

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**PARTICIPACIÓN DE LA ENFERMERA EN LOS PROCESOS
EPIDEMIOLÓGICOS EN LA DIRESA CALLAO 2016**

**INFORME DE EXPERIENCIA LABORAL PROFESIONAL PARA
OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL
EN SALUD PÚBLICA Y COMUNITARIA**

JULIA DEL CARMEN ALVARADO PEREDA

CALLAO – 2017

PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- LIC. ESP. YRENE ZENAIDA ZENAIDA BLAS SANCHO PRESIDENTA
- MG. LAURA DEL CARMEN MATAMOROS SAMPEN SECRETARIA
- MG. ADRIANA YOLANDA PONCE EYZAGUIRRE VOCAL

ASESORA: DRA. ZOILA ROSA DÍAZ TAVERA

Nº de Libro: 04

Nº de Acta de Sustentación: 437

Fecha de Aprobación del Informe de Experiencia Laboral: 31/10/2017

Resolución Decanato N° 2797-2017-D/FCS de fecha 26 de Octubre del 2017 de designación de Jurado Examinador de Informe Laboral para la obtención del Título de Segunda Especialización Profesional.

ÍNDICE

| | Pág. |
|--|------|
| INTRODUCCIÓN | 2 |
| I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 3 |
| 1.1 Descripción de la Situación Problemática | 3 |
| 1.2 Objetivo | 4 |
| 1.3 Justificación | 4 |
| II. MARCO TEÓRICO | 6 |
| 2.1 Antecedentes | 6 |
| 2.2 Marco Conceptual | 8 |
| 2.3 Definición de Términos | 16 |
| III. EXPERIENCIA PROFESIONAL | 18 |
| 3.1 Recolección de Datos | 18 |
| 3.2 Experiencia Profesional | 18 |
| 3.3 Procesos Realizados del Informe | 20 |
| IV. RESULTADOS | 22 |
| V. CONCLUSIONES | 31 |
| VI. RECOMENDACIONES | 32 |
| VII. REFERENCIALES | 33 |
| ANEXOS | 36 |

INTRODUCCIÓN

El presente informe tiene como tema “la intervención de la enfermera en los procesos de epidemiología en la DIRESA Callao, teniendo en cuenta el Rol de Enfermería en la Vigilancia Epidemiológica de los Servicios de Salud como un proceso complejo que proporciona la información necesaria para aplicarla en distintas situaciones que se presentan en la red de establecimientos del primer nivel de atención de salud, permitiendo al profesional de enfermería coordinar las acciones a realizar para la identificación, monitoreo y evaluación de la situación de salud de la población. Una de estas intervenciones de enfermería en epidemiología es la supervisión y evaluación de la sala situacional, un instrumento de gestión en el que se conjugan diferentes saberes para identificar y estudiar situaciones de salud, análisis de factores que los determinen, soluciones viables y factibles de acuerdo con el contexto local, el monitoreo y evaluación de resultados. Cabe resaltar que la sala situacional Es la construcción de un espacio sociodemográfico, de salud – enfermedad, estrategias de desarrollo y prevención de las determinantes sociales de la salud, muchas de las veces no hay claridad en sus objetivos y la importancia de este instrumento para la gestión institucional es la negociación política, identificación de necesidades, movilización de recursos, monitoreo y evaluación de las intervenciones de salud para el desarrollo local en salud.

I.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la situación problemática.

La Epidemiología es la ciencia que trata el estudio de los eventos que afectan a la población y su aplicación es importante para realizar el Análisis de la Situación de Salud y el desarrollo de intervenciones eficientes y efectivas.

Según la Asociación Catalana de Enfermeras (ACICI), la enfermera en epidemiología interviene en diversos procesos como: La vigilancia epidemiológica que se encarga de la investigación de casos, control de brotes y epidemias, así como en el proceso para la elaboración del análisis de situación de salud local, regional o nacional. (1)

El Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias de México durante la contingencia de influenza A H1N1 en la primavera del 2009, señala "...gracias a la intervención y el trabajo en equipo que realizó el profesional de enfermería del Instituto, se logró controlar la propagación de la epidemia y afrontar de manera exitosa.

La Epidemiología es una de las actividades importantes de todo profesional de Enfermería y su participación va determinando espacios de trabajo cuyas intervenciones son efectivas y eficientes.

En la Oficina de Epidemiología de la Dirección Regional del Callao, la enfermera realiza y evalúa muchos procesos epidemiológicos a nivel de los establecimientos de salud, entre ellas: la supervisión de las salas situacionales, las cuales son de gran importancia para la toma de decisiones por que constituyen una radiografía de la comunidad; sin embargo nos encontramos con el problema de que gran parte de las salas situacionales las encontramos desactualizadas e incompletas. Existiendo un 72.2 % de estas salas desactualizadas razón por la cual este informe

Intervención de la enfermera en los procesos de Epidemiología de la DIRESA Callao 2016 se amerita la intervención de la enfermera en el proceso de supervisión y evaluación de sala situacional con la finalidad de mejorar estos porcentajes para una buena toma de decisiones a nivel local y que gran parte de estas salas situacionales tengan información útil y accesible para todos.

1.2 Objetivo.

Determinar la intervención de enfermería en los procesos de epidemiología en la DIRESA Callao 2016.

1.3 Justificación

Salud Pública es la ciencia y el arte de organizar y dirigir todos los esfuerzos de la comunidad destinados a proteger, fomentar y promocionar el bienestar de la población cuando está sana, y a restaurar y restablecer su salud cuando la ha perdido. La promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en los servicios de salud son campos de actuación fundamental para la población y para la eficiencia del sistema sanitario.

A lo largo del tiempo enfermería, no solo se ha considerado como una disciplina, una profesión, sino también una ciencia del cuidado de la salud del ser humano, ciencia en la que se conjuga el conocimiento; y se enfatiza la importancia de tener unas bases sólidas que respalden la práctica diaria, donde sin lugar a duda juega un papel importante la enfermera especialista para proporcionar un cuidado integral fundamentado, que aparte de satisfacer las demandas del paciente y su familia, promueva junto con su equipo de trabajo medidas de prevención, manejo y control.

La intervención de enfermería en los procesos de epidemiología es importante porque permite evidenciar el rol que tiene la enfermera en la participación de la vigilancia epidemiológica de enfermedades

inmunoprevenibles, enfermedades no transmisibles, Análisis Situacional de Salud, Supervisión y Evaluación de la Sala Situacional porque va permitir identificar las intervenciones que realiza el profesional de enfermería, posicionar el rol activo y liderazgo que ejerce en todos los procesos epidemiológicos que se desarrollan.

El presente informe es importante porque la intervención de enfermería en la supervisión y evaluación de las salas situacionales facilita y fortalece tener información actualizada y oportuna en los establecimiento de salud, para realizar una gestión de calidad y brindar información, no olvidando que la sala situacional debe ser accesible a su equipo de trabajo y comunidad

Siendo los beneficiarios el equipo de gestión, la comunidad y la DIRESA –Callao porque mantendrá los datos actualizados puesto que está encargada del análisis de la situación de salud, prioridades sanitarias, investigación sanitaria, promoción de la educación epidemiológica y planteamiento de políticas regionales.

II.- MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes.

De Souza Braga, A.L., Antunes Cortez, E, Roza Carneiro, F, Martins .WdS. 2011(25).**Actuación del enfermero en el control de endemias** tuvo como objetivo identificar la actuación del enfermero en el control de endemias y discutir la formación profesional del enfermero para actuar en dicho control. El estudio fue descriptivo, exploratorio, cualitativo y bibliográfico, realizado en la base de datos de BVS (BDENF e, LILACS) y en la biblioteca de COC (FIOCRUZ). Tras la colecta de datos se realizó la pre-lectura, la lectura selectiva, la interpretativa y el análisis textual. Emergieron las categorías: el papel del enfermero en el control de las endemias, y la formación profesional del enfermero y el control de las endemias. Los resultados: el papel del enfermero es realizar acciones educativas y administrativas, además de elaborar programas. En cuanto a su formación esta debe enfatizar la importancia de la epidemiología para ser aplicada a la práctica profesional. Se concluye que el enfermero orientado a esa función deberá proveer de técnicas de prevención y promoción de la salud procurando una mejor calidad de vida para la comunidad y que en la formación de este deberá desarrollar habilidades técnicas y conocimiento para controlar las endemias.

Organización Panamericana de la Salud José Moya João Baptista Risi Junior Ayrton Martinello Ernani (26) (2010). **SALAS DE SITUACIÓN DE SALUD: COMPARTIENDO LAS EXPERIENCIAS DE BRASIL** tiene el objetivo de transmitir la riqueza de las presentaciones, debates y conclusiones del taller, con la finalidad de difundirlas a nivel nacional, así como a los países de la región, para cuyo fin esta publicación se ha traducido al español. De ese modo, RIPSA, el Ministerio de Salud de Brasil y la OPS-Brasil, comparten con los trabajadores de salud de las Américas experiencias que contribuyan a mejorar la calidad y cobertura

de nuestros sistemas de información sanitaria, a través de la organización de los datos, el análisis y difusión de información en salud, que generen conocimiento y opinión ciudadana.

Bonilla Gonzalo, Rojas Gustavo (27) ,2011 **“Elaboración de la Sala Situacional del subcentro de Salud parroquia Llapo, Canton Guano, provincia Chimborazo. Periodo Enero-Diciembre 2011.** En esta investigación se planteó la elaboración de la sala situacional con información actualizada del Subcentro de Salud de llapo de enero a diciembre del 2011. El presente contenido es descriptivo y participativo ya que mediante esta combinación se puede llegar a conocer costumbres, actitudes e involucrar a los beneficiados del mismo, en la producción de conocimientos; consta de diferentes cuadros y gráficos que buscan facilitar la comprensión e interpretación de la meta perseguida, se logró actualizar la información y conocer las principales patologías y mortalidad que ponen en riesgo el bienestar de la comunidad.

Bustamante Contento Mary Elizabeth, (28) 2017. **Sala Situacional como Estrategia para La Gestión Institucional en La Toma De Decisiones de Las Intervenciones en Salud.** Tuvo como Objetivo: Analizar la Sala situacional como estrategia para la gestión institucional en la toma de decisiones de las intervenciones en salud, a través de la revisión bibliográfica. Resultados: La sala situacional dispone de sistemas de información actualizada, de datos estadísticos relacionados con la demografía, geografía, proceso de salud enfermedad de la población, que permite tener una base de información contextual para la toma de decisiones, importante en la gestión de salud. La utilidad de la sala situacional en la toma de decisiones en salud está relacionada con la articulación de actores sociales inmersos en la problemática de salud – enfermedad de la población de tal forma que pueda visibilizar estrategias para su intervención y en conjunto escoger la estrategia más efectiva, eficaz y eficiente con resultados de alto impacto para la población.

Bach. Salva Ahuite, Rose Mary Bach. Vizalote Chota, Medali Lizeth,(29) 2016 **.Percepción y Prácticas Preventivas sobre el Dengue en Moradores del Comité 10, 11 y 12 del Pueblo Joven Túpac Amaru, Iquitos- 2017**” tuvo como objetivo determinar la relación que existe entre la percepción sobre el dengue y las prácticas preventivas en moradores del pueblo joven Túpac Amaru - Iquitos, 2017, el estudio fue de tipo no experimental a través de entrevista a los moradores desde el modelo de creencias en salud. Los entrevistados mencionaron diversos factores de saneamiento, conductas e información que incrementan su exposición al dengue, expresando que los afectaría en aspectos laborales, familiares y económicos, asumiendo parte de la responsabilidad en la prevención y recalando la labor de los promotores de salud, medios de comunicación y líderes comunitarios. Entre las medidas preventivas mencionadas, se incluyeron medidas sin evidencia de efectividad. Las principales barreras expresadas fueron las siguientes, caracterizadas como insuficientes: cantidad de profesionales de salud, participación comunitaria, organización en las actividades preventivas y discontinuidad luego de los brotes.

2.2 Marco Conceptual

INTERVENCIÓN

Dubost (1987) señala como origen del concepto la definición dada en Inglaterra y en Francia según la cual intervención es la actividad de un tercero que media entre dos elementos. Este autor al analizar las formas de intervención en las ciencias sociales estableció una diferencia entre formas activas y formas interventoras de investigación social haciéndolo en función de dos criterios: Las intervenciones y acciones dirigidas a fines elegidos por un solo actor social (con o sin ayuda de investigadores), y las intervenciones-consulta (prácticas psicosociológicas y sociológicas

“colaboradoras”). Dentro del primer criterio entran: Las experiencias de vida, los experimentos sociales, las intervenciones militantes; las intervenciones socio-pedagógicas y los estudios de acción. En el segundo criterio caen las intervenciones psicosociológicas “decisorias”, las intervenciones “analíticas” y las intervenciones “demostrativas” (que producen demostraciones teóricas). (6)

Carballeda (2004) da una definición que sitúa a la intervención dentro de la tradición normativa generada por la necesidad de mantener la cohesión social y con ella la paz y el orden social. (6)

Esa definición dice que la intervención es un “conjunto de dispositivos de asistencia y de seguros en función de mantener el orden o la cohesión de lo que denominamos sociedad”. Una definición de ese talante supone que la intervención tendrá un papel importante en la detección de anomalías, formas de disciplinar y de construir a esos “otros” que se consideran amenazantes para la sociedad.

Otros autores tales como Nicolás-Le Strat (1996) o como Casas Aznar (1989) asumen una perspectiva centrada en la experiencia de intervenir y de reflexionar desde la práctica. Se centran así en lo que se hace, cómo se lo hace y para que se lo hace. Rouchy (1987: 29) considera preferible hablar del interventor/a, del lugar desde el cual actúa y de su función como tal y coloca a esa función como “relativamente independiente del campo de la práctica”. La tarea de esa interventora estará en función de cómo se le formulan solicitudes y de las respuestas, señalando que ellas pueden ser portadoras de deseos y de resistencias. Es posible deducir que el interventor/a tras esta posición es un experto dirigido a enfrentar problemas o situaciones que le son planteados.

INTERVENCIÓN EN ENFERMERÍA

Se define como una **Intervención** Enfermera a "Todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de la **Enfermería** para favorecer el resultado esperado del paciente".

Las Intervenciones de Enfermería pueden ser directas o indirectas.

Una Intervención de Enfermería directa: Es un tratamiento realizado directamente con el paciente y/o la familia a través de acciones enfermeras efectuadas con el mismo.

Estas acciones de enfermería directas, pueden ser tanto fisiológicas como psicosociales o de apoyo.

Una Intervención de Enfermería indirecta: Es un tratamiento realizado sin el paciente pero en beneficio del mismo o de un grupo de pacientes.

Otras Tipos de Intervenciones:

1. Intervenciones dirigidas a la satisfacción de alguna necesidad normativa en un grupo o sector específico de la población;
2. Intervenciones dirigidas a la transformación de condiciones de vida en general, o en aspectos particulares de ella. Aquí entran las intervenciones mediadoras, que son aquellas en las cuales se busca interceder ante grupos que se enfrentan por el control de algún recurso, o bien entre grupos ciudadanos que demandan alguna obra o servicio y la propuesta del Estado al respecto.
3. Intervenciones para la concertación, en las cuales agentes externos (personas ajenas a un determinado sector o grupo social) o agentes pertenecientes a grupos o comunidades intervienen para lograr la unión de esfuerzos, recursos y conocimientos para la consecución de alguna acción o proyecto juzgado conveniente para diversos grupos o personas interesados; o bien de acuerdos generales de cooperación que pueden luego desglosarse en los anteriores.

4. Intervenciones cuya finalidad es la consulta sobre asuntos e intereses en diversos grupos o comunidades. (7)

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LOS PROCESOS DE EPIDEMIOLOGIA

Partiendo del principio de que tanto la enfermería como la epidemiología son disciplinas que, para el desarrollo del conocimiento, precisan la interacción de diferentes campos como la clínica, la gestión, las ciencias naturales, las ciencias sociales y las matemáticas, su enseñanza requiere de una perspectiva teórica para facilitar en el estudiante la integración transdisciplinar. (8)

Somos los enfermeros quienes aplicamos estudios científicos para controlar los problemas sanitarios para las poblaciones afectadas.

Un objetivo importante de la epidemiología es identificar subgrupos de la población con un riesgo elevado de enfermedad.

El enfermero, como parte del equipo de salud, debe dirigir esfuerzos para identificar estos grupos y establecer acciones preventivas para evitar que la población enferme. (8)

Al desarrollar programas preventivos se deberá distinguir entre la prevención primaria y secundaria.

La primera se refiere a una acción realizada para prevenir el desarrollo de una enfermedad en una persona que se encuentra sana. Por ejemplo, se vacuna para evitar que un individuo se enferme de una determinada enfermedad.

A través de la prevención secundaria se debe identificar tempranamente la enfermedad, lo que asegura que las intervenciones resulten eficaces y así disminuir la mortalidad y las complicaciones, al mismo tiempo que los tratamientos serán menos costosos. (9)

Teniendo en cuenta estos conceptos epidemiológicos, el profesional de enfermería está llamado a liderar las actividades preventivas-promocionales y de control para mantener la salud de las poblaciones. (10)

EPIDEMIOLOGIA EN ENFERMERÍA.

Una de las actividades importantes de todo profesional de Enfermería es el estudio de aquellas enfermedades que atacan a poblaciones enteras, las epidemias.

Un objetivo importante de la epidemiología es identificar subgrupos de la población con un riesgo elevado de enfermedad.

El enfermero, como parte del equipo de salud, debe dirigir esfuerzos para identificar estos grupos y establecer acciones preventivas para evitar que la población enferme. (11)

El personal de enfermería responsable de efectuar la vigilancia epidemiológica de infecciones nosocomiales formara parte del subcomité de infecciones nosocomiales y participara en el diseño, implementación y seguimiento de las recomendaciones de prevención y control.

SALA SITUACIONAL

Es un espacio dinámico para conocer la situación de salud de las enfermedades o daños, analizar los factores determinantes, conocer las intervenciones que se realizan y los resultados obtenidos después de la aplicación de las medidas de prevención o control que se aplican. (13)

Esta información es de suma utilidad para los decisores en salud, para el personal de la Red Nacional de Epidemiología y para las entidades que deseen priorizar sus inversiones en el sector.

El fin de la construcción de una herramienta de consulta como la Sala Situacional es el de resaltar la realidad local pues presenta una

radiografía de las dinámicas sociales de la población de las Redes, Micro redes y Establecimientos de Salud, convirtiéndose en una nueva mirada del contexto social que tiene como punto de referencia la estrategia de sala situacional y se constituye en un escenario predilecto para el dialogo de saberes, para la confrontación de información y triangulación de la misma que apuntan a explicar detalladamente las Redes, Micro redes y Establecimientos de Salud

2.3 Marco epistemológico

El marco epistemológico de la enfermería pretende mostrar, de manera panorámica, la evolución del conocimiento de la enfermería. En primera instancia, se parte de una clarificación del significado de disciplina profesional y de los componentes de la disciplina: perspectiva, dominio, definiciones, conceptos y patrones del conocimiento. A partir de la definición de la disciplina de la enfermería como "el estudio del cuidado de la experiencia o vivencia de la salud humana", se analiza su inmersión en los paradigmas alternos de la ciencia y se definen las visiones (paradigmas) propias de la disciplina. Asimismo, se comparan dentro de este contexto los elementos disciplinares y de la práctica, de acuerdo con la jerarquía estructural del conocimiento. Para aclarar las expresiones del conocimiento de la enfermería, se analizan los patrones de conocimiento de Carper: empírico, ético, personal y estético. (12).

La segunda parte del artículo explica la necesidad de la relación de la teoría, la práctica y la investigación, como base fundamental del desarrollo de la práctica, y se discuten los tipos de teoría que se trabajan en enfermería, para, finalmente, detenerse en la teoría de mediano rango, o rango medio, y analizar su utilidad para la práctica y la investigación. (12)

De acuerdo con Newman, Sime y Corcoran- Perry (26), "una disciplina se distingue por un área o propiedad específica de indagación, que representa una creencia compartida entre sus miembros y que está relacionada con su razón de ser. Es decir, una disciplina puede identificarse por una definición o concepto nuclear, que en general se expresa con una frase sencilla, la cual especifica su área de estudio particular. Por ejemplo, la fisiología es el estudio de las funciones de los sistemas vivos, la sociología es el estudio de los principios y procesos que gobiernan las sociedades humanas...". (12)

Una disciplina profesional, adicionalmente, se define por su relevancia social y la orientación de sus valores. El núcleo se deriva del sistema de creencias y valores acerca del compromiso social de la profesión, de la naturaleza de sus servicios y del área de responsabilidad para el desarrollo del conocimiento particular. Estos requisitos requieren expresarse de forma nuclear, clara y precisa, y parte fundamental del crecimiento de la disciplina radica, entonces, en el crecimiento de las teorías que dan sustento al conocimiento de la enfermería, pero, más que todo, a aquel conocimiento que permita ser la base de una práctica fundamentada y autónoma. Es decir, un conocimiento que exprese el tipo de conocimiento que maneja la enfermería.

La disciplina de la enfermería está compuesta por varios componentes: (a) perspectiva, (b) dominio, (c) definiciones y conceptos existentes y aceptados por la enfermería y (d) patrones de conocimiento de la disciplina (12)

La perspectiva está definida por cuatro características: la naturaleza de la enfermería como una ciencia humanística, los aspectos de la práctica de la enfermería, las relaciones de cuidado que se desarrollan entre los clientes y las enfermeras/os y la perspectiva de salud y bienestar (12).

El dominio de la enfermería no solamente engloba los resultados de la investigación, sino también el conocimiento de la enfermería para la práctica, el cual está sustentado en la filosofía e historia de la enfermería, la práctica pasada, el sentido común, los resultados de la investigación, las teorías y una genealogía de ideas, congruentes con metodologías, procesos de enfermería y otros procedimientos, que son esenciales para el desarrollo del conocimiento (25). En resumen, se puede decir que el dominio de la enfermería lo integran: los conceptos y problemas más importantes del campo de interés; procesos de valoración, diagnóstico e intervención; instrumentos para la valoración, diagnósticos e intervenciones; diseños y metodologías de investigación congruentes con el conocimiento de la enfermería (12).

Meleis (22) sugiere que las definiciones y conceptos aceptados por la enfermería se relacionan con el manejo de los fenómenos del dominio que, a su vez, se sustentan en teorías de enfermería, cuyas fuentes fundamentales son: la práctica de la enfermería en su extensión total, el paradigma biomédico, la experiencia de las enfermeras(os), los roles, las ciencias básicas, la práctica ideal de la enfermería, el proceso de la enfermería y los diagnósticos e intervenciones de la enfermería.

A pesar de que la disciplina profesional recibe marcada influencia de las creencias y valores que la sustentan y de su razón social, es el núcleo de la disciplina y su desarrollo, a través de la indagación científica, lo que la distingue de otras áreas del conocimiento afines, y ello se convierte, entonces, en su marco epistemológico. Por esta razón, podemos decir que el marco epistemológico de la enfermería es el conocimiento que se genera, a partir del desarrollo del propio núcleo disciplinar, en respuesta a las necesidades de la práctica profesional. (12)

2.3 Definición de términos.

Intervención

En su uso más general y amplio, intervención implica la acción y efecto de intervenir algo, una situación, una oficina, un estado, entre otros. (14).

TIPOS DE INTERVENCIÓN

Consejo/información: Es una intervención breve que incluye información y propuesta motivadora de cambio a usuarios y usuarias, aprovechando la oportunidad de una consulta o encuentro profesional, a demanda o programado.

Educación individual: Serie organizada de consultas educativas programadas y pactadas entre profesional y usuario en las que se trabajan las capacidades del usuario o usuaria sobre un tema (la diabetes, la menopausia, la alimentación...) desde una perspectiva más amplia.

Educación grupal o colectiva: Serie de sesiones programadas, dirigidas a un grupo de pacientes, usuarios o colectivos, con la finalidad de mejorar sus capacidades para abordar un determinado problema o temas de salud.

También se incluyen:

Intervenciones dirigidas a colectivos de la comunidad para aumentar su conciencia sobre factores sociales, políticos y ambientales que influyen en la salud. (7)

Epidemiología

La epidemiología es el estudio de la distribución y los determinantes de estados o eventos (en particular de enfermedades) relacionados con la salud y la aplicación de esos estudios al control de enfermedades y otros problemas de salud. Hay diversos métodos para llevar a cabo investigaciones epidemiológicas: la vigilancia y los estudios descriptivos se pueden utilizar para analizar la distribución, y los estudios analíticos permiten analizar los factores determinantes. (16)

III.- EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 Recolección de datos.

La recolección de datos se basó en la aplicación de la ficha de evaluación y supervisión de la sala situacional, creada para tal fin, a todos los establecimientos de salud de la red de vigilancia epidemiológica de la DIRESA callao en el año 2016.

Para obtener los datos de los centros de salud (número y dirección) y hacerles la visita de los centros se obtuvo la información de la DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

3.2 Experiencia profesional

Realice mis estudios de enfermería en la Universidad Nacional de Trujillo, egresando en el año 1990, ese mismo año obtuve mi título profesional de licenciada en enfermería. Hice el SERUMS en el Centro de Salud PREVI, perteneciente a la DISA Callao, luego en el año 1993 ingrese al programa SALUD BÁSICA PARA TODOS donde permanecí 11 meses. En el año 1994 fui nombrada en la DISA –Callao, en el centro de salud Altamar, donde he atendido niños en el Control de Crecimiento y Desarrollo e Inmunizaciones hemos realizado varias campañas de vacunación así mismo he atendido a los jóvenes en el Control de Crecimiento y Desarrollo, al Adulto joven y adulto mayor y he atendido pacientes en la Estrategia de tuberculosis.

Apoye a otras jurisdicciones como La Perla Baja, Bellavista y aquellas que realizaba la DISA. He elaborado Capacitaciones Intra y Extramural, así como la capacitación y formación a Promotoras de Salud en la Atención Primaria, también forme parte del Equipo de Gestión del C.S. Altamar. Luego en el año 2002 asumí la jefatura de la Unidad de Análisis situacional de Salud y capacitación e investigación en la Oficina de

Epidemiología, en la oficina he intervenido en varios Brotes como la presencia de Meningitis Meningocócica en el C.S. Juan Pablo II y el último caso de Sarampión en el Perú que fue en Ventanilla (2001), Además de varios casos de mordeduras caninas y de monos. Se ha realizado acciones de campo en estas situaciones así como también se han realizados capacitaciones presenciales, como no presenciales Vía On line, el Curso de MOPECE (2013), la primera a nivel de todas las DISAS de Perú, considerada como un logro, además se han realizados varios Talleres de Capacitación para la elaboración del Análisis de Situación de Salud Local, habiéndose elaborado los ASIS de los 7 distritos de los años 2016 y 2017 y el ASIS Regional, también considerado como logro porque fue la primera vez que se realizó a nivel de la Provincia del Callao.

Con el correr del tiempo y entre los varios procesos de intervención que realizamos en la Oficina de Epidemiología se encuentran las supervisiones que se llevan a cabo continuamente a los Establecimientos de Salud, en ellas me he podido dar cuenta que gran parte de las Salas Situacionales estaban elaboradas de diferente formas en lo referente al contenido y a su parte física. No existía un modelo guía, de allí fue que surgió la idea de elaborar una Ficha de supervisión para la estandarización en la elaboración de las Salas Situacionales, que pueden ser innovadoras, además de ser considerada como una herramienta de gestión que y de gran utilidad para los EESS, en la toma de decisiones y para “Desarrollar una cultura del análisis y uso de la información”.

3.3 Procesos realizados en el tema del informe.

EXPERIENCIAS.

Durante el tiempo de servicio en la Oficina de Epidemiología he visto que en las continuas supervisiones realizadas, las salas situacionales se encontraban, desactualizadas, físicamente en mal estado y con un tenido diferente entre cada establecimiento de Salud, no existiendo un guía que los oriente y estandarice.

APORTES.

Uno de nuestros grandes aportes fue la elaboración de la Ficha de evaluación y supervisión que permite, tener información oportuna, facilitando la comparación y análisis entre los Establecimientos de Salud y su variabilidad en el tiempo. Innovaciones técnico administrativas.

Con la elaboración de la ficha de supervisión y evaluación se logró que las salas estén estandarizadas y con información actualizadas.

LIMITACIONES

Las limitaciones que he tenido durante este tiempo que he supervisado los establecimientos de salud, ha sido que la gran mayoría de los jefes de cada establecimientos de salud no mostraron interés por elaborar, actualizar su sala situacional, a esto sumado la falta de movilidad para trasladarse de un establecimiento a otro

LA FICHA DE SUPERVISIÓN Y EVALUACIÓN CONTIENE LOS SIGUIENTES ÍTEMS:

Para la elaboración de la ficha de supervisión y evaluación se tuvo en cuenta el Nombre del Centro de salud, Micro red, Red a la que pertenece, nombre del jefe del establecimiento y para la asignación del puntaje en cada ítem se tomó en cuenta información Geográfica, Determinantes Demográficos, Determinantes socioeconómicos,

Determinantes Ambientales, Vigilancia Epidemiológica, Oferta de Servicios, Estrategias Sanitarias, Promoción de la Salud, Estado de Salud, Gestión del Servicio de Salud, Aspectos Organizativos y de Gestión de la Sala Situacional.

Variando el puntaje desde deficiente (0-55 puntos): regular (51-75 puntos); bueno (76 a 85 puntos); muy bueno (86-95) y excelente (96-100).

IV.- RESULTADOS

Número de Establecimientos de Salud de la DIRESA Callao 2016

| | |
|----------------------------|----|
| Establecimientos de Salud: | 44 |
|----------------------------|----|

Fuente: Oficina de Servicios - DIRESA Callao

CUADRO N° 4.1

Número de Establecimientos con Sala Situacional antes de aplicar la Ficha. DIRESA Callao 2016

| Establecimientos de Salud | N° | % |
|--|----|--------|
| Con Sala Situacional Información Completa | 12 | 27.27% |
| Sala Situacional con Información Incompleta | 32 | 72.72% |
| Total: | 44 | 100% |

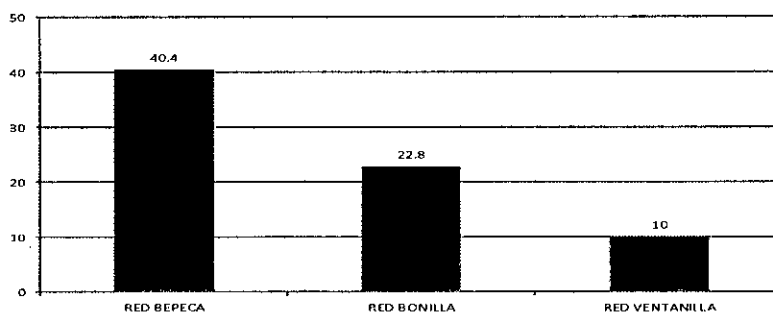
Fuente: Oficina de Epidemiología - DIRESA Callao

En el cuadro se observa que de los 44 establecimiento de salud, antes de aplicar la Ficha: 32(72.72%) son salas situacionales con información incompleta y 12 (27.27%) con salas situacionales con información completa. Lo que indica que gran parte de los establecimientos no tienen salas actualizadas.

INDICADORES SALA SITUACIONAL COMPARATIVO POR REDES DE SALUD ANTES DE APLICAR LA FICHA. DIRESA CALLAO PRIMER SEMESTRE 2016

GRAFICO N° 4.1

1. Salas Situacionales que cumplen con información Geográfica por Redes DIRESA Callao 2016

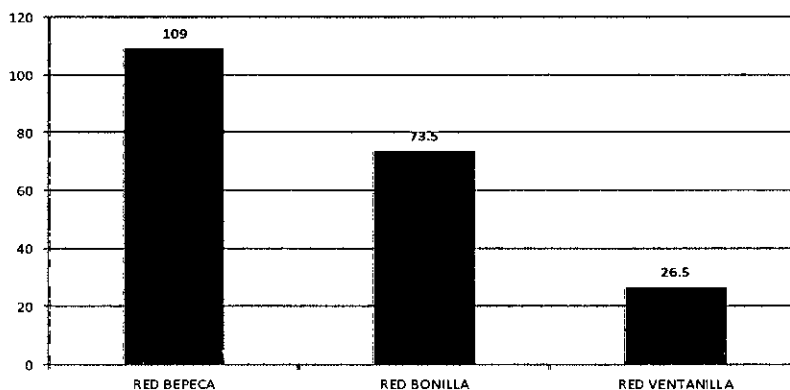


Fuente: Ficha de supervisión OEPI-DIRESA Callao.

En la gráfica N° 4.1 se observa que la Red BEPECA es la única de las tres Redes que alcanzó el 40.4% de información geográfica, seguida de la Red Bonilla con 22.8% y la Red Ventanilla que solo alcanzó el 10%.

GRAFICO N° 4.2

2. Salas Situacionales con información de Determinantes Demográficos DIRESA Callao 2016

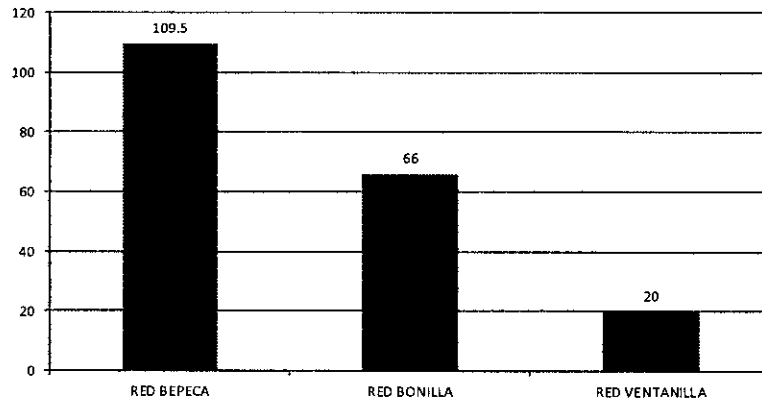


Fuente: Ficha de supervisión OEPI-DIRESA Callao.

En la gráfica N° 4.2 se observa que la Red BEPECA es la única de las tres Redes que alcanzó el 109% de información Determinantes Demográfica, seguida de la Red Bonilla con 73.5% y la red ventanilla que solo alcanzó el 26.5%.

GRAFICO N° 4.3

3. Salas Situacionales con información de Determinantes Socioeconómicos DIRESA Callao 2016

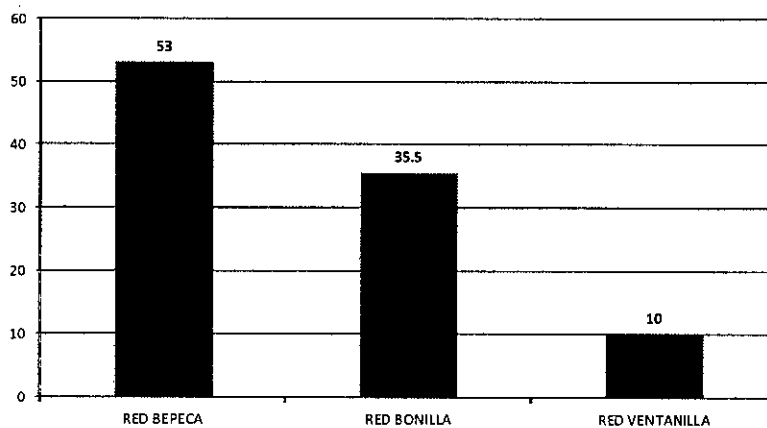


Fuente: Ficha de supervisión OEPI-DIRESA Callao.

En la gráfica N° 4.3 se observa que la Red BEPECA es la única de las tres Redes que alcanzó el 109% de información de Determinantes Socioeconómicos, seguida de la Red Bonilla con 66% y la Red Ventanilla que solo alcanzó el 20%.

GRAFICO N° 4.4

4. Salas Situacionales con información de Determinantes Ambientales DIRESA Callao 2016



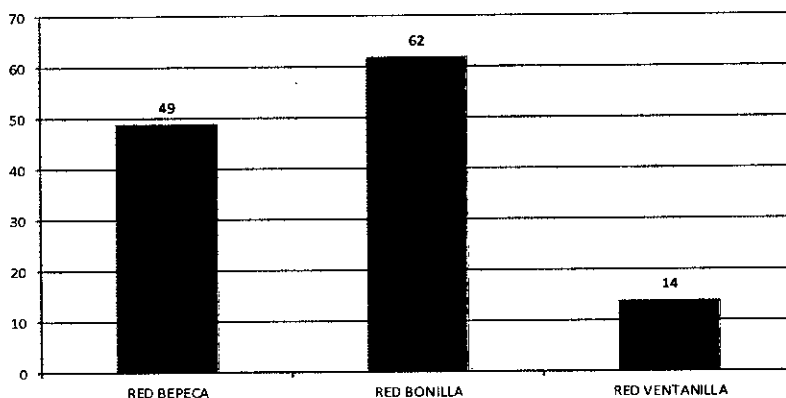
Fuente: Ficha de supervisión OEPI-DIRESA Callao.

En la gráfica N° 4.4 se observa que la Red BEPECA es la única de las tres Redes que alcanzó el 53% de información de Determinantes Ambientales, seguida de la Red Bonilla con 35.5% y la Red Ventanilla que solo alcanzó el 10%.

GRAFICO N° 4.5

5. Salas Situacionales con información de Vigilancia Epidemiológica

DIRESA Callao 2016



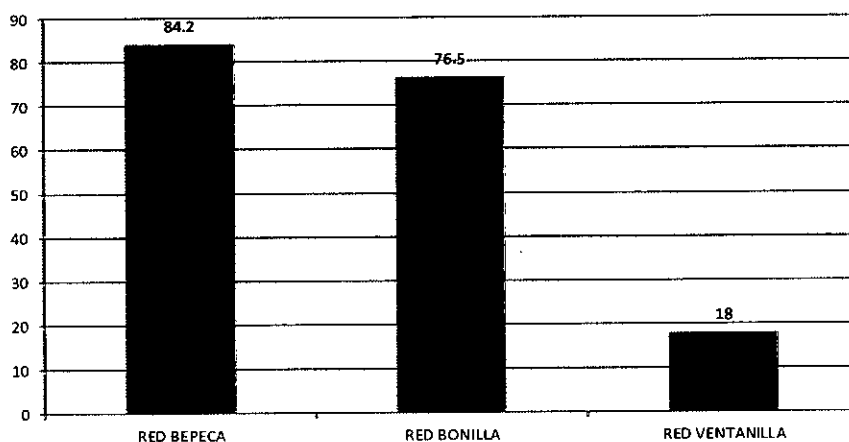
Fuente: Ficha de supervisión OEPI-DIRESA Callao.

En la gráfica N° 4.5 se observa que la Red Bonilla es la única de las tres Redes que alcanzo el 62% de información de Vigilancia Epidemiológica, seguida de la Red BEPECA con 49% y la Red Ventanilla que solo alcanzo el 14%.

GRAFICO N° 4.6

6. Salas Situacionales con información de Oferta de Servicios

DIRESA Callao 2016



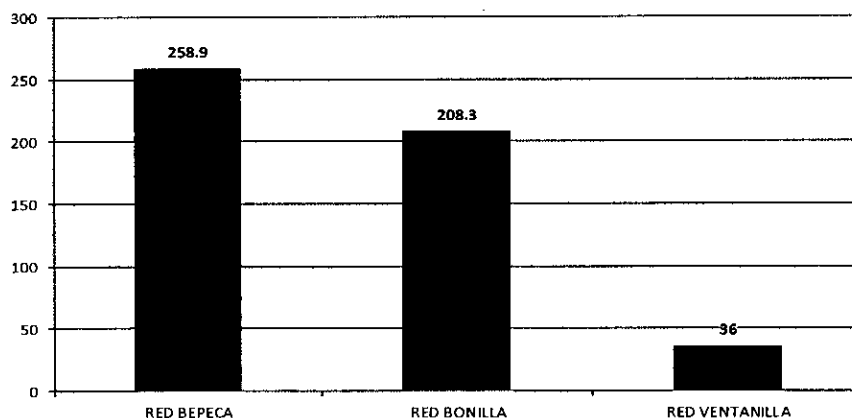
Fuente: Ficha de supervisión OEPI-DIRESA Callao.

En la gráfica N° 4.6 se observa que la Red BEPECA es la única de las tres Redes que alcanzo el 84.2% de información de Oferta de Servicios, seguida de la Red Bonilla con 76.5% y la Red Ventanilla que solo alcanzo el 18%.

GRAFICO N° 4.7

7. Salas Situacionales con información de Estrategias Sanitarias.

DIRESA Callao 2016



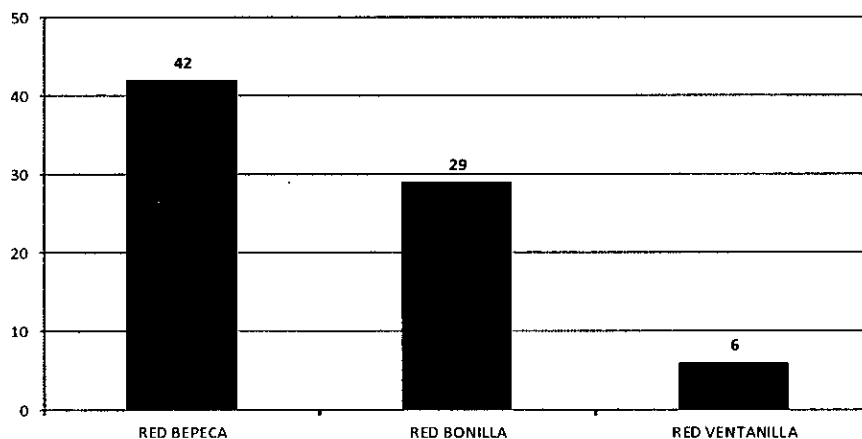
Fuente: Ficha de supervisión OEPI-DIRESA Callao.

En la gráfica N° 4.7 se observa que la Red BEPECA es la única de las tres Redes que alcanzó el 258.9% de información de Estrategias Sanitarias, seguida de la Red Bonilla con 208.3% y la Red Ventanilla que solo alcanzó el 36%.

GRAFICO N° 4.8

8. Salas Situacionales con información de Promoción de la Salud.

DIRESA Callao 2016



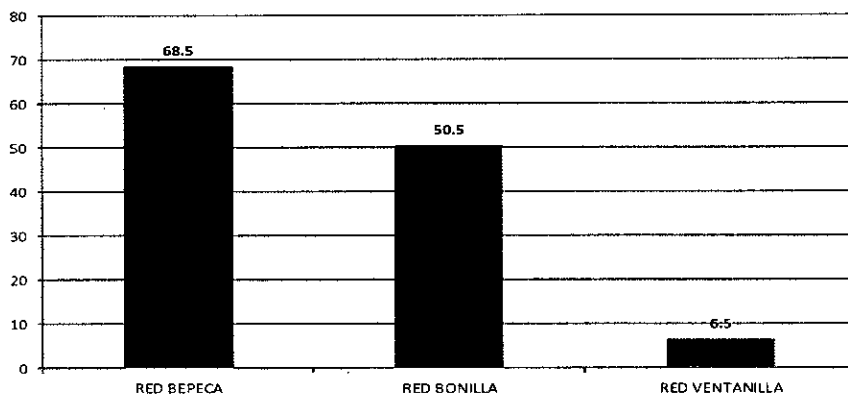
Fuente: Ficha de supervisión OEPI-DIRESA Callao.

En la gráfica N° 4.8 se observa que la Red BEPECA es la única de las tres Redes que alcanzó el 42% de información de Promoción de la Salud, seguida de la Red Bonilla con 29% y la Red Ventanilla que solo alcanzó el 6%.

GRAFICO N° 4.9

9. Salas Situacionales con información de Estado de Salud.

DIRESA Callao 2016

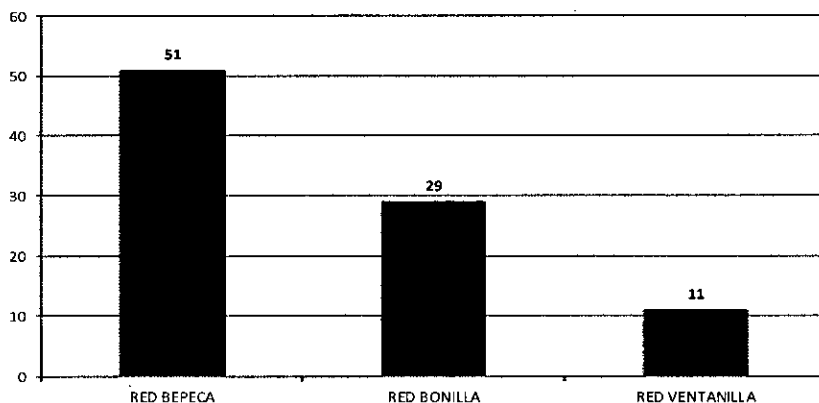


Fuente: Ficha de supervisión OEPI-DIRESA Callao.

En la gráfica N° 4.9 se observa que la Red BEPECA es la única de las tres Redes que alcanzó el 68.5% de información de Estado de Salud, seguida de la Red Bonilla con 50.5% y la Red Ventanilla que solo alcanzó el 6.5%.

GRAFICO N° 4.10

10. Salas situacionales con información de Gestión del Servicio de Salud DIRESA Callao 2016

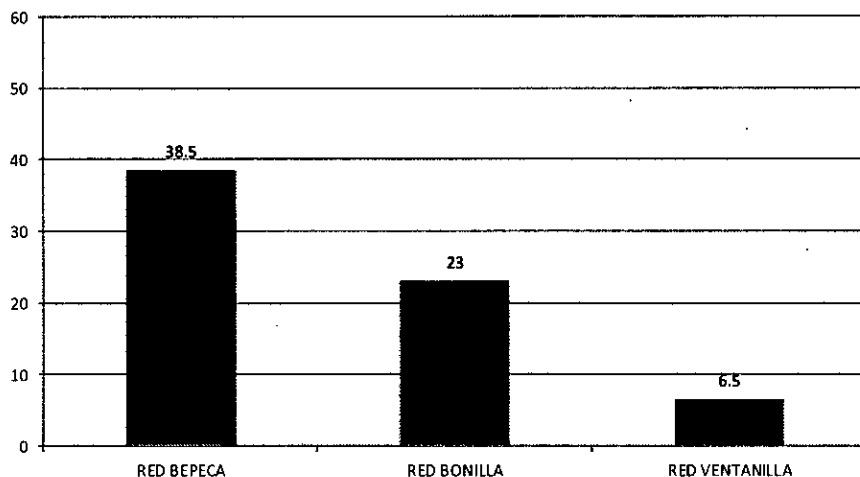


Fuente: Ficha de supervisión OEPI-DIRESA Callao.

En la gráfica N° 4.10 se observa que la Red BEPECA es la única de las tres Redes que alcanzó el 51% de información de Gestión de Servicio de Salud, seguida de la Red Bonilla con 29% y la Red Ventanilla que solo alcanzó el 11%.

GRAFICO N° 4.11

11. Salas Situacionales con información de aspectos organizativos y de gestión de la sala situacional DIRESA Callao 2016



Fuente: Ficha de supervisión OEPI-DIRESA Callao.

En la gráfica N° 4.11 se observa que la Red BEPECA es la única de las tres Redes que alcanzó el 38.5% de información de aspectos organizativos y de gestión de la sala situacional, seguida de la Red Bonilla con 23% y la Red Ventanilla que solo alcanzó el 6.5%.

CUADRO N° 4.2

Número de Establecimientos con Sala Situacional después de aplicada la Ficha. DIRESA Callao 2016

| Establecimientos de Salud | N° | % |
|---|----|---------|
| Con Sala Situacional Información Completa | 40 | 90.90 % |
| Sala Situacional con Información Incompleta | 4 | 9.09 % |
| Total: | 44 | 100% |

Fuente: Oficina de Epidemiología - DIRESA Callao

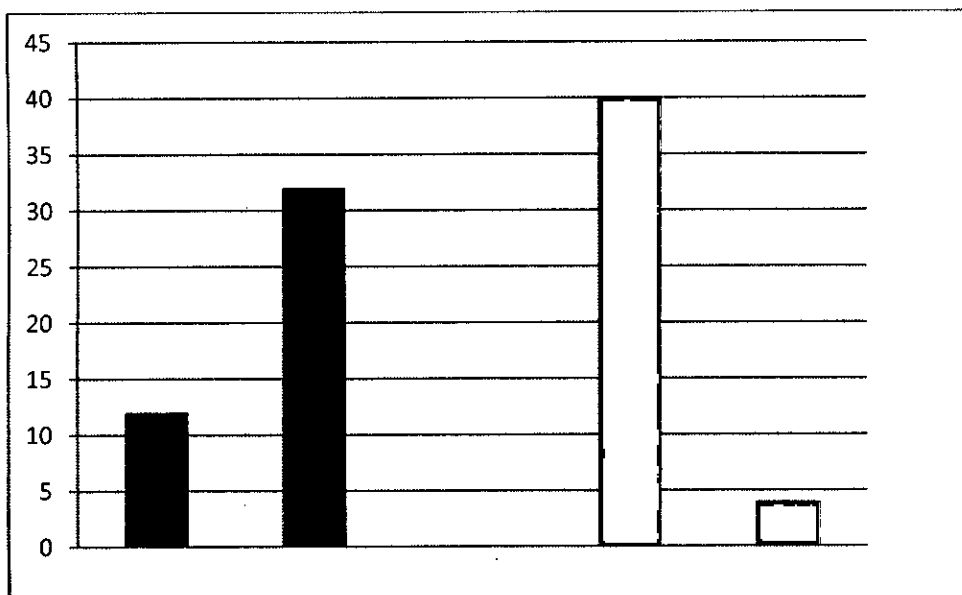
En el cuadro se observa que de los 44 establecimiento de salud, 40 (90.90%) son sala situacional con información completa y 4 (9.09%) con sala situacional información completa. Lo que indica que gran parte de los establecimientos tienen salas actualizadas, después de aplicada la Ficha.

GRAFICO N° 4.12

Comparación de Salas Situacionales Antes y Después de aplicar la FICHA de Evaluación y Supervisión. DIRESA CALLAO 2016.

ANTES (1er Semestre)

DESPUÉS (2do Semestre)



Sala completa

Sala incompleta

Sala completa

Sala Incompleta

Fuente: OEPI DIRESA CALLAO 2016

En la Grafica se observa que antes de aplicar la Ficha teníamos 12 salas situacionales con información completa y 32 salas situacionales con información incompleta. Luego de aplicar la Ficha se logró incrementar a 40 salas situacionales con información completa y disminuyo a 4 salas situacionales con información incompleta.

V.- CONCLUSIONES

- a) Antes de aplicar la Ficha se tenía el 27.27% de los establecimientos de salud con sala situacional con información incompleta. Luego de aplicar la Ficha se logró incrementar a 90.90% de salas situacionales con información completa.

- b) Antes de aplicar la Ficha se tenía el 72.72% de los establecimientos de salud con sala situacional con información incompleta. Luego de aplicar la Ficha se logró disminuir a 9.09% de salas situacionales con información completa.

- c) Contar con el profesional de enfermería permanente para brindar asistencia técnica permanente a en los establecimientos de salud para la elaboración de la sala situacional.

VI.- RECOMENDACIONES

- a) Se recomienda a la DIRESA CALLAO que la Ficha de Evaluación y Supervisión debe ser aplicada a todos los establecimientos de salud por lo menos dos veces al año.
- b) Antes de aplicar la Ficha, se recomienda capacitar regularmente, al personal de salud en la elaboración de la Sala Situacional y sobre la información presente en la Ficha.
- c) Esta Ficha puede ser utilizada a nivel nacional.
- d) Contar con el profesional de enfermería permanente para brindar asistencia técnica permanente a en los establecimientos de salud para la elaboración de la sala situacional.

VII.- REFERENCIALES

1. Licenciada Maria Teresa LDYLRLSLCL. Intervention of the professional nursing during the contingency of influenza AH1N1 in the National Institute of respiratory diseases. Revista Enfermeria Universitario ENEO-UNAM. 2009 Julio.
2. De Souza Braga ALACERCFMJ. Actuación del enfermero en el control de endemias. Revista Electronica Trimestral de Enfermeria. 2011 Julio; 10(23): p. 310-319.
3. Isabel Bayona Marzo MÁF. Guia Docente de la Asignatura. 2013..
4. Sánchez FJE. Maestrias en Enfermeria.Universidad Veracruzana. [Online].; 2017 [cited 2015 Noviembre 20. Available from: <https://www.uv.mx/orizaba/me/justificacion/>.
5. Ucha F. Definición ABC. [Online].; 2011 [cited 2011 09 20. Available from: <https://www.definicionabc.com/general/intervencion.ph>.
6. Montero Rivas M. El Concepto de Intervención Social desde una Perspectiva PsicológicoComunitaria. RevistaMEC-EDUPAZ,UniversidadNacional Autónoma de México. 2012 Marzo- Septiembre;(1): p. 54-76.
7. Coordinador JJGG. Formacion En Promocion y Educacion para la Salud. Informe del Grupo de Trabajo de Promoción de la Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2003.
8. Poveda DL. La Epidemiología en enfermería: Enseñanza basada en el pensamiento sistémico. Revista Javeriana. 2004 Enero -Junio y Julio; 6(1 y 2).
9. Poveda DL. La Epidemiología en Enfermería: Enseñanza Basada en el Pensamiento Sistémico. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo. 2004 Diciembre; VI(1 y 2).
10. Nicho MAB. Carreras con futuro. [Online].; 2017 [cited 2017 Septiembre 20. Available from: <http://www.carrerasconfuturo.com/2010/09/29/la-enfermeria-frente-a-la-epidemiologia-y-la-prevencion-en-salud/>.
11. Buenas Tareas. Buenas Tareas. [Online].; 2012 [cited 2017 Setiembre 5. Available from: <http://www.buenastareas.com/ensayos/Funciones-De-La-Enfermera-Epidemiologica/4470498.html>.

12. Villalobos MMDD. Marco epistemológico de la enfermería. Aiquichan. 2002 Enero-Diciembre; 12(1).
13. Dirección General de Epidemiología. Dirección General de Epidemiología. [Online].; 2017 [cited 2017 Septiembre 15. Available from: <http://www.dge.gob.pe/portal/>.
14. Ucha F. Definición ABC Tu diccionario hecho fácil. [Online].; 2016 [cited 2017 Setiembre 6. Available from: <https://www.definicionabc.com/general/intervencion.php>.
15. Significados. Significados. [Online].; 2013 [cited 2017 Septiembre 20. Available from: <https://www.significados.com/salud-publica/>.
16. Organización Mundial de la Salud. Rol de la Epidemiología en Salud Ocupacional. 2017..
17. Julián Pérez Porto AG. Definición de supervisión. [Online].; 2015 [cited 2017 Septiembre 20. Available from: <https://definicion.de/supervision/>.
18. Zapata GDP. PROYECTO PRELIMINAR PARA EL DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE LA SALA SITUACIONAL DE LA RED DE URGENCIAS DEL DISTRITO CAPITAL. 2005..
19. Lineamientos Tecnicos para la Sala Situacional en la RISS. San Salvador: Ministerio de Salud, Ministerio de Salud; 2012.
20. NANDA, NOC, NIC, Metodología Enfermera. Enfermería Actual. [Online].; 2016 [cited 2017 Setiembre 4. Available from: <http://enfermeriaactual.com/nic/>.
21. Temas de Enfermería. Temas de Enfermería Epidemiología, Investigación, Salud Pública y Eventos de Enfermería. [Online].; 2011 [cited 2017 Setiembre 6. Available from: <http://temasdeenfermeria.com.ar/2011/05/epidemiologia-y-enfermeria/>.
22. Montero C. La Enfermería frente a la Epidemiología y la prevención en salud. [Online].; 2010 [cited 2017 Setiembre 6. Available from: <http://www.carrerasconfuturo.com/2010/09/29/la-enfermeria-frente-a-la-epidemiologia-y-la-prevencion-en-salud/>.
23. Veracruzana U. Maestría en Enfermería. 2017. Universidad Veracruzana. Todos los derechos reservados.
24. Durán de Villalobos M. AQUICHAN. [Online].; 2009 [cited 2017 Setiembre 5. Available from: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/17/34>.

**25. De Souza Braga, A.L., Antunes Cortez, E, Roza Carneiro, F, Martins .WdS. 2011.
Actuación del enfermero en el control de endemias**

**26. Organización Panamericana de la Salud José Moya João Baptista Risi Junior
Ayrton Martinello Ernani (2010). SALAS DE SITUACIÓN DE SALUD:
COMPARTIENDO LAS EXPERIENCIAS DE BRASIL**

**27. Bonilla Gonzalo, Rojas Gustavo ,2011 “Elaboración de la Sala Situacional del
subcentro de Salud parroquia Ilapo, Canton Guano, provincia Chimborazo. Periodo
Enero-Diciembre.**

**28. Bustamante Contento Mary Elizabeth, 2017. Sala Situacional como Estrategia para La
Gestión Institucional en La Toma De Decisiones de Las Intervenciones en Salud.**

**29. Bach. Salva Ahuite, Rose Mary Bach. Vizalote Chota, Medali Lizeth, 2016 .Percepción
y Prácticas Preventivas sobre el Dengue en Moradores del Comité 10, 11 y 12 del
Pueblo Joven Túpac Amaru, Iquitos- 2017”**

ANEXOS

FICHA DE SUPERVISIÓN Y EVALUACIÓN:

DE LA SALA SITUACIONAL 2016 CENTRO O PUESTO DE SALUD

Nombre del C.S:

Microred:

Red:

Fecha: / / Hora: :

Nombre del Jefe del

EESS:

Equipo Evaluador: (Nombre, cargo y dirección u oficina)

.....
.....

PARA LA ASIGNACIÓN DEL PUNTAJE EN CADA ÍTEM SE TOMARÁ EN CUENTA LAS INDICACIONES DESCRITAS EN EL INSTRUCTIVO ADJUNTO.

| ITEM | Periodo | Calificación | | Puntaje obtenido |
|---|-------------------------------|-------------------------------|-------|------------------|
| | | Se restará | Total | |
| 1. INFORMACIÓN GEOGRÁFICA | | | 7 | |
| 1.1 Mapa del Distrito identificando: a) La ubicación del centro o puesto de salud. b) La categoría del centro o puesto de salud c) La población asignada al centro o puesto de salud. | Año 2016 | 1 punto por cada ítem omitido | 3 | |
| 1.2 Mapa de Sectorización de la Jurisdicción identificando: a) La ubicación del centro o puesto de salud. b) Sectores de la jurisdicción del centro o puesto de salud. c) Número de manzanas por sector del centro o puesto de salud d) Responsables por Sector del centro o puesto de salud. | Año 2016 | 1 punto por cada ítem omitido | 4 | |
| 2. DETERMINANTES DEMOGRÁFICOS | | | 5 | |
| 2.1 Pirámide poblacional de la jurisdicción del centro o puesto de salud. | Año 2016 | | 1 | |
| 2.2 Tamaño y densidad poblacional (distrital) | Año 2016 comparativo año 2015 | | 1 | |
| 2.3 Población por etapas de vida. | Año 2016 comparativo año 2015 | | 1 | |
| 2.4 Esperanza de vida al nacer (Regional, 2010-2015) Fuente: INEI Perú- Estimaciones y Proyecciones de Población por Departamento, Sexo y Grupos Quinquenales de Edad 1995-2025 Boletín de Análisis Demográfico N° 3, Lima octubre 2009.. | Última estimación INEI | | 1 | |
| 2.5 Tasa de natalidad (distrital) Fuente: 2000-2011 y 2016/Hechos Vitales-RENEC-INEI- Oficina de Estadística – DIRESA CALLAO. 2012,2013 y 2016 | Año 2015 | | 1 | |

| | | | | |
|---|---|------------------------------|--------------|-------------------------|
| 3. DETERMINANTES SOCIOECONÓMICOS | | | 4 | |
| 3.1 Porcentaje de población con acceso a servicios de agua potable (Región Callao)-INEI PERU-ENDES (2014): SEDAPAL 2008 ZEE y POT 2008. | Último ENDES | | 1 | |
| 3.2 Porcentaje de población con acceso a servicios de eliminación de excretas (Región Callao)-INEI PERU-ENDES (2014): SEDAPAL 2008 ZEE y POT 2008. | Último ENDES | | 1 | |
| 3.3 Porcentaje de población con acceso a servicios de electricidad INEI PERU-ENDES (2014) : Plan SEDAPAL 2008 ZEE y POT 2008 de Desarrollo Urbano de la Provincia Constitucional del Callao 2011-2022 | Último ENDES | | 1 | |
| 3.4 Tasa de analfabetismo de la Población (Región Callao) Fuente: INEI-Encuesta Nacional de Hogares.2012 | Último ENAHO | | 1 | |
| ÍTEM | Periodo Evaluado | Calificación | | Puntaje obtenido |
| | | (Se le restará) | Total | |
| 4. DETERMINANTES AMBIENTALES | | | 3 | |
| 4.1 Cantidad de Residuos biocontaminados (kg.) que genera el centro o puesto de salud (mensual) | Último mes reportado comparativo al año 2015 | | 1 | |
| 4.2 Vigilancia Entomológica: Índice aéreo (IA) o Índice de densidad de huevos (IDH) -Índice de Positividad de Ovitrampas (IPO) | Último trimestre o S.E. vigilada | | 1 | |
| 4.3 Presencia de riesgos físicos: zonas inundables, zona sísmica, otros | Año 2016 | | 1 | |
| 5. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA | | | 16 | |
| 5.1 Vigilancia de IRAs, Neumonía, Neumonía grave, SOBA ASMA. <i>(grafico comparativo de tendencia)</i> | Última S.E. notificada comparativa al año 2015 | 1punto por cada ítem omitido | 4 | |
| 5.2 Vigilancia de EDAS Acuosas y disintéricas <i>(grafico comparativo de tendencia)</i> | | 1punto por cada ítem omitido | 2 | |
| 5.3 Vigilancia de febriles <i>(grafico comparativo de tendencia)</i> | | 1punto por cada ítem omitido | 2 | |
| 5.4 Vigilancia de Metaxénicas: a) Dengue: número de casos y según definición de caso b) Chikungunya: número de casos y según definición de caso c) ZIKA: número de casos y según definición de caso | | | 3 | |
| 5.5 Vigilancia de Muerte materna. Número de casos y por tipo de muerte materna | | | 2 | |
| 5.6 Vigilancia de Enfermedades Inmunoprevenibles a) Tos ferina: número de casos y según definición de caso b) Sarampión: número de casos y según definición de caso c) Rubeola: número de casos y según definición de caso | | 1punto por cada ítem omitido | 3 | |

| | | | | |
|--|--|-------------------------------|-----------|--|
| 6. OFERTA DE SERVICIOS | | | 9 | |
| 6.1 Número de recursos humanos según ocupación o profesión y tipo de condición laboral (incluye SERUMS, personal por terceros) | Mes evaluado | | 1 | |
| 6.2 a) Atendidos, b) atenciones, c) extensión e d) intensidad de uso, por etapas de vida | Último trimestre/semestre/año 2016 | 1 punto por cada ítem omitido | 4 | |
| 6.3 Flujo de sistema de referencia y contrareferencia | Año 2016 | | 1 | |
| 6.4 Número de afiliaciones al SIS. | Mensualizado del Año 2016 | | 1 | |
| 6.5 Diez primeros medicamentos con mayor demanda del establecimiento de salud | Último mes reportado | | 2 | |
| 7. ESTRATEGIAS SANITARIAS | | | 32 | |
| 7.1 Cobertura de vacuna pentavalente (tercera dosis) | Último trimestre/semestre/año concluido comparativo al año 2015 en el mismo periodo | | 1 | |
| 7.2 Cobertura de vacuna de polio (tercera dosis) | | | 1 | |
| 7.3 Cobertura de vacuna SPR (primera dosis) | | | 1 | |
| 7.4 Cobertura de niños de 4 años protegidos con DPT | | | 1 | |
| 7.5 Cobertura de niñas protegidas por VPH (dos dosis) | | | 1 | |
| 7.6 Porcentaje de recién nacidos controlados en el primer mes | | | 1 | |
| 7.7 Porcentaje de niños menores de 1 año controlados CRED | | | 1 | |
| 7.8 Porcentaje de niños con Lactancia materna exclusiva | | | 1 | |
| 7.9 Perfil nutricional del niño: desnutrición <5 años, anemia de 6 a 35 meses | | | 1 | |
| 7.10 Perfil nutricional del niño: sobrepeso y obesidad <12 años (11 años, 11 meses y 29 días) | | | 1 | |
| 7.11 Perfil nutricional de la gestante: sobrepeso y obesidad | | | 1 | |
| 7.12 Número de gestantes controladas | | | 1 | |
| 7.13 Número de gestantes atendidas en el primer trimestre de gestación | | | 1 | |
| 7.14 Cobertura de tamizaje RPR en gestantes | | | 1 | |
| 7.15 Cobertura de tamizaje VIH-SIDA en gestante previa consejería | | | 1 | |
| 7.16 Proporción de Sintomáticos Respiratorios (SR) identificados entre las atenciones de > 15 años | | | 1 | |
| 7.17 Proporción de SR examinados entre los SR identificados | | | 1 | |

| | | | | |
|--|-------------------------------------|-------------------------------|----------|--|
| 7.18 Proporción de SR examinados bk(+) entre los SR examinados | | | 1 | |
| 7.19 Proporción de contactos examinados entre los contactos censados | | | 1 | |
| 7.20 TPI en menor de 5 años | | | 1 | |
| 7.21 Proporción de TBC MDR en el total de casos de TBC | | | 1 | |
| 7.22 Proporción de TBC XDR en el total de casos de TBC | | | 1 | |
| 7.23 Proporción de casos coinfección TBC-VIH entre el total de casos de TBC | | | 1 | |
| 7.24 Número de Casos atendidos por ITS según cada una de las cinco etapas de vida | | | 1 | |
| 7.25 Número de atendidos de hipertensión arterial, diabetes, obesidad y osteoporosis. Por etapas de vida y sexo. | | 1 punto por cada ítem omitido | 4 | |
| 7.26 Personas expuestas a rabia con exposición grave que inician tratamiento antirrábico | | | 1 | |
| 7.27 Cobertura de vacunación en personas expuestas a rabia por mordedura de animal sospechoso | | | 1 | |
| 7.28 Extensión de uso en aplicación de flúor gel | | | 1 | |
| 7.29 Número de tamizajes por violencia familiar, tamizaje de trastornos depresivos, tamizaje por alcohol y drogas. | | | 1 | |
| 8 PROMOCIÓN DE LA SALUD | | | 4 | |
| 8.1 Número de promotores de salud por sectorización. | Año 2016 | | 1 | |
| 8.2 Directorio de las organizaciones sociales de base | Año 2016 | | 1 | |
| 8.3 Directorio de las instituciones educativas | Año 2016 | | 1 | |
| 8.4 Actividades extramurales ejecutadas | Mensualizado del Año 2016 | | 1 | |
| 9 ESTADO DE SALUD | | | 6 | |
| 9.1 Diez primeras causas de Morbilidad centro o puesto de salud, por etapas de vida y sexo. | Ultimo trimestre/semestre/ año 2016 | | 2 | |
| 9.2 Problemas de salud priorizados del distrito al cual pertenece el centro o puesto de salud o elaborado por el centro o puesto salud | Año 2015 | | 2 | |
| 9.3 Diez primeras causas de Mortalidad, por etapas de vida y sexo | Año 2015 | | 2 | |
| 10 GESTIÓN DEL SERVICIO DE SALUD. | | | 4 | |
| 10.1 Lista de miembros del Equipo de Gestión del puesto o centro de salud constituido y vigente | Mes 2016 | | 1 | |
| 10.2 Misión, Visión de la DIRESA Callao | Año 2016 | | 1 | |
| 10.3 FODA del Centro o puesto de salud. | Año 2016 | | 1 | |
| | Año 2016 | | 1 | |

| | | | | |
|--|-----------------|--|------------|--|
| 10.3 Organigrama estructural del EESS | | | | |
| 11 ASPECTOS ORGANIZATIVOS Y DE GESTIÓN DE LA SALA SITUACIONAL | | | 10 | |
| 11.1 Orden y presentación de la Sala Situacional | Año 2016 | | 5 | |
| 11.2 Uso de la Sala Situacional como instrumento de gestión. | Año 2015 | | 5 | |
| PUNTAJE TOTAL | | | 100 | |

| PUNTAJE | CALIFICACIÓN |
|----------------|---------------------|
| De 0-50 | DEFICIENTE |
| De 51-75 | REGULAR |
| De 76-85 | BUENO |
| De 86-95 | MUY BUENO |
| De 96-100 | EXCELENTE |

OBSERVACIONES POR EL EVALUADOR (Oficina Epidemiología DIRESA Callao)

OBSERVACIONES POR EL EVALUADO (Centro o Puesto de Salud)

Siendo las hrs. del día..... de.....del 201..., se da por concluido la evaluación de la Sala Situacional, dando conformidad de los resultados los abajo firmantes.

.....
Firma y sello Evaluador

.....
Firma y sello del Evaluado

.....
Jefe Centro o Puesto de salud

Evaluación y supervisión de salas situacionales

