

Sala

Situacional de Salud

Guía práctica para su
implementación en los
Puertos de Venezuela

Autoras

Teresa Virginia Méndez Balcázar

Henny Luz Heredia Martínez

Sala Situacional de Salud

*“Guía práctica para su implementación
en los Puertos de Venezuela”*

Autores/as:

Teresa Virginia Méndez Balcázar
Henny Luz Hereida Martínez

República Bolivariana de Venezuela
Ministerio del Poder Popular para la Salud

Isabel Iturria
Ministra del Poder Popular para la Salud

Nuramy Gutiérrez
Viceministra de Recursos para la Salud

Tulia Hernández
Directora Ejecutiva (e) del Servicio Autónomo
Instituto de Altos Estudios "Dr. Arnoldo Gabaldon"

Oswaldo Flores
Director (e) de Gestión de Información del Servicio Autónomo
Instituto de Altos Estudios "Dr. Arnoldo Gabaldon"

Junio 2013

Todos los derechos reservados.

©Sobre la presente edición: S.A. IAE "Dr. Arnoldo Gabaldon"

Depósito Legal: If90420136141760

ISBN: 978-980-6778-38-2

Autores/as:

Teresa Virginia Méndez Balcázar

Henny Luz Heredia Martínez

Arbitraje:

Dirección General de Epidemiología (MPPS)

Instituto de Altos Estudios "Dr. Arnoldo Gabaldon"

Revisión y Corrección: *Tulia Hernández, Benny Suarez, María Naranjo*

Diseño de Portada y Diagramación: *Daniel Montilla*

Esta obra se puede reseñar, reproducir o traducir con fines de investigación o académico, pero no para la venta u otro uso comercial. En todo uso que se haga de esta información, se deberá indicar su fuente.

www.iaes.edu.ve

RIF: G-20006221-5

Contenido

Contenido _____	ii
Lista de figuras _____	iv
Lista de cuadros _____	v
Lista de tablas _____	vi
Introducción _____	viii
I. EVOLUCIÓN INTERNACIONAL Y NACIONAL DE LAS SALAS SITUACIONALES _____	13
I.1. Introducción _____	15
I.2. Antecedentes de las Salas Situacionales _____	18
I.3. Salas de Situación de Salud experiencias en las Américas _____	19
I.3.1. Argentina _____	20
I.3.2. Brasil _____	21
I.3.3. Perú _____	24
I.3.4. Cuba _____	26
I.3.5. Venezuela _____	28
I.3.5.1. La Sala Situacional de Salud en el Marco Legal Venezolano _____	28
I.3.5.2. Experiencias de país: Venezuela y las Salas Situacionales de Salud _____	30
I.3.6 Comparación de las Experiencias en Salas Situacionales de Salud en 5 países de América Latina _____	39
II. ASPECTOS BÁSICOS PARA EL MONTAJE DE UNA SALA SITUACIONAL _____	41
II.1. Definiciones e importancia de las Salas Situacionales _____	43
II.2. Orientaciones para la Implementación de las Salas Situacionales _____	45
II.2.1. Objetivo de la Sala Situacional _____	45
II.2.2. Objetivos Específicos de la Sala Situacional _____	45
II.2.3. Funciones de la Sala Situacional _____	45
II.3. Requerimientos mínimos de la Sala Situacional _____	46
II.3.1. Recurso Humano _____	46
II.3.2. Equipos _____	47
II.3.3. Programas o Software _____	47
II.3.4. Mobiliario _____	48
II.3.5. Servicios _____	48
II.3.6. Espacio físico o virtual _____	48
II.3.7. Recursos Financieros _____	49

II.4. Elementos o componentes básicos de la Sala Situacional_____	48
II.5. Etapas, Pasos y Flujo de Información a seguir en una Sala Situacional _____	50
II.6. Técnicas más frecuentes de difusión y montaje de exposición de información _____	52
II.6.1. Variables y Escalas de medición _____	52
II.6.2. Técnicas de difusión _____	55
II.7. Indicadores de la Sala Situacional _____	63
II.7.1. Utilidad de los Indicadores _____	64
II.7.2. Características de los Indicadores _____	64
II.7.3. Clasificación de los Indicadores _____	65
II.7.4. Estructura de los Indicadores _____	66
III. LOS PUERTOS COMO PUNTOS DE ENTRADA, LA SALA SITUACIONAL Y EL RSI-2005 _____	71
III.1. Reglamento Sanitario Internacional RSI-2005 _____	73
III.1.1. Anexo 1-B Capacidades Básicas _____	74
III.1.2. Puntos de entrada _____	75
III.2. Puertos en General _____	77
III.3. Vigilancia Sanitaria en puertos _____	78
III.3.1. Algoritmo para la toma de decisiones _____	79
III.3.2. Protocolos de acción en los puntos de entrada _____	81
III.4. Marco Jurídico Nacional para Puertos _____	82
IV. IMPLEMENTANDO LA SALA SITUACIONAL EN PUERTOS _____	83
IV.1. Caracterización General _____	85
IV.2. Aplicación del Anexo 1-B. Capacidades Básicas en el Puerto _____	86
IV.3. Implementación de la Sala Situacional Portuaria _____	87
IV.4. Metodología para la construcción de la Sala Situacional _____	88
IV.4.1. Etapa 1: Preparatoria _____	89
IV.4.2. Etapa 2: Acondicionamiento y equipamiento _____	92
IV.4.3. Etapa 3: Diseño, Procesamiento y Montaje _____	95
IV.4.4. Etapa 4: Apertura _____	99
IV.4.5. Etapa 5: Seguimiento y Evaluación _____	99
IV.5. Beneficios de la Sala Situacional Portuaria _____	100
IV.6. Aplicabilidad de los Resultados de la Sala Situacional Portuaria _____	101
CONSIDERACIONES FINALES _____	102
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS _____	106
ANEXOS _____	111

Lista de Figuras

1. Colección de imágenes de la Segunda Guerra Mundial _____	18
2. Sala de Situación de Salud Provincial. Argentina 2002 _____	21
3. Modelos de Salas de Situación de Salud. Brasil 1994-1998 _____	23
4. Salas de Situación de Salud. Brasil 1994-2002 _____	24
5. Sala de Situación de Salud. Perú 2008 _____	25
6. Unidad de Análisis y Tendencias de Salud. Cuba _____	27
7. Reunión de representantes, Ministerio del Poder Popular para la Salud y la Organización Panamericana de la Salud para el establecimiento de la Sala Situacional. 1999 _____	31
8. Colección de imágenes del Desastre Natural en el Estado Vargas. Venezuela 1999 _____	31
9. Imagen de la Sala Situacional de Salud del MPPS. Venezuela 2011 _____	33
10. Página Web del Ministerio del Poder Popular para la Salud Venezuela 2012 _____	33
11. Colección de imágenes de la Sala Situacional de Salud Ambiental _____	34
12. Sala Situacional Virtual de Salud Ambiental (SASIT-Maracay) _____	34
13. Colección de imágenes de la Sala Situacional de Salud "Dr. Arnoldo Gabaldon" _____	35
14. Implementación de las Salas Situacionales. Amazonas 2003 _____	36
15. Colección de imágenes en la Implementación de las Salas Situacionales. Amazonas, Venezuela 2003 _____	37
16. Vigilancia en Salud Pública _____	49
17. Escalas de Medición de Variables _____	53
18. Ejemplos de Técnicas de difusión y montaje de exposición de información. Tabla y Cuadro _____	57
19. Ejemplos de Técnicas de difusión y montaje de exposición de información. Gráficos _____	59
20. Modelo de Canales Endémicos, 2009 _____	61
21. Ejemplos de Técnicas de difusión y montaje de exposición de información. Mapas _____	63
22. Algoritmo para la toma de decisiones para evaluar y notificar eventos que podrían convertirse en emergencia de Salud Pública o de interés internacional _____	86
23. Esquema de recolección de Información para la Sala Situacional Portuaria _____	91
24. Diagrama de Flujo de Información Datos Epidemiológicos _____	98

Lista de Cuadros

1. Sala Situacional: Marco Legal Venezolano. Venezuela, Año 2009 _____	28
2. Características sobre Salas de Situación de Salud en Argentina, Brasil, Perú, Cuba y Venezuela, 2011 _____	39
3. Definiciones sobre Salas Situacionales _____	43
4. Indicadores Demográficos, Socioeconómicos y Mortalidad OPS/OMS, 2011 _____	68
5. Indicadores Morbilidad, Factores de Riesgo, Recursos, Servicios y Cobertura OPS/OMS, 2011 _____	69
6. Cronograma de Actividades para el establecimiento de la Sala Situacional en el Puerto, 2011 _____	89
7. Momento de adquisición de recursos materiales para el establecimiento de la Sala Situacional en el Puerto, 2011 _____	94
8. Símbolos del Diagrama de Flujo de Información _____	97

Lista de Tablas

1. Acondicionamiento del espacio físico, materiales y equipamiento de la Sala Situacional en el Puerto, 2011 _____	92
2. Costos Mobiliario, Equipos y Materiales varios para el equipamiento de la Sala Situacional en el Puerto, 2011 _____	93
3. Cronograma de Gastos Semanales para la adquisición de recursos materiales para el establecimiento de la Sala Situacional en el Puerto, 2011 _____	94



INTRODUCCIÓN

La relación entre los determinantes sociales y la salud de los países ha sido revisada, estudiada y documentada, esto ha permitido construir bases fundamentales para formular políticas públicas saludables, donde se ha establecido que el nivel de salud está determinado por las condiciones de vida de las comunidades, las cuales de algún modo están vinculadas con el grado de desarrollo; evidenciado entre otros indicadores de morbilidad elaborados a través de la vigilancia epidemiológica de la Salud Pública.

Por esta razón, el diseño, planificación y ejecución de intervenciones que reduzcan el riesgo o daño para la salud, dependen del éxito de la vigilancia epidemiológica, con datos oportunos y de calidad. Uno de los instrumentos para lograr el análisis que facilite la toma de decisiones es la Sala Situacional, como una instancia que articule la planificación estratégica y la coyuntura, facilitando: la recopilación, el análisis, la caracterización, y descripción de eventos de Salud Pública; para concretar la toma de decisiones a ejecutar por los diferentes actores sociales, a través de la unidad de respuesta inmediata y el posterior seguimiento y evaluación del contexto.

En situaciones de emergencia, ya sea por desastres naturales o no, la Sala Situacional, es un centro de información estratégica, para la cuantificación de los daños materiales, la preparación de planes de atención, el análisis multifactorial y las soluciones viables.

En 1999, en la tragedia natural de Vargas, una de las más grandes para finales del siglo XX, que ha sufrido Venezuela, también conocida como *"El día que la montaña avanzó hasta el mar"*, se estableció la primera Sala Situacional del país, donde se analizó el impacto del desastre sobre la salud, el deterioro de los servicios básicos y las infraestructuras de salud.

En este contexto, en el presente documento se expone la importancia de Sala Situacional para Puertos, consolidando técnicas básicas para su implementación, apoyados directamente con Reglamento Sanitario Internacional (RSI-2005).

El RSI-2005 es un instrumento jurídico, que tiene como finalidad conseguir la máxima seguridad contra la propagación de enfermedades infecciosas emergentes y re-emergentes, y hacer frente a las emergencias



de Salud Pública de repercusión internacional, evitar la propagación de epidemias, a través de las fronteras terrestres, puertos y aeropuertos; tomando acciones en cuanto a control, aislamiento, vigilancia de viajeros, intercambio de información, referencia de amenazas bioterroristas en la diseminación accidental y/o uso deliberado de material químico, biológico y radio nuclear, que afecten a la salud.

En tal sentido, presentamos este documento como un aporte más al montaje y puesta en marcha de Salas de Situación de Salud en los diferentes espacios que lo requieran especialmente en los Puertos. El documento está dividido en cuatro capítulos, cuyo contenido se resume a continuación:

- Capítulo I. Evolución Internacional y Nacional de las Salas Situacionales: se describen los antecedentes generales de las Salas, luego se detallan algunas experiencias en las Américas y finalmente en Venezuela. También se presenta la evolución histórica de las mismas a nivel Nacional y Regional. Finalmente, se realiza una comparación entre la experiencia de las Américas y Venezuela.
- Capítulo II. Aspectos básicos para el Montaje de una Sala Situacional: destacando entre estos objetivos, ventajas, usos, funciones, indicadores y técnicas de difusión de información.
- Capítulo III. Los Puertos como Puntos de Entrada, la Sala Situacional y el RSI-2005: en éste apartado se detalla el Anexo 1-B, del RSI para relacionarlo con los puntos de entrada y la vigilancia sanitaria en puertos.
- Capítulo IV. Implementando la Sala Situacional en Puertos.

CAPÍTULO I

EVOLUCIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL de las Salas Situacionales



1.1. Introducción



Actualmente las Instituciones del Sector Salud, se ven en la necesidad de implantar nuevos esquemas para la toma de decisiones, que disminuyan significativamente el tiempo de respuesta y aumenten la capacidad de acciones estratégicas para priorizar áreas de riesgo.

Todos los países deben evaluar su capacidad de alerta y respuesta ante epidemias, notificando los eventos que puedan constituirse en una emergencia de Salud Pública de interés internacional. Por ejemplo, las enfermedades de denuncia obligatoria, así como las comunicaciones y notificaciones a través de las redes existentes y el Centro Nacional de Enlace (Artículo 4 del Reglamento Sanitario Internacional, RSI).

En 1948, entró en vigencia la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la cual ha tenido la responsabilidad de gestionar las medidas internacionales de control de propagación de enfermedades; es así como la Asamblea Mundial de la Salud junto a sus Estados Miembros declaran entre sus principios, la seguridad de todos los pueblos y el goce del grado máximo de la salud que se pueda lograr y que las enfermedades transmisibles constituyen un peligro común. Es por ello, que en 1969 adoptan el International Sanitary Regulations o Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de 1951, establecido en la 4ta Reunión de la Asamblea Mundial de la Salud.

El aumento de los viajes y el comercio internacional, así como la aparición y reaparición de nuevas enfermedades amenazantes a nivel mundial, contribuyeron a que la 48 Asamblea Mundial de Salud exhortara en 1995, emprender la revisión del RSI, la cual se realizó en los años 2000-2004, generando diferentes versiones, a fin de definir criterios de notificación y posibles medidas para responder a las Emergencias Sanitarias de Interés Internacional (ESPII).

Finalmente, se adoptó por consenso y se presentó la versión definitiva del RSI, en la 58 Reunión de la Asamblea Mundial de la Salud, el 23 de mayo del 2005, en la ciudad de Ginebra, Suiza; publicándose en enero del 2006 y entrando en vigencia el 15 de Junio del 2007; en 192 países del Mundo en seis idiomas para todos los Estados Miembros de la (OMS).

El RSI-2005, es un instrumento jurídico, que tiene como finalidad conseguir la máxima seguridad contra la propagación internacional de enfermedades infecciosas, emergentes y re-emergentes, hacer frente a las



emergencias de salud de repercusión internacional y evitar la propagación de epidemias, a través de los terminales terrestres, puertos, aeropuertos y puntos de entrada al país a través de las fronteras.

La estrategia del RSI-2005, implica que los países tengan que evaluar su capacidad de respuesta para detectar y vigilar dichas enfermedades en fronteras terrestres, puertos y aeropuertos, tomando acciones en cuanto a control, cuarentena, vigilancia de viajeros, intercambio de información, referencia de amenazas bioterroristas en la diseminación accidental y/o uso deliberado de material químico, biológico y radio nuclear, que afecten a la salud.

Venezuela, está clasificada como país de riesgo a contraer enfermedades infecciosas, emergentes y re-emergentes, por: su ubicación geográfica, sus condiciones ecológicas y el flujo del tráfico aéreo, marítimo y terrestre; que favorecen la transmisión de agentes virales que producen ciertas epizootias, además brotes de focos enzoóticos en regiones localizadas del país.

Entre el año 2004 y 2006, en Venezuela, luego de diferentes reuniones intra-institucionales e interministeriales, el Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS), como órgano rector y competente en salud, quedó encargado de implementar el RSI-2005. En tal sentido, las unidades del MPPS responsables directamente de dicha implementación son: a) Dirección General de Epidemiología, como Centro Nacional de Enlace del RSI-2005; b) la Dirección General de Salud Ambiental como punto focal para fortalecer la relación del modelo matricial estratégico de prevención en relación a factores de riesgos; c) la Oficina de Cooperación Técnica y Relaciones Internacionales, la cual permite el flujo internacional de la participación del país en los adelantos de la implementación del RSI-2005, además de la orientación de las políticas internacionales de Salud Pública.

Entre las acciones contempladas por el MPPS, están: a) evaluación de capacidades básicas de respuesta a situaciones de emergencia; b) capacitación del personal involucrado e identificación y determinación de puntos críticos; c) diseño de flujogramas de los procesos; d) monitoreo de sistemas de medición; e) acciones correctivas, mitigantes o remediadoras; f) organización de registro y base de datos; g) elaboración de manuales de procedimientos, instructivos, protocolos, normas, resoluciones y otros; h) auditoria del programa de implementación del RSI-2005; i) mejoras de los objetivos a través de las unidades centrales, regionales y locales, con programas y planes para el territorio nacional y los espacios acuáticos. Tales acciones, dentro del plan de trabajo de implementación del RSI-2005, están



distribuidas en 4 fases: 1. Fase Preparatoria; 2. Fase de Implementación; 3. Fase de Seguimiento y 4. Fase de Consolidación.

Por otro lado, entre las acciones estratégico-metodológicas de la fase de implementación, la Dirección General de Epidemiología, como Centro de Enlace, determinó que la creación de Salas Situacionales, portuarias, aeroportuarias y fronterizas, fortalecería la implementación del RSI-2005, ya que allí se expone y consolida toda la información del área portuaria en estudio. Las Salas Situacionales fomentan la vigilancia epidemiológica con el acopio sistemático de datos, identificación, caracterización, análisis, interpretación y evaluación; a fin de tomar decisiones y evaluar el resultado de las actuaciones llevadas a cabo por los responsables de la Salud Pública, brindando información para la acción eficiente de planificación inteligente.

De igual manera, permite aportar soluciones en el marco social, que sean constructivas y a su vez que conlleven a un mejoramiento en las actividades de análisis y vigilancia del proceso salud-enfermedad y atención, donde la calidad y la productividad de sus servicios son los parámetros requeridos para alcanzar el éxito, y de esta manera contribuir, en la mejora de la calidad de vida de la población.

Con el establecimiento de la Sala Situacional se pueden cubrir cuatro funciones primordiales:

- **Preventivas:** logrando anticipar el comportamiento de una política de alerta de Salud Pública, en situación de normalidad, resistencia, conflicto y/o catástrofe.
- **Reactivas:** el alerta-emergencia, dando respuesta pertinente, rápida, oportuna, eficiente y de calidad a las situaciones contingentes imprevistas.
- **Proactivas:** logrando estrategias que permiten abortar, corregir, disminuir, neutralizar o eliminar las posibles reacciones ante una política de Salud Pública.
- **De abordaje crítico:** creando alternativas para la acción a corto y/o mediano plazo.



1.2. Antecedentes de las Salas Situacionales

Los primeros años de las Salas Situacionales se remontan a 1939, año de conflictos que marcaron al mundo. Durante la Segunda Guerra Mundial, el Sur de Londres fue atacado con bombas teledirigidas V1 (Peter, 2002) y V2 (Steven, 2003), ante tal situación, el Primer Ministro de esa época, Winston Churchill, convocó a un grupo de especialistas civiles y estrategias militares, para evaluar la probabilidad de ocurrencia de sucesivos ataques por bombas alemanas, aplicando entre otras técnicas estadísticas, la distribución de Poisson (que estudia los eventos raros), el equipo multidisciplinario de Churchill (militares estrategias, ingenieros y políticos), lograron establecer que las zonas impactadas según una secuencia mapeada, eran aleatorias y no respondían a un plan estratégico preestablecido, lo cual indicó a su vez que los atacantes alemanes no disponían de elementos vitales o confidenciales que orientaran sus operaciones de bombardeo.

Figura 1. Colección de Imágenes de la Segunda Guerra Mundial.



Fuente: Segunda Guerra Mundial. (Disponible en URL: es.wikipedia.org [Última consultada: Julio 2008]).

Esta información fue útil a la alta gerencia gubernamental y al alto mando militar de Inglaterra durante esa crítica etapa, permitiéndoles reorientar o acometer nuevas estrategias defensivas o de contraataque.



Es evidente que para tal logro, en cuanto a discernimiento de expectativas y disminución de presiones para la toma de decisiones, fue necesaria la puesta en práctica con la implementación de una “Sala Situacional”, sobre todo aquellas que implicaban riesgo de vidas humanas (Méndez & Rosales, 2005).

Lo que permite determinar que las Salas Situacionales, son espacios para la toma de decisiones en situaciones de emergencias, pero también en situaciones de “normalidad”; donde se incorporan análisis de situación de salud, investigación, planeación, provisión estratégica de los servicios y sistemas de información en salud.

1.3. Salas de Situación de Salud experiencias en las Américas



En el ámbito de la Salud una Sala Situacional, es considerada como un Centro de Operaciones de Emergencia ó Unidad de Inteligencia Epidemiológica ó Centro de Información; en las cuales se realizan operaciones Estratégicas en Salud; ésta instancia es la encargada del monitoreo de los sistemas de alerta temprana, la evaluación y manejo de riesgos y la coordinación de la respuesta nacional ante potenciales emergencias de Salud Pública (OPS, 2007).

Desde 1994, varios países de la región de las Américas vienen desarrollando experiencias de Salas de Situación de Salud, como Cuba, Guatemala, Argentina, El Salvador, Honduras, Haití, Venezuela, Colombia, Ecuador, Perú, Brasil y Bolivia. Las primeras experiencias sobre las Salas de Situación de Salud (SSS) se desarrollaron en Brasil, como una herramienta para favorecer la gestión en salud en el marco de las políticas del Sistema Único de Salud (SUS), de descentralización, democratización y control social (Moya, 2010). La primera sala de situación fue inaugurada en el municipio de Campina Grande en el Estado de Paraíba en diciembre de 1994.

Para Sozzi de Moraes (2010), Carlos Matus, es uno de los autores principales de América Latina que profundizó en el análisis conceptual y metodológico de una idea (Sala de Situación) y un camino (Planeamiento Estratégico Situacional) para una gestión pública responsable y de calidad. Así la Sala de Situación permanece como un reto que exige profundización sobre su contribución a la Política de Salud en las diferentes esferas de gobierno.

Estas propuestas y experiencias que los países desarrollaron sobre las Salas de Situación, fueron compartidas en diferentes reuniones coordinadas por la OPS, con Directores y Epidemiólogos de los diferentes



Ministerios de Salud. Dichas reuniones se llevaron a cabo en República Dominicana en septiembre del año 2000; en Brasilia en Junio de 2002; en el Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades de la Secretaría de Salud de México 2004; donde participaron funcionarios de los Ministerios de Salud de los países de Centroamérica y del Caribe Hispano, invitados de los Ministerios de Salud de países de América del Sur y funcionarios representantes de la OPS en la Región (Moya, 2010).

A continuación se presentan algunas experiencias en Salas de Situación de Salud en cinco países de América Latina.

1.3.1. Argentina



En el año 2002 en el Ministerio de Salud de Argentina, se presentó la primera Sala Situacional para mejorar el desempeño de los Sistemas de Salud, este equipo fue recopilando, evaluando y difundiendo en forma sistemática y continua los datos específicos sobre eventos de salud; más adelante y con información enriquecida, insertaron sus datos en una página Web, de la cual se obtiene información sobre indicadores sociodemográficos, problemas emergentes, vigilancia de la salud y tendencias (Figura 2).

Argentina define la Sala Situacional como:

Unidad de inteligencia epidemiológica con una visión integral e intersectorial que partiendo del análisis y evaluación sistemática permanente de la situación de salud existente y prospectiva, actúa como instancia integradora de la información que genera la vigilancia en Salud Pública en diferentes áreas y niveles. Constituye un órgano de asesoría directa capaz de aportar información oportuna y relevante para apoyar, con una base científica-técnica, el proceso de toma de decisiones, propuesta de intervención y evaluación (Ministerio de Salud de Argentina, 2011).



Figura 2. Sala de Situación de Salud Provincial. Argentina 2002.

Fuente: Ministerio de Salud / Programa de Atención Primaria de la Salud / Sala Situacional de Salud. San Luis. Argentina. (Disponible en URL: <http://ministerios.sanluis.gov.ar/canal.asp?idcanal=7054>. [Última Consulta: Marzo 2009])

La metodología usada en Argentina para modernizar el sistema de recolección, resumen y análisis de la información, se basa en la obtención de la data a partir de los registros del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE), de la Dirección de Estadística del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación y del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC), tomando la morbi-mortalidad y algunas variables sociodemográficas, aplican herramientas de análisis y muestrean los resultados mediante una Sala de Situación Nacional; en la cual se realizan monitoreos, análisis epidemiológicos, relaciones de variables, tendencias, focalizan, priorizan y recomiendan soluciones ante cualquier problema, facilitando la toma de decisiones.

1.3.2. Brasil



Desde el año 1994 el Ministerio de Salud de Brasil, ha apoyado la puesta en marcha de las Salas Situacionales en los establecimientos de Salud de todos los niveles del sistema de vigilancia epidemiológica, lo que le ha permitido capturar los datos desde el nivel local y municipal. Logrando así, mejorar la calidad de los mismos y fortalecer la capacidad gerencial para la toma de decisiones; actualmente, cuentan con aproximadamente unas 200 Salas de Situación de Salud distribuidas en sus municipios.



Como fue mencionado anteriormente Brasil fue pionero en desarrollar la experiencia de Salas Situacionales como herramienta para fortalecer el Sistema Único de Salud (Moya, 2010).

Las Salas Situacionales de Salud son definidas por Representantes del Ministerio de Salud de Brasil como:

Un espacio físico y virtual donde los datos de salud y enfermedad son presentados en tablas y gráficos para una determinada zona geográfica con una población definida (país, estado, microregión, municipio, distrito sanitario, hasta el área mínima de influencia del equipo de salud que se encuentra en el primer nivel de atención) en un periodo de tiempo determinado, asociando esas ocurrencias a los factores sociales, económicos y demográficos. La Sala de Situación ofrece una visión global de las condiciones de salud de cada comunidad, tornándose esencial para el proceso de gestión, así como generando motivación en todos los participantes del sistema (Moya, 2004).

En la actualidad, cuentan con un sitio Web (<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>), donde proporcionan una vista global de las condiciones de salud de cada unidad de análisis. Esta Sala Situacional Electrónica surge a finales de 2002, con el apoyo del Centro Nacional de Epidemiología adscrito al Ministerio de Salud de la Nación y la OPS. El mismo se ha ido modificando y actualizando paulatinamente, incluyendo nuevos módulos y procedimientos, además de correcciones sugeridas por los mismos usuarios, quienes contribuyen enormemente en mejorar su calidad y eficacia (Figura 3).

Esta Sala de Situacional de Salud, combina cuatro tipos de actividades:

1. Recolectar, tabular y procesar datos, además de la producción de hojas de cálculo y gráficos de los indicadores;
2. Analizar y comparar los datos;
3. Evaluar problemas, intervenciones y toma de decisiones;
4. Difundir información retroalimentando al Sistema Tradicional de Salud y permitiendo así un control social, con la finalidad de contribuir a mejorar el perfil de salud de la población.



Figura 3. Modelos de Salas de Situación de Salud. Brasil 1994- 1998.



Fuente: Moya, 2004. (Disponible en URL: <http://www.mex.ops-oms.org/contenido/eventos/reunion/documentos/brasil.pdf>. [Última Consulta: Octubre 2008]).

La calidad de los datos obtenidos y colocados a disposición, es un eje medular en el proceso de éxito de la Sala (França, 2010), más aún en Brasil donde se estimó que para 2010 existían en el Ministerio de Salud de 300 a 400 sistemas de información, de los cuales 13 caracterizan las principales líneas de actuación del SUS (la mayoría sistemas gerenciales) que integran el acervo de informaciones colocado a disposición por esa herramienta de acceso. *La Sala de Situación en Salud tiene el propósito de que la información sea mejor acogida, generando canales de información que caracterizan las líneas de actuación de forma continuada y sostenible, porque una característica señalada de las informaciones en salud es que ellas son variables y cambian a lo largo del tiempo.* La Sala de Situación desempeña un rol fundamental en este contexto, porque permite la generación de datos de forma rápida y la síntesis de las informaciones presentes en muchos sistemas de información del Ministerio de Salud, así como la disponibilidad de información para la acción, que le permitirá a dirigentes, gestores y técnicos tomar decisiones estratégicas y eficientes en el área de la salud con mayor efectividad (Figura 4).



Figura 4. Salas de Situación de Salud. Brasil 1994- 2002.



Fuente: Ministerio de Salud / Sala de Situación. Brasil. (Disponible en URL: <http://www.datasus.gov.br/mis/saladesituacao.htm>. [Última Consulta: Marzo 2009]).

1.3.3. Perú

Uno de los países más organizados en cuanto al Sistema de Información de Salud es Perú, donde existen diferentes Salas Situacionales ubicadas en los distintos niveles de atención sanitaria, desde nivel local y departamental hasta el nivel ministerial. Estas Salas Situacionales forman una red de comunicación y están interconectadas a través de Internet.

El Ministerio de Salud de Perú, define las Salas Situacionales como *“El espacio físico y lógico de análisis y de exhibición de la información sanitaria procesada de diversas fuentes, que se orienta a fortalecer el proceso institucional de toma de decisiones en el sector, como parte de su rol de gobierno”* (Perú, 2002:7. Informe Salas de Situación de Salud). Asimismo, establecen como objetivo de las Salas Situacionales: *“Desarrollar una cultura de análisis y uso de la información producida por los servicios de salud con la finalidad de realizar una adecuada toma de decisiones en la solución de los problemas de salud”* (Ministerio de Salud de Perú, 2011).

Dentro de las funciones primordiales de las Salas Situacionales se encuentran:



1. Servir a la gestión en la formulación de Políticas de Salud, planificación y monitorización de las actividades estratégicas de la institución, así como identificar problemas prioritarios, recomendar intervenciones en puntos críticos y coordinar la respuesta ante situaciones de emergencia sanitaria.
2. Monitorizar permanentemente la situación de salud de la región y los factores que influyen en ella.
3. Servir como instrumento para la coordinación intra y extrasectorial, obteniendo información necesaria para enfrentar satisfactoriamente urgencias de Salud Pública.

El flujo de información en estas Salas Situacionales va desde las unidades locales hacia las redes y microrredes de Salas de Situación, luego a las Direcciones de Salud y finalmente al nivel Nacional; todo este proceso tiene una retroalimentación continua, donde cada nivel informa y recibe respuesta del nivel superior.

Figura 5. Sala de Situación de Salud. Perú 2008.

Inicio/Sala Situacional de Salud

Inicio/Sala Situacional de Salud

domingo, 24 de octubre del 2008

SALA DE SITUACION DE SALUD

DEFINICIÓN

La Sala de Situación de Salud es el espacio físico y lógico de análisis y de exhibición de la información sanitaria procesada de diversas fuentes, que se orienta a fortalecer el proceso institucional de toma de decisiones en el sector, como parte de su rol de gobierno.

OBJETIVOS

1. Objetivo General

Desarrollar una cultura de análisis y uso de la información producida por los servicios de salud con la finalidad de realizar una adecuada toma de decisiones en la solución de los problemas de salud.

2. Objetivos Específicos

a.- Crear las condiciones básicas para pasar de un sistema de registro de datos a un sistema interpretativo de la información.
 b.- Producir información sobre la situación de salud de la población del área jurisdiccional respectiva.
 c.- Facilitar el análisis de la situación de salud en un espacio/población.
 d.- Fortalecer la relación entre la información y la gestión para mejorar la calidad de las decisiones.

FUNCIONES

1. Servir a la Gestión en la formulación de Políticas de Salud, planificación y Monitorización de las actividades estratégicas de la institución, así como identificar problemas prioritarios, recomendar intervenciones en puntos críticos y coordinar la respuesta ante situaciones de emergencia sanitaria.
 2. Monitorizar permanentemente la situación de salud de la región y los factores que influyen en ella.
 3. Servir como instrumento para la coordinación intra y extrasectorial, obteniendo información necesaria para enfrentar satisfactoriamente urgencias de salud pública.

Sala Virtual Estática

- Demografía
- Socio-económicos
- Morbilidad
- Mortalidad
- Recursos, Acceso y Cobertura

Sala Virtual Dinámica

- Vigilancia Epidemiológica (DGE)

Fuente: Ministerio de Salud. Perú. (Disponible en URL: <http://www.minsa.gob.pe/portal/04SituacionSalud/salasituacional.asp>. [Última Consulta: Marzo 2009])

En el portal del Ministerio de Salud de Perú, existe un espacio reservado para la Sala Situacional Virtual, donde los usuarios internautas pueden consultar indicadores demográficos, socio-económicos, morbilidad, mortalidad, recursos, acceso y cobertura (Figura 5).



1.3.4. Cuba

En el Ministerio de Salud Pública (MINSAP) de la República de Cuba, a través del área de Higiene y Epidemiología, en 1993 se creó la Unidad de Análisis y Tendencias en Salud (UATS), que es un sistema de información para la vigilancia de salud, el cual concentra toda la información que recaba, analiza y procesa para la Sala Situacional Nacional o Central (Ministerio de Salud de Cuba, 2011).

Las UATS se crearon a Nivel Central (enero 1994), en todas la provincias (en la provincia Holguín, se dieron los primeros pasos desde el último trimestre de 1993) y municipios (1994) como instancia integradora de la información que la Vigilancia genera. De tal manera que la Vigilancia en Salud Pública resulta esencial en el proceso de prevención y control de las enfermedades y los factores de riesgo y en la promoción de salud.

Se convierten así, en un elemento importante de la función de evaluación, especialmente en la medición del impacto y es esencial para el desarrollo de políticas apropiadas. No se limita al aspecto médico de los problemas, sino que integra diferentes tipos de información demográfica, social, económica, de los eventos de salud y condiciones asociadas, incluyendo además datos relacionados con el sistema de salud y condiciones asociadas, con el sistema de salud y la opinión de la población sobre su salud y los servicios que reciben. Por ello se nutre tanto de diversas fuentes del sector salud (sistemas de vigilancia epidemiológica, estudios epidemiológicos, encuestas de salud) como de otras fuentes extrasectoriales (estudios sociológicos, antropológicos, económicos, meteorológicos, de hidroeconomía, de salud veterinaria y otras) y de la información procedente de instituciones que monitorean opiniones de las comunidades (Sánchez, 2001).

Cuba define las Salas Situacionales como:

Unidades de inteligencia epidemiológica con una visión integral e intersectorial, que partiendo del análisis y evaluación sistemática permanente de la situación de salud existente y prospectiva, actúa como instancia integradora de la información que genera la vigilancia en Salud Pública en las diferentes áreas y niveles; constituyendo un órgano de asesoría directa capaz de aportar información oportuna y relevante para apoyar, con una base científico-técnica, el

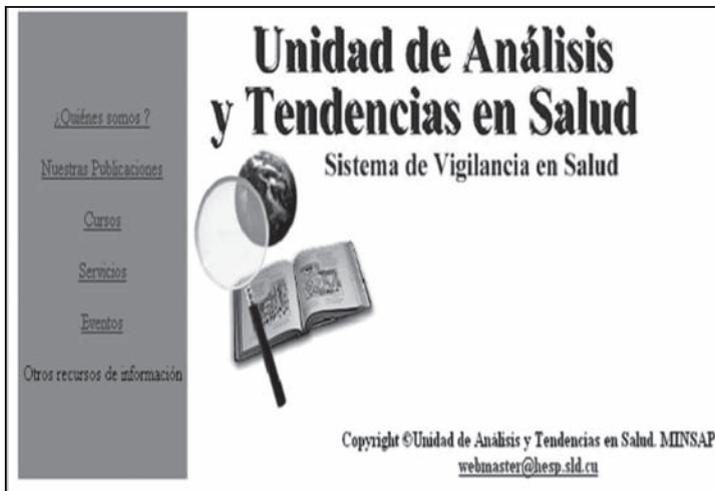


proceso de toma de decisiones, en las áreas correspondientes; participando en la propuesta de alternativas de intervención a corto y mediano plazo y su evaluación (Moya, 2004).

La Sala Situacional de Cuba, cuenta con un sitio Web donde son publicadas las estadísticas de salud, allí ofrecen además un espacio virtual para publicitar cursos, servicios y eventos relacionados con salud (Figura 6).

Las UATS tienen tres funciones o componentes fundamentales: a) Una función táctica de alerta-acción, que radica en monitorear, identificar y ofrecer información a corto plazo sobre las principales incidencias que con carácter agudo, relevante o inusual ocurren en el orden de las enfermedades, daños o condiciones relacionadas con la salud de la población. Esto implica dirigir y ejecutar seguimiento de acciones de control, prevención y solución de los mismos; b) Análisis, síntesis e interpretación de la información sobre perfiles de salud y enfermedad, en el contexto de las condiciones higiénico-sanitarias; c) Evaluación de las estrategias y programas priorizados del MINSAP, la vigilancia del grado de satisfacción de la población y los trabajadores de salud, en términos de impacto, cobertura y costo (Sánchez, 2001).

Figura 6. Unidad de Análisis y Tendencias de Salud. Cuba.



Fuente: Ministerio de Salud (MINSAP). Cuba. (Disponible en URL: [http://www.cubasolidarity.net/informed/ www.sld.cu /instituciones /uats/index.htm](http://www.cubasolidarity.net/informed/www.sld.cu/instituciones/uats/index.htm)). [Última Consulta: Marzo 2009].

Las UATS están estructuradas en una red comunicacional, usan un servidor con Novell 3.11, en la unidad Nacional y cuentan con estaciones de trabajo en las principales Direcciones Nacionales del Área de Higiene y



Epidemiología, el resto de las Unidades provinciales cuentan en su mayoría con una pequeña red local o al menos tienen una estación de trabajo enlazada con el nodo de comunicación del Sistema Nacional de Información de Salud.

1.3.5 Venezuela

1.3.5.1 La Sala Situacional de Salud en el Marco Legal Venezolano

Existen una serie de soportes legales que apoyan las funciones, competencias y el establecimiento de las Salas Situacionales en Venezuela, lo que permite fundamentar su consolidación e implementación a nivel nacional como se pueden observar en el (Cuadro 1).

En cuanto al derecho a la salud en Venezuela, la Constitución Nacional de la República (1999) en el Artículo 83 establece que:

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

En este artículo, el Estado garantiza la salud a todos los venezolanos(as), aplicando nuevas políticas sociales, promoviendo elevar la calidad de vida y el bienestar colectivo; de esta manera se ordena en el Artículo 84 la creación de un Sistema Público Nacional 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. En tal sentido, se considera importante la Sala Situacional como instrumento fundamental para la recolección, análisis de información y toma de decisiones oportunas que contribuyan a reducir las iniquidades y brechas sociales existentes en Venezuela (Anexo 1).

Al respecto, dentro del marco legal que exige la creación de las Salas Situacionales se encuentra el RSI-2005, el cual tiene como estrategia fundamental que los países tengan que evaluar su capacidad de respuesta; para detectar y vigilar enfermedades en fronteras terrestres, puertos

**Cuadro 1.** Sala Situacional: Marco Legal. Venezuela, Año 2009

INSTRUMENTOS LEGISLATIVOS	CONTENIDO
Constitución de la República Bolivariana de Venezuela	Artículos 83, 84 y 152.
Tratados y Acuerdos Internacionales Reglamento Sanitario Internacional 2005	El Reglamento Sanitario Internacional, tiene finalidad conseguir la máxima seguridad contra la propagación internacional de enfermedades infecciosas emergentes y re-emergentes, y hacer frente a las emergencias de salud de repercusión internacional y evitar la propagación de epidemias, a través de las fronteras, terrestres, puertos y aeropuertos.
Ley Aprobatoria del Convenio "Hipólito Unanue".	El objetivo primordial del convenio "Hipólito Unanue" es mejorar las condiciones de salud en los países del área andina, con el fin de elevar el nivel de vida de los habitantes de esta subregión, de tal manera de exista cooperación en Salud ante cualquier evento internacional.
Ley Orgánica de Salud. Gaceta Oficial no. 36.579 del 11-11-1998.	Esta Ley destaca que el MPPS, deberá organizar sus programas de saneamiento ambiental y asistencia social para la salud, así como también ejercer la autoridad de contraloría sanitaria y saneamiento ambiental en fronteras, manejo de residuos sólidos, desechos peligrosos, control de vectores, vigilancia de la contaminación atmosférica, tratamiento de aguas, control de endemias y epidemias. Artículos 2, 11, 27, 32, 33 y 65
Reglamento Orgánico de Salud Decreto Presidencial No. 376 del 07-10-1999	Este reglamento está referido a determinar la Organización Administrativa del MPPS y establecer la distribución de las funciones "correspondiente a las dependencias que integran dicha estructura administrativa", por lo cual se destacan los Artículos 1, 5, 7, 13 y 14, donde se atribuyen funciones de información estadística sistemática y continua; rectoría del sistema nacional de vigilancia epidemiológica; control de los factores de riesgo y velar por el cumplimiento de los tratados internacionales.
Reglamento Interno del Ministerio de Salud. Gaceta Oficial No. 36.935 del 18-04-2000	Donde se establece la organización y coordinación del funcionamiento de la Sala de Situación de Salud, el desarrollo del análisis estratégico social y de la situación de salud en los diferentes niveles de decisión del Sistema Nacional de Salud; así como crear, implementar y mantener actualizado Sistemas de Información de Salud.
Sistemas de Transmisión Electrónica de Datos Gaceta Oficial No. 5393 Extraordinario 22-11-1999.	Este decreto tiene como objeto facilitar el sistema de información centralizada, automatizada, ágil y de fácil acceso, que sirva de apoyo al funcionamiento de los servicios de atención al público, con el fin de integrar y compartir información con la Administración Pública.
Uso de Internet Gaceta Oficial No. 36.955 Del 22-05-2000.	El Gobierno incentiva al uso de INTERNET en todos los niveles para mejorar la calidad de vida de la población, "a través del uso de los Servicios de Telecomunicaciones", muy útil para facilitar el flujo de información.
Proyecto Nacional "Simón Bolívar" 2007-2013.	Directriz II. "Suprema Felicidad Social". Con énfasis en las Estrategias: II.3.1; II.3.2 y II.3.4; y las Políticas. II.3.1.4; II.3.2.3; II.3.3.2; II.3.4.3; II.3.7.2; II.3.7.3; II.3.7.4. De tal manera de propiciar los mecanismos, sistemas de recolección de datos, de análisis de la información comunitaria, la estandarización de los instrumentos del registro y de los procedimientos de análisis y las salas situacionales comunitarias, que les permita a las comunidades organizadas generar sus propios conocimientos sobre los procesos que determinan la salud en sus espacios y tomar decisiones sobre su transformación en el logro del bienestar colectivo.
Creación del Centro de Estudio Situacional de la Nación. Gaceta Oficial No 39436 del 01 de Junio de 2010	Decreto N° 7.454, mediante el cual se ordena la creación del Centro de Estudio Situacional de la Nación, con carácter de órgano desconcentrado del Ministerio del Poder Popular para Relaciones Interiores y Justicia, el cual Formará parte de su estructura, dependerá jerárquicamente de dicho Ministerio y estará ubicado administrativamente según se establezca en el Reglamento Orgánico del mismo.

Fuente: Elaboración propia a partir de datos tomados de las leyes arriba mencionadas.



y aeropuertos; de tal manera de tomar acciones en cuanto a control, cuarentena, vigilancia de viajeros, intercambio de información, referencia de amenazas bioterroristas en la diseminación accidental y/o uso deliberado de material químico, biológico y radio nuclear, que afecten a la salud.

1.3.5.2 Experiencias de país: Venezuela y las Salas Situacionales de Salud



Venezuela, estableció en la Dirección General de Epidemiología y Análisis Estratégico adscrita al Ministerio del Poder Popular para la Salud, conjuntamente con epidemiólogos de la OPS la primera Sala Situacional de Salud, para analizar el desastre natural del 15 de diciembre de 1999. Allí se observaron los resultados de los estados afectados como: Vargas, Nueva Esparta, Falcón, Zulia, Distrito Capital, Sucre y Anzoátegui; y se planificaron, diseñaron, ejecutaron y evaluaron las acciones sanitarias a seguir, estableciendo las estrategias gerenciales más eficaces para solventar este problema (Figura 7).

Según reporte emitido por el Ministerio del Poder Popular para la Salud, esta tragedia afectó directamente al 25 por ciento (25%) de los venezolanos, quienes para ese entonces (1999) habitaban en el Litoral Central de Venezuela. En el orden económico este desastre dejó al país pérdidas por más de 4.000 millones de dólares, sin contar con el elevado costo humano y psicológico que la población del estado Vargas y estados vecinos tuvieron que afrontar. De igual forma, en este evento adverso se contabilizaron más de 419.222 personas afectadas, 85.380 damnificados, 2.545 desaparecidos, 349 muertes, 81.137 viviendas dañadas y 26.147 viviendas destruidas. Entre los efectos más resaltantes que se observaron y analizaron en la Sala Situacional, se evidenció que el desastre natural no solo afectó a las personas y viviendas, sino también a establecimientos de salud y ambulancias (Figura 8).

El Ministerio del Poder Popular para Salud de Venezuela, define la Sala de Situación como un:

"Instrumento dedicado a la identificación y medición de las necesidades y desigualdades entre grupos humanos en un determinado territorio social, con el propósito de ofrecer el conjunto de conocimientos disponibles para una determinada acción correctiva" (Moya, 2004).

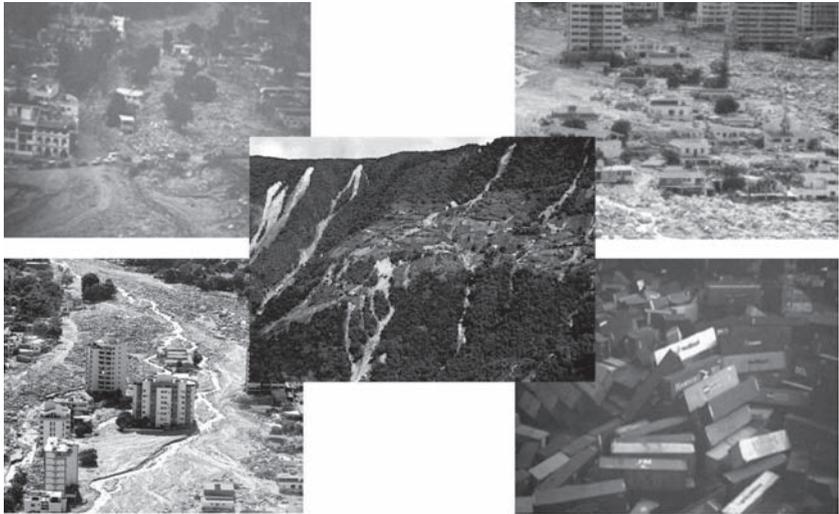


Figura 7. Reunión de representantes Ministerio del Poder Popular para la Salud y la Organización Panamericana de la Salud para el establecimiento de la Sala Situacional. 1999



Fuente: Salas de Situación de Salud, 1999. Foto José Moya.

Figura 8. Colección de imágenes del Desastre Natural en el Estado Vargas. Venezuela 1999.



Fuente: Desastre en Venezuela, 1999. Fotos de Luis Suárez.

En la figura 8 una de las imágenes, muestra cientos de contenedores dispersos luego del desastre en el puerto de La Guaira, los cuales fueron arrastrados hasta el mar. El derrame de sustancias tóxicas almacenadas en estos contenedores, puso en riesgo la salud de la población.



Desafortunadamente, Venezuela inició las Salas Situacionales de Salud por un desastre natural, sin embargo, a través de la instalación de la misma, se identificaron diferentes problemas de vigilancia epidemiológica, saneamiento ambiental y control sanitario y salud en general de la población que sufrió las consecuencias del desastre; entre ellos, destrucción y pérdida parcial o total de los servicios de salud, falta de servicios básicos (agua, electricidad, red de alcantarillado, recolección de basura), deterioro de la red de comunicación, dificultad para la obtención de la información, falta de coordinación con la cooperación internacional, limitaciones de recursos humanos y materiales, dificultades técnicas para el análisis de la información. Allí, un equipo de técnicos y especialistas de diferentes áreas y sectores tomaron decisiones concretas y fundamentales para resolver los problemas prioritarios. También se identificaron problemas y diferentes riesgos para la salud entre ellos: psicosociales (depresión, violaciones, alcoholismo); zoonosis; dengue; leptospirosis; diarreas; problemas respiratorios y desnutrición.

Finalmente, se elaboró un Plan de Emergencia con los siguientes objetivos:

- a) Construir y fortalecer la red de servicios de salud en el estado Vargas, para la reactivación de los programas de salud y garantizar el acceso de la población a la atención adecuada y oportuna;*
- b) Fortalecer el sistema de vigilancia epidemiológica para el diagnóstico oportuno apoyado por laboratorios de las enfermedades bajo vigilancia y para el análisis sistemático de la información en salud y la toma de decisiones;*
- c) Implementar sistemas de control ambiental, garantizando el acceso a agua y alimentos seguros y la adecuada disposición de excretas y residuos sólidos.*

La segunda experiencia en esta materia, se desarrolló en septiembre de 2010, cuando se crea la Sala Situacional del Ministerio del Poder Popular para la Salud, la cual funciona en un espacio físico de la sede del ministerio. Tiene como objetivo:

Desarrollar la cultura de análisis y uso de la información producida en los servicios de salud institucionales y comunitarios, para que mediante la aplicación del instrumento de Sala Situacional, se identifiquen las inequidades en salud y sus determinantes y se pueden aplicar las intervenciones mejor sustentadas; para reorientar los servicios de salud hacia la atención de las prioridades identificadas, con eficacia y eficiencia; a fin de mejorar las condiciones de salud y de vida de la población, con calidad y equidad. Sus unidades notificantes están conformadas por: Salas Situacionales de los Estados; Fundación Misión Barrio Adentro; Direcciones Regionales de Salud; Laboratorios del Instituto Nacional de Higiene; Fundación Niño Jesús; Salud



Indígena; Batallón 51; Hospitales; Maternidades; Refugios; Servicio Autónomo de Elaboración de Productos Farmacéuticos (SEFAR); Sistema Integral de Atención Médica de Urgencia (SIAMU); entre otros (Figura 9).

Figura 9. Imagen de la Sala Situacional de Situacional de Salud del MPPS. Venezuela 2011



Fuente: Batallón 51-Sala Situacional de Salud del MPPS, 2011

El MPPS posee un portal donde se exhiben las estadísticas e información de salud, como por ejemplo: Anuarios de Mortalidad, Boletines Epidemiológicos, Trípticos, Comunicados, entre otros. A nivel nacional esta es la experiencia más importante en los inicios para la construcción de Salas Situacionales de Salud en Venezuela (Figura 10).

Figura 10. Página Web del Ministerio del Poder Popular para la Salud. Venezuela 2012.

Fuente: Ministerio del Poder Popular para la Salud / Descargas Epidemiológicas. Venezuela. (Disponible en URL: http://www.mpps.gob.ve/index.php?option=com_phpocadownload&view=sections&Itemid=949. [Última consulta: Diciembre 2012]).



Otras experiencias venezolanas las constituyen la Sala Situacional Nacional SASIT-Maracay, se encuentra ubicada en las instalaciones de la Dirección General de Salud Ambiental; esta sala se dedicada a los aspectos informativos para la prevención y seguimiento de los procesos referidos al contexto Sanitario Ambiental. Es fundada a finales del año 2002, su objetivo es ser el centro de acopio de la información estadística epidemiológica sanitario ambiental, de sus cuatro Direcciones de Línea (Gestión de Riesgos Sanitario Ambientales, Salud Radiológica, Epidemiología Ambiental y Control de Vectores, Reservorios y Fauna Nociva) (Figura 11).

Figura 11. Colección de imágenes de la Sala Situacional de Salud Ambiental (SASIT-Maracay), Venezuela 2009.



Fuente: Dirección General de Salud Ambiental, 2009

SASIT-Maracay, consolida datos e información para el análisis y desarrolla estrategias corporativas orientadas a la consolidación del Sistema de Información en Salud. Tiene una Página Web donde publica semanalmente un boletín integral de Salud Ambiental, sin embargo, la misma sólo funciona en la intranet de la institución (Figura 12).

Figura 12. Sala Situacional Virtual de Salud Ambiental (SASIT-Maracay), Venezuela 2009.



Fuente: Dirección General de Salud Ambiental. SASIT-Maracay, 2009

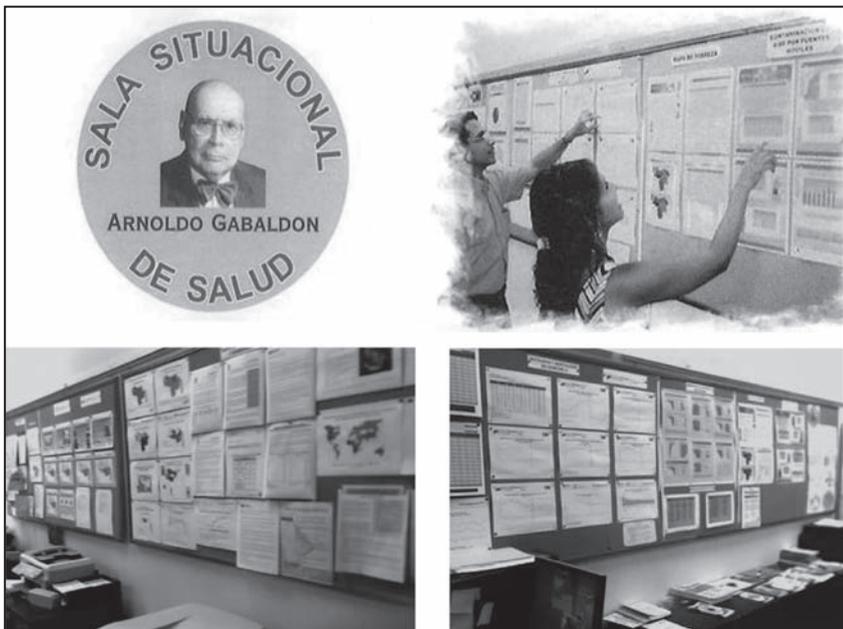


Por otro lado, el 10 de marzo del año 2005, en las instalaciones del Servicio Autónomo Instituto de Altos Estudios “Dr. Arnoldo Gabaldon”, se creó la Sala Situacional de Salud “Dr. Arnoldo Gabaldon”, la cual cuenta con el equipo técnico y humano para llevar a cabo distintos análisis de situación de salud (Figura 13).

La misión de ésta Sala Situacional de Salud, es recopilar, identificar, procesar, analizar y disponer la información de forma dinámica, continua y progresiva; para generar los conocimientos necesarios que permitan sustentar y apoyar los trabajos científicos y la gestión de los distintos servicios de salud del país. Esto con el propósito de diseñar y aplicar intervenciones estratégicas costo/efectivas de alto impacto social, de acuerdo a un contexto particular para mejorar la calidad de vida de la población y alcanzar la superación de las inequidades y brechas sociales existentes en la misma.

Esta Sala Situacional de Salud, cuenta con un espacio virtual en la página web del instituto (www.iaes.edu.ve) en el cual hay un Boletín Informativo, indicadores básicos de salud, mapas temáticos entre otros.

Figura 13. Colección de imágenes de la Sala Situacional de Salud “Dr. Arnoldo Gabaldon”, Venezuela 2009.



Fuente: Sala Situacional de Salud “Dr. Arnoldo Gabaldon” IAE. 2009



Experiencias a nivel Estatal

En el estado Amazonas, al sur del país, conjuntamente con el MPPS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), en 2003 se presentó un proyecto de Implementación de Salas Situacionales, con el objetivo de desarrollar una cultura de análisis y uso de la información producida en los servicios de salud, para que a través de las salas, se identificaran las inequidades en salud y sus determinantes, y permitiera la aplicación de intervenciones más efectivas con eficacia y eficiencia. Estas Salas están funcionando en la Dirección de Desarrollo Social del municipio Átures, de ésta entidad federal. (Mattie, 2003 - Figura 14).

Figura 14. Implementación de las Salas Situacionales. Amazonas, Venezuela 2003.



Fuente: Sub-Dirección de Desarrollo Social. MPPS, 2007

Su implementación estaba basada en siete momentos, (1) sensibilización y capacitación del equipo de salud; (2) asambleas comunitarias para sensibilizar a los grupos organizados; (3) capacitación a líderes comunitarios; (4) capacitación a voluntarios encuestadores de cada comunidad; (5) elaboración de mapas y aplicación de encuestas socio-sanitarias; (6) construcción de las Salas Situacionales locales; y (7) conformación de las redes promocionales de salud y calidad de vida, para espacios de participación y actuación de la comunidad, con la finalidad de lograr la reducción de los déficit de atención a las necesidades sociales (Figura 15).



Figura 15. Colección de imágenes en la Implementación de las Salas Situacionales. Amazonas, Venezuela 2003.



Fuente: Sub-Dirección de Desarrollo Social. MPPS, 2007

En el estado Aragua, la Sala Situacional de la Corporación de Salud (CORPOSALUD), inicia en 2005, como:

Un espacio físico de trabajo en donde se desarrolla el proceso de Análisis de Situación, teniendo al alcance información diversa y oportuna con el soporte técnico y logístico para su desarrollo; es allí en donde se conjugan diferentes saberes para la identificación y estudio de situaciones de salud coyunturales o no, el análisis de los factores que los determinan, las soluciones más viables y factibles. Es un ambiente acondicionado y dotado para llevar a cabo sus tarea de monitoreo, sistematización y estandarización de las principales variables de control, para lograr decisiones favorables a los requerimientos de los usuarios en salud. Éste es un espacio organizacional para el diagnóstico, la revisión y abordaje de situaciones ordinarias y/o extraordinarias que emergen en la relación institución-estado.

Esta Sala Situacional generalmente, estudia eventos para planificar acciones, evaluar amenazas y riesgos de áreas críticas, pero en situaciones de emergencia canaliza, coordina y establece criterios de actuación a través de los puestos de comando, establecidos en varios teatros de operaciones, así como también agiliza la participación de agentes externos, medios



consultivos y movilización de recursos que sean requeridos para la atención adecuada de un evento (Corporación de Salud Estado Aragua, 2011).

Existen otras Salas Situacionales distribuidas a nivel estatal en las Direcciones Regionales de Salud, como por ejemplo Mérida, Zulia, Táchira, Anzoátegui, Delta Amacuro y Carabobo. Estas Salas Situacionales tienen muy bien distribuido su espacio físico y concentran la información estadística de salud local y municipal, exhiben su información en carteleras y generan boletines que permiten la toma de decisiones estratégicas; en los estados Mérida, Zulia, Táchira y Anzoátegui las Salas dependen de la Dirección Regional de Epidemiología, mientras que en Delta Amacuro y Carabobo de la Dirección de Salud Ambiental.

En la 1era Reunión conjunta entre Dirección General de Salud Ambiental y sus Direcciones Regionales, celebrada el 13 y 14 de marzo de 2010, en las instalaciones del IAE, se acordó implementar Salas Situacionales de Salud Ambiental en cada entidad federal, empezando por recolectar a través de un instrumento las necesidades de recurso humano, tecnología y capacitación requeridos para la sala (Anexo 2).

A nivel local, existe una experiencia con la Sala Situacional Comunitaria en el sector El Macaro Turmero municipio Santiago Mariño del estado Aragua, donde la comunidad Lacenio Guerrero y estudiantes del Programa de Especialización en Epidemiología del IAE, estudiaron la factibilidad de establecer una Sala Situacional en la casa comunal en 2008, allí la comunidad se reunió para identificar sus problemas y riesgos a la salud; a través de diferentes técnicas, priorizaron cada uno de estos problemas basados en la realidad de la comunidad y realizaron la caracterización general del municipio contextualizando los ámbitos geográfico, histórico, político-administrativo, social, económico y demográfico; donde finalmente como producto se diseñó un Proyecto escrito de su experiencia, permitiendo tomar decisiones para la acción. Cabe destacar, que en el país existen varias experiencias como ésta.

Hoy en día, la participación de la comunidad organizada, es el motor que motiva la disposición conjunta pueblo-estado para el logro de las metas propuestas, que en principio deben orientarse a las necesidades más sentidas, en orden de prioridad y factibilidad, con una visión realista que no deje lo emocional al frente de la toma de decisiones, sin embargo, es necesario la intervención directa de organismos gubernamentales o el apoyo oficial para que en conjunto logren el mejoramiento de la calidad de vida de nuestra población.



1.3.6. Comparación de las Experiencias en Salas Situacionales de Salud en 5 países de América Latina

En una aproximación a la caracterización de las Salas Situacionales, se estructuran a partir de categorías, las coincidencias y/o diferencias de los modelos de Salas Situacionales aplicados en los países seleccionados; cabe destacar, que un cuadro similar se presentó en reunión pautada por representantes de la OPS, en Brasilia 2002, quienes previamente elaboraron y repartieron a distintos países latinoamericanos, cuestionarios para conocer el funcionamiento de las Salas Situacionales de Salud de cada país.

Cuadro 2. Características sobre Salas de Situación de Salud en Argentina, Brasil, Perú, Cuba y Venezuela, 2011

Característica de la Sala Situacional	Argentina	Brasil	Perú	Cuba	Venezuela
Definición	Instancia integradora de la información de Vigilancia de Salud Pública.	Espacio donde se muestran las Estadísticas de Salud por zonas geográficas.	Espacio físico y lógico de análisis y de exhibición de la información.	Instancia integradora de la información.	Instrumento dedicado a la identificación y medición de las necesidades.
Función	Toma de decisiones, Propuesta de intervención y Evaluación.	Visión general de la salud de cada comunidad, para la toma de decisiones.	Toma de decisiones en la solución de los problemas de salud.	Órgano de asesoría para la toma de decisiones.	Conocimientos para determinar desigualdades y tomar acción correctiva.
Ubicación	Nacional, Provincial	Nacional, Municipal y Local	Nacional, Departamental y Local.	Nacional, Provincial y Local	Nacional, Estatal, Municipal
Difusión de la Información	Página WEB propia de la Sala Situacional donde se expone toda la información.	Página WEB del Ministerio de Salud posee un espacio dedicado a la Sala Situacional donde se expone toda la información.	Página WEB del Ministerio de Salud posee un espacio dedicado a la Sala Situacional donde se expone toda la información	Página WEB exclusiva para la información que concentra la UATS.	La Página WEB del MPPS no tiene un espacio reservado para la Sala Situacional Nacional, pero en ella se divulga información de salud (desactualizada)
	http://ministerios.sanluis.gov.ar/canal.asp?dcanal=7054	http://www.datasus.gov.br/rnis/saladesituacao.htm	http://www.minsa.gob.pe/portal/04SituacionSalud/salasiituacional.asp	http://www.cubasolidarity.net/infomed/www.sld.cu/instituciones/uat/index.htm	http://www.msds.gov.ve
Fuentes de Información	Sistema de Información de Salud, Estadísticas y Censos Nacionales.	Salas de Situación de Salud Locales.	Salas de Situación de Salud Locales.	UATS provinciales, además de Estudios Epidemiológicos, sociológicos, antropológicos, económicos, meteorológicos, hidroeconomía, salud veterinaria.	MPPS (Sistema de Notificación Semanal), INE, MEM, MINCI, MCT, Protección Civil, OPS.

Fuente: Elaboración Propia a partir de datos tomados de las Salas Situacionales de Salud de Argentina, Brasil, Cuba, Perú y Venezuela, 2011.

Como se puede observar en el Cuadro 2, existe una alta coincidencia en varias categorías, sin embargo, la que más resalta es la "Función" ya que todas sirven para la "Toma de Decisiones", constituyendo un espacio



importante para fortalecer las capacidades de respuesta y lograr determinar prioridades para la acción. Asimismo, coinciden en la Ubicación y Difusión, y resalta que en Argentina, Brasil, Perú y Cuba se nutren de información de sus Salas Situacionales provinciales o locales a diferencia de Venezuela que todavía no ha logrado unificar sus Salas y establecer una Red de Información directa.

CAPÍTULO II

ASPECTOS BÁSICOS

para el montaje de una
Sala Situacional



El surgimiento e implementación de las Salas Situacionales han respondido a enfoques según las políticas de salud que han tenido los países, lo que permite analizar la evolución de los conceptos durante diferentes periodos. En tal sentido, es importante antes de presentar estos aspectos básicos, presentar estas definiciones y sus características principales.

II.1. Definiciones e importancia de las Salas Situacionales



A continuación se presentan diferentes definiciones de Salas Situacionales:

Cuadro 3. Definiciones sobre Salas Situacionales

AUTOR (AÑO)	DEFINICIÓN	CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES
Bonilla-Molina & Haiman (2004).	Una Sala Social Situacional es el análisis del entorno donde le corresponde explorar tendencias y escenarios de comportamiento social y de encuentro entre políticas y ciudadanos y, en consecuencia, sugerir cursos de acción para viabilizar la acción, disuadir y disolver los puntos de resistencia y conflicto e incorporar las expectativas y necesidades ciudadanas a la gestión....El análisis del entorno llevado a cabo por la sala social situacional, alimenta el proceso de toma de decisiones y facilita la selección de las alternativas más favorables para la organización. Los insumos fundamentales para el análisis del entorno son la información, la comunicación y la mediática.	Bonilla & Haiman, se centran en el análisis al entorno social y político.
Bergonzoli (2005)	Una Sala Situacional es un espacio, virtual y matricial, de convergencia en donde se conjugan diferentes saberes para la identificación y estudio de situaciones de salud coyunturales o no, el análisis de los factores que los determinan, las soluciones más viables y factibles de acuerdo con el contexto local y el monitoreo y evaluación de los resultados obtenidos después de la aplicación de las decisiones tomadas.	Bergonzoli, destaca la sala como un espacio "donde se conjugan saberes multidisciplinares".
OPS (2007)	El espacio físico y/o virtual, con acceso a bases de datos y documentos diversos, donde un equipo de trabajo realiza de manera sistemática el proceso de concentración y análisis de datos para determinar el estado de salud de una población o grupos de poblaciones. De este proceso de Análisis de la Situación de Salud (ASIS), se desprenden informes técnicos y estratégicos con los cuales se toman decisiones viables, en función de las prioridades en salud.	En esta definición, establece que cada Sala Situacional es un espacio físico o virtual.
Serpas (2007)	La Sala Situacional de Salud (SSS) es concebida como un proceso continuo de articulación de 3 niveles: Nivel 1: Recolección, tabulación, procesamiento, elaboración de gráficos y mapas; Nivel 2: Análisis, comparación de datos, valoración de frecuencias y elaboración de alternativas; Nivel 3: Priorización de problemas, valoración de intervenciones y toma de decisiones	Serpas, enfoca la Sala Situacional como un "proceso continuo en el que se interrelacionan los tres niveles", a diferencia de otros autores.

Fuente: Elaboración Propia a partir de datos de: Serpa (2007); OPS (2007); Bonilla-Molina & Haiman (2004) y Bergonzoli (2006).



El enfoque de Bergonzoli (2006), resume y simplifica los otros conceptos; resaltando la participación de diferentes profesionales o técnicos, sean o no del sector salud, de tal manera de incorporar varias disciplinas del conocimiento, para identificar, medir y reducir las brechas o desigualdades innecesarias, injustas y evitables en salud, y evaluar los factores que las determinan; convirtiéndose así en un instrumento idóneo para realizar la vigilancia de Salud Pública.

La finalidad de una Sala Situacional debe centrarse en generar *“inteligencia en salud”*, para aportar soluciones que favorezcan las condiciones de salud y vida de la población, con un enfoque de equidad Bergonzoli (2006). En su trabajo Heredia et al. (2010), destacan la importancia de potenciar las Salas Situacionales en el nivel local para que su desarrollo esté direccionado por las políticas, prioridades y compromiso de la gestión en salud, articulando las necesidades y demandas priorizadas por la población con los recursos disponibles.

Las Salas Situacionales, son espacios que permiten el proceso de toma de decisiones en situaciones de emergencias, pero también en situaciones de *“normalidad”*; incorporan análisis de situación de salud, investigación, planeación, provisión estratégica de los servicios y sistemas de información en salud. Logra este último, con recopilación permanente, sistemática, ordenada y oportuna de información, el cual permite identificar y evaluar los factores de riesgo que influyen en la salud.

Por otro lado, las Salas Situacionales contribuyen a priorizar las áreas geográficas de mayores riesgos a través de los mapas temáticos, canalizar recursos hacia las áreas geográficas de mayores riesgos, establecer matrices y perfiles de riesgos para evaluarlos y controlarlos y mantener actualizada la información, tanto de los niveles locales y nacionales como internacionales. Finalmente, la Sala Situacional juega un papel determinante en la reducción de las inequidades en salud (Torres et al. 2003).

11.2. Orientaciones para la Implementación de las Salas Situacionales

La creación de una Sala Situacional requiere de voluntad de abrir un espacio de Análisis de Situación de Salud; no obstante, es necesario establecer los objetivos, funciones y requerimientos mínimos en cuanto a talento humano, equipos, programas, mobiliario, servicios, espacio físico y/o virtual, recurso financiero, etapas, pasos y flujo de información. En atención a ello, se ha considerado, basada en una experiencia de más de una década, presentar algunas sugerencias, a manera de orientación para su implementación:



11.2.1 Objetivo de la Sala Situacional



Ser un centro de acopio y difusión de información que sirva para la vigilancia en Salud Pública; donde se pueda consolidar y procesar de manera oportuna, así como facilitar su interpretación, para tomar decisiones acertadas que contribuyan a mejorar las condiciones de salud y de vida de la población con calidad y equidad.

11.2.2 Objetivos Específicos de la Sala Situacional



- Aportar soluciones e intervenciones sociales constructivas, que conlleven a un mejoramiento en las actividades, análisis y vigilancia del proceso salud-enfermedad.
- Identificar, medir y reducir las inequidades en salud, para proporcionar la reducción de brechas.
- Consolidar bases de datos de fuentes y sectores diversos, con capacidad de integrar y unificar la información de todos los niveles (local o comunitario, parroquial, municipal, regional y nacional) con data epidemiológica, demográfica, geográfica, ambiental, social, administrativa, planificación, cultural, político, organizacional, normativa y legal; para poder monitorear, evaluar y reducir las inequidades en salud.
- Fortalecer, integrar y unificar el flujo de información que facilite anticipar amenazas, vigilancia y la toma de decisiones estratégicas, técnicas, políticas y administrativas para dar respuestas efectivas y oportunas sobre problemas de Salud Pública.

11.2.3. Funciones de la Sala Situacional



Dependiendo del nivel administrativo donde esté ubicada la Sala de Situación, podrá cumplir, entre otras, las siguientes funciones:

- Monitorizar las tendencias de los eventos de salud.
- Realizar seguimiento de las actividades de intervención frente a las epidemias, urgencias, desastres naturales u otros eventos adversos.
- Crear y/o utilizar bases de datos existentes (natalidad, mortalidad, y morbilidad).
- Elaborar indicadores y su interpretación.
- Diseñar mapas temáticos para promover el uso de la estratificación por áreas de Riesgo, para la detección y notificación de desigualdades e inequidades en salud.
- Recopilar, procesar, analizar y comparar información para la toma de decisiones.



- Producir información estratégica para la acción y toma de decisiones oportunas.
- Difundir información, uniforme, clara y consistente, democratizándola con la comunidad en general.

11.3. Requerimientos mínimos de la Sala Situacional

11.3.1. Recurso Humano

La Sala Situacional debe estar conformada por un equipo multidisciplinario (técnicos en estadísticas de salud, salubristas, epidemiólogos, informáticos y diseñadores gráficos comunicacionales, entre otros), responsables por la integración, unificación y análisis de los datos para producir información para la toma de decisiones gerenciales, la cual debe ser difundida a través de páginas Web, boletines, carteleras, entre otros. Cabe destacar, que el equipo mínimo para iniciar el funcionamiento de una Sala Situacional son: un transcriptor y un funcionario con conocimientos en hojas de cálculo y estadísticas básicas.

Así mismo, en la Sala Situacional por ser definida como un espacio en el que confluyen diversos actores, se puede contar con el apoyo de especialistas en áreas específicas internos o externos a la organización, quienes contribuirán en la revisión de la información que se produce en la sala. Los especialistas internos de la organización trabajarán continuamente con el equipo de la sala, ya que la información que se producirá servirá de base para su quehacer diario. Por ejemplo: en una Sala Situacional de un área fronteriza portuaria, deben concentrar y difundir información epidemiológica para realizar la vigilancia sanitaria y evaluar cualquier evento que pueda convertirse en emergencia de Salud Pública nacional e internacional.

11.3.2. Equipos

En cuanto al recurso tecnológico, es necesario contar con los equipos adecuados que faciliten el tiempo de análisis y ejecución de los procesos, entre estos:

- Computadoras, de alta capacidad en cuanto a almacenamiento de datos, y memoria que permitan el uso de varias instancias, o programas activos.
- Impresoras para la reproducción de materiales de alta calidad para carteleras (preferiblemente de color).



- Proyector Multimedia que permita ampliar las presentaciones en las reuniones.
- Cámara digital y filmadora, para identificar situaciones y recolectar evidencia de riesgos a la salud.
- GPS para georeferenciar en mapas y estratificar áreas de riesgo.

11.3.3. Programas o Software



Hojas de Cálculo: que permitan el llenado de datos o registros y para generar tablas, cuadros, gráficos, entre otros. Las utilidades fundamentales de una hoja de cálculo consisten en la facilidad de recalcular e interpretar rápidamente datos numéricos. Esta herramienta es ideal para la introducción de los datos base.

Programas Estadísticos: que permitan realizar análisis de los datos tabulados; estas herramientas estadísticas tienen la capacidad de trabajar con bases de datos de gran tamaño.

Sistemas de información geográfica (SIG): son programas que permiten integrar, almacenar, editar, analizar, compartir y mostrar información geográficamente referenciada; realizan consultas interactivas y son capaces de estratificar áreas de riesgo.

Software para el diseño y programación WEB: que permitan implementar la página Web de la Sala Situacional; donde de agrupe toda la información procesada en la misma.

Software de diseño gráfico: que faciliten la elaboración de imágenes, textos y figuras, con el diseño comunicacional visual para el montaje de carteras.

11.3.4. Mobiliario



Es necesario contar al menos, con una mesa de reuniones, 6 sillas, 4 carteleras, 1 pizarra acrílica, 2 escritorios y 10 mapas de país (distribución político territorial por municipios, parroquias (y/o la unidad de análisis que se requiera), hidrología del país, distribución de grupos indígenas, físico, geológico, cuencas petrolíferas, regiones geográficas, relieve, suelos, puertos y aeropuertos).



11.3.5. Servicios



Por otro lado, se debe contar con acceso a internet, teléfono, fax, radio (de ser necesario por su ubicación de difícil acceso) y correo tradicional.

11.3.6. Espacio físico o virtual



Para el montaje de una Sala Situacional es necesario un espacio físico o área de cierta amplitud tanto para el montaje de indicadores, mapas, y gráficos, como para permitir reuniones colectivas multidisciplinarias; este espacio debe contar como mínimo con 20 metros cuadrados; sin embargo, puede funcionar en un espacio menor, ya que la mayor parte de la información puede estar en formato digital.

Por otro lado, si se tiene un Portal electrónico o página Web, se requiere de un espacio virtual, esto significa almacenamiento en Internet a través de la página Web oficial con un enlace a la Sala Virtual o un Dominio personalizado en Internet. Esta página Web permitirá exponer en presentación digital toda la información e indicadores procesados en la Sala Situacional.

11.3.7. Recursos Financieros



Recursos que permitan la continuidad de las tareas y actividades de la Sala Situacional, así como la operatividad de toda la infraestructura tecnológica.

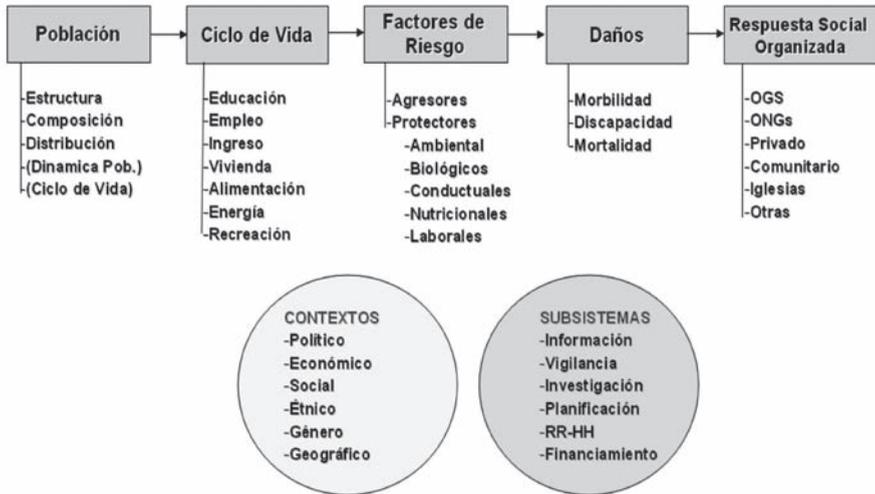
11.4. Elementos o Componentes básicos de la Sala Situacional



Es imprescindible, contar con un diagnóstico general por comunidad o el nivel más desagregado de territorio social, el cual permitirá analizar los diferentes indicadores epidemiológicos y acercarse a su realidad. Bergonzoli(2006), establece 5 elementos: Población; Condiciones de vida; Factores de riesgo; Daños y Respuesta social organizada (Figura 16).



Figura 16. Vigilancia en Salud Pública



Fuente: Bergonzoli, 2006

La Población: permite conocer las características básicas de su estructura, composición, distribución y ciclo vital. Por ejemplo: población total del área de la comunidad por grupo de edad y sexo; etnias, natalidad, ubicación de la localidad, límites, mapas y superficies, profesionales de salud que viven en el área.

Condiciones de Vida: permite conocer características sociales, culturales, económicas, educación, empleo, ingreso, vivienda, alimentación, energía, recreación, servicios básicos y capacidad instalada de los servicios de salud; para obtener una aproximación a las condiciones donde viven las personas. Por ejemplo: Tipo de vivienda, nivel socioeconómico, establecimientos educativos públicos y privados por tipo (preescolares, educación primaria, secundaria, técnica, especializada, superior, otros), matrícula escolar por niveles; deserción escolar; acueductos; conexiones de agua potable; electricidad; gas; disposición de excretas; cloacas; viviendas conectadas; pozos sépticos, sin conexión; recolección de basura; control de alimentos (industriales y expendios); tenencia de animales: gatos, perros, cochineras, gallineros, entre otros.

Factores de Riesgo: son aquellos que agreden y protegen la salud, tanto los ambientales, biológicos, conductuales, nutricionales y laborales. Por ejemplo: topografía, hidrología, clima y meteorología, temperatura media



anual, precipitación pluvial, épocas de lluvias, fuentes contaminantes, factores asociados a posibilidades de desastres, fuentes de contaminación ambiental, riesgos viales, domiciliarios, laborales; violencia social o familiar; hábitos o costumbres; pobreza crítica; porcentaje de analfabetismo.

Daños: estos elementos están referidos a los eventos de salud en términos de carga de enfermedad, discapacidad y muerte evitable. Por ejemplo: morbilidad general y específica (principales causas); mortalidad por localidad, edad y sexo; discapacidad.

Respuesta Social Organizada: refleja la oferta del sector salud y la sociedad civil o actores sociales. Por ejemplo: Consultorios Populares, Ambulatorios Rurales y Urbanos (dependencia administrativa, tipo y nivel, equipamiento); Centros de Diagnóstico Integral; Salas de Rehabilitación Integral; Hospitales; Consultorios Privados; Medicina Tradicional y Alternativa (practicantes, tipo); Consultorios Odontológicos (públicos y privados); Laboratorios de Análisis Clínicos (dependencia administrativa, tipo de exámenes); Farmacias; Consejos Comunales; Comités de Tierras, Comités de Salud; Sindicatos; Partidos Políticos y Grupos de Formación; Centros Deportivos; entre otros.

11.5. Etapas, Pasos y Flujo de Información a seguir en una Sala Situacional

Para proporcionar “información para la acción” con calidad y oportunidad, la Sala Situacional debe cumplir con tres etapas: procesos, análisis y productos, sin embargo para ello los integrantes de la misma deberán cumplir con ciertos pasos que le ayuden a consolidar de manera integral la data estratégica (Montiel, 1999):

- a) Recolectar datos, Registro Base de cualquier hecho cuantificado o no;
- b) Procesar los datos base o primarios para convertirlos en información;
- c) Analizar e interpretar la información a través de la selección de indicadores, Sistemas de Información Geográficos; Análisis de tendencias; Medición de Iniquidades; Análisis de Situación de Salud, entre otros; que permitan identificar y cuantificar problemas de Salud, estratificar, comparar y focalizar grupos de riesgo;
- d) Difundir la información, a través de informes o boletines;
- e) Contribuir a la toma de decisiones, acciones y seguimiento que permita la Gestión Institucional, Movilización de Recursos, Análisis multifactorial, Monitoreo y Negociación.



Las Salas Situacionales deben cumplir con el ciclo del Flujo de Información desde el nivel local o Unidades de Notificación (Sala Situacional Comunitaria), al Nivel Municipal, luego a Nivel Regional y finalmente al Nivel Nacional o Central, las cuales deberán retroalimentar a sus niveles inferiores. Sus funciones y responsabilidades deberán estar muy relacionadas con su nivel de ubicación (Méndez, et al., 2007).

Los desafíos que las Salas Situacionales deben lograr para obtener una buena información son: unificar el registro de datos primarios; tener acceso oportuno a la data; consolidar información veraz y oportuna; contribuir a establecer la cultura de análisis y uso de información; usar indicadores y estadísticas; estratificar áreas de riesgo; aplicar diferentes enfoques y metodologías para el análisis situacional; trabajar en equipo, con grupos multidisciplinarios e intersectoriales; pero sobre todo lograr su sostenibilidad estructural (que se vean reflejadas en los organigramas organizacionales y con una asignación de recursos y de utilidad para la gestión).

El reto más importante es el de transformar la cultura establecida, a una en la que el uso y análisis de los datos e información generen efectivamente una inteligencia que apoye la toma de decisión (Moya, 2010).

En tal sentido, la Sala Situacional se convierte en una herramienta fundamental para la vigilancia en Salud Pública, la cual, contribuye en la toma de decisiones oportunas y de calidad. La Sala Situacional, debe ser entendida como un espacio estratégico que permite el proceso de toma de decisiones en situaciones de emergencias y en situaciones de "normalidad"; incorporando análisis de situación de salud, fortalece los mecanismos necesarios de control, vigilancia, seguimiento y evaluación basados en análisis e indicadores que puedan orientar acciones de Salud Pública y prevención en relación a factores de riesgo sanitario ambientales. En razón de la múltiple y variada información que puede ser manejada a través de una herramienta estratégica como la Sala Situacional, con su implementación se podrá tener un espacio que pueda dar respuestas a las expectativas de cualquier gerencia para la toma de decisiones más efectivas, oportunas y productivas, disminuyendo las incertidumbres ocasionadas por la complejidad de los servicios, actividades y situaciones que día a día se presentan en el ámbito de la salud.



11.6. Técnicas más frecuentes de difusión y montaje de exposición de información

11.6.1 Variables y Escalas de medición

Para emitir resultados de un análisis estadístico, después de una investigación, es de vital importancia para su comprensión e interpretación presentarlos de un modo adecuado a través de tablas, diagramas, gráficos, mapas, entre otros; de tal forma de visualizar la información de una manera más sistemática y resumida.

Los datos que interesan dependen, en cada caso, del tipo de variable; siendo ésta el nombre del atributo que se observa y se va a medir, el mismo puede ser entendido como el procedimiento mediante el cual se asignan valores a objetos, personas, lugar, tiempo, respuestas o eventos de acuerdo a ciertas reglas; es decir todo lo que toma diferentes valores ya sean cualidades o cantidades. Las variables son atributos o eventos que se pueden medir en un estudio y pueden tomar distintos valores y escalas.

Existen variables cualitativas y cuantitativas, las primeras son escalas subjetivas y deben definirse. Generalmente son variables expresadas en dos o más categorías que no guardan iguales distancias entre los intervalos. Las variables cualitativas son aquellas generadas a partir de categorías o atributos como sexo, profesión, color de ojos, raza o etnia, países, color del cabello.

Estas variables se caracterizan por ser: **a) Variables nominales:** las cuales establecen frecuencias en cada atributo, igualdad o desigualdad entre los diferentes casos, ver cuál es el grupo que tiene mayor frecuencia alcanzando el concepto de “*moda*”; también se obtienen algunas medidas de comparación cuando se relacionan variables entre sí. Por ejemplo: Etnia, Sexo, Ocupación; **b) Variables ordinales:** recogen la idea de orden pero no tiene sentido realizar operaciones aritméticas con ellas, ya que el rango entre las categorías no tienen el mismo tamaño necesariamente. Ejemplo: Nivel Educativo (Primaria, Básica, Media Diversificada, Técnico Superior Universitario, Universitario); Grado Nutricional (Moderada, Severa y Leve).

También se consigue establecer igualdad y desigualdad; relaciones como mayor que, y menor que; puede establecerse orden, pero no medirse distancia dentro de ese orden. La medida estadística de tendencia central más apropiada para estas escalas es la “*mediana*”.

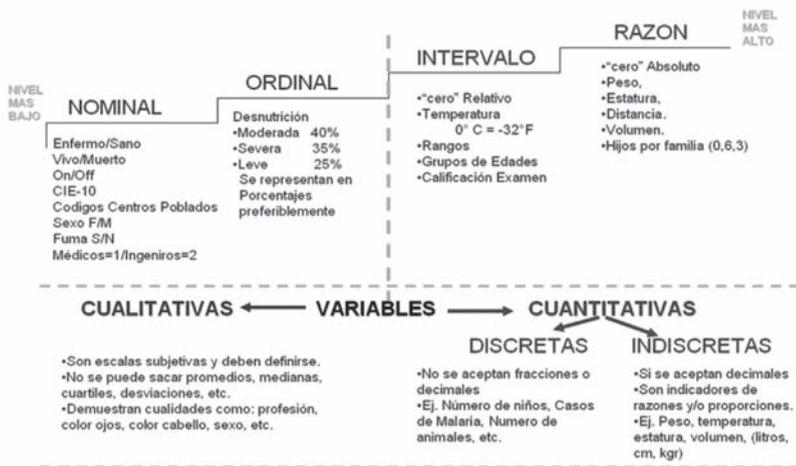


Por el contrario, las variables cuantitativas son expresadas como números enteros, fracciones o decimales y guardan iguales distancias entre los intervalos sucesivos.

Estas variables se caracterizan por ser **c) Continuas** las cuales aceptan fracciones o decimales, como por ejemplo: peso, edad, hora, concentración de sodio en sangre; y **d) Discontinuas o Discretas** es decir, que no aceptan fracciones o decimales, como por ejemplo: Número de hijos, número de alumnos, número de dientes, casos de Malaria, número de animales. Se encuentran en las escalas de intervalo y razón.

A continuación se presenta en la Figura 17, un resumen de las escalas de medición de variables:

Figura 17. Escalas de Medición de variables



Fuente: Elaboración propia. 2011

En la figura anterior, se puede observar que existen cuatro tipos de escalas: nominal, ordinal, de intervalos y de razón. Estas escalas son un sistema para asignar valores numéricos a ciertas características o rasgos mensurables. El nivel más bajo de medición es la escala Nominal y el nivel más alto es la escala Razón (Ospina, 2005)

En una escala nominal, a cada variable que se está midiendo se le asigna un número o nombre distinto. Por ejemplo, un número, letra o número romano. Una variable corresponde a una escala nominal cuando los sucesos



elementales se usan para clasificar personas, características u objetos en categorías que no admiten jerarquización ni cuantificación de los datos. En una escala ordinal, la variable bajo medición se ordena o jerarquiza, sea cual fuere la diferencia de magnitud entre puntajes. En una escala de intervalos se obtiene una unidad específica de medición, en esta escala existe el cero relativo. Finalmente, la escala de razón son variables cuyos sucesos elementales, además de ordenarlos jerárquicamente, permiten hacer comparaciones entre un par de valores, pero esta vez afirmando cuántas veces es mayor o menor un valor que otro, es decir existe un cero absoluto.

Según Bergonzoli (2006), en cualquiera de las funciones de la Epidemiología y fundamentalmente para la vigilancia epidemiológica y el análisis de situación de salud, es necesario describir el comportamiento de las enfermedades en relación a las variables persona, lugar y tiempo (también denominadas variables epidemiológicas).

Variable persona: Se utiliza para medir el riesgo de enfermedad en cada grupo, por ejemplo: Edad, sexo, raza, ocupación, religión, nivel socioeconómico, nivel educativo, estado civil, tamaño de la familia, orden de nacimiento y estilo de vida. La edad se utiliza para medir el riesgo de enfermedad en cada grupo, examinar las enfermedades prevalentes y ubicar la progresión por edad de una enfermedad en particular. El sexo permite observar que los patrones de mortalidad y morbilidad son diferentes, se sabe que las tasas de mortalidad son más altas en los hombres y las tasas de morbilidad son mayores en las mujeres, porque éstas acuden más a los servicios de salud. El origen racial puede ser de utilidad como indicador de grupos con deficiencias en la atención, pero es controvertido en tanto las principales diferencias están relacionadas con el nivel socioeconómico y las oportunidades que las sociedades dan a grupos étnicos o minoritarios.

El estado civil como sinónimo de vivir en pareja, tiene una implicación epidemiológica. Las tasas de mortalidad general son más elevadas en orden decreciente entre divorciados, viudos, solteros y casados. Existen diferencias en los estilos de vida entre casados y solteros; por ejemplo, la familia como apoyo contribuye a mejorar la salud, evitando que el individuo se exponga a una variedad de agentes y situaciones que causan enfermedades.

Los estilos de vida se refieren a los patrones de conducta individual y social que actúan por lo menos en parte, bajo control individual y que afectan la salud personal; detrás de enfermedades crónicas, discapacidades y muerte prematura, hay conductas y factores ambientales posibles de prevención; como el consumo de tabaco, alcohol, abuso de drogas, mala alimentación, falta de actividad física, uso irresponsable de automóviles y de armas.



Asimismo, están los estilos de vida que actúan como factores protectores, como hacer ejercicios periódicamente, comer frutas y hortalizas diariamente, no fumar, tomar 8 vasos de agua al día, usar el cinturón de seguridad, entre otros.

Variable lugar: La aparición de una enfermedad también depende del lugar donde ocurre, se trata de encontrar un patrón de ocurrencia en relación a la geografía. El método de análisis consiste en elaborar mapas de riesgos para enfermedades y comparar las diferentes áreas geográficas. La ocurrencia de una enfermedad en un territorio dependerá de los aspectos físicos y ambientales pero sobre todo de las características de sus habitantes y de la forma como históricamente han vivido allí (reproducción social).

Variable tiempo: La distribución de las enfermedades en el tiempo es un tema clásico en epidemiología. Las variaciones a corto plazo, las tendencias cíclicas, seculares, y la conjunción tiempo - espacio delimitan el concepto de epidemia, que resulta de la combinación de una enfermedad en un tiempo y lugar determinado. Por otro lado, las diferencias en la incidencia o prevalencia en el tiempo reflejan las variaciones en patrones biológicos, ambientales, o de estilos de vida.

11.6.2. Técnicas de difusión



Para representar gráficamente el análisis de los datos, es importante determinar la técnica de difusión en la cual se va exhibir la información, para ello existen cuadros, tablas, gráficos, mapas, entre otros.

Cuadros y Tablas



Los Cuadros constan de líneas horizontales y verticales cerradas. Es generalmente utilizado para proporcionar datos secundarios; por lo general presentan los resultados cualitativos (texto).

La tabla es el arreglo ordenado, en columnas e hileras, de datos numéricos y características relacionadas, con el objeto de facilitar la lectura, comparación e interpretación de los mismos. A toda técnica de difusión de información debe colocársele bien claro los títulos y la fuente. Las tablas permiten describir los casos por grupos de edad, sexo, entre otros. Se expresan en forma de frecuencias absolutas: n° de observaciones obtenidas para cada categoría de una variable y frecuencias relativas: es la frecuencia absoluta dividida entre el total de las observaciones, multiplicadas por 100. Existe una diferencia en cuanto a presentar información en "cuadros" o en



"tablas"; los cuadros normalmente presentan resultados cualitativos o de textos, mientras que, en una tabla se presentan los resultados cuantitativos o números, datos primarios (Oliveira, 2005 - Figura 18).

Características de un cuadro o una tabla

Número del cuadro o tabla: Es el código o elemento de identificación que permite ubicar el cuadro o la tabla en una publicación. Éstos se enumeran según el sistema arábigo y en forma correlativa. Se escribe la palabra "Cuadro" o "Tabla" e inmediatamente el número correspondiente, el cual debe ir separado del título por un punto y dos espacios.

Título: Debe estar redactado en forma breve y clara de manera que exprese el contenido del cuadro o tabla, siguiendo el ordenamiento del mismo. En el Título se escribirá la primera letra en mayúscula y las demás en minúscula. El título debe ser claro, conciso y especificar la información en función de persona, tiempo y lugar, por otro lado, debe responder hasta donde sea posible a las siguientes preguntas: Qué, dónde, cómo y cuándo. Por ejemplo: Qué: Se refiere al hecho observado o característica principal, ejemplo: Nacidos vivos registrados, Matrícula inicial, Casos de Dengue, etc. Dónde: Se refiere al lugar a que corresponda la información, ejemplo: Venezuela, entidad, región, comunidad, etc. Cómo: Se refiere al orden en que está presentada la información, comenzando por el encabezado que se identifica con la preposición "por", siguiendo con la información de la columna matriz que califica con la preposición "según". Cuando: Se refiere al tiempo que cubre la información, o sea, a un período (Semana, mes, trimestre, semestre año) o un día determinado.

Fuente de Información: La fuente es la indicación al pie del cuadro o tabla, que sirve para nombrar la publicación o entidad responsable de la elaboración de los datos.

Nota: Es la información de carácter general destinado a ofrecer nuevos conceptos o definiciones, aclarar el contenido de las tablas o indicar la metodología adoptada en la investigación, elaboración de los datos o explicar los códigos, abreviaturas o símbolos. Para diferenciarla de las llamadas, ésta no lleva ningún símbolo, más bien se indica con la palabra "Notas".

Llamadas: Es la información de carácter específico que se aplica en determinada parte del cuadro o tabla. La llamada se identifica con los símbolos: */ , a/, b/, c/, o 1/, 2/, 3/.



Figura 18. Ejemplos de Técnicas de difusión y montaje de exposición de información Tabla y Cuadro.

Tabla 1. Casos de Malaria según Lugar de Origen de Infección, Venezuela, semana epidemiológica N° 52 Año 2011

ESTADOS	MUESTRA-TOMADAS	CASOS SEMANA 52 (25 al 31 Dic. 2011)						SITUACIÓN	2010	ACUMULADO MUESTRAS TOMADAS	ACUMULATIVO HASTA SEMANA N° 52						
		ESPECIE				TOTAL	ESPECIE					TOTAL	SITUACIÓN	2010			
		P.v	P.f	P.m	P.v.f	2011	P.v				P.f	P.m			P.v.f	2011	
Dtto. Capital	2	0	0	0	0	0	ÉXITO	0	82	0	0	0	0	0	ÉXITO	0	
Amazonas	201	20	1	0	0	21	ÉXITO	11	38.752	2830	269	6	57	3.162	ÉXITO	2.797	
Anzoátegui	52	0	0	0	0	0	ÉXITO	0	3894	40	3	0	0	43	ÉXITO	103	
Apure	12	3	0	0	0	3	EPIDEMIA	0	804	32	0	0	3	35	SEGURIDAD	21	
Aragua	1	0	0	0	0	0	ÉXITO	0	226	0	0	0	0	0	ÉXITO	0	
Barinas	33	0	0	0	0	0	ÉXITO	0	1686	6	0	0	0	6	SEGURIDAD	1	
Bolívar	3.560	453	120	0	56	629	ALARMA	418	234.313	28.749	9.184	0	1367	39.300	EPIDEMIA	39.744	
Carabobo	6	0	0	0	0	0	ÉXITO	0	331	1	0	0	0	1	ÉXITO	0	
Cojedes	0	0	0	0	0	0	ÉXITO	0	20	0	0	0	0	0	ÉXITO	0	
D. Amacuro	137	19	3	0	1	23	ALARMA	26	11.522	1737	265	0	11	2.013	EPIDEMIA	1.588	
Falcón	0	0	0	0	0	0	ÉXITO	0	5	0	0	0	0	0	ÉXITO	0	
Guárico	1	0	0	0	0	0	ÉXITO	0	5.266	7	1	0	0	8	ALARMA	10	
Lara	2	0	0	0	0	0	ÉXITO	0	597	0	0	0	0	0	ÉXITO	0	
Mérida	3	0	0	0	0	0	ÉXITO	0	3864	0	0	0	0	0	ÉXITO	0	
Miranda	0	0	0	0	0	0	ÉXITO	0	27	0	0	0	0	0	ÉXITO	1	
Monagas	17	1	0	0	0	1	SEGURIDAD	4	3392	79	0	0	3	82	ÉXITO	97	
N. Esparta	2	0	0	0	0	0	ÉXITO	0	95	0	0	0	0	0	ÉXITO	3	
Portuguesa	2	0	0	0	0	0	ÉXITO	0	894	0	0	0	0	0	ÉXITO	0	
Sucre	862	13	0	0	0	13	SEGURIDAD	12	70.435	1018	2	0	2	1.022	SEGURIDAD	561	
Táchira	0	0	0	0	0	0	ÉXITO	0	2399	0	0	0	0	0	ÉXITO	0	
Trujillo	4	0	0	0	0	0	ÉXITO	0	97	0	0	0	0	0	ÉXITO	0	
Vargas	0	0	0	0	0	0	ÉXITO	0	7	0	0	0	0	0	ÉXITO	0	
Yaracuy	0	0	0	0	0	0	ÉXITO	0	158	0	0	0	0	0	ÉXITO	0	
Zulia	8	0	0	0	0	0	ÉXITO	4	3437	152	0	0	0	152	SEGURIDAD	229	
Venezuela	4.905	509	124	0	57	690	SEGURIDAD	475	382.303	34.651	9.724	6	1.443	45.824	ALARMA	45.155	
CASOS IMPORTADOS	9	8	0	2	19			8		667	362	1	50	1.080		814	
COLOMBIA (4) GUYANA (15)									GUYANA(712), COLOMBIA(344) BRASIL(14) NIGERIA(4) HAITI(2) TRINIDAD Y TOBAGO(1) SURINAN(1) SUD-ÁFRICA(1) EL CONGO(1)								
Total Estados Notificantes 24 (100 %)																	

Fuente: Dirección General de Salud Ambiental.

Nota: * Láminas / Pruebas Diagnósticas Rápidas; * Se Corrige Acumulado: P.v = Plasmodium vivax; P.f = Plasmodium falciparum; P.m. = Plasmodium malariae; P.v.f. = Infecciones Mixtas (P. vivax + P. falciparum).

Cuadro 2. Actividades Realizadas en Comunidades, Escuelas y Consejos Comunales por Municipio desde 27/04/2009 hasta 12/05/2009

FECHA	MUNICIPIO	INSTITUCION - CONSEJO COMUNAL - COMUNIDAD	CONTACTO	ACTIVIDAD
28/04/2009	GRARDOT	DGSA	Maiba Peña	Entrega de medicamentos
29/04/2009	MARIÑO	Comunidad Pantín I y II	Zulay Prado	Reunión con el consejo Comunal a fin de Finiquitar estrategias para el desarrollo de un operativo asistencial Integral.
30/04/2009	MARIÑO	Comunidad San Joaquín de Turmero	Yeliz Hernández	Operativo Asistencial Integral "Romulo Gallegos"
07/05/2009	GRARDOT	Hospital Militar de Maracay	Mirian Alayón	Los alumnos de la Escuela Santos Michelena deben pintar los murales
07/05/2009	MARIÑO	Barrio 19 de Abril	Marcelo Nieves	Entrega de medicamentos y Protesis Auditivas
12/05/2009	GRARDOT	Misión Robinson / Cuartel Páez	Julio Parra	Tramitación y búsqueda de 15 cajas de libros por parte de la misión Robinson para ser entregadas en diversas actividades.

Fuente: Sala Socio Política. DGSA 2009



Gráficos

Las representaciones gráficas consisten en la creación de una imagen en la que se acopia la distribución de los datos obtenidos. Esto permite tener una rápida visión de lo que está ocurriendo y ayuda en el análisis de los datos. Las funciones más importantes de los gráficos son: hacen más visibles los datos, sistemas y procesos; ponen de manifiesto sus variaciones y su evolución histórica o espacial; pueden evidenciar las relaciones entre los diversos elementos de un sistema o de un proceso y representar la correlación entre dos o más variables; sistematizan y sintetizan los datos, sistemas y procesos; aclaran y complementan las tablas y las exposiciones teóricas o cuantitativas; el estudio de su disposición y de las relaciones que muestran pueden sugerir nuevas hipótesis.

Existen dos clases de gráficos: a) Los que van a mostrar variaciones de determinados fenómenos; b) Los que aportan una información o análisis gráfico. Sus elementos son: Título, el gráfico propiamente dicho y las notas explicativas, es importante no olvidar todos los títulos tanto del gráfico como de los ejes. Entre los gráficos más comunes están:

Diagrama de barras: Se crean columnas que corresponden a los valores de una variable. La altura de cada barra es la frecuencia absoluta o relativa. Sirven para ilustrar distribuciones de frecuencias en escala cualitativa y cuantitativa para series cronológicas cuando son pocos los valores. Las Barras dobles y Barras compuestas, se usan para representar datos de asociación y para hacer comparaciones (Figura 19 - A).

Diagramas de sectores: Se reparte un círculo o “torta” en un número de partes igual al número de categorías de cada variable. El tamaño de cada parte es proporcional al número de observaciones que se haya dado en esa categoría respecto del total (Figura 19 - B).

Histograma y Polígono de frecuencia: Se utiliza para representar distribuciones de frecuencias. El histograma permite obtener por cada clase el número de casos promedio por unidad de escala. El polígono de frecuencia se construye uniendo los puntos medios del lado del rectángulo de un histograma, opuestos a la base. (Figura 19 - C).

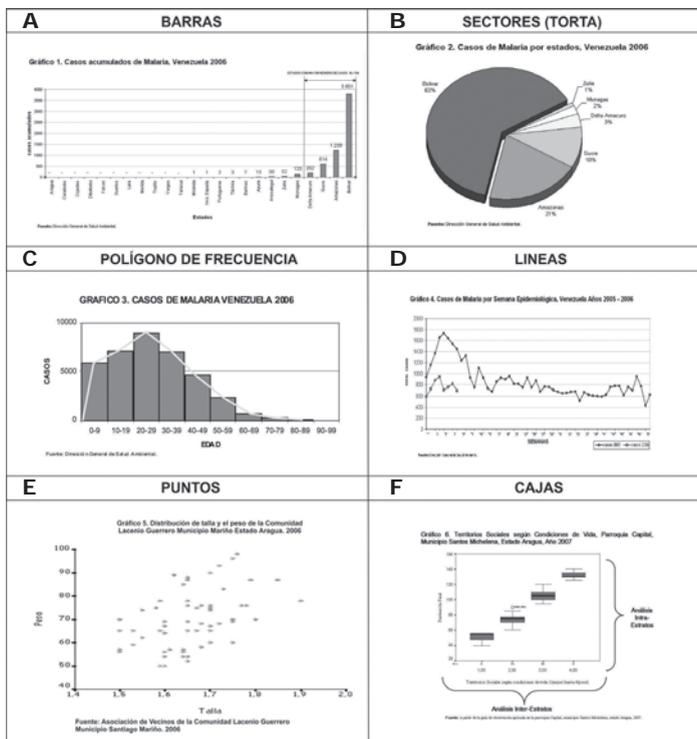
Diagrama de líneas: Estos diagramas son utilizados para ilustrar distribuciones de variables cuantitativas discontinuas y serie cronológicas. (Figura 19 - D).



Diagrama de puntos: Se usan para representar distribuciones de variables cualitativas, frecuencias absolutas y frecuencia cuantitativas discontinuas (Figura 19 - E).

Diagramas de Caja o Boxplots: El nombre original del gráfico introducido por Jhon Tukey (1977) diagrama de caja y bigote, el gráfico consiste en un rectángulo (caja) de cuyos lados superior e inferior se derivan respectivamente, dos segmentos: uno hacia arriba y uno hacia abajo (bigotes). La caja y los bigotes están ubicados paralelos a un eje rotulado. Se intenta proporcionar gráficamente los valores de los datos pero sin que estos aparezcan con todo detalle, para ello mantienen únicamente sus valores indicativos principales, que pueden resumirse en: mediana; rango intercuartil (percentiles); zonas en la que predomine la dispersión; referencia visual de la simetría central y de los extremos; valores atípicos y valores extremos de las variables individuales (Figura 19 - F).

Figura 19. Ejemplos de Técnicas de difusión y montaje de exposición de información Gráficos.



Fuente: Elaboración propia, 2011.



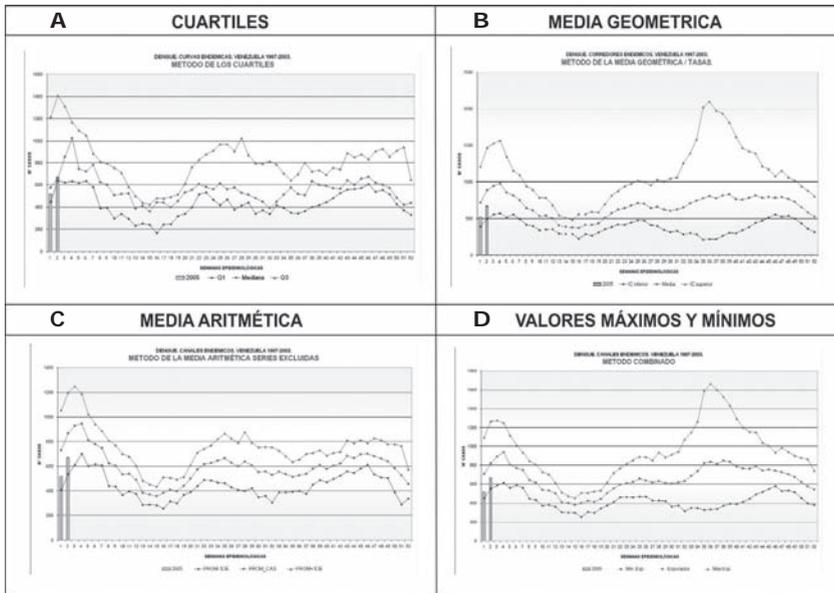
Series temporales o canal endémico: Se crean a partir de datos que se recogen periódicamente. Sus objetivos principales son comprender los mecanismos que han generado la serie e intentar predecir qué es lo que va a pasar en el futuro. Su finalidad es medir la actividad epidémica de una enfermedad en un territorio y unidad de observación. Requiere para su cálculo seleccionar la enfermedad, el territorio de observación, la longitud de la serie temporal y las unidades temporales de observación (semanas cuando la incidencia es elevada, si bien se pueden agrupar varias cuando ésta es baja); siete años de data y calcular: Medidas de tendencia central: media aritmética, media geométrica, y mediana; y las medidas de dispersión: Valores máximos y mínimos para cada unidad temporal de observación.

Existen varios métodos para la realización de Canales Endémicos, Bortman (1999) describe algunos de éstos, a partir de una serie de casos de un período de 5 a 7 años, obteniendo una medida central y un rango de fluctuación normal de la incidencia para cada uno de los meses, semanas o unidades de tiempo utilizadas, entre los cuales destacan:

- **Mediana y Cuartiles:** un poco más complejo; se generan cuatro zonas: una debajo del cuartil inferior o zona de éxito, una entre el cuartil inferior y la mediana o zona de seguridad, una entre la mediana y el cuartil superior o zona de alerta, y una por encima del cuartil superior o zona epidémica. Ejemplo: Figura 20 - (A)
- **Media geométrica de las tasas y sus intervalos de confianza:** es uno de los más sólidos desde el punto de vista estadístico; el uso de tasas en lugar de casos ajusta las distorsiones que generan los cambios en los tamaños de las poblaciones con el transcurso de los años. Ejemplo: Figura 20- (B)
- **Media aritmética y desviaciones estándar:** emplean cuatro zonas, éxito, seguridad, alarma y epidemia al igual que el método anterior; su aplicación requiere considerables conocimientos en estadística. Ejemplo: Figura 20 - (C)
- **Valores máximos y mínimos de la serie (3 bandas):** es el más sencillo consiste en representar gráficamente el número máximo y mínimo de casos notificados cada mes, generando así una “banda endémica” con un área inferior de seguridad y una superior o epidémica. Ejemplo: Figura 20- (D)



Figura 20. Modelos de Canales Endémicos



Fuente: Ministerio del Poder Popular para la Salud y Protección Social, 2003.

Para cada uno de ellos se calcula el intervalo de confianza. Si se trata de la vigilancia de una enfermedad de baja incidencia, o de una población pequeña, o si se vigilan intervalos cortos de tiempo, la variabilidad aleatoria desempeña un papel importante; a mayor nivel de desagregación de la información menor será la precisión de la predicción. El canal ideal es el semanal, los mensuales limitan la posibilidad de detectar oportunamente los brotes y por tanto la implementación de medidas de control oportunas, más bien proporcionan una buena descripción del comportamiento de un problema de salud.

Mapas o Cartograma



Es una representación gráfica de un mapa que puede condensar datos en números absolutos, variables cualitativas, cuantitativas discontinuas, cuantitativas continuas, porcentajes - áreas de riesgo.

Un mapa es una representación de la tierra o de parte de ella en una superficie plana, en la que se da información relativa a una ciencia determinada. En Salud Pública se pueden utilizar mapas para conocer el patrón de distribución de una enfermedad o un problema de salud



por áreas, detectar la aparición de agrupaciones geográficas y para cuantificar la importancia de las diferencias observadas. Para ello se usan los Sistemas de Información Geográficos (SIG). Estos conllevan la recolección, el desarrollo de modelos, el análisis y la integración de datos espaciales (localizables) y no espaciales (atributos) de datos requeridos para aplicaciones geográficas.

Para la Salud Pública y particularmente en la Epidemiología, los SIG ofrecen múltiples oportunidades, a la vez que brindan una perspectiva espacial de las enfermedades, constituyen una poderosa herramienta para facilitar los procesos de análisis de información y de toma de decisiones en los servicios de salud. Por ejemplo, ya existen mapas digitales, fronteras o límites administrativos y redes de caminos, construidos a partir de datos espaciales.

Datos no espaciales incluyen información de censos, elevaciones de terrenos y características del suelo. Un mapa es estático y difícil de actualizar; en un SIG cada capa de datos puede ser fácilmente revisada.

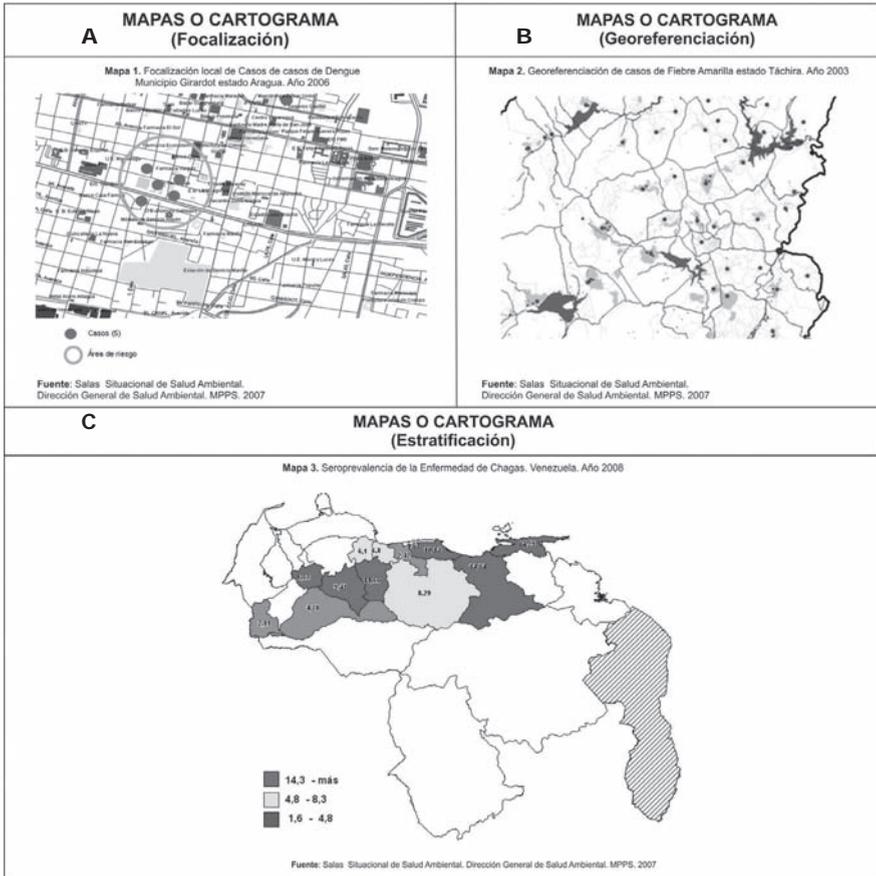
Un mapa es un producto final en sí mismo, mientras que el producto final de un análisis en un SIG puede ser un mapa o datos. Los mapas son algunos de los insumos y productos de un SIG; éste puede mejorar considerablemente la versatilidad de datos "mapeados" con abundantes técnicas de análisis y manipulación de datos. Existen tres tipos básicos de SIG, diferenciados por la manera en que cada uno almacena y maneja los datos: a) Para focalizar áreas de riesgo se usan los mapas más detallados (por calles) se ubican los casos en las viviendas, representados con puntos o figuras para determinar su posición, esto permite visualizar el diámetro de riesgo (Ejemplo: Figura 21 - A- Focalización); b) Para evidenciar dos o mas variables en un mapa se pueden georeferenciar casos con puntos y áreas de riesgo por municipio o poblaciones locales (Ejemplo: Figura 21 - B - Georeferenciación); c) Para estratificar áreas se pueden emplear mapa temáticos a través de rangos de color a nivel de municipios, este mapa permite visualizar de inmediato las áreas más afectadas y priorizar recursos para redirigirlos con equidad (Ejemplo: Figura 21 - C - Estratificación).

El uso de mapas apoyan en la planificación del trabajo, mejora la oferta de los servicios de salud, mejora los registros y los datos; son importantes para el monitoreo del desempeño y efectividad de las acciones; son una fuente de información para los equipos de dirección; mejora la exactitud y puntualidad de los informes de vigilancia epidemiológica entre las diferentes unidades; fácil comprensión de la información requerida; pueden ayudar a manejar los casos y/o brotes, así como organizar



actividades y ampliar servicios, pero sobre todo permiten reflejar cambios en la situación de salud de una comunidad (Montiel, 1999).

Figura 21. Ejemplos de Técnicas de difusión y montaje de exposición de información. Mapas.



Fuente: Elaboración propia, 2011.

II.7. Indicadores de la Sala Situacional



En términos generales, los indicadores son instrumentos que señalan o indican algo; los cuales permiten realizar un diagnóstico o análisis situacional. Según Margozzini (2006), un indicador es una *“Variable cuya función es objetivar cambios para la toma de decisiones en Salud Pública”*.



II.7.1. Utilidad de los indicadores



Torres (2003) sostiene que “los indicadores nos permiten medir las dimensiones en las que se han desagregado las variables en estudio”. Su utilidad es indudable, ya que constituyen un componente decisivo en el monitoreo, evaluación y están orientados a la obtención de resultados.

Colimon (1990) asevera que los Indicadores de Salud son necesarios y útiles para: a) El diagnóstico de la situación de los servicios de salud; b) Hacer comparaciones; c) Medir cambios o tendencias en un periodo de tiempo.

En otro sentido, los indicadores facilitan conocer el estado en que avanza o impacta la implementación de un Programa; permiten evaluar la calidad, eficacia y eficiencia de los servicios; expresan los productos y/o resultados de una organización; definen acciones que favorezcan intervenciones oportunas de los distintos niveles; objetivan cambios para la toma de decisiones en epidemiología o Salud Pública. Para seleccionar un indicador existen criterios que se deben tomar en cuenta como su utilidad, viabilidad, selectividad y oportunidad; de tal manera que permitan la vigilancia de los procesos, que sea posible su recolección y que sean lo más exactos y confiables.

II.7.2. Características de los Indicadores



A continuación se presentan las características básicas que debe tener todo indicador:

- *Disponibilidad*: fácilmente obtenibles con la información disponible.
- *Factibles*: en términos de tiempo, recurso humano, financiero, entre otros.
- *Simplicidad*: fáciles de entender e interpretar.
- *Validez*: de manera que pueda medir realmente lo que se supone deba medir.
- *Confiabilidad*: permite incrementar su seguridad, debe existir una definición, fórmula de cálculo y datos necesarios para su mejor entendimiento y socialización.
- *Sensibilidad*: capaz de detectar los cambios que estén ocurriendo en una situación dada.
- *Especificidad*: permite evitar atribuir cambios que están ocurriendo a intervenciones aplicadas, cuando de hecho dichos cambios se deben a factores externos.



- *Reproductibilidad*: Es la variación observada cuando distintos usuarios miden el mismo elemento usando el mismo indicador, da una idea de la variación debida al usuario; el indicador se puede calcular en diferentes unidades de análisis y se obtienen los mismos resultados.

Como un solo indicador es incapaz de ofrecer una visión global de la situación, usualmente se requiere una combinación de ellos para tener una concepción globalizada en que se actúa.

En otras palabras, un indicador tiene entre sus características ser dinámicos y estar sometidos a continua revisión; ser materia de política pública, de modo que su definición no sea tarea exclusiva de los estadísticos; ser relevantes para la toma de decisiones y definición de políticas; ser oportuno para la evaluación y monitoreo de los asuntos de administración pública o privada; ser analítico de los fenómenos bajo observación; ser comparativo tanto en el tiempo como en el espacio, por lo cual tienen que estar disponibles para diferentes regiones o países y para cada año en un periodo de tiempo determinado.

El fin último de los indicadores, en líneas muy generales es ser un insumo para evaluar la cercanía o lejanía hacia las metas de bienestar económico, social y de conservación del medio ambiente.

II.7.3. Clasificación de los Indicadores



Según Mondragón (2002), existen al menos, dos criterios para clasificar a los indicadores: a) A partir de la dimensión o valoración de la realidad económica, social, política o humana que se pretende expresar; b) Partiendo del tipo de medida o procedimiento estadístico necesario para su obtención. Es por ello que los indicadores dependiendo de su definición conceptual varían, como por ejemplo:

- Dependiendo del campo de conocimiento que se pretende analizar, se habla de indicadores económicos (unidades monetarias y/o productos), sociales (personas), ambientales (recursos naturales), entre otros.
- Dependiendo de la forma como se obtiene la información para construirlos se pueden diferenciar entre indicadores objetivos (evidencias externas independientes del informante) y subjetivos (juicios, percepciones y opiniones).



- Cuando se quiere destacar los avances o retrocesos de algún aspecto de la realidad, se habla de indicadores positivos (alfabetismo) o negativos (analfabetismo).
- Cuando la evaluación del indicador depende de un valor determinado (como puede ser un valor máximo o mínimo que se debe cumplir), o de la posición relativa del país o de las poblaciones con respecto a otras, entonces hablamos de indicadores absolutos y relativos.
- Indicadores epidemiológicos, se utilizan para medir la magnitud de los problemas de salud.
- Indicadores operacionales, se usan para calcular la eficacia y la eficiencia de las actividades que realizan los programas.
- Indicadores socioeconómicos, sirven para observar las características sociales y económicas de la población donde se están presentando los problemas de salud, son útiles para identificar inequidades, entre otras cosas.
- Indicadores demográficos, sirven para conocer la estructura y dinámica de la población donde están ocurriendo los problemas de salud.
- Indicadores indeterminados (como la tasa de matrícula en educación superior, de la cual, si bien se espera que aumente y alcance 100%, no necesariamente es positivo pues es imposible que toda la población alcance este nivel de estudios).

II.7.4. Estructura de los indicadores



La forma más común de representar a un indicador es la de un cociente y con base en esto se han clasificado como: números absolutos, razones, proporciones, porcentajes, tasas e índices (Bergonzoli, 2006).

Números Absolutos: son útiles para dimensionar un evento en términos absolutos. No permiten inferir riesgo. Cuando se utilizan como denominadores estables permiten construir indicadores que estiman riesgo (Ejemplo: Población Total).



Razones: También llamado índice, representa el cociente de dividir dos valores diferentes, de manera que la característica definida en el numerador es diferente de la característica incluida en el denominador. Su expresión simbólica es a/b . En este tipo de indicador el tamaño de la característica de a es medida en relación al tamaño de la característica de b . Las Razones son muy utilizadas, establecen relación entre 2 eventos numerador y denominador, pero no relacionados (Ejemplo: Razón de masculinidad de la población trabajadora).

Proporciones: Este indicador consiste en una razón en la cual la característica incluida en el numerador está contenida en el denominador. Muy utilizadas, establecen relación entre 2 eventos. El numerador y denominador están relacionados (Ejemplo: Proporción de bajo peso al nacer).

Porcentajes: Este indicador, básicamente, es una proporción multiplicada por cien. Este es un indicador muy utilizado para estimar la contribución o importancia relativa de una característica con relación al total de las características. Los porcentajes señalan importancia relativa de un evento, no indican riesgo, ni trabajan con población expuesta; son útiles en descripción (Ejemplo: Porcentaje de población urbana).

Tasas o coeficientes: Son indicadores que estiman riesgos. Este cociente representa la velocidad de cambio de una característica expresada en el numerador con relación a la velocidad de cambio de otra característica incluida en el denominador. La Tasa es un indicador de riesgo clásico, compuesto por un numerador, un denominador y un amplificador o factor de corrección (FC); este FC se utiliza con fines de lectura y de comparación.

Toda tasa debe referirse a Tiempo (en el cual se calcula), Lugar (área geográfica) y Persona (grupo humano al cual se refiere).

Por otro lado, existen dos tipos de tasas: a) Tasas Brutas o Generales: miden riesgos globales, son tasas resumen y suelen amplificarse por 1.000 hab. para facilitar lectura (Ejemplo: Tasa de Mortalidad General); b) Tasas Específicas: tienen un numerador específico (problema, sexo, grupo de edad, lugar), el denominador es la población expuesta a riesgo; su amplificador puede ser 100, 10.000 y 100.000 hab. (Ejemplo: Tasa estimada de mortalidad por diabetes mellitus).

Índice: Es un cociente entre dos tasas, una de ellas es la tasa de referencia, expresan magnitud de exceso de riesgo o de protección; carecen de unidades de medida y son utilizadas para relacionar tasas. (Ejemplo: Índice de Mortalidad). Una razón multiplicada por 100 se convierte en índice.



Cada año, la OPS/OMS, publica un folleto, sobre la “*Situación de Salud en las Américas: Indicadores Básicos*”, el cual contempla los 57 indicadores más importantes. Este Folleto tuvo su primera edición en 1995 y a partir del año 2003, la información se presenta por subregiones. Asimismo, ofrece un Atlas de Indicadores Básicos de Salud o Sistema de Información Geográfico (OPS, 2012) basado en Web para consulta y despliegue de mapas interactivos temáticos (<http://www.paho.org/Spanish/dd/ais/coredata.htm>).

A continuación, se lista un resumen general de los indicadores básicos Demográficos, Sociodemográficos, Mortalidad, Morbilidad, Factores de Riesgo, Recursos, Servicios y Cobertura, caracterizados según tipo o estructura del indicador, unidad de medida y categoría (Cuadro 4 y 5).

Cuadro 4. Indicadores Demográficos, Socioeconómicos y Mortalidad OPS/OMS, 2011

INDICADORES DEMOGRAFICOS	TIPO	UNIDAD MEDIDA	CATEGORIA
Población	Magnitud Absoluta	Miles	Hombres, Mujeres
Proporción de población urbana	Proporción	Por ciento	Urbana
Proporción de población menor de 15 años de edad	Proporción	Por ciento	Hombres, Mujeres
Proporción de población de 60 y más años de edad	Proporción	Por ciento	Hombres, Mujeres
Razón de dependencia	Razón	Personas dependientes por 100 personas productivas	
Tasa de crecimiento anual de la población	Razón Índice	Hijos por mujer	Mujeres
Tasa global de fecundidad	Magnitud Absoluta	1.000 nacidos vivos	
Meda anual de nacimientos	Tasa	Por 1.000 habitantes	
Tasa cruda de natalidad	Magnitud Absoluta	Miles	
Meda anual de defunciones	Tasa Índice	Por 1.000 habitantes	
Tasa cruda de mortalidad	Tasa Índice	Años	Hombres, Mujeres
Esperanza de vida al nacer	Tasa Índice	Años	Hombres, Mujeres
INDICADORES SOCIOECONOMICOS	TIPO	UNIDAD MEDIDA	CATEGORIA
Disponibilidad de Calorías	Promedio	Kcaloría por habitante	Hombres, Mujeres
Tasa de alfabetización	Proporción	Por ciento	Hombres, Mujeres
Tasa bruta de escolaridad primaria	Proporción	Por ciento	Hombres, Mujeres
Ingreso nacional bruto (INB) per cápita US\$ corrientes (Método Atlas)	Promedio	Dólares por habitante	
Ingreso nacional bruto (INB) per cápita \$ internacionales (ajuste PPA)	Promedio	Dólares por habitante	
Producto interno bruto (PIB) per cápita \$ internacionales (ajuste PPA)	Promedio	Dólares por habitante	
Crecimiento medio anual del producto interno bruto (PIB)	Proporción	Dólares americanos	
Razón de ingreso 20 % superior / 20 % inferior	Razón	Por ciento	
Proporción de población bajo la línea internacional de pobreza	Proporción	Por ciento	
Proporción de población bajo la línea nacional de pobreza	Proporción	Por ciento	Hombres, Mujeres
Proporción desempleada de la fuerza de trabajo	Proporción	Por ciento	Hombres, Mujeres
Inflación: crecimiento medio anual del índice de precios al consumidor	Proporción	Por ciento	
INDICADORES MORTALIDAD	TIPO	UNIDAD MEDIDA	CATEGORIA
Tasa de mortalidad infantil	Tasa	Por 1.000 nacidos vivos	Reportada, Estimada
Número de muertes infantiles, reportados	Magnitud Absoluta	Defunciones	
Mortalidad en menores de 5 años, estimada	Tasa	Por 1.000 nacidos vivos	
Razón de mortalidad materna reportada	Razón	Por 100.000 nacidos vivos	Mujeres
Número anual de defunciones registradas por sarampión	Magnitud Absoluta	Defunciones	
Número anual de defunciones registradas por tétanos neonatal	Magnitud Absoluta	Defunciones	
Número anual de defunciones registradas por difteria, tos ferina y tétanos	Magnitud Absoluta	Defunciones	
Proporción anual de defunciones registradas en menores de 5 años por enfermedades infecciosas intestinales	Proporción	Por ciento	
Proporción anual de defunciones en menores de 5 años registradas por infecciones respiratorias agudas (IRA)	Proporción	Por ciento	
Tasa ajustada de mortalidad general	Tasa	100.000 habitantes	Hombres, Mujeres
Tasa estimada de mortalidad general	Tasa	Por 100.000 habitantes	Hombres, Mujeres
Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades transmisibles	Tasa	Por 100.000 habitantes	Hombres, Mujeres
Tasa estimada de mortalidad por enfermedades transmisibles	Tasa	Por 100.000 habitantes	Hombres, Mujeres
Tasa estimada de mortalidad por tuberculosis	Tasa	Por 100.000 habitantes	Hombres, Mujeres
Tasa estimada de mortalidad por SIDA	Tasa	Por 100.000 habitantes	Hombres, Mujeres
Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio	Tasa	Por 100.000 habitantes	Hombres, Mujeres
Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio	Tasa	Por 100.000 habitantes	Hombres, Mujeres
Tasa estimada de mortalidad por enfermedad isquémica del corazón	Tasa	Por 100.000 habitantes	Hombres, Mujeres
Tasa estimada de mortalidad por enfermedades cerebrovasculares	Tasa	Por 100.000 habitantes	Hombres, Mujeres
Tasa ajustada de mortalidad por neoplasias, total	Tasa	Por 100.000 habitantes	Hombres, Mujeres
Tasa estimada de mortalidad por neoplasias, total	Tasa	Por 100.000 habitantes	Hombres, Mujeres
Tasa ajustada de mortalidad por neoplasias malignas	Tasa	Por 100.000 habitantes	Hombres, Mujeres
Tasa estimada de mortalidad por neoplasias malignas	Tasa	Por 100.000 habitantes	Hombres, Mujeres
Tasa est. de mortal. neoplasias malignas del pulmón, tráquea y bronquios	Tasa	Por 100.000 habitantes	Hombres, Mujeres
Tasa estimada de mortalidad por neoplasias malignas del útero, mujeres	Tasa	Por 100.000 habitantes	Mujeres
Tasa estimada de mortalidad por neoplasias malignas de mama,	Tasa	Por 100.000 habitantes	Mujeres

Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2011)



Cuadro 5. Indicadores Morbilidad - Factores de Riesgo, Recursos, Servicios y Cobertura OPS/OMS, 2011

INDICADORES MORBILIDAD	TIPO	UNIDAD MEDIDA	CATEGORIA
Prevalencia de bajo peso al nacer	Proporción	Por ciento	
Prevalencia anual de déficit nutricional moderado y grave en niño	Proporción	Por ciento	
Prevalencia de lactancia materna exclusiva a los 120 días de edad	Proporción	Por ciento	
Número promedio de dientes cariados, perdidos y obturados (CPO-D) a los 12 años de edad	Promedio	Dientes	
Número anual de casos confirmados de poliomielitis	Magnitud Absoluta	Casos	
Número anual de casos confirmados de sarampión	Magnitud Absoluta	Casos	
Número anual de casos registrados de difteria	Magnitud Absoluta	Casos	
Número anual de casos registrados de tos ferina	Magnitud Absoluta	Casos	
Número anual de casos registrados de tétanos neonatal	Magnitud Absoluta	Casos	
Número anual de casos registrados de cólera	Magnitud Absoluta	Casos	
Número anual de casos registrados de rabia humana	Magnitud Absoluta	Casos	
Número anual de casos registrados de fiebre amarilla	Magnitud Absoluta	Casos	
Número anual de casos registrados de peste	Magnitud Absoluta	Casos	
Número anual de casos registrados de dengue	Magnitud Absoluta	Casos	
Número anual de casos registrados de malaria	Magnitud Absoluta	Casos	
Incidencia parasitaria anual de malaria	Tasa	Por 1.000 hab.	
Incidencia anual de tuberculosis	Tasa	Por 1.000 hab.	
Incidencia anual de tuberculosis baciloscopia positiva (BK+)	Tasa	Por 1.000 hab.	
Incidencia anual de SIDA	Tasa	Por 1.000 hab.	Hom bres, Mujeres
Número de casos prevalentes de lepra	Magnitud Absoluta	Casos	Hom bres, Mujeres
Incidencia anual de neoplasias malignas del pulmón	Tasa	Por 1.000 hab.	Hom bres, Mujeres
Incidencia anual de neoplasias malignas del estómago	Tasa	Por 1.000 hab.	Hom bres, Mujeres
Incidencia anual de neoplasias malignas de mama de la mujer	Tasa	Por 1.000 hab.	Mujeres
Incidencia anual de neoplasias malignas del cuello del útero	Tasa	Por 1.000 hab.	Mujeres
Prevalencia anual de sobrepeso en población	Proporción	Por ciento	Hom bres, Mujeres
Prevalencia de tabaquismo	Proporción	Por ciento	Hom bres, Mujeres
Población en riesgo de malaria	Proporción	Por ciento	
Razón de casos de SIDA hombre:mujer	Razón	Razón	
RECURSOS, SERVICIOS Y COBERTURA	TIPO	MEDIDA	CATEGORIA
Proporción de población con acceso a servicios de agua potable	Proporción	Por ciento	Urbana, Rural, con conexión domiciliaria, sin conexión domiciliaria
Proporción de población con acceso a servicios de eliminación de excretas	Proporción	Por ciento	Urbana, Rural, con conexión domiciliaria, sin conexión domiciliaria
Proporción de población inmunizada contra poliomielitis	Proporción	Por ciento	
Proporción de población inmunizada contra sarampión	Proporción	Por ciento	
Proporción de población inmunizada contra difteria, pertussis y tétanos	Proporción	Por ciento	
Proporción de población inmunizada contra tuberculosis	Proporción	Por ciento	
Prev.de uso de métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil	Proporción	Por ciento	Mujeres
Tasa específica de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años de edad	Tasa	Por 1.000 habitantes	Mujeres
Proporción de población gestante atendida por personal capacitado durante el embarazo	Proporción	Por ciento	Mujeres
Proporción de partos atendidos por personal capacitado	Proporción	Por ciento	Mujeres
Razón de médicos	Razón	10.000 habitantes	
Razón de enfermeras profesionales	Razón	10.000 habitantes	
Razón de odontólogos	Razón	10.000 habitantes	
Número de establecimientos de atención ambulatoria	Magnitud Absoluta	Establecimientos	
Razón de camas hospitalarias	Razón	Por 1.000 hab.	
Razón de atenciones ambulatorias	Razón	Por 1.000 hab.	
Razón de egresos hospitalarios	Razón	Por 1.000 hab.	
Gasto nacional en salud por año per cápita (US\$ corrientes)	Promedio	Dólares por habitante	

Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2011)

CAPÍTULO III

LOS PUERTOS
como puntos de entrada,
la Sala Situacional y el
RSI-2005



III.1. Reglamento Sanitario Internacional (RSI-2005)



El RSI-2005 (Asamblea Mundial de la Salud, 2006), es un instrumento jurídico internacional sobre Salud Pública cuya finalidad es:

Prevenir la propagación internacional de enfermedades, proteger contra esa propagación, controlarla y darle una respuesta de Salud Pública proporcionada y restringida a los riesgos para la Salud Pública y evitando al mismo tiempo las interferencias innecesarias con el tráfico y el comercio internacionales. Por otro lado, forma parte de una estrategia global de alerta y respuesta ante epidemias, para conseguir la seguridad sanitaria mundial.

De igual manera, es una herramienta clave para la Salud Pública Internacional, que forma parte de una estrategia global de alerta y respuesta ante epidemias, para conseguir la seguridad sanitaria mundial, en el cual se establecen las normas que deben cumplir los países para evaluar y notificar los riesgos y emergencias de Salud Pública y responder oportunamente, con rapidez, ante eventos sanitarios imprevistos, a través de sistemas nacionales de vigilancia eficaces, y una comunicación efectiva. La coordinación internacional es una parte fundamental de esta respuesta eficaz a través de los Centros Nacionales de Enlace. Es de carácter vinculante para 194 países, entre ellos todos los Estados Miembros de la OMS, tiene como objeto ayudar a la comunidad internacional a prevenir y afrontar riesgos agudos de Salud Pública susceptibles a atravesar fronteras y amenazas a poblaciones de todo el mundo.

El RSI-2005 está constituido por 8 Títulos: Título I. Definiciones, Finalidad y Comunicaciones; Título II. Vigilancia, Notificación, Información, Verificación y Respuesta; Título III. Recomendaciones (temporales y permanentes), Título IV. Medidas de Salud Pública; Título V. Documentos sanitarios; Título VI. Derechos sanitarios; Título VII. Disposiciones generales y Título VIII. Disposiciones finales. Asimismo, tiene 9 Anexos: 1. Capacidades básicas; 2. Instrumento de decisión; 3. Determinación de una emergencia de Salud Pública de interés internacional; 4. Prescripciones técnicas para medios de transporte y sus operadores; 5. Medidas para enfermedades transmitidas por vectores; 6. Vacunación, profilaxis y certificados conexos; 7. Requisitos para la vacunación o profilaxis contra enfermedades determinadas; 8. Modelo de declaración marítima de sanidad y 9. Parte sanitaria de la declaración general de aeronave. De lo antes mencionado, para este trabajo es referencia fundamental el Anexo 1-B, el cual será detallado a continuación.



III.1.1. Anexo 1-B. Capacidades Básicas



El Anexo 1-B. Capacidades Básicas del RSI-2005, está dividido en dos ítems: A. Capacidad Básica necesaria para las tareas de vigilancia y respuesta y B. Capacidad Básica necesaria en los Aeropuertos, Puertos y pasos Fronterizos Terrestres designados. Éste último (I-B), indispensable para la vigilancia sanitaria portuaria.

El RSI-2005 establece que para evaluar la capacidad básica necesaria los Aeropuertos, Puertos y pasos Fronterizos Terrestres, deben tener la capacidad de:

a) ofrecer acceso: i) a un servicio médico apropiado, incluidos medios de diagnóstico situados de manera tal que permitan la evaluación y atención inmediata de los viajeros enfermos, y ii) a personal, equipo e instalaciones adecuados; b) ofrecer acceso a equipo y personal para el transporte de los viajeros enfermos a una dependencia médica apropiada; c) facilitar personal capacitado para la inspección de los medios de transporte; d) velar porque gocen de un entorno saludable los viajeros que utilicen las instalaciones y servicios de un punto de entrada, en particular de abastecimiento de agua potable, restaurantes, servicios de abastecimiento de comidas para vuelos, aseos públicos, servicios de eliminación de desechos sólidos y líquidos y otras áreas de posible riesgo, ejecutando con ese fin los programas de inspección apropiados; y e) disponer en lo posible de un programa y de personal capacitado para el control de vectores y reservorios en los puntos de entrada y sus cercanías (Asamblea Mundial de la Salud, 2006).

Por otro lado, para responder a eventos que puedan constituir una emergencia de Salud Pública de importancia internacional, se debe tener la capacidad para:

a) responder adecuadamente en caso de emergencia de salud pública, estableciendo y manteniendo un plan de contingencia para emergencias de ese tipo, incluido el nombramiento de un coordinador y puntos de contacto para el punto de entrada pertinente, y los organismos y servicios de Salud Pública y de otro tipo que corresponda; b) ocuparse de la evaluación y la atención de los viajeros o animales afectados, estableciendo acuerdos con los servicios médicos y veterinarios locales para su aislamiento, tratamiento y demás servicios de apoyo



que puedan ser necesarios; c) ofrecer un espacio adecuado para entrevistar a las personas sospechosas o afectadas al que no tengan acceso los demás viajeros; d) ocuparse de la evaluación y, de ser necesario, la cuarentena de los viajeros sospechosos, de preferencia en instalaciones alejadas del punto de entrada; e) aplicar las medidas recomendadas para desinsectizar, desratizar, desinfectar, descontaminar o someter a otro tratamiento equipajes, cargas, contenedores, medios de transporte, mercancías o paquetes postales, inclusive, cuando corresponda, en lugares designados y equipados especialmente a ese efecto; f) aplicar controles de entrada o salida a los viajeros que lleguen o partan; y g) ofrecer acceso a un equipo designado especialmente para el traslado de los viajeros que puedan ser portadores de infección o contaminación, así como a personal capacitado y dotado de la debida protección personal (Asamblea Mundial de la Salud, 2006).

Es importante que todo Puerto cumpla con estos requisitos mínimos para la seguridad nacional e internacional; estas capacidades básicas le permitirán estar preparado y alerta para detectar eventos adversos y anticiparse ante una emergencia sanitaria, además para comunicar de inmediato al nivel apropiado de respuesta de Salud Pública o directamente al Centro Nacional de Enlace. Toda la información es esencial para aplicar de inmediato medidas preliminares de control. Es imprescindible fortalecer la capacidad nacional de coordinación y el trabajo intersectorial con el objeto de que las estrategias de respuesta se adopten de manera rápida y eficiente.

III.1.2. Puntos Entrada



Para la detección de emergencias de Salud Pública internacional, el RSI-2005, establece la obligación de desarrollar una serie de capacidades en los puntos de entrada al territorio de cada país. Los Puertos son uno de los posibles puntos de entrada. Según el RSI-2005 en el Título I se define puerto como:

Punto de entrada y/o salida para el tráfico marítimo o de navegación interior, internacional o nacional, situado en el territorio de un país. Asimismo, Puerto Internacional: Aquel perteneciente a un país en cuyo territorio está situado un punto de entrada o salida para el tráfico marítimo o de navegación interior, internacional y nacional, donde se ejerzan actividades aduaneras, de migración, Salud Pública, controles zoo y fitosanitarios y demás formalidades análogas (Asamblea Mundial de la Salud, 2006).



Las obligaciones generales con respecto a los puntos de entrada y las específicas de los puertos se indican en el Título IV del RSI-2005, cuyos Artículos 19 y 20, se especifican a continuación:

Artículo 19 Obligaciones generales

Cada Estado parte, sin perjuicio de las demás obligaciones previstas en el Reglamento:

a) se asegurará de que se desarrollen las capacidades señaladas en el anexo 1 para los puntos de entrada designados, dentro de los plazos previstos en el párrafo 1 del artículo 5 y el párrafo 1 del artículo 13; b) identificará las autoridades competentes en cada uno de los puntos de entrada designados de su territorio; y c) facilitará a la OMS, en la medida de lo posible, cuando se lo solicite en respuesta a un posible riesgo específico para la salud pública, datos pertinentes sobre las fuentes de infección o contaminación en sus puntos de entrada, incluidos vectores y reservorios, que puedan dar lugar a la propagación internacional de enfermedades (Asamblea Mundial de la Salud, 2006).

Artículo 20 Aeropuertos y puertos

1. Los Estados Partes designarán los aeropuertos y puertos en que se crearán las capacidades previstas en el anexo 1; 2. Los Estados partes se asegurarán de que los certificados de exención del control de sanidad a bordo se expiden de conformidad con las prescripciones del artículo 39 y el modelo que figura en el anexo 3; 3. Cada Estado parte enviará a la Organización Mundial de la Salud, una lista de los puertos autorizados a ofrecer: a) la expedición de certificados de control de sanidad a bordo y la prestación de los servicios a que se hace referencia en los anexos 1 y 3; o b) la expedición de certificados de exención del control de sanidad a bordo únicamente; y c) la prórroga del certificado de exención del control de sanidad a bordo por un periodo de un mes hasta la llegada de la embarcación al puerto en el que el certificado pueda ser recibido. Cada Estado parte comunicará a la Organización Mundial de la Salud, los cambios que se produzcan en la situación de los puertos enumerados en la lista. La Organización Mundial de la Salud, publicará la información recibida con arreglo a este párrafo;



4. La Organización Mundial de la Salud podrá certificar, a petición del Estado parte interesado y después de practicar las averiguaciones del caso, que un aeropuerto o un puerto situado en su territorio reúne las condiciones a que se hace referencia en los párrafos 1 y 3 del presente artículo. En consulta con el Estado Parte, la Organización Mundial de la Salud podrá revisar periódicamente esas certificaciones; 5. La Organización Mundial de la Salud, en colaboración con organizaciones intergubernamentales y órganos internacionales competentes, elaborará y publicará directrices relativas a la expedición de certificados por aeropuertos y puertos de conformidad con el presente artículo. La Organización Mundial de la Salud también publicará la lista de aeropuertos y puertos certificados” (Asamblea Mundial de la Salud, 2006).

Es primordial que todo punto de entrada, cumpla con las obligaciones de creación de capacidad nacional, tanto para adoptar medidas preventivas sistemáticas, así como para detectar y afrontar emergencias de Salud Pública de interés internacional; proporcionando inspecciones constantes y actividades de control para prevenir la propagación internacional de las enfermedades (Anexos 3 y 4).

III.2. Puertos en General



Atilas (2005), atribuye que la industria marítima tiene una carga directa en el desarrollo de un país, porque ayuda a mejorar la situación del intercambio comercial con países foráneos, creando empleos, estimulando la transferencia tecnológica y la integración económica, y ayudando a preservar la soberanía nacional.

Por otro lado, y aparte de los efectos directos, las inversiones que conlleva la industria marítima contribuyen sustancialmente en la diversificación de la economía hecha en un país como soporte de las industrias y de los servicios. Donde hay puertos existen áreas destinadas a los barcos, lugares espaciosos o áreas portuarias donde transportan sus mercancías o pasajeros.

Casi todos los países que poseen una línea costera son llamados a formar parte de un “Sistema Portuario”, generalmente compuesto por uno o más puertos comerciales de diferentes tamaños. La organización de este sistema requiere, primero que todo, de un conocimiento profundo de los propósitos en los cuales los puertos puedan intentar servir y funcionar en



orden al alcance de la ejecución a tales objetivos. Siendo un lugar donde los barcos cargan y descargan, el puerto en sí, forma la conexión y el eslabón entre los servicios marítimos y el sistema de transporte terrestre. Puerto es, en lo adelante, un punto de intermedio con los demás modos de transporte, tales como el ferroviario, el terrestre, el fluvial y el aéreo, Atilas (2005).

III.3. Vigilancia Sanitaria en Puertos



Los viajes y el comercio internacional conllevan muchos beneficios en materia de salud vinculados al desarrollo económico, no obstante también pueden contener riesgos para la Salud Pública, que se pueden propagar internacionalmente en aeropuertos, puertos y pasos fronterizos terrestres a través de las personas, equipajes, cargas, contenedores, medios de transporte, mercancías y paquetes postales.

El RSI-2005, establece que es obligación de todo Estado notificar todo caso de cólera, fiebre amarilla y peste. Esa obligación será reemplazada por la notificación de eventos que puedan constituir una emergencia de Salud Pública de interés internacional; asimismo, establece la obligación de desarrollar una serie de capacidades en los puntos de entrada al territorio de cada país.

Esta notificación deberá comunicarse a la Organización Mundial de la Salud a través del Punto Focal Nacional o Puntos de Contacto OPS/OMS designados para la implementación del RSI-2005, por lo que cada puerto deberá asegurar:

- El acceso a un servicio médico dotado del personal y suministros adecuados.
- El acceso a facilidades para el transporte, aislamiento y tratamiento de personas afectadas o sospechosos.
- Servicios para la inspección sanitaria de medios de transporte y el otorgamiento de certificados.
- Servicios de desinfección, descontaminación y control de vectores.
- El acceso a laboratorios.
- El acceso a un servicio de vacunación y profilaxis.



Para vincular la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional, (a través de los Centros Nacionales de Enlace), con las unidades nacionales de vigilancia y monitoreo y/o de inteligencia epidemiológica de cada país, es necesario crear Salas Situacionales Fronterizas. La Sala Situacional portuaria, aeroportuaria y fronteriza, permite difundir la vigilancia sanitaria, a través de la consolidación de la información epidemiológica, necesaria para apoyar la implementación del RSI-2005; para lo cual debe evaluar y notificar eventos que podrían convertirse en una emergencia de Salud Pública o de interés internacional. De esta forma, las Salas de Situación de Salud, articuladas con sus unidades nacionales de vigilancia epidemiológica, se vinculan al proceso de toma de decisiones en situaciones de emergencias, pero también en situaciones de “normalidad”.

Para ello es necesario conocer el Algoritmo del RSI-2005, que permita una Toma de Decisiones oportuna y de calidad en un evento detectado, para cumplir con las prioridades de la Red Andina de Vigilancia Epidemiológica en cuanto a:

- Enfermedades que tienen una repercusión grave de Salud Pública (morbilidad, incapacidad, mortalidad).
- Poseen un potencial epidémico significativo.
- Pueden presentarse de manera inusitada o imprevista.
- Son considerados objetos de control por programas nacionales o internacionales por ser enfermedades notificables según el RSI-2005.
- Conllevan a intervenciones específicas en escala nacional e internacional (restricciones internacionales a viajeros y comerciales, campañas de inmunización, reporte internacional) según Anexo 2 del RSI-2005.

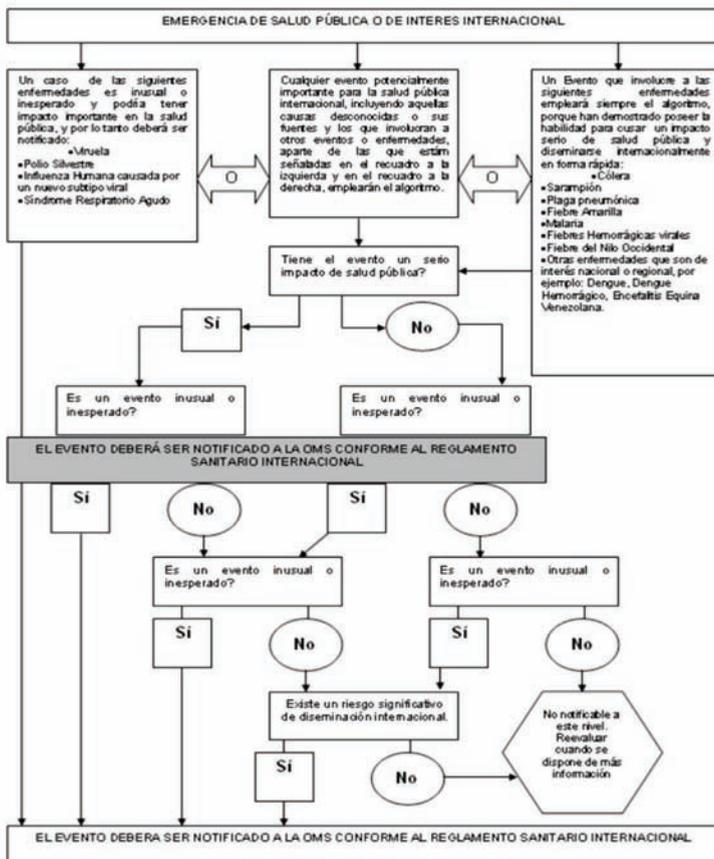
III.3.1. Algoritmo para la Toma de Decisiones



El RSI-2005, establece la obligación de cada Estado parte, notificar todos los eventos que ocurran en su territorio y que puedan constituir una emergencia de Salud Pública de importancia internacional (Figura 22), de acuerdo con el instrumento de decisión establecido por el mismo Reglamento (RSI-2005).



Figura 22. Algoritmo para la Toma de Decisiones para Evaluar y Notificar Eventos que podrían convertirse en Emergencia de Salud Pública o de interés Internacional



Fuente: Guía Andina de Vigilancia Epidemiológica de Casos y Brotes para Ámbitos de Frontera. 2007

El algoritmo anterior presenta unas interrogantes desencadenantes de propuestas de solución, basadas en circunstancias que contribuyan a la repercusión en Salud Pública de eventos morbígenos de interés internacional. En tal sentido, al responder afirmativamente a las 3 siguientes interrogantes: I. ¿Tiene el evento una repercusión de Salud Pública Grave?; II. ¿Se trata de un evento inusitado o imprevisto?; III. ¿Existe un riesgo significativo de propagación internacional?; entonces podrá considerarse que la situación analizada a la luz del algoritmo presentado en el RSI-2005, se trata de una Emergencia de Salud Pública de importancia internacional (ESPII – Ache, 2006).



III.3.2. Protocolos de acción en los Puntos de Entrada



Así mismo, es necesario cumplir con ciertos Protocolos en los Puntos de Entrada, de tal manera de orientar a viajeros, llevar un control sanitario, realizar vigilancia entomológica y sanitaria, higiene de los alimentos y fiscalización:

Orientación a Viajeros, a través de material educativo como campañas, dísticos, mensajes digitalizados, pendones y afiches; vacunaciones recomendadas y exigidas como las de sarampión, rubéola y fiebre amarilla, así como también, informar sobre medidas de bioseguridad y no farmacológicas.

Control Sanitario, que garantice el cumplimiento del Convenio Internacional para prevenir la contaminación por los Buques (MARPOL 73/78/90), coordinado con los organismos competentes nacionales (Ministerios del Ambiente y Salud) e Internacionales (Organización Marítima Internacional – OMI), en la prevención de la contaminación del mar por ingreso de buques al país y descarga de lastres, residuos y desechos sólidos. Por otro lado, fortalecer la capacidad de respuesta del capital humano que labora en las puertas de entrada al país.

Vigilancia Entomológica y Control Vectorial, realizar el mantenimiento de áreas libres de vectores y fauna nociva, a través de la verificación de la presencia de criaderos de larvas e insectos adultos, roedores y cualquier otro animal potencialmente vector o reservorio de enfermedades transmisibles en medios de transporte, embarcaciones e infraestructuras.

Vigilancia Sanitaria, para mejorar la calidad de las inspecciones sanitarias y la gestión de factores de riesgo sanitario ambientales en los ámbitos de aeropuertos, puertos y pasos de frontera terrestre y zonas francas; de tal manera de controlar la seguridad sanitaria de productos y servicios; controlar los sistemas de recolección, tratamiento y disposición final de basuras, desechos sólidos y aguas residuales; realizar el control de gestión de los alimentos y el control de gestión de sustancias y materiales peligrosos.

Higiene de los Alimentos, realizar la fiscalización de las edificaciones e instalaciones físicas ubicadas en el área portuaria donde se produce el flujo de alimentos, vehículo abastecedor, almacenamiento, manipulación preparación, consumo, que será servido a bordo de los medios de transporte, para la higienización de superficie (procedimiento de limpieza y desinfección), según lo establecido en la legislación vigente.



Fiscalización, realizar la fiscalización en los puntos de entrada (aeropuertos, puertos y fronteras terrestres) desde el espacio físico hasta la presencia de autoridades sanitarias acreditadas para la vigilancia epidemiológica y control sanitario en el país. Todos estos procedimientos deben realizarse con los representantes de las autoridades competentes como Instituto Nacional de los Espacios Acuáticos e Insulares (INEA), Administrador Portuario, Ministerio del Poder Popular para la Agricultura y Tierras (MPPAT) a través del Servicio Autónomo de Sanidad Agropecuaria (SASA), Ministerio del Poder Popular para la Infraestructura (MINFRA), Ministerio del Poder Popular para la Defensa, Servicio Integrado de Administración Aduanera y Tributaria (SENIAT), Ministerio del Poder Popular para Relaciones Interiores y Justicia (MIJ) a través de la Oficina de Identificación y Extranjería (ONIDEX), Ministerio del Poder Popular del Ambiente y Recursos Naturales Renovables (MARN), Agentes Aduanales, Agentes Navieros, Ministerio del Poder Popular del Trabajo y Seguridad Social (MPPT) a través del Instituto Nacional de Prevención, Salud y Seguridad Laborales (INPSASEL); Ministerio del Poder Popular para la Alimentación (MINPAL), Ministerio del Poder Popular para la Energía y Petróleo (MEP), Ministerio de Producción y el Comercio (MPC), Ministerio del Poder Popular para el Turismo (MINTUR), Ministerio de Ciencia y Tecnología (MCT) y Ministerio del Poder Popular para la Comunicación y la Información (MINCI); los cuales deben integrarse en la vigilancia epidemiológica de casos y brotes para ámbitos de frontera.

III.4. Marco Jurídico Nacional para Puertos



Existen una serie de soportes legales sobre las competencias de los Puertos en Venezuela, lo que permite conformar un sistema portuario eficiente. A continuación mencionaremos algunos:

- Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (Art. 156).
- Ley Orgánica de Salud y sus Reglamentos.
- Ley Orgánica de Seguridad de la Nación.
- Ley Orgánica de Aduanas y su Reglamento.
- Ley General de Marinas y Actividades Conexas.
- FAL-65/OMI Organización Marítima Internacional.
- MARPOL 73/78/90.
- Ley Orgánica de Espacios Acuáticos.
- Ley del Servicio Nacional Integrado de Administración Aduanera y Tributaria (SENIAT).
- Ley de Cuerpo de Bomberos y Bomberas y Administración de Emergencias de Carácter Civil.
- Ley de la Organización Nacional de Protección Civil y Administración de Desastres.

CAPÍTULO IV

IMPLEMENTANDO la Sala Situacional en Puertos



Con la finalidad de implementar la Sala Situacional para un Puerto, es necesario considerar su actividad económica de importación de materias primas, verificar que sea punto de entrada y salida país y finalmente, comparar sus volúmenes de carga y tráfico con otros puertos.

IV.1. Caracterización General



Una vez seleccionado el Puerto, es imprescindible conocer la situación de salud de la población que vive en sus alrededores, empezando por:

- a. Caracterización general del Municipio: Mapas con la distribución Política del estado (parroquias y Municipios), principales centros poblados, límites, vialidad, relieve, distribución de cuencas, topografía, vegetación, temperatura, hidrografía, geología, recursos naturales, fallas geofísicas, situación general del municipio donde se encuentra ubicado el puerto.
- b. Análisis de los indicadores demográficos: estructura poblacional, predominio de grupos poblacionales, edad media, índice de masculinidad, población femenina en edad fértil, porcentaje de la población menor de 15 años y mayores de 65 años, índice de reemplazamiento, entre otros. Es recomendable realizar una comparación del municipio con el estado y el país.
- c. Factores determinantes de la salud: conocer los centros de salud según su clasificación, centros educativos, viviendas registradas, servicios básicos (acueductos, cloacas, aseo urbano), natalidad lo que permite orientar los programas sociales, morbilidad de las 25 primeras causas de consulta, tasa de mortalidad materna, infantil y general.
- d. Conociendo el Puerto: visión, misión, políticas, terminales, fotos, operaciones portuarias como Buques atendidos con carga y tipo, estadía promedio buques/horas y TEU's (unidad de medida de caja de 20 pies) movilizados.

Estos buques transportan diferentes tipos de mercancía, entre estos, productos envasados, carga normalizada, alimentos, minerales, aceites, productos químicos líquidos, productos refrigerados, repuestos, vehículos, explosivos, gases comprimidos o disueltos bajo presión, líquidos y sólidos inflamables, sustancias propensas a combustión, sustancias oxidantes, peróxidos orgánicos, sustancias venenosas y tóxicas, sustancias infecciosas, materiales radiactivos, corrosivos. Por lo que, es imprescindible establecer políticas y estrategias de vigilancia y control de factores de riesgo físicos,



químicos y biológicos presentes, para preservar la salud de la población y/o prevenir la propagación internacional de enfermedades. Es necesario aplicar medidas de control en una emergencia de Salud Pública. Por ello, se observa la utilidad de una Sala Situacional Portuaria, que consolide información para la acción, además de apoyar con actividades relacionadas con la salud del viajero; entrega de información en puntos de entrada y salida del país; sobre prevención de enfermedades, entrega de material educativo; apoyar las acciones definidas por el Equipo de Respuesta Rápida (ERR), en el marco de respuestas a eventos de importancia para la Salud Pública; elaborar y mantener actualizada la estadística de tránsito de personas y mercancías por puertos; elaborar Informes regulares del trabajo desarrollado; además de participar en las actividades para la implementación del RSI-2005.

iv.2. Aplicación del Anexo 1-B. Capacidades Básicas en el Puerto



El RSI-2005, aprobado por la Asamblea Mundial de la Salud, establece la obligación de cada Estado Parte de notificar todos los eventos que ocurran en su territorio y que puedan constituir una emergencia de Salud Pública de importancia internacional (ESPII), de acuerdo con el instrumento de decisión establecido por el mismo Reglamento, como se especifica en el apartado IV.3.1. Algoritmo para la toma de decisiones, una “«emergencia de Salud Pública de importancia internacional» significa un evento extraordinario que, de conformidad con el RSI-2005. Se han establecido tres criterios para determinar un ESPII: 1. Que tenga una repercusión de Salud Pública Grave; 2. Que sea inusitado o imprevisto; 3. Que constituya un riesgo significativo de propagación internacional.

Según el instrumento de decisión para la evaluación y notificación de eventos que puedan constituir una emergencia de Salud Pública de importancia internacional, incluido en el RSI-2005, entre las posibles circunstancias que contribuyen a que un evento pueda tener una gran repercusión sobre la Salud Pública está la “Dispersión de materiales tóxicos, infecciosos, o peligrosos por alguna otra razón, de origen natural u otro, que hayan contaminado o tengan posibilidades de contaminar una población y/o una extensa zona geográfica”.

Para la detección de emergencias de Salud Pública internacional, el RSI establece la obligación de desarrollar una serie de capacidades en los puntos de entrada al territorio de cada Estado Parte designados. Los Puertos son uno de los posibles puntos de entrada. Las capacidades a desarrollar en los Puntos de Entrada designados se establecen en el Anexo 1-B del RSI-2005. Posteriormente, al análisis de la información obtenida de la situación



de salud de la población que vive alrededor del Puerto y de conocer al Puerto mismo, tanto sus objetivos, como algunas estadísticas básicas, se procede a realizar la aplicación del Anexo 1-B Capacidades básicas.

iv.3. Implementación de la Sala Situacional Portuaria



A continuación se presenta la Propuesta de Implementación de Sala Situacional para un Puerto, con la finalidad de aportar soluciones e intervenciones sociales constructivas, que conlleven a un mejoramiento en las actividades, análisis y vigilancia del proceso salud-enfermedad y atención, así como contribuir con la implementación del Reglamento Sanitario Internacional (RSI-2005), y el progreso continuo necesario dentro de la organización, donde la calidad y la productividad de sus servicios son los parámetros requeridos para alcanzar el éxito, para de esta manera lograr darle una mejor respuesta a la comunidad nacional e internacional. Un Puerto Internacional, en la industria marítima tiene una carga directa en el desarrollo de un país; porque ayuda a mejorar la situación del intercambio comercial con países foráneos, creando empleos, estimulando la transferencia tecnológica y la integración económica, así como ayudando a preservar la soberanía nacional.

En éste orden de ideas, una Sala Situacional Portuaria sería un espacio estratégico para fortalecer los mecanismos necesarios de control, vigilancia, seguimiento y evaluación basados en análisis e indicadores que puedan orientar acciones de Salud Pública y prevención en relación a factores de riesgo sanitario ambientales que inciden en los usuarios de éstos espacios portuarios.

En tal sentido, la Implementación de Sala Situacional Portuaria, a través del acopio de información estratégica que allí se consolide, podrá servir de insumo para la toma de decisiones que contribuyan con el mejoramiento de la calidad de los servicios prestados a los usuarios por las instituciones que se desempeñan en las instalaciones del puerto, en el entendido que la estructuración de la Sala Situacional Portuaria, implica un espacio de análisis multidisciplinario, donde debe haber la integración de saberes y conjunción de esfuerzos, para minimizar los riesgos y garantizar el mayor nivel posible de seguridad con respecto a la salud del colectivo humano que hace vida activa en las instalaciones del puerto.

Por esta razón, la Sala Situacional podrá de acuerdo con las competencias concurrentes de cada organismo, recibir o intercambiar información sobre factores de riesgo ambientales que incidan sobre la salud, sobre las medidas de control y administrativas portuarias, vinculadas



con la protección de la Salud Pública. Los organismos que permiten el flujo multidisciplinario de la información requerida para nutrir la Sala Situacional, son:

Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS), Instituto Nacional de los Espacios Acuáticos e Insulares (INEA), Administrador Portuario, Ministerio del Poder Popular para la Agricultura y Tierras (MPPAT) - Servicio Autónomo de Sanidad Agropecuaria (SASA), Ministerio del Poder Popular para la Infraestructura (MINFRA), Ministerio del Poder Popular para la Defensa, Servicio Integrado de Administración Aduanera y Tributaria (SENIAT), Ministerio del Poder Popular para Relaciones Interiores y Justicia (MIJ) – Oficina de Identificación y Extranjería (ONIDEX), Ministerio del Poder Popular del Ambiente y Recursos Naturales No Renovables (MARN), Agentes Aduanales, Agentes Navieros, Ministerio del Poder Popular del Trabajo (MT) – Instituto Nacional de Prevención, Salud y Seguridad Laborales (INPSASEL); Ministerio del Poder Popular para la Alimentación (MINPAL), Ministerio del Poder Popular para la Energía y Petróleo (MEP), Ministerio de Producción y el Comercio (MPC), Ministerio del Poder Popular para el Turismo (MINTUR), Ministerio de Ciencia y Tecnología (MCT) y Ministerio del Poder Popular para la Comunicación y la Información (MINCI); OPS/OMS.

Las acciones estratégico-metodológicas antes mencionadas de la Fase de implementación del RSI-2005, promueven la creación de Salas Situacionales de Salud portuarias, aeroportuarias y fronterizas, para fortalecer y facilitar la consolidación de información necesaria en áreas portuarias.

IV.4. Metodología para la construcción de la Sala Situacional



Para la puesta en marcha de la Sala Situacional, se seguirán 5 etapas necesarias, las cuales lejos de ser una receta, es una guía que puede ser adaptada por el equipo que estará al frente del proyecto. Las etapas son:

Etapa 1: Preparatoria; Etapa 2: Acondicionamiento y Equipamiento; Etapa 3: Diseño, Procesamiento y Montaje; Etapa 4: Apertura y Etapa 5: Seguimiento y Evaluación. A través de un cronograma se detallan los tiempos que se necesitan para asegurar su buen funcionamiento, cada etapa tiene diferentes actividades que deben cumplirse en orden consecutivo (Cuadro 6).



Cuadro 6. Cronograma de Actividades para el establecimiento de la Sala Situacional en el Puerto, 2011

ETAPAS	ACTIVIDAD	SEMANAS							
		1	2	3	4	5	6	7	8-12
I (Preparatoria)	Reunión para la Presentación del Proyecto a Directivos del Puerto y MPPS	■							
	Elaboración de cronograma de implementación	■							
	Selección del Recurso Humano	■	■	■					
	Selección del Espacio Físico	■	■	■					
II (Acondicionamiento y Equipamiento)	Adquisición de recursos materiales		■	■	■				
	Limpieza y acondicionamiento del área				■				
	Instalación de mobiliario y equipos				■				
	Organización de papelería y materiales de oficina				■				
III (Diseño, Procesamiento y Montaje)	Diseño, Procesamiento y Montaje					■	■		
IV (Apertura)	Apertura							■	
V (Seguimiento y Evaluación)	Seguimiento y evaluación							■	■

Fuente: Elaboración propia, 2011.

iv.4.1. Etapa 1: Preparatoria



1. Reunión de articulación con las autoridades del Puerto para la presentación de proyecto de Implementación de Sala Situacional Portuaria, mediante utilización de presentación multimedia contentiva de objetivo general, funciones, misión, visión, estructuración, procesos y actores involucrados, resultados esperados, necesidades y cronograma. En la citada reunión, deben participar representantes de las dependencias del Puerto, MPPS, INE, SASA, Empresas Almacenadoras y Aduaneras, INEA, MPPAT, MINFRA, SENIAT, MIJ, ONIDEX, MARN, MT, INPSASEL, MINPAL, MEP, MPC, MCT, MINCI, entre otros, para su conocimiento del proyecto e incorporación mediante la generación del flujograma de gestión de información necesaria para el óptimo desempeño de la Sala Situacional Portuaria (SS-P).



2. Elaboración del cronograma de implementación de la SS-P, con la especificación de las personas responsables de las acciones y tiempos de ejecución para un adecuado seguimiento de los objetivos planteados.
3. Selección del recurso humano necesario para la ejecución y funcionamiento de la SS-P, acción que será realizada por la Coordinación de Recursos Humanos del Puerto. El personal mínimo necesario será de 3 funcionarios: 2 Técnicos (1 Especialista epidemiología y otro en informática) y 1 Secretaria, cuyo perfil y funciones se especifican a continuación:

Personal Técnico



Perfil

- Dedicación a tiempo completo.
- Disposición de trabajo de equipo y multidisciplinario.
- Capacidad de atención de público.
- Técnico y/o profesional del área informática y/o de la salud con altos conocimientos en el manejo de software estadístico, procesamiento de información y elaboración de indicadores.
- Conocimientos en vigilancia epidemiológica en salud y análisis estadístico.
- Conocimiento en elaboración y redacción de informes.

Funciones

- Recepción, transcripción y procesamiento de la información recibida de las dependencias notificantes.
- Diseño, ejecución y actualización de bases de datos digitales sobre la información priorizada para la SS-P.
- Elaboración y actualización de indicadores y productos informativos (cuadros, tablas, gráficos, mapas temáticos, entre otros) derivados de la información recolectada.
- Análisis de la información procesada, indicadores y productos informativos.
- Elaboración y entrega de informes integrales de la información recolectada de manera semanal, mensual, trimestral, semestral y anual, para la toma de decisiones.
- Diseño, elaboración y actualización de las carteleras informativas y pagina web de la SS-P.



- Elaboración y actualización de los procesos y flujogramas de información necesarios para el funcionamiento de la sala.
- Las demás que le sean asignadas de acuerdo a su cargo.

Secretaria



Perfil

- Dedicación a tiempo completo.
- Disposición de trabajo de equipo.
- Capacidad de atención de público.
- Conocimiento sobre manejo secretarial.
- Conocimiento básico sobre computación, fotocopiado, telefonía, fax e Internet.
- Conocimiento en elaboración y redacción de comunicaciones e informes.
- Manejo de técnicas de elaboración de carteleras y materiales divulgativos.

Funciones

- Elaboración, transcripción y archivo de comunicaciones e informes.
 - Recepción y archivo de las comunicaciones recibidas.
 - Atención del público y envío a las instancias correspondientes.
 - Apoyo en la elaboración de carteleras y materiales divulgativos.
 - Apoyo en la ejecución de eventos y actividades informativas.
 - Archivo de los materiales productos del trabajo realizado por la SS-P.
 - Las demás que le sean asignadas de acuerdo a su cargo.
4. Selección del espacio físico para la ubicación de la SS-P, el cual debe poseer características de tamaño y acondicionamiento adecuadas para el montaje de carteleras informativas y realización de reuniones multidisciplinarias para la discusión de información, como:
- Tamaño: 20 metros cuadrados aproximadamente.
 - Paredes pintadas en colores claros, preferiblemente blanco.
 - Iluminación adecuada con bombillos fluorescentes blancos.
 - Aire acondicionado.
 - Puerta con cerradura.



- Conectores de electricidad en las cuatro paredes (al menos 5 conectores), para evitar el uso innecesario de extensiones.
- Conexión a internet.

Las autoridades del Puerto serán las responsables de la toma de decisión sobre el espacio a utilizarse, importante punto de partida para su posterior acondicionamiento y funcionamiento. Esta etapa tendrá una duración de 3 semanas, cuyo producto final será el cronograma de implementación diseñado y aprobado, equipo de trabajo y espacio físico seleccionado.

IV.4.2. Etapa 2: Acondicionamiento y equipamiento

Durante esta etapa, se realiza la adquisición de los materiales, suministros, mobiliario y equipos necesarios para el acondicionamiento y equipamiento de la SS-P. En primer término, luego de la selección del espacio físico se procede a la limpieza y pintura del mismo, seguido del equipamiento con el mobiliario necesario para el funcionamiento del personal asignado y por último, la instalación y prueba de los equipos de computación y sistemas informáticos.

1. *Adquisición de recursos materiales.* A continuación se desglosan los recursos materiales necesarios para la instalación de la SS-P (acondicionamiento del espacio físico - materiales varios y equipamiento - mobiliario, equipos y materiales varios. Tablas 1 y 2).

Tabla 1. Acondicionamiento del espacio físico, materiales y equipamiento de la Sala Situacional en el Puerto, 2011

Cantidad	Descripción	Precio Unitario Bs.F	Total Costo de Desarrollo	
			Fondos Puerto	Fondos Externos
Materiales Varios				
1	Pintura de caucho color blanco/claro (cuñete)			
1	Pintura de aceite color negro (galón)			
2	Brocha 3" (unidad)			
1	Brocha 1" (unidad)			
1	Cinta para enmascar 1x45mts (rollo)			
1	Desinfectante (litro)			
1	Cera (litro)			
1	Jabón en polvo (kilo)			
1	Mopa (unidad)			
1	Cepillo (unidad)			
1	Tobo plástico con exprimidor (unidad)			
TOTAL				

Fuente: Elaboración propia a partir del Modelo Proyecto Factible. Balestrini (1997)



Tabla 2. Costos Mobiliario, Equipos y Materiales varios para el Equipamiento de la Sala Situacional en el Puerto, 2011

Cantidad	Descripción	Precio Unitario Bs.F	Total Costo de Desarrollo	
			Fondos Puerto	Fondos Externos
	Mobiliario			
1	Mesa de Reunión			
10	Silla pequeñas			
2	Mesa de Computadora			
1	Estante madera 4 peldaños + gaveta			
1	Escritorio secretarial			
3	Silla ergonómicas			
1	Pizarra acrílica 100x80cmt			
3	Cartelera de corcho 1,20x2mts (unidad)			
2	Papelera			
	Sub-Total Mobiliario			
	Equipos			
2	Computadora			
1	Impresora multifuncional			
1	Proyector Multimedia			
2	Memoria portátil 8Gb			
	Sub-Total Equipos			
	Materiales Varios			
1	Papel bond base 20 tamaño carta (Caja)			
2	Cartuchos Tinta para impresora (Color y Negro)			
1	CD (Cilindro de 100 CD)			
10	Cartulina (Unidad)			
4	Chinches (Caja)			
5	Carpeta Archivador tamaño carta (unidad)			
1	Separadores (Paquete)			
1	Carpeta amarilla tamaño carta (paquete de 25und)			
1	Bolígrafo tinta azul (caja x 12unid)			
2	Clips N°1 (caja x 100unid)			
1	Grapas lisas (caja x 5000unid)			
3	Corrector liquido (unidad)			
1	Resaltador amarillo (caja x 10unid)			
5	Marcador negro (unidad)			
5	Marcador rojo (unidad)			
5	Marcador negro para pizarra acrílica (unidad)			
1	Borrador de pizarra acrílica			
2	Tijera (unidad)			
5	Pega de barra (unidad)			
2	Engrapadora (unidad)			
1	Perforadora 2 agujeros (unidad)			
	Servicio de Internet (Mensual)			
	Sub-Total Materiales Varios			
	TOTAL			

Fuente: Elaboración propia a partir del Modelo Proyecto Factible. Balestrini (1997)

La adquisición de los recursos materiales es un paso fundamental para avanzar en la instalación de la SS-P. En relación al plan de inversión, se realizará una compra en tres momentos (Cuadro 7 y Tabla 3):



Cuadro 7. Momento de adquisición de recursos materiales para el establecimiento de la Sala Situacional en el Puerto, 2011

Momento	Adquisición	Compra
I	Materiales varios para Acondicionamiento del espacio físico	Única
II	Equipos y Mobiliario para Equipamiento	Única
III	Materiales varios para Equipamiento	Stock x 3 meses

Fuente: Elaboración propia, 2011.

Tabla 3. Cronograma de Gastos Semanales para la de adquisición de recursos materiales para el establecimiento de la Sala Situacional en el Puerto, 2011

Concepto	Aporte Económico			
	1	2	3	4
Materiales varios para Acondicionamiento del espacio físico				
Equipos y Mobiliario para Equipamiento				
Materiales varios para Equipamiento				

Fuente: Elaboración propia a partir del Modelo Proyecto Factible. Balestrini (1997)

2. Limpieza y acondicionamiento del área: Al contar con el material necesario, el personal de servicios generales del Puerto (al menos 2 personas) debe realizar la limpieza y lavado de pisos, limpieza y reparación de paredes y techo, seguido de la pintura de las paredes y techos con la pintura de caucho y los topes inferiores con la pintura de aceite. Este proceso tendrá una duración de 3 días aproximadamente, si el personal cuenta con todos los recursos y está dedicado exclusivamente a esta actividad.
3. Instalación de mobiliario y equipos: Culminado el acondicionamiento del área y adquiridos los recursos materiales necesarios, el personal debe realizar el equipamiento del espacio físico con las siguientes tareas:



- Ubicación del mobiliario de oficina: escritorio secretarial, mesa de reuniones con sillas, estante archivador.
 - Ubicación del mobiliario de equipos de computación e instalación de los computadores.
 - Instalación de impresora multifuncional.
 - Instalación de sistema de red para computadores, impresora, software y programas estadísticos.
 - Instalación de pizarra acrílica en lugar visible a toda el área, centrada, con el borde inferior a una altura de 1,50mts del piso.
 - Instalación de carteleras en las paredes de manera armónica y proporcionada al espacio disponible, con el borde inferior a una altura de 1,20mts del piso.
 - Ubicación de papeleras.
4. Organización de papelería y materiales de oficina: Culminada la instalación del mobiliario y equipos, se procede a la ubicación y organización de la papelería y materiales de oficina adquiridos para el funcionamiento de la SS-P, los cuales deben ser utilizados de manera racional y ordenada para mantener una buena imagen del área ante el público interno y externo que acudirá a la misma. La etapa 2, tendrá una duración de 3 a 4 semanas, cuyo producto final será: Espacio físico acondicionado, equipado y funcional, papelería y materiales de oficina disponibles y organizados. Es de resaltar que algunas actividades han de ser realizadas de manera simultánea con la implementación de la etapa 1, lo cual permite disminuir 2 semanas al tiempo final de implementación.

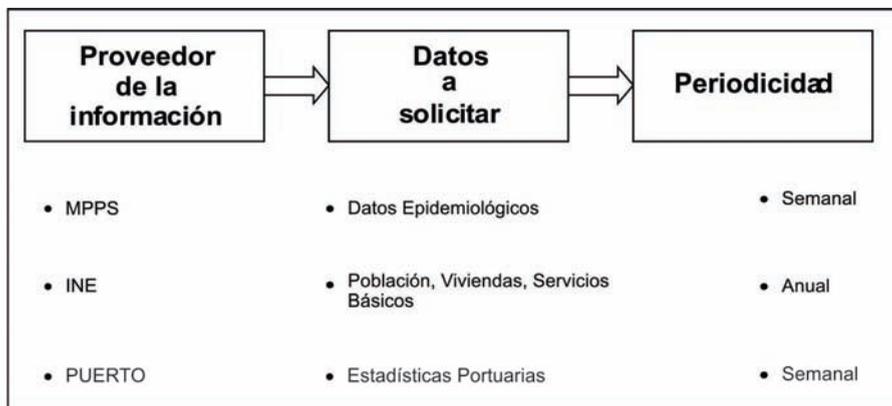
iv.4.3. Etapa 3: Diseño, Procesamiento y Montaje



Luego de realizado el acondicionamiento y equipamiento del área, el equipo de trabajo de la SS-P procederá a iniciar el proceso de recolección de información necesaria, colocando en funcionamiento los flujogramas diseñados para tal fin con el objetivo de dar su validación y ajustes pertinentes.

Es necesario definir las fuentes de información para establecer la base de datos y consolidar oportunamente la información útil, para ello se ha de seguir el esquema de recolección de información de la Figura 23:

Figura 23. Esquema de recolección de Información para la Sala Situacional Portuaria



Fuente: Elaboración propia, 2011.

Es necesario redactar una estrategia o convenio entre las instituciones involucradas, para evitar retrasos en la información y cumplir con el flujo necesario para el buen funcionamiento de la Sala Situacional Portuaria.

Las variables o indicadores relacionadas con salud, obviamente se deberán solicitar a la Dirección Estatal de Salud del estado, datos como Registros de Hechos Vitales y Centros de Salud (Nacimientos, Defunciones, Riesgos Sanitario Ambientales, entre otros); las variables o indicadores Demográficos y de Territorio al Instituto Nacional de Estadística del estado (INE, 2011), así como los Nacimientos y Defunciones; y las variables o indicadores relacionados con el puerto a los diferentes Departamentos del Puerto seleccionado, como se detalla a continuación:

DRS- (MPPS) - Datos Epidemiológicos:

- 10 Principales causas de morbilidad del municipio donde se encuentra el Puerto.
- Natalidad por residencia Parroquias, Municipio del municipio donde se encuentra el Puerto.
- Defunciones por causa del municipio donde se encuentra el Puerto.
- Centros de Salud y su capacidad instalada.
- Factores de Riesgo.
- Probables fuentes de contaminación.
- Otras que se requieran.

INE - Población, Viviendas, Servicios Básicos:

- Población por Parroquias.
- Viviendas.
- Servicios Básicos.



- Mapas por localidad.
- Otras que se requieran.

PUERTO - Estadísticas Portuarias:

- Buques Atendidos con Carga y Tipo.
- Estadía Promedio de Buques en Horas.
- Tipo de Mercancía Transportada.
- Cantidad de pasajeros y su procedencia.
- Otras que se requieran.

PUERTO - Estadísticas Epidemiológicas:

- Morbilidad del Puerto, la cual se generaría a través del Servicio Médico o del Servicio de Seguridad y Salud en el Trabajo. Asimismo, deben llevarse todas las estadísticas ocupacionales propias del Puerto.

Para visualizar en forma gráfica el movimiento de los documentos, archivos, datos, información e indicadores, se presenta un Modelo de Flujo de Información proveniente de la Dirección Estatal de Salud (MPPS), con la solicitud de los Datos Epidemiológicos; para ello se hará uso del Modelo Diagrama de Flujo de Información (DFI) el cual se diseña a través de símbolos que representan funciones de procesos, de archivo y de entrada/salida. (Cuadro 8).

Cuadro 8. Símbolos del Diagrama de Flujo de Información

PROCESO	ARCHIVO	DOCUMENTO	FLUJOS	CONECTOR	INICIO/FIN
Representan los procesos que realizan las entidades	Son archivos lógicos ó físicos. Datos en reposo.	Son planillas o datos que se envían o reciben de las entidades.	Describe movimientos del paquete de información.	Conector intra ó extra página enlaza flujos para no perder la secuencia.	Comienzo y fin de un proceso.

Fuente: Fábregas (1991)

En la Figura 24, se observa el flujo de información desde quien solicita (SS-P) los datos y quien o quienes son los proveedores de los mismos (Dirección Estatal de Salud-MPPS-Epidemiología), desde su recepción, elaboración y análisis de los mismos para luego ser enviados al solicitante.



Recolectada la información solicitada, el equipo de trabajo procederá a su transcripción y procesamiento con el diseño de bases de datos, cuadros, tablas, gráficos y mapas temáticos, entre otros para la publicación y difusión de los conocimientos desarrollados para sustentar la toma adecuada de decisiones.

En tanto es obtenida la información, el personal realizará el montaje de las carteleras con la colocación de las identificaciones respectivas según las áreas temáticas a divulgar. De manera inicial, puede ser colocada en las carteleras información institucional del Puerto sobre la estructura organizativa, croquis, funciones, procedimientos, alianzas, así como, de su área de influencia (municipio, geografía, población, vialidad, entre otros). El montaje de las carteleras debe ser realizado bajo un patrón armónico de colores, letras e imágenes, guardando la relación de espacio y pertinencia de la información.

Esta etapa tendrá una duración de 2 semanas aproximadamente, cuyo producto final será: Información recolectada y procesada, materiales informativos elaborados y publicados (carteleras).

IV.4.4. Etapa 4: Apertura



Cumplido el lapso de diseño, procesamiento y montaje de la información básica inicial para el funcionamiento de la sala, se procederá a la apertura oficial de la SS-P mediante una actividad institucional durante la cual el equipo de trabajo expondrá a través de una presentación multimedia los objetivos, organización y avances de la Sala, así como su contribución al fortalecimiento institucional y social del Puerto. Se notificará sobre los mecanismos de cooperación e intercambio de información, los análisis a desarrollar y los productos finales de interés.

IV.4.5. Etapa 5: Seguimiento y Evaluación



Luego de la apertura de la SS-P, se debe realizar el seguimiento y evaluación de las actividades realizadas para la toma de medidas que llevan al mejoramiento de los procesos desarrollados. De manera semanal debe realizarse un informe de gestión que detalle las acciones ejecutadas por el equipo de trabajo, así como los logros alcanzados. Es importante, la participación de los miembros de las dependencias notificantes en reuniones de discusión sobre las informaciones recabadas para su análisis integral y toma de decisiones adecuadas y oportunas.



A pesar de que esta etapa debe ser ejecutada de forma continua, para efectos de la evaluación del proceso de implementación de la SS-P tendrá una duración inicial de 6 semanas, luego de la cual se realizará un análisis crítico del funcionamiento de la SS-P y la elaboración del plan de trabajo trimestral. Una vez realizadas y evaluadas las 5 etapas, es importante determinar la accesibilidad de la información para la toma de decisiones en los estratos gerenciales, esta difusión de la información procesada debe proyectarse a través de los diferentes métodos CD-DVD, trípticos, medios de comunicación, entre otros; según sea solicitada. Por otro lado, sería recomendable incluir un apartado sobre la SS-P en el Portal (Página Web) del Puerto.

IV.5. Beneficios de la Sala Situacional Portuaria



En todo proyecto se hace imprescindible precisar los beneficios que se obtendrán con la puesta en práctica de la implementación del mismo, entre estos beneficios se destacan los beneficios tangibles e intangibles, como se presenta a continuación cada uno de ellos:

Beneficios Tangibles



Se entiende como beneficio tangible todo provecho que se pueda cuantificar, producto de la implementación de la SS-P; por lo cual la creación de la misma permitirá contar con un centro integral de acopio y procesamiento de información, cuyo espacio permita la discusión y análisis multidisciplinario de las acciones ejecutadas del Puerto y entes relacionados que conlleven al fortalecimiento de las capacidades técnico-administrativas de la institución en el marco de una gestión más oportuna, efectiva, eficaz y eficiente.

Beneficios Intangibles



Así como existen beneficios tangibles, también existen los intangibles, son aquellos que no se pueden medir, pero resultan determinantes para la institución, como:

- Respaldo para la toma de decisiones.
- Acceso rápido a la información, por la concentración y análisis de las variables e indicadores establecidos, lo que permite una mejor difusión de información.



- Mayor fluidez en los procesos para la movilización de recursos.
- Preparación de planes de emergencia para evaluar e intervenir en situaciones o problemas de salud.
- Fortalecimiento de la imagen institucional y capacidades de respuesta.

iv.6. Aplicabilidad de los Resultados de la Sala Situacional Portuaria



Existen una serie de factores que inciden en la aplicabilidad de los resultados entre estos:

1. Factible económicamente para el Puerto.
2. Mejora la captación de Información y la Cobertura.
3. Brinda Apoyo técnico informativo a diferentes Instituciones.
4. Mejora el envío y recepción de la información con el uso de Internet (difusión).
5. Permite monitorear y evaluar la situación de salud y los factores de riesgo, así como las actividades de intervención frente a epidemias o eventos adversos (desastres naturales).
6. Exhibe datos e información útil para toda la comunidad.

En tal sentido, la Sala Situacional se convierte en una herramienta fundamental para la vigilancia en Salud Pública en los puertos, la cual además de contribuir con la aplicación del RSI-2005, contribuye en la toma de decisiones oportunas y de calidad. Así mismo, facilita la aplicación de los Protocolos en los Puntos de Entrada, de tal manera, de orientar a viajeros, llevar un control sanitario, realizar vigilancia entomológica y sanitaria, higiene de los alimentos y fiscalización.

En razón de la múltiple y variada información que puede ser manejada a través de una herramienta estratégica como la Sala Situacional, el Puerto podrá tener un espacio que pueda dar respuestas a las expectativas de la gerencia para la toma de dediciones más efectivas, oportunas y productivas, disminuyendo las incertidumbres ocasionadas por la complejidad de los servicios, actividades y situaciones que día a día se presentan en el ámbito portuario.

Así, la Sala Situacional Portuaria, será un espacio pertinente y una experiencia pionera para su replicación en otros ámbitos geográficos donde existan puntos de entrada de gran importancia para el país. La Sala Situacional cobra aún más fuerza y vigencia en los actuales momentos donde ha sido declarada la Primera Pandemia del Siglo XXI por parte de la OMS por el caso del virus AH1N1.



En tal sentido, es fundamental formar conciencia sobre la necesidad del uso de la Sala Situacional Portuaria, más que como una entidad temporal, como un espacio estratégico, dinámico, permanente para optimizar la gestión del Puerto. La Sala Situacional deberá no solo ser vista como un espacio de exposición de información (cartelera), sino como una herramienta indispensable, cuya importancia amerita sostenibilidad en tiempo y espacio por parte del Puerto.

Consideraciones Finales



El Reglamento Sanitario Internacional, es un instrumento jurídico internacional sobre Salud Pública, cuya finalidad es “Prevenir la propagación internacional de enfermedades, proteger contra esa propagación, controlarla y darle una respuesta de Salud Pública proporcionada y restringida a los riesgos para la Salud Pública y evitando al mismo tiempo las interferencias innecesarias con el tráfico y el comercio internacional...” (RSI-2005:9). Para la detección de emergencias de Salud Pública internacional, el RSI-2005, establece la obligación de desarrollar una serie de capacidades en los puntos de entrada al territorio de cada país.

En tal sentido, es de vital importancia la aplicación en los puertos del país, del Anexo 1-B “Capacidades Básicas” del RSI-2005, con los resultados, se orientarían el establecimiento de políticas y estrategias de vigilancia y control de factores de riesgo físicos, químicos y biológicos presentes en los puertos, para preservar la salud de la población y/o prevenir la propagación internacional de enfermedades. En ese contexto, la Sala Situacional se convierte en una herramienta fundamental para la vigilancia en Salud Pública en los puertos, la cual además de contribuir con la aplicación del RSI-2005, contribuye en la toma de decisiones oportunas y de calidad. La Sala Situacional Portuaria, debe ser entendida como un espacio estratégico que permite el proceso de toma de decisiones en situaciones de emergencias, pero también en situaciones de “normalidad”; incorpora análisis de situación de salud, fortalece los mecanismos necesarios de control, vigilancia, seguimiento y evaluación basados en análisis e indicadores que puedan orientar acciones de Salud Pública y prevención en relación a factores de riesgo sanitario ambientales que inciden en los usuarios de éstos espacios portuarios.

Así mismo, facilita la aplicación de los Protocolos en los Puntos de Entrada, de tal manera de orientar a viajeros, llevar un control sanitario, realizar vigilancia entomológica y sanitaria, higiene de los alimentos y fiscalización. En razón de la múltiple y variada información que puede ser manejada a través de una herramienta estratégica como la Sala Situacional, los puertos podrán tener un espacio que pueda dar respuestas a las expectativas de la gerencia para



la toma de dediciones más efectivas, oportunas y productivas, disminuyendo las incertidumbres ocasionadas por la complejidad de los servicios, actividades y situaciones que día a día se presentan en el ámbito portuario. La implementación de la Sala Situacional Portuaria, requerirá de una inversión en personal, tiempo y dinero, distribuidas en las siguientes etapas: I. Preparatoria; II. Acondicionamiento y Equipamiento, III. Diseño, Procesamiento y Montaje, IV. Apertura y V. Seguimiento y Evaluación. Es importante aclarar, que ésta inversión debe ser realizada en el más corto plazo ya que, los puertos del país que no cuenten con una Sala Situacional como la que se propone, configura una debilidad a ser superada.

Según Bergonzoli (2005: 12) la Sala Situacional es:

“un espacio, virtual y matricial, de convergencia en donde se conjugan diferentes saberes para la identificación y estudio de situaciones de salud coyunturales o no, el análisis de los factores que los determinan, las soluciones más viables y factibles de acuerdo con el contexto local y el monitoreo y evaluación de los resultados obtenidos después de la aplicación de las decisiones tomadas”;

Así, la Sala Situacional Portuaria, será un espacio novedoso y pertinente, una experiencia para su replicación en otros ámbitos geográficos, tiene una gran importancia para el país. La Sala Situacional cobra aún más fuerza y vigencia en los actuales momentos donde ha sido declarada la Primera Pandemia del Siglo XXI por parte de la OMS por el caso del virus AH1N1. En tal sentido, es fundamental formar conciencia sobre la necesidad del uso de la Sala Situacional Portuaria, más que como una entidad temporal, como un espacio estratégico, dinámico, permanente para optimizar la gestión de los puertos.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ache A. (2006). Guía Andina de Vigilancia Epidemiológica de Casos y Brotes para Ámbitos de Frontera. Instituto Autónomo de Altos Estudios "Dr. Arnoldo Gabaldon".
- Atilas P. (2005). Fundamentos del Manejo de Puertos. Disponible en: <http://www.infomipyme.com/Docs/DO/Offline/FundamentoManejoPuertos.htm> (último acceso en octubre 2008).
- Balestrini M. (1997). Como se elabora un proyecto de investigación. Editorial. Venezuela. Ibáñez Barmbila, Berenice.
- Bergonzoli G. (2006). Sala Situacional. Instrumento para la Vigilancia de Salud Pública. Maracay, Editora IAE.
- Bonilla-Molina et al. (2004). Inteligencia Social y Sala Situacional. Ediciones Gato Negro. Caracas – Venezuela. Primera edición Caracas, julio 2004. Disponible en el URL: <http://www.monografias.com/trabajos16/sala-social-situacional/sala-social-situacional.shtml>.
- Bortman M. (1999). Elaboración de corredores o canales endémicos mediante planillas de cálculo. Rev. Panam Salud Pública /Pan Am J Public Health 5(1).
- Colimon K. (1990). Fundamentos para Epidemiología. 1990 - 339 páginas. Ediciones Díaz de Santos. Libro Digital disponible en el URL: http://books.google.co.ve/books?id=xQ51VY3zEu4C&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false.
- Corporación de Salud Estado Aragua. (2011). Sala Situacional. Disponible en <http://200.90.25.157/sala/login.php> (último acceso en diciembre 2012)
- Fábregas J. (1991). Sistemas de Información Planificación, Análisis y Diseño.
- França J. (2010) La experiencia de la sala de situación en salud en el Ministerio de Salud. En: Organización Panamericana de la Salud (OPS) Representación Brasil. Sala de Situación en Salud: compartiendo las experiencias de Brasil / Organización Panamericana de la Salud; orgs. José Moya, et al. – Brasilia: Organización Panamericana de la Salud, Ministerio de Salud, 2010. 65-68 p.: il.



- Haining Peter. (2002). La Guerra de la Bomba Volante. Robson Books, 2002. ISBN 1-86105-581-1. Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Cohete_V2
- Heredia H., Artmann E. & Porto S. (2010). Enfoque comunicativo del Planeamiento Estratégico Situacional en el nivel local: salud y equidad en Venezuela. *Cadernos de Saúde Pública*, 26(6), 1194-1206. Retrieved February 09, 2013, from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000600013&lng=en&tlng=es.10.1590/S0102-311X2010000600013.
- Instituto Nacional de Estadísticas (INE). (2011). Proyección de la población 2005 – 2015, según censo 2001. Caracas. Disponible en: <http://www.ine.gov.ve> (último acceso en octubre 2008).
- Margozzini. (2006). Indicadores de Salud Pública. Presentación disponible en el URL: www.cemuc.cl/docman/apuntes/.../3.../dra%20margozzini.ppt.
- Mattei C. (2003). Implementación de las Salas Situacionales. Municipio Atures estado Amazonas, Venezuela.
- Méndez I et al. (2007). Salas de Situación. Instituto de Salud Pública Comunidad de Madrid, No publicada. Adaptación y aportación técnica Venezuela: Teresa Méndez Balcázar, Versión simplificada comunitaria: Sala Situacional.
- Méndez & Rosales. (2005). SASIT-Maracay: Un modelo de Sala Situacional en Salud Ambiental. *Revista Comunidad y Salud*. Vol. 3 N°1, pp. 52-55.
- Ministerio de Salud de Argentina. (2011) Programa de Atención Primaria de Salud. Sala Situacional de Salud. San Luis Argentina. MSAL. Disponible en URL: <http://ministerios.sanluis.gov.ar/canal.asp?IdCanal=0>.
- Ministerio de Salud de Brasil. (2011). Sala de Situación Saude. Disponible en URL: <http://www.datasus.gov.br/rnis/saladesituacao.htm>.
- Ministerio de Salud de Cuba. (2011). Disponible en URL: <http://www.cubasolidarity.net/infomed/www.sld.cu/instituciones/uats/index.htm>.
- Ministerio de Salud de Perú. (2011). Sala de Situación de Salud. Guía para su implementación. Disponible en el URL: <http://www.minsa.gob.pe/>



- Mondragon A. (2002). Qué son los Indicadores. Revista de Información y Análisis, num 19, 2002.. Oficina de la Presidencia del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Documento disponible en el URL: <http://www.dgdi-conamed.salud.gob.mx/contenido/indicadores/indicadores.pdf>,. [Última Consulta: Octubre 2012]
- Montielm H. (1999). Ideas Básicas para el Desarrollo de las Salas de Situaciones a nivel Departamental y Municipal. OPS/Colombia.
- Moya J. (2004). Salas de Situación de Salud Experiencia en los países de las Américas (1995 – 2002). Presentado en la Dirección General de Epidemiología, Secretaría de Salud México. Disponible en el URL <http://www.mex.ops-oms.org/contenido/eventos/reunion/documentos/salas%20de%20situacion.pdf>.
- Moya J. (2010). Panorama sobre las Salas de Situación de Salud en América Latina y el Caribe. En: Organización Panamericana de la Salud (OPS) Representación Brasil. Sala de Situación en Salud: compartiendo las experiencias de Brasil / Organización Panamericana de la Salud; orgs. José Moya, et al. – Brasilia: Organización Panamericana de la Salud, Ministerio de Salud, 2010. 49-60 p.: il.
- Oliveira H. (2005) Quadros, Tabelas e Figuras. Como formatar, como citar, qual a diferença? Notas de Aula. Metodologia Científica e Técnicas de Pesquisa em Administração. CNEC-FACECA. Mestrado em Administração. Varginha, 2005.
- Organización Mundial de la Salud (2005). Reglamento Sanitario Internacional 2005. Disponible en URL: http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/A58_55-sp.pdf.
- Organización Panamericana de la Salud. (1999). Resúmenes Metodológicos en Epidemiología: Análisis de la situación de salud (ASIS). Boletín Epidemiológico , Vol. 20 No. 3, septiembre 1999. Disponible en URL: <http://www.paho.org/spanish/sha/bs993HSA.htm>.
- Organización Mundial de la Salud (2006). Asamblea Mundial de la Salud, Resolución 59.2, 26 de mayo de 2006. Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005). Disponible en URL: http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA59/WHA59_2-sp.pdf
- Organización Panamericana de la Salud (2007). Reunión sobre el nuevo Reglamento Sanitario Internacional e Intercambio de Experiencias sobre Salas de Situación de Salud. Ciudad de México, México del 24 al 26 de Julio de 2007. Disponible en URL: <http://www.mex.ops-oms.org/contenido/eventos/reunion/contenido/experiencias.htm>.



- Organización Panamericana de la Salud (2011). Sistema de Datos Básicos de Salud. Indicadores Demográficos, Socioeconómicos, Mortalidad, Morbilidad y Factores de Riesgo, Recursos, Servicios, Cobertura. Disponible en URL <http://www.paho.org/spanish/sha/glossary.htm#A-C>. [Última Consulta: Octubre 2012]
- Ospina O. (2005) Estadística Computarizada. Trabajo especial de grado en la Universidad Santiago de Cali, Colombia.
- Sánchez N., et al. (2001). La Unidad de Análisis y Tendencias en Salud: Un Sistema de Información para la Vigilancia de la Salud Pública. Disponible en el www.mex.ops-oms.org/contenido/eventos/.../unidaddeanalisis.pdf
- Serpa J. (2007) Guía Operativa para la Implementación de la Sala Situacional en El Salvador. Disponible En El Url: [Http://Elsalvador.medicosdoctores.com/41-Guias/Ver-Categoria/Página-6](http://Elsalvador.medicosdoctores.com/41-Guias/Ver-Categoria/Página-6).
- Sozzi de Moraes I. (2010). Sala de Situación en Salud: ¿contribución a la ampliación de la capacidad gestora del Estado?. En: Organización Panamericana de la Salud (OPS) Representación Brasil. Sala de Situación en Salud: compartiendo las experiencias de Brasil / Organización Panamericana de la Salud; orgs. José Moya, et al. – Brasilia: Organización Panamericana de la Salud, Ministerio de Salud, 2010. 21-38 p.: il.
- Torres Arreola et al. (2002). Equidad y calidad en salud. Rev. Med. IMSS 364 SS 2003; 41 (4): 359-364. Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social, Distrito Federal. México.
- Tukey J. (1977). Box and Whisker plot. Exploratory Data Analysis. Addison-Wesley.
- Venezuela (1998). Ley Orgánica de Salud. Gaceta Oficial no. 36.579 del 11-11-1998. Disponible en: <http://www.pgr.gob.ve/dmdocuments/1998/36579.pdf> (último acceso en diciembre 2012)
- Venezuela (1999). Constitución de la República Bolivariana de Venezuela – Promulgada el 30 de diciembre de 1999. Caracas. Disponible en: Gaceta Oficial Nº 38.591 del 26 de diciembre de 2006 Decreto Nº 5.077 del 22 de diciembre de 2006 <http://www.pgr.gob.ve/dmdocuments/1999/38591.pdf> (último acceso en enero 2013).
- Venezuela (1999). Sistemas de Transmisión Electrónica de Datos Gaceta Oficial No. 5393 Extraordinario 22-11-1999. Disponible en: <http://www.pgr.gob.ve/dmdocuments/1999/5393.pdf> (último acceso en diciembre 2012)



- Venezuela (2000). *Uso de Internet* Gaceta Oficial No. 36.955 Del 22-05-2000. Disponible en: <http://www.pgr.gob.ve/dmdocuments/2000/36955.pdf> (último acceso en diciembre 2012)
- Venezuela (2000). *Reglamento Interno del Ministerio de Salud*. Gaceta Oficial No. 36.935 del 18-04-2000. Disponible en: <http://www.pgr.gob.ve/dmdocuments/2000/36935.pdf> (último acceso en diciembre 2012)
- Venezuela (2002). *Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social – Promulgada el 30 de diciembre de 2002*. Caracas. Disponible en: <http://www.mpps.gob.ve/images/stories/pdf/ley%20organica%20de%20salud%201998%20gaceta%20numero%2036.579.pdf> (último acceso en enero 2013)
- Venezuela (2006). *Ley Aprobatoria del Convenio “Hipólito Unanue”*, Gaceta Oficial Nº 5822 del 25-09-2006. Disponible en: <http://www.pgr.gob.ve/dmdocuments/2006/5822.pdf> (último acceso en diciembre 2012)
- Venezuela (2006). *Reglamento Orgánico de Salud*. Gaceta Oficial Nº 38.591 del 26 de diciembre de 2006 Decreto Nº 5.077 del 22 de diciembre de 2006. Disponible en: http://www.mpps.gob.ve/index.php?option=com_content&view=article&id=419&Itemid=807 (último acceso en diciembre 2012)
- Venezuela (2007). *Proyecto Nacional “Simón Bolívar” 2007-2013*. Disponible en: <http://www.mpps.gob.ve/images/stories/pdf/ley%20organica%20de%20salud%201998%20gaceta%20numero%2036.579.pdf> (último acceso en diciembre 2012)
- Venezuela (2010). *Gaceta Oficial Nº 39436 del 01-06-2010*. Disponible en http://www.pgr.gob.ve/index.php?option=com_content&Itemid=4&fch=20100601 (último acceso en enero 2013).
- Zaloga S. (2003). *V-2 Ballistic Missile 1942–52*. Reading: Osprey Publishing. p. 3. ISBN 9781841765419. Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Cohete_V2

The background features several overlapping geometric shapes in various shades of gray. A prominent dark gray trapezoidal shape is positioned in the upper right, with a lighter gray trapezoid overlapping its bottom edge. In the lower right, there are more overlapping shapes, including a medium gray triangle and a dark gray trapezoid. A light gray diagonal band crosses the bottom left of the page.

ANEXOS



Anexo 1
SALA SITUACIONAL: MARCO LEGAL VENEZOLANO.
VENEZUELA, AÑO 2009

CONSTITUCIÓN NACIONAL DE LA REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
ARTÍCULOS 83 Y 152.

Artículo 83. La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa, y el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley, de conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la República.

Artículo 84. 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 a la prevención de las enfermedades, garantizando tratamiento oportuno y rehabilitación de calidad. Los bienes y servicios públicos de salud son propiedad del Estado y no podrán ser privatizados. La comunidad organizada tiene el derecho y el deber de participar en la toma de decisiones sobre la planificación, ejecución y control de la política específica en las instituciones públicas de salud.

Artículo 152. Las relaciones internacionales de la República responden a los fines del Estado en función del ejercicio de la soberanía y de los intereses del pueblo; ellas se rigen por los principios de independencia, igualdad entre los Estados, libre determinación y no intervención en sus asuntos internos, solución pacífica de los conflictos internacionales, cooperación, respeto a los derechos humanos y solidaridad entre los pueblos en la lucha por su emancipación y el bienestar de la humanidad. La República mantendrá la más firme y decidida defensa de estos principios y de la práctica democrática en todos los organismos e instituciones internacionales.

TRATADOS Y ACUERDOS INTERNACIONALES

LEY APROBATORIA DEL CONVENIO "HIPÓLITO UNANUE"

GACETA OFICIAL No. 1890

EXTRAORDINARIO 22-07-76

Ley Aprobatoria del Convenio "Hipólito Unanue" sobre cooperación en Salud de los países del área andina; del acuerdo de creación de los organismos permanentes del convenio y de su protocolo adicional.

Artículo 2: Los gobiernos darán carácter prioritario a la solución de problemas que en forma semejante, afectan a los países del Área, entre los cuales se encuentran; Los fronterizos de salud, especialmente los vinculados con las enfermedades transmisibles y con las migraciones poblacionales.

La desnutrición, El saneamiento ambiental, La protección materna infantil, La educación sanitaria de las poblaciones, La contaminación ambiental, La salud ocupacional.

Los que van a derivarse del incremento de la producción y del comercio intraregional, en lo que se refiere a alimentos, drogas y productos biológicos.

Los relacionados con casos de desastre, los cuales requieren de la complementación subregional para hacer más rápida y efectiva la cooperación de los países;



Los que se refieren al control del uso y eliminación del tráfico ilícito de drogas que causan adicción.

Artículo 3: Las acciones que se proponen desarrollar para la consecución de estos fines son las siguientes:

Reactualizar los convenios sanitarios fronterizos, para dar énfasis al incremento de la infraestructura de Servicios de Salud y al mejoramiento de programas de control de las enfermedades transmisibles;

Estudiar el riesgo de transmisión de enfermedades relacionadas con las migraciones de población, el tránsito de personas, animales y cosas y formular las medidas preventivas correspondientes;

Intensificar el intercambio de experiencias y establecer un sistema de comunicación oportuno y permanente;

Informarse mutuamente de la manera más rápida y eficiente, con respecto a las enfermedades transmisibles;

Propiciar estudios, desarrollar normas y programas de control en relación con la contaminación de las aguas, del suelo y de la atmósfera;

Promover estudios, formular normas y desarrollar programas de salud ocupacional;

Estudiar las necesidades de los países del área andina, con respecto a drogas, productos biológicos de uso humano y veterinario, su control de calidad y buscar soluciones para permitir que estén al alcance de todos los sectores de la población;

PROTOCOLO ADICIONAL AL CONVENIO HIPÓLITO UNANUE

Artículo 1: de conformidad con el artículo 1 del Convenio Hipólito Unanue, queda establecido que su objetivo primordial es el de mejorar las condiciones de salud en los países del área andina, con el fin de elevar el nivel de vida de los habitantes de esta subregión. Asimismo, y siendo semejantes problemas de salud que afectan a éstos países, los miembros del convenio se comprometen a cumplir los siguientes objetivos específicos:

Establecer las prioridades que correspondan a fin de fortalecer los programas destinados a la prevención, fomento y recuperación de la salud;

Procurar que los países signatarios incluyan en sus legislaciones nacionales el derecho a la salud y la responsabilidad que les corresponde a los ESTADOS de otorgar los medios que permitan ofrecer servicios integrales de salud a toda la población;

Propender a la solución rápida y efectiva de los problemas fronterizos de salud, especialmente los vinculados con las enfermedades transmisibles y con las migraciones poblacionales;

Mejorar las condiciones del medio ambiente, estableciendo las normas de prevención y control de la contaminación ambiental que sean compatibles con el desarrollo económico-social;

Desarrollar e intensificar los programas de salud ocupacional y establecer relaciones al efecto con el Convenio Simón Rodríguez;

Adoptar medidas para asegurar la cooperación con los órganos del Acuerdo de Cartagena y otros organismos internacionales, en los aspectos relacionados con la salud, como los referentes a la producción, el comercio, el consumo, la tecnología y el control de calidad de los alimentos, medicamentos, drogas, productos biológicos, cosméticos, pesticidas, insecticidas y equipos e implementos médicos-quirúrgicos y odontológicos;

Establecer las bases para una coordinación adecuada en casos de desastres que requieran de la complementación subregional, para hacer más rápida y efectiva la cooperación de los países;



Perfeccionar los mecanismos necesarios para el control del uso de estupefacientes y drogas que causan adicción;

Coordinar y uniformar los aspectos básicos de las legislaciones sanitarias nacionales que propendan a la creación de normas jurídicas comunes a la subregión andina.

LEY ORGÁNICA DE SALUD GACETA OFICIAL No. 36.579 del 11-11-1998.

ARTÍCULOS 2, 11, 27, 32, 33 Y 65

Artículo 2º.- Se entiende por salud no sólo la ausencia de enfermedades sino el completo estado de bienestar físico, mental, social y ambiental.

Artículo 11.- El Ministerio de la Salud tendrá las siguientes atribuciones: Planificar, ejecutar, coordinadamente y supervisar en el territorio nacional todos los programas de saneamiento ambiental y asistencia social para la salud.

Ejercer en las aduanas y fronteras la más alta autoridad de contraloría sanitaria y saneamiento ambiental. Conducir las relaciones con los organismos internacionales en materia de salud.

Artículo 27.- Los servicios de saneamiento ambiental realizarán las acciones destinadas al logro, conservación y recuperación de las condiciones saludables del ambiente.

El Ministerio de la Salud actuará coordinadamente con los organismos que integran el Consejo Nacional de la Salud a los fines de garantizar.

La aplicación de medidas de control y eliminación de los vectores, reservorios y demás factores epidemiológicos, así como también los agentes patógenos de origen biológico, químico, radiactivo, las enfermedades metaxénicas y otras enfermedades endémicas del medio urbano y rural.

El manejo de desechos y residuos sólidos y líquidos, desechos orgánicos de los hospitales y clínicas, rellenos sanitarios, materiales radiactivos y cementerios.

La vigilancia y control de la contaminación atmosférica.

El tratamiento de las aguas para el consumo humano, de las aguas servidas y de las aguas de playas, balnearios y piscinas.

El control de endemias y epidemias.

El control sanitario de inmuebles en relación a su construcción, reparación, uso y habitabilidad.

Artículo 32.- La Contraloría Sanitaria comprende: el registro, análisis, inspección, vigilancia y control sobre los procesos de producción, almacenamiento, comercialización, transporte y expendio de bienes de uso y consumo humano y sobre los materiales, equipos, establecimientos e industrias destinadas a actividades relacionadas con la salud.

Artículo 33.- La Contraloría Sanitaria será responsabilidad del Ministerio de la Salud. El ejercicio de esta competencia podrá ser delegado por el ministro sólo a los efectos de la fiscalización y supervisión del servicio.

La Contraloría Sanitaria garantizará:

Los requisitos para el consumo y uso humano de los medicamentos, psicotrópicos, cosméticos y productos naturales, de los plaguicidas y pesticidas, de los alimentos y de cualesquiera otros bienes de uso y producto de consumo humano, de origen animal o vegetal.

El registro de los profesionales y técnicos en ciencias de la salud.

Las condiciones para el funcionamiento de los materiales, equipos, edificaciones, establecimientos e industrias relacionadas con la salud.

La calidad de los servicios de atención médica y de saneamiento ambiental.

El Control sanitario de las viviendas en lo referente a su construcción, reparación, remodelación y uso.



Cualquiera otra función que el Ministerio de la Salud lo determine mediante resoluciones.

Artículo 65.- Las autoridades competentes en contraloría sanitaria de la Administración Pública, en caso de riesgo temido o inminente o de daño efectivo a la salud, y previa instrucción y notificación del procedimiento administrativo sumario correspondiente de conformidad con las disposiciones de la Ley Orgánica de Procedimientos Administrativos, podrán imponer las siguientes medidas cautelares:

De requisa, inspección y examen, de suspensión de la promoción y expendio, de retirada del mercado y decomiso y destrucción de cualesquiera bienes de uso y consumo humano.

De cierre temporal, durante el lapso comprendido entre 48 horas y 2 años, según la gravedad del caso, a establecimientos de atención médica, farmacias, hogares, casas, albergues, comedores, industrias, abastos, comercios, mataderos, plantas de tratamiento de aguas, playas, balnearios, piscinas, rellenos sanitarios, cementerios y a cualesquiera otros establecimientos de servicios para la salud similares que se determinen en las leyes y los reglamentos.

REGLAMENTO ORGANICO DEL MINISTERIO DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL DECRETO PRESIDENCIAL No. 376 DEL 07-10-1999. ARTICULOS 1, 5, 7, 13 y 14

Artículo 1: *El presente Reglamento tiene por objetivo determinar la Organización Administrativa del Ministerio de Salud y Desarrollo Social y establecer la distribución de las funciones "correspondiente a las dependencias que integran dicha estructura administrativa".*

Artículo 5: *"Corresponde a la Dirección de Epidemiología y Análisis Estratégico".*

Artículo 5-F: *Mantener la Coordinación con la Oficina Central de Estadística e informática una información sistemática y continua de la evolución social del país.*

Artículo 5-G: *Ejerce la rectoría del sistema nacional de vigilancia epidemiológica.*

Artículo 5-I: *Las demandas que le atribuyan las leyes y reglamentos.*

Artículo 7: *"Corresponde a la Consultoría Jurídica".*

Artículo 7-B: *Velar porque todas las actuaciones y políticas del Ministerio se adecuen al ordenamiento jurídico nacional.*

Artículo 13: *"Corresponde a la D.G.S.P.: Dirección General de Salud Poblacional".*

Artículo 13-d: *Formular y desarrollar programas nacionales para prevención y control de problemas de salud, bajo enfoques de integralidad, universalidad y calidad.*

Artículo 13-c: *Participar en la presentación de planes estratégicos dirigidos a la salud de las poblaciones humanas, con base al análisis de situación de salud y a la priorización de problemas y grupos de riesgos.*

Artículo 14: *Corresponde a La Dirección General de Salud Ambiental y Contraloría Sanitaria:*

Artículo 14-a: *Normar y regular las actividades dirigidas al control de los factores en los diferentes ambientes donde se desenvuelve la actividad del hombre y que constituye un riesgo para la salud.*

Artículo 14-d: *Diseñar mecanismos para la aplicación de medidas cautelares en el área de salud ambiental y contraloría sanitaria.*

Artículo 14-e: *Acordar en coordinación con la Dirección General de Salud Poblacional el seguimiento de las estrategias que conduzcan a minimizar el impacto sanitario – ambiental de epidemias en las entidades federales.*

Artículo 14-f: *Coordinar los mecanismos necesarios para establecer los sistemas de información requeridos por el sector salud en el área de salud ambiental y contraloría sanitaria.*



Artículo 14-h: Velar por el cumplimiento de los tratados internacionales acordados por la República en el área de control sanitario y ambiental.

Artículo 14-i: Realizar la vigilancia epidemiológica de los programas de salud ambiental y contraloría sanitaria.

Artículo 14-k: Los demás que le atribuyen las leyes, reglamentos y resoluciones.

REGLAMENTO INTERNO DEL MINISTERIO DE SALUD. GACETA OFICIAL No. 36.935 del 18-04-2000

SECCIÓN III: De la Dirección General de Epidemiología y Análisis Estratégico.

Artículo 22: Organizar y coordinar el funcionamiento de la Sala de Situación de Salud y Desarrollo Social, asesorar y supervisar técnicamente el desarrollo del análisis estratégico social y de la situación de salud en los diferentes niveles de decisión del Sistema Nacional de Salud y Desarrollo Social.

SECCIÓN V: Dirección General de Salud Ambiental y Contraloría Sanitaria. Dirección de Vigilancia Epidemiológica Sanitario Ambiental.

Artículo 51: Crear, implementar y mantener actualizado sistemas de información en el área de Salud Ambiental.

Generar la información necesaria para implementar el Sistema de Vigilancia Epidemiológica Sanitario Ambiental.

Implementar un sistema de información en materia de: Licencias, Calificaciones y Registros.

USO DE INTERNET GACETA OFICIAL No. 36.955 DEL 22-05-2000

ARTÍCULO 1: Considerando: que el plan nacional de telecomunicaciones plantea entre sus objetivos a mediano plazo el incentivo al uso de INTERNET a todos los niveles y mejorar la calidad de vida de la población, "a través del uso de los Servicios de Telecomunicaciones".

SISTEMAS DE TRASMISIÓN ELECTRÓNICA DE DATOS GACETA OFICIAL No. 5393

EXTRAORDINARIO 22-11-1999

Artículo 45: Cada Organismo de la Administración Pública creará un sistema de información centralizada, automatizada, ágil y de fácil acceso, que sirva de apoyo al funcionamiento de los Servicios de atención al público disponible para éste, para el personal asignado y a los mismos y, en general, para cualquier funcionario de otros Organismos, a los fines de integrar y compartir la información, propiciando la coordinación y colaboración entre los órganos de la Administración Pública, de acuerdo con el principio de la Unidad Orgánica.

Asimismo, deberán habilitar sistemas de transmisión electrónica de datos para que los administrados envíen o reciban la información requeridas en sus actuaciones frente a la Administración Pública.

CREACIÓN DEL CENTRO DE ESTUDIO SITUACIONAL DE LA NACIÓN. GACETA OFICIAL Nº 39436 DEL 01 DE JUNIO DE 2010

Decreto N° 7.454, mediante el cual se ordena la creación del Centro de Estudio Situacional de la Nación, con carácter de órgano desconcentrado del Ministerio del Poder Popular para Relaciones Interiores y Justicia, el cual Formará parte de su estructura, dependerá jerárquicamente de dicho Ministerio y estará ubicado administrativamente según se establezca en el Reglamento Orgánico del mismo. El Centro de Estudios de la Nación será el encargado de recopilar, procesar y analizar de manera permanente, la información proveniente de las distintas salas situacionales u



órganos similares de de las instituciones del Estado y de la sociedad sobre cualquier tipo de interés nacional, con el objeto de proveer de apoyo analítico-informativo al Ejecutivo Nacional, suministrándole la información oportuna y necesaria que facilite la toma de decisiones estratégicas para proteger los intereses y objetivos vitales de la Nación, y para facilitar la ejecución de las políticas públicas y el cumplimiento de los cometidos esenciales del estado. Y tendrá las siguientes funciones:

- 1. Recopilar, procesar, analizar e integrar permanentemente las informaciones de interés del Ejecutivo Nacional suministradas por las instituciones del Estado y la sociedad, relacionadas con la situación actual sobre cualquier aspecto de interés nacional y sus tendencias de desarrollo*
- 2. Coordinar las labores de recopilación, procesamiento, y análisis relacionadas con la situación actual sobre cualquier aspecto de interés nacional, que realizan las diferentes instituciones del Estado*
- 3. Realizar informes valorativos y oportunos al Ejecutivo Nacional y presentar las recomendaciones pertinentes que contribuyan a elevar la eficacia y eficiencia de la gestión del Poder Público*
- 4. Dictar su Reglamento Interno y demás normas necesarias para su funcionamiento*
- 5. Celebrar contratos de donación y demás convenios y acuerdos operativos con instituciones públicas y privadas*
- 6. Las demás que les asigne la leyes, reglamentos y demás actos normativos*



Anexo 2

CENSO NACIONAL DE SALAS SITUACIONALES DE SALUD (SSS)

Datos del Encuestado

Nombres: _____ Apellidos: _____
 Cargo: _____ Celular: _____
 Email: _____ Estado de Procedencia: _____

Sala de Situación de Salud (SSS)

"Una Sala Situacional es un espacio, virtual y material, de convergencia en donde se conjugan diferentes saberes para la identificación y estudio de situaciones de salud coyunturales o no, el análisis de los factores que los determinan, las soluciones más viables y factibles de acuerdo con el contexto local y el monitoreo y evaluación de los resultados obtenidos después de la aplicación de las decisiones tomadas" (Bergonzoli, 2005).

¿En su estado existe una SSS? (Marcar con una "X")

- SI. Continuar con el Cuestionario.
 NO. ¿Desea Apoyo para Implementar SSS en su Estado? _____

¿Cuántas Salas Situacionales existen en su Estado? (Cantidad) (Encargado) (Teléfono)

Dirección Regional de Salud	_____	_____	_____
Dirección Regional de Salud Ambiental	_____	_____	_____
Dirección Municipal de Salud	_____	_____	_____
A nivel de Parroquia	_____	_____	_____
Comunitarias	_____	_____	_____

Recurso Humano (Escribir Cantidad)

Profesionales:	Técnicos:	Administrativos:	Comunidad:	Otros:
----------------	-----------	------------------	------------	--------

Equipos (Marcar con una "X")

Computadora: Si () No () Cuántas? _____	Proyector Multimedia: Si () No ()	Impresora: Si () No ()	Cámara Digital: Si () No ()	GPS: Si () No ()
----------------------------------------------	----------------------------------------	-----------------------------	----------------------------------	-----------------------

Mobiliario (Marcar con una "X")

Mesa Reunión: Si () No ()	Sillas: Si () No ()	Carteleros: Si () No ()	Pizarra Acrílica: Si () No ()	Escritorio: Si () No ()
--------------------------------	--------------------------	------------------------------	------------------------------------	------------------------------

Uso de Servicios (Marcar con una "X")

Internet: Si () No ()	Teléfono: Si () No ()	Fax: Si () No ()	Radios: Si () No ()	Correo: Si () No ()
----------------------------	----------------------------	-----------------------	--------------------------	--------------------------

Producción de Información (Escribir Cantidad)

Carteleros:	Croquis:	Gráficos:	Tablas:	Mapas:
Tripticos Dúpticos:	Boletín:	Afiches:	Videos:	Indicadores:

Uso de Herramientas Tecnológicas (Marcar con una "X")

Excel ()	Epi-Info ()	Mapinfo ()	Epidat ()	Google Earth ()
StatTransfer ()	SPSS ()	Windows ()	Linux ()	

Necesidades

Recurso Humano: _____

Recurso Tecnológico: _____

Capacitación y/o Formación: _____

OBSERVACIONES Y/O COMENTARIOS



Anexo 3
INSTRUMENTO:
ANEXO 1-B CAPACIDADES BASICAS
REGLAMENTO SANITARIO INTERNACIONAL
(RSI-2005) EN PUERTOS

A. IDENTIFICACIÓN DEL PUERTO

- 1. Puerto _____ 2. Uso: 2.1. Público _____ 2.2. Privado _____
- 3. Dirección Completa _____
- 3.1. Parroquia _____ 3.2. Municipio _____ 3.3. Estado _____
- 4. Teléfonos _____
- 5. Función:
- 5.1. Comercial _____ 5.2. Deportivo _____ 5.3. Pesquero _____ 5.4. Turístico _____
- 5.5. Científico _____

B. INFRAESTRUCTURA GENERAL

1. Medios de acceso al Buque:

- 1.1. Lanchas Sí _____ No _____ ¿Cuántas? _____
- 1.2. Helipunto Sí _____ No _____ ¿Cuántos? _____
- 1.3. Rampa Sí _____ No _____ ¿Cuántas? _____
- 1.4. Otros (Especifique) _____
- 3.1.4.1. Cuántos? _____

2. Servicio médico

- 2.1. ¿Existe servicio médico dentro de la Instalación Portuaria para la evaluación de la salud general de los empleados, tripulantes, pasajeros y polizontes de los buques?
Sí _____ No _____
- 2. ¿Tiene baños: Sí _____ No _____
- 2.1. Cuántos baños _____
- 2.2. Cuántos con duchas _____
- 2.3. Cuántos con vestuarios _____

3. Zona comercial dentro de la Instalación Portuaria

- 3.1. ¿Existen Tiendas libres de impuesto (Dutty Free Shop)?
Sí _____ No _____
- 3.2. ¿Tienen ventas de alimentos?
Sí _____ No _____

Especifique _____

C. VIGILANCIA SANITARIA Y AMBIENTAL

1. Servicios sanitarios

- 1.1. ¿Qué Organismos oficiales realizan la supervisión de la higiene de las instalaciones portuarias?

- 1.1.1. ¿Con qué frecuencia? _____
- 1.2. ¿Tienen baños en las instalaciones portuarias?
Áreas ¿Cuántos? Discriminados por género Cuántos c/ducha Cuántos c/Vestuarios
- 1.2.1 Administrativas Sí _____ No _____
- 1.2.2 Operacionales Sí _____ No _____
- 1.2.3 Públicos Sí _____ No _____



2. Expendios de Alimentos

2.1. ¿Quién realiza la supervisión sanitaria de los Expendios de Alimentos dentro de las Instalaciones portuarias?

_____ 2.2. ¿Con qué frecuencia? _____

2.2. ¿El personal que manipula y expende alimentos tiene certificado de salud?

Sí _____ No _____

2.3. ¿El personal que manipula y expende alimentos tiene curso de "manipulación de alimentos"?

Sí _____ No _____

2.4. ¿Con qué periodicidad se fiscaliza el funcionamiento sanitario de los locales que expenden comidas en las instalaciones portuarias?

2.4.1. Quincenal _____ 2.4.2. Mensual _____ 2.4.3. Semestral _____ 2.4.4. Otras _____

2.5. ¿Existe venta ambulante de Alimentos dentro de la Instalación Portuaria?

Sí _____ No _____

2.6. ¿Quién realiza la supervisión sanitaria de los alimentos que se elaboran fuera y se distribuyen en las instalaciones portuarias?

3. Agua potable

3.1. ¿Cómo es la disponibilidad de agua para consumo humano dentro de la instalación portuaria?

3.1.1. Tuberías _____

3.1.2. Cisterna _____

3.1.3. Aljibe _____

3.1.4. Otros _____

3.2. ¿Existe un sistema de potabilización del agua?

Sí _____ No _____

3.3. ¿Existe un plan de limpieza y mantenimiento de los tanques de agua potable dentro de las instalaciones portuarias?

Sí _____ No _____

3.4. ¿Existe un control de niveles de cloro en diferentes puntos de las instalaciones portuarias?

Sí _____ No _____

3.5. ¿Se fiscaliza la potabilidad del agua que se utiliza en las instalaciones portuarias?

Sí _____ No _____

3.5.1 ¿Quién lo realiza? _____

3.5.2. ¿Con qué frecuencia? _____

3.6. ¿Quién fiscaliza la calidad del agua en los bebederos que existen en las instalaciones portuarias? _____

3.6.1. ¿Con qué frecuencia? _____



4. Saneamiento ambiental

4.1. ¿Existe planta de tratamiento de desechos sólidos?

Sí _____ No _____

Describe: _____

4.2. ¿En las instalaciones portuarias se lleva a cabo el programa de control para?:

4.2.1. Reservorios.....Sí _____ No _____

4.2.2. Vectores.....Sí _____ No _____

4.2.3. Fauna nociva.....Sí _____ No _____

4.3. ¿Con qué frecuencia? _____

4.4. ¿Existe control sanitario del manejo de los residuos o desechos sólidos generados en?:

4.4.1. Los Buques.....Sí _____ No _____

Describe _____

4.4.2. Las instalaciones Portuarias.....Sí _____ No _____

Describe _____

4.5. ¿Existen facilidades portuarias para la disposición final de?:

4.5.1. Residuos sólidos generados en los buques.....Sí _____ No _____

4.5.2. Desechos peligrosos generados por los buques.....Sí _____ No _____

4.6. ¿Existe facilidades en las instalaciones portuarias para la gestión de residuos o desechos sólidos generados, como son?:

4.6.1. El Manejo.....Sí _____ No _____ Describe _____

4.6.2. El Transporte.....Sí _____ No _____ Describe _____

4.6.3. La Disposición final.....Sí _____ No _____ Describe _____

4.7. ¿Qué tipo de regulaciones y permisos cumplen las empresas que prestan el servicio de manejo, traslado y disposición final de residuos sólidos y desechos peligrosos?

Describe: _____

4.8. ¿Se realiza fiscalización sanitaria de la disposición final de las aguas residuales y aguas servidas en la instalación portuaria?

Sí _____ No _____

Explique: _____

4.9. ¿Se realiza fiscalización sanitaria del tratamiento de las aguas residuales y aguas servidas en la instalación portuaria?

Sí _____ No _____

Explique: _____

D. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN SALUD

1. Vigilancia en salud humana

1.1. ¿Disponen las instalaciones portuarias de un plan de emergencia sanitaria?

Sí _____ No _____ (favor entregar copia del mismo)



1.2. ¿Tiene las instalaciones portuarias un área dispuesta que permitan someter a aislamiento a las personas aparentemente enfermas o sus contactos?

Sí ____ No ____

1.3. ¿Recibe el personal que labora en las instalaciones portuarias instrucción, capacitación y evaluación periódica sobre el plan de emergencia sanitaria?

Sí ____ No ____

1.4. ¿El personal de las instalaciones portuarias tiene capacitación de cómo proceder si detecta personas aparentemente enfermas?

Sí ____ No ____

1.5. ¿Cuánto personal de salud trabaja?

1.5.1. Médicos ____ 1.5.2. Enfermería ____ 1.5.3. Inspector de Salud Pública ____

1.5.4. Médico Veterinario ____ 1.5.5. Otros (especifique): _____

1.6. ¿Hay turnos de trabajo durante las 24 horas?

Sí ____ No ____

1.7. Especifique el número de trabajadores de la salud por turno y profesión: _____

1.8. ¿De no tener el servicio médico como lo presta?

1.8.1. Describa _____

1.9. ¿Quién supervisa la salud general de las personas que atienden público en las diferentes áreas de la instalación portuaria?

1.9.1. Describa: _____

1.10. ¿Todo el personal que labora en la instalación portuaria tiene control de vacunas?

Sí ____ No ____

1.11. ¿Cuentan con centros de atención de salud para la referencia de los pacientes?

Sí ____ No ____

1.11.1. Nombres de los centros de atención de Salud de referencia: _____

1.12. ¿Existe una coordinación convenida entre el servicio médico del puerto y los centros de referencia?

Sí ____ No ____

1.13. ¿El personal que trabaja en las instalaciones portuarias tiene instrucciones de cómo proceder en presencia de:

1.13.1. Animales vivos, productos o subproductos de origen animal

Sí ____ No ____

Especifique _____

1.13.2. Productos o subproductos de origen vegetal

Sí ____ No ____



Especifique _____

1.13.3. Alimentos

Sí ___ No ___

Especifique _____

1.14. ¿El personal que trabaja en las instalaciones portuarias tiene instrucciones de cómo proceder en presencia de personas aparentemente enfermas?

Sí ___ No ___

Especifique _____

E. EQUIPAJES Y CARGAS

1. ¿Existen espacios en las instalaciones portuarias que permitan efectuar inspecciones en los equipajes?

Sí ___ No ___

2. ¿Tiene conocimiento si las personas que realizan la inspección a este nivel reciben instrucciones respecto al Reglamento Sanitario Internacional?

Sí ___ No ___ Desconoce ___

3. ¿Tiene conocimiento si las personas que realizan la inspección a este nivel reciben instrucciones respecto al Reglamento Sanitario Internacional?

Sí ___ No ___ Desconoce ___

4. ¿Existen espacios en las instalaciones portuarias que permitan realizar inspecciones a la carga?

Sí ___ No ___

4.1. Describa: _____

5. ¿Se dispone de espacios que permitan someter al aislamiento de las cargas sueltas, contenedores o paquetes postales sospechosos de estar infectados o contaminados?

Sí ___ No ___

5.1. Describa: _____

6. ¿Se dispone de espacios que permitan realizar tratamiento a equipajes, contenedores, medios de transporte, mercancías y paquetes postales, para suprimir la infección o contaminación?

Sí ___ No ___

6.1. Describa: _____

7. ¿Quién fiscaliza la higiene general de los almacenes, patios, depósitos y áreas perimetrales de las instalaciones portuarias por donde transita la carga? (Especifique):

8. ¿Se dispone de espacios y equipos que permitan la incautación y el comiso en condiciones controladas de los equipajes, cargas, contenedores, medios de transporte, mercancías o paquetes postales infectados o contaminados?

Sí ___ No ___

8.1. Describa: _____



9. ¿Se dispone de espacios y equipos que permitan la destrucción o eliminación en condiciones controladas de los equipajes, cargas, contenedores, medios de transporte, mercancías o paquetes postales infectados o contaminados?

Sí _____ No _____

9.1. Describa: _____

10. ¿Existen incineradores?

Sí _____ No _____

10.1. ¿Tipo y capacidad del incinerador?

11. ¿Quién fiscaliza el buen funcionamiento de las unidades y sistemas de almacenamiento refrigerado?

11.1. Describa: _____

OBSERVACIONES _____

Nombre del entrevistado: _____

Nombre del Entrevistador y Verificador: _____

Fecha: _____



Anexo 4
GLOSARIO DE CONTROL SANITARIO DE PUERTOS, AEROPUERTOS, Y
TERMINALES Y PASOS FRONTERIZOS

MERCOSUR/GMC/RES. N° 27/00

VISTO: el Tratado de Asunción, el Protocolo de Ouro Preto, la Resolución N° 91/93 del Grupo Mercado Común y la Recomendación N° 01/00 del SGT N° 11 "Salud".

CONSIDERANDO:

La conveniencia de contar con una terminología armonizada en el área de Control Sanitario de Puertos, Aeropuertos y Terminales y Pasos Fronterizos.

EL GRUPO DE MERCADO COMÚN

RESUELVE:

Art. 1 - Aprobar el Glosario de Control Sanitario de Puertos, Aeropuertos y Terminales y Pasos Fronterizos, que consta como Anexo y forma parte de la presente Resolución.

Art. 2 - Los Estados Partes, pondrán en vigencia las disposiciones legislativas, reglamentarias y administrativas necesarias para dar cumplimiento a la presente Resolución a través de los siguientes organismos:

Argentina: Ministerio de Salud

Brasil: Ministerio da Saúde

Paraguay: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

Uruguay: Ministerio de Salud Pública

Art. 3 - Los Estados Partes del MERCOSUR deberán incorporar la presente Resolución a sus ordenamientos jurídicos nacionales antes del 1° de octubre de 2000.

XXXVIII GMC - Buenos Aires, 28/VI/00



Glosario de Control Sanitario de Puertos, Aeropuertos y Terminales y Pasos Fronterizos

ADMINISTRACIÓN SANITARIA	Significa la autoridad que tiene la responsabilidad, en su territorio, de la aplicación de medidas sanitarias apropiadas.
AERONAVE	Aquella que efectúa un viaje aéreo nacional o internacional.
AEROPUERTO	Aquel que pertenece al país en cuyo territorio está situado un punto de entrada y/o salida para el tráfico aéreo internacional y/o nacional.
AEROPUERTO INTERNACIONAL	Aquel que pertenece al país en cuyo territorio está situado un punto de entrada y/o salida para el tráfico aéreo internacional y nacional, donde se ejerzan actividades aduaneras, de migración, salud pública, controles zoo y fitosanitarios y demás formalidades análogas.
AFECCIÓN	Proceso mórbido considerado en sus manifestaciones actuales, con abstracción de su causa primordial.
AGENTE AUTORIZADO	Persona calificada para representar un transportador u operador, por él o en su nombre, tornándose corresponsable en autorizar todas las formalidades relacionadas con la entrada de transporte, tripulación, pasajeros, cargas, envíos postales, equipajes y provisión de a bordo.
AGUA DESINFECTADA	Agua exenta de microorganismos patógenos.
AGUA DESTILADA	Agua formada por la condensación de vapor de agua.
AGUA ESTERILIZADA	Agua exenta de microorganismos vivos.
AGUA POLUÍDA	Agua que contiene sustancias que la tornan impropia para el consumo y para las formas de vida que ella normalmente aloja.
AGUA POTABLE	Agua que posee los patrones de potabilidad.
AGUA PURA	Agua exenta de sustancias extrañas u organismos vivos.
AGUA SOSPECHOSA	Agua posiblemente poluída y/o contaminada.
DEPOSITO	Unidad destinada a la recepción, guarda, control y distribución del material y productos necesarios para el funcionamiento de establecimientos, estaciones y medios de transporte.
ALADO	Fase adulta del insecto vector, con presencia de alas.
ANTROPONOSIS	Infección cuya transmisión se restringe a los seres humanos.
ANTROPOZOONOSIS	Infección transmitida al hombre, por reservorio animal.
ARBOVIROSIS	Virosis transmitidas de un huésped para otro por medio de uno o más tipos de artrópodos.
ÁREA DE FOCO	Área de transmisión para una determinada enfermedad todavía de localización bien definida, limitada a una localidad o pequeño número de ellas.
ÁREA ENDEMICA	Es el área geográfica reconocida de transmisión continua para una determinada enfermedad.
ÁREA GEOGRÁFICA	Se considera todo o parte del territorio de los Estados Partes.
ÁREA INDEMNABLE VULNERABLE	Área reconocidamente sin transmisión de una determinada enfermedad cuyas condiciones ambientales favorecen a la instalación de la transmisión.
ÁREA INFECTADA	Área delimitada con fundamentos en principios epidemiológicos, por la administración sanitaria, que notifica la presencia en su país de cierta enfermedad. El área infectada no ha de coincidir necesariamente con la demarcación administrativa; sino que es la parte del territorio que, por razón de sus características de densidad y movilidad poblacional, por la posible intervención de vectores y reservorios animales, o por ambas causas, se presta a la transmisión de la enfermedad notificada.

Sigue en Pag. 128



Viene de Pag. 127

ALMACENAJE	Conjunto de tareas y requisitos para la correcta conservación de insumos y de productos terminados.
ASEPSIA	Conjunto de medidas utilizadas para impedir la penetración de microorganismos (contaminación) en un local u objetos que no los contenga.
ASISTENCIA SANITARIA	Modalidad de actuación realizada por el equipo de salud, junto a la población en la promoción y protección de la salud y en la recuperación y rehabilitación de pacientes.
RELLENO SANITARIO	Es un proceso de disposición de residuos sólidos, fundamentado en criterios de Ingeniería y normas operacionales específicas, que permiten el confinamiento seguro en términos de control de polución ambiental y protección a la salud pública.
AUTORIDAD FISCALIZADORA COMPETENTE	Funcionario del organismo competente del Estado Parte, para la aplicación y observación de las leyes, Reglamentaciones y/o Tratados Internacionales en los mismos.
AUTORIDAD SANITARIA	Significa la autoridad que tiene directamente a su cargo, en su demarcación territorial, la aplicación de las medidas sanitarias apropiadas de acuerdo a las leyes, reglamentaciones y/o tratados internacionales.
EQUIPAJE	Objetos personales de un pasajero o tripulante.
CADENA DE TRANSMISIÓN (EPIDEMIOLOGICA)	Es la caracterización de los mecanismos de transmisión de un agente infeccioso, incluyendo los huéspedes susceptibles, los agentes patogénicos, los reservorios y el medio ambiente.
CAPACIDAD HOSPITALARIA DE EMERGENCIA	Número de camas que, efectivamente, podrán ser colocados en el hospital, en circunstancias anormales o de calamidad pública, con aprovechamiento de las áreas consideradas utilizables.
CAPACIDAD VECTORA	Propiedad del vector medida a través de parámetros como abundancia, sobrevivencia y grado de resistencia. Está relacionada con la transmisión del agente infeccioso en condiciones naturales.
CERTIFICADO INTERNACIONAL DE VACUNACIÓN VALIDO	Significa un certificado internacional de vacunación expedido de conformidad con las reglas y los modelos del Reglamento Sanitario Internacional.
LLEGADA DE MEDIOS DE TRANSPORTE	La llegada de una embarcación, de una aeronave, de un tren o de otro vehículo motor, significa: a) en el caso de una aeronave, la llegada al aeropuerto b) en el caso de una embarcación de navegación interior, la llegada a un puerto o a un paso de frontera, conforme determinen las condiciones geográficas y los convenios, tratados o acuerdos, celebrados entre los Estados Partes, y/o con las leyes y reglamentos vigentes en el territorio de entrada; c) en el caso de una embarcación marítima, la llegada a un puerto; d) en el caso de un tren, vehículo automotor u otro medio de transporte terrestre, la llegada a una terminal o a un paso de frontera.
COMPLICACIÓN	Manifestación patológica ocurrida durante una enfermedad, sin constituirse en sus señales y síntomas característicos, y que sea consecuencia de la misma.
CONTENEDOR	Significa un equipaje para transportes: a. de material duradero y, por consiguiente, de resistencia suficiente para permitir su empleo repetido. b. especialmente diseñado para facilitar el transporte de mercaderías en uno o mas tipos de vehículos, sin necesidad de operaciones intermediarias de embalaje y desembalaje; c. con dispositivos que faciliten su manejo, particularmente durante la transferencia de un vehículo para otro. d. construido de manera que resulte fácil de transportar y de vaciar. Obs.: las pequeñas encomiendas no deben ser consideradas como contenedores.

Sigue en Pag. 129



Viene de Pag. 128

CONTRA REFERENCIA	Acto formal de la derivación de un paciente al establecimiento de origen después de la resolución de la causa responsable de la derivación. La contra referencia del paciente deberá ser siempre acompañada de las informaciones necesarias al seguimiento del mismo, en el establecimiento de origen.
DEPOSITO DE MATERIAL DE LIMPIEZA	Unidad destinada a la guarda de aparatos, utensilios y material de limpieza.
DESINFECTACIÓN	Operación practicada para matar insectos en edificios, embarcaciones, aeronaves, trenes, vehículos terrestres automotores y de otros tipos, cargas, equipajes, contenedores y sus contenidos.
DESTRUCCIÓN	Conjuntos de acciones que permita la eliminación o transformación de objetos, productos o sustancias con vistas a eliminar riesgos
DISEMINACIÓN POR VEHÍCULO COMÚN	Es la transmisión de cualquier sustancia que sirva de intermediario, por el cual el agente infeccioso se transporta a un huésped susceptible y se introduce por una puerta de entrada apropiada. El agente puede o no haberse multiplicado en el vehículo antes de ser transferido.
ENFERMEDAD	Alteración del estado de equilibrio de un individuo consigo mismo y con el medio.
ENFERMEDAD DE ORIGEN HÍDRICO	Enfermedades causadas por ciertas sustancias o agentes patógenos contenidas en el agua.
EMBALAJE	Recipiente de cualquier forma de acondicionamiento, removible o no, destinada a cubrir, empaquetar, envasar, proteger o mantener, específicamente o no, los productos.
EMBALAJE EXTERNO	Embalaje destinado a contener el embalaje interno.
EMBALAJE INTERNO	Embalaje que está en contacto directo con el producto.
EMBARCACIÓN	Significa la embarcación de navegación marítima y/o de navegación interior que realiza viajes nacionales y/o internacionales.
ENFERMERÍA	Local con equipamientos, instrumentos y material destinado a cuidados médicos de pequeña complejidad y de servicios de enfermería, incluye aquellas situadas en las embarcaciones y en otros medios de transporte y en los puertos, aeropuertos y terminales y pasos de fronteras.
ESTERILIZACIÓN	Destrucción o eliminación de todos los microorganismos.
FOMITES	Objetos inanimados que pueden estar contaminados y transmitir agentes infecciosos.
FUENTE PRIMARIA DE INFECCIÓN	Hombre o animal y raramente el suelo, los vegetales responsables por la sobrevivencia de una determinada especie de agente etiológico de la naturaleza. En el caso de los parásitos heterogéneos, el huésped más evolucionado (que generalmente es también un huésped definitivo) es denominado fuente primaria de infección y el huésped menos evolutivo (en general huésped intermediario) es llamado el vector biológico.
FUENTE SECUNDARIA DE INFECCIÓN	Ser animado o inanimado que transporta un determinado agente etiológico, no siendo el principal responsable por la sobrevivencia de esa especie. Esta expresión es sustituida con ventaja por el término "vehículo".
FUNGICIDA	Producto letal para los Hongos.
INFECTANTE	Aquel o aquello que puede causar una infección.
INSPECCIÓN SANITARIA	Consiste en la investigación en el lugar de la existencia o no de factores de riesgo sanitario que pudieran producir agresión a la salud individual o colectiva y/o al medio ambiente, incluyendo la verificación de documentos.

Sigue en Pag. 130



Viene de Pag. 129

LIBRE PLÁTICA	Significa, en el caso de una embarcación, la autorización por la autoridad sanitaria para entrar en un puerto e iniciar el desembarque y embarque de cargas y personas y las demás operaciones; en el caso de una aeronave, después del aterrizaje, es la autorización para proceder al desembarque y embarque de cargas y personas y las demás operaciones.
MEDIO AMBIENTE	Conjunto de todas las condiciones externas que afectan la vida y/o el desarrollo de un organismo.
MIGRACIÓN	Movimiento de población de un lugar para otro ya sea por un tiempo determinado o para un establecimiento permanente que puede ser: Inmigración: entrada en un nuevo lugar o en un nuevo país para establecerse. Emigración: salida para otro lugar u otro país.
MOLUSQUICIDA	Producto letal para los moluscos.
MONITOREO ENTOMOLÓGICO	Seguimiento, análisis y evaluación de las condiciones entomológicas de determinada área.
NOTIFICACIÓN DE ENFERMEDADES	Comunicación oficial de la ocurrencia de casos de determinada enfermedad a la autoridad competente por un notificante (médicos, hospitales, laboratorios o cualquier persona que tenga conocimiento de casos de la misma). Está destinado a conocer los casos de interés de salud pública en la comunidad.
NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA DE ENFERMEDADES	Consiste en la información periódica o inmediata del registro de enfermedades de notificación obligatoria, obtenida por medio de todas las fuentes notificadoras.
NOTIFICACIÓN NEGATIVA DE ENFERMEDADES	Denominación de la notificación realizada periódicamente respecto a la ausencia de casos de enfermedad.
PATRONES DE POTABILIDAD DEL AGUA	Parámetros fijados por la legislación vigente, que determinan las cantidades límites de diversos elementos que pueden ser tolerados en las aguas de abastecimiento para preservar la salud de la población.
PARÁSITO	Organismo, o microorganismo, cuya existencia se da a expensas de un huésped. El parásito no es obligatoriamente nocivo a su huésped. Existen parásitos obligatorios y facultativos; los primeros sobreviven solamente en forma parasitaria y los últimos pueden tener una existencia independiente.
PATÓGENO	Cualquier virus, microorganismo o sustancia que provoca enfermedad.
PERSONA CON DEFICIENCIA	Toda persona cuya movilidad está reducida por una incapacidad física (sensorial o motora), deficiencia mental, enfermedad o cualquier otra causa que requiera atención especial y adaptación a las necesidades de esa persona para su uso de transporte y servicios puestos a disposición de todos los pasajeros.
PERSONA NO AUTORIZADA	Persona impedida por las autoridades competentes de entrar en el territorio nacional, por no satisfacer las condiciones establecidas del país de destino.
PERSONA INFECTADA	Significa una persona que tiene una enfermedad infecciosa o que se compruebe posteriormente, que haya estado en periodo de incubación.
POLUCIÓN	Presencia de sustancias nocivas en el ambiente.
PUERTO	Punto de entrada y/o salida para el tráfico marítimo o de navegación interior, internacional o nacional, situado en el territorio de un país.
PUERTO INTERNACIONAL	Aquel perteneciente a un país en cuyo territorio está situado un punto de entrada o salida para el tráfico marítimo o de navegación interior, internacional y nacional, donde se ejerzan actividades aduaneras, de migración, salud pública, controles zoo y fitosanitarios y demás formalidades análogas.
PROFILAXIS	Conjunto de medidas que tiene por finalidad prevenir o atenuar las enfermedades, sus complicaciones y consecuencias.
PROVISIONES DE A BORDO	Alimentos, medicamentos, elementos de higiene y limpieza y demás productos para el uso a bordo de la tripulación y pasajeros.

Sigue en Pag. 131



Viene de Pag. 130

PULVERIZADOR DE AEROSOL	Significa un pulverizador cargado con un preparado a presión que emite un aerosol cuando se abre la válvula.
CUARENTENA	Estado o condición de restricción por un cierto plazo, de personas, vegetales y animales, o la condición de una embarcación, una aeronave, un vehículo terrestre, o de otro tipo, o contenedor durante el período en que se aplican las medidas determinadas por las autoridades sanitarias, para prevenir la introducción y/o propagación de enfermedades, de sus reservorios o de sus vectores.
RATICIDA O RODENTICIDA	Producto que posee acción letal para roedores.
RECAÍDA	Reaparición o recrudescimiento de los síntomas de una enfermedad, antes que el paciente se presente completamente curado
RECIDIVA	Reaparición del proceso mórbido después de su cura aparente.
RECURRENTE	Estado patológico que evoluciona a través de recaídas sucesivas.
REFERENCIA	Acto formal de derivación de un paciente atendido en un determinado establecimiento de salud para otro de mayor complejidad.
REPELENTE	Producto destinado a ahuyentar insectos y otras plagas.
RIESGO BIOLÓGICO	Está representado por microorganismos presentes en el ambiente como bacterias, hongos, esporos, virus, parásitos y protozoarios.
SANEAMIENTO	Conjunto de acciones sobre el medio ambiente, a fin de controlar los factores que ejercen efectos perjudiciales a la salud.
SIGNO	Evidencia objetiva de enfermedad.
SÍNDROME	Conjunto de signos y síntomas asociados a cualquier proceso mórbido y constituyendo en conjunto el cuadro clínico de la enfermedad.
SÍNTOMA	Cualquier fenómeno mórbido o apartamiento de lo normal en términos de función, aspecto o sensación, experimentado por el paciente e indicativo de enfermedad.
TRIPULACIÓN	Significa el personal de servicio de una embarcación, aeronave, tren, o cualquier vehículo terrestre o de otro tipo.
TRIPULANTE	Toda persona que está al servicio de cualquier medio de transporte durante el transcurso de un viaje comercial o militar.
VEHÍCULO DE TRANSPORTE	Cualquier medio de transporte utilizado para conducir personas o bienes, de un lugar para otro.
VIGILANCIA SANITARIA	Conjunto de medidas que tiene como objetivo elaborar y controlar la aplicación y fiscalización del cumplimiento de normas y patrones de interés sanitario.
VUELO	Significa el intervalo de tiempo que transcurre desde que son cerradas las puertas de una aeronave antes del despegue hasta que se abra a la llegada.
ZONA DE TRANSITO DIRECTO	Significa una zona especial establecida en relación a un aeropuerto, puerto, estaciones y terminales de frontera con la aprobación de la autoridad competente y bajo su vigilancia inmediata, para facilitar el tráfico en tránsito directo y, en particular, la segregación de pasajeros y tripulantes, sin que salgan del aeropuerto, puerto, estación y terminales de frontera cuando el medio de transporte hace escala.



Servicio Autónomo
Instituto de Altos Estudios
Dr. Arnoldo Gabaldon

www.iaes.edu.ve