

GUÍA de acciones Extramuros

Dirección General
Sistema Integral de Atención en Salud
Guatemala, 2019



GUÍA de acciones Extramuros

Dirección General
Sistema Integral de Atención en Salud
Guatemala, 2019



Dr. Carlos Enrique Soto Menegazzo
Ministro de Salud Pública y Asistencia Social

Dr. Julio Humberto García Colíndres
Viceministro de Salud

Dr. Alvar Frank Pérez Méndez
Viceministro de Salud

Lic. Jose Gustavo Arévalo Henríquez
Viceministro de Salud

Dr. Mario Alberto Figueroa Álvarez
Viceministro de Salud

Guatemala, septiembre 2019.

PRESENTACIÓN

Los servicios de salud a través de acciones extramuros priorizan intervenciones en el marco de la prevención de la enfermedad, promoción de la salud y vigilancia epidemiológica, con el objetivo de incidir en determinantes de la salud, contribuyendo con el desarrollo de las comunidades y promoviendo la reducción de daños a la población. En este sentido se considera la implementación de acciones fuera de los establecimientos de salud, que permitan identificar las necesidades de la comunidad y establecer medidas preventivas que contribuyan a mejorar la salud de la población de manera oportuna.

El personal de salud debe facilitar el acceso a los servicios a la población de acuerdo a los riesgos de la salud identificados en el análisis de situación de salud, a la demanda y oferta para establecer acciones oportunas.

El Modelo de Atención y Gestión en Salud, contempla los lineamientos de gestión y atención integral de la red de establecimiento de salud, con el afán de estandarizar los procesos de atención que presta la red de establecimientos, define la organización funcional de los recursos para efficientar y aprovechar al máximo la disponibilidad de los mismos, incluyendo el sistema de información, la gestión de medicamentos e insumos, recursos financieros, gobernanza o rectoría necesarios para el acceso universal a la totalidad de la población.

Para dar cumplimiento a los lineamientos anteriores, es necesario institucionalizar las intervenciones, dando gran relevancia a la organización y participación de las comunidades para lograr el cambio de comportamiento y el autocuidado de la salud a través de la comunicación educativa, vigilancia de la salud, diagnóstico temprano, tratamiento efectivo y la referencia oportuna.

Con este proceso se pretende fortalecer la participación y conducción del personal de salud en las diferentes acciones, beneficiando a los diversos grupos de población y cumpliendo con la entrega de servicios integrados e integrales con pertinencia cultural y enfoque de género.

Con base a lo anterior se elabora la presente Guía de Acciones Extramuros para la Atención Integral, con el objetivo de orientar de forma sistemática y ordenada las acciones a desarrollar.



Dr. Bernardo Eliú Mazariegos Salazar
Director General del Sistema Integral de Atención en Salud
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

EQUIPO TÉCNICO DESARROLLADOR

SECCIÓN DE ARTICULACIÓN Y DESARROLLO DE RISS/DESARROLLO DE MODELOS

Dr. Edgar Manolo Vicente Batz
Dra. Alejandrina Judith Cruz de González
Dr. Jorge Artemio García Arrecis
E.P. Elva Dubón García
Dra. Mayra Josefina Corado Arana
Dr. José Natanael Diéguez Juárez
Licda. Raquel Elizabeth Camey Colón
Licda. Evelyn María Varela Ruano
Licda. Helen Nohemí Vásquez Barillas

EQUIPO TÉCNICO REVISOR DEL MSPAS

VICEMINISTERIO DE ATENCIÓN EN SALUD

Dra. Verónica Castellanos- Asesora del VAS
Dr. José Orlando Cano- Asesor de DGSIAS
Dr. Edgar Méndez -Facilitador -Sección de articulación y desarrollo de RISS

DEPARTAMENTO DE DESARROLLO DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE LA DGSIAS

SECCIÓN DE ARTICULACIÓN Y DESARROLLO EN RISS

Dra. Dora María Rivas
Dr. René Oliva Meza
Licda. Alba Sandoval
Licda. Leticia Castillo
Dr. Walter Soto
Dra. Jhuny Tasejo Corzantes

ATENCIÓN INTEGRAL

Lic. Rigoberto Rivera
Licda. Dinora Mendoza

PROEDUSA

Licda. Glenda Velásquez
Licda. Gladis de Solís

USME

Licda. Lilian Marín-USME
Lic. Josué González-USME
Dra. Erica Serón-USME
Dr. Raúl Juárez-USME

UNIDADES DEL MSPAS

Lic. Giovany Ujpan Mendoza-Unidad de Pueblos Indígenas e interculturalidad
Dra. Marcela Pérez- Unidad de Pueblos Indígenas e interculturalidad
Licda. Alva Gordillo Aguirre-Unidad de Género
Licda. Betty Paz-Unidad de Género

APOYO TÉCNICO OPS

Dra. Amalia Ayala-OPS
Dra. Caroline Chang-OPS
Dr. Luis Marroquín-OPS
Ing. Gabino Coló-OPS
Lic. Elías García-OPS
Ph.D. Dinorah Lissette Calles-OPS

Gobierno de Guatemala

Ministerio de Salud Pública y
Asistencia Social

Dirección General del Sistema Integral de
Atención en Salud

Departamento de Desarrollo de los Servicios
de Salud

Guatemala, 2019. Primera edición

INDICE

I.	INTRODUCCIÓN	1
II.	OBJETIVO GENERAL	1
	A. Objetivos específicos	1
III.	ALCANCE	2
IV.	USUARIO	2
V.	MARCO CONCEPTUAL	
	A. Acciones Extramuros	2
	B. Promoción de la salud	2
	C. Prevención de la enfermedad	2
	D. Educación para la salud	3
	E. Estilo de vida	3
	F. Estilos de vida saludables	3
VI.	ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EXTRAMUROS	3
	A. Análisis de Situación de Salud -ASIS- estratificación de riesgos y priorización de sectores	4
	B. Integración de equipos de salud, asignación de sectores y territorios	4
	1. Sectores con o sin infraestructura y sin RRHH asignado	5
	2. Sectores sin infraestructura con RRHH asignado	6
	3. Sectores con infraestructura y RRHH asignado	7
	C. Planificación operativa de acciones extramuros	8
	D. Entrega de servicios de salud	8
VII.	FUNCIONES GENERALES EQUIPO DE SALUD EXTRAMUROS	8
VIII.	ACCIONES EN AMBITO INDIVIDUAL, FAMILIAR Y COMUNITARIO	8
	A. Acciones en el ámbito individual	8
	1. Detección de embarazadas	11
	2. Seguimiento a puérperas y recién nacido	11
	3. Seguimiento de menores de 5 años	12
	4. Seguimiento a casos de Tuberculosis y/o VIH	13
	5. Población pendiente de vacuna y control de crecimiento	13
	6. Seguimiento a casos de enfermedades no transmisibles con énfasis en hipertensión y diabetes.	14
	7. Adolescentes con riesgos identificados	15

8. Enfermedades Transmitidas por Vectores -ETV-	16
9. Enfermedades zoonóticas	16
B. Acciones en el ámbito familiar	17
1. Identificación y captación de la familia	17
2. Acercamiento a la familia	19
3. Educación en salud	19
4. Plan de emergencia familiar	19
C. Acciones en el ámbito comunitario	20
1. Acercamiento y negociación.	21
2. Diagnóstico Comunitario de Salud	21
3. Desarrollo de croquis y conteo poblacional	27
4. Acciones de promoción y educación	27
5. Intercambio de experiencias con terapeutas socioculturales y comadronas	27
6. Agua y saneamiento básico	28
7. Análisis de sala situacional	28
IX. BIBLIOGRAFÍA	30
X. ANEXOS	31
1. Plan operativo institucional	31
2. Cronograma mensual	32
3. Visita domiciliar	33
4. Plan de emergencia familiar	34
5. Plan comunitario de salud	35
6. Ficha familiar	36

I. INTRODUCCIÓN

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social -MSPAS- promueve la implementación del modelo de atención y gestión basado en la estrategia Atención Primaria en Salud Renovada, con énfasis en la promoción y prevención, orientada al individuo, la familia y la comunidad, propiciando el abordaje integral de acciones relacionadas con los determinantes de la salud de la población, identifica y reconoce la necesidad de crear nuevas estrategias para la prestación de servicios de salud donde se evidencie el compromiso y el cambio de actitud del personal, así como una gestión con base a resultados.

El Modelo de Atención y Gestión cambia la lógica tradicional, reconociendo a la familia como el núcleo para intervenciones en salud, ya que forma parte de una comunidad en la que comparte el mismo espacio geográfico para habitar o laborar, guarda similitudes en cultura, idioma, creencias e intereses y tienen en común un entorno político, económico y social, a la vez que conjuntamente, está expuesta a los mismos riesgos y daños a la salud; por ello la familia es el eje fundamental para promover estilos de vida saludable con participación ciudadana.

La presente guía de acciones extramuros comprende servicios de salud que promueven el autocuidado de la salud a través de medidas que se orientan a la identificación y control de riesgos a nivel individual, familiar, y comunitario; implementación de estrategias de prevención de la enfermedad, promoción y educación en salud y fortalecimiento de la participación ciudadana para actuar sobre los determinantes de la salud y contribuir al desarrollo integral a nivel local.

La implementación requiere de un proceso gradual que garantice los recursos e insumos básicos para su funcionamiento promoviendo la práctica de estilos de vida saludables en el ámbito individual, familiar y comunitario. Dichas intervenciones son realizadas fuera de las instalaciones de los establecimientos de salud.

II. OBJETIVO GENERAL

Proporcionar a los equipos de salud los lineamientos técnicos y operativos para desarrollar acciones integrales extramuros en los ámbitos familiar, comunitario e individual, en los sectores y territorios de la red local de salud.

A. Objetivos específicos

- Proporcionar lineamientos a los equipos de salud para brindar atención integral fuera de los establecimientos según normativa vigente, con énfasis en la promoción y educación de la salud y prevención de la enfermedad.
- Estandarizar los procesos de atención integral extramuros con enfoque de género y pertinencia cultural.

III. ALCANCE

La aplicación de la presente guía corresponde a las acciones a desarrollar por parte de los equipos de salud en los ámbitos individual, familiar y comunitario de los territorios y sectores de la red local de salud de los Distritos de Salud -DS- orientadas a prevenir la aparición de enfermedades y la reducción de factores de riesgo a través del seguimiento de casos especiales.

IV. USUARIO

Todo personal de la red de establecimientos de salud del primero y segundo nivel de atención que desarrollan acciones extramuros.

V. MARCO CONCEPTUAL

A. Acciones Extramuros

Son las acciones realizadas fuera del establecimiento, orientadas al ámbito familiar, comunitario e individual con participación activa de la comunidad y coordinación intersectorial para abordar los determinantes de la salud y contribuir al desarrollo integral a nivel local, priorizando la promoción de la salud y prevención de la enfermedad con enfoque de género y pertinencia cultural.

B. Promoción de la salud

“La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente” (Carta de Ottawa 1986). Según la OMS la promoción de la salud permite que las personas tengan un mayor control de su propia salud. Abarcan una amplia gama de intervenciones sociales y ambientales destinada a proteger la salud y la calidad de vida individuales mediante la prevención y solución de las causas primordiales de los problemas de salud, y no centrándose en el tratamiento y la curación. Sus tres componentes esenciales son la buena gobernanza sanitaria, la educación sanitaria y ciudades saludables.

C. Prevención de la enfermedad

Medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida.

D. Educación para la salud

La educación para la salud incluye, la información relativa a las condiciones

sociales, económicas y ambientales subyacentes que influyen en la salud, también la que se refiere a los factores y comportamientos de riesgo, además del uso del sistema de asistencia sanitaria. Es decir, la educación para la salud supone comunicación de información y desarrollo de habilidades personales que demuestren la viabilidad política y las posibilidades organizativas de diversas formas de actuación dirigidas a lograr cambios sociales, económicos y ambientales que favorezcan la salud.

La educación en salud pública se aplica a todos los acontecimientos de la vida de un individuo, un grupo o una colectividad, que influyen en creencias, actitudes o comportamientos, en lo que se refiere a salud y comprende también todas las situaciones que lo llevan a alcanzar una salud óptima.

E. Estilo de vida

Conjunto de comportamientos y actitudes que desarrollan las personas, las cuales pueden ser saludables o nocivas para la salud.

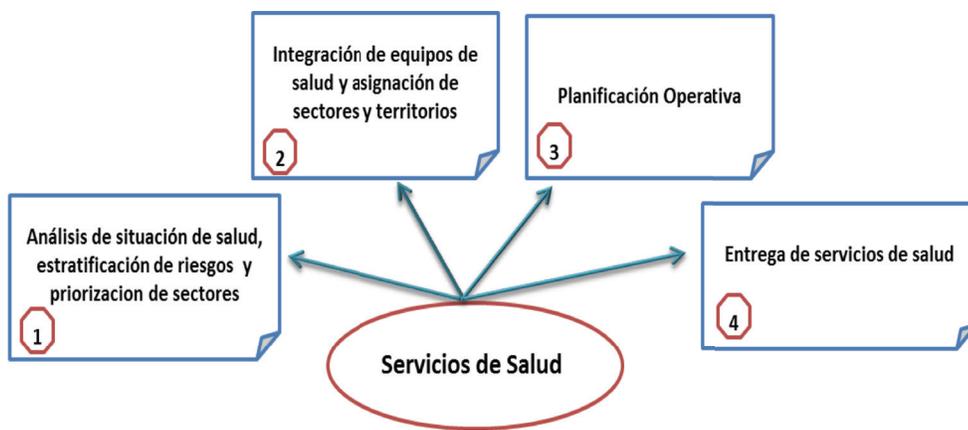
F. Estilos de vida saludables

Son hábitos y costumbres determinantes que cada persona practica para mantenerse física y mentalmente sano.

VI. ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EXTRAMUROS

Para fines de garantizar la prestación de servicios de salud la población se organiza en Territorios y Sectores. Esta división territorial reconoce un número determinado de habitantes, identifica el equipamiento e infraestructura y la existencia de los recursos para su funcionamiento.

En el contexto de la organización de los servicios de salud se deben desarrollar las siguientes actividades, las cuales son determinante previo al acercamiento con la comunidad:



- Fuente: Elaboración propia Sección de Desarrollo de Modelos de Gestión y Atención.

A. Análisis de Situación de Salud -ASIS- Estratificación de riesgos y priorización de sectores

El ASIS es el instrumento que incorpora el análisis de la interacción de los determinantes geográficos, demográficos, socioeconómicos y la respuesta social que inciden fuertemente en la salud de la población, se considera importante tomarlo como base para la planificación estratégica y organización de los servicios de salud, con el fin de identificar los riesgos de salud, las necesidades de la población y establecer acciones oportunas.

Es por ello, que en la organización de los servicios de salud, el desarrollo del ASIS es determinante para priorizar y estratificar territorios y sectores en los cuales se deben intensificar y/o mantener acciones que contribuyan a mejorar el nivel de salud de la población.

B. Integración de equipos de salud, asignación de sectores y territorios

Para la prestación de servicios de salud extramuros se integran equipos de salud, los cuales establecen empatía comprendida como un lazo de confianza con la población asignada. Dichos equipos de salud están integrados por profesionales y técnicos que desarrollan acciones de atención integral, prevención y educación con enfoque de género e intercultural.

Dichos equipos de salud están integrados de acuerdo a las condiciones siguientes:

- a) Sectores con o sin infraestructura y sin RRHH asignado.
- b) Sectores sin infraestructura con RRHH asignado.
- c) Sectores con infraestructura y RRHH asignado.

Cuadro No.1 Equipos de Salud

Equipo de Salud		
Sectores con o sin infraestructura sin RRHH asignado	Territorio/Sectores sin infraestructura con RRHH asignado	Territorio/Sectores con infraestructura y RRHH asignado
Médico y/o enfermera y/o auxiliar de enfermería y técnico en salud rural y/o inspector de saneamiento u otros quienes de manera itinerante y rotativa programarán atención integral	2 Auxiliares de enfermería extramuros 1 Asistente técnico por territorio de acuerdo a perfil definido (médico, licenciada en enfermería, enfermera/o) 1 Asistente de información por cada dos territorios de acuerdo a perfil definido	2 Auxiliares de enfermería quienes deberán rotar mensualmente en acciones intramuros y extramuros 1 Asistente técnico por territorio de acuerdo a perfil definido (médico, licenciada en enfermería o enfermera/o) 1 Asistente de información por cada dos territorios de acuerdo a perfil definido

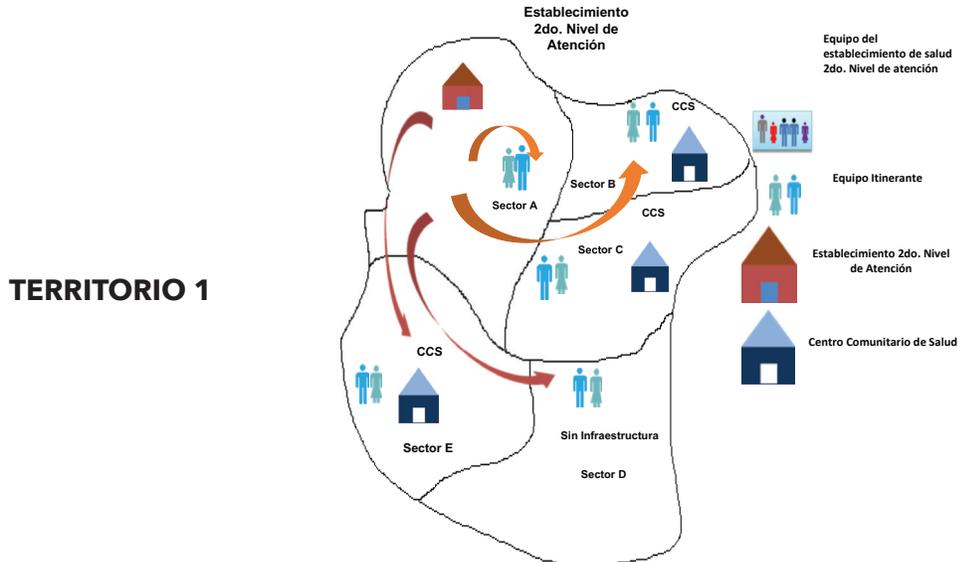
El Técnico en Salud Rural -TSR- e Inspector de Saneamiento Ambiental -ISA- son responsables de las acciones de agua y saneamiento ambiental en el ámbito comunitario, promoviendo la participación activa de la comunidad para hacer incidencia en los determinantes de la salud y brindan asistencia técnica a los Equipos de Salud en los temas que le corresponden.

La asignación de los equipos de salud a sectores y territorios deberá realizarse con base al análisis de situación de salud con el fin de asegurar intervenciones oportunas en áreas de influencia con mayor mortalidad y morbilidad.

1. Sectores con o sin infraestructura y sin RRHH asignado

En los sectores donde no se cuente con equipo de salud asignado, el Distrito de Salud debe organizar equipos itinerantes rotativos para desarrollar jornadas de atención con el objetivo de asegurar la cobertura a toda su población, para lo cual elaborará cronograma mensual con anticipación para garantizar los insumos necesarios. (Ver esquema 1)

Esquema 1: Sectores con o sin infraestructura y sin RRHH asignado



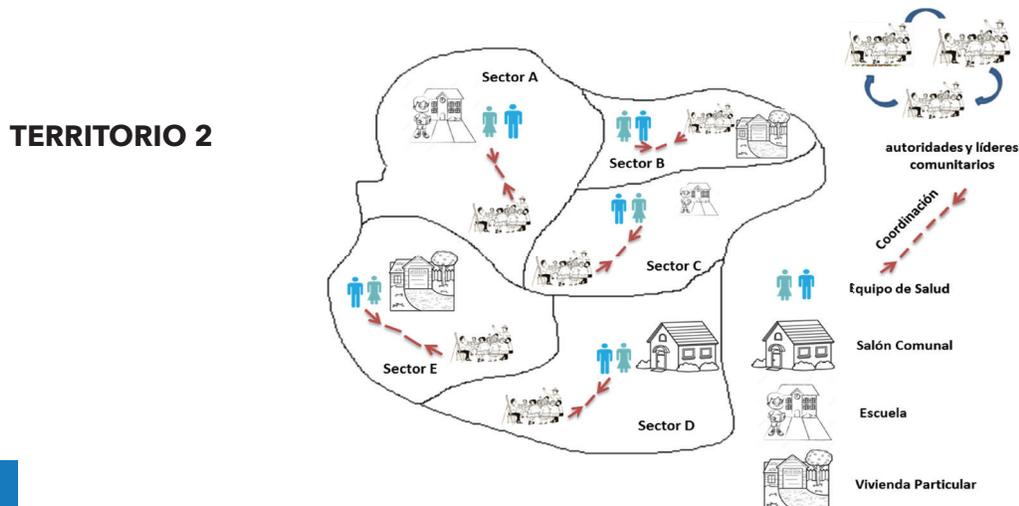
Fuente: Elaboración propia Sección de Desarrollo de Modelos de Gestión y Atención

2. Sectores sin infraestructura con RRHH asignado

Los equipos de salud asignados a sectores sin infraestructura deberán organizarse para desarrollar jornadas de atención integral con base a la cartera del Puesto de Salud, para lo cual deben coordinar con autoridades y líderes comunitarios la prestación de servicios de salud con el objetivo de garantizar un espacio físico en el cual se brinde atención a la población en general. Dichas visitas deben ser planificadas a través de cronograma con un mes de anticipación autorizado por el coordinador de distrito de salud garantizando los recursos necesarios para dicha atención.

En esta situación el equipo de salud debe planificar las actividades a desarrollar, garantizando que durante la jornada se desarrollen las acciones extramuros definidas en el presente documento; lo anterior implica que mientras un proveedor de salud brinda atención clínica el otro proveedor desarrolla visitas de seguimiento. (Ver esquema 2)

Esquema 2: Sectores sin infraestructura con RRHH asignado



Fuente: Elaboración propia Sección de Desarrollo de Modelos de Gestión y Atención

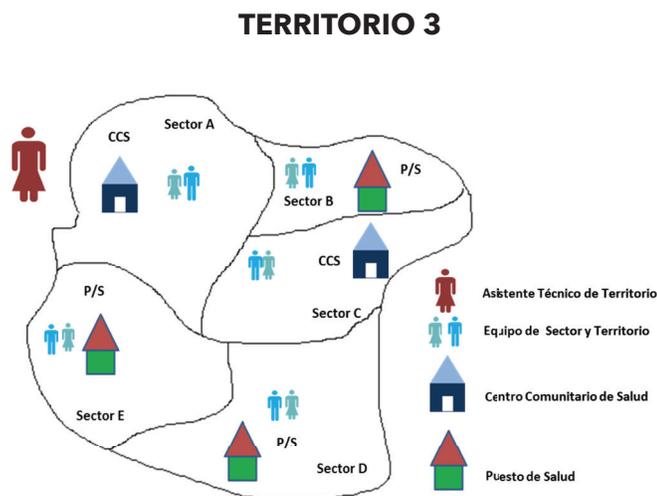
a. Actividades a desarrollar en sectores sin infraestructura

- Reunirse con autoridades/líderes locales para garantizar lugar idóneo para la prestación de servicios de salud durante la visita.
- Socializar fechas para visita a comunidad correspondiente.
- Socializar los servicios de salud que se proveerán a la población.
- Socializar la cartera de servicio de los establecimientos de salud
- Negociar con autoridades/líderes locales la divulgación de fechas programadas para garantizar la asistencia de la población.
- Coordinar y socializar ante el COMUDE, COCODE, grupos organizados, iglesias, Organizaciones no gubernamentales entre otros.
- Coordinar con líderes locales para colocar carteles con información en lugares estratégicos de la comunidad (tiendas, escuelas, molinos, iglesias entre otros)
- Coordinar y socializar con MINEDUC a través de directores locales y maestros fechas, horarios y lugar para la prestación de servicios de salud, para que éstos lo comuniquen a los estudiantes y sean un canal de comunicación con los padres, madres y/o responsables de familia.
- Presentarse a la comunidad de manera puntual, con los recursos necesarios para proveer servicios de salud

3. Sectores con infraestructura y RRHH asignado

Los equipos de salud asignados a sectores con infraestructura oficial deberán organizarse para desarrollar acciones intra y extramuros que garanticen la atención integral, integrada y continua por etapas del curso de vida. (Ver esquema 3).

Esquema 3: Sectores con infraestructura y RRHH asignado



Fuente: Elaboración propia Sección de Desarrollo de Modelos de Gestión y Atención

C. Planificación operativa de acciones extramuros

La planificación operativa establece con claridad las actividades y tareas para alcanzar el logro de los objetivos planteados. El equipo de salud debe organizar las acciones a desarrollar a través de la elaboración del plan operativo, definiendo actividades, tareas, responsables y metas a alcanzar. (Ver anexo 1)



D. Entrega de servicios de salud

El equipo de salud brindará servicios de salud dirigidos al individuo, familia y comunidad con énfasis en acciones de prevención, promoción y educación, para ello deberá dar cumplimiento al cronograma elaborado con anticipación. (Ver anexo 2)

VII. FUNCIONES GENERALES EQUIPO DE SALUD EXTRAMUROS

- a) Planificación mensual de actividades
- b) Análisis de situación de Salud a través de sala situacional
- c) Realizar acciones de acercamiento y negociación familiar, comunitario y a nivel individual
- d) Análisis de sala situacional con participación comunitaria
- e) Acompañamiento en la elaboración de plan de salud comunitario
- f) Registro de información en formularios del SIGSA
- g) Elaboración de croquis y conteo poblacional
- h) Coordinación con asistente técnico de territorio
- i) Gestión asistencial (referencia y contrareferencia)
- j) Visita domiciliar para:
 - Seguimiento de casos especiales
 - Promoción de factores protectores y prevención de factores de riesgo en la familia
 - Implementación de acciones de promoción, educación en salud y rehabilitación

VIII. ACCIONES EN AMBITO INDIVIDUAL, FAMILIAR Y COMUNITARIO

A. Acciones en el ámbito individual

En la modalidad extramuros, se desarrollan acciones de atención integral y seguimiento a casos especiales con énfasis en promoción, prevención y educación de acuerdo a normativa vigente.

El equipo de salud debe identificar y dar seguimiento a grupos de riesgo correspondientes a sus sectores y territorios, establecer acciones que contribuyan a mejorar la salud. En este ámbito la educación para la salud es un eslabón clave que se enmarca en la interacción y empatía entre proveedor de salud e individuo a través de acciones de prevención primaria y secundaria, promoviendo estilos de vida saludables.

Es importante mencionar que para establecer empatía con el usuario es indispensable "SABER ESCUCHAR" para comprender la situación. El equipo de salud debe asumir el papel de un agente de cambio que brinda asistencia al usuario para modificar hábitos, por lo que deberá tener capacidad de comunicación y el usuario deberá asumir la corresponsabilidad que tiene de su propia salud.

Para establecer un ambiente de armonía y confianza, el equipo de salud debe tomar en cuenta los siguientes aspectos durante la visita domiciliaria:

- a) Saludar y presentarse respetuosa y cordialmente a la madre, padre o persona adulta que se encuentra en la vivienda con el fin de establecer empatía.
- b) Explicar el motivo de la visita domiciliaria.
- c) Indagar el motivo por el cual no asistieron al establecimiento de salud según cita establecida.
- d) En el caso de seguimiento de casos especiales, explicar la importancia de dar cumplimiento a la cita establecida en el establecimiento de salud.
- e) Evaluar la evolución de la enfermedad.
- f) Si identifica signos de peligro, debe explicar que es necesario referir al usuario urgentemente y realizar lo siguiente:
 - Activar Plan de Emergencia Familiar y Comunitario.
 - El proveedor de salud debe establecer comunicación con el personal del establecimiento de salud más cercano para informar y coordinar la referencia.
 - En caso de no presentar signos de peligro verificar el cumplimiento de tratamiento establecido, si el usuario es un niño, preguntar a la madre, padre o responsable el horario y dosis (si el caso lo requiere).
- g) Brindar orientación integral de acuerdo a normativa vigente.
- h) Ofertar los servicios de salud promoviendo la visita al establecimiento de salud más cercano.
- i) Si surge alguna situación de renuencia a la atención por parte de madre, padre o responsable, se debe levantar conocimiento en cuaderno y debe ser firmado o colocar huella digital por el proveedor de salud, madre, padre o responsable de niño/a y presidente de COCODE.

Cuadro No. 2 Equipo e insumos mínimos para la prestación de servicios de salud en el ámbito individual

Equipo	Papelería, formularios y documentos de registro	Útiles de oficina	Material e insumos para promoción y educación
Esfigmomanómetro Estetoscopio Glucómetro Tiras reactivas para glucómetro Lancetas Hemocue Tiras reactivas para hemocue Guantes descartables Martillo de reflejos Otorrino laringoscopio Termómetro Depresores de lengua Balanza tipo salter Balanza para adulto Cinta Métrica Cinta de Shakir Tallimetro Infantómetro Termo para biológico con baterías y termómetro Toalla húmeda para cubrir el termo de biológico Sábanas Transporte adecuado	SIGSA 3 P/S SIGSA 5A. SIGSA 5DA SIGSA 5b SIGSA 15 (carné de niña/o) Carné de la mujer Carné de consulta general Fichas clínicas Ficha de vigilancia de la embarazada Plan de parto. Cuaderno de líneas de 100 hojas Libro rojo Otro material que se considere necesario	Lapiceros (negro, rojo, verde, azul) Lápiz Borrador Sacapuntas Tijera marcadores Engrapadora Tabla Shannon Masking tape Almohadilla Tinta para almohadilla	Materiales necesarios para la promoción de la salud de acuerdo a estrategias de promoción de la salud de PROEDUSA

Nota: se llevará el equipo, papelería y materiales de acuerdo al propósito de la visita

El listado de medicamentos a utilizar será de acuerdo a la lista básica de medicamentos para puestos de salud; el equipo de salud debe programar y requerir los medicamentos de acuerdo al análisis de morbilidad y producción mensual para garantizar el abastecimiento durante la prestación de servicios de salud.

El manejo de medicamentos deberá ser de acuerdo al modelo logístico en la atención extramuros.

En los sectores sin infraestructura, el equipo de salud debe organizarse para proveer servicios de atención clínica dirigida al individuo y acciones de prevención y educación a través de visitas domiciliarias, las cuales deben registrarse en formato de visita domiciliaria. (Ver anexo 3)

1. Detección de embarazadas

El Equipo de salud responsable del Sector deberá detectar a la embarazada de cada comunidad idealmente antes de las 12 semanas de gestación desarrollando las siguientes acciones:

- a) Establecer comunicación y coordinación con comadronas y terapeutas socioculturales de las comunidades con el objetivo de crear alianzas para identificar a embarazadas y establecer la referencia al proveedor de salud para iniciar atención prenatal y reducir el riesgo obstétrico.
- b) Durante la identificación de embarazadas, el equipo de salud deberá obtener el nombre y residencia de cada una para realizar visita domiciliaria.
- c) El Equipo de Salud deberá realizar visita domiciliaria ubicando la vivienda en el croquis de la comunidad para verificación y detección de las embarazadas utilizando el color verde, este grupo es dinámico: al resolver el embarazo se deben de identificar como puérperas e identificar nuevas embarazadas.
- d) Al encontrarse en la vivienda correspondiente se debe abordar a la embarazada, brindándole la primera atención prenatal de acuerdo a normas integrales del primero y segundo nivel de atención vigentes, registrar la atención y actividades en SIGSA correspondiente. (SIGSA 3P/S, SIGSA 5b y SIGSA 6) Ficha clínica, ficha de vigilancia de la embarazada y carné de la mujer.
- e) Verificar la existencia del plan de parto a nivel familiar conjuntamente con la embarazada, idealmente de forma integral con la pareja o madre, suegra, comadrona, terapeuta sociocultural para promover los grupos de apoyo, comités de emergencia e iniciar acciones de redes comunitarias integradas con el fin de salvar vidas y disminuir la mortalidad materna neonatal.
- f) Al finalizar la atención, el equipo de salud debe ofertar los servicios que se prestan a través de los establecimientos, promoviendo la búsqueda de los mismos para continuar la atención prenatal de acuerdo a normas y garantizando las condiciones idóneas para una atención de calidad.
- g) Indicar el servicio más cercano en caso de una emergencia, facilitando número telefónico del mismo, idealmente nombre de proveedor de salud a contactar.

El equipo de salud debe realizar campañas de comunicación masivas para que la población conozca la cartera de los servicios de salud que se brindan a través de la red de establecimientos de salud.

2. Seguimiento a puérperas y recién nacido

El Equipo de Salud a través de visitas domiciliarias brindará seguimiento a puérpera y Recién Nacido con el fin de aumentar la cobertura de la atención y disminuir la mortalidad de ambos a nivel de la comunidad. Para ello deberá desarrollar las siguientes acciones:

- a) Identificar las puérperas de acuerdo a fecha probable de parto y atenciones prenatales.
- b) Establecer comunicación directa con comadronas, terapeutas socioculturales

entre otros para confirmar la existencia de puérperas.

- c) Idealmente el equipo de salud debe ser acompañado por comadrona o terapeuta sociocultural para el desarrollo de la visita domiciliar.
- d) Realizar visita domiciliaria (utilizar formato) a puérperas y recién nacido en las primeras 48 horas después del parto.
- e) Brindar atención clínica a puérpera y recién nacido de acuerdo a lo establecido en la normativa vigente.
- f) Registrar la atención y actividades en SIGSA correspondiente. (SIGSA 3P/S, SIGSA 5b y SIGSA 6 trimestral) Ficha clínica, y carne de la mujer.
- g) Indicar establecimiento de salud más cercano en caso de una emergencia, facilitando número telefónico del mismo, idealmente nombre de proveedor de salud a contactar.
- h) Identificar en croquis a puérpera con color azul y el recién nacido con color amarillo.

El equipo de salud debe hacer énfasis en la identificación de signos de peligro de la puérpera y recién nacido, indicando la búsqueda de los establecimientos de salud a través de la activación del plan de emergencia.

3. Seguimiento de menores de 5 años

El equipo de salud deberá identificar los niños/as menores de 5 años, poniendo en práctica las siguientes acciones:

- a) Todos los días viernes se tiene que analizar el SIGSA 18 (Registro semanal de vigilancia epidemiológica) para identificar los casos de riesgo diagnosticados durante la semana.
- b) Revisar el formulario 3 P/S, 3 C/S, cuaderno 5DA y expediente clínico para identificar con nombre y residencia los menores de cinco años con algún tipo de riesgo.
- c) Al identificar niños/as que no acudieron a la cita establecida, debe iniciarse seguimiento a través de visita domiciliaria.
- d) De acuerdo al riesgo identificado, se debe preparar el equipo, medicamentos e insumos necesarios para abordar el caso según normativa vigente.
- e) Durante la visita domiciliaria es importante explicar y dar relevancia a la importancia de acudir al establecimiento de salud más cercano para cumplimiento de citas establecidas y reducir el riesgo de complicaciones posteriores.
- f) Anotar en formularios del SIGSA 3 P/S, 6 mensual, 5DA y formato de visita domiciliaria.

4. Seguimiento a casos de Tuberculosis y/o VIH

El equipo de Salud deberá mantener control estricto de los casos de tuberculosis y/o VIH de acuerdo a normativa vigente; para ello debe poner en practicar las siguientes acciones:

- a) Actualizar el listado de casos de tuberculosis y/o VIH
- b) Incluir en programación mensual de actividades las visitas domiciliarias a casos de Tuberculosis y/o VIH
- c) Analizar la información contenida en los registros correspondientes e identificar los pacientes con los datos establecidos.
- d) En casos de tuberculosis si el usuario tiene las posibilidades de asistir diariamente al establecimiento de salud para recibir y administrar el medicamento, el proveedor de salud debe establecer horario para brindar una atención de calidad y tomarse el tiempo para escuchar las dudas o necesidades del usuario; de lo contrario deberá cumplir el seguimiento a través de visita domiciliaria y aplicar normativa vigente.
- e) En el caso de usuarios con VIH brindar orientación integral y verificar asistencia a la Unidad de Atención Integral más cercana.
- f) Anotar el medicamento entregado en el SIGSA correspondiente.
- g) Anotar los temas abordados y la visita domiciliaria en el formulario del SIGSA ó trimestral, esto con el fin de garantizar en el sistema de información la acción desarrollada.
- h) Durante la visita es importante abordar a la familia y brindar la siguiente información: Qué es la enfermedad, cómo se transmite la enfermedad, medidas de prevención, importancia de cumplir el tratamiento, tiempo de duración del tratamiento, apoyo familiar al paciente.
- i) Identificar en croquis con color celeste los casos de tuberculosis y en color gris los casos de VIH.

Es importante establecer una relación de confianza con el individuo y la familia para lograr dialogar y que la persona sienta que puede ser escuchada y comprendida.

5. Población pendiente de vacuna y control de crecimiento

Para lograr alcanzar coberturas útiles, el equipo de salud debe tener conocimiento de la importancia de identificar a la población pendiente de dosis de vacuna de acuerdo a edad y normativa vigente.

A continuación se detallan las acciones a implementar para el seguimiento de población pendiente de vacuna y control de crecimiento:

- a) De manera mensual, durante el análisis de sala situacional, se debe identificar el alcance de las coberturas por localidad de acuerdo a normativa vigente.

- b) El Equipo de Salud debe tener conocimiento de la población real por comunidad (nacidos vivos, mujeres en edad fértil, adolescentes y personas mayores entre otras) para asegurar el cumplimiento oportuno según esquema y normativa vigente; de igual forma debe tener control de las defunciones que ocurren cada mes y la causa de las mismas.
- c) Revisar el formulario del SIGSA correspondiente de acuerdo a edad para identificar intervenciones oportunas, en esta actividad es importante analizar fecha de nacimiento, esquema de vacunación según edad, monitoreo de crecimiento, entrega de micronutrientes, y orientación e identificar población que no llegó a cita de acuerdo a fecha establecida.
- d) Puesta al día de población pendiente de vacuna y control de crecimiento a través de listados que deben contener como mínimo la siguiente información: nombre y apellido de la persona, en caso de niños/as de la madre, padre o responsable, dirección o comunidad de la residencia.
- e) Durante la visita se debe explicar de la importancia del cumplimiento de citas establecidas para la administración de biológico y/o control de crecimiento de acuerdo a normativa vigente.
- f) Brindar orientación integral.
- g) Si surge alguna situación de renuencia en el desarrollo de las acciones preventivas, se debe levantar conocimiento en cuaderno y debe ser firmado por proveedor de salud, persona adulta y/o madre, padre, o responsable de niño/a y presidente de COCODE.
- h) Registrar la acción en formulario del SIGSA correspondiente.
- i) La población pendiente de vacunación deberá identificarse en el croquis con color naranja, pendientes de control de crecimiento con círculo y pendientes de suplementación con estrella.

6. Seguimiento a casos de enfermedades no transmisibles con énfasis en hipertensión y diabetes.

A continuación se detallan las acciones a desarrollar para el seguimiento de casos de enfermedades no transmisibles:

- a) El equipo de salud extramuros debe identificar mensual en el SIGSA 3C/S, 3P/S y ficha clínica los usuarios con enfermedades no transmisibles que no asistieron al establecimiento de salud según cita establecida por el equipo intramuros.
- b) Planificar visita domiciliaria tomando en cuenta el tiempo necesario que permita un abordaje integral y de calidad.
- c) Indicar al usuario la importancia del cumplimiento del tratamiento.
- d) Evaluar además de los conocimientos, las creencias del usuario sobre la enfermedad, con el fin de comprender el proceso de salud-enfermedad desde la concepción de la persona y la familia.
- e) Educar al usuario y familia en estilos de vida saludable: alimentación balanceada, actividad física y recreación, lo cual contribuye a su autocuidado.

- f) Brindar apoyo en elaboración de plan de acuerdo a estilos de vida saludables.
- g) Invitar a participar en club de autoayuda.
- h) Indicar la importancia de asistir al establecimiento de salud para sus respectivos controles médicos.
- i) En caso necesario orientar a la familia sobre los cuidados paliativos. (alivio físico, psicológico y espiritual)
 - Higiene y cuidado de los pies (callos, uñas etc.)
 - Prevención de trauma (no caminar descalzo) es importante el uso de calzado adecuado, para que sea cómodo.
 - Movilización del usuario, para evitar úlceras por decúbito.
 - Conversar y escuchar para identificar asuntos pendientes que no le permitan al usuario estar tranquilo.
 - Identificar los deseos del usuario.

Cuando la persona diagnosticada con una enfermedad no transmisible tiene conocimiento de la importancia de su tratamiento, se sentirá más involucrada con su autocuidado y estará capacitada para tomar decisiones.

El equipo de salud debe reconocer que la atención y relación de las personas con enfermedades no transmisibles es mejor cuando ambos están informados y se comprometen con el plan de cuidados.

7. Adolescentes con riesgos identificados

A continuación se detallan las acciones a desarrollar para el seguimiento de adolescentes con riesgos identificados durante la atención intramuros:

- a) Durante el análisis de sala situacional es de gran relevancia identificar la morbilidad y mortalidad existente en cada una de las comunidades en el marco de la población adolescente para establecer acciones de seguimiento oportuno.
- b) Revisar los formularios de SIGSA correspondientes y ficha clínica para identificar al adolescente con nombre, apellido y lugar de residencia y brindar el seguimiento correspondiente de acuerdo al tipo de riesgo identificado.
- c) De acuerdo al tipo de riesgo identificado el equipo de salud debe coordinar con otras disciplinas para el abordaje adecuado.
- d) Al desarrollar la visita domiciliaria el equipo de salud debe ser prudente y abordar al adolescente con respeto y privacidad, para mantener la confianza y establecer empatía.
- e) Promover la participación en estrategias de promoción de la salud e identificación de factores de riesgo en la familia y en la comunidad; para ello el equipo de salud debe brindar educación en estilos de vida saludables y la participación de los adolescentes en espacios amigables de acuerdo a guía operativa de estrategias de promoción del departamento de PROEDUSA.

- f) Promocionar los servicios de salud e indicar la importancia de acudir al establecimiento de salud más cercano.
- g) Registrar en formato de visita domiciliaria y formulario del SIGSA las acciones desarrolladas.

8. Enfermedades Transmitidas por Vectores -ETV-

El equipo de salud debe desarrollar las siguientes acciones:

- a) Vigilancia activa de acuerdo a la definición de caso, esto implica que se indague sobre casos sospechosos.
- b) Informar a la familia que es necesario identificar la existencia de criaderos y tomar las acciones según normativa vigente.
- c) Brindar orientación integral en riesgos a la salud, con el fin de que la persona comprenda su corresponsabilidad en el desarrollo de medidas preventivas, que disminuyan el riesgo de enfermedades transmitidas por vectores.
- d) Promocionar los servicios de salud e indicar la importancia de acudir al establecimiento de salud más cercano.

9. Enfermedades zoonóticas

El equipo de salud debe desarrollar las siguientes acciones:

- a) Revisar el formulario 3 P/S, 3 C/S, y expediente clínico para identificar con nombre y residencia personas con mordeduras de perros para el seguimiento domiciliar correspondiente.
- b) Verificar cumplimiento de citas por tratamientos con vacuna antirrábica humana.
- c) De manera mensual, durante el análisis de sala situacional, se debe identificar el alcance de coberturas de vacunación canina por localidad de acuerdo a normativa vigente.
- d) El Equipo de Salud debe tener conocimiento de la población canina real por comunidad (Por fórmula con base a lo que dicta el programa o por conteo de población).
- e) Verificar el cumplimiento de vigilancia y toma de muestra de cabezas de perros según protocolo vigente.
- f) Puesta al día de cobertura pendiente.
- g) Realizar orientación integral.
- h) Registrar las acciones en formulario SIGSA correspondientes.

B. Acciones en el ámbito familiar

En este ámbito se realizan acciones de promoción, prevención y educación con las familias, el objetivo es identificar condiciones de riesgo para ser abordados y promover factores protectores del grupo familiar y su ambiente.

La atención integral a la familia se realiza a través de la visita familiar, que define un conjunto de acciones de salud establecidas para la educación en salud, orientación integral, autocuidado, promoción de estilos de vida saludable, saneamiento ambiental, y necesidades individuales de sus integrantes, con el fin de lograr un cambio de comportamiento para vivir mejor.

Durante la visita familiar es importante brindar orientación para la identificación de signos de peligro, factores de riesgo, y enfermedades crónicas.

1. Identificación y captación de la familia

Es el proceso por el cual las familias son captadas por el equipo de salud extramuros, tomando como base croquis y conteo poblacional, análisis de sala situacional, el registro en la atención intramuros y los casos identificados durante las visitas de seguimiento de casos especiales y programar la visita familiar en el cronograma.

Las visitas familiares deben ser registradas en formularios del SIGSA correspondiente y en el formato de visita domiciliar.

Factores de riesgo, a tomar en cuenta durante la identificación de las familias:

Factores de riesgo biológico.

- a) Obesidad
- b) Desnutrición
- c) Enfermedades transmisibles no controladas (tuberculosis, VIH, fiebre tifoidea, entre otros)
- d) Enfermedades no transmisibles no controladas (diabetes, hipertensión, enfermedad renal, cáncer)
- e) Esquema de vacunación incompleto
- f) Embarazo no controlado y sin seguimiento
- g) Embarazo de alto riesgo
- h) Niños sin control de crecimiento y desarrollo

Factores de riesgo psicosocial

- a) Persona con discapacidad (persona en la familia con problemas físicos como parálisis, amputaciones, alteraciones de nacimiento entre otros)
- b) Adicciones (cigarrillo, alcohol, drogas)
- c) Violencia intrafamiliar

Factores de riesgo ambientales:

- a) Falta de agua apta para consumo humano
- b) Fecalismo
- c) Humo intradomiciliar

- d) Mal manejo de desechos sólidos
- e) Criaderos de vectores
- f) Mal manejo de aguas residuales
- g) Vivienda sin separación de ambientes
- h) Animales dentro de la vivienda
- i) Ubicación de vivienda (riesgo a inundaciones, talud, otros)
- j) Características de la vivienda (techo, suelo, paredes)
- k) Perros y gatos no vacunados

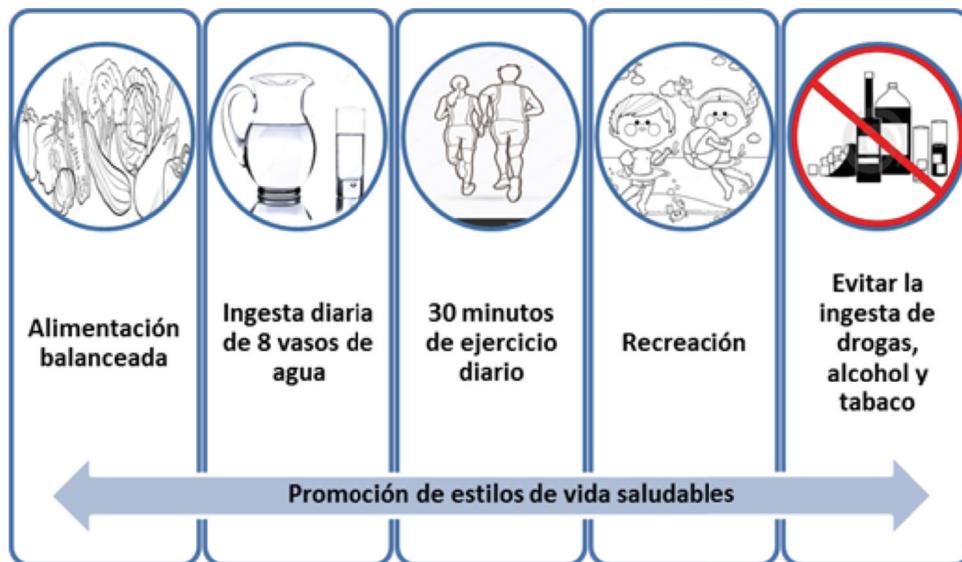
De acuerdo a los riesgos identificados, el equipo de salud debe programar visita familiar para el abordaje integral y de ser necesario coordinar el apoyo con otras disciplinas.

Debe buscarse formar vínculos de pertenencia entre los integrantes de la familia para contribuir a que se implementen prácticas de autocuidado a través de acciones preventivas para mejorar la salud de los miembros de la familia.

Se espera que las familias:

- a) Reciban orientación para el autocuidado de la salud
- b) Tengan seguimiento a través de la visita domiciliar
- c) Adopten estilos de vida saludable

Esquema No. 4 Estilos de vida saludable



Fuente: Elaboración propia Sección de Desarrollo de Modelos de Gestión y Atención

De acuerdo a la situación o riesgo identificado, el equipo de salud debe planificar el seguimiento en un periodo de tiempo prudencial y cierre del caso familiar.

2. Acercamiento a la familia

El acercamiento a la familia se hace por medio de la visita domiciliaria. Para que ésta tenga éxito y resultados positivos, se debe mantener cierto comportamiento, el cual se describe a continuación:

- a) Intentar establecer un ambiente relajado, explicar los propósitos de la visita y platicar sobre las actividades diarias con respeto y una actitud amable.
- b) Utilizar un lenguaje sencillo, no utilizar palabras técnicas.
- c) Promover la participación de todos los miembros de la familia.
- d) Conversar no solamente con el jefe sino también con otros miembros de la familia como la esposa y los/as niños/as.
- e) No crear falsas expectativas, no debe comprometer lo que no está seguro de poder cumplir. Debe evitar que las personas se sientan “engañadas” para no romper la confianza.
- f) Tener paciencia y estar dispuestos a caminar largas distancias

3. Educación en salud

El equipo de salud debe abordar temas educativos con énfasis en los riesgos identificados y promover estilos de vida saludables, utilizando la metodología definida en la guía operativa de estrategias de promoción y educación en salud.

4. Plan de emergencia familiar

Es la herramienta que se utiliza para planificar cómo resolver una emergencia que ponga en peligro la vida de una persona sin importar edad, sexo o pueblo y debe ser elaborado por cada una de las familias con la presencia de la mayor parte de sus integrantes con apoyo del equipo de salud.

El equipo de salud debe desarrollar las siguientes acciones para elaborar el plan de emergencia familiar. (Ver anexo 4)

Explicar de forma clara cada una de las siguientes preguntas para que la familia pueda platicar y llegar a consenso y toma de decisiones.

- ¿En caso de emergencia sabe a dónde acudir?
- ¿Cómo se va a movilizar?
- ¿Cuánto dinero necesitaría para cubrir la emergencia?
- ¿En qué le puede ayudar el comité de salud o COCODE?
- ¿Quién le va acompañar?
- ¿En caso necesario quién va a cuidar su casa y a sus hijos?

- ¿Qué debe llevar en caso de emergencia? (DPI de la persona enferma y del acompañante, ropa, zapatos, entre otros)
- ¿Quién es el responsable de la familia?

Si la familia indica que necesita tiempo para platicar y elaborar el plan de emergencia, el equipo de salud debe establecer acuerdos para retornar en otro momento y finalizar el plan de emergencia.

Al finalizar la visita domiciliar el equipo de salud deberá asegurarse de registrar la información correspondiente en formulario del SIGSA correspondiente.

Cuadro No. 3

Equipo e Insumos para actividades de promoción y educación en salud en el ámbito familiar

Papelería	Útiles de Oficina	Material e insumos para promoción y educación
Plan de emergencia familiar Cuaderno de conocimientos Formulario 6 mensual	Lapiceros Lápiz Borrador Sacapuntas Tabla Shannon Y otros que sean necesarios	Materiales necesarios para la promoción de la salud de acuerdo a estrategias de PROEDUSA y normativas de salud integral vigentes.

C. Acciones en el ámbito comunitario

Es el trabajo que se realiza en la comunidad, desarrollado de forma sistemática con autoridades locales, organizaciones sociales e instituciones presentes en las diferentes comunidades que conforman el sector y territorio. Está orientado principalmente al desarrollo de acciones de prevención y promoción que favorezcan el logro de intervenciones en los determinantes de la salud identificados.

Los equipos de salud deben tomar en consideración lo siguiente:

- a) involucrar autoridades locales, líderes, familias y otras instancias de apoyo para desarrollar el proceso de intervención de los determinantes de la salud.
- b) Analizar y comprender la dinámica y las prácticas locales para el desarrollo de acciones sanitarias con pertinencia cultural y equidad de género.
- c) Realizar en conjunto análisis de la situación de salud, identificando riesgos y determinantes a la salud y sus posibles soluciones.
- d) Elaborar en conjunto plan de salud comunitario, encaminado a mejorar las condiciones sanitarias de la comunidad.

- e) Brindar asistencia técnica en la elaboración de proyectos de agua y saneamiento ambiental.
- f) Brindar asesoría y acompañamiento en el desarrollo de proyectos de salud que respondan a los riesgos identificados con la comunidad.
- g) Desarrollar reuniones o asambleas comunitarias ordinarias para promover proyectos y entrega de cuentas.

Resultados en el abordaje comunitario

- a) Involucramiento de líderes en actividades para cumplir con el derecho a la salud de las personas.
- b) Comunidades practican estilos de vida saludables (alimentación balanceada, actividad física, recreación, consumo de agua segura, manejo adecuado de excretas y desechos sólidos, entre otros).
- c) Comunidades cuentan con plan de salud comunitario.
- d) Adolescentes y jóvenes participan en los espacios amigables de acuerdo a modalidad itinerante.
- e) Escuelas saludables implementadas.
- f) Población participa en el control y eliminación de factores de riesgo de enfermedades transmitidas por vectores y zoonosis.
- g) Análisis activa de situación de salud con participación comunitaria.
- h) Identificación de terapeutas socioculturales, comadronas entre otros.
- i) Coordinación de intercambio de experiencias en salud con terapeutas y comadronas.
- j) Población participa en las estrategias de promoción de acuerdo a las prioridades identificadas en el análisis de sala situacional.
- k) Se coordinan y promueven espacios intersectoriales e interinstitucionales a través del CODEDE, COMUDE, COCODE y Comisión de Salud.
- l) Se impulsan y presentan proyectos que benefician la salud de la comunidad.

1. Acercamiento y negociación.

Previo a realizarse acciones en las comunidades se debe abordar el acercamiento y negociación de acuerdo al contenido de la guía correspondiente.

2. Diagnóstico Comunitario de Salud

Para analizar la situación de salud de cada comunidad es necesario que el equipo de salud realice el diagnóstico comunitario. Es el punto de partida para el proceso de planificación y programación que se lleva a cabo con el propósito de conocer la realidad de una comunidad, en todos sus ámbitos: político, social, demográfico, económico o cultural.

En el sistema de atención primaria de salud, el diagnóstico de salud comunitaria tiene como propósito conocer a más detalle el estado de salud de la población, analizando las características de la misma, los indicadores de salud y los principales factores de riesgo para su abordaje.

Constituye un instrumento de gran valor para la investigación exploratoria a través de la observación directa en las diferentes redes de salud urbana y rural. La recolección de la información se realiza de acuerdo a los siguientes pasos que guían la temática que al final ilustra un contexto lo más cercano posible a la realidad, sus conclusiones sirven de base para la elaboración de planes y programas de salud con participación social en concordancia con las necesidades de la comunidad diagnosticada.

A continuación se detallan las fases para el desarrollo del diagnóstico comunitario:

Esquema No. 5 Fases del diagnóstico de salud comunitario

FASES DEL DIAGNÓSTICO DE SALUD COMUNITARIO



- a. Primera Fase: Caracterización **geográfica, demográfica**, social e histórica de la comunidad.

Para establecer acciones preventivas con participación de la comunidad es necesario que el equipo de salud cuente con información que facilite la toma de decisiones en el marco de los riesgos identificados en cada una de las comunidades; en este sentido se plantea desarrollar la primera fase del diagnóstico a través de la recolección de los siguientes datos:

Cuadro No. 4 Datos **Geográficos, demográficos**, sociales e históricos.

Geográficos	Demográficos	Sociales	Históricos
Vías de comunicación Ubicación de la comunidad Límites, extensión territorial Densidad poblacional, Clima, flora y fauna Servicios de Salud.	Población por edad, sexo y pueblo. Indicadores de alfabetización. Pobreza y pobreza extrema. Mortalidad materno infantil. Principales causas de morbilidad materno infantil. Principales causas de morbilidad general. Percepción de la comunidad del proceso salud-enfermedad.	Autoridades locales. Líderes/lideresas Organizaciones comunitarias Instituciones que apoyan a la comunidad Espacios recreativos (canchas deportivas) Tipo de recreación Electricidad y agua potable Educación Economía Organizaciones religiosas	Costumbres y tradiciones. Fundación de la comunidad. Aniversarios

Se realiza sistematización y análisis de la información recolectada, la cual se debe ordenar en cuadros y/o graficas que serán de utilidad en la presentación con la comunidad.

Es importante que el equipo de salud realice sus conclusiones, la cuales serán analizadas con la comunidad, lo cual permitirá identificar sus principales potencialidades, riesgos a la salud y las intervenciones de los determinantes sociales.

- b. Segunda Fase: Diagnóstico de salud con participación de la comunidad

Cuando la comunidad conoce y reconoce sus potencialidades y riesgos de salud comprende mejor sus necesidades e identifica los problemas de salud y plantea alternativas de solución.

Para el análisis y priorización de los problemas de salud se debe poner en práctica la metodología del marco lógico a través del árbol de problemas, el cual se describe a continuación:

La metodología de marco lógico es una herramienta para facilitar el proceso de conceptualización, diseño, ejecución y evaluación de proyectos. Su énfasis está centrado en la orientación por objetivos, la orientación hacia grupos beneficiarios y el facilitar la participación y la comunicación entre las partes interesadas. (CEPAL)

Cabe resaltar que la metodología marco lógico es una "ayuda para pensar" y no un

sustituto para el análisis creativo, es un instrumento que ayuda a dicho análisis y permite presentar sucintamente diferentes aspectos del proyecto y acompaña como guía, toda la evaluación de una intervención; sea ésta, proyecto o programa. (CEPAL)

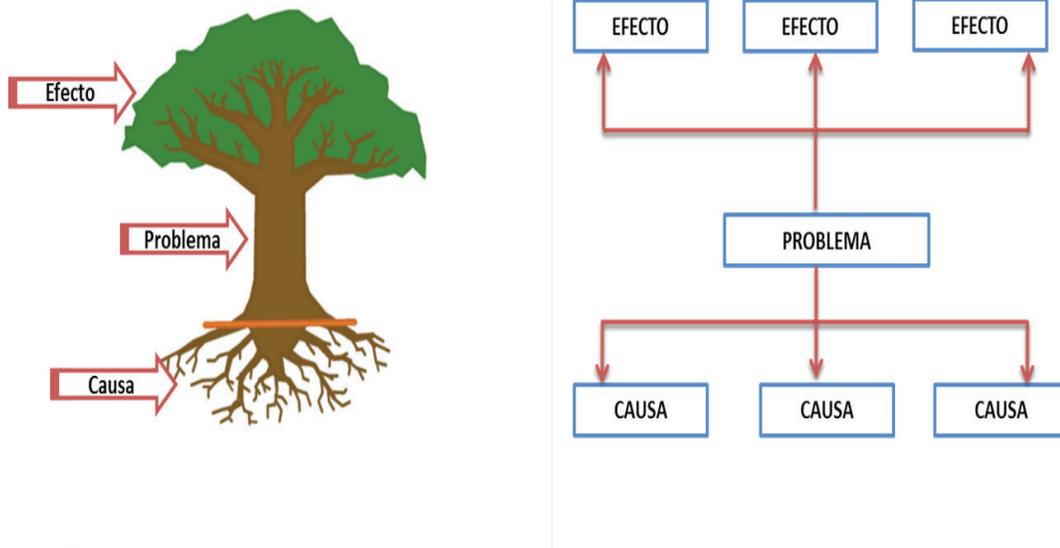
Para fines de aplicación en este documento se contemplan dos etapas:

- a) Identificación del problema y alternativa de solución, en la que se analiza la situación existente para crear una visión de la situación deseada y seleccionar las estrategias que se aplicarán para conseguirla, la idea se centra en intervenciones o modificación de los determinantes de salud. Se realizará a través de análisis de problemas (árbol de problemas).
- b) Planificación operativa, consisten en el plan de salud comunitario que describe las actividades y acciones a desarrollar en conjunto con la comunidad.

Identificación del problema y alternativa de solución

El árbol de problemas es una técnica participativa que ayuda al análisis de una situación o problema a partir de las **causas** que lo provocan y los **efectos** o consecuencias que ocasionan su existencia.

Esquema No. 6 Árbol de problema



Es necesario identificar el o los problemas a intervenir, sus causas y sus efectos, el procedimiento contempla los siguientes pasos:

- Analizar e identificar lo que se considere como problemas principales de la situación de salud a abordar.
- A partir de una primera "lluvia de ideas" establecer el problema central de salud que afecta a la comunidad, aplicando criterios de prioridad y selectividad.

- Definir los efectos más importantes del problema de salud en cuestión, de esta forma se analiza y verifica su importancia. Anotar las causas del problema de salud detectado. Esto significa buscar qué elementos están o podrían estar provocando el problema de salud.
- Una vez que tanto el problema de salud, como las causas y los efectos están identificados, se construye el árbol de problemas. El árbol de problemas da una imagen completa de la situación negativa existente.
- Revisar la validez e integridad del árbol dibujado, todas las veces que sea necesario. Esto es, asegurarse que las causas representen causas y los efectos representen efectos, que el problema de salud este correctamente definido y que las relaciones (causales) estén correctamente expresadas.
- El análisis resulta más valioso cuando se efectúa en forma de taller en el que participan las partes interesadas (equipo de salud y personas de la comunidad que conocen la problemática) y conducido por una persona que domina el método y la dinámica del grupo, se sugiere que de existir un líder comunitario con estas habilidades es la persona idónea.

Análisis de objetivos

El análisis de los objetivos permite describir la situación futura a la que se desea llegar una vez se han resuelto los problemas. Consiste en convertir los estados negativos del árbol de problemas en soluciones, expresadas en forma de estados positivos. De hecho, todos esos estados positivos son objetivos y se presentan en un diagrama de objetivos en el que se observa la jerarquía de los medios y de los fines.

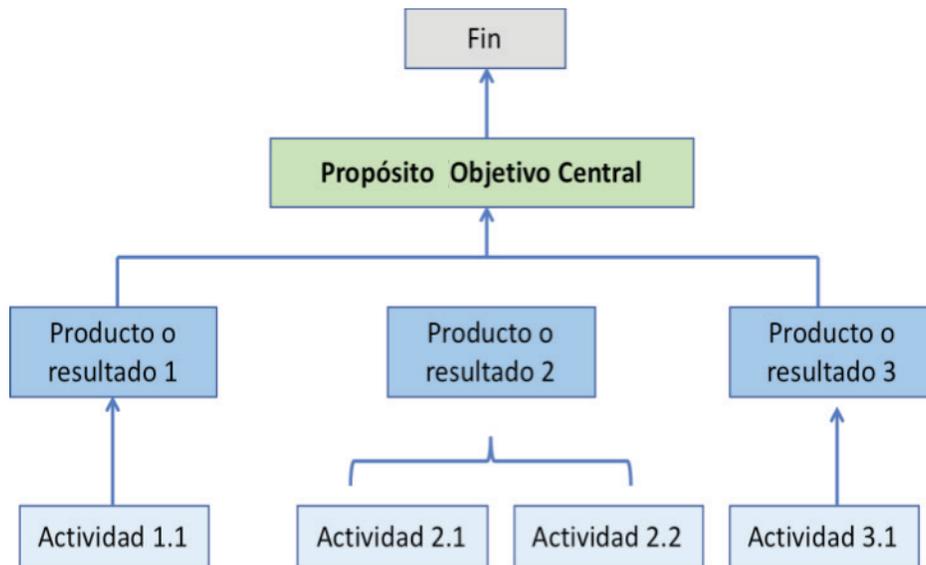
Este diagrama permite tener una visión global y clara de la situación positiva que se desea. (CEPAL)

Matriz de Marco Lógico

Jerarquía de Objetivos	Metas	Indicadores	Fuentes de Verificación	Supuestos
<i>Fin</i> <i>(Objetivo de Desarrollo)</i>				
<i>Propósito</i> <i>(Objetivo General)</i> <i>(Situación Final)</i>				
<i>Resultados</i> <i>(Objetivo Específico)</i>				
<i>Acciones</i> <i>(Actividades Principales)</i>				

A partir de lo identificado en la raíz del árbol de problemas se **identifican alternativas**

de solución, las cuales en conjunto se enlistan identificando quienes serán responsables.



Fuente: CEPAL

c. Tercera Fase: Elaboración de plan comunitario de salud.

Luego del ejercicio del marco lógico se elabora en conjunto el plan comunitario de salud, el cual debe contener con claridad las actividades o acciones a desarrollar, con un cronograma que define la temporalidad y los responsables. (Ver anexo 5)

Se busca la complementariedad de las acciones tanto institucionales, como interinstitucionales con participación de la comunidad.

Materiales e insumos para la aplicación de la metodología del marco lógico:

- Papel manila (papelógrafo)
- Marcadores permanentes de diferentes colores
- Cartillas de cartulina de colores
- Masking tape
- Chinchas
- Engrapadora
- Grapas



3. Desarrollo de croquis y conteo poblacional

Es el producto esperado del acercamiento y participación ciudadana de acuerdo a las fases determinadas en la guía correspondiente.

4. Acciones de promoción y educación

Los equipos de salud deben desarrollar estas acciones con base a la guía operativa de estrategias de promoción y educación en salud.

Cuadro No. 5 Insumos para actividades de promoción y educación en salud en el ámbito comunitario

Papelería	Útiles De Oficina	Material e insumos para promoción y educación
Listado de participantes	Lapiceros	Material de promoción de acuerdo a estrategias de promoción y educación
Plan de emergencia comunitario	Lápiz	
Cuaderno de conocimientos	Borrador	
Formulario del SIGSA 6 mensual	Sacapuntas	
	Marcadores de colores	
	Crayones	
	Regla	
	Cartulina	
	Papel bond	
	Temperas	
	Pinceles	
	Papel arcoíris	
	Tabla Shannon	
	Masking tape	
	Almohadilla	
	Tinta para almohadilla	

5. Intercambio de experiencias con terapeutas socioculturales comadronas

El equipo de salud debe establecer dialogo y apertura con los terapeutas y comadronas con el objetivo de reconocer modelos tradicionales practicados a lo interno de la comunidad.

- Es importante identificar a terapeutas socioculturales y comadronas en el croquis así como mantenerlo actualizado.
- Realizar reuniones trimestrales para conocer los problemas de salud abordados a nivel sociocultural y en los establecimientos de salud.
- Establecer comunicación y coordinación con comadronas y terapeutas socioculturales de las comunidades con el objetivo de crear alianzas para identificar casos de riesgo y establecer la referencia y contrareferencia.

6. Agua y saneamiento básico

En el marco de la vigilancia y control del agua y saneamiento el equipo de salud debe desarrollar las siguientes acciones con participación de los TSR e ISA:

- Fortalecer la vigilancia de la calidad de agua y saneamiento ambiental en la comunidad.
- Brindar educación sanitaria a fin de orientar a las comunidades en el uso racional del agua, protección de fuentes superficiales y disposición adecuada de desechos sólidos.
- Identificar factores de riesgo de saneamiento básico y ambiente.
- Brindar asesoría técnica a las autoridades locales, comités responsables de los sistemas de agua y saneamiento ambiental.
- Fortalecer al comité en la vigilancia del sistema de agua de acuerdo a la normativa.
- Coordinar y desarrollar capacitaciones a manipuladores de alimentos.
- Brindar asesoría a grupos organizados o COCODES y participar en la coordinación y promoción de proyectos de desechos sólidos.
- Identificar las necesidades y promover proyectos para abastecimiento de agua potable en coordinación con autoridades locales.
- Brindar asesoría a autoridades locales en proyectos de letrización y tratamiento de aguas residuales.
- Sensibilizar sobre la importancia de reducir y controlar el fecalismo al aire libre.
- Mantener actualizado el dato de población canina.
- Dar seguimiento a los casos de personas con mordeduras de perros.
- Observación de perros mordelones.
- Coordinar acciones de vacunación canina.

7. Análisis de sala situacional

La sala situacional es un espacio físico o virtual donde se presentan los procesos de vigilancia epidemiológica y el análisis de indicadores de salud.

a. Aspectos importantes de los datos y la información para sala situacional:

- Calidad y claridad del dato
- Análisis e interpretación de la información
- Identificación de riesgos y fenómenos que afectan la salud
- Información para la toma de decisiones
- Elaboración conjunta del plan de actividades y acciones de intervención
- Socialización de la información

b. Acciones a desarrollar:

El Equipo de Salud de manera bimestral debe presentar sala situacional en asamblea comunitaria con la participación de líderes comunitarios, y comités para priorizar intervenciones a través de planes de salud que promuevan el desarrollo local.

Previo a esta presentación el equipo debe analizar la sala situacional, tomando en cuenta las 9 preguntas epidemiológicas que a continuación se describen:

i. Identificación

P.1 ¿Cuáles son los principales problemas de salud?

ii. Magnitud y distribución

P.2 ¿Cuántos casos o problemas de salud se han encontrado?

P.3 ¿Cuándo ocurren generalmente? (en una época en particular del año, en una semana determinada, en un día específico)

P.4 ¿Dónde ocurren? (¿Se limita a un área particular?, indique su localización en un mapa)

P.5 ¿Quiénes son los afectados? (¿Individuos o familias?, ¿Hombres más que mujeres o viceversa?, ¿los muy jóvenes?, ¿los adolescentes?, ¿personas mayores?, ¿diferentes pueblos?, ¿gente de la misma situación económica?, ¿con ocupaciones o hábitos similares?)

iii. Análisis

P.6 ¿Por qué ocurren los problemas? (¿Cuáles son los determinantes o factores implicados?)

iv. Medidas

P.7 ¿Qué clases de medidas se han tomado intra o extrasectorialmente, para solucionar estos problemas?

P.8 ¿Qué resultados se han obtenido?, ¿Qué dificultades se encontraron al tratar de solucionar el problema?

P.9 ¿Qué más se podría hacer?, ¿Qué clase de ayuda o asistencia se necesita?

Durante el proceso de análisis se debe identificar las posibles causas o determinantes que establecen la ausencia o presencia del problema actual.

El equipo de salud debe tener el dominio de los datos a presentar ante la comunidad y la metodología de priorización para lograr la participación social a través de planes de salud comunitarios; se recomienda utilizar números absolutos y explicar el significado del dato y el riesgo que esto implica para la comunidad; no tasas, razones o porcentajes.

Coordinar con COCODE y comités el lugar y hora para presentación de sala situacional asegurando la asistencia de grupos de mujeres, hombres, jóvenes, líderes religiosos, comadronas, terapeutas entre otros.

Establecer alianzas con la comunidad a fin de lograr planes de desarrollo locales que incidan en los determinantes de la salud con participación social.

Acordar fecha para la próxima reunión de seguimiento a plan de salud comunitario.

La presentación de sala situacional es responsabilidad del equipo de salud del sector con acompañamiento del asistente técnico del territorio o equipo implementador del distrito de salud, se realiza en sectores urbanos y rurales

IX. BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud, editor Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud: Hacia un nuevo concepto de la Salud Pública; 1986.
2. Organización Mundial de la Salud. Promoción de la salud: glosario. 1998.
3. Organización Panamericana de la Salud La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud 2007
4. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Lista básica de medicamentos, Guatemala 2013
5. DRPAP. Rotafolio maternidad, recién nacida y recién nacido saludable. In: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, editor. Estrategia de Atención Integral de la Niñez y la Mujer. Guatemala 2011.
6. Bergonzoli Gustavo. Sala Situacional: Instrumento para la vigilancia de Salud Pública. 2006.

X ANEXOS

Anexo 1

Plan operativo institucional

Área de Salud: _____

Distrito Municipal de Salud: _____ Fecha: _____

Sector: _____ Establecimiento de Salud: _____

Responsable: _____

Objetivo General: _____

Resultado: _____

Actividad	Tarea	Recursos	Meta Mensual

Anexo 3
Visita domiciliar

DAS: _____ Distrito Municipal de Salud: _____

Establecimiento de Salud _____

Nombre del Jefe de la Familia: _____

No. De Vivienda: _____ Sector: _____ Territorio: _____

Comunidad: _____

Fecha de Visita: _____ Responsable de Visita: _____

OBJETIVO DE LA VISITA	DESARROLLO DE ACTIVIDADES
RESULTADO Y ACUERDOS DE LA VISITA	SEGUIMIENTO

Firma del proveedor de salud responsable de la visita

Firma o huella de representante de la familia

NOTA: Utilizar ficha familiar para clasificar riesgo en la familia y llevar registro. Ver anexo No. 6.

Anexo 4

Plan de emergencia familiar

¿A dónde ir?	¿Como ir?	¿Cuánto dinero necesito?	¿Quién me acompaña?	¿En qué ayuda la comunidad?	En caso sea necesario ¿quién cuida mis hijos?	¿Qué debo llevar?

Firma del responsable de la familia

Firma del proveedor de salud

Firma y Sello del presidente de COCODE

Anexo 5
Plan comunitario de salud

Plan Comunitario de Salud					
Dirección de Área de Salud:					
Distrito Municipal de Salud:		Establecimiento de Salud:		Comunidad:	
Responsable del establecimiento:			Sector:		
Territorio:					
Participantes:					
Problemas identificados:					
Problemas priorizados	Condiciones o causas favorecen a que se dé el problema	Acciones a realizar para solucionar el problema	Recursos	Fecha a realizar las acciones	Responsable

Anexo 6
Ficha Familiar
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL



FICHA FAMILIAR

NÚMERO DE FICHA/CÓDIGO DE LA FAMILIA

ENCABEZADO																						
ÁREA DE SALUD			DISTRITO MUNICIPAL DE SALUD																			
MUNICIPIO			ESTABLECIMIENTO DE SALUD																			
TERRITORIO			SECTOR			COMUNIDAD																
FECHA DE LA VISITA dia / mes / año			NOMBRE DE LA PERSONA OBJETO DE LA VISITA																			
DIRECCIÓN DEL DOMICILIO			CONDICIONES DE ACCESO																			
DISTANCIA DE LA VIVIENDA HACIA EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD			NOMBRE Y DISCIPLINA																			
RESULTADO DE LA VISITA			<input type="radio"/> Se atendió a la persona <input type="radio"/> No se encontró a la persona <input type="radio"/> No se aceptó la visita <input type="radio"/> No se encontró a la persona																			
INTEGRANTES DE LA FAMILIA																						
No.	NOMBRES	APELLIDOS	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	SEXO		IDENTIDAD DE GÉNERO	No. DPI o CUI	PUEBLO	COMUNIDAD LINGÜÍSTICA	NIVEL DE ESCOLARIDAD						OCCUPACIÓN/OFICIO			AFILIADO IGSS		
					M	F					NINGUNO	PRIMARIA	BÁSICOS	DIVERSIFICADO	UNIVERSITARIO	NO APLICA	ESTUDIA	TRABAJA	NO TRABAJA	OFICIO	SI	NO
NOMBRE DEL/LA RESPONSABLE DE LA FAMILIA													RESPONSABLE EN CASO DE EMERGENCIA			NÚMERO DE CELULAR						
POSIBLES RIESGOS IDENTIFICADOS													CLASIFICACIÓN DE RIESGO EN LA FAMILIA							ORIENTACIÓN SEGÚN RIESGO IDENTIFICADO		
<input type="radio"/> Embarazada en la familia (A) <input type="radio"/> Persona con discapacidad (A) <input type="radio"/> Sospecha de violencia/abuso (A) <input type="radio"/> Consumo de alcohol, tabaco o drogas (A) <input type="radio"/> Conductas suicidas en la familia (A) <input type="radio"/> Enfermedades crónicas degenerativas en la familia (A) <input type="radio"/> Enfermedades infecciosas contagiosas en la familia (A) <input type="radio"/> Enfermedades producidas por vectores en la familia (A) <input type="radio"/> Condiciones inadecuadas de saneamiento (A) <input type="radio"/> Zona rojinegra donde reside la familia (A) <input type="radio"/> Familia ubicada en área en riesgo de desastre/inundación (A) <input type="radio"/> Baja autoestima en la familia (M) <input type="radio"/> Riesgos laborales identificados (M) <input type="radio"/> Migración (L)													<input type="radio"/> Falta de agua segura en la familia (A) <input type="radio"/> Desnutrición en la familia (A) <input type="radio"/> Antecedente de muerte materna en la familia (A) <input type="radio"/> Trabajo infantil en la familia (M) <input type="radio"/> Discriminación en la familia (M) <input type="radio"/> Rechazo a vacunación y/o suplementación (M) <input type="radio"/> Rechazo a atención médica en SS del MSPAS (M) <input type="radio"/> Persona en situación de abandono en la familia (M) <input type="radio"/> Familia aislada y falta de acceso a SS (M) <input type="radio"/> Consumo de comida chatarra en la familia (M) <input type="radio"/> Hacinamiento, cocina dentro del dormitorio (L) <input type="radio"/> Convivencia inadecuada con animales (L) <input type="radio"/> Disposición inadecuada de excretas (L) <input type="radio"/> Deserción escolar (L)							Alto (A) _____ Mediano (M) _____ Leve (L) _____ Sin riesgo _____		

Aviso importante

El presente documento es propiedad intelectual del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, el cual puede ser utilizado como literatura de consulta. Su reproducción podrá ser exclusivamente con fines académicos.

Cualquier otro fin deberá solicitarse explícitamente autorización escrita de la autoridad nominadora.

