CURSO PARA PROMOTORES Y PROMOTORAS
ATENCION INTEGRAL EN SALUD DE LA COMUNIDAD

CUADERNO DE TRABAJO

"Elemento básico del Sistema Nacional Integrado de Salud en el Primer Nivel de Atención y vínculo con la Comunidad"

Ministerio de Salud

GOBIERNO DE EL SALVADOR

UNIR, CRECER, INCLUIR

CURSO PARA PROMOTORES Y PROMOTORAS

ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD DE LA COMUNIDAD

CUADERNO DE TRABAJO

Marzo 2011

Autoridades

Dra. María Isabel Rodríguez	Ministra de Salud.
Dra. Elvia Violeta Menjívar	Viceministra de Servicios de Salud.
Dr. Eduardo Antonio Espinoza Fiallos	Viceministro de Políticas Sectoriales.

Dirección y coordinación general

Licda. María Ángela Elías Marroquín	Directora Dirección de Desarrollo de RRHH
Dra. Argelia Dubón Abrego	Directora del Primer Nivel de Atención

Equipo técnico de elaboración

Dra. Eva María Matéu	Primer Nivel de Atención
Lic. José David López	Primer Nivel de Atención
Licda. Emma Lilian de Cruz	Primer Nivel de Atención
Lic. Balmore Baires	Primer Nivel de Atención
Licda. Ena Matilde Portillo	Unidad de Formación y Capacitación
Dra. Nadia Rodríguez Villalta	Coordinadora del Primer Nivel de Atención
Dra. Dalia Antonia Portal	Asesora del Primer Nivel de Atención
Lic. Raúl Guardado Alvarenga	Promotor de Salud SIBASI Chalatenango
Licda. Evelyn Castro de Somoza	Unidad de Saneamiento Ambiental
Ing. Julio Cesar Alvarado	Unidad de Saneamiento Ambiental
Arq. Rafael Portillo	Unidad de Saneamiento Ambiental
Ing. Vivian Saade	Unidad de Saneamiento Ambiental
Ing. Ada Durán	Unidad de Saneamiento Ambiental
Ing. Fedor Paredes	Unidad de Saneamiento Ambiental
Ing. Ana Lila de Urbina	Unidad de Saneamiento Ambiental
Dra. Dina de Linares	Unidad de Saneamiento Ambiental
Lic. Manuel de Jesús Guzmán	Unidad de Promoción de la Salud
Licda. Ana Gloria de Guardado	Unidad de Promoción de la Salud
Licda. Lorena Eugenia Morales	Región Paracentral
Licda. Karla M. García de Martínez	Unidad de Salud San Jacinto

Equipo de revisión

Dra. Ivette Yasmín Delgado M.	Coordinadora del Programa del Adulto Mayor
Dr. Dagoberto Molina	Región Metropolitana
Licda. Silvia Estela Díaz	SIBASI San Miguel
Licda. Coralia de García	SIBASI Morazán
Dra. Celina de Guzmán	Región Central
Dra. Carina Rivas	SIBASI La Libertad
Dr. Gerardo Aguilar García	Región Oriental
Licda. María Antonia Ventura	SIBASI Morazán
Licda. María Teresa de Menjívar	SIBASI Santa Ana
Lic. Andrés Domínguez	Supervisor Regional de Promotores
Lic. Wendy Guardado Dubon	Psicóloga de Unidad de Salud San Jacinto

Edición y diseño

Prof. Ricardo Vides Zamora	Dirección de Desarrollo de RRHH
Salvador Antonio Jaime Barahona	Dirección de Desarrollo de RRHH
Oscar Saúl Portillo Guardado	Dirección de Desarrollo de RRHH

Está permitida la reproducción parcial o total de este cuaderno, sin fines lucrativos o comerciales, siempre que se cite la fuente.
Es responsabilidad de los autores técnicos de este manual tanto su contenido como sus cuadros, diagramas e imágenes.

Ministerio de Salud
Calle Arce No.827, San Salvador, El Salvador, C.A.

Contenido

Introducción..... 5
Expectativas del curso..... 7
Mapa sanitario de identificación de la comunidad..... 8

Módulo No.1 Promotores y promotoras de salud en la atención primaria de salud

1.1 Objetivo de la política de salud..... 11
1.2 Definición de APS, según Alma Ata..... 14
1.3 Enfoque de la APS basado en determinantes de la salud……..... 14
1.4 Valores, principios y elementos esenciales del sistema de salud basado en APS..... 16
1.5 Competencias de los equipos de salud para la implementación del modelo de Atención basado en APSI..... 23
1.6 Actividades de los Ecos Familiares..... 24
1.7 Redes integradas e integrales de servicios de salud (RIISS)……..... 26
1.8 Los servicios de salud del MINSAL……..... 27
1.9 Hablemos de comunidad y familia..... 30
1.10 Instrumentos utilizados para el análisis de la situación de salud integral……. 32
1.11 Elaboración de mapa sanitario..... 34
1.12 Condiciones para determinar riesgo familiar..... 36
1.13 El promotor/la promotora de salud..... 37
1.14 Guía de trabajo #1..... 40

Módulo No. 2 Promotores y promotoras de salud en el desarrollo comunitario

2.1 La Organización comunitaria..... 43
2.2 El Comité de salud..... 44
2.3 La Asamblea comunitaria..... 46
2.4 Diagnóstico con participación comunitaria..... 50
2.5 Planificación participativa comunitaria..... 55
2.6 Evaluación participativa comunitaria..... 57
2.7 Visita domiciliar..... 59
2.8 Tabulador..... 60
2.9 Guía de trabajo # 2..... 61

Módulo No. 3 Promotores y promotoras de salud en la atención integral de la familia y la comunidad

3.1 Salud sexual y reproductiva..... 63
3.2 Planificación familiar……..... 65
3.3 Prevención y detección temprana del cáncer de cérvix y de mama..... 69
3.4 Atención integral a la mujer en el período preconcepcional y prenatal..... . 70
3.5 Atención integral al menor de 5 años..... 70
3.6 Atención integral a la mujer en el período pos parto..... 71

3.7 Atención integral al adolescente..... 71
3.8 Atención integral al adulto masculino..... 72
3.9 Atención integral al adulto mayor..... 72
3.10 Inmunizaciones y norma de la cadena de frío…..... 78
3.11 Enfermedades prevalentes..... 85
3.12 Vigilancia epidemiológica comunitaria (VECO)..... 94
3.13 Enfermedades crónicas más frecuentes en su comunidad..... 96
3.14 Acciones de prevención y atención de los desastres naturales..... 99
3.15 Guía de trabajo # 3..... 102

Módulo No. 4 Promotores y promotoras en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad

4.1 Concepto de salud..... 105
4.2 Concepto de promoción de la salud..... 105
4.3 Pilares Básicos y Fundamentales de promoción de la salud..... 106
4.4 Estrategias de acción de promoción de la salud, según la carta de Ottawa..... 107
4.5 Diferencias entre promoción de la salud y prevención de la enfermedad..... 108
4.6 Niveles de prevención..... 110
4.7 Técnicas educativas..... 111
4.8 Guía de trabajo # 4..... 114

Módulo No. 5 Promotores y promotoras en las intervenciones básicas de salud ambiental en la familia y la comunidad

5.1 Definición de saneamiento básico..... 116
5.2 Atención primaria ambiental (APA)..... 116
5.3 Agua para consumo humano..... 118
5.4 Disposición sanitaria de excretas..... 119
5.5 Desechos sólidos comunes..... 120
5.6 Higiene de los alimentos..... 123
5.7 Prevención y control de zoonosis y vectores..... 124
5.8 Manejo de desechos bioinfecciosos..... 129
5.9 Guía de trabajo # 5..... 131

Bibliografía……. 133
Anexo1 Glosario de términos..... 137
Anexo 2 Glosario de abreviaturas……... 142
Anexo 3 Simbología a utilizar en la ficha…… 143
Anexo 3 Clasificación de la familia, según ciclo vital y crisis encontrada…….. 144
Anexo 4 Ficha familiar……... 146

Introducción

El presente cuaderno de trabajo consta de cinco módulos con los cuales se formará al personal de promotores/as de salud. Se pretende que estas guías metodológicas apoyen la formación de recursos para el desarrollo comunal, y así contribuir a resolver problemas de salud de las poblaciones rurales como también en los asentamientos precarios urbanos.

La experiencia ha demostrado que el promotor de salud no sólo es una extensión de los servicios de atención del Ministerio de Salud, es además un recurso de la comunidad y, por lo tanto, en su desempeño tiene que desarrollar capacidades básicas que le permitan integrarse y liderar procesos dentro de su comunidad, basados en la estrategia atención primaria de salud integral (APSI) con enfoque familiar y comunitario, la cual está sustentada a partir de tres grandes ejes:

- Promoción de la salud
- Prevención de la enfermedad
- Educación para la salud

El contenido del cuaderno de trabajo corresponde a los cinco módulos que comprende el curso básico para promotores/as de salud "Atención Integral en Salud de la Comunidad", los cuales son:

(1) Promotores y promotoras de salud en la atención primaria de salud.
(2) Promotores y promotoras de salud en el desarrollo comunitario.
(3) Promotores y promotoras de salud en la atención integral de la familia y la comunidad.
(4) Promotores y promotoras de salud en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.
(5) Promotores y promotoras de salud en las intervenciones básicas de salud ambiental en la familia y comunidad.

Los ejes temáticos se irán implementando progresivamente en los cinco módulos de formación, buscando que el promotor capacitado vaya realizando su trabajo en la familia y la comunidad para el desarrollo integral de éstas, facilitándole la comprensión para una mejor formulación de su trabajo en el alcance de las políticas públicas de la salud.

El primer módulo introduce a los promotores/as de salud en el conocimiento de la estrategia APSI y la aplicación en su trabajo, además busca especificar y definir sus funciones, perfil, cualidades, y la organización de su trabajo para resolver problemas de acuerdo a su competencia.

El segundo módulo proporciona a los promotores/as los conocimientos relacionados a la participación y organización comunitaria para la oportuna identificación de las determinantes sociales juntamente con la comunidad, que le permitan prevenir complicaciones a través del

diagnóstico e intervenciones tempranas en la comunidad, que ayudarán a mejorar la calidad de vida de las personas, las familias y la comunidad

El tercer módulo provee los conocimientos, habilidades y destrezas necesarias para una atención integral e integrada de calidad, equidad y calidez, concentrándose en la persona en los diferentes ciclos de vida, la familia y la comunidad, en especial los grupos de población más vulnerables de sufrir daños.

El cuarto módulo busca que los promotores/as conozcan el concepto, los componentes, estrategias y los aspectos básicos para iniciar la promoción de la salud; esto les permitirá liderar y promover las iniciativas de promoción de la salud; además les da a conocer la diferencia entre promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Se concentra en dar capacidades para la atención y prevención de enfermedades prevenibles más comunes a nivel de su comunidad.

El quinto módulo facilita a los promotores/as de salud los conocimientos sobre factores físicos de riesgo y las medidas de control aplicables por parte de la familia y la comunidad en las intervenciones básicas de salud ambiental, a través del liderazgo, promoción y educación sanitaria del promotor/a de salud.

Si bien es cierto, estos temas responden a las experiencias exitosas de muchos años en la formación y capacitación de promotores, ésta debe adaptarse a las necesidades actuales de cada comunidad y a la epidemiología de su área de responsabilidad; por ello, cada módulo va acompañado del desarrollo de ejercicios prácticos, cuestionarios, estudio de casos, dinámicas individuales y grupales, trabajos de grupo y plenarias, dentro de otras.

Expectativas del curso

Nos gustaría conocer sus expectativas de aprendizaje al iniciar este curso.

¿Qué quiero aprender?

¿Qué quiero mejorar en relación a lo que ya sé y hago en mi trabajo?

¿Qué quiero comprender en mi rol de promotor/a de una comunidad?

¿Qué quiero hacer diferente de lo que yo hago a diario?

Mapa sanitario de identificación de la comunidad

Elabora el croquis (mapa sanitario) de tu área de responsabilidad:

Completa la información básica de tu área de responsabilidad:

Comunidad a cargo: _____

Municipio: _____

Departamento: _____

Cantón: _____

Caserío: _____

Comunidad: _____ **Sector:** _____

Número de familias				Número de población	
Total de menores de cinco años	**M**		**F**		
Número de adolescentes	**M**		**F**		
Número de embarazadas					
Número de recién nacidos/menor de 28 días	**M**		**F**		
Número de puérperas					
Número de adultos	**M**		**F**		
Número de mujeres con pareja					
Número de mujeres planificando					
Número de adultos mayores	**M**		**F**		
Número de familias con agua potable					
Número de familias con letrina					
Número de comités de salud					
Número de directivas comunales					
Número de voluntarios	**M**		**F**		

MÓDULO 1

Promotores y promotoras de salud en la atención primaria de salud

Objetivos

1. Que los promotores y promotoras analicen los fundamentos de la política nacional de salud: los objetivos y sus estrategias.
2. Generar aprendizajes teóricos, habilidades y valores para desarrollar intervenciones en salud de la comunidad teniendo como base la APSI.

CONOZCAMOS LA POLÍTICA NACIONAL DE SALUD

El Plan de gobierno 2009-2014 establece "diseñar y construir un Sistema Nacional Integrado de Salud….basado en la estrategia de APSI…." La construcción de este sistema implica la reorganización de la red pública de servicios de salud para mejorar la capacidad resolutiva. Estrategias y recomendaciones en salud 2009 -2014", define con claridad las bases conceptuales y propuestas de intervención para superar la deficitaria situación de salud.

Se propone, construir un real **SNS unificado**, con cobertura y acceso universal, basado en atención primaria de salud integral y asignación apropiada de funciones por niveles.
Postula el fortalecimiento de la **organización comunitaria y** la **participación social** a fin de que la sociedad tome control de las **determinantes de la salud**, así como la organización y desempeño eficiente de los servicios de atención a la salud-enfermedad, para su cumplimiento se ha oficializado la política nacional de salud y se han establecido las prioridades de la reforma en salud que pone una nueva cultura organizacional con enfoque participativo.
La reforma ha permitido construir la red integral e integrada de servicios de salud (RISS) se ha logrado iniciar la implementación del nuevo modelo de atención. Todo el sistema de salud se redefine en función del enfoque de atención primaria.

1.1 OBJETIVO DE LA POLÍTICA:

"Garantizar el derecho a la salud de toda la población salvadoreña a través de un sistema nacional de salud que fortalezca sostenidamente lo público (incluyendo a la seguridad social) y regule efectivamente lo privado, el acceso a la promoción, prevención, atención y rehabilitación de la salud, un ambiente sano y seguro, incluyendo (pero no limitándose a ello) la creación y el mantenimiento de un sistema de atención a la salud eficiente, de alta resolución y con acceso equitativo a servicios de calidad para todas las personas"

Principios que guían la reforma

- **Transparencia**

Decisiones de cara a la población y rendición de cuentas como premisas de un buen gobierno

- **Solidaridad**

Colaboración y redistribución para el bien común, unidad de intereses y propósitos

- **Compromiso**

Dar prioridad a la salud de los salvadoreños

- **Universalidad**

En el acceso a los servicios y bienes en el marco de un sistema de protección social universal para todos y todas, los y las salvadoreñas

- **Equidad**

Para que todas las personas disfruten igualdad de oportunidades para desarrollar y mantener su salud por medio del acceso a todos los recursos del sistema de salud

- **Gratuidad**

Derecho a recibir atención con calidad y calidez en los servicios de salud del sistema público, sin tener que pagar por prestación

- **Intersectorialidad**

Teoría y práctica de la salud y sus determinantes como asuntos interdisciplinarios e intersectoriales

- **Participación Social**

Potenciar el poder de decisión de la población como fuente de soberanía, iniciativa política y su papel como contralora en los asuntos de salud

Los 8 ejes: prioridades para la primera fase de la reforma:

1. Construcción de las redes integradas e integrales de servicios de salud (RISS)

2. Sistema nacional de emergencias médicas (SEM).

3. Medicamentos y vacunas.

4. Impulso del trabajo intersectorial e intrasectorial

5. Instauración del foro nacional de salud.

6. Creación del instituto nacional de salud (INS).

7. Impulso de la planificación e información estratégica en salud.

8. Recursos humanos en salud.

1. Construcción de las Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud

La cobertura final ha sido de 80 municipios, beneficiando alrededor de 600,000 personas

2. Construcción del Sistema Nacional de Emergencias Médicas (SEM)

Lanzamiento del SEM, creación del centro regulador de emergencias, incorporación progresiva de los hospitales, despliegue de la red ambulatoria y capacitación masiva del personal.

3. Medicamentos y vacunas

Asegurar el financiamiento requerido para medicamentos y vacunas. Incorporación de la vacuna contra la influenza (pandemia AH1N1) al esquema de vacunación

4. Impulso del trabajo intersectorial e intrasectorial

Enfrentamiento efectivo de los desastres y las epidemias a través de la comisión intersectorial de salud (CISALUD). Inicio de la coordinación con el ISSS en la prestación de servicios de salud. Se emitieron planes y lineamientos para el manejo del dengue. Se logró disminuir los criaderos de zancudos y mejorar notablemente el diagnóstico de casos.

5. Instauración del foro nacional de salud

La participación social es uno de los pilares principales y garante de la reforma de salud. Contribuye a la generación de consensos para la toma de decisiones estratégicas que permitan asegurar la transformación del sistema de salud.

6. Creación del Instituto Nacional de Salud (INS)

El 13 de septiembre de 2010, la Ministra de Salud creó por acuerdo ministerial el Instituto Nacional de Salud, el que será lanzado en el año 2012.

7. Impulso de la planificación e información estratégica en salud

Iniciar el proceso de instalación del sistema integral de atención al paciente. Incremento sustancial de la confiabilidad del sistema de vigilancia epidemiológica y el diseño, elaboración y comienzo de la implementación del sistema nacional de vigilancia epidemiológica. (VIGEPES).

8. Recursos humanos en salud

Los trabajadores de salud son el pilar del sistema de salud y eje de la reforma. Para que produzca el servicio con calidad, calidez y dignidad, es necesario que el personal de salud, adecuado y motivado, trabaje de manera efectiva.

1.2 DEFINICIÓN DE APS, SEGÚN ALMA ATA

La grave desigualdad existente en el estado de salud de la población, especialmente entre los países en desarrollo y los desarrollados, así como dentro de cada país, es política, social y económicamente inaceptable y, por lo tanto, motivo de preocupación común para todos los países; se asegura que la estrategia atención primaria de salud es una forma de reducir las persistentes inequidades que sufre la región.

La Declaración de Alma Ata[1]: Primera Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud en Alma Ata, Kazajistán, del 6-12 de septiembre de 1978, que convocó a 134 países y 67 organizaciones internacionales. La conferencia definió a la estrategia atención primaria de salud como:

"Atención esencial en salud basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundamentadas y socialmente aceptables, accesible a los individuos y a las familias en la comunidad, a través de su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan asumir para mantenerla…"

Logros sanitarios alcanzados con el modelo de APS en América Latina y el Caribe:

1. Incremento de las coberturas de vacunas
2. Mejoramiento del desarrollo sanitario y la gobernanza local
3. Mejoramiento de la salud fronteriza y la integración de las necesidades de salud sub regionales
4. Mejoramiento de la atención primaria[1]
5. Promoción de políticas públicas para mejorar la calidad de vida de la población

1.3 ENFOQUE DE LA APS BASADO EN DETERMINANTES DE LA SALUD

Es esencial tomar en consideración los diversos factores determinantes de la salud cuando se propone solucionar cualquier problema físico, mental, espiritual o emocional.
Las condicionantes de la salud son los factores individuales o ambientales que interactúan con las personas influyendo en la expresión de su salud. Estas interacciones abarcan al conjunto de acciones de los individuos y de las comunidades, sean de naturaleza individual, social, económica, ambiental, y/o política.

[1] OMS. Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud

Las determinantes identificadas son:

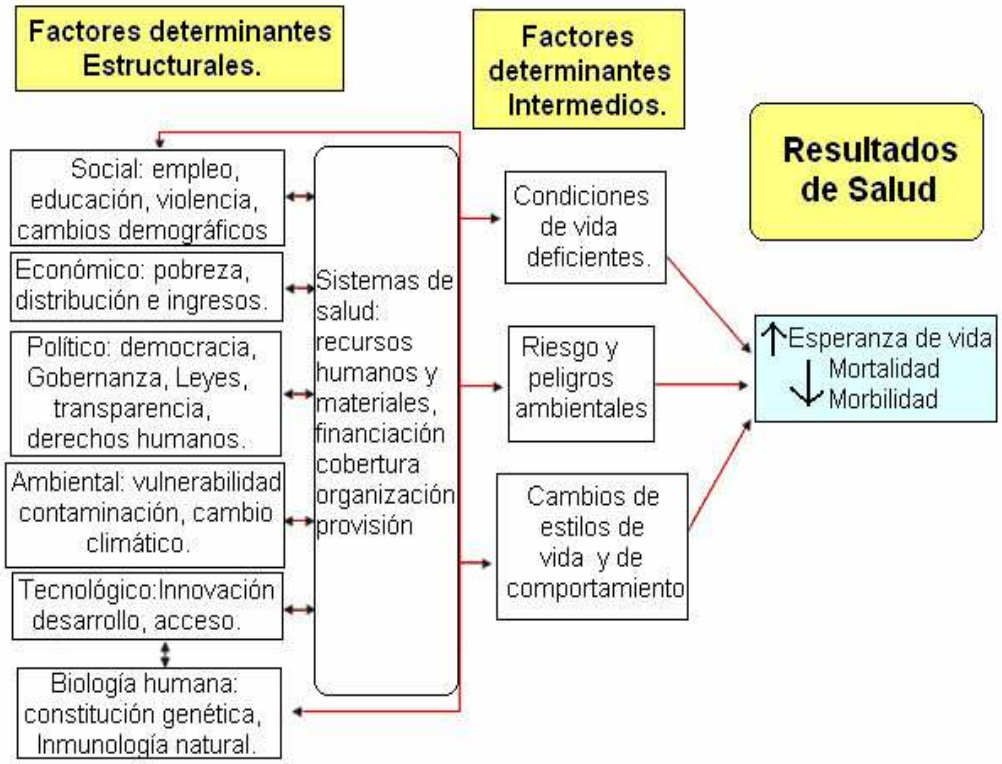


Figura # 1 Análisis de la Situación de la Salud

Enfoque de derecho a la salud

La salud como un derecho es debido a que se trata de uno de los bienes más importantes ***que los seres humanos poseen,*** y que cuando falta no se puede gozar de una vida plena. Por tanto, los derechos son facultades que los seres humanos tienen para hacer o no hacer algo, por ejemplo; demandar que se cumpla lo que a cada quien corresponde. Los derechos se encuentran en las leyes, y estas enfatizan, que la salud todos deben cuidarla.
La Constitución de la República en el artículo 65 establece: **"La salud de los habitantes de la república, constituye un bien público y que el Estado y las personas están obligados a velar por su conservación y restablecimiento".** "el Estado determinará la política nacional de salud, controlará y supervisará su aplicación".
Cuando un derecho no se cumple, **se debe cuestionar** al Estado para que se cumpla lo que **a cada ciudadano le corresponde**.
A nivel poblacional, la salud puede concebirse como un asunto social, económico y político, así como un derecho humano. La carta de Ottawa, definió como prerrequisitos de la **salud, la**

paz, la protección, la educación, la alimentación, un ecosistema estable, recursos sostenibles, justicia social y equidad.

La Organización Mundial de la Salud y los tratados internacionales sobre derechos humanos reconocen el derecho al "nivel de salud más alto posible". El derecho a la salud hace énfasis en la relación entre estado de salud y dignidad humana, la no discriminación, la justicia y la participación, comprende la libertad de controlar (por ejemplo el control de las propias decisiones reproductivas) y la libertad por defender el derecho (por ejemplo a la atención en salud y a las condiciones saludables de vivienda).
El enfoque de derecho supone obligaciones y rendición de cuentas por parte de los actores responsables (como por ejemplo gobiernos), que garanticen a los ciudadanos el ejercicio de sus demandas de salud.

El derecho a la salud implica conducta ética y responsabilidades de parte de los proveedores, investigadores y tomadores de decisiones. Algunos tratados internacionales definen los derechos de los ciudadanos como: el derecho de liberarse de condiciones que interfieren con el máximo nivel de salud posible, a defender su derecho a la atención en salud y a las condiciones saludables de vivienda y trabajo; y a satisfacer sus expectativas en términos de estándares de conducta ética en la provisión de servicios e investigación.

El Estado, por su parte, entre sus obligaciones tiene la de respetar (evitar interferir con el disfrute de la buena salud), proteger (establecer medidas para prevenir que terceros interfieran con el derecho de los ciudadanos a alcanzar el nivel de salud más alto posible). En base a lo anterior, los estados deben adoptar medidas necesarias de carácter legislativo, administrativo, presupuestal, judicial, promocional y otras para satisfacer la realización plena del derecho a la salud.

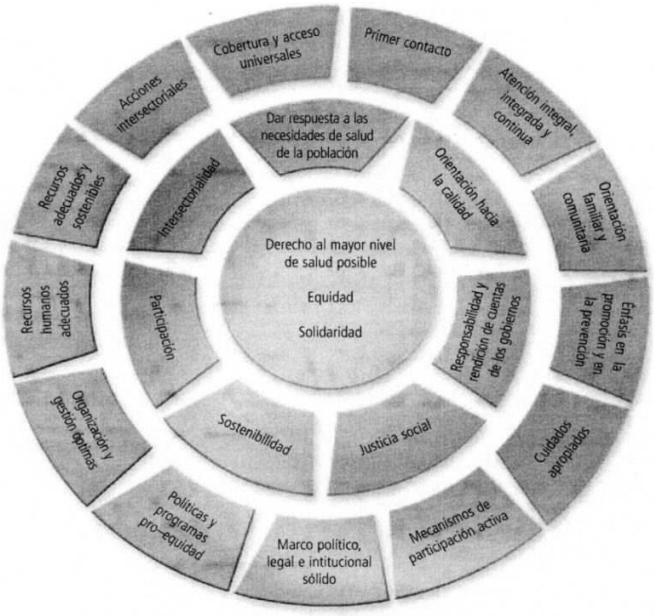
Un sistema de salud liderado por la APS **es aquel que está organizado y gestionado con base en un conjunto de valores, principios y elementos esenciales**. Es una estrategia integral para el mejoramiento de la salud y la equidad, que se caracteriza por la orientación de todas las estructuras y funciones del sistema de salud hacia la consecución del derecho a la salud, la equidad en salud y la solidaridad social.

1.4 VALORES, PRINCIPIOS Y ELEMENTOS ESENCIALES DEL SISTEMA DE SALUD BASADO EN APS

A. Valores

Los valores son esenciales para establecer las prioridades nacionales y para evaluar si los pactos sociales responden o no a las necesidades y expectativas de la población. Proveen una base moral para las políticas y los programas que se formulan en nombre del interés público. Los valores que aquí se describen pretenden reflejar los de la sociedad en general. Algunos pueden tener prioridad sobre otros, o incluso se definen de manera ligeramente diferente de acuerdo con la cultura, la historia y las preferencias de la población. Al mismo

tiempo, un creciente cuerpo de leyes internacionales han venido definiendo los parámetros necesarios para proteger a los más desfavorecidos de la sociedad; creando una base legal que les permita hacer valer su derecho a la dignidad, a la libertad y a gozar de buena salud. Esto implica que el proceso hacia la creación de un sistema de salud, basado en la APS, debe comenzar por el análisis de los valores sociales, por involucrar y hacer partícipes a los ciudadanos y a los encargados de tomar decisiones en la definición, articulación y priorización de los valores.



Esquema # 1: principios, valores y elementos esenciales del sistema de salud basado en la APS

<u>El derecho a la salud es definido</u> como un valor social que se ha expresado y articulado en muchas constituciones y tratados internacionales. El derecho a la salud involucra derechos de los ciudadanos y responsabilidades del Estado legalmente definidas. El derecho a la salud constituye exigencias de salud a las que recurren los ciudadanos cuando éstas no se les garantizan. El derecho a la salud es instrumental, en el sentido que debe garantizarse que los servicios de salud tengan la capacidad de responder a las necesidades de la población, que haya rendición de cuentas en el sistema de salud y que la APS sea orientada hacia la calidad; de tal forma que se logre una máxima eficiencia y efectividad, se minimicen los daños y perjuicios. Los derechos a la salud están inextricablemente unidos con la equidad y ambos valores, a su vez, reflejan y ayudan a reforzar la solidaridad social.

<u>La equidad en salud se define</u> como la ausencia de diferencias injustas en el estado de salud, en el acceso a la atención de salud y a los ambientes saludables, y en el trato que se recibe en los sistemas de servicios sociales y de salud. Siendo un prerrequisito para garantizar la capacidad humana, la libertad y los derechos, la equidad porta valores intrínsecos. La equidad es la piedra angular de los valores sociales: la forma como una sociedad trata a sus miembros, que están en peor situación, refleja la manera como juzga la vida humana, ya sea

explícita o implícitamente. Es simplemente desconcertante para los valores y conciencia moral de una sociedad, que ésta, en algunos casos, no pueda hacer lo suficiente para prevenir o revertir las inequidades en salud, y que sus "valores" sociales admitan el sufrimiento de ciertos grupos dentro de la misma. La gente debe estar en la capacidad de corregir las inequidades mediante el ejercicio de sus facultades morales y legales para exigir su derecho a la salud y otros de carácter social. Con la ubicación de la equidad, como valor central de un sistema de salud basado en la APS, se busca subrayar que las políticas y programas de salud se orienten hacia la consecución de la equidad. La razón de ser de los sistemas de salud no es simplemente la consecución de la eficiencia, el costo-efectividad o la caridad; por el contrario, la equidad debe ser asumida como un imperativo moral y como una obligación social y legal.

La solidaridad es el grado en el que una sociedad se compromete a trabajar junta por el bien común.
En los gobiernos locales y nacionales la solidaridad se manifiesta en la conformación de organizaciones y uniones de trabajo voluntario, y mediante otras múltiples formas de participación ciudadana en la vida cívica. La solidaridad social es un medio por el cual la acción colectiva puede llegar a resolver problemas; los sistemas de salud y de seguridad social son mecanismos mediante los cuales se puede expresar la solidaridad entre gente de distintas condiciones sociales y generacionales. Los sistemas de salud basados en la APS requieren de la solidaridad para garantizar que las inversiones en salud sean sostenibles y para que el sector salud pueda trabajar con éxito junto a otros sectores y actores sociales, cuyo apoyo es esencial para mejorar la salud y las condiciones que la determinan. Es necesaria la participación y la rendición de cuentas en todos los niveles, no sólo para garantizar la solidaridad sino para mantenerla a través del tiempo.

B. Principios

Los sistemas de salud basados en la APS se fundan en principios que otorgan los cimientos para las políticas de salud, la legislación, los criterios evaluativos, la generación y asignación de los recursos para la operación del sistema de salud. Estos principios sirven de puente entre los valores sociales más amplios y los elementos estructurales y funcionales del sistema de salud.
Responder a las necesidades de salud de la población significa que los sistemas de salud se centren en las personas de tal modo que puedan satisfacer sus necesidades de la manera más amplia posible. Es el hecho de "centrarse en la persona" lo que permite que la atención, al nivel de la población, valore las dimensiones físicas y mentales, sociales y emocionales de una persona. Un sistema de salud que responda a las necesidades debe saber balancear su enfoque para satisfacer las necesidades de salud -tanto si éstas son definidas en forma "objetiva" (por ejemplo, si son definidas por expertos o por estándares preestablecidos) o "subjetiva" (por ejemplo, cuando las necesidades son percibidas directamente por el individuo o por la población)-. La consecuencia que se debe desprender de lo anterior es que la APS permita atender las necesidades de la población de una forma integral, fundamentándose en

las evidencias disponibles, al tiempo que promueva el respeto, la atención y la reflexión por la cultura y las preferencias de las personas.

La responsabilidad y rendición de cuentas busca asegurar que el gobierno cumpla o sea obligado a cumplir con el derecho a la salud y que los ciudadanos sean protegidos de todo menoscabo de sus derechos. La realización de este principio requiere del desarrollo de políticas y de procedimientos reguladores y legales específicos que permitan a los ciudadanos hacer exigibles sus derechos, si no se reúnen las condiciones apropiadas de su aplicación. Este principio se aplica a todas las funciones de los sistemas de salud, sin consideración del tipo de proveedor (sea éste público, privado o sin ánimo de lucro). El Estado debe asegurarse, hasta donde le sea posible, y en cumplimiento de sus funciones, de garantizar los recursos necesarios para satisfacer las necesidades de salud de la población. El gobierno es también el responsable último de garantizar la equidad y la calidad de los servicios. Para lograr que esto se cumpla, la rendición de cuentas requiere seguimiento del mejoramiento continuo del desempeño del sistema de salud, lo que debe hacerse de una forma transparente y sujeta al control social. En un sistema federal, los distintos niveles del gobierno (sean ellos nacional, estatal, regional o local) necesitan de expeditas líneas de responsabilidad y de los mecanismos correspondientes de rendición de cuentas.

Los servicios orientados hacia la calidad son aquellos que además de responder a las necesidades de la población, tienen la capacidad de anticiparlas y de tratar a todas las personas con dignidad y respeto, al tiempo que aseguran el mejor tratamiento posible de sus problemas de salud. Cumplir con este requisito, demanda dotar a los profesionales de salud de todos los niveles con conocimientos clínicos fundamentados en la evidencia y con los instrumentos necesarios para su actualización continua. Un enfoque orientado hacia la calidad requiere de procedimientos adecuados para evaluar la eficiencia y la efectividad de las intervenciones de salud preventiva y curativa, para asignar los recursos de una manera acertada. Para que este proceso sea efectivo y sostenible es necesario disponer de un sistema apropiado de incentivos.

La justicia social es la perspectiva mediante la cual se valora, especialmente, el grado en el que las acciones del gobierno aseguran el bienestar de todos los ciudadanos, particularmente de los grupos más vulnerables, con el objetivo de terminar con las inequidades en salud. Trabajar con este enfoque, en el sector salud, incluye: establecer objetivos de salud que incorporen metas específicas para lograr la mejoría de la cobertura de los pobres; usar estas metas para asignar recursos adicionales que permitan satisfacer las necesidades de las personas en desventaja; mejorar la educación y hacer uso de las iniciativas que ayuden a los ciudadanos a conocer sus derechos; asegurar la participación activa de los ciudadanos en la planeación y control del sistema de salud; y desarrollar acciones concretas para combatir las principales determinantes sociales de las inequidades en salud.

La sostenibilidad del sistema de salud requiere del uso de la planeación estratégica y de la generación de compromisos duraderos. Un sistema de salud construido con base en la APS es el medio más importante para invertir en la salud de la población. Esa inversión debe ser

suficiente para satisfacer las necesidades actuales de la población, al tiempo que se planifica la satisfacción de los desafíos de la salud del mañana. El compromiso político es de particular importancia para garantizar la sostenibilidad financiera; es necesario que los sistemas de salud orientados por la APS establezcan mecanismos (tales como derechos de salud y obligaciones específicas del gobierno legalmente definidas) que aseguren el financiamiento adecuado, aún en tiempos de inestabilidad política y de cambio.

La intersectorialidad es el enfoque por el cual los sistemas de salud logran trabajar con diferentes sectores y actores que les permiten impactar, de la mejor forma posible, las determinantes sociales de la salud, contribuir con actividades de desarrollo humano y lograr su potencial de equidad. La capacidad de respuesta de la APS frente al abordaje intersectorial dependerá del nivel de desarrollo del país dado y de los recursos disponibles en la APS y en otros sectores.

Participación individual y social es el principal medio para involucrar a los ciudadanos en los procesos de toma de decisiones sobre la asignación y el uso de los recursos, la definición de las prioridades y en los procesos que faciliten la rendición de cuentas. Desde el ámbito individual, la gente debe ser capaz de tomar decisiones en forma libre e informada, con miras al mejoramiento de su salud y la de su familia. La participación social en salud es una expresión de la participación cívica en general, permite que el sistema de salud refleje los valores sociales y es un medio para el control social de las acciones públicas y privadas que impactan de alguna manera a la sociedad.

C. Elementos:

Los elementos de un sistema de salud basados en la APS son los componentes organizacionales y funcionales que permiten organizar las políticas, los programas y los servicios. En la medida en que forman parte de todos los niveles de un sistema de salud, los elementos deben estar interconectados y fundamentados en evidencias que prueben su efectividad para mejorar la salud y/o su importancia para asegurar otros aspectos de un sistema de salud basado en la APS.

La accesibilidad es el fundamento de un sistema de salud equitativo. Implica la ausencia de barreras de atención geográfica, financiera y organizacional; por eso, un sistema de salud basado en la APS debe organizar la ubicación, operación y financiamiento de todos los servicios de cada uno de sus niveles de atención teniendo en cuenta este elemento.

La aceptabilidad requiere que el desarrollo de las entradas y procesos del sistema de salud tenga en cuenta las necesidades de salud, las preferencias, la cultura y los valores. La aceptabilidad determina si las personas usarán los servicios y si estos son accesibles. También influye en las percepciones sobre el sistema de salud, en la satisfacción de las personas con los servicios ofrecidos, en su nivel de confianza en los proveedores y en su grado de comprensión de los consejos que les dan los médicos y otro personal de los servicios.

Primer contacto quiere decir que la atención primaria debe servir como puerta de entrada principal al sistema de servicios sociales y de salud para la consulta de todos aquellos problemas nuevos de salud. Mediante esta función la APS se convierte en el fundamento del sistema de salud y, en la mayoría de los casos, en la interfase entre el sistema de servicios sociales y de salud y la población.

La integralidad de un sistema de salud se refiere a la situación de sus servicios, si estos son suficientes para satisfacer las necesidades de salud de la población, incluyendo la provisión de servicios de promoción, prevención, diagnóstico precoz, curación, rehabilitación, atención paliativa y apoyo para el auto-cuidado. La integralidad es una función de todo el sistema de salud que incluye la atención primaria, secundaria y terciaria.
Los sistemas y servicios de salud siempre deben buscar satisfacer las necesidades de la población en forma anticipada de acuerdo con las prioridades que les hayan sido asignadas por la sociedad.

Atención integrada significa que todas las partes del sistema de salud trabajan juntas para maximizar la salud.
Con respecto a los individuos incluye su referencia y contra referencia, a lo largo de todos los niveles del sistema de salud y a otros servicios sociales, cuando se requiera. Al nivel del sistema, la atención integrada demanda información apropiada y gestión de sistemas, así como adecuados incentivos, políticas y procedimientos, y del entrenamiento de los proveedores, del personal y de los administradores. La atención integrada es complementaria de la integralidad en la medida en que es un medio para asegurar que todas las necesidades de salud sean satisfechas.

El enfoque poblacional significa que un sistema de salud basado en la APS no descansa exclusivamente en una perspectiva clínica o individual. Por el contrario, emplea los lentes de la salud pública para hacer uso de información comunitaria que permita valorar los riesgos y priorizar las intervenciones. La orientación hacia la población le permite a la APS organizar y proveer servicios preventivos y curativos relevantes, que toman en cuenta el contexto familiar y comunitario; y, cuando sea necesario, desarrollar acciones que fortalezcan la capacidad y habilidad de la población para cuidar de sí misma y de los miembros de su familia en forma efectiva.
Prevención y promoción: un sistema de salud basado en la APS hace énfasis en la prevención y en la promoción porque estas intervenciones son costo-efectivas, éticas, empoderan a las comunidades y a los individuos para ejercer mayor control sobre su salud, y porque son esenciales para enfrentar las principales determinantes sociales de la salud. Estas intervenciones deben incluir educación en salud y consejería clínica individual, enfoques reguladores, fundamentados en políticas que mejoren los ambientes de trabajo y de vida de la población, y estrategias de promoción de la salud poblacionales que puedan llevarse a cabo con otros componentes del sistema de salud o con otros actores.

Atención apropiada y efectiva son dos componentes de un mismo principio que buscan asegurar que la atención que se provee se justifique en términos de los beneficios que se espera produzca en la salud de la población.
Que la atención sea apropiada significa que el sistema de salud basado en la APS no esté orientado al órgano o a la enfermedad. En lugar de ello, debe enfocarse a la persona como un todo, sus necesidades sociales y de salud, a la proyección de respuestas a la comunidad local y a su entorno, al tiempo que garantiza que la gente no sufra daños o perjuicios de ningún tipo. La efectividad es una guía que ayuda a que la selección de las estrategias de prevención y curación, se haga maximizando el impacto que pueda lograrse con los recursos disponibles. Requiere que toda la atención se provea basada en la mejor evidencia disponible y que la asignación de los esfuerzos sea sopesada con relación a consideraciones de eficiencia y equidad.

Las estructuras y funciones de un sistema de salud basado en la APS deben estar provistas de un marco de referencia institucional, política y legalmente aceptable. Tal referente permite identificar y empoderar las acciones, los actores, los procedimientos y los sistemas legal y financiero, que le permiten a la APS desempeñar sus funciones específicas. Este marco es el fundamento de un conjunto consistente de políticas de salud; define las instituciones que gestionan, proveen, financian y regulan los servicios; desarrolla un conjunto de normas y estándares que posibilitan la innovación y la adaptación local; y trabaja en el conjunto del sistema para eliminar los incentivos organizacionales y financieros perversos. Debe estar conectado con la función de rectoría del sistema de salud, por lo que debe ser transparente, sujeto al control social y libre de corrupción.

Un sistema de salud basado en la APS debe contar también con un sistema de planeación que le permita proveer recursos apropiados a las necesidades de salud. A su vez, estos recursos deben ser determinados por un análisis de la situación de salud que esté fundamentado en información del ámbito comunitario. Los recursos deben contar con entradas (por ejemplo, instalaciones, personal, equipamiento, suministros y medicamentos) y con el presupuesto necesario para proveer atención integral, preventiva y curativa de alta calidad. Aunque la cantidad exacta de recursos que se necesitan varía dentro y entre los países, en todo caso estos deben ser suficientes para alcanzar la cobertura universal. Esto es, los arreglos financieros y organizacionales necesitan ser suficientes para cubrir toda la población, remover barreras financieras para el acceso como la capacidad de pago, garantizar apoyo adicional para satisfacer los objetivos de equidad e implementar actividades que promuevan la salud.

Un sistema de salud basado en la APS se apoya en recursos humanos apropiados que incluyen a quienes proveen los servicios, a los trabajadores comunitarios, a los gerentes y al personal administrativo. Ellos deben tener una combinación correcta de habilidades y conocimientos, observar los estándares éticos y tratar a todas las personas con dignidad y respeto. Lograr la disponibilidad de este tipo de recurso humano demanda planeación estratégica e inversión a largo plazo en capacitación, empleo, formas de retención del

personal, y en la elevación y fortalecimiento de los conocimientos y de las habilidades que disponen los trabajadores de la salud.

La organización y las prácticas de gestión óptimas facilitan innovar para mejorar la organización y proveer atención que satisfaga los estándares de calidad, disponer de sitios de trabajo satisfactorios para los trabajadores de la salud y responder a las expectativas de los ciudadanos. Las prácticas valiosas de gestión incluyen la planeación estratégica, la investigación de operaciones y la evaluación del desempeño. Los profesionales de la salud y los gestores deben ser capaces de compilar y usar información que ayude en los procesos de toma de decisiones y en las iniciativas de mejoramiento de la calidad.
Se ha encontrado que estas técnicas incrementan, aún en escenarios pobres en recursos, la calidad del servicio, la satisfacción del usuario y la moral de los trabajadores.

Así como la APS tiene interfases y se integra con otros aspectos del sistema de salud, también se enlaza con las funciones esenciales de la salud pública (FESP) y con las estrategias y programas de promoción de la salud. Al vincularse con las FESP, la APS es informada por las acciones de vigilancia epidemiológica, investigación y evaluación, garantía de calidad y por otras actividades de desarrollo institucional a lo largo del sistema de salud.

Los sistemas de salud basados en la APS desarrollan políticas y programas que estimulan la equidad con el fin de disminuir los efectos negativos de las desigualdades sociales sobre la salud y de enfrentar los principales factores que causan las inequidades. Algunos ejemplos que muestran cómo puede lograrse lo anterior son los siguientes: la incorporación de criterios explícitos de equidad en las propuestas y evaluaciones de políticas y de programas; el aumento o la mejoría de la provisión de servicios de salud para quienes sufren de las mayores necesidades; la reestructuración de los mecanismos de financiamiento de la salud para ayudar a los pobres a satisfacer sus necesidades básicas; y el trabajo en sectores distintos al de salud para transformar las estructuras económicas y sociales que más influyen sobre los determinantes últimos de las inequidades en salud.

1.5 COMPETENCIAS DE LOS EQUIPOS DE SALUD PARA LA IMPLEMENTACION DEL MODELO ATENCION BASADO EN APSI

1. Liderazgo, empatía, atención con calidad y calidez al usuario.
2. Enfoque epidemiológico integral: vida, género, culturas, personas, familia, comunidad
3. Trabajo en equipo
4. Coordinación entre niveles: sistemas de referencia, retorno e interconsulta.
5. Atención centrada en la persona y la familia con acciones de promoción, preventiva, atenciones curativas y rehabilitadoras.
6. Brindar atención de emergencias, según su capacidad resolutiva.
7. Atención domiciliaria

8. Comunicación y articulación entre profesionales de salud, personas, la familia, la comunidad y otros sectores.
9. Manejo de conflictos, negociación y búsqueda de soluciones oportunas con los integrantes de ecos familiares y especializado.
10. Investigación y educación continua, basada en el análisis de la situación de salud integral.
11. Recolección y análisis de información del área de responsabilidad de su Ecos Familiar.
12. Planificación con su ecos familiar.

1.6 ACTIVIDADES DE LOS ECOS FAMILIARES

De promoción

1. Brindar información y promover acciones contra los riesgos potenciales de accidentes en el hogar, escuelas, centros de trabajo, lugares públicos y de tránsito, según ciclo de vida.
2. Promover modos y estilos de vida saludables, ejercicio físico, seguridad nutricional y alimentaria, higiene personal y bucal, así como atención odontológica periódica.
3. Brindar conocimientos sobre salud sexual y reproductiva, y planificación familiar, así como los riesgos de sexualidad no responsable y embarazo en la adolescencia.
4. Implementar estrategias exitosas como la propuesta MIFC con enfoque de derechos sexuales y reproductivos, tomando como base los diagnósticos comunitarios participativos, las intervenciones relacionadas con auto cuido, derechos humanos, vínculos y calidad de la atención.
5. Orientar adecuadamente al individuo y la familia sobre situaciones sociales, laborales y familiares, generadoras de estrés psicosocial capaces de influir en la salud.
6. Realizar actividades de educación continua sobre embarazo normal, importancia del autocuidado, lactancia materna y cuidados del recién nacido.
7. Realizar actividades educativas que promuevan la higiene ambiental, reforestación y protección del medio ambiente y todos aquellos que la comunidad necesite.
8. Incorporar según ciclo de vida, a diferentes actividades recreativas, ejercicio físico, actividades creativas, socio-culturales y socialmente útiles, en los diferentes clubes con ayuda del equipo de salud.
9. Promoción de la salud para la gestión de riesgo, con el fin de la reducción de desastres, información, educación y comunicación permanente.

De prevención

1. Identificar y eliminar factores de riesgo dañinos a la salud, para la prevención de las enfermedades transmisibles y crónicas no transmisibles.
2. Realizar controles individuales de las personas con factores de riesgo dentro de su ciclo de vida, según dispensarización.
3. Identificación de riesgos biológicos, ambientales, laborales, sociales y abordaje de la población desde la perspectiva de los determinantes sociales.
4. Realizar la vigilancia nutricional de cada uno de los integrantes de la familia.

5. Realizar actividades educativas sobre salud sexual y reproductiva con las mujeres para identificar riesgo pre-concepcional.
6. Realizar actividades con la familia para identificar diversos riesgos y factores protectores de la salud.
7. Incentivar la participación familiar y comunitaria en el desarrollo de intervenciones, dirigidas a mejorar el entorno familiar y comunitario como: manejo sanitario de desechos sólidos y disposición sanitaria de aguas residuales, recuperación ambiental y prevención de desastres.
8. Fomentar la organización y participación de redes sociales, en las diferentes etapas del ciclo de vida: grupos juveniles, adultos mayores, clubes de autoayuda como alcohólicos anónimos, diabéticos, VIH y otros.
9. Incorporar a padres, maestros y alumnos en la participación de actividades educativas para la prevención de ITS, VIH y sida, violencia, abuso y explotación sexual, embarazo en adolescentes, enfermedades crónicas entre otros.
10. Vacunar a toda la población bajo su responsabilidad, tanto en la consulta, visita de terreno, de acuerdo al esquema nacional de inmunización.
11. Detectar tempranamente lesiones pre-cancerígenas según el ciclo de vida, sobre todo en pacientes con factores de riesgo.
12. Realizar, de ser necesario, profilaxis de enfermedades transmisibles a todos los contactos (Sida, paludismo, tuberculosis, parasitismo, entre otros).
13. Participar en actividades de contención de brotes y epidemias.
14. Detectar y modificar los riesgos de accidentes en el hogar, la escuela, el trabajo y en la comunidad, por ciclo de vida, orientando las medidas oportunas para evitar los mismos.
15. Identificar situaciones laborales y familiares generadoras de estrés psicosocial, capaces de influir en la salud y orientar su modificación.

De saneamiento

1. Ejercer vigilancia sistemática sobre el estado de las condiciones sanitarias de la vivienda y su entorno, así como sobre los hábitos higiénicos del individuo, la familia y la comunidad, contribuyendo a la modificación de las mismas mediante la educación y la persuasión.
2. Identificar factores de saneamiento básico desfavorables que influyan en la salud de la comunidad, promoviendo su modificación en los diferentes entornos sociales.

1.7. REDES INTEGRADAS E INTEGRALES DE SERVICIOS DE SALUD (RIISS)

Definición.[2]

Las redes integrales e integradas de servicios de salud, están constituidas por instituciones prestadoras de servicios del MINSAL y organizaciones del sector público de salud, que se incorporarán gradualmente. La red se caracteriza por la accesibilidad y capacidad instalada, proporcionando servicios de salud integrales e integrados, que se ofertan a la población; además, garantiza el continuo de atención a lo largo del ciclo de vida de las personas y las familias del territorio de responsabilidad, que rinden cuentas por sus resultados y por el estado de salud de la población, con la cual trabajan articuladamente para incidir en los determinantes de la salud.

El funcionamiento en RIISS facilita respuestas efectivas en la prestación de servicios y contribuye a las modificaciones de los determinantes de la salud, con participación ciudadana e intersectorial. Asimismo, fortalece el rol del primer nivel de atención, a fin de convertirse en la puerta de entrada al sistema público de salud y articularse con el segundo y tercer nivel a través de un sistema de referencia y retorno eficiente. El trabajo en red permite el conocimiento, investigación y resolución de los problemas de salud por medio de la implementación de acciones integrales de promoción, prevención, curación y rehabilitación.

La RIISS se estructura de la siguiente forma:

Micro red municipal:

Está conformada por las unidades comunitarias de salud familiar básica, intermedia y especializada; casas de espera materna, centros rurales de nutrición y salud, casas de salud (en caso de contar con éstas), así como la sede del promotor de salud, **dentro del área de un municipio.**

Micro red intermunicipal:

Está conformada por las unidades comunitarias de salud familiar básicas, intermedias y especializadas; hospital general básico (en los casos donde exista), casas de espera materna, centros rurales de nutrición y salud, casas de salud, así como las sedes de los promotores, **entre varios municipios**.

Cabeza de micro red:

Se define a la UCSF intermedia o especializada de mayor capacidad instalada, resolutividad y accesibilidad a todos los establecimientos que la integran; siendo ésta la que coordinará al conjunto de UCSF de su micro red y será representada por el director de dicha UCSF. En

[2] Ministerio de Salud, Manual de lineamientos de la formación de los Ecos El Salvador, 2011

caso de haber más de una UCSF en el municipio, la coordinación se asignará a la de mayor complejidad.

Red departamental:
Está conformada por las micro redes y los hospitales generales departamentales, comprendidos en el área geográfica del departamento, según accesibilidad de la población a los servicios de salud.

Red regional:
Está conformada por las redes departamentales de su área de responsabilidad, y los hospitales de tercer nivel nacional y regional**,** según el caso.

Red nacional:
Está conformado por el viceministerio de servicios de salud, dirección de vigilancia de la salud, gerencia general de operaciones, dirección del primer nivel de atención, direcciones regionales y hospitales nacionales de tercer nivel y regionales, según el caso.

1.8. LOS SERVICIOS DE SALUD DEL MINSAL

Para la implementación de las RIISS, el Ministerio de Salud estructura los establecimientos y servicios de salud en tres niveles de atención:

1. PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Unidad comunitaria de salud familiar:
Lo constituyen las unidades comunitarias de salud familiar (UCSF): son los establecimientos del primer nivel de atención, donde se prestan servicios de salud integrales de diferente complejidad y resolutividad, que se clasifican en:

Unidad comunitaria de salud familiar básica: es la sede donde se ubican los ecos familiares que brindan servicios integrales de salud básicos, como: consulta médica y referencia al segundo nivel de atención, control infantil, atención y control a la mujer embarazada, control posparto, planificación familiar,

Unidad comunitaria de salud familiar intermedia: es la sede de los ecos familiares, brinda atenciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación servicios integrales de salud básicos y algunos servicios de apoyo.

Unidad comunitaria de salud familiar especializada: es la sede de los ecos familiares y especializados que brinda servicios integrales de salud básicos, especializados y servicios de apoyo.

EQUIPOS COMUNITARIOS DE SALUD FAMILIAR

Constituyen el componente básico de las RIISS para la implementación del modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y comunitario, garantizando la continuidad de la atención integral, a través de la red de servicios y del ciclo de vida en la persona, familia y comunidad, favoreciendo la participación comunitaria, la investigación y el abordaje intersectorial de los determinantes que afecten la equidad en salud.
Los ecos familiares en el área rural y urbana están conformados de la siguiente manera:

Los **ecos familiares** están integrados por un médico, un personal de enfermería, promotores de salud y colaboradores de servicios varios, con responsabilidad nominal de una población promedio de 600 familias para el área rural y 1800 familias para el área urbana.

Los ecos especializados están conformados por especialistas de salud en pediatría, gineco-obstetricia, medicina interna, enfermería, odontología, nutrición, psicología, fisioterapia, laboratorio clínico, educación en salud y en estadística. Con una población promedio de referencia entre 6,000 familias para el área rural y 8,000 familias para el área urbana respectivamente. Estos contarán con capacidad diagnóstica y terapéutica especializada: laboratorio clínico, ultrasonografía, electrocardiograma y equipo de fisioterapia. Los ecos especializados tienen servicios de extensión horaria los fines de semana**,** días festivos y dependiendo de la demanda, tienen servicios de 24 horas con apoyo de FOSALUD. Por cada 1,800 familias será asignado un odontólogo, un inspector de saneamiento ambiental y los recursos humanos administrativos.

2. SEGUNDO Y TERCER NIVEL DE ATENCIÓN.

Estos niveles de atención son brindados en la red pública de hospitales del país, dando en los mismos continuidad de la atención médico quirúrgica especializada a los pacientes que así lo requieran, sean referidos o no, por el primer nivel de atención.
El primer nivel es la puerta de entrada al sistema de salud y en sus establecimientos tiene como objetivo que gradualmente se dé respuesta al 85% de la demanda de atención de la población. En el segundo y tercer nivel se tiene como objetivo dar respuesta al 15% restante, al necesitar la misma un nivel de resolutividad superior.
El nuevo modelo de servicios de salud ha categorizado a los hospitales de acuerdo a la capacidad instalada, perfil epidemiológico, área geográfica y conjunto de prestaciones

Modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y comunitario en los ecos familiares y ecos especializados.

El modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y comunitario, se fundamenta en la estrategia de atención primaria en salud integral (APSI), con un abordaje completo del individuo, a lo largo de su ciclo de vida, la familia y la comunidad, así como de sus

determinantes sociales, para reducir la inequidad en la gestión y prestación de servicios de salud; reconociendo las bondades de la promoción, protección y prevención de la salud, a partir de la detección temprana de condicionantes y riesgos.

Articula el tratamiento de acuerdo a las necesidades y características de la persona en su entorno, lo cual exige una reorientación de los servicios de salud integrándolos en redes que potencializan sus capacidades, al conjugar la atención general y la especializada con el trabajo integrado a la comunidad y con las organizaciones de base comunitaria, para garantizar el amplio conocimiento e incidencia en la realidad de la población, el acceso oportuno a servicios de curación, control y rehabilitación, según sea necesario y pertinente para conseguir el mejoramiento del nivel de salud de la persona, familia y comunidad.
Se requiere promover desde los espacios comunitarios la riqueza y amplitud de la participación social, en forma solidaria, promoviendo el análisis y la planificación de acciones intersectoriales para el abordaje de los determinantes que condicionan la situación de salud de la población. Simultáneamente, con los recursos humanos de las RIISS, se hacen esfuerzos para mejorar el clima organizacional y construir una cultura de trabajo en equipo y de servicio, con alto grado de calidad y calidez, que permita el abordaje técnico a nivel comunitario, respetando profundamente las diferencias y la diversidad social, étnica, cultural, religiosa y de género.

Atributos del modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y comunitario.

El modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y comunitario, se caracteriza por la asignación de funciones, recursos y responsabilidades en espacios geo-poblacionales definidos. La fortaleza del primer nivel está fundamentada en la conformación de equipos comunitarios de salud familiar y equipos comunitarios de salud familiar especializados, quienes fungen como **"puerta inteligente de entrada al sistema",** ya que despliegan acciones de manera proactiva, adelantándose a los eventos, en lugar de esperar pasivamente a que las personas demanden los servicios, pasando de la prestación de servicios por demanda a prestación de servicios a poblaciones nominales.

Uno de los principales desafíos en la implementación del modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y comunitario, en el marco del desarrollo de la reforma de salud, es garantizar el acceso universal a los servicios de salud oportunos y de alta calidad, razón por la cual se impulsa la conformación de los Ecos, que se irán estableciendo a lo largo del país, en varias fases, iniciando en aquellos lugares donde más se necesitan, por no contar con servicios de salud y estar caracterizados por la extrema pobreza.

Desde las unidades comunitarias de salud familiar intermedias se deben brindar atenciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación; garantizando que todos los días se realicen consultas en estos establecimientos. Para realizar las visitas de terreno a la familia se debe garantizar la permanencia de al menos un personal médico en dicha sede

Operativización para el promotor(a) de salud en el modelo de atención

a. El promotor/a como miembro del Ecos familiares tendrá la responsabilidad de la salud del 100% de su población asignada, planificando junto con su equipo visitas periódicas a su comunidad, según la dispensarización y clasificación de sus familias.
b. El número de visitas casa a casa dependerá de la programación establecida, teniendo como promedio de 5 a 10 viviendas diarias, según los factores de riesgo identificados por el promotor, clasificación de la familia y los problemas identificados en la ficha familiar.
c. Cada promotor/a de salud deberá disponer de los recursos, insumos y equipos, según documentos regulatorios.
d. Los promotores (as) como miembros de los ecos familiares, recibirán de forma periódica visitas de supervisión facilitadoras planificadas de parte de la dirección de unidad comunitaria de salud intermedia/especializada a la que están adscritas, del SIBASI, equipo técnicos regionales y equipos del nivel central correspondiente.
e. La capacitación, monitoreo, supervisión y evaluación del promotor (a) es responsabilidad de los Ecos familiares, de la dirección de la unidad comunitaria de salud familiar intermedia o especializada, del equipo técnico del SIBASI apoyado por el equipo regional.
f. La presentación de los Ecos familiares se realizará en asamblea comunitaria.

1.9. HABLEMOS DE COMUNIDAD Y FAMILIA

¿Qué es la comunidad?

Grupo específico de personas, que a menudo viven en una zona geográfica definida, comparten la misma cultura, valores y normas, y están organizadas en una estructura social conforme al tipo de relaciones que la comunidad ha desarrollado a lo largo del tiempo. Los miembros de una comunidad adquieren su identidad personal y social al compartir creencias, valores y normas comunes que la comunidad ha desarrollado en el pasado y que pueden modificarse en el futuro. Sus miembros tienen conciencia de su identidad como grupo y comparten intereses y objetivos.

Dentro de la comunidad podemos identificar dos componentes: Las familias (seres humanos) y el espacio (el ambiente) donde se vive.

¿Qué es la familia?

Es la célula fundamental de la sociedad. Es la unión de personas que comparten un proyecto vital de existencia común, en el que se generan fuertes sentimientos de pertenencia a dicho grupo, existe un compromiso personal entre sus miembros y se establecen intensas relaciones de intimidad, reciprocidad y dependencia, viven bajo un mismo techo y administran en común la economía doméstica.

Sistema vivo, interactúa con el medio constantemente y experimenta cambios en forma continua; desarrollando relaciones interpersonales e intrafamiliares, dando como resultado el funcionamiento familiar, que es la base del desarrollo físico, intelectual, psicológico y espiritual de cada uno de sus miembros, y constituye el clima propicio para el equilibrio psíquico y un referente de conductas éticas, morales y relacionales para sus integrantes.

Construcción social de la familia:
Forma de organización de la vida cotidiana personal, fundada en la unión matrimonial y en los lazos de parentesco; en las relaciones multilaterales entre el esposo y la esposa, los padres y sus hijos, los hermanos y las hermanas, y otros parientes que viven juntos y administran en común la economía doméstica.

Como categoría psicológica:
La familia es un grupo de pertenencia natural, en el cual se establecen relaciones de dependencia y vínculos afectivos entre sus miembros. Posee estructura jerárquica dinámica y funcionamiento sistémico.
Tipos de familia: la composición de la unidad familiar permite su clasificación, según su estructura, en función de los miembros que comparten el hogar.

- Clasificación por la ontogénesis de la familia:

a) **Familia nuclear**: presencia de hasta dos generaciones padres e hijos, matrimonio con hijos o sin ellos y hermanos solos.

b) **Familia extensa, extendida**: presencia de dos generaciones o más, incluye hijos casados con o sin descendencia.

c) **Familia mixta o ampliada**: cualquier tipo de familia que rebasa las anteriores, puede incluir otros parientes y amigos.

- Clasificación por el número de miembros de la familia:

a) Familia grande: más de seis miembros.
b) Familia mediana: entre cuatro y seis miembros.
c) Familia pequeña: de uno a tres miembros. Este dato es útil para la obtención del índice de hacinamiento y el per cápita familiar.

Las funciones de la familia pueden sintetizarse en:

1) **Función bio-social:** comprende la realización de la necesidad de procrear hijos y vivir con ellos en familia.
2) **Función cultural:** comprende aquella parte de los procesos de reproducción cultural y espiritual de la sociedad que transcurren dentro de la familia, particularmente los relacionados

con los valores sociales que transmite la familia y las actividades de tiempo libre que transcurren en el hogar o aquellos que los integrantes disfrutan en grupo fuera del hogar.

3) **Función socializadora o educativa**: es el conjunto de las actividades y relaciones propias de todas las funciones distinguidas y de los efectos que pueden atribuírsele en términos de la formación de la personalidad de los niños y jóvenes, no sólo inscribe dentro de la función cultural, ni resulta sólo de actividades propiamente "educativas" (dirigidas conscientemente a formar, disciplinar o educar).
4) **Función económica:** se realiza a través de la convivencia en un hogar común y la administración de la economía doméstica. Para el cumplimiento de esta función resulta central la variada gama de actividades que se realizan en el hogar, dirigidas al mantenimiento de la familia y que corrientemente se denominan "trabajo doméstico"; cuyo aporte es fundamental para asegurar la existencia física y desarrollo de sus miembros, muy especialmente la reposición de la fuerza de trabajo".
Es necesario, para mejor comprensión de la unidad familiar, que los equipos comunitarios de familia:

1. Conozcan de la familia, su estructura, tipología, funcionamiento (socialización, cuidado, afecto, reproducción, estatus) y las interacciones familiares.
2. Identifiquen los factores de riesgo de la disfunción familiar, lo que implica la exploración de los posibles signos y síntomas de enfermedad que presente uno o más integrantes de una familia, y que se relacionen con esta o reflejen una alteración en la dinámica de la misma.
3. Sean capaces de identificar la dinámica familiar, detectando oportunamente la disfunción familiar y estar en condiciones de interpretar las dificultades potenciales de la familia con el objeto de orientar el manejo y el tratamiento de éstas, desde una perspectiva integradora.

1.10 INSTRUMENTOS UTILIZADOS PARA EL ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD INTEGRAL

El análisis de la situación de salud es un proceso analítico sintetizado y sistematizado, que deben hacer posible la caracterización, medición y explicación del perfil de salud-enfermedad y las tendencias de la población, incluyendo enfermedades, lesiones y otros problemas de salud, y sus factores determinantes, ya sean responsabilidad del sector de salud o de otros sectores, facilitando la identificación de necesidades y prioridades en la salud, así como la evaluación del impacto e intervenciones oportunas en el funcionamiento de las redes en el sistema de salud en sus diferentes niveles de atención a través del diagnóstico participativo mediante el cual, las personas de la comunidad y del equipo de salud, recogen y comparten información más específica que permite conocer la situación de salud de la población, sus prioridades, las fortalezas y debilidades que poseen para enfrentar sus problemas, los recursos existentes y el problema sobre el que se quiere o se debe actuar, a partir de una decisión consensuada.

La ficha familiar es un instrumento de registro, que permite recoger toda la información individual y colectiva de la familia, las características de la vivienda y el funcionamiento familiar. Identificando y dando seguimiento a sus principales problemas, mediante la búsqueda de soluciones en conjunto con la familia.

El familiograma es una herramienta gráfica que se encuentra en la pagina dos de la ficha familiar y resume la información relevante sobre una familia. Permite registrar y conocer la información de una manera "visible" e ilustrar acerca de la etapa del ciclo vital actual, acontecimientos vitales, relaciones afectivas y recursos del grupo familiar. Puede ser analogado a una "radiografía" de la familia, en la que se evidencian las pautas relacionales actuales y transgeneracionales, se identifican las enfermedades y acontecimientos vitales importantes.

Ventajas de la ficha familiar

1. Es sencilla porque disminuye el tiempo de redacción a utilizar para su llenado, y se sistematiza a base de preguntas poco complejas con lo que incrementa el registro de datos útiles y descriptivos
2. Es completa porque capta suficiente información útil y descriptiva para el conocimiento del individuo, la familia y la comunidad al desglosar variables de edad, sexo, estado civil, escolaridad, ocupación, caracterología de la dinámica de la familia (a través de familiogramas), así como factores condicionantes, daños a la salud y participación comunitaria.
3. La información recolectada contempla el panorama de la problemática del núcleo familiar, la identificación de riesgo y la dinámica familiar, detectando oportunamente la disfunción familiar, donde se interpretan las dificultades potenciales de la familia, con el objetivo de orientar el manejo y el tratamiento de éstas, desde una perspectiva negociadora e integradora. En un primer momento pueden existir ciertos datos delicados que la población no aporte por falta de confianza; será labor del equipo comunitario de salud familiar identificar estas problemáticas para su correcto abordaje.
4. En el caso que el promotor(a) de salud esté integrado a un ecos familiar, las fichas familiares serán archivadas en carpetas por cada promotor(a), de acuerdo a la distribución de sus zonas. Las fichas serán resguardadas en la unidad comunitaria básica, para la revisión, análisis y consolidación de la información. En el caso que en la zona de trabajo **del promotor(a) de salud no se haya implementado el modelo de atención de salud familiar**, la ficha familiar quedará resguardada en la sede del promotor y esta información debe ser analizada con el personal de la unidad de salud intermedia o especializada a la cual pertenece.

   Los estudios de la familia y las incidencias o eventos que tengan las familias deben quedar registrados en archivos individuales, contenidos en la ficha familiar. **(**Ver anexo de ficha familiar e instructivo).

   Trabajar en el llenado de la ficha familiar (con instructivo de llenado)

1.11 ELABORACIÓN DE MAPA SANITARIO

Es una herramienta gerencial de la situación sanitaria de una comunidad; consiste en la representación gráfica de un determinado lugar en la cual se ubican a través de una simbología definida las viviendas, instituciones, accidentes geográficos, presencia de factores de riesgo social y ambiental, infraestructura básica, servicios, recursos humanos, materiales y naturales disponibles.

Objetivo del mapa sanitario**:** orientar la planificación y la ejecución de intervenciones integrales por parte de los ecos familiares y la comunidad, tomando de base la información representada en el mapa.

Utilidad de los mapas sanitarios:

Proporciona una visión clara, rápida y objetiva de la situación que existe en una determinada área geográfica, para la toma de decisiones.

a. Facilita la priorización de las actividades a realizar, a partir de la identificación de los sitios con factores de riesgo.
b. Facilitan el monitoreo del plan mensual de trabajo, a la vez que permite evaluar los logros alcanzados.
c. Permite al equipo supervisor asesorarse técnicamente del personal de salud del Ecos Familiar.
d. Facilita y estimula la participación comunitaria, la intersectorialidad, el análisis y resolución de problemas.
e. Facilitan la comprensión de los datos contenidos en las diferentes instrumentos de registro que llevan los Ecos Familiar
f. Puede ser utilizado por la comunidad, instituciones y otros actores sociales como referencia para la gestión y ejecución de proyectos de beneficio comunal

Procedimientos para elaborar el mapa sanitario

La elaboración del mapa sanitario se desarrolla en 3 fases:

a) Organización del trabajo

- Informar a la comunidad sobre la importancia y necesidad de la elaboración del mapa sanitario de la comunidad.
- Definir con la comunidad la metodología de participación: planificación y organización de las tareas.

b) Recolección de la información

- Elaborar croquis preliminar en hojas de papel bond para la recolección de la información, ubicando la entrada principal a la comunidad y los puntos cardinales.
- Realizar recorrido por la comunidad con los participantes.
- Ubicar en el croquis de manera preliminar la siguiente información: cada una de las viviendas, principales accidentes geográficos (ríos, lagos, cerros, fuentes de agua y otros),

infraestructura comunal (escuelas, casa comunal, iglesias, parques, instituciones, establecimientos de salud, centros deportivos, entre otros).

c) Registro de la información recolectada en el mapa original, identificando la siguiente información:

- Puntos cardinales,
- Especificar cantón/barrio/colonia, municipio, departamento.
- Fecha de elaboración.
- Ultima fecha de actualización.
- Responsables de la elaboración.
- Ecos familiar de referencia
- Información general: total viviendas, total población.

Contenido del mapa. Utilizando la simbología definida, según anexo No 3, represente de la manera siguiente:

a. Las viviendas, con un círculo numerado en orden correlativo en el sentido de las manecillas del reloj e identificadas por colores, según el nivel de riesgo especificado. Se debe iniciar en la entrada principal de la comunidad. Si la vivienda cuenta con más de una familia, este círculo debe dividirse en partes iguales, de tal manera que cada una de las partes sea la representación de una de las familias que habitan en la vivienda. Se debe colocar número en las casas habitadas, deshabitadas y abandonadas. No se numerarán los terrenos baldíos y tampoco las viviendas que estén en construcción, estas se incorporarán una vez que estén habitadas**;** en este caso el número asignado sería el siguiente en orden correlativo con el que se finalizó, independientemente su ubicación, considerando el listado de números de viviendas de acuerdo a fichas levantadas.
b. Los riesgos de cada una de las familias**,** según código de colores que habitan en dichas viviendas.
c. La infraestructura comunal, accidentes geográficos: escuelas, casas comunales, establecimientos de salud, sede del promotor, iglesias, industrias, ríos, quebradas, carreteras, calles, caminos vecinales, accidentes geográficos para ser utilizados ya sea como referencias, o para definir acciones de gestión ambiental y de prevención de desastres.
d. La presencia o ausencia de servicios básicos como agua segura y letrinas, entre otros.

¿Cuándo se debe actualizar el mapa sanitario?

El mapa sanitario debe ser actualizado en dos momentos:

a) En forma inmediata cuando suceda un cambio en la situación de salud de las familias y comunidad.
b) Revisión y actualización general cada año.

¿Qué condiciones se deben considerar para que un mapa sanitario sea funcional?

- Participativo
- Dinámico
- Accesible
- información confiable
- Útil para la toma de decisiones

1.12 CONDICIONES PARA DETERMINAR RIESGO FAMILIAR

NIVEL DE RIESGO DE LA FAMILIA	CRITERIOS		
	TIPO Y FUNCIONAMIENTO DE LA FAMILIA	SITUACION DE LA SALUD	CONDICION DE LA VIVIENDA
NIVEL 1 RIESGO ALTO	1) Crisis familiares para normativas (violencia Intrafamiliar, uso de drogas o alcoholismo) 2) Familia disfuncional	1) Presencia de mujer embarazada o puérpera sin control. 2) Presencia de al menos un miembro de la familia con desnutrición. 3) Alguna persona dispensarizada en el grupo lll descompensado o IV. 4) Embarazo en la adolescencia 5) Riesgos laborales peligrosos como: exposición a plaguicida sin protección 6) Adulto mayor en cualquier tipo de demencia 7) Algún miembro de la familia en estado terminal de su enfermedad	1) Con exposición al riesgo ambiental (inundaciones, derrumbes, contaminación ambiental) 2) Daños estructurales de viviendas 3) Consumo de agua no segura 4) Sin letrinas 5) Cocina dentro de la casa con leña, estopa de coco o carbón 6) Tiene criaderos de zancudos, chinches y otros vectores. 7) Tiene perros y gatos sin vacunar
NIVEL 2 RIESGO MEDIO	1) Crisis familiares normativas que causen disfunción familiar	1) Presencia de mujer embarazada o puérpera con control. 2) Mujer con vida sexual activa que no usa métodos de PF 3) Mujer sin toma de citología en los últimos dos años 4) Niños y niñas sin control de crecimiento y desarrollo 5) Niños y niñas con esquema de vacunación Incompleto 6) Niños, niñas y adolescentes con ausentismo escolar 7) Alguna persona dispensarizada en el grupo lll compensada o grupo ll 8) Un miembro de la familia con mala salud bucal	1) La basura tirada a cielo abierto 2) Familia con uso y mantenimiento inadecuado de letrina(no tapada, sucia) 3) Higiene inadecuada de vivienda 4) Higiene y almacenamiento inadecuado de agua de consumo humano. 5) Animales de crianza que no estén aislados de la vivienda.
NIVEL 3 RIESGO BAJO	1) Familia funcional	1) Pareja con salud sexual y reproductiva sin riesgo 2) Mujeres que se han realizado la citología en el último año 3) Niños y niñas con control de crecimiento y desarrollo 4) Alguna persona dispensarizada en el grupo 1 5) Niños, niñas y adolescentes escolarizados	1) Familia sin exposición a riesgo ambiental 2) Familia que consume agua segura 3) Familia con uso y mantenimiento adecuado de letrina 4) Sin criaderos de vectores 5) No cocina dentro de la casa con leña, estopa de coco o carbón 6) Posee todos los servicios básicos 7) Perros o gatos vacunados.

1.13 EL PROMOTOR /LA PROMOTORA DE SALUD

Entre los elementos esenciales de un sistema de salud basado en APS están **los recursos humanos**, quienes deben poseer los conocimientos y habilidades adecuados, además de observar las normas éticas y tratar a las personas con dignidad y respeto. Esta renovación requiere que el MINSAL genere condiciones para el desarrollo de los recursos humanos, en el que ponga énfasis en la calidad y el mejoramiento continuo, el desarrollo de competencias apropiadas para la APS, el desarrollo de equipos multidisciplinarios, y en especial la promoción de la salud, entre otras.
El promotor y promotora de salud "son el componente esencial del Sistema de Salud y son el primer contacto del Sistema con la Comunidad. Es por eso de la importancia que tiene ***La formación de promotores***.

¿Qué son los promotores de salud? Son personas de la comunidad que se capacitan para promover conductas de **autocuidado, promoción y prevención**; ofrecen información necesaria sobre temáticas vinculadas a la salud y generan una red que multiplica las conductas saludables. Son el nexo entre la comunidad y el equipo, desempeñándose como agentes multiplicadores.

Algunos de sus objetivos son:

1. Ayudar a que la comunidad tome conciencia de su situación de salud;
2. Organizar activamente a la comunidad en la solución de sus problemas;
3. Fomentar la organización comunitaria para reflexionar críticamente sobre lo social, lo ambiental, etc. Como factores que inciden sobre la salud;
4. Preparar jornadas y talleres de educación para la salud junto al equipo comunitario, en las iglesias, en comedores, en escuelas, puntos de transporte colectivo de su área de responsabilidad, y en toda la comunidad, sobre diferente temas.

Los promotores tienen que transformarse en protagonistas de la organización de barridos e involucrarse en priorizar los problemas de la comunidad; ayudar a buscar las mejores estrategias para garantizar el logro de los objetivos que se propongan. Es de suma importancia **rescatar las raíces culturales**, tomar en cuenta los saberes populares, la creatividad que todos en mayor o menor medida poseen para resolver los problemas, abriendo espacios de interacción entre comunidad y equipo (interculturalidad).
Es prioritario que los miembros de la comunidad empiecen a involucrarse cada vez más, sabiendo que la información es el primer paso para la participación. Se deben generar espacios en los que la discusión y el análisis de las temáticas sirvan para fortalecer, replantear y modificar las prácticas.

Los promotores deben convertirse en facilitadores de espacios de participación local, abiertos a las diferentes expresiones, buscando y aportando junto a las personas; tomando siempre la

salud como un derecho de y para todos, apuntando prioritariamente siempre a la prevención de la enfermedad, a la promoción de la salud y a la transformación.

Una de las formas para llegar con más eficacia a los diferentes grupos sociales es a través de los propios miembros de la comunidad capaces de actuar sobre su mismo grupo, el grupo al que pertenecen, modificando la cultura social vigente que favorece la automatización social, el aislamiento de cada individuo y el del grupo social, por una nueva cultura de participación solidaria y protagónica para el cambio social que progresivamente vaya consolidando el poder comunitario, en la medida que la propia población con sus líderes naturales asuma el rol protagónico para elevar sus condiciones de vida, ejerciendo verdaderamente la democracia participativa.

Perfil del promotor/a de salud

a. Formación básica: Bachiller en cualquier opción, indispensable
b. Especialidad: Bachiller en Salud, deseable.
c. Idioma: Español.
d. Experiencia previa de 6 a 12 meses desempeñando trabajo comunitario, como voluntario, miembro de comité de salud, directivo comunal, promotor de ONG's o promotor social.
e. Conocimientos específicos deseables: Curso Básico para Promotores de Salud. Programas de Atención Primaria en Salud. Promoción de la Salud, manejo de normas, guías, protocolos de atención para los diferentes ciclos de vida, el entorno de la familia y las comunidades.

Cualidades del promotor/a:

a) Compromiso con el servicio público y humano**:**
   Tratar a las personas con respeto, dignidad y tener empatía.
b) Pensamiento analítico
c) Búsqueda de información
d) Orientado a resultados
e) Orientación al usuario
f) Impacto e influencia
g) Trabajo en equipo
h) Facilidad de comunicación
i) Preocupación por el orden y calidad. Consiste en conocer con claridad sus funciones y competencias a fin de no realizar procedimientos fuera de éstas.

Otros aspectos

a) Ser originario y/o residente de la comunidad en la que se va a desempeñar.
b) Edad entre 18 y 45 años.
c) Tener habilidades para organizar y fomentar la participación comunitaria.
d) Capacidad para trabajar en equipo.
e) Capacidad para establecer relaciones interpersonales.
f) Capacidad de trabajo en condiciones adversas.
g) Capacidad para el liderazgo comunitario.

h) Compromiso social y espíritu de servicio.
i) Salud compatible con el cargo.

¿Cuáles son tus funciones como promotor/ promotora de salud?

a. Desarrollar competencias en la organización y participación comunitaria, con el propósito de fortalecer la autogestión y el desarrollo sostenible.
b. Dinamizar la co-responsabilidad de la comunidad con el equipo de salud en las acciones relacionadas con la participación social, la organización y la intersectorialidad, que faciliten el mejoramiento continuo de las condiciones de vida.
c. Operativizar el proceso de levantamiento y actualización anual del análisis de la situación de salud integral, y la socialización de los resultados en asamblea comunitaria en co-responsabilidad con el equipo de salud y la comunidad.
d. Participación en los procesos de planificación anual operativa del Ecos Familiar, así como en la programación de visitas domiciliares de acuerdo a la dispensarización y clasificación de las familias, según riesgo.
e. Empoderar a la comunidad para generar la capacidad de autogestión local a fin de mejorar las condiciones de vida de sus habitantes.
f. Identificar y capacitar en vigilancia epidemiológica comunitaria a los comités de salud y voluntarios en su área de responsabilidad, para la detección y notificación oportuna de casos de enfermedades sujetas a vigilancia.
g. Registrar e informar los resultados de las actividades relacionados a la producción de servicios ofertados a la población, en los instrumentos establecidos según normativa.
h. Proporcionar atención simplificada a problemas de enfermedades comunes a la persona, familia y comunidad, según normativa establecida, a fin de contribuir a la preservación de la salud.
i. Proteger a la población de su área de responsabilidad de enfermedades inmuno prevenibles, a través del cumplimiento de esquemas de vacunación, según normativa vigente.
j. Buscar activamente los riesgos reales y potenciales a la salud y/o signos de peligro de cualquier miembro de la familia, clasificando la situación y actuando según lo establecido en protocolos y guías de atención para el primer nivel, con el fin de evitar o minimizar los daños a la salud.
k. Proporcionar educación sobre prevención de enfermedades más frecuentes en la comunidad, enfocando signos y síntomas de alarma para la búsqueda de atención inmediata en grupos de riesgo a fin de disminuir la morbi-mortalidad.
l. Participar en la realización de campañas de prevención y promoción de la salud en el hogar y su entorno, a través de la movilización de la comunidad y el acompañamiento del equipo de salud local, con el fin de preservar la salud de la familia y comunidad.
m. Apoyar la promoción de la salud mental e identificar los factores de riesgo y de protección, refiriendo oportunamente los casos que lo ameritan a los establecimientos de la red para mantener la salud mental de las personas, familias y comunidades.
n. Referir al Ecos Familiar y/o establecimientos de la red de servicios de salud, a las personas con problemas y/ó riesgo de salud identificados de acuerdo a gravedad, de

forma oportuna según normativa, para su atención en el establecimiento y dar seguimiento al retorno en la comunidad, según lo amerite.

o. Realizar vigilancia epidemiológica comunitaria, mediante la búsqueda activa de casos, la identificación de riesgos con participación de la comunidad, para disminuir el daño a la salud de la población.
p. Promover las prácticas sobre saneamiento básico a nivel familiar y comunitario con énfasis en la educación, para la correcta manipulación de alimentos, tratamiento del agua para consumo humano, prevención de enfermedades transmitidas por vectores, disposición correcta de la basura, construcción, uso y mantenimiento de la letrina.
q. Apoyar al inspector de saneamiento ambiental del establecimiento de salud en el área de responsabilidad, a realizar actividades de prevención de la zoonosis, para evitar y/o disminuir estas enfermedades.
r. Promover la co-responsabilidad de la comunidad con el equipo de salud y otros sectores locales, en la identificación de factores de riesgo, medidas de mitigación y recomendaciones en caso de ocurrir desastres en la población que reside en lugares de alta vulnerabilidad. Promover y participar en coordinaciones interinstitucionales para lograr el abordaje integral o articulación de procesos que conduzcan a la promoción de la salud y prevención de las enfermedades de la persona, la familia y la comunidad.
s. Hacer buen uso del equipo y materiales utilizados en el desempeño de su trabajo, a fin de contribuir a la optimización de los recursos disponibles.
t. Asistir a reuniones y capacitaciones, según programación definida con el establecimiento, para el desarrollo de competencias personales y profesionales, que contribuyan al fortalecimiento de la prestación de los servicios de salud.
u. Participar en investigaciones operativas en temas de salud que se realicen en el área de su responsabilidad.

1.14 GUÍA DE TRABAJO #1

Ejercicio # 1 _____

Inicie el cuaderno dibujando el mapa sanitario de su comunidad, coloque estos aspectos:

- Identificar las familias
- Características resaltantes del medio ambiente (colocar ejemplos como montañas, quebradas, ríos)
- Calle principal
- Sede de unidad comunitaria de salud familiar intermedia/especializada.
- Escuelas
- Áreas de riesgo
- Viviendas con menores de 5 años
- Embarazadas
- Posnatales
- Viviendas con adultos mayores
- Viviendas con jóvenes

- Basureros
- Viviendas con letrinas

Ejercicio # 2_____

Leer, analizar y responder a cada una de las siguientes preguntas:

1. De acuerdo a lo que entendió del contenido de la política de salud, cómo considera usted que se está aplicando.
2. Mencione cuáles son las determinantes sociales de la salud
3. Seleccione una de las familia en su comunidad con caso de embarazo en adolescente, identifique y analice las determinantes sociales
4. Reflexione, en base a lo que hemos aprendido sobre la atención primaria de salud, cómo usted aplicaría la estrategia en su desarrollo.
5. De acuerdo a lo leído, con sus palabras, ¿qué significa APSI?
6. ¿Cuáles son los principios esenciales y valores de la APS**?** Cómo los aplicaría usted, explique
7. ¿Cuáles son los elementos esenciales de la APS?
8. ¿Cuáles serían los factores que faciliten la implementación de la APSI en su comunidad?
9. ¿Qué aspectos importantes considera usted para que un grupo se constituya en equipo?
10. Revise y analice las funciones que desarrollará usted como promotor o promotora de salud dentro de los equipos comunitarios de salud familiar. Descríbalas y explique cada una de estas.
11. De acuerdo a lo estudiado en clases, ¿Qué beneficios considera usted tiene para su comunidad la atención de salud basada en APSI?
12. Los servicios de salud del MINSAL actualmente están organizados en niveles, menciónelos y describa en el que usted está.
13. Con sus palabras defina lo que usted entiende por promotor/a de salud:
14. ¿Qué cualidades debe tener usted, para ser un buen promotor y buena promotora de salud?
15. Describa brevemente que conoce del quehacer del promotor/a de salud.
16. Describe los principios éticos que debe tener un promotor/a de salud.
17. Explique cómo en su desempeño demuestra respeto por la diversidad multicultural de las personas, familia y comunidad.
18. De acuerdo a lo aprendido haga el llenado completo de 2 fichas familiares (ver anexos) de acuerdo al Instructivo.

Ejercicio # 3_____

De acuerdo a las fichas familiares que llenó en el ejercicio anterior, elabore una lista de problemas identificados a nivel de los miembros de las familias y de su comunidad, resalte los más relevantes, deje el tema abierto para enfatizar sus soluciones y las actividades que realizará en el desarrollo de los 5 módulos y presentarlos al final del curso. Plásmelo en el mapa de su comunidad.

MÓDULO 2

Promotores y promotoras de salud en el desarrollo comunitario

Objetivo

Valorar la comunidad como objeto de transformación por el promotor de salud con participación comunitaria e intersectorialidad.

2.1 LA ORGANIZACIÓN COMUNITARIA

Para garantizar la sostenibilidad de las intervenciones de salud en la implementación de las redes integrales e integradas de servicios de salud, un elemento necesario es la participación comunitaria, a través de las diferentes estructuras organizadas de la comunidad.

La organización comunitaria es la clave para que la comunidad llegue a ser capaz de reconocer y resolver sus propios problemas. Ejemplo de esto es que si las familias de una comunidad, por si solas trabajan para resolver un problema en general, será muy difícil lograrlo; juntas se les hará más fácil la consecución en la resolución de sus problemas; con esto no se quiere decir que los problemas, junto con sus dificultades, desaparecerán de forma automática. Cabe recalcar que lo más importante no es el tipo de organización, si no el hecho que la comunidad se una para la resolución de sus problemas.

La organización comunitaria es importante y dentro de sus principales ventajas se apuntan las siguientes:

1. Posibilita una comunicación periódica y con reglas claras entre todos los miembros de una comunidad
2. Posibilita de esta manera, la identificación de necesidades y problemas, para buscarles juntos las soluciones
3. Promueve el debate, desarrollo e intercambio de opiniones de los miembros de la comunidad, buscando el consenso y llevando a la toma de decisiones en forma participativa
4. Permite una participación de los miembros de la comunidad con reglamentos consensuados.
5. La experiencia de una exitosa acción organizada con la participación de todos, supera las divisiones dentro de la comunidad y fortalece la unidad. La comunidad organizada y unida puede hacer valer sus derechos con mayor incidencia: ¿A quiénes piensa que escuchará más una autoridad, a una persona que va sola a una reunión o a alguien que venga apoyada por toda la comunidad?
6. Las comunidades organizadas pueden ser atendidas más fácilmente por instituciones que dan apoyo técnico o financiero.
7. Logra impulsar mejor su propio desarrollo
8. Se cuentan con más recursos comunitarios que pueden generar, si se socializan, el desarrollo de la comunidad.
9. Utiliza mejor sus propios recursos y los de ayuda externa
10. Permite la formación y fortalecimiento de líderes y de organizaciones

11. Facilita que la comunidad planifique, administre, ejecute, evalúe programas y acciones para resolver los problemas que le aquejan.
12. Permite que la gente se involucre más en la toma de decisiones.
13. Hace que los programas y acciones sean sostenibles.

Rol del promotor/a de salud en la organización comunitaria.

Una función del promotor y la promotora de salud es la conformación de estructuras comunitarias en salud y fomentar el liderazgo participativo, donde la comunidad es gestora de su salud. La estructura comunitaria básica podrá denominarse comité de salud.

2.2 EL COMITÉ DE SALUD

¿Qué es un comité de salud?

1. Un grupo de personas comprometidas con el bienestar de la comunidad, conscientes de la necesidad de organizarse, de estudiar los problemas de la comunidad en el área de salud y medio ambiente.
2. Tienen la disposición de asumir responsabilidades y servir a la comunidad, fomentando la participación activa y consciente de la misma en la búsqueda de soluciones a sus problemas.
3. Personas elegidas por la comunidad para el trabajo en salud, reconocidas como responsables y de confianza.

¿Cómo organizar los comités de salud?

Se pueden realizar entrevistas con líderes identificados, informando y solicitando la colaboración de ellos para:

1. Planificar y organizar reuniones con la comunidad.
2. Convocar a una asamblea de la comunidad, definiendo fecha y lugar

Para lograr la organización del comité de salud, es conveniente que antes de iniciar cualquier acción debe analizarse si los miembros tienen conocimientos básicos sobre lo siguiente:

¿Qué entendemos por salud?
Conocer los problemas más sentidos de la comunidad
¿Porqué es necesario organizar un comité de salud?, ¿Para qué se van a organizar?
Quiénes son las personas más idóneas para integrar e impulsar la organización en salud
¿Están conscientes de la responsabilidad que implica organizarse?
¿Están dispuestos a comprender las diferentes actitudes de las personas de la comunidad?

El comité de salud se conformará con los siguientes miembros: Presidente, Secretario, Tesorero, Síndico y Vocal. Sus funciones principales serán:

Presidente

1. Preside las reuniones, moderando y motivando la participación.
2. Propone la agenda de las reuniones y vela por el cumplimiento de los acuerdos.
3. Resume las opiniones y orienta la toma de acuerdos
4. Asume la responsabilidad general en cuanto al funcionamiento y la actuación del comité de salud frente a la comunidad.
5. Representa a la comunidad en asuntos de salud.

Secretario

Anota con orden y claridad los puntos tratados y acuerdos tomados.

Tesorero.

1. Recibe, basado en comprobantes, los fondos económicos de la junta directiva y de la comunidad.
2. Autoriza junto con el presidente, en base a comprobantes, los gastos que se realizan.
3. Lleva la contabilidad con los libros respectivos.
4. Da un informe financiero mensual a los directivos, para que la comunidad conozca la situación económica.

Síndico

Vela por los intereses del comité y de la comunidad.

Vocal

Participa en la discusión pero no vota. En caso de ausencia puede sustituir cualquier cargo, menos al tesorero.

Funciones del comité de salud:

1. Impulsar la organización de la comunidad para solucionar los problemas de salud.
2. Promover y participar en la realización de los procesos de diagnóstico y la elaboración de planes de intervención familiar y comunitaria.
3. Apoyar las intervenciones por parte del equipo de salud en la comunidad.
4. Buscar contactos y coordinación con otras instituciones que trabajan en salud y medio ambiente, dentro y fuera de la comunidad.
5. Adquirir conocimientos sobre los procesos que llevan desde la salud a la enfermedad.
6. Realizar acciones de educación para la salud, con la finalidad de que las personas de la comunidad participen activamente en la modificación de sus hábitos, costumbres y conductas en salud.
7. Detectar casos y grupos de riesgo en la comunidad y comunicar al promotor de salud y equipo de salud familiar.
8. Apoyar la realización de visitas domiciliares a familias para promover aspectos de salud.
9. Participar en los procesos de participación comunitaria para ejercer el derecho a la salud.

2.3 ASAMBLEA COMUNITARIA

Sistematización de las reuniones en asamblea comunitaria

En coordinación con el equipo comunitario de salud familiar y los líderes formales e informales, se convocarán reuniones ordinarias cada 6 meses de la asamblea comunal, y extraordinarias, cada vez que se tiene un problema y se necesitará el involucramiento de los habitantes de la comunidad.

Actividades que se pueden realizar en asamblea comunal:

- Participación en la identificación de necesidades, problemas y en priorización de estos últimos.
- Ejercer la contraloría social, participar en la evaluación y en la toma de decisiones de mayor trascendencia que afecten a la comunidad.
- Apoyar al equipo comunitario de salud familiar y en el desarrollo del plan operativo anual de salud.
- En el proceso de selección de promotores de salud.
- Evaluación semestral del plan de acción del análisis de la situación de salud integral.

Análisis de la situación de salud.

¿Cuáles son los propósitos generales del ASSI?:

1. Medir el estado y el acceso a la atención integral, integrada, apropiada y continua de la salud, incluyendo la medición y el monitoreo de la equidad y la desigualdad.
2. Evaluar el funcionamiento de las redes integrales e integradas del sistema de salud en el área de responsabilidad, y los servicios que presta.
3. Facilitar la identificación de necesidades de salud no satisfechas y la evaluación de las prioridades en la familia y la comunidad.
4. Apoyar la formulación de estrategias de promoción y prevención de la salud, control de enfermedades, evaluación de pertinencia, funcionalidad, eficiencia, eficacia, sostenibilidad, intersectorialidad, participación social y ciudadana.
5. Apoyar la construcción de escenarios de salud que se proyecten para mejorar la calidad de vida de la persona, familia y comunidad, a partir de la modificación de las determinantes.

¿Cuáles son los componentes del ASSI?

1. Definición del perfil de salud de la población.
2. Determinación de las tendencias en la salud.
3. Determinación de necesidades de salud no satisfechas.
4. Identificación de grupos críticos o vulnerables.
5. Medición de las desigualdades en la salud.

6. Establecimiento de prioridades.
7. Valoración del impacto en la salud.
8. Evaluación de la efectividad y del desempeño de las intervenciones en salud.
9. Apoyo y participación de la comunidad y los diferentes sectores de la sociedad, incluyendo la contraloría social.
10. Identificación de escenarios futuros.
11. Los componentes engloban el contexto político, social y económico, el estado de salud de las poblaciones y la respuesta de los sistemas de salud.

Marco para el análisis de la situación de salud

Pasos comunes del diagnóstico comunitario participativo para la ejecución del análisis de la situación de salud integral:

1. Asignación de la población.
2. Identificación de las necesidades y problemas de la población (ver anexo II).
3. Identificación de líderes de la comunidad.
4. Organización de equipos de líderes para el seguimiento del diagnóstico y comunicación de los avances con la comunidad.
5. Asegurar la disponibilidad de materiales para hacer el diagnóstico.
6. Elaboración en conjunto con el equipo de líderes participantes, de un croquis de la comunidad para programar la recopilación de datos, ubicando los puntos cardinales correspondientes, así como el sistema de redes integrales e integradas en el área geográfica de influencia.
7. Llevar registro de problemas identificados durante todo el proceso del diagnóstico, desde el reconocimiento geográfico, en el diario de campo.
8. Capacitación a los líderes comunitarios.
9. Organización y distribución del trabajo de recopilación de datos con el equipo de líderes.
10. Seguimiento diario del proceso de recopilación de datos si es posible, para apoyarse mutuamente.
11. Procesamiento y consolidación de la información y mapa sanitario con el equipo de líderes comunitarios.
12. Incorporación de la información obtenida de las fichas al Sistema Informático de las Fichas Familiares (SIFF) o llevarla al lugar donde se utilizará dicho insumo para análisis de los resultados de los indicadores.
13. Analizar todos los datos obtenidos: datos cuantitativos de las fichas familiares y cualitativos de entrevistas, mesas de diálogo, entre otras, para identificar las necesidades sentidas por la población.
14. Elaboración de la presentación de consolidado del diagnóstico.
15. Preparación y convocatoria a reunión para hacer la devolución diagnóstica a la comunidad, con la participación del equipo de líderes, representantes del nivel local de salud y de otros sectores (mesa intersectorial y de actores: representantes de cada una de las mesas).

16. Anotar en una lista, los problemas que se vayan identificando por parte de los participantes, durante la devolución. Con la lista de problemas que se obtiene, utilizar el método de trillaje.
17. Priorizar los problemas identificados durante el diagnóstico, con el método de Ranqueo, según la frecuencia con que ocurren los problemas, la gravedad en la población afectada, la preocupación de la comunidad por el problema y si se puede hacer algo en la comunidad para solucionarlo. Los problemas relacionados con determinantes sociales de la salud, tales como el empleo, la vivienda, agua potable, educación y otros servicios básicos que requieren la participación de diferentes sectores, deberán desarrollar su propio proceso de planificación de intervenciones, en la mesa intersectorial, bajo la responsabilidad directa de los líderes de la organización comunitaria, en coordinación con los representantes de los sectores correspondientes.
18. Definidos y priorizados los problemas, sus causas y efectos (método de espina de pescado), se continúa con un listado de posibles soluciones factibles, las cuales serán transformadas en objetivos, que correspondan exactamente con los problemas identificados, sus causas y efectos con la ejecución del plan de acción.
19. Monitoreo de los procesos e impactos, con la siguiente frecuencia: mensual por el Ecos familiar, trimestral con SIBASI y Región; semestral con los líderes comunitarios, municipales y otras organizaciones.

Ejercicio del análisis de la situación de salud integral:

En resumen busca responder a cuatro preguntas estratégicas:

a) ¿Cuál es la situación actual de la salud en el área local? identificando retos y oportunidades, incluyendo: acceso, percepciones, y uso de los servicios de salud

b) ¿Cuál es la situación de mujeres, hombres, niños, niñas, adolescentes, adultos/as mayores y otros grupos prioritarios?

c) ¿Con cuáles actores comunitarios e instituciones presentes en el municipio debemos trabajar para implementar intervenciones?, ¿cuáles son los recursos potenciales que podemos aprovechar?

d) ¿Cuáles son las intervenciones y mecanismos participativos que existen en la salud comunitaria de la zona?, y las lecciones aprendidas de éstas, que deben ser tomadas en cuenta.

Contenidos del análisis de la situación de salud integral

Portada: en correspondencia al escenario donde se elabore.

i. Título

i. Autor

ii. Unidad

iii. Universo

iv. Componentes

Introducción (importancia, antecedentes históricos y justificación, planteamiento del problema)

Objetivos:

General: mejorar el perfil de salud-enfermedad de la población adscrita.

Específicos:

1. Describir el comportamiento demográfico de la población.
2. Valorar la influencia de las determinantes en el estado de salud de la población.
3. Evaluar la calidad de la atención médica, funcionamiento de las redes integrales e integradas y el grado de satisfacción de la población.
4. Determinar la situación de la morbi mortalidad, estableciendo parámetros para futuras comparaciones con años posteriores.
5. Identificar los principales problemas de salud, así como el establecimiento del orden de prioridades con participación comunitaria e intersectorial.
6. Diseñar el plan de acción con las redes y la comunidad, para dar solución a los problemas de salud.
7. Análisis de los resultados y discusión.
8. Resultados esperados.
9. Actividades y estrategias de intervención.

2.3 DIAGNÓSTICO CON PARTICIPACIÓN COMUNITARIA.

¿Qué es un diagnóstico con participación comunitaria?

El Diagnóstico con participación comunitaria**,** es una herramienta que ayuda en el inicio de un proceso de empoderamiento de personas, familias y comunidades. Usando un enfoque participativo, apoya a los actores locales a elaborar un diagnóstico de los problemas y necesidades de salud y sus determinantes. También identifica acciones potenciales y recursos locales que se pueden movilizar para enfrentar esos problemas y necesidades.

El Diagnóstico con participación comunitaria no está diseñado para servir de herramienta de investigación, sino que constituye un proceso participativo en el cual diferentes actores, además de identificar los elementos de su realidad y cómo les afecta, pueden reconocer la importancia de trabajar juntos, de escucharse unas/os a otras/os, y de una planificación y resolución conjunta de sus problemáticas.

Los diagnósticos comunitarios participativos deben ser una parte de un ciclo rutinario de la planificación en salud. La red de servicios de salud, junto con la red social comunitaria, deberían efectuar diagnósticos periódicos que den la información y retroalimentación a las gerencias de programas de salud sobre las necesidades cambiantes, para llevar a cabo procesos informados para la planificación en salud.
Sería bueno en esta parte rescatar algunos aspectos que abonan a incorporar el enfoque de género, sin llegar a limitarse en la salud materna y neonatal.

Características del diagnóstico con participación comunitaria

a) Utiliza un enfoque participativo que incluye personas de la comunidad e interesadas/os en la recolección y análisis de información sobre la situación de la salud y es considerado como el primer paso en el proceso del empoderamiento de las personas, familias y comunidades.
b) Combina varios métodos para la recopilación de una gama de información y experiencias, recolectados en un análisis situacional y en mesas de diálogo sostenidas con actores sociales, los cuales tienen impacto sobre los problemas de salud. Desagregado por sexo, utilizando lenguaje no sexista, evitando los estereotipos.
c) Promueve un análisis detallado de la situación de salud, apoyando la identificación de intervenciones que son factibles y que pueden fortalecer la estrategia local de salud.
d) Motiva o anima la palabra de los diferentes actores en un diálogo de perspectivas y saberes.

Los beneficios de hacer un diagnóstico con participación comunitaria son:

1. Permite que las personas de la comunidad lleven a cabo un proceso de diagnóstico de la salud y así desarrollar una capacidad de trabajar conjuntamente para su propio beneficio.
2. Las Comunidades identifican sus problemáticas y necesidades de salud (que pueden ser diferentes a las identificadas por las autoridades nacionales o investigadoras/es externas/os), y planificar las intervenciones que sean congruentes con las necesidades identificadas.
3. Vínculos construidos o fortalecidos entre los servicios locales de salud y las/os usuarias/os, promoviendo así el uso de estos servicios y mejoras de la calidad de las mismas.
4. Mayor entendimiento y confianza entre mujeres, hombres, proveedores de servicios de salud, líderes comunitarios y líderes religiosos, entre otros.
5. Aumento del interés sobre la problemática de la salud en las/os miembros de la comunidad.
6. Enfoque de derecho a la salud incorporado desde el diagnóstico.

Pasos del diagnóstico con participación comunitaria

Paso 1: análisis situacional

a. Recolección y procesamiento de información existente sobre la situación de salud.
b. Descripción y análisis de la situación municipal y local de salud
c. Descripción de la zona y sus aspectos culturales
d. Descripción y análisis de las instituciones, organismos, actores sociales y sus redes
e. Descripción de la red de servicios de salud local

Paso 2: Mesas de diálogo con actores sociales como:

a. Mujeres
b. Adolescentes
c. Proveedores de servicios de salud
d. Líderes comunitarios
e. Actores institucionales(de acuerdo a la comunidad se pueden incluir otros actores)

Pasó 3: Mesa de diálogo intersectorial

Taller de priorización involucrando: autoridades locales, actores claves y representantes comunitarios en las mesas de diálogo.

a. Análisis situacional de salud
b. Resumen de los hallazgos de las mesas de diálogo con actores sociales
c. Propuestas de lineamientos para la construcción junto a la comunidad del diseño de planes de intervención.

Estos pasos no se deben ejecutar en forma simultánea. Deberían hacerse en forma consecutiva, porque los resultados de una etapa se utilizan en el siguiente paso. Cada uno de estos tres pasos se presentará con más detalle en las siguientes secciones de esta guía.
La cantidad de tiempo requerido para realizar el DCP dependerá del tiempo y los recursos disponibles, y la experiencia del equipo en procesos participativos. En la mayoría de los casos, el proceso completo de un DCP en las áreas de responsabilidad de los equipos comunitarios de salud familiar (ECSF), desde la etapa de planificación hasta la socialización de los resultados, puede tomar alrededor de 2 meses.

Presentación del diagnóstico con participación comunitaria a la comunidad

Cuando el promotor es parte del Ecos familiar, la asamblea se hace para dar a conocer los resultados del análisis de situación de salud, lo cual se realiza como equipo. Cuando el promotor está solo en la comunidad, esta asamblea es apoyada por el supervisor específico o en su ausencia el director/a del establecimiento.

Se presentan los resultados del DCP a la comunidad, mediante asambleas comunitarias y se busca obtener el compromiso de la población a involucrarse en los diferentes aspectos de salud. Los/as líderes deben ser motivados a que su participación no sólo creará planes de intervención para solventar una serie de problemas de salud encontrados. Debe haber mecanismos para mantener informada a la comunidad de los avances, recibir ideas y retroalimentación.

Principios del diagnóstico con participación comunitaria

Establecimiento de alianzas y colaboración

El Diagnóstico con participación comunitaria debe estar basado en alianzas y acciones intersectoriales a todos los niveles (municipal, departamental, regional y nacional). Para el caso del Ecos familiar, o el promotor de salud (en caso de estar solo en la comunidad), deben establecer alianzas para la elaboración con la comunidad de los planes de intervención, que den respuesta a los problemas encontrados en la comunidad y que se han priorizado.
Las alianzas deben ser desarrolladas o fortalecidas tanto dentro del sistema de salud, como de los otros sectores, incluyendo:

a) Redes sociales y organizaciones de sociedad civil, asociaciones de desarrollo comunitario, comités locales de salud, grupos de mujeres, ONGs, cooperativas, representantes de pueblos indígenas.
b) Instituciones del sector público como: establecimientos de salud, educación, PNC, juzgados, transportes y las autoridades locales entre otras.
c) Grupos e instituciones religiosas.

d) El sector privado.

Aspectos de las alianzas

a) Escuchando y aprendiendo: quienes conducen y participan en el DCP deben estar dispuestas/os a aprender unas/os de las/os otras/os, superando prejuicios y permitiendo que el proceso de aprendizaje tome el tiempo necesario.
b) Desarrollo de capacidades: la facilitación del proceso participativo debe buscar el desarrollo de las destrezas y conocimientos de las/os miembros de las comunidades, a través de un proceso de aprendizaje, compartir y analizar. Los/as diferentes actores involucrados/as en el DCP comparten sus conocimientos y sus perspectivas sobre los problemas. El proceso permite que la comunidad desarrolle sus capacidades, y al mismo tiempo, apoya a que los establecimientos de salud desarrollen un entendimiento de las comunidades. El DCP no sólo es un proceso para obtener información de la comunidad, sino un primer paso de diálogo, sensibilización y empoderamiento.
c) Sin juicio (ambiente abierto a la discusión): expectativas realistas, el diagnóstico con participación comunitaria involucra discusión abierta sobre la situación al nivel comunitario y a veces toca temas delicados. Es importante promover que la gente hable y sienta que sus aportes y conocimientos son valorados. Las/os facilitadoras/es no deben ser prejuiciosas/os o hacer comentarios sobre las creencias, valores o conductas. La intención no es que sea una evaluación, sino un foro de diálogo para identificar necesidades y soluciones.
d) Es importante proporcionarles a las/os miembros de la comunidad, la información clara sobre el diagnóstico. Los objetivos y resultados probables deben ser explicados claramente. Algunas situaciones posiblemente levantarán expectativas. Estas deben ser discutidas abierta y honestamente, y evitar hacer promesas que no se pueden cumplir. Expectativas altas y no realistas darán lugar a decepción y pérdida del interés en el proceso participativo.
e) Confidencialidad: El DCP puede tener discusiones sobre temas delicados. Las/os facilitadoras/es deben respetar en todo momento la confidencialidad de las/os participantes durante las discusiones. Es esencial que las/os miembros de la comunidad no sufran por que se ha divulgado información personal durante las discusiones. Esto se puede evitar enfocando la discusión sobre generalidades y no en participaciones individuales. Por ejemplo, en vez de pedirles a las/os participantes que discutan sus propios problemas, se puede solicitar que se tenga discusión sobre los problemas en general dentro de sus realidades, y de otras comunidades.
f) Equidad de género: se debe promover la equidad de género a través de los análisis de las perspectivas y opiniones tanto de las participantes femeninas como de los masculinos. Las/os facilitadoras/es deben estar conscientes de cualquier inequidad de género que pueda existir durante las discusiones, y ayudar a mujeres y hombres en su discusión y comprensión de sus posiciones dentro de sus comunidades. El equipo de análisis también debe consistir de ambos sexos.
g) Consideraciones culturales: aunque el equipo del diagnóstico debe vivir en el área local, las/os miembros deben estar conscientes de cualquier diferencia entre ellas/os y otras/os

miembros de las comunidades donde estarán trabajando. Entender estas diferencias ayudará en la discusión de la problemática de la salud con los diferentes grupos comunitarios, pero también cuando están analizando la información y determinando los planes de acción apropiados. Un proceso de diagnóstico intercultural debe ser sensible a la historia, las necesidades, las fortalezas y los recursos de los diferentes grupos comunitarios para enfrentar la situación y las necesidades de estos grupos.

El taller de capacitación para el diagnóstico con participación comunitaria

Es importante fortalecer la capacidad técnica de trabajar con procesos participativos, intersectoriales de todas las personas que trabajan en salud. Lo que hace necesario realizar talleres de capacitación para esta actividad.

Participantes: la capacitación estará dirigida a la formación de facilitadores primarios, para que estos a su vez posteriormente capaciten al Eco Familiar y en el caso de no haber Ecos Familiar, al promotor de salud de las áreas de responsabilidad.

Los objetivos de la capacitación: capacitar sobre metodologías e instrumentos para la ejecución del diagnóstico con participación comunitaria

Contenidos y actividades claves:

- Introducción a los principios de participación - organización social, contraloría social, intersectorialidad y derecho a la salud.
- Revisión del informe borrador del análisis situacional.
- Revisión y adaptación de las guías para las mesas de diálogo.
- Capacitación sobre manejo de grupos y destrezas para tomar notas en las Mesas de Diálogo, incluyendo habilidad de comunicación y síntesis para las/os facilitadoras/es.
- Análisis y redacción de informes sobre las mesas de diálogo.
- Preparación de las mesas de diálogo (incluyendo la logística y la identificación de las/os participantes).
- Práctica de una mesa de diálogo con un grupo comunitario, incluyendo el análisis y la redacción de informes.
- Preparación para la mesa de diálogo Interactuares.

2.5 PLANIFICACIÓN PARTICIPATIVA COMUNITARIA

¿En qué consiste la planificación con participación comunitaria?

Cuando ya se tiene un conocimiento más preciso sobre los problemas, sus causas y los recursos disponibles para solucionarlos, es necesario elaborar un plan de intervenciones para llevar a cabo con la participación de la organización comunitaria y el equipo de salud.

Hay que tener presente que cualquier plan de intervención que se elabore, contribuye a la solución de problemas específicos y concretos expresados por la comunidad, y a mejorar también su calidad de vida en general.

El plan de intervenciones permitirá definir con exactitud lo que se va a hacer, cómo se van a distribuir las tareas entre todos los actores, y la responsabilidad con la participación activa de equipos de trabajo para lograr los objetivos de resolver los problemas ya identificados.

Así, el plan deberá siempre responder a las necesidades sentidas por la comunidad; ser realista para que todo lo planificado sea factible de alcanzar, considerando los recursos humanos, materiales y económicos para su implementación.

Pasos para elaborar el plan comunitario de intervenciones

Hacer un plan comunitario de intervenciones en conjunto con la comunidad, asegurará la mejor utilización del diagnóstico participativo. De este modo las soluciones a los problemas quedarán organizadas en actividades concretas a realizar, los tiempos para desarrollarlas y las fechas de cumplimiento; los recursos disponibles y las personas o grupos responsables de su cumplimiento; dejando claro los compromisos que adquieran las personas y los diferentes grupos organizados que participan.

Así que en una reunión con los líderes más importantes de la comunidad, se procederá a elaborar el plan anual, llenando un cuadro de siete columnas, siguiendo el orden que se describe a continuación:

Escribir un objetivo/meta por cada problema que se priorizó en el diagnóstico. El objetivo/meta es lo que se decide hacer para solucionar el problema y responde a las siguientes preguntas:

¿**Qué** se quiere lograr?, ¿**Para** cuándo se quiere lograr?, ¿En **dónde** ocurrirá el resultado?, ¿**Quién** se beneficiará del resultado?, ¿**Cuánto** se quiere lograr?, ¿**Con qué calidad**? (si se cuenta con una norma).

Las respuestas a esas preguntas deben dejar claros, alcanzables, observables y fáciles de medir si se alcanzaron o no, los objetivos/metas propuestos. Para la redacción final del

objetivo meta, pueden obviar la inclusión de ciertas respuestas que sean innecesarias, dependiendo de la claridad con que se comprenda por parte de los planificadores; ejemplo: el lugar y el tiempo si es un plan cuyo título tiene el nombre de la comunidad y el período (año 2008); a menos que sea un objetivo meta que tiene un tiempo diferente y menor de 1 año, (trimestral, un determinado mes etc.), como en el caso de campañas, capacitación de voluntarios, letrinización, introducción de agua potable, mayor vigilancia y promoción de la prevención de la diarrea y otras infecciones, identificación de signos de peligro y uso de sales de rehidratación oral en la entrada del invierno y otros relacionados con factores ambientales, así como socio culturales como en el caso de la mayor ocurrencia de embarazos después de las fiestas navideñas.

Lo que no puede faltar es el **qué** y **cuánto** se quiere lograr; **con quién, y con qué calidad**. Es importante considerar que en la respuesta sobre la calidad, cuando hay normas ya se tienen sugeridas algunas actividades que pueden adecuarse con la comunidad para alcanzar el objetivo. En los objetivos en los cuales no exista una norma como en la atención de las madres y la niñez, se pueden describir las condiciones o cualidades que se espera tenga el cumplimiento del objetivo/meta; ejemplo: fortalecer la organización comunitaria (**Qué**) con comités de salud (**cuánto y quiénes**), en el primer trimestre (**cuándo**) con participación activa de la comunidad (**cualidad o condición**).

En la definición de las actividades es muy importante considerar el fortalecimiento de las capacidades de la comunidad como una forma de empoderamiento, que les permita participar con mayor protagonismo y efectividad en la implementación del plan; principalmente como líderes en los procesos de organización, como informantes claves en la detección de riesgos, grupos vulnerables, signos de peligro en mujeres, niños y niñas; así como en el desarrollo de prácticas saludables dentro de la familia y en la comunidad.

a) **Definir las actividades que se realizarán para alcanzar cada objetivo**. La pregunta que se deben hacer acá es ¿C**ómo** lo haremos? Asegurar en la definición de las actividades si éstas contribuirán al avance hacia el logro del objetivo/meta.
b) **Definir los recursos necesarios para cada actividad**, ya sea personas, materiales y fondos necesarios para implementar las actividades. (Incluyan los recursos con los que ya cuenta el equipo de salud, los que puedan ser conseguidos en y los que se puedan conseguir con otros sectores, como por ejemplo, las alcaldías, y otros)
c) **Determinar los tiempos en que se deben realizar las actividades.** En términos de fechas específicas o períodos (durante mes, trimestre, semestre, anual).
d) **Definir democráticamente los y las responsables de realizar las actividades**, es decir, las personas, equipos de trabajo, grupos, comités, instituciones u organizaciones que estarán a cargo de coordinar, realizar y rendir cuentas de cada una de las actividades comprometidas en el plan de intervenciones.
e) **Definir un indicador para cada objetivo**. Un objetivo es un resultado esperado. La pregunta que se deben hacer acá es ¿**Cómo mediremos** si hemos alcanzado el objetivo? Para saber si se va logrando o se logró alcanzar el objetivo se usan los indicadores, que sirven para evidenciar los logros en las coberturas, en la disminución de la morbilidad y

mortalidad; o el nivel de avance de algún proyecto comunitario (agua, saneamiento, vivienda, alimentos y otros) u otra actividad de capacitación y organización comunitaria con otros sectores.

Este es el tercer momento de aprendizaje que permite conocer cómo se pueden abordar de una forma ordenada y sistemática los problemas y programar las acciones para su solución.

Luego de elaborar el cuadro del plan de intervenciones con sus objetivos, actividades, responsables, tiempos, sus indicadores de evaluación de resultados; se pasa directamente a la acción, siguiendo los pasos de la ejecución participativa.

2.6 EVALUACIÓN PARTICIPATIVA COMUNITARIA

¿En qué consiste la evaluación participativa comunitaria?

Al cumplir seis meses o un año de estar haciendo las actividades del plan comunitario de intervenciones, llega el momento de hacer **un alto en el camino**. A este alto se le llama: **evaluación.**

La evaluación se lleva a cabo en una reunión en la que los líderes de la comunidad, y encargados de las diferentes equipos de salud, el director de la unidad de salud y los miembros de otras instituciones que se vieron involucrados en la ejecución del plan comunitario de intervenciones; revisen todo lo ejecutado, en cuanto a los objetivos que se fijaron lograr, analizando los resultados obtenidos para saber si se logró cumplir lo planificado, midiendo y valorando lo positivo y lo negativo de las acciones realizadas; identificando los factores que facilitaron o que dificultaron el logro de los objetivos. La evaluación es un momento de reflexión que tiene como propósito incrementar y promover los ajustes o innovaciones que contribuyeron al éxito en el logro de los objetivos y evitar cometer en el futuro las fallas identificadas.

Pasos para realizar la evaluación participativa comunitaria

En una reunión con los líderes más importantes y otros miembros de la asamblea comunal y del equipo de salud, se procede a preparar un consolidado de los indicadores de evaluación del plan de intervenciones. Este consolidado es el que se presentará en una asamblea comunal utilizando datos numéricos, carteles, fotografías si están disponibles; puede utilizar como alternativas de presentación por separado, el cuadro consolidado de la salud materna y perinatal y el cuadro consolidado de la evaluación de la atención del menor de 5 años. En el caso de que no hayan definido objetivo/meta para algunos indicadores, sí es importante anotar el resultado disponible generado por el sistema de registro para utilizar el dato anual en la planificación del siguiente año. Para la evaluación se puede utilizar una guía de preguntas con el fin de obtener respuestas de los participantes de la comunidad, que permitan

explicar los aspectos positivos y negativos de las actividades que determinaron los resultados. No se aceptan respuestas simples de “SI” o “NO”, la guía es para generar discusión y comentarios sobre la implementación del plan y su relación con los resultados obtenidos, para anotar los aportes, según cuadro de evaluación, describiendo en una sola frase por qué no se lograron los objetivos/meta y qué se piensa hacer para mejorar en el siguiente año o período en un nuevo plan.

Pasos:

a) Convocar a través del líder más importante de la comunidad, para una asamblea comunal en la que se expondrán los resultados del plan comunitario de intervenciones. Es importante que en esta asamblea estén presentes algunos de los miembros del equipo de salud, de los equipos o comités comunitarios y la mayor parte de la comunidad.
b) Facilitar que los líderes más importantes de la comunidad presenten el diagnóstico consolidado de la comunidad, en el que se incluye información sobre el número de muertes ocurridas en los diferentes grupos de edad, causas y factores determinantes, la tendencia de los problemas y/o complicaciones de salud (según datos de los registros mensuales, tales como las complicaciones del embarazo, el bajo peso al nacer, infecciones respiratorias agudas, neumonía, diarrea, deshidratación); utilizando el enfoque de riesgo como método de reflexión y de intervención, asociando el estado de salud con los factores socio culturales y económicos. Facilitar que los líderes más importantes de la comunidad presenten los resultados de los indicadores de evaluación del plan comunitario de intervenciones.
c) Facilitar que las personas de la comunidad den su testimonio de experiencias de éxito: vidas salvadas de la muerte, personas recuperadas de enfermedades, etc.
d) Animar la discusión y el análisis de la relación entre las coberturas de atención y vacunación, la ocurrencia de las enfermedades y sus complicaciones, y las condiciones básicas de las viviendas.
e) Promover que los miembros de la comunidad reunidos en la asamblea, identifiquen y expliquen el por qué, sí se logró o no alcanzar los objetivos establecidos en el plan comunitario de intervenciones.
f) Promover que los miembros de la comunidad identifiquen los factores favorables y los obstáculos que tuvieron en todo el proceso, desde el diagnóstico (revisando la calidad de los datos del diagnóstico), la elaboración del plan de intervenciones, los recursos y métodos utilizados durante la ejecución.
g) Determinar junto con las comunidades, qué se debe hacer para mejorar lo que no se pudo lograr y tomar acuerdos sobre lo que se agregará para un próximo plan comunitario de intervenciones.
h) Si el director del eco familiar no estuvo presente en la evaluación, el promotor deberá hacer un resumen para darlo a conocer al personal de salud utilizando los productos ya elaborados con la comunidad.

Con la evaluación se llega a un nuevo diagnóstico en el cual se redefinen los problemas, se vuelven a priorizar los problemas, se actualizan los objetivos o se incluyen nuevos, se determinan nuevamente los recursos necesarios para ejecutar las actividades y los

responsables de llevarlas a cabo, y los tiempos de ejecución; se corrigen las fallas, se adoptan nuevas acciones e iniciativas o se adaptan las que ya se estaban realizando, mejorando el desarrollo de capacidades y de organización comunitaria.

Es muy importante destacar que el promotor debe, en el proceso de planificación de intervenciones integrales de salud y desarrollo, asumir la función específica de **promoción de la salud**, facilitando el proceso de organización, participación de la comunidad y la coordinación intersectorial para la autogestión, evitando caer en la tentación de "cargar con todo" y en solitario.

2.7 VISITA DOMICILIAR

Hablemos de la visita domiciliar

Concepto:

Es una actividad que permite realizar el seguimiento del estado de salud y nutrición de los miembros de la familia a nivel del hogar.

La visita se considera uno de los pilares fundamentales de la atención primaria de salud.

A través de esta actividad se garantiza la continuidad de la atención preventiva del paciente y su familia, es el medio por el cual se evalúa periódicamente la condición y evolución del estado de salud del usuario de forma integral, además de permitir realizar intervenciones específicas. La visita domiciliar es la que se realiza de forma programada, periódica, ordenada y previamente planificada para el fomento y promoción de la salud a nivel de cada hogar de su área de responsabilidad.

Es el servicio que se realiza en el domicilio de la persona, con la finalidad de detectar, referir y dar seguimiento a los problemas de salud del paciente y la familia, potenciando su autonomía, reduciendo las crisis por descompensaciones y en general, mejorando la calidad de vida de las personas.

Objetivos:

a) Reforzar los conocimientos sobre los temas tratados en las reuniones educativas en base a la observación de la aplicación de lo aprendido, a casos concretos ocurridos en el hogar o de la comunidad.
b) Darle seguimiento a la familia o alguno de sus miembros que estén en riesgo o hayan presentado un problema de salud. Darle seguimiento al consumo del tratamiento.
c) Referir a miembros de la familia que estén en riesgo o presenten algún problema de salud al eco familiar.
d) Hacer citatorios y aprovechar para la promoción de salud y la prevención de las enfermedades
e) Hacer búsqueda del SR, febriles, focos de infección, faltistas a vacunas, controles infantiles, niño desnutrido, control prenatal, puérperas, mujeres en edad fértil con intenciones de planificar, mujeres faltistas a respuesta de PAP o con reporte de alguna patología, seguimiento a los cuidados del adulto mayor y al adolescente, criaderos de

zancudos, saneamiento básico del hogar en general (con principal énfasis en embarazadas, niños menores de 5 años faltistas a sus vacunas y controles programados).

Entre sus ventajas están:

Generar confianza frente al servicio, esto permite mayor participación comunitaria, logra relación interpersonal y empatía; facilita el cumplimiento de indicaciones, constata y verifica información, identifica problemas y necesidades, facilita vigilancia y seguimiento, otorga visión global de la familia para darle un mejor abordaje, permite actividades de educación para lo cual es necesario contar con un plan de intervenciones familiares que contiene objetivos y metas de la visita.

La duración efectiva de la visita será de una hora, la frecuencia va de acuerdo a las necesidades identificadas de la familia.

Motivo de la visita

1) Visita integral planificada : es la que se realiza en una vivienda donde se intervienen los aspectos de la persona, familia y su relación con el entorno; se debe realizar como mínimo una vez al año a cada familia y responde a una acción planificada
2) Visita de intervención por enfermedades de vigilancia epidemiológica: es la que se realiza en una vivienda donde se intervienen aspectos relacionados con la persona, familia y entorno, sujetas a una situación o enfermedad específica que puede generar riesgo o daños a la salud.
3) Visita por una situación de saneamiento básico: es la que se realiza con el objeto de intervenir una situación relacionada con el saneamiento básico, como por ejemplo: manejo de desechos sólidos, utilización y mantenimiento de la letrina, desinfección, almacenamiento y manipulación de agua para consumo humano, convivencia con animales dentro de la vivienda, disposición de aguas residuales, control de insectos y roedores, higiene de los alimentos y otros de interés de salud.
4) Visita por campaña de vacunación humana: es la que se realiza con el propósito de cumplir esquema de inmunizaciones, según edad.
5) Visita por campaña de vacunación de animales transmisores de rabia: es la que se realiza con el propósito de vacunar perros y gatos, para prevención de la rabia.
6) Visitas por atención específica en algún miembro de la familia: es la que se realiza con el propósito de dar seguimiento a un caso de morbilidad, realizar una curación, cumplir una inyección, entre otros.
7) Levantamiento de ficha familiar: es la visita con el propósito de levantar o actualizar este instrumento de acuerdo a necesidad.
8) Selección de voluntarios: es la visita que se realiza para la identificación de personas de la comunidad que quieran apoyar las acciones de desarrollo
9) Visita por emergencia o desastres: es la que se realiza debido a un acontecimiento inesperado que ponga en riesgo la vida de las personas.

2.8 TABULADOR (Utilice anexos)

2.9 GUÍA DE TRABAJO #2

Tarea ex aula_____

Recolección de información sobre la situación de salud

a) ¿Qué fuentes y técnicas utilizó? (ficha familiar, mapa de riesgo, entrevista, grupos focales y otros)
b) ¿Cómo sintetizó la información obtenida?
c) ¿Cómo logró la participación de la comunidad? (elaboro carteles, asambleas, visita domiciliar)
d) ¿Qué problemas encontró? Haga una lista de los problemas encontrados
e) Priorización de los problemas
f) Describa el proceso (Instrumentos y técnicas)
   - Criterios
   - Desafíos

Ejercicio práctico_____

Usted está por formar el comité de salud en su comunidad:
¿Qué pasos realizará?, de acuerdo a lo aprendido. Descríbalos:

1. Describa los diferentes motivos de la vista domiciliar y cuáles hasta el momento a realizado usted:
   _____
   _____
   _____
   _____

2. En el tabulador, hacer ejercicios de llenado de acuerdo a las visitas efectuadas en el ejercicio anterior
   _____
   _____
   _____
   _____

MÓDULO 3

Promotores y Promotoras de Salud en la Atención Integral de la familia y la comunidad

Objetivos

1) Desarrollar habilidades en el manejo de las herramientas para dar un cuidado integral, basado en las necesidades y problemas de la persona, familia y comunidad.
2) Interpretar los conocimientos esenciales sobre las enfermedades trasmisibles más frecuentes en su comunidad.
3) Describir las características esenciales de las enfermedades crónicas no trasmisibles y otros daños a la salud más frecuentes en su comunidad.
4) Promover acciones de salud relacionadas con enfermedades trasmisibles identificadas en el análisis de la situación de salud de su comunidad

3.1 SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (SSR)

Para abordar la temática de salud sexual y reproductiva por el promotor y la promotora se detallan algunas definiciones relacionadas:

Definiciones importantes sobre salud sexual y reproductiva

Enfoque de género:

El enfoque de género es más que una serie de preceptos que deben introducirse mecánicamente a los programas de desarrollo. El enfoque de género tiene relación con la misma vida, y en este sentido con las formas en que hombres y mujeres se relacionan entre ellos, se relacionan con sus entornos, lo modifican y lo transforman.

Así mismo, el enfoque de género tiene que ver con sus transformaciones en las relaciones de poder, que han sido transmitidas de generación en generación a través de procesos de socialización.
Personas significativas y en instancias de socialización concretas como la familia, la escuela, la iglesia, nos han ido inculcando y transmitiendo normas, valores y apreciaciones de nuestra identidad masculina y femenina. Si bien es cierto que hemos asimilado esos valores con otros y a través de otros, también es importante que sea en un contexto de grupo donde logremos replantearnos y reconstruir nuevas relaciones de género, más justas y equitativas.
Esto implica, que el tema de relaciones de género tiene que ser abordado dentro de un ambiente de participación en los diferentes ámbitos; familiar, comunitario e institucional. Los principales conceptos básicos relacionados al enfoque de género son los siguientes:

Género: conjunto de rasgos asignados a hombres y mujeres en una sociedad que son adquiridos en el proceso de socialización; son las responsabilidades, pautas de

comportamiento, valores, gustos, temores, actividades y expectativas, que la cultura asigna en forma diferenciada a hombres y mujeres, en otras palabras, es el modo de ser hombre o de ser mujer en una cultura determinada.
De ahí se derivan las necesidades y requerimientos diferentes de hombres y mujeres para su desarrollo y realización personal. Se distingue del término sexo, pues alude a diferencias socioculturales y no biológicas, al ser una construcción social está sujeta a modificaciones históricas, culturales y aquellas que derivan de cambios en la organización social. Como categoría de análisis se basa fundamentalmente en las relaciones sociales entre hombres y mujeres[3].

Sexo: se refiere a las diferencias biológicas entre el macho y la hembra de la especie, tratándose de características naturales e inmodificables.

Enfoque de género: forma de observar la realidad con base en las variables "sexo" y "género" y sus manifestaciones en un contexto geográfico, étnico e histórico determinado. Este enfoque permite visualizar y reconocer la existencia de jerarquía y desigualdad entre hombres y mujeres expresadas en opresión, injusticia, subordinación, discriminación mayoritariamente hacia las mujeres.

Identidad de género: alude al modo en que el ser hombre o mujer vienen prescritos socialmente por la combinación de rol y estatus, atribuidos a una persona en función de su sexo y que es internalizado por cada persona. Las identidades y roles atribuidos a uno de los sexos son complementarios e interdependientes con los asignados al otro, así por ejemplo, dependencia en las mujeres e independencia en los hombres.[4]

La sexualidad: es el conjunto de condiciones anatómicas, fisiológicas y psicológico-afectivas que caracterizan el sexo de cada individuo. También, desde el punto de vista histórico cultural, es el conjunto de fenómenos emocionales, de conductas y de prácticas asociadas a la búsqueda del placer sexual, que marcan de manera decisiva al ser humano en todas y cada una de las fases determinantes de su desarrollo en la vida.

Salud sexual y reproductiva: es el estado completo de bienestar físico, mental y social de la población salvadoreña, incluyendo la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgo. Así como, tomar la decisión de tener hijos o no, cuando y con qué frecuencia, y no solo la ausencia de enfermedades relacionadas con el sistema reproductivo, sus funciones y sus procesos.

Riesgo reproductivo: probabilidad que tiene tanto la mujer en edad fértil como su potencial producto, de experimentar enfermedad, lesión o muerte en caso de presentarse un embarazo**.**

[3] Enrique Gomáriz," La planificación con perspectiva de género", San José Costa Rica.
[4] Marcela Lagarde" Identidad de Género, Cenzontle", Nicaragua.

Dentro de las condiciones de riesgo reproductivo, están:

Biológicos		Sociales
Hipertensión arterial **Diabetes** **Cardiopatía** **2 ó más abortos** **2 ó más cesáreas** **5 ó más embarazos** **Edad mayor de 35 años-** **Menos de tres años del último embarazo**	Nacido muerto y/o primeros 7 días. Prematuras Defectos de nacimiento Bajo peso al nacer Toxemia, hemorragia o infección puerperal, en embarazos anteriores. IVU crónica Adolescencia Defectos del útero Gemelos Estado nutricional y anemia. ITS/VIH-SIDA VDRL positivo o sífilis. Problemas hormonales	Unión inestable Adicciones y delincuencia Pobreza extrema Analfabetismo y baja escolaridad. Prácticas sexuales de riesgo Violencia intrafamiliar. Inaccesibilidad de los servicios de salud. Capacidades especiales. Trastornos mentales

Espacio intergenésico: se define como el período entre el último nacimiento (u otro evento obstétrico) y el inicio del siguiente embarazo. Los profesionales de la salud, por lo general, han estado de acuerdo que un intervalo de 3 a 5 años, es importante para la salud y supervivencia de la madre.

3.2 PLANIFICACIÓN FAMILIAR

¿Qué es la planificación familiar? La planificación familiar es la utilización de métodos artificiales o naturales, temporales o definitivos para impedir la fecundación, con el objetivo de evitar o espaciar el número de hijos, de manera voluntaria, libre e informada.

La planificación familiar ofrece beneficios a la familia, dentro de los que podemos mencionar:

- ✓ Hay oportunidad de dar una mejor y mayor atención y cariño a los hijos.
- ✓ Fomenta la armonía familiar.
- ✓ Relaciones sexuales satisfactorias
- ✓ Distribución adecuada de los recursos familiares
- ✓ Espaciamiento de los embarazos, mejorando la salud de la madre.

En cuanto a la planificación se apuntarán conceptos claves como los siguientes:

Elección libre e informada.
Es el derecho de cada persona a decidir cuándo y cuántos hijos tener. En planificación familiar es la elección de un determinado método hecho por la usuaria/o con la información sobre la gama de métodos disponibles y de acuerdo a sus necesidades.

Consentimiento voluntario informado.
Es un concepto basado en derechos humanos conforme al cual las personas aceptan recibir un tratamiento médico, usar un método de planificación familiar o participar en un estudio, en forma voluntaria y consciente, como resultado de la información recibida.

Derechos reproductivos
En la Conferencia Mundial sobre Población y Desarrollo, el Cairo, Egipto, 1994, es la primera vez en la historia que se define un grupo de derechos humanos como derechos reproductivos y son los siguientes:

- ✓ A la vida,
- ✓ A la salud,
- ✓ A la libertad, seguridad e integridad personal,
- ✓ A la libertad de culto y religión,
- ✓ A decidir el número e intervalo de los hijos,
- ✓ A la intimidad,
- ✓ A la igualdad y a la no discriminación,
- ✓ Al matrimonio y a fundar una familia,
- ✓ Al empleo y a la seguridad social,
- ✓ A la educación,
- ✓ A la información adecuada y oportuna,
- ✓ A modificar las costumbres discriminatorias contra las mujeres,
- ✓ A disfrutar del progreso científico y a dar su consentimiento para ser objeto de estudio.

El enfoque de derechos en la prestación de los servicios de planificación familiar contribuye a mejorar la calidad de los servicios a nivel individual (de las parejas) y de la población en general.

Derechos de las personas a usuarias de planificación familiar.
Estos se derivan de los derechos reproductivos de la declaración del Cairo, incorporando los derechos que se refieren a la calidad de atención en planificación familiar y son los siguientes:

- ✓ A la información: recibir la información completa de planificación familiar junto con su pareja.
- ✓ Acceso: a servicios de calidad en planificación familiar.
- ✓ A seleccionar: decidir de manera libre e informada, si quieren planificar su familia o no, escoger el método anticonceptivo y cuando usarlo.
- ✓ A la seguridad: esto implica urbana anticoncepción eficaz y segura.

- ✓ A la privacidad: discutir las necesidades y preocupaciones sin ser escuchado y/u observado por otras personas.
- ✓ A la confidencialidad: debe asegurarse a la persona usuaria que cualquier información que se proporcione o los detalles de los servicios que recibe, no serán comunicados a terceros sin su consentimiento
- ✓ A la dignidad: ser tratadas con cortesía, consideración, atención y respeto.
- ✓ A la comodidad: mientras reciben los servicios.
- ✓ A la continuidad: recibir servicios e insumos anticonceptivos durante el tiempo y el nivel de atención que necesite; es decir, no deben ser descontinuados a menos que no sea decidido por la usuaria.
- ✓ A opinar: expresar sus opiniones e inquietudes sobre los servicios de planificación familiar.

Cuáles son las prestaciones de planificación familiar :

- Inscripción de métodos temporales por médico y enfermera
- Controles subsecuentes de métodos temporales por médico y enfermera.
- Control subsecuente de método permanente por médico
- Referencias a hospitales para métodos permanentes
- Abastecimientos de métodos de planificación familiar, orales, inyectables, condones
- Consejería.

Métodos anticonceptivos.

Para planificar la familia se realiza mediante el uso de un método de planificación familiar.
Los métodos anticonceptivos son medios o formas que utiliza la pareja para espaciar el nacimiento de los hijos y evitar embarazos de riesgo o en algunos casos no deseados.
Son de dos tipos: temporales y permanentes.

Oferta de métodos temporales:

Los métodos temporales son aquellos que pueden usarse para un determinado período de tiempo y que al suspenderse permiten a la pareja un nuevo embarazo, entre ellos están: las pastillas anticonceptivas, inyectables hormonales (de 1 mes, 2 meses, 3 meses de protección) el dispositivo intrauterino conocido como DIU (T de cobre), el condón o preservativo, métodos naturales como el “MELA”, Métodos de barrera, implantes hormonales.

Oferta de métodos permanentes:
Los métodos definitivos son los métodos de planificación más efectivos y seguros para hombres y mujeres, pero son irreversibles (para toda la vida); entre estos están: la esterilización femenina y la esterilización masculina o vasectomía.

¿Qué sabemos de la esterilización en la mujer? La esterilización femenina es una operación sencilla que se realiza con anestesia en la mayoría de las mujeres que se aplica en el lugar de la operación, sin embargo no está libre de riesgo.
El médico localiza las Trompas de Falopio a través del ombligo, las corta utilizando diferentes técnicas.
Al cortar las Trompas de Falopio se evita que el óvulo de la mujer se una con el espermatozoide del hombre. Si no hay unión, no se produce el embarazo.
Después de la operación a la mujer le sigue viniendo su menstruación (regla) normalmente.

¿Qué más debe saber de la esterilización?
- ✓ Después de la operación no debe hacer trabajos pesados o ejercicios fuertes por una semana; luego puede realizar sus actividades normales.
- ✓ Después de la operación puede tener relaciones sexuales tan pronto se sienta bien de la operación; no afecta el deseo ni la satisfacción sexual.

¿Qué es la esterilización masculina o vasectomía y cómo se realiza?
Es una operación que se realiza con anestesia local.
El médico localiza los conductos deferentes a través de la bolsa de los testículos (Escroto). Los amarra y los corta utilizando diferentes técnicas. Generalmente no se necesita sutura ni hospitalización.
Al cortar los conductos, los espermatozoides no pueden pasar al semen. Después de la operación, se sigue expulsando semen igual que antes, pero sin expulsar espermatozoides.
El semen sin espermatozoides no puede fecundar al ovulo de la mujer, y por lo tanto no hay embarazo

¿Qué más debe saber?
- ✓ El primer control se hará una semana después de la operación.
- ✓ El hombre o su pareja deben usar condón u otro método efectivo de planificación familiar por lo menos los próximos tres meses después de operado, ya que el semen guardado en la vesícula seminal puede tener espermatozoides

  Después de la operación, debe consultar inmediatamente con el personal de salud, si aparece cualquiera de estos síntomas:
  - Fiebre
  - Dolor severo en el sitio de la operación
  - Morete con inflamación en el sitio de la operación
  - Sangrado de herida operatoria o inflamación de la bolsa testicular (Escroto)
- ✓ La Esterilización masculina no afecta el deseo ni la satisfacción sexual, ni la erección del pene. El hombre no cambia su comportamiento masculino

- ✓ Después de la operación puede tener relaciones sexual tan pronto lo desee y se sienta bien.
- ✓ La esterilización masculina o vasectomía no le protege de infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH/sida. Para protegerse debe usar condón.
- ✓ Siendo una operación definitiva ya no se podrá tener más hijos o hijas, usted y su pareja deberán estar seguros al tomar esta decisión
- ✓ Puede cambiar de decisión en cualquier momento antes de la operación, sin que sea rechazado al solicitar otros servicios médicos

La atención a usuarias/os en planificación el promotor utilizará la guía de planificación familiar para promotores de salud.

3.3. PREVENCIÓN Y DETECCIÓN TEMPRANA DEL CÁNCER DE CÉRVIX Y DE MAMA

El cáncer del cuello del útero y el cáncer de mama son enfermedades muy frecuentes en nuestro país, y mortales si no se detectan y se tratan a tiempo.

Cáncer de cuello del útero

Se considera que la gran mayoría de los casos de cáncer de útero se deben a una enfermedad venérea que se llama: “virus del papiloma humano” o VPH que es el mismo virus que causa las verrugas genitales; una mujer tiene mayor riesgo de contraer el VPH cada vez que tenga relaciones sexuales sin protección con un hombre que tiene el virus.

Factores de riesgo.

1. Historia de múltiples compañeros sexuales o que su compañero tenga múltiples contactos sexuales.
2. Inicio temprano de relaciones sexuales(antes de 19 años)
3. Antecedentes de infecciones de VPH.
4. Fumadoras.
5. Malos hábitos higiénicos
6. No toma de Papanicolaou.
7. Infecciones frecuentes no tratadas.
8. Multiparidad

Como prevenirlo

La prueba más común es la citología o Papanicolaou (PAP), el objetivo es buscar de forma temprana alteraciones del cuello del útero, que posteriormente se conviertan en células cancerosas, no es doloroso. La prueba se realiza cada año si es normal, o según sea necesario por indicación médica.

¿Cuáles son los requisitos para el examen?

1. No estar en el período menstrual (regla).
2. No haber tenido relaciones sexuales las 48 horas anteriores
3. No haberse realizado, 48 horas antes, duchas vaginales
4. No haberse aplicado ningún tratamiento médico vaginal (óvulos o cremas), durante las últimas 48 horas

Cáncer de mama.

La detección temprana a través de auto examen, el objetivo es buscar el crecimiento anormal y desordenado de células enfermas de la mama, formando una masa o tumor, (pelotita).

Prevención temprana.

1. Autoexploración, hacerlo cada mes después de la primera menstruación y pos menopausia.
2. Examen clínico por médico a partir de los 25 años
3. Mamografía

Acciones del Promotor/a de Salud:

1. Consejería
2. Educación para dar a conocer los diferentes métodos, sus ventajas y sus efectos secundarios
3. Abastecimiento de métodos de planificación familiar, orales, inyectables, condones, por promotores de salud.
4. Referir al Ecos familiar, si lo hay, si no a la unidad comunitaria de salud familiar (UCSF) más cercana: faltista de control de planificación, toma de PAP, multípara sin PF, dar seguimiento para realizarse la citología o cuando en respuesta de PAP presente una patología.
5. Orientación de la técnica de autoexploración de la mama

3.4 ATENCIÓN INTEGRAL DE LA MUJER EN EL PERÍODO PRECONCEPCIONAL Y PRENATAL

Para la atención Integral de la mujer se utilizará la guía de AIEPI comunitario. Versión revisada

3.5 ATENCIÓN INTEGRAL AL MENOR DE 5 AÑOS

Para la atención integral del niño menor de 5 años se utilizará la guía de AIEPI comunitario. Versión revisada

3.6 ATENCIÓN INTEGRAL A LA MUJER EN EL PERÍODO POSPARTO

Para la atención integral de la mujer pos parto se utilizará la guía de AIEPI comunitario. Versión revisada

3.7 ATENCIÓN INTEGRAL AL ADOLESCENTE

Para la atención integral al adolescente se utilizará la guía de atención del adolescente.

Acciones del promotor/a de salud

1) Referir en caso de morbilidad
2) Formar grupos de auto-ayuda en atención a los adolescentes en la comunidad
3) Proporcionar educación para la salud, según necesidad o riesgo, como:
   - Prevención del consumo de alcohol
   - Prevención del consumo de drogas
   - Conducta de suicidio
   - Embarazo precoz
   - VIH/sida
   - Anorexia
   - Obesidad
   - Violencia
4) Brindar consejería, según normativa vigente
5) Proporcionar seguimiento a tratamiento indicado
6) Visita domiciliar, según factores de riesgo y de acuerdo a normativa vigente
7) Participar en grupos de educación para padres en la escuela, Iglesias, grupos, etc.
8) Referir adolescentes a grupo de apoyo de los ecos familiares comunitarios
9) Revisar y actualizar esquema de vacunación
10) Organizar y coordinar actividades de atención primaria en salud mental y apoyo psicológico a nivel de la familia y comunidad

3.8 ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MASCULINO

Para la atención integral del adulto masculino se utilizará la norma y "Guía Atención al Adulto Masculino"

Acciones del promotor/a en la atención integral al adulto masculino:

1. Detección temprana de morbilidades
2. Referir en caso de morbilidad
3. Formar grupos de autoayuda en la comunidad
4. Proporcionar educación para la salud, según necesidad o riesgo (alcoholismo, drogas, tabaquismo, ITS. etc.
5. Brindar consejería, según normativa vigente.
6. Proporcionar seguimiento a tratamiento indicado
7. Visita domiciliar, según factores de riesgo y de acuerdo a normativa vigente
8. Organizar y coordinar actividades de atención primaria en salud mental y apoyo psicológico a nivel de la familia y comunidad

3.9 ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR

Para la atención integral del adulto mayor se utilizará la norma y la "Guía Atención del Adulto Mayor"

El cuidado del adulto mayor en nuestras comunidades

El cuidado de los adultos mayores, los abuelos o los ancianos de la familia, aún cuando presenten limitaciones y/o enfermedades, con su carácter y sus obsesiones representan un compromiso de todos para una atención integral e integrada que se les debe proporcionar; todavía se mantiene la tradición que los adultos mayores vivan en los hogares de sus parientes o vivan en sus propias casas, y en algunos casos la familia tiene que dejarlos en casa de ancianos por no contar con una persona para su cuidado, ya que la familia debe trabajar o en algunos casos por una patología que tiene el adulto mayor en la cual necesita una atención especializada. Es importante orientar a la familia la visita regular para que se sienta el apoyo familiar. Hay familias que los conserva en casa a pesar de los cambios que ésta decisión acarrea para toda la familia. Sin embargo, existen casos en nuestras comunidades en los que se observan **adultos mayores en abandono y muchas de las veces sufren de maltrato físico y psicológico por parte de sus familiares, vecinos y seres queridos.**

El cuidado del adulto mayor en el hogar, una vez que éste dependa totalmente de sus

familiares o de sus cuidadores, sin dejar de lado las habilidades del adulto mayor en la que puede apoyar del cuidador, es una situación que exige no sólo experiencia sino que las atenciones y cuidados que recibe sean personalizados, ajustados específicamente para las necesidades de cada persona. Se trata de lograr una conducta equilibrada: por una parte, evitar agredir su dignidad sin dejar de prodigarle los cuidados adecuados; y, por otro lado, no incurrir en el error de olvidarse de las propias necesidades (de quien lo atiende), que el cuidador tenga su espacio y tiempo para sí mismo, ya que sólo así se podrá brindar una atención de calidad.
Otro aspecto es que debemos mostrarle constantemente cariño, admiración y respeto, educar a todos los miembros de la familia a participar en este cuidado. Tomando en cuenta que es un derecho del Adulto Mayor recibir atención y un trato digno, es deber de la familia, comunidad y sociedad, el brindarle los cuidados necesarios.

Las actividades de la vida diaria en los adultos mayores incluyen saber mantenerle una conducta saludable en cuanto a la nutrición, ejercicios, recreación, patrón de sueño y hábitos personales.
Además de la habilidad demostrada para auto cuidarse, bañarse, vestirse y comer. Si los adultos mayores son incapaces de auto cuidarse deben tener cuidadores que los ayuden para realizar éstas actividades. Los cuidadores deben animar a los adultos mayores a hacer todo lo que ellos sean capaces de realizar por sí mismos para promover su independencia y ofrecer asistencia sólo en aquellas actividades en las cuales no tengan fuerza, movilidad, o habilidad para hacerlas.

Los cuidadores pueden promover independencia de la siguiente manera:

Enfatizar cuidados higiénicos personales.

Baño
Aunque los adultos mayores pueden no necesitar de un baño completo, ellos necesitan baños de esponja en áreas desaseadas, a diario, o tan seguido como sea posible. El baño puede causar fatiga, especialmente a aquellos que se encuentran limitados por padecer de artritis. Puede que ellos no alcancen todas las partes de su cuerpo, entonces se requerirá asistencia para completar el baño. Algunas estrategias de ayuda incluyen:

- Poner un pequeño banco o silla de plástico en el lugar asignado al baño para que la persona pueda descansar si se siente fatigada.
- Prevenga quemaduras chequeando la temperatura del agua (si la ha calentado).
- Utilizar sandalias que no se deslicen para evitar una caída.
- Coloque una “esponja, toallita o paste” en la punta de una vara para que él/ella pueda alcanzar todas las zonas del cuerpo tales como la espalda y los pies.
- Ayude en las partes del cuerpo de difícil acceso.
- Orientar que antes de iniciar el baño coloque jabón, esponja, toallita o paste, huacal y la toalla cerca de él/ella para evitar accidentes posteriores
- Secarse muy bien la piel y muy especialmente los pies después del baño.

- Lubricación de la piel, con una crema humectante.

Higiene Bucal
Es también muy importante. Es esencial para sentirse fresco y para la salud dental. A pesar de que los ancianos pierden muchos dientes, ésta pérdida no debe ser considerada normal. La causa más común de la pérdida de los dientes en la vejez son los trastornos de las encías. Mantener una buena higiene bucal evita éstos problemas y la consecuente pérdida de los dientes. Los dientes deben ser cepillados dos veces al día. Coloque la pasta o similar, el vaso con agua y el cepillo de dientes en un lugar visible para ayudarle a recordar que debe asearse. En caso de no tener pasta dental utilizar bicarbonato de sodio

Generalidades:

1. Orientar a que se permita un tiempo de descanso después del baño.
2. Cuidado de los pies, corte de uñas (sin lastimar), lubricación, masajes y orientarlo sobre el uso de calzado cómodo y seguro.
3. Ropa cómoda y agradable a él/ella. Que él/ella seleccione su vestuario, no debe de ser impuesto por el cuidador. Que haga la persona sus propias elecciones en relación a sus actividades. Por ejemplo, al escoger la mujer su vestido, peinado y maquillaje, le permitirá ejercer cierto control.
4. Fomentar la salud mental del adulto mayor: si él o ella están sanos, activos y algunas veces hasta productivos, es necesario orientarlos a que deben realizar paseos con personas de su misma edad; también el ejercicio moderado, el baile, escuchar música suave, platicar con algunos amigos y vecinos de su preferencia. Si el adulto es una persona encamada se debe de orientar al cuidador y familia que no se olviden de él o ella; al igual del que no está encamado, platicarle, que escuche música de su agrado, “escucharlo en sus historias” Darle muestras de cariño, palmaditas en la espalda, abrazos y sonrisas.
5. Acompañarlo en sus controles de atención en salud y estar pendiente de las fechas de sus citas. Controlar el horario y cantidad de sus medicamentos
6. Orientarlo que asista al grupo de apoyo del adulto mayor de la comunidad o del Servicio de Salud más cercano y si es necesario acompañarlo.
7. Si la persona fuma, orientarlo para evitar accidentes y los efectos del cigarro.
8. Permitirle dormir. Y ayudar en caso de insomnio, dándole confort y comodidad
9. Abrigarlo en caso de frío (uso de suéter o ropa caliente)
10. Recuerde que la manipulación del adulto mayor puede obedecer a situaciones no controladas por el mismo, obrando sólo por la respuesta o por la excelente atención que observó de parte de su cuidador en ocasiones anteriores.

Alimentación en adulto mayor no encamado

Comer incluye no sólo el acto de comer una comida, también la habilidad de ir a la tienda a comprar alimentos, la habilidad de llevarla al hogar y de prepararla. Aunque algunos adultos mayores son capaces de alimentarse a sí mismos, puede que no sean capaces de ir a la

tienda, llevar paquetes al hogar, ni preparar sus comidas. Ellos pueden estar limitados también en los ingresos para comprar alimentos. Las siguientes son estrategias para ayudar a los adultos mayores en las actividades relacionadas con la alimentación:

- Permita que los adultos mayores escojan sus alimentos; comiendo sus comidas preferidas pueden aumentar su nutrición. En caso de alguna patología vigilar la alimentación y sugerir.
- A menudo no aceptan alimentos extremadamente fríos (como bebidas con hielo) o calientes, pregunte cómo prefieren la temperatura de los alimentos.
- Coloque los cubiertos en lugares accesibles. Para los que padecen de artritis coloque una extensión plástica en los cubiertos para facilitar su manipulación.
- Compruebe qué cantidad de líquidos tiene disponibles. Recuerde que los adultos mayores deben tomar 6 vasos diarios de agua o jugo.
- Si el adulto mayor puede preparar sus alimentos, las ollas, cacerolas, y otros utensilios, debe tener fácil acceso a ellos.

Es importante que el cuidador promueva la independencia tanto como sea posible en todas estas actividades. Muchos adultos mayores llegan a desalentarse cuando ellos son incapaces de cuidarse a sí mismos. Permitirles hacer tanto como sea posible puede ayudarles a mantener su auto estima.
La ayuda proporcionada cuando sea necesario puede reducir la fatiga, pero la ayuda se debe llevar a cabo cuando sea necesaria

Cuidado cotidiano para el adulto mayor que está encamado

Alguien que está confinado en la cama necesitará ayuda para muchas actividades básicas, cotidianas, que todos consideramos normales como lavarse, cepillarse los dientes e ir al baño, entre otras. Algunas personas con discapacidad o con alguna limitación sólo necesitan asistencia mínima, quizá darles la mano para ayudarles y llevarlos al lugar apropiado para darse un baño; mientras que otras necesitan o dependen de otra persona que se encargue de atender totalmente sus necesidades físicas cotidianas. La persona enferma también necesita que la pongan cómoda, ejemplo: para alguien que se puede mover, pero está confinado en la cama, puede ser simple cuestión de comprobar que tenga suficientes almohadas u objetos que hagan la función de la almohada y que no tenga mucho calor, ni pase frío. Sin embargo, alguien que no se puede ni mover en la cama, necesita ayuda considerable para mantenerse cómodo.

Incluso voltearse a intervalos periódicos para evitar que se produzcan llagas, úlceras por presión (úlceras por decúbito), cambio de ropa de cama.

Asistencia al alimentar al adulto mayor encamado

El alimentar al adulto mayor requiere de la paciencia y atención por parte del cuidador o de la familia: va desde dedicar un poco de tiempo para acompañarle y platicar con el adulto mayor mientras come, y algunas veces tendrá que insistirle sin llegar a exigirle o hacer

tratos para que el coma. Es necesario mencionar que el adulto mayor sano, aunque esté totalmente incapacitado no pueda tener movilización, come lo que le ofrecen. Si no lo hace, esta es una de dos situaciones, está enfermo o pretende manipular al cuidador o familia. La alimentación debe ser variada y de acuerdo a las condiciones económicas de la familia, haciendo uso de los recursos existentes en la comunidad. En la preparación de los alimentos es importante la consistencia (de preferencia que sea blando) y debe tomar en cuenta si el adulto mayor tiene piezas dentarias completas o no, y en qué estado las tiene. La temperatura de los alimentos debe estar a tolerancia del adulto mayor. Otro aspecto bien importante para el ofrecimiento de la dieta es el estado de salud de él, si tiene o debe tener una dieta especial (ejemplo: sin sal, y condimentadas, bajo en carbohidratos, grasa, y azucares)
Es importante explicar al adulto mayor porqué es necesario que se alimente, evítele las comidas abundantes y que generen gases o flatulencia.
Al disponerse a alimentarlo, tratarlo con suavidad, dejarle ver que ese tiempo es para él, poner música suave y adoptar una actitud serena; sonríale, háblele con cariño, pero NUNCA fingirle. Recuerde a los cuidadores que las palabras aderezadas con afecto siempre acarrean buenos resultados.

La presentación de los alimentos deberá ser, en lo posible, apropiada, variada en sabor, color y olor. Lo ideal es, y siempre será, que le den su alimentación en el comedor, a la hora en que todos comen, para favorecer su apetito y su convivencia con el resto de la familia. Evitar tenerlo comiendo en una habitación apartada, separado de la familia, hasta que llegue el momento en que eso sea necesario (que requiera alimentación por sondas, o si hay agresión de parte del adulto mayor al recibir los alimentos).

Procedimiento para alimentarlo:
Colocar de preferencia un delantal o bolsa plástica, en especial cuando él/ella esté enfermo/a para evitar derrames de alimentos en su ropa; de esta forma no tendrán que cambiarlo en innumerables ocasiones. Situarse siempre sentado frente o a un lado de la persona. Así el cuidador se dará cuenta si desea tirar la comida, si se ensució los labios y si se atraganta; situación, que muy comúnmente causa la muerte por asfixia en el adulto mayor.

Orientar al cuidador o familia que para alimentarlo debe gentilmente dar, cucharada a cucharada, llevarle a la boca los alimentos que él o ella acepte o tolere. Es importante no forzar a que se coma el alimento ni prometerle premios si come, o menos aún amenazarlo si no lo hace, él aceptará lo que le satisfaga.

La cuchara que emplee para la alimentación del adulto mayor deberá ser apropiada, evitar cucharas demasiado grandes o de bordes filosos, evitar también en lo posible el uso del cuchillo y del tenedor. Si se ven en la necesidad de cortar los alimentos, que lo hagan en la cocina, antes de sentarse a alimentarlo. Esas pequeñas precauciones evitarán que le lesionen la lengua, las encías, u otras estructuras bucales.

Cuidándose para cuidar con calidad.
Muchas veces los cuidadores del paciente aprenden por experiencia las mejores formas de ayudarlo a cumplir con sus rutinas de comer, higiene u otras actividades diarias. Cómo controlar los comportamientos problemáticos. Se recomienda que si se encuentran en esta situación, pidan orientación al personal de salud del cual es beneficiario el adulto mayor, esto le será de gran utilidad.

De igual manera, en este cuaderno se te proporcionan sugerencias de los cuidados que puedes proporcionarle al adulto mayor dependiente y que te ayudarán para dar una atención de calidad. Los adultos mayores dependientes requieren cuidado las 24 horas del día y la necesidad de estar constantemente alerta por si sucede algo, la necesidad de pequeñas atenciones continuas pueden ser más agotadoras que el esfuerzo físico.

La persona que cuida al adulto mayor puede ser un hijo o hija, la esposa o esposo, hermano o hermana, y persona contratada o solidaria el cual sacrifica muchas de las veces su vida personal; deja de trabajar, deja de salir y queda aprisionada. Esto causa estrés y agotamiento pudiendo conducir a enfermedades físicas o psicológicas. Que no esperen a estar agotada(o) para pedir ayuda; si se encuentran en esta situación, es **recomendable establecer turnos**; que toda la familia colabore en el cuidado, que por lo menos tenga un día libre para su higiene mental y que sea atendida(o) si se agota o enferma.

La tensión puede causarle diferentes problemas en salud. Comidas balanceadas, un sueño adecuado y prestarle atención a los síntomas son métodos esenciales del cuidado personal. Casi siempre el aislamiento que se siente al cuidar a un ser querido incapacitado resulta muy difícil. Para muchos, esto se facilita participando en sesiones de apoyo emocional con otras personas que se encuentran en una situación similar. Una consulta también podría resultar útil para resolver los problemas. Un personal de salud puede ayudar a desechar cualquier sentimiento de enojo, frustración, culpabilidad, pesadumbre, conflicto con su empleo u otras obligaciones familiares que se presenten. Darse la oportunidad de sentirte mejor, y así poder atender con calidad al adulto mayor.

Acciones del promotor/a en la atención integral al adulto mayor:

- ✓ Organizar el grupo de autocuido del adulto mayor en la comunidad
- ✓ Promover y Estimular a la familia y la comunidad sobre el cuidado, trato y respeto al adulto mayor
- ✓ Durante la visita orientar a la familia sobre el cuidado y atención al adulto mayor encamado y no encamado. Y referir en caso de patologías
- ✓ Durante la visita promover al cuidador del adulto mayor sobre cómo cuidarse el mismo.
- ✓ Vigilar aplicación de vacunas, toma de PAP y toma de medicamentos en caso de patología.

3.10 INMUNIZACIONES Y NORMA DE CADENA DE FRÍO

Enfermedades inmunoprevenibles.

Poliomielitis: enfermedad que casi siempre se reconoce por la aparición aguda de parálisis flácida, la infección por el poliovirus se produce en el tubo digestivo, con diseminación a los ganglios regionales. **Agente infeccioso:** *Poliovirus (género enterovirus) tipo 1, 2, y 3, modo de transmisión, contagio de una persona a otra, en particular por la vía fecal –oral.* **Período de incubación** *de 7 a 14 días para los casos paralíticos.*

Difteria: enfermedad bacteriana aguda que afecta sobre todo las amígdalas, faringe, laringe, nariz, a veces otras mucosas, la piel y en ocasiones la conjuntiva. La lesión característica es una membrana irregular blanco grisácea y adherente, con inflamación a su alrededor, hay dolor de garganta moderado, dolor a la palpación de los ganglios linfáticos. **Agente infeccioso:** *Corinebacterium diphtheriae. Modo de transmisión: contacto con un paciente infectado o un portador; período de incubación de 2 a 5 días.*

Tétanos: enfermedad aguda producida por una exotoxina del bacilo tetánico, el cual prolifera de manera anaeróbica en el sitio de una lesión. Se caracteriza por contracciones musculares dolorosas, en los niños mayores y en los adultos es común la rigidez abdominal como un primer signo que indica tétanos; presenta espasmos (dolor muscular) generalizados, a menudo provocados por los estímulos sensoriales. Son características del espasmo tetánico la posición de opistotonos y la expresión facial conocida como risa sardónica, **agente infeccioso** *el Clostridium Tetani, bacilo tetánico,* período de incubación *de 3 a 21 días.*

Tosferina: infección aguda de las vías respiratorias causada por la bacteria *Bordetella Pertuissis.* La fase catarral inicial es de comienzo insidioso, con tos irritante que poco a poco se vuelve paroxística y puede ir seguida por peculiar estridor o "gallo" de tono alto a la inspiración, **agente infeccioso** *B. parapertussis; se transmite por contacto directo con las secreciones (flemas) de las mucosas de las vías respiratorias de la persona infectada.*

Hepatitis: enfermedad más común entre los niños, pero se da menos en adultos; es repentina, se manifiesta con fiebre, malestar general, anorexia (falta de apetito), náuseas (deseos de vomitar) molestias abdominales e ictericia (color amarillo de la piel), *agente infeccioso* el virus de la hepatitis A (VHA), un picornavirus, se transmite de persona a persona por la vía fecal-oral.

Neumonía Neumococica: infección microbiana aguda de las vías respiratorias bajas, es la más común de las neumonías contraídas en la comunidad en todas las edades, las manifestaciones clínicas características son inicio repentino, fiebre elevada (con escalofríos, temblores y rigidez, además de otros síntomas como dolor muscular, dolor de los huesos, dolor de cabeza, malestar general); tos productiva con esputo; **agente infeccioso** *Steptococcus pneumoniae, el Neumococo.* Los niños son portadores más frecuentes, **modo de transmisión**

por diseminación de gotitas, por *contacto bucal directo*, **período de incubación** *puede ser 1 o 3 días.*

Sarampión: enfermedad viral aguda, sumamente contagiosa con síntomas: fiebre, conjuntivitis, coriza, tos y pequeñas manchas con centro blanco o blanco azulado en la mucosa interna de la mejilla (manchas de Koplin) entre el tercero y séptimo día aparece un exantema característico, con manchas rojas. **Agente infeccioso:** *virus del sarampión,* **modo de transmisión:** *se disemina por gotitas suspendidas en el aire o por contacto directo con secreciones nasales infectadas, el* **período de incubación** *es de 10 días.*

Paperas: enfermedad infecciosa que se caracteriza por fiebre, hinchazón y dolor a la palpación de una o varía glándulas salivales, por lo regular la parótida; agente infeccioso: virus de la parotiditis infecciosa del género *Rubulavirus, período de incubación de 16 a 18 días.*

Rubeola: enfermedad vírica febril benigna, que se caracteriza por un exantema maculopapuloso y puntiforme difuso. Los niños por lo regular presentan pocos síntomas generales o ninguno. **Modo de transmisión** *por contacto de secreciones nasofaríngeas de las personas infectadas, período de incubación de 14 a 21 días*

Influenza: enfermedad vírica aguda de las vías respiratorias que se caracteriza por fiebre, cefalea (dolor de cabeza) mialgia (dolor muscular) postración, coriza (catarro, inflamación de la mucosa nasal), dolor de garganta y tos. Suele ser intensa y duradera, ***Agentes Infecciosos*** *se reconocen 3 tipos de virus de la influenza tipo A,B,C; el período de Incubación es breve de uno a tres días,* ***modo de transmisión*** *a través de la diseminación por el aire.*

Actividades del promotor/a de salud

- Educar a la población sobre las ventajas de la inmunización temprana en la niñez
- Aplicación de las diferentes vacunas, según esquema nacional de vacunación y revisión del carnet de vacunación
- Orientar a la familia y comunidad a cubrirse la nariz y boca al estornudar, lavado frecuente de las manos.
- Busque y reporte alguna de estas enfermedades en su comunidad, si se presentan

ESQUEMA NACIONAL DE VACUNACIÓN DE ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES

Tipo de inmunobiológico	Edad de aplicación	No. de dosis	Dosis/vía/sitio de aplicación
B.C.G	Recién nacido	Dosis única	Intradérmica
OPV (Sabin) Poliomielitis oral	2 meses 1º dosis 4 meses 2º dosis 6 meses 3º dosis 15 a 18 meses 1er refuerzo 4 años 2do refuerzo	5	2 gotas,(según indicación del fabricante) oral
ROTAVIRUS	2 meses 1º dosis 4 meses 2º dosis	2	1ml.(según indicación del fabricante) oral
PENTAVALENTE (DPT+HB+Hib Difteria, TosferinaTétanos, HepatitisB, Haemophilus influenzae tipo b)	2 meses 4meses 6 meses	**3**	0.5 ML./ intramuscular profunda, en el tercio medio de la cara antero lateral externa del muslo. Jeringa no reutilizable, con aguja calibre 22 o 23 de grosor por 1 pulgada de largo
NEUMOCOCO (Vacuna conjugada 7 Valente contra el neumococo)	2 meses 4 meses 6 meses 12 a 15 meses 1º refuerzo	4	0.5ml/intramuscular en la región antero lateral externa del muslo en lactantes y el muslo deltoides del brazo en niños mayores
SRP Sarampión, Papera y Rubeola	12 meses 1º dosis 4 años 2º dosis	2	0.5ml/subcutánea en el área del musculo deltoides del brazo derecho o izquierdo, jeringa no reutilizable con aguja calibre 25 de grosor por 5/8 pulgada de largo.
DPT (Difteria, Tosferina y Tétano)	15 a 18 meses 1º refuerzo 4años 2º refuerzo	2	0.5ml/intramuscular en la región antero lateral externa del muslo en lactantes y el muslo deltoides del brazo en niños mayores
TD Tétano y Difteria	Toda persona debe recibir 1 dosis cada 10 años a partir de los 10 años de edad		
TD Tétano y Difteria	Mujeres embarazadas con esquema completo de vacunación hasta los 4 años de edad, aplicar 1 dosis de Td a partir de la 16ª semana de gestación Toda mujer embarazada con esquema incompleto de vacunación, se aplicará 2 dosis de Td. 1ª dosis a partir de 16ª semana de gestación 2ª con un intervalo mínimo de 4 semanas de la 1ª dosis	1 2	0.5ml./ Intramuscular el área del musculo deltoides del brazo derecho o izquierdo; jeringa no reutilizable, con aguja 22 de grosor por 1 ¼ pulgadas de largo.

CADENA DE FRÍO

La cadena de frío es el proceso logístico que asegura la correcta conservación, almacenamiento y transporte de las vacunas, desde que salen del laboratorio que las produce hasta el momento en el que se va a realizar la vacunación.

Elementos fundamentales de la cadena de frío

- ✓ **El recurso humano:** las personas que de manera directa o indirecta tienen que organizar, manipular, transportar, distribuir y administrar las vacunas, o vigilar los equipos frigoríficos donde se conservan.
- ✓ **El recurso material:** incluye el equipo indispensable para almacenar, conservar y trasladar las vacunas de un lugar a otro: equipos frigoríficos (refrigeradores, congeladores, cuartos fríos de refrigeración y congelación, camiones refrigerados, termos, cajas frías, termómetros, alarmas, graficadores, etc.)
- ✓ **Los recursos financieros:** los medios económicos necesarios para asegurar la operatividad de los recursos humanos y materiales, así como el funcionamiento del sistema.

Para el buen funcionamiento de la cadena de frío, es necesario tener presente lo siguiente:

- ✓ Las vacunas deben almacenarse y conservarse en todo momento, manteniéndolas a temperaturas de entre +2 °C y +8 °C o entre –25 °C y +15 °C, según el tipo de vacuna.
- ✓ Las vacunas deben manipularse y distribuirse con propiedad y eficiencia.
- ✓ Los costos relacionados con la distribución de las vacunas (transporte, viáticos del personal, etc.) y otros costos complementarios (consumo de combustibles si se utilizan, repuestos, etc.) deben ser considerados en los presupuestos para gastos generales.

Las vacunas del Programa Ampliado de Inmunización (PAI) deben conservarse de manera que se garantice todo su poder inmunológico, tanto en el sector público como en el privado. El diluyente no necesita refrigeración.

Para esto deben ser cuidadosamente manipuladas y transportadas desde el laboratorio que las produce hasta la población objeto: niñas, niños, mujeres en edad fértil, hombres y grupos en riesgo.

Termos

El termo porta vacunas es un recipientes de pequeñas dimensiones, fabricado con paredes aislantes de poliestireno o poliuretano, *y pueden tener o no revestimiento*. Se utilizan para transportar vacunas entre el nivel central, regional, local, y también en las actividades de vacunación intra y extra mural. Los termos pueden mantener y conservar una temperatura de entre +2 °C y +8 °C hasta por 36 horas en algunos casos, dependiendo de las características de diseño y temperatura ambiental.

Vida fría de un termo

Se define como vida fría de un termo al tiempo en horas que demora en subir la temperatura de la vacuna desde el momento en que se colocó en el termo, hasta el rango máximo temperatura crítica (+8 °C).

La vida fría de un termo que no se ha abierto, puede durar hasta 36 horas a una temperatura ambiental de 43 °C. Si el termo se abre varias veces, ya sea durante la jornada laboral en el organismo de salud o en la vacunación casa por casa, su vida fría disminuye en un factor de 0,625 aproximadamente. Si el termo se ha abierto unas 16 veces con dos minutos de duración cada vez, solo tendrá 22,5 horas de vida a una temperatura ambiental de 43 °C. La vida fría del termo depende de varios factores, como son:

- ✓ Tipo de aislante térmico
- ✓ Espesor del aislante
- ✓ Cantidad y peso de paquetes fríos utilizados
- ✓ Correcta distribución de los paquetes
- ✓ Temperatura ambiente
- ✓ Incidencia de radiación en la zona que se utilice
- ✓ Velocidad del viento

Tipos de aislamiento térmico:

Poliuretano: es de color Amarillo y por su densidad es más resistente al paso del calor. Cuando está bien inyectado, su superficie exterior (piel) es lisa, lo que no permite el paso de la humedad ni la formación de hongos.

Poliestireno (icopor): es de color blanco, formado por bolitas que se pegan por presión y calor. Tiene un coeficiente térmico menor que el poliuretano, es decir deja pasar más calor. Por su estructura porosa, acumula humedad en las paredes y permite la proliferación de hongos y bacterias.

Frascos abiertos con dosis múltiples de vacunas

La política anterior del PAI/OPS recomendaba que todos los frascos con dosis múltiples de vacunas OPV, DPT, TT, TD, Td y hepatitis B que hubieran sido abiertos para una sesión de vacunación podían utilizarse solamente por un período de cinco días, y desecharse después de transcurridos estos, independientemente del tipo de vacuna o del número de dosis que quedara en el frasco. Todo frasco de vacuna transportada para su uso, una vez abierto, no debía regresar al establecimiento de salud para otra sesión de vacunación, sino desecharse.

Hay datos suficientes sobre la inocuidad y potencia de las vacunas recomendadas, que justifican el cambio en la política de la OPS. La intención de este cambio es poner de relieve el uso sin riesgos de los frascos abiertos con dosis múltiples de vacunas.

Tiempo de utilización de vacunas

En las sesiones de vacunas que se aplican en la comunidad, todos los frascos de vacunas OPV, DPT, TT, TD, Td, hepatitis B, así como las fórmulas líquidas de vacuna contra Hib que sean transportados y abiertos para su uso, deben ser desechados, independientemente del tipo de vacuna o el número de estas.

La política revisada no ha modificado las pautas recomendadas para la manipulación de las vacunas que deben ser reconstituidas, como la BCG, SRP, SR, fiebre amarilla y otras fórmulas de vacunas liofilizadas contra Hib. Estas vacunas deben descartarse después de las seis horas de haber sido reconstituidas o al finalizar cada sesión de vacunación, lo que primero suceda.

Al establecer la política sobre el uso de las vacunas de dosis múltiples una vez que se han abierto los frascos, se ha tomado en consideración la potencia de la vacuna y la inocuidad de su administración.

Actividades a tomar en cuenta por el promotor de salud al transportar vacunas

1. Solicitar previamente la cantidad de vacuna de acuerdo a la población objeto
2. Revisar el estado y limpieza del termo
3. Solicitar o sacar los paquetes fríos del congelador y dejarlos expuestos a temperatura ambiente para que se calienten.
4. Preparar el termo con los paquetes fríos y colocar la vacuna en el orden siguiente: primero las que necesitan una temperatura más baja - 15 °C a -20 °C como Antisarampionosa/SR/SRP Antipoliomielitica (OPV) y posteriormente las de temperatura +2 °C a +8 °C como la DTP, toxoide, Difteria tétano, Hib, Hepatitis B, pentavalente y la antisarampionosa; hay vacunas que pueden congelarse y otras no, pero lo ideal es que no se congelen, si no mantener su temperatura como se indica arriba.

5. Preparar los paquetes fríos a ser utilizados en los termos según el tipo, considerando que no todas las vacunas pueden exponerse a bajas temperaturas.
6. Al preparar el termo, no basta colocar uno o dos paquetes fríos. Todas las paredes internas del termo deben estar cubiertas con estos paquetes.
7. Una vez preparado el termo, este deben mantenerse debidamente cerrado, colocado a la sombra y alejado de toda fuente de calor.
8. Durante el transporte, el termo deben mantenerse a la sombra y no deben exponerse a los rayos directos del sol. De ser posible, al ubicarnos en la comunidad buscar un lugar bajo sombra.
9. Cada vez que se aplica una vacuna se saca el frasco y se cierra nuevamente el termo
10. El termo porta vacunas debe de transportar exclusivamente vacunas, no mezclarlas con alimentos, no muestra de laboratorio, ni otro.
11. Al final de la jornada lavarlo con agua y jabón

Preparación de inmunológicos en termos para el uso diario y vacunación en la comunidad

1

Se sacan los paquetes fríos del congelador

2

Se dejan los paquetes expuestos a la temperatura ambiente para que se "calienten" y alcancen la temperatura de 0 oC. El tiempo depende de la temperatura ambiente.

3

La presencia de líquido en la superficie de los paquetes fríos es signo evidente que se ha iniciado el proceso de descongelación. De este modo, el hielo y el agua están a una temperatura de 0 oC y sólo en estas condiciones podrán colocarse en el termo

4

Finalmente se coloca las vacunas al interior del termo cuando la cantidad de hielo en los paquetes fríos es mínimo será un indicador determinante para remplazarlos por otros siguiendo el mismo procedimiento

3.11 ENFERMEDADES PREVALENTES

¿Qué sabes de las enfermedades más frecuentes en tu comunidad o de las que podemos encontrar?

Tuberculosis

¿Cómo definimos la tuberculosis?
Es una enfermedad transmisible, causada por una bacteria llamada Mycobacterium Tuberculosis. Cuando ésta bacteria penetra al cuerpo a través del aparato respiratorio, se localiza principalmente en los pulmones, pero puede raramente localizarse en los riñones, huesos, aparato digestivo, ganglios linfáticos, sistema nervioso central, articulaciones o en cualquier otra parte del organismo.

¿Cómo se desarrolla la tuberculosis?
La tuberculosis se desarrolla en el organismo humano en dos etapas: la ***primera***, ocurre cuando un individuo sano se expone a microorganismos provenientes de un individuo enfermo de tuberculosis (infección tuberculosa); y ***la segunda***, cuando el individuo infectado desarrolla la enfermedad (tuberculosis) y da origen a las manifestaciones del cuadro clínico.

Síntomas más frecuentes de la enfermedad
Tos persistente con expectoración por 15 días o más
- Esputo sanguinolento.
- Dolor en el pecho.
- Pérdida de peso y apetito.
- Fiebre.
- Sudoración en la noche

¿Cómo se transmite la tuberculosis?
En la mayoría de los casos la transmisión ocurre mediante la propagación de gotitas de saliva infecciosas a través del aire. Aunque existen otras formas de transmisión poco importantes epidemiológicamente, como por ejemplo: la ingesta de leche no pasteurizada que puede dar otras formas de tuberculosis. La fuente principal de la infección es una persona con tuberculosis pulmonar BK (+), cuando esta realiza un esfuerzo respiratorio (tose, ríe, estornuda o canta), expulsando los bacilos al aire en pequeñas gotas microscópicas, generalmente el esputo de esta persona presenta baciloscopía positiva.
La transmisión es más frecuente en lugares cerrados, oscuros y con poca ventilación donde los núcleos de gotitas de saliva pueden permanecer en el aire por mucho tiempo.
La exposición a los microorganismos es mayor entre los individuos que habitan la misma casa con un individuo tuberculoso contagioso.

Conceptos importantes:

¿Quién es sintomático respiratorio? (S.R.) Es toda persona mayor de 10 años que presenta tos con expectoración por 15 días o más y que solicita atención médica por esa u otra causa, los cuales deben ser identificados por cualquier trabajador de salud y voluntarios capacitados.

Detección de casos: es la actividad de identificación de los casos infecciosos, a través del examen de esputo principalmente entre los adultos que encuentre en la visita domiciliar, y que presenta tos de 2 ó 3 semanas o más con expectoración.

En segundo lugar la búsqueda de casos se hará con la investigación de los contactos.

Para el diagnóstico de tuberculosis BK (+) se solicitarán 3 muestras de expectoración:

- La primera: en el momento de la visita.
- La segunda: será recolectada por el paciente al despertarse por la mañana y
- La tercera: al entregar la segunda muestra.

Los tres frascos deberán ser previamente identificados con el nombre del paciente.

El tratamiento se administra en 2 fases estrictamente supervisadas:

Primera fase

- Hisoniazida
- Rifampicina (frecuencia cada día por 8 semanas, 50 dosis)
- Pirazinamida
- Etambutol

Segunda fase

- Hisoniazida (frecuencia 3 veces por semana, 50 dosis)
- Rifampicina

Actividades del promotor y promotora de salud:

1. Educación constante en cada visita al paciente, familia y a la comunidad**:** sobre la enfermedad, forma en que se transmite, importancia de la detección oportuna de la enfermedad, la vacunación con BCG, importancia de seguimiento de casos, tratamiento estrictamente supervisado y la quimioprofilaxis en condiciones adecuadas.

2. Búsqueda y orientación al sintomático respiratorio para obtener muestras apropiadas de esputo**:**

- Explicar al paciente la importancia de tomar la muestra
- Al solicitarle la muestra al SR utilizar lenguaje conocido(polla, gargajo, flema, chercha)

- Debe de enjuagarse la boca con agua antes de dar la muestra, esto contribuirá a eliminar los restos alimenticios y cualquier contaminación bacteriana de la boca.
- Orientar al paciente que debe sonarse las secreciones nasales para evitar que sean dados como muestras.
- Instruya al paciente a que inspire profundamente y que una vez retenido por un instante el aire en los pulmones, lo lance violentamente hacia fuera por un esfuerzo de tos. Debe repetir esta operación hasta obtener no menos de 3 esputos, depositándolos dentro del envase que se le ha entregado, evitando que se escurra por sus paredes exteriores.
- Elegir un lugar bien ventilado y con acceso a luz natural o algún lugar abierto
- Entregar al SR el envase de recolección ya rotulado con su nombre completo y el número de muestra, estos datos se colocan en el cuerpo del frasco y no en la tapadera.
- Tapar bien el frasco, no exponerlo al sol.
- Transportación adecuada de la muestra (utilizar caja asignada para ello)

3. Administrar el tratamiento: el tratamiento se hará ambulatorio estrictamente supervisado (consiste en que el promotor de salud observe diariamente la ingesta de los medicamentos por parte del paciente) **TAES en la boca.**

Dengue

Conocida también como quebranta huesos o fiebre rompe huesos. Es una enfermedad febril aguda que se caracteriza por comienzo repentino de fiebre, que dura entre 2 y 7 días, cefalea intensa (dolor de cabeza intenso), dolor de huesos, dolor retroorbitario (coyol del ojo) y erupción cutánea (rash).
El dengue es detectado por su sintomatología o por examen de laboratorio a los 5 días del inicio.
Modo de transmisión: picadura de mosquito infectantes especialmente Aedes Aegypti, este es una especie que pica de día, su actividad es especialmente 2 horas después del amanecer y varias horas antes de la puesta del sol.
(Ampliar información en “Lineamientos actualizados para el manejo de casos de Dengue” del MINSAL.)

Tripanosomiasis o enfermedad de Chagas

La forma de esta enfermedad se caracteriza por fiebre variable, aumento de los ganglios, malestar y aumento del hígado, se presentan muy pocos síntomas o asintomáticamente, y en algunos casos puede haber una reacción inflamatoria que dura hasta ocho semanas y en un porcentaje pequeño de los casos agudos se observa edema (inflamación) unilateral de ambos párpados. El diagnóstico de la enfermedad de Chagas en la fase aguda se confirma al demostrar la presencia de un parásito (Trypanosoma Cruzi) en sangre.

Se transmite de la picadura de la chinche de trompa cónica o chinche besucona, los insectos defecan al tiempo que pican y succionan la sangre, la infección también puede producirse por

una transfusión de sangre infectada con **Trypanosoma Cruzi,** generalmente se alojan en las paredes de adobe que no están repelladas, en los marcos de las camas. El período de la incubación es 5 a 14 días después de la picadura del insecto vector.
(**Ampliar información en "Norma Técnica para la Prevención y Control de la Enfermedad de Chagas" del MINSAL)**

Malaria

Es una enfermedad parasitaria aguda de evolución crónica, caracterizada por fiebre o accesos febriles intermitentes, esplenomegalia (inflamación del bazo) y anemia, causada por protozoario del género Plasmodium, producida en la naturaleza por mosquitos del género Anopheles. Existen cuatro especies que infectan al hombre el Plasmodium vivax, Plasmodium falciparum, Plasmodium malarie y Plasmodium ovale, **Los síntomas** de esta enfermedad pueden incluir fiebre, vómito y/o dolor de cabeza. La forma clásica de manifestación en el organismo son "fiebre, sudoración y escalofríos" que aparecen 10 a 15 días después de la picadura del mosquito. Los síntomas de esta enfermedad pueden incluir fiebre, vómito y/o dolor de cabeza, 10 a 15 días después de la picadura del mosquito.

Leishmaniasis

La leishmaniasis es un conjunto de enfermedades muy dispares entre sí, producidas por un protozoo del género Leishmania. Las presentaciones clínicas básicas son: cutánea (piel), muco cutánea (mucosa y piel) y visceral**,** dependientes de la especie de Leishmania causante y de la respuesta inmune establecida.
Tiene en común el agente causal (Leishmania), el vector (un insecto denominado flebótomo conocidos como mosca blanca o mosca de los arenales o jején.), el cual se mantiene en lugares oscuros, reservorio retículo endotelial del hospedero (sobre todo, macrófagos).

Reservorio: seres humanos, marsupiales, roedores, mamíferos selváticos, perezosos y perros domésticos. etc.

Formas de transmisión: el flebótomo ingiere sangre de un reservorio y lo transmite a través de la probóscide. La mosca flebótomo es anautógena, o sea que necesita sangre para completar sus ciclos gonotróficos y poder producir huevos.

- La mosca Flebótomo al picar un infectado a los 3 días aparecen los flagelados en su intestino
- Del 4 al 5 día pasan del intestino hacia la faringe y la boca del vector.
- De 7 a 9 días los flagelados invaden la probóscide y los flebótomos ya son infectantes por el resto de su vida.

Leptospirosis

Enfermedad contagiosa de los animales y del hombre, causada por infección con organismos leptospirales que se agrupan en serovariantes inmunológicamente distintos y la mayoría se consideran sub-grupos de Leptospira interrogans.

Características: la espiroqueta (microorganismo) en el medio ambiente depende para su supervivencia de la variación en las condiciones del suelo y agua, es susceptible a la desecación y a los cambios de pH que se alejan de la neutralidad o de la alcalinidad moderada.

A-directa: a través de mucosa bucal, ocular o penetración de piel intacta.

B-indirecta: ingestión de alimentos contaminados o aguas contaminadas, en bovinos puede ocurrir a través de semen infectado (inseminación)

1. Alimentos o aguas contaminadas con orina de animales infectados
2. En bovinos por fetos abortados y secreciones uterinas contaminadas.
3. También ocurre por contaminación de alimentos o agua con secreciones de animales portadores (roedores domésticos y silvestres)

Reservorio: Bovinos para L. pomona, L. tarassovi, y L. hardjo, animales silvestres (cerdos salvajes, ratas) perros y chacales también actúan como diseminadores de L. canícola y L. icterohaemorrhagiae.

Síntomas: fiebre, dolor de cabeza, mialgia (principalmente de pantorrillas y región lumbar)

malestar general o postración, náuseas o vómitos, dolor abdominal, diarrea y artralgia.

Periodo de Incubación: desde que la bacteria penetra al cuerpo hasta que aparecen los primeros síntomas de 2 días a 4 semanas.

(Ampliar información en “Lineamientos Técnicos para acciones de prevención y control de la Leptospirosis” del MINSAL)

Rabia

Es una enfermedad mortal, al inicio suele ser precedida por sensación de **angustia, cefalea (dolor de cabeza), fiebre, malestar general y alteraciones sensoriales indefinidas**, que a menudo guardan relación con el sitio de la mordedura de un animal. La enfermedad evoluciona hasta la aparición de parecía o parálisis, con espasmo de los músculos de la deglución que provoca miedo al agua (hidrofobia) después de presentar delirio y convulsiones. Sin intervención médica, el cuadro suele durar de 2 a 6 días. Por lo general la muerte sobreviene a consecuencia de parálisis respiratoria.

El virus de la rabia, es el *rabdovirus* del género *Lyssavirus.* El diagnóstico se confirma con examen del tejido cerebral.

Reservorio: varios canidos domésticos y salvajes: entre ellos perros, gatos, mapaches, zorrillos, murciélagos insectívoros, vampiros y otros mamíferos que muerden, en nuestro país el perro sigue siendo el reservorio principal.

Modo de transmisión: por la saliva del animal rabioso, impregnada de virus, que se introduce por una mordedura o rasguño.

Periodo de incubación: por lo general es de 3 a 8 semanas; según la gravedad de la herida, la ubicación de ésta con relación a las inervaciones y la distancia del encéfalo, la cantidad y la cepa de virus introducidos, la protección conferida por la ropa y otros factores

Periodo de transmisibilidad: en los perros y gatos, de 3 a 7 días antes de que aparezcan los signos clínicos (rara vez más de 4 días) y durante el curso de la enfermedad, todos los mamíferos son susceptibles en diversos grados.

Actividades del promotor y promotora

Educar a los dueños de mascotas y a las familias a:

1. Proporcionar los cuidados necesarios y vigilancia de los animales
2. Promover la vacunación tanto de perros como de gatos
3. Mantener los animales domésticos fuera del alcance de los niños
4. No dejar a los animales deambular solos fuera de la vivienda (sacarlos con correa , mientras estén fuera del domicilio del dueño)
5. Promover la adopción de animales, no permitir la concentración de perros callejeros, esto con la participación de la comunidad.
6. Mantener una Vigilancia activa de la rabia en la comunidad con la participación de la comunidad
7. Observación clínica durante 10 días **con responsabilidad,** a todo perro y gato, aparentemente sano, que haya mordido a una persona, si presentan indicios de la enfermedad deben ser sacrificados de inmediato y examinados para detectar el virus mediante la microscopia fluorescente. Reportar cualquier caso al eco familiar o a la unidad comunitaria de salud familiar de su área de responsabilidad, y referirlo.
8. Toda persona mordida por cualquiera de estos animales transmisores de la rabia referirlos a consulta al Ecos familiar o a la UCSF correspondiente del área, darle orientación de la vigilancia del animal si este es conocido y qué deberá observar (si hay cambios de conducta, excitabilidad o parálisis, si come, toma agua, si se encuentra siempre con la familia) y darle seguimiento.

Infecciones de transmisión sexual más frecuentes.

¿Qué son las infecciones de transmisión sexual?

Son las infecciones que se transmiten generalmente durante las relaciones sexuales con penetración sin protección, con una persona que ya tiene la infección, sus principales vías son: la boca, los órganos genitales y el ano, otras vías de transmisión son: transmisión sanguínea, transmisión perinatal; estás infecciones son causadas por virus, microbios, gérmenes microscópicos y bacterias.

Por el tipo de manifestaciones que causan se pueden dividir en llagas, úlceras, problemas urinarios y del cuello de la matriz, flujo, verrugas y malestar generalizado.

Llagas o úlceras:

1. **Herpes** es una infección causada por un virus, produce ardor, picazón, ampollas, úlceras y malestar general. Los síntomas aparecen después de 2 a 12 días de un contacto con una persona infectada. En el hombre las lesiones aparecen en el pene y en el ano; en la mujer las lesiones aparecen en la vulva y en el cuello de la matriz.

2. **Sífilis** es una enfermedad producida por una bacteria. Se transmite por contacto directo durante las relaciones sexuales con una persona infectada, los síntomas aparecen 2 a 3 semanas después del contacto. Si la persona no se trata la Sífilis puede afectar el corazón, el sistema nervioso y los huesos.
   Una mujer embarazada puede transmitir la infección a su hijo/a que está por nacer. Causa serios problemas tales como: abortos y nacimientos prematuros o la muerte.
   Si el niño nace vivo, puede nacer infectado y con muchos defectos físicos y mentales.

3. **Linfogranuloma Venéreo:** es una infección causada por una bacteria. Aparece como una úlcera pequeña e indolora que puede pasar desapercibida, los ganglios de la ingle se inflaman, se rompen y supuran, dolores en las articulaciones, fiebre, escalofríos y elefantiasis en los genitales. Los síntomas aparecen entre los 3- 30 días después del contacto con una persona infectada.
   Ulcera pequeña o indolora o una roncha en forma de ampolla en el pene o en la vulva.

Problemas urinarios y del cuello de la matriz:

1 **Gonorrea:** (alguna vez conocida como 'purgación') es una infección causada por una bacteria, los síntomas aparecen 2- 7 días después de las relaciones con una persona infectada; puede infectar la uretra, el cuello del útero, el recto, ano y la garganta. En el hombre se presenta con secreciones purulentas lechosas por el pene, ardor al orinar, ganglios dolorosos en la ingle; en la mujer la mayoría de las veces no presenta síntomas, pero puede haber ardor al orinar, secreciones vaginales purulentas, a veces sangrados

después de las relaciones sexuales, dolor en el vientre. La madre embarazada puede transmitírsela a su bebe y provocarle infecciones graves en los ojos.

2 **Clamidia:** es una enfermedad que causa una secreción blanca de la vagina o del pene. Sus síntomas son ardor al orinar, dolor durante las relaciones sexuales. Cuando se complica puede conducir a la esterilidad. Se confirma con estudios de laboratorio. La madre embarazada se la puede trasmitir al RN durante el parto, el niño puede tener una infección de los ojos o de los pulmones después de nacer.

3 **Vaginitis:** la mujer que sufre de vaginitis tiene flujo vaginal, o picazón en la vulva con irritación y mal olor vaginal, entre estas tenemos:

- ***Tricomoniasis Vaginal:*** *es causada por un parásito. Este problema se transmite por contacto con secreciones vaginales amarillentas y de la uretra de la persona infectada durante las relaciones sexuales. Los síntomas aparecen de 4 a 20 días después del contacto sexual. Es una enfermedad común de las mujeres; y los hombres pueden ser portadores sin presentar síntomas*

- ***Candidiasis o Moniliasis Vaginal.*** *Otra enfermedad que produce flujo vaginal fuera de lo normal. Esta infección es causada por hongos. Las molestias que la mujer con candidiasis vaginal tiene son enrojecimiento de la parte afectada, ardor, inflamación, secreción blanquecina y espesa como de requesón y picazón.*
  Los síntomas aparecen a los 7 días después del contacto sexual con una persona infectada.

- ***Vaginosis Bacteriana***
  Los síntomas aparecen 7 días después del contacto sexual con una persona infectada. La vaginosis bacteriana es la tercera enfermedad a tener en mente en mujeres con flujo vaginal fuera de lo normal. Este malestar es producido por bacterias.
  Es la causa más frecuente del flujo vaginal con mal olor, como de pescado, y se produce con más frecuencia en mujeres con muchas parejas sexuales. Se acompaña de inflamación de la vagina y la vulva.

4 **Verrugas o Condilomas acuminados:** es causada por un virus y las lesiones aparecen de 1 a 3 meses después del contacto sexual con la persona infectada. Se manifiesta por pápulas circunscritas, duras, no dolorosa, que pueden ser pequeñas (como cabeza de alfiler) hasta crecer como una masa grande (como coliflor) y aparecen en la zona perianal o dentro del ano.

5 **Chancro Blanco Chancroide:** es causado por el bacillo de Ducrey. Después de 3 a 5 días de haber tenido contacto sexual con una persona infectada, aparecen en los genitales: úlceras, únicas o múltiples, dolorosas con tejido muerto alrededor, inflamación y dolor de ganglios de la ingle.

VIH

Se transmite por **3 formas a través del contacto con**: 1) líquidos seminal y vaginal durante las relaciones sexuales sin protección con una persona infectada con el virus, 2) a través de sangre infectada: en esta vía de transmisión existen objetos como jeringas, agujas u otros instrumentos cortopunzantes que al ser compartidos se vuelven vehículos de infección de una persona a otra. 3) De una mujer embarazada infectada a su hijo. La infección puede ocurrir en el período de embarazo, en el momento del parto o durante la lactancia materna.

Sida

Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida. Es un conjunto de signos y síntomas que caracterizan una enfermedad.

Es una enfermedad incurable y prevenible, es transmitida por el virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), que destruye las defensas del cuerpo, provocando infecciones y enfermedades cada vez más severas y debilitantes. El Sida también es una ITS, y se aumenta el riesgo de adquirir el VIH si ya tenemos otra ITS. Las personas infectadas viven algunos años sin ningún signo de enfermedad, se sienten bien y parecen estar sanas, pero pueden transmitir el virus a otras personas y transmitirlo también a sus hijos. Esta es la fase asintomática.

Síntomas

- Pérdida acelerada de peso del 10 al 15% del peso total, en menos de un mes.
- Fiebre, principalmente nocturna de más de 39° por más de un mes.
- Diarreas con cinco o más evacuaciones líquidas o semilíquidas al día por un mes.
- Debilidad o cansancio por más de un mes. Pueden aparecer puntos blancos en la boca

Tarea de investigación_____

Investigar y responder ¿Cómo se previene las ITS y el VIH/Sida? Qué acciones está realizando en su comunidad para prevenirlas

Actividades del promotor y promotora de salud ante una ITS:

- **Acciones de promoción y prevención:** nivel inmunitario de la población, dispensarización, acciones de vigilancia y control: enfermedades de transmisión respiratoria, tuberculosis pulmonar, ITS, entre otras.
- Orientar a los adolescentes, adultos masculinos y adultos mayores como prevenir las ITS, medidas de prevención, en el caso de adolescentes si **no** han tenido relaciones sexuales prolongar el tiempo, el uso adecuado del condón y darles a conocer las ITS más comunes en su comunidad. Búsqueda de contactos
- Qué hacer ante una ITS y VIH/sida: escuchar a la persona que se sospecha que está infectada, no emitir opiniones verbales ni gestos, mantener la confidencialidad, no recetar, referirlo a la sede del Ecos familiar, abstenerse de tener relaciones sexuales, no consultar farmacias, no automedicarse y vigilar el cumplimiento del tratamiento
- Promover los cuidados higiénicos antes y después de una relación sexual.
- Orientar a la mujer, su pareja y su familia, sobre la identificación de factores de riesgos reproductivos.

3.12 VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA COMUNITARIA (VECO)

¿En qué consiste la epidemiología?

"Ciencia que se dedica al estudio de los estados de salud de las poblaciones, personas/familias, de la distribución de los determinantes de esos estados y la aplicación de este conocimiento a las medidas de control de los problemas de salud de las personas, familias o poblaciones, en conclusión podemos decir que aborda 4 aspectos:

- La ocurrencia de un fenómeno o evento que afecta el estado de salud de la población (personas/familia)
- Describe al fenómeno en su distribución y características en tiempo, lugar y persona /familia
- Realiza el análisis y probable explicación causal o factores determinantes
- Elabora y propone el conjunto de acciones de prevención y control, es decir la intervención para resolver los problemas que surjan en una comunidad. Estos aspectos determinan los objetivos y fines de la epidemiología.

¿Cómo se realiza la vigilancia epidemiológica comunitaria?

- Datos demográficos: sexo, edad, domicilio
- Datos educacionales: grado de escolaridad de cada miembro de la familia
- Enfermedades que padece c/u de los miembros de la familia
- Tipo de vacunas por cada miembro de la familia, según edad
- No. de dosis de vacuna por cada miembro de la familia
- No. de animales que posee la familia, según especie
- No. de hijos, etc.

Rol del promotor y promotora de salud para realizar la VECO

- Informar al establecimiento de salud en forma oportuna, sobre hechos vitales y demográficos ocurridos en la comunidad (nacimientos, muertes y migraciones).
- Participar en la investigación comunitaria de los casos de muerte y otro tipo de investigaciones de campo, dentro de la comunidad.
- Identificar a todo sintomático respiratorio y referirlo al Ecos familiar y en ausencia al establecimiento de salud más cercano.
- Detectar, registrar y notificar las enfermedades prevalentes y otras enfermedades de interés epidemiológico.
- Orientar la participación de líderes comunitarios y de toda la comunidad en la detección de sintomáticos respiratorios y en casos especiales, capacitar a voluntarios para suministrar el tratamiento acortado estrictamente supervisado comunitario (TAES-C).
- Notificar al establecimiento de salud sede y al supervisor específico de la zona, acerca de los casos de migración de grupos familiares a otra comunidad o de personas, grupos de riesgo de interés epidemiológico o animales sospechosos de transmisión de enfermedades zoonóticas, para su seguimiento.
- Coordinar con los grupos organizados de la comunidad y otras instituciones, la realización de actividades para la prevención y mitigación de desastres, emergencias sanitarias y acciones de conservación y protección de los recursos naturales. Ante situaciones de emergencia o desastres proporcionar la primera ayuda psicológica
- Informar al Ecos familiar de su área de responsabilidad, sobre problemas o situaciones ambientales que ponen en riesgo la salud de los habitantes. Ejemplo: beneficios, ingenios, granjas avícolas, porquerizas, establos u otros
- Notificar al establecimiento de salud para solicitar la observación de animales mordedores y sospechosos de rabia.
- Organizar y coordinar acciones de prevención y control de enfermedades como la rabia y las transmitidas por vectores en su área de responsabilidad, con énfasis en la búsqueda activa de chinches y la identificación de animales sospechosos

3.13 ENFERMEDADES CRÓNICAS MÁS FRECUENTES EN SU COMUNIDAD:

DIABETES

¿Qué es la diabetes? La diabetes es una enfermedad crónica que aparece debido a que el páncreas no fabrica la cantidad de insulina que el cuerpo humano necesita, o bien la fabrica de una calidad inferior. La insulina, una hormona producida por el páncreas, es la principal sustancia responsable del mantenimiento de los valores adecuados de azúcar en la sangre. Permite que la glucosa sea transportada al interior de las células, de modo que éstas produzcan energía o almacenen la glucosa hasta que su utilización sea necesaria. Cuando falla, origina un aumento excesivo del azúcar que contiene la sangre (hiperglucemia). De hecho, el nombre científico de la enfermedad es diabetes mellitus, que significa "miel".

Causas: la principal causa es un control inadecuado de la **glucemia** (azúcar en la sangre) en los individuos diabéticos. Sin embargo, otros factores como el tabaco, la obesidad o la hipertensión arterial (los mismos que pueden causar diabetes) también contribuyen a que aparezca esta enfermedad.

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

¿Qué es la hipertensión arterial? La presión arterial es la resultante del volumen minuto cardíaco (volumen de sangre que bombea el corazón hacia el cuerpo en un minuto) por la resistencia arteriolar periférica, esta última está determinada por el tono y estado de las arteriolas. En la medida que el tono muscular de estas pequeñas arterias aumenta, eleva la presión arterial como consecuencia del aumento de la resistencia periférica.

En condiciones normales, los factores que determinan la presión arterial se mantienen en conjunción armónica, controlados por sistemas de autorregulación que determinan el tono a valores normales de la tensión arterial

Estudios estadísticos realizados en grandes masas de población permiten establecer como valores normales para los adultos, cifras que oscilan entre los siguientes niveles (según la O.M.S. y el Séptimo Reporte del Comité Nacional de prevención, detección, evaluación y tratamiento de la hipertensión):

Tensión sistólica o máxima:	< 120 mm Hg
Tensión diastólica o mínima:	< 80 mm Hg

ASMA BRONQUIAL

¿Qué es el asma bronquial? El asma es una enfermedad crónica del sistema respiratorio caracterizada por vías aéreas hiperreactivas (es decir, un incremento en la respuesta broncoconstrictora del árbol bronquial). Enfermedad de las vías aéreas inferiores (bronquios), caracterizada por una disminución aguda del calibre bronquial, en respuesta a un estímulo ambiental. Esto produce obstrucción y dificultad respiratoria que puede ser revertida en forma espontánea o con tratamiento médico.

Factores que predisponen a padecer asma:

- La herencia: factores genéticos
- Personas que tienen infecciones respiratorias
- El humo de cigarrillos, vehículos, chimeneas y otros
- Los olores fuertes como: pinturas, "spray", lacas, insecticidas, ceras, entre otros.
- Algunos animales domésticos o juguetes de peluche; en caso de que lo afecte
- Determinadas exposiciones profesionales
- El moho
- Cambios bruscos de temperatura ambiental

ACCIDENTE CEREBROVASCULAR

¿Qué es el accidente cerebrovascular? Lesión cerebral causada cuando parte del cerebro deja de recibir oxígeno. Las causas pueden ser la falta de riego sanguíneo o una hemorragia interna que hace llegar sangre a zonas donde no debía. Los tejidos afectados mueren y consecuentemente se pierden las capacidades que les correspondían.

¿Cuáles son las señales de aviso de un accidente cerebrovascular? Las señales de aviso (o síntomas) son los signos que su cuerpo envía de que el cerebro no está recibiendo suficiente oxígeno. Si usted observa uno o más de los siguientes síntomas de un accidente cerebrovascular o ataque al cerebro, no espere, ¡llame al doctor inmediatamente!

- Entumecimiento, debilidad o parálisis repentina de la cara, el brazo o la pierna, especialmente en un solo lado del cuerpo.
- Confusión repentina, dificultad al hablar o del entendimiento del habla.
- Dificultad repentina para ver en uno o en ambos ojos.
- Dificultad repentina al caminar, vértigo, o pérdida del equilibrio o de la coordinación.
- Dolor de cabeza fuerte, repentino y sin causa conocida.

Otras señales de peligro que pueden ocurrir incluyen doble visión, somnolencia y náuseas o vómitos. A veces las señales de aviso duran sólo unos minutos y luego desaparecen. Estos episodios breves, conocidos como ataques isquémicos transitorios, a veces se llaman "mini-ataques cerebrales." Aunque breves, éstos identifican una condición grave y oculta, que no se

va sin ayuda médica. Desafortunadamente, al desaparecer éstos, muchas personas pasan a ignorarlos por completo.

INSUFICIENCIA RENAL

¿Qué es la enfermedad Insuficiencia Renal? La **insuficiencia renal** (o **fallo renal**) es la condición en la cual los riñones dejan de funcionar correctamente. Fisiológicamente, la insuficiencia renal se describe como una disminución en la filtración de la sangre tasa de filtración glomerular (TFG). Clínicamente, esto se manifiesta en una creatinina del suero elevada

Clasificación:
Insuficiencia renal aguda
Insuficiencia renal Crónica

Insuficiencia renal aguda
Algunos problemas de los riñones ocurren rápidamente, como un accidente que causa lesiones renales, la pérdida de mucha sangre que puede causar insuficiencia renal repentina, o algunos medicamentos o sustancias venenosas que pueden hacer que los riñones dejen de funcionar. Esta bajada repentina de la función renal se llama insuficiencia renal aguda.

La insuficiencia renal aguda (IRA) es, como su nombre implica, una pérdida rápidamente progresiva de la función renal, generalmente caracterizada por la oliguria , una producción disminuida de la orina, (cuantificada como menos de 400 ml por día en adultos,[1] menos de 0,5 ml/kg/h en niños, o menos de 1 ml/kg/h en infantes), desequilibrios del agua y de los fluidos corporales, y desorden del electrolito. Una causa subyacente debe ser identificada para detener el progreso, y la diálisis puede ser necesaria por el tiempo requerido para tratar estas causas fundamentales.
La insuficiencia renal aguda puede llevar a la pérdida permanente de la función renal. Pero si los riñones no sufren un daño grave, esa insuficiencia puede contrarrestarse.

Insuficiencia renal crónica
La insuficiencia renal crónica (IRC) es la condición que se produce por el daño permanente e irreversible de la función de los riñones secundario una pérdida en el funcionamiento y número de las nefronas. A nivel mundial, las causas más frecuentes (pero no las únicas) de Enfermedad Renal Crónica son: la diabetes, la hipertensión, las enfermedades obstructivas de las vías urinarias (como cálculos, tumores, etc.). Puede ser la complicación de una gran cantidad de enfermedades del riñón, tales como nefropatía por IgA (enfermedad de Berger), enfermedades inflamatorias de los riñones (llamadas en conjunto glomerulonefritis), pielonefritis crónica(inflación conjunta del riñón y de la pelvis renal) y retención urinaria, y el uso de medicamentos tóxicos para el riñón (especialmente medios de contraste y algunos antibióticos). La insuficiencia renal terminal (IRT) o (ESRF) es la última consecuencia, en la cual generalmente la diálisis se requiere hasta que se encuentre un donante para un trasplante renal.

En la mayoría de los casos, la función renal se deteriora lentamente a lo largo de varios años y da inicialmente pocos síntomas, permitiendo que el paciente no sienta muchas cosas a pesar de tener anemia e incluso tener altos niveles de toxinas en la sangre. Cuando el paciente se siente mal, generalmente estamos ante casos muy avanzados de la enfermedad en los cuales la mayoría de veces se hace necesario iniciar prontamente una terapia para reemplazar la función del riñón, la diálisis.

Cualquier persona puede sufrir de enfermedad renal, pero los de más alto riesgo son los diabéticos, los hipertensos y los familiares de personas que sufren de enfermedad renal. Como en la enfermedad renal no se producen síntomas (los riñones no duelen como las personas suelen creer, solo en caso de cálculos), las personas en riesgo que mencionamos antes deben hacerse estudios para detectar la enfermedad, los básicos son: Creatinina y filtracion glomerular.

Si se detecta la enfermedad tempranamente puede reducirse la velocidad con la que el daño progresa, retrasando la necesidad de iniciar las terapias de reemplazo de la función renal y preparando mejor al paciente para cuando sea necesario su inicio. Las terapias de reemplazo renal son la hemodiálisis, la diálisis peritoneal, y el trasplante renal.

Actividades a realizar por el promotor y promotora de salud:

1. Educar a la comunidad sobre estas enfermedades, su detección temprana
2. Formar grupos de apoyo dentro de la comunidad para fomentar el autocuido, entre otros temas, con apoyo de los Ecos familiares o supervisor especifico.
3. Darle seguimiento a los pacientes con tratamiento y control médico para evitar complicaciones

3.14 ACCIONES DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE LOS DESASTRES NATURALES

¿Qué sabemos de desastres y qué acciones nos corresponde realizar como promotores/as de salud?

Peligro. Es un evento externo, representado por un fenómeno físico de origen natural o antrópico, se manifiesta en sitios específicos y durante un tiempo de exposición determinado, puede ocasionar daños físicos, económicos, ambientales, sociales. Peligro es sinónimo de amenaza. De acuerdo a la UNESCO los peligros se clasifican en: n*aturales y tecnológicos*

Vulnerabilidad. Es un factor interno de un sujeto o sistema expuesto a un peligro, que según el grado de resistencia de sus elementos (infraestructura, vivienda, actividades productivas, grado de organización, sistemas de alerta, desarrollo político-institucional y otros), puede ser susceptible a sufrir daño. Su gestación está asociada directamente con factores de orden antrópico, esto es, la interacción humana con la naturaleza.
Una población expuesta a los efectos de un peligro, sufrirá más o menos daño de acuerdo con el grado de vulnerabilidad que exhibe; por ejemplo si una vivienda o infraestructura del sistema de agua (captación) se encuentra ubicada próxima al cauce del río, cuando se incremente el caudal del río volviéndose torrentoso, puede erosionar los taludes de la ribera y producir deslizamiento, arrasando la vivienda o la captación de agua; en estos casos indicamos que la vulnerabilidad es alta. De otro lado, si la vivienda se encuentra fuera del área de inundación, estará más segura de no sufrir daño, entonces la vulnerabilidad es baja.

Riesgo. Es la probabilidad de que se presente un daño sobre un elemento o componente determinado, teniendo una vulnerabilidad intrínseca, a raíz de la presencia de un evento peligroso, con una intensidad específica. Se evalúa en función del peligro y la vulnerabilidad.

$$R = P \times V$$

Como ejemplo, se muestra en la figura, el peligro representado por el fuerte temporal (lluvias intensas) que puede desencadenar en eventos como saturación del suelo, incremento del caudal del río, erosión y deslizamiento. La vulnerabilidad está representada por la ubicación de la vivienda, la misma que se encuentra expuesta a sufrir daño por el desprendimiento de las rocas y deslizamiento; en estos casos la familia está en alto riesgo.

Acciones de participación del promotor/a en salud para la prevención de los desastres

Participación junto con la comunidad y otras instituciones del Estado, como los delegados de Protección Civil, en la elaboración de planes de emergencia,

- Medidas de infraestructura (alojamientos de emergencia, entre otros),
- Participar en simulacros de desastres (coordinación con Ecos familiar y otras instituciones)
- Participación en las medidas de capacitación y perfeccionamiento de la familia y comunidad en la prevención de riesgos y protección contra desastres.
- Mantener botiquín equipado en caso de emergencia.
- Participación en el fortalecimiento de estructuras comunitarias de protección contra desastres

- Elaboración juntamente con la comunidad de la planificación de las intervenciones en atención integral de salud en caso de desastres, y la coordinación con el Ecos familiar del área de responsabilidad
- Sistemas de alerta temprana:
  - Participar en la definición de formas de comunicación y en su funcionamiento
  - Capacitación de los usuarios

Planeamiento y aplicación de medidas orientadas a impedir o reducir los efectos adversos de fenómenos peligrosos sobre la población, los bienes, los servicios y el ambiente. Es un proceso que consiste en identificar, analizar y cuantificar las posibilidades de pérdidas, y a partir de allí emprender actividades preventivas o correctivas. Acciones integradas de reducción de riesgo, preparación para la atención de emergencias y recuperación pos desastre de la población potencialmente afectable. Es una estrategia ineludible para lograr un desarrollo sostenible.

La gestión de riesgos de desastres debe ser participativa y concertada, porque al ser el problema parte del proceso de desarrollo local, tanto la generación de la condición de riesgo como la solución a su problemática requieren del involucramiento interinstitucional.

¿En qué podemos educar a las personas en el albergue para que cuiden su salud?

1) Las personas requieren información acerca de cómo evitar riesgos y daños; el autocuido de la salud, importancia de acatar las recomendaciones para la convivencia solidaria.
2) Vigilancia epidemiológica
3) Importancia de la vacunación
4) Orientación sobre el saneamiento básico.
   - El buen uso y manipulación del agua de consumo y los alimentos
   - Eliminación de criaderos de zancudos y roedores
   - Fumigar las instalaciones
   - Tratamiento de las letrinas
   - Aplicar cal o ceniza a las letrinas y taparlas
   - Vacunación de perros y gatos
   - Eliminar aguas estancadas
5) Cuidados higiénicos personales
6) Vigilancia y cuidados de grupos vulnerables: embarazadas, puérperas, recién nacidos, niños menores de 5 años, adolescentes, y así evitar posibles abusos

3.15 GUÍA DE TRABAJO # 3

1. ¿Recuerda el esquema nacional de vacunación?, elabore el esquema.
2. Si usted en su visita encuentra un niño de 1 año 6 meses sin vacunas, ¿cuál sería el esquema de vacunación que usted le aplicaría?
3. ¿Qué signos y síntomas busca en una embarazada que le diga que es de alto riesgo? ¿Qué acciones haría usted?
4. ¿Cuáles son las ventajas de la Lactancia Materna?, qué le menciona a la madre puérpera? Menciónelas y explique cómo las aborda con la madre y el grupo familiar, para apoyarla durante los espacios que necesita para dar lactancia materna.
5. Defina con sus propias palabras en qué se debe basar la estrategia AIEPI: equidad, integridad, eficiencia, participación social, trabajo en equipo, longitudinalidad, compromiso político y ética
6. Durante la visita domiciliar a una mujer embarazada que no está en control, ¿qué orientación le daría usted y qué acciones haría?
7. Usted en la visita detecta una puérpera, ¿qué orientación le daría usted?
8. Qué método de planificación familiar le ofertaría a la niña Ofelia (tiene 4 hijos, el menor 5 años)
9. La niña Ofelia pide le mencione y le explique los métodos de planificación permanentes ¿Qué le diría usted?
10. Cuando promueve el examen de detección temprana del cáncer (Prueba Papanicolaou), usted orienta a la usuaria sobre:
11. María no sabe del autoexamen de mama, cómo le orientaría la técnica, describa paso a paso:
12. Cuando usted llega a visitar a la niña María y le comenta que su niño de 9 meses tiene diarrea, usted pone en práctica el plan A. Descríbalo
13. Un niño de 4 meses de edad desnutrido que no ha asistido a control infantil y sin vacunas, ¿cuál sería su accionar?
14. De los casos arriba mencionados, de acuerdo al grupo de edad, sugiera un menú para cada uno de ellos utilizando láminas USANIN.
15. Al visitar a Toñito, niño de 4 años, faltista a vacunación, observa además inicia caries dental, desnutrido, describa las acciones que usted desarrollaría.
16. Usted está preparando el grupo del adulto mayor para su autocuido, presente el plan de actividades a desarrollar.
17. En su visita al adulto mayor, qué orientación le da a la persona que lo cuida: menciónelas y explíquelas.
18. ¿Qué orientación le da al cuidador del adulto mayor para que él como cuidador se cuide?
19. Usted como promotor de salud realiza una visita a la casa de Juan, quien le comenta que le salió una “seca” en el encaje” y que hoy le está supurando. Usted sospecha que es una ITS. ¿Qué acciones realizaría usted como promotor/a?
20. En su comunidad usted ha formado un grupo de adolescentes. ¿Qué acciones de prevención sobre ITS, VIH/sida realizaría usted?
21. Al orientar a su comunidad cómo se previenen las ITS y el VIH/sida, usted les menciona las siguientes formas de prevenirlas:

22. En su visita a la niña Laura, usted escucha que el esposo está tosiendo y al investigar, ella le comenta que tiene más de 15 días de tos. ¿Qué acciones haría usted?
23. ¿Qué temáticas abordará con prioridad en el grupo de adolescentes que usted ha formado en su comunidad? Descríbalas.
24. De acuerdo al diagnóstico de su comunidad, identifique estrategias de trabajo con los y las adolescentes, ejemplo: cómo reducir los daños de la violencia, abuso sexual, cómo evitar llegar al consumo de drogas y suicidio.
25. ¿Qué acciones está haciendo junto a la comunidad para la prevención del Dengue? diseñe un plan de acciones y cuáles ha implementado al momento.
    (Preséntelo)
26. Mencione qué acciones está realizando junto con la comunidad para la prevención de la enfermedad de Chagas, y sino las ha realizado investigar qué acciones debe implementar para la prevención.
27. Don Pedro está recibiendo la primera fase TAES: describa qué medicamentos le da, con qué frecuencia, y si se los deja con su hermana, o se los da en la boca.
28. Dentro de su Plan de Intervención en caso de desastres, qué acciones de saneamiento básico tiene usted programadas, descríbalas o elabore un plan.
29. Dentro de su comunidad, el grupo de apoyo de enfermedades crónicas (Hipertensión arterial, diabetes, VIH) qué actividades está realizando, presente su plan de actividades a realizar con el grupo.
30. Al efectuar una visita a la escuela de su comunidad, usted observa una incidencia de caries dental, ¿qué acciones usted realiza?
31. ¿Su comunidad está organizada en áreas de intervención en caso de desastres? Describa el plan que ha diseñado.
32. De acuerdo a su plan de acción, que acciones en salud desarrollará con la comunidad en los albergues en caso de desastre.
33. Al efectuar la visita para identificar las determinantes sociales, usted encuentra un niño menor de 3 años desnutrido moderadamente, de acuerdo a escala de peso y talla, control infantil atrasado y esquema de vacunación incompleta
    ¿Qué pasos usted debe realizar?
    ¿De qué instrumentos se valdrá para controlar, corroborar e informarse?
    ¿Qué aspectos abordará con la madre y los otros miembros de la familia?
    ¿Qué recomendaciones dará?
    ¿Qué equipo debe tener en su mochila?

MÓDULO 4

Promotores y promotoras en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad

Objetivos

1) Que promotores y promotoras de salud a través de los conocimientos adquiridos lideren y promuevan iniciativas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en la comunidad.
2) Que promotores y promotoras interpreten los fundamentos de la promoción de salud con el fin de que fortalezcan destrezas y habilidades que les permitan realizar labores desde un enfoque de promoción de la salud con participación comunitaria e intersectorialidad

---

4.1 CONCEPTO DE SALUD:

"La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades". OMS, 1946

Dentro del contexto de la promoción de la salud, ésta ha sido considerada no como un estado abstracto sino como un medio para llegar a un fin, como un recurso que permite a las personas llevar una vida individual, social y económicamente productiva.
La salud es un recurso para la vida diaria, no el objetivo de la vida. Se trata de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes.

4.2 CONCEPTO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD
(Carta de Ottawa)

"**Proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre los determinantes de la misma**"

Es un proceso mediante el cual las personas, familias y comunidades logran mejorar su nivel de salud al asumir un mayor control sobre sí mismas. Se incluyen las acciones de educación, prevención y fomento de la salud, donde la población actúa coordinadamente en favor de políticas, sistemas y estilos de vida saludables, por medio de la abogacía, empoderamiento y construcción de un sistema de soporte social que le permita vivir más sanamente.

Principios básicos de la promoción de la salud

Los principios que rigen la promoción de la salud se han definido después de valorar las diferentes experiencias realizadas en este campo desde los años 70, y se pueden resumir en cinco:

1. Ocuparse de la población en su vida cotidiana más que de las personas que padecen un riesgo de desarrollar determinadas enfermedades o que utilizan los servicios de salud.
2. Dirigir sus acciones hacia los determinantes sociales responsables de las pérdidas de salud.

3. Combinar diferentes métodos como la educación y la información, desarrollo y organización comunitarios, defensa de la salud y abogacía.
4. Trabajar a partir de intervenciones que incluyan la participación de la población.
5. Remarcar la importancia de los profesionales de la salud, especialmente aquellos que trabajan en Atención Primaria, puesto que tienen un papel muy importante en el desarrollo de la promoción de la salud y en la facilitación para que estos procesos se lleven a cabo.

En síntesis, la promoción de la salud es esencialmente protectora y de fomento de estilos de vida saludables, dirige sus esfuerzos tanto a la población general como a los individuos en el contexto de su vida cotidiana; busca actuar en lo colectivo sobre los determinantes de la salud y en últimas, promueve el desarrollo humano y el bienestar tanto de la persona sana como enferma, en este contexto, la enfermedad es vista como una oportunidad para el crecimiento. Para el mejoramiento de la calidad de vida se necesita de un proceso a largo plazo con acciones continuadas y aunque implica altas inversiones al inicio, su efectividad es significativa cuando se logra cambiar condiciones y estilos de vida.
Para que este proceso se pueda dar es indispensable el compromiso de los diferentes sectores estatales y de la comunidad, a través del individuo y los colectivos con un significativo aporte financiero del Estado.

4.3 PILARES BASICOS Y FUNDAMENTALES DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

1. **Comunicación social para la salud.**
   La comunicación social para la salud tiene como finalidad difundir información sobre salud en la población, para concientizar sobre aspectos importantes para la prevención y control de enfermedades en la agenda pública, a través de los medios de comunicación locales (prensa, radio y televisión), además de los multimedia.
   La comunicación social para la salud estará dirigida a mejorar el *estado de salud* de los individuos y las poblaciones.

2. **Educación para la salud**
   "Es un proceso de acción social e interpersonal, dirigido a adquirir las capacidades necesarias para la interpretación de la realidad, de los problemas de salud y para responsabilizar a los grupos sociales y a los individuos en la elección de acciones y comportamientos que incidan directa o indirectamente sobre la salud integral de la población".

3. **Participación social**: Es el ejercicio del poder de cada uno y cada una, o como la integración colectiva de las necesidades de la comunidad expresadas a través de sus organizaciones sociales, para transformar la esfera de lo público en función de un bien común. En este marco, la participación social en salud es la posibilidad de que los sujetos a través de sus organizaciones construyan calidad de vida (**política de participación en salud).**

"Proceso de interacción, negociación y concertación entre la población y las instituciones gubernamentales y no gubernamentales responsables y vinculadas con el estado de salud a fin de garantizar el ejercicio del derecho a la misma (**COMISIÒN ESPECIAL DE PARTICIPACIÒN CIUDADANA**).

4. **Intersectorialidad**

   Relación reconocida entre parte o partes de distintos sectores de la sociedad que se ha establecido para emprender acciones en un tema con el fin de lograr resultados de salud de la manera más eficaz, eficiente o sostenible que aquella que el sector sanitario pueda lograr actuando en solitario.

5. **Abogacía en salud**

   Combinación de acciones individuales y sociales destinadas a conseguir compromisos políticos, apoyo para las políticas de salud, aceptación social y apoyo de los sistemas para un determinado objetivo o programa de salud. La abogacía puede ser adoptada por los propios individuos y grupos y/o en su nombre con el fin de crear condiciones de vida que conduzcan a la salud y a la adquisición de estilos de vida saludables, y puede adoptar muchas formas incluido el uso de los medios informativos y multimedia, la presión directa a los políticos y la movilización de la comunidad.

6. **Organización comunitaria**

   Proceso social a través del cual los grupos comunitarios, organizaciones, instituciones, sectores y actores sociales de todos los niveles, intervienen en la identificación de necesidades o problemas de salud y se unen para diseñar y poner en práctica las soluciones y acciones a seguir.

7. **Comunicación en salud**

   Estrategia clave destinada a informar a la población sobre aspectos concernientes a la salud y mantener cuestiones importantes en la agenda política. Hace uso de los medios informativos y multimedia, además de otras innovaciones tecnológicas. Aumenta la conciencia sobre aspectos específicos de la salud individual, familiar y colectiva, y sobre la importancia de la salud en el desarrollo

8. **Participación social y organización comunitaria**

   Proceso social a través del cual los grupos comunitarios, organizaciones, instituciones, sectores y actores sociales de todos los niveles, intervienen en la identificación de necesidades o problemas de salud y se unen para diseñar y poner en práctica las soluciones y acciones a seguir.

   .

9. **Intersectorialidad**

   Relación reconocida entre parte o partes de distintos sectores de la sociedad que se ha establecido para emprender acciones en un tema con el fin de lograr resultados de salud de la manera más eficaz, eficiente o sostenible que aquella que el sector sanitario pueda lograr actuando en solitario.

4.4 ESTRATEGIAS DE ACCIÓN DE PROMOCIÓN DE LA SALUD, SEGÚN LA CARTA DE OTTAWA

Las estrategias de promoción de la salud se apoyan en cinco áreas de acción prioritaria, contempladas en la Carta de Ottawa:

1. Establecer una política pública saludable
2. Crear entornos que apoyen la salud
3. Fortalecer la acción comunitaria para la salud
4. Desarrollar las habilidades personales
5. Reorientar los servicios de salud

Establecer una política pública saludable

Dentro de la política de salud, la promoción de la salud es el proceso mediante el cual los individuos y las comunidades desarrollan un mayor control sobre los determinantes de la salud y de ese modo, mejoran su estado de salud.

La promoción de la salud es un componente de la política de salud, constituye una estrategia que abarca toda la población y vincula a la gente con su entorno, combinando la elección personal con la responsabilidad social, conectando así a la política con la sociedad. En este sentido, la promoción de la salud implica una cooperación estrecha entre todos los sectores de la sociedad, multisectoriales, nacionales, regionales y locales institucionales, salud, educación, y otras, incluido el gobierno, encaminada hacia las causas de la salud, tanto inmediatas como subyacentes.

Crear entornos que apoyen la salud

Los medios ambientes físicos y sociales influyen en la salud, directa o indirectamente, por lo que los entornos propicios para la salud protegen a las personas de las amenazas contra la salud y les permiten ampliar sus capacidades, y desarrollar la autosuficiencia en cuestiones de salud. Los entornos favorables abarcan los espacios en donde las personas viven, su comunidad local, municipios y comunidades, escuelas, promotoras de salud, donde trabajan y se divierten e incluye el acceso a los servicios de salud y las oportunidades de empoderamiento

Fortalecer la acción comunitaria para la salud

La participación activa de la comunidad se puede dar en la definición de prioridades, de programas de acción, la toma de decisiones y la ejecución de los programas de promoción. Sin que esta acción comunitaria, pueda caer en programas asistencialistas, que no son promoción de la salud. La acción de la comunidad para la salud hace referencia a los esfuerzos colectivos emprendidos por las comunidades y con la acción intersectorial, encaminadas a aumentar el control sobre los factores determinantes de la salud, y por ende, mejorarla.

Desarrollar las habilidades personales

Mediante el aprendizaje, el desarrollo de aptitudes y conductas en la población, también se puede realizar promoción de la salud. Estas actividades se deben realizar a través de ciertos canales como las escuelas, los lugares de trabajo y la familia. El desarrollo de las aptitudes personales considera el desarrollo de aptitudes ante la vida (las capacidades de desarrollar conductas positivas y de adaptación) que permitan a los individuos enfrentar eficazmente las exigencias y los retos de la vida diaria.

Reorientar los servicios de salud

Producir un cambio de actitud y de organización de los servicios de salud, de forma que giren en torno a las necesidades del individuo como un todo, desempeñan un papel cada vez mayor en la promoción de la salud de tal forma que trascienda la mera responsabilidad de proporcionar servicios clínicos y médicos.

Existía o existe un énfasis en la atención médica curativa, la atención secundaria y terciaria de la salud. Esto se puede ver en los presupuestos, en la distribución del personal y en otros indicadores. Es necesario que los servicios y los sistemas de salud se reorienten hacia la atención promotora de la salud y a la atención primaria. La reorientación debe conducir a un cambio de la actitud, liderazgo y organización de los servicios sanitarios que ponga énfasis en las necesidades del individuo como persona integral y en el equilibrio con las necesidades de los otros grupos de la población.

4.5 DIFERENCIAS ENTRE PROMOCION DE LA SALUD Y PREVENCION DE LA ENFERMEDAD.

La promoción de la salud

Es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia, mejorarla. La participación es esencial para sostener la acción en materia de promoción de la salud. Confiere a la población los medios para asegurar un mayor control sobre su propia salud

La prevención de la enfermedad

Abarca las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida. Se utiliza a veces como término complementario de la promoción de la salud.

Pese que a menudo se produce una superposición del contenido y de las estrategias, la prevención de la enfermedad se define como una actividad distinta. En este contexto, la prevención de la enfermedad es la acción que normalmente emana del sector sanitario, y que considera a los individuos y las poblaciones como expuestos a factores de riesgo identificables que suelen estar a menudo asociados a diferentes comportamientos de riesgo.

"La aplicación de medidas técnicas que incluye aspectos médicos y de otras disciplinas que tienen como finalidad impedir la aparición de la enfermedad (prevención primaria) curarla (prevención secundaria) y de volverle las capacidades perdidas (prevención terciaria)".

Enfoque prevención versus promoción

- Prevención = enfoque de riesgo
- Promoción = enfoque poblacional
- Prevención = enfoque más Individual
- Promoción = enfoque individual menos importante. Político y social más importante
- Prevención = trabaja en extremo de curva
- Promoción = trabaja con el centro de curva

OBJETIVOS DE PREVENCIÓN	OBJETIVOS DE PROMOCIÓN
Reducir los factores de riesgo y enfermedad	Incidir en determinantes. Cambios en condiciones de vida
Disminuir complicaciones de enfermedad	Influir en decisiones de políticas públicas
Proteger a personas y grupos de agentes agresivos	Mejorar salud/calidad de vida poblacional
	Luchar por equidad y justicia social

Grupos objetivos

Prevención: ¿A quién?	Promoción: ¿A quién?
Primaria: individuos y grupos en riesgo	Población general. Comunidades
Secundaria: individuos y grupos posiblemente enfermos (tamizaje)	Grupos específicos (etnias, niños, mujeres)
Terciaria: enfermos en riesgo de complicaciones y muerte	Situaciones causales, ejemplos: analfabetismo, falta de agua potable, exclusión social, etc.

Estrategias de Prevención

- Primaria: educación sanitaria; desarrollo comunitario; comunicación e información; acción intersectorial a veces.
- Secundaria: detección, diagnóstico precoz
- Terciaria: tratamiento oportuno; manejo clínico para evitar recaídas; rehabilitación

Estrategias de promoción

- Participación social y construcción de la capacidad comunitaria, empoderamiento
- Políticas: negociación política, concertación, consenso, abogacía, cabildeo
- Información, comunicación social
- Educación

Objetivos comunes:

- Lograr mejoramiento del nivel de salud
- Impulsar las intervenciones de salud pública para modificar riesgos y problemas.
- Impulsar la reorientación de servicios de salud para incrementar prevención y promoción.
- La promoción de la salud constituye un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual.

4.6 NIVELES DE PREVENCIÓN

Período prepatogenico		**Período patogénico**		
Prevención primaria		Prevención secundaria	Prevención terciaria	
Primer nivel	Segundo nivel	Tercer nivel	Cuarto nivel	Quinto nivel
Promoción general de salud	Protección especifica	Diagnóstico precoz tratamiento oportuno	Limitación del daño	Rehabilitación

Leavell y Clark citado por Vélez, Alba Lucía

Prevención primaria.

Consiste en el conjunto de acciones destinadas a impedir la aparición o a disminuir la probabilidad de ocurrencia de la enfermedad, se actúa durante el período pre patogénico, modificando los factores de riesgo. (Cambios de dieta, prescripción de ejercicios, uso de cinturón de seguridad en el automóvil, etc.) O previniendo la acción del agente etiológico (inmunización, potabilización del agua, etc.) Podemos dividir estas acciones en dos clases (promoción de la salud (acciones sobre el individuo y protección de la salud (acciones sobre el medio ambiente).

Prevención secundaria

Consiste en acciones encaminadas a detener la evolución de la enfermedad durante la fase pre sintomático. Permiten la llamada prevención precoz, que con frecuencia pero no siempre va acompañada de menor morbilidad si se realiza el tratamiento precoz (en ambos casos "precoz" se refiere al diagnóstico y tratamiento durante la fase pre sintomática).

Prevención terciaria

Se define como el conjunto de acciones que intentan modificar favorablemente la evolución de una enfermedad en su fase sintomática aguda o de sus secuelas. Incluye el tratamiento y

la rehabilitación de una enfermedad y de sus secuelas disminuyendo o impidiendo la progresión de las mismas, mejorando la calidad de vida y retardando la muerte del paciente.

4.7 TÉCNICAS EDUCATIVAS

Es el conjunto de procedimientos específicos que se realizan para lograr objetivos y aprendizaje.

Técnicas educativas participativas
Constituyen una serie de formas o maneras de facilitar la educación individual o en grupos, en las cuales los y las participantes mantienen un desenvolvimiento activo durante su ejecución**.** Estas técnicas pretenden operar cambios en la manera de pensar, sentir y actuar de las personas.

Técnicas educativas participativas individuales
Tienen el objetivo de informar, motivar, intercambiar conocimientos e inducir conductas y actitudes en los individuos con relación a su salud.

Técnicas educativas participativas grupales
Tienen el objetivo de informar, motivar, intercambiar conocimientos e inducir conductas y actitudes de un determinado grupo poblacional en relación con su salud.

Material educativo a utilizar en las técnicas educativas.
Rotafolio, afiches, hojas volantes, hojas recordatorias, láminas de consejería, libros de coloreo, trípticos, historietas, folletos, carteles, frases incompletas, cuentos, banners, pancartas, rompecabezas, juegos didácticos, cuestionarios, entre otros.

.

Sugerencias a tener en cuenta para el facilitador

- Abandonar la postura de ser el centro de atención.
- Ser facilitador del trabajo.
- Escuchar atentamente y cumplir su rol.
- Confiar en las capacidades y valores de las otras personas.
- Tener paciencia.
- Dar un tiempo al aprendizaje.
- Poner en discusión aquellos aspectos que la/ las personas puedan decidir efectivamente.
- tener en cuenta los sentimientos y emociones de las personas.
- Analizar las dificultades, inhibiciones, temores de las personas

Variables a tener en cuenta en la selección de una técnica

- Clarificar de antemano el objetivo qué se espera lograr con la utilización de la técnica

- revisar el conjunto de técnicas disponibles para el logro de ese objetivo.
- Tomar en cuenta las características de la audiencia, edades, experiencias, expectativas,
- Nivel de escolaridad, costumbres. Considerar este criterio al seleccionar la complejidad de la técnica y su naturaleza, ya que algunas ponen en juego costumbres adquiridas o son muy movilizantes, otras requieren entrenamiento previo.
- Evaluar el ambiente físico y los recursos que se poseen para el desarrollo de la técnica, entre los cuales tenemos: espacio, recursos físicos y humanos, tecnología y tiempos.
- Evaluar la propia capacidad personal de proponer y realizar una técnica.

Algunas técnicas educativas existentes y utilizadas en el MINSAL

ENTREVISTA EDUCATIVA

Conversación entre dos personas, una de las cuales (personal de salud) compromete la participación de las otras (usuario/a) para que ponga en práctica actividades para el cuidado de la salud. Para pedir o transmitir información, para solucionar conflictos o encausar la toma de decisiones.

Tiempo de duración: 15 a 30 minutos

CHARLA EDUCATIVA

Reunión de personas donde un expositor proporciona la información y dialoga con el resto. Para el logro de lo anterior puede apoyarse con diversos tipos de materiales educativos, como rota folios, hojas volantes, entre otros.

Son pláticas informales y breves, aun cuando sea informal debe ser planificada, tener un objetivo y la información del grupo participante que será entre 10 hasta 30 personas, con un tiempo mínimo de entre 15 a 30 minutos.

.

SESIÓN EDUCATIVA

Son reuniones desarrolladas con grupos organizados, en forma planificada y secuencial, con la finalidad de cumplir objetivos previamente establecidos. En esta se hará uso de diferentes técnicas educativas participativas tales como: demostraciones, sociodramas, trabajo en grupos pequeños.

Tiempo de duración: 1 a 2 horas

DEMOSTRACIÓN

Es una técnica mediante la cual se procura el aprendizaje, ya sea comprobando, mostrando o ejecutando una acción en presencia de los participantes. Permite la retroalimentación y evaluación inmediata y puede utilizarse en forma individual o grupal y es útil para enseñar y aprender habilidades.

Tiempo de duración: 15 a 30 minutos

CONSEJERÍA

Es un proceso de comunicación interpersonal en el cual una persona ayuda a otra en la toma de decisiones y actuar en consecuencia de acuerdo a la situación en la que se encuentra. Permite establecer con el usuario (a) una negociación a fin de que este adquiera compromisos con respecto al cuidado de su salud. Tiempo mínimo de 30 minutos y un máximo de 2 horas

SOCIODRAMA

Es la interpretación o dramatización de algún hecho, situación ó problema de la vida real de un grupo determinado de personas, con el fin de obtener una vivencia más exacta de la situación y encontrar una solución adecuada.
El socio drama se realiza en un espacio físico adecuado, involucrando al público

4.8 GUÍA DE TRABAJO # 4

Ejercicio: leer, analizar y responder a cada una de las siguientes preguntas, según lo aprendido.

1. Con sus palabras defina lo que entiende por promoción de la salud.

2. Como promotor de salud, qué estrategias aplicaría usted para desarrollar la promoción de la salud.
3. De acuerdo a los conocimientos adquiridos, describa las diferencias entre promoción de la salud y prevención de las enfermedades :
4. Explique los diferentes niveles de prevención :
5. Considera usted que la educación para la salud facilita que las personas modifiquen sus hábitos, comportamientos, y actitudes en relación con su salud. Explique
6. ¿Cómo aplica usted en su comunidad la promoción de la salud?
7. ¿Considera usted que la educación para la salud, informa, motiva, ayuda a las personas a mantener hábitos saludables y produce cambios en ellas? explique
8. ¿Los medios de comunicación masiva son considerados como una herramienta para lograr cambios en las prácticas de la persona, familia y comunidad? Explique
9. Su comunidad cuenta con medios de comunicación masiva, cuáles y si los utiliza para la promoción de la salud
10. ¿Considera usted que la comunidad es un escenario propicio para la educación para la salud? Explique por qué.
11. ¿Qué medidas de prevención usted recomienda en su comunidad para prevenir las enfermedades transmisibles? (estas van de acuerdo al componente, para TB son unas, VIH son otras)
12. De acuerdo a las necesidades detectadas, elabore y presente un plan de educación intra y extramurales (charlas) del problema de salud más agudo que haya detectado en su comunidad
13. Según un estudio de caso, desarrolle la aplicación de acciones de promoción y prevención en la comunidad.

Ejercicio en el aula, utilizando los grupos de trabajo ya establecidos realizar una devolución de cada una de las técnicas educativas existentes y utilizadas en el MINSAL

Ejercicio a entregar al final del módulo

1. Analice las condiciones sociales de su comunidad/familia asignadas (a través de la ficha familiar)
2. Identifique los problemas de salud de mayor prevalencia de su comunidad. A partir del mismo elabore un árbol de problemas
3. Identifique, qué actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad usted realizaría de acuerdo al análisis en su comunidad
4. Qué actividades de información y comunicación educativa desarrollaría
5. Análisis y evaluación de las actividades de promoción en su plan de salud local (PSL)

MÓDULO 5

Promotores y promotoras en las intervenciones básicas de salud ambiental en la familia y la comunidad

Objetivos

a) Desarrollar las competencias en los promotores y las promotoras de salud para el abordaje comunitario en la prevención y control de riesgos asociados al entorno familiar y comunitario.

b) Capacitar a los promotores y promotoras de salud para fortalecer la participación de la comunidad y de otros actores sociales en la solución de las problemáticas ambientales de la comunidad.

5.1 DEFINICIÓN DE SANEAMIENTO BÁSICO:

Es el control de factores del medio físico, que ejercen o pueden ejercer efectos dañinos en la salud del individuo y la comunidad.

Acciones del promotor de salud frente al deficiente saneamiento de la vivienda y comunidad:

- Promover las prácticas apropiadas sobre el saneamiento básico a nivel familiar y comunitario con énfasis en la educación para: el tratamiento del agua a nivel domiciliar, manejo sanitario de desechos sólidos, disposición sanitaria de excretas y aguas grises, manipulación higiénica de alimentos, control de las condiciones sanitarias de la vivienda incluyendo el control de vectores, para la prevención de enfermedades.
- Realizar visitas domiciliares para educar a las familias sobre las prácticas sanitarias y crear entornos saludables en la vivienda y comunidad.
- Desarrollar estrategias de sensibilización y movilización de la población, para la prevención y eliminación de condiciones de riesgo que afecten la salud de la comunidad.
- Fortalecer la organización comunitaria local a través de alianzas estratégicas con otros actores locales.
- Promover la participación activa y consiente de la comunidad en la solución de sus problemas.

Desarrollo de contenidos:

5.2 ATENCIÓN PRIMARIA AMBIENTAL (APA)

El origen de la Atención primaria ambiental, se basa en 2 vertientes:

- Atención Primaria de la Salud (APS) y
- El desarrollo rural integrado

Dicha estrategia, surgió del análisis de lo que sucedía en el sector salud en la década de los 70. Es una estrategia de acción ambiental, básicamente preventiva y participativa en el nivel local, que reconoce el derecho del ser humano a vivir en un ambiente sano y adecuado y a ser informado sobre los riesgos del ambiente en relación con su salud, bienestar y supervivencia; pero a la vez, define sus responsabilidades y deberes en relación con la protección, conservación y recuperación del ambiente y la salud. (Fuente: Atención Primaria Ambiental, OPS/OMS, División de salud y medio ambiente).

El objetivo de la APA, es alcanzar las mejores condiciones de salud y calidad de vida de los ciudadanos, a través de la protección del ambiente y del empoderamiento de las comunidades en el ámbito de la sostenibilidad local.
Considera que la solución de los problemas ambientales y sanitarios (Salud Ambiental) debe gestionarse a nivel local, porque precisamente la población en forma directa o a través de sus organizaciones, y los gobiernos locales, conocen mejor que nadie cuales son sus posibilidades y necesidades elementales, la priorización que debe existir entre ellos y sus posibilidades de solución más óptimas, de acuerdo con su realidad más técnica, financiera, política e institucional. Por último, postula un cambio de conducta individual del ser humano con su entorno.

La APA es primaria, en el sentido que no pretende resolver total ni definitivamente todos los problemas ambientales que pueden afectar a una comunidad, sino aquellos que dentro del ámbito de las responsabilidades y posibilidades de actuación del gobierno local se presenten como prioritarios para la protección de la salud y del medio ambiente de sus habitantes.

Principios rectores de la APA

a. Participación ciudadana
b. Organización
c. Prevención y protección ambiental (Educación sanitaria y ambiental, comunicación, información)
d. Solidaridad y equidad
e. Integralidad
f. Diversidad

La APA será más exitosa en las localidades donde el sector público tenga una mejor organización, una mayor apertura a la problemática ambiental, donde exista información y catastros ambientales, personal técnico y donde la comunidad esté consciente de la importancia de su participación en la solución de sus problemas ambientales.

El Municipio o las autoridades locales juegan un rol clave en la articulación de la APA, incorporando el plan estratégico de APA en sus tareas de gestión.

El personal promotor de salud, jugará un rol importante en el impulso de la APA, permitiendo unir esfuerzos con otros actores y líderes locales, para lograr mejorar la calidad de vida del municipio o comunidad, a través de las acciones ambientales y sanitarias locales.

Ejercicio: # 1 del Módulo 5 _____

Elaborar plan de acciones preventivas, con enfoque intersectorial para la atención a un problema ambiental local.

5.3 AGUA PARA CONSUMO HUMANO

Para conocer la importancia de la calidad del agua que se destinará al consumo humano, deben incluirse los conocimientos generales siguientes:

1. Qué es el agua, su distribución en la naturaleza, propiedades físicas y químicas.
2. Usos del agua
3. Fuentes de agua en la naturaleza
4. Ciclo hidrológico
5. Fuentes de contaminación del agua y métodos de desinfección (Hervir, Filtrar, Clorar)
6. Enfermedades transmitidas por agua contaminada.

Concepto de Vigilancia de la calidad del agua (MINSAL)

Actividades realizadas por el Ministerio de Salud en sistemas individuales o públicos de abastecimiento de agua, para verificar el cumplimiento de la norma de agua potable.
Para que el agua de consumo sea segura, las actividades del promotor(a), deben ir enfocadas en:

- **Minimizar** la contaminación de la fuente de abastecimiento
- **Eliminar** la contaminación durante el proceso de tratamiento
- **Prevenir** la contaminación durante el almacenaje y la distribución del agua para consumo

Por lo tanto, el promotor(a) vigilará los siguientes aspectos sanitarios relacionados con la calidad del agua para consumo humano:

1. Pozo perforado mejorado, con sello sanitario y broquel a 30 cms. del piso
2. Agua lluvia, que debe ser filtrada y posteriormente desinfectada por hervido o clorado (uso de PURIAGUA)
3. Acarreo mejorado con recipientes adecuados y tapados no más de 30 minutos.
4. El agua para consumo sea desinfectada, ya sea con PURIAGUA o por un método de desinfección efectivo y que la comunidad lo pueda aplicar según sus características, recursos, y calidad del agua según su fuente de abastecimiento.
5. El agua para consumo sea almacenada de forma sanitaria, en recipientes limpios, con tapadera, sobre superficie lisa, y sobre el nivel del suelo, es decir, sobre una mesa, tarima, u otro.

6. La manipulación sea higiénica, no introduciendo recipientes al contenedor.
7. N° de fuentes de agua mejoradas (pozo excavado protegido, pozo perforado protegido, manantiales bien construidos y protegidos, captación de agua lluvia en forma sanitaria, pileta pública bien construida, mantenida y protegida)
8. Promover procedimientos para destruir totalmente el contenido microbiológico en el agua.(hervido 5 minutos)
9. Lecturas de cloro en red de distribución o en la vivienda, mínimo 0.3 mg/l y máximo 1.1 mg/l
10. No dosificar en la vivienda con pastillas de cloro, ya que de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, no se recomienda su uso permanente, ya que contiene dicloro isocianuro, componente que sólo se utiliza en piscinas.

En general, debe vigilarse que se dé cumplimiento a la norma salvadoreña de agua potable, que tiene por objeto establecer los requisitos físicos, químicos y microbiológicos que debe cumplir el agua potable para proteger la salud pública.
Dicha norma, aplica en todo el territorio nacional y considera todos los servicios públicos, municipales y privados sea cual fuere el sistema o red de distribución, en lo relativo a la prevención y control de la contaminación de las aguas, cualquiera que sea su estado físico.

Ejercicio # 2 del Módulo 5 _____

Tarea Ex aula: presentar un trabajo individual al día siguiente de recibido el módulo de calidad de agua de la zona donde usted vive aplicando cada uno de los 7 temas recibidos. Fuente: entrevistas. Observación directa, fotos, documentación etc. Máximo 5 páginas.

5.4 DISPOSICIÓN SANITARIA DE EXCRETAS

Para la prevención de las enfermedades diarreicas, parasitarias y el cólera, es necesaria la disposición sanitaria de las excretas humanas. De esta manera se rompe la ruta fecal-oral de la contaminación: las heces entran a la boca por medio de las manos y alimentos contaminados, a través del agua, etc. Para ello es necesario promover la construcción de letrinas y enseñar a las familias a usarlas.

En nuestra comunidad, la construcción de letrinas debe basarse en la norma técnica sanitaria para instalación, uso y mantenimiento de letrinas sin arrastre de agua

El promotor de salud dentro de sus funciones de educación sanitaria debe:
Uso y mantenimiento de los diferentes tipos de letrinas, con énfasis en los siguientes aspectos: la letrina debe ser utilizada por toda la familia; el usuario de la letrina debe sentarse correctamente para lograr la separación de excretas y orina; no debe colocarse el papel de

desecho ni otro tipo de objetos dentro de la letrina; la taza de la letrina debe mantenerse tapada después de su uso; la letrina no debe utilizarse como bodega u otros usos; mantener la letrina en condiciones higiénicas; se debe agregar material secante en cantidad de acuerdo al tipo de letrina después de cada defecación; cómo debe realizarse la desinfección de la taza; proceso de mezclado de excretas en cámaras (para letrina abonera); proceso de remoción de excretas (para letrina abonera y solar); limpieza de la letrina, lavado de manos después del uso de la letrina; entre otros.

Tratamiento de aguas grises

Las aguas grises son las aguas residuales provenientes de duchas, lavatrastos, lavaderos, lavamanos, entre otros, compuestas por aguas jabonosas y grasas; éstas aguas no contienen excretas, por lo que su tratamiento se realiza a través de trampa para grasa y un sistema de infiltración al subsuelo (pozo de absorción o campo de riego). Las aguas grises no deben ser vertidas directamente al terreno, a la calle, a cuerpos de agua, ni mezclarse con aguas lluvias.

Contenido:

1. Qué tipo de aguas componen las aguas grises
2. Elementos que constituyen un sistema de tratamiento de aguas grises (tubería, trampa para grasa, pozo de infiltración o campo de riego y caja colectora si aplica cuando se cuenta con 2 ó más artefactos sanitarios tales como ducha, pila, lavamanos lavatrastos, entre otros)
3. Limpieza de trampa para grasa, frecuencia de limpieza y disposición de la grasa extraída
4. Pruebas de infiltración en campo para determinar profundidad del pozo o longitud de campo de riego
5. Criterios básicos para la instalación de los componentes del sistema

El promotor identifica el problema, coordina con el inspector de saneamiento ambiental para realizar la inspección, luego da seguimiento a las indicaciones y hace las recomendaciones pertinentes

5.5 DESECHOS SÓLIDOS COMUNES

El desarrollo de cualquier asentamiento humano siempre irá acompañado de una mayor generación de desechos sólidos, acumulándose a las orillas de calles, terrenos, quebradas, ríos, afectando los recursos naturales y la salud de la población, creando como consecuencia impactos en el ambiente y la salud de la población.

En nuestro país, el problema crece día con día, debido a que actúan diferentes factores como: crecimiento de la población, educación (status social), consumismo, falta de conciencia ambiental y malos hábitos de higiene.

En las comunidades en la mayoría de las veces, por falta de un servicio eficiente de recolección de desechos, las familias practican la quema al aire libre, lo cual genera un grave daño que ocasionamos al medio ambiente sobre todo con productos como: llantas, bolsas y envases de plástico, contenedores de plaguicidas, fungicidas, herbicidas (que se utilizan en la agricultura) que al quemarse contienen diversos componentes como: Dioxinas, ácido clorhídrico, piretroides etc. En donde las moléculas son altamente tóxicas debilitando el sistema inmunológico, problemas de la piel en los humanos y además se está contribuyendo con el efecto de invernadero (calentamiento global) por la generación de altas cantidades de bióxido de carbono (gas) en la atmósfera.
Ante esta situación es importante la alternativa de organizarnos en las comunidades para separar y clasificar la basura para el bienestar de las presentes y futuras generaciones.

¿Qué se entiende por desechos sólidos?

Son aquellos materiales, no peligrosos, descartados por la actividad del ser humano o generados por la naturaleza y que no teniendo una utilidad inmediata para su actual poseedor, se transforman en indeseables.

Aspectos sanitarios de los desechos sólidos en la familia y la comunidad:

El Promotor/a de Salud debe orientar sus acciones hacia:
1. Almacenamiento temporal dentro de la vivienda
2. Campañas de objetos inservibles, por lo menos una vez al año
3. Incluir la separación de los desechos cuando sea oportuno.

¿Cómo se clasifican los desechos sólidos?

Existen varias formas de clasificación:

a. Por su composición química: orgánica e inorgánica

   i. Desechos orgánicos (Biodegradables): son todos los desechos o residuos que salen de la cocina como: cáscara de frutas y verduras, cascarón de huevo, pan, tortillas, carne, hueso, hojas, ceniza, carbón, pedazos de madera o leña, estiércol de animales, papel y cartón.

   ii. Desechos inorgánicos (No biodegradable): son todos aquellos desechos que están constituidos por materiales no biodegradables, los cuales requieren de un proceso tecnológico para ser trasformados como: el vidrio, plástico, metales, latas y cauchos

b. Por sus riesgos potenciales: peligrosos (infecciosas, tóxicas, inflamables, explosivas, corrosivas, radiactivas y volatilizables) incluyendo los envases, empaques y embalajes que hayan estado en contacto con dichos residuos; y no peligrosos.

Impactos y riesgos generados por el inadecuado manejo de los desechos sólidos

1. Proliferación de vectores y enfermedades (diarreas, cólera, rotavirus, respiratorias y de la piel)
2. Contaminación del agua (pozos, quebradas, ríos, lagos etc.) Basura industrial y agroquímicos
3. Contaminación del suelo (uso de pesticidas y sustancia químicas)
4. Contaminación atmosférica (gases y sustancias químicas de los aerosoles, plástico)
5. Problemas paisajísticos (degradación del paisaje natural)

¿Qué podemos hacer para manejar bien los desechos sólidos o basura?

1. Organizarnos en las comunidades a través de grupos, brigadas o comités ambientales para resolver los problemas de los desechos
2. Involucrar escuelas desarrollando brigadas estudiantiles que promuevan la separación de los desechos y campañas de limpieza dentro del centro escolar.
3. Identificar centros de acopio de desechos en las comunidades donde existan proyectos de separación.

Ventajas

1. Genera empleo en la comunidad
2. Reducir volumen y reciclar los desechos sólidos
3. Disminuir costos por prestación del servicio de limpia
4. Aumenta la vida útil de los rellenos sanitarios
5. Conservamos los recursos naturales y protege el medio ambiente
6. Hacer compostaje o abono orgánico, aprovechando que la mayoría de la basura está compuesta por materia orgánica, de esta forma se reduce significativamente y se utiliza el abono en huertos caseros o de patios, inclusive en fincas.

Es importante que para disminuir los desechos y la contaminación, tomar en cuenta la siguiente estrategia:

Las 3 Erres

Reducir: evitar el consumo de productos sintéticos y comprimir cajas y latas
Reutilizar: se refiere a la técnica del reaprovechamiento de un material o producto, si cambia su forma o naturaleza original (Ej.: macetas, botellas de vidrio, artesanías etc.)
Reciclar: consiste en la trasformación de ciertos materiales en nuevos productos, para la cual se requiere la separación de los residuos o desechos en el origen o en las estaciones de trasferencia o de destino final. (Ej.: vidrios, latas de aluminio, papel, cartón y plástico).

¿Cuál es la mejor regla que podemos aplicar en los hogares, comercio, industria, instituciones o servicios? etc.

- ¿Qué es lo que estoy tirando o botando?
- ¿Dónde lo estoy tirando o botando?
- ¿Qué hacer para tirar menos?

Ejercicio # 4 del Módulo 5_____

Elaborar un plan local de separación de desechos con un grupo meta (niños, ancianos, líderes, jóvenes) incluyendo talleres de manualidades a partir de materiales reutilizables.

5.6 HIGIENE DE LOS ALIMENTOS

Las enfermedades transmitidas por los alimentos, son un grave problema de salud pública que se presenta con más frecuencia en la vida cotidiana de la población.
Muchas de las enfermedades, tienen su origen en el acto mismo de manipular los alimentos.

Por fortuna, las medidas para evitar la contaminación de los alimentos son muy sencillas y pueden ser aplicadas por todas las personas que los manipulen, teniendo en consideración las siguientes recomendaciones para su manejo higiénico.

Manejo sanitario de los alimentos:

- Lavarse las manos con agua limpia, suficiente y con jabón, antes de preparar alimentos y después de usar el baño
- Lavar y desinfectar las superficies y utensilios
- Evitar el ingreso de vectores al área de preparación de alimentos
- No consumir alimentos después de la fecha de vencimiento
- Comprar por último, alimentos perecederos (lácteos, carnes)
- Refrigere alimentos perecederos (carnes, lácteos, mariscos, etc.) a temperatura adecuada.

Lavado y desinfección:

- Utilizar agua potable
- Si no hay agua potable, utilizar PURIAGUA
- Lavar frutas y hortalizas minuciosamente, especialmente si estas se consumen crudas

Separe los alimentos crudos de los cocidos:

- Conservar en recipientes separados los alimentos crudos de los cocidos
- Usar diferentes utensilios para cortar alimentos crudos y cocidos.
- Colocar alimentos crudos en las partes bajas del refrigerador y aquellos listos para consumir o que no requieren cocción en la parte superior, para evitar una contaminación entre estos.

- Mantener siempre los alimentos almacenados y refrigerados debidamente tapados.

Tiempo de cocción:

- Cocinar los alimentos completamente aplicando el tiempo necesario especialmente a: carne, pollos, huevos y pescado
- Mantenerse y servir calientes los alimentos
- Hervir sopas, guisos, caldos.

5.7 PREVENCIÓN Y CONTROL DE ZOONOSIS Y VECTORES

Zoonosis: toda enfermedad transmitida por animales, al ser humano.

También existen enfermedades transmitidas por animales de mayor tamaño, como por ejemplo: la rabia, la toxoplasmosis, triquinosis; enfermedades cuyos agentes vectores son: el perro, el gato, el cerdo, las vacas y roedores.

Así, estás enfermedades adquieren cada vez mayor importancia debido al constante aumento de la población humana, lo que supone que aumentan las posibilidades de transmisión de enfermedades conocidas, así como el surgimiento de otras desconocidas o aún sin tratamiento, producto de que cada vez más la civilización conquista o comparte hábitat que antes pertenecían a los animales y a los insectos.

CONCEPTOS DE ZOONOSIS Y VECTORES

¿Qué son las enfermedades vectorizadas y zoonosis?

Según los expertos de la Organización Mundial de la Salud y la FAO, las zoonosis y las enfermedades transmitidas por vectores se definen como aquellas infecciones transmitidas entre animales vertebrados pequeños e insectos al hombre y viceversa. Los agentes infecciosos involucrados incluyen virus, bacterias, parásitos y hongos. Los mecanismos de transmisión son muy variados y en ocasiones complejos.

Conozcamos el concepto de vector

Se le llama vector a un organismo, que transmite un agente infeccioso o infectado desde los individuos afectados a otros que aún no portan ese agente. Por ejemplo los zancudos son vectores de diversos virus o parásitos patógenos. La mayor parte de los vectores son insectos hematófagos, ya que los virus y parásitos encuentran un medio fácil de transmisión por contacto directo a la circulación sanguínea.

PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DE LOS VECTORES

Transmisores de enfermedades

(ya desarrolladas en enfermedades transmisibles en módulo 3)

	Paludismo	***Dengue***	***Leishmaniosis***	***Chagas***
Reservorio	Hombre y algunos primates	hombre	Hombre, perros, roedores, marsupiales	Hombre, perros, gatos, roedores, primates
Ambiente	Deforestación, activs. agrícolas, migración, calentamiento global	Carencia de servicios públicos, migración, urbanización, turismo	Deforestación, actividad agrícola	Amplia distribución y malas condiciones de vivienda
Sociales	Rural, pobreza	Arbovirus 4 serotipos	Rural y pobreza	Rural/pobreza Urbano-transfusión

	Paludismo	***Dengue***	***Leishmaniosis***	***Chagas***
Vivienda	Transmisión doméstica	Transmisión doméstica	Transmisión peri-doméstica	Transmisión doméstica
Manifestaciones clínicas	Fiebre terciana, anemia, hepato-megalia	Fiebre exantema, artralgias, mialgias, hemorragias	Lesiones mucocutáneas, úlcera del chiclero	Signo de Romaña, edema ocular, chagoma, viscerome-galias
Vector	Anofeles sp	Ae. aegypti Ae. albopictus	Flebótomos	Triatomas
Tipo de criaderos	Cuerpos de agua estancada, charcos, riberas	Lugares en que se puede acumular agua	Lugares húmedos y cálidos	Casas construidas de adobe, paja y bajareque
Agente	Plasmodium vivax y falciparum	Arbovirus 4 serotipos	Arbovirus 4 serotipos	Tripanosoma cruzi

DENGUE

Principales criaderos de vectores en la vivienda y su entorno del dengue

Barriles, pozos, aguajes para animales, floreros en el cementerio, pilas, cualquier depósito que no se utilice frecuentemente, floreros, agujeros en los árboles y en el suelo; medidas de prevención: barreras físicas, químicas y biológicas

Actividades del promotor de salud:

1) Educar a la familia y comunidad sobre las medidas para evitar los criaderos, mediante el saneamiento básico. Hacer retroalimentación constante sobre dichas medidas, antes de que se dé un brote.

2) Incentivar a la familia y comunidad a participar en la búsqueda y eliminación temprana de esos focos inservibles que acumulen agua.

3) Utilización de las estrategias NEPRAM dentro de fase huevo y larvarias.
    - Lavado de depósitos útiles una vez por semana
    - Aplicación de la untadita
    - Colocación de peces en pilas y barriles
    - Colocación de bolsas matalarvas

4) En caso se dé la crianza de estos orientar sobre el uso del mosquitero

5) Referir a la sede de los Ecos familiares todo febril que se encuentre en la visita domiciliar.

MALARIA

Fases huevo y larvaria:

- Aplicación de larvicida en emulsión.
- Eliminación de agua estancada.
- Construcción y/o mantenimiento de obras físicas.

Eliminación de lama en lagos y pantanos.

Tenga presente que estas son las fases más vulnerables del vector por lo que es fácil eliminarlo aplicando estas medidas

CHAGAS

METODOS DE CONTROL DE CHAGAS

- Metodo químico. Utilización de productos químicos residuales que se aplican con equipo de aspersión manual Hugson.
- Método físico: este método de control consiste en el mejor aprovechamiento y mejoramiento físico de la vivienda.
- Método de control biológico. Se consideran los enemigos naturales de los triatómicos.

Doméstica

Triatoma dimidiata
Dos mecanismos de dispersión

Ecología del Vector

Viviendas de paja

Cocinas de lodo

Muro de piedra

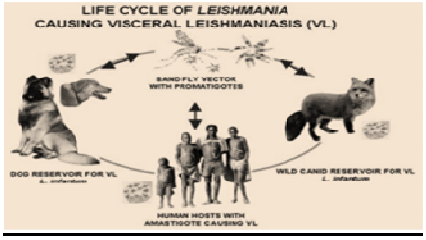
Pantes de leña

METODO DE CONTROL AMBIENTAL. Adecuación del medio ambiente.

Rol del promotor/a y la comunidad en la prevención de vectores y enfermedades zoonóticas

Incentivar a la familia y comunidad a participar activamente en las campañas de prevención, manteniendo la higiene de los patios, zonas verdes o áreas abiertas; eliminando los objetos inservibles, como llantas, botellas vacías, depósitos destapados, tapaderas de botella, recolectar las hojas secas, tapar los huecos de los árboles que puedan recolectar agua y "chapodar" periódicamente las zonas verdes.

LEISHMANIASIS



Métodos de control.

La lucha contra la leishmaniasis debe realizarse con una visión integral de la situación, contemplando los siguientes aspectos**:**
1- Control de vectores
2- Control de reservorios
3- Educación sanitaria de la población
4- Vigilancia y registro de los casos
5- Desarrollo de métodos diagnósticos y detección de enfermos.
6- Identificación y caracterización de cepas
7- Tratamiento precoz de enfermos

Etapas de control.

1- Etapa de recolección de datos
2- Etapa de ataque al vector.

A) CONTROL QUÍMICO:
- Rociado espacial: aerosol térmico ó aerosol en frío a ulv. en lugares de nidificación y ovoposición de los vectores.
- Rociado residual: en lugares de reposo o espera. (paredes internas, externas, establos, gallineros, perreras).
- Uso de repelentes

B) CONTROL FÍSICO:

- Colocación de cedazos finos (0.6 - 0.8 mm) en puertas y ventanas.
- Uso de mosquiteros.
- Cerrar las puertas y ventanas durante el atardecer.

C) CONTROL MECÁNICO:

- Limpieza y ordenamiento del entorno de la vivienda, evitar la acumulación de piedras, leña, etc.
- Limpiar regularmente los lugares en donde duermen animales domésticos para evitar la acumulación de estiércol.

Acciones del promotor y promotora de salud:

1. Promover el control de vectores, dar a conocer a la comunidad qué son los flebótomos.
2. Mantener incentivada a la comunidad sobre el saneamiento básico de las viviendas y sus alrededores.
3. Orientar a las personas no defecar en espacios abiertos alrededor de la casa.
4. Detección de casos y referirlos a la brevedad al Ecos familiar.

5.8 MANEJO DE DESECHOS BIOINFECCIOSOS

1. Definiciones básicas

Los desechos bioinfecciosos son todos aquellos que pueden contener agentes infecciosos. Pueden ser:

Infecciosos

Los desechos infecciosos son generados durante las diferentes etapas de la atención de salud y representan diversos niveles de peligro potencial, de acuerdo con su grado de exposición ante agentes infecciosos. Se dividen en:

Materiales provenientes de salas de aislamiento

Residuos biológicos, excreciones, exudados o materiales de desecho provenientes de salas de aislamiento de pacientes con enfermedades altamente transmisibles. Se incluye a los animales aislados y cualquier tipo de material que haya estado en contacto con éstos.

Materiales biológicos

Cultivos, muestras almacenadas de agentes infecciosos, medios de cultivo, instrumentos usados para manipular, mezclar o inocular microorganismos, vacunas vencidas o inutilizadas, filtros de áreas altamente contaminadas, etc.

Sangre humana y productos derivados: sangre de pacientes; bolsas de sangre inutilizadas, con plazo de utilización vencida o serología positiva; muestras de sangre para análisis; suero, plasma y otros subproductos. También se incluyen los materiales empapados o saturados con

sangre; materiales como los anteriores aunque se hayan secado, incluyendo el plasma, el suero y otros, así como los recipientes que los contienen o que se contaminaron, como bolsas plásticas, tubos de venoclisis, etc.

2. Fuentes de generación en la comunidad

Llamamos fuentes de generación a todos los servicios y establecimientos que, durante la prestación de servicios de salud humana o animal, producen desechos bioinfecciosos.
Los principales productores de desechos bioinfecciosos son:

- Hospitales
- Centros y puestos de salud
- Laboratorios de análisis químicos
- Clínicas veterinarias
- Bancos de sangre
- Farmacias
- Clínicas odontológicas
- Personas comunes

Riesgo

Por riesgo se entiende la probabilidad que tiene un sujeto de generar o desarrollar efectos adversos a la salud, bajo condiciones específicas de exposición a situaciones de peligro propias del medio. La situación de peligro, en este caso, es representada por el carácter infeccioso, tóxico, corrosivo, radiactivo, etc., de los DSH/P.
Las personas que manipulan los residuos diariamente y de forma más directa son las más propensas a desarrollar efectos adversos a la salud.

Los problemas más graves detectados, se resumen a continuación:

1. La práctica de arrojar los residuos hospitalarios a los vertederos junto con los desperdicios municipales crea un grave riesgo para la salud de los rebuscadores de basura, la salud pública en general y el ambiente.
2. Las agujas, jeringas, algodón y otros residuos de curaciones son depositados sin ninguna precaución en los centros de acopio temporal; su transporte se realiza junto con la basura común y los mismos trabajadores de salud de la comunidad lo hacen.
3. La ausencia de segregación - o una segregación inadecuada - de los desechos bioinfecciosos, lo cual aumenta la cantidad de desechos peligrosos. Cuando los desechos comunes entran en contacto con estos últimos se vuelven potencialmente peligrosos, lo que implica a su vez un aumento del riesgo para el personal y la población en general.

Personal externo en Riesgo:

1. Trabajadores del servicio de aseo
2. Drogadictos
3. Hurgadores/pepenadores: indigentes.
4. Trabajadores de Salud

5.9 Guía de trabajo #5

Ejercicio 1

1. ¿Qué actividades desarrolla usted en su comunidad para incentivar el saneamiento básico?

2. Elabore un plan de acciones preventivas, con enfoque intersectorial para la atención a un problema ambiental local.

3. ¿Quiénes participan en las acciones preventivas en su comunidad?

4. En su comunidad, ¿existe trabajo ambiental con las escuelas? explique

5. ¿Qué tipo de organizaciones trabajan en el área ambiental de la comunidad?

6. En su comunidad, ¿cuáles son las alianzas estratégicas para el trabajo sanitario y ambiental comunitario? ¿Con qué organizaciones locales?

7. En su comunidad, ¿qué fuentes de agua para consumo y uso doméstico tiene?

8. ¿Aplica algún tratamiento al agua para consumo? ¿Cuál?

9. ¿Qué tipo de letrinas tiene su comunidad?

10. ¿Qué medidas recomienda a la población para su uso y mantenimiento sanitario?

11. ¿Existe disposición sanitaria de aguas grises en su comunidad?
    ¿Qué tipo de tratamiento se les da?

12. ¿Cómo maneja la comunidad los desechos sólidos?

13. Practica algún método de tratamiento, como el compostaje?

14. En la comunidad, ¿usted y el comité han promovido la separación de los materiales reciclables?

15. Proponga un plan local de separación de desechos con un grupo meta (niños, ancianos, líderes, jóvenes) incluyendo talleres de manualidades a partir de materiales reutilizables.

16. ¿La comunidad practica medidas en la preparación e higiénica manipulación de los alimentos?

17. ¿Usted realiza en su comunidad acciones para el control de vectores, estas son de tipo preventivo o correctivo? Explique.

18. ¿Se ha capacitado a los/las líderes comunitarios y actores locales, en saneamiento básico? Sino lo ha hecho elabore un plan de capacitación a los líderes (consulte)

19. ¿Realiza acciones comunitarias intersectoriales para la protección de recursos naturales locales?, ¿Cuáles?

Ejercicio 2

Tarea de campo: planificar un plan de intervención de saneamiento básico y desarrollarlo en la escuela de su comunidad y sus alrededores, participar en escuela para padres y educar sobre el saneamiento básico del hogar y comunidad. Traer el proceso escrito

Reflexiones finales:

"Cuán hermoso es el hecho de detectar la amenaza, anunciar la llegada del peligro, reconocer la señal, la alarma, para no llegar a enfermar y complicar nuestra vida".

Bibliografía

1. Ministerio de Salud de El Salvador: Manual de Organización y funcionamiento de los Ecos Familiares, 2011.
2. Organización Panamericana de la Salud "La formación en Medicina Orientada hacia la Atención Primaria de Salud": Serie: La renovación de la APS en las Américas, Estrategias para el desarrollo de los Equipos de ASP, Washington, D,C,OPS,2008.
3. Organización Panamericana de la Salud, "Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria de Salud"; Estrategias para el desarrollo de los Equipos de APS, Washington, D,C,OPS,2008.
4. Sakata, Karen et al. 2007. Concepto de Equipo de Salud de familia sobre las visitas domiciliares. Revista Brasileña, v.60, n 6 p.
5. Ministerio de Salud de El Salvador, MINSAL, Guía revisada para la atención integral de niños y niñas menores de cinco años por el promotor y la promotora de salud (AIEPI) 2011
6. Organización Panamericana de la Salud: El Control de las Enfermedades Transmisibles, decimoctava, edición 2005, Publicación Científica No. 613
7. Ministerio de Salud de El Salvador, Normas vigentes de Vacunación
8. Ministerio de Salud de El Salvador, Normas de Cadena de Frío.
9. Ministerio de Salud de El Salvador, Normas del Programa de Tuberculosis
10. Organización Panamericana de la Salud. Orientaciones estratégicas y prioridades programáticas para el cuadrienio 1991-1994. Resolución No. 13 de la XXIII Conferencia Panamericana OPS/OSP (23/14), 1990.
11. Carta de Otawa para la Promoción de la Salud. Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud: Hacia un nuevo concepto de la Salud Pública. Organización

Mundial de la Salud. Salud y Bienestar Social de Canadá, Asociación Canadiense de Salud Pública. Ontario, Canadá, noviembre de 1986.

12. Facultad de Salud Pública, La Habana, Cuba. 1989, Plan de estudios. Especialidad de Higiene y Epidemiología.
13. Martínez CS. Algunos comentarios sobre la promoción de salud y la estrategia sanitaria cubana. Ciudad de La Habana, Facultad de Salud Pública, 1992.
14. http://www.gaisa-mspas.gob.sv/gaisa/calidad_agua.htm
15. http://www.gaisa-mspas.gob.sv/gaisa/normas.htm
16. http://www.gaisa-mspas.gob.sv/gaisa/GUIAS_MANUALES.htm
17. Organización Panamericana de la Salud, Guía para la calidad del agua potable
18. Ministerio de Salud de El Salvador, Normas de salud ambiental (agua potable, letrinas, alimentos, desechos bioinfecciosos).
19. Organización Panamericana de la Salud. Orientaciones estratégicas y prioridades programáticas para el cuadrienio 1991-1994. Resolución No. 13 de la XXIII Conferencia Panamericana OPS/OSP (23/14), 1990.
20. Martínez CS. Algunos comentarios sobre la promoción de salud y la estrategia sanitaria cubana. Ciudad de La Habana, Facultad de Salud Pública, 1992.
21. Crónica de la UNESCO “Vol. XVI Nº 05
22. Organización Panamericana de la Salud, Desastres Naturales; medidas preventivas; 1999 pág. 32.

Reglas de Convivencia

- ✓ Apagar Celulares
- ✓ Ser Puntuales
- ✓ Ser respetuosos con el tiempo de asistencia
- ✓ Escuchar con atención cuando otra persona está hablando
- ✓ Llamar a los compañeros por su nombre
- ✓ Respetar la agenda del Curso
- ✓ Levantar la mano para pedir la palabra
- ✓ Darle buen uso al material educativo proporcionado
- ✓ Preguntar, aclarar dudas en cada temática

ANEXOS

ANEXO 1

GLOSARIO DE TERMINOS

Atención primaria de salud: en 1978 la Declaración de Alma Ata definió la APS como "atención esencial en Salud basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundamentadas y socialmente aceptables, accesibles a los individuos y la comunidad y el país pueda para mantenerla". La APS forma parte integral del sistema de salud, tanto como sea posible, al lugar donde la gente vive y trabaja, constituyéndose en el primer elemento de un proceso continuo de atención de salud.

Atención integrada: combina los eventos y la información de los mismos, que tienen impacto sobre la salud de las personas y suceden en diferentes lugares y niveles de atención a lo largo de la vida de la persona. Se relaciona con la longitudinalidad, que es una orientación de servicios de salud hacia los individuos (no las enfermedades) a lo largo del curso de sus vidas y que frecuentemente se consigue en un área de contacto definida y con sistemas de información de salud integrados para los niveles familiar y comunitario. La atención integrada se refiere a la atención prestada durante el tiempo por un solo profesional o por un equipo de profesiones de salud (seguimiento) y a la comunicación efectiva y oportuna de la información de eventos clínicos, riesgos, asesorías y transferencia de pacientes a diferentes niveles por un amplio rango de profesionales de la salud ("seguimiento de los registros").

Atención integral: medida en la cual se proveen, a través de la APS, los servicios esenciales necesarios para todos, incluso para las necesidades menos frecuentes de la población; aquellos servicios no disponibles se proveen a través del componente de coordinación y referencia de la APS. Supone la provisión de servicios integrados de promoción, prevención de la enfermedad, cuidado curativo, rehabilitación, soporte físico, psicológico y social acorde con la mayoría de los problemas de salud en una población dada.

Atención primaria de salud orientada a la comunidad: es un proceso continuo, mediante el cual el servicio de atención primaria se presta a una comunidad específica, sobre la base de una evaluación de sus necesidades en salud a través de la integración programada de la práctica de la salud pública y los servicios de atención primaria.

Atención adecuada y efectiva: aplicación de medidas, tecnologías y recursos en cantidad y calidad suficiente para garantizar el logro de los objetivos propuestos. Los beneficios esperados en salud, como resultado de la realización de un procedimiento, deben superar, por un amplio margen, las consecuencias negativas del mismo. La efectividad

implica que los abordajes para la mejora de la salud tienen el impacto propuesto en la población.

Caries: es una enfermedad infecciosa producida por determinadas bacterias que acidifican el medio bucal, produciendo la destrucción de los tejidos duros dentales, hasta alcanzar los vasos y nervios de la pulpa. Cuando esto ocurre origina dolor, infección, e impotencia funcional

Consulta preconcepcional: es la consulta brindada por el equipo de salud a una mujer (o a una mujer y su pareja), previo a su embarazo, con el objetivo de identificar, corregir, eliminar, disminuir factores, conductas de riesgo reproductivo y tratar enfermedades que puedan alterar la evolución normal de un futuro embarazo.

Cognición: ayudará a despertar la capacidad de aprender nuevos conocimientos, así como la capacidad para resolver problemas y comprender las causas y consecuencias de las cosas que suceden a su alrededor

Derecho al nivel de salud más alto posible: la Constitución de la Organización Mundial de la Salud y los tratados internacionales sobre derechos humanos reconocen el derecho al "nivel de salud más alto posible". El derecho a la salud hace énfasis en la relación entre estado de salud y dignidad humana, la no discriminación, la justicia y la participación y comprende la libertad de controlar (por ejemplo el control de las propias decisiones reproductivas) y la libertad de defender el derecho (por ejemplo a la atención en salud y a las condiciones saludables de vivienda.

Dar respuesta a las necesidades de salud de la población: se trata de la atención centrada en la persona más que en los síntomas u órganos específicos y de llevar el concepto de "atención centrada en la gente" a la población y considerar las dimensiones física, mental, emocional y social de las personas. La capacidad de respuesta se define también como atención con las siguientes características: abordaje holístico de las personas; profesionales con conocimiento de las personas; atención y empatía; confianza en los médicos; atención acorde con las necesidades de los pacientes; posibilidad de decisiones médicas compartidas entre médicos y pacientes.

Diagnóstico comunitario participativo: es el proceso que permite identificar y explicar los problemas que afectan a la familia y a la comunidad, de una realidad social que requiere intervención en un momento determinado, con la participación de los mismos miembros de las comunidades organizadas.

Ecos con enfoque familiar: equipos basados en APS la cual concibe la atención de las personas en el contexto más amplio de sus familias y su ambiente. Los servicios sociales y de salud que satisfacen las necesidades de la población se basan en información local y son prestados dentro de los contextos social y cultural de la familia, del individuo y de otros contextos sociales relevantes. Las prácticas deben ser dirigidas a los problemas de salud de las personas en el contexto de sus circunstancias familiares, redes sociales y culturales y su entorno laboral. Esto implica una comprensión efectiva de las circunstancias y hechos en la

vida de una persona, su cultura, condiciones de vida, dinámica familiar, situación laboral y problemas de salud.

Énfasis en promoción y prevención: atención en salud en el momento de intervención más temprano posible en la cadena de eventos entre el riesgo, los problemas de salud y sus secuelas. Esta atención se presta a nivel individual y comunitario. En lo individual comprende la educación y la promoción en salud, para fortalecer las capacidades de las personas en prevención y auto cuidado. A nivel comunitario, la APS coordina con otros sectores la realización de actividades de prevención primaria y esencial.

Enfermedad periodontal: es un trastorno dental resultante de la progresión de la gingivitis que involucra inflamación e infección de los ligamentos y huesos que sirven de soporte a los dientes.

Estrategias: Una estrategia es un conjunto de acciones planificadas sistemáticamente en el tiempo que se llevan a cabo para lograr un determinado fin o misión

Estrategias Educativa: Hacen referencia a un conjunto de actividades, en el entorno educativo, diseñadas para lograr de forma eficaz y eficiente la consecución de los objetivos educativos esperados

Equidad en salud: ausencia de diferencias sistemáticas en uno o más tópicos de la salud (o sus determinantes) en grupos definidos en los aspectos sociales, demográficos o geográficos.

Gingivitis: trastorno en el cual las encías están rojas, inflamadas y con sangramiento

Intersectorialidad: medida en que la APS se integra a los esfuerzos dirigidos a la intervención de los determinantes de salud externos al sector salud, tales como agua y saneamiento, vivienda y educación y coordinación del desarrollo y puesta en marcha de un amplio rango de políticas públicas y programas que afectan y comprometen sectores externos a los servicios de salud. La intersectorialidad requiere de una articulación estrecha entre las áreas públicas y privadas y no gubernamentales, tales como el empleo, educación vivienda, producción de alimentos, agua y saneamiento y atención social, tanto en el interior de los servicios de salud tradicionales, como fuera de ellos y que tiene un efecto sobre el estado de salud y el acceso a la atención en salud. Los enfoques intersectoriales movilizan los recursos de la sociedad en su conjunto, en sus divisiones y distribuciones de recompensa y obligaciones.

Justicia social: es un concepto ético basado, en gran medida, en las teorías del contrato social, La mayoría de las variaciones sobre el concepto sostienen que los gobiernos fueron instituidos por los pueblos en beneficios de ellos mismos. Aquellos gobiernos que no logran orientarse hacia el bienestar de los ciudadanos están incumpliendo su parte del contrato social y, por lo tanto son injustos, El concepto incluye generalmente la defensa de los

derechos humanos, pero no está limitado a esta, y también se refiere a la justicia de una sociedad en su conjunto, en sus divisiones y distribuciones de recompensas y obligaciones.

Motora gruesa: las niñas y los niños aprenderán a controlar los movimientos de los músculos grandes de su cuerpo, y esto les permitirá realizar acciones como gatear, caminar, saltar, correr y otras.

Motora fina: las niñas y los niños aprenderán a controlar los movimientos de los músculos pequeños de su cuerpo en coordinación con la mano y vista; esto les permitirá mover sus dedos para cortar con tijera, colorear, pasar páginas de un libro, jugar con barro, hacer nudos y otros. Además, les preparará para el aprendizaje de la escritura.

Participación: grado en el que una persona participa y comparte la toma de decisiones con relación a su propia atención. La participación social es el derecho y la capacidad de la población para participar de forma efectiva y responsable en las decisiones sobre la atención en salud y su implementación. La participación social en salud es una faceta de la participación civil, una condición inherente al ejercicio de la libertad, la democracia, el control social sobre la acción pública y la equidad.

Prevención: la prevención se concibe en tres niveles: la Prevención Primaria, dirigida al manejo de la enfermedad antes de que esta se presente; la Prevención Secundaria, una vez la enfermedad aparece; y la Prevención Terciara, cuando la enfermedad sigue su curso

Promotor de salud: es un líder de la comunidad, elegido por ésta, para promover su participación organizada en la promoción de la salud y trabajar en coordinación con los equipos de salud basada en APSI. Hablar de promotor de salud es hablar de personas que han aceptado asumir en forma solidaria, responsabilidades en el desempeño de tareas específicas que contribuyan al mejoramiento de la salud individual, familiar y colectiva de la comunidad en la cual reside.

Promoción de la salud: proceso donde se faculta a los individuos para el aumento del control sobre los determinantes de salud y, de esta forma, se mejora su salud. Involucra a la población como un todo en el contexto de su vida cotidiana y está dirigido a la acción sobre los determinantes y causas de salud, más que en el enfoque de riesgos de las personas frente a enfermedades específicas.

Quimioprofilaxis: administración de sustancias químicas, incluidos los antibióticos, para prevenir la aparición de una infección, y evitar que la infección evolucione hasta un cuadro de enfermedad activa y manifiesta.

Reservorio: todo ser humano, animal, artrópodo, planta, tierra o sustancia (o una combinación de estos) donde por lo común vive y se multiplica un agente infeccioso, del cual

depende primordialmente para su supervivencia, y donde se reproduce de manera tal que puede ser transmitido a un huésped susceptible.

Rol: función que el promotor cumple.

Salud: La OMS define la salud como "un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no sólo como la ausencia de enfermedad". Bajo este concepto la mayoría de las personas se considerarían no saludables. De ahí que esta definición ha sido criticada por ser irrealista. La salud también se ha definido como un estado dinámico, una forma (o desviación de la misma). A nivel poblacional, la salud puede concebirse como un asunto social, económico y político, así como un derecho humano. La Carta de Ottawa para la promoción de la salud definió como prerrequisitos de ésta, la paz, la protección, la educación, la alimentación, el ingreso, un ecosistema estable, recursos sustentables, justicia social y equidad.

Sistema de salud basado en la APS: es un enfoque amplio para la organización y operación de sistemas de salud, que hacen del derecho al logro del nivel de salud más alto posible su principal objetivo, al tiempo que maximizan la equidad y la solidaridad. Un sistema de tal naturaleza es guiado por principios propios de la APS, tales como dar respuesta a las necesidades de salud de la población, orientación hacia la calidad, responsabilidad y rendición de cuentas de los gobiernos, justicia social, sostenibilidad, participación e intersectorialidad. Un sistema de salud basado en la APS está conformado por un conjunto de elementos estructurales y funcionales que garantizan la cobertura universal y el acceso a servicios aceptables para la población y que promueven la equidad. Presta atención integral, integrada y apropiada a lo largo del tiempo, hace énfasis en la prevención y en la promoción y garantiza el primer contacto del usuario con el sistema. Las familias y las comunidades son la base para la planificación y la acción. Un sistema de salud basado en la APS requiere de un marco legal, institucional y organizacional, así como de recursos humanos, financieros y tecnológicos adecuados y sostenibles. Emplea prácticas óptimas de organización y gestión en todos los niveles para alcanzar la calidad, la eficiencia y la efectividad, y desarrolla mecanismos activos para maximizar la participación individual y colectiva en salud. Un sistema de salud de esta naturaleza promueve acciones intersectoriales para abordar otros determinantes de la salud y de la equidad en salud.

Socioafectiva: desde temprana edad, las niñas y los niños aprenderán a conocer, expresar y manejar sus propias emociones y sentimientos; así como a desarrollar su seguridad personal, las formas para convivir con las y los demás, los valores, las costumbres, los hábitos y el auto cuido que deben tener consigo mismos

ANEXO 2

ABREVIATURAS

APS: Atención Primaria de Salud

APSI: Atención Primaria de Salud Integrada

ADESCO: Asociación de Desarrollo Comunal

AIEPI: Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia

BCG: Vacuna de Bacilo Calmette – Guerin contra la Tuberculosis.

cm: centímetro

DPT: Vacuna Triple contra la Difteria, Tosferina y Tétanos.

DT: Toxoide Diftérico Tetánico.

DCP: Diagnóstico Comunitario Participativo

FPP: Fecha Probable de Parto

FUR: Fecha de Última Regla.

IRA: Infección Respiratoria Aguda.

IEC: Información, Educación y Comunicación

LME: Lactancia Materna Exclusiva.

MEF: Mujeres en Edad Fértil.

MINSAL: Ministerio de Salud

PLP: Programación y Evaluación Local Participativa

OPV: Vacuna Oral contra la Poliomielitis.

PF: Planificación Familiar.

RIISS: Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud

SIBASI: Sistema Básico de Salud Integral

SPR: Vacuna triple contra el Sarampión, Paperas y Rubéola.

SR: Vacuna contra el Sarampión y Rubéola.

TA: Tendencia Adecuada (de ganancia de peso)

TI: Tendencia Inadecuada (de ganancia de peso)

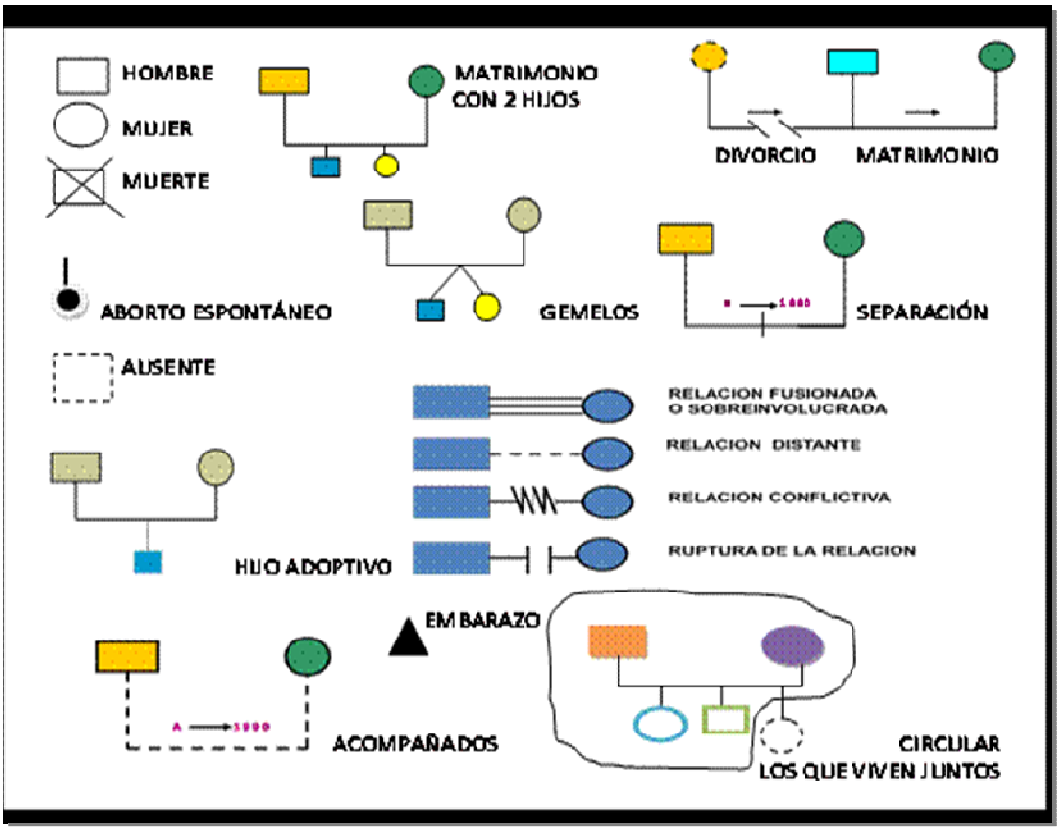
rpm: Respiraciones por minuto.

USG: Ultrasonografía

VECO: Vigilancia Epidemiológica Comunitaria

ANEXO 3

SIMBOLOGIA A UTILIZAR EN LA FICHA



ANEXO 4

Clasificación de la familia, según ciclo vital y crisis encontradas

(Paranormativas y normativas). Revisar lineamientos

FAMILIOGRAMA

Evolución de la familia			
Fecha de visita de terreno	**Problemas identificados**	**Medidas adoptadas**	**Periodos de solución**

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

FICHERO DE ACTIVIDADES DE SEGUIMIENTO A LA DISPENSARIZACIÒN

NOMBRE ECOSF _____ No. DE FAMILIA _____

NOMBRE DEL PACIENTE _____

SEXO _____ GRUPO DISPENSARIAL _____

AÑO DE CONTROL	EDAD	No. INCIDENCIA	PREVALENCIA	FALLECIDO	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
2011		Hta.	Diabetes y asma bronquial					t			c					
2012																
2013																
2014																
2015																

Ministerio de Salud
Viceministerio de Servicios de Salud
Dirección de Primer Nivel
Ficha familiar 2011

(1) Nombre del establecimiento de la salud: _____

(2) Código de ECOSF: _____

(3) Número de expediente familiar: [ ] Departamento [ ] Municipio [ ] Área [ ] Cantón / Barrio o Colonia [ ] Zona [ ] Nº vivienda [ ] Nº Familia

(4) Fecha de llenado: _____ /_____ /_____

(5) Situación de la vivienda:

a) Vivienda renuente: [ ]

b) Vivienda cerrada: [ ]

c) Deshabitada: [ ]

(6) Dirección de la vivienda: _____

_____

(7) Religión a la que pertenece la familia: _____

(8) Pueblos indígenas a los que pertenece la familia: _____

Riesgo Familiar (73)

(9) Tipo de familia: _____

Patrimonio		Construcción de vivienda			Vulnerabilidad		Servicios básicos									Presencia de Vectores					Tenencia de mascotas					Patrimonio familiar						
Tipo de tenencia de vivienda	Numero de habitaciones (dormitorios)	Material de las paredes	Material de piso	Material de Techo	Por exposición a riesgo ambiental	Ubiliza para cocinar dentro de la casa leña, carbón, estopa de coco	Luz eléctrica	Teléfono	Abastecimiento de agua	Tratamiento de Agua para consumo humano	Tiene letrina	Tipo de letrina	Manejo de aguas grises	Manejo de aguas negras	Manejo de basura	Zancudos	Moscas	Chinches Picudas	Cucarachas	Roedores	Nº de perros	Nº de perros vacunados	Nº de gatos	Nº de gatos vacunados	Otras mascotas	Cultivo agrícola propio	Aves de corral	Ganado vacuno	Ganado porcino	Negocio propio (tienda, etc.)	Bono de CSR o CSU	Vehículo automotor
(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)	(21)	(67)	(23)	(24)	(25)	(26)	(27)	(28)	(29)	(30)	(31)	(32)	(33)	(34)	(35)	(36)	(37)	(38)	(39)	(40)	(41)	(42)

Observaciones:

Datos generales												Educación		Económico		
Nº correlativo de cada miembro de la familia	Nombres y apellidos de las personas que conforman la familia	Nacionalidad	Sexo	Fecha de nacimiento			Edad actual			Parentesco con el/la jefe/a de familia	Institución de la que es cotizante o beneficiario	Sabe leer y escribir	Último grado de estudios aprobados	Tiene trabajo remunerado	Ocupación	Recibe pensión
				Día	Mes	Año	Años	Meses	Días							
(43)	(44)	(45)	(46)	(47)			(48)			(49)	(50)	(51)	(52)	(53)	(54)	(55)

Situación de salud																
Nº correlativo de cada miembro de la familia	Tipo de Discapacidad	Causa de Discapacidad	Padece de alguna(s) enfermedad(es) crónica(s)	Toma medicamento(s) para enfermedad crónica	Estado Nutricional	Fuma	Frecuencia de consumo de bebidas embriagantes	Cantidad de consumo de bebida embriagante por día	Se ha tomado la citología en el último año	Se ha realizado el examen manual de mamas en el último año	Está embarazada actualmente	Ha tenido más de 3 abortos espontáneos	Tiene niños menores de 1 año que hayan nacido con una de las siguientes condiciones	Utiliza algún método de planificación familiar	Si el/la niño/a menor de 14 años trabaja	Los/as niños/as menores de 18 años quedan bajo el cuidado de	Evaluación de la dispensarización individual
	(56)	(57)	(58)	(59)	(60)	(61)	(62)	(63)	(64)	(65)	(66)	(67)	(68)	(69)	(70)	(71)	(72)