



EcosFamiliares
¡La salud llega a tu familia!

2011

**LINEAMIENTOS
OPERATIVOS PARA
EL DESARROLLO
DE ACTIVIDADES
EN LOS ECOS
FAMILIARES Y
ECOS
ESPECIALIZADOS**

**Ministerio de Salud
Viceministerio de Políticas Sectoriales
Viceministerio de Servicios de Salud
Dirección de Regulación
Dirección del Primer Nivel de Atención**

**“LINEAMIENTOS OPERATIVOS PARA EL
DESARROLLO DE ACTIVIDADES EN LOS ECOS
FAMILIARES Y ECOS ESPECIALIZADOS”**

SAN SALVADOR, EL SALVADOR, MARZO DE 2011

LINEAMIENTOS PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES EN LOS ECOS FAMILIARES Y ECOS ESPECIALIZADOS

FICHA CATALOGRÁFICA

2011, Ministerio de Salud

Todos los derechos reservados. Está permitida la reproducción parcial o total de esta obra, siempre que se cite la fuente y que no sea para fines de lucro.

Son responsabilidad de los autores técnicos de este documento, tanto su contenido como los cuadros, diagramas e imágenes.

La documentación oficial del Ministerio de Salud puede ser consultada a través de:

<http://www.salud.gob.sv>

Normas, Manuales y Lineamientos.

Tiraje: Nº de ejemplares.

Edición y Distribución

Ministerio de Salud

Calle Arce No. 827, San Salvador. Teléfono: 2202-7000.

Página oficial: **<http://www.salud.gob.sv>**

Diseño de Proyecto Gráfico:

Diagramación: Imprenta xxxxxx

Impreso en El Salvador por Imprenta xxxxxxx.

El Salvador. Ministerio de Salud. Viceministerio de Salud de Políticas Sectoriales.

Dirección de Regulación.

Viceministerio de Servicios de Salud, Dirección del Primer Nivel de Atención

“Lineamientos para el Desarrollo de Actividades en los ECOS FAMILIARES”

1a. Edición. San Salvador. El Salvador, C.A.

132, Normas, Manuales y Lineamientos

1. Dirección del Primer Nivel de Atención.
2. Ministerio de Salud.
3. **AGENCIA DONANTE.**

**HOY SE EMITIÓ LA RESOLUCIÓN MINISTERIAL No.119 QUE DICE:**

"Ministerio de Salud, San Salvador, a los doce días del mes de abril del año dos mil once.
CONSIDERANDO: Que de conformidad a lo establecido en el artículo 40 del Código de Salud, corresponde al Ministerio de Salud, la elaboración de normas pertinentes, organizar, coordinar y evaluar la ejecución de las actividades relacionadas con la salud; en tal sentido; y de acuerdo al numeral 4 del artículo 41 del mismo cuerpo normativo, el Ministerio debe organizar, reglamentar y coordinar el funcionamiento y las atribuciones de todos los servicios técnicos y administrativos de sus dependencias, como lo son las que conforman los tres niveles de atención; que de acuerdo a la Ley del Sistema Básico de Salud Integral, debe construirse un sistema de salud, sustentado en el acceso de los servicios, de forma integral, equitativa y solidaria, lo que exige una reorientación de los servicios de salud, articulados en redes integrales e integradas de servicios de salud, trabajando en las comunidades y con organizaciones de base comunitaria, con lo cual se conoce e incide en la realidad sanitaria local de la población, el acceso oportuno a servicios de promoción, prevención, curación, control y rehabilitación: En tal sentido es necesario impulsar el funcionamiento en Redes integrales e integradas de servicios de salud, en el primer nivel de atención. POR TANTO: En uso de sus facultades legales, RESUELVE: Oficializar los presentes "Lineamientos operativos para el desarrollo de actividades en los Ecos Familiares y los Ecos Especializados", los cuales deberán ser aplicados en todas las dependencias y establecimientos de esta Secretaría de Estado, para lo cual se debe proceder a su divulgación e implementación a partir de esta fecha. HÁGASE SABER. La Titular del Ramo de Salud, (F).M.I. Rodríguez."

DIOS UNION LIBERTAD

María Isabel Rodríguez
Ministra de Salud

INDICE

Introducción	10
I- Base Legal	12
II- Objetivos	18
III- Ámbito de Aplicación	18
IV- Marco Conceptual	19
V- Acciones para la operativización del Modelo de atención en los Ecos Familiares y Ecos Especializados.	23
1. A Nivel Superior	24
2. A Nivel Regional	24
3. A Nivel de SIBASI	25
4. A Nivel de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar (UCSF)	27
5. A Nivel del Hospital dentro de la RIISS	28
VI- Implementación de los Ecos Familiares y Ecos Especializados	29
1. Para la Inmersión comunitaria	31
2. Para la sectorización	32
3. Para la dispensarización	33
4. Metodología para realizar el familiograma	47
5. Para la prestación de servicios de salud:	49
5.1 Actividades a desarrollar por los Ecos Familiares	50
5.1.1 Lineamientos de los Ecos Familiares con recurso odontológico.	55
5.2 Programación comunitaria	59
5.3 Actividades a desarrollar por el Ecos Especializado	60
5.4 Conjunto de prestaciones de la microredes	61
6. Metodología para construir el mapa sanitario.	67
7. Análisis de la Situación de Salud Integral.	71
8. Abastecimiento de insumos y medicamentos para los Ecos Familiares y Ecos Especializados	82

9.	Estadísticas y Registros de Salud	84
9.1	Flujograma de información estadística para el Primer Nivel de Atención con el nuevo modelo de atención.	84
9.2	Instrumentos de recolección de información estadística en el Primer Nivel de Atención.	85
9.3	Lineamientos para el funcionamiento del expediente clínico individual-familiar	87
10.	Supervisión, monitoreo y evaluación integral de los Ecos Familiares y Ecos Especializados.	96
VII-	Revisión y actualización	97
VIII-	Derogatoria	97
IX-	Vigencia.	97
ANEXOS:		98
Nº I.	Ficha familiar y fichero de dispensarización	99
Nº II.	Tablas de indicadores	104
Nº III.	Instrumento para la elaboración del Análisis de la Situación de Salud Integral.	113
Nº IV.	Simbología del familiograma	118
Nº V.	Simbología para el mapa sanitario	119
Nº VI.	Ciclo vital y crisis familiares	121
Nº VII.	Instrumentos estadísticos	125
Nº VIII.	Glosario.	128
Nº VIII.	Abreviaturas y siglas.	132

MARIA ISABEL RODRÍGUEZ
MINISTRA DE SALUD

EDUARDO ANTONIO ESPINOZA
VICEMINISTERIO DE SALUD DE POLÍTICAS
SECTORIALES

ELVIA VIOLETA MENJÍVAR
VICEMINISTRA DE SERVICIOS DE SALUD

COORDINACIÓN DEL EQUIPO TÉCNICO

Dirección Nacional de Hospitales

Dirección del Primer Nivel de Atención

Dirección de Apoyo a la Gestión y Programación

Dirección de Regulación y Legislación Sanitaria

AGRADECIMIENTOS:

El equipo técnico responsable de la elaboración de este documento agradece en primer lugar al Presidente de la República, por su apoyo decidido al proceso de reforma de salud, implementado en el país.

A la Ministra de Salud (MINSAL), responsable directa de la conducción del proceso de reforma de salud, a través de la implementación del Modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y comunitario, el cual mediante los Equipos Comunitarios de Salud Familiar, llegará a toda la población salvadoreña, que históricamente no se le había permitido ejercer el derecho a la salud.

Al personal del MINSAL, por su aporte técnico en la construcción participativa del presente documento, que permite dar pasos de avance al proceso de reforma de salud en El Salvador.

A la OPS, por su valioso apoyo financiero y técnico en el logro de las herramientas regulatorias necesarias para la implementación del modelo.

Y a todos y todas los(as) que contribuyeron con los valiosos aportes en conocimientos y experiencias, para la elaboración, revisión y validación de todos los aspectos incluidos, los cuales servirán de base para la operativización técnica del modelo en la provisión de servicios de salud.

PRESENTACIÓN

El Ministerio de Salud (MINSAL) en el camino de la transformación del sistema de salud de El Salvador, ha dado pasos firmes para lograr el objetivo fundamental de la Política de salud, que es el de garantizar el derecho a la salud a toda la población salvadoreña a través de un Sistema Nacional Integrado de Salud. El proceso anunciado se inicia en el primer tramo de la gestión, comenzando con la reorganización del sistema de salud basado en la estrategia de atención primaria de salud integral. Este gran cambio se realiza progresivamente, partiendo por lo más importante, el trabajo directo con las familias y comunidades.

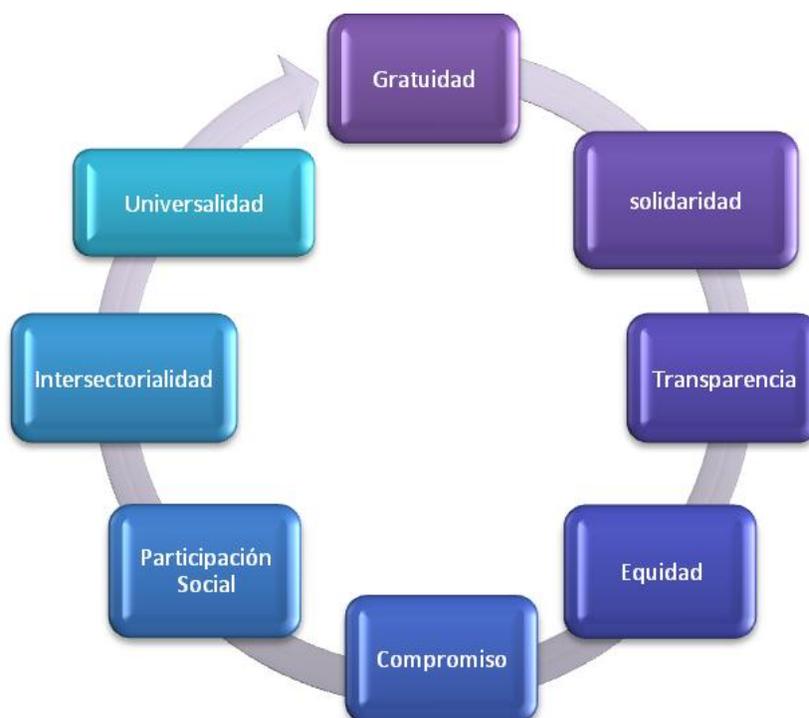
La primera fase inició en 74 municipios, la segunda fase en 51 municipios, en catorce departamentos del país, logrando conformar 380 Ecos Familiares y 28 Ecos Especializados para febrero del 2011 siendo la meta al 2014 cubrir el país, definiendo el Modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y comunitario, el cual para su implementación requiere de la conformación y preparación de los Equipos Comunitarios de Salud Familiar (Ecos Familiares) y los Equipos Comunitarios de Salud Familiar Especializados (Ecos Especializados). Éstos trabajarán directamente, en su territorio, con la comunidad, familias y personas, en un espacio geo-poblacional previamente definido; y con la misma comunidad y otros agentes del Estado, buscarán la solución a problemas que muchas veces van más allá del sector salud, a partir de la modificación de los determinantes sociales de la salud. A través de este mismo equipo se brindará, además, promoción de la salud, prevención de la enfermedad, atención médica y rehabilitación.

En tal sentido, los presentes Lineamientos, incluyen directrices prácticas y de fácil comprensión para su aplicación; y es mi deseo que éstas se incorporen a la práctica diaria de los diferentes recursos que integran los equipos, y su cumplimiento contribuya a hacer frente a los retos que el modelo requiere para la entrega de servicios de salud integrales e integrados, sin limitar la creatividad de los Equipos Comunitarios de Salud Familiar (Ecos Familiares) y Equipos Comunitarios de Salud Familiar Especializados (Ecos Especializados). A la vez tendrá que adaptarse a las particularidades y condiciones en cada comunidad, ya que se deben respetar los patrones socio-culturales e ideológicos del área geo poblacional asignada.

INTRODUCCIÓN

Las desigualdades en salud son el espejo de las desigualdades sociales generadas por el sistema económico-social, que a su vez se rige por la desigual distribución del poder político y económico. Con el nuevo enfoque basado en la promoción y determinantes de la salud, se pretende buscar las verdaderas causas de los problemas con transparencia y participación social; y así dejar de culpar a las víctimas, generando respuestas que nos alejen del conformismo y buscando soluciones que permitan plantear acciones efectivas mediante la solidaridad, equidad e intersectorialidad.

La reforma del sector salud se basa en los siguientes principios: equidad, gratuidad, intersectorialidad, universalidad, solidaridad, participación social, transparencia y compromiso, los cuales son los trazadores del servicio de salud integral e integrado.



Para dar respuesta al Modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y comunitario, los presentes lineamientos están dirigidos al personal de salud que integra los Ecos, con directrices prácticas y de fácil comprensión para su aplicación.

Este instrumento regulatorio es herramienta útil, para realizar las actividades diarias, sin limitar la creatividad de los Equipos Comunitarios de Salud Familiar (Ecos Familiares) y Equipos Comunitarios de Salud Familiar Especializados (Ecos Especializados). A la vez tendrá que adaptarse con flexibilidad a las particularidades y condiciones en cada comunidad, ya que se deben respetar los patrones socio-culturales e ideológicos del área geo poblacional asignada.

Se proporciona el marco conceptual, que permite al personal que integra los Ecos Familiares y Ecos Especializados, la disponibilidad de las herramientas necesarias para el desarrollo local, de forma práctica, del Modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y comunitario, basado en el funcionamiento efectivo en Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud (RIISS).

Además se describen las actividades de los Ecos Familiares y Ecos Especializados, para que el personal de salud interiorice y tenga claridad que su objetivo fundamental de trabajo, es promover que la comunidad se convierta en gestora de su salud, al abordar sus determinantes sociales, en conjunto con el gobierno y otros actores locales, a través del trabajo intersectorial, haciendo énfasis en las estrategias de promoción y prevención que contemplan los siguientes elementos: creación de ambientes favorables a la salud, fortalecimiento de la acción y la participación comunitaria, desarrollo de actitudes personales saludables y reorientación de los servicios de salud.

1- Constitución de la República

Art. 1.- El Salvador reconoce a la persona humana como el origen y el fin de la actividad del Estado, que está organizado para la consecución de la justicia, de la seguridad jurídica y del bien común.

Asimismo reconoce como persona humana a todo ser humano desde el instante de la concepción.

En consecuencia, es obligación del Estado asegurar a los habitantes de la República, el goce de la libertad, la salud, la cultura y el bienestar económico y la justicia social.

Art. 65.- La salud de los habitantes de la República constituye un bien público. El Estado y las personas están obligados a velar por su conservación y restablecimiento.

El Estado determinará la política nacional de salud y controlará y supervisará su aplicación.

2- Código de Salud

Art. 40.- El Ministerio de Salud, es el organismo encargado de determinar, planificar y ejecutar la política nacional en materia de Salud; dictar las normas pertinentes, organizar, coordinar y evaluar la ejecución de las actividades relacionadas con la Salud.

Art. 41.- Corresponden al Ministerio:

- 1) Orientar la política gubernamental en materia de Salud Pública y Asistencia Social;
- 4) Organizar, reglamentar y coordinar el funcionamiento y las atribuciones de todos los servicios técnicos y administrativos de sus dependencias.

3- Ley de Creación del Sistema Nacional de Salud.

El Sistema

Art. 1.- Créase el Sistema Nacional de Salud de El Salvador, en adelante SNS o "el Sistema", que estará constituido por un conjunto de instituciones que forman parte de la administración pública interrelacionadas e integradas en su funcionamiento, de

manera armónica y sistematizada y cuya finalidad es elaborar y ejecutar políticas públicas que garanticen el derecho a la salud de la población.

El Sistema funcionará de forma armónica estableciendo mecanismos de coordinación para implementar políticas de prevención y de intervención, tendientes a incrementar, preservar, mantener y recuperar la salud de las personas, familias, comunidades y la población de todo el territorio nacional; así como para cumplir todas las funciones que le corresponden al Sistema de Salud, sin delegar las responsabilidades del Estado.

Metas y características

Art. 3.- El Sistema Nacional de Salud tendrá como meta el cumplimiento de la garantía constitucional de acceso a los servicios de salud, como un derecho social de todos los habitantes del territorio y tendrá como características distintivas el humanismo, respeto al usuario, ética, calidez, universalidad, equidad, solidaridad, subsidiaridad, accesibilidad, calidad, integralidad, eficacia, eficiencia, oportunidad y participación social.

Objetivos

- Art. 4.- El Sistema Nacional de Salud tendrá esencialmente los siguientes objetivos:
- a) Desarrollar un modelo de atención basado en un enfoque de salud familiar que enfatice la promoción de la salud, la prevención del riesgo y del daño en el individuo, la familia y la comunidad; asimismo, que promueva el mejoramiento del medio ambiente, sin perjuicio de las actividades curativas y de rehabilitación tradicionales.
 - b) Alcanzar una mayor cobertura y mayores niveles de atención en salud a toda la población salvadoreña, en condiciones de eficacia, eficiencia, y equidad en la provisión de los servicios y en función de las necesidades de la población.
 - c) Reducir al mínimo desigualdades de los niveles de salud que persisten en diferentes regiones y grupos sociales del país.
 - e) Promover que el acceso a los servicios de salud se base en los principios de equidad y solidaridad.
 - f) Lograr la satisfacción de los usuarios, respetando sus derechos y valores.

Salud Familiar

Art. 13.- El Sistema Nacional de Salud deberá establecer un modelo de atención basado en un enfoque de salud familiar, cuyo principal propósito es el de contribuir a conservar y restablecer de manera integral la salud de la población, teniendo como ejes centrales la prevención y la promoción de la salud, basándose en el perfil epidemiológico y las determinantes locales de la salud, en los aspectos económicos, culturales, demográficos, sociales y ambientales.

El modelo facilitará la organización de redes funcionales por niveles para la entrega de los servicios a la población, según se establece en el Capítulo siguiente.

Equipos de Salud Familiar

Art. 14.- La atención en salud en los diferentes establecimientos del primer nivel, estará a cargo de Equipos de Salud Familiar con personal multidisciplinario, los cuales se establecerán a nivel nacional de manera coordinada con todas las instituciones prestadoras de servicios de salud, en base a convenios interinstitucionales.

Adscripción familiar

Art. 15.- El modelo funcionará mediante la adscripción de las familias a los establecimientos del primer nivel de atención, y la continuidad de los servicios se articulará mediante un sistema de referencia y retorno.

Los miembros del SNS que gocen de facultades legales para ello, desarrollarán de manera reglamentaria la metodología de adscripción familiar, la conformación de los equipos de salud familiar y demás aspectos necesarios para la implementación del modelo.

4- Reglamento del Sistema Nacional de Salud.

Acciones del Sistema

Art. 4.- Sin perjuicio de las funciones que establezcan sus propios cuerpos normativos y las establecidas en la Ley de Creación del Sistema Nacional de Salud, las instituciones del Sistema desarrollarán las siguientes acciones:

- a) Desarrollar los mecanismos para ampliar la cobertura de servicios de salud, en los tres niveles de atención, con prioridad en el primer nivel de atención;
- b) Desarrollar los mecanismos para garantizar la calidad, calidez, eficiencia y eficacia en la prestación de los servicios de salud a la población.
- c) Establecer los componentes del modelo de atención con un enfoque de salud familiar.
- d) Definir y garantizar las prestaciones de salud específicas para cada nivel de atención de manera continua, aplicando normas, protocolos, instrumentos; así como mecanismos de evaluación y realimentación que aseguren su eficacia.
- e) Establecer un sistema de referencia y retorno entre los tres niveles de atención para la entrega efectiva de servicios a la población.
- f) Establecer las directrices para desarrollar programas permanentes de educación en salud para la población, que promuevan la práctica de estilos de vida saludables.
- g) Establecer las directrices para la conformación de un sistema para la atención de emergencias médicas en todo el territorio nacional.

Del objeto del Modelo de Atención

Art. 19.- El modelo de atención integral con enfoque de salud familiar, como eje fundamental del Sistema Nacional de Salud, se centrará en la persona, la familia y la comunidad, dando prioridad a la prevención del riesgo, promoción de la salud, atención curativa y a la rehabilitación, incorporando permanentemente la mejora continua de la calidad de los mismos; además de promover el mejoramiento del medio ambiente en el marco de la atención primaria en salud.

De la implementación del Modelo de Atención

Art. 20.- Para la implementación del modelo, los equipos de salud realizarán las atenciones preventivas, promoción y educación en salud dirigido a las personas y su entorno.

Los miembros del Sistema definirán un plan de implementación gradual del modelo, así como los mecanismos para la ejecución, control, evaluación y ajustes que se consideren pertinentes.

De los equipos de Salud Familiar

Art. 22.- La red de establecimientos de salud del primer nivel de atención de las instituciones que conforman el sistema, contarán con equipos de salud familiar conformados de acuerdo con su capacidad instalada, demanda de atención y población adscrita.

Para efectos de operativizar la prestación de servicios por los equipos de salud familiar, las instituciones miembros del Sistema podrán elaborar los convenios interinstitucionales respectivos, considerando elementos tales como grupos poblacionales, áreas geográficas, conjunto de atenciones en salud, entre otros.

5- Política Nacional de Salud.

ESTRATEGIA 1: Sistema Nacional de Salud basado en la Atención Primaria de Salud Integral

Construir un Sistema Nacional de Salud basado en la Atención Primaria de Salud Integral como una estrategia clave para el logro de los Objetivos del Milenio y el abordaje efectivo de las determinantes de la salud y de las inequidades en salud.

Líneas de Acción

1.1 Reorientar el Sistema Nacional de Salud a la Atención Primaria de Salud Integral, reajustando los servicios de salud para priorizar la promoción y la prevención, propiciando la asignación de las funciones que sean necesarias a otros niveles gubernamentales.

1.2 El Sistema Nacional de Salud prestará servicios de salud integrales, que incluirán promoción, prevención, diagnóstico precoz, curación, rehabilitación, atención paliativa y apoyo para el autocuidado en todos los niveles de atención.

1.3 Desarrollar un programa de comunicación para promover los sistemas de salud basados en la APS.

1.4 Crear los mecanismos necesarios para fortalecer la colaboración intersectorial y el desarrollo de redes y alianzas.

1.6 Definir un mecanismo de integración progresiva de las redes de servicios de atención a la salud del subsistema público que permita:

- Coordinar, como medida inicial, el ente rector con la red de servicios y establecimientos de salud del MINSAL, ISSS, FOSALUD, Sanidad Militar, Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial e Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral a efectos de gestión, administración, planificación y desarrollo de actividades en el marco de la Política Nacional de Salud, conservando su carácter de entidades autónomas. Pasos posteriores de integración se definirán en el Foro Nacional de Salud.
 - Incrementar los actuales niveles de eficacia y eficiencia diseñando los indicadores necesarios para monitorear el nuevo sistema.
 - Se buscará la equidad en el financiamiento de las poblaciones, bajo responsabilidad de los diferentes proveedores públicos de servicios de salud
- 6- Norma para la estructuración, conformación y funcionamiento de las redes integradas e integrales de servicios de salud.
- 7- Manual de Organización para el funcionamiento de las Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud.

II. OBJETIVOS

GENERAL:

Proporcionar al personal técnico y administrativo de los equipos que implementan el Modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y comunitario, basado en el funcionamiento efectivo de las Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud (RIISS), las herramientas técnicas y legales, que les permitan desarrollar sus actividades, de forma oportuna y sistematizada, a fin de incidir con abordaje intersectorial, en las determinantes sociales de la salud presentes en las comunidades.

ESPECÍFICOS:

- Establecer los procedimientos técnicos administrativos, que permitan potenciar el funcionamiento de los Ecos Familiares y Ecos Especializados.
- Unificar los instrumentos para la captura de datos a nivel local, los procesos que faciliten el análisis y la toma de decisiones de los prestadores de servicios, para mejorar el estado de salud de la población asignada.
- Establecer los mecanismos de coordinación con los diferentes niveles de la RIISS, a fin de proporcionar atención oportuna y de calidad a la población del área de responsabilidad de los Ecos Familiares y Ecos Especializados.

III-ÁMBITO DE APLICACIÓN

Están sujetos al cumplimiento de los presentes Lineamientos todo el personal que labora en los Ecos Familiares y Ecos Especializados, a nivel nacional.

IV- MARCO CONCEPTUAL

El Ministerio de Salud impulsa una ambiciosa Reforma del Sector Salud con el firme propósito de construir el Sistema Nacional Integrado de Salud, con enfoque universal, a partir del reconocimiento de la salud como un bien público y un derecho humano fundamental a ser garantizado por el Estado.

La construcción de un sistema de esta naturaleza supone una profunda reforma de la actual estructura institucional, con base a los siguientes ejes:

1. Construcción de las Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud
2. Construcción del Sistema Nacional de Emergencias Médicas (SEM).
3. Medicamentos y vacunas.
4. Creación del Instituto Nacional de Salud (INS).
5. Instauración del Foro Nacional de Salud.
6. Impulso del trabajo intersectorial e intrasectorial.
7. Impulso de la planificación e información estratégica en salud.
8. Recursos Humanos en Salud.

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 RIIS, 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 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 necesitan¹, por no contar con servicios de salud y estar caracterizados por la extrema pobreza.

El funcionamiento en RIISS permitirá que la prestación de servicios de salud, se ubique en espacios más cercanos a la población, justo donde ocurren los problemas, potencializando su capacidad resolutoria, desarrollando procesos de integración en la red de servicios, acercando incluso la atención especializada que despliega sus acciones en ámbitos extra-hospitalarios.

Características del Modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y comunitario.



Universalidad en la atención. Población territorio a cargo y responsabilidad. Centrado en la sociedad, comunidad, familia y persona. Con énfasis en los determinantes sociales y enfoque democrático participativo que se expresa en los Consejos Locales de Salud y el Foro Nacional de Salud.



Funcionamiento en redes integrales e integradas, con una extensa oferta de establecimientos y servicios de salud, con mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de servicio. Normativas y Lineamientos clínicos y de gestión. Perfil y funciones adaptadas a la realidad local. Capacitación e investigación en toda la red.



Programación transversal integrada. Planificación y adecuación de lineamientos centrales a la realidad local. Acciones intersectoriales para el abordaje de los problemas locales, con evaluación de resultado, los cuales determinan la oferta de servicios del sistema.



Entrega de servicios de especialidad en el lugar más apropiado, preferentemente en ambientes extra hospitalarios. Promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico y tratamientos oportunos, rehabilitación y cuidados paliativos, todos bajo un único paraguas organizacional.

¹ Los criterios iniciales, para definir los lugares donde se establecen los Ecos Familiares, están determinado por el Mapa de Pobreza: Política Social y Focalización de El Salvador, FISDL/FLACSO, Septiembre 2005 .

Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud (RIISS).

Están conformadas por todas aquellas instituciones prestadoras de servicios de salud del MINSAL y aquellas organizaciones del sector público de salud que se vayan incorporando gradualmente y que desarrollan su trabajo en una población definida, 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.

Su finalidad es garantizar el acceso de la población a servicios de salud, permanentes, oportunos y eficaces, mediante la distribución equitativa y uso eficiente de los recursos con participación comunitaria, intersectorialidad e integración de todos sus elementos.

Estructura y Organización de las RIISS en el Ministerio de Salud.

En su estructura organizativa el Ministerio de Salud está conformado actualmente por tres niveles: superior, regional y local, representado por los SIBASI.

La provisión de los servicios de salud de las RIISS del Ministerio de Salud se organiza a partir de la categorización y agrupación de los mismos, en tres niveles de diferente complejidad:

- **Primer Nivel de Atención:** Equipos Comunitarios de Salud Familiar (Ecos Familiares), Equipos Comunitarios de Salud Especializados (Ecos Especializados), Centros Rurales de Nutrición y Salud (C.R.N.S), Casas de Espera Materna y Casas de Salud, como integrantes de las Unidades Comunitarias en Salud Familiar (UCSF) básicas, intermedias y especializadas.
- **Segundo Nivel de Atención:** Hospitales de jurisdicción Municipal (Hospital Básico) y Hospitales Departamentales.
- **Tercer Nivel:** Hospitales Regionales y Hospitales Especializados.

Las RIISS del Ministerio de Salud se conforman a partir de la integración progresiva de los establecimientos de salud existentes, con estructuras y organizaciones nuevas que se interrelacionan en redes de forma flexible de la siguiente manera:

Microred Municipal: está conformada por las UCSF Básicas, Intermedias, Casas de Espera Materna, Centros Rurales de Nutrición y Salud, casas de salud y Hospital básico de segundo nivel, en caso de contar con éstos, así como la sede del promotor de salud, dentro del área de un municipio.

La Microred Intermunicipal: está conformada por las UCSF Básicas, Intermedias y Especializadas, y Hospitales municipales, Casas de Espera Materna, Centros Rurales de Nutrición y Salud, casas de salud en caso de contar con éstos, así como la sede del promotor de salud, de varios municipios.

Cabeza de microred: Se define a la UCSF Intermedia o especializada de mayor capacidad instalada, resolutivez y accesibilidad a todos los establecimientos que la integran; siendo ésta la que coordinará al conjunto de UCSF de su microred y será representada por el director de dicha UCSF. En caso de haber más de una UCSF en el municipio, la coordinación se asignará a la de mayor complejidad.

La Red departamental: estará conformada por las Microrredes y los hospitales de segundo nivel o tercer nivel comprendidos en el área geográfica del departamento según accesibilidad de la población a los servicios de salud.

La Red Regional: estará conformada por las Redes departamentales de su área de responsabilidad, y los Hospitales de tercer nivel de atención, Regionales o Nacionales, según el caso.

La Red Nacional será conducida por el Viceministerio de Servicios de Salud, y lo conformarán las Direcciones del Viceministerio de Servicios de Salud, en coordinación con el resto de Direcciones y dependencias del MINSAL.

V. ACCIONES PARA LA OPERATIVIZACION DEL MODELO DE ATENCION EN REDES INTEGRADAS E INTEGRALES DE SERVICIOS DE SALUD.

Las acciones para la operativización requerirán del funcionamiento efectivo en RIISS, por lo anterior cada nivel desarrollará:

A NIVEL SUPERIOR:

1. Promover, adaptar, divulgar y socializar el Modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y comunitario, a nivel nacional.
2. Conducir y asesorar las RIISS para el desarrollo del Modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y comunitario, adaptado a cada contexto específico.
3. Formular el marco regulatorio que demande el Modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y comunitario.
4. Desarrollar procesos de planificación, monitoreo y evaluación, basados en resultados, en las redes integradas e integrales adscritas al Modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y comunitario, a nivel nacional.
5. Desarrollar la capacidad técnica de los recursos humanos para la implementación del Modelo de atención con enfoque de salud familiar y comunitario, desde los determinantes sociales de la salud, para la prestación de servicios.
6. Establecer lineamientos específicos para el manejo de la información estadística y documentos médicos, generados en las redes integradas e integrales en el Modelo de atención.
7. Realizar procesos de integración interinstitucional e intersectorial para facilitar la socialización, participación social, ejecución y sostenibilidad del Modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y comunitario, y la construcción participativa de políticas públicas para incidir en los determinantes sociales de la salud a nivel local y nacional.
8. Gestionar y asignar presupuesto a las dependencias del Ministerio de Salud, para la implementación y sostenibilidad del Modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y comunitario.
9. Conducir los procesos de investigación en función del Modelo de atención, en los diferentes componentes de éste, con participación de otros actores.

A NIVEL REGIONAL:

1. Aplicar y dar cumplimiento al marco regulatorio en el desarrollo del Modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y comunitario.
2. Desarrollar procesos de comunicación, capacitación, difusión y orientación de las Políticas, Leyes, Reglamentos, Normas Técnicas, Manuales, Lineamientos, Planes y Programas, relacionados al Modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y comunitario, al SIBASI, Hospitales regionales, departamentales y municipales.
3. Desarrollar procesos para promover, divulgar, contextualizar y socializar el Modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y comunitario, basado en el funcionamiento en RIISS, con la población del área de responsabilidad.
4. Gestionar, asignar presupuesto y recursos para la provisión de servicios de salud al individuo, la familia y la comunidad con base a las necesidades y el ejercicio pleno del derecho a la salud, reduciendo inequidades en la asignación de recursos.
5. Planificar, organizar, dirigir y controlar las actividades relacionadas al Modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y comunitario, en los SIBASI, Hospitales regionales, departamentales y municipales.
6. Socializar y conducir la elaboración del diagnóstico de la situación de salud integral de la Región y ajustar los planes operativos de intervención, para el desarrollo del Modelo de Atención, en su jurisdicción.
7. Abastecer de medicamentos, insumos médicos y no médicos, con una frecuencia trimestral a las direcciones de las UCSF.
8. Monitorear la implementación del sistema de información, estadística y vigilancia epidemiológica con enfoque sectorial y comunitario, generado en las redes integradas e integrales en el Modelo de Atención.

A NIVEL DE SIBASI:

1. Dar cumplimiento a la Política y Normativa técnica, emitida por el Nivel Superior, relacionada al Modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y comunitario en Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS) basado en Atención Primaria en Salud Integral.

2. Desarrollar procesos de promoción, divulgación y socialización del Modelo de Atención, a nivel local con la población y actores sociales del área geográfica de influencia.
3. Fortalecer la capacidad técnica de los recursos humanos para la prestación de servicios de salud al individuo, la familia y a la comunidad, en la redes integrales e integradas de la población bajo su responsabilidad.
4. Realizar procesos de articulación interinstitucional e intersectorial, para el desarrollo de las intervenciones integrales, a fin de solucionar los problemas de salud según sus determinantes sociales.
5. Elaborar el diagnóstico de la situación de salud integral del SIBASI, en conjunto con las UCSF y los Ecos Familiares, ajustando los planes operativos de intervención, para el desarrollo del Modelo de Atención en las RIISS en su jurisdicción.
6. Desarrollar acciones para la provisión de servicios de promoción, prevención, curación y rehabilitación, con la organización y participación de la población.
7. Gestionar recursos humanos, financieros, materiales y equipos, a nivel regional e intersectorial.
8. Realizar procesos de integración y coordinación interinstitucional e intersectorial, para la provisión de los servicios de salud a las familias y comunidades del SIBASI.
9. Participar de los procesos de monitoreo y evaluación de la prestación de los servicios de salud con enfoque de salud familiar a nivel del SIBASI.
10. Hacer cumplir los lineamientos ya establecidos en el sistema de referencia y retorno del Ministerio de Salud, para la atención de los miembros de la familia.
11. Participar y desarrollar procesos de investigación con criterios éticos, epidemiológicos y de interés nacional con enfoque de salud familiar y comunitaria.
12. Verificar y promover la participación social y comunitaria en los procesos del Modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y comunitario, fomentando la corresponsabilidad y contraloría social.
13. Desarrollar procesos de planificación local, monitoreo, supervisión y evaluación de la prestación de servicios de salud del Modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y comunitario, en las RIISS, de las UCSF básicas, intermedias y Especializadas, bajo su responsabilidad.

14. Monitorear y supervisar el sistema de información estadística y vigilancia epidemiológica con enfoque sectorial y comunitario, generados por las redes integradas e integrales en el Modelo de atención, basado en las RIISS.

A NIVEL DE LA UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR (UCSF)

1. Dar cumplimiento a la Política y Normativa Técnica emitida por el Nivel Superior, relacionada al Modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y comunitario, basado en Atención Primaria en Salud Integral.
2. Planificar, contextualizar y organizar el proceso de implementación y funcionamiento del Modelo de atención, a nivel local.
3. Fortalecer la capacidad técnica y administrativa de los recursos humanos de las UCSF, para la provisión de los servicios con enfoque de salud familiar y comunitaria, integral e integrada.
4. Elaborar el Análisis de la situación de salud integral en conjunto con los Ecos Familiares, y adecuar los planes operativos de intervención, para el desarrollo del Modelo de atención en su jurisdicción.
5. Socializar los resultados del análisis de la situación de salud integral a la comunidad, a los diferentes niveles institucionales y en cada municipio para buscar alianzas estratégicas.
6. Desarrollar acciones para la provisión de servicios de promoción, prevención, curación y rehabilitación en la salud, con la organización y participación de la población y de actores a nivel local.
7. Desarrollar procesos de promoción, divulgación y socialización del Modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y comunitario, a nivel local con la población, creando alianzas con los actores sociales del área de responsabilidad.
8. Gestionar recursos humanos, materiales y equipos, a nivel local e intersectorial.
9. Realizar procesos de integración y coordinación interinstitucional e intersectorial para la provisión de los servicios de salud a las familias y comunidades, y la construcción participativa de Políticas Públicas saludables a nivel local.
10. Participar en los procesos de monitoreo y evaluación en la prestación de los servicios de salud, con enfoque de salud familiar y comunitario nivel local.

11. Cumplir los lineamientos del sistema de referencia y retorno del Ministerio de Salud, para la atención de los miembros de las familias y la protección de la salud de la población a nivel territorial.
12. Participar o desarrollar procesos de investigación con criterios éticos, epidemiológicos y de interés nacional, con enfoque de salud familiar y comunitaria.
13. Implementar el sistema de información estadística y vigilancia epidemiológica, con enfoque sectorial y comunitario, generado en las redes integradas e integrales en el Modelo de atención.
14. Promover la participación comunitaria, fomentando la corresponsabilidad y contraloría social.
15. Gestionar el abastecimiento oportuno de medicamentos e insumos, de acuerdo a la necesidad de consumo.

A NIVEL DEL HOSPITAL DENTRO DE LA RIISS

1. Desarrollar mecanismos y procesos ágiles para la interconsulta, referencia y retorno, con estrecha comunicación, mediante la acción articulada de la red bajo los criterios de continuidad, oportunidad e integralidad, que permitan la implementación efectiva de la normativa relacionada.
2. Evaluar conjuntamente con el SIBASI, la efectividad del Sistema de Referencia y Retorno, en forma periódica, a fin de garantizar la integración y continuidad de la prestación de servicios de salud.
3. Trabajar sistemáticamente con el SIBASI, en vías de garantizar la educación continuada en salud dirigida al recurso humano de las RIISS, el apoyo a procesos educativos dirigidos a la población, la promoción de estilos de vida saludables, prevención de riesgos y uso adecuado de medicamentos.
4. Planificar y evaluar las actividades de prestación de servicios, de manera conjunta (con Ecos Familiares, Ecos Especializados y SIBASI) en función de la red, a fin de definir intervenciones que contribuyan a la calidad de atención proporcionada con enfoque geo poblacional.

5. Análisis conjunto de la situación epidemiológica entre los Ecos familiares, Ecos Especializados y SIBASI, para la toma de decisiones a nivel local, de tal forma de impulsar el enfoque de gestión de riesgo ante emergencias y desastres.
6. Promover la realización de procesos de investigación científica, con enfoque geo poblacional, en conjunto con los Ecos familiares, Ecos Especializados, UCSF y SIBASI, con criterios éticos, epidemiológicos y de interés nacional.
7. Intercambio ágil de información por vía oficial, que permita potenciar el funcionamiento en red y el impulso de temas de interés, que surjan de las coordinaciones intersectoriales.
8. Potenciar y facilitar espacios de contraloría ciudadana en conjunto con otros prestadores de servicios de salud de las RISS, de forma que se mejore su prestación.
9. Facilitar la participación social en la planificación de actividades de promoción, prevención, atención y rehabilitación en salud.
10. Impulsar actividades semestrales de intercambio de información de los diagnósticos comunitarios, que permita el conocimiento geo poblacional y las determinantes sociales de la salud, presentes en cada territorio.

VI. IMPLEMENTACIÓN DE LOS ECOS FAMILIARES Y ECOS ESPECIALIZADOS.

Cada Ecos Familiar debe funcionar como un equipo de trabajo responsable de la salud del cien por ciento de su población adscrita e incorporar a su labor los principios esenciales, éticos y morales, concebidos en la Política Nacional de Salud “Construyendo la Esperanza, estrategias y recomendaciones en salud 2009- 2014”.

Para esto Los Ecos Familiares deben conocer su realidad e identificar, junto a la comunidad y con la ayuda de los líderes formales e informales, los determinantes de la salud de su población; dispensarizar a las personas (en cuatro grupos) y clasificar sus familias según riesgos (verde, amarillo y rojo), para la planificación de actividades continuas y de esta forma garantizar el buen estado de salud de su población asignada. Los Ecos Familiares deben planificar consultas y realizar visitas a cada una de las viviendas dentro del área de responsabilidad. El médico y la enfermera comunitaria del Ecos Familiar deben brindar atención de consulta en la UCSF Básica, alrededor de tres

días por semana y dos días dedicarlos a la visita de terreno a la familia, en la totalidad del horario de su jornada laboral; la programación puede tener modificaciones y adecuaciones según la planificación local, morbilidad, oferta y demanda de la población; siendo el coordinador(a) del Ecos Familiar junto al equipo, los encargados de la toma de decisión oportuna de modificación en la oferta de servicios, con pleno conocimiento de la comunidad y demás sectores. Siempre que el médico salga a terreno, se debe garantizar la permanencia de la enfermera o auxiliar de enfermería en la sede.

La actividad de consulta en la UCSF Básica tiene como objetivo poder realizar una evaluación integral a la persona con las condiciones necesarias de privacidad, iluminación, ventilación y utilización adecuada del método clínico necesarias para su correcta valoración, ya sea en inscripciones, controles subsecuentes o por morbilidad. En los lugares que tienen gran extensión territorial (a más de 2 horas a pie), se podrá realizar movilización del Ecos Familiar para mejorar la accesibilidad a la población de responsabilidad, la cual se realizará previa selección por el promotor; por la mañana se dará consulta (inscripciones, controles subsecuentes y morbilidad) y terreno por la tarde, para cumplir con el nuevo modelo de atención y a diferencia de las brigadas médicas anteriores donde sólo se atendía a libre demanda.

Se dará consulta domiciliar únicamente a aquellas personas que por discapacidad y ciertos problemas de movilización no puedan consultar en la sede.

La actividad de visita de terreno domiciliar tiene como objetivo realizar una valoración integral de la persona, la familia y su entorno, así como las condiciones del medio ambiente, la vivienda, relaciones interpersonales y la funcionabilidad familiar en cual se desarrollan sus integrantes y puede llevarse a cabo en dos sentidos:

- 1) Visita integral a la familia: ayuda a identificar riesgos y realizar intervenciones en el colectivo familiar, establecer alianzas y compromisos buscando modificar de ésta forma riesgos sociales, ambientales y crisis familiares. La visita a la familia debe registrarse en la hoja de evolución familiar.

- 2) Visita individual se registrarán en una hoja que se añadirá al expediente clínico individual al finalizar la jornada y se programarán según las condiciones siguientes:
- a) Para realizar acciones de promoción y educación para la salud, así como medidas de prevención primaria, secundaria y terciaria, a las personas de acuerdo a la planificación de terreno que le corresponde según grupo dispensarial.
 - b) Se le dará seguimiento a los programas preventivos que no hayan asistido a su control programado (con principal énfasis en embarazadas y niños menores de 5 años).

El Ecos Familiar debe lograr identificar la dinámica de los determinantes sociales de la salud, a través de diferentes fuentes como entrevistas, fichas familiares, Diagnóstico Comunitario Participativo (DCP) y otras fuentes, de tal manera de facilitar el proceso de incidencia de la comunidad organizada y plasmarlo en el Análisis de la Situación de Salud Integral (ASSI), para contribuir a mejorar las condiciones de vida a nivel local con abordaje intersectorial.

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 visita de terreno a la familia se debe garantizar la permanencia de al menos un personal médico en dicha sede.

Desde las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Especializadas se brindará atención de Interconsulta (previa selección por el médico general) tanto en la sede, así como movilizándose hacia la UCSF básica e Intermedia de los Ecos Familiares bajo su responsabilidad, según cronograma de planificación con una frecuencia mínima mensual en cada Ecos Familiar, para esto podrá utilizar el vehículo asignado. El director del establecimiento debe garantizar al menos un personal médico que permanezca en la sede para la atención en consulta a la población del área adscrita. Las actividades que se describen a continuación deben ser desarrolladas por los Ecos Familiares:

1.- Para la inmersión comunitaria

- a. Acercamiento y presentación a las familias y organizaciones comunitarias del área de responsabilidad.
- b. Convocar a asambleas a los miembros de la comunidad, con el objetivo de informar acerca del Modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y comunitario, y las acciones del Ecos Familiar, además de la importancia en la reforma de salud del involucramiento de la comunidad en la contraloría social y participación ciudadana.
- c. Identificar la organización comunitaria o presencia de líderes o lideresas, Asociaciones Comunales (en algunos casos ADESCO), juntas de agua, grupos religiosos, maestros(as), equipos de salud de organizaciones no gubernamentales (ONG's), comités de salud, voluntarios y otros, para articularse y planificar actividades; de no existir la organización comunitaria, se debe facilitar el proceso de organización.

2.- Para la sectorización

La sectorización es un proceso y a su vez una estrategia, cuyo objetivo es la reorganización estructural de toda el área de responsabilidad asignada a los Ecos Familiares y Ecos Especializados, con el propósito de facilitar la atención primaria de salud definida en el Modelo de atención.

Debe tener una visión integral del área de responsabilidad, así mismo un enfoque de riesgo, de promoción de salud y prevención de enfermedad. Dicho proceso incluye los pasos siguientes:

- a. Debe ubicar y enumerar las viviendas, con la participación activa de líderes y voluntarios comunitarios, con el siguiente procedimiento de sectorización:
 - En el área rural, se iniciará el proceso en la entrada principal de acceso al cantón o caserío seleccionado, siguiendo la dirección de las manecillas del reloj (de izquierda a derecha). Si el cantón tiene más de dos caseríos, numerar las casas del uno al infinito, finalizando en cada caserío, e iniciar con la numeración correlativa en el siguiente caserío, siguiendo las manecillas del reloj de izquierda a derecha.

- En el área urbana, el total de viviendas se debe distribuir en varios sectores o cuadrantes (servirá la distribución elaborada por el Inspector de Saneamiento), e iniciar la numeración en el margen superior izquierdo de cada sector o cuadrante, hasta agotar la cuadra, manzana o bloque, haciéndolo siempre según la dirección de las agujas del reloj.

Realizar recorrido de la comunidad para reconocer el área de responsabilidad y hacer el conteo de familias, determinar puntos de referencia y límites comunitarios (tomando de base el catastro municipal, la cartografía censal y otra información existente en el establecimiento de salud). En base a esta información se debe determinar el lugar más adecuado para la ubicación de la sede de los Ecos Familiares en función del acceso de la población.

- Elaborar el mapa de las poblaciones que le corresponde a los Ecos Familiares, clasificando según las viviendas asignadas a cada promotor de salud, en zonas A, B, C y sucesivamente.

3.- Para la dispensarización

Ésta es un proceso **dinámico y continuo** de clasificación **individual** de la población de responsabilidad del Ecos Familiar, en cuatro grupos dispensariales.



La dispensarización facilita al Ecos Familiar conocer y accionar para una adecuada atención en salud, y contribuye a que los actores locales asuman el proceso de modificación de los determinantes de la salud, a partir de procesos dinámicos geopoblacionales, a través de la evaluación modificable, organizada y continua del estado de salud de las personas en su entorno familiar y/o social, mediante la planificación y el desarrollo de acciones que contribuyan a ello.

La dispensarización debe reflejarse en el expediente clínico individual, y el fichero de seguimiento a la Dispensarización, requiere de una reevaluación periódica y continua, en la que puede haber modificaciones frecuentes del grupo dispensarial, lo cual determinará la frecuencia del seguimiento de cada individuo. El mejoramiento de la calidad de vida de los grupos dispensariales en un período de tiempo demostrará el impacto de la intervención realizada por los Ecos Familiares.

DEL GRUPO II DISPENSARIAL

Riesgo:

Conjunto de condiciones anormales que pudieran producir un efecto dañino sobre el individuo o colectividad y generar daños de diferente magnitud en correspondencia con la exposición a uno o varios agentes. El riesgo se relaciona con todas las acciones de promoción y prevención. Es necesario tener bien claro que el riesgo es la situación o circunstancia anormal y la exposición prolongada al mismo es el factor de riesgo.

Factor de riesgo:

Es cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo que poseen un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso mórbido. Estos factores de riesgo (biológicos, ambientales, de comportamiento, socio-culturales, económicos) pueden sumándose unos a otros, aumentar el efecto aislado de cada uno de ellos, produciendo un fenómeno de interacción.

Factor protector de la salud:

Son condiciones o entornos capaces de favorecer el desarrollo de los individuos o los grupos, contrarrestar los riesgos y en muchos casos, reducir los efectos de circunstancias desfavorables, se clasifican en:

- **Externos:** Integración social, apoyo laboral o de un adulto significativo, familia funcional, intersectorialidad y la participación comunitaria entre otros.
- **Internos:** Autoestima, seguridad y confianza en sí mismos, facilidad para comunicarse y lograr empatía, percepción individual del riesgo, entre otros.

CLASIFICACION DE LOS FACTORES DE RIESGO

Por afectados:

Individuales: Aquellos que son peculiares al individuo, relacionados con sus condiciones de vida pero más aun con su estilo de vida, confiriendo un grado variable de susceptibilidad o para adquirir enfermedad daño o muerte. Entre ellos tenemos los hábitos nocivos a la salud como tabaquismo, ingestión excesiva de grasa, alcoholismo, entre otros.

Colectivos: Aquellos factores que afectan a comunidades, grupos sociales o ambientales.

Según su origen:

1. Biológicos: Aquellos inherentes a características de la vida (del individuo y familia).
2. Socioeconómicos: Relacionados con aspectos de conducta como hábitos nocivos.
3. Socioculturales: Bajo nivel educacional, pobre educación sexual.
4. Económicos: Grado de satisfacción de necesidades básicas, hacinamiento.
5. Organización de los servicios de Salud: Equidad, accesibilidad.
6. Ambientales: Determinados por las características del medio ambiente: clima.
7. Físicos: Radiaciones.
8. Químicos: Medicamentos.
9. Ocupacionales: Exposición al plomo, al ruido, plaguicidas, entre otros.
10. Comportamiento: uso de drogas y alcohol, entre otros.

Por la posibilidad de actuar sobre el mismo:

Modificables: Los que pueden cambiarse, en ellos la causalidad es fundamental, son: alimentación, hábito de fumar, consumir bebidas alcohólicas y/o drogas, sedentarismo.

No Modificables: Los que son invariables; para identificar grupos de riesgo como adulto mayor, talla materna. Incluye predisposición genética, sexo, edad, número de partos.

Conductas de riesgo

En la comunidad:

- Bajos ingresos económicos.
- Malas condiciones de trabajo.
- Violencia e inseguridad ciudadana.
- Hacinamiento y vivienda precaria.
- Baja disponibilidad y acceso a alimentos sanos e inocuos.
- Saneamiento ambiental inadecuado.
- Transporte público inexistente o desordenado.
- Analfabetismo y deficiencias en la educación.
- Inequidad en salud.
- Dificultad en el acceso de los servicios de salud.
- Ausencia de espacios públicos para realizar actividad física.
- Contaminación ambiental.
- Inseguridad vial.
- Vulnerabilidad geográfica y geológica

En los individuos:

- Consumo de alcohol, drogas, tabaco.
- Consumo de dieta no saludable.
- Inactividad física y sedentarismo.
- Falta de práctica de lactancia materna.
- Prácticas sexuales sin protección.
- Embarazo no deseado y precoz.
- Irrespeto a las leyes de tránsito.

- Hábitos higiénicos inadecuados.
- Inadecuado autocuidado.
- Violencia de género (familiar, sexual y otras).
- Trabajo infantil.

En la Mujer o Pareja

- Riesgo reproductivo es la posibilidad que tiene una mujer o su producto potencial de sufrir daño, lesión o muerte durante el proceso de la reproducción, embarazo, parto y puerperio.
- Las atenciones pre concepcionales están dirigidas a: consejería, detección de enfermedades tanto crónicas como inmunoprevenibles, evaluación de riesgo biológico y riesgo reproductivo, nutrición, entre otros.

CLASIFICACION DEL RIESGO REPRODUCTIVO PRE-CONCEPCIONAL (RRPC):

FACTORES O CONDICIONES DE RIESGO		
BIOLOGICOS / OBSTÉTRICOS		SOCIALES
Mujer > 35 años	4 o más embarazos	Unión inestable
Adolescencia (<19 años)	Dos o más abortos consecutivos o no consecutivos	Alcoholismo
Intervalo inter genésico <24 meses	Muerte perinatal previa	Adicciones
Estado nutricional deficiente (IMC <18.5 Kg/m ²)	Recién nacido previo con defectos congénitos	Delincuencia
Obesidad (IMC >30 Kg/m ²)	Bajo peso al nacer (< 2,500 gr) Peso al nacer mayor de 4000 gr.	Pobreza extrema
Cardiopatías	Parto prematuro previo	Analfabetismo
Asma bronquial	Hemorragia postparto previa	Baja escolaridad
Diabetes Mellitus y gestacional	Infección puerperal previa	Violencia sexual
Hipertensión arterial	Embarazo múltiple previo	Violencia intrafamiliar
Trombosis venosa profunda actual o previa	Hipertensión inducida por el embarazo previa	Inaccesibilidad a los servicios de salud
Endocrinopatías	Enfermedad gestacional del Trofoblasto previa	Prácticas sexuales de riesgo

Colagenopatías	Embarazo ectópico previo	Carga laboral alta (>10 horas por día; >6 horas de pie al día)
Síndrome convulsivo	Cesárea previa	Exposición ocupacional a tóxicos, solventes, químicos, sustancias radioactivas o exposición a altas temperaturas.
Trastornos de la salud mental	Cirugía pélvica previa	
Anemia antes del embarazo.	Anomalía pélvica	
IVU crónica	Malformaciones uterinas	
Mujer con VIH / sida	Consumo de medicamentos Anticonvulsivantes, cumarínicos, antihipertensivos, tretina.	
Infecciones de Transmisión Sexual	Isoinmunización Rh previa	
	Trastorno hipertensivo del embarazo Previo	

Seguimiento según grupo dispensarial en el adulto:

 <p>GRUPO I: Supuestamente sano: Valorarlo una vez al año en consulta o terreno. Incluir en acciones de promoción de salud.</p>	 <p>GRUPO II: Con riesgo: Dos veces al año. Excepto Factores de riesgo priorizados: Hábito de fumar, Alcoholismo, Sedentarismo, riesgo pre-concepcional según necesidad, hasta lograr reducir riesgo.</p>	 <p>GRUPO III: Enfermo Dos veces al año. Excepto enfermedades priorizadas: ERC, HTA, DM, cardiopatía, cáncer tres veces al año o más, hasta lograr buen control.</p>	 <p>GRUPO IV: Con discapacidad: Tres veces al año en consulta o terreno según tipo de discapacidad. Trabajar en la estrategia Rehabilitación basada en la comunidad.</p>
---	---	---	--

GRUPO I DISPENSARIAL

Seguimiento del niño sano y adolescente:

Grupo de edad	Consultas (control o visita de terreno)
Recién nacido: inscripción antes de los 7 días, después alta hospitalaria.	Evaluación Integral por el médico del Ecos Familiar en consulta. Valoración a los 14 días por el pediatra del Ecos Especializado. Visita de terreno semanal por el promotor.
Lactante 1-12 meses Transicional. 12-24 meses	Consultas: al mes, 2, 4, 6, 8, 10, 12, 15, 18, 21 y 24 meses de edad. Visita de terreno: 3, 5, 7, 9, 11, 13, 16, 19 y 22 meses de edad.
Pre-escolares (2- 5 años) Escolares (6-11m 364 días) Adolescentes (12 -18 años)	Consultas dos veces al año Vista de terreno dos veces al año.

Requisitos Básicos del Control Prenatal:

- ✓ **Precoz:** debe iniciarse lo más temprano posible, antes de las doce semanas de gestación.
- ✓ **Completo e integral:** los contenidos deben garantizar el cumplimiento efectivo de las acciones de información, educación, comunicación, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, tomando en consideración los aspectos bio-psicosociales.
- ✓ **De amplia cobertura:** que abarque al cien por ciento de las mujeres embarazadas.
- ✓ **Con Calidad y calidez:** la atención debe brindarse tomando en consideración los aspectos socioculturales y con un enfoque basado en derechos. Así como cumplimiento de la normativa para la atención de calidad.
- ✓ **Periódico:** toda mujer con embarazo sin factor de riesgo asociado, deberá completar como mínimo cinco controles prenatales por el médico coordinador del Ecos Familiar, y dos controles, en el segundo y tercer trimestre por el especialista en gineco-obstetricia del Ecos Especializado que corresponde a su microred, y la visita de terreno tendrá una frecuencia mensual, los controles serán brindados de la siguiente forma:

Control prenatal al Embarazo Normal según las semanas de gestación.

Controles	Semanas del Embarazo
1 ^{er} Control (Inscripción)	En las primeras 12 semanas de gestación
2 ^o Control	Entre las 16-18 semanas
3er Control	Entre las 26-28 semanas
4 ^o Control	Entre las 32-34 semanas
5 ^o Control	<ul style="list-style-type: none"> ✓ A las 36 semanas referir a su Ecos Especializado para control y realización de pruebas de bienestar fetal, (de no existir los recursos referir al Hospital de Segundo Nivel de su red en horas hábiles de consulta), ✓ En esta evaluación determinar si la embarazada, es ingresada en la Casa de Espera Materna o continúa con seguimiento del médico coordinador del Ecos Familiar, manteniéndose en continua comunicación. ✓ El establecimiento que refiere debe verificar el cumplimiento de la referencia a las 24 horas posterior a la misma. <p>En caso que se determine el seguimiento por el médico coordinador del Ecos Familiar, la embarazada a partir de las 37 semanas, tendrá un seguimiento semanal y ante cualquier signo de alarma referir al Ecos Especializado y/o Hospital según la complejidad del caso.</p>
<p>Deberá ser evaluada la condición materno-fetal CADA SEMANA hasta la semana 39 por el Ecos Familiar, y por el (la) Ginecólogo(a) de su Ecos Especializado a la semana 40. A las 41 semanas debe ser referida al Hospital de su red en horas hábiles para inducción del parto.</p> <p>Con la presencia de uno ó más factores de riesgo sociales, biológicos y obstétricos se modifica su categoría dispensarial y el seguimiento será definido por Ginecóbstetra del Ecos Especializado.</p>	

Seguimiento al adulto sano

Adulto(hombre-mujer)	Consultas (control o visita de terreno)
De 18-60 años	Un control anual en consulta o visita de terreno.
Más de 60 años	Un control anual en consulta. Un visita anual de terreno.

GRUPO II DISPENSARIAL RIESGO

Clasificación del lactante de riesgo:

- Menor de 28 días.
- Peso inferior al nacer de 2500gr.
- Pre-términos o prematuro (nacidos antes de las 37 semanas).
- No lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses.
- Hijo de madre adolescente.
- Gemelares.
- No ganancia de peso adecuada en sus controles.
- Presencia de una malformación congénita.
- Esquema de inmunización incompleto.
- Condiciones desfavorable de la vivienda.
- Que resida en municipios de extrema pobreza.
- Factores ambientales desfavorables.
- Madre analfabeta o con menos de tres años de educación.
- Hijo de madre con VIH.
- Sobrepeso y obesidad.

Seguimiento del niño y adolescente con riesgo:

Grupo de edad	Consultas (control o visita de terreno)
Menor de 28 días	Seguimiento semanal: Alternando consulta por el médico y terreno por promotor y enfermera. Valoración a los 14 días por el pediatra del Ecos Especializado.
Menor de 3 meses	Un control mensual Un visita de terreno mensual
De 3 a 6 meses	Un control mensual Un visita de terreno
De 6 a 12 meses	Un control mensual Un visita de terreno
Transicional (1 a 2 años)	Al menos un control trimestral Un visita de terreno semestral

Preescolar (2 a 5 años)	Al menos un control trimestral Un visita de terreno semestral
Escolar (6 a 11 ^a 364 días)	Al menos un control semestral Un visita de terreno anual
Adolescencia (12 -18 años).	Al menos un control anual en consulta y uno en terreno.

Según criterio médico, las categorías de riesgo podrían modificar la periodicidad de los controles, considerándose esta propuesta como la frecuencia mínima de controles a cumplir.

Valorar según tipo de riesgo (laboral, riesgo de ITS o TB, de conducta: Hábito de fumar, violencia, trabajo infantil, deserción escolar y otras), si hay necesidad de intervenciones más frecuentes, hasta lograr modificar riesgo.

De acuerdo al tipo de riesgo Ej. Adolescente con problemas de alimentación, adicciones, inicio precoz de relaciones sexuales, riesgo de ITS; tendrán un seguimiento según normativas vigente, hasta lograr modificar el riesgo.

Control prenatal al embarazo.

Con la historia clínica, examen físico y exámenes de laboratorio clínico, el médico coordinador del Ecos Familiar, debe definir el grado de riesgo de la gestante, y referir al nivel que corresponda, según la siguiente tabla:

Criterios de seguimiento y referencia del embarazo.

C R I T E R I O	MOMENTO DE LA REFERENCIA				REFERIR A NIVEL		
	Primera visita	Al detectarse	20 Sem.	36 Sem.	ECOS E	II	III
Edad: Menor de 15 años o mayor de 35 años	X				X	X	
Adolescente con patología asociada	X	X			X	X	
Desnutrición / Obesidad	X				X	X	
Desnutrición Severa	X	X			X	X	
Obesidad mórbida (IMC > 30 Kg./m ²)	X						X
Presión sanguínea alta (≥ a140/90 mm		X					X

Hg) según severidad							
Embarazo múltiple		X			X	X	
Sospecha de diabetes gestacional (glicemia en ayunas \geq 126 mg/dl)		X			X	X	
Placenta previa no sangrante en embarazo \geq 20 semanas			X		X	X	
Placenta previa sangrante (según severidad)		X				X	X
Víctima de violencia de género e intrafamiliar.	X	X			X	X	
Víctima de sexo forzado	X	X			X	X	
Drogodependencia / Alcoholismo	X	X			X	X	
Embarazo no deseado	X	X			X	X	
Trastornos mentales	X	X				X	X
Depresión	X	X			X	X	
Trastorno de ansiedad	X	X			X	X	
Displasia severa / Cáncer cervical in situ		X				X	X
Cáncer	X	X					X
Infecciones que se transmiten de la madre al feto (Rubéola, toxoplasmosis, sífilis, citomegalovirus, herpes)	X	X					X
Embarazada con VIH	X	X				X	X
Embarazada con sida	X	X					X
Sangrado vaginal (según severidad)		X				X	X
Preeclampsia grave o eclampsia		X				X	X
Amenaza de parto inmaduro o prematuro		X				X	X
Oligohidramnios		x			x	x	
Polihidramnios		X			X	X	
Malformación fetal confirmada		X					X
Sospecha de restricción del crecimiento intrauterino		X			X	X	
Anemia severa (Hemoglobina es menor de 7 gr./dl)		X				X	X
Anemia moderada persistente a pesar del tratamiento		X			X	X	
IVU persistente después de dar tratamiento		X			X	X	

36 semanas de gestación o más		X			X	X	
Situación o presentación fetal anormal				X	X	X	

Los promotores de los Ecos Familiares, realizarán las visitas de terreno mensuales, y serán los responsables de vigilar y referir ante signos de alarma, garantizando la atención continua de la embarazada. El médico coordinador del Ecos Familiar y la enfermera también harán visitas de terreno con el objetivo de evaluar el entorno familiar y algunas situaciones del riesgo.

El seguimiento en consulta de ginecobstetricia puede incrementarse según la condición de la paciente y el criterio médico del Ecos Especializado. En el caso de la embarazada con riesgo obstétrico será evaluada por el ginecólogo del Ecos Especializado, quien decidirá la referencia al Hospital de su red departamental o al Hospital Nacional de Maternidad.

Es indispensable la interrelación del Ecos Familiar, el médico ginecoobstetra del Hospital de la red y del Ecos Especializado, para el seguimiento continuo de la embarazada, así como la información al Ecos Familiar al cual pertenece.

TIPOS DE RIESGO EN EL EMBARAZO

TIPOS DE RIESGO	CRITERIOS A TOMAR EN CUENTA
RIESGO OBSTETRICO	Más de cuatro embarazos. Antecedentes obstétricos desfavorables.
RIESGO BIOLÓGICO	Mujer > 35 años. Enfermedad crónica descompensada Adolescencia (< 18 años).
RIESGO SOCIAL	Pobreza extrema. Analfabetismo

GRUPO III DISPENSARIAL (Enfermos Crónicos)

Niños y adolescentes: asma bronquial, diabetes tipo 1, Enfermedad Renal Crónica, cardiopatías, niño con VIH, fibrosis quística, anemias crónicas, leucemias, tumores, epilepsia, otras.

Grupo de edad	Consultas (control o visita de terreno)
Recién Nacido	Un control Semanal, visita terreno por Ecos Familiar según patología (incluso diario). Valoración antes de los 14 días por el pediatra del Ecos Especializado.
Menor de 3 meses	Un control semanal y un terreno semanal. Valoración dos veces al mes por el Pediatra del Ecos Especializado.
De 3 a 6 meses	Dos mensuales (una consulta y un terreno). Valoración una vez al mes por el Pediatra del Ecos Especializado.
De 6 a 12 meses	Dos mensuales (una consulta y un terreno).
Transicional (1 a 2 años)	Un control trimestral, 1 visita de terreno trimestral.
Preescolar (2 a 5 años)	Un control trimestral, 1 visita de terreno trimestral.
Escolar (6 a 11 ^a 364 días)	Un control semestral y 1 visita de terreno semestral.
Adolescencia (12-18 años)	Un control semestral y 1 visita de terreno anual.

El seguimiento periódico de enfermedades agudas debe estar en relación al tipo de patología del usuario y la decisión del Ecos Familiar, y según lineamientos de AIEPI o la guía de atención de las enfermedades prevalentes por ciclo de vida, si el caso aplica.

Seguimiento al adulto con enfermedad crónica:

Adulto(hombre-mujer)	Consultas (control o visita de terreno)
De 18-60 años y más	Tres controles anuales a enfermedades priorizadas (Enfermedad Renal Crónica, hipertensión arterial, diabetes mellitus, cardiopatías, desnutrición, cáncer) chequear criterios de buen control de enfermedad de base, si descompensación referir al Ecos Especializado. Dos controles anuales para el resto de enfermedades crónicas no priorizadas y una visita de terreno anual.

Valoración en cualquier momento si existe descompensación de enfermedad de base.

Toda embarazada con riesgo asociado o enfermedad crónica debe ser Interconsultada con los especialistas del Ecos Especializado y Hospital de la red respectiva, y ser valorada por un equipo multidisciplinario (Ginecóbstetra, internista, odontólogo, nutricionista, psicólogo) al menos en su primera consulta, preferentemente coincidiendo el mismo día.

GRUPO IV DISPENSARIAL

Seguimiento a los niños y adolescentes con secuelas o con discapacidad:

Grupo de edad	Consultas (control o visita de terreno)
Recién Nacido	Un control semanal, visita terreno quincenal por Ecos Familiares según discapacidad o secuela. Valoración antes de los 14 días por el pediatra del Ecos Especializado.
Menor de 3 meses	Dos controles o terreno mensuales. 1 control mensual por pediatra del Ecos especializado e Interconsulta con fisiatra.
De 3 a 6 meses	Un control mensual en consulta y una visita de terreno mensual. Valoración mensual por fisiatra.
De 6 a 12 meses	Un control mensual y 1 visita de terreno trimestral. Valoración mensual por fisiatra.
Transicional (1 a 2 años)	Un control trimestral y 1 visita de terreno anual.
Preescolar (2 a 5 años)	Un control semestral y 1 visita de terreno anual.
Escolar (6 a 11ª 364 días)	Un control semestral o 1 visita de terreno anual.
Adolescencia (12-18 años)	Un control semestral o 1 visita de terreno anual.

Seguimiento al Adulto con Discapacidad:

Adulto(hombre-mujer)	Consultas (control o visita de terreno)
De 18-60 años y más	Dos controles anuales, según tipo de discapacidad. Dos visitas al año en terreno para valorar la práctica de la estrategia RBC, y situación familiar. Fortalecer mediante redes de apoyo comunitario.

4. Metodología para Elaborar el Familiograma

El familiograma se construye en el momento de la adscripción y llenado de la ficha familiar, durante la visita de terreno.

Familia: 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.

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.

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 solo 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".

Definición de Familiograma:

Es la representación gráfica de la familia y permite obtener información rápida acerca de la estructura familiar, sus miembros, y las relaciones entre estos. Está constituido por una serie de símbolos que dibujan un árbol familiar.

Funciones: proporciona información sobre tres aspectos de la familia:

- El mapeo o trazado de la estructura.
- El registro de información individual.
- El señalamiento de las relaciones familiares.

Utilidad del Familiograma

El familiograma es un instrumento muy útil para la atención y cuidado de la familia, proporcionándonos información sobre:

- Estructura familiar (convivientes en el hogar).
- Etapa del ciclo vital en que transcurre la familia.
- Acontecimientos vitales estresantes (aborto, divorcios, fallecimientos, desempleo, otros).

- Recursos familiares.
- Repetición de patrones familiares biológicos (cáncer, hipertensión arterial, diabetes mellitus) y psicosociales (alcoholismo, violencia familiar, modos de relacionarse, entre otros).
- Facilita la comprensión de los vínculos consanguíneos y la relación entre los integrantes de la familia, así como permite anticipar los posibles conflictos que pueda enfrentar la familia e identificar algunas estructuras que puedan constituir riesgo en sí mismo. Ej.: familias monoparentales, o unipersonales como el del anciano que vive solo. (Ver anexo IV)

5.- Para la Prestación de Servicios de Salud:

1. Es indispensable que cada Ecos Familiar, disponga en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar de un distintivo institucional que lo identifique como “Equipo Comunitario de Salud Familiar (Ecos Familiar), Ministerio de Salud”.
2. Los Ecos Familiares tendrán la responsabilidad de llevar organizado el expediente clínico individual por cada uno de los usuarios atendidos, en el cual reflejan las atenciones brindadas. Los expedientes clínicos individuales de una misma familia serán agrupados dentro de una carpeta familiar con su respectivo código de identificación.
3. Las dos páginas de las fichas familiares (Hoja de determinantes y evolución de la familia con familiograma) serán resguardadas en la sede del Ecos Familiar y organizadas en carpetas (folder) por zonas, según la distribución del promotor, para su adecuada actualización y manejo. Puede ser en formato digital.
4. Los Ecos Familiares, dispondrán del cuadro básico de medicamentos, insumos y equipo que será abastecido trimestralmente a través de la dirección municipal, quien a su vez será abastecida por el Almacén de la Región de Salud que le corresponde. Cada promotor/a de salud deberá disponer de un botiquín con medicamentos, insumos y equipo básico, comprados por el MINSAL, el cual se detalla en el documento regulatorio respectivo.
5. Los Ecos Familiares, deberán implementar y dar seguimiento al plan de intervención, con énfasis en el plan de parto a toda embarazada, garantizando el transporte oportuno de las embarazadas con riesgo obstétrico, así como el traslado de las emergencias obstétricas, neonatales, entre otras.

6. Por cada cuatro Ecos Familiares, se contará con un vehículo todoterreno, para que en forma programada pueda rotarse para realizar las acciones planificadas de acercamiento comunitario y actividades logísticas.
7. Se elaborará en cada UCSF básica: un mapa sanitario y la sala situacional, que mantendrán debidamente actualizados, respondiendo a las necesidades de análisis y programación de intervenciones del Ecos Familiar.
8. Planificar acciones de promoción, prevención, atención y de rehabilitación, según grupo dispensarial de su población de responsabilidad. A continuación se dan algunos ejemplos de actividades a realizar por el Ecos Familiar:

5.1 Actividades a desarrollar por los Ecos Familiares:

De promoción.

1. Brindar información y promover acciones contra los riesgos potenciales de accidentes en el hogar, escuelas, centro de trabajo, lugares públicos y del tránsito, según ciclo de vida.
2. Promover modos y estilos de vida saludable, 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 cuidado, derechos humanos, vínculos y calidad de la atención.
5. Orientar adecuadamente al individuo y la familia sobre situaciones sociales, laborales y familiares, generadoras de stress 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, meningitis bacteriana, parasitismo entre otros).
13. Participar en actividades de contención de brotes y epidemias.
14. Detectar y modificar los riesgos de accidentes en el hogar, escolar, laboral y en la comunidad, por ciclo de vida, orientando las medidas oportunas para evitar los mismos.
15. Identificar situaciones laborales y familiares generadoras de stress psicosocial capaces de influir en la salud y orientar su modificación.

De atención médica.

1. Garantizar la atención continua y sistemática según normativa vigente, de los individuos por ciclo de vida.
2. Realizar la dispensarización de la población asignada y planificar controles según grupos dispensariales.
3. Garantizar a sus usuarios la atención médica de otras especialidades con los Ecos Especializados y cumplimiento de las normas de atención de Interconsulta, referencia y retorno.
4. Análisis de la información recolectada, a partir de indicadores de salud y determinantes de la salud para programar controles, citas, interconsultas, visitas domiciliarias y los que sean necesarios.
5. Brindar atención de urgencia, en el hogar o en cualquier lugar que se produzca, garantizando su referencia al nivel adecuado.
6. Participar en la atención hospitalaria de sus pacientes, mediante el intercambio con los médicos del hospital y recibir información para su seguimiento en el hogar a través del retorno.

7. Notificación inmediata y análisis de todas las defunciones que se produzcan en sus pacientes.
8. Realizar atenciones curativas y de rehabilitación, en base a los problemas priorizados en la comunidad.
9. Elaborar, registrar y resguardar información en documentos médicos establecidos.
10. Realizar la atención, seguimiento y control del paciente con mordedura animal, así como coordinar la observación de este o la referencia de ser necesario al nivel correspondiente.

De habilitación, rehabilitación e inclusión social

1. Dispensar al cien por ciento de la población con discapacidad, para su abordaje con la estrategia de rehabilitación basada en la comunidad (RBC).
2. Implementar la detección temprana y el diagnóstico de las personas con discapacidad, facilitando el proceso de habilitación, rehabilitación e inclusión, basado en el enfoque de los derechos humanos.
3. tratar con medidas específicas las distintas deficiencias, con el fin de disminuir el grado de discapacidad y evitando, en la medida posible la institucionalización de la persona con discapacidad.
4. Promover la inclusión social de las personas con discapacidad; tanto mediante cambios actitudinales, como eliminando las barreras arquitectónicas y de comunicación en las instalaciones institucionales mediante ajustes razonables y graduales, promoviendo al mismo tiempo la adaptación de todos los espacios comunitarios en términos de accesibilidad.
5. Abordar de manera multidisciplinaria las distintas discapacidades, involucrando no solamente el personal que conforma el Ecos Especializado, sino también a la persona con discapacidad, su familia y su organización gremial.
6. Gestionar la coordinación intersectorial e interinstitucional al nivel comunitario, que facilite igualdad de condiciones para lograr la inclusión social, económica y cultural de todas las personas con discapacidad.
7. Seguimiento y control de los pacientes que reciben tratamiento de rehabilitación en el hospital u otras instituciones, procurando menos institucionalización, con mayor detección y atención temprana.

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, familia y 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.
3. Vigilancia y control a los riesgos ambientales presentes dentro del área geográfica, ej. la comunidad, centros de expendio de alimentos, centros escolares, centros laborales, entre otros.
4. Participación activa del Ecos Familiar, en las reuniones de trabajo intersectorial, asambleas comunales y toda actividad comunitaria que ayude a crear alianzas en la solución de problemas del entorno.
5. Identificar riesgos ambientales y zonas vulnerables, ante la presentación de cualquier desastre y coordinar con los diferentes actores sociales para identificación y búsqueda de soluciones en salud.

De organización Social.

1. Brindar información sistemática a las municipalidades, a las Asociaciones Comunales (en algunos casos ADESCO), y otros sectores sobre los problemas sociales y de salud de su territorio asignado así como los logros alcanzados.
2. Facilitar procesos de participación social y voluntariado de las microredes municipales, intermunicipales, redes departamentales y regionales, que fomenten iniciativas de proyectos productivos intersectoriales para mejorar el desarrollo integral de la comunidad.
3. Promover el empoderamiento del Modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y comunitario, por parte de la comunidad, mediante la evaluación participativa, al llevar a cabo los planes y acciones, que le permitan a las familias y comunidad, sentirse piezas importantes de su realidad, para actuar sobre ella y obtener frutos como resultados de su propio trabajo; compartiendo la responsabilidad y el compromiso con el Ecos Familiar y el sistema de salud.

4. Apoyar a las familias que tengan personas con discapacidad, así como el reforzamiento de las redes sociales, para que puedan ayudar a satisfacer las necesidades básicas que presentan estos pacientes.
5. En coordinación con el Foro Nacional de Salud:
 - a. Identificar líderes comunitarios en el área geopoblacional de responsabilidad.
 - b. Estimular la organización de comités locales de salud.
 - c. Administrar los instrumentos de controlaría social que para tal fin serán remitidos por el Viceministerio de Políticas de Salud.

De docencia.

1. Realizar actividades docentes-asistenciales entre los Ecos Familiares y los Ecos Especializados y su integración con los hospitales de la red, a través de discusiones de casos, actualizaciones terapéuticas, abordajes integrales de diferentes problemáticas, para promover su superación técnico- profesional con pensamiento de red.

De Investigación.

1. Desarrollar investigaciones con criterios éticos, epidemiológicos y de interés nacional, con el rigor científico requerido que respondan a las necesidades identificadas en el análisis de la situación de salud.

5.1.1. Lineamientos de los Ecos Familiares con recurso odontológico:

Los odontólogos que se encuentran en la sede del Ecos Familiar, se rigen bajo los lineamientos contemplados en los procesos normativos regulatorios de la Unidad de Atención a la Salud Bucal del MINSAL.

ÁREAS DE DESEMPEÑO DE LOS ODONTÓLOGOS:

1. Área operativa

1.1 Intramural:

Las actividades y acciones a desarrollar serán las establecidas en la normativa regulatoria respectiva de la Unidad de Atención a la Salud Bucal.

1.2 Extramural:

El odontólogo programará en conjunto con el Ecos Familiar, al menos dos visitas semanales a la comunidad, en un lugar definido, y con una población previamente citada por el Ecos Familiar, no menor a 10 personas ni mayor a 21, a quienes les realizarán las siguientes intervenciones, según necesidad:

- ✓ **Promoción:** brindar educación en salud bucal, charlas educativas y consejerías
- ✓ **Diagnóstico:** llenado completo de la ficha odontológica. Todo paciente atendido en la comunidad deberá ser visto con el expediente clínico al cual se anexará la ficha odontológica.
- ✓ **Prevención:** profilaxis, sellantes de fosas y fisuras mediante Práctica restaurativa a traumática (PRAT), aplicaciones tópicas de flúor.
- ✓ **Curación:** obturaciones PRAT, detartrajes, curetajes, exodoncias simples, y atenciones de emergencia.

Además se realizarán, según capacidad instalada, las interconsultas o referencias a las UCSF intermedia que cuente con odontólogo, a las UCSF Especializadas, o a los hospitales de segundo y tercer nivel, utilizando el sistema de interconsulta, referencia y retorno para un mejor seguimiento.

En la UCSF intermedia y en la UCSF Especializada, la atención odontológica de las personas referidas del nivel comunitario, será a través de citas programadas por el/la odontólogo/a del establecimiento, priorizando la atención al niño(a) y a la mujer embarazada. Si no hay odontólogo en el Ecos Familiar, el médico coordinador que identifique cualquier necesidad de atención, lo hará a través del modelo de interconsulta, al igual que con el Ecos Especializado.

El (la) odontólogo(a) coordinador del área de salud bucal del establecimiento de salud, que apoyara a los Ecos Familiares, será el (la) encargado y responsable de asignar el instrumental, insumo y papelería necesarios requeridos para las actividades odontológicas en las comunidades a atender. En primera instancia, será el (la) odontólogo (a) asignado(a) para la atención comunitaria quien el día anterior a la visita

prepare el instrumental, insumo y papelería necesarios, quedando bajo su responsabilidad para ser entregados al establecimiento, al finalizar la visita a la comunidad. En cuanto al lavado, desinfectado y esterilizado del instrumental, debe ser realizado por el recurso odontológico, en el caso de no existir un recurso auxiliar capacitado.

2. Área administrativa.

Son todas las acciones gerenciales a desarrollar en cuanto a la planificación, programación, conducción, seguimiento, auto monitoreo y evaluación de las actividades desarrolladas.

Para el área administrativa el recurso odontológico debe cumplir con las siguientes actividades:

1. El (la) odontólogo(a) debe realizar su programación mensual en conjunto con el Ecos Familiar, tres días hábiles antes de iniciar el mes a programar y de común acuerdo con el Ecos Familiar, con la finalidad de cumplir con las metas establecidas que son: atención odontológica intramural tres pacientes por hora y para la atención odontológica extramural cuatro pacientes por hora. Debe entregar una copia del plan mensual al médico coordinador del Ecos Familiar, al Director del establecimiento, y al odontólogo supervisor del SIBASI.

En relación al apoyo en las visitas programadas a los Centros Escolares, el odontólogo de la UCSF, podrá acompañar según necesidad del establecimiento de salud.

2. Registros diarios de consulta odontológica: el llenado de los registros se hará diariamente con la atención de cada paciente y en el instante de la consulta. No es permitido hacer anotaciones de los pacientes fuera de este instrumento para su posterior llenado al final de la jornada. Este registro una vez finalizadas las labores del día deberá ser entregado al estadístico responsable de procesar la información en la UCSF en donde está asignado el/la odontólogo que ha generado dicha información.
3. La dependencia jerárquica del (la) odontólogo(a) será el médico coordinador del Ecos Familiar y/o el Director de la UCSF intermedia o especializada y en el área

técnica será el (la) odontólogo (a) supervisor del SIBASI al que corresponde. La supervisión de las actividades realizadas por el (la) odontólogo(a) de Ecos Familiar, estarán bajo responsabilidad del supervisor odontológico del SIBASI correspondiente.

4. Sistema de monitoreo y evaluación: la evaluación se hará trimestralmente, en base a indicadores de cobertura y de proceso, los que se detallan a continuación:

- a) Porcentaje de personas recibiendo consulta odontológica por grupos étnicos.
- b) Porcentaje de personas recibiendo consulta odontológica por primera vez en el año por grupos étnicos.
- c) Porcentaje de escolares de la comunidad recibiendo atenciones preventivas.
- d) Porcentaje de embarazadas inscritas en el control prenatal recibiendo atención odontológica.
- e) Porcentaje de niños de 0 a 5 años, inscritos en el control de niño sano, recibiendo atención odontológica por año.
- f) Porcentaje de atenciones preventivas realizadas por ciclo de vida.
- g) Porcentaje de atenciones curativas realizadas por ciclo de vida.
- h) Porcentaje de referencias al establecimiento de salud.
- i) Número de charlas educativas impartidas en la comunidad.
- j) Número de menores de cinco años con plan de tratamiento terminado.

En estas sesiones de evaluación deberá incluirse el análisis y justificación de los compromisos no cumplidos, estrategias para alcanzar las metas no cumplidas, y en aquellos casos que sea posible, evidenciar el trabajo comunitario a través de fotografías.

5. Horarios de trabajo y registro de entradas y salidas del recurso de odontología para Ecos Familiar: los horarios de trabajo para el (la) odontólogo(a) del Ecos Familiar son los normados por la División de Recursos Humanos de la Dirección Regional de Salud correspondiente, estando dentro de las ocho horas obligatorias.

El registro y control correspondiente a la entrada y salida de cada uno de los recursos se harán en la sede de la UCSF respectiva, en el libro control designado por el mismo foliado por el/la directora/a o coordinador/a de la UCSF, o en formato

digital o marcadores de entrada / salida, dependiendo del recurso con que se cuente.

El personal de odontología del Ecos Especializado y el que se encuentre en la UCSF intermedia continuará rigiéndose bajo los lineamientos contemplados en los procesos normativos regulatorios de la Unidad de Atención a la Salud Bucal del MINSAL.

5.2. Programación familiar y comunitaria

1. Cada Ecos Familiar debe realizar una revisión semanal del cumplimiento de lo planificado, según la dispensarización y clasificación de riesgo de las familias para reprogramación de lo pendiente, de preferencia los días viernes por la tarde, así mismo, deben elaborar una programación mensual para la prestación de servicios a las familias de responsabilidad, considerando la oferta del conjunto de prestaciones, perfil de la comunidad e interconsultas solicitadas, Cada Ecos Familiar debe tener un **“Fichero de actividades de seguimiento a la dispensarización”**, el cual llevará una programación de controles y visitas de terreno, acorde al grupo dispensarial que corresponda a cada individuo durante los doce meses del año.
2. Se deben programar asambleas comunitarias en cada uno de los sectores de las comunidades urbanas y rurales, para presentar los hallazgos y complementar las medidas adoptadas en el plan de acción del análisis de la situación de salud integral, a través de las siguientes actividades:
 - Convocar familias y actores sociales: autoridades locales, líderes, representantes de organizaciones comunales, ong’s y otros sectores.
 - Presentar y completar el diagnóstico comunitario y el mapa sanitario, apoyándose en la información de otros actores y las familias.
 - Priorizar problemas comunitarios a través de metodología participativa.
 - Elaborar una planificación local participativa, que asegure la inclusión de las familias, comités comunales y otras organizaciones locales para la búsqueda de soluciones con participación e intersectorialidad.

- Elaboración de acuerdos bidireccionales, donde se especifique inicio de las intervenciones y responsables de Ecos Familiares y actores sociales que pertenecen al área de responsabilidad.
- Elaborar programación mensual de las actividades, la cual deberá llegar al SIBASI en los primeros días hábiles del mes y así tomar decisiones oportunas en la atención integral, organización, planificación y gestión.
- Elaborar un plan de contingencia y participar en las actividades de mitigación de desastres, coordinadamente con las Comisiones de Protección Civil y otras instituciones intersectoriales.

5.3. Actividades a desarrollar por el Ecos Especializado:

1. Conocer los diferentes Análisis de Situación de Salud Integral de sus Ecos Familiares asignados, con el objetivo de integrar, coordinar, planificar y ejecutar las diferentes acciones a través de las UCSF y hospitales de la red.
2. Conocer la población según grupos de dispensarización, en su área de responsabilidad, según especialidad, de cada Ecos Familiar asignado.
3. Participar en asambleas comunales y otras actividades para priorizar y planificar estrategias de salud.
4. Elaborar la programación mensual contemplando acciones extramurales previamente coordinadas con Ecos Familiares, que se harán llegar al SIBASI, en los primeros cinco días hábiles del mes.
5. Realizar reuniones mensuales con los Ecos Familiares, con el objetivo de analizar los resultados de las actividades planificadas en conjunto.
6. Desarrollar espacios de educación continua con sus Ecos Familiares, para fortalecer competencias y aumentar efectividad del trabajo en equipo.
7. Brindar asistencia médica de acuerdo a las necesidades de los pacientes, coordinando con los Ecos Familiares respectivos, en los diferentes escenarios de atención, con el fin de facilitar el intercambio de criterios con los médicos de los mismos, para dar seguimiento a los pacientes con las diferentes patologías.
8. Cumplir y evaluar sistemáticamente la implementación del sistema de referencia y retorno del MINSAL, para la atención de los integrantes de la familia.

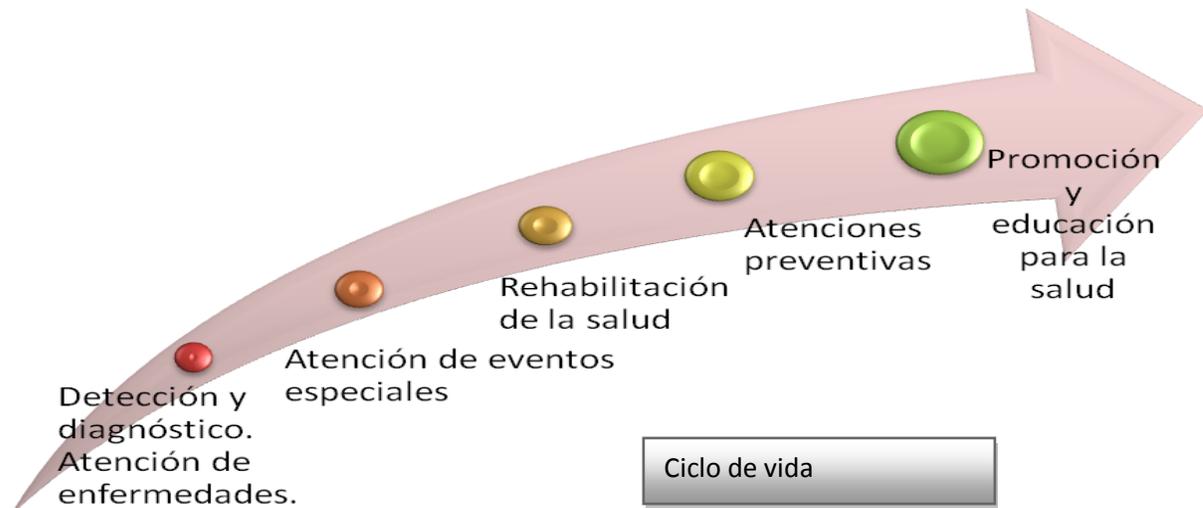
9. Evaluar de manera conjunta con Ecos Familiares, SIBASI y Hospitales de la red, los procesos de atención, a fin de definir intervenciones que contribuyan a mejorar la calidad de la atención y el funcionamiento de la red.
10. Organizar, planificar y desarrollar iniciativas de atención extramural en coordinación con los Ecos Familiares, a fin de garantizar la prestación de servicios especializados a la población con dificultades de acceso.
11. Trabajar junto a sus Ecos Familiares, en el mejoramiento de las competencias y habilidades individuales, así como el cambio de actitudes del entorno, de manera de crear condiciones que permitan la participación social y el desarrollo de crecientes niveles de autonomía, que contribuya al proceso de dignificación de las personas con discapacidad, mediante la participación de las familias en su tratamiento y rehabilitación, con un contexto social que lo respalde, sensibilizando a la comunidad a abrir espacios de participación en los distintos niveles comunitario, recreativo, laboral, entre otros.
12. Informar las atenciones brindadas y enviar a la coordinación de la Unidad de estadística y registros de salud de la UCSF intermedia o especializada, quien es la encargada de realizar los diferentes procesos establecidos en las normas y procedimientos de estadísticas y registros de salud en el primer nivel de atención.
13. Realizar acciones para prevenir desastres, durante y en la fase de recuperación, así como en situaciones de emergencia, tomando en cuenta el componente necesario de salud mental de la población.

5.4. CONJUNTO DE PRESTACIONES DE LAS MICROREDES

Comprende:

1. Acciones intersectoriales, en las que los servicios prestados en el ámbito de la salud pública, se agrupan en actuaciones sobre estilos de vida y otros determinantes del entorno que comportan un riesgo para la salud.
2. Acciones transversales, en las que los servicios prestados en el ámbito de la salud pública, se agrupan en ejes y actividades en las distintas etapas de la vida.

El conjunto de prestaciones se subdivide en las siguientes acciones:



El conjunto de prestaciones incluye el abordaje de los problemas de salud, así como los factores y conductas de riesgo a la salud, apoyándose en la normativa, manuales y lineamientos establecidos para dichos fines. Una de las características principales del modelo es la continuidad de la atención, la cual comprende los aspectos biológicos, psicológicos y sociales en el proceso salud enfermedad de los individuos, familias y comunidad, en las siguientes dimensiones:

1. **Dimensión cronológica:** es el modo en el cual los miembros de los Ecos Familiares y Ecos Especializados, tienen contacto repetidos a través del tiempo (ej. visitas subsecuentes), como un instrumento de seguimiento, así como de oportunidad para desarrollar una relación personal de comprensión y confianza.
2. **Dimensión geográfica** (área de responsabilidad): se refiere al lugar donde se da la atención; la vivienda, la comunidad, el consultorio y el hospital.
3. **Dimensión interdisciplinaria:** se refiere a la atención integral e integrada que será brindada por uno o más de los integrantes del Ecos Familiar y Ecos Especializado, interrelacionados entre sí, a los miembros de las familias según sus riesgos, problemas de salud o necesidades específicas.
4. **Dimensión interpersonal:** la relación de los miembros que integran el Ecos Familiar y Ecos Especializado con las familias, siendo sustentada en una comunicación eficaz, confidencial y de confianza mutua que puede afectar los resultados en el estado de salud.

Intervenciones básicas permanentes según ciclo de vida:

► Niñez :

- Estimulación temprana.
- Prevención del maltrato infantil.
- Prevención del trauma.
- Fomento de normas sociales.
- Formación de hábitos.
- Acciones de salud mental ante situaciones de emergencias y desastres.
- Educación sexual.
- Evaluación psicométrica.
- Coordinación intersectorial para el abordaje de la temática de la niñez (niños y niñas en situación de calle).
- Promoción de los derechos del niño con enfoque de género.
- Pautas de convivencia armónica.
- Desarrollo de hábitos de estudio.
- Enfoque de inteligencia emocional.

► Adolescencia:

- identificación de adolescentes líderes para conformar grupo de promotores juveniles capacitados en la comunidad.
- Seguimiento a promotores juveniles en el trabajo “entre pares”.
- Habilidades para la vida.
- Proyecto de vida.
- Sexualidad.
- Prevención del embarazo.
- Prevención de las ITS-VIH-sida.
- Actividad física.
- Talleres de expresión libre.
- Prevención y manejo del trauma.
- Prevención del abuso.
- Manejo de las pérdidas físicas y emocionales.
- Autoestima y auto concepto, auto imagen.
- Prevención de desordenes alimenticios.
- Derechos y deberes humanos.
- Resiliencia.
- Construcción de la identidad.
- Masculinidad / feminidad.
- Comunicación asertiva.
- Pautas de convivencia social.
- Prevención de conductas de riesgo.
- Utilización del tiempo libre.
- Prevención de la violencia.

- Fomento de tiempo para recreación.
- Orientación vocacional.
- Prevención de trastornos mentales.
- Prevención de embarazo precoz.
- Paternidad responsable.
- Prevención de conductas adictivas.
- Noviazgo.
- Inteligencia emocional.

► Adultos :

- Fortalecer la responsabilidad en el autocuidado.
- Promoción de los factores protectores para la salud mental.
- Promoción la capacidad para disfrutar el bienestar físico y mental.
- Psico-educación.
- Intervenciones en problemas psicosociales sociales (suicidio, violencia, entre otros).
- Preparación anticipada a los empleados sobre el proceso de jubilación.
- Fomentar una cultura de la salud mental mediante actuaciones con personas, grupos y comunidades.
- Implementar acciones con énfasis en los factores de desarrollo a nivel personal, familiar y comunitario.
- Psicoeducación sobre la equidad de género.
- Generar espacios de socialización y fomentos de vínculos humanos positivos, de participación social.

► Adultos mayores:

- Crear o poner en práctica el apoyo a los familiares de adultos(as) mayores.
- Utilización temprana de los servicios de salud para una vejez sana.
- Implementación de programas que enfatizan la salud física y mental con énfasis en la población del área rural.
- Poner en práctica programas de apoyo a los familiares de adultos mayores (apoyo institucional y de salud mental que se aboquen a aligerar la carga asociada al papel de las mujeres adultas mayores, como encargadas del cuidado de otros miembros de la unidad familiar).
- Ejecución de programas de prevención de comportamientos de riesgo.
- Promoción de la salud mental con enfoque de género.
- Atención especial para el usuario adulto mayor que asisten a los establecimientos de salud y el nivel comunitario (facilitar la consulta).
- Capacitación a los recursos sobre gerontología y geriatría, tomando en cuenta las necesidades de salud mental.

Conjunto de prestaciones de Planificación Familiar:

- Inscripciones 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, por promotores de salud.
- Abastecimientos de métodos de planificación familiar, orales y condones, por parteras autorizadas.
- Consejería.

Oferta de métodos temporales:

- Etinilestradiol + Levonorgestrel (0.03 +0.15) mg tableta recubierta oral, sobre de 21 – 28, entre otros anticonceptivos orales combinados.
- Noretisterona Enantato + Estradiol Valerato (50 + 5) mg/ml, solución inyectable I.M. ampolla 1 ml, entre otros anticonceptivos inyectables combinados mensuales.
- Medroxiprogesterona acetato 150 mg/ml suspensión inyectable I.M. frasco vial 1 ml. (anticonceptivo inyectable combinado trimestral).
- Preservativos de Látex lubricados, empaque individual descartable (condones).
- Dispositivo intrauterino, anticonceptivos de plástico grado medico, empaque individual estéril (T de cobre).

Oferta de métodos temporales y permanentes para referencia y controles:

- Esterilización femenina de intervalo.
- Esterilización femenina posparto y pos aborto.
- Vasectomía.
- Inserción de DIU pos evento obstétrico (parto y aborto).

6. METODOLOGIA PARA ELABORAR EL MAPA SANITARIO

MAPA SANITARIO

Se define como la representación gráfica de un determinado lugar, en el que 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 y otros.

Su elaboración es importante porque permite orientar la planificación y la ejecución de intervenciones integrales por parte de los Ecos Familiares, con la comunidad y participación intersectorial, tomando de base la información representada en el mapa sanitario.

Utilidad del mapa sanitario:

1. Proporciona una visión clara, rápida y objetiva de la situación que existe en una determinada área geográfica, para la toma de decisiones.
2. Facilita la priorización de las actividades a realizar, a partir de la identificación de los sitios con factores de riesgo.
3. Facilita el monitoreo de un plan de trabajo, a la vez que permite evaluar los logros alcanzados.
4. Facilita y estimula la participación comunitaria, la intersectorialidad, para el análisis y resolución de problemas.
5. Facilita la comprensión de los datos contenidos en los diferentes instrumentos de registro que llevan los Ecos Familiares, siendo utilizado por la comunidad, instituciones y otros actores sociales como referencia para la gestión y ejecución de proyectos de beneficio comunal.

Procedimiento para elaborar el mapa sanitario

El contenido de un mapa

Estos deben contener:

1. Todas las viviendas de la comunidad (estén habitadas o no), deben de identificarse con su respectivo número correlativo.
2. Los riesgos de cada una de las familias según código de colores (ver tabla) que habitan en dichas viviendas.
3. La presencia o ausencia de servicios básicos como agua segura y letrinas, entre otros.
4. Los principales componentes geográficos de la comunidad, tales como caminos, ríos, quebradas, u otro accidente geográfico, tanto para ser usados como referencias, como para definir acciones de gestión ambiental y de prevención de desastres.

La elaboración del mapa sanitario se desarrolla en tres fases:

1.- Organización del trabajo:

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

2.- Recolección de la información

- a. 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.
- b. Realizar recorrido por la comunidad con los participantes.
- c. 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).

3.- Registro de la información recolectada en el mapa original

- a. Con la información de los mapas preliminares, elabore el mapa general de la comunidad, utilizando cartulina o papel bond.
- b. Identificación con la siguiente información:
 - Puntos cardinales.
 - Identificación: caserío, cantón, barrio, comunidad, colonia, calle o avenida, municipio, departamento.
 - Fecha de elaboración.
 - Última fecha de actualización.
 - Responsable de la elaboración.
 - Unidad Comunitaria de Salud Familiar sede (de referencia).
 - Información general: total viviendas, total población.
- c. Contenido del mapa: utilizando la simbología definida, se representa de la manera siguiente:
 - Las viviendas numeradas en orden correlativo en el sentido de las manecillas del reloj e identificadas por colores, serán representadas por un círculo, según el nivel riesgo especificado. Se debe iniciar la numeración 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 habita en la vivienda. Se debe de colocar número en las casas habitadas, deshabitadas y abandonadas. No se numerarán los terrenos baldíos y tampoco las viviendas que estén en construcción, éstas se incorporarán una vez que estén habitadas, en este caso el número asignado sería el siguiente en orden correlativo con él que se finalizó, independientemente su ubicación, considerando el listado de números de viviendas de acuerdo a fichas levantadas.

- En el caso de la existencia de mesones, se representará en círculos entrelazados el uno con el otro, en el que cada uno represente una familia.
- La infraestructura comunal, escuelas, casas comunales, establecimientos de salud, sede del promotor, iglesias, industrias, carreteras, calles, caminos vecinales, accidentes geográficos, entre otros.
- Factores de riesgo o vulnerabilidad a desastres.

Actualización del mapa sanitario:

1. La revisión y actualización general debe realizarse cada año.
2. Además cuando suceda un cambio en la situación de salud de las familias y comunidad, se debe realizar en forma inmediata.

Condiciones que se deben considerar para que un mapa sanitario sea funcional:

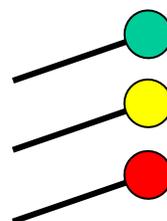


CLASIFICACIÓN EN COLORES, SEGÚN RIESGO:

Bajo riesgo : representado por el color verde.

Riesgo medio: representado por el color amarillo.

Alto riesgo : representado por el color rojo.



CONDICIONES PARA DETERMINAR RIESGO FAMILIAR

Una familia tendrá el nivel de mayor riesgo en el cuál cumpla al menos dos de los criterios de las condiciones de la Situación de salud o Condición de la Vivienda descritas a continuación. Si encuentra alguna característica no mencionada, la clasificación queda a criterio del Ecos Familiares. Anotar según valoración:

NIVEL DE RIESGO DE LA FAMILIA	CRITERIOS		
	TIPO Y FUNCIONAMIENTO DE LA FAMILIA	SITUACION DE SALUD	CONDICIÓN 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 III descompensado o IV. 4) Embarazo en la adolescencia. 5) Riesgos laborales peligrosos como: exposición a plaguicidas sin protección. 6) Adulto/a mayor con cualquier tipo de demencia. 7) Algún miembro de la familia en estado terminal de su enfermedad.	1) Con exposición a riesgo ambiental (inundaciones, derrumbes, contaminación ambiental). 2) Daños estructurales de vivienda. 3) Consumo de agua no segura. 4) Sin letrina. 5) Cocina dentro de la casa con leña, estopa de coco o carbón. 6) No trata aguas negras, grises, desechos sólidos. 7) Tiene criaderos de zancudos, chinches y otros vectores. 8) Tienen perros y gatos sin vacuna.
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 método de PF. 3) Mujer sin toma de citología en los últimos dos años. 4) Niños o niñas menores de 5 años sin control de crecimiento y desarrollo. 5) Niños o niñas con esquema de vacunación incompleto. 6) Niños, niñas o adolescentes con ausentismo escolar. 7) Alguna persona dispensarizada en el grupo III compensada o grupo II. 8) Un miembro de la familia con mala salud bucal.	1) La basura la tiran a cielo abierto, al río, lago, quebrada u otro lugar. 2) Familia con uso y mantenimiento inadecuado de letrina (no tapada, sucia). 3) Higiene inadecuada de vivienda. 4) Almacenamiento y manipulación inadecuada del 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 ha realizado la citología en el último año. 3) Niños o niñas con control de crecimiento y desarrollo. 4) Alguna persona dispensarizada en el grupo I. 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.

7. Análisis de la Situación de Salud Integral (ASSI).

Son procesos analíticos sintetizados y sistematizados, 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.

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.

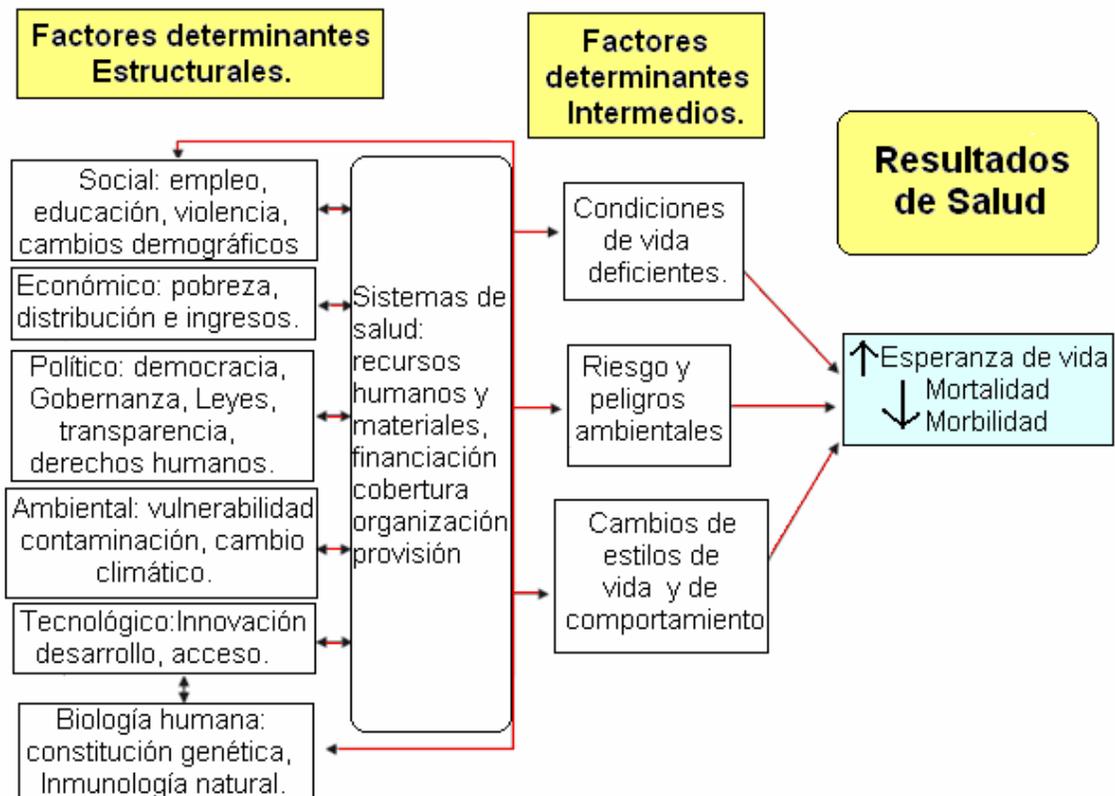
2. Evaluar el funcionamiento de las redes integrales e integradas del sistema de salud en el área de responsabilidad, y los servicios que presta.
3. Facilitar la identificación de necesidades de salud no satisfechas y la evaluación de las prioridades en la familia y la comunidad.
4. Apoyar la formulación 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 a mejorar la calidad de vida de la persona, familia y comunidad a partir de modificación de los determinantes.

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

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 llevarlo al lugar donde se establece la realización de dicho proceso, para realizar análisis de los resultados de los indicadores.
13. Análisis de 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 diagnóstico.
15. Preparación y convocatoria a reunión para hacer la devolución diagnóstica con la participación del equipo de líderes, a la comunidad, representantes del nivel local de salud y de otros sectores (Mesa intersectorial y de actores: representantes de cada una de las mesas).
16. Anotación en una lista, de 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, lideresas, municipalidades y otras organizaciones.

CONTENIDO DEL ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD INTEGRAL:

PORTADA: Se corresponde al escenario donde se elabore.

I. TITULO

II. AUTOR

III. UNIDAD

IV. UNIVERSO

V. COMPONENTES

INTRODUCCIÓN (Importancia, antecedentes históricos y justificación, planteamiento del problema)

OBJETIVOS:

GENERAL: Mejorar el perfil de salud-enfermedad de la población adscrita.

ESPECÍFICOS:

- Describir el comportamiento demográfico de la población.
- Valorar la influencia de las determinantes en el estado de salud de la población.
- Evaluar la calidad de la atención médica, funcionamiento de las redes integrales e integradas y el grado de satisfacción de la población.
- Determinar la situación de la morbimortalidad, estableciendo parámetros para futuras comparaciones con años posteriores.

- Identificar los principales problemas de salud, así como el establecimiento del orden de prioridades con participación comunitaria e intersectorial.
- Diseñar el plan de acción con las redes y la comunidad, para dar solución a los problemas de salud.
- Análisis de los resultados y discusión.
- Resultados esperados.
- Actividades y estrategias de intervención.

COMPONENTES

#1: DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN SOCIO HISTÓRICO Y CULTURAL DEL TERRITORIO. (Caracterización físico-geográfica, recursos naturales, aspectos históricos relevantes, organización política administrativa, recursos y servicios de la comunidad) distribución de la población en zonas.

#2: CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LA POBLACIÓN: Estructura por edad y sexo de la población (pirámide poblacional), escolaridad, condiciones socioeconómicas, estado familiar, ocupación, pensionados, fecundidad, tamaño promedio de familia, vivienda (patrimonio, alquilada, etc.), índice de hacinamiento: número de habitantes/número de habitaciones ≥ 2 , hay hacinamiento-, urbanización y servicios públicos (transporte, comunicaciones), organizaciones comunitarias (clubes, ADESCOS), religiones, migraciones y otros.

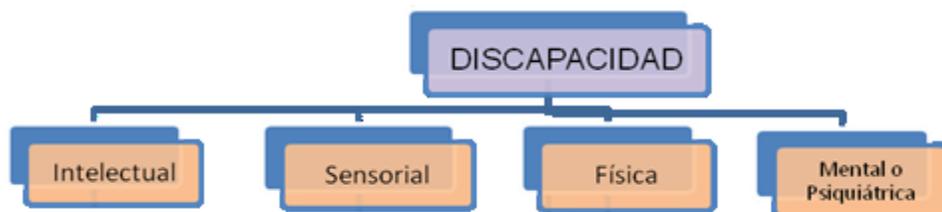
#3: IDENTIFICACIÓN DE LOS RIESGOS A NIVEL COMUNITARIO, FAMILIAR E INDIVIDUAL. (Ver capítulo de riesgos en el proceso de dispensarización).

#4: DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE LOS DAÑOS Y PROBLEMAS DE SALUD DE LA POBLACIÓN (Morbilidad, mortalidad, tasas, prevalencias, incidencias)

MORBILIDAD: enfermedades transmisibles: (enfermedades de transmisión digestiva, Enfermedades Diarreicas Agudas, brote de enfermedad de transmisión por alimentos, parasitismo intestinal, enfermedades de transmisión Respiratoria/TB, síndrome neurológico infeccioso, Infecciones de Transmisión Sexual/VIH-sida: (descripción y análisis del comportamiento, Enfermedades Transmitidas por contacto: (pediculosis, escabiosis, piodermatitis, enfermedad de Hansen, leptospirosis, conjuntivitis viral, conjuntivitis hemorrágica, control sanitario internacional, paludismo, dengue).

ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES: diabetes mellitus, hipertensión arterial, asma bronquial, infarto agudo del miocardio, accidente cerebro vascular, hipercolesterolemia, Enfermedad Renal Crónica, tumores malignos y otras (descripción y análisis del comportamiento).

DEFICIENCIA Y DISCAPACIDAD



#5: DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS DE RIISS, EXISTENTES Y ANÁLISIS DE LAS ACCIONES DE SALUD REALIZADAS:

- Recursos de salud disponibles para los habitantes (descripción de todos los prestadores de servicios de la región asignada, recursos humanos).
- Acciones de promoción y preventivas: nivel inmunitario de la población, dispensarización, acciones de vigilancia y control: Enfermedades de Transmisión Respiratoria, tuberculosis pulmonar, ITS, entre otras.
- Captaciones de recién nacidos, lactancia materna, identificación de riesgo pre-concepcional, identificación de embarazadas de riesgo, tamizaje de cáncer (descripción y análisis del comportamiento), atención odontológica, saneamiento ambiental, grupos de trabajo comunitario (descripción y análisis del comportamiento).

6: ANÁLISIS DE LA PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN EN LA IDENTIFICACIÓN Y SOLUCIÓN DE PROBLEMAS DE SALUD.

Características de la participación comunitaria:

La participación comunitaria, como componente esencial de la promoción de la salud, se expresa como el proceso en virtud del cual los individuos y las familias asumen responsabilidad en cuanto a su salud y el bienestar propios y de la colectividad. Mediante este proceso mejora la capacidad de contribuir al propio desarrollo

económico y comunitario; facilitan conocer mejor las situaciones y a encontrar incentivo para resolver sus problemas comunes.

Mediante la participación los miembros de la comunidad pasan a ser agentes de su propio desarrollo en lugar de beneficiarios pasivos. Sin la participación de las personas, es imposible enfrentarse a los nuevos retos de la salud colectiva.

Se debe considerar entonces, los siguientes aspectos:

6.1. Necesidades identificadas y sentidas: identificadas mediante la ficha familiar, entrevistas a líderes, lideresas, municipalidades, organizaciones, etc.

6.2. Problemas percibidos por la población: lluvia de ideas, mesas de diálogos, etc.

6.3. Criterios sobre los servicios de redes integrales e integradas de salud y grado de satisfacción de la población.

#7: ANÁLISIS DE LA INTERSECTORIALIDAD EN LA GESTIÓN DE SALUD EN LA COMUNIDAD:

La intersectorialidad conceptualizada como la intervención coordinada de instituciones representativas de más de un sector social, en acciones destinadas total o parcialmente a tratar los problemas vinculados con la salud, el bienestar y la calidad de vida, forma parte importante de esa respuesta social organizada. Consiste fundamentalmente en convertir la cooperación fortuita o casual en acciones que lideradas por el sector salud y apoyadas en políticas nacionales o locales debidamente concertadas se orienten estratégicamente a aquellos problemas identificados y priorizados con la comunidad, donde las actividades de otros sectores pueden ser determinantes.

Esto se logra a través de:

7.1. Acciones conjuntas con las organizaciones comunitarias.

7.2. Acciones conjuntas con otros sectores sociales (intersectoriales), acciones de redes de apoyo social.

8: METODOS PARA LA RECOLECCION Y ANALISIS DE LA INFORMACIÓN

Las técnicas y procedimientos empleados para la realización del ASSI son: entrevistas a los directivos del sistema, recopilación de diferentes sistemas de información establecidos, entrevistas a líderes y lideresas de las diferentes comunidades, así como la población en diferentes áreas urbanas y rurales, con fines estadísticos en donde se

vea reflejado la dispensarización de la población adjudicada al Ecos Familiar y Ecos Especializado.

#9: SÍNTESIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD DE LA COMUNIDAD:

Análisis de la situación socio- histórica y cultural del territorio, de la composición socio-demográfica de la población, de los riesgos personales, familiares y comunitarios, de los servicios de atención a la población, de los daños a la salud de la población, de la participación de la población, de la intersectorialidad. (Se realiza el procesamiento de la misma en tablas).

#10: ELABORACIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN

Se realiza con los siguientes participantes: Ecos, municipalidad, asociaciones comunales, concejales, líderes y lideresas, instituciones gubernamentales y no gubernamentales, representante de los trabajadores sociales, la comunidad organizados en mesas de trabajo.

Elaborar el documento tomando en cuenta los objetivos estratégicos del MINSAL, a cumplir en la evaluación por resultados, incluidos en el Plan Anual Operativo (PAO).

1. Se organizan los problemas de salud por orden de prioridad.
2. Identificación de las necesidades y problemas de la población:

Es lo que se conoce como “Diagnóstico participativo de salud”, que se discutirá en mesas intersectoriales. Esto debe abarcar además los aspectos educativos (nivel de conocimientos) y de comportamiento (actitudes, hábitos) y creencias de la población. A partir del análisis de esta situación, se deben extraer los problemas de salud, sobre los cuales se deberá intervenir- priorización de problemas (utilizando el método de **Ranqueo**).

#11 ANÁLISIS, BÚSQUEDA DE ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN A LOS PROBLEMAS IDENTIFICADOS Y EVALUACION DE LOS PROCESOS DE IMPACTOS

PARA EL DESARROLLO DE PLAN DE ACCIÓN: es una presentación resumida de las tareas que deben realizarse por ciertas personas, en plazos de tiempo específicos, utilizando determinados recursos, con el fin de lograr un objetivo dado.

Plan de Acción

Problema priorizado	Actividad	Fecha	Lugar	Recurso	Participante	Ejecutor	Responsable	Resultado Esperado
---------------------	-----------	-------	-------	---------	--------------	----------	-------------	--------------------

Para determinar los objetivos del plan de acción, así como sus actividades, es necesario realizar el análisis causal de los problemas que se priorizaron anteriormente, se utilizará el método Diagrama de Ishikawa o Espina de pescado. (Ver anexo).

EVALUACIÓN DE LOS PROCESOS E IMPACTO.

Permite conocer si todo el trabajo planteado en el ASSI se está realizando acorde a lo esperado y ascendemos en el logro de nuestro objetivo. Está implícita en todos los momentos, no es algo que sólo se realiza al final en forma independiente de las demás etapas. **Será de dos tipos: de seguimiento o proceso y de resultados e impacto.**

A) Evaluación de Seguimiento o proceso: también se le denomina de automonitoreo y responde a la pregunta ¿cómo lo estamos haciendo? La evaluación de proceso indica el análisis del desempeño real y actual, comparando con lo planeado. Un monitoreo oportuno le ayudará a detectar de forma temprana los problemas existentes o potenciales que podrían estar impidiendo el progreso de su tarea.

La evaluación del proceso contempla información diagnóstica sobre la calidad y operación de métodos, actividades o programas. El fin es vigilar y asegurar calidad en la práctica de los servicios. Entre sus propósitos, está considerar lo adecuado del plan para cumplir con los objetivos, el avance a corto plazo del mismo, como mejorar el impacto, como aumentar la aceptación en la población beneficiaria, plantea también, establecer, consolidar y mejorar, en términos globales, la calidad del Plan de acción.

Los mecanismos para hacer una evaluación de proceso o monitoreo incluyen:

- Reuniones del Ecos Familiar con su comunidad.
- Observación de las actividades programadas.
- Informes regulares escritos hacia la UCSF intermedia o especializada.
- Estadísticas de la prestación de servicios.
- Revisión de registro de actividades realizadas.

- Visitas de supervisión de los diferentes niveles de dirección.
- Entrevistas a usuarios para medir calidad y calidez en la atención.
- Rendiciones de cuenta a la comunidad en asambleas.

Finalmente la “Retroalimentación rápida”, la cual es una expresión que indica el empleo de información de resultados en muy corto plazo (de días a una o dos semanas) que se utiliza para mejorar el plan, sus componentes y ajustar la marcha del mismo.

B) Evaluación de Resultados e Impacto: para medir los logros de intervención. Se responde la pregunta ¿cuán bien lo hemos hecho? y por lo general se realiza hacia el final de la intervención o de una etapa predeterminada de la misma. La unidad de tiempo a utilizar será la que hemos definido en los objetivos.

- La Evaluación del impacto se realiza analizando los resultados obtenidos, no sólo a largo plazo, sino durante el corto y mediano plazo; por ejemplo, analizando que está sucediendo con variables como: conocimientos, habilidades, creencias, actitudes, hábitos, prácticas y conductas de la población, así como también cuestiones en relación a las condiciones sociales, económicas y ambientales.
- Algunas variables a más largo plazo serán: disminuir frecuencia de enfermedad, disminución de riesgos a la salud; mejora en general de los indicadores de morbimortalidad.
- Tener en cuenta también la satisfacción de la población y los trabajadores de la salud.

8. ABASTECIMIENTO DE INSUMOS Y MEDICAMENTOS PARA LOS ECOS FAMILIARES Y ECOS ESPECIALIZADOS

ENTREGA DE PRODUCTOS A LOS SERVICIOS CLINICOS:

Entrega de medicamentos a los servicios clínicos de la UCSF. (Área de rehidratación oral, nebulización, enfermería-vacunación, etc.) La farmacia entrega el medicamento por medio del vale de salida, el cual debe ser autorizado por el Director

de la UCSF Municipal, firmado y sellado de recibido por el responsable del servicio solicitante. Lo entregado al servicio se considera consumo, y por lo tanto se debe registrar la salida en su kardex, para actualizar su inventario el día en que hace la entrega del medicamento. Asimismo, el mismo día se registra el consumo en el tabulador de consumo de medicamentos.

ENTREGA DE PRODUCTOS A CASAS DE SALUD:

Casas de Salud. Este caso, aplica únicamente cuando la UCSF abastece a la Casa de Salud. La farmacia de la UCSF entrega el medicamento por medio de un vale sujeto a liquidación y por lo tanto no se debe registrar la salida en el kardex, ni en el tabulador hasta que se liquide el vale. Al final del mes la casa de salud debe liquidar el vale, remitiendo a la farmacia de la UCSF, el consumo justificado con las recetas y el dato de la existencia física que le queda disponible. La farmacia registra el consumo en su kárdex, para actualizar su inventario. Asimismo, el mismo día registra el consumo en el Tabulador Diario de Consumos de Medicamentos.

Para abastecer nuevamente a la Casa de Salud, elabore un nuevo vale considerando las existencias que esta reportó que le quedaron al fin de mes y las nuevas cantidades y productos a ser entregados.

ENTREGA DE PRODUCTOS A LOS ECOS FAMILIARES:

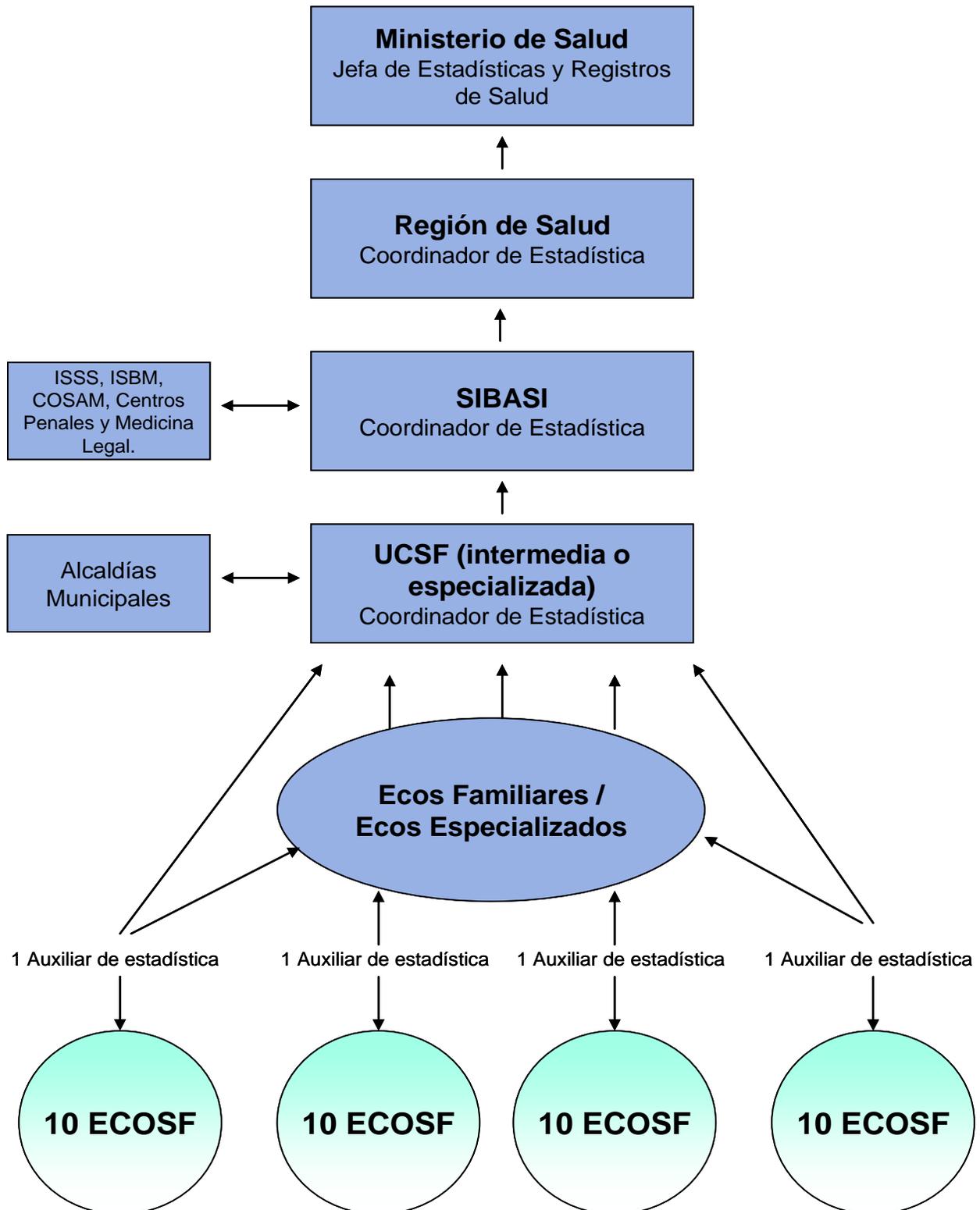
1. La UCSF intermedia o especializada que asuma la Dirección Municipal, deberá ser abastecida desde el almacén regional y distribuir el medicamento e insumos entre sus Ecos Familiares de responsabilidad, la periodicidad de este abastecimiento se realizará de acuerdo a lo que se defina en cada región, considerando la capacidad instalada y las existencias de estos.
2. Para abastecer a los Ecos Familiares, estos deberán completar una requisición, en la cual detallen los productos a necesitar durante el período solicitado. La requisición debe tener las autorizaciones respectivas.
3. El Almacén de la UCSF intermedia o especializada entrega el producto por medio de un vale de salida, por lo tanto debe registrarse en el kárdex. Si no hubiere existencia en el almacén, el producto podrá entregarse desde la farmacia.

4. El coordinador del Ecos Familiar será el que rendirá fianza por el activo fijo de la UCSF básica y por el manejo de medicamentos lo hará la auxiliar de enfermería, sin embargo, la dispensación de medicamento será una tarea compartida entre el polivalente y la auxiliar de enfermería.
5. El Ecos Familiar, debe registrar el consumo en el tabulador diario, elaborar el reporte mensual de consumos y existencias, remitirlo a más tardar el segundo día hábil de cada mes a la Dirección Municipal de la UCSF.
6. Las UCSF básicas no cuentan con almacén, únicamente con su farmacia; donde la existencia de medicamentos debe estar en correspondencia con el perfil epidemiológico de cada población.
7. La Dirección Municipal de la UCSF, deberá enviar los reportes mensuales de consumos y existencias, al departamento de abastecimiento de cada región, a más tardar el quinto día hábil de cada mes.
8. La responsabilidad de la farmacia de la UCSF Básica estará a cargo de la auxiliar de enfermería, con apoyo del polivalente, según designe el coordinador del Ecos Familiar.

Es posible mejorar la salud de la población, ya que su deterioro no depende sólo de la enfermedad, sino también de las condiciones y el comportamiento social de la familia y de la comunidad en que vive.

9.- Estadísticas y Registros de Salud.

9.1 Flujo de Información Estadística para el Primer Nivel con el nuevo modelo de atención.



9.2 Instrumentos de Recolección de Información estadística en el primer nivel de atención.

Generalidades

Todos los formularios utilizados para la recolección de datos de las atenciones brindadas a la población en la red de establecimientos de salud y otras instituciones del sector salud, son documentos que tienen carácter legal, es por ello que para el llenado de todos los formularios se deben de tener las siguientes consideraciones:

1. No deben tener tachones, borrones o enmendaduras.
2. Escribir con letra legible con tinta azul o negra.
3. No utilizar abreviaciones, siglas o acrónimos.
4. Llenar completamente los formularios.
5. Revisar que la información plasmada en cada uno, tenga relación con las fuentes primarias, ejemplo: expediente clínico individual con Registro diario de consulta por morbilidad y atenciones preventivas, así como con el Reporte Epidemiológico Semanal.
6. Respetar los tiempos establecidos para el envío a los niveles correspondientes.
7. Auxiliarse de normas, manuales, lineamientos y clasificadores internacionales, para el adecuado registro de los formularios de recolección de datos , a fin de que estos sean llenados correctamente, los clasificadores internacionales se detallan a continuación:
 - i. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud (CIE-10).
 - ii. Clasificación internacional de enfermedades, Novena revisión, Modificación Clínica, CIE9-MC (Procedimientos e intervenciones quirúrgicas).
 - iii. Clasificación Internacional del funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF).

Responsabilidades:

- Todo el personal del Ecos Familiar, es responsable de registrar y garantizar la calidad del llenado, según corresponda, así como cumplir con el flujo de información y periodicidad del envío de los instrumentos de recolección estadística.
- El manejo del expediente en todo su flujo será llevado por el personal técnico según lo designe la coordinación de Ecos Familiar.
- El encargado de archivo será el polivalente con apoyo de la auxiliar de enfermería en su ausencia.
- Los Ecos Familiares, deben de enviar diariamente al auxiliar estadístico asignado al equipo, los diferentes instrumentos de recolección de información estadística para que estos se revisen y procesen en los diversos sistemas de información.
- Es responsabilidad del equipo técnico que conforma el Ecos Especializado, registrar toda la información de los Registros Diarios de Actividades y tabulador, en los registros correspondientes.

1. Registro Diario de consulta por morbilidad y atenciones preventivas

Este instrumento de recolección, contiene el registro diario de las consultas o atenciones preventivas que brinda el personal multidisciplinario de un establecimiento de salud a la población.

- a. Es un documento legal, el cual no debe de contener tachones, borrones, enmendaduras; los diagnósticos no deben escribirse con siglas o acrónimos y con letra legible.
- b. Debe llenarse de forma completa cada vez que se brinde la atención a la población, es decir desde la parte de identificación del establecimiento hasta finalizar con la firma de los recursos autorizados para brindar la atención.
- c. El médico responsable de brindar la atención es el único autorizado para establecer o cambiar el diagnóstico principal, secundario, causa externa y discapacidad.
- d. Por ningún motivo el recurso estadístico podrá alterar la descripción del diagnóstico, ya que es considerado delito, solamente hará las consultas necesarias tanto al médico y /o SIBASI a fin de hacer una correcta codificación.

2. Tabulador Diario de Actividades

- Vacunación.
- Beneficiarios de micro nutrientes.

- Enfermería.
- Consulta y atención ambulatoria.
- Atención de partos institucionales.
- Servicios técnicos generales.
- Promoción de la salud.
- Partera capacitada.
- Saneamiento Ambiental.
- Vigilancia y control de vectores.
- Salud Mental.
- Violencia intrafamiliar.
- Promotores de Salud.

3. Boleta de notificación de Caso,

La hoja de notificación de casos, se enviará de forma inmediata vía fax o notificación telefónica al nivel correspondiente, detallando el o los datos de las enfermedades de vigilancia especial, de acuerdo a lineamientos emitidos por la Dirección de Vigilancia Sanitaria.

4. Vigilancia Especial y Desastres

Se debe notificar con la periodicidad que se establezca, mientras esté el evento o hasta que las autoridades estimen conveniente.

9.3. Lineamientos para el funcionamiento del expediente clínico individual-familiar

Generalidades

1. El nuevo modelo de atención desarrolla actividades de terreno en la vivienda de la familia, siendo necesario documentarlas en hojas en blanco que luego se adjuntarán al Expediente Clínico individual. Además debe utilizarse la Hoja de evolución familiar para registrar los problemas identificados y los compromisos familiares.

2. El Equipo Comunitario de Salud Familiar Especializado no abrirá expediente clínico en su sede, sino que al desplazarse a la comunidad documentará las consultas o atenciones en el expediente clínico individual-familiar elaborado en la UCSF básica de responsabilidad. Así mismo anotará las atenciones en el Registro Diario de Consulta por morbilidad y atenciones preventivas, el cual será codificado y digitado en el establecimiento denominado como: Unidad Comunitaria de Salud Familiar Especializada, identificando siempre el Ecos Familiar de procedencia de los pacientes que interconsulte, para su mejor seguimiento y localización.
3. En caso que el Equipo Comunitario de Salud Familiar Especializada brinde atenciones dentro de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Especializada, por Interconsulta, registrará las atenciones brindadas al usuario en la hoja de interconsulta, la cual debe ser enviada a través del paciente o directamente al Ecos Familiar correspondiente para anexarlo al expediente individual de la UCSF Básica.
4. En el caso que el Ecos Especializado, atienda por demanda espontánea población actualmente no adscrita al nuevo modelo de atención, utilizará el expediente tradicional con correlativo anual.
5. Las atenciones brindadas por el Odontólogo no se registrarán en el expediente familiar elaborado por el Ecos Familiar, este profesional será el responsable del resguardo de las fichas odontológicas en el establecimiento de salud correspondiente. En el caso de los pacientes referidos utilizará el formato de interconsulta.
6. La generación del número de expediente clínico individual y familiar es el asignado en la ficha familiar, el cual es obtenido en el proceso de elaboración del diagnóstico de la población asignada.
7. Los recursos multidisciplinarios de los Ecos Familiares que participan en el levantamiento de la ficha familiar, deben cumplir con las indicaciones del instructivo para el llenado de la ficha e identificar de forma completa el número del expediente.
8. Después del levantamiento de la ficha familiar, el coordinador del Ecos Familiar, realizará control de calidad de cada una de las fichas y las entregará diariamente al

auxiliar de enfermería con el propósito de aperturar el expediente clínico individual de cada integrante de la familia.

9. En los Ecos Familiares en donde no han realizado el levantamiento de la ficha y se inicien las atenciones en salud a la población, se debe aperturar el o los expedientes de acuerdo a la normativa técnica para Departamentos de Estadística y Documentos Médicos de establecimientos de salud de primer nivel vigente, asignándoles un número correlativo anual y posteriormente, cuando se haya realizado el levantamiento de la ficha, estos deben ser integrados a la carpeta familiar.
10. En aquellos casos de usuarios que a pesar de estar asignados a un Ecos Familiar, demandan atención espontánea a otros establecimientos, éste debe notificar al Ecos Familiar correspondiente, en el caso que amerite seguimiento mediante la hoja de referencia.

Identificación del Expediente Clínico individual

A cada expediente clínico individual a aperturar se le debe asignar el número de la ficha familiar más el número de orden correlativo de cada miembro de la familia, respetando los códigos siguientes:

Departamento: registrar el código del departamento de acuerdo a la lista oficial de la Dirección de Vigilancia Sanitaria. Siendo obligatorio registrar dos dígitos

Municipio: registrar el código del municipio de acuerdo a la lista oficial de la Dirección de Vigilancia Sanitaria. Siendo obligatorio registrar dos dígitos.

Área Urbana o Rural: registrar con la letra U= para área urbana y R= para área rural, las áreas quedaran clasificadas según las bases de las Direcciones Regionales.

Cantón/Barrio o Colonia: registrar cuatro dígitos para las diferentes divisiones geográficas (cantón, barrio o colonia); este código será asignado por la Dirección de Vigilancia Sanitaria, a partir de las bases generada por las Direcciones Regionales.

Zona: registrar con letra mayúscula en orden alfabético la zona de cada uno de los Ecos Familiares correspondientes a cada Promotor de Salud.

Número de vivienda: registrar tres dígitos para identificar el número de vivienda.

Número de Familia: registrar tres dígitos iniciando con cero cero uno (001) para la primera familia y en orden ascendente hasta la última familia., comenzando por la entrada principal, siguiendo las agujas del reloj; en caso de tener varias entradas principales el Ecos Familiar debe definir donde iniciar la numeración.

En el caso que una familia cambie de domicilio fuera del área de responsabilidad del Ecos Familiar, este expediente familiar debe enviarse al establecimiento de salud del nuevo domicilio de la familia; el número asignado al expediente familiar se inactivará y en el caso que la vivienda sea habitada por una nueva familia debe levantarse una nueva ficha familiar y asignar el número de familia que será el siguiente número correlativo del último que tiene asignada la zona.

Número Correlativo de cada miembro de la familia: numere en orden correlativo iniciando con cero uno (01) para el jefe de familia y posteriormente cada miembro de mayor a menor edad.

El expediente clínico individual es conformado de acuerdo a la figura siguiente:

Departamento	Municipio	Área	Cantón, Barrio o colonia	Zona	Vivienda	Familia	Correlativo de cada miembro de familia
01	01	R	0001	A	001	001	01

Carné de identificación y citas.

Al momento del levantamiento de la ficha familiar o en la apertura del expediente clínico individual, se debe entregar el carnet de identificación a cada miembro de la familia. (Ver anexo VII).

Preparación del expediente clínico individual.

1. La Auxiliar de Enfermería o la enfermera comunitaria son las responsables de la preparación del usuario y parte de esta preparación es la consignación de resultados de la atención en el expediente clínico; para el llenado de los formularios básicos que conforman el expediente clínico individual deberá apoyarse en el recurso polivalente:

- A. Ficha de identificación del expediente clínico (Ver anexo VII).
- B. Historia clínica.
- C. Hoja para notas de enfermería.

Los miembros del Ecos Familiar designados por el coordinador, incorporarán ordenadamente los formularios especiales que se utilizan en las diferentes atenciones que se brinden a cada miembro de la familia, por ejemplo: formularios de atención integral al niño o la niña, atención materna, tuberculosis, exámenes de laboratorio y otros indispensables para documentar la situación, tratamiento y evolución de la enfermedad o atención brindada al paciente.

- 2. En el anverso del fólder registrar el número de expediente clínico individual de preferencia con plumón a fin de que sea visible y legible para facilitar la búsqueda.
- 3. El nombre del paciente, será escrito con lapicero registrando primero el o los apellidos y luego el o los nombres.

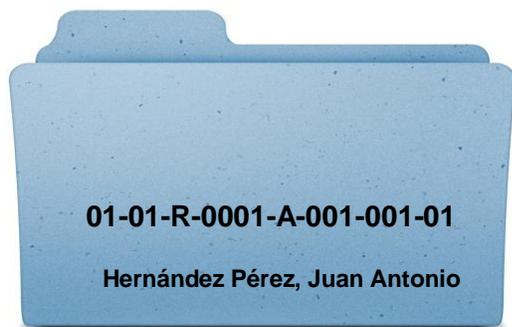


Fig.2 Expedientes clínicos individuales, MINSAL 2011.

Incorporación de los expedientes clínicos individuales al expediente familiar.

- 1. El expediente familiar se utilizara para el resguardo de los expedientes clínicos individuales de la familia, respetando el orden correlativo de cada integrante de la familia en el expediente familiar.
- 2. En el anverso del expediente familiar se debe registrar con plumón el número de expediente familiar y los apellidos de la familia, ejemplo:

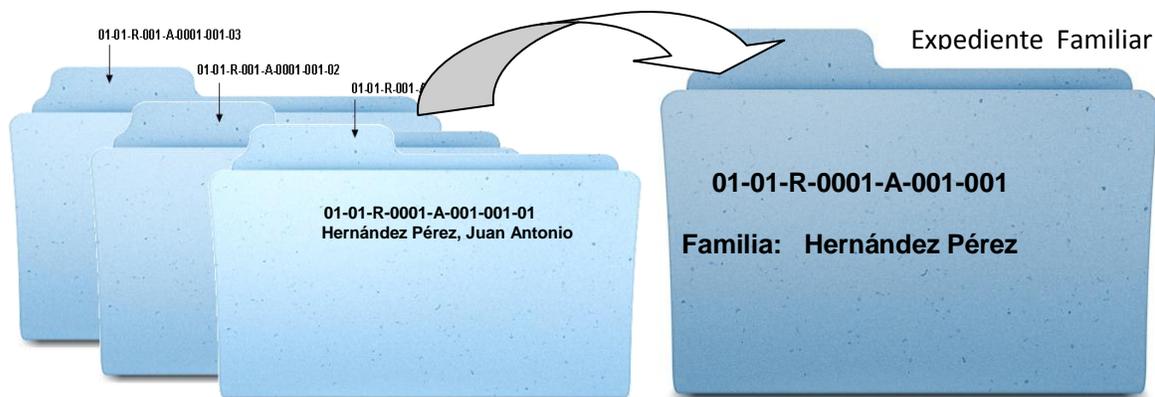


Fig.3 Expedientes clínicos individuales, MINSAL 2011.

Organización de expediente clínico individual y familiar.

1. Toda atención preventiva o curativa brindada a un paciente debe anotarse en el expediente clínico individual.
2. Los expedientes son propiedad del establecimientos de salud y es de responsabilidad del coordinador y su equipo multidisciplinario, el mantener todas las condiciones necesarias para la organización, custodia, utilización, archivo y conservación de los expediente clínicos.
3. El área de documentos médicos debe disponer de suficiente área física y la estantería necesaria, para garantizar la conservación y custodia de los expedientes familiares.
4. Los expedientes familiares deben estar archivados en estantes, e identificados de la forma siguiente:
 - i. Área rural: por nombre de cantón, ordenado alfabéticamente, por zona, número de orden correlativo de vivienda y correlativo de familia.
 - ii. Área urbana: por nombre de barrios o colonias, ordenado alfabéticamente por zona, número de orden correlativo de vivienda y correlativo de familia.
5. El archivo y desarchivo de los expedientes clínicos individuales, debe ser a través de la identificación y ubicación del expediente familiar.
6. No se debe suprimir ningún formulario del expediente clínico individual, excepto cuando se requiera efectuar la depuración de formularios, con el propósito de evitar el aumento innecesario del volumen, lo cual permite ahorro de espacio en

los estantes para archivo de expedientes. Los únicos expedientes que no se depuraran son los que han sido foliados por que son o han sido pruebas en procesos legales.

7. Los formularios que podrán depurarse son los siguientes:
 - Exámenes de laboratorio que ya no tienen validez en el tiempo.
 - Consultas médicas antiguas y de poca relevancia clínica.
 - Notas antiguas de enfermería.
8. Los formularios depurados deben destruirse en su totalidad y de ninguna forma deben ser reutilizados.

Custodia de los Expedientes

1. Los recursos del Ecos Familiar son los únicos autorizados para desarchivar y archivar expedientes.
2. Si algún miembro de la familia falleciera, extraer el expediente clínico del fallecido (a) del expediente familiar y archivarlo en un lugar específico de fallecidos.
3. Los profesionales que conforman el Equipo de Salud Familiar, deben utilizar el expediente clínico familiar para documentar la prestación de servicios, así mismo son los responsables de entregar los expedientes al Auxiliar de Enfermería para su conservación y custodia, al finalizar la jornada de trabajo de campo.
4. La devolución de los expedientes clínicos que se han prestado para consulta o atención se debe hacer diariamente.
5. Los expedientes que se utilizan fuera del establecimiento, deben ser protegidos en depósitos adecuados que garanticen que no se deterioren.
6. El coordinador del Ecos Familiar, es el funcionario autorizado para dar información del expediente a la policía, Fiscalía General de la República, en casos urgentes comprobados o cuando haya una orden de un tribunal competente.
7. Todos los expedientes clínicos podrán ponerse a disposición de diferentes autoridades, según normativa correspondiente.
8. El personal que solicita el expediente es el responsable directo de su custodia e integridad durante el tiempo que lo tenga asignado.
9. Todo expediente que se solicite para efectos legales, debe ser foliado de acuerdo al siguiente procedimiento:

- a. Iniciar el foliado numerándolo a partir de la última página del expediente clínico con el número 1 en forma cronológica hacia la más reciente, es decir numerar de atrás para adelante del total de formularios.
 - Foliar cada hoja anverso y reverso con un sello numerador colocándolo en el margen superior derecho, nunca se debe escribir con números a tinta.
 - Extender una certificación administrativa, la cual debe archivarse en la primera hoja del expediente foliado.
- b. Los expedientes que han sido utilizados por problemas legales y que se presten para atención del paciente, investigación médica y docencia, se revisarán minuciosamente al momento de su devolución, para verificar que estén completos todos sus folios antes de ser archivados, estos expedientes deben de resguardarse cuidadosamente.
- c. Por ética profesional, el personal del establecimiento que tiene acceso a la información de los expedientes, está obligada a guardar confidencialidad sobre la información contenida en ellos.

Utilización del Expediente Clínico

1. El equipo comunitario de salud familiar debe detallar con letra y números legibles en los formularios del expediente todas las atenciones en orden cronológico, identificando el nombre completo del paciente, edad y número de expediente clínico individual, así como también registrar el nombre y firma del responsable de brindar la atención.
2. Las anotaciones en el expediente, deben hacerse con tinta y no se permiten con enmendaduras ni tachaduras.
3. El expediente debe contener suficiente información y documentación que garantice y certifique la atención del paciente.

Conservación de expediente clínico

1. Cada año calendario, el Ecos familiar, debe mantener en forma permanente una depuración de archivo; lo anterior con el propósito de determinar que expedientes ameritan conservarse en archivo inactivo y de estos los de menor importancia deben ser eliminados.

Los Ecos familiares deben mantener los expedientes clínicos individuales en archivo inactivo los últimos tres años y para proceder a su eliminación es importante revisar el tipo de diagnóstico que ha tenido el paciente en atenciones anteriores. Los expedientes clínicos de pacientes con diagnósticos de hechos violentos deben de considerarse para el cumplimiento de este lineamiento.

2. Los expedientes que corresponden a pacientes fallecidos por enfermedad natural deben conservarse en archivo de fallecidos por cinco años a partir de la fecha de defunción, tiempo después puede eliminarse pero con una exhaustiva revisión de su contenido, ya que alguna defunción ocurrida por causa aparentemente naturales puede posteriormente convertirse en una situación legal. Elaborar acta de la destrucción.
3. Los pacientes que fallezcan por accidentes o violencia deben conservarse en archivo de fallecidos por diez años a partir de la fecha de defunción, tiempo después puede eliminarse. Elaborar acta de la destrucción.

Integración de expedientes existentes con correlativo anual al nuevo expediente clínico individual.

Cada Equipo comunitario Familiar debe solicitar al Establecimiento de Salud que corresponda a través del listado de nombres y apellidos los expedientes tradicionales con número correlativo anual para ser integrados al expediente clínico familiar, considerando lo siguiente:

1. El Coordinador del Ecos Familiar, debe identificar a través de la ficha familiar, los nombres y apellidos de cada integrante de la familia.
2. El responsable de área de documentos médicos, debe buscar a través del tarjetero índice tradicional la existencia del expediente clínico individual, verificando los nombres y apellidos, el domicilio o dirección del usuario (a).
3. Se debe extraer el expediente y una vez entregado al coordinador del Ecos Familiar, se debe eliminar la tarjeta índice en el tarjetero tradicional, debiendo elaborar un acta de entrega de los expedientes que correspondan de acuerdo al área asignada.

4. Por aspectos legales se solicita que los formularios que están en correlativo anual se anexen al final del expediente clínico individual, sin tachar la numeración existente.

10. SUPERVISIÓN, MONITOREO Y EVALUACIÓN INTEGRAL DE LOS ECOS FAMILIARES Y LOS ECOS ESPECIALIZADOS.

Los Ecos Familiares deben contemplar las siguientes actividades relacionadas al monitoreo y evaluación local:

- Jornadas de evaluación mensuales sobre la implementación del modelo de salud, ejecución del plan de trabajo y programas de atención en salud, por parte el Ecos Familiar, con participación comunitaria y de otros actores sociales.
- Jornadas de evaluación semestral de la función del Ecos Familiar, en asambleas comunitarias, y de acuerdo a la necesidad, como parte de la contraloría social, para mejorar el proceso de integración y organización Ecos Familiar-comunidad.
- Jornadas para el análisis de las referencias y contra-referencias, y su impacto en reducción de muertes y complicaciones, y otros casos que fuesen pertinentes, en coordinación con la red hospitalaria.
- Ejercicios de planificación basados en el diagnóstico comunitario participativo del territorio, a fin de optimizar recursos materiales y humanos.
- Recibir visitas periódicas de monitoreo y supervisión del coordinador de la UCSF o del responsable asignado desde el SIBASI para:
 - Recibir capacitaciones en servicio y de acuerdo a las necesidades del Ecos Familiar, para el mejoramiento continuo del desempeño.
 - Rendir cuentas sobre el avance en el cumplimiento de las programaciones de los Ecos Familiares, en términos de cobertura universal con la atención preventiva, curativa y de rehabilitación.
 - Recibir retroalimentación sobre mejores prácticas de manejo de expedientes y fichas familiares, planes de intervención a nivel individual, familiar y comunitario, con el fin de identificar oportunidades de mejora y perfeccionar la labor del Ecos Familiar.

VII- REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN:

El presente Lineamiento, debe ser revisado y actualizado por el equipo técnico multidisciplinario periódicamente, se promulgará cuando se amerite debido a cambios sustanciales de la organización, ó bien por el impulso propio de la implementación de la Reforma de Salud.

VIII- DEROGATORIA:

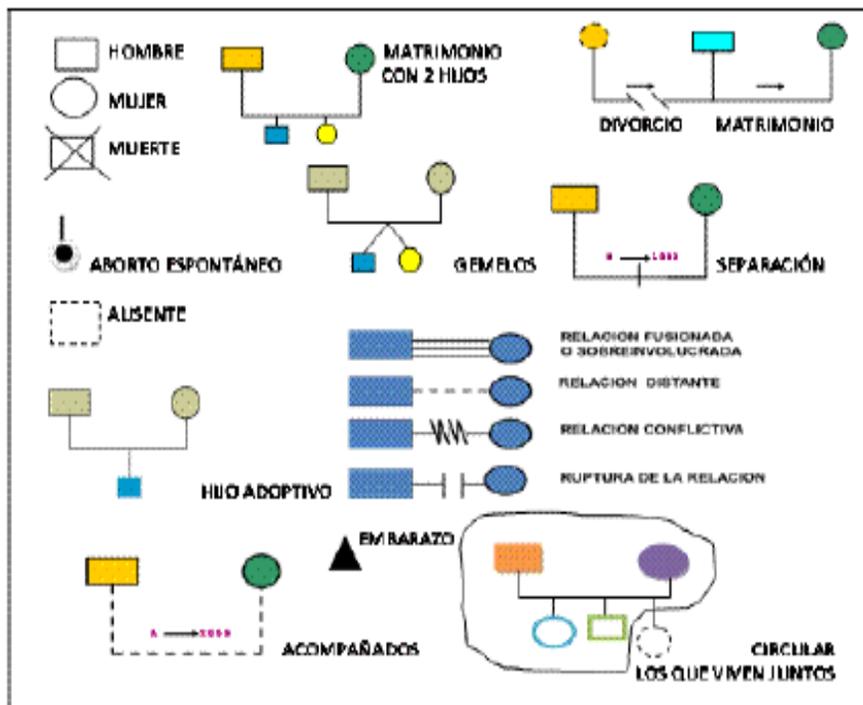
Dejase sin efecto la Guía técnica para operativizar el Modelo de atención integral con enfoque de salud familiar, oficializada en el mes de Septiembre de año dos mil ocho.

IX- VIGENCIA.

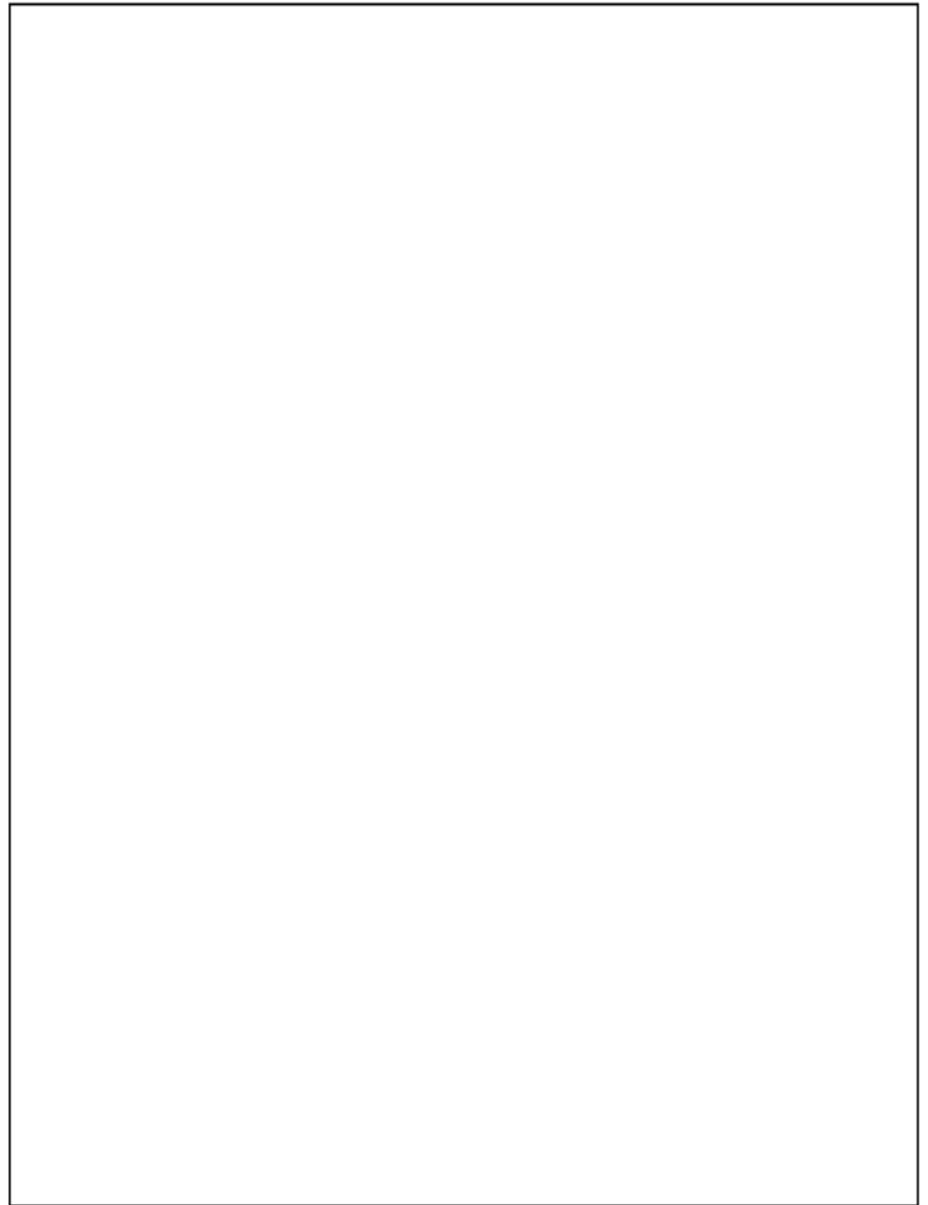
El presente Lineamiento entra en vigencia el día de su oficialización, mediante resolución ministerial.

ANEXOS

SIMBOLOGÍA



FAMILIOGRAMA



Clasificación de la familia según ciclo vital y crisis encontradas (paranormativas y normativas). Revisar lineamientos:





HOJA SEGUIMIENTO A LA DISPENSARIZACIÓN

MINISTERIO DE SALUD (MINSAL)

FICHERO DE ACTIVIDADES DE SEGUIMIENTO A LA DISPENSARIZACION



NOMBRE Ecos Familiar _____ 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																
2012																
2013																
2014																
2015																

- ✓ Corresponde un fichero a cada persona del Ecos Familiar, el cuál será llenado a lápiz, y organizado por meses en un tarjetero, una vez se realice la actividad correspondiente, este fichero será ubicado en el mes correspondiente a la próxima actividad ya sea terreno o consulta.
- ✓ Las actividades serán planificadas según grupo dispensarial, Colocándose una “C”: si le corresponde Consulta en la sede del Ecos Familiar, o “T”: si se le planifica visita domiciliar de terreno a la persona.
- ✓ Las actividades que se realicen serán encerradas en círculos una vez se vayan cumpliendo, según lo planificado, ya sean consultas o visitas de terrenos.

INCIDENCIA. Paciente con factor de riesgo o enfermedad crónica en el año en curso.

PREVALENCIA. Pacientes con factor de riesgo o enfermedad crónica diagnosticados en el año más los ya conocido.

ANEXO Nº. II TABLA DE INDICADORES

TIPO DE INDICADOR	CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR				OBSERVACIONES
1. POBLACION TOTAL Es el grupo de personas, que vive en un área de responsabilidad o espacio determinado. Es un indicador de magnitud absoluta.	Grupos de Edad por ciclo de vida	Masculino	Femenino	Total	
2. PROPORCION DE POBLACION POR EDAD Y SEXO	$\frac{\text{Total de población masculina (rango de edad)}}{\text{Total de población}} \times 100$ $\frac{\text{Total de población femenina (rango de edad)}}{\text{Total de población}} \times 100$				Periodicidad: anual. Fuente: Ficha familiar de salud.
3. DATOS EDUCATIVOS (ALFABETIZACIÓN, NIVEL EDUCATIVO) CON DESAGREGACION DE SEXO.					
Indicadores de acceso: Se refieren a la relación entre la población que concurre a un determinado nivel educativo y la población total. Las tasas netas, tienen en cuenta la población que concurre al nivel educativo de referencia y que posee la edad teóricamente correcta para hacerlo, por otro lado sólo muestran una parte del grado de equidad del sistema, ya que debe considerarse la capacidad que el mismo tiene de retener al alumno.					
1. TASA DE ANALFABETISMO EN POBLACIÓN DE > DE 15 AÑOS.	$\frac{\text{Personas de sexo masculino que declararon no saber leer o escribir}}{\text{Total de población de influencia geográfica.}} \times 100$				Periodicidad: anual Fuente: Ficha familiar de salud.
	$\frac{\text{Personas de sexo femenino que declararon no saber leer o escribir}}{\text{Total de población de influencia geográfica}} \times 100$				Periodicidad: anual. Fuente: Ficha familiar de salud.

TIPO DE INDICADOR	CONSTRUCCIÓN DEL INDICADOR	OBSERVACIONES
2. FACTORES ECONÓMICOS (REMESAS, EMPLEO, OCUPACIÓN, OTRO)	Reflejan la situación económica e indirectamente el acceso y poder adquisitivo, dichos factores pueden ser extrapolados (entre otros) a partir del conocimiento estructural de la población en cuanto a población empleada, desempleada, activa e inactiva: Desempleados. Una persona está desempleada si no está trabajando y ha realizado esfuerzos específicos por encontrar empleo durante las cuatro últimas semanas, 2) ha sido suspendida de empleo y está esperando a ser llamada nuevo, o, 3) está esperando a ocupar un trabajo el mes siguiente. Además debe declarar que ha hecho un esfuerzo concreto (como acudir a empresas, responder a anuncios de ofertas de trabajo) por encontrar un empleo.	
3. TASA DE DESEMPLEO (%)	$\frac{\text{El número personas desempleadas en un periodo determinado}}{\text{La población económicamente activa en ese tiempo.}} \times 100$	No es una proporción entre el total de la gente desempleada y el total de la población, sino el de aquélla que se denomina "económicamente activa".
Indicadores de impacto social		
1. Desagregación: por sexo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Población Masculina ▪ Población Femenina 	Periodicidad: anual. Fuente: Ficha familiar de salud.
2. Proporción de población infantil trabajando	$\frac{\text{Menores de 10 años realizando actividad laboral}}{\text{Población menor de 10 años}} \times 100$	Puede desagregación: por sexo Periodicidad: anual. Fuente: Ficha familiar de salud.
3. Tasa de recepción de pensiones	$\frac{\text{Número de familias que reciben pensión familiar}}{\text{Número de familias en área de influencia geográfica}} \times 100$	Tipo de Indicador: de impacto económico. Periodicidad: anual. Fuente: Ficha familiar de salud.

CONDICIONES RELACIONADAS CON LA VIVIENDA		
1. TIPO DE VIVIENDA	<p>No. de viviendas construidas con materiales de sistema mixto ----- x 100</p> <p>Total de viviendas en área de responsabilidad</p> <p>Interpretación: Permiten tener nociones indirectas de las condiciones económicas familiares, de la predisposición a la exposición vectorial, así como de las condiciones de vulnerabilidad por causas ambientales.</p>	<p>Tipo de Indicador: de impacto social y acceso. Periodicidad: anual. Fuente: Ficha familiar de salud.</p>
2. VIVIENDA CON EXPOSICION A RIESGO AMBIENTAL: se consideran exposiciones ambientales a todos los factores que por su cercanía con la vivienda pueden producir daño a la salud de los habitantes.	<p>No. de viviendas con exposición a riesgo ambiental ----- x 100</p> <p>Total de viviendas en área de influencia geográfica</p>	<p>Tipo de Indicador: de impacto social. Periodicidad: anual. Fuente: Ficha familiar de salud.</p>
SERVICIOS BÁSICOS (AGUA, ELECTRICIDAD, COMUNICACIÓN, MANEJO DE DESECHOS SÓLIDOS)		
Continuación... Entre estos riesgos se cuenta: la botaderos a cielo abierto, contaminación de agua, desechos químicos, biológicos, radiactivos, metales pesados, fabricas contaminantes, etc.	<p>Interpretación: Permiten tener nociones indirectas de las condiciones económicas familiares, de la predisposición a la exposición vectorial, así como de las condiciones de vulnerabilidad por causas ambientales.</p>	
COBERTURA DE ACCESO A FUENTE DE AGUA	<p>Familias que tienen acceso a fuente de agua a menos de 300 mts. ----- x 100</p> <p>Total de familias en área de influencia geográfica</p>	<p>Tipo de Indicador: de acceso. Periodicidad: anual. Fuente: Ficha familiar de salud.</p>
COBERTURA AGUA APTA PARA CONSUMO HUMANO	<p>Familias que utilizan algún método para purificar el agua ----- x 100</p> <p>Total de familias en área de influencia geográfica</p>	<p>Tipo de Indicador: de acceso. Periodicidad: anual. Fuente: Ficha familiar de salud.</p>

COBERTURA DE LETRINIZACION	<p>Familias que tienen acceso a letrina ----- x 100 Total de familias en área de influencia geográfica</p>	<p>Tipo de Indicador: de acceso. Periodicidad: anual. Fuente: Ficha familiar de salud.</p>
COBERTURA DE SERVICIO DE ALUMBRADO ELÉCTRICO	<p>Familias que tienen acceso a servicio de alumbrado eléctrico----- ----- x 100 Total de familias en área de influencia geográfica</p>	<p>Tipo de Indicador: de acceso Periodicidad: anual Fuente: Ficha familiar de salud</p>
COBERTURA DE SERVICIO TELEFONICO	<p>Familias que tienen acceso a servicio telefónico (fijo o celular) ----- x 100 Total de familias en área de influencia geográfica</p>	<p>Tipo de Indicador: de acceso. Periodicidad: anual. Fuente: Ficha familiar de salud.</p>
INDICADORES DE PROCESO Y RESULTADO		
<u>DATOS DE INSCRIPCIÓN PRENATAL</u>		
1. PORCENTAJE DE INSCRIPCIÓN PRENATAL	<p>Total de inscripciones prenatales en mujeres de 10 a 49 años ----- x 100 Embarazadas identificadas</p> <p>Interpretación: Es un indicador que permite evaluar la inscripción del control prenatal y todas las acciones y procedimientos, sistemáticos o periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden condicionar la morbilidad y mortalidad materna así como perinatal.</p>	<p>Tipo de Indicador: de proceso. Estándar: 90% Periodicidad: trimestral. Fuente: Libro de atención de la embarazada.</p>
2. PORCENTAJE DE INSCRIPCIÓN PRENATAL PRECOZ	<p>Total de inscripciones prenatales en mujeres de 10 a 49 años antes de 12 semanas de edad gestacional ----- x 100 Total de inscripciones a embarazadas de 10 a 49 años</p> <p>Interpretación: Es un indicador que permite evaluar el acceso al control prenatal.</p>	<p>Tipo de Indicador: de proceso. Estándar: 90% Periodicidad: trimestral. Fuente: Libro de atención de la embarazada.</p>

DATOS DE VACUNACIÓN		
<p>COBERTURA DE VACUNACION CON B.C.G. EN NIÑOS MENORES DE 1 AÑO. Tipo de Indicador: Es un indicador de acceso y resultado por la dosis administrada y la protección que le confiere.</p>	$\frac{\text{Número de BCG aplicadas en menor de 1 año}}{\text{Población de niños menores de 1 año}} \times 100$	<p>Periodicidad: trimestral Fuente: tabulador diario de actividades (SEPS). Fuente de denominador: será la población de DIGESTYC y ficha familiar.</p>
<p>TERCERA DOSIS DE VACUNA ANTIPOLIOMIELITICA EN NIÑOS MENORES DE 1 AÑO. Tipo de Indicador: indicador de resultado (3ra. dosis) por la implicancia con actividades previas para el logro del objetivo y de cobertura porque es medible en función a la meta propuesta a inicio de gestión.</p>	$\frac{\text{Tercera dosis de vacuna OPV administradas en niños < de 1 año en un periodo definido}}{\text{Población Total de niños menores de 1 año}} \times 100$ <p>Interpretación: Refiere al porcentaje de niños menores de 1 año que acceden a la tercera dosis de vacuna anti poliomielítica que supone formación de anticuerpos protectores de la enfermedad sobre una población total de menores de 1 año del periodo, multiplicado por una constante 100.</p>	<p>Periodicidad: trimestral Fuente: tabulador diario de actividades (SEPS). Fuente de denominador: será la población de DIGESTYC y ficha familiar.</p>
<p>VACUNA PENTAVALENTE EN NIÑOS MENORES DE 1 AÑO Tipo de Indicador: De resultado por la implicación con actividades previas para el logro del objetivo y de cobertura porque es medible en función a la meta propuesta a inicio de gestión.</p>	$\frac{\text{3ra dosis de vacuna pentavalente administradas en niños < de 1 año en un periodo definido}}{\text{Población de niños menores de 1 año}} \times 100$ <p>Interpretación: Describe la población de niños menores de 1 año que recibieron la tercera dosis de vacuna pentavalente, su importancia radica en la protección o inmunidad contra la difteria, coqueluche, tétanos, hepatitis B y las infecciones por haemophilus influenzae tipo B.</p>	<p>Periodicidad: trimestral Fuente: tabulador diario de actividades (SEPS). Fuente de denominador: será la población de DIGESTYC y ficha familiar.</p>
<p>VACUNA CONTRA ROTAVIRUS Tipo de Indicador: Indicador de resultado.</p>	$\frac{\text{2 dosis de vacuna contra rotavirus administradas en niños < de 8 meses}}{\text{Población de niños menores de 1 año}} \times 100$ <p>Interpretación: mide la cobertura de vacuna contra Rotavirus en niños menores de 8 meses, esta vacuna protege contra infecciones gastrointestinales producidas por el virus del Rotavirus, responsable de la principal causa de diarrea y vómitos graves Las infecciones por este agente son muy contagiosas, y la vía predominante de transmisión es la fecal-oral.</p>	<p>Periodicidad: trimestral Fuente: tabulador diario de actividades (SEPS). Fuente de denominador: será la población de DIGESTYC y ficha familiar.</p>

<p>COBERTURA DE VACUNACION CON S. P. R. EN NIÑOS DE 1 AÑO. Tipo de Indicador: Es un indicador de proceso</p>	$\frac{\text{Número de S. P. R. aplicadas niños de 1 año de edad}}{\text{Población de niños de 1 año}} \times 100$ <p>Interpretación: Mide la cobertura de vacuna contra sarampión, rubéola y paperas en niños de 1 año.</p>	<p>Periodicidad: trimestral Fuente: tabulador diario de actividades (SEPS) Fuente de denominador: será la población de DIGESTYC y ficha familiar.</p>
<p>COBERTURA DE VACUNACION CONTRA NEUMOCOCO Tipo de Indicador: Es un indicador de proceso</p>	$\frac{\text{3ra dosis de vacuna neumocócica administradas en niños < de 1 año en un periodo definido}}{\text{Población de niños menores de 1 año}} \times 100$ <p>Interpretación: Describe la población de niños menores de 1 año que recibieron la tercera dosis de vacuna contra el Neumococo.</p>	<p>Periodicidad: trimestral Fuente: tabulador diario de actividades (SEPS). Fuente de denominador: será la población de DIGESTYC y ficha familiar.</p>
DATOS DE PLANIFICACION FAMILIAR		
<p>COBERTURA DE USUARIA ACTIVA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR CON METODOS TEMPORALES/PERMANENTES. Tipo de Indicador: resultado.</p>	$\frac{\text{Usuaría que permanece activa en el programa de Planificación familiar con métodos temporales/permanentes}}{\text{Total de mujeres en edad fértil de 10 a 49 años de edad}} \times 100$ <p>Interpretación: Mide la cobertura de usuarias activas tanto de métodos temporales como permanente.</p>	<p>Periodicidad: trimestral Fuente: tabulador diario de actividades (SEPS) y sistema de morbimortalidad vía web (SIMMOW). Ficha familiar.</p>
DATOS DE COBERTURA DE CITOLOGIAS		
<p>COBERTURAS DE CITOLOGÍAS DE PRIMERA VEZ EN LA VIDA Tipo de Indicador: resultado.</p>	$\frac{\text{Total de citologías de 1ª vez en la vida en mujeres de 30 a 59 años}}{\text{Total de mujeres de 30 a 59 años}} \times 100$ <p>Interpretación: mide la cobertura de citologías que se realizan por primera vez en la vida al grupo de mujeres entre los 30 y los 59 años de edad.</p>	<p>Periodicidad: trimestral Fuente: sistema de morbimortalidad vía web (SIMMOW).</p>
<p>COBERTURAS DE CITOLOGÍAS DE PRIMERA VEZ EN LA VIDA (según la población en edad fértil) Tipo de Indicador: resultado.</p>	$\frac{\text{Total de citologías de 1ª vez en la vida en mujeres de 10 hasta 29 años}}{\text{Total de mujeres de 10 hasta 29 años}} \times 100$ <p>Interpretación: mide la cobertura de citologías que se realizan por primera vez en la vida al grupo de mujeres entre los 10 a menores de 29 años de edad.</p>	<p>Periodicidad: Trimestral Fuente: sistema de morbimortalidad vía web (SIMMOW).</p>

DATOS DE COBERTURA DE INSCRIPCIÓN INFANTIL		
<p>PORCENTAJE DE NIÑOS (AS) CON INSCRIPCIÓN PRECOZ Tipo de Indicador: resultado.</p>	$\frac{\text{Inscripción en menores de 8 días de edad}}{\text{Total de inscripciones en el programa del niño menor de un año}} \times 100$ <p>Interpretación: proporción de niños menores de 8 días de una comunidad que están inscritos en el programa de atención al niños.</p>	<p>Periodicidad: trimestral. Fuente: Sistema de Morbimortalidad vía Web (SIMMOW).</p>
<p>COBERTURA DE INSCRIPCIÓN DE NIÑOS (AS) MENORES DE 1 AÑO Tipo de Indicador: resultado.</p>	$\frac{\text{Inscripción en menores de 1 año}}{\text{Población menor de 1 año}} \times 100$ <p>Interpretación: proporción de niños menores de 1 año de una comunidad que están inscritos en la atención al ciclo de vida (ninez).</p>	<p>Periodicidad: trimestral. Fuente: Sistema de Morbimortalidad vía Web (SIMMOW).</p>
ENFERMEDADES TRANSMISIBLES SEGÚN PERFIL EPIDEMIOLÓGICO (VIH, TB, INMUNOPREVENIBLES)		
<p>TASA DE INCIDENCIA DE VIH Tipo de Indicador: Indicador de impacto</p>	$\frac{\text{No. de casos nuevos de VIH o sida}}{\text{Población total}} \times 100,000$ <p>Interpretación: es un indicador que permite conocer el número de personas con VIH, para evaluar las intervenciones a realizar con el fin de disminuir el apareamiento de nuevos casos.</p>	<p>Periodicidad: trimestral Fuente: Sistema Único Monitoreo y Evaluación en VIH-SIDA (SUMEVE).</p>

CONTINUACIÓN...		
<p>TASA DE INCIDENCIA DE DIARREAS</p> <p>Tipo de Indicador: indicador de impacto</p>	$\frac{\text{No. de casos nuevos de diarreas}}{\text{Población total}} \times 100,000$ <p>Interpretación: es un indicador que permite evaluar la presencia de diarreas en la población de influencia geográfica.</p>	<p>Periodicidad: trimestral</p> <p>Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica.</p>
<p>TASA DE INCIDENCIA DE NEUMONIAS</p> <p>Tipo de Indicador: indicador de impacto</p>	$\frac{\text{No. de casos nuevos de neumonías}}{\text{Población total}} \times 100,000$ <p>Interpretación: es un indicador que permite evaluar la presencia de neumonía en la población de influencia geográfica.</p>	<p>Periodicidad: trimestral</p> <p>Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica.</p>
DATOS DE ENFERMEDADES CRÓNICAS		
<p>TASA DE INCIDENCIA DE HIPERTENSION ARTERIAL</p> <p>Tipo de Indicador: indicador de impacto</p>	$\frac{\text{No. de casos nuevos de hipertensión arterial}}{\text{Población total}} \times 100,000$ <p>Interpretación: es un indicador que permite evaluar la presencia de hipertensión en la población.</p>	<p>Periodicidad: anual</p> <p>Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica.</p>
<p>TASA DE INCIDENCIA DE DIABETES MELLITUS</p> <p>Tipo de Indicador: indicador de impacto.</p>	$\frac{\text{No. de casos nuevos de diabetes mellitus}}{\text{Población total}} \times 100,000$ <p>Interpretación: es un indicador que permite evaluar la presencia de diabetes mellitus en la población.</p>	<p>Periodicidad: anual</p> <p>Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica.</p>

DATOS DE NUTRICION		
<p>TASA GENERAL DE INCIDENCIA DE DESNUTRICION SEVERA EN POBLACION SEGÚN CICLO DE VIDA.</p> <p>Tipo de Indicador: indicador de impacto.</p>	$\frac{\text{No. de casos nuevos con desnutrición (severa)}}{100,000} \times \text{Población total por ciclo de vida}$ <p>Interpretación: es un indicador que permite evaluar la presencia de desnutrición en la población</p>	<p>Periodicidad: anual.</p> <p>Fuente: Registro diario de consulta por morbilidad y atenciones preventivas.</p>
DATOS DE ENFERMEDADES MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO		
<p>TASA DE INCIDENCIA DE ENFERMEDADES MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO</p> <p>Tipo de Indicador: indicador de impacto</p>	$\frac{\text{No. de casos nuevos de enfermedades mentales y del comportamiento}}{\text{Población total}} \times 100,000$	<p>Periodicidad: anual.</p> <p>Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica.</p>

1. Asignación de la Población: Es en este momento en el cual se define la población con la que se trabajará y de la que se realizará el análisis de la situación de salud integral :

➤ **Población perteneciente al Ecos Familiar**

2. Identificación de las necesidades y problemas de la población:

Es un momento muy importante en la ejecución del “**Análisis de la Situación de Salud Integral**” y la forma en que se abordará está estrechamente vinculada al momento anterior pues el mismo condicionará las vías para la obtención de la información necesaria. Es lo que se conoce como “**Diagnóstico Participativo**”, pues al buscar información que nos permite una definición detallada y completa de los problemas y condiciones de salud de una comunidad; estamos realizando una evaluación de tipo diagnóstico. Esto debe abarcar además los aspectos educativos (nivel de conocimientos) y de comportamiento (actitudes, hábitos) y creencias de la población.

A partir del análisis de esta situación, se deben extraer los **problemas de salud sobre los cuales se deberá intervenir.**

Por problemas de salud, entenderemos la brecha existente lo que un determinado actor social espera encontrar y lo que en realidad existe.

3. Algunas clasificaciones de problemas son:

- **Problemas actuales y potenciales:** un problema se considera actual cuando la discrepancia entre lo que desea el actor y lo que existe se manifiesta en el momento del análisis (ES vs DEBE-SER). Cuando la discrepancia surge al evaluar la evolución de determinado hecho en el tiempo, entonces nos encontraremos ante un problema potencial (ES vs PUEDE SER).

Resulta de suma utilidad la evaluación de los problemas potenciales, si queremos que nuestras intervenciones cubran también las necesidades de la Promoción y la Prevención de los problemas de salud, además de permitirnos una mejor preparación para situaciones que tienen una probabilidad de ocurrencia en el futuro.

- **Problemas terminales e intermedios:** el problema terminal es aquel que se pone de manifiesto al actor que analiza la situación. El problema intermedio, es aquel que se encuentra inmerso en la cadena explicativa de un problema terminal. Un mismo problema puede ser terminal y a la vez intermedio para otro problema.

CRITERIOS PARA LA PRIORIZACIÓN:

- Tendencia.
- Frecuencia.
- Gravedad.
- Disponibilidad de recursos para la solución.

- Vulnerabilidad.
- Coherencia con la misión del o los que planifican.

Este proceso no resulta nada fácil, al disponer en ocasiones de grandes listados como resultante del trabajo en grupo aplicado, siendo necesario entonces, eliminar los menos importantes para lo cual es útil el siguiente método:

Procedimiento de Trillaje: se aplica cuando el número de problemas es muy grande (más de 20) por lo que resulta difícil ir directamente a la aplicación de algún método de priorización. Él mismo contempla las siguientes fases:

1. Selección de informantes claves, líderes formales o informales u otros sectores sociales que van a intervenir en el proceso.
2. Lectura de todos los problemas a clasificar a los integrantes del grupo. En nuestra experiencia, resulta útil que los problemas se reflejen en pancartas, pizarra o cualquier otro lugar donde resulte visible a los participantes, de modo que les facilite la evaluación y continuación del ejercicio.
3. Ubicación por consenso en 3 grupos:
 - Los más importantes.
 - Los menos importantes.
 - Los residuales (son los que resulta imposible clasificar en los dos anteriores).

Al inicio de la actividad, se debe precisar el número de problemas que se ubicará en cada grupo, por ejemplo, si son veinte problemas se puede solicitar primero el más importante, después los dos que siguen y posteriormente los cuatro siguientes más importantes, haciendo lo mismo con los menos importantes, quedando el resto como residuales.

Una vez que hemos reducido nuestro listado a un menor número se hace necesario realizar una **PRIORIZACIÓN DEFINITIVA** de los mismos, para lo cual se pueden utilizar algunos de los métodos antes mencionados y describiremos a continuación el método a utilizar.

1. **Método de Ranqueo:** su técnica consiste en seleccionar un grupo de criterios y otorgarle un valor que puede ser cero, uno y dos para cada uno de los problemas analizados. Se pueden utilizar todos o algunos de los criterios referidos anteriormente (tendencia, frecuencia, etc.) La puntuación mayor, es decir, **dos** puntos, se le otorga a: alta frecuencia, alta gravedad, alta repercusión en la población, recursos disponibles, tendencia ascendente, alta vulnerabilidad con las intervenciones a ese nivel, coherencia con la misión de los planificadores. Los otros valores, es decir **uno** y **cero**, se le otorgan a los que cumplan los requisitos en parte o no lo cumplan, respectivamente.

Para la priorización o jerarquización se puede utilizar un grupo nominal integrado por diferentes actores sociales, a los que se les solicita proceda a otorgarle el valor a cada criterio con relación a cada uno de los problemas identificados. Estos valores dados por cada participante, se suman por el moderador y posteriormente se obtiene la puntuación promedio para cada criterio en cada problema, la cual se coloca en la matriz confeccionada:

Problemas	A	B	C	D	E	F	Total

Donde:

- (A) Tendencia
- (B) Frecuencia
- (C) Gravedad
- (D) Disponibilidad de Recursos
- (E) Vulnerabilidad
- (F) Coherencia con la misión del que planifica

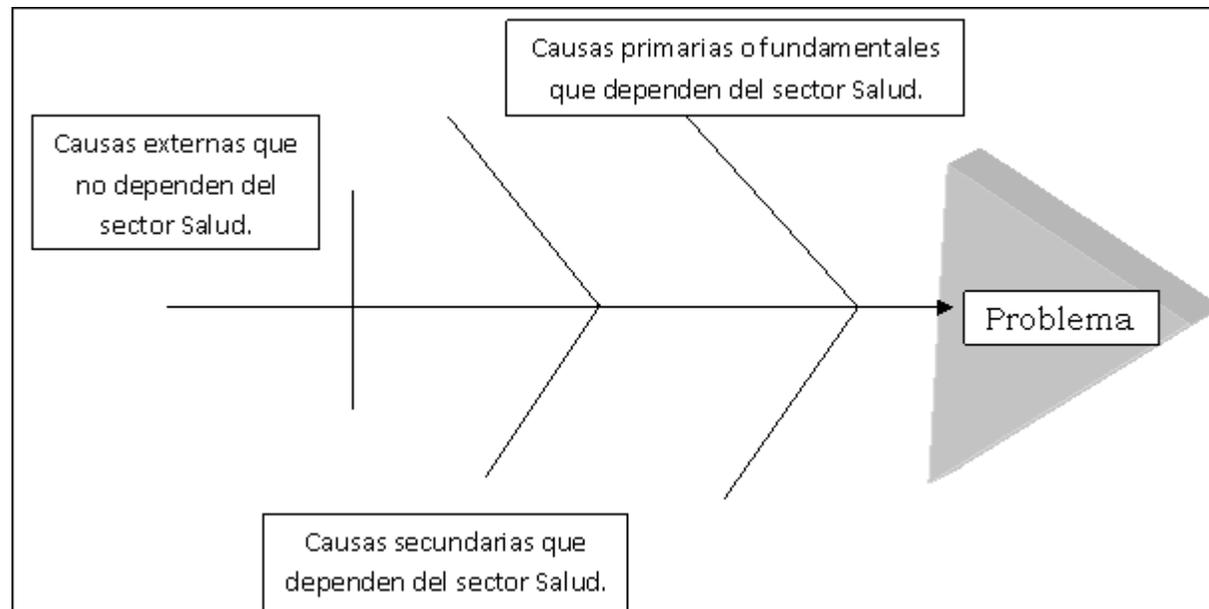
Cuando concluya esta operación con todos los criterios y todos los problemas, se suman los valores obtenidos para cada criterio, con vistas a obtener la puntuación que corresponde a cada problema. Seguidamente los problemas se ubican, comenzando por el de mayor puntuación y terminando por el de menor, quedando organizados así por orden de **prioridad**.

Es muy importante tener en cuenta al aplicar esta técnica que se haya realizado un correcto análisis socio – económico, epidemiológico e higiénico – sanitario y que participen representantes de toda la comunidad.

Para determinar los objetivos del Plan de acción así como sus actividades es necesario realizar el análisis causal de los problemas que se priorizaron anteriormente, existen diferentes técnicas para realizar la explicación donde utilizaremos la espina de pescado para la determinación de los objetivos del plan de acción.

Espina de Pescado.

Esta técnica de explicación de problemas es de mucha utilidad, por ser sencilla y de fácil aplicación por parte de los actores implicados profesionales o no. Consta de la parte del espinazo de un pescado, donde se pondrán las diferentes causas del problema explicado, tanto primarias como secundarias, dependientes o no del sector Salud.



La transformación positiva del problema de salud dará lugar al objetivo general del plan de acción, así como la misma transformación de las causas primarias se convertirían en Objetivos Específicos y las causas secundarias en las actividades a realizar, para dar cumplimiento al Plan. Con las causas externas no se trabajarán por estar fuera del alcance de los planificadores al nivel local.

Método de Hanlon:

Componente A: magnitud del problema: Hanlon definió este componente como el número de personas afectadas por el problema en relación con la población total

Componente B: severidad del problema: La magnitud se evalúa a partir de la escala que puede observarse en la siguiente tabla:

ESTIMACION DE LA MAGNITUD DEL PROBLEMA A PARTIR DEL NUMERO DE PERSONAS

Unidades por 1000 de población en porciento Puntuación

50 % o más	10
5 % - 49,9 %	8
0,5 % - 4,9 %	6
0,05 % - 0%	4

Este componente puede apoyarse para su evaluación en datos subjetivos y objetivos.

Ejemplo de datos subjetivos: Carga social que genera un problema.

Ejemplo de datos objetivos: Mortalidad

Componente C: eficacia de la solución: La eficacia permite valorar si los problemas son difíciles o fáciles de solucionar.

Componente D: factibilidad del programa: Hanlon describe este componente por las siglas PERLA que corresponden con un grupo de factores que no están directamente relacionados con la necesidad actual o con la eficacia, pero que le permiten a la comunidad determinar si el problema tiene solución y si las acciones son aplicables.

Estos factores son:

P = Pertinencia

E = Factibilidad económica

R = Disponibilidad de recursos

L = Legalidad

A = Aceptabilidad

Se responderá así con un “sí” o con un “no” a las preguntas relacionadas con PERLA, lo que permitirá que el grupo decida si es factible o no trabajar en la búsqueda de alternativas de solución al problema.

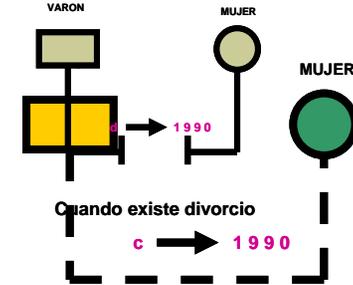
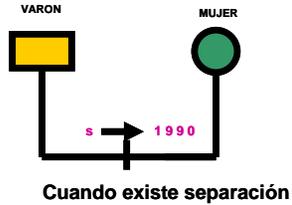
Estos componentes se corresponden con los principales criterios que permiten decidir prioridades de salud.

Puntuación de prioridad:

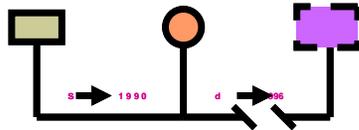
$(A + B) C \times D$

En la medida en que el resultado del componente es multiplicado por el resto de la fórmula $(A+B) C \times D$, es obvio que la obtención de un cero, fundamentalmente cuando la solución es inapropiada, demasiado costosa, inaceptable, ilegal o no hay suficientes recursos, elimina de entrada el problema cuya factibilidad es así valorada.

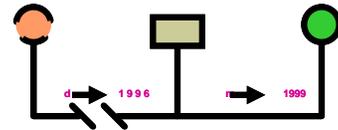
ANEXO Nº IV: SIMBOLOGÍA FAMILIOGRAMA:



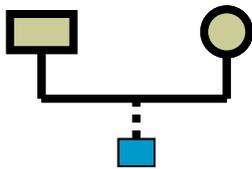
Las relaciones de parejas convivientes, no formalizadas legalmente (concubinato) se expresan en líneas discontinuas



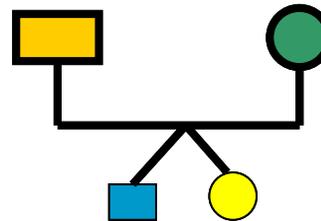
Si es necesario reflejar las uniones previas, se colocan, y se pone ausente a la pareja anterior



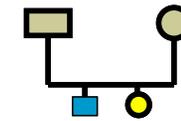
Si es necesario reflejar las uniones previas, se colocan, y se pone ausente a la pareja anterior



Los hijos adoptivos se unen con línea discontinua de la línea horizontal que une a los padres.



Si los hijos son gemelos, las líneas se hacen converger en el punto de unión con la línea de los padres



Los hijos penden con líneas verticales de la línea unión horizontal entre sus padres, se sitúan de izquierda a derecha, por orden de nacimiento.

Apgar familiar, consta de cinco reactivos que corresponden con las variantes siguientes:

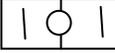
1. *Adaptabilidad*. Capacidad de utilizar los recursos familiares y comunitarios, para resolver situaciones de crisis.
2. *Participación*. Capacidad de compartir los problemas y comunicarse con los demás, para explorar el modo de resolverlos.
3. *Gradiente de desarrollo*. Capacidad de atravesar distintas etapas del ciclo vital en forma madura, pero que permita la individualización.
4. *Afectividad*. Capacidad de experimentar cariño y preocupación por cada miembro de la familia y de demostrar emociones de afecto, amor, pena o rabia.
5. *Resolución*. Capacidad de aplicar los elementos anteriores para compartir el tiempo, y los recursos espirituales y materiales de cada miembro de la familia.

Los resultados de esta prueba permiten clasificar a los individuos, según la satisfacción de sus familias, en:

1. Altamente funcional.
2. Moderadamente funcional.
3. Severamente disfuncional.

ANEXO V. SIMBOLOGÍA PARA EL MAPA SANITARIO

NIVELES DE RIESGO DE LAS FAMILIAS

Descripción	Símbolo	Descripción	Símbolo
Vivienda con mayor Riesgo		Establecimiento de Salud/Hospital	
Vivienda con mediano Riesgo		Iglesias	
Vivienda con menor Riesgo		Centro deportivo	
Viviendas colectivas		Cuerpo de Socorro	
Río,		Puerto	
Lago/Laguna		Centro Comercial	
Área boscosa/montañosa		Parque/Espacios recreativos	

Zona costera		Alcaldía Municipal	
Volcán/Cerro		Establo/porqueriza, granja	
Piscinas/Estanque		Oficinas Públicas y Privadas	
Vivero de peces/camarones		Área de riesgo ambiental	
Carretera pavimentada		Área de riesgo por desastres naturales	
Calle sin pavimentar transitable		Industria/fabricas	
Camino vecinal		Voluntario de salud/líder comunitario	
Vereda/sendero/atajo		Sede Promotor de Salud	
Línea Férrea		Destacamento Militar	
Puente		Delegación PNC	
Limite Departamental		Centro Educativos	
Limite Municipal		Casco de Finca/Hacienda	
Quebrada		Aeropuerto	
Cerca de alambre		Tanque de agua	
Cementerio			

CICLO VITAL: Se conoce como el desarrollo de la familia tomada en su conjunto, a los diferentes "momentos" por los cuales van atravesando todos los miembros de la familia, quienes van a ir compartiendo una historia común.

Las crisis familiares son la expresión de contradicciones entre la organización estructural y funcional de la familia y las demandas derivadas de los nuevos acontecimientos de la vida que se afrontan que producen desorganización en el seno familiar.

LAS CRISIS FAMILIARES SON CLASIFICADAS EN DOS GRANDES GRUPOS

1.-Crisis normativas o transitorias.

2.-Crisis paranormativas o no transitorias.

CRISIS NORMATIVAS O TRANSITORIAS: Son las relacionadas con los acontecimientos normales y esperables en el desarrollo familiar y que se erigen como puntos críticos de transición a lo largo del ciclo vital.

Etapas	Desde	Hasta
Formación	Matrimonio	Nacimiento del primer hijo
Extensión	Nacimiento del primer hijo	Independencia de uno de los hijos
Contracción	Independencia de uno de los hijos	Muerte del primer cónyuge
Disolución	Muerte del primer cónyuge	Muerte del segundo cónyuge

Etapa de formación

Tareas.

- Construcción conjunta del proyecto futuro de vida.
- Acople funcional de actividades cotidianas.
- Ajuste con la familia de origen e hijos anteriores.
- Establecimiento de límites de roles entre los cónyuges.
- Planificación conceptiva.
- Ajuste sexual.

Problemas.

- Frustración de expectativas respecto a la vida matrimonial.
- Desacuerdos en la proyección futura del proyecto de vida.
- Dependencia excesiva de la familia de origen.
- Lucha de poder entre los cónyuges.
- Disfuncionabilidad sexual.
- Problemas conceptivos y de planificación familiar.

Etapa de extensión.**Tareas.**

- Aprendizaje del rol de padre y madre.
- Ajuste de roles, entre rol de padre / madre y esposo / esposa.
- Crianza y educación de la descendencia.
- Ajuste a instituciones infantiles.
- Planificación concepcional.
- Cambio de rol frente a la adolescencia.

Problemas.

- Dificultad en la delimitación de roles y funciones entre los padres, con los hijos y con los abuelos.
- Dificultad en el desempeño de rol de padre / madre con más de un hijo.
- Afrontamiento inadecuado a las regularidades del desarrollo y enfermedades de la infancia. Manejo inadecuado de posibles celos fraternos.

Etapa de contracción.**Tareas**

- Cese de la tutela de al menos un hijo.
- Nuevo rol frente a los hijos.
- Reencuentro de la pareja, nueva comunicación.
- Transformación de metas en la pareja.
- Ajuste a problemas de salud y a la jubilación.

Problemas.

- Disfunción en los roles padres / hijos adultos.
- Traspasión de límites en deberes y responsabilidades como esposos, padres y abuelos.
- Dificultades en la asimilación del llamado "nido vacío" del hogar.
- No aceptación de cierta discapacidad o disfuncionabilidad producto de la declinación del ciclo de vida individual.
- Frustración frente al balance de vida.

Etapas de disolución.**Tareas.**

- Integración de la pérdida, elaboración del duelo psicológico frente a la muerte del cónyuge o del padre / madre.
- Ajuste al envejecimiento y a la viudez.
- Reorganización de la vida familiar y ajuste de roles debido a la ausencia definitiva de uno de los miembros de la pareja.
- Hijos adultos asumen responsabilidades por los padres.
- Reajuste del proyecto de vida frente a la viudez.
- Transformación de metas, necesidades e intereses.

Problemas.

- Insuficiente apoyo familiar y social frente a la pérdida.
- Relativos al afrontamiento inadecuado al duelo.
- Transferencia de afectos y necesidades hacia los hijos o nietos.

CRISIS NO TRANSITORIAS O PARANORMATIVAS: Son las relacionadas con acontecimientos de carácter accidental, no guardan relación directa con las etapas del ciclo vital.

Se clasifican, según la naturaleza del acontecimiento que las provocan en:

Desmembramiento: Separación temporal o definitiva de algún integrante de la familia.

Por ejemplo: Hospitalización prolongada.

Abandono.

Separación conyugal.

Salida del hogar al extranjero o a otras provincias del país.

Muerte prematura respecto al ciclo de vida (Ej. Hijo, cónyuge etc.).

Suicidio.

Incremento: Incorporación de uno o más miembros de la familia.

Por ejemplo: Regreso al hogar (hijo, pariente, abuelos, sobrinos, etc.).

Adopción.

Convivencia temporal.

Desmoralización: Crisis caracterizada por la afectación de los valores y principios éticos-morales de la familia.

Por ejemplo: Conducta antisocial.

Encarcelamiento.

Escándalos en la comunidad.

Infidelidad.

Delincuencia, drogadicción, actos deshonorosos, entre otros.

Desorganización: Se refiere a la crisis que se genera a partir de que se presente en un:

Cambio económico importante: Tanto en sentido negativo como positivo.

Por ejemplo: Pérdida de trabajo.

Pérdida de alguna propiedad importante como la casa.

Una herencia.

Problemas de salud:

Por ejemplo: Embarazo no deseado.

Infertilidad.

Intento de suicidio.

Accidente.

Diagnóstico de enfermedad de alto compromiso con la vida.

La forma en que la familia maneja las crisis puede fortalecerla o debilitarla. En todas las familias, con independencia de su clasificación estructural, se presentan crisis. En una familia pueden presentarse simultáneamente:

- ✓ Crisis transitorias o normativas y no transitorias para normativas.
- ✓ Más de 1 crisis transitoria.
- ✓ Más de 1 crisis no transitoria.
- ✓ Un mismo acontecimiento puede generar más de 1 crisis para normativa

El afrontamiento a las crisis por parte de la familia, incluyendo el tiempo de duración de las mismas, depende de los recursos internos y externos con que cuenta la familia.

- ✓ **Recursos internos:** Se refieren a las experiencias previas en el afrontamiento a otras crisis, al funcionamiento de la familia y a la situación social y económica de la misma.
- ✓ **Recursos externos:** Se refiere al apoyo social con que cuenta la familia: Amigos, vecinos, familia de origen, instituciones escolares, laborales, de salud y de la comunidad.



FICHA DE IDENTIFICACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO

No. De Expediente clínico Individual

A) Del Paciente

1. _____
Primer Apellido Segundo Apellido Nombres

2. Sexo: Masculino: _____ Femenino: _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____

3. Edad: Años _____ Meses _____ Días _____ Horas _____

4. Estado Familiar: Soltero (a) _____ Casado (a) _____ Divorciado (a) _____ Viudo (a) _____ Acompañado (a) _____

5. Escolaridad: _____ Etnia: _____ Ocupación _____

6. Documento Legal de Identidad: _____ No. _____

7. Dirección habitual: _____

_____ Teléfono _____

B) De la Familia

1. Nombre del Padre: _____

2. Nombre de la madre _____

3. Nombre del Cónyuge _____

4. Responsable del paciente: _____

5. Dirección del responsable: _____
_____ Teléfono _____

6. Responsable del Cuido del paciente _____

C) De la información

Proporcionó datos personales del paciente: _____ parentesco: _____

Documento legal de identificación: _____ No. _____

Tomo información: _____ Fecha de inscripción _____

Observaciones: _____

Listado para el Control de préstamo de Expediente Familiar

Número de expediente familiar	Apellidos de la familia	Cantidad de expedientes clínicos individuales	Nombre del que solicita el expediente	Fecha de salida	Fecha de Devolución

Certificación Administrativa



CERTIFICACIÓN ADMINISTRATIVA



El Director del Establecimiento o coordinador de ECOS Familiar de _____ **CERTIFICA** la fidelidad y conformidad del expediente clínico número _____ el cual consta de un total de _____ folios útiles que contiene todo el expediente.

Nombre del Responsable

Firma y sello

Se extiende la presente en la ciudad de _____ a los _____ días del mes de _____ del año dos mil _____.

ANEXO VIII GLOSARIO.

Atención Primaria de Salud: “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...”

Actitud abierta: consiste en no tener prejuicios y estar atento a que siempre hay más alternativas y que incluso pueden ser mejores que las de uno mismo.

Cooperación: actuar o trabajar lealmente con otro u otros para lograr un fin común; actuar conjuntamente con mutuo respeto y sin ver al otro como enemigo o competencia desleal.

Comunidad: es un grupo de personas que viven juntas en un lugar urbano o rural, que se relacionan entre sí en todo momento, para resolver sus problemas cotidianos y que por lo general comparten características, valores, actividades, recursos e intereses comunes.

Diagnóstico Comunitario Participativo: Es una herramienta que conlleva un proceso participativo en el cual diferentes actores, además de identificar los elementos de su realidad y como les afectan, pueden reconocer la importancia de trabajar juntos, de escucharse unas/os a otras/os, y de una planificación y resolución conjunta de sus problemáticas. Debe estar basado en alianzas y acciones intersectoriales a todos los niveles.

Desarrollo: la capacidad de alcanzar una vida larga y saludable, tener acceso al conocimiento y a estándares aceptables para una vida digna con las oportunidades sociales, económicas y políticas para ser creativo y productivo, hasta el disfrute de autoestima, sentido de su propio valor y derechos y de pertenencia a una comunidad.

Determinantes sociales de la salud: es la conformación de los elementos del desarrollo que caracterizan la integralidad de los esfuerzos intersectoriales de una sociedad y son principalmente: 1. Los Sistemas de Salud, 2.-La desigualdad socioeconómica. 3.- La Educación 4.- El Género.5.- Los Estilos de Vida Saludables.6.- El Trabajo y 7.- El Ambiente. Así, la Salud, no está exclusivamente determinada por el Sistema de Salud, ni por los prestadores de servicios de salud. Esto nos confirma que la responsabilidad de la Salud es una responsabilidad colectiva y de toda la Sociedad.

Empoderamiento: es la promoción y desarrollo de capacidades individuales y colectivas para participar y ejercer influencia con liderazgo, interés comunitario y control personal para lograr que las familias tengan un mayor control de sus vidas y de su salud. En el sector salud, la salud comunitaria con enfoque familiar se plantea como un enfoque alternativo de prestación de servicios, para afrontar adecuadamente las condiciones de especial vulnerabilidad que un entorno cambiante y cada vez menos controlable coloca a las familias y a los servicios de apoyo en las comunidades con mayor riesgo social.

Enfoque familiar y comunitario: la salud comunitaria en el marco de la APS, 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 deben basar en información local y deben ser brindados dentro de la realidad social y cultural de la familia, del individuo y otras situaciones sociales relevantes que afectan indirectamente desde el nivel nacional e internacional. Las intervenciones deben estar dirigidas a los problemas de salud de los individuos en el contexto de sus circunstancias familiares, redes sociales y culturales y su entorno laboral. Esto implica una comprensión efectiva de las situaciones y hechos en la vida de una persona,

su cultura, condiciones de vida, dinámica familiar, situación laboral y problemas de salud y como son afectados por condiciones del entorno político, económico y social del país.

Empatía: capacidad de lograr una relación de total igualdad con otras personas, es decir, de sentirse “identificado con la necesidad del otro”: ninguno es superior al otro, en otras palabras, “meterse en los zapatos del otro”.

Estrategia: es un conjunto de acciones planificadas en el tiempo que se llevan a cabo para lograr un determinado fin.

Expediente clínico individual, es un documento integrado por un conjunto de formularios básicos y especiales que se llenan de forma narrativa y algunos en forma grafica, en los cuales el personal medico, enfermería u otro personal de salud autorizado registra detallada y ordenadamente los datos mas indispensables sobre la situación, tratamiento y evolución de la enfermedad ò atención brindada al paciente en el Establecimiento de Salud.

Expediente Familiar:

Es el documento que contiene los expedientes clínicos individuales de cada miembro de la familia de manera ordenada, la cual facilitará la búsqueda y resguardo

Facilitador: es un recurso de salud capacitado para guiar a otros en el aprendizaje provocando auto motivación a través de promover a los participantes entendimiento de los conceptos, en un ambiente de familia entre el grupo.

Hipótesis: suposición que permite establecer relaciones entre los hechos. Es una afirmación sujeta a confirmación. Es una explicación provisional del problema.

Integridad: actuar honestamente y con transparencia, para mantenerse firme en sus principios y valores, a pesar de las consecuencias que esto traiga para uno. Es actuar siempre sin malicia ni deseo de engañar o aprovecharse de los demás. Implica no manipular a nadie ni dejarse manipular.

Imparcialidad: juzgar o proceder con rectitud, es decir, sin estar por anticipado en favor o en contra de alguien o algo, por ningún motivo.

Intervenciones integrales de salud: son todas aquellas que están orientadas a lograr un estado de bienestar ideal, en el cual se logra un equilibrio entre los factores físicos, biológicos, emocionales, mentales, espirituales y sociales, que permiten un adecuado crecimiento y desarrollo en todos los ámbitos de la vida de las personas. 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.

Líder democrático: es aquel que sabe ponerse de acuerdo con los demás, toma en cuenta las opiniones de los otros miembros para asignar obligaciones. En las reuniones, decide por consenso o por mayoría de votos y participa en las tareas con los demás.

Mesas de diálogo: son mecanismos para profundizar la cooperación público privada y promover la abierta participación de todas las partes interesadas en el diseño, implementación y evaluación de políticas públicas, mediante una estrategia de desarrollo local y desarrollo humano al servicio de la comunidad.

Micro-red (Municipal o Intermunicipal): Es el conjunto de establecimientos, articulados funcionalmente que proporcionan servicios de salud integrales e integrados, que incluyen promoción, educación, prevención, curación, rehabilitación, saneamiento básico y apoyo para el auto cuidado, que se ofertan a la población, en el continuo del ciclo de vida, en un territorio asignado, incidiendo en las determinantes sociales y que rinde cuentas por el estado de salud de la población. La integración de varias Microredes conforma la Red Departamental

Modelo de salud familiar: es el conjunto de métodos y prácticas, que permiten abordar de una forma incluyente y participativa a la familia, sus miembros y el personal de salud en las comunidades, para interactuar corresponsablemente en el autocuidado, por medio de prácticas saludables para el control de riesgos, prevención y tratamiento oportuno de daños en el contexto socio ambiental en el cual existen.

Organización comunitaria: es la definición de cargos y responsabilidades individuales y de grupos de trabajo para la unificación de ideas, esfuerzos y recursos de la comunidad, para realizar acciones colectivas que solucionan sus necesidades y problemas.

Participación comunitaria: es proceso la interlocución entre comunidad y funcionarios de salud (comunidad - servicios), mediante el cual los individuos se transforman de acuerdo a sus propias necesidades y las de su comunidad, adquiriendo un sentido de responsabilidad con respecto a su propio bienestar y el del grupo, contribuyendo consciente y constructivamente en el proceso de su propio desarrollo.

Pertinencia: representa la medida en la cual se satisfacen las necesidades comunes de toda la población y de un grupo específico de la misma; así como el grado de adecuación de los servicios a la satisfacción de estas necesidades, basado en la evidencia objetiva. Esta es una medida por medio de la cual se establecen prioridades, asumiendo que los problemas más importantes deben abordarse primero.

Persuasión: consiste en compartir las razones y el razonamiento, no imponerlas, defendiendo con firmeza su posición, pero manteniendo al mismo tiempo un auténtico respeto por las ideas de los demás.

Planificación: proceso que permite elegir racionalmente entre diferentes cursos de acción posibles, para conseguir objetivos prefijados, en un período de tiempo determinado, asignando eficientemente los recursos disponibles”

Planificación local participativa: es un proceso permanente de reflexión y consenso en la toma de decisiones para la acción sobre los problemas de salud que permite a las personas y comunidad conocer su realidad, y sentirse capaces de actuar sobre ella definiendo sus métodos, resultados esperados, acciones para lograrlos y la responsabilidad que asumen los individuos y las organizaciones en todo el proceso; lo cual implica un continuo involucramiento en el diagnóstico, programación de acción, ejecución y evaluación.

Política y acciones equitativas: decisiones políticas activas y acciones programáticas dirigidas a reducir o eliminar las desigualdades en materia de salud.

Prevención: se concibe tradicionalmente en tres niveles: la prevención primaria, dirigida al manejo de la enfermedad antes de que ésta se presente; la prevención secundaria, una vez la enfermedad aparece; y la prevención terciaria, cuando la enfermedad sigue su curso y se interviene para disminuir o evitar una secuela o daño permanente.

Problema: es la diferencia entre una situación real y una situación ideal. Es una situación definida como insatisfactoria por un actor social que promueve la acción para su modificación.

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. La Carta de Ottawa para la promoción de la salud definió como prerrequisitos de ella, la paz, la protección, la educación, la alimentación, el ingreso, un ecosistema estable, recursos sustentables, justicia social y equidad.

Red (Nacional, Regional y Departamental): Es el conjunto de establecimientos y servicios integrados que por poseer características de accesibilidad y capacidad instalada proporcionan servicios de salud integrales e integrados, que se ofertan a la población, en el continuo de atención en el ciclo de vida, en un territorio asignado, incidiendo en las determinantes sociales y que rinde cuentas por el estado de salud de la población, que contribuyen a conformar un sistema de atención a la salud eficiente, resolutivo y que facilite el acceso equitativo a servicios de calidad para todas las personas, los cuales para proporcionar una identificación territorial se han estructurado en Micro - Redes .

Rehabilitación basada en la comunidad: es una estrategia de desarrollo comunitario para la rehabilitación, la igualdad de oportunidades y la inclusión social de todas las personas con discapacidad. Se aplica gracias a la organización conjunta de las propias personas con discapacidad, de sus familias, organizaciones y comunidades y de los pertinentes servicios gubernamentales y no gubernamentales en salud, educación, trabajo, social, y otros.

Responsabilidad: hacer de manera oportuna, correcta y completa las atribuciones y actividades que nos asignan. El hacerlo conlleva a que la institución funcione bien como un todo.

Supervisión facilitadora: es un proceso continuo, sistemático, humanizado, basado en principios y valores, que promueve la mejora y la transformación individual y colectiva, a través de una comunicación abierta “de doble vía” (entre el supervisor y el supervisado), lo que conduce al cambio de conducta por parte de ambos.

Salud: el logro del más alto nivel de bienestar físico, mental y social y de capacidad de funcionamiento que permitan los factores sociales en los que viven inmersos el individuo y la colectividad.

Salud Familiar: es la capacidad de la familia de cumplir con sus funciones de facilitar el desarrollo de sus miembros, afrontar constructivamente las crisis en determinada situación social, cultural y económica de su existencia.

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.

Tolerancia: es el respeto y consideración hacia las opiniones o prácticas de los demás, aunque no estemos completamente de acuerdo con ellas.

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 resolutivez y se clasifica en: UCSF básica, intermedia y especializada.

Unidad Comunitaria de Salud Familiar Básica: Es la sede donde se ubican los ECOS Familiares que brindan servicios integrales de salud básicos.

Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia: Es la sede de los ECOS Familiares, que brindan servicios integrales de salud básicos y algunos servicios de apoyo.

Unidad Comunitaria de Salud Familiar Especializada: Es la sede de los ECOS Especializados que brinda servicios integrales de salud básicos, especializada y servicios de apoyo.

ANEXO IX ABREVIATURAS Y SIGLAS

DIGESTYC: Dirección General de Estadísticas y Censos.

ECOS FAMILIARES: Equipo Comunitario de Salud Familiar

ECOS ESPECIALIZADOS: Equipo Comunitario de Salud Familiar Especializado.

ERC: Enfermedad Renal Crónica.

HTA: Hipertensión Arterial.

IRA: Infección Respiratoria Aguda.

MINSAL: Ministerio de Salud.

MIFC: Mujer, individuo, familia y comunidad.

ONG: Organización No Gubernamental.

PLP: Planificación Local Participativa

RBC: Rehabilitación Basada en la Comunidad.

SIBASI: Sistema Básico de Salud Integral