



ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DE MEXICO

**EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN EN SALUD DE BOLIVIA, CON LA
METODOLOGÍA RED DE LA MÉTRICA EN SALUD (HMN)**

JHEMIS TEDDY MOLINA GUTIÉRREZ

**Proyecto de titulación para obtener título en
Maestría en Salud Pública con área de concentración en Bioestadística
y Sistemas de Información**

**Generación
2012 - 2014**

DIRECTORA

Dra. Margarita Saavedra de Conde

ASESORA

Dra. Lina Sofía Palacio Mejía

Cuernavaca, Morelos. Marzo 2017

Índice

I.	Introducción.....	3
II.	Antecedentes	4
III.	Marco Conceptual.....	6
IV.	Planteamiento del problema	15
V.	Justificación	16
VI.	Objetivos	17
VII.	Material y Métodos.....	18
VIII.	Consideraciones éticas	21
IX.	Resultados y discusión	22
X.	Conclusiones	32
XI.	Bibliografía y referencias bibliográficas.....	33
XII.	Anexos	35

I. Introducción

En el campo de la salud es importante contar con información válida, confiable, oportuna y al máximo de desagregación geográfica y temática para la formulación, monitoreo y evaluación de políticas públicas en el campo de la salud de la población.

Los países reconocen que no siempre se cumple con aquellos requisitos de producción estadística que reflejan de una u otra manera, la calidad de los datos disponibles; así como la dificultad que tienen, por sí mismos, para diseñar, implementar y sostener en el tiempo programas de fortalecimiento de las estadísticas de salud.¹

En Bolivia, se cuenta con mucha información en materia de salud que no está organizada, plasmada en diversos subsistemas de información, con diferentes plataformas informáticas. Gran parte de esta información no está disponible para los diferentes niveles de gestión, por lo que la solicitud de la misma, se torna muy pesada y burocrática, existiendo muchas inconsistencias al momento de comparar entre las distintas fuentes.²

Se necesitan estándares para evaluar si las estadísticas de que disponen los tomadores de decisiones son exhaustivas, oportunas, accesibles y confiables.

Los datos por sí mismos no permiten ver la situación completa, es decir, el sentido se adquiere solamente cuando los datos son analizados e interpretados dentro del contexto general del sistema de salud y la aplicación de intervenciones en salud. De este modo, los datos se transforman en información, evidencia y en conocimientos orientados a la acción.³

El objetivo de este estudio es describir a nivel nacional la situación del Sistema de Información en Salud (SNIS) de Bolivia, mediante la aplicación de la Herramienta de Diagnóstico y Monitoreo del Sistema de Información en Salud patrocinada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), de manera que permita identificar las fortalezas y debilidades del SNIS en el marco de la gestión de la información.

II. Antecedentes

Whitten define: “Un sistema de información es una disposición de componentes integrados, entre sí, cuyo objetivo es satisfacer las necesidades de información de una organización. Un sistema de información es una disposición de personas, actividades, datos, redes y tecnología integrados entre sí con el propósito de apoyar y mejorar las operaciones cotidianas de una empresa, así como satisfacer las necesidades de información para la resolución de problemas y la toma de decisiones por parte de los directivos de la empresa. Los componentes se agrupan en cinco bloques esenciales: Personas, Datos, Actividades, Redes y Tecnología”.⁴

Desde la creación del Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS), Bolivia ha contado con un sistema que provee al país de información epidemiológica para la toma de decisiones, sin embargo, el SNIS se ha visto afectado en muchos de sus procesos, en ocasiones por motivos de accesibilidad tecnológica a los distintos establecimientos, en otras oportunidades por falta de conocimiento del personal, y en otras por falta de compromiso del personal de salud en asumir la importancia de la información que estos actores generan para sí mismos y para el Sistema Nacional de Salud en su conjunto.⁵

Para el análisis y definición de políticas sociales se cuenta con un gran número de indicadores y estadísticas cuyo énfasis es fundamentalmente de naturaleza sectorial y que dan cuenta más bien de conceptos relacionados con la oferta de servicios, más que sobre la demanda por estos servicios, el grado de acceso a los mismos de parte de la población de diferentes niveles económicos y las brechas o carencias de los mismos.

Existe en consecuencia la necesidad de avanzar hacia una mirada de naturaleza más amplia e integrada de las estadísticas e indicadores sociales, de manera que los mismos puedan ser mejorados significativamente en su calidad¹, sin abandonar su naturaleza sectorial. Así mismo el Estado Plurinacional de Bolivia viene ejecutando acciones dirigidas a la reducción de la pobreza y poder mejorar la equidad en el país en el marco de las políticas sociales implementadas, ya que Bolivia se ha adscrito plenamente en la declaración del milenio, y por tanto busca también cumplir con los Ocho Objetivos de desarrollo del Milenio (ODM).⁷ La trascendencia de los mismos y el compromiso del país por realizar esfuerzos para su logro,

ⁱ Se entiende por información de calidad a la exactitud de los datos, el grado en que los datos reflejan con precisión el objeto del mundo real que los datos representan. (English L. Improving Data Warehouse and Business Information Quality: Methods for Reducing Costs and Increasing Profits. John Wiley & Sons Inc. Canada, 1999)⁶

marca la necesidad de hacer un seguimiento y evaluación continua del proceso en el ámbito nacional.

En el contexto del análisis de la responsabilidad del Estado para elevar la calidad de vida y salud de la población y disminuir la exclusión social, el Plan Estratégico Sectorial de salud plantea la necesidad de construir un Sistema Nacional de Salud con acceso universal, equitativo, inclusivo y descentralizado.⁸

La política nacional de salud en el eje 3: Rectoría y Soberanía en Salud incorpora la gestión de calidad de la información, como una estrategia para mejorar la oferta de servicios de salud que correspondan a las necesidades y expectativas de la población tal como se describe en el proyecto sectorial 3.1 Fortalecimiento de la Capacidad de Gestión Técnica y Financiera.

La gestión de la información, como parte fundamental de la gestión de calidad de los establecimientos de salud, consiste en la planificación e implementación de un sistema de información que atiende las necesidades de información de los profesionales que prestan servicios de salud, los que dirigen el establecimiento y las persona e instituciones de fuera que requieren datos e información de ésta, que se ajuste a la complejidad y características del establecimiento y de los servicios facilitados⁹.

El Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS)¹⁰ es la unidad técnica de la gestión de la información a nivel nacional, dependiente del Ministerio de Salud, que a través del ciclo y flujo de información asegura la generación de datos para su procesamiento y análisis de los actores clave en la gestión de la información de 3548 establecimientos de primer, segundo y tercer nivel de atención, distribuidos en 9 Servicios Departamentales de Salud (SEDES) y con una central en el Ministerio de Salud.

III. Marco Conceptual

Sistema Nacional de Información en Salud

El Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS), se implementa el 19 de octubre de 1990, como resultado del trabajo de una "Comisión Nacional" que sistematizó las experiencias regionales en el manejo de la información y diseñó una propuesta aprobada por el Consejo Técnico Superior del Ministerio de Salud, donde participaron los Planificadores de las 11 Unidades Sanitarias existentes en el país (equivalentes hoy a los SEDES).¹⁰

La implementación del SNIS constituye una de las pocas experiencias, donde un equipo técnico nacional logra el diseño, validación e implementación de un sistema de información a escala nacional e involucra al conjunto de prestadores de servicios de salud en Bolivia y que norma el manejo de la información de salud; instituyendo, además, escenarios de análisis como el Comité de Análisis de la Información en cada Nivel de la estructura del Sistema.⁹

El éxito inicial del SNIS en su sostenibilidad radica en la participación en el diseño, validación e implementación del personal de salud en todas sus estructuras y niveles. Esta participación permitió a lo largo de los años su continuidad y evitó que los diferentes cambios de gestión política en el Ministerio de Salud, la destruyan. Actualmente enmarcado en la construcción de un sistema único de información en salud, involucrando información de los determinantes en salud, riesgos sociales y biológicos, visibilización de las enfermedades no transmisibles, salud mental y sus factores de riesgo y el enfoque de género e interculturalidad con desarrollo de tecnologías de comunicación de procesamiento automático de datos.

Por la naturaleza de la información, el SNIS es un sistema de información estadístico de tres tipos:

- Información de estructura del sistema de salud, útil para la gerencia del modelo sanitario: Ministerio de Salud y Deportes, SEDES, Municipios, redes y los establecimientos de salud. (Infraestructura, equipamiento e insumos, recursos humanos, gestión comunitaria y movilización social).
- Información de producción de servicios del sistema de salud, de utilidad en la gerencia y toma de decisiones, ya que esta información expresa los recursos gastados por el sistema en el proceso de producción de los servicios (información de producción de servicios del primer, segundo y tercer nivel de atención).

- Información de vigilancia epidemiológica de utilidad en la alerta de las enfermedades y eventos de notificación inmediata y semanal, encontradas en los servicios del primer, segundo y tercer nivel de atención (morbilidad, mortalidad, contingencias y brotes epidémicos).

Las estructuras del sistema de salud que requieren este tipo de información son esencialmente usuarios internos: principalmente los Programas Nacionales encargados del control de enfermedades y respuestas políticas en salud pública a la población boliviana dentro de la concepción del vivir bien.

La misión del SNIS¹¹ dice: *“Somos un área técnica del Ministerio de Salud y Deportes que regula, norma y administra la gestión de la información en salud destinada a la gerencia, la vigilancia de la salud pública y el análisis de la situación de salud para la toma de decisiones en los diferentes niveles del sistema de salud”*.

El SNIS es ampliamente utilizado en la gerencia del sistema de salud, en lo que tiene restricciones es en la vigilancia epidemiológica debido a la existencia de sistemas paralelos de los Programas Nacionales encargados del control de las enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica. Estos sistemas de información en muchos casos manejan información que no analizan ni utilizan.

Los encargados de llenar la información a los formularios, son el personal operativo de los diferentes establecimientos de salud. El SNIS para implementar los formularios realizó un estudio de la capacidad de generar información por los diferentes establecimientos de salud y encontró los siguientes resultados:¹²

- Los Puestos Sanitarios tienen la capacidad de generar información requerida de 50 variables, utilizando un tiempo promedio igual al 50% del tiempo de contrato. Los centros de salud, tienen la capacidad de generar información requerida de 100 variables, utilizando un tiempo promedio igual al 50% del tiempo de contrato. Estos establecimientos representan el 91% del total y reportan más del 90% de casos de interés para la vigilancia epidemiológica.
- Los Hospitales Básicos de Nivel II, tienen la capacidad de generar información requerida de 150 variables, utilizando un tiempo promedio igual al 50% del tiempo de contrato. Estos establecimientos representan el 6% del total y coadyuvan al reporte de casos de interés para la vigilancia epidemiológica.

- Los Hospitales de Nivel III, tienen una capacidad mayor de generar información, ya que cuentan con personal de estadística. Estos establecimientos representan el 3% del total y confirman los casos de interés para la vigilancia epidemiológica.

Cuadro 1. Áreas funcionales y objetivos del SNIS

Área	Objetivo
Estructura	Dotar al SNIS y al sistema de salud de información actualizada sobre factores condicionantes y determinantes que pueda ser utilizada para la Vigilancia Epidemiológica y la comunitaria así como para el Análisis de la Situación de Salud.
Producción y Servicios	Normar y controlar la captación, sistematización, consolidación y difusión de los datos y la información relacionados con la producción de servicios para facilitar la toma de decisiones gerenciales y de vigilancia epidemiológica, en todos los niveles de atención y administrativos del Sistema Nacional de Salud. Esta información permite a los establecimientos de salud realizar la planificación, ejecución y control de sus actividades.
Vigilancia Epidemiológica	Mejorar los procedimientos de la vigilancia epidemiológica (notificación, procesamiento, análisis y comunicación de la información), así como los procedimientos para el Análisis de la Situación de Salud (ASIS), en todos los ámbitos del Sistema Nacional de Salud.
Control de Calidad	Garantizar información estadística en salud confiable y de calidad, además de proporcionar instrumentos técnicos para el control de todos los procesos de organización y funcionamiento, en todos los niveles y subsectores de salud.

Las limitaciones del SNIS fueron que sus instrumentos están diseñados para el primer Nivel de Atención, Puestos Sanitarios y Centros de Salud; sin embargo, por las características del sistema de vigilancia epidemiológica, la información que utiliza es de este tipo de establecimientos de salud.

El SNIS se encuentra en una etapa de cambio y renovación asumiendo el desafío de la construcción de un Sistema Único de Información en Salud, acciones que en los últimos años conllevó a un análisis profundo de los procesos de la información (ciclos, instrumentos, flujos

y herramientas tecnológicas utilizadas), creación de sistemas de información paralelos que han venido a duplicar y fragmentar los esfuerzos.

De este proceso, se ha planteado el mejoramiento en cinco subsistemas de información: Información de hechos vitales, información de producción de servicios (vinculadas a las líneas de la actual política nacional en salud que son: Seguros Públicos, Bono Juana Azurduy, Programa Desnutrición Cero)⁷, información de determinantes en salud y riesgos sociales y biológicos e información de recursos humanos, contando como punto de encuentro los procesos de sistematización de la información y de la incorporación de tecnologías del procesamiento automático (software) contribuyendo a mejorar la calidad de la información (oportunidad, confiabilidad, integridad y satisfacción del usuario). El mejoramiento de estos subsistemas debe ser fortalecido en el ámbito hospitalario de manera que se cuente con mayor cobertura de establecimientos que realizan la gestión de información con calidad del dato.

Con relación a los instrumentos que maneja el SNIS del Ministerio de Salud y Deportes¹¹, en su origen contaba con instrumentos de CAPTACIÓN de la información, los mismos que permitían capturar los datos en la rutina misma de los servicios. Esta manera de generar los datos llevó a normalizar este tipo de instrumentos, siendo el más importante la historia clínica, que se implantó en todo el sistema.

Una vez captado el dato, el SNIS cuenta con instrumentos de SISTEMATIZACIÓN llamados “cuadernos” (sistema público) o “reportes diarios” (seguridad social). Se esperaba que estos instrumentos evolucionaran y fueran adaptados a cada Nivel de Atención.

El tercer grupo de instrumentos lo constituyen los de CONSOLIDACION (ver anexo 1), permiten clasificar los datos según sean de producción de servicios (Formulario 301), o vigilancia epidemiológica (Formulario 302), o la información generada en los laboratorios (Formularios 303) y de esta manera permitir organizar bases de datos para la gerencia (información de producción de servicios), o para la vigilancia epidemiológica (información de morbilidad y de laboratorios).

Estas bases de datos organizan las estadísticas históricas del sistema de salud y permiten la toma de decisiones en sus aplicaciones inmediatas.

Finalmente existen los instrumentos de RETROALIMENTACIÓN especialmente diseñados para los establecimientos de Nivel I, como los cuadros de monitoreo.

Actualmente los instrumentos de CAPTACIÓN se han diversificado y perfeccionado conforme ha ido transcurriendo el tiempo, en la historia clínica base se han incorporado variables con enfoque de género e interculturalidad. Un hecho positivo es que el conjunto de centros de salud maneja esta historia clínica estandarizada, aunque es necesario se pueda diseñar historias clínicas diferenciadas por niveles de atención en coordinación con la Unidad de Servicios de Salud. Asimismo, se ha podido mejorar otros instrumentos de captación como el certificado médico de defunción (CEMED) y el certificado médico de defunción perinatal (CEMEDEP), así como la implementación reciente del certificado médico de nacido vivo CEMENAVI.

El segundo grupo de instrumentos, de SISTEMATIZACION si bien las estructuras de los ocho cuadernos se mantienen, también las variables consignadas en el mismo han sufrido modificación en función a necesidades y requerimientos adaptándose bien al Nivel I y desadaptados para los Niveles II y III. Actualmente se viene trabajando en la reducción de los cuadernos (de ocho a cuatro) con el fin de disminuir la carga de trabajo existente por el personal de salud con el llenado de registros administrativos, asimismo se viene diseñando hojas de registro homologas a los cuadernos, específicas para nivel Hospitalario que deberán ser estandarizadas y aplicadas.

El tercer grupo de instrumentos lo constituyen los de CONSOLIDACION manteniendo para aquello los formularios 301, 302 y 303 los mismos al igual que los anteriores mencionados han sufrido importantes modificaciones en las sucesivas evaluaciones realizadas a lo largo de los últimos años, es importante rescatar la inclusión de variables de morbilidad en este periodo especial de transición epidemiológica, asimismo, la desagregación de la categoría sexo en la mayor parte de las variables consignadas aproximándonos a la visibilización de la información con enfoque de género.

Los instrumentos de RETROALIMENTACION se han incrementado y en muchos niveles se producen documentos diversos, lo que refleja la utilidad de la información generada por el SNIS.

Los procedimientos que adoptó el SNIS son dos: manuales y electrónicos. Los procedimientos manuales al inicio del proyecto se aplicaban en los establecimientos de salud y los procedimientos electrónicos se aplicaban en el Distrito, SEDES y Nivel Nacional.

La transmisión de datos se realizaba por formularios del establecimiento al Distrito y en diskettes del Distrito a la Región-SEDES. Del SEDES al SNIS Nacional la transmisión de datos era por email.

En el portal del SNIS se activó un correo electrónico donde cada Región tenía su dirección electrónica, por donde se enviaban los reportes mensuales y semanales.

Los procedimientos se han diversificado, por un lado, se mantiene un modelo manual de gestión de la información y por otro lado se ha incorporado un modelo digital desde los mismos establecimientos de salud.

En el modelo manual se incluyen todos aquellos establecimientos esencialmente de primer nivel que no cuentan con las condiciones técnicas para acogerse al modelo digital (equipo de cómputo, energía eléctrica), en estos el Software del SNIS se aplica desde la red, pasando por el SEDES hasta llegar al Ministerio de Salud y Deportes.

En el modelo digital el acopio de datos tanto en los niveles Hospitalarios como primeros niveles que cuentan con las condiciones necesarias, la carga administrativa de procedimiento manual se ha acortado considerablemente, en estos ya no se utilizan ni cuadernos, ni formularios físicos y la información consolidada pasa por los mismos niveles referidos respetando el flujo establecido para propiciar el control de calidad de la información generada, actualmente persisten las aplicaciones de escritorio, pero está pensado con el lanzamiento del Satélite la incorporación de aplicaciones vía web que mejoraran la oportunidad de la información.

La base de datos del SNIS actualmente (2015) está distribuida de tal manera que en su interior contempla todas las variables de la información de producción de servicios, vigilancia epidemiológica y laboratorios, cada una de estas variables tienen un código propio y perdurable en el tiempo de tal manera que un dato de una variable consignada el año anterior no se pierda permitiendo el análisis retrospectivo e histórico de la variable.

Se cuenta con una base de datos centralizada con información retrospectiva e histórica desde el año 1996 hasta la fecha, incluyendo aquellas variables que en algún determinado tiempo han sido retiradas y/o modificadas de acuerdo a los requerimientos. Esta base está incompleta y la información no contempla la información de los sistemas paralelos de vigilancia epidemiológica.

La estructura de establecimientos de salud se compatibiliza con la estructura geográfica del Instituto Nacional de Estadísticas (INE) (departamento, provincia, municipio).

El SNIS ha desarrollado herramientas informáticas para el registro, procesamiento y consolidación de información agregada por variable que permiten el acopio de la misma mediante la transferencia de archivos electrónicos desde el municipio, red, Sedes y Ministerio de Salud y Deportes.

Desde principios del 2015 se viene implementando innovaciones tecnológicas en la forma de gestión de la información, incorporando bases de datos distribuidas que contienen información en detalle (paciente por paciente, atención por atención), de los subsistemas de información de hechos vitales, producción de servicios de I, II y III nivel, vigilancia de la morbilidad, determinantes en salud, riesgos biológicos y sociales de la familia, recursos humanos en salud, las mismas que están siendo centralizadas en los servidores de base de datos del Ministerio de Salud que el SNIS administra, que permitan visualizar la totalidad de variables enmarcadas en los procesos de sistematización.

A partir de la gestión 2010, respondiendo a instrucción y normativas emanadas por la Vicepresidencia de Estado Plurinacional de Bolivia¹³, se ha modificado el dominio del portal web, de www.sns.gov.bo a www.sns.gob.bo. Desde la gestión el dominio fue cambiado a www.minsalud.gob.bo

El promedio de visitas al año al portal web es de 335.888, el mismo que se encuentra habilitado y a disposición del público en general para su acceso y verificación, debiendo tener los usuarios un navegador actualizado y con una buena conexión a internet para la mejor visualización y despliegue de información estadística.

En todo el proceso de manejo de la información se han identificado aspectos que definen la calidad de la información en los diferentes niveles de atención y gestión del sistema de salud. Esto conlleva a analizar desde los aspectos estructurales de organización y funcionamiento del sistema de salud, hasta los procesos desarrollados, sean estos de prestación de servicios, así como los de gestión del personal de salud.

El control de calidad de la información además de contemplar los criterios de Integridad, Validez, Oportunidad, deberá además incluir el enfoque sistémico, donde se identifican los insumos: el registro que es el resultado de la interacción entre usuario y personal de salud, el ámbito laboral y las condiciones en el que se desarrollan estas actividades; los procesos,

considerando el ciclo y flujo con la sistematización, consolidación, el uso y análisis de la información; finalmente, los productos considerando la disponibilidad de la información.

Proyecto Red Métrica de Salud

Disponer de información en salud precisa en tiempo oportuno constituye un fundamento esencial para actuar en la esfera de la salud pública y fortalecer los sistemas de salud, tanto a nivel nacional como internacional.

La meta de la Red de la Métrica de Salud (HMN por sus siglas en inglés) es aumentar la disponibilidad y el uso de la información en salud oportuna y precisa en los países y a nivel mundial¹⁴.

Para alcanzar esa meta la HMN define tres objetivos estratégicos a seguir:

- Crear un marco armonizado para el desarrollo del sistema de información en salud,
- Fortalecer los sistemas nacionales de información en salud; y
- Mejorar el acceso, la calidad y el uso de la información en salud

Ilustración 1. Componentes de contenido de la Evaluación



Fuente: Red de la Métrica en Salud, 2008. Marco de referencia y estándares para los sistemas nacionales de información sanitaria

La evaluación a llevar a cabo en el marco de la HMN tiene las siguientes fases:

- Recursos del sistema de información en salud
 - Coordinación y liderazgo
 - Políticas de información
 - Recursos financieros y humanos
 - Infraestructura
- Necesidades de información o indicadores
 - Principios clave
 - Proceso de selección
 - Determinantes de la salud
 - Sistema de Salud
 - Estado de Salud
- Fuentes de datos
 - De población
 - Institucionales
- Manejo de la información
 - Almacenamiento de datos
 - Calidad de la información
 - Procesamiento y compilación de datos
- Productos de información
 - Transformación de datos en información y evidencia
- Difusión y uso
 - Generación de documentos de información en salud

A través de su uso, se prevé que todos los diferentes socios que trabajan dentro de un país estarán en mejores condiciones para armonizar y alinear sus esfuerzos en torno a una compartida visión de un sistema de información sanitaria nacional sólida y eficaz.

IV. Planteamiento del problema

El volumen de datos e información en salud del Estado Plurinacional es inmenso, así como las dificultades para llegar a un análisis integral que permitan orientar decisiones, acciones gerenciales y como operativas.

La clara ausencia en la calidad de la información asociados a los problemas en la producción de información en salud en el nivel local, dificultan su aplicación en la realización del análisis de la situación de salud y toma de decisiones correcta, afectando la gestión en los distintos niveles del sistema.

Actualmente el Ministerio de Salud y sus diferentes direcciones y reparticiones, solicitan la información de logros e indicadores especialmente al SNIS y a los proyectos dependientes del Ministerio de Salud por medio de notas, procesos burocráticos (cartas, e-mails, llamadas telefónicas, faxes, etc. que se remiten, revisiones que se dan en las fuentes mismas de información) que retardan tiempos considerables para su posterior procesamiento⁸. La información recibida de las distintas dependencias varía en formatos, algunas son presentadas en Microsoft Excel, Word, PDF, PowerPoint, etc. El proceso de organización de toda la información recibida es en algunos casos manual, enviada a los funcionarios de la Dirección General de Planificación del Ministerio de Salud, lo que implica que pueden existir errores involuntarios.

A pesar del desarrollo informático, la abundante información es de difícil utilización, tanto por su volumen como por su calidad. Además, existe una “burocracia para el acceso a la información”, siendo amplios los tiempos que transcurren entre la solicitud y entrega del reporte de la información para los distintos actores claves.

Es evidente la falta de normativa actualizada nacional para el proceso de la gestión de información, políticas en función de información, control de calidad, estandarización de indicadores, fortalecimiento al personal estadístico de los diferentes niveles de gestión. La última vigente corresponde a la gestión 2005.⁹

V. Justificación

Es importante contar con información en salud, confiable y oportuna, como el fundamento de toda acción de salud pública. La existencia de sistemas de información en salud paralelos y la falta de coordinación entre las distintas áreas técnicas del Ministerio de Salud con producción estadística, imposibilita que los tomadores de decisiones no puedan identificar problemas y necesidades, ni llevar registro de avances, tampoco les es posible evaluar el impacto de las intervenciones ni tomar decisiones sobre políticas de salud pública, diseño de programas o asignación de recursos con base en evidencia.

El sistema de información en salud ha evolucionado de manera irregular y fragmentada, como consecuencia de presiones administrativas, económicas, jurídicas y de los donantes. La responsabilidad de los datos de salud a menudo está dividida entre diferentes ministerios o instituciones, y la coordinación puede resultar difícil debido a limitaciones financieras y administrativas como ejemplo la información de hechos vitales.

La Red de la Métrica en Salud elaboró un marco de referencia unificador que facilite la coordinación eficiente y la acción conjunta de todos los subsistemas de un sistema de información en salud. Los sistemas de información involucran procesos y relaciones complejas que van más allá de la responsabilidad individual de cualquier institución o agencia gubernamental.

El rendimiento del sistema de información en salud debe medirse no sólo con relación a la calidad de los datos producidos, sino con relación a las pruebas de su uso constante dirigido a mejorar el rendimiento del sistema de salud, responder a las amenazas emergentes y mejorar la salud.

Por lo anterior, es importante realizar una evaluación al Sistema Nacional de Información en Salud de Bolivia a nivel nacional, para identificar sus fortalezas y debilidades, y de esta manera plantear estrategias de fortalecimiento y garantizar la calidad de los productos del SNIS.

VI. Objetivos

Objetivo General

Realizar un diagnóstico del Sistema de Información en Salud de Bolivia, que permita identificar fortalezas y puntos críticos con la metodología de la HMN.

Objetivos Específicos

- Aplicar la Herramienta de Diagnóstico y Monitoreo del Sistema de Información en Salud al SNIS Nacional y SEDES
- Realizar entrevistas y grupos focales de discusión con diferentes actores del SNIS y Ministerio de Salud.
- Analizar los resultados con la herramienta por componentes.

VII. Material y Métodos

- **Tipo y diseño general del estudio:**

Transversal, observacional y descriptivo

- **Fuente de datos**

Se aplicó la Herramienta de Evaluación del Sistema de Información Nacional Versión 2.00, la cual tiene preguntas sobre el desempeño de los sistemas de información y está modulado por tres determinantes que le son intrínsecos: Determinantes de comportamiento (que incluyen los conocimientos, habilidades, actitudes, valores y motivación de las personas que recogen y utilizan datos), Determinantes Técnicos (que incluyen el diseño, tecnología, metodologías, procedimientos, herramientas, instrumentos del Sistema) y Determinantes organizacionales/ambientales (que incluyen estructura, roles, funciones y responsabilidades, así como la cultura de información, de los principales actores y usuarios en cada nivel del sistema de salud) (Anexo 2 Herramienta HMN).

- **Población**

Funcionarios del SNIS Nacional, dependientes del Ministerio de Salud de Bolivia y personal técnico de los SNIS de 5 SEDES.

- **Criterios de restricción:**

- a) **Inclusión**

- Funcionarios que participan en las actividades del sistema de información en salud en el Ministerio de Salud y SEDES.

- b) **Exclusión**

- Funcionarios y demás personal que no deseen participar en el estudio.

- **Duración**

El estudio se realizó durante los meses de marzo, abril y mayo del 2016.

- **Procedimiento**

Se procedió a la aplicación de la Herramienta de Diagnóstico y Monitoreo del Sistema de Información en Salud v. 2.0¹⁵ de la Red Métrica de Salud.¹³

- **Método de recolección de datos:**

- a) **Técnica:** Se realizaron visitas a las oficinas del SNIS y la Dirección General de Planificación del Ministerio de Salud, para la coordinación del trabajo según cronograma.

Visitas planificadas para realizar las entrevistas a los grupos identificados (personal técnico del SNIS y DGP).

Visitas consensuadas con personal del SNIS de los departamentos de Beni, Santa Cruz, Oruro, Potosí y Cochabamba.

b) Estructura y diseño de la herramienta

La herramienta está diseñada por dimensiones según los componentes y estándares de un sistema de información:

- Recursos: que tiene preguntas de coordinación y liderazgo, políticas de información, recursos financieros y humanos e infraestructura.
- Indicadores: con preguntas sobre necesidades de información, principios clave y procesos de selección.
- Fuentes de datos: con preguntas para información poblacional e institucional a través estándares y elementos estratégicos.
- Manejo de Información: con preguntas sobre almacenamiento de datos, calidad de la información y procesamiento de datos.
- Productos de Información: con preguntas sobre indicadores del estado de salud, del sistema de salud y factores de riesgo.
- Difusión y uso: que tiene preguntas de análisis y uso de información, formulación de políticas y actividades de promoción, uso de la información en la planificación y determinación de prioridades, uso de la información para la asignación de recursos y uso de la información para la implementación de acciones.

- **Muestra**

La aplicación de la herramienta fue a funcionarios públicos dependientes del SNIS y la DGP del Ministerio de Salud y funcionarios del SNIS de los SEDES.

- **Plan de análisis estadístico**

Se integraron las herramientas con las respuestas completas de cada entrevistado en un solo archivo Excel, para realizar la consolidación y procesamiento de cada grupo para el análisis según lo siguiente:

Análisis Univariado

Se realizó un análisis exploratorio de las respuestas de cada una de las preguntas para posteriormente describir las características del sistema de información según la percepción de los entrevistados.

Cada pregunta de la herramienta tiene cuatro posibles valores de respuesta preestablecidos: 3=Altamente Adecuado; 2=Adecuado; 1=Presente pero no adecuado y 0=Inadecuado. Cada informante asignó una calificación a cada una de las preguntas planteadas, de acuerdo al nivel de avance que consideraban, tenía el sistema de información en salud. En caso que considerar importante, podían realizar comentarios sobre la pregunta consultada, así como la calificación asignada.

La herramienta mide seis componentes del sistema de información en salud: los recursos del SIS, indicadores, fuentes de datos, administración de la información, productos de la información, difusión y uso, y está basada en mediciones cuantitativas que permiten el monitoreo y la comparación con otros SIS. Para el caso de Paraguay, esta información se tiene desagregada para cada subsector que participó en la valoración diagnóstica. En el presente documento se presentan los resultados más significativos de la evaluación por componente; no obstante, los mismos pueden ser analizados con mayor profundidad para su aprovechamiento en la valoración diagnóstica del SIS.

Las puntuaciones anotadas en la herramienta se procesan en quintiles para el informe global de la siguiente manera:

Tabla 1. Clasificación de quintiles por puntuaciones alcanzadas HMN

Quintil (%)	Clasificación
1er. quintil (<20%)	No funcional
2do. quintil (<40%)	Presente, pero insuficiente
3er. quintil (<60%)	Parcialmente aceptable
4to. quintil (<80%)	Adecuado
5to. quintil (>=80%)	Muy adecuado

VIII. Consideraciones éticas

De acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud¹⁸ en materia de investigación para la salud. Título Segundo, Capítulo I, Artículo 17, la presente investigación no contempla riesgo, por el empleo de técnicas de investigación de instrumentos (cuestionarios) y bases de datos.

Para la recolección de información se solicitó un consentimiento informado escrito a los participantes a través de una carta (Anexo 3) y para su análisis los cuestionarios fueron identificados de forma anónima con una codificación numérica.

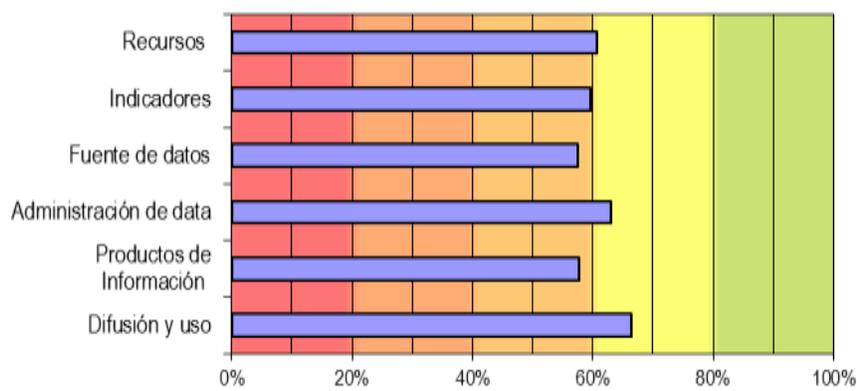
IX. Resultados y discusión

En total se realizaron 4 entrevistas al sistema nacional de información y 5 entrevistas a personal operativo de los departamentos de Potosí, Santa Cruz, Cochabamba, Beni y Oruro. Se analizaron la totalidad de los cuestionarios que sumaron nueve.

En general, las puntuaciones de todos los componentes se ubicaron entre el 3er. y 4to. Quintil como se ve en el gráfico 1.

Gráfico 1. Puntuación general del sistema de información en salud.

Bolivia, 2016



Por lo visto los componentes mejor desarrollados fueron el Manejo de la Información (63%) y la difusión y uso de la información (66%). Aunque alcanzaron los mayores puntajes entre los componentes, los porcentajes no están alejados del resto y no se evidencia una ventaja marcada.

A continuación, se presentan los resultados de la evaluación por componentes que fueron analizados por los entrevistados en el instrumento de evaluación de la Red de la Métrica en Salud (HMN):

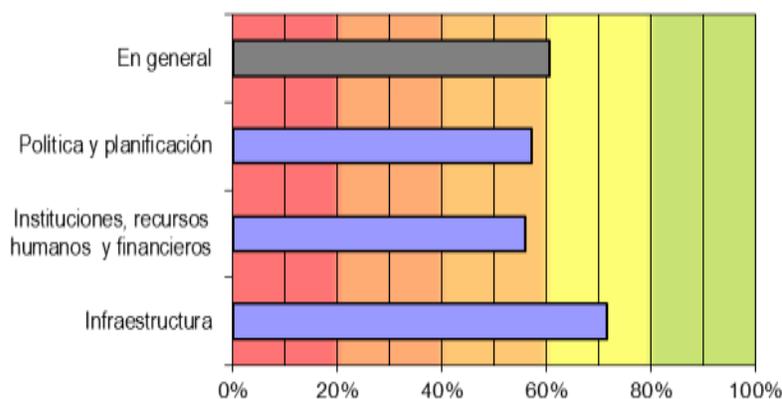
Componente I. Contexto y recursos para la información en salud:

En general el nivel de desarrollo de este componente fue **parcialmente aceptable** con una puntuación alcanzada del 60%. En la tabla 2 y gráfico 2 se detallan los puntajes y nivel de desarrollo de este componente.

Tabla 2. Puntuación alcanzada y nivel de desarrollo del componente I, según categorías del SIS. Bolivia, 2016

Categorías	Puntuación alcanzada
Componente I	60%
Política y planificación	57%
Instituciones, recursos humanos y financieros	56%
Infraestructura	69%

Gráfico 2. Nivel de desarrollo del componente I, según categorías del SIS. Bolivia, 2016



- a) Políticas y planificación: Capta información del ámbito legal, de regulación y de planificación para la gestión de la información en salud. Identifica los principales actores y mecanismos de coordinación, garantiza los vínculos con el monitoreo e identifica los mecanismos para la rendición de cuentas. Establece que es necesario un plan nacional estratégico del Sistema de Información en Salud para la coordinación, como criterio a seguir en las actividades e inversiones.

El nivel de desarrollo de este componente alcanzó el 57%, reflejando la falta de normativa legal o en su caso actualización de la ya existente. Aún no cuentan con políticas nacionales firmes y que llegue a los subsectores de salud para el cumplimiento de la gestión de la información.

- b) Instituciones, recursos humanos y financiamiento de SIS: La organización, desarrollo y cumplimiento de las funciones del Sistema de Información en Salud depende del funcionamiento y rectoría del Ministerio de Salud, las regionales y la oficina central, que tienen la responsabilidad de la gestión de información. Las regionales cuentan con el

puesto de responsable departamental, sin embargo, el equipo técnico disponible (de algunas regionales) no es está calificado en campos de epidemiología, demografía y estadística, motivos por los cuales el control de calidad del dato es insuficiente. En los niveles locales (establecimientos de salud) el personal del área estadística no es estable, existiendo alta rotación del mismo. Es necesario la existencia de un presupuesto para el SIS para fortalecer su desempeño en la gestión de información.

- c) Infraestructura del SIS: La cobertura de establecimiento del subsector público es completa, sin embargo, el privado tiene sus limitaciones. Los insumos para registrar los datos están limitados, pero sin afectar el registro. Las bases de datos se encuentran disponibles en los servidores regionales y a nivel central, existe equipamiento informático en los niveles de gestión, pero con poco apoyo y mantenimiento.

Componente II. Indicadores:

En general el nivel de desarrollo de este componente fue **parcialmente aceptable** con una puntuación alcanzada del 60%.

Tabla 3. Puntuación alcanzada y nivel de desarrollo del componente II, según categorías del SIS. Bolivia, 2016

Categorías	Puntuación alcanzada
Componente II	60%

Este componente aborda a los indicadores básicos en salud en tres tipos principales a ser monitoreados: Factores determinantes de la salud, resultados del sistema de salud y estado de salud.

- a) Determinantes de Salud: a pesar de que existe un conjunto básico de indicadores, no incluyen a todas las categorías de indicadores.
- b) Resultados del sistema de salud: Se cuenta con un conjunto de indicadores de procesos del sistema de salud identificados y priorizados por el nivel central con poca coordinación con el INE.

- c) Estado de salud: los reportes del conjunto básico de indicadores son irregulares e incompletos, que imposibilita medir la cobertura y eficacia de las intervenciones y determinantes de salud.

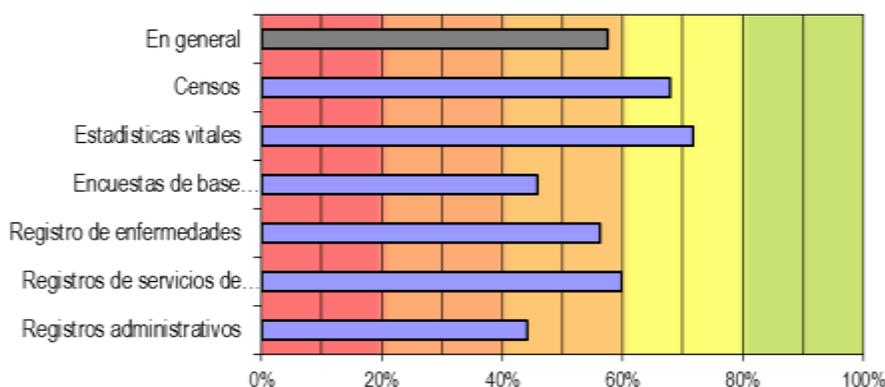
Componente III. Fuente de datos:

En general, el nivel de desarrollo de este componente fue **parcialmente aceptable** con una puntuación alcanzada del 58%. En la tabla 4 y gráfico 3 se detallan los puntajes y nivel de desarrollo de este componente.

Tabla 4. Puntuación alcanzada y nivel de desarrollo del componente III, según categorías del SIS. Bolivia, 2016

Categorías	Puntuación alcanzada
Componente III	58%
Censos	68%
Estadísticas vitales	72%
Encuestas de base poblacional	46%
Registro de enfermedades	56%
Registros de servicios de salud	60%
Registros administrativos	44%

Gráfico 3. Nivel de desarrollo del componente III, según categorías del SIS. Bolivia, 2016



- a) Censos: Los censos se realizan cada diez años aproximadamente, obteniendo resultados publicados de 2 a 3 años posteriores. Esas estimaciones son utilizadas en la

programación de coberturas y planificación de los servicios de salud. Los censos recogen datos sobre mortalidad infantil y adultas.

- b) Estadísticas vitales: La información más confiable se obtiene a través de encuestas demográficas, la cobertura de registros vitales alcanza al 50%, su desagregación es en sexo, edad, geográfico y ámbito (urbano y rural). La proporción de causas mal definidas de defunciones fue del 20%.
- c) Encuestas de base poblacional: Las encuestas basadas en la población se llevan a cabo con una temporalidad mayor a 5 años, sin embargo, el país cuenta con la capacidad para realizar encuestas a hogares con estándares internacionales y buen nivel de desagregación en coordinación con las instancias de salud y estadística.
- d) Registro de enfermedades: Existen definiciones de caso para cada enfermedad sujeta a vigilancia. La presencia de programas epidemiológicos asegura la estrategia de medición y seguimiento. La notificación oportuna es fundamental, a partir del diagnóstico y registro de los casos para la toma de acciones, sin embargo, el personal de salud responsable de la identificación de casos alcanza a menos de 74%. El país utiliza la versión detallada de la CIE-10. A pesar de contar con una gran base de datos, la difusión a partir de boletines no es regular y no llegan al nivel local.
- e) Registro de Servicios de Salud: El sistema de información cubre un pequeño porcentaje de los establecimientos de salud privados. No existe un enfoque sistemático para evaluar la calidad de los establecimientos de salud, ni las redes de salud cuentan con un equipo estable especializado en información de salud. Las proyecciones de población son usadas para el cálculo de las coberturas en las redes de salud, así como para los hechos vitales.
- f) Registros administrativos: Los establecimientos de salud cuentan con un código de identificación único, más no incluye las coordenadas GPS. La base de datos nacional es actualizada de forma anual, sin embargo, no existen mapas de identificación de distribución de recursos humanos, lo que imposibilita el análisis periódico de acceso a servicios.

Existe una base de datos nacional de profesionales por especialidad, aunque con poca cobertura ya que no contempla el sector privado y es actualizado de dos a tres años. No existe una base consolidada nacional de los egresados de instituciones en salud.

Se hace seguimiento de cuentas de gasto público y fuentes externas, a nivel nacional a través de personal capacitado, pero con tiempo compartido con otras actividades, presentando resultados de manera anual, las cuales se difunden de manera interna y que sirven para la planificación y formulación de políticas de salud.

No se cuenta con un reporte actualizado del estado de infraestructura física ni del equipo de los establecimientos de salud, por falta de personal asignado para la tarea específica.

Componente IV. Gestión de Datos:

En general el nivel de desarrollo de este componente fue **adecuado** con una puntuación alcanzada del 63%.

Tabla 5. Puntuación alcanzada y nivel de desarrollo del componente IV, según categorías del SIS. Bolivia, 2016

Categorías	Puntuación alcanzada
Componente IV	63%

Este componente aborda la gestión de datos con procedimientos parcialmente implantados y aplicación limitada para generar reportes tanto a nivel nacional como regional. A pesar de contar con un sistema de gestión de datos, hace necesario un diccionario de definiciones de variables completos y que sean implementados a los subsectores de salud.

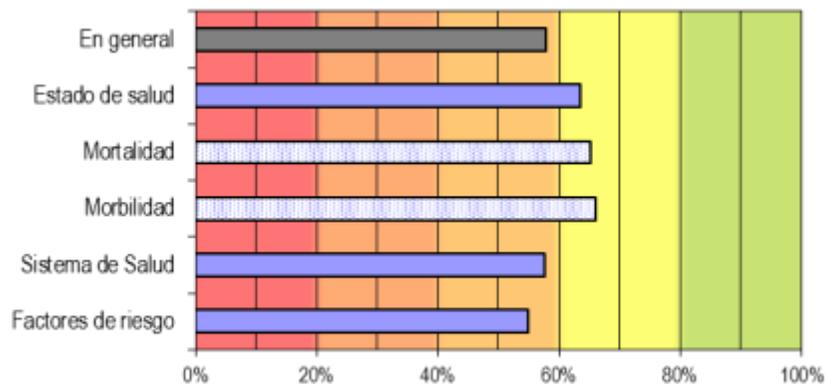
Componente V. Productos de Información:

En general el nivel de desarrollo de este componente fue **parcialmente aceptable** con una puntuación alcanzada del 58%. En la tabla 6 y gráfico 4 se detallan los puntajes y nivel de desarrollo de este componente.

Tabla 6. Puntuación alcanzada y nivel de desarrollo del componente V, según categorías del SIS. Bolivia, 2016

Categorías	Puntuación alcanzada
Componente VI	58%
Indicadores de Estado de Salud	64%
- Mortalidad	65%
- Morbilidad	66%
Indicadores del Sistema de Salud	58%
Indicadores de Factores de Riesgo	55%
Método de recojo o captura de dato	61%
Oportunidad	56%
Periodicidad	56%
Consistencia	61%
Representatividad	66%
Desagregación	60%
Métodos de Estimación	45%

Gráfico 4. Nivel de desarrollo del componente V, según categorías del SIS. Bolivia, 2016



Este componente evalúa las categorías:

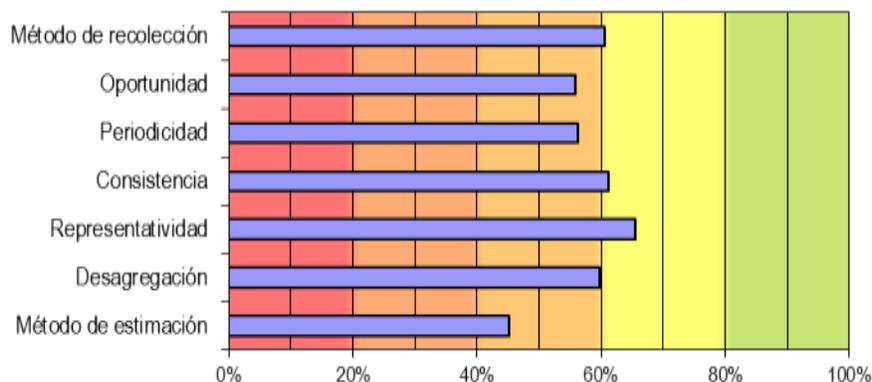
- Indicadores del estado de salud, mortalidad y morbilidad
- Indicadores del sistema de salud y calidad de la atención en salud
- Indicadores de factores de riesgo

Cada uno de estas categorías fueron evaluadas bajo las siguientes características:

- Puntualidad: los datos de mortalidad y morbilidad se encuentran disponibles con un periodo de 3 a 5 años.
- Periodicidad: los intervalos de recopilación de datos de mortalidad son dos veces en diez años.
- Consistencia: se presentan algunas discrepancias en la consistencia en el tiempo y entre fuentes de información.
- Representatividad: los datos de mortalidad están basados en el muestro de la población y para morbilidad la muestra es representativa a nivel nacional.
- Desagregación: el dato se encuentra desagregado por características demográficas, departamentos, municipios y establecimiento de salud.
- Métodos de estimación: las estimaciones se basan en procesos transparentes y bien establecidos para el caso de mortalidad materna, no así en los datos de mortalidad general en los que faltan la aplicación de estimaciones adecuados.

Gráfico 5. Nivel de desarrollo del componente III, según criterios de calidad.

Bolivia, 2016



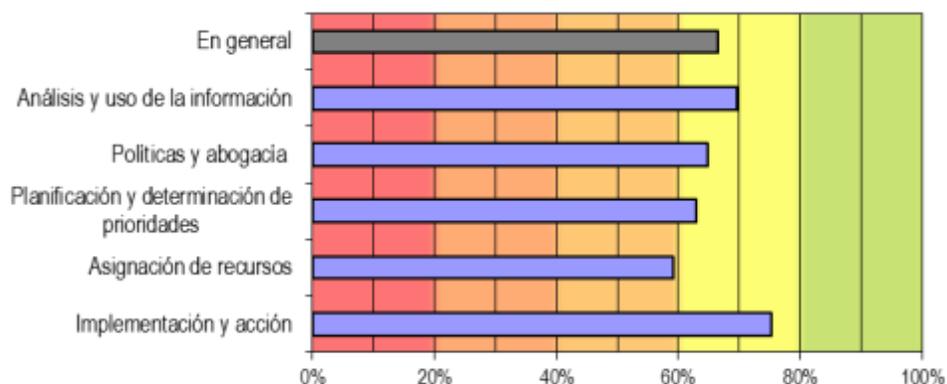
Componente VI. Difusión y uso de la Información:

En general el nivel de desarrollo de este componente fue **adecuado** con una puntuación alcanzada del 66%. En la tabla 7 y gráfico 5 se detallan los puntajes y nivel de desarrollo de este componente.

Tabla 7. Puntuación alcanzada y nivel de desarrollo del componente VI, según categorías del SIS. Bolivia, 2016

Categorías	Puntuación alcanzada
Componente VI	66%
Análisis y uso de la información	70%
Políticas y abogacía	65%
Planificación y determinación de prioridades	63%
Asignación de recursos	59%
Implementación y acción	75%

Gráfico 5. Nivel de desarrollo del componente VI, según categorías del SIS. Bolivia, 2016



- Análisis y uso de la información: Existe demanda por la información generada de manera ad hoc, con poca capacidad de juicio pese a que es presentada con gráficos y mapas estratificados a nivel nacional y departamental. El acceso público a la información se encuentra disponible a través de página web.
- Formulación de políticas y actividades de promoción: El sistema de información, publica un anuario estadístico de forma bianual, en el que se presentan indicadores básicos de seguimiento, los indicadores de morbilidad son conocidos entre los tomadores de decisiones.
- Uso de la información en la planificación y determinación de prioridades: La información en salud disponible es usada para generar diagnósticos y describir problemas a nivel nacional y departamental, con indicadores asociados a metas.

- d) Uso de la información para la asignación de recursos: algunas propuestas presupuestales se basan en la información en salud generada por el sistema tanto a nivel nacional como departamental, con análisis sobre equidad sólo a petición o solicitud.
- e) Uso de la información para la implementación de acciones: las autoridades nacionales, departamentales y locales utilizan la información generada para la planificación y monitoreo de las prestaciones.

X. Conclusiones

El Sistema de Información en Salud está respaldado por un conjunto de disposiciones legales que no contemplan todos los procesos de la gestión de información, permitiendo la aplicación de marcos legales diferenciados por la seguridad social y otros subsectores, sin un plan nacional estratégico que imposibilita la coordinación entre los actores. Es importante fortalecer los mecanismos de coordinación con el INE para seguimiento y estandarización del manejo de información con los subsectores.

A pesar de existir el puesto de responsables departamentales, no se llevan a cabo actividades de capacitación continuas al personal estadístico de los niveles regionales ni mucho menos al personal técnico. Es importante incluir en la planificación estratégica actividades de capacitación con actualizaciones en epidemiología, demografía y estadística, enfocados al mejoramiento de la calidad de los datos, análisis y uso.

A pesar de que existe un listado nacional actualizado de los establecimientos de salud del subsector público, aún falta redoblar esfuerzos para la inclusión del subsector de la seguridad social y privados. El equipamiento informático es fundamental para el funcionamiento de la gestión de la información, contar con un repositorio de datos a nivel nacional y departamental debe ser prioritario, además de generar información oportuna y de calidad; el acceso a internet puede ayudar en agilizar estos procesos.

A pesar de contar con instrumentos institucionalizados en el subsector público, algunos necesitan una actualización de las variables a ser captadas para definir de manera más clara los indicadores de salud en todas sus categorías, mucho más los datos que tienen las carpetas familiares. Los indicadores de los ODM son contemplados al momento de realizar el análisis de la información. Sin embargo hace falta fortalecer la difusión de los resultados de la consolidación de los datos y guías de seguimiento y control de calidad.

XI. Bibliografía y referencias bibliográficas

1. Organización Panamericana de la Salud. Situación de las estadísticas vitales de morbilidad y de recursos y servicios en salud de los países de las Américas. Síntesis del Informe regional. Noviembre, 2007.
2. Ministerio de Salud y Deportes, 2006. *Situación de Salud Bolivia*, La Paz, Bolivia: s.n.
3. Red de la Métrica en Salud, 2008. *Marco de referencia y estándares para los sistemas nacionales de información sanitaria*, Suiza: Organización Mundial de la Salud.
4. Whitten J. et.al. Análisis y diseños de sistemas de información. 3ra. Edición. McGraw-Hill. México. 2003
5. Ministerio de Salud y Deportes, 2006. Guía para el mejoramiento continuo de la calidad de la información en el ámbito de los establecimientos de salud, La Paz, Bolivia. Septiembre 2003.
6. English L. Improving Data Warehouse and Business Information Quality: Methods for Reducing Costs and Increasing Profits. John Wiley & Sons Inc. Canada, 1999
7. UDAPE, 2013. *Séptimo informe de progreso de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en Bolivia*, La Paz: s.n.
8. Ministerio de Salud y Deportes, 2010. *Plan Sectorial de Desarrollo 2010 - 2020*, La Paz: s.n.
9. Organización Panamericana de la Salud. El establecimiento de sistemas de información en servicios de atención de salud Guía para el análisis de requisitos, especificación de las aplicaciones y adquisición. OPS/OMS, 1999
10. Ledo, C., 2011. Sistema de Salud de Bolivia. *Salud Pública de México*, pp. 109 - 119.
11. Ministerio de Salud y Deportes, 2005. *Manual de Procedimientos para el manejo de información en salud*. La Paz: ABBASE, Ltda.
12. Instituto Nacional de Estadísticas, 2015. *Instituto Nacional de Estadísticas*. [En línea] Available at: <http://www.ine.gob.bo/html/visualizadorHtml.aspx?ah=Cronologias.htm>
13. Sistema de Información en Salud, 2015. SNIS. [En línea] Available at: snis.minsalud.gob.bo/snis
14. Ayala, M., 2013. *Diseño e implementación de la propuesta de mejora del análisis, el seguimiento y reporte de indicadores estratégicos de la política de salud y el seguimiento a las ODMs del SNIS, incorporando indicadores de equidad*, La Paz: s.n.

15. Agencia para el Desarrollo de la Sociedad de la Información en Bolivia, 2015. *ADSIB*.
[En línea]
Available at: http://www.adsib.gob.bo/adsibnueva/marco_normativo.php
16. Health Metrics Network, 2008. *Assessing the National Health Information System. An Assessment Tool version 4.0.0*, Switzerland: s.n.
17. Health Metrics Network, 2007. *Assessment Tool for Country Health Information System - Version 2.00. Planilla electrónica*, www.healthmetricsnetwork.org: s.n.
18. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. *Ley General de Salud*, México. 2014

XII. Anexos

Anexo 1 Formularios



INFORME MENSUAL DE PRODUCCIÓN DE SERVICIOS

CODIGO: R.A. SALUD INE – 301 (01/2010)

Ministerio de Salud y Deportes

SEDES: _____ Red de Salud: _____ Municipio: _____

Código Subsector A B C D E

Establecimiento: _____ Mes reportado: _____ Año: _____ Incorporado al Seguro: _____ Hoja 1

	NUEVAS		REPETIDAS		14. DIAGNÓSTICOS DE EGRESO		M	F
1. CONSULTA EXTERNA	M	F	M	F				
1.1 Menores de 5 años					14.1 Diarreas en menores de 5 años			
1.2 Personas de 5 a 9 años					14.2 Neumonías en menores de 5 años			
1.3 Personas de 10 a 20 años					14.3 Otros en menores de 5 años			
1.4 Personas de 21 a 59 años					15. CIRUGÍAS Y ANESTESIAS	M	F	
1.5 Personas de 60 años y más					15.1 Cirugías medianas y mayores			
2. REFERENCIAS Y RETORNOS					15.2 Anestesiología generales y regionales			
2.1 Pacientes referidos a otros establecimientos					16. ENF. NO TRANSMISIBLES, FACTORES DE RIESGO, SALUD MENTAL Y DISCAPACIDAD	M	F	
2.2 PCD referidas a Unidades de Calificación de Discapacidad.					16.1 Cardiovasculares			
2.3 Pacientes retornados al establecimiento de origen					16.2 Reumáticas			
2.4 Pacientes derivados de la comunidad o medicina tradicional					16.3 Cáncer Cervicouterino			
3. ATENCIÓN ODONTOLÓGICA			M	F	16.4 Cáncer otros			
3.1 Primera Consulta					16.5 Diabetes Mellitus I - II			
3.2 Consultas nuevas menores de 5 años					16.6 Hipertensión Arterial Sistémica en mayores de 5 años			
3.3 Consultas nuevas de 5 a 59 años					16.7 Sobrepeso en mayores de 5 años			
3.4 Consultas nuevas de 60 años y más					16.8 Abuso de Alcohol			
3.5 Consultas nuevas a Mujer Embarazada o Púérpera					16.9 Hábito de Fumar			
3.6 Cirugía bucal menor					16.10 Episodios depresivos / ansiedad			
3.7 Restauraciones					16.11 Epilepsia / Convulsiones / Ataques			
3.8 Periodoncia					16.12 Trastornos de comportamiento / consumo de sustancias			
3.9 Endoncias					16.13 Personas con Discapacidad			
3.10 Acciones preventivas dentro del establecimiento					17. VACUNACIÓN EN MENORES DE 1 AÑO	DENTRO	FUERA	
3.11 Acciones preventivas fuera del establecimiento					17.1 BCG			
3.12 Otras acciones					17.2 Pentavalente 1ra dosis			
3.13 N° de actividades de educación en Salud Oral					17.3 Pentavalente 2da dosis			
4. CONSULTAS PRENATALES			DENTRO	FUERA	17.4 Pentavalente 3ra dosis			
4.1 Nuevas antes del 5to mes de embarazo					17.5 (O.P.V.) Antipoliomielítica 1ra dosis			
4.2 Nuevas a partir del 5to mes de embarazo					17.6 (O.P.V.) Antipoliomielítica 2da dosis			
4.3 Repetidas					17.7 (O.P.V.) Antipoliomielítica 3ra dosis			
4.4 Mujeres con 4ta consulta prenatal					17.8 Antirotavírica 1ra dosis			
5. ANTICONCEPCIÓN, PREVENCIÓN DE ITS Y DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO					17.9 Antirotavírica 2da dosis			
5.1 DIU: Usuarías Nuevas					17.10 Neumocócica 1ra dosis			
5.2 DIU: Usuarías Continuas					17.11 Neumocócica 2da dosis			
5.3 Número de DIU Insertados					17.12 Neumocócica 3ra dosis			
5.4 Inyectable Trimestral: Usuarías Nuevas					18. VACUNACIÓN EN NIÑOS DE 12 A 23 MESES	DENTRO	FUERA	
5.5 Inyectable Trimestral: Usuarías Continuas					18.1 SRP dosis única			
5.6 Número de inyectables trimestrales suministrados					18.2 Anti Amarílica			
5.7 Condón: Usuarías (os) Nuevas (os)					18.3 DPT 1ra dosis			
5.8 Condón: Usuarías (os) Continuas (os)					18.4 DPT 2da dosis			
5.9 Número de condones entregados					18.5 DPT 3ra dosis			
5.10 Píldora: Usuarías Nuevas					18.6 DPT 4ta dosis			
5.11 Píldora: Usuarías Continuas					18.7 Antipoliomielítica 1ra dosis			
5.12 Número de ciclos entregados					18.8 Antipoliomielítica 2da dosis			
5.13 Métodos naturales: Usuarías Nuevas					18.9 Antipoliomielítica 3ra dosis			
5.14 Métodos naturales: Usuarías Continuas					18.10 Antipoliomielítica 4ta dosis			
5.15 AQV femenino					19. VACUNACIÓN EN NIÑOS DE 2 A 4 AÑOS	DENTRO	FUERA	
5.16 AQV masculino					19.1 DPT 1ra dosis			
5.17 Número de mujeres con píldora anticonceptiva oral de emergencia					19.2 DPT 2da dosis			
5.18 Número de personas que recibieron orientación en Anticoncepción					19.3 DPT 3ra dosis			
5.19 Número de mujeres con muestras de PAP					19.4 DPT 4ta dosis			
6. CONTROL DE CRECIMIENTO INFANTIL			NUEVOS EPETIDOS:		19.5 Antipoliomielítica 1ra dosis			
			M	F	M	F		
6.1 Control del niño(a) menor de 1 año					19.6 Antipoliomielítica 2da dosis			
6.2 Control del niño(a) de 1 año a menor de 2 años					19.7 Antipoliomielítica 3ra dosis			
6.3 Control del niño(a) de 2 años a menor de 5 años					19.8 Antipoliomielítica 4ta dosis			
					19.9 SRP dosis única			
					19.10 Anti Amarílica			

7. OTRAS ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA						
7.1 Sueros						
7.2 Inyectables						
7.3 Curaciones y/o suturas						
8. MICRONUTRIENTES						
8.1 Mujeres embarazadas con dosis completa de hierro						
8.2 Mujeres puérperas con dosis completa de hierro						
8.3 Niños(as) de 6 meses a menores de 2 años con dosis completa de hierro						
8.4 Niños(as) de 2 años a menores 5 años con dosis completa de hierro						
8.5 Mujeres puérperas con dosis única de vitamina A						
8.6 Niños(as) de 6 meses a menor de 1 año con dosis única de vitamina A						
8.7 Niños(as) de 1 año a menores de 5 años con 1ra dosis vitamina A						
8.8 Niños(as) de 1año a menores de 5 años con 2da dosis de vitamina A						
8.9 Niños(as) de 6 m. a menores de 2 años que reciben alimento complementario						
9. ESTADO NUTRICIONAL (Talla para la edad)						
Clasificación	Menor de 1 año		1 a menor de 2 años		2 a menor de 5 años	
	M	F	M	F	M	F
9.1 Talla Normal						
9.2 Talla baja						
10. ACTIVIDADES DEL ESTABLECIMIENTO Y CON LA COMUNIDAD						
10.1 N° de actividades realizadas con participación de la comunidad						
10.2 N° de CAI de establecimiento						
10.3 N° de comunidades que participaron en el CAI de establecimiento						
10.4. N° de reuniones realizadas con Comités Loc. de Salud/Consejo Mun. de Sa						
10.5. N° de beneficiarias (madres) nuevas del bono Juana Azurduy						
10.6. N° de beneficiarios(as) (niño/as) nuevos(as) del bono Juana Azurduy						
10.7. N° de auditorías internas en salud en aplicación de norma técnica						
10.8. N° de autoevaluaciones para acreditación del establecimiento						
10.9. N° de actividades educativas en Salud						
11. ATENCIÓN DE PARTOS EN SERVICIOS						
11.1 Vaginales						
11.2 Cesáreas						
11.3 Nacidos vivos						
11.4 Nacidos muertos						
11.5 Nacidos vivos con peso menor a 2500g						
11.6 Nacidos muertos con peso menor a 2500g						
11.7 Mujeres con primer control post parto						
12. ATENCIÓN DE PARTOS EN DOMICILIO						
12.1 Partos atendidos por personal de salud						
12.2 Nacidos vivos atendidos por personal de salud						
12.3 Nacidos muertos atendidos por personal de salud						
12.4 Nacidos vivos con peso menor a 2500g						
12.5 Muertos con peso menor a 2500g						
12.6 Partos atendidos por partera capacitada						
12.7 Nacidos vivos atendidos por partera capacitada						
12.8 Nacidos muertos atendidos por partera capacitada						
13. INTERNACIONES						
					M	F
13.1 Ingresos referidos de otros establecimientos de salud						
13.2 Ingresos espontáneos						
13.3 Egresos						
13.4 Fallecidos antes de las 48 hrs.						
13.5 Fallecidos a partir de las 48 hrs.						
13.6 Retornados						
13.7 Dias camas ocupadas maternidad						
13.8 Dias camas ocupadas otros servicios						
13.9 Dias camas disponibles maternidad						
13.10 Dias camas disponibles otros servicios						

DECLARACIÓN JURADA

Yo:

Nombre y Apellido/s

Declaro la veracidad de los datos del presente formulario

20. VACUNACIÓN EN NIÑOS DE 4 AÑOS			DENTRO	FUERA		
20.1 DPT 5ta dosis						
20.5 Antipoliomielítica 5ta dosis						
21. OTRAS VACUNACIONES			DENTRO	FUERA		
21.1 Mujeres de 10 a 49 años 1ra dosis de dT						
21.2 Mujeres de 10 a 49 años 2da dosis de dT						
21.3 Mujeres de 10 a 49 años 3ra dosis de dT						
21.4 Mujeres de 10 a 49 años 4ta dosis de dT						
21.5 Mujeres de 10 a 49 años 5ta dosis de dT						
21.6 Trabajador de Salud Hepatitis B 1ra dosis						
21.7 Trabajador de Salud Hepatitis B 2da dosis						
21.8 Trabajador de Salud Hepatitis B 3ra dosis						
21.9 Antirrábica en humanos						
21.10 Antirrábica humana esquema completo						
21.11 Antirrábica en perros y gatos						
22. VIH			M	F		
22.1 No. de Personas con pre-consejería realizadas para acceso a la P						
22.2 No. de Mujeres Embarazadas con Prueba Rápida						
22.3 No. De Personas con Prueba Rápida						
23. TUBERCULOSIS Y LEPROA			M	F		
23.1 N° de Sintomáticos Respiratorios						
23.2 N° de TBP BAAR (+) nuevos						
23.3 N° de TBP BAAR (-) nuevos						
23.4 N° de TB extrapulmonar nuevos						
23.5 Tratamientos iniciados con esquema I						
23.6 Tratamientos iniciados con esquema II						
23.7 Tratamientos iniciados con esquema III						
23.8 N° de Quimioprofilaxis en menores de 5 años						
23.9 N° de TBP BAAR (+) nuevos curados						
23.10 Tratamientos iniciados con esquema pausibacilar (P.Q.T						
23.11 Tratamientos iniciados con esquema multibacilar (P.Q.T						
24. MALARIA			vivax		falciparum	
			M	F	M	F
24.1 Número de muestras hemáticas tomadas						
24.2 Total de casos Confirmados						
24.3 Número de tratamientos específicos entregados al pacien						
24.4 Número de Tratamientos entregados por sospecha						
24.5 Total de tratamientos iniciados antes de las 48 horas de ir						
25. CHAGAS			INICIADO O NO CLUID			
			M	F	M	F
25.1 Tratamientos RN a menores de 1 año de edad						
25.2 Tratamientos 1 año a menores de 5 años de edad						
25.3 Tratamientos 5 años a menores de 15 años de edad						
25.4 Tratamientos de 15 años y más						
25.5 Tratamientos en mujeres post parto						
25.6 Viviendas Evaluadas						
25.7 Viviendas Positivas						
25.8 Viviendas Roceadas						
26. CONTROL VECTORIAL DE DENGUE						
26.1 Número de viviendas evaluadas entomológicamente						
26.2 Número de viviendas positivas						
27. LEISHMANIASIS			INICIADO O NO CLUID			
			M	F	M	F
27.1 Tratamientos de Leishmania cutánea						
27.2 Tratamientos de Leishmania mucosa						
27.3 Tratamientos de Leishmania mucosa y cutánea (mucosa)						
27.4 Tratamientos de Leishmania visceral						

Firma

Lugar y Fecha: / / 20.....



NOTIFICACION PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA
 CODIGO: R. A. SALUD INE - 302 (01/2010)

Formulario de Notificación Epidemiológica N° _____
 DE FORMULARIO DEL DIA DOMINGO DE CADA SEMANA

SEDES: _____ Red de Salud: _____ Municipio: _____
 Establecimiento: _____ Año: _____ Subsector: A B C D

Los datos siguientes deben ser consolidados semanalmente por la enfermera o el medico y certificados por el Medico Director

REGISTRO DE ENFERMEADES DE NOTIFICACION INMEDIATA

Sospecha diagnóstica	Menor de 1 año	1 - 4 años	5 - 9 años	10 - 20 años	21 - 59 años	60 años y más	Sospecha diagnóstica	Menor de 1 año	1 - 4 años	5 - 9 años	10 - 20 años	21 - 59 años	60 años y más
1. Sarampión / Rubéola							10. Meningitis.						
2. Tos ferina							11. Cólera						
3. Difteria							12. Enfermedad por Hanta						
4. Parálisis flácida aguda							13. Rabia humana						
5. Fiebre amarilla							14. Rabia canina						
6. Dengue hemorrágico							15. Influenza/Pandémica						
7. Dengue clásico							16. Leptospirosis						
8. Fiebre Hemorrágica							17. Mordedura de						
9. Peste													

REGISTRO DE EVENTOS DE NOTIFICACION INMEDIATA

Evento	No.	No. de personas	No. de personas	Evento	No.	No. de personas	No. de personas
18. Riada				21. Deslizamiento/Sismo/Terr.			
19. Helada/granizo/nevada				22. Inundación			
20. Incendio				23. Otros de excepción			

REGISTRO DE ENFERMEADES DE NOTIFICACION SEMANAL

INMUNOPREVENIBLES	Menor de 1 año		1 a 4 años		5 a 9 años		10 a 20 años		21 a 59 años		60 años y más	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
24. Tétanos neonatal/ adulto												
25. Hepatitis viral												
26. Parotiditis												
INFECC. DE TRANSMISION SEXUAL	Menor de 1 año		1 a 4 años		5 a 9 años		10 a 20 años		21 a 59 años		60 años y más	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
27. Úlcera genital												
28. Sífilis en la mujer embarazada												
29. Flujo uretral/vaginal												
30. VIH Mujer Embarazada												
31. VIH Población en General												
32. SIDA*												
OTRAS INFECCIONES	Menor de 1 año		1 a 4 años		5 a 9 años		10 a 20 años		21 a 59 años		60 años y más	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
33. Enfermedad Diarreica Aguda												
34. IRA sin neumonía												
35. Neumonía												
36. Malaria sospechosos												
37. Malaria confirmados												
38. Leishmaniasis sospechosos												
39. Leishmaniasis confirmados												
40. N° de personas expuestas al virus rábico												
41. Chagas Agudo *												
TUBERCULOSIS Y LEPROA	Menor de 1 año		1 a 4 años		5 a 9 años		10 a 20 años		21 a 59 años		60 años y más	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
42. Tuberculosis Meningea *												
43. RAFA (leves y moderadas)												
44. RAFA (graves)												
45. Lepra paucibacilar*												
46. Lepra multibacilar*												

* Solo casos confirmados

VIOLENCIA, HECHOS DE TRANSITO Y ACCIDENTES	Menor de 1 año		1 a 4 años		5 a 9 años		10 a 20 años		21 a 59 años		60 años y más	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
47. Intrafamiliar / Doméstica												
48. Otras violencias (sexual, física, psicológica, de castidad o de custodia)												
49. N° de casos presentados por Hechos de Tránsito												
50. N° de casos presentados por otros Accidentes												

INTOXICACIONES	Menor de 1 año		1 a 4 años		5 a 9 años		10 a 20 años		21 a 59 años		60 años y más	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
51. Plaguicidas												
52. Enf. Transmitidas por Alimentos (E.T.A.)												
53. Otras intoxicaciones (drogas, tóxicos, alcohol, etc.)												

MORTALIDAD	entro servid.		dentro de servid.	
	M	F	M	F
54. Muerte materna				
55. Muerte RN menor de 7 días				
56. Muerte menor de 1 año				
57. Muerte menor de 5 años por diarrea				
58. Muerte menor de 5 años por neumonía				
59. Muerte menor de 5 años por desnutrición aguda				
60. Muerte menor de 5 años por otras causas				
61. Otras muertes en mayores de 5 años				

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	dentro de servid.		dentro de servid.	
	M	F	M	F
62. Hemorragia de la primera mitad de embarazo (< 22 sem) que requiera atención				
63. Hemorragia de la primera mitad de embarazo (< 22 sem) que requiera atención				
64. Embarazo en adolescente (< de 20 años)				
65. Preeclampsia severa/ eclampsia				

ESTADO NUTRICIONAL

CLASIFICACIÓN	Peso para la Talla (P/T)						IM C Embarazada
	Menor de 1 año		menor de 2 años		menor de 5 años		
	M	F	M	F	M	F	
66. Obesidad (O)							
67. Sobre peso (S)							
68. Nutrición normal (N)							
69. Desnutrición leve (L)							
70. Desnutrición moderada							
71. Desnutrición grave (G)							
72. Embarazada Desnutrida							

DECLARACIÓN JURADA

Nombre y Apellido: _____
 Declaro la veracidad de los datos del presente formulario

Firma

Lugar y Fecha: _____ / _____ / 20_____



**INFORME MENSUAL DE LABORATORIO
DATOS DE PRODUCCIÓN Y VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA**

CÓDIGO: R.A. SALUD INE – 303 (01/2010)

Ministerio de Salud y Deporte

SEDES: _____ Red de Salud: _____ Municipio: _____
Laboratorio/Establecimiento: _____ Mes reportado: _____ Año: _____

Código Subsector A B C D E

PRODUCCIÓN DE LABORATORIO

Especialidades de Laboratorio	Muestras tomadas en el Laboratorio	Muestras referidas al Laboratorio	Muestras referidas por el Laboratorio	Total de muestras procesadas
Análisis clínico				
Bacteriología				
Parasitología				
Micología				
Inmunología				
Virología				
Citología				

No. de Pruebas Realizadas		Muestra							Total
		Sangre/Suero	Heces fecal	Espuito	Orina	Secreción	Líquido biológico	Otras*	
Análisis clínico	Hematología								
	Bioquímica								
	Uro análisis (E.G.O.)								
	Serología								
Bacteriología	Citoquímica								
	Bacterioscopia								
	Cultivo								
	Antibiograma								
Parasitología	Serología y B.M.**								
	Examen directo								
	Serología y B.M.**								
Micología	Cultivo								
	Examen directo								
	Antifungigrama y otros*								
Inmunología	Inmunoserología								
	Biología Molecular								
Virología	Inmunoserología								
	Aislamiento Viral								
	Biología Molecular								
	Carga Viral								
Citología	Citológico								
Total									

* Aspirado duodenal y bronquial; biopsias, piel y faneras; líquido espermático, etc. ** B.M. Biología Molecular * Auxonograma

Tabla de Chagas

Pruebas realizadas Chagas	Métodos Parasitológicos		Métodos Serológicos				
	Micrométodo	Otros	IC	HAI	ELISA	IFI	Otros
Recién Nacido a < de 6 meses							
6 meses a < de 12 meses							
1 año a < 5 años							
5 años a < 15 años							
Mayores de 15 años							
Mujeres embarazadas							
Mujeres parto y/o post parto							

Ref: IC = Inmuno cromatografía; HAI = Hemaglutinación Indirecta; ELISA = Ensayo Inmunoenzimático; IFI = Inmuno fluorescencia Indirecta

Tabla de Leishmaniosis

Pruebas realizadas	Métodos Parasitológicos		Métodos Serológicos				
	Frotis	Cultivo	IDRM	IFI	ELISA	PCR	Otros
Cutáneo							
Mucoso							
Visceral							

Tabla de VIH

Pruebas realizadas	Prueba rápida	ELISA	Western Blott	Carga viral	poblaciones Linfocita
Población en general					
Mujeres embarazadas					

Tabla de Tuberculosis

Pruebas	Muestras procesadas	Negativas	Positivas
Baciloscopia diagnóstica 1ª. Muestra			
Baciloscopia diagnóstica 2ª. Muestra			
Baciloscopia diagnóstica 3ª. Muestra			
Baciloscopia de control: Fin de 1º fase			
Baciloscopia de control: al final del 3º Mes			
Baciloscopia de control: al final del 4º Mes			
Baciloscopia de control: al final del 5º Mes			
Baciloscopia de control: al final del 6º Mes			
Baciloscopia de control: al final del 7º Mes			
Baciloscopia de control: al final del 8º Mes			
Baciloscopia de control: Otras			
Cultivo pulmonar			
Cultivo extrapulmonar			
Otros exámenes			

Tabla Citológica

Pruebas	Muestras procesadas	Inadecuadas	Negativas	Positivas
Número de PAP procesados				
Número de LIE bajo grado				
Número de LIE alto grado				
Orina				
Líquido Céfaloraquídeo				
Líquido Pleural				
Líquido Ascítico				
Punción de órganos profundos				
Espuito				

DECLARACIÓN JURADA

Yo:

Nombre y Apellidos

Declaro la veracidad de los datos del presente formulario

Firma

Lugar y Fecha: / / 20.....

INFORMACIÓN DE LABORATORIO PARA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Enfermedades	Muestras tomadas o recibidas por el	Muestras referidas por el Laboratorio	Muestras procesadas	Resultado	
				Positivo	Negativo
Dengue					
Fiebre amarilla					
Fiebre Hemorrágica Boliviana					
Hanta virus					
Hepatitis A					
Hepatitis C					
Leishmaniasis					
Lepra					
Malaria mixta					
Malaria por <i>P. falciparum</i>					
Malaria por <i>P. vivax</i>					
Meningitis meningocócica					
Meningitis tuberculosa					
Peste					
Rabia en canes					
Rabia en humanos					
Rabia en animales silvestres					
Rubéola					
Sarampión					
Leptospirosis					
Enfermedad Tipo Influenza (ETI) A,B,C					
Virus A H1N1					

Otras Enfermedades	Muestras tomadas o recibidas por el	Muestras referidas por el Laboratorio	Muestras procesadas	Resultado	
				Positivo	Negativo
Brucelosis					
Cisticercosis					
Fasciolosis					
Hidatidosis					
Infección por <i>H. influenzae B</i> (invasivo)					
Infección por <i>S. pneumoniae</i> (invasivo)					
Teniasis					
Citomegalovirus					
Toxoplasmosis (IgG)					
Toxoplasmosis (IgM)					
Hipotiroidismo congénito Neonatal (TSH)					
<i>Escherichia coli</i> Uro patógeno					
Patógenos Intrahospitalarios					
<i>Streptococcus pyogenes</i>					
Enterococos					
<i>Staphylococcus no aureus</i>					
<i>Staphylococcus aureus</i>					
<i>Klebsiella spp</i>					
<i>Enterobacter spp</i>					
<i>Pseudomonas spp</i>					
<i>Acinetobacter spp</i>					

Chagas	Parasitología		Serología			Serología confirmada con 2
	Positivo	Negativo	Positivo	Negativo	Indeterminado	
R N a < de 6 meses de edad						
6 meses a < de 12 meses de edad						
1 año a < 5 años de edad						
5 años a < 15 años de edad						
Mayores de 15 años de edad						
Mujeres embarazadas						
Mujeres parto y/o postparto						

Enteropatógenos de EDAs	Muestras tomadas o	Muestras referidas por el	Muestras procesadas	Casos positivos		
				< 5 años	5 a <15 años	15 años o más
<i>Entamoeba histolítica</i>						
<i>Giardia lamblia</i>						
<i>Salmonella no typhi</i>						
<i>Salmonella typhi</i>						
<i>Shigella spp</i>						
<i>Campylobacter spp</i>						
<i>Vibron cholerae</i>						
Rotavirus						

Agentes causantes de ITS	s tomadas o recibidas por		Muestras procesadas		Casos positivos		
	M	F	M	F	M	F	Embarazadas
<i>Virus Hepatitis B</i>							
<i>Trichomonas vaginalis</i>							
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>							
<i>Chlamydia trachomatis</i>							
<i>Treponema pallidum</i>							
<i>Treponema pallidum</i> (congénito)							
<i>Haemophilus ducrey</i> (Chancroide)							
<i>Virus Herpes simplex (VHS)</i>							
VIH							

VIH	Menor de 1 año		1 a 4 años		5 a 14 años		15 a 59 años		Embarazadas
	M	F	M	F	M	F	M	F	
Casos positivos									

DECLARACIÓN JURADA

Yo:

Nombre y Apellidos

Declaro la veracidad de los datos del presente formulario

39

Lugar y Fecha:/...../ 20.....

Firma

Anexo 2 Cuestionarios RMS

I. Recursos

A. Políticas y Planificación

Temas	Altamente adecuado 3	Adecuado 2	Presente pero no adecuado 1	Inadecuado 0	Razones/ comentarios	Respuesta de los entrevistados			Promedio
						Nombre 1	Nombre 2	Nombre 3	
IA.1									
IA.2									
IA.3									
IA.4									
IA.5									
IA.6									
IA.7									
IA.8									

B. Instituciones, recursos humanos y financiamiento del HIS

Temas	Altamente adecuado 3	Adecuado 2	Presente pero no adecuado 1	Inadecuado 0	Razones/ comentarios	Respuesta de los entrevistados			Promedio
						Nombre 1	Nombre 2	Nombre 3	
IB.1									
IB.2									
IB.3									
IB.4									
IB.5									
IB.6									
IB.7									
IB.8									
IB.9									

C. Infraestructura del Sistema de Información

Temas	Altamente adecuado 3	Adecuado 2	Presente pero no adecuado 1	Inadecuado 0	Razones/ comentarios	Respuesta de los entrevistados			Promedio
						Nombre 1	Nombre 2	Nombre 3	
IC.1									
IC.2									
IC.3									
IC.4									
IC.5									
IC.6									

II. Indicadores

Temas	Altamente adecuado	Adecuado	Presente pero no adecuado	Inadecuado	Razones/ Comentarios	Respuesta de los entrevistados			Promedio
						Nombre 1	Nombre 2	Nombre 3	
						3	2	1	
II.A.1	Se ha identificado un conjunto de indicadores básicos que contempla todas las categorías de indicadores de salud. (determinantes de la salud, ingreso al sistema de salud, productos e impacto en el estado de salud).								
II.A.2	Existe una clara definición oficial del país de medir los 15 indicadores de salud de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.								
II.A.3	El conjunto de indicadores básicos se seleccionó en un proceso participativo: Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Estadística e Informática (Oficinas y Direcciones de Estadísticas) otros ministerios, Expertos, Colegios profesionales, los Programas de Salud entre otros)								
II.A.4	El conjunto de indicadores básicos se ha seleccionado siguiendo criterios explícitos como su utilidad, base científica, confiabilidad, representatividad, factibilidad, accesibilidad								
II.A.5	Se producen reportes del conjunto básico de indicadores con frecuencia								

III. Fuente de datos

A. Censos

Dimensiones básicas	Temas	Altamente adecuado	Adecuado	Presente pero no adecuado	Inadecuado	Razones / comentarios	Respuesta de los entrevistados			Promedio
		3	2	1	0		Nombre 1	Nombre 2	Nombre 3	
III.A.1 Contenidos	1.1 En el último censo, se realizaron preguntas sobre defunciones recientes en el hogar para estimación indirecta sobre mortalidad infantil y mortalidad en adultos. Nota: Esta pregunta no es aplicable, si el registro civil tiene una cobertura de más del 90% de defunciones									
III.A.2 Capacidad & practicas	2.1 El país tiene una adecuada capacidad para (1) implantar proceso de recolección de datos, (2) procesar los datos y (3) analizar los datos									
	2.2 En los últimos diez años se ha realizado un censo y los resultados se han publicado o serán publicados en los siguientes 5 años									
	2.3 Se ha realizado una segunda visita a una muestra del censo y se cuenta con un reporte escrito disponible									
III.A.3 Difusión	3.1 El informe se ha distribuido ampliamente e incluye estadísticas descriptivas (edad, sexo, lugar de residencia por distritos), se encuentra disponible (online e impresiones)									
	3.2 El tiempo que transcurre entre la recolección de datos (edad, sexo, lugar de residencia por distritos) y la publicación de las estadísticas descriptivas correspondientes es...									
	3.3 Existen proyecciones por edad, sexo (por distritos) para el presente año									
	3.4 Los micro datos están disponibles para todo público									
III.A.4 Integración & uso	4.1 Las proyecciones del censo se usan para la estimación de cobertura y planificación de servicios de salud									

B. Estadísticas Vitales

Dimensiones básicas	Temas	Altamente adecuado	Adecuado	Presente pero no adecuado	Inadecuado	Razones / Comentarios	Respuesta de los entrevistados			Average Score
		3	2	1	0		Nombre 1	Nombre 2	Nombre 3	
III.B.1 Contenidos	La información más confiable sobre estadísticas de hechos vitales es la de Ejemplo : RENIEC vs muestras de registros del sistema de información vs Sistema de encuestas demográficas 1.2 Cobertura del registro de defunciones (en porcentaje)...									
	1.3 La causa de muerte se registra en el certificado de defunción									
III.B.2 Capacidades & practicas	2.1 El país cuenta con la capacidad adecuada para (1) implantar la recolección de datos, (2) procesar los datos y (3) analizar los datos de estadísticas vitales de cualquier fuente.									
	2.2 Frecuencia con la que se evalúa que tan completas están las estadísticas vitales									
	2.3 Versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE) usada para la codificación de las causas de defunción									
	2.4 Proporción de defunciones codificadas como causas mal definidas, en porcentaje									
	2.5 Las estadísticas vitales se presentan desagregadas por (1) sexo, (2) edad y (3) región geográfica (o zona urbana/rural)									
	2.6 Existe un sistema de registro de muestras centinela que proporciona datos de forma precisa y oportuna									
	2.7 Existe un sistema de vigilancia demográfica que genera información oportuna y precisa									
	2.8 Herramienta para la autopsia verbal									
III.B.3 Difusión	3.1 Tiempo que transcurre entre la recolección de datos sobre hechos vitales y la publicación de estadísticas correspondientes									
III.B.4 Integración & uso	4.1 Información sobre estadísticas de hechos vitales/encuestas demográficas sobre (1) tasas de mortalidad y (2) causas de muerte, se utiliza para análisis a nivel Nacional y Subnacional									

C. Encuestas de base poblacional

Dimensiones básicas	Items	Altamente adecuada	Adecuado	Presente pero no adecuado	Inadecuado	Razones / Comentarios	Response from interviewees			Average Score
		3	2	1	0		Name1	Name2	Name3	
III.C.1 Contenidos	1.1 En los últimos cinco años, se ha llevado a cabo una encuesta con representatividad a nivel Nacional, sobre el porcentaje de la población objetivo que recibe servicios de atención materno-infantil (planificación familiar, cuidados prenatales, atención del parto por personal calificado, inmunizaciones)		X	X						
	1.2 En los últimos cinco años se ha llevado a cabo una encuesta representativa Nacionalmente, que proporcione información precisa para realizar estimaciones de la mortalidad en menores de 1 año y menores de 5 años.		X	X						
	1.3 En los últimos cinco años, las encuestas a la población han medido la prevalencia de enfermedades crónico/degenerativas prioritarias/problemas de salud (por ejemplo, discapacidad, salud mental, hipertensión, diabetes, accidentes, violencia) y los principales factores de riesgo (consumo de tabaco, de alcohol, dieta, actividad física)		X	X						
III.C.2 Capacity & practices	2.1 El país tiene adecuada capacidad para (1) realizar encuestas a hogares (incluyendo diseño de muestra y trabajo de campo), (2) procesar los datos y (3) analizar los datos.									
	2.2 Las encuestas siguen estándares internacionales para el consentimiento, confidencialidad y acceso a datos personales.		X	X						
	2.3 Los datos permiten una desagregación por sexo, edad, región geográfica (urbano/rural, primer nivel administrativo)		X	X						
	2.4 Los datos permiten desagregación por nivel socioeconómico: (1) ingreso y (b) educación		X	X						
III.C.3 Dissemination	3.1 Los meta datos de las últimas encuestas están disponibles (diseño, muestra, cuestionarios)		X	X						
	3.2 Los micro datos de las últimas encuestas están disponibles		X	X						
III.C.4 Integración & uso	4.1 Hay reuniones y un plan multi-anual para coordinar la fecha así como las variables clave a medir y las fuentes de financiamiento para las encuestas en salud									
	4.2 Las instancias de salud y estadística del país trabajan de manera conjunta en el diseño, implantación, análisis y uso de los datos.									

D. Registro de enfermedades (incluyendo el sistema de vigilancia de enfermedades)

Core dimensions	Items	Highly adequate	Adequate	Present but not adequate	Not adequate at all	Rationale/ comments	Response from interviewees			Average Score
		3	2	1	0		Name1	Name2	Name3	
III.D.1 Contenidos	1.1 Se han establecido "definiciones de caso" para cada una de las enfermedades sujetas de convertirse en epidemias/ o sujetas a erradicación y esta definición es la utilizada en el formato actual de reporte									
	1.2 Existe una estrategia de medición /seguimiento de aquellas enfermedades de importancia (diferentes a las del punto anterior). Esta estrategia se refleja en planes, programas, herramientas de medición, estructuras de apoyo y asignación de responsabilidades									
	1.3 Existe una representación en mapas de los riesgos en salud pública, poblaciones en riesgo, recursos para la salud (establecimientos de salud, laboratorios, recursos humanos)									
III.D.2 Capacidad & practicas	2.1 El país tiene adecuada capacidad para (1) diagnosticar y registrar los casos de enfermedades de notificación obligatoria, (2) informar y transmitir de forma oportuna y completa los datos de estas enfermedades y (3) analizar y tomar acción a partir de los datos para planear las intervenciones en salud pública necesarias.									
	2.2 Porcentaje de trabajadores de la salud responsables de dar el primer diagnóstico capaces de citar correctamente la definición de casos de enfermedades de notificación obligatoria									
	2.3 Percentage of health facilities submitting weekly or monthly surveillance reports on time to the district level									
	2.4 Porcentaje de distritos que reportan semanal o mensualmente de forma oportuna los reportes de vigilancia epidemiológica al nivel administrativo superior									
	2.5 Proporción de brotes que se investigan con muestras de laboratorio									
	2.6 Las Historias clínicas apoyan la calidad y permite el seguimiento a la atención en salud individual									
	2.7 Versión de la CIE que se utiliza actualmente									
III.D.3 Difusión	3.1 La información de vigilancia se difunde regularmente a través de boletines semanales, mensuales, bimestrales		X							
III.D.4 Integración & uso	4.1 Hay una integración de los reportes de vigilancia de enfermedades y otros programas de salud pública (por ejemplo, salud materno-infantil, planificación familiar, seguimiento del crecimiento)									
	4.2 Proporción de epidemias que se detectan a nivel Nacional o nacional a través del análisis de los datos de vigilancia del distrito que no fueron detectadas a nivel de distrito			X						

E. Registro de Servicios de Salud

Dimensiones básica	Tema	Altamente adecuado	Adecuado	Presente pero no adecuado	Inadecuado	Razones/comentarios	Response from interviewees			Average Score
							Name1	Name2	Name3	
III.E.1 Contenidos	1.1 Existe un sistema de información basado en los servicios de salud que incluye información pública y privada	3	2	1	0					
	1.2 Hay un enfoque sistemático para evaluar la calidad de los servicios proporcionados por los establecimientos de salud. Lo anterior incluye (a) supervisión sistematizada y estandarizada con el reporte de resultados a los distritos y (b) encuesta con representatividad nacional a los establecimientos de salud por lo menos cada 5 años									
III.E.2 Capacidades y & practicas	2.1 El Sistema de Información en Salud cuenta con un equipo amplio de especialistas en información de la salud que tienen por lo menos dos años de capacitación y que se encuentran a nivel de Redes									
	2.2 Los trabajadores de la salud en los Establecimientos de Salud reciben capacitación regular en información en salud, ya sea como parte de su capacitación continua o como un programa específico									
	2.3 Existen mecanismos a niveles nacional y regional para la supervisión y retroalimentación de las prácticas de información.									
	2.4 Existe un mecanismo desde el distrito hasta el nivel nacional para verificar que tan completos son los datos de los establecimientos de salud y la consistencia de los mismos									
	2.5 Las proyecciones de población basadas en el último censo se usan para calcular la cobertura a nivel de distrito (por ejemplo, de vacunación)									
III.E.3 Difusión	3.1 ¿Cuándo fue la última vez que se publicó un resumen de las estadísticas en salud desagregadas por regiones?									
	3.2 Los distritos compilan sus propias estadísticas mensuales y anualmente, desagregadas por unidad									
III.E.4 Integración y uso	4.1 Existe una buena comunicación entre los sistemas verticales de registro (por ejemplo para la tuberculosis o malaria) y el sistema general de registro									
	4.2 Los gerentes y directores a nivel Nacional utilizan la información de censos/encuestas demográficas/registro de hechos vitales para revisar la validez de los datos de los establecimientos de salud.									
	4.3 Los datos de los Establecimientos de Salud se utilizan para estimar cobertura de servicios básicos (atención prenatal, partos por personal calificado, inmunización)									

V. Productos de Información

[Regresar al Menu](#) [Ir a resultados](#)

A. Indicadores del Estado de Salud

Indicadores	Criterios de Evaluación de la Calidad	Resultados	Altamente adecuado	Adecuado	Presente pero no adecuado	Inadecuado	Maximum score	Razones/ comentarios	Respuesta de los entrevistados			Promedio
			3	2	1	0						
Mortalidad												
1. Mortalidad de menores de 5 años (Todas las causas)	V.A.1.1 Método de recolección de datos	Método utilizado para recolectar el dato más reciente										
	V.A.1.2 Oportunidad	Tiempo entre recolección de datos y publicación										
	V.A.1.3 Periodicidad	¿Cuántas veces se recolectó información en los últimos diez años?										
	V.A.1.4 Consistencia	Los datos son consistentes en el tiempo y entre fuentes de información en la última década										
	V.A.1.5 Representatividad	La cobertura de los datos del último reporte										
	V.A.1.6 Desagregación	Los datos más recientes se presentan desagregados por características demográficas (sexo, edad), nivel socio-económico (ingreso, educación) y localidad										
	V.A.1.7 Métodos de estimación	Las estimaciones se basan en métodos transparentes y bien establecidos										
2. Mortalidad de adultos (15-59 años, todas las causas)	V.A.2.1 Método de recolección de datos	Método utilizado para recolectar el dato más reciente										
	V.A.2.2 Oportunidad	Tiempo entre recolección de datos y publicación										
	V.A.2.3 Periodicidad	Número de rondas de recolección de información en la última década										
	V.A.2.4 Consistencia	Consistencia en la última década										
	V.A.2.5 Representatividad	Cobertura de los datos del último reporte										
	V.A.2.6 Desagregación	Los datos más recientes se presentan desagregados por características demográficas (sexo, edad), nivel socio-económico (ingreso, educación) y localidad										
	V.A.2.7 Métodos de estimación	Las estimaciones se basan en métodos transparentes y bien establecidos										
3. Mortalidad materna	V.A.3.1 Método de recolección de los datos	Método utilizado para recolectar el dato más reciente										
	V.A.3.2 Oportunidad	En el caso de la publicación más reciente, ¿cuánto tiempo pasa entre la recolección de datos (año de referencia) y la publicación?										
	V.A.3.3 Periodicidad	Número de rondas de recolección de información en la última década										
	V.A.3.4 Consistencia	Consistencia en la última década										
	V.A.3.5 Representatividad	Cobertura de los datos del último reporte										
	V.A.3.6 Desagregación	Los datos más recientes se presentan desagregados por características demográficas (sexo, edad), nivel socio-económico (ingreso, educación) y localidad										
	V.A.3.7 Métodos de estimación	Las estimaciones se basan en métodos transparentes y bien establecidos										
Morbilidad												
4. Prevalencia de VIH	V.A.4.1 Método de recolección de la información	Método utilizado para recolectar la información más reciente										
	V.A.4.2 Oportunidad	1. En caso de epidemia generalizada 2. En caso de epidemia concentrada En el caso de la estimación más reciente, ¿cuánto tiempo pasa entre la recolección de los datos (año de referencia) y la publicación?										
	V.A.4.3 Periodicidad	¿Cuántas veces se midió en los últimos cinco años?										
	V.A.4.4 Consistencia	Consistencia de datos en los últimos										
	V.A.4.5 Representatividad	Cobertura del último dato reportado										
	V.A.4.6 Desagregación	1. En caso de epidemia generalizada 2. En caso de epidemia concentrada Los datos más recientes se presentan desagregados por características demográficas (sexo, edad), nivel socio-económico (ingreso, educación) y localidad										
5. Desnutrición en niños (<59 months or <36 months)	V.A.5.1 Método de recolección de los datos	El método utilizado para los datos más recientes										
	V.A.5.2 Oportunidad	¿Cuánto tiempo pasa entre la recolección de datos (año de referencia) y la publicación?										
	V.A.5.3 Periodicidad	¿Cuántas veces se hizo la medición en la última década?										
	V.A.5.4 Consistencia	Las estimaciones de la última década son consistentes										
	V.A.5.5 Representatividad	Cobertura de los datos más recientes										
	V.A.5.6 Desagregación	Los datos más recientes se presentan desagregados por características demográficas (sexo, edad), nivel socio-económico (ingreso, educación) y localidad										

Indicadores	Criterios de Evaluación de la Calidad	Resultados	Altamente adecuado	Adecuado	Presente pero no adecuado	Inadecuado	Maximum score	Razones/ comentarios	Response from interviewees			Average
			3	2	1	0			Nombre 1	Nombre 2	Nombre 3	
11. Gasto en salud del gobierno per cápita	V.B.11.1 Método de recolección y estimación											
	V.B.11.2 Oportunidad	En el caso de las últimas estadísticas publicadas, ¿los datos de referencia son de hace cuántos años?										
	V.B.11.3 Periodicidad											
	V.B.11.4 Consistencia	Consistente de los componentes del indicador en el tiempo										
	V.B.11.5 Representatividad	Componentes representados										
	V.B.11.6 Desagregación - 1	Gasto en salud del gobierno general disponible por distrito y a nivel subnacional										
	V.B.11.7 Desagregación - 2	Porcentaje del gasto total que viene de fuentes externas y que son préstamos (si éstas fuentes no son relevantes, se da 3)										
	V.B.11.8 Transparencia											
12. Gasto privado en salud per cápita (pago de bolsillo de los hogares, seguros privados, ONGs, empresas)	V.B.12.1 Método de recolección y estimación de datos	Método de estimación de los últimos 5 años										
	V.B.12.2 Oportunidad	¿Cuánto tiempo pasa entre la recolección de la información (año de referencia) y la publicación?										
	V.B.12.3 Periodicidad											
	V.B.12.4 Consistencia	Consistencia a través del tiempo de los componentes del indicador										
	V.B.12.5 Representatividad	Los componentes pueden distinguirse en la medida agregada										
	V.B.12.6 Desagregación - 1	Gasto privado desagregado por distrito										
	V.B.12.7 Desagregación - 2	Seguimiento del gasto privado de fuentes externas (si no es relevante - marcar 3)										
	V.B.12.8 Transparencia											
13. Densidad de trabajadores de la salud (total y por categoría de ocupación) por 1,000 habitantes	V.B.13.1 Método de recolección de los datos	Los registros administrativos se validan a partir de encuestas/censos regulares de los establecimientos de salud, encuestas de empleo y censo de la población										
	V.B.13.2 Oportunidad	En el caso de los últimos datos publicados, ¿Cuánto tiempo pasa entre la recolección (tiempo de referencia y la publicación)?										
	V.B.13.3 Periodicidad	¿Cuántas veces se midió en los últimos cinco años?										
	V.B.13.4 Consistencia	Las variables y definiciones de los datos son consistentes en el tiempo										
	V.B.13.5 Desagregación - 1	Categorías de los trabajadores de la salud										
	V.B.13.6 Desagregación-2	Los datos más recientes se desagregan por (1) sexo, (2) urbano/rural y (3) área administrativa y (4) público/privado										

C. Indicadores de Factores de Riesgo

Indicadores	Criterios de Evaluación de la Calidad	Resultados	Altamente adecuado 3	Adecuado 2	Presente pero no adecuado 1	Inadecuado 0	Maximum score	Razones/ comentarios	Respuesta de los entrevistados			Promedio
									Nombre 1	Nombre 2	Nombre 3	
14. Prevalencia de consumo de tabaco (a partir de los 15 años)	V.C.14.1 Método de recolección de la información	Método de recolección para los datos más recientes										
	V.C.14.2 Oportunidad	En el caso de la estimación más reciente, ¿los datos de referencia son de hace cuántos años?										
	V.C.14.3 Periodicidad	¿Cuántas veces se midió en los últimos 10 años?										
	V.C.14.4 Consistencia	Datos consistentes en el tiempo										
	V.C.14.5 Representatividad	Type of sample upon which most recent estimate is based										
	V.C.14.6 Desagregación	Los datos más recientes se desagregan por: (1) características demográficas, (2) nivel socio-económico y (3) localidad										
15. Uso de condón en población de alto riesgo	V.C.15.1 Método de recolección de la información	Encuesta con preguntas adecuadas/autoreporte										
	V.C.15.2 Oportunidad	Para las estimaciones más recientes, ¿cuánto tiempo pasa entre la recolección de datos (año de referencia) y la publicación?										
	V.C.15.3 Periodicidad	¿Cuántas estimaciones se hicieron en los últimos cinco años?										
	V.C.15.4 Consistencia	Consistencia entre estadísticas de servicios otorgados y encuestas										
	V.C.15.5 Representatividad	Tipo de muestra sobre la que se basan las estimaciones más recientes										
	V.C.15.6 Desagregación	Las estimaciones más recientes se desagregan por (1) características demográficas, (2) nivel socio-económico y (3) localidad										
16. Proporción de hogares con un acceso mejorado a agua (pipa, cisterna cubierta)	V.C.16.1 Método de recolección de la información	Método usado para la más reciente data										
	V.C.16.2 Oportunidad	En el caso de la estimación más reciente, ¿cuánto tiempo pasa entre la recolección de información (año de referencia) y la publicación?										
	V.C.16.3 Periodicidad	¿Cuántas evaluaciones se han hecho en los últimos cinco años?										
	V.C.16.4 Consistencia	Consistencia de los datos entre fuentes en la última década										
	V.C.16.5 Representatividad	Muestra de la población general o población vulnerable										
	V.C.16.6 Desagregación	Los datos más recientes están desagregados por (1) características demográficas, (2) nivel socioeconómico y (3) localidad										

Anexo 3 Carta consentimiento informado oral

Título del proyecto:

Evaluación del Sistema de Información en Salud de Bolivia, con la metodología Red de la Métrica en Salud (HMN)

Como parte del proceso de desarrollo profesional y elaboración de proyecto terminal de maestría, el Instituto Nacional de Salud Pública está realizando el proyecto de investigación “Evaluación del Sistema de Información en Salud de Bolivia, con la metodología Red de la Métrica en Salud (HMN)” que permita realizar un diagnóstico del Sistema de Información en Salud de Bolivia, que permita identificar fortalezas y puntos críticos con la metodología de la HMN.

Procedimientos:

Si Usted acepta participar en el estudio:

Le haré algunas preguntas acerca del SNIS, específicamente de factores técnicos, organizacionales y del comportamiento. Así como de los procesos de la recolección de datos, compilación, transmisión, capacitación, reportes, manuales, reuniones y uso de los datos. Se aplicarán los cuestionarios de la herramienta de la Red Métrica de Salud y se hará a través de entrevista la cual tendrá una duración aproximada de 3 horas. Le entrevistaré en su lugar de trabajo en un horario dentro de su jornada laboral, procurando siempre que este espacio sea previamente agendado.

Beneficios:

Usted no recibirá un beneficio directo por su participación en el estudio, sin embargo si usted acepta participar, estará colaborando con el Instituto Nacional de Salud Pública para lograr una evaluación integral del Sistema Nacional de Información en Salud del país y recomendar mejoras en el mismo.

Confidencialidad:

Toda la información que usted nos proporcione para el estudio será de carácter estrictamente confidencial, será utilizada únicamente por mi persona y no estará disponible para ningún otro propósito. Los resultados de este estudio serán publicados con fines académicos y se presentarán de tal manera que no podrá ser identificado(a).

Riesgos potenciales/Compensación:

No existe riesgo alguno en su trabajo por la participación en este estudio ni de ningún otro tipo. Si alguna de las preguntas le hicieran sentir un poco incómodo(a), tiene el derecho de no responderla. Usted no recibirá ningún pago por participar en el estudio, y tampoco implicará algún costo para usted.

Participación voluntaria/retiro:

La participación en este estudio es absolutamente voluntaria. Usted está en plena libertad de negarse a participar o de retirar su participación del mismo en cualquier momento. Su decisión de participar o no, no afectará de ninguna manera en su trabajo.

Datos de contacto:

Si usted tiene alguna pregunta, comentario o preocupación con respecto al proyecto profesional le dejaré una tarjeta con la información del investigador responsable del estudio.

¡Agradezco mucho su participación!