratamiento y rehabilitación de las afecciones a su salud. En el caso de niños, niñas y adolescentes de comunidades y pueblos indígenas debe considerarse la medicina tradicional que contribuya a preservar su salud física y mental.
- **Artículo 48 Derecho a atención médica de emergencia:** Todos los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a recibir atención médica de emergencia.

Parágrafo Primero: Todos los centros y servicios de salud públicos deben prestar atención médica inmediata a los niños, niñas y adolescentes en los casos de emergencia.

Parágrafo segundo: Todos los centros y servicios de salud privados deben prestar atención médica inmediata a los niños, niñas y adolescentes en los casos de emergencia, en que peligre su vida, cuando la ausencia de atención médica o la remisión del afectado o afectada a otro centro o servicio de salud, implique un peligro inminente a su vida o daños graves irreversibles y evitables a su salud.

- **Artículo 50. Salud Sexual y Reproductiva:** Todos los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a ser informados e informadas, y educados y educadas, de acuerdo a su desarrollo, en salud sexual y reproductiva, para una conducta sexual u una maternidad y paternidad responsable, sana, voluntaria y sin riesgos...
- **Artículo 51. Protección contra sustancias Alcohólicas, estupefacientes y psicotrópicas:** El Estado, con la activa participación de la sociedad, debe garantizar políticas y programas de prevención contra el uso ilícito de sustancias alcohólicas, estupefacientes y psicotrópicos. Así mismo, debe asegurar programas permanentes de atención especial, para la recuperación de los niños, niñas y adolescentes dependientes y consumidores de éstas sustancias.
- **Artículo 92. Prevención:** Está prohibido vender o facilitar, de cualquier forma, a los niños, niñas y adolescentes:
- Tabaco, b) sustancias estupefacientes y psicotrópicas incluidos los inhalantes, c) sustancias alcohólicas, d) armas municiones y explosivos, e) fuegos artificiales y similares, f) informaciones o imágenes inapropiadas para su edad.

Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (2007):

- **Artículo 4.3. De las garantías para el ejercicio de los derechos:** Las mujeres víctimas de violencia de género, tienen derecho a servicios sociales de atención, de emergencia, de protección, de apoyo y acogida y de recuperación integral. ... Deberá ser: permanente, urgente, especializada y multidisciplinaria profesionalmente...
- **Artículo 7. Educación y Prevención:** el Estado, con la activa participación de la sociedad, debe garantizar programas permanentes de educación y prevención sobre la violencia de género.
- **Artículo 27. Atribuciones del Ministerio con competencia en materia de Salud:** El Ministerio con competencia en materia de Salud, ejecutará los planes de capacitación e información conjuntamente con el Instituto Nacional de la Mujer, para que el personal de salud, que ejerce actividades de apoyo, de servicios y atención médica y psicosocial, actúe adecuadamente en la atención, investigación y prevención de los hechos previstos en ésta ley.

Ley para el Poder Popular de la Juventud, 2002.

- **Artículo 26.** El Estado con la participación solidaria de las familias y la comunidad organizada, deberá establecer centros de rehabilitación para los y las jóvenes que padecen enfermedades por adicción, garantizándoseles sus derechos en educación, salud, deportes y recreación.
- **Artículo 36.** El órgano rector en materia de política juvenil está en la obligación de desarrollar, en coordinación y cooperación con los demás órganos públicos y privados correspondientes, campañas de prevención dirigidas a los y a las jóvenes sobre adicción, drogadicción, alcoholismo, tabaquismo, embarazos de adolescentes, enfermedades de transmisión sexual, violencia juvenil, así como promover valores de solidaridad, justicia social, tolerancia, igualdad de género, equidad y solidaridad internacional.

Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social (2008):

Artículo 52. Se crea el Régimen Prestacional de Salud en consonancia con los principios del Sistema Público Nacional de Salud que tiene por objeto garantizar el derecho a la salud como parte del derecho a la vida en función del interés público, en todos los ámbitos de la acción sanitaria dentro del territorio nacional. El Régimen Prestacional de Salud y el componente de restitución de la salud del Régimen Prestacional de Seguridad y Salud en el Trabajo, se gestionarán a través del Sistema Público Nacional de Salud; desarrollando una acción intergubernamental, intersectorial y participativa, mediante políticas, estructuras y acciones dirigidas hacia la universalidad, la equidad y la promoción de la salud y la calidad de vida, abarcando la protección de la salud desde sus determinantes sociales; la rehabilitación; la educación y prevención de enfermedades y accidentes y la oportunidad, integralidad y calidad de las prestaciones. Las diversas tecnologías y modalidades terapéuticas serán económica, científica y socialmente sustentables y estarán reguladas por el órgano de adscripción al ministerio con competencia en salud.

Ley de Servicios Sociales 2004:

Artículo 24. El Ministerio con competencia en materia de salud, a través del Sistema Público Nacional de Salud, deberá promover y desarrollar la atención integral de la salud a las personas protegidas por esta Ley, mediante programas de promoción, prevención, restitución, habilitación y rehabilitación, atendiendo la particularidad inherentes a su condición.

Ley para las personas con Discapacidad (2006):

- **Artículo 10. Atención Integral a la salud de las personas con discapacidad:** La atención integral a la salud, de personas con discapacidad es responsabilidad del Ministerio con competencia en materia de Salud, que la prestará mediante el Sistema Público Nacional de Salud.

Resolución CD40/R19 (1997): Exhorta a los Estados miembros a que se esfuercen por mejorar la legislación que protege los derechos humanos de las personas con discapacidad mental.

Resolución CD43/15 (2001): Exhorta a los Estados Miembros a incluir la salud mental entre las prioridades de la salud pública e intensificar las acciones para reducir el estigma y la discriminación contra las personas con trastornos mentales.

Resolución Nº G-1085 Gaceta Oficial No. 35725 del 5 de junio de 1995

Establece la atención en salud mental como prioridad del Estado. Creación del Servicio de Psiquiatría con Unidades de Hospitalización en los hospitales generales III y IV para la atención psiquiátrica en forma oportuna y sectorizada. La atención psiquiátrica debe ser descentralizada, participativa, integral, continua, preventiva y comunitaria.

Declaración de Derechos de los Retrasados Mentales ONU 1971.

Atendiendo a la necesidad de ayudar a los retrasados mentales a desarrollar sus aptitudes en las más diversas esferas de actividad, así como de fomentar en la medida de lo posible su incorporación a la vida social normal, se contempla:

El retrasado mental debe gozar, hasta el máximo grado de viabilidad, de los mismos derechos de los demás seres humanos; tiene derecho a la atención médica y el tratamiento físico que requiera su caso, así como a la educación, la capacitación, la rehabilitación y la orientación que le permitan desarrollar al máximo su capacidad y sus aptitudes; tiene derecho a la seguridad económica y a un nivel de vida decoroso y un empleo productivo u ocupación útil; debe residir con su familia o en un hogar que reemplace al propio, y participar en las distintas formas de la vida de la comunidad, de estar internado en un establecimiento especializado, el ambiente y las condiciones de vida dentro de tal institución, deberán asemejarse en lo posible a los de la vida normal.; debe poder contar con la atención de un tutor calificado cuando esto resulte indispensable para la protección de su persona y sus bienes; debe protegido contra explotación y todo abuso o trato degradante; deberá contar con un representante legal que proteja contra toda forma de abuso, a aquellos retrasados mentales que no sean capaces debido a la gravedad de su impedimento defenderse a sí mismos

Declaración de Luxor. 1989. Luxor, Egipto, Cuadragésimo Aniversario de la Federación Mundial para la Salud Mental:

Este documento instituye la Declaración de los Derechos Humanos de los Enfermos Mentales y los Principios para la protección de los mismos, así como el mejoramiento de la atención de la salud mental.

Establece la promoción y la prevención de la salud mental como componentes esenciales de todo sistema de servicio de salud mental, destacando la obligación de las autoridades gubernamentales y no gubernamentales. Así mismo instituye que los derechos de las personas con enfermedades mentales son idénticos a los derechos del resto de los ciudadanos, y es que tienen derecho a un tratamiento no obligatorio, digno, humano y cualificado, con acceso a la tecnología médica, psicológica y social indicada; así como a la vida privada y a la confidencialidad. Derecho a la protección de los abusos físicos y psico-

sociales; contra el abandono profesional o no profesional; a una información adecuada sobre su estado clínico. De igual forma, contempla que todos los enfermos mentales tienen derecho a ser tratados según los mismos criterios profesionales y éticos que los otros enfermos.

La declaración de Luxor-1989, también estipula veinticinco principios orientadores en la preservación de los derechos y libertades fundamentales de las personas con enfermedad mental, su protección y cuidado, consideraciones en cuanto al diagnóstico, normas de la atención y tratamiento, los recursos que deben disponer las instituciones psiquiátricas, entre otros.

Declaración de Caracas. Venezuela, 1990. OMS / OPS:

En términos generales, es el primer estándar interamericano que vinculó directamente a las convenciones internacionales de derechos humanos con las violaciones de los mismos en el contexto de los hospitales psiquiátricos. Señala que "...el hospital psiquiátrico [aisla] al enfermo de su medio, generando de esa manera mayor discapacidad social [y crea] condiciones desfavorables que ponen en peligro los derechos humanos y civiles del enfermo...". Así mismo, estipula el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

El vínculo existente entre el hospital psiquiátrico, la administración de los tratamientos médicos y los derechos humanos, señalado por ésta Declaración, ha sido también útil para interpretar las obligaciones de los Estados con relación a los derechos civiles, políticos y las libertades fundamentales de los usuarios y la reforma de los Servicios de Salud Mental.

Los proveedores de cuidados y tratamientos deben salvaguardar los derechos fundamentales de todo ser. Se sobre-entiende, la obligación a preservar la dignidad inherentes al ser humano, así como a la garantía de la vida, la integridad física, psíquica y moral, la libertad personal, las garantías judiciales, la libertad de pensamiento y expresión, el derecho al nombre, el derecho a la propiedad privada, el derecho de circulación y residencia, los derechos políticos, la igualdad ante la ley y la protección judicial, son fueros que es preciso salvaguardar.

Es importante mencionar, que recomienda promover la organización de servicios comunitarios de salud mental, en cuyos objetivos figure la plena integración en la sociedad de las personas con discapacidad mental, el empoderamiento de los usuarios para reclamar sus derechos humanos y libertades fundamentales de acuerdo a los mecanismos legales nacionales e internacionales.

Por último, la Declaración de Caracas ha servido de guía y punto de referencia en la elaboración de normas y estándares regionales relativos a los derechos humanos y la salud mental.

Resolución 46-119. ONU. 75ª Sesión Plenaria. 1991:

Establece la aplicación, publicación y difusión de los principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental.

Resolución WHA58.26, 2005. Problemas de Salud Pública causados por el uso nocivo del alcohol.

Solicita la elaboración, aplicación y evaluación de las estrategias y programas eficaces para reducir las consecuencias sanitarias y sociales negativas del uso nocivo del alcohol.

Alienta a la movilización y la participación activa y apropiada de todos los grupos sociales y económicos interesados, en particular las asociaciones científicas, profesionales, industriales, no gubernamentales, y benéficas, del sector privado y de la sociedad civil, en la reducción del uso nocivo del alcohol.

Así mismo, se refuerce la capacidad para prestar asistencia a los Estados Miembros en la vigilancia de los daños relacionados con el alcohol y fortalecer las pruebas empíricas y científicas de la eficacia de las políticas.

De igual forma, recomienda intensificar la cooperación internacional para reducir los problemas de salud pública causados por el uso nocivo del alcohol y movilizar los apoyos necesarios a nivel mundial y regional; actualizar los estudios científicos sobre distintos aspectos del posible impacto del consumo de alcohol en la salud pública; formular recomendaciones sobre políticas e intervenciones eficaces para reducir los daños relacionados con el alcohol y elaborar instrumentos técnicos que ayuden a los Estados Miembros a aplicar y evaluar las estrategias y programas recomendados.

promover y apoyar las actividades mundiales y regionales destinadas a identificar y tratar los trastornos relacionados con el uso del alcohol en el marco de la asistencia sanitaria, así como a aumentar la capacidad de los profesionales sanitarios para hacer frente a los problemas asociados a éste hábito, y por último colaborar con los Estados Miembros y otras partes interesadas pertinentes, a fin de fomentar la aplicación de políticas y programas eficaces destinados a reducir el consumo nocivo de alcohol.

Resolución WHA61.4, 2008. Estrategias para Reducir el Uso Nocivo del Alcohol.

En éste documento se precisa el avance con respecto a la resolución WHA58.26, 2005, instando a los Estados miembros a colaborar en la elaboración de un proyecto de estrategia mundial sobre uso nocivo del alcohol basada en toda la evidencia disponible y las prácticas óptimas existentes, a fin de prestar apoyo y complementar las políticas de salud pública de los Estados Miembros, con énfasis en un planteamiento integrado de protección de las poblaciones en riesgo, los jóvenes y las personas afectadas por el consumo nocivo de otros.

Exhorta a las partes interesadas pertinentes, que desarrollen sistemas nacionales para monitorear el consumo de alcohol, sus consecuencias sanitarias y sociales y las respuestas normativas, e informen periódicamente a los sistemas regionales y mundiales de información de la OMS; así como reforzar las respuestas nacionales a los problemas de salud pública causados por el uso nocivo del alcohol, basándose en datos sobre la eficacia y la costo-eficacia de las estrategias e intervenciones para reducir el uso nocivo del alcohol obtenidos en diferentes contextos.

Resolución WHA63.13, 2010. Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol.

Insta a que adopten y apliquen la estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol, a fin de complementar y respaldar las políticas de salud pública de los Estados Miembros destinadas a reducir el uso nocivo del alcohol, y a que movilicen la voluntad política y los recursos financieros necesarios para tal fin.

Así mismo, exhorta a continuar aplicando las resoluciones WHA61.4, sobre las estrategias para reducir el uso nocivo del alcohol, y WHA58.26, sobre los problemas de salud pública causados por el uso nocivo del alcohol; y por último, hace un llamado a velar por que aplicación de la estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol, refuerce las iniciativas nacionales destinadas a proteger a las poblaciones en riesgo, los jóvenes y las personas afectadas por el consumo nocivo del alcohol de tercero, y que ésta se refleje en los sistemas de seguimiento nacionales y en el sistema de información de la OMS sobre el alcohol y la salud.

Decreto No. 314 Gaceta Oficial N° 35412, Reglamento para Establecimientos Psiquiátricos de larga estancia.**JUSTIFICACION**

A nivel mundial, según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2004), alrededor de 450 millones de personas padecen trastornos mentales y de conducta. De acuerdo a proyecciones de la OMS, una de cada cuatro personas desarrollará uno o más de estos trastornos a lo largo de sus vidas, y en la actualidad son responsable del 13% del total de años de vida ajustados por discapacidad que se pierden debido a todas las enfermedades y lesiones en el mundo, proyectando que para el 2020 será de 15%.

Los trastornos mentales y de conducta están presentes en cualquier momento de la vida en aproximadamente 10% de la población adulta en todo el mundo y una quinta parte de jóvenes menores de 18 años padecerá algún problema de desarrollo, emocional o de conducta, uno de cada ocho tiene un trastorno mental, tendencia aun mayor en poblaciones deprimidas (uno de cada cinco).

En nuestro País, El Sistema de Información en Salud ha copilado datos sobre la morbilidad del Programa Salud Mental entre los años 2000-20011.

En el quinquenio 2000-2005 en el programa se registraron los siguientes datos estadísticos teniendo en cuenta el ciclo evolutivo:

Niñez/Pubertad (8-11 años): El total de niños y niñas atendidos en éste periodo a lo largo del territorio nacional fue de 23.125. Los diagnósticos con mayor incidencia fueron: **Trastornos de Habilidades Escolares**, que comprenden el trastorno específico

de la lectura, del deletreo y habilidades aritméticas, con una incidencia asociada del 14.10%. El segundo diagnóstico más frecuente fue **Trastornos Emocionales y de Comportamiento de la Niñez** con un 8.01% de incidencia.

Adolescencia (12-19 años): En total fueron atendidos 12.706 adolescentes en el país. El diagnóstico más frecuente de éste ciclo evolutivo fue el **Trastorno de Conducta** con una incidencia de 7.54%.

Adultez (19-59 años): La cantidad de consultas para éste ciclo evolutivo a lo largo del país fue de 34.795. Las causas más incidentes fueron **Depresión** con una morbilidad asociada de 11.53 % y **Trastornos Adictivos** con una incidencia de 2.64%, en cuanto a la morbilidad de dichos trastornos es importante señalar que solo incluye los datos emitidos por los ambulatorios que reportaron al SIS, quedando excluida las estadísticas de instituciones del Estado como la Fundación José Félix Ribas y la Misión Negra Hipólita que tienen programas especializados de atención integral a ésta población.

Tercera Edad (60 años+): En total se realizaron 3.709 consultas a personas de la tercera edad. Las **Demencias** fueron los trastornos más frecuentes, con una incidencia de 11,13%.

En cuanto a la morbilidad registrada en el quinquenio 2006-2011 se obtuvieron los siguientes datos teniendo en cuenta el ciclo evolutivo:

Niñez/Pubertad (8-11 años): El total de niños y niñas atendidos en éste periodo a lo largo del territorio nacional fue de 17.871, en éste grupo los **Trastornos de Habilidades Escolares** presentaron la mayor incidencia, con un 12.33% de la morbilidad.

Así mismo, es importante considerar que los trastornos generalizados del desarrollo, en particular los del espectro autista son una de las problemáticas más complejas presentadas en niños y niñas. Hasta el momento, ésta población no cuenta con políticas y lineamientos definidos en cuanto a la atención integral de su salud física y mental.

En nuestro País, los esfuerzos para brindar atención a éstos niños y sus familias generalmente han residido en instituciones privadas y ONG, como son el caso de SOVENIA, AVEPANE, INVEDIN, entre otros. Sin embargo, desde el sector público, la Unidad de Atención Temprana del Desarrollo de la Maternidad Concepción Palacios, es el único centro de referencia a nivel nacional que atiende a niños y niñas con dicha problemática.

Esta unidad, ha evaluado entre el año 2010 y 2011, 323 niños y niñas, de los cuales 64% se ubica dentro del espectro autista. La distribución de estos trastornos según edad y género, señala mayor incidencia en niños que en niñas (151 varones-44 hembras), y sus edades oscilan entre los 3 y 10 años.

Adolescencia (12-19 años): En total fueron atendidos 12.634 adolescentes en el país.

Adulthood (19-59 años): La cantidad de consultas para éste ciclo evolutivo a lo largo del país fue de 53.938. Las causas más incidentes fueron **Depresión** con una morbilidad asociada de 11.72%. En segundo lugar la esquizofrenia y otras neurosis con una incidencia de 8.21%, en tercer lugar la Esquizofrenia y Otras Psicosis con una morbilidad asociada de 8.21%.

Así mismo los **Trastornos Adictivos** representan una de las mayores afecciones de las personas que comprende éste ciclo evolutivo, según el SIS su incidencia en éste último quinquenio fue de 2.63%, sin embargo, éstas estadística no incluye los datos de otras instituciones del Estado, como la Fundación José Félix Ribas, Misión Negra Hipólita y Hogares CREA, cuyos centros atendieron a 5.603 pacientes con problemas de consumo de sustancia.

Tercera Edad (60 años+): En total se realizaron 6.867 consultas a personas de la tercera edad, de las cuales 1.716 casos recibieron atención por **Demencias**, lo que representa una incidencia de 1,4% en relación a toda la morbilidad del Programa Salud Mental y Adicciones.

En la solicitud de asistencia a personas de la tercera edad, son congruentes con la marcada tendencia que presenta América Latina hacia el envejecimiento de la población, que se estima será mucho más pronunciada en las próximas décadas, por el incremento de la esperanza de vida y el descenso de la tasa de natalidad. Este envejecimiento poblacional trae como consecuencia diversos problemas sociales, tales como el impacto de la jubilación, el deterioro del ingreso y su repercusión sobre la calidad de vida del anciano, debiendo ser abordados no solo por la persona que envejece sino también por la familia, la comunidad y el Estado.

Nuestro país presenta la misma situación que se viene observando en el mundo y específicamente en América Latina, donde demográficamente la población nacional ha evidenciado variaciones significativas. Según la Oficina Central de Estadística e Informática (actualmente Instituto Nacional de Estadísticas, INE), para el año 2000 Venezuela contaba con 24.169.744 habitantes, de los cuales, 1.593.585 eran ancianos de (60 años y más), lo que representaba el 6,6% de la población total; para el año 2005, la población venezolana se ha estimado en 26.467.834, con un total de 1.943.523 personas de 60 años y más, o sea, el 7,34%. Más aún, para el año 2025 se proyecta en 37.999.168 habitantes, de los cuales 4.355.092 serán ancianos, es decir, el 11% de la población (OCEI, 2000).

En virtud de presentados y su distribución por ciclo de vida, se elaboró el siguiente cuadro que resume los daños priorizados del Programa Salud Mental y Adicciones reportados en los años 2000-2011.

Cuadro No. 1.

**SEIS CAUSAS PREVALENTES EN EL PROGRAMA SALUD MENTAL Y ADICCIONES.
2000-2005 y 2006-2011. VENEZUELA**

2000 - 2005	2006- 2011
1 Otros Trastornos Mentales	1 Trastorno de Habilidades Escolares
2 Trastorno de Habilidades Escolares	2 Depresión
3 Depresión	3 Adicciones
4 Adicciones	4 Demencia senil
5 Otros Trastornos Emocionales y del Comportamiento de la niñez	5 Trastorno del Espectro Autista/ Esquizofrenia y otras Psicosis
6 Trastorno de Conducta	6 Otros Trastornos Neuróticos

Fuente: Programa Salud Mental y Adicciones. MPPS

Por otro lado, el Anuario de Mortalidad-2008 del Ministerio del Poder Popular para la salud, señala los siguientes registros de mortalidad por causas asociadas a los trastornos mentales y las adicciones.

En el año 2008, fallecieron debido a trastornos mentales y del comportamiento 102 hombres y 8 mujeres, aun cuando estas cifras no son representativas en comparación a la mortalidad asociada a otras enfermedades, es importante señalar que los trastornos mentales son enfermedades crónicas que no generan muertes inmediatas, sin embargo, representan condiciones que limitan e incapacitan a la persona y su familia a participar activamente en el devenir cotidiano y el desarrollo social.

Otra causa de mortalidad asociada al programa, son los trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas, en el 2008 se registró el fallecimiento de 97 hombres y 6 mujeres; mientras que por trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de alcohol fallecieron 95 hombres y 3 mujeres.

Es así como dentro de las actividades emprendidas por el Programa de Salud Mental y Adicciones, se hace necesario normar las actividades y funciones a cargo de los profesionales, con énfasis en la atención primaria, a fin de impulsar la promoción de la salud y estilos de vida saludables, así como la prevención de las enfermedades mentales, además de contemplar la atención integral y rehabilitación del individuo, con participación de su familia y la comunidad.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Contribuir a garantizar el derecho a la salud mental como elemento básico de la calidad de vida de los venezolanos, mediante políticas públicas saludables, dirigidas a la promoción de la salud, prevención y atención integral de los enfermos mentales, hasta su rehabilitación.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Potenciar capacidades, en individuos y colectivos, para mantenerse sanos, mediante la Promoción de la Salud Mental, bajo el gran marco de Política Pública Sana denominado "Suprema Felicidad Social".
- Actuar, con la participación de las comunidades y de los demás sectores de la política pública con competencia en el área, sobre los factores de riesgo determinantes que conllevan al desarrollo de enfermedades mentales y adicciones.
- Fortalecer a nivel nacional la Línea de Atención para el manejo y control de las Enfermedades Mentales y las Adicciones, desde la etapa pre clínica hasta la rehabilitación, contando con la participación y corresponsabilidad de la familia y la comunidad.
- Desarrollar el Sistema Información en Salud Mental, que contemple la Vigilancia Epidemiológica de las Enfermedades Mentales y Adicciones, sus factores protectores de vida y los factores de riesgo de estas patologías, así como la gestión del programa.
- Mejorar la formación del personal de salud desde la etapa de pregrado y en los servicios, en los aspectos relativos a la promoción de estilos y condiciones de vida, prevención y tratamiento de las Enfermedades Mentales y Adicciones y su

rehabilitación, en coordinación con la Dirección de Investigación y Educación y del Ministerio de Educación y Educación Universitaria.

- Situar la investigación de la Salud Mental y Adicciones, tanto académica como operativa, en coordinación con la Dirección de Investigación y Educación del MPPS, en el diario quehacer del programa, incorporando Centros de Investigación de las Universidades nacionales e internacionales, las sociedades científicas y las organizaciones multilaterales (OMS-OPS, UNICEF, etc.) y las organizaciones comunitarias, a fin de sistematizar las propias experiencias, responder a las propias necesidades y ponerse en sintonía con el avance de la ciencia y la tecnología.

ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES

Estrategia 1: Generación de procesos de transformación cultural

Generación de procesos de transformación cultural de modos, condiciones y estilos de vida saludables, mediante la comunicación, información y educación de las comunidades, articulando diversas alianzas para aumentar las capacidades de los individuos y sus diversas agrupaciones en sociedad, con miras a mantenerse sanos, aplicando factores protectores de la vida basados en la evidencia.

Actividades

- Diseño y ejecución de Planes comunicacionales nacionales, estatales y locales con participación activa del Poder Popular.
- Diseño y ejecución de un Plan nacional para mejorar las prácticas colectivas que inciden sobre el desarrollo saludable de la personalidad, incluyendo la cultura del amor y la solidaridad humana, la satisfacción adecuada de las necesidades, la actividad física y el esparcimiento, el automanejo adecuado del stress y su control colectivo en sociedad, con la participación de las instancias estatales y del Poder Popular.
- Acompañamiento de la labor del sistema educativo de maternal a bachillerato en la socialización para mantenerse sanos y prevenir las enfermedades y trastornos mentales.

Estrategia 2: Detección precoz de trastornos y enfermedades mentales

Detección oportuna, precoz y efectiva, de los trastornos y enfermedades mentales tomando en cuenta los factores predisponentes, los ciclos de vida y las características familiares y comunales, siguiendo las normas, pautas y procedimientos establecidos por el Programa en las Redes de Atención y estableciendo las alianzas interprogramáticas requeridas.

Actividades

- Identificación de factores predisponentes de trastornos y enfermedades mentales en consultas de primer nivel de atención, familias, escuelas, centros de trabajo y comunidades del área de influencia del establecimiento de atención primaria.
- Identificación de trastornos y enfermedades mentales en todas las etapas del ciclo de vida, en la familia, en las consultas de primer nivel de Atención y el resto de la red de servicios, con énfasis en la población infanto-juvenil y mayores de 60 años.

Estrategia 3: Fortalecimiento de la Línea de Atención en Salud Mental

Fortalecimiento de las líneas de atención de los trastornos y enfermedades mentales, en la red de servicios de Atención Médica, con la participación protagónica de los equipos de salud, los usuarios/as, las organizaciones de las comunidades, como las Comunas, del área de influencia y de la sociedad civil, y estableciendo las alianzas interprogramáticas e intersectoriales requeridas, para su atención integral, desde la etapa de detección, pasando por la atención especializada y hospitalaria (tratamiento médico y no médico), hasta la rehabilitación y cuidados paliativos.

Actividades

- Definición, en conjunto con el Viceministerio de Redes de Servicios, de los recursos necesarios para la ejecución del programa en los diferentes niveles de atención y de acuerdo con las metas establecidas en las unidades de tiempo.
- Capacitación continua del personal de los niveles de atención en salud en las pautas y procedimientos del Programa.
- Gestión articulada con los estados en lo referente a la dotación de medicamentos, insumos y equipos del programa de acuerdo con las necesidades de la población.
- Seguimiento y evaluación de la atención en los diferentes niveles de la red.

Estrategia 4: Desarrollo del Sistema de Información en Salud Mental

Estructuración y desarrollo de un Sistema de Información de Salud Mental.

Actividades

- Ampliación del Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental, actualizado y automatizado, los Epi´s y el SIS.
- Sistematización de la información operativo-gerencial del Programa.

- Seguimiento y evaluación periódicos, basado en indicadores, de la eficiencia, eficacia, efectividad e impacto del programa.

Estrategia 5: Formación de profesionales de la salud en el manejo integral de la Norma

Fortalecimiento de las competencias en las carreras relacionadas con salud, en los aspectos de salud colectiva y, específicamente, en el manejo integral de los trastornos y enfermedades mentales, relativos a la promoción de estilos y condiciones de vida, prevención, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos de los mismos, en coordinación con la Dirección de Investigación y Educación del MPPS y del Ministerio de Educación Universitaria.

Actividades

- Diseño de contenidos curriculares del componente de Salud Mental, en conjunto con la Dirección de Investigación y Educación del MPPS y del Ministerio de Educación Universitaria, para su implementación en las carreras relacionadas con salud.
- Implementación de los contenidos curriculares del componente de Salud Mental, en las universidades nacionales que dictan carreras de salud, en conjunto con la Dirección de Investigación y Educación del MPPS y del Ministerio de Educación Universitaria.

Estrategia 6: Mejoramiento continuo del personal de salud en servicio en el manejo integral de la Norma

Mantener un desarrollo continuo de las capacidades y competencias del personal de salud en los servicios, en todos los aspectos normados por el Programa.

Actividades

- Diseño de un plan de capacitación continua en servicio, por niveles, por profesiones y funciones, en el área de Salud Mental, en coordinación con la Dirección General de Educación e Investigación y las Direcciones Estadales de Salud.
- Ejecución del plan de capacitación continua en Salud Mental, con un horizonte hasta 2018.

Estrategia 7: Desarrollo de la investigación en Salud Mental

Incentivar la investigación básica-clínica, epidemiológica y social, en el área de la Salud Mental, en coordinación y cooperación con la Dirección General de Educación e Investigación, los Centros de Investigación de las Universidades nacionales e internacionales, las sociedades científicas y las organizaciones multilaterales (OMS-OPS, UNICEF, etc.).

Actividades

- Diseño de una agenda de prioridades de investigación en Salud Mental, en conjunto con la DGEI, para ser discutido y ejecutado con los Centros de Investigación de las Universidades nacionales e internacionales, las sociedades científicas y las organizaciones multilaterales (OMS-OPS. UNICEF, etc.).
- Desarrollo de investigaciones operativas en todos los niveles de atención, en cooperación con las DES, las jefaturas de distritos y municipios, las direcciones de establecimientos y la comunidad organizada.

POBLACION OBJETO

- Población en general, en los aspectos de promoción de factores de mantenimiento de estilos de vida saludable y control de factores predisponentes de trastornos y enfermedades mentales.
- Población con riesgo de presentar trastornos y enfermedades mentales o diagnosticadas con ellos en el país, de acuerdo a la prevalencia en cada etapa del ciclo de vida.

CAMPO DE APLICACIÓN

Esta Norma es de aplicación y de cumplimiento obligatorio para todos quienes trabajen en el área de la salud, relacionados con la prevención, tratamiento y control de trastornos y enfermedades mentales en Venezuela, tanto en el sector público como privado.

ESTRUCTURA DEL PROGRAMA

El Programa de Salud Mental se estructura en:

Nivel Normativo Gerencial con tres dimensiones:

- **Central:** constituido por la Coordinación Nacional del Programa de Salud Mental, adscrita a la Dirección General de Programas de Salud del Viceministerio de Redes de Salud Colectiva, del Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS).
- **Estadal:** representado por las Coordinaciones Estadales del Programa, dentro de las Direcciones Estadales de Salud.

- **Municipal:** establecidos en las instancias distritales o municipales de salud de los estados.

Nivel Local Ejecutor con tres Niveles de Atención en Salud de diversa complejidad social y profesional: Primer Nivel, Segundo Nivel y Tercer Nivel de Atención.

FUNCIONES DEL NIVEL CENTRAL (Normativo y Gerencial)

- Ejecutar los planes, estrategias y acciones orientadas a la promoción de modos y estilos de vida saludables en el Programa de Salud Mental y Adicciones y proponerlos a la Dirección de Vida Plena, para su efectiva divulgación.
- Revisar y actualizar periódicamente la Norma para la Prevención, el Tratamiento y el Control de las enfermedades que conforman el Programa de Salud Mental y Adicciones, para su implementación en concordancia con los niveles de atención en salud.
- Informar y educar a miembros de la comunidad organizada sobre promoción de la salud y prevención de los trastornos y enfermedades mentales y adicciones, con miras a impulsar la corresponsabilidad de ciudadanos, familias y comunidades, a través de la difusión en los diferentes medios públicos, privados y comunitarios, en coordinación con la OCRI.
- Acordar con el MPP de Educación Universitaria, en coordinación con la Dirección General de Educación e Investigación del MPPS, la incorporación y actualización de la norma del Programa en los planes de formación de pre-grado y post-grado universitario del área de la salud. Igualmente, acordar con el Ministerio de Educación, la incorporación de los contenidos de prevención y control de trastornos y enfermedades mentales y adicciones, desde el nivel de pre-escolar a bachillerato.
- Determinar las prioridades de investigación en Salud Mental y Adicciones, en conjunto con la DGEI del MPPS, los Centros de Investigación, las Universidades, las Sociedades Científicas y los entes multilaterales relacionados con la gestión de proyectos.
- Conformar e integrar con las coordinaciones de programas, sectores relacionados con la Salud Mental y Adicciones e instituciones afines, la conformación de equipos de trabajo interprogramáticos, intersectoriales e interinstitucionales.
- Diseñar e implementar el Sistema de Vigilancia Epidemiológica para las enfermedades que conforman el Programa de Salud Mental y Adicciones, a nivel nacional así como determinar sus factores de riesgo, en coordinación con la Dirección de Vida Plena, en cooperación con la DG Epidemiología.

- Evaluar y monitorear el cumplimiento de las normas y protocolos establecidos en el Programa, a través de la supervisión de los entes encargados de su implementación a nivel nacional.
- Presentar los informes de resultados del Programa ante organismos nacionales e internacionales.

FUNCIONES DEL NIVEL ESTADAL (Normativo-Gerencial)

- Definir la complejidad de la estructura de la Coordinación Estatal, de acuerdo con las pautas dictadas por la Norma del Programa y la situación de la entidad federal correspondiente.
- Ejecutar el Programa en su estado, adecuándolo a la situación existente en el mismo, bajo la dirección y coordinación del Nivel Central y las otras coordinaciones estatales.
- Controlar la ejecución del Programa, mediante la supervisión, monitoreo y evaluación de sus componentes operativos, epidemiológicos y gerenciales.
- Mantener actualizado el Sistema de Información de Salud en el Nivel Estatal, en sus componentes operativos, epidemiológicos y gerenciales, de acuerdo con las normas establecidas en el Programa.

FUNCIONES DEL NIVEL MUNICIPAL/DISTRITAL (Normativo-Gerencial)

- Implementación y desarrollo del Programa de acuerdo a los lineamientos emanados del Nivel estatal, en concordancia con la norma establecida por el Nivel Central.
- Impulsar la participación activa de la comunidad organizada en el Programa, tanto en la corresponsabilidad en la ejecución de las actividades como en su control, para el cumplimiento de las mismas.
- Controlar la ejecución del Programa, mediante la supervisión, monitoreo y evolución de sus componentes operativos, epidemiológicos y gerenciales.
- Mantener actualizado el Sistema de Información de Salud en el Nivel Municipal, en sus componentes operativos, epidemiológicos y gerenciales, de acuerdo con las normas establecidas en el Programa.

FUNCIONES DEL NIVEL LOCAL (Ejecutor-Gerencial)

- Analizar la situación de salud de su área de influencia, de acuerdo con el nivel de atención médica.
- Programar, con la participación de los diversos actores implicados y basados en el análisis de su situación, las acciones locales en concordancia con las normas del Programa.
- Aplicar la programación local en el territorio social de su área de influencia, según el nivel de atención en salud, desde lo referente a la promoción, la prevención y la atención hasta la rehabilitación y cuidados paliativos, dirigido a la población diana del Programa.
- Controlar la ejecución del Programa, mediante la supervisión, monitoreo y evaluación de sus componentes operativos, epidemiológicos y gerenciales.
- Mantener actualizado el Sistema de Información de Salud en el Nivel Local, en sus componentes operativos, epidemiológicos y gerenciales, de acuerdo con las normas establecidas en el Programa.

ACTIVIDADES SEGÚN NIVELES DE ATENCIÓN

Niveles de Atención	Actividades
Primer Nivel Consultorios Populares ARI y II AUI	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hacer el Análisis de Situación de Salud (ASIS) comunitario, con participación de todos los actores. ▪ Hacer el informe de situación de la salud mental y adicciones en el territorio del área de influencia del establecimiento de APS, con sus respectivos indicadores definidos por el Programa. ▪ Elaborar el Plan Anual del Programa de Salud Mental y Adicciones (PSMA) de la población del área de influencia del establecimiento de APS, en conjunto con los órganos del Poder Popular (Comités de Salud, Consejos Comunales, Comunas). ▪ Presentar ante la asamblea de la comunidad de su área de influencia, para su aprobación, el Plan Anual del PSMA y los compromisos de corresponsabilidad comunitaria e institucional. ▪ Ejecutar las actividades de promoción de la salud con enfoque de determinantes sociales aprobadas en el Plan Anual de PSMA de la comunidad del área de influencia del establecimiento de APS. ▪ Ejecutar las actividades de prevención de enfermedades mentales y adicciones prevalentes, de acuerdo al ciclo de vida, realizando: <ul style="list-style-type: none"> ○ La educación sobre estilos de vida saludables ○ Detección temprana de factores de riesgo.

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Pesquisa para la detección temprana de enfermedades mentales y adicciones. ▪ Realizar las actividades de atención de las alteraciones y patologías definidas por el PSMA para ser manejadas por el Primer Nivel de Atención, incluyendo las emergencias, la rehabilitación y los cuidados paliativos, e indicar la oportuna referencia al nivel especializado para su resolución de acuerdo con la norma. ▪ Gestionar, ante su nivel normativo gerencial, la dotación de insumos y medicamentos requeridos para la atención de los pacientes en control del programa. ▪ Recolectar el dato básico de la información del PSMA, utilizando la Historia Clínica Básica Integrada, la Ficha Familiar y los Análisis de Situación de Salud (ASIS) Comunitarios. ▪ Llenar los formatos de Epidemiología y de Programas del SIS. ▪ Analizar los indicadores de insumos, de procesos y resultados de las actividades. ▪ Monitorear la ejecución del Programa, a nivel de las comunas (escuelas, fábricas,) familias de su área de influencia, de los individuos atendidos en las consultas, y otros agrupamientos de su comunidad, de acuerdo con las normas y los indicadores del mismo. ▪ Evaluar la ejecución del Programa en sus componentes operativos, epidemiológicos y gerenciales y su envío al nivel normativo correspondiente, de acuerdo con las normas y los indicadores del mismo. ▪ Efectuar investigaciones operativas, institucionales (con y sin la participación de la comunidad) y de apoyo a la sistematización de las propias experiencias de las comunidades, en el marco de las disposiciones del Programa.
<p>Segundo Nivel CDI SRI Clínicas Populares AUII y III</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar la evaluación especializada y el tratamiento determinado para este nivel de los trastornos y enfermedades mentales y adicciones, de los pacientes referidos del Primer Nivel y los que asistan directamente a la consulta especializada, incluyendo las emergencias. ▪ Ejecutar las actividades educativas en las salas de espera. Información y concientización directa al individuo, familiares y comunidad, sobre la promoción de la salud y prevención en Salud Mental y Adicciones. ▪ Detectar tempranamente los procesos de agudización, a fin de poder ofrecer un tratamiento oportuno y continuo por parte del especialista capacitado. ▪ Gestionar ante su nivel normativo gerencial, la dotación de insumos y medicamentos requeridos para la atención de los pacientes en control del programa. ▪ Referir los pacientes, cuya resolución corresponda al Tercer Nivel de atención, y contrareferir los casos provenientes de los establecimientos de APS. ▪ Llevar el Sistema de Información de este nivel en sus componentes operativos, epidemiológicos y gerenciales. ▪ Efectuar investigaciones operativas en el marco de las disposiciones del PSMA. ▪ Apoyar las acciones del nivel gerencial para fortalecer la APS en su área de competencia, en atención, docencia e investigación.
<p>Tercer Nivel CAT Hospitales Generales con servicios de Psiquiatría</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cumplir con las actividades asistenciales asignadas en consultas, hospitalización y de emergencia, de acuerdo con protocolos de la Medicina Basada en la Evidencia. ▪ Determinar y solicitar los requerimientos de todos los recursos de su unidad, de acuerdo con la norma del Programa, para dar cumplimiento a su gestión con eficacia y eficiencia. ▪ Apoyar la capacitación y la educación continua al personal del área de Salud Mental y Adicciones en los aspectos de sub-especialidades.

Hospitales Psiquiátricos tipo III	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sistema de referencia y Contrareferencia, de los casos referidos por el segundo nivel y las interconsultas que solicite y le sean solicitadas. ▪ Llevar el Sistema de Información de este nivel, en sus componentes operativos, epidemiológicos y gerenciales. ▪ Efectuar investigaciones operativas, básicas, epidemiológicas y clínicas en el marco de las disposiciones del Programa.
-----------------------------------	--

DISPOSICIONES GENERALES

1. Debe incorporarse en las agendas construidas con los Consejos Comunales, la adopción de modos, estilos y condiciones de vida saludables, que contengan alimentación saludable, actividad física cotidiana, manejo adecuado del estrés, prevención del consumo de sustancias y comportamientos adictivos, conciencia ciudadana sobre trato no discriminatorio hacia las personas con trastornos mentales, entre otros.
2. Se deben efectuar en la comunidad del área de influencia del establecimiento de APS, las pesquisas de factores de riesgo y de patologías específicas de enfermedades mentales y adicciones, indicándose la referencia según la patología hallada. (Ver Guía Práctica).
3. Todo niño ó niña que asista o no a las escuelas del área de influencia del establecimiento de APS, debe tener seguimiento de su función mental, de acuerdo con la Norma del Programa. (Ver Guía Práctica).
4. Toda persona anciana y su familia, del área de influencia del establecimiento de APS, debe recibir orientación, diagnóstico y tratamiento de su salud mental integral. (Ver Guía Práctica).
5. Toda persona que consulte en el Primer Nivel de Atención por presunta alteración en el área mental, debe ser referido al especialista para el estudio y diagnóstico confirmatorio y su tratamiento específico. (Ver Guía Práctica).
6. Todo paciente atendido por el especialista, debe ser contrareferido al Primer Nivel de Atención con las indicaciones del tratamiento farmacológico y las pautas de manejo en el hogar y en la comunidad. (Ver Guía Práctica).
7. Todo paciente que presente crisis aguda de trastornos mentales y que no pueda ser manejado en el hogar y/o comunidad, debe ser referido a un Establecimiento Psiquiátrico de Larga Estancia, para su estabilización y Contrareferencia para su manejo familiar/comunal, bajo la dirección del médico general del Primer Nivel de Atención. (Ver Guía Práctica).

CAPÍTULO XII
PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE ACCIDENTES
Y HECHOS VIOLENTOS

EQUIPO RESPONSABLE DE ESTE CAPÍTULO

DIRECTOR DE VIDA PLENA (E)

Dr. Ángel Riera

PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE ACCIDENTES Y HECHOS VIOLENTOS

Dr. Saul Peña A (Coordinador)

Lic. Nancy Espinoza (Adjunta)

INTRODUCCIÓN

El Programa de Prevención de Accidentes y Hechos Violentos (PPAHV), Adscrito a la Dirección de Vida Plena de la Dirección General de Programas de Salud (DGPS), se crea en el año 1990 por Resolución Ministerial, asumiendo los cambios observados en la manera de enfermar y morir, donde predominan las enfermedades no transmisibles y las lesiones. Esta transición epidemiológica está relacionada con el envejecimiento de la población y el incremento de riesgos relacionados con estilos de vida no salutogénicos.

Ante tales premisas, se consideró que la protección de la salud de los venezolanos requería de intervenciones y estrategias integrales, diferenciadas, que fortalecieran y ampliaran la lucha contra los riesgos sanitarios, favoreciendo la cultura de la salud y el desarrollo de oportunidades para elegir estilos de vida saludables.

Esa situación sigue vigente y en el marco de la política de salud bolivariana, se han planteado nuevos desafíos a fin de disminuir mediante acciones anticipatorias, el impacto de los accidentes y otros hechos violentos sobre los individuos, familias, comunidades y sociedad en su conjunto; especialmente cuando el Ministerio del Poder Popular para la Salud viene adelantando el fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud, mediante la ampliación de la cobertura de la atención integral en las Redes de Atención en Salud.

A tales efectos, el Ministerio del Poder Popular para la Salud, a través de la Dirección General de Programas de Salud, se ha propuesto dar énfasis a la promoción y prevención para una mejor salud de todos.

En el caso del PPAHV, estas líneas rectores incluyen acciones de promoción de la calidad de vida y la salud, prevención del daño y control de riesgos sanitarios, detección temprana de lesiones, con medicina prehospitalaria oportuna, suficiente y eficaz, y la resolución adecuada para evitar daño más severo y complicaciones en el lesionado.

Para dar cumplimiento con estos desafíos se considera necesario el fortalecimiento de la capacidad de análisis, diagnóstico y de tratamiento del personal que se desempeña en los diferentes servicios de salud, por lo que se avanza tanto en la dotación de los servicios de Atención Primaria, Especializada y en la Red Hospitalaria a nivel nacional, como en la revisión y actualización de las Normas Técnicas de los Programas de Salud, así como, el fortalecimiento de la articulación intersectorial, para cubrir la multiplicidad de factores y actores intervinientes en esta problemática.

BASE LEGAL La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (CRBV, 1999) establece las bases para desarrollar la naturaleza jurídica y el modelo organizativo del Sector Salud Venezolano.

- **Artículo 83** establece que la salud es un *DERECHO SOCIAL* fundamental, parte del Derecho a la Vida.

- **Artículo 84** ordena la creación de un SISTEMA PÚBLICO NACIONAL DE SALUD, bajo la rectoría del Ministerio de Salud, el cual será de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad.
- **Artículo 85** expresa que el financiamiento del sistema público nacional de salud es obligación del Estado.
- **Artículo 86** establece que toda persona tiene derecho a la seguridad social como servicio público de carácter no lucrativo, que garantice la salud y asegure protección en diferentes contingencias.
- **Artículo 122** reconoce el derecho de los pueblos indígenas a una salud integral que considere sus prácticas y culturas.

Igualmente, la CRBV reconoce como derechos un conjunto de determinantes de la salud, como es el derecho a la educación, nutrición, vivienda, cultura, trabajo, entre otras.

Ley Orgánica de Salud (1998). Establece los estatutos, funciones y atribuciones del Ministerio de Salud, así como los derechos y deberes de los beneficiarios de los servicios de salud. En su Artículo 31 expone la importancia de la educación para la salud y la participación de la comunidad y el Estado en el desarrollo de una cultura por la salud y la vida, como parte fundamental de la estrategia de promoción de salud.

Actualmente en vacatio legis. Se discute en la Asamblea Nacional una nueva Ley de Salud en concordancia con la Constitución de 1999.

Plan Estratégico Social de la Nación (2001-2007). Planteó como prioridad la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud, integrando las políticas públicas sociales, la corresponsabilidad ciudadana en los territorios sociales, considerando a la salud como expresión individual y colectiva de calidad de vida y bienestar, producto de los determinantes sociales, tomando en cuenta los derechos y las necesidades sociales así como los territorios, las redes sociales y la contraloría social. También pretendió enfrentar las inequidades de género, etnia, grupos y clases sociales.

Plan Simón Bolívar.2007-2013. En la Directriz de la Suprema Felicidad Social, se propone una estructura social incluyente, y se aspira que todos vivamos en las mejores condiciones posibles. Allí se establece la estrategia “Profundizar la Atención integral en Salud de forma universal”, donde se exponen las políticas de “Incrementar la Prevención de Accidentes y Hechos Violentos”, así como “Expandir y Consolidar los Servicios de Salud de forma oportuna y gratuita”.

Plan Nacional de Salud 2007-2013/2018 Establece la importancia de los modos, condiciones y estilos de vida en la salud y enfermedad de la población. Así mismo, se establece el abordaje integral e intersectorial de los diversos problemas de salud para impulsar los cambios en los modos, condiciones y estilos de vida. Particularmente, destaca el gran impacto que tiene en la población las altas tasas de mortalidad por accidentes de tránsito y homicidios, para lo cual define en su segundo eje

denominado “Condiciones promotoras de calidad de vida y salud”, políticas concretas para cambiar las condiciones de vida incluyendo entre otras, la reducción de los homicidios y los accidentes de tránsito.

Resolución Ministerial Nº 15 de la Gaceta Oficial Nº 34.479 del 31 de mayo de 1990. Donde se crea el Programa Nacional para la Prevención y Atención de Accidentes y Hechos Violentos (PPAHV).

Pese a que no se llegó a formalizar legalmente, el Programa, desde el punto de vista técnico normativo, fue actualizado en el año 1998 a través de un proceso de validación, donde participaron los 24 Coordinadores Regionales, Sociedades Científicas y asesores de la OPS/OMS, siendo la última referencia normativa de este Programa.

Resolución CIAPEV

JUSTIFICACIÓN

Los accidentes de todo tipo y hechos violentos se ubican dentro de las primeras causas de morbilidad y mortalidad de Venezuela. Las tasas de morbilidad y mortalidad en niños, adolescentes y adultos en los países de América Latina son similares, y en muchos casos más elevadas que la de países desarrollados. En el país durante el período 1990-1994, y 1998-2008 los accidentes de todo tipo ocuparon entre el tercero y cuarto lugar con una tasa de 40,87 por cada 100.000 habitantes, siendo superada por enfermedades del corazón y cáncer. Dentro de los tipos de accidentes, los accidentes viales ocuparon el primer lugar con una tasa de 22,25 defunciones por cada 100.000 habitantes, seguidos por las caídas accidentales con una tasa de 4,1 ahogamientos con una tasa de 3,77 y en 6to lugar quemaduras con una tasa de 0,9. El resto de los renglones se encontraron por hechos violentos.

Las lesiones ocasionadas por trauma son una de las principales causas de muerte y discapacidad en el mundo. Se estima que cada año más de 5 millones de personas mueren por lesiones, principalmente por accidentes de tránsito producidos por vehículos automotores.

Desde la década de los ochenta, los accidentes de tránsito han dejado de ser un problema exclusivo de los países desarrollados y se han convertido en una de las principales causas de lesiones, invalidez y muerte en algunos países en vías de desarrollo, entre ellas Venezuela, obligando a que este daño sea mirado como amenaza creciente a la salud del individuo y al desarrollo de las naciones, especialmente por el impacto que tiene sobre los años de vida útil perdidos, que afecta mayormente a la población infantil y de adultos jóvenes.

Esta problemática ocasiona una alta demanda para el sistema de atención médica, ya que, se estima que del 20% al 40% de las camas hospitalarias están ocupadas por lesionados productos de estos eventos; con el agravante del alto promedio de estancia que presentan. Por otro lado, se genera un elevado número de personas con discapacidad temporal y/o permanente.

Según los registros del Programa de Atención a las Personas con Discapacidad estas cifras están alrededor del 40% de los usuarios de este Programa. Para poder asumir los desafíos de este Programa, es indispensable la participación de los médicos generales, el o la auxiliar de Medicina Simplificada y las/los Agentes Comunitarios de APS, especialmente para la identificación de los riesgos de accidentes y otros hechos violentos y la intervención temprana de los lesionados, para prevenir las complicaciones, la discapacidad o la muerte.

En este sentido, la Coordinación Nacional del Programa de Prevención de Accidentes y otros Hechos Violentos, ha elaborado el presente documento de la Norma del Programa de Prevención de Accidentes y otros Hechos Violentos, con el enfoque promocional de calidad de vida y salud y el propósito de mejorar la calidad de atención integral de la población sana, con factores de riesgo, la afectada por accidentes y otros hechos violentos con o sin algún grado de discapacidad.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Contribuir a mejorar la calidad de vida de la población (tanto sana como enferma), a través de acciones de promoción de la salud, prevención de los factores de riesgo para los accidentes de todo tipo y hechos violentos, la prevención de sus complicaciones, la atención oportuna y su rehabilitación, con énfasis en la Atención Primaria de Salud.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Fortalecer las políticas de promoción de la salud, mediante la promoción de territorios sociales que fortalezcan la convivencia solidaria, la seguridad ciudadana y un sistema de tránsito seguro en el cotidiano de la vida familiar y comunal, actuando sobre las condiciones y estilos de vida, y en el gran marco de Política Pública Sana denominado "Suprema Felicidad Social".
- Implementar acciones de difusión, educación y comunicación masivas, en conjunto con las organizaciones del Poder Popular, el resto del equipo de salud y los otros sectores de la política pública, de manera de construir con la población el conocimiento sobre los factores de riesgo de accidentes y hechos violentos, su manejo pre-hospitalario idóneo por parte de terceros, sus comorbilidades y discapacidades, cómo prevenirlas y dónde recibir la atención médica idónea, con la corresponsabilidad de todos.
- Concertar con los entes de educación universitaria la formación de médicos y personal técnico de salud, así como el Programa de formación de Agentes Comunitarios de Atención Primaria de Salud (ACAPS), en sintonía con la norma del

este Programa y con las capacidades operativas requeridas; así como, el desarrollo de la educación y capacitación continua y en servicio de todo el personal del área.

- Brindar atención médica integral, en sus diferentes niveles, con la cooperación del Poder Popular, con los cuidados pre-hospitalarios institucionales o de terceros y la atención médica especializada al individuo lesionado, según sea su lesión (traumatismo, quemadura, ahogamiento, golpe de calor, etc.,) y condición, hasta la rehabilitación.
- Consolidar un Sistema de Información oportuno, confiable y sencillo, que brinde la información generada por todos los actores, públicos como privados y sirva de instrumento para elevar la conciencia colectiva, definir corresponsabilidades y evaluar la marcha del PPAHV.
- Impulsar la investigación clínica, epidemiológica y operativa específica para cada nivel de atención y en los distintos territorios sociales.
- Coordinar acciones interprogramáticas, intra e intersectoriales que garanticen la intervención integral, multisectorial y multidisciplinaria.

ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES

Estrategia 1: Promoción para la transformación cultural de modos, condiciones y estilos de vida saludables

Generación de procesos de transformación cultural de modos, condiciones y estilos de vida saludables, mediante la comunicación, información y educación de las comunidades, articulando diversas alianzas para aumentar las capacidades de los individuos y sus diversas agrupaciones en sociedad, con miras a construir territorios sociales que fortalezcan la convivencia solidaria, la seguridad ciudadana y un sistema de tránsito seguro en el cotidiano de la vida familiar y comunal.

Actividades

- Desarrollo de planes y proyectos de salud intra e intersectoriales dirigidos a la promoción de la salud y a la divulgación de conocimientos sobre condiciones y estilos de vida saludable en el ámbito personal, familiar y en las agendas de las organizaciones comunitarias.

- Implementación de relaciones interinstitucionales con los Ministerios de Educación y Educación Universitaria, Infraestructura, Interior y Justicia, Mujer, Trabajo, Fiscalía General, entre otros, para desarrollar alianzas estratégicas que permitan lograr los fines de estas instituciones, en la promoción de condiciones y estilos de vida saludables y prevención de los accidentes y hechos violentos.

Estrategia 2: Pesquisa para detección oportuna de factores de riesgo de accidentes y otros hechos violentos

Identificación de los factores de riesgo de accidentes y hechos violentos, tomando en cuenta el ciclo de vida y las características familiares y comunales, siguiendo las normas, pautas y procedimientos establecidos por el PPAHV en las Redes de Atención y estableciendo las alianzas interprogramáticas e intersectoriales requeridas.

Actividades

- Determinación de Factores de riesgo para accidentes y hechos violentos, en las consultas, con énfasis en el Primer Nivel de Atención, en las familias, centros laborales y otros ambientes de la comunidad del área de influencia del establecimiento de Atención Primaria.
- Creación de mesas de trabajo intersectoriales y comunitarias para el desarrollo de planes preventivos de accidentes y hechos violentos (toma de decisiones), con la corresponsabilidad de todos.

Estrategia 3: Fortalecimiento de la línea de Atención Médica de accidentes y otros hechos violentos

Fortalecimiento de las redes de Atención Médica de accidentes y hechos violentos, con la participación protagónica de los equipos de salud, los usuarios/as y las organizaciones de las comunidades del área de influencia, estableciendo las alianzas interprogramáticas e intersectoriales requeridas, para la atención integral de las personas lesionadas, desde la atención pre-hospitalaria hasta la rehabilitación.

Actividades

- Definición en conjunto con el Viceministerio de Redes de Servicios, de los recursos necesarios para la ejecución del Programa en los diferentes niveles de atención y de acuerdo con las metas establecidas en las unidades de tiempo.
- Coordinación con los entes involucrados en la atención pre-hospitalaria y de urgencias para acordar planes en este campo.
- Capacitación continua del personal de salud de los niveles de atención en las pautas y procedimientos del PPAHV.
- Gestión articulada con las regiones en lo referente a la dotación de medicamentos, insumos y equipos en las redes de servicios de salud, de acuerdo con las necesidades de la población, respecto a los riesgos de siniestralidad.

- Monitoreo de la atención en los diferentes niveles de la red.

Estrategia 4: Fortalecimiento del Sistema de Información de Salud del Programa

Fortalecimiento de los mecanismos de Vigilancia Epidemiológica de los accidentes y hechos violentos, vigentes en la actualidad, para diseñar el Sistema Integrado de Vigilancia de Accidentes y Hechos Violentos, que incorpore al sector salud y otros sectores.

Actividades

- Coordinación interprogramática e intersectorial para diseñar el Sistema de Vigilancia Epidemiológica Integrado de Accidentes y Hechos Violentos.

Estrategia 5: Fortalecimiento del Control de la Gestión

Fortalecimiento de la captura y procesamiento de información para el seguimiento y la evaluación de la gestión mediante indicadores de eficiencia, eficacia, efectividad e impacto, del Programa.

Actividades

- Coordinación para el fortalecimiento integrado de la vigilancia de la gestión del programa.
- Seguimiento y evaluación periódicos basado en indicadores de la eficiencia, eficacia, efectividad e impacto del Programa.

Estrategia 6: Formación de profesionales de la salud en el manejo integral de la Norma Integrada

Fortalecimiento de las competencias en las carreras relacionadas con salud, en los aspectos de salud colectiva, específicamente en Accidentes y Hechos Violentos, relativos a la promoción de estilos y condiciones de vida, prevención y tratamiento de estas condiciones y su rehabilitación, en coordinación con la Dirección de Investigación y Educación del MPPS y del Ministerio de Educación Universitaria.

Actividades

- Diseño de contenidos curriculares del Programa de Accidentes y Hechos Violentos, en conjunto con la Dirección de Investigación y Educación del MPPS y del Ministerio de Educación Universitaria, para su implementación en las carreras relacionadas con salud.

- Implementación de los contenidos curriculares del Programa de Prevención de Accidentes y Hechos Violentos, en las universidades nacionales que dictan carreras de salud, en conjunto con la Dirección de Investigación y Educación del MPPS y del Ministerio de Educación Universitaria.

Estrategia 7: Mejoramiento continuo del personal de salud en servicio en el manejo integral de la Norma Integrada

Mantener un desarrollo continuo de las capacidades y competencias del personal de salud en los servicios, en todos los aspectos de la prevención de Accidentes y Hechos Violentos.

Actividades

- Diseño de un plan de capacitación continua en servicio, por niveles, por profesiones y funciones, en el área de Accidentes y Hechos Violentos, en coordinación con la Dirección General de Educación e Investigación y las Direcciones Estadales de Salud (DES).
- Ejecución del Plan de Capacitación Continua en prevención de Accidentes y Otros Hechos Violentos, de manera permanente y sustentable en el tiempo.

Estrategia 8: Desarrollo de la investigación en accidentes y otros hechos violentos

Incentivar la Investigación básica-clínica, epidemiológica y social, en el área de Accidentes y Hechos Violentos, en coordinación y cooperación con otros Programas de Salud, la Dirección General de Educación e Investigación (DGIE), los Centros de Investigación de las Universidades nacionales e internacionales, las sociedades científicas y las organizaciones multilaterales (OMS-OPS. UNICEF, etc.).

Actividades

- Diseño de una agenda de prioridades de investigación en Accidentes y Hechos Violentos, en conjunto con otros Programas de Salud y la DGEI, para ser discutido y ejecutado con los Centros de Investigación de las Universidades nacionales e internacionales, las sociedades científicas y las organizaciones multilaterales (OMS-OPS. UNICEF, etc.).
- Desarrollo de investigaciones operativas en todos los niveles de atención, en cooperación con las DES, las jefaturas de distritos y municipios, las direcciones de establecimientos y la comunidad organizada.

POBLACIÓN OBJETO

Será objeto de esta norma toda la población, con énfasis en los grupos de riesgo, específicos para cada daño.

CAMPO DE APLICACIÓN

Esta Norma es de cumplimiento obligatorio de todo el personal de salud y de los establecimientos de salud de todos los subsistemas del Sistema Público Nacional de Salud.

ESTRUCTURA DEL PROGRAMA

El Programa de Prevención de Accidentes y Hechos Violentos se estructura en:

Nivel Normativo Gerencial con tres dimensiones:

- **Central:** constituido por la Coordinación Nacional del Programa de Prevención de Accidentes y Hechos Violentos, adscrito a la Dirección General de Programas de Salud del Viceministerio de Redes de Salud Colectiva, del Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS).
- **Estadal:** representado por las Coordinaciones Estadales del Programa, dentro de las Direcciones Estadales de Salud.
- **Municipal:** establecidos en las instancias distritales o municipales de salud de los estados.

Nivel Local Ejecutor con tres Niveles de Atención de complejidad médica creciente: Primer Nivel, Segundo Nivel y Tercer Nivel de Atención.

FUNCIONES DEL NIVEL CENTRAL (Normativo y Gerencial)

- Revisar y actualizar las normas, planes, estrategias y acciones orientadas a la promoción de modos y estilos de vida saludables, la prevención de accidentes y otros hechos violentos, el tratamiento de los lesionados hasta su rehabilitación.
- Informar a miembros de la comunidad organizada sobre promoción de la salud y prevención de los accidentes y hechos violentos, con miras a impulsar la corresponsabilidad de ciudadanos y comunidades, a través de la difusión en los diferentes medios públicos, privados y comunitarios, en coordinación con la Oficina de Comunicación y Relaciones Interinstitucionales.
- Consensuar y ejecutar, en el ámbito de su competencia, planes intersectoriales de prevención de accidentes y hechos violentos.

- Acordar con el MPP de Educación Universitaria, en coordinación con la DGEI del MPPS, la incorporación y actualización de la norma del Programa de Prevención de Accidentes y Hechos Violentos (PPAHV) en los planes de formación de pregrado y post-grado universitario del área de la salud. Igualmente, acordar con el Ministerio de Educación, la incorporación de los contenidos de prevención de accidentes y otros hechos violentos, desde el nivel pre-escolar a bachillerato.
- Determinar las prioridades de investigación en el área de la prevención de accidentes y otros hechos violentos, en conjunto con la DGEI del MPPS, los Centros de Investigación, las Universidades, las Sociedades Científicas y los entes multilaterales relacionados con la gestión de proyectos.
- Conformar e integrar con las Coordinaciones de los otros Programas de Salud, sectores relacionados con la prevención de accidentes y hechos violentos e instituciones afines, equipos de trabajo interprogramáticos, intersectoriales e interinstitucionales para el logro de los objetivos y metas.
- Ejecutar e implementar el Sistema de Vigilancia Epidemiológica Integral (Convencional y Comunitario) y estimar las características epidemiológicas de accidentes y hechos violentos, en cooperación con la Dirección General de Epidemiología.
- Monitorear, Supervisar y Evaluar el cumplimiento de las normas y protocolos establecidos en el Programa de Prevención de Accidentes y Hechos Violentos por los entes encargados de su implementación a nivel nacional.
- Presentar los informes de resultados del Programa de Prevención de Accidentes y Hechos Violentos ante organismos nacionales e internacionales.

FUNCIONES DEL NIVEL ESTADAL (Normativo-Gerencial)

- Definir la complejidad de la estructura de la Coordinación Estatal, de acuerdo con las pautas dictadas por la Norma del PPAHV y la situación del estado correspondiente.
- Ejecutar el Programa de Prevención de Accidentes y Hechos Violentos en su estado, adecuándolo a la situación existente en el mismo, bajo la dirección y coordinación del Nivel Central y las coordinaciones estatales.
- Controlar la ejecución del PPAHV, mediante la supervisión, monitoreo y evolución de sus componentes operativos, epidemiológicos y gerenciales.
- Mantener actualizado el Sistema de Información de Salud en el Nivel Estatal, en sus componentes operativos, epidemiológicos y gerenciales, de acuerdo con las normas establecidas en el PPAHV.

FUNCIONES DEL NIVEL MUNICIPAL (Normativo-Gerencial)

- Implementación y desarrollo del Programa de Prevención de Accidentes y Hechos Violentos de acuerdo a los lineamientos emanados del Nivel estatal, en concordancia con la norma establecida por el Nivel Central.
- Impulsar la participación activa de la comunidad organizada en la ejecución, control y vigilancia de las actividades que fomenta el Programa a través de las diversas instancias en las localidades.
- Controlar la ejecución del PPAHV, mediante la supervisión, monitoreo y evaluación de sus componentes operativos, epidemiológicos y gerenciales.
- Mantener actualizado el Sistema de Información de Salud en el Nivel Municipal, en sus componentes operativos, epidemiológicos y gerenciales, de acuerdo con las normas establecidas en el PPAHV.

FUNCIONES DEL NIVEL LOCAL (Ejecutor-Gerencial)

- Analizar la situación de salud de su área de influencia, de acuerdo con el nivel de atención médica.
- Programar, con la participación de los diversos actores implicados y basados en el análisis de su situación, las acciones locales, en concordancia con las normas del PPAHV.
- Aplicar la programación local en el territorio social de su área de influencia, según el nivel de atención médica, desde lo referente a la promoción de la salud, la prevención de accidentes y hechos violentos y la atención desde la fase pre-hospitalaria hasta la rehabilitación de los lesionados.
- Controlar la ejecución del PPAHV, mediante la supervisión, monitoreo y evaluación de sus componentes operativos, epidemiológicos y gerenciales.
- Mantener actualizado el Sistema de Información de Salud en el Nivel Local, en sus componentes operativos, epidemiológicos y gerenciales, de acuerdo con las normas establecidas en el PPAHV.

ACTIVIDADES SEGÚN NIVELES DE ATENCIÓN

Niveles de Atención	Actividades
<p>Primer Nivel ARI, ARII, AUI y Consultorio Popular</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hacer el Análisis de Situación de Salud (ASIS) comunitario, con participación de todos los actores. ▪ Hacer el informe de situación del Programa en el territorio del área de influencia del establecimiento de APS, con sus respectivos indicadores definidos. ▪ Elaborar el Plan Anual del Programa de la población del área de influencia del establecimiento de APS, en conjunto con los líderes comunitarios. ▪ Presentar ante la asamblea de la comunidad, para su aprobación del área de influencia, el Plan Anual del Programa y los compromisos de corresponsabilidad ciudadana e institucional. ▪ Ejecutar las actividades de promoción de factores protectores de la Salud. ▪ Ejecutar las actividades de prevención de accidentes y hechos violentos prevalentes, realizando la pesquisa de factores de riesgos relacionados con los accidentes y hechos violentos, priorizando el Primer Nivel de Atención, familias, escuelas, comunidades del área de influencia del establecimiento de Atención Primaria. ▪ Realizar las actividades de atención de las lesiones definidas por el PPAHV para ser manejadas por el Primer Nivel de Atención, incluyendo la atención pre-hospitalaria o de emergencia, e indicar, de ser necesaria, la referencia al nivel especializado para su resolución de acuerdo con la norma. ▪ Gestionar, ante su nivel normativo gerencial, la dotación de insumos y medicamentos requeridos para la atención de los pacientes en control bajo la Norma Integrada. ▪ Recolectar el dato básico de la información los componentes de la Norma Integrada, utilizando la Historia Clínica Básica Integrada, la Ficha Familiar y los Análisis de Situación de Salud (ASIS) Comunitarios. ▪ Llenar los formatos de Epidemiología y de Programas del SIS. ▪ Analizar los indicadores de insumos, de procesos y resultados de las actividades. ▪ Monitorear la ejecución del Programa, a nivel de las familias de su área de influencia, de los individuos atendidos en las consultas, y otros agrupamientos de su comunidad, de acuerdo con las normas y los indicadores del mismo. ▪ Evaluar la ejecución del Programa en sus componentes operativos, epidemiológicos y gerenciales y su envío al nivel normativo correspondiente, de acuerdo con las normas y los indicadores del mismo. ▪ Efectuar investigaciones operativas en el marco de las disposiciones del Programa Integrado, según el nivel de complejidad. ▪ Fortalecer la capacitación permanente al equipo de Salud que labora en este nivel, especialmente en las áreas de salud sexual y reproductiva, Niños, Niñas y Adolescentes, Lactancia Materna, y la Prevención y Control de Enfermedades Heredo Metabólicas.

<p>Segundo Nivel AUII, AUIII, Clínica Popular, CDI y SRI</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar la evaluación y el tratamiento determinado para este nivel, de los pacientes referidos del Primer Nivel y los que asistan directamente a la consulta especializada, incluyendo las emergencias. ▪ Ejecutar las actividades educativas en las salas de espera. Información y concientización directa al individuo, familiares y comunidad, sobre la promoción de la salud y prevención de accidentes y hechos violentos. ▪ Detectar tempranamente las complicaciones de accidentes y hechos violentos o asociadas a ellos, a fin de ofrecer tratamiento oportuno y continuo. ▪ Gestionar ante su nivel normativo gerencial, la dotación de insumos y medicamentos requeridos para la atención de los pacientes en control del programa. ▪ Referir los pacientes, cuya resolución corresponda al Tercer Nivel de atención, y contrarreferir los casos provenientes de los establecimientos de APS. ▪ Llevar el Sistema de Información de este nivel en sus componentes operativos, epidemiológicos y gerenciales. ▪ Efectuar investigaciones operativas en el marco de las disposiciones del Programa. ▪ Apoyar las acciones del nivel gerencial para fortalecer la APS en su área de competencia, en atención, docencia e investigación.
<p>Tercer Nivel CAT, Hospitales I, II, III y IV, Hospitales de Especialidades</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cumplir con las actividades asistenciales asignadas en consultas, hospitalización, quirúrgicas y de emergencia, de acuerdo con protocolos de la Medicina Basada en la Evidencia. ▪ Coordinar la referencia y la contrarreferencia de personas con accidentes y hechos violentos y discapacidad asociada, detectadas por el Programa, para que reciban la rehabilitación y la atención integral adecuada. ▪ Determinar y solicitar los requerimientos de todos los recursos de su unidad, de acuerdo con la norma del Programa, para dar cumplimiento a su gestión con eficacia y eficiencia. ▪ Apoyar la capacitación y la educación continua al personal del área en los aspectos de sub-especialidades y cirugía. ▪ Hacer efectiva la referencia y contrarreferencia, de los casos referidos por el Segundo Nivel y las interconsultas que solicite y le sean solicitadas. ▪ Llevar el Sistema de Información de este nivel, en sus componentes operativos, epidemiológicos y gerenciales. ▪ Efectuar investigaciones operativas, básicas, epidemiológicas y clínicas en el marco de las disposiciones del Programa.

DISPOSICIONES GENERALES

1. Debe incorporarse en las agendas construidas con los Consejos Comunales, la adopción de modos, estilos y condiciones de vida saludables, donde se tomen en cuenta los factores que protejan de accidentes tales como accidentes viales, laborales, acuáticos, del hogar, violencia comunitaria, interpersonal y de género.
2. Los niños y niñas de la comunidad deben ser instruidos, tanto en el hogar como en las escuelas, para prevenir y enfrentar los accidentes y otros hechos violentos.
3. Se deben efectuar en la comunidad del área de influencia del establecimiento de APS, las pesquisas de factores de riesgo para adoptar medidas anticipatorias dirigidas a la prevención de accidentes y otros hechos violentos en conjunto con la comunidad. Así como, la búsqueda activa de accidentes de todo tipo, principalmente de violencia intradomiliar, para su adecuada canalización comunal e intersectorial.
4. Toda persona que sea detectada como portadora de una conducta riesgosa para accidentes y otros hechos violentos, debe ser referida a la Línea de Atención de Salud Mental y Adicciones, para su evaluación y canalización.
5. Todo lesionado debe recibir la adecuada atención médica pre hospitalaria según sea su lesión (traumatismo, quemadura, ahogamiento, golpe de calor, etc.) y condición física, ya sea por la comunidad, para lo cual debe ser preparada, o por servicios móviles de emergencia del sistema de salud. (Ver Guía Práctica).
6. Toda persona víctima de accidente, después de recibir la atención inmediata adecuada, comunitaria y/o institucional, debe ser trasladada al establecimiento hospitalario idóneo para atender su caso. (Ver Guía Práctica).

CAPÍTULO XIII
PROGRAMA DE ITS/VIH-SIDA

EQUIPO RESPONSABLE DE ESTE CAPÍTULO

COORDINACIÓN DEL PROGRAMA DE ITS/VIH-SIDA

Dra. Deisy Matos

Equipo de Trabajo (autores):

Dra. Marbelys Hernández

Internista Infectólogo Jefe del Componente de Atención del PNSIDA/ITS

Dra. Reina María Rodríguez

Epidemiólogo Jefe del Componente de Vigilancia Epidemiológica del PNSIDA/ITS

Lcda. Carla L. Rondón P.

Trabajadora Social Encargada del Componente de Prevención del PNSIDA/ITS

Lcda. Analizabeht Fermín

Trabajadora Social del Componente de Prevención del PNSIDA/ITS

Fco. Carolina Cedeño.

Farmacéutica jefe del Almacén de antirretrovirales del PNSIDA/ITS

INTRODUCCIÓN

La construcción de los pilares de la Suprema Felicidad Social es un proceso que se ha iniciado como pueblo lleno de amor y un Gobierno que reconoce su compromiso y obligación de garantizar el acceso universal a la salud de todos los venezolanos y venezolanas y que a la vez se rebela contra la exclusión y la insolidaridad que antes de nuestra gestión sufrían las personas afectas por el VIH/SIDA en nuestro territorio.

Hoy, sin importar las diferencias de credo, de nacionalidad, de clase social, de raza, de pensamiento, de género, edad, se ha continuado la lucha para que las personas afectadas por el VIH/SIDA se beneficien de la construcción de la nueva estructura social incluyente, de un nuevo modelo social y humanista, que persigue para todos y para todas la meta de que vivamos en paz y dignamente, rumbo a lo que decía el Libertador, Simón Bolívar: “La Suprema Felicidad Social”.

Para el Gobierno de la República Bolivariana de Venezuela, la plena realización del Socialismo del Siglo XXI que estamos construyendo, y que sólo será posible en el mediano tiempo histórico, pasa necesariamente por la refundación ética y moral que atiende a las personas que necesitan de nuestra ayuda. Por eso, hemos propuesto un proyecto ético y moral que hunde sus raíces en la fusión de los valores y principios de lo más avanzado de las corrientes humanistas del Socialismo para poder enfrentar y contribuir a la erradicación de la epidemia de VIH-SIDA.

El fin último de cada una de las Políticas Públicas Bolivarianas que han concurrido al control, atención y a la solución del problema del VIH/SIDA, descansa en la felicidad de cada ciudadano infectado y de sus familiares y amigos, como también se basa en los caminos de la justicia social, la equidad y la solidaridad consagradas en las instituciones que garantizan los derechos humanos en todo nuestro territorio y para todos y todas los habitantes de la República Bolivariana.

La epidemia por el Virus de Inmunodeficiencia Humana/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH/SIDA) tras más de dos décadas ha impulsado a los países y a la comunidad científica internacional a desarrollar importantes avances hacia la mejor comprensión de las formas de transmisión del VIH y sus efectos, incluidos los fisiológicos, psicológicos y socioeconómicos.

Cada país ha enfrentado diferentes dinámicas de la epidemia, y los gobiernos deben responder de manera eficaz con el fin de atenuar el impacto de la infección a través de esfuerzos de prevención, mientras se ofrece atención y apoyo.

Debido a ello presentamos la Norma Nacional del Programa Nacional de SIDA/ITS del Ministerio del Poder Popular para la Salud. La cual pretende establecer líneas programáticas de cumplimiento obligatorio en todo el territorio nacional y por todos los entes públicos y privados dispensadores de salud.

Sabemos que estamos en una estructura social donde Venezuela está en un proceso de transición hacia una formación económico social incluyente, porque el Gobierno está ejecutando, especialmente con las Misiones y Políticas Públicas

Sectoriales, un proceso de inclusión social masivo y acelerado, financiado por la nueva manera de distribuir la renta petrolera, lo que ha permitido avanzar en la cobertura y la universalización y en la satisfacción de necesidades de identidad, alimentación, educación, vivienda y empleo, y por supuesto en la atención integral de la salud en forma universal para todas las personas afectadas por el VIH/SIDA. Esperamos que esta Norma sea una contribución más para afianzar el esfuerzo y sumar voluntades de solidaridad no solo en nuestra nación, sino en la integralidad de la Humanidad, de la cual somos parte.

BASE LEGAL

Constitución de la República Bolivariana de Venezuela del año 1999:

Establece las bases para desarrollar la naturaleza jurídica y el modelo organizativo del Sector Salud Venezolano.

Artículo 83 establece que la salud es un *DERECHO SOCIAL* fundamental, parte del Derecho a la Vida.

Artículo 84 ordena la creación de un SISTEMA PÚBLICO NACIONAL DE SALUD, bajo la rectoría del Ministerio de Salud, el cual será de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad.

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

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

Artículo 122 reconoce el derecho de los pueblos indígenas a una salud integral que considere sus prácticas y culturas.

Igualmente, la CRBV reconoce como derechos un conjunto de determinantes de la salud, como es el derecho a la educación, nutrición, vivienda, cultura, trabajo, entre otras.

Ley Orgánica de salud, publicada en Gaceta Oficial Nº 36.576 del 11 noviembre de 1998:

Capítulo I. 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.

El Ministerio de la Salud actuará coordinadamente con los organismos que integran el Consejo Nacional de la Salud, a los fines de garantizar la elevación del nivel socioeconómico y el bienestar de la población; el logro de un estilo de vida tendente a la prevención de riesgos contra la salud, la superación de la pobreza y la ignorancia, la creación y conservación de un

ambiente y condiciones de vida saludables, la prevención y preservación de la salud física y mental de las personas, familias y comunidades, la formación de patrones culturales que determinen costumbres y actitudes favorables a la salud, la planificación de riesgos laborales y la preservación del medio ambiente de trabajo y la organización de la población a todos sus niveles.”

Actualmente en vacatio legis, mientras se discute en la Asamblea Nacional la Ley de Salud de la CRBV (1999).

Ley Orgánica para la Protección al Niño, Niña y Adolescentes (LOPNNA) (2007)

Artículo 50: “Todos los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a ser informados e informadas y educados o educadas, de acuerdo a su desarrollo en salud sexual y reproductiva para una conducta sexual y una maternidad y paternidad responsable, sana, voluntaria y sin riesgo.

El Estado, con la activa participación de la sociedad, debe garantizar servicios y programas de atención de salud sexual y reproductiva a todos los niños, niñas y adolescentes...”

Plan Estratégico Social de la Nación (2001-2007) Plantea como prioridad la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud, integrando las políticas públicas sociales, la corresponsabilidad ciudadana en los territorios sociales considerando a la salud como expresión individual y colectiva de calidad de vida y bienestar, producto de los determinantes sociales, tomando en cuenta los derechos y las necesidades sociales así como la promoción de la calidad de vida y salud, los territorios y las redes sociales y la contraloría social. También pretendió enfrentar las inequidades de género, raza, grupos y clases sociales.

Plan Simón Bolívar.2007-2013. En la Directriz de la Suprema Felicidad Social, se propone una estructura social incluyente, y se aspira que todos vivamos en las mejores condiciones posibles. Allí se establece la estrategia “Profundizar la Atención integral en Salud de forma universal”, donde se exponen las políticas de fortalecer la “Prevención y control de enfermedades” y, “Expandir y consolidar los servicios de salud de forma oportuna y gratuita”.

Plan Nacional de Salud 2007-2013/2018. Establece la importancia de los modos y estilos de vida en la carga de mortalidad y morbilidad por enfermedades. Así mismo se establece el abordaje integral e intersectorial de los diversos problemas de salud para impulsar los cambios en los modos, condiciones y estilos de vida. Define políticas concretas para cambiar las condiciones de vida, favoreciendo el mantenimiento de la salud de la población y protegiendo de factores predisponentes a la aparición de diferentes tipos de problemas de Salud Pública.

El Programa de ITS/VIH-SIDA, tiene como antecedente la creación, en la década de los 40’, del **Programa de Enfermedades de Transmisión Sexual**, dirigido a enfrentar el problema de Salud Pública constituido por la sífilis, blenorragia y otras.

Resolución Ministerial No. 5 y 8 de la Dirección de Epidemiología y Programas de Salud (1984). Creación de la Comisión Nacional de Lucha contra el SIDA, la cual cumple un carácter asesor y normativo, haciéndose extensiva a nivel regional en el año siguiente.

Resolución Ministerial Nº 42 (1987). Reestructuración de la Comisión antes citada.

Resolución Ministerial Nº 1.178 (1987). Creación de la Oficina para el Desarrollo del Programa Nacional de lucha contra el SIDA, con el fin de ejecutar el programa de prevención y control de corto plazo.

Gaceta Oficial de la República de Venezuela del 1987 Número 33.683 Resolución Ministerial en el cual se declara que todos los casos VIH/SIDA diagnosticados son de notificación obligatoria en el sistema de información.

Resolución Ministerial (1990) de creación de la Oficina de Prevención y Lucha contra el SIDA (OPL-SIDA), derogándose las Resoluciones Ministeriales Nº 42 y 1.178 de 1987.

Gaceta Oficial de la República de Venezuela del 2 de septiembre de 1994, Número Sg. -439 Resolución Ministerial que prohíbe el uso de la prueba de detección de anticuerpos para VIH en todo el territorio nacional, para fines distintos a los determinados en salud y en la cual es de absoluta obligatoriedad la confidencialidad del resultado y el consentimiento informado para la aplicación de la misma.

Gaceta Oficial Nº 35.61 de fecha 27 de diciembre de 1994. Artículo Nº 18 del Reglamento Orgánico del MSAS, dispone la creación de la División ETS-SIDA.

Resolución Ministerial Sg. 0104-99 (1999). Reunificación de los programas nuevamente constituyéndose el Programa Nacional de ITS/VIH-SIDA.

Sentencia de la Corte Suprema de Justicia 15/07/1999. Donde se declara con lugar el recurso de amparo interpuesto por las personas que viven con VIH/SIDA en Venezuela, para recibir información, tratamiento y asistencia médica integral por parte del Estado, a través del Ministerio de Salud.

Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela del 8 de agosto de 2000, Número 292. Obligatoriedad de aplicar la prueba de detección de anticuerpos para VIH, a toda mujer embarazada, previo consentimiento informado, como mecanismo de prevención de la transmisión vertical de VIH.

JUSTIFICACIÓN

La epidemia de VIH en la República Bolivariana de Venezuela, al igual que en la mayoría de los países de la Región Americana, se estima que es concentrada y que se mantiene contenida en los grupos que se consideran epidemiológicamente como más expuestos, a saber, Hombres que tienen relaciones sexuales con otros Hombres, trabajadoras y trabajadores sexuales. Son también considerados vulnerables las mujeres y las personas privadas de libertad. Además, hay indicios, de la presencia de cofactores como el resto de las ITS y otras infecciones oportunistas

En Venezuela se estima que la epidemia es de tipo concentrada, con una prevalencia en la población general menor del 1% y superior al 5% en grupos de población más vulnerable, especialmente en Hombres que tienen sexo con hombres (HSH).

Estas estimaciones se basan en revisiones documentales e investigaciones puntuales realizadas por diferentes autores, pues hasta la fecha no se han realizado estudios de prevalencia de gran alcance, aunque los mismos se encuentran ya en fase de preparación

En Venezuela se diagnosticó el primer caso de VIH/SIDA en el año 1982, notificándose hasta el año 2011, aproximadamente 114.813 casos. Son aproximaciones, porque, a pesar que la notificación de los casos es obligatoria desde el año 1987, los datos aportados por las coordinaciones regionales del programa nacional de SIDA/ITS presentan subregistro por diversas razones.

Si se toma como base para realizar estimaciones que el 20% de las personas que viven con VIH necesitan tratamiento, se podría calcular la prevalencia para el año 2009 en 161.510 casos. En el año 2004, se realizó una investigación que basadas en los datos existentes para la fecha, describió un escenario de estimaciones sobre Infecciones por VIH, siendo está para el año 2009 de 146.430 personas infectadas, con un límite inferior de 109.920 y uno superior de 196.270.

Con los datos disponibles en el Programa Nacional puede concluirse que el grupo etario más afectado es el de 30-39 años para los hombres y el de 25 a 34 para las mujeres. a vía de transmisión mas reportada es la sexual. Y el número de pacientes del sexo femenino se ha incrementado en los últimos años.

En cuanto a la mortalidad por VIH/SIDA en una revisión de los Anuarios de Mortalidad del MPPS, se evidencia un aumento progresivo de la mortalidad, que pudiera explicarse en cierto grado por un mejor diagnóstico y por una disminución del estigma de "morir de SIDA" que existió al principio de la epidemia.

Para el año 2003 ocurrieron 1.267 defunciones, que ocupaban la posición 16 dentro de las 25 principales causas de muertes y representaban el 1,10% de todas las causas de muerte. En el año 2007 se registraron 1.670 defunciones por VIH/SIDA, ocupando el puesto 12 dentro de las 25 principales causas de muerte y representando el 1,32% del total de causas.

Estudiando la mortalidad de los últimos años según el sexo, se observa que en el sexo femenino aumentó un 35%, mientras que en el sexo masculino los hizo en un 20%. Esto es un reflejo de la feminización creciente de la epidemia, aunque sigue siendo el sexo masculino el más afectado en el país.

OBJETIVOS**OBJETIVO GENERAL**

Contribuir a mejorar la calidad de vida de la población (tanto sana como enferma), a través de acciones de promoción de la salud y de prevención de la infecciones de transmisión sexual (ITS), incluyendo la epidemia de VIH-SIDA y sus estados relacionados (infecciones oportunistas), por medio de la modificación de sus factores de riesgo, con el diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno y la rehabilitación, con énfasis en la Atención Primaria de Salud.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Fortalecer las políticas de promoción de la Promoción de la Salud Sexual y reproductiva en el gran marco de Política Pública denominado "Suprema Felicidad Social", actuando sobre las condiciones y estilos de vida, dando relevancia fundamental a la promoción de los Derechos Humanos para reducir el estigma y la discriminación en las poblaciones en situación de mayor vulnerabilidad.
- Implementar acciones de difusión, educación y comunicación masivas, en conjunto con las organizaciones del Poder Popular, el resto del equipo de salud y los otros sectores de la política pública, de manera de construir con la población el conocimiento sobre las principales infecciones de transmisión sexual, incluyendo la epidemia de VIH-SIDA, sus complicaciones y discapacidades, en lo físico y lo mental-social, cómo prevenirlas y dónde recibir la atención médica idónea, con la corresponsabilidad de todos.
- Brindar atención integral, en sus diferentes niveles, con la cooperación del Poder Popular, con los cuidados primarios a la población (específica y masiva) y la atención médica especializada hasta la rehabilitación, así como el beneficio de la atención de urgencia.
- Concertar con los entes de educación universitaria la formación de médicos y personal técnico de salud en sintonía con la norma del este Programa y con las capacidades operativas requeridas; así como, el desarrollo de la educación y capacitación continua y en servicio de todo el personal del área.
- Consolidar un Sistema de Información oportuno, confiable, y sencillo, que brinde la información generada por todos los actores, públicos como privados, y sirva de instrumento para elevar la conciencia colectiva, definir corresponsabilidades y evaluar la marcha del programa.
- Impulsar la investigación clínica, epidemiológica y operativa específica para cada nivel de atención y en los distintos territorios sociales.

ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES

Estrategia 1: Promoción para la transformación cultural de modos, condiciones y estilos de vida saludables

Generación de procesos de transformación cultural de modos, condiciones y estilos de vida saludables, mediante la comunicación, información y educación de las comunidades, articulando diversas alianzas para aumentar las capacidades de los individuos y sus diversas agrupaciones en sociedad, con miras a mantenerse sanos, aplicando factores protectores de la vida basados en la evidencia.

Actividades

- Diseño y ejecución de Planes comunicacionales nacionales, estatales y locales con participación activa de los Movimientos Sociales y comunidades organizadas para disminuir las ideas erróneas sobre las ITS, incluyendo la infección por VIH.
- Ejecución del Plan Estratégico Nacional de ITS-VIH/SIDA 2012/2018 para mejorar las prácticas colectivas sobre promoción de los Derechos Humanos de las personas infectadas y afectadas por ITS y el VIH, la prevención de la infección por VIH y otras ITS, la disminución del estigma y discriminación por VIH, con la participación de las instancias estatales, intersectoriales y diversos voceros de los movimientos sociales y comunidades organizadas.
- Diseño y ejecución de un plan sobre prevención de los accidentes ocupacionales por objetos punzocortantes para evitar la transmisión de patógenos transmitidos por sangre, en conjunto con las instancias estatales, INPSASEL y organizaciones de trabajadores de la salud.

Estrategia 2: Pesquisa para detección oportuna de ITS y VIH-SIDA

Pesquisa para detectar las ITS y VIH-SIDA de manera oportuna, precoz, y efectiva, tomando en cuenta los factores de riesgo, los ciclos de vida y las características familiares y comunales, siguiendo las normas, pautas y procedimientos establecidos por el Programa en las Redes de Atención y estableciendo las alianzas interprogramáticas requeridas.

Actividades

- Pesquisa de Factores de Riesgo de ITS y VIH-SIDA (promiscuidad, hacinamiento, actividad sexual precoz, homosexualidad, prostitución, drogadicción, etc.) en las consultas, con énfasis en el Primer Nivel de Atención, escuelas y familias del área de influencia del establecimiento de Atención Primaria.
- Pesquisa de blenorragia, sífilis, VPH, VIH, herpes genital, en consultas de primer nivel de Atención.

Estrategia 3: Fortalecimiento de la línea de Atención Médica de las ITS y VIH-SIDA

Fortalecimiento de las redes de Atención Médica de las ITS y VIH-SIDA, con la participación protagónica de los equipos de salud, los usuarios/as y las organizaciones de las comunidades del área de influencia, estableciendo las alianzas interprogramáticas e intersectoriales requeridas, para la atención integral de las personas con estas enfermedades en los diferentes Niveles de Atención.

Actividades

- Definición en conjunto con el Viceministerio de Redes de Servicios, los recursos necesarios para la ejecución del Programa en los diferentes niveles de atención y de acuerdo con las metas establecidas en las unidades de tiempo.
- Capacitación continua del personal de salud de los niveles de atención en salud en las pautas y procedimientos del Programa ITS-VIH/SIDA.
- Gestión articulada con las regiones en lo referente a la dotación de medicamentos, insumos y equipos del Programa de acuerdo con las necesidades de la población.
- Monitoreo de la atención en los diferentes niveles de la red.

Estrategia 4: Fortalecimiento del Sistema de Información de ITS y VIH-SIDA

Relanzamiento de los mecanismos de Vigilancia Epidemiológica de las ITS y VIH-SIDA.

Actividades

- Diseño e implementación de estudios centinela de segunda generación en poblaciones claves.
- Diseño e implementación de encuestas cuando la información centinela detecte anomalías que requieran profundizar en la situación, para la toma de decisiones.

Estrategia 5: Fortalecimiento del Control de la Gestión

Fortalecimiento de la captura y procesamiento de información para el seguimiento y la evaluación de la gestión mediante indicadores de eficiencia, eficacia, efectividad e impacto, del Programa de ITS y VIH-SIDA.

Actividades

- Seguimiento y evaluación periódicos basado en indicadores de la eficiencia, eficacia, efectividad e impacto del Programa ITS y VIH-SIDA.

Estrategia 6: Formación de profesionales de la salud en el manejo integral en ITS y VIH-SIDA

Fortalecimiento de las competencias en las carreras relacionadas con salud, en los aspectos de salud colectiva, específicamente en ITS y VIH-SIDA, relativos a la promoción de estilos y condiciones de vida, prevención y tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual, incluyendo VIH-SIDA, en coordinación con la Dirección de Investigación y Educación del MPPS y del Ministerio de Educación Universitaria.

Actividades

- Diseño de contenidos curriculares del componente de ITS y VIH-SIDA, en conjunto con la Dirección de Investigación y Educación del MPPS y del Ministerio de Educación Universitaria, para su implementación en las carreras relacionadas con salud.
- Implementación de los contenidos curriculares del componente de ITS y VIH-SIDA, en las universidades nacionales que dictan carreras de salud, en conjunto con la Dirección de Investigación y Educación del MPPS y del Ministerio de Educación Universitaria.

Estrategia 7: Mejoramiento continuo del personal de salud en servicio en el manejo integral de las ITS y VIH-SIDA

Desarrollo continuo de las capacidades y competencias del personal de salud en los servicios en todos los aspectos del Programa ITS-VIH/SIDA.

Actividades

- Diseño de un plan de capacitación continua en servicio, por niveles, por profesiones y funciones, en el área de ITS-VIH/SIDA, en coordinación con la Dirección General de Educación e Investigación y las Direcciones Estadales de Salud (DES).
- Ejecución del Plan de Capacitación Continua en ITS-VIH/SIDA, de manera permanente y sustentable en el tiempo.

Estrategia 8: Desarrollo de la investigación en ITS-VIH/SIDA

Incentivar la Investigación básica-clínica, epidemiológica y social, en el área de ITS-VIH/SIDA, en coordinación y cooperación con la Dirección General de Educación e Investigación (DGIE), los Centros de Investigación de las Universidades nacionales e internacionales, las sociedades científicas y las organizaciones multilaterales (OMS-OPS. UNICEF, etc.).

Actividades

- Diseño de una agenda de prioridades de investigación en ITS-VIH/SIDA, en conjunto con la DGEI, para ser discutido y ejecutado con los Centros de Investigación de las Universidades nacionales e internacionales, las sociedades científicas y las organizaciones multilaterales (OMS-OPS. UNICEF, etc.).
- Desarrollo de investigaciones operativas en todos los niveles de atención, en cooperación con las DES, las jefaturas de distritos y municipios, las direcciones de establecimientos y la comunidad organizada.

POBLACIÓN OBJETO

- Personas infectadas con VIH, SIDA y otras ITS.
- Hombres que tienen Sexo con Hombres (HSH).
- Transexuales.
- Privados de Libertad (PPL).
- Mujeres Embarazadas y sus Hijos.
- Trabajadoras(es) Sexuales.
- Mujeres que tiene Sexo con Mujeres (MSM)

CAMPO DE APLICACIÓN

La presente norma tiene su campo de acción en cada uno de los niveles del sistema de atención en salud público y privado en todo el territorio nacional.

ESTRUCTURA DEL PROGRAMA

El Programa de ITS-VIH/SIDA se estructura en:

Nivel Normativo Gerencial con tres dimensiones:

- **Central:** constituido por la Coordinación Nacional del Programa de ITS-VIH/SIDA adscrita a la Dirección General de Programas de Salud del Viceministerio de Redes de Salud Colectiva, del Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS).
- **Estadal:** representado por las Coordinaciones Estadales del Programa, dentro de las Direcciones Estadales de Salud.
- **Municipal:** establecidos en las instancias distritales o municipales de salud de los estados.

Nivel Local Ejecutor con tres Niveles de Atención de complejidad médica creciente: Primer Nivel (mínima complejidad), Segundo Nivel (mediana complejidad) y Tercer Nivel (máxima complejidad) de Atención.

FUNCIONES DEL NIVEL CENTRAL (Normativo y Gerencial)

- Ejecutar los planes, estrategias y acciones orientadas a la promoción de modos y estilos de vida saludables en el programa de ITS-VIH/SIDA y proponerlos a las autoridades competentes del MPPS, para su efectiva divulgación.
- Revisar y actualizar periódicamente la Norma para la Prevención, el Tratamiento y el Control de las infecciones de transmisión sexual (ITS), el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida), para su implementación en concordancia con los niveles de atención en salud.
- Diseñar e implementar el Sistema de Vigilancia Epidemiológica para las enfermedades o infecciones de transmisión sexual (ITS), el Virus de Inmunodeficiencia Humana VIH y el SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida), así como determinar sus factores de riesgo.
- Establecer un convenio con el Ministerio del Poder Popular para la Educación Universitaria, para la incorporación y actualización de la norma del Programa de SIDA/TS en los planes de formación de pre-grado y post-grado universitario del área de la salud. Igualmente, acordar con el Ministerio de Educación, la incorporación de los contenidos de prevención de ITS-VIH/SIDA, el respeto y defensa de los Derechos Humanos de las personas infectadas, en los diferentes niveles y modalidades del sistema educación pública.
- Formular la programación de las metas del programa de ITS-VIH/SIDA, a ser ejecutadas durante el próximo ejercicio fiscal.
- Articular la respuesta multisectorial en relación con el tema del ITS-VIH/SIDA para la conformación de equipos de trabajo interprogramáticos, intersectoriales e interinstitucionales.
- Compilar, consolidar y evaluar la ejecución del programa de ITS-VIH/SIDA a nivel nacional.

- Realizar investigaciones operacionales relacionadas con el ámbito de las infecciones de transmisión sexual (ITS), el Virus de Inmunodeficiencia Humana VIH y el SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida).
- Presentar los informes de resultados del Programa de ITS-VIH/SIDA ante organismos nacionales e internacionales.

FUNCIONES DEL NIVEL ESTADAL (Normativo-Gerencial)

- Definir la complejidad de la estructura de la Coordinación Estatal, de acuerdo con las pautas dictadas por la Norma del PNSIDA/ITS y la situación de la entidad federal correspondiente.
- Ejecutar las normas del programa nacional de SIDA/ITS de su entidad federal, tomando en cuenta las particularidades existentes en su estado. En coordinación con el Programa Nacional de SIDA/ITS.
- Monitorear y supervisar la ejecución de las Normas Nacionales en sus componentes operativos.
- Mantener actualizado la información epidemiológica y de programas y enviar informes periódicos al nivel central.

FUNCIONES DEL NIVEL MUNICIPAL (Normativo-Gerencial)

- Implementación y desarrollo de las Normativas establecidas por los niveles Nacional y Estatal.
- Impulsar la participación activa de los Movimientos sociales y comunidades organizadas, tanto en la corresponsabilidad en la ejecución de las actividades como en su control, para el cumplimiento de las mismas.
- Monitorear y evaluar el cumplimiento de las Normas establecidas.
- Mantener actualizado la información epidemiológica y de programas y enviar informes periódicos al nivel estatal.

FUNCIONES DEL NIVEL LOCAL (Ejecutor-Gerencial)

- Analizar la situación de salud de su área de influencia, de acuerdo con el nivel de atención médica.
- Programar, con la participación de los diversos actores implicados y basados en el análisis de su situación, las acciones locales en concordancia con la normas del Nacionales.

- Aplicar la programación local en el territorio social de su área de influencia, según el nivel de atención médica, desde lo referente a la promoción, la prevención y la atención según la Norma Nacional establecida.
- Monitorear y evaluar Controlar la ejecución de las Normas Nacionales y los planes operativos locales.
- Mantener actualizado la información epidemiológica y de programas y enviar informes periódicos al nivel Municipal.

ACTIVIDADES SEGÚN NIVELES DE ATENCIÓN

Niveles de Atención	Actividades
<p>Primer Nivel ARI, ARII, AUI y Consultorio Popular</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hacer el Análisis de Situación de Salud (ASIS) comunitario, con participación de todos los actores. ▪ Hacer el informe de situación de las ITS-VIH/SIDA en el territorio del área de influencia del establecimiento de APS, con sus respectivos indicadores definidos por el Programa. ▪ Elaborar el Plan Anual del Programa de la población del área de influencia del establecimiento de APS, en conjunto con los líderes comunitarios. ▪ Presentar ante la asamblea de la comunidad del área de influencia, para su aprobación, el Plan Anual del Programa y los compromisos de corresponsabilidad ciudadana e institucional. ▪ Ejecutar las actividades de promoción de factores protectores frente a las ITS-VIH/SIDA, aprobadas en el Plan Anual del Programa de la comunidad del área de influencia del establecimiento de APS. ▪ Ejecutar las actividades de prevención de ITS-VIH/SIDA prevalentes, realizando: <ul style="list-style-type: none"> ○ Educación para la salud de los pacientes que asisten a la consulta. ○ Detección temprana de factores de riesgo. ○ Pesquisas de VIH, sífilis, blenorragia y VPH, que incluya la búsqueda activa. ○ Visita domiciliaria, cuando sea necesario. ○ Registro, investigación y tratamiento de contactos. ○ Normar la inmunización con BCG. ▪ Realizar las actividades de atención de las alteraciones y patologías definidas por el Programa para ser manejadas por el Primer Nivel de Atención, incluyendo las emergencias, la rehabilitación, los cuidados paliativos y las inmunizaciones periódicas, e indicar la oportuna referencia al nivel especializado para su resolución de acuerdo con la norma. ▪ Gestionar, ante su nivel normativo gerencial, la dotación de insumos y medicamentos requeridos para la atención de los pacientes en control del programa. ▪ Recolectar el dato básico de la información del Programa, utilizando la Historia Clínica Básica Integrada, la Ficha Familiar y los Análisis de Situación de Salud (ASIS) Comunitarios. ▪ Llenar los formatos de Epidemiología y de Programas del SIS. ▪ Analizar los indicadores de insumos, de procesos y resultados de las actividades.

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Monitorear la ejecución del Programa, a nivel de las familias de su área de influencia, de los individuos atendidos en las consultas, y otros agrupamientos de su comunidad, de acuerdo con las normas y los indicadores del mismo. ▪ Evaluar la ejecución del Programa en sus componentes operativos, epidemiológicos y gerenciales y su envío al nivel normativo correspondiente, de acuerdo con las normas y los indicadores del mismo.
<p style="text-align: center;">Segundo Nivel AUII, AUIII, Clínica Popular, CDI y SRI</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar la evaluación de ITS-VIH/SIDA especializadas y el tratamiento de los casos identificados en este nivel, referidos del Primer Nivel o que asistan directamente a la consulta especializada, incluyendo las emergencias. ▪ Ejecutar las actividades educativas en las salas de espera. Información y concientización directa al individuo, familiares y comunidad, sobre la promoción de la salud y prevención de las ITS-VIH/SIDA. ▪ Detectar tempranamente las complicaciones de las ITS-VIH/SIDA o asociadas a ellas, tal como la coinfección con TB, a fin de ofrecer tratamiento oportuno y continuo por parte del especialista capacitado en el manejo de estas infecciones. ▪ Gestionar ante su nivel normativo gerencial, la dotación de insumos y medicamentos requeridos para la atención de los pacientes en control del programa. ▪ Referir a los pacientes con ITS-VIH/SIDA, cuya resolución corresponda al Tercer Nivel de atención, y contrareferir los casos provenientes de los establecimientos de APS. ▪ Llevar el Sistema de Información de este nivel en sus componentes operativos, epidemiológicos y gerenciales. ▪ Efectuar investigaciones operativas en el marco de las disposiciones del Programa. ▪ Apoyar las acciones del nivel gerencial para fortalecer la APS en su área de competencia, en atención, docencia e investigación.
<p style="text-align: center;">Tercer Nivel CAT, Hospitales I, II, III y IV, Hospitales de Especialidades</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cumplir con las actividades asistenciales asignadas en consultas (diagnóstico diferencial y tratamiento de casos especiales), hospitalización, quirúrgicas y de emergencia, de acuerdo con protocolos de la Medicina Basada en la Evidencia. ▪ Coordinar la referencia y la contrarreferencia de personas con enfermedades respiratorias y discapacidad asociada, detectadas por el Programa, para que reciban la rehabilitación y la atención integral adecuada. ▪ Determinar y solicitar los requerimientos de todos los recursos de su unidad, de acuerdo con la norma del Programa, para dar cumplimiento a su gestión con eficacia y eficiencia. ▪ Apoyar la capacitación y la educación continua al personal del área de patologías respiratorias en los aspectos de sub-especialidades. ▪ Hacer efectiva la referencia y contrarreferencia, de los casos referidos por el Segundo Nivel y las interconsultas que solicite y le sean solicitadas. ▪ Llevar el Sistema de Información de este nivel, en sus componentes operativos, epidemiológicos y gerenciales. ▪ Efectuar investigaciones operativas, básicas, epidemiológicas y clínicas en el marco de las disposiciones del Programa.

DISPOSICIONES GENERALES

1. Debe incorporarse en las agendas construidas con los Consejos Comunales, la adopción de modos, estilos y condiciones de vida saludables, que contengan educación sobre la sexualidad humana, conductas sexuales responsables, prevención del consumo de sustancias y comportamientos adictivos, entre otros.
2. Se deben efectuar en la comunidad del área de influencia del establecimiento de APS, las pesquisas de factores de riesgo de ITS tales como: promiscuidad, prostitución, relaciones sexuales precoces, uso inadecuado del condón, desconocimiento de la sexualidad, procesos migratorios y uso de alcohol y drogas, indicándose la consejería y la referencia, si se requiriese.
3. En todas las escuelas del área de influencia del establecimiento de APS, se deben implementar actividades educativas que refuercen las conductas sexuales idóneas, incluyendo la prevención de ITS-VIH/SIDA.
4. Toda embarazada debe hacerse un VDRL y prueba de VIH en su primera consulta pre-natal.
5. Toda persona que consulte en el Primer Nivel de Atención presentando cuadro sintomático sugestivo de ITS, debe ser referido al especialista para el estudio y diagnóstico confirmatorio y su tratamiento específico.
6. Todo paciente confirmado de ITS, deben ser investigados sus contactos para suministrarles información sobre estas enfermedades, sus complicaciones y formas de protección.

CAPÍTULO XIV
PROGRAMA DE SALUD RESPIRATORIA

EQUIPO RESPONSABLE DE ESTE CAPÍTULO

COORDINADORA DEL PROGRAMA DE SALUD RESPIRATORIA

Dra. Mercedes España

EQUIPO TÉCNICO DE LA COORDINACIÓN

Dra. Andrea Maldonado

Epidemiología y Estadística.

Lic. Carmen Ramírez

Laboratorio Nacional de Referencia de la Tuberculosis

INTRODUCCION

En la actualidad a pesar de todos los avances científicos y los conocimientos disponibles, la Tuberculosis (TB) continúa siendo en todo el mundo la enfermedad infecciosa, causada por agente único, que produce más muertes en humanos.

Sin duda, la TB es una enfermedad social, donde la extrema pobreza es el principal factor de riesgo en una gran parte del mundo. Afectando no sólo a los países pobres sino también aquellos con ingresos altos y medios, pero con desigualdades e inequidades presentes en la población.

Venezuela, país pionero en la lucha contra la tuberculosis, logró desarrollar en los años 50 y 60 una amplia infraestructura sanitaria y, con ello, un descenso importante en las tasas de mortalidad y morbilidad por esta causa.

En la década de los 90, se revierte la tendencia de la incidencia notificada, convirtiéndose en la actualidad en un problema de salud pública, que en su máxima expresión lo padecen las poblaciones desfavorecidas económicamente y en condición de exclusión social, hecho que contribuye a la transmisión de la infección y determina una mayor proporción de personas que pasan de infectados a enfermos.

Otros factores que inciden en la permanencia de la TB en nuestras comunidades son: la debilidad crónica de la red de diagnóstico y el enfoque de salud curativo y medicalizado de la Red Ambulatoria.

No obstante, hoy día, existe la posibilidad de controlar estas enfermedades respiratorias en nuestro país, pero para ello necesitamos:

- Profundizar las acciones sobre los Determinantes Sociales de la Salud y los factores de riesgo de estas enfermedades, en las comunidades, escuelas y centros de trabajo, especialmente desde el Primer Nivel de Atención y con la estrategia de APS.
- Fortalecer la capacidad de diagnóstico en todos los niveles de atención, pero sobretodo en el Primer Nivel.
- Optimizar el tratamiento de estas enfermedades para que sea oportuno, supervisado y efectivo.

Esta Norma describe cuales son los objetivos del Programa, las estrategias y actividades que se cumplirán para alcanzar dichos objetivos, a qué población va dirigido el Programa, estructura del mismo de acuerdo a la establecida por el Ministerio: Nivel Nacional, Regional, Municipal y/o Distrital y/ Local, así como las metas programadas por determinados períodos de tiempo.

Se describen, así mismo, las actividades que se realizarán de acuerdo a los diferentes niveles de atención; así como el desarrollo de un sistema de información, control y evaluación; en concordancia a lo establecido en el Plan Nacional de Salud, en el que se plantean las estrategias para alinear la gestión del Estado venezolano con el fin de garantizar el derecho a la

salud para el período 2009–2013/2018, de acuerdo a los mandatos de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, y a las directrices, enfoques, políticas y estrategias del Plan de Desarrollo Económico y Social 2007-2013 “Proyecto Nacional Simón Bolívar”.

BASE LEGAL

La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (CRBV, 1999) establece las bases para desarrollar la naturaleza jurídica y el modelo organizativo del Sector Salud Venezolano.

- **Artículo 83** establece que la salud es un *DERECHO SOCIAL* fundamental, parte del Derecho a la Vida.
- **Artículo 84** ordena la creación de un SISTEMA PÚBLICO NACIONAL DE SALUD, bajo la rectoría del Ministerio de Salud, el cual será de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad.
- **Artículo 85** expresa que el financiamiento del sistema público nacional de salud es obligación del Estado.
- **Artículo 86** establece que toda persona tiene derecho a la seguridad social como servicio público de carácter no lucrativo, que garantice la salud y asegure protección en diferentes contingencias.
- **Artículo 122** reconoce el derecho de los pueblos indígenas a una salud integral que considere sus prácticas y culturas.

Igualmente, la CRBV reconoce como derechos un conjunto de determinantes de la salud, como es el derecho a la educación, nutrición, vivienda, cultura, trabajo, entre otras.

Ley Orgánica de Salud año 1998. Establece los estatutos, funciones y atribuciones del Ministerio de Salud, así como los derechos y deberes de los beneficiarios de los servicios de salud.

Capítulo II, Artículo 31: La educación para la salud es parte fundamental de la estrategia de promoción de salud. Con la participación de la comunidad, el Estado promoverá la cultura por la salud y la vida.

Actualmente en vacatio legis, mientras se discute en la Asamblea Nacional la Ley de Salud de la CRBV (1999).

Plan Estratégico Social de la Nación (2001-2007). Plantea como prioridad la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud, integrando las políticas públicas sociales, la corresponsabilidad ciudadana en los territorios sociales, considerando a la salud como expresión individual y colectiva de calidad de vida y bienestar, producto de los determinantes sociales, tomando en

cuenta los derechos y las necesidades sociales así como los territorios, las redes sociales y la contraloría social. También pretendió enfrentar las inequidades de género, etnia, grupos y clases sociales.

Plan Simón Bolívar.2007-2013. En la Directriz de la Suprema Felicidad Social, se propone una estructura social incluyente, y se aspira que todos vivamos en las mejores condiciones posibles. Allí se establece la estrategia “Profundizar la Atención integral en Salud de forma universal”, donde se exponen las políticas de “Fortalecer la Prevención y Control de Enfermedades”, así como “Expandir y Consolidar los Servicios de Salud de forma oportuna y gratuita”.

Plan Nacional de Salud 2007-2013/2018. Establece la importancia de los modos, condiciones y estilos de vida en la carga elevada de mortalidad por enfermedades. Así mismo, se establecen políticas para fortalecer una nueva institucionalidad de la Red de Servicios y su integración, el mejoramiento en los modos, condiciones y estilos de vida, así como la participación protagónica de la comunidad en el ejercicio de deberes y derechos.

Resolución WHO 58.14 de la Asamblea Mundial de la Salud. Sobre “Financiamiento Sustentable para la Prevención y Control de la Tuberculosis”.

Resolución CD46.R12 de la 46ª Sesión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud 2004, donde se insta a los miembros a apoyar la “Estrategia Regional para el Control de la Tuberculosis para el periodo 2005 – 2015”.

GARD, incluye asma y EPOC.

GINA. Asma.

GOLD. EPOC.

AITER/PAL. Atención Integrada de las Enfermedades Respiratorias.

OBJETIVOS DEL PROGRAMA

Objetivo General

Contribuir al logro del mayor nivel de salud integral de individuos y colectivos, promoviendo la calidad de vida y salud, previniendo las Enfermedades Respiratorias y sus Factores de Riesgo en la población sana, así como tratando de manera integral a la población con este tipo de enfermedades, especialmente Tuberculosis, Asma y EPOC.

Objetivos Específicos

- Potenciar capacidades y habilidades en individuos y colectivos para mantenerse sanos, mediante la Promoción de la Salud Respiratoria, en el gran marco de Política Pública Sana denominado “Suprema Felicidad Social”.
- Actuar con la participación de las comunidades y de los demás sectores de la política pública con competencia en el área, sobre los factores de riesgo determinantes que conllevan al desarrollo de Enfermedades Respiratorias, especialmente Tuberculosis, Asma y EPOC.
- Fortalecer a nivel nacional las Redes de Atención en Salud para el manejo y control de las Enfermedades Respiratorias, especialmente Tuberculosis, Asma y EPOC. desde la etapa pre clínica hasta la rehabilitación.
- Fortalecer el Sistema de Información en Salud Respiratoria que contemple la Vigilancia Epidemiológica de las Enfermedades Respiratorias, sus factores protectores de vida y los factores de riesgo de estas patologías, así como la gestión del programa.
- Mejorar la formación del personal de salud desde la etapa de pregrado y en los servicios, en los aspectos relativos a la promoción de estilos y condiciones de vida, prevención y tratamiento de las Enfermedades Respiratorias y su rehabilitación, en coordinación con la Dirección de Investigación y Educación y del Ministerio de Educación y Educación Universitaria.
- Situar la investigación en Salud Respiratoria, tanto académica como operativa, en el diario quehacer del programa, incorporando Centros de Investigación de las Universidades nacionales e internacionales, las sociedades científicas y las organizaciones multilaterales (OMS-OPS. UNICEF, etc.) y las organizaciones comunitarias, a fin de sistematizar las propias experiencias, responder a las propias necesidades y ponerse en sintonía con el avance de la ciencia y la tecnología.

ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES**Estrategia 1: Promoción para la transformación cultural de modos, condiciones y estilos de vida saludables**

Generación de procesos que habiliten a la población para crear condiciones favorables de salud colectiva, al aumentar el control sobre los determinantes sociales de la salud (aspectos estructurales de tipo político, socio-económico, cultural, ambiental y de hábitat), que definen el modo, condiciones y estilos de vida. Implica el compromiso dirigido a eliminar las inequidades sociales, que son el sustrato básico de dichas condiciones, con la corresponsabilidad de todos los Poderes del Estado, incluyendo el Poder Popular (Consejos Comunales, Comités de Salud y Comunas).

Actividades

- Diseño y ejecución de Planes de comunicación, información y educación nacionales, regionales y locales con participación activa del Poder Popular.
- Diseño y ejecución de un Plan nacional para mejorar las prácticas colectivas sobre régimen alimentario, actividad física y condiciones ambientales del hogar, centros de trabajo y estudio, con la participación interprogramática, de las instancias sectoriales vinculadas, las estatales y voceros de diversas instancias del Poder Popular.
- Acompañamiento de la labor del sistema educativo de maternal a bachillerato en la socialización para mantenerse sanos y fortalecer los factores protectores de las enfermedades respiratorias, especialmente tuberculosis, asma y EPOC.

Estrategia 2: Pesquisa para detección oportuna de Enfermedades Respiratorias

Pesquisa para detectar las Enfermedades Respiratorias de manera oportuna, precoz y efectiva, tomando en cuenta los factores de riesgo, los ciclos de vida y las características familiares y comunales, siguiendo las normas, pautas y procedimientos establecidos por el Programa en las Redes de Atención y estableciendo las alianzas interprogramáticas requeridas.

Actividades

- Pesquisa de Factores de riesgo de Enfermedades Respiratorias en las consultas, con énfasis en el Primer Nivel de Atención, en centros de trabajo, escuelas y familias del área de influencia del establecimiento de Atención Primaria.
- Pesquisa de las personas que asisten a las consultas de primer Nivel de Atención, con riesgo y/o enfermas de patologías respiratorias.

Estrategia 3: Fortalecimiento de la línea de Atención Médica de las Enfermedades Respiratorias

Fortalecimiento de las líneas de Atención Médica de las Enfermedades Respiratorias, con la participación protagónica de los equipos de salud, los usuarios/as y las organizaciones de las comunidades del área de influencia, estableciendo las alianzas interprogramáticas e intersectoriales requeridas, para la atención integral de las personas con Enfermedad Respiratoria hasta la rehabilitación, pasando por la atención especializada y hospitalaria.

Actividades

- Definición en conjunto con el Viceministerio de Redes de Servicios de Salud, de los recursos necesarios para la ejecución del Programa en los diferentes niveles de atención y de acuerdo con las metas establecidas en las unidades de tiempo.

- Capacitación continua del personal de salud de los niveles de atención en las pautas y procedimientos del Programa de Salud Respiratoria.
- Gestión articulada con los estados en lo referente a la dotación de medicamentos, insumos y equipos del Programa de acuerdo con las necesidades de la población.
- Coordinación interprogramática con otros Programas de Salud: VIH/SIDA, PAI.
- Monitoreo de la atención en los diferentes niveles de la red.

Estrategia 4: Fortalecimiento del Sistema de Información de Salud en Enfermedades Respiratorias

Relanzamiento de los mecanismos de Vigilancia Epidemiológica de las Enfermedades Respiratorias en uso actualmente, para diseñar el Sistema Integrado de Vigilancia de estas enfermedades, comenzando por tuberculosis, asma y EPOC.

Actividades

- Coordinación de los componentes del Programa de Salud Respiratoria para diseñar el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de estas enfermedades.
- Diseño e implementación de una modalidad de vigilancia por sitio centinela, ubicada en centros de mayor ocurrencia de casos por estado.
- Diseño e implementación de encuestas cuando la información centinela detecte anomalías que requieran profundizar en la situación, para la toma de decisiones.

Estrategia 5: Fortalecimiento del Control de la Gestión

Fortalecimiento de la captura y procesamiento de información para el seguimiento y la evaluación de la gestión mediante indicadores de eficiencia, eficacia, efectividad e impacto, del Programa de Salud Respiratoria y sus componentes integrados.

Actividades

- Coordinación de los componentes del Programa de Salud Respiratoria para el fortalecimiento integrado de la vigilancia de su gestión.
- Seguimiento y evaluación periódicos, basados en indicadores de la eficiencia, eficacia, efectividad e impacto del Programa de Salud Respiratoria.

Estrategia 6: Formación de profesionales de la salud en el manejo integral en Salud Respiratoria

Fortalecimiento de las competencias en las carreras relacionadas con salud, en los aspectos de salud colectiva, específicamente en Salud Respiratoria, relativos a la promoción de estilos y condiciones de vida, prevención y tratamiento de las Enfermedades Respiratorias, especialmente Tuberculosis, Asma y EPOC y su rehabilitación, en coordinación con la Dirección de Investigación y Educación del MPPS y del Ministerio de Educación Universitaria.

Actividades

- Diseño de contenidos curriculares del componente de Salud Respiratoria, en conjunto con la Dirección de Investigación y Educación del MPPS y del Ministerio de Educación Universitaria, para su implementación en las carreras relacionadas con salud.
- Implementación de los contenidos curriculares del componente de Salud Respiratoria, en las universidades nacionales que dictan carreras de salud, en conjunto con la Dirección de Investigación y Educación del MPPS y del Ministerio de Educación Universitaria.

Estrategia 7: Mejoramiento continuo del personal de salud en servicio en el manejo integral en Salud Respiratoria

Desarrollo continuo de las capacidades y competencias del personal de salud en los servicios, en todos los aspectos del Programa, con énfasis en Tuberculosis, Asma y EPOC.

Actividades

Diseño de un plan de capacitación continua en servicio, por niveles, por profesiones y funciones, en el área de Salud Respiratoria, especialmente en Tuberculosis, Asma y EPOC, en coordinación con la Dirección General de Educación e Investigación y las Direcciones Estadales de Salud (DES).

- Ejecución del Plan de Capacitación Continua en Salud Respiratoria, especialmente en Tuberculosis, Asma y EPOC, de manera permanente y sustentable en el tiempo.

Estrategia 8: Desarrollo de la investigación en Salud Respiratoria

Incentivar la Investigación básica-clínica, epidemiológica y social, en el área de Salud Respiratoria, en coordinación y cooperación con la Dirección General de Educación e Investigación (DGIE), los Centros de Investigación de las Universidades nacionales e internacionales, las sociedades científicas y las organizaciones multilaterales (OMS-OPS. UNICEF, etc.).

Actividades

- Diseño de una agenda de prioridades de investigación en Salud Respiratoria, en conjunto con la DGEI, para ser discutido y ejecutado con los Centros de Investigación de las Universidades nacionales e internacionales, las sociedades científicas y las organizaciones multilaterales (OMS-OPS, UNICEF, etc.).
- Desarrollo de investigaciones operativas en todos los niveles de atención, en cooperación con las DES, las jefaturas de distritos y municipios, las direcciones de establecimientos y la comunidad organizada.

POBLACION OBJETO

- Toda la población del país, para promoción y educación.
- Población de 0 a 14 años, para la inmunización BCG
- Población consultante de 15 años y más, casos de VIH/SIDA y contactos, para la localización de casos bacilíferos.
- Todas las edades, según condición clínica, para la Quimioprofilaxis.
- Para toda persona, que sea diagnosticada como Caso de Tuberculosis, de acuerdo a lo establecido en estas normas, para recibir tratamiento TOTALMENTE SUPERVISADO.
- Toda persona diagnosticada como caso de Asma, de acuerdo a lo establecido en estas normas.
- Toda persona diagnosticada como caso de EPOC, de acuerdo a lo establecido en estas normas.

CAMPO DE APLICACION DE LA NORMA

La Norma del Programa de Salud Respiratoria, será de cumplimiento obligatorio a nivel nacional, aplicable a todo establecimiento de Atención en Salud, en todos sus niveles, tanto públicos como privados.

ESTRUCTURA DEL PROGRAMA

El Programa Nacional de Salud Respiratoria se estructura en:

Nivel Normativo Gerencial con tres dimensiones:

- **Central:** constituido por la Coordinación Nacional del Programa de Salud Respiratoria; adscrita a la Dirección General de Programas de Salud del Viceministerio de Redes de Salud Colectiva, del Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS).
- **Estadal:** representado por las Coordinaciones Estadales del Programa, dentro de las Direcciones Estadales de Salud.
- **Municipal:** establecidos en las instancias distritales o municipales de salud de los estados.

Nivel Local Ejecutor con tres Niveles de Atención de complejidad médica creciente: Primer Nivel (mínima complejidad), Segundo Nivel (mediana complejidad) y Tercer Nivel (máxima complejidad) de Atención.

FUNCIONES DEL NIVEL CENTRAL (Normativo y Gerencial)

- Revisar y actualizar las normas, planes, estrategias y acciones orientadas a la promoción de modos y estilos de vida saludables, la prevención, el tratamiento y el control de las enfermedades priorizadas en el Programa de Salud Respiratoria (PSR), especialmente Tuberculosis, Asma y EPOC.
- Informar a miembros de la comunidad organizada sobre promoción de la salud y prevención de las enfermedades respiratorias con miras a impulsar la corresponsabilidad de ciudadanos y comunidades, a través de la difusión en los diferentes medios públicos, privados y comunitarios, en coordinación con la Oficina de Comunicación y Relaciones Interinstitucionales.
- Acordar con el MPP de Educación Universitaria, en coordinación con la DGEI del MPPS, la incorporación y actualización de la norma del PSR en los planes de formación de pre-grado y post-grado universitario del área de la salud. Igualmente, acordar con el Ministerio de Educación, la incorporación de los contenidos de prevención y atención integral de las Enfermedades Respiratorias, desde el nivel pre-escolar a bachillerato.
- Determinar las prioridades de investigación en el área de la Salud Respiratoria, en conjunto con la DGEI del MPPS, los Centros de Investigación, las Universidades, las Sociedades Científicas y los entes multilaterales relacionados con la gestión de proyectos.
- Conformar e integrar con las Coordinaciones de los otros Programas de Salud, sectores relacionados con la Salud Respiratoria e instituciones afines, la conformación de equipos de trabajo interprogramáticos, intersectoriales e interinstitucionales para el logro de los objetivos y metas.

- Coordinar con el Programa de Atención en Salud a las Personas con Discapacidad (PASDIS) para organizar la Línea de Atención de rehabilitación respiratoria, para que reciban la atención integral adecuada.
- Ejecutar e implementar el Sistema de Vigilancia Epidemiológica Integral (Convencional y Comunitario) y estimar las características epidemiológicas de las Enfermedades Respiratorias, en cooperación con la Dirección General de Epidemiología.
- Evaluar y monitorear el cumplimiento de las normas y protocolos establecidos en el Programa de Salud Respiratoria, a través de la supervisión de los entes encargados de su implementación a nivel nacional.
- Presentar los informes de resultados del Programa de Salud Respiratoria ante organismos nacionales e internacionales.

FUNCIONES DEL NIVEL ESTADAL (Normativo-Gerencial)

- Definir la complejidad de la estructura de la Coordinación Estatal, de acuerdo con las pautas dictadas por la Norma del PSR y la situación del estado correspondiente.
- Ejecutar el Programa de Salud Respiratoria en su estado, adecuándolo a la situación existente en el mismo, bajo la dirección y coordinación del Nivel Central y las otras coordinaciones estatales.
- Controlar la ejecución del PSR, mediante la supervisión, monitoreo y evolución de sus componentes operativos, epidemiológicos y gerenciales.
- Mantener actualizado el Sistema de Información de Salud en el Nivel Estatal, en sus componentes operativos, epidemiológicos y gerenciales, de acuerdo con las normas establecidas en el PSR.

FUNCIONES DEL NIVEL MUNICIPAL (Normativo-Gerencial)

- Implementación y desarrollo del Programa de Salud Respiratoria de acuerdo a los lineamientos emanados del Nivel estatal, en concordancia con la norma establecida por el Nivel Central.
- Impulsar la participación activa de la comunidad organizada en el PSR, tanto en la corresponsabilidad en la ejecución de las actividades como en su control, para el cumplimiento de las mismas.

- Controlar la ejecución del PSR, mediante la supervisión, monitoreo y evolución de sus componentes operativos, epidemiológicos y gerenciales.
- Mantener actualizado el Sistema de Información de Salud en el Nivel Municipal, en sus componentes operativos, epidemiológicos y gerenciales, de acuerdo con las normas establecidas en el PSR.

FUNCIONES DEL NIVEL LOCAL (Ejecutor-Gerencial)

- Analizar la situación de salud de su área de influencia, de acuerdo con el nivel de atención médica.
- Programar, con la participación de los diversos actores implicados y basados en el análisis de su situación, las acciones locales en concordancia con la normas del PSR.
- Aplicar la programación local en el territorio social de su área de influencia, según el nivel de atención médica, desde lo referente a la promoción, la prevención y la atención hasta la rehabilitación, dirigido a la población diana del PSR.
- Controlar la ejecución del PSR, mediante la supervisión, monitoreo y evaluación de sus componentes operativos, epidemiológicos y gerenciales.
- Mantener actualizado el Sistema de Información de Salud en el Nivel Local, en sus componentes operativos, epidemiológicos y gerenciales, de acuerdo con las normas establecidas en el PSR.

ACTIVIDADES SEGÚN NIVELES DE ATENCIÓN

Niveles de Atención	Actividades
<p align="center">Primer Nivel ARI, ARII, AUI y Consultorio Popular</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hacer el Análisis de Situación de Salud (ASIS) comunitario, con participación de todos los actores. ▪ Hacer el informe de situación de salud respiratoria en el territorio del área de influencia del establecimiento de APS, con sus respectivos indicadores definidos por el PSR. ▪ Elaborar el Plan Anual del PSR de la población del área de influencia del establecimiento de APS, en conjunto con los líderes comunitarios. ▪ Presentar ante la asamblea de la comunidad del área de influencia, para su aprobación, el Plan Anual del PSR y los compromisos de corresponsabilidad ciudadana e institucional. ▪ Ejecutar las actividades de promoción de factores protectores de la salud respiratoria aprobadas en el Plan Anual de PSR de la comunidad del área de influencia del establecimiento de APS. ▪ Ejecutar las actividades de prevención de enfermedades respiratorias prevalentes, especialmente TB, realizando: <ul style="list-style-type: none"> ○ Educación para la salud de los pacientes que asisten a la consulta. ○ Detección temprana de factores de riesgo. ○ Pesquisas de sintomáticos respiratorios, que incluya la búsqueda activa, la identificación del "sintomático respiratorio" y la toma de muestra para las baciloscopias normadas. ○ Quimioprofilaxis. ○ Visita domiciliaria. ○ Registro, investigación y tratamiento de contactos. ○ Normar la inmunización con BCG. ▪ Realizar las actividades de atención de las alteraciones y patologías definidas por el PSR para ser manejadas por el Primer Nivel de Atención, especialmente el tratamiento supervisado de casos de TB, incluyendo las emergencias de Asma y EPOC, la rehabilitación y los cuidados paliativos, e indicar la oportuna referencia al nivel especializado para su resolución de acuerdo con la norma. ▪ Gestionar, ante su nivel normativo gerencial, la dotación de insumos y medicamentos requeridos para la atención de los pacientes en control del programa. ▪ Recolectar el dato básico de la información del PSR, utilizando la Historia Clínica Básica Integrada, la Ficha Familiar y los Análisis de Situación de Salud (ASIS) Comunitarios. ▪ Llenar los formatos de Epidemiología y de Programas del SIS. ▪ Analizar los indicadores de insumos, de procesos y resultados de las actividades. ▪ Monitorear la ejecución del Programa, a nivel de las familias de su área de influencia, de los individuos atendidos en las consultas, y otros agrupamientos de su comunidad, de acuerdo con las normas y los indicadores del mismo. ▪ Evaluar la ejecución del Programa en sus componentes operativos, epidemiológicos y gerenciales y su envío al nivel normativo correspondiente, de acuerdo con las normas y los indicadores del mismo

<p>Segundo Nivel AUII, AUIII, Clínica Popular, CDI y SRI Laboratorios de la Red de Bacteriología de TB</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar la evaluación de patología respiratoria especializada, especialmente TB, Asma y EPOC, y el tratamiento de los casos identificados en este nivel, referidos del Primer Nivel o que asistan directamente a la consulta especializada, incluyendo las emergencias. ▪ Ejecutar las actividades educativas en las salas de espera. Información y concientización directa al individuo, familiares y comunidad, sobre la promoción de la salud y prevención de enfermedades respiratorias, especialmente TB, Asma y EPOC. ▪ Detectar tempranamente las complicaciones de las enfermedades respiratorias o asociadas a ellas, tal como la coinfección con HIV, a fin de ofrecer tratamiento oportuno y continuo por parte del especialista capacitado en el manejo de dichas enfermedades. ▪ Gestionar ante su nivel normativo gerencial, la dotación de insumos y medicamentos requeridos para la atención de los pacientes en control del programa. ▪ Referir a los pacientes con problemas respiratorios, cuya resolución corresponda al Tercer Nivel de atención, y contrareferir los casos provenientes de los establecimientos de APS. ▪ Llevar el Sistema de Información de este nivel en sus componentes operativos, epidemiológicos y gerenciales. ▪ Efectuar investigaciones operativas en el marco de las disposiciones del PSR. ▪ Apoyar las acciones del nivel gerencial para fortalecer la APS en su área de competencia, en atención, docencia e investigación.
<p>Tercer Nivel CAT, Hospitales I, II, III y IV, Hospitales de Especialidades Laboratorios de la Red de Bacteriología de TB</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cumplir con las actividades asistenciales asignadas en consultas (diagnóstico diferencial y tratamiento de casos especiales), hospitalización, quirúrgicas y de emergencia, de acuerdo con protocolos de la Medicina Basada en la Evidencia. ▪ Coordinar la referencia y la contrarreferencia de personas con enfermedades respiratorias y discapacidad asociada, detectadas por el PSR, para que reciban la rehabilitación y la atención integral adecuada. ▪ Determinar y solicitar los requerimientos de todos los recursos de su unidad, de acuerdo con la norma del PSR, para dar cumplimiento a su gestión con eficacia y eficiencia. ▪ Apoyar la capacitación y la educación continua al personal del área de patologías respiratorias en los aspectos de sub-especialidades. ▪ Hacer efectiva la referencia y contrarreferencia, de los casos referidos por el Segundo Nivel y las interconsultas que solicite y le sean solicitadas. ▪ Llevar el Sistema de Información de este nivel, en sus componentes operativos, epidemiológicos y gerenciales. ▪ Efectuar investigaciones operativas, básicas, epidemiológicas y clínicas en el marco de las disposiciones del PSR.

DISPOSICIONES GENERALES

Tuberculosis

1. La población general deberá estar informada sobre lo siguiente:
 - a. Los estilos de vida saludables.
 - b. Debe habitar en lo posible y de acuerdo a sus recursos económicos en ambientes bien ventilados, que reciban la luz del sol
 - c. La tos y expectoración pueden ser síntomas de enfermedad y cuando se tienen síntomas respiratorios duraderos se debe ir a consulta.
 - d. Que la tuberculosis se transmite por vía aérea y de persona a persona.
2. Todo recién nacido sano debe ser vacunado con BCG.
3. A toda persona de 15 años y más de edad que consulte por cualquier causa, deberá preguntársele si tiene tos y expectoración o hemoptisis. Si presenta estos síntomas desde hace dos semanas o más, será considerado un sintomático respiratorio.
4. Toda persona considerada como un **Sintomático Respiratorio**, debe registrarse como tal, y hacerle 2 exámenes de esputo para examen de BK.
5. Todo sintomático respiratorio detectado en la consulta, debe descartarse tuberculosis pulmonar bacilífera, de acuerdo con la Norma del Programa.
6. En todo paciente con diagnóstico confirmado de tuberculosis pulmonar bacilífera, deben ser eliminadas las fuentes de infección que se encuentran en el hogar y la comunidad, a través del diagnóstico precoz, tratamiento totalmente supervisado y completo del paciente y sus contactos, para evitar el contagio.
7. Todas las personas que reúnan los criterios de Caso establecidos por la Norma Nacional, deberán iniciar el tratamiento lo más pronto posible.
8. Los esquemas normados para el tratamiento de la tuberculosis son: REGIMEN N° 1; para pacientes nuevos, recaídas y recuperación de abandono, de 15 años y más, REGIMEN N° 2; para personas menores de 15 años y REGIMEN N° 3; Retratamiento en casos de fracaso de tratamiento.
9. A todo paciente con tuberculosis debe realizársele la prueba del VIH y a todo paciente con serología VIH positivo se le debe investigar tuberculosis, para su debido manejo de acuerdo al protocolo del Programa. Estos casos deben ser notificados en el sistema de información epidemiológico, los cuales **son confidenciales**.

10. Todos los contactos de un caso de tuberculosis deben ser evaluados para determinar la conducta específica a seguir.
11. Todo caso de tuberculosis deberá ser NOTIFICADO y al terminar el tratamiento se debe realizar un Informe Final de Tratamiento.
12. Las Meningitis Tuberculosas, las complicaciones de la Vacuna BCG y las Reacciones Adversas a Fármacos Antituberculosos deben ser notificadas en los formatos específicos establecidos.
13. Las actividades de baciloscopias y cultivo, para diagnóstico y control; y la administración del tratamiento, son indispensables para el programa y no deben ser interrumpidas bajo ningún concepto ya que se consideran emergencias epidemiológicas.
14. Se realizará evaluación por especialista cuando existan condiciones asociadas como: VIH, Hepatitis, Tratamiento con Inmunosupresores, Insuficiencia renal, Diabetes, Embarazo, Enfermedad tuberculosa grave, Silicosis, Micobacterias No Tuberculosas, Paciente con Trasplante, Paciente con Farmacoresistencia, Tratamientos con anti-TNF.

CAPÍTULO XV
PROGRAMA DE DONACIÓN Y TRASPLANTES DE ÓRGANOS Y TEJIDOS

EQUIPO RESPONSABLE DE ESTE CAPÍTULO

COORDINADOR DEL PROGRAMA DE DONACIÓN Y TRASPLANTES DE ÓRGANOS Y TEJIDOS

Dr. Nelson Hernández

ASESORA DEL PROGRAMA

Dra. Carmen Luisa Milanés

INTRODUCCIÓN

.A partir de 1986 con la creación del Programa Coordinado Nacional de Trasplante Renal (PCNTR) mediante Resolución G-624 del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, publicado en la Gaceta Oficial No. 33468, se establece la obligatoriedad de notificación sobre la presencia de donantes potenciales de estos órganos en los hospitales adscritos al programa.

Dada la creciente demanda de órganos para trasplante, no sólo de riñón, sino de otros órganos y tejidos, el Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS) a partir de 2006, crea el Programa Nacional de Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos (PNDTOT), separándolo del Programa de Salud Renal.

Esto permitió, dar respuestas más específicas y efectivas a los diferentes aspectos relacionados a los órganos (riñón, hígado, corazón, páncreas, pulmón entre otros) y tejidos (Médula Ósea, córnea, hueso, piel, válvulas cardíacas, entre otros) susceptibles de ser trasplantados.

El MPPS, conjuntamente con la Organización Nacional de Trasplantes de Venezuela (ONTV), desarrolló planes y acciones en la búsqueda de mejorar la actividad de trasplante a nivel nacional, entre las cuales se aprobó la ejecución del Sistema de Procura de Órganos y Tejidos (SPOT), cuyo objetivo primordial ha sido obtener órganos y tejidos de calidad, provenientes de Donante Cadáver, además se creó el financiamiento expedito de los trasplantes, mediante un fideicomiso.

El trabajo desarrollado a partir de la Resolución permitió el logro de dos importantes objetivos. El primero, proporcionar un mecanismo de atención gratuita, integral, oportuna y eficiente a los venezolanos de bajos recursos que requieren trasplantes de órganos y tejidos. El segundo, optimizar el funcionamiento de los Centros de Trasplante a nivel nacional, a fin de satisfacer la demanda de pacientes que requieren de trasplante para salvar y/o mejorar la calidad de vida.

Con el propósito de regular los procesos de donación y trasplante de órganos, tejidos y células en los diferentes niveles de atención del Sistema Público Nacional de Salud, y de los Centros de Salud Privados, debidamente autorizados por el Ministerio del Poder Popular para la Salud, se elabora la presente norma oficial del programa.

La norma constituye una herramienta práctica con la que se da soporte y pretende regular el desarrollo de las actividades de donación y trasplante con fines terapéuticos en seres humanos.

Estas Normas describen cuales son los objetivos del programa, estrategias y actividades que se cumplirán para alcanzar dichos objetivos, las metas programadas por determinados periodos de tiempo, a que población va dirigida el programa, estructura del mismo de acuerdo a la establecida por el Ministerio: Nivel Nacional, Regional, Municipal y/o Distrital y/ Local, se describen las actividades que se realizarán de acuerdo a los diferentes niveles de atención; así como el desarrollo de un sistema de información, control y evaluación; en concordancia a lo establecido en el Plan Nacional de Salud, en el que se plantean las estrategias para alinear la gestión del Estado venezolano con el fin de garantizar el derecho a la salud para el

período 2009–2013/2018, de acuerdo a los mandatos de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, y a las directrices, enfoques, políticas y estrategias del Plan de Desarrollo Económico y Social 2007-2013 “Proyecto Nacional Simón Bolívar”.

BASE LEGAL.

La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999) establece las bases para desarrollar la naturaleza jurídica y el modelo organizativo del Sector Salud Venezolano.

- **Artículo 83** establece que la salud es un *DERECHO SOCIAL* fundamental, parte del Derecho a la Vida.
- **Artículo 84** ordena la creación de un SISTEMA PÚBLICO NACIONAL DE SALUD, bajo la rectoría del Ministerio de Salud, el cual será de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad.
- **Artículo 85** expresa que el financiamiento del sistema público nacional de salud es obligación del Estado.
- **Artículo 86** establece que toda persona tiene derecho a la seguridad social como servicio público de carácter no lucrativo, que garantice la salud y asegure protección en diferentes contingencias.

Igualmente, la CRBV reconoce como derechos un conjunto de determinantes de la salud, como es el derecho a la educación, nutrición, vivienda, cultura, trabajo, entre otras.

Ley Orgánica de Salud año 1998 Artículo 31.

Establecen los estatutos, funciones y atribuciones del Ministerio de Salud, así como los derechos y deberes de los beneficiarios de los servicios de salud.

Capítulo II, Artículo 31: La educación para la salud es parte fundamental de la estrategia de promoción de salud. Con la participación de la comunidad, el Estado promoverá la cultura por la salud y la vida.

Actualmente en vacatio legis, mientras se discute en la Asamblea Nacional la Ley de Salud de la CRBV (1999).

Líneas Generales del Plan Económico Social de la Nación 2007-2013.

En la Directriz de la Suprema Felicidad Social, se propone una estructura social incluyente, y se aspira que todos vivamos en las mejores condiciones posibles. Allí se establece la estrategia “Profundizar la Atención integral en Salud de forma universal”,

donde se exponen las políticas de fortalecer la Prevención y control de enfermedades y, Expandir y consolidar los servicios de salud de forma oportuna y gratuita.

Plan Nacional de Salud (2009 – 2013 / 2018).

Donde se establece el objetivo estratégico y la metas que permitan Promover condiciones que favorezcan una producción social de la salud enmarcada en la convivencia solidaria, en armonía con la naturaleza y un modo de vida saludable en los territorios sociales, determinando políticas orientadas hacia la soberanía alimentaria, territorios sociales que fortalezcan la convivencia solidaria, la seguridad ciudadana, sistema de tránsito seguro, ambientes que favorezcan la actividad física, recreación, cultura y deporte y la salud ambiental del entorno familiar y la participación efectiva del Poder Popular en todos los procesos.

Resolución G-625 MSAS 12 de mayo de 1986, Gaceta Oficial N° 33.468. Creación del Programa Coordinado Nacional de Trasplante Renal y Notificación obligatoria de ingreso de pacientes con daño cerebral agudo extenso

Ley sobre Trasplante de Órganos y materiales anatómicos en seres humanos. Gaceta Oficial 4.497 Extraordinario 3/12/1992.

Resolución MSDS No. SG 154 25/04/94. Gaceta No 35.485. Decreta la autorización para retiro de órganos y tejidos oculares en morgues de hospitales públicos y privados

Resolución MSDS No. SG 570 26/09/94. Gaceta No. 4.794 Extraordinaria. Establece la creación del Registro Nacional de Donación de Órganos y Materiales Anatómicos

Resolución MSDS 525 de fecha 11/10/2000. Gaceta Oficial N° 37.061. Define las normas, autorización, regulación y control de establecimientos de salud como centros de trasplante

Resolución MSDS No. 027, de fecha 29/01/2001. Gaceta No. 37.135. Se aprueba el Sistema de Procura de Órganos y Tejido (SPOT) a través de la ONTV y la creación de un FIDEICOMISO.

Resolución MSDS No. 578, de fecha 13/09/03. Gaceta No. 37.778. Deroga la resolución anterior, aprobando una actualización del SPOT.

Ley del ejercicio de la Medicina. Gaceta Oficial N° 3.002 Extraordinario de fecha 23 de agosto de 1982. Código de Deontología Médica. LXXVI Reunión Extraordinaria de la Asamblea de la Federación Médica Venezolana, Caracas el 20 de Marzo de 1985. Reglamento interno del SPOT.

Recomendaciones de la Red Consejo Iberoamericano de Donación y Trasplante.

Recomendaciones de la Comisión Intergubernamental de Donación y Trasplante de MERCOSUR.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Coordinar estrategias para que el Sistema de Procura y los Centros de Trasplantes (CTx) de órganos, tejidos y células, públicos y privados, den respuesta oportuna, eficiente, efectiva, con calidez y calidad a toda la población que requiera de algún tipo de trasplante para asegurar la existencia y/o mejorar su calidad de vida, en todo el ámbito nacional.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Desarrollar la estrategia promocional para la salud en el área de donación y trasplante de órganos, tejidos y células en todos los niveles de atención en salud públicos, privados y población en general.
- Establecer los mecanismos que aseguren el fortalecimiento de los centros de trasplantes, para la atención oportuna y efectiva de los ciudadanos y ciudadanas en materia de donación, y de los pacientes que ameriten de algún tipo de órgano, tejido y célula para trasplantes con fines terapéuticos
- Evaluar y Monitorizar el desarrollo de los procesos de donación y trasplante de órganos, tejidos y células en todos los niveles de atención.
- Establecer alianzas intersectoriales y trans-sectoriales que favorezcan el desarrollo de los proceso de donación y trasplante de órganos, tejidos y células en el territorio nacional.
- Coordinar y participar en eventos, reuniones, encuentros, congresos, conferencias, foros, talleres, jornadas, de carácter nacional e internacional en materia de donación y trasplante de órganos, tejidos y células humanas.
- Coordinar conjuntamente con la Dirección de Investigación y Educación lo relacionado con la capacitación y educación del talento humano en el área de donación y trasplante de órganos, tejidos y células.

ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES**Estrategia 1: Promoción de la salud y calidad de vida en los procesos de donación y trasplante****Actividades**

- Realizar acciones de educación de la salud en el área de donación de órganos, tejidos y células humanas con fines terapéuticos.
- Difundir información relacionada con los cuidados, donación y trasplantes de órganos, tejidos y células humanas.
- Promover y participar en estudios interdisciplinarios que aborden el significado de lo social, en el tema de cuidados y donación de órganos, tejidos y células con fines terapéuticos.
- Promover y fortalecer la participación individual y colectiva en acciones para el cuidado, donación y trasplantes de órganos, tejidos y células con fines terapéuticos.

Estrategia 2: Coordinación intersectorial y transectoriales que favorezcan la donación y trasplante de órganos y tejidos.**Actividades**

- Coordinar actividades vinculadas con la donación y trasplante de órganos y tejidos con los diferentes entes públicos y privados.
- Establecer agendas sectoriales para la operativización de la actividad de donación y trasplante.
- Seguimiento y evaluación de las agendas sectoriales en el área de donación y trasplante

Estrategia 3: Atención de la salud en lo referente a donación y trasplante de órganos.**Actividades**

- Establecer las normas del MPPS, para regular el acceso a la lista de espera de pacientes, y la existencia y disponibilidad en el país de soluciones óptimas de preservación de órganos, tejidos y células en beneficio de los pacientes que requieren trasplante.
- Gestionar la asignación de recursos financieros para fortalecer los centros de trasplante.

Estrategia 4: Seguimiento, evaluación y control de la actividad de trasplante.**Actividades**

- Realizar seguimiento de las metas establecidas por el SPOT y cada centro de trasplante de órganos, tejidos y células.
- Realizar seguimiento y evaluación de los indicadores de los procesos del Sistema de Procura de Órganos y Tejidos y de cada centro de trasplantes.
- Evaluar los procesos de gestión del Sistema de Procura de Órganos y Tejidos y de los centros de trasplantes a nivel nacional.
- Definir y establecer estándares de control de calidad y productividad.
- Solicitar y participar en las auditorías internas realizadas por la Oficina de Auditoría Interna del Despacho del Ministro.

POBLACIÓN OBJETO

- Población de ambos sexos, durante todo, el ciclo de vida (niño-niña-adolescente, jóvenes, jóvenes adultos, adultos mayores), sin distinción de credo, raza y posición socio-económica, en el territorio nacional, regional, local, y comunal.
- Población que voluntariamente y previo cumplimiento de los requisitos médicos y legales, decida donar algún órgano y tejido sin menoscabo de su condición de salud.
- Población venezolana que voluntariamente acepta donar algún órgano y tejido, después de la muerte de un familiar.
- Pacientes con indicación de terapia de trasplante, para la restitución de un órgano o tejido para preservar y/o mejorar la calidad de vida.

CAMPO DE APLICACIÓN

La presente norma, será de estricto cumplimiento en todo el Sistema Público Nacional de Salud, en sus diferentes Niveles de Atención, y de otros sectores de la administración pública (Ministerios, institutos, asociaciones, cooperativas, etc), así como del sector privado (empresas, ONGs, federaciones, colegiaturas, fundaciones, etc), y Comunidades organizadas (comités de salud, consejos comunales, mesas técnicas, grupos ecológicos, clubes, etc)

ESTRUCTURA DEL PROGRAMA**FUNCIONES DEL NIVEL CENTRAL**

- Planificar, coordinar, supervisar y controlar los planes, proyectos, estrategias y actividades en materia de donación y trasplante.
- Coordinar y supervisar el diseño e implantación del Programa de educación, información y comunicación para la promoción de temas relativos a donación y trasplantes de órganos y tejidos.
- Coordinar con el SPOT y Centros de Trasplantes la elaboración de los protocolos de procura y de trasplantes de órganos, tejidos y células, así como asegurar la aprobación por parte del MPPS.
- Coordinar y supervisar la elaboración de los convenios suscritos con los entes subsidiados bajo la fiscalización de este Programa.
- Gestionar el financiamiento necesario para el funcionamiento de los programas de procura y trasplante de órganos y tejido a nivel nacional, con la finalidad de atender a la población con requerimiento de un tratamiento de trasplantes de todo tipo.
- Supervisar y evaluar el desempeño de los centros de trasplante en términos de pacientes evaluados para ingresar a la lista de espera, pacientes trasplantados y sobrevida del injerto y el paciente.
- Supervisar y evaluar el desempeño del sistema de procura de órganos y tejido, con la finalidad de contar con una cantidad suficiente de órganos y tejidos para trasplante de todo tipo.
- Coordinar el establecimiento de alianzas transectoriales para el desarrollo y fortalecimiento de la actividad de donación y trasplante a nivel nacional.
- Garantizar la disponibilidad en el país de soluciones óptimas de preservación de órganos y tejidos para trasplantes.
- Apoyar el fortalecimiento de las áreas de emergencia y cuidados críticos de los centros de salud con mayor capacidad generadora

FUNCIONES DEL NIVEL OPERATIVO**Sistema de Procura de Órganos y Tejidos (SPOT)**

- Planificar y coordinar el desarrollo de los procesos que comprenden el Sistema de Procura de Órganos y Tejidos (SPOT).
- Asegurar el funcionamiento del Sistema Nacional 0-800-DONANTE, a través del cual se captan las llamadas de referencia de donantes potenciales.
- Supervisar y evaluar las actividades y el cabal cumplimiento de las guardias de los coordinadores hospitalarios de trasplante (CHTx) a nivel nacional, así como las actividades generadoras de procura de órganos y tejido.
- Asegurar, coordinar y programar el entrenamiento de los CHTx, Cirujanos de Procura y personal técnico de banco de ojo, mediante cursos o pasantías nacionales o internacionales.
- Centralizar la recepción en relación a la actividad de donación y trasplante a nivel nacional.
- Coordinar y centralizar periódicamente los registros de los pacientes en espera por trasplantes renales.
- Reportar periódicamente la información de los registros de pacientes trasplantados y donantes.
- Diseñar e impartir actividades educativas e informativas en materia de donación y trasplante.
- Asesorar, apoyar y proveer los recursos necesarios al personal bajo su responsabilidad, para el desempeño adecuado de sus funciones.
- Realizar reuniones periódicas de coordinadores, con el fin de tratar asuntos generales y específicos, que permitan conocer los diferentes puntos de vista e inquietudes del personal ejecutor, identificar áreas con problemas e implantar soluciones y controles.
- Asegurar el flujo de la información y productos con valor agregado, generados de la ejecución de cada proceso, así como la correcta interrelación entre los entes involucrados
- Definir y establecer estándares y objetivos de calidad y productividad, apoyados en indicadores específicos del área, los cuales permitan asegurar la excelencia en los resultados obtenidos en la ejecución del proceso de procura de órganos y tejidos.
- Proporcionar al ente rector Ministerio del Poder Popular para la Salud los informes de gestión, de manera periódica, que permita la toma de decisiones oportunas.

SECCIÓN DE BANCOS DE OJO DE VENEZUELA

- Procurar, evaluar, certificar, procesar, identificar, almacenar y empacar los tejidos seleccionados de pacientes cadáver.
- Distribuir los tejidos, según los métodos de distribución señalados en el manual de procedimientos.
- Elaborar y hacer cumplir las normas y procedimientos que aseguren la más alta calidad del tejido donado y la bioseguridad del personal integrante del equipo.
- Mantener un registro de documentación, control y análisis de sus actividades y resultados.
- Elaborar normas y procedimientos internos según las normativas y sistemas de calidad internacionales y nacionales.
- Mantener un Sistema de Identificación y trazabilidad del tejido.
- Mantener un adecuado sistema de seguimiento de los usuarios para determinar los nuevos requerimientos clínicos y el desempeño satisfactorio del tejido entregado.
- Desarrollar actividades de investigación y de docencia para el mejorar el conocimiento científico de la procura y el adiestramiento de su personal.
- Informar periódicamente a la Coordinación del Programa Nacional de Trasplante de Órganos y Tejidos de los materiales anatómicos oculares procurados, procesados y distribuidos.
- Realizar campañas educativas masivas que estimulen la conciencia de la donación.
- Realizar la actividad de trasplantes de tejido ocular.

CENTROS DE TRASPLANTES PÚBLICAS Y PRIVADOS

- Proporcionar atención y respuesta oportuna, integral, universal y con equidad a los pacientes que requieran del tratamiento de trasplante a través del desarrollo de un modelo de atención que genere respuestas regulares y suficientes a las necesidades de la calidad de vida.
- Cumplir puntualmente con los lapsos establecidos para la entrega de la rendición de los aportes financieros aportados por el Convenio suscrito con el MPPS en los casos que aplique.
- Mantener índices de sobrevida de injerto y paciente dentro de los estándares establecidos.

- Realizar el número de trasplante anual mínimo exigido en la norma vigente.
- Evaluar las necesidades médicas y socio-económicas de los pacientes que requieran trasplante, en su área de cobertura.
- Elaborar y manejar la lista de espera de pacientes con requerimientos de trasplante en base a lo establecido, en el manual de procedimientos específico.
- Colaborar y establecer acuerdos con otros centros de trasplante para garantizar la atención de sus pacientes en lista de espera si ocurre un impedimento para hacerlo en su centro.
- Informar oportunamente a los pacientes sobre la realización gratuita de exámenes financiados a través del convenio con el MPPS.
- Gestionar un modelo de atención intra-hospitalaria que facilite la evaluación a los pacientes dentro de los centros hospitalarios donde funcionan los Centros de Trasplante.
- Realizar de manera continua actividades educativas e informativas, para garantizar el conocimiento y participación responsable de los pacientes en el proceso de donación y trasplante.
- Establecer alianzas estratégicas con otras instituciones a fin de garantizar al paciente, la realización de los exámenes necesarios, indicados por el equipo médico del Centro de Trasplante.
- Cumplir con las normas establecidas para la ejecución del Sistema de Procura de Órganos y Tejidos (SPOT).
- Generar donantes según la metodología del SPOT, la cual debe representar al menos el 10% de la capacidad generadora real de donantes potenciales de dicho centro cada año. En caso de no cumplir con los parámetros establecidos, el CTx deberá justificar el hecho cada semestre a través de los registros de su coordinador hospitalario.
- Mantener un registro adecuado y actualizado sobre los datos de los pacientes y su tratamiento, y enviarlo en los lapsos previamente establecidos al Sistema de Información del SPOT.
- Garantizar el seguimiento y control médico periódico y adecuado de los pacientes en el post trasplante.
- Diseñar, ejecutar y evaluar planes de mejoramiento profesional para el recurso humano del Centro de Trasplante.
- Planificar, evaluar y garantizar la dotación de equipos y material médico-quirúrgicos.
- Dar respuesta oportuna a las ofertas de órganos y tejidos provenientes de cadáver

- Notificar al SPOT al concluir la ejecución de un trasplante con donante cadáver el tiempo de isquemia fría transcurrido al momento de hacer el implante, así como la confirmación de la identificación del receptor y si hubo o no función inmediata.
- Reportar al SPOT, en un período no mayor de 24 horas hábiles, los datos de identificación del receptor de donante vivo, de acuerdo a lo establecido en el manual de procedimientos del Registro Venezolano de Trasplante.
- Conocer las sanciones por incumplimiento de los procedimientos establecidos.
- Elaborar un informe de gestión anual.

ACTIVIDADES SEGÚN EL NIVEL DE ATENCIÓN

En los niveles I y II de atención, las actividades del PNDTOT están orientadas a informar, educar y promocionar los aspectos de donación y trasplante dirigidos a la población en general, al personal de salud y las comunidades organizadas a fin de generar una cultura favorable sobre el tema.

En el III nivel (hospitales generales y hospitales especializados) las actividades involucran, la ejecución del proceso de trasplante, desde la captación, manejo y aceptación familiar del donante efectivo, hasta el trasplante del órgano y/o tejido propiamente dicho y posterior seguimiento posterior.

NIVEL DE ATENCIÓN	ACTIVIDADES
Primer y Segundo Nivel	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elaborar metas anuales de actividades de promoción para la salud relacionadas con donación y trasplantes de órganos y tejidos a nivel local. ▪ Informar y educar a la población sobre: <ul style="list-style-type: none"> ○ Comportamientos saludables para el cuidado de los órganos, con énfasis en los órganos vitales para la vida (corazón, riñón, corneas, hígado) susceptibles de ser trasplantados con fines terapéuticos. ○ Factores de riesgo de enfermedades que evolucionan a daño de órganos que requieren de sustitución (hipertensión, diabetes, etc.) ○ Establecimiento de una cultura sobre la donación y el trasplante. ▪ Promover la formación de promotores para la salud con énfasis en la donación y trasplantes de órganos y tejidos. ▪ Realizar estudios de corte social sobre percepciones, costumbres, hábitos y prácticas de la población en relación a la donación y trasplante de órganos, tejidos y células con fines terapéuticos. ▪ Evaluación periódica de pacientes en su entorno comunitario para evitar complicaciones.
Tercer Nivel	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar estudios clínicos pre-trasplante necesarios para confirmación diagnóstica. ▪ Realizar Ex complementarios a pacientes seleccionados para trasplante ▪ Detectar y referir oportunamente a pacientes complicados. ▪ Atender los pacientes que ingresen con criterios de emergencia ▪ Detectar, evaluar y notificar posibles donantes de cadáveres según criterios neurológicos. ▪ Solicitar el consentimiento familiar para la donación efectiva de órganos y tejidos. ▪ Realizar la extracción de órganos y tejidos con fines terapéuticos ▪ Realizar Trasplante de órganos, tejidos y células ▪ Realizar seguimiento y control de pacientes pre y post-trasplante de forma multidisciplinaria. ▪ Fomentar estilos de vida saludables en pacientes post trasplantados.

DISPOSICIONES GENERALES

1. Toda la población del área de influencia del establecimiento de APS, debe estar Informada y educada sobre comportamientos saludables para el cuidado de los órganos, con énfasis en los órganos vitales para la vida (corazón, riñón, corneas, hígado); sobre los factores de riesgo de enfermedades que evolucionan a daño de órganos que requieren de sustitución (hipertensión, diabetes, etc.), para su prevención; y el establecimiento de una cultura sobre la donación y el trasplante.
2. Todo el personal de salud donde se atiendan potenciales donantes de órganos y tejidos, deben conocer y aplicar la Norma del Programa para la información, conservación y traslado de los órganos y tejidos a ser trasplantados.

CAPÍTULO XVI
PROGRAMA DE BANCOS DE SANGRE

EQUIPO RESPONSABLE DE ESTE CAPÍTULO

COORDINADORA DEL PROGRAMA DE BANCOS DE SANGRE

Mag.Sct. Lya Talavera

EQUIPO TÉCNICO

Bioanalista Carlos Sánchez

SECRETARIA

Sra. Maryori Arvelo

Mirian Eureola

INTRODUCCIÓN

La construcción de los pilares de la Suprema Felicidad Social, segunda directriz del Proyecto Nacional Simón Bolívar 2007-2013, es un proceso que ha asumido el Gobierno Bolivariano reconociendo de manera particular, su compromiso y obligación de garantizar el acceso universal a la salud de todos los venezolanos y venezolanas, rebelándose contra la exclusión y garantizando absolutamente la equidad a todo nivel, acorde con lo sensible del ámbito de lo que la salud globalmente significa en términos de derecho y calidad de vida, en los términos que nuestra Constitución lo establece.

De manera creciente y dentro de este ámbito, sin importar las diferencias de credo, nacionalidad, clase social, raza, pensamiento, género y edad, se continúa luchando para que las personas que requieran servicios de sangre, sus componentes y derivados, se beneficien del establecimiento de esta nueva estructura social incluyente, así como de este nuevo modelo social y humanista, que persigue para todos y para todas la meta de que vivamos en paz y dignamente, rumbo a lo que decía el Libertador, Simón Bolívar: “La Suprema Felicidad Social”, y que no sea ello resultado de nuestro poder adquisitivo ni de nuestra condición social.

Para el Gobierno de la República Bolivariana de Venezuela, la plena realización del Socialismo del Siglo XXI, que estamos comenzando a construir y que será posible en el mediano tiempo histórico, pasa por la refundación ética y moral que redefina el criterio con el que se atiende a las personas que necesitan de nuestra ayuda.

En ese sentido, se ha propuesto un proyecto ético y moral que hunde sus raíces en la fusión de los valores y principios de lo más avanzado de las corrientes humanistas del Socialismo para poder enfrentar y contribuir a disponibilidad, seguridad y calidad de los aspectos relacionados con la sangre, transformando estos principios en legislación, normativas o lineamientos que creen el marco jurídico referencial necesario para convertirlo en acciones concretas, efectivas y trascendentes, que produzcan el verdadero efecto final sobre el ciudadano y la ciudadana.

Dentro de este espíritu de transformaciones estructurales del modelo de atención de salud, esta Norma representa una herramienta de soporte de la Dirección General de Programas de Salud, elaborada con el propósito de regular el desarrollo de los procesos de educación, reclutamiento, retención y registro de donantes de sangre; la colecta, procesamiento de la sangre en sus componentes y derivados, los análisis serológicos e inmuno hematológicos, el almacenamiento, la liberación o entrega de hemocomponentes, su transfusión a los pacientes y la evaluación del impacto de esas transfusiones en la salud de los receptores en los diferentes niveles de atención del Sistema Público Nacional de Salud, así como cualquier otra unidad o instancia de salud de carácter privada, debidamente autorizadas por el Ministerio del Poder Popular para la Salud.

El desarrollo creciente de la Inmunohematología, la hemoterapia y, en general, de la medicina transfusional, así como la necesidad de mejorar la capacidad de respuesta a los pacientes en consonancia con las Políticas Públicas referidas, le ha

venido exigiendo al Ministerio del Poder Popular para Salud el fortalecimiento de los servicios de Bancos de Sangre para dar respuestas más específicas y efectivas a la población.

Esta Norma describe cuáles son los objetivos del programa, estrategias y actividades que se cumplirán para alcanzar dichos objetivos, las metas programadas por determinados períodos de tiempo, a qué población va dirigida el programa, estructura del mismo de acuerdo a la establecida por el Ministerio: Nivel Nacional, Estatal, Municipal y/o Distrital y/ Local, se describen las actividades que se realizarán de acuerdo a los diferentes niveles de atención.

BASE LEGAL

La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999) establece las bases para desarrollar la naturaleza jurídica y el modelo organizativo del Sector Salud Venezolano.

- **Artículo 83** establece que la salud es un **DERECHO SOCIAL** fundamental, parte del Derecho a la Vida.
- **Artículo 84** ordena la creación de un **SISTEMA PÚBLICO NACIONAL DE SALUD**, bajo la rectoría del Ministerio de Salud, el cual será de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad.
- **Artículo 85** expresa que el financiamiento del sistema público nacional de salud es obligación del Estado.
- **Artículo 86** establece que toda persona tiene derecho a la seguridad social como servicio público de carácter no lucrativo, que garantice la salud y asegure protección en diferentes contingencias.
- **Artículo 122** reconoce el derecho de los pueblos indígenas a una salud integral que considere sus prácticas y culturas.

Igualmente, la CRBV reconoce como derechos un conjunto de determinantes de la salud, como es el derecho a la educación, nutrición, vivienda, cultura, trabajo, entre otras.

Ley Orgánica de Salud año 1998 Artículo 31. Establecen los estatutos, funciones y atribuciones del Ministerio de Salud, así como los derechos y deberes de los beneficiarios de los servicios de salud.

Capítulo II, Artículo 31: La educación para la salud es parte fundamental de la estrategia de promoción de salud. Con la participación de la comunidad, el Estado promoverá la cultura por la salud y la vida.

Actualmente en vacatio legis, mientras se discute en la Asamblea Nacional la Ley de Salud de la CRBV (1999).

Plan Estratégico Social de la Nación (2001-2007) Plantea como prioridad la Estrategia Promocional De Calidad De Vida Y Salud, integrando las políticas públicas sociales, la corresponsabilidad ciudadana en los territorios sociales considerando a la salud como expresión individual y colectiva de calidad de vida y bienestar, producto de los determinantes sociales, tomando en cuenta los derechos y las necesidades sociales así como la promoción de la calidad de vida y salud, los territorios y las redes sociales y la contraloría social. También pretendió enfrentar las inequidades de género, raza, grupos y clases sociales.

Plan Simón Bolívar.2007-2013. En la Directriz de la Suprema Felicidad Social, se propone una estructura social incluyente, y se aspira que todos vivamos en las mejores condiciones posibles. Allí se establece la estrategia “Profundizar la Atención integral en Salud de forma universal”, donde se exponen las políticas de fortalecer la “Prevención y control de enfermedades” y, “Expandir y consolidar los servicios de salud de forma oportuna y gratuita”.

Plan Nacional de Salud 2007-2013/2018. Establece la importancia de los modos y estilos de vida en la carga elevada de enfermedades y daños a la salud. Así mismo, se establece el abordaje integral e intersectorial de los diversos problemas de salud para impulsar los cambios en los modos, condiciones y estilos de vida. Define políticas concretas para fortalecer la nueva institucionalidad y sus servicios, así como cambiar las condiciones de vida, favoreciendo el mantenimiento de la salud de la población y protegiendo de factores predisponentes a la aparición de diferentes enfermedades y daños.

Ley sobre Transfusión y Bancos de Sangre. Gaceta Oficial de la República de Venezuela año CV-mes i. N° 31.356. 8° de noviembre de 1977.

Reglamento de la ley sobre Transfusión y Bancos de Sangre. Gaceta Oficial de la República de Venezuela, N° 31.546 del 9 de agosto de 1.978.

Documento constitutivo del Dpto. de Transfusión y Bancos de Sangre del MSAS. Resolución N° 19 del 11 de septiembre de 1978.

Reglamento Orgánico del Ministerio el Poder Popular para la Salud, 2006.

JUSTIFICACIÓN

Las transfusiones de hemocomponentes son usadas para tratar pacientes con condiciones médicas de salud serias que no pueden ser solucionadas por otros medios. A pesar de que existen ciertos sustitutos que permiten mantener el volumen y la consistencia de la sangre circulante, la actividad biológica de los componentes celulares y plasmáticos de la sangre los hace el tratamiento más eficiente para un número importante de condiciones médicas.

Los servicios de sangre de una nación deben coleccionar y preparar productos sanguíneos seguros y de calidad en forma eficiente y oportuna, para transfundirlos de una manera apropiada.

La función de los servicios de sangre incluye la educación, el reclutamiento, la selección, la retención y el registro de donantes de sangre, la colecta de sangre, su procesamiento en componentes, los análisis serológicos e inmunohematológicos, el almacenamiento, la liberación o entrega de sangre, su transfusión a los pacientes que necesitan algún componente y la evaluación del impacto de esas transfusiones en la salud de los receptores.

Se debe asegurar el uso eficiente de la sangre donada así como el de todos los recursos, además de minimizar los posibles efectos adversos en los donantes de sangre, en los pacientes y en los trabajadores de los servicios de sangre. Es responsabilidad del Estado garantizar la disponibilidad y el acceso a sangre segura en cantidades suficientes para quien las necesite.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Garantizar a la población sangre segura, en todos los procesos y servicios, coordinando estrategias para que el Sistema Nacional de Sangre proporcione respuestas oportunas, eficientes, efectivas, con calidez y calidad, en el uso racional de los hemocomponentes, contribuyendo a asegurar los derechos de los donantes y receptores, para una mejor existencia y calidad de vida, en todo el ámbito nacional.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Potenciar capacidades y habilidades en individuos y colectivos para mantenerse sanos, mediante la Promoción de la calidad de vida y salud, en el gran marco de Política Pública Sana denominado "Suprema Felicidad Social".
- Actuar con la participación de las comunidades y de los demás sectores de la política pública con competencia en el área, para la promoción de la donación altruista de sangre
- Fortalecer el Sistema Nacional de Sangre para el desarrollo de los procesos de educación, reclutamiento, retención y registro de donantes de sangre; así como la colecta, procesamiento de la sangre en sus componentes y derivados, los análisis serológicos e inmuno-hematológicos, el almacenamiento, la entrega de hemocomponentes, su transfusión a los pacientes y la evaluación del impacto de esas transfusiones en la salud de los receptores.

- Fortalecer el Sistema de Información en Sangre Segura.
- Mejorar la formación del personal de salud desde la etapa de pregrado y en los servicios, en los aspectos relativos al manejo de la sangre segura, en coordinación con la Dirección de Investigación y Educación y del Ministerio de Educación y Educación Universitaria.
- Situar la investigación en materia de hematología, Inmunoematología y hemoterapia, tanto académica como operativa, en el diario quehacer del programa, incorporando Centros de Investigación de las Universidades nacionales e internacionales, las sociedades científicas y las organizaciones multilaterales (OMS-OPS, UNICEF, etc.) y las organizaciones comunitarias, a fin de sistematizar las propias experiencias, responder a las propias necesidades y ponerse en sintonía con el avance de la ciencia y la tecnología.

ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES SEGÚN EL NIVEL DE ATENCIÓN

Estrategia 1: Promoción para la transformación cultural de modos, condiciones y estilos de vida saludables

Generación de procesos que habiliten a la población para crear condiciones favorables de salud colectiva, propiciando la transformación cultural hacia la donación de sangre, mediante la información, educación y promoción de los aspectos relacionados con la donación altruista, voluntaria y repetida de sangre, dirigidos a la población en general, al personal de salud y las comunidades organizadas.

Actividades

- Diseño y ejecución de Planes de comunicación, información y educación nacionales, regionales y locales con participación activa del Poder Popular.
- Diseño y ejecución de un Plan Nacional para la donación altruista y repetida de sangre, con la participación interprogramática, de las instancias sectoriales vinculadas, las estatales y voceros de diversas instancias del Poder Popular.
- Acompañamiento de la labor del sistema educativo de maternal a bachillerato en la socialización para la donación altruista y repetida de sangre.

Estrategia 2: Detección y manejo oportuno de Enfermedades Hematológicas

Detección oportuna, precoz y efectiva de las Enfermedades que afectan la garantía de sangre segura a la población que lo requiera y las propiamente hematológicas, siguiendo las normas, pautas y procedimientos establecidos por el Programa.

Actividades

- Identificación por los Bancos de Sangre de las enfermedades que afectan el suministro de sangre segura y las propiamente hematológicas (incompatibilidades, trastornos de coagulación, anemias, etc.).
- Referencia de los casos positivos a los servicios correspondientes dentro de la red de atención.

Estrategia 3: Fortalecimiento de la Red de Servicios del Sistema Nacional de Sangre

Fortalecimiento de la Red de Bancos de Sangre a nivel nacional, con la participación protagónica de los equipos de salud, los usuarios/as y las organizaciones de las comunidades, estableciendo las alianzas interprogramáticas e intersectoriales requeridas, para la administración de sangre, componentes y derivados de manera oportuna, eficiente, efectiva, con calidez y calidad.

Actividades

- Definición en conjunto con el Viceministerio de Redes de Servicios de Salud, de los recursos necesarios para la ejecución del Programa en la Red de Servicios de Banco de Sangre.
- Capacitación continua del personal de salud de los niveles de atención en las pautas y procedimientos del Programa.
- Gestión articulada con los estados en lo referente a la dotación de productos, insumos y equipos del Programa de acuerdo con las necesidades de la población.
- Coordinación interprogramática con otros Programas de Salud: VIH/SIDA, PAI, Salud Sexual y Reproductiva, Niños, Niñas y Adolescentes, etc.
- Monitoreo de la atención en los diferentes niveles de la Red de Bancos de Sangre.

Estrategia 4: Fortalecimiento del Sistema de Información del Sistema Nacional de Sangre

Relanzamiento de los mecanismos de Vigilancia Epidemiológica de las Enfermedades y efectos adversos que afectan la sangre segura, para garantizar la salud del donante como del receptor.

Actividades

- Recolección, procesamiento y notificación de los datos sobre enfermedades que afectan la sangre segura y de los efectos adversos de las transfusiones

Estrategia 5: Fortalecimiento del Control de la Gestión

Fortalecimiento de la captura y procesamiento de información para el seguimiento y la evaluación de la gestión mediante indicadores de eficiencia, eficacia, efectividad e impacto, del Programa.

Actividades

- Seguimiento y evaluación periódicos, basados en indicadores de la eficiencia, eficacia, efectividad e impacto del Programa.

Estrategia 6: Formación de profesionales de la salud en el manejo integral de la sangre segura

Fortalecimiento de las competencias en las carreras de salud relacionadas con el manejo de la sangre segura, en los aspectos de salud colectiva, específicamente en lo relativo a la promoción de la donación altruista y repetida de sangre, prevención y tratamiento de las enfermedades que afectan la sangre segura, y el uso de la sangre, sus componentes y derivados, en coordinación con la Dirección de Investigación y Educación del MPPS y del Ministerio de Educación Universitaria.

Actividades

- Diseño de contenidos curriculares del componente de Sangre Segura, en conjunto con la Dirección de Investigación y Educación del MPPS y del Ministerio de Educación Universitaria, para su implementación en las carreras relacionadas con salud.
- Implementación de los contenidos curriculares del componente de Sangre Segura, en las universidades nacionales que dictan carreras de salud, en conjunto con la Dirección de Investigación y Educación del MPPS y del Ministerio de Educación Universitaria.

Estrategia 7: Mejoramiento continuo del personal de salud en servicio de Bancos de Sangre

Desarrollo continuo de las capacidades y competencias del personal de salud en los servicios de Bancos de Sangre, en todos los aspectos del Programa.

Actividades

- Diseño de un plan de capacitación continua en servicio, por profesiones y funciones, en el área de Sangre Segura, y las enfermedades hematológicas, en coordinación con la Dirección General de Educación e Investigación y las Direcciones Estadales de Salud (DES).

- Ejecución del Plan de Capacitación Continua en Sangre Segura, de manera permanente y sustentable en el tiempo.

Estrategia 8: Desarrollo de la investigación en Sangre Segura

Incentivar la Investigación básica-clínica, epidemiológica y social, en el área de hematología, Inmunohematología y hemoterapia, en coordinación y cooperación con la Dirección General de Educación e Investigación (DGIE), los Centros de Investigación de las Universidades nacionales e internacionales, las sociedades científicas y las organizaciones multilaterales (OMS-OPS. UNICEF, etc.).

Actividades

- Diseño de una agenda de prioridades de investigación en Sangre Segura, en conjunto con la DGEI, para ser discutido y ejecutado con los Centros de Investigación de las Universidades nacionales e internacionales, las sociedades científicas y las organizaciones multilaterales (OMS-OPS. UNICEF, etc.).
- Desarrollo de investigaciones operativas en todos los niveles de atención, en cooperación con las DES, las jefaturas de distritos y municipios, las direcciones de establecimientos y la comunidad organizada.

POBLACIÓN OBJETO

- La población de ambos sexos, durante todo el ciclo de vida (niño-niña-adolescente, jóvenes, adultos jóvenes, adultos mayores), sin distinción de credo, raza y posición socio-económica, en el territorio nacional, regional, local, y comunal.
- Los pacientes con indicación de terapia transfusional que le permita restituir su salud y tener calidad de vida, así como su inserción en el ámbito familiar, social y laboral.

CAMPO DE APLICACIÓN

En todo el Sistema Público Nacional de Salud, en sus diferentes niveles de atención así como en los centros de salud privados, debidamente autorizados por el Ministerio del Poder Popular para la Salud.

ESTRUCTURA DEL PROGRAMA

El Programa Nacional de Bancos de Sangre está estructurado en:

Nivel Normativo Gerencial con tres dimensiones:

- Central: constituido por la Coordinación Nacional del Programa de Bancos de Sangre; adscrita a la Dirección General de Programas de Salud del Viceministerio de Redes de Salud Colectiva, del Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS).
- Estatal: representado por las Coordinaciones Estadales del Programa, dentro de las Direcciones Estadales de Salud.
- Municipal: establecidos en las instancias distritales o municipales de salud de los estados.

Nivel Local Ejecutor con tres Niveles de Atención de complejidad médica creciente: Primer Nivel (mínima complejidad), Segundo Nivel (mediana complejidad) y Tercer Nivel (máxima complejidad) de Atención.

FUNCIONES DEL NIVEL CENTRAL (Normativo y Gerencial)

- Ejecutar los planes, estrategias y acciones orientadas a la promoción de modos y estilos de vida saludables a fin de obtener personas sanas para los Bancos de Sangre y proponerlos a la Dirección de Salud Segura, para su efectiva divulgación.
- Revisar y actualizar periódicamente las Normas y Procedimientos relativos a la donación, obtención, procesamiento, almacenamiento, distribución eficiente y oportuna de los componentes sanguíneos, destinados al uso clínico y al Control de los Bancos de Sangre, para su implementación en concordancia con los niveles de atención en salud.
- Diseñar e implementar el Sistema de Hemovigilancia y Efectos Adversos para los Bancos de Sangre, a nivel nacional, así como determinar sus factores de riesgo, en coordinación con la Dirección de Salud Segura y el Instituto Nacional de Higiene "Rafael Rangel".
- Formular la programación de las metas de los Bancos de Sangre, a ser ejecutadas anualmente.
- Compilar, consolidar y evaluar la ejecución de los Bancos de Sangre a nivel nacional.
- Realizar investigaciones operacionales relacionadas con la disposición de la sangre, los componentes sanguíneos y los Bancos de Sangre.

- Establecer las normas y condiciones para el registro, la certificación y el control de Calidad Externo de la Serología y de los Bancos de Sangre Públicos y Privados.

FUNCIONES DEL NIVEL ESTADAL (Normativo-Gerencial)

- Definir la complejidad de la estructura de la Coordinación Estatal, de acuerdo con las pautas dictadas por la Norma del Programa y la situación del estado correspondiente.
- Ejecutar el Programa de Bancos de Sangre en su estado, adecuándolo a la situación existente en el mismo, bajo la dirección y coordinación del Nivel Central y las otras coordinaciones estatales.
- Controlar la ejecución del Programa, mediante la supervisión, monitoreo y evolución de sus componentes operativos, epidemiológicos y gerenciales.
- Mantener actualizado el Sistema de Información del Programa en el Nivel Estatal, en sus componentes operativos, epidemiológicos y gerenciales, de acuerdo con las normas establecidas por el mismo.

FUNCIONES DEL NIVEL MUNICIPAL (Normativo-Gerencial)

- Implementación y desarrollo del Programa de Bancos de Sangre de acuerdo a los lineamientos emanados del Nivel estatal, en concordancia con la norma establecida por el Nivel Central.
- Impulsar la participación activa de la comunidad organizada en el Programa, tanto en la corresponsabilidad en la ejecución de las actividades como en su control, para el cumplimiento de las mismas.
- Controlar la ejecución del Programa, mediante la supervisión, monitoreo y evolución de sus componentes operativos, epidemiológicos y gerenciales.
- Mantener actualizado el Sistema de Información del Programa en el Nivel Municipal, en sus componentes operativos, epidemiológicos y gerenciales, de acuerdo con las normas establecidas por el mismo.

FUNCIONES DEL NIVEL LOCAL (Ejecutor-Gerencial)

- Analizar la situación de de la donación de sangre altruista y repetida de su área de influencia.

- Programar y aplicar las acciones locales de promoción de la donación de sangre altruista y repetida, con la participación de los diversos actores implicados y basados en el análisis de su situación, en concordancia con la normas del Programa.
- Controlar la ejecución del Programa, mediante la supervisión, monitoreo y evaluación de sus componentes operativos, epidemiológicos y gerenciales.
- Mantener actualizado el Sistema de Información del Programa en sus componentes operativos, epidemiológicos y gerenciales, de acuerdo con las normas establecidas en el mismo.

ACTIVIDADES SEGÚN NIVELES DE ATENCIÓN

Niveles de Atención	Actividades
Primer Nivel	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informar y educar a la población sobre los aspectos relacionados con la donación altruista y voluntaria de sangre. ▪ Promover la conformación de promotores para la salud con énfasis en la donación de sangre.
Segundo Nivel	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Efectuar estudios inmunohematológicos a todas las mujeres embarazadas. ▪ Aplicar la Globulina Inmune anti- Rh(D) a las embarazadas que lo requieran.
Tercer Nivel	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Atender a los Donantes alogénicos, autólogos y de aféresis (plasmaféresis, plaquetaféresis y citaféresis). ▪ Recolectar la sangre cumpliendo con los protocolos establecidos por el Programa. ▪ Preparar y procesar los Hemocomponentes: componentes congelados, concentrados globulares, componentes plasmáticos, componentes leucoreducidos y mezcla de unidades. ▪ Preparar los componentes específicos: Glóbulos rojos (congelados, desgllicerolizados, rejuvenecidos, lavados, leucorreducidos, de bajo volumen); Componentes plasmáticos (plasma fresco congelado, sobrenadante de crioprecipitado, crioprecipitados); Plaquetas (plaquetas leucorreducidas); Granulocitos de aféresis. ▪ Analizar la sangre del donante alogénico, autólogo y de aféresis: Tipeaje ABO, Tipeaje Rh, detección de anticuerpos irregulares dirigidos contra antígenos eritrocitarios, pruebas para prevenir la transmisión de enfermedades, determinación de la aceptabilidad de los hemocomponentes antes del etiquetado final, inspección final de los hemocomponentes antes

Tercer Nivel	<p>de su distribución, liberación o emisión.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar las pruebas pre-transfusionales. ▪ Seleccionar los Hemocomponentes compatibles en circunstancias especiales. ▪ Cumplir con las consideraciones especiales para neonatos. ▪ Realizar la emisión de los Hemocomponentes. ▪ Atender los casos de Emergencia (Necesidad urgente de hemocomponentes). ▪ Hacer la prescripción y uso de tejidos. ▪ Coordinar la referencia y la contrareferencia de personas con enfermedades hematológicas y discapacidad asociada, detectadas por el Programa, para que reciban la rehabilitación y la atención integral adecuada. ▪ Determinar y solicitar los requerimientos de todos los recursos de su unidad, de acuerdo con la norma del Programa, para dar cumplimiento a su gestión con eficacia y eficiencia. ▪ Apoyar la capacitación y la educación continua al personal del área. ▪ Hacer efectiva la referencia y contrareferencia, de los casos referidos por el Segundo Nivel y las interconsultas que solicite y le sean solicitadas. ▪ Llevar el Sistema de Información de este nivel, en sus componentes operativos, epidemiológicos y gerenciales. ▪ Efectuar investigaciones operativas, básicas, epidemiológicas y clínicas en el marco de las disposiciones del Programa.
---------------------	--

DISPOSICIONES GENERALES

- Debe promoverse en la población la donación altruista y repetida de sangre; en las organizaciones de la comunidad, la red de servicios de salud, intersectorialmente, a nivel público y privado.
- Toda embarazada en control debe investigarse la existencia de problemas inmuno-hematológicos.
- Toda embarazada a quien se le diagnostique algún problema inmuno-hematológico debe recibir el tratamiento estipulado por el programa.

