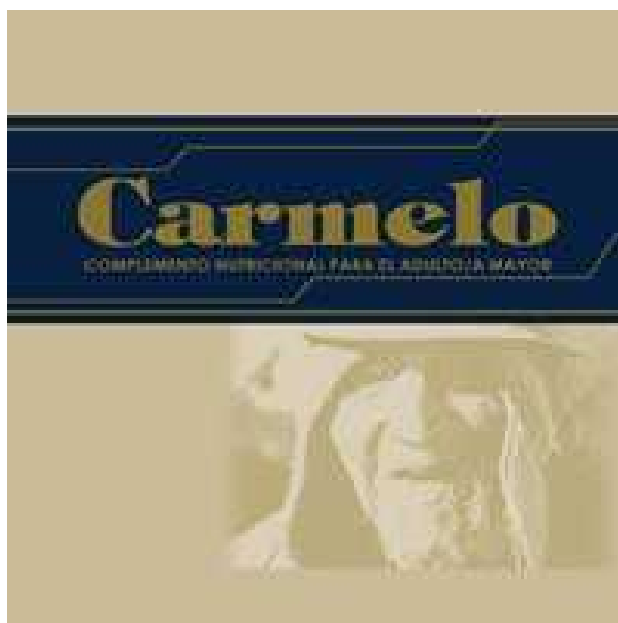


GUIA DE PROCEDIMIENTOS PARA LA ENTREGA DEL  
COMPLEMENTO NUTRICIONAL PARA EL ADULTO MAYOR  
“CARMELO”



Bolivia - 2015

GUIA DE PROCEDIMIENTOS PARA LA ENTREGA DEL  
COMPLEMENTO NUTRICIONAL PARA EL ADULTO MAYOR

# “CARMELO®”

## 1. INTRODUCCIÓN

Las intervenciones necesarias para prevenir la malnutrición en la población, se orientan a establecer la seguridad alimentaria en las familias y en las comunidades, el aumento de la expectativa de vida de la población, constituye sin duda un importante logro social.

Las y los adultos mayores constituyen un grupo vulnerable, con una alta probabilidad de malnutrición que se relaciona a la disminuida capacidad funcional de los distintos órganos, reducción del metabolismo basal y menor absorción de nutrientes propios de la tercera edad, siendo necesario mantener un estado de salud y nutrición adecuado para aumentar su longevidad y calidad de vida.

En este sentido, y con la finalidad de contribuir a la seguridad alimentaria y nutricional de las y los adultos mayores bolivianos, el Ministerio de Salud formuló el complemento nutricional denominado CARMELO®; en concordancia con la Constitución Política del Estado que en su Artículo 67, numeral I que señala: “todas las personas adultas mayores tienen derecho a una vejez digna, con calidad y calidez humana”, y en el marco de la política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, que promueve la seguridad alimentaria y nutricional de las personas, familias y comunidades.

La Resolución Ministerial N° 1028 y Decreto Supremo N° 1984 incorporan el complemento nutricional para el adulto mayor “CARMELO” en las prestaciones la Ley N° 475 “Ley de Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia”.

Este beneficio está garantizado para el 100% de personas adultas mayores del Estado Plurinacional de Bolivia, sean estos beneficiarios de la Seguridad Corto Plazo o no.

## 2. MARCO LEGAL

- ❖ Constitución Política del Estado: Art. 67, numeral I señala: “todas las personas adultas mayores tienen derecho a una vejez digna, con calidad y calidez humana”
- ❖ Ley de protección de los Derechos y Privilegios del Adulto Mayor – Ley 1886.
- ❖ Renta Dignidad Ley 3791.
- ❖ Seguro de Vejez para el adulto mayor – Ley 2333.
- ❖ Ley de Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia.

## 3. OBJETIVO

El objetivo del Complemento Nutricional “CARMELO” es contribuir a la seguridad alimentaria y nutricional de las y los adultos mayores de Bolivia.

## 4. NOMBRE GENERICO

Complemento Nutricional para el Adulto Mayor

## 5. MARCA

CARMELO®

## 6. DESCRIPCION DEL PRODUCTO

CARMELO® es un producto instantáneo en polvo, compuesto por concentrados proteicos de leche, cereales de cañahua y/o amaranto, arroz y/o maíz, colágeno hidrolizado, almidón hidrolizado, maltodextrinas, vitaminas y minerales, ácido graso omega 3 (DHA y EPA). Por su composición se considera un producto con propiedades farmacológicas, esta formulación incentiva y revaloriza la producción y consumo de cereales andinos.

Su preparación es sencilla, no necesita cocción, fácilmente digerible, de consistencia adecuada para suplir la deficiencia de piezas dentarias, inicialmente en sabores a vainilla, plátano y dulce de leche.

El complemento nutricional CARMELO® viene en una presentación de 900 g con un costo de Bs. 54, las y los adultos mayores deben recibirlo en el establecimiento de salud más cercano a su domicilio.

La ración diaria, es de 30 gramos del producto que deberán ser diluidos en 150 mililitros de agua fría o tibia previamente hervida o jugos de frutas naturales.

Las especificaciones técnicas del complemento nutricional se resumen en el Anexo 1 del presente documento y se encuentran en el documento "Especificaciones Técnicas del Complemento Nutricional para el Adulto Mayor"

## 7. BENEFICIARIOS

Todas las y los adultos mayores a partir de los 60 años jubilados de instituciones públicas, privadas y no jubilados en todo el territorio nacional.

Los adultos mayores jubilados recibirán el complemento nutricional en establecimientos de la Seguridad Social a corto plazo.

Los adultos mayores no jubilados recibirán el complemento nutricional en los establecimientos de salud del sistema público de primer nivel de atención más cercano a su domicilio.

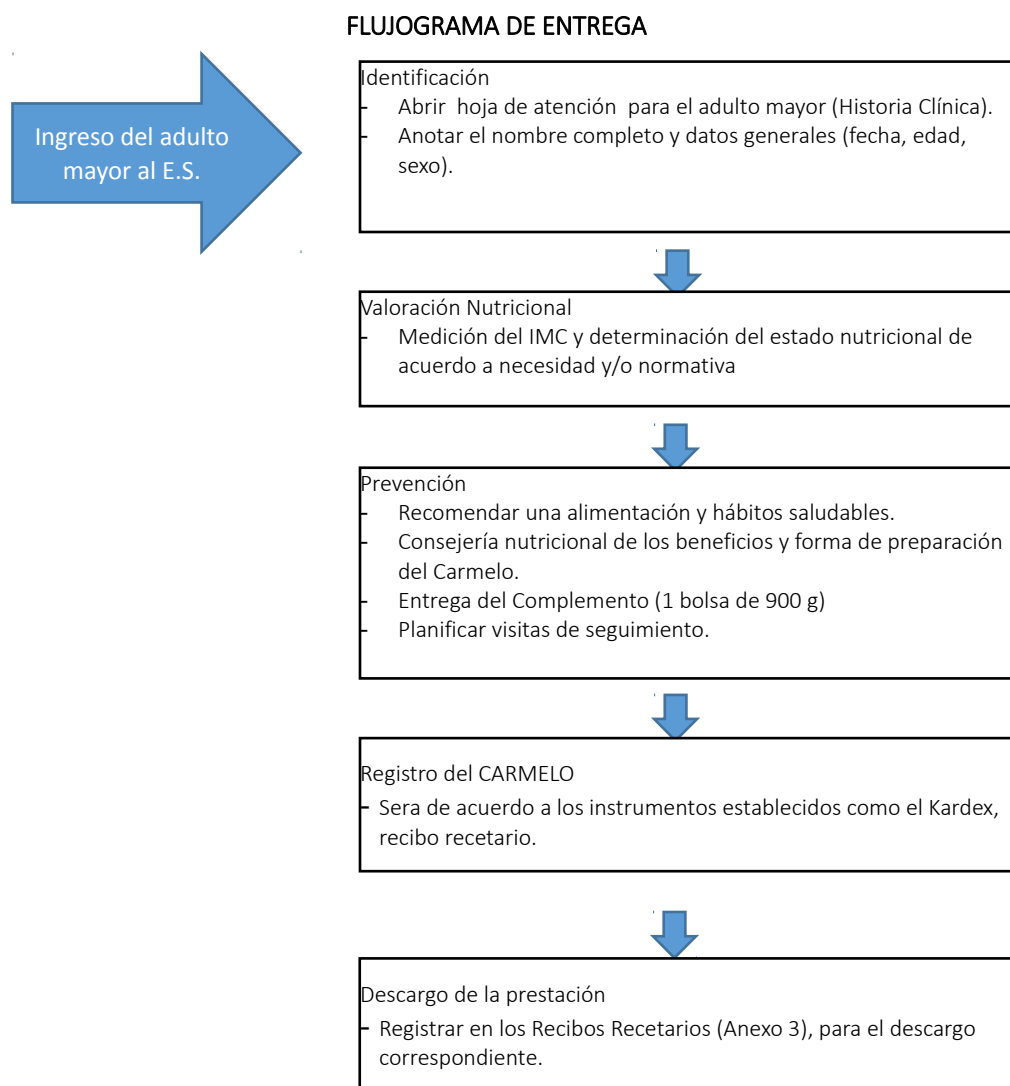
## 8. BENEFICIOS DEL PRODUCTO

- ❖ Prevención y tratamiento de las carencias nutricionales.
- ❖ Contribución a mantener o mejorar la funcionalidad física y psíquica.
- ❖ Mejoramiento de las funciones cognitivas (falta de concentración y memoria)

- ❖ Incremento de la densidad de la masa de los huesos, especialmente en condiciones de deficiencia de calcio y proteínas.
- ❖ Aumento las defensas del organismo (infecciones).
- ❖ Refuerzan el aporte nutricional de la alimentación brindados a los adultos mayores.

## 9. FLUJO DE ENTREGA

Los Gobiernos Autónomos Municipales (GAM) y la Seguridad Social a Corto Plazo realizarán su entrega a través de sus establecimientos de Salud y/o en las visitas domiciliarias familiares o comunitarias si corresponde.



Las el adulto mayor recibirá el complemento nutricional el mismo día de su atención, registrándose en la historia clínica, kardex de FIM municipal y el recibo recetario.

Se realizará la entrega de una bolsa por mes (cada 30 días), debiendo el beneficiario estar asegurado en el establecimiento de salud de su circunscripción de acuerdo a normativa vigente.

Los adultos mayores frágiles y/o inmovilizados que no puedan asistir al establecimiento de salud serán visitados por el personal de salud, en este caso es necesario que el personal de salud realice la atención integral en salud en las visitas domiciliarias.

## **10. RECURSOS ECONOMICOS:**

Los Gobiernos Autónomos Municipales (GAM) en cumplimiento a la Ley N°475 garantizarán los recursos económicos necesarios para la adquisición del “complemento nutricional para el adulto mayor” en su municipio en coordinación con el personal de salud.

La Seguridad Social a Corto Plazo, de acuerdo a la población afiliada de las y los adultos mayores programará los recursos económicos necesarios.

## **11. RESPONSABILIDADES TÉCNICO - ADMINISTRATIVAS**

### **11.1 RESPONSABILIDADES DE LOS GOBIERNOS AUTÓNOMOS MUNICIPALES**

- ❖ Compra del complemento nutricional CARMELO en su municipio, según normativa vigente (Norma básica del sistema de administración de bienes y servicios y Documentación base de contratación de medicamentos).
- ❖ Dotar de infraestructura adecuada para el almacenamiento, de acuerdo al Manual de Evaluación de Acreditación y Evaluación de Establecimientos de Salud de Primer Nivel de Atención y el Manual de la Farmacia Institucional Municipal – FIM.
- ❖ Asignar presupuesto a los establecimientos de salud de su jurisdicción para implementar los mecanismos de Promoción de la Salud (educación en la salud) con referencia al Complemento nutricional “Carmelo®”, para socializar esta estrategia a la población.

### **11.2 RESPONSABILIDADES DE LA COORDINACIÓN DE RED**

- ❖ Supervisar, controlar y evaluar el desarrollo de todos los aspectos técnicos y administrativos que directa o indirectamente incidan en la implementación del CARMELO
- ❖ Supervisión a Establecimientos de Salud de primer nivel.
- ❖ Coordinar las acciones necesarias con la Responsable de Nutrición y Farmacia de los SEDES.

### **11.3 RESPONSABILIDADES EQUIPO DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD**

- ❖ Gestionar los recursos económicos y programar el requerimiento del complemento nutricional CARMELO.
- ❖ Evaluar el cumplimiento de las metas de coberturas, realizando las correcciones necesarias al mismo e informando oportunamente a las autoridades municipales y departamentales.
- ❖ Supervisar el proceso de distribución del establecimiento de salud en la entrega a beneficiarios-
- ❖ Realizar sesiones educativas y orientación nutricional al Adulto Mayor.
- ❖ Mantener un registro adecuado de los productos recibidos y distribuidos y del número de personas atendidas.

#### **11.4 RESPONSABILIDADES DE LA FIM EN LA DISTRIBUCIÓN DEL COMPLEMENTO NUTRICIONAL CARMELO**

- ❖ Aplicar las Buenas Prácticas de Almacenamiento para el control de la calidad del producto CARMELO a fin de asegurar el cumplimiento de inocuidad.
- ❖ Consolidar la información actualizada sobre la disponibilidad del complemento nutricional en la FIM del establecimiento de salud.
- ❖ Realizar las gestiones técnicas administrativas para la disponibilidad del complemento nutricional en los establecimientos de salud para el abastecimiento y entrega oportunos.

### Anexo 1

## TABLA DE COMPOSICION QUIMICA DEL COMPLEMENTO NUTRICIONAL PARA EL ADULTO MAYOR- CARMELO®

Información Nutricional			
<i>Ración: 1 porción diaria de (30 g) en 150 ml de agua</i>			
<i>Porciones por envase: 30</i>			
Nutrientes	Unidad	Aporte en 100g	Aporte en 30g
Calorías	Kcal	415	125
Proteínas	g	17	5
Total Grasa	g	12	4
Total Carbohidratos	g	62	19
Vitamina A	µgER	1000	300
Vitamina C	mg	150	45
Calcio	mg	700	210
Hierro	mg	11	3.3
Vitamina D3	µg	35	11
Vitamina E	mg	40	12
Vitamina K	µg	210	63
Tiamina	mg	2,7	0,8
Riboflavina	mg	3,5	1,1
Niacina	mg	40	12
Vitamina B6	mg	4,5	1,4
Ácido fólico	µg	660	198
Vitamina B12	µg	7.2	2,2
Fósforo	mg	1350	405
Cromo	µg	57	17.1
Selenio	µg	75	22.5
Yodo	µg	13	3.9
Magnesio	mg	168	50.4
Zinc	mg	12	3.6
DHA y EPA	mg	42.44	14.5

### ANEXO N° 2

#### PROCEDIMIENTO DE DESCARGO EN EL SALMI

# EJEMPLO RECIBO / RECETARIO

## ATENCIÓN / AMBULATORIA No. RECETA

Nº

Ley 475

SEDES: La Paz MED. 2 - 1er Depto. SEGUROS PUEBLOS DE SAHIO

MUNICIPIO: La Paz PROXIMIDAD: QUITICOMA

ESTABLECIMIENTO: "Centro de Salud Municipal" UENTA

TIPO DE ATENCIÓN: EN CONSULTORIO  EN DOMICILIO  H.C.L.: NO TIENE

NOMBRE: ADRIANA PAZ BUSTOS FECHA DE NACIMIENTO: 13/10/1994

DIRECCIÓN: Cs de Julia # 250, Av. 10, Mariscal de Mariposa SEXO: F FECHA: 13/10/14

DIAGNOSTICOS:		N	H	N	H	N	H
<input type="checkbox"/>	ANGIQUITIS ESTREPTOCOCCA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	BALANOPOSTIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	BRONQUITIS AGUDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	CANDIDIASIS VAGINAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	E.C.D. - PREVENCIÓN ANEMIA Y DESNUTRICIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	DEFILEA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	COLUANTITIS BACTERIANA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	CONSTIPACIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	CONTUSIONES SUPERFICIALES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	DORAMIAS DE CONTACTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	DISPNEA LEVE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	DIARREA Y DIARREA PERSISTENTE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	DIGESTORIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	TRUSA BAJA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	DISDYSPEPSIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	ENF. FEBIL EN ESTUDIO (P.C.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	VARICELA AGUDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	PERICIAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	IMPETIGO PROCRIBATO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	INSPECCIÓN URINARIA BAJA (CITIS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	LARVITAS AGUDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	URTIKARIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	MICOSIS CUTANEA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	MORCILLAS ORAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	OPRODURA DE CAV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	NOURDIA NO GRAVE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	BRONQUITIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	ENF. MEDIA NO SUPURATIVA AG. O CRON.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	SINUSITIS AGUDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	PAROTIDITIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	OTIS MED SUPURATIVA AG. CRON.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	PROY. ANEMIA VIB. Y PLEURISIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	PROLAPSIA LEVE O MODERADA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	ADENITIS TONSILAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	SARTRISIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	DIAG. DE FUJAS NEGRO POSIVO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	TROFICOMIAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	BACTERIOS BACTERIANA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	INFECCIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	INFECCIÓN TR. SISTÉMICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	INFECCIÓN URINARIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	COLELITIASIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	VIROSIAS DE OJO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	AGRIETA DE AGUDO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	DERMATITIS DEL PAÑAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	PREFOPROFIA - REFERENCIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PC- 234 COMPLEMENTO NUTRICIONAL

Otras Prestaciones:

CONSULTA MÉDICA (Sin medicación)  (H)  CONTROL PRENATAL (N) (H)  DURACIÓN PEQUEÑA  VACUNACIÓN FUJES OPV-2/3

CCD (Sin medicación)  (H)  CONTROL PRENATAL AJUD. (N) (H)  SUTURA  VAC. SPPSA-INTSAL-BOG-OT

TOMA DE PAP E IVA  (H)  CONTROL PUERPERAL (N) (H)  RETIRO DE PUNTOS  OTROS

MEDICAMENTOS E INSUMOS <small>Indique nombre, forma farmacéutica y concentración</small>	INDICACIONES PARA EL PACIENTE <small>Contiene frecuencia, tiempo de uso y vía de administración</small>	CANTIDAD		VALOR	
		RECIETAS FOLIOSAS	UNIDADES	UNIDAD	MONEDA
COMPLEMENTO NUTRICIONAL	CONSUMIR 30 GRAMOS POR DÍA EN 150 ml DE AGUA HERVIDA TIBIA O FRÍA	1 BOLSITA	1	54	54

Dirección: Av. Naciones Unidas 15-11 • Tel.: 2 397756 COSTO TOTAL: 54

COSTO TOTAL USUARIO:

RECETADO POR:  SELLO DEL ESTABLECIMIENTO:

DISPENSADO POR:  NOMBRE Y FIRMA DEL Paciente / Acompañante:

El prescriptor y dispensador verifica la veracidad de la información declarada en este documento médico legal.  
El usuario confirma haber recibido los medicamentos en este documento médico legal.