



INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL

"Estamos cambiando para servirle mejor"

DIRECCIÓN GENERAL
UNIDAD TÉCNICA NORMATIVA
DEPARTAMENTO DE NORMALIZACIÓN Y ESTANDARIZACIÓN



**"NORMAS DE FUNCIONAMIENTO
PARA CLINICAS COMUNALES"**

SEPTIEMBRE - 2006

Presentación



El Instituto Salvadoreño del Seguro Social a través de su política de modernización y desarrollo institucional ha promovido reformas técnicas y administrativas orientadas al cumplimiento de su misión de proveer servicios de calidad a los derechohabientes.

Con la finalidad de regular la calidad de atención, El Consejo Directivo aprobó la creación de la Unidad Técnica Normativa, quién a través del Departamento de Normalización y Estandarización, es la responsable de estandarizar los procedimientos asistenciales y de prevención en sus tres niveles para los centros de atención de del ISSS.

En este sentido, las "NORMAS DE FUNCIONAMIENTO PARA CLÍNICAS COMUNALES" serán los documentos normativos que tendrán como objetivo, guiar a los profesionales en el proceso de toma de decisiones que permitan llevar a cabo intervenciones más adecuadas para garantizar la salud de los usuarios y sus familias, centrando la atención de los equipos de salud en el modelo de medicina familiar y de Salud Comunitaria, constituyendo a las clínicas comunales en el instrumento ejecutor del cambio, a través de la transformación, divulgación, implantación y cumplimiento obligatorio de este compromiso social.

Lo que se transcribe para el conocimiento y efectos pertinentes.



A handwritten signature in black ink, appearing to read "N. Perla".

DR. NELSON NOLASCO PERLA
Director General ISSS

INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN GENERAL
UNIDAD TÉCNICA NORMATIVA
DEPARTAMENTO DE NORMALIZACIÓN Y ESTANDARIZACIÓN



"NORMAS DE FUNCIONAMIENTO PARA CLINICAS COMUNALES"

SEPTIEMBRE - 2006

E

Departamento de Normalización y Estandarización

NORMA PARA EL FUNCIONAMIENTO DE LAS CLÍNICAS COMUNALES

COMITÉ NORMATIVO

JEFE UNIDAD TÉCNICA NORMATIVA	Dr. Simón Baltazar Agreda
JEFE DE DPTO. NORMALIZACIÓN Y ESTANDARIZACIÓN	Dr. Guillermo José Valdés Flores
COLABORADOR TÉCNICO MÉDICO NORMALIZACIÓN Y ESTANDARIZACIÓN.	Dr. Cesar Ernesto Bendek
COLABORADOR TÉCNICO MÉDICO PREVENCIÓN EN SALUD	Dra. Sara L. Granadino

PERSONAL QUE PARTICIPÓ
EN LA ELABORACIÓN DE LAS NORMAS

DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ	FACILITADOR UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MÉXICO
DRA. EUGENIA DE MACHÓN	MÉDICO FAMILIAR CLÍNICA COMUNAL CIUDAD MERLIOT
DR. SANTIAGO ALMEIDA	JEFE DE DIVISIÓN MONITOREO Y EVALUACIÓN
DR. ODILIO LINARES	COLABORADOR TÉCNICO MÉDICO, DIVISIÓN MONITOREO Y EVALUACIÓN
LIC. MERCEDES ALFÉREZ DE CASTILLO	COLABORADOR TÉCNICO, DIVISIÓN MONITOREO Y EVALUACIÓN
LIC. ELIZABETH DE REYES	ENFERMERA GENERAL CLÍNICA COMUNAL SITIO DEL NIÑO
LIC. CARMEN OVIEDO	ENFERMERA GENERAL CLÍNICA COMUNAL SANTO TOMÁS
DRA. CONSUELO SIFONTES DE ALFARO	COLABORADOR TÉCNICO MÉDICO, DIVISIÓN MONITOREO Y EVALUACIÓN
DRA. GUADALUPE DE MIRANDA	COLABORADOR TÉCNICO MÉDICO, DIVISIÓN MONITOREO Y EVALUACIÓN
DR. EDWIN LEONEL ANGEL RAMOS.	DIRECTOR MEDICO CLÍNICA COMUANL SITIO DEL NIÑO

PERSONAL QUE PARTICIPÓ
EN LA PREVALIDACIÓN DE LA NORMA

No.	NOMBRE	CARGO	DEPENDENCIA
1.	Dra. Florence Zacapa de Valdez	Director Médico	CC Ahuachapan
2.	Dra. Ana María de Sandoval	Director Médico	CC Antiguo Cuscatlan
3.	Dra. Rosina Eunice Baides	Director Médico	CC Lourdes
4.	Dra. Elisa Montesinos de Galdaméz	Director Médico	CC Mejicanos
5.	Dr. Fausto Campos Ortiz	Director Médico	CC Rpto. Morazán
6.	Dra. Sonia Romero de Herrera	Director Médico	CC San Rafael
7.	Dr. Samuel Henríquez	Médico	CC Costa Rica
8.	Dra. Mayra Marroquin de Mackensie	Médico	CC Sn Marcos
9.	Dra. Mery Jeannette Cardoza de Parada	Médico	CC Montserrat
10.	Dr. Juan José Martínez Villalobos	Médico	CC Sitio del Niño
11.	Dr. Ivan López Calero	Médico	CC Cuscatancingo
12.	Sra. Maria Teresa de Ramos	Enfermera	CC San Francisco
13.	Lic. Martha Delmy López de Garay	Enfermera	CC Merliot
14.	Sra. Miriam Vasquez de Aguilar	Enfermera	CC Costa Rica
15.	Sra. Nelly Del Carmen Interiano de Ayala	Enfermera	CC San Cristóbal
16.	Sra. María Lidia Monterrosa	Enfermera	CC Guadalupe
17.	Lic. Lidia Carolina Montserrat Jimenez	Educadora para la salud	CC Santo Tomás
18.	Lic. Débora Elizabeth Elías de Sandoval	Educadora para la salud	CC Sitio del Niño

K

Departamento de Normalización y Estandarización

No.	NOMBRE	CARGO	DEPENDENCIA
19.	Lic. Nora Dina Rodríguez de Martínez	Educadora para la salud	CC Montserrat
20.	Lic. Mirna Consuelo Acosta	Educadora para la salud	CC Ciudad Delgado
21.	Lic. Jaime Leonel Martínez	Educador para la salud	CC Santa Mónica
22.	Dr. Edgar Martínez	Jefe de Departamento	División Monitoreo y Evaluación
23.	Dr. Odilio Linares	Colaborador Técnico Médico	División Monitoreo y Evaluación
24.	Sra. Mirna de Marconi	Colaborador Técnico de Salud	División Monitoreo y Evaluación
25.	Lic. Marta I. Orellana	Colaborador Técnico de Salud	División Monitoreo y Evaluación
26.	Dr. Jonathan Hernández S.	Colaborador Técnico Médico	División Monitoreo y Evaluación
27.	Dra. Guadalupe Contreras de Miranda	Colaborador Técnico Médico	División Monitoreo y Evaluación
28.	Dra. Eugenia de Machón	Médico	CC Ciudad Merliot
29.	Lic. Elizabeth de Reyes	Enfermera	CC Sitio del Niño
30.	Dr. Miguel Ángel Fernández	Facilitador	Universidad Autónoma de México

PERSONAL QUE PARTICIPÓ
EN LA VALIDACIÓN DE LA NORMA

N°	NOMBRE	CARGO	DEPENDENCIA
1.	DRA. ROSINA EUNICE BAIDES	DIRECTORA	CC. LOURDES
2.	DRA. LILY BRUNI DE GIRÓN	MEDICO GENERAL	CC. LOURDES
3.	LICDA. MARIBEL NAVAS	ENFERMERA GENERAL	CC. LOURDES
4.	LICDA SONIA PÉREZ DE MARTÍNEZ	EDUCADORA	CC. LOURDES
5.	DR. EDWIN LEONEL ÁNGEL RAMOS	DIRECTOR	CC. SITIO DEL NIÑO
6.	DR. JUAN JOSÉ MARTÍNEZ VILLALOBOS	MEDICO FAMILIAR	CC. SITIO DEL NIÑO
7.	LICDA. MARIA ELIZABETH VÁSQUEZ REYES	ENFERMERA GENERAL	CC. SITIO DEL NIÑO
8.	LICDA. DÉVORA ELIZABETH ELÍAS DE SANDOVAL	EDUCADORA	CC. SITIO DEL NIÑO
9.	DRA. ANA MARIA CUELLAR DE FLORES	MEDICO GENERAL	CC. SAN RAFAEL
10.	LICDA. MARIA TERESA INTERIANO POSADA	ENFERMERA GENERAL	CC. SAN RAFAEL
11.	LICDA. YANIRA ELIZABETH LORENZANA DE BARCENAS	EDUCADOR EN SALUD	CC. SAN RAFAEL
12.	DR. JOAQUÍN BALBINO LINARES	DIRECTOR	CC. SANTA BÁRBARA
13.	DR. IGOR FERNANDOVITCH MORALES	MEDICO GENERAL	CC. SANTA BÁRBARA
14.	LICDA. MARTA LIDIA DE CHILIN	ENFERMERA GENERAL	CC. SANTA BÁRBARA
15.	LIC. DAID RIVERA VENTURA	EDUCADOR EN SALUD	CC. SANTA BÁRBARA
16.	DRA. DORIS AMPARO VALLADARES	DIRECTORA	CC. SANTO DOMINGO
17.	DRA. MERCEDES CAROLINA ALARCÓN DE MORAN	MEDICO GENERAL	CC. SANTO DOMINGO
18.	LICDA. SONIA ELIZABETH VÁSQUEZ DE TADEO	ENFERMERA GENERAL	CC. SANTO DOMINGO
19.	LICDA. BLANCA ESTELA RODRÍGUEZ DE ARRIVILLAGA	EDUCADOR EN SALUD	CC. SANTO DOMINGO
20.	DRA. FLORENCE ZACAPA DE VALDEZ	DIRECTORA	CC. EL CALVARIO
21.	DR. JOSÉ OSMIN FLORES CASTILLO	MEDICO GENERAL	CC. EL CALVARIO
22.	LICDA. MERCEDES REYES DE MIRÓN	ENFERMERA GENERAL	CC. EL CALVARIO

M

Departamento de Normalización y Estandarización

N°	NOMBRE	CARGO	DEPENDENCIA
23.	LICDA. OTILIA RAMÍREZ DE LANDAVERDE	EDUCADOR EN SALUD	CC. EL CALVARIO
24.	DRA. MIRNA ESTELA MARAVILLA	DIRECTORA	CC. GUADALUPE
25.	DR. JOSÉ ROBERTO ARÉVALO	MEDICO GENERAL	CC. GUADALUPE
26.	LICDA. VIOLETA IRINIA TORRES	ENFERMERA GENERAL	CC. GUADALUPE
27.	LIC. HUGO ALAM GUEVARA	EDUCADOR PARA LA SALUD	CC. GUADALUPE
28.	DRA. ANA MARIA DE SANDOVAL	DIRECTORA	CC. ANTIGUO CUSCATLÁN
29.	DR. GIOVANI FLORES CALDERÓN	MEDICO GENERAL	CC. ANTIGUO CUSCATLÁN
30.	LICDA. IRIS IVONNE DE SORTO	ENFERMERA GENERAL	CC. ANTIGUO CUSCATLÁN
31.	LICDA. SANTOS ELISA LÓPEZ	EDUCADORA	CC. ANTIGUO CUSCATLÁN
32.	DRA. DORIS CECIBEL ACOSTA RODRÍGUEZ	DIRECTORA	CC. MERLIOT
33.	DRA. ANA MARLENE RODRÍGUEZ MARTÍNEZ	MEDICO GENERAL	CC. MERLIOT
34.	LICDA. MARTA DELMY LÓPEZ GARAY	ENFERMERA GENERAL	CC. MERLIOT
35.	MARIA YANETH RUGAMAS GARCÍA	EDUCADOR EN SALUD	CC. MERLIOT
36.	DRA. GLORIA DE LA PAZ ARÉVALO DE CEVALLOS	DIRECTORA	CC. SAN ANTONIO
37.	DR. ALEX FRANCISCO GONZÁLEZ	MEDICO GENERAL	CC. SAN ANTONIO
38.	LICDA. CLARA EUGENIA ALAS DE MEJÍA	ENFERMERA GENERAL	CC. SAN ANTONIO
39.	LICDA. SANTOS ESTELA ARTIGA	EDUCADOR EN SALUD	CC. SAN ANTONIO
40.	DR. JOSÉ RIGOBERTO AGUILAR	DIRECTOR	CC. SANTA MÓNICA
41.	DRA. CECILIA QUIJANO	MEDICO GENERAL	CC. SANTA MÓNICA
42.	LICDA. DORY MIRANDA	ENFERMERA GENERAL	CC. SANTA MÓNICA
43.	LIC. LEONEL MARTÍNEZ	EDUCADOR EN SALUD	CC. SANTA MÓNICA
44.	DR. HÉCTOR EDGARDO CALDERÓN PORTILLO	DIRECTOR	CC. MONTSERRAT
45.	DRA. MERY JEANETTE CARDOZA DE PARADA	MEDICO GENERAL	CC. MONTSERRAT
46.	LICDA. CLAUDIA BEATRIZ ARTIGA	ENFERMERA GENERAL	CC. MONTSERRAT

N

Departamento de Normalización y Estandarización

N°	NOMBRE	CARGO	DEPENDENCIA
47.	LICDA. MIRNA CONSUELO ACOSTA SANTAMARÍA	EDUCADOR EN SALUD	CC. MONTSERRAT
48.	DR. SAMUEL HENRÍQUEZ	DIRECTOR	CC. COSTA RICA
49.	DR. JOSÉ GUILLERMO ZALDAÑA	MEDICO GENERAL	CC. COSTA RICA
50.	SRA. DORIS RUTH HERNÁNDEZ LÓPEZ	ENFERMERA GENERAL	CC. COSTA RICA
51.	LIC. WALTER SÁNCHEZ PEÑA	EDUCADOR EN SALUD	CC. COSTA RICA
52.	DRA. CLAUDIA ANTONIA CONSTANZA	DIRECTORA	CC. SAN FRANCISCO
53.	DRA. MARTA PATRICIA RIVAS UMAÑA	MEDICO GENERAL	CC. SAN FRANCISCO
54.	LICDA. LOURDES YANETH MALDONADO	EDUCADORA	CC. SAN FRANCISCO
55.	DR. MARIO ANTONIO FERRUFINO ASCENCIO	DIRECTOR	CC. PANAMERICANA
56.	DRA. ÁNGELA MARGARITA HERRERA NÚÑEZ	MEDICO GENERAL	CC. PANAMERICANA
57.	LICDA. PAULA ANTONIA CAMPOS CERÓN	ENFERMERA	CC. PANAMERICANA
58.	LICDA. PATRICIA JEANNETTE MUÑOZ DE ZELAYA	EDUCADORA	CC. PANAMERICANA
59.	DR. EDGARDO ANTONIO MENDOZA VELA	DIRECTOR	CC. SANTA CATARINA
60.	DR. JOSÉ ALFREDO FRANCO ALVARADO	MEDICO GENERAL	CC. SANTA CATARINA
61.	SRA. MADAI CONCEPCIÓN MORALES CHAVARRÍA	ENFERMERA	CC. SANTA CATARINA
62.	LIC. ARMANDO NAPOLEÓN LAINEZ PORTILLO	EDUCADOR	CC. SANTA CATARINA
63.	DR. ABEL ENRIQUE ZALDAÑA JIMÉNEZ	DIRECTOR	SANTA ROSA DE LI MA
64.	DR. MARIO LUÍS VALLE SALMERÓN	MEDICO GENERAL	SANTA ROSA DE LI MA
65.	SRA. INGRID ELIZABETH MACHADO DE TORRES	ENFERMERA GENERAL	SANTA ROSA DE LI MA
66.	LICDA. CESIA ROSALINA CENTENO DE DÍAZ	EDUCADORA	SANTA ROSA DE LI MA
67.	DRA. MARIA GUISELLE REBOLLO	DIRECTORA	CC. SAN ESTEBAN
68.	DRA. SONIA MORENO DE OVIEDO	MEDICO GENERAL	CC. SAN ESTEBAN
69.	LICDA. IRMA GRACIELA CUADRA CAMPOS	ENFERMERA	CC. SAN ESTEBAN
70.	LICDA. AUSA RUTH HERNÁNDEZ	EDUCADORA	CC. SAN ESTEBAN

O

Departamento de Normalización y Estandarización

N°	NOMBRE	CARGO	DEPENDENCIA
71.	DR. CARLOS ALBERTO RIVAS AYALA	DIRECTOR	CC. SAN MARCOS
72.	DR. JOSÉ MANUEL GUEVARA MARTÍNEZ	MEDICO GENERAL	CC. SAN MARCOS
73.	SRA. MARIA AMANDA HERNÁNDEZ DE ARTEAGA	ENFERMERA	CC. SAN MARCOS
74.	LICDA. FLOR DE MARIA PEÑA	EDUCADORA	CC. SAN MARCOS
75.	DRA. CELESTE PAIZ	DIRECTOR	CC. AYUTUXTEPEQUE
76.	DRA. PINA LISSETH GUILLEN	MEDICO GENERAL	CC. AYUTUXTEPEQUE
77.	LICDA. MARIA ELVIRA MONTERROSA DE SELIDON	ENFERMERA	CC. AYUTUXTEPEQUE
78.	LICDA. ZULMA MARLENE RIVAS DE ARÉVALO	EDUCADOR	CC. AYUTUXTEPEQUE
79.	DRA. ELISA MONTESINO DE GALDÁMEZ	DIRECTOR	CC. MEJICANOS
80.	DR. GILBERTO ANTONIO MELÉNDEZ	MEDICO GENERAL	CC. MEJICANOS
81.	LICDA. YOLANDA YANIRA POSADA CORADI	ENFERMERA GENERAL	CC. MEJICANOS
82.	LICDA. DORIS MARGOTA FAJARDO LÓPEZ	EDUCADORA	CC. MEJICANOS
83.	DRA. LIZETH CHÁVEZ CUESTAS	DIRECTORA	CC. SAN ANTONIO ABAD
84.	DRA. PATRICIA LORENA RAMÍREZ CARIDAD	MEDICO GENERAL	CC. SAN ANTONIO ABAD
85.	LICDA. CANDIDA YESENIA MARROQUÍN	ENFERMERA	CC. SAN ANTONIO ABAD
86.	LICDA. BLANCA ARACELI RUIZ DE TRUJILLO	EDUCADORA EN SALUD	CC. SAN ANTONIO ABAD
87.	DR. MANUEL ÁVALOS SOMOZA	DIRECTOR	CC. OLOCUILTA
88.	DRA. CLAUDIA LISETTE PALOMO	MEDICO GENERAL	CC. OLOCUILTA
89.	LICDA. CRUZ VERÓNICA BERRÍOS ARÉVALO	ENFERMERA GENERAL	CC. OLOCUILTA
90.	LICDA. DORIS VENTURA	EDUCADORA	CC. OLOCUILTA
91.	DRA. SILVIA ESTELA BONILLA DE VIVAS	DIRECTORA	CC. MONTE MARIA
92.	SRA. ROSA CANDIDA GONZÁLEZ DE CABRERA	ENFERMERA GENERAL	CC. MONTE MARIA
93.	LICDA. FRANCISCA PALACIOS	EDUCADORA	CC. MONTE MARIA
94.	DR. FAUSTO CAMPOS ORTIZ	DIRECTOR	CC. REPARTO MORAZÁN

N°	NOMBRE	CARGO	DEPENDENCIA
95.	LICDA. ANA ZULEMA MENÉNDEZ	EDUCADORA	CC. REPARTO MORAZÁN
96.	LIC. KELVIN EVELIO COREA	EDUCADOR	CC. REPARTO MORAZÁN
97.	DRA. IRMA LORENA RUIZ SALDAÑA	DIRECTOR	CC. SAN CRISTÓBAL
98.	LICDA. SILVIA ELENA BELTRÁN DE SÁNCHEZ	ENFERMERA	CC. SAN CRISTÓBAL
99.	LICDA. KARLA YUANETH ALEMÁN	EDUCADORA	CC. SAN CRISTÓBAL
100.	DR. LUÍS RODRÍGUEZ GARAY	DIRECTOR	CC. SAN MARTÍN
101.	DR. OMAR IVÁN HUEZO	MEDICO GENERAL	CC. SAN MARTÍN
102.	SRITA. LIDIA ELIZABETH GÓMEZ RODRÍGUEZ	ENFERMERA GENERAL	CC. SAN MARTÍN
103.	LIC. MIGUEL DE JESÚS HENRÍQUEZ	EDUCADOR	CC. SAN MARTÍN
104.	DRA. NORMA EVELYN PÉREZ FLORES	MEDICO GENERAL	CC. SANTA LUCIA
105.	SRA. SANDRA SALAZAR DE ESTRADA	ENFERMERA GENERAL	CC. SANTA LUCIA
106.	LICDA. NADIA GUADALUPE CHAVARRÍA CARRANZA	EDUCADOR	CC. SANTA LUCIA
107.	DR. MARIO ERNESTO ESPINOZA AGUILAR	DIRECTOR	CC. SOYAPANGO
108.	LICDA. ANA RUTH HERNÁNDEZ MAYORGA	ENFERMERA GENERAL	CC. SOYAPANGO
109.	LICDA. ANA DELMY MARTÍNEZ DE ARGUETA	EDUCADOR EN SALUD	CC. SOYAPANGO
110.	DRA. ANA MARIA JULE DE LÓPEZ	DIRECTORA	CC. CIUDAD DELGADO
111.	DRA. PATRICIA LORENA RAMOS DE HERNÁNDEZ	MEDICO GENERAL	CC. CIUDAD DELGADO
112.	LICDA. MORENA DEL CARMEN PINEDA ROSALES	ENFERMERA GENERAL	CC. CIUDAD DELGADO
113.	LICDA. NORA DINA RODRÍGUEZ DE MARTÍNEZ	EDUCADORA	CC. CIUDAD DELGADO
114.	DRA. ROXANA ESTELA RODRÍGUEZ DE MELARA	DIRECTORA	CC. CUSCATANCINGO
115.	DRA. CARMEN HAYDEE ESCOBAR DE LÓPEZ	MEDICO GENERAL	CC. CUSCATANCINGO
116.	LICDA. PATRICIA MARISOL MÉNDEZ REYES	ENFERMERA GENERAL	CC. CUSCATANCINGO
117.	LIC. HENRY MISAEL CRESPÍN TELLES	EDUCADOR	CC. CUSCATANCINGO
118.	DRA. VERÓNICA ARTIGA DE MOSCOTE	DIRECTOR	CC. LA RÁBIDA

Q

N°	NOMBRE	CARGO	DEPENDENCIA
119.	DRA. FLOR DE MARIA RIVAS	MEDICO GENERAL	CC. LA RÁBIDA
120.	LICDA. YESENIA CRUZ	ENFERMERA	CC. LA RÁBIDA
121.	LICDA. ERIKA DE LEÓN	EDUCADORA	CC. LA RÁBIDA
122.	DR. LUÍS ALBERTO FIGUEROA LARA	DIRECTOR	CC. SAN MIGUELITO
123.	LICDA. DINA ESTER HERNÁNDEZ ALAS	ENFERMERA GENERAL	CC. SAN MIGUELITO
124.	LIC. JOSÉ MANUEL URRUTIA	EDUCADOR	CC. SAN MIGUELITO
125.	DRA. ROSA CAROLINA POLANCO DE MEIR	MEDICO GENERAL	CC. SAN MIGUELITO
126.	DR. CECILIA TORRES DE VALENCIA	DIRECTORA	CC. MIRAMONTE
127.	LICDA. CLAUDIA MARTÍNEZ	ENFERMERA	CC. MIRAMONTE
128.	LIC. ALEJANDRO MARTÍNEZ	EDUCADOR	CC. MIRAMONTE
129.	DR. OSCAR ARMANDO PEREZ ZACARIAS	DIRECTOR	CC. VIRGEN DEL TRANSITO
130.	DRA. TERESA BEATRIZ ELIAS DE NUÑIZ	MEDICO GENERAL	CC. VIRGEN DEL TRANSITO
131.	LICDA. DILCIA KAROLINA ALVARADO	ENFERMERA	CC. VIRGEN DEL TRANSITO
132.	LICDA. LIZZETTE ESPINOZA ABARCA	EDUCADOR	CC. VIRGEN DEL TRANSITO

R

Indice

No.	CONTENIDO	No. PAG
1.	INTRODUCCIÓN	1
2.	OBJETIVOS	2
3.	CAMPO DE APLICACIÓN	2
4.	MARCO TEÓRICO DEL NUEVO ENFOQUE	
	I- ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD	3
	II- MEDICINA FAMILIAR	6
5.	CONTENIDO TÉCNICO DE LA NORMA	
	I- ESTRATEGIAS DE IMPLEMENTACIÓN PARA EL MODELO DE MEDICINA FAMILIAR EN CLÍNICAS COMUNALES	23
	II- GENERALIDADES SOBRE EL FUNCIONAMIENTO Y ORGANIZACIÓN DE CLÍNICAS COMUNALES	26
	III- ACTIVIDADES INTRAMURALES: A- PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN AMBULATORIA DE MEDICINA FAMILIAR	36
	B- ACTIVIDADES INTRAMURALES DE FOMENTO A LA SALUD	39
	IV-ACTIVIDADES DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD: A- FASES DE IMPLEMENTACIÓN PARA LA OPERATIVIZACIÓN DE ACTIVIDADES APS	40
	B- VISITA DOMICILIAR FAMILIAR	42
	C- ACTIVIDADES DE SALUD COMUNITARIA:	48
	i. ATENCIÓN A COMUNIDADES	51
	ii. ATENCIÓN A CENTROS ESCOLARES	57
	iii. ATENCIÓN A EMPRESAS	60
	iv. PARTICIPACIÓN INTERINSTITUCIONAL	62
6.	FUNCIONES DEL PERSONAL DE CLÍNICAS COMUNALES	
	I- FUNCIONES DEL EQUIPO DE SALUD	63
	II- FUNCIONES DEL EQUIPO COORDINADOR DEL PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD Y SALUD COMUNITARIA	64
	III- ACTIVIDADES A REALIZAR POR EDUCADORES PARA LA SALUD	65
	IV- ACTIVIDADES A REALIZAR POR PERSONAL DE ENFERMERÍA	68
	V- FUNCIONES DE TRABAJO DEL EQUIPO ODONTOLÓGICO	71
	VI- FUNCIONES DE PSICÓLOGO	76
	EVALUACIÓN DE RESULTADOS	79
7.	OBSERVANCIA DE LA NORMA	82
8.	VIGENCIA DE LA NORMA	82
9.	ANEXOS	83
10.	CONCEPTUALIZACIONES E INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DE INSTRUMENTOS DE TRABAJO EN CLÍNICAS COMUNALES	84

INTRODUCCIÓN

Aspecto importante en la preservación de la salud de todo ser humano lo constituye el grado de responsabilidad que se asuma para el cuidado de la misma, ya sea en forma individual como colectiva; esta responsabilidad, solamente puede ser lograda, toda vez que las personas obtengan los conocimientos adecuados y oportunos para que sean puestos en práctica y los conduzcan a propiciar un cambio positivo en sus actuales estilos de vida.

En ese sentido, nuestras acciones, deben encaminarse a proporcionar una atención integral en salud para los derechohabientes en las clínicas comunales y actividades de fomento a la salud en las comunidades, a través de una adecuada capacitación de sus miembros para estimular con mayor énfasis la realización de las mismas que involucren a la mayor parte de la población para alcanzar mejores condiciones de vida en las personas, y en ese sentido incluir a otros sectores o instituciones en el proceso educacional de los habitantes de las comunidades, utilizando para ello las estrategias establecidas en el marco de la Atención Primaria en Salud.

Los lineamientos técnicos normativos escritos en este documento y oficializados por las Autoridades de la Institución servirán como herramienta de trabajo del personal de las clínicas comunales para su evolución hacia un modelo de atención de Medicina Familiar, los cuales se describen en orden correlativo; sin embargo, esto no significa que uno sea mas importante que el otro, lo trascendente es que todos llevan un propósito y están profundamente interrelacionados y su aplicación involucra a todos los niveles del sector (intersectorialidad e interinstitucionalidad) y las comunidades comprendidas dentro del Área de Responsabilidad Programática (ARP) de cada una de ellas, para que se proporcione una atención integral, continua, oportuna, de calidad y con calidez a sus usuarios y en el que la comunidad beneficiada tenga participación activa y logre un empoderamiento en la resolución de sus problemas de salud – enfermedad.



OBJETIVOS

1. Regular la prestación del servicio de atención en las Clínicas Comunales con un enfoque de Medicina Familiar.
2. Estandarizar las actividades a realizar por el personal de la clínica comunal, encaminados a la atención médica ambulatoria.
3. Establecer los lineamientos normativos para el desarrollo de las actividades durante la visita domiciliar.
4. Establecer los lineamientos normativos institucionales para lograr que los pobladores de las comunidades, se involucren en la solución de sus problemas de salud, ya sea en forma individual o colectiva, a través de una participación conciente y activa, tanto en actividades de organización, promoción, educación en salud y acciones preventivas, como de auto gestión para el fomento a la salud que realiza cada una de las clínicas comunales en su área de responsabilidad programática.

CAMPO DE APLICACIÓN

Los presentes lineamientos son de observancia obligatoria para todo el personal que labora en las Clínicas Comunales.



1. ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD:

Es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad con su participación y a un costo que la comunidad y país puedan soportar, en todas y cada unas de sus etapas de desarrollo con espíritu de responsabilidad y autodeterminación (Alma Ata, 1978).

El ser humano visto desde cualquier ángulo (técnico, político, partidario, administrativo, humano, legal, etc.) tiene derecho a la salud; siendo ésta, parte, producto y resultado del desarrollo social, se hace necesario e indispensable que todos los actores sociales de una determinada zona, tales como el sector salud, educación, las empresas privadas, públicas y municipales y las personas de las comunidades, se coordinen con el fin de crear, fortalecer, sumar y/o multiplicar esfuerzos, en la identificación de necesidades sentidas y no sentidas por las personas del colectivo y en la solución las mismas, para garantizar el bien de salud de las familias y comunidades.

A pesar de las experiencias de occidente en la incorporación de la participación comunitaria en los programas de salud, puede decirse que ésta surge en los países subdesarrollados como una necesidad histórica, económica y social. La estrategia empleada por estos países para llevar los servicios de salud a todos los sectores de la población fue el establecimiento de la Atención Primaria de Salud para alcanzar la Salud Para Todos en el año 2000. No es de extrañar cuando un alto porcentaje de la misma corresponde a esfuerzos orientados a la prevención de enfermedades y a la promoción de salud. Estas tareas requieren a su vez un proceso de concientización de la población para la realización de las mismas y la implementación de las intervenciones necesarias. La participación comunitaria organizada, activa y conciente se ha convertido en uno de los principales principios de la Atención Primaria de Salud.

Esta política de salud se subrayó por primera vez en Alma-Ata en 1978 por la Organización Mundial de la Salud y la UNICEF, donde se planteó que la participación comunitaria refleja el derecho del pueblo a participar individual y colectivamente en



la planificación, ejecución y evaluación de sus programas de atención de salud. Por tal motivo la participación comunitaria se convirtió en la clave para hacer llegar los servicios de salud a toda la población.

Existen varias razones por las cuales las estrategias de base comunitarias han sido beneficiadas para el control y la erradicación de las enfermedades tropicales, el factor económico es obvio en función de la precariedad que indiscutiblemente acompaña su aparición. En el análisis de las enfermedades tropicales, de comportamiento agudo en los países latinoamericanos entre otros, se ha visto la necesidad de reconocer, primero la prevalencia de las mismas relacionadas a factores económicos, sociales y culturales que inciden en su desencadenamiento y manifestación y segundo, la urgencia de movilizar los recursos financieros y humanos disponibles para una tarea de tan gran envergadura como lo es la educación para la salud, en la que deben estar involucrados todos los individuos. Esta perspectiva también se ha visto muy favorecida por la concepción del cuidado de salud a niveles más localizados, entiéndase en el marco de la comunidad, entre otros.

Otra razón es que el buen éxito de muchas estrategias de control para este tipo de enfermedades solo puede ser alcanzado si es activa la participación de los miembros de la comunidad, porque para las mismas no existe prevención absoluta y porque sus estrategias de control están basadas en alternar la sanidad con el comportamiento de los individuos.

Producto de la necesidad de programas económicos y sostenibles para la prevención y control de las enfermedades tropicales, la participación de la comunidad de residentes en las intervenciones de salud, ha sido siempre vista como una alternativa de acercamiento. La participación comunitaria es esencial para movilizar los recursos humanos y sacar a flote los escasos recursos materiales y financieros disponibles para los programas de control en el ámbito de la comunidad y al mismo tiempo se hace un mejor uso de ellos y demoran más en consumirse.

Los científicos sociales argumentan que no solo se debe invertir esfuerzos en educar a las comunidades acerca de los riesgos de la enfermedad y los métodos de control de las mismas, sino que se necesita escuchar más a las personas y prestar



mejor atención a sus creencias y costumbres, los cuales deben ser tomadas en cuenta en el diseño de las intervenciones educativas. El origen de estas dificultades radica en la acción misma que pretenden llevar a cabo estos proyectos: una intervención comunitaria. Una intervención es una acción o interferencia impositiva que se ejerce desde afuera hacia la comunidad. El término comunitaria se refiere, en cambio, a algo más natural, espontáneo, generado desde adentro y desde abajo, desde lo común compartido con el colectivo.

Por otra parte, también existen varios conceptos de participación comunitaria que definen el papel que desempeñan las comunidades en las tareas de salud. Por muchos años la participación comunitaria se definió como el comprometimiento de los miembros de la comunidad en el cuidado de su salud. Así la aceptación pasiva de las intervenciones de salud en la comunidad, tales como las campañas de vacunación, han sido consideradas ejemplos de participación comunitaria. Más recientemente, se ha hecho énfasis en las diferencias entre la aceptación pasiva y la verdadera participación comunitaria en la selección, designación, implementación y evaluación de las actividades de control de las enfermedades.

De hecho, los programas se han ubicado en dos vertientes diferentes: 1) la de aquellos –planificados y organizados- iniciados desde las instituciones, donde los límites de la participación están definidos por los profesionales, que es la que se ha dado a llamar participación pasiva y que tienen la prestación de servicios como actividad típica; Como consecuencia los planificadores se han restringido a las opiniones que poseen sobre las capacidades de la comunidad y han creado programas que reflejan sus propias concepciones de los procesos más que las de las personas a quienes planean servir. Y 2) la de aquellos que desarrollan lo existente o iniciado desde los mismos miembros de las comunidades, en los que son alentados a tomar decisiones (empoderamiento), orientadas a la acción social y el desarrollo de recursos comunitarios y cuyos prototipos de actuación serían la organización comunitaria y la autoayuda.



2. MEDICINA FAMILIAR:

De todos los grupos sociales, la familia es probablemente el más controvertido; hablando en sentido metafórico, la familia ha sido pesada, medida y cuantificada por sociólogos y economistas; ha sido fragmentada y analizada microscópicamente por el antropólogo; ha sido idealizada y romantizada por clérigos y poetas y no es, hasta épocas recientes, cuando la ciencia médica se propone estudiarla desde su muy particular punto de vista.

El interés de la medicina por el estudio sistemático y científico de la familia, se debe, en gran medida, al enfoque ecológico del proceso de salud y enfermedad. Con este enfoque, el individuo deja de ser visto como ente exclusivamente biológico y cobran interés los factores psicológicos y sociales, muchos de los cuales se generan en la propia familia y afectan en una u otra forma a la salud del individuo.

Según lo anterior, el ambiente familiar se convierte en un medio que influye en alguna forma sobre el individuo, ya sea inhibiendo o favoreciendo su desarrollo, fenómeno que ha sido observado a través del tiempo y en los diferentes grupos culturales. Es la familia la que en condiciones ordinarias tiene la función más importante en la formación de la identidad. En efecto, es en la familia donde transcurren los primeros años de vida del individuo, y en ella recibe la información y los estímulos más determinantes para su estructuración biológica, y psicológica, así como para su socialización, En el desarrollo del proceso de identidad son muy importantes para el individuo las figuras de la madre y del padre, porque se identifica parcial o totalmente con ellas.

A raíz de que se precisó que la familia afecta o beneficia la salud de los individuos y con ello a la sociedad, la ciencia médica la retoma como objeto de estudio. La estructura y funcionamiento de cada una de las familias son las que proporcionan a sus miembros los recursos necesarios para enfrentar con éxito las adversidades de la vida tales como pérdidas físicas, humanas o materiales, conflictos afectivos, alteraciones en el estado de salud, etc; es por ello que tanto el médico familiar como el equipo de salud deben trabajar en conjunto con los individuos y sus familias en la solución de sus propios problemas, transformado el modelo tradicional de atención individualizada y/o colectiva en otro mucho mas fortalecido que permita la prestación de servicios basando las estrategias en los recursos



necesidades propios de cada familia. De ahí que el personal de salud en general, y el médico familiar en particular, enfrenten ahora el problema de tener que modificar un modelo de atención basado en un enfoque biológico en otro tipo de integrador en el que se considera al individuo como unidad bio-psico-social.

Se acepta ampliamente que la Medicina Familiar es la disciplina que capacita al médico para brindar atención médica primaria, continua e integral al individuo y su familia. Es una disciplina académica y especialidad médica que comprende una serie de actividades que se fundamentan en tres ejes:

- CONTINUIDAD:

Se comprende desde una perspectiva que integra los aspectos biológicos, psicológicos y sociales en un esquema longitudinal que permite el seguimiento del proceso salud-enfermedad de los individuos, sin importar edad, sexo, ni la naturaleza o estadio de las enfermedades que les afecten, estableciendo el tratamiento adecuado de las mismas y coordinando los recursos médicos, familiares y comunitarios a su alcance para su óptima aplicación. La continuidad de la atención tiene cuatro dimensiones fundamentales:

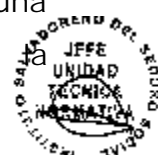
1. La dimensión cronológica se aplica a la historia natural de la enfermedad y es el modo en el cual los médicos de familia usan visitas repetidas a través del tiempo como un instrumento de diagnóstico y tratamiento así como una oportunidad para desarrollar una relación personal más profunda de confianza y de comprensión. Esta dimensión también incorpora aspectos de atención relacionada al crecimiento humano y el desarrollo del individuo y de la familia.
2. La dimensión geográfica se refiere al lugar donde tiene lugar la atención; el consultorio del médico, la casa del paciente, en el hospital por un cuadro agudo, la institución para atención de pacientes crónicos, un hogar de ancianos o un centro comunitario. El médico de familia debe ser el médico más cercano al paciente a través del sistema de servicios de salud. En 52 países, la mayor parte de los médicos de familia tienen práctica en sus consultorios, proveen atención de emergencia y realizan atención domiciliar. Mientras que un 45 por ciento proporcionan servicios en hogares de ancianos, menos del treinta por ciento realizan atención hospitalaria directa.



3. La dimensión interdisciplinaria se refiere a la atención que atraviesa los sistemas orgánicos tradicionales o las disciplinas clínicas determinadas por las especialidades. El médico de familia, como generalista, maneja la artritis, la infección urinaria y la depresión en un paciente y después atiende al hijo de ese paciente por un dolor de oídos o una diarrea. El médico de familia puede tener que manejar diferentes enfermedades al mismo tiempo y apoyar al paciente con otros problemas de su vida (por Ej.: desempleo, pobreza).
4. La dimensión interpersonal incluye: relación médico-paciente, relaciones familiares, y relaciones interprofesionales. La relación médico-paciente comprende el establecimiento de una comunicación simpática y de confianza mutua que Carmichael llamó una "relación de pertenencia"; refiriéndose a una relación asegurada que puede hacer despertar (al médico) en la mitad de la noche para ver un niño enfermo. Trabajos recientes sobre cuidados centrados en el paciente muestran inequívocamente que una relación efectiva entre el paciente y el médico puede afectar los resultados de salud. Como ejemplo de la importancia de las relaciones familiares, considérese el caso de una mujer que teme al licor debido a que su padre es alcohólico, mientras su hijo toma alcohol en respuesta a su actitud prohibitiva. Las relaciones interprofesionales se desarrollan a lo largo del tiempo con colegas de los cuales uno depende cada día. Un cirujano responde a nuestro llamado porque sabe que no se le llama sin motivo, una trabajadora social arregla visitar rápidamente a su paciente debido a que usted le ha demostrado que es cuidadoso en determinar las necesidades prioritarias de sus pacientes, los colegas que trabajan con usted desarrollan una comprensión y una familiaridad crecientes de las fortalezas y debilidades de cada uno.

- ACCIÓN ANTICIPATORIA:

Se basa en un enfoque de riesgo, el cual contribuye a la identificación de la probabilidad de que ciertas características de los individuos, familia y/o el medio ambiente que le rodea, produzcan en conjunto una enfermedad. El enfoque de riesgo brinda la oportunidad de planear las estrategias más adecuadas para atenuar, modificar o eliminar los riesgos para la aparición de enfermedades, en una perspectiva integradora que permita mantener al individuo, la familia y



comunidad sanos, retrazando la aparición de patologías o la complicación de las mismas.

- ESTUDIO DE LA FAMILIA:

permite el entendimiento del entorno biopsicosocial fundamental en el que se desarrolla la vida de cualquier individuo y que señala a la familia como un grupo social en el que el proceso salud-enfermedad se maneja bajo una serie de factores de tipo estructural, funcional y cultural que pueden favorecer o limitar la salud, ya sea individual o familiar.

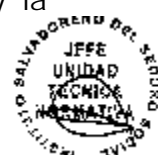
El profesional de la medicina familiar actúa como vía de entrada del paciente y su familia al sistema de atención a la salud. Integra las ciencias biológicas, sociales y de la conducta; su campo de acción se desarrolla sin distinción de edades, sexos, sistemas orgánicos, y enfermedades.

El ejercicio de sus acciones tiene como marco de referencia la atención médica primaria, la atención que presta es integral y continua, lo cual se contrapone a la atención esporádica y fragmentada de otros especialistas, esta atención se lleva a cabo en el consultorio, en el hogar del paciente y en los propios servicios hospitalarios.

A lo largo de su práctica reconoce la necesidad de compartir el estudio, análisis y tratamiento de los problemas de salud de su población con otros especialistas y trabajadores de la salud. Es el coordinador de los recursos disponibles en la comunidad, para la atención de los problemas de salud.

Es por excelencia un clínico genuinamente interesado en la salud de sus pacientes, cada contacto con ellos es para él una oportunidad para efectuar acciones preventivas y de educación para la salud, sin que por ello se obscurezca su capacidad para diagnosticar y tratar los padecimientos agudos y crónicos que con mayor frecuencia se presentan en su población.

Busca comprender el contexto en el que se presentan los problemas de salud de sus pacientes, al tiempo que concede importancia central a los aspectos subjetivos de la práctica médica, de tal forma que actitudes, valores, sentimientos y niveles de interrelación son permanentemente analizados y manejados por él. Esta actitud permite fortalecer la relación médico-paciente evitando la despersonalización y la deshumanización de su práctica médica.



El médico familiar tiene compromiso y responsabilidad con la persona o el núcleo familiar, más que con un cuerpo de conocimientos, un grupo de enfermedades o la práctica de una técnica especial. Enfrenta los problemas de salud de sus pacientes en estadios sintomáticos y asintomáticos y estudia las características y consecuencias de la enfermedad a lo largo de su historia natural. Por lo que con frecuencia deben atender signos y síntomas aislados, más que cuadros clínicos definidos, o bien enfrentarse a las complejidades derivadas del diagnóstico múltiple. El médico familiar entiende la organización de su práctica profesional no sólo en términos de un conjunto de individuos, sino en términos de una población en riesgo. Por eso, maneja el concepto epidemiológico de riesgo, mismo que aplica, de nueva cuenta, tanto en lo individual como en lo colectivo.

DEFINICIÓN DE FAMILIA:

Por familia se entiende la unidad biopsicosocial, integrada por un número variable de personas, ligadas por vínculos de consanguinidad, matrimonio y/o afinidad y que viven en un mismo hogar.

Sin embargo, la concepción de la familia debe ir más allá de esta definición tradicional y fenomenológica y entenderla como una forma de organización grupal intermedia entre la sociedad y el individuo, pero que responde a la clase social a la que pertenece, esto significa que la participación de sus miembros en el proceso productivo responde a la forma de organización social.

La familia cumple funciones vitales que otros grupos no pueden llevar a cabo tan eficazmente. Dichas funciones comprenden: el cuidado, la reproducción, socialización, afecto y estatus.

La concepción sistémica de la institución familiar la plantea como un subsistema social abierto, en constante interacción con el medio natural, cultural y social, y en el que cada uno de sus integrantes interactúan como microgrupo con un entorno familiar donde existen factores biológicos, psicológicos y sociales de alta relevancia en la determinación del estado de salud o enfermedad.



LA FAMILIA COMO UNIDAD DE ESTUDIO DE LA MEDICINA FAMILIAR:

Un principio básico de toda ciencia es la definición de su objeto de estudio en una forma amplia y a la vez precisa así se debe definir desde el punto de vista de su identificación, es decir, se deberá delimitar y tipificar, ya que con ello se posibilita la asignación de responsabilidades de estudio; también se deberá definir desde un punto de vista conceptual y semántico, ya que con ello se facilita la comunicación con profesionales de otras áreas, y aún entre ellos mismos; finalmente, se deberá definir de manera operativa, ya que así se materializa la definición conceptual.

La discusión en torno a la naturaleza del objeto de estudio de una ciencia tiene el propósito de definir las clases de eventos o fenómenos que le corresponden estudiar a esa ciencia. Una vez definido el objeto de estudio, ya se está en posibilidades de considerar los métodos pertinentes para abordar su conocimiento.

Se puede decir que ha terminado la discusión en torno a la naturaleza del objeto de estudio de la medicina familiar, puesto que hoy parece estar muy claro que ésta toma como unidad de atención y estudio a la familia.

Otras especialidades médicas se han autodefinido sobre la base de áreas anatómicas, edad, sexo o tipo de padecimientos. La medicina familiar, en cambio, abarca porciones de todas las otras especialidades clínicas y disciplinas relacionadas. Así, integra a su práctica y a su cuerpo conceptual los conocimientos de disciplinas como antropología, salud pública, sociología y psicología, con lo cual pretende brindar una atención integral y continua a la familia valiéndose para ello, de los recursos de la comunidad y los de la propia familia.

De esta manera, el médico familiar deberá proporcionar atención continua, amplia y personalizada a los pacientes de todas las edades y a sus familias. Acepta la responsabilidad de la atención de todas las necesidades de salud del individuo y conserva una relación íntima, confidencial y personal con sus pacientes.

Dado que el médico familiar conoce mejor que nadie las necesidades de salud de las familias a su cargo, deberá coordinar los esfuerzos de los profesionales de la salud en torno a la atención de la familia, siempre que esto sea necesario, ya que este profesional debe resolver por sí mismo la mayor parte de los problemas que afectan frecuentemente la salud de la población.



Lo anterior plantea la necesidad de determinar en qué condiciones y desde qué perspectiva la familia se torna en un objeto de estudio de la medicina familiar. En todo caso, se puede decir que el estudio de la familia no es exclusivo de la medicina familiar puesto que, como sucede con otros objetos o unidades de estudio y análisis, la familia es susceptible de ser estudiada por diferentes corrientes del pensamiento, cada una de ellas con un valor similar pero con un concepto de significancia variada y con explicaciones igualmente diferentes. Según lo anterior, el estudio sistematizado de la familia compete a la medicina familiar dentro del campo de la ciencia médica.

ENFOQUE FAMILIAR EN ATENCIÓN PRIMARIA:

El médico especialista en medicina familiar y comunitaria o en medicina general asume como objetivos básicos de su actividad la atención individual, integral e integrada, y la comunitaria con un enfoque de prevención y promoción de la salud, y son pocos los que consideran a la familia como una unidad de atención.

Al iniciar el estudio de la atención familiar conviene que primero se aclaren algunas confusiones semánticas en torno a los términos de familia sana o enferma y familia funcional y disfuncional. Con los dos primeros se hace referencia a la «salud de la familia», es decir, a la suma de los estados de salud de los miembros que la conforman y, por tanto, trata de la prevalencia e incidencia de enfermedades en una familia determinada.

Con el término «salud familiar» se hace referencia al funcionamiento de la familia como agente social primario, por lo que su buen o mal funcionamiento es un factor dinámico que influye en la conservación de la salud o en la aparición de enfermedad. Cuando la familia «enferma», se hace ineficaz y no puede ejercer sus funciones básicas (afecto, estatus, reproducción, etc.) situación que define como familia disfuncional.

ELEMENTOS TEÓRICOS NECESARIOS PARA ESTUDIAR A LA FAMILIA:

Cada ciencia tiene como punto de partida un cuerpo teórico de conocimientos, el cual permite diferenciarla de otras ciencias. La ciencia es, ante todo un conjunto de actitudes y por tanto, una disposición para afrontar los hechos con el fin de investigar más de lo que alguien ha dicho sobre ellos. Estos conceptos son de gran



valor en medicina familiar, ya que el éxito o el fracaso de quien la ejerce dependen, en buena medida, de las actitudes que haya desarrollado durante su formación.

Los siguientes son elementos teóricos que a la vez que permiten al médico familiar cambiar de actitud, le proporcionan un cuerpo de conocimientos indispensable para el estudio de la familia; éstos son:

1. Ciclo de vida familiar,
2. Estructura y dinámica de la familia,
3. Tipología familiar,
4. Funciones de la familia,
5. Principios sobre la teoría general de la comunicación,
6. Principios sobre la teoría general de sistemas,
7. Principios sobre la teoría general de los grupos humanos,
8. Relaciones entre médico y paciente y entre médico y familia,
9. Fenómenos de transferencia y contratransferencia.
10. Técnica de la entrevista.

Estos elementos, o puntos de referencia, son fundamentales para que el médico familiar pueda, bajo una metodología precisa, entregarse científicamente al estudio de la familia.

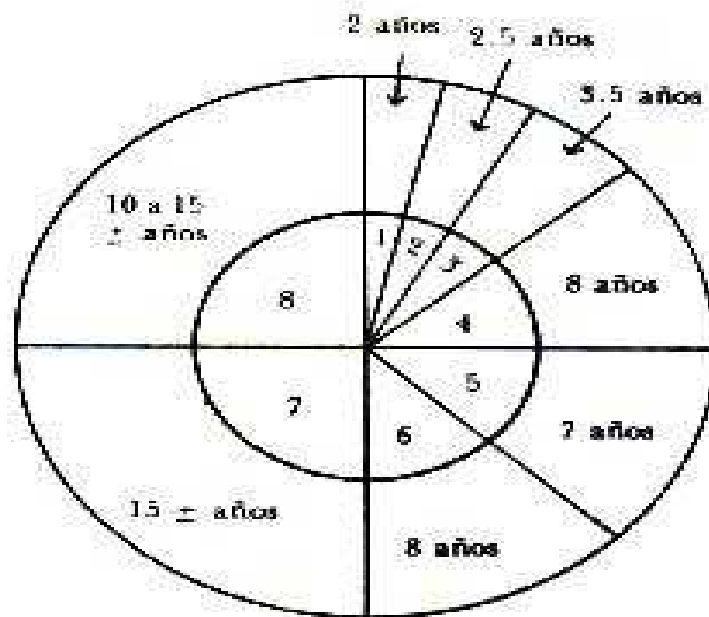
El estudio del ciclo de vida de la familia permite al médico analizar genéricamente la historia natural de una familia, desde su formación hasta su disolución. Con ello el médico familiar puede estar en posibilidad de prever una serie de fenómenos que afectan en una u otra forma a la salud familiar.

El ciclo de vida familiar puede ser descrito en una gran variedad de formas con un número de estadios que varían entre 4 y 24. La forma más comúnmente usada es la propuesta por Dubai en 1971, la cual se muestra modificada en la figura 1.

En este esquema el ciclo de vida de la familia se muestra en ocho estadios, que se inician cuando la pareja contrae matrimonio y se encuentra sola y sin hijos, y terminan cuando la pareja nuevamente queda sola, en etapa de retiro y frecuentemente abandonada por la prole.

Evidentemente hay diferentes expectativas, necesidades, crisis y fenómenos psicosociales en cada una de estas etapas.





1. Recién casados.
(sin hijos)
2. Nacimiento del 1er. hijo.
(hijo mayor, nacimiento a 30 meses)
3. Fam. con hijos preescolares.
(hijo mayor, 30 meses a 6 años)
4. Hijos escolares.
(hijo mayor, 6 a 15 años)
5. Familias con adolescentes
(hijo mayor, 15 a 20 años)
6. Epoca de desprendimiento
(separación del primero al último hijo)
7. Padres nuevamente solos
(separación del último hijo. Jubilación)
8. Años finales.
(Padres retirados. Muerte.)

Figura 1. Ciclo de vida de la familia según la duración de las ocho etapas que lo componen (Tomada de Rakel, R.E.; *Principles of Family Medicine*. W.B. Saunders Co., Philadelphia, London, Toronto, 1977. Pág. 286.)

El estudio de la dinámica familiar es otro elemento teórico indispensable para el médico familiar. Según Jackson, “la dinámica familiar consiste en un conjunto de fuerzas positivas y negativas que afectan el comportamiento de cada miembro, haciendo que ésta funcione bien o mal como unidad.” Chagoya agrega que la dinámica familiar normal “es una mezcla de sentimientos, comportamientos y expectativas entre cada miembro de la familia, lo cual permite a cada uno de ellos desarrollarse como individuo y le infunde el sentimiento de no estar aislado y de poder contar con el apoyo de los demás.”

El estudio de la dinámica familiar desde el punto de vista de la teoría general de sistemas, nos permite comprender que la familia es mucho más que la suma de sus partes, y que los diferentes elementos que la componen, al interrelacionarse entre sí producen una organización psicosocial en constante cambio y crecimiento. Este enfoque también permite definir las diferentes alianzas o subsistemas que se dan en todo tipo de familia, y que el médico familiar debe conocer ya que pueden influir en el éxito o el fracaso de la terapéutica.

Respecto a la tipología de la familia, hay diversos criterios para clasificarla; entre ellos se pueden citar los siguientes:

1. Desde el punto de vista de su integración, la familia puede clasificarse como integrada, semintegrada o desintegrada.
2. Desde el punto de vista de sus hábitos y costumbres y patrones de comportamiento, puede clasificarse como tradicional o moderna, o bien tipificarse como rural y urbana.
3. Si analizamos a la familia con un enfoque psicosocial y basándonos en la dinámica de las relaciones intrafamiliares, puede clasificarse en funcional y disfuncional.
4. Finalmente, la familia puede denominarse nuclear o extensa en función de los elementos que la constituyen (estructura).

Como se ve, no hay una sola clasificación y no se puede decir que una sea mejor que la otra. Una clasificación muy empleada es la que considera a la familia como nuclear o extensa. En las figuras 2 y 3 se puede observar la diferencia entre ellas.



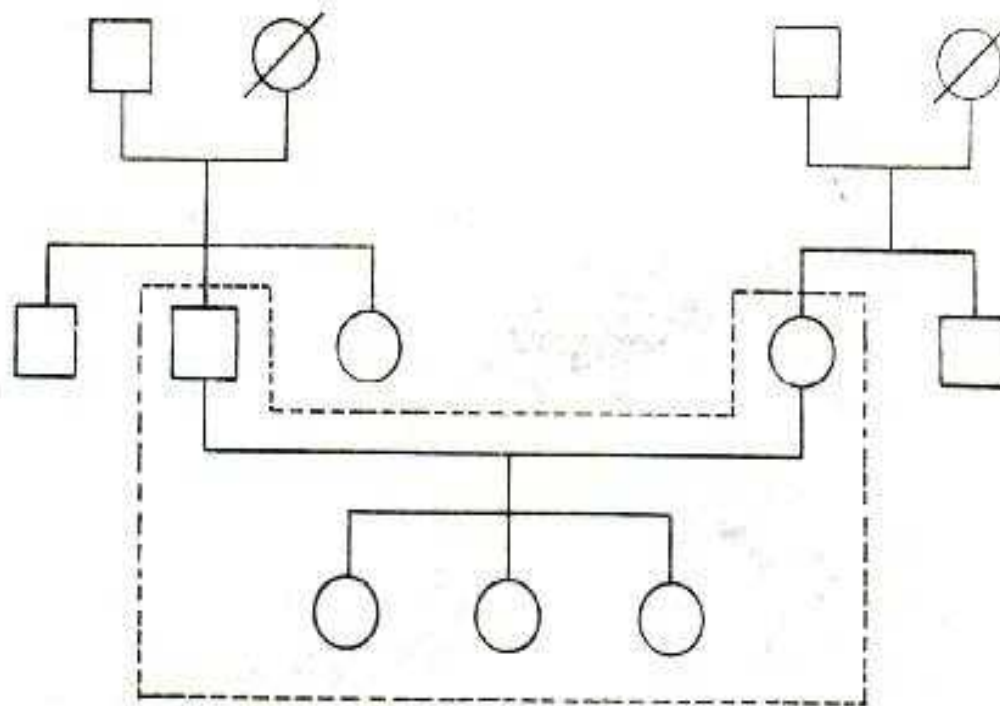


Figura 2. La familia nuclear. (Tomada de Rakel, R.E.: *Principles of family medicine*. W.B. Saunders Co., Philadelphia, London, Toronto, 1977. Pág. 255.)

La familia nuclear agrupa tan sólo a los padres y a los hijos, a los padres sin hijos, o bien a uno de los padres con hijos cuando el otro ha muerto, se ha retirado o divorciado. En la figura se representa a la familia nuclear típica.

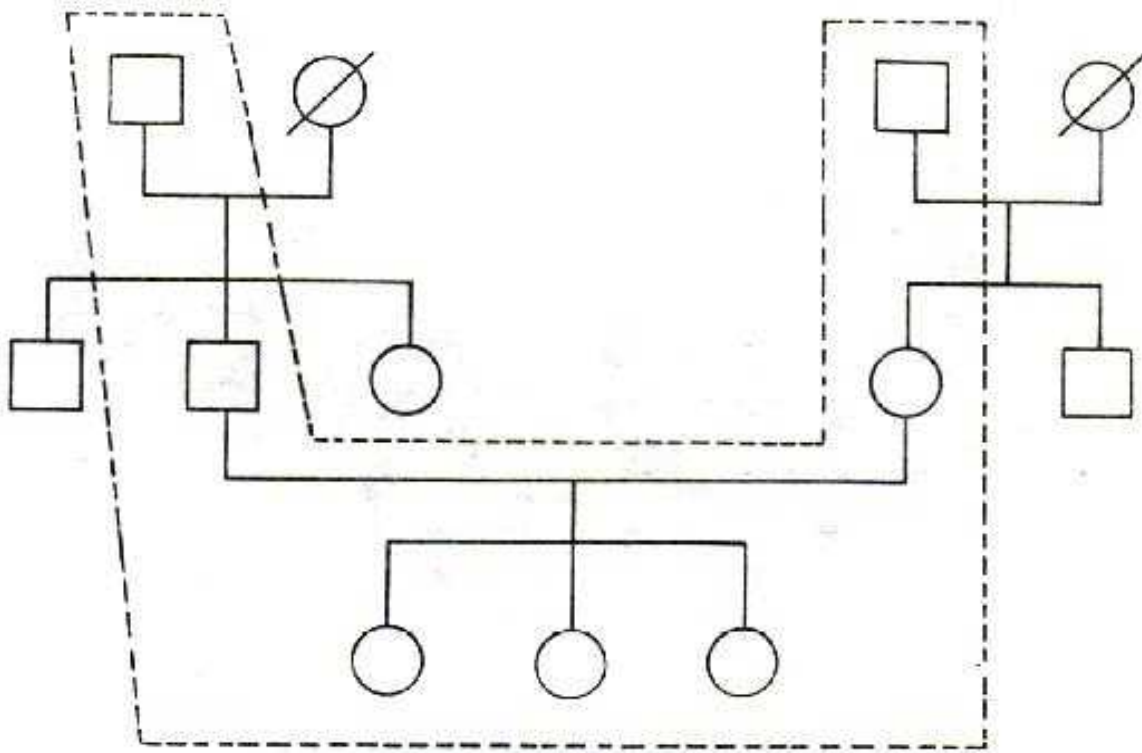


Figura 3. La familia extendida. (Tomada de Rakel, R.E.: *Principles of family medicine*. Philadelphia, London, Toronto, 1977. Pág. 257.)

En cambio, la familia extendida es la formada por los padres, los hijos y algún otro familiar consanguíneo.

En lo que se refiere a las funciones familiares, se puede señalar que desde un punto de vista psicosocial se clasifican en externas e internas. Las externas tienen como fin transmitir al individuo una serie de valores culturales con el propósito de que se incorpore a esa cultura, sea aceptado socialmente y, de esa manera, perpetúe dichos valores a través del tiempo. En cambio, la función interna de la familia se refiere a la protección biológica, psicológica y social del individuo.

Existen otras formas de enfocar las funciones de la familia, probablemente más descriptivas, pero que permiten comprender, más fácilmente funciones familiares: la seguridad psíquica de sus miembros, la satisfacción sexual de los cónyuges, la seguridad física de sus miembros, la procreación, la socialización de la prole, la contribución a la economía y la conservación y la transmisión de las costumbres.

Otro estudio acerca de las funciones de la familia señala que estas son la socialización, la reproducción, el cuidado, el afecto y el estado socioeconómico. Si se analizan con cuidado estas dos últimas clasificaciones, se verá que guardan cierto paralelismo y, por consiguiente, pueden ser comparables a la clasificación de funciones externas e internas del criterio psicosociológico.

La exploración de la familia no es una tarea fácil y tampoco se logra, como señalan Saucedo y Foncerrada, con el registro mecánico de una lista larga de preguntas (cuestionarios). Se requiere estar preparado y capacitado en técnicas de entrevista grupal; de otra forma, lejos de tener fines de estudio metodológico la reunión con la familia se transforma en una lluvia de ideas tanto del médico como de la familia que, a la larga, sólo produce frustraciones. Es necesario que el médico se percate que, tanto en la entrevista con el paciente como con la familia, ocurren una serie de expectativas de uno y otro lado que pueden entorpecer o facilitar la propia entrevista. Estos fenómenos han sido denominados en general transferenciales y contratransferenciales, y el médico puede prepararse para percibirlos y manipularlos y, con ello, facilitar la entrevista clínica. Las aportaciones que hicieron al respecto los esposos Balint han servido de guía para que, mediante técnicas similares a la desarrollada por ellos, se prepare a los médicos familiares en la interpretación de fenómenos de este tipo.

También es necesario que el médico se percate, como se puede ver en la figura 4, que su relación con el paciente se da en un contexto socio-cultural determinado, en el que tanto él como su paciente, pertenecen a subgrupos que cuentan con patrones subculturales y que la entrevista se desarrolla en dos niveles o planos, uno de ellos científico y médico o instrumental, y el otro que es un plano expresivo o emocional.



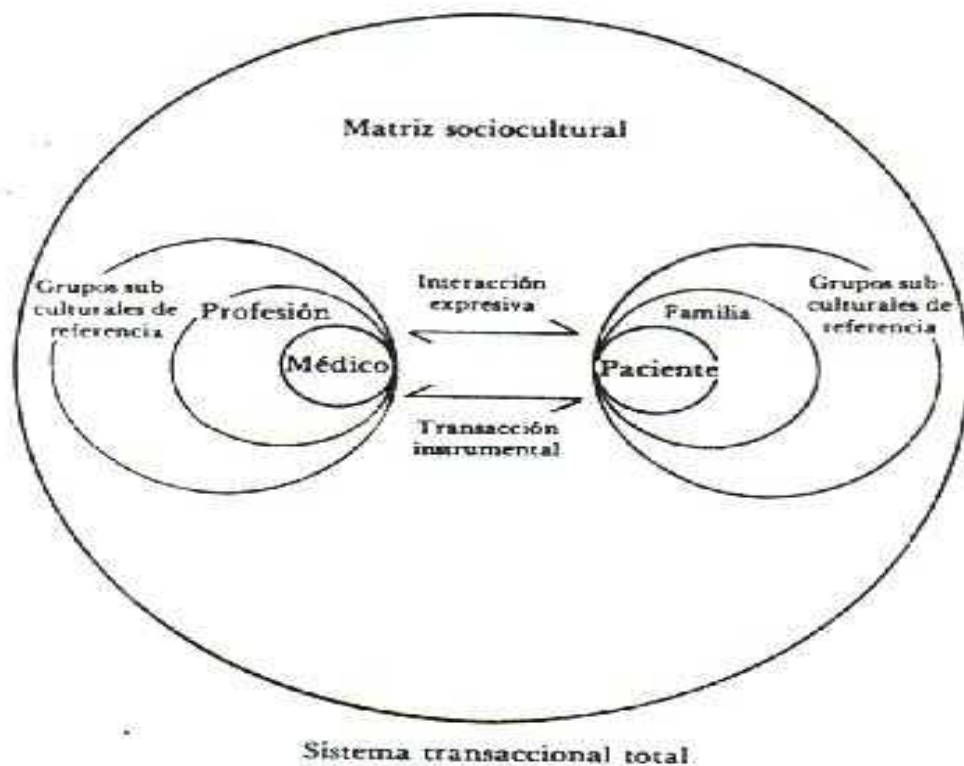


Figura 4. La matriz sociocultural. (Tomada de Rakel, R.E.: *Principles of family medicine*. W.B. Saunders Co., Philadelphia, London, Toronto, 1977. Pág. 400.)

REGISTRO DE DATOS FAMILIARES:

En la actualidad la medicina familiar cuenta con instrumentos de registro propios, uno de ellos en nuestra opinión muy importante para poder materializar varios de los conceptos hasta aquí expresados. Este instrumento es la historia familiar, de la cual se han diseñado varios formatos según diferentes tipos de necesidades.

Conviene además mencionar un aspecto importante de la historia familiar, que es el registro de datos relacionados con la dinámica familiar. En este sentido se han desarrollado diversos formatos, entre los cuales fueron probados en 1979 los que a continuación se muestran en las figuras 5 y 6, por un grupo de especialistas en medicina familiar que recibieron un curso de capacitación de profesores en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

En la figura 5 se muestran el esquema de base para hacer un familiograma o genograma y la simbología que puede emplearse.

Dinámica familiar.

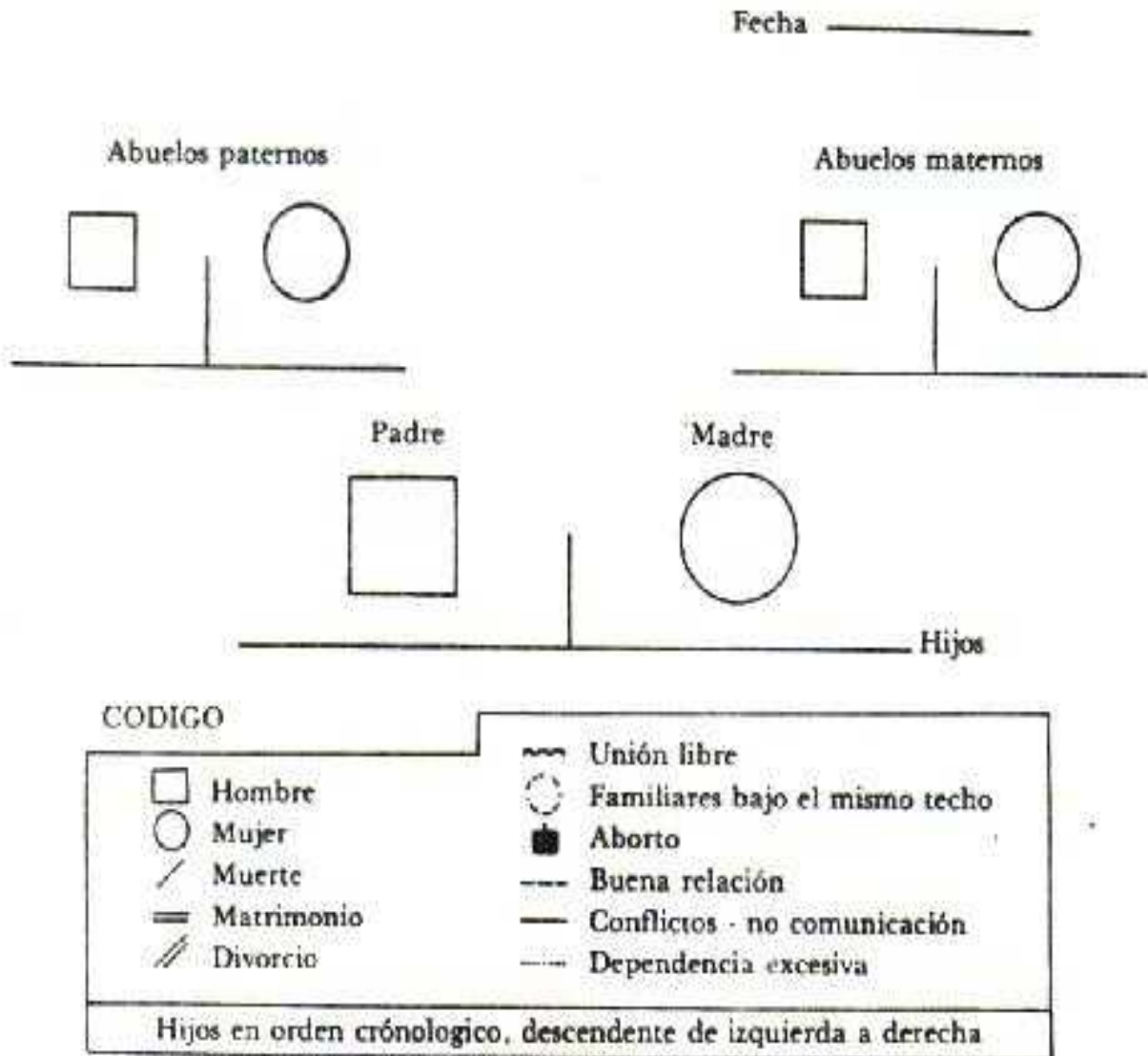


Figura 5. Dinámica familiar.

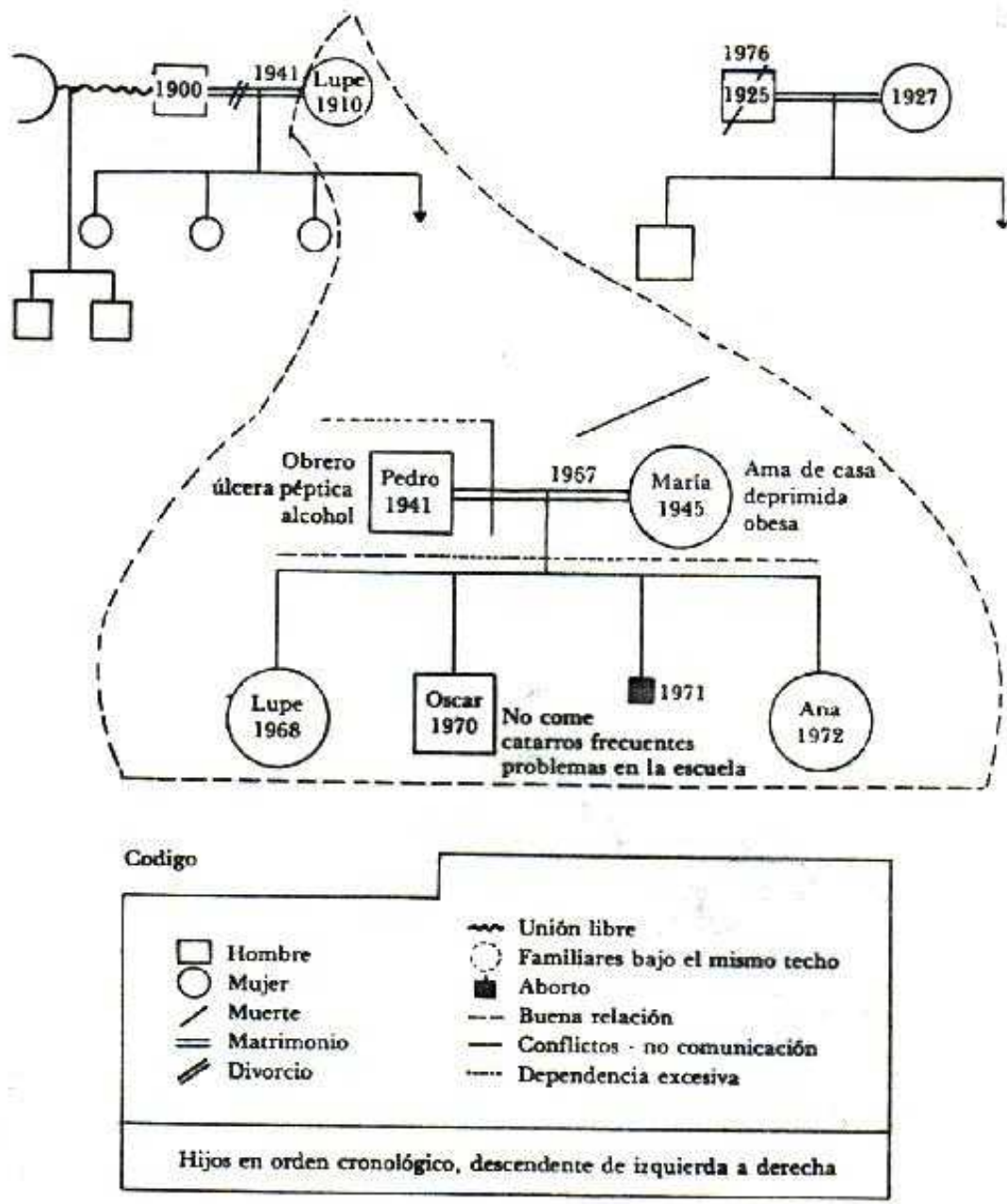
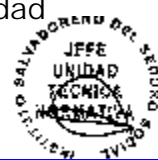


Figura 6. Dinámica familiar.

En la figura 6 se muestra el familiograma o genograma de una familia extendida cuyos cónyuges tienen una relación conflictiva, que probablemente está influyendo en los problemas escolares de Oscar, el segundo de los hijos, y que permite inferir que el hijo es muy dependiente de la madre, y que dado todo este ambiente, Pedro ha desarrollado alcoholismo crónico que a la vez le ha producido una enfermedad



péptica y María se ha transformado en una mujer deprimida y obesa. Ante este panorama, cabe hacer dos preguntas: ¿Acaso una familia como la que se presenta no debe ser estudiada por un médico familiar con el enfoque de su especialidad médica? ¿Será suficiente administrar parasimpaticolíticos y, tal vez, operar al esposo y prescribir antidepresores tricíclicos a la esposa para solucionar las alteraciones patológicas de los cónyuges que, evidentemente, sólo son los síntomas pantalla de una situación familiar?.

En nuestros días, parece no haber duda de que la familia, como unidad de análisis de la ciencia médica en general y del médico familiar en particular, ha dejado de ser una mera utopía o abstracción científica para transformarse en una realidad de nuestro quehacer cotidiano.

Bibliografía:

1. Dr. Javier Santacruz Varela tomado de la Revista Médica del IMSS Rev. Med. IMSS (Mex) 1983.
2. Dr. Anselmo Herrera Ávila Médico Especialista en Medicina Familiar HGZ No 25 IMSS Distrito Federal Universidad Nacional Autónoma de México.
3. Martín Zurro, J.F. Cano Pérez, Atención Primaria Conceptos, Organización y Práctica Clínica. 4° Edición.



CONTENIDO TÉCNICO DE LA NORMA

I. ESTRATEGIAS GENERALES DE IMPLANTACIÓN DEL MODELO DE MEDICINA FAMILIAR EN CLÍNICAS COMUNALES.

1. Acercamiento y extensión de cobertura de servicios de salud a toda la población:
 - a. Se informará inicialmente a las comunidades del área de responsabilidad programática (ARP) sobre la presencia y las proyecciones de la clínica comunal a través de su equipo de salud, las acciones a realizar para mejorar o mantener una adecuada salud individual y colectiva, que se espera de las personas de la comunidad, la familia y el individuo en términos de corresponsabilidad y autogestión, aplicando la modalidad establecida en la especialidad de Medicina Familiar por medio de acciones integrales de salud, priorizando la identificación de las causas del fenómeno Salud-Enfermedad de acuerdo al diagnóstico y riesgos familiares y ofertando los servicios de Atención Ambulatoria de Medicina Familiar en un ambiente que reúna condiciones idóneas para brindar a los derechohabientes, cuidados médicos de primer nivel de atención y servicios de odontología infantil tanto preventiva como curativa, donde existan, con calidad y calidez; además acciones preventivas encaminadas a la promoción y educación en salud para los derechohabientes del ISSS y población en general.
 - b. En la fase inicial los servicios a la población en general estarán ligados a los portafolios de servicios definidos por la Institución para ambos grupos (los que cotizan y los que no cotizan), bajo un sistema de atención dirigido al individuo, a la familia y a la comunidad, con acciones preventivas, detección de riesgos, curativas y de rehabilitación, orientados a los problemas de carácter biológico, psicoemocional y social; estos servicios podrán adecuarse en el futuro, previo convenio con el Ministerio de Salud Pública, sin descuidar la estrategia de transformar el actual modelo prestador, eminentemente curativo, en otro con visión y políticas, que de



mayor énfasis a la promoción, protección de la salud y rehabilitación temprana, mediante el enfoque de riesgo, con criterios epidemiológicos.

- c. Es importante contar con criterios claros sobre los casos que pueden ser manejados a través de la visita domiciliar, el criterio fundamental es tener en cuenta que la visita domiciliar no debe reemplazar ni al hospital, ni al consultorio como sitios de práctica médica, sino que ella tiene su propio espacio en el ejercicio profesional médico familiar. La atención domiciliar constituye una de las actividades de la atención primaria de salud a realizar por los equipos de salud, donde se presta asistencia ya sean a niños, adolescentes, adultos o ancianos; sin embargo, las prioridades se dirigen a los grupos de población mas vulnerables y necesitados, los cuales presentan incapacidad física que impide su desplazamiento a los centro de salud.
 - d. Mejorar la capacidad de resolución de las familias a través de los equipos de salud, quienes promoverán acciones de educación para la salud durante la visita domiciliar, fortaleciendo el ejercicio de tecnologías para el manejo de riesgos, basados en la auto responsabilidad y corresponsabilidad ciudadana.
2. Se fortalecerá el sistema de registros de información relacionados con los recursos utilizados por los centros de salud.
 3. Reorganización de servicios de salud que permita mejorar no solamente la ampliación de la cobertura de la población sino también el mejoramiento de los servicios y la óptima utilización de los recursos con alto grado de satisfacción de los derechohabientes y prestadores de los servicios.
 4. Transformar el cambio del modelo curativo-comunitario, al modelo preventivo con orientación individual, familiar y social con mayor énfasis en los componentes de: promoción, prevención y participación de las familias en eliminar los estilos de vida negativos a la salud, a fin de asegurar la calidad de la prestación de los servicios a todas las comunidades del área geográfica de responsabilidad de cada clínica comunal del ISSS.
 5. Se incorporaran en las políticas institucionales las actividades encaminadas a las mejoras de organización de los Centros del Primer Nivel de Atención y SU



funcionamiento mediante la incorporación de tecnologías de gestión local para aumentar la capacidad de respuesta pronta y oportuna a todas las familias y comunidades de acuerdo a necesidades de salud de la población en general bajo el modelo de atención basado en la medicina familiar.

6. Se incrementará la capacidad científico-técnica del equipo de salud a través del programa de formación, capacitación y actualización continua, que permitan el elevar la motivación del personal de salud y el buen funcionamiento de los servicios.
7. Establecer indicadores de calidad que permitan a las clínicas comunales asegurar el óptimo funcionamiento de los servicios que ofrece el ISSS.
8. Impulsar la docencia en post grado dentro de los centros de atención del ISSS, lo que permitirá elevar la calidad de los servicios que se ofertan en nuestras unidades asistenciales así como también el adecuado desarrollo de una planta docente de carrera.
9. Impulsar la investigación de medicina familiar y APS, lo que permitirá ampliar el conocimiento relacionado con los principales problemas que afectan a nuestra población permitiendo mejores alternativas de solución a los problemas a los que nos sometemos.



II. GENERALIDADES SOBRE EL FUNCIONAMIENTO Y ORGANIZACIÓN DE CLÍNICAS COMUNALES:

1. El personal de las clínicas comunales deberá:
 - a. Cumplir lo normado en el manual de organización y funcionamiento para clínicas comunales del Departamento de Desarrollo Institucional y desarrollar las funciones propias de su cargo de acuerdo a lo establecido en el manual de perfil de puestos del ISSS.
 - b. Cumplir los lineamientos determinados por la Unidad Técnico Normativa establecidos en los diferentes programas integrales de salud, normas, procedimientos y guías de manejo que apliquen a su nivel de atención.
 - c. Conformar los diferentes comités requeridos por la institución para su funcionamiento, de acuerdo a su nivel de competencia.
2. Todas las clínicas comunales deberán contar con cinco equipos de salud, en aquellos casos que el número sea menor, deberán completarse lo más pronto posible a fin de lograr coberturas adecuadas con el modelo de medicina familiar.
3. Cada clínica comunal que tenga cinco equipos de salud, tendrá adscrita una población máxima de 15,000 derechohabiente que incluye los derechohabientes del ARP y los que por su lugar de vivienda (área geográfica de influencia) o trabajo tengan una mejor accesibilidad geográfica hacia la clínica comunal, si la cantidad de derechohabientes adscritos sobrepasa la capacidad instalada, la Subdirección de Salud, previo estudio, determinará la conveniencia para el instituto para establecer otra clínica comunal en la zona.
4. Cada equipo de salud tendrán la responsabilidad de fomentar la salud a 600 familias derechohabientes o no, cuya ubicación delimitará el área de responsabilidad programática (ARP) del equipo.
5. Los cotizantes y sus beneficiarios que no pertenezcan al ARP de la clínica comunal, pero que pertenezcan al área geográfica de influencia y los trabajadores de la zona, quedarán adscritos al médico que los atendió la primera vez, con el cual estaba pasando su consulta o con el médico que el paciente solicite, y deberán ser atendidos para el tratamiento de sus enfermedades agudas y crónicas en forma integral, debiendo ser incorporados



como usuarios de los programas integrales de salud, componentes y componentes especiales de acuerdo a su estado de salud.

6. El médico director deberá integrar y conocer a la perfección el diagnóstico de salud de su área de responsabilidad programática así como las metas y realizaciones de cada uno de los programas y otros datos administrativos inherentes al cargo.
7. El Médico Director, en su ausencia deberá delegar en un médico de la clínica las funciones como: firmas de referencias, incapacidades, recetas, permisos de urgencias del personal y otros tramites administrativos de la clínica y deberá informárselo al personal quien asume la responsabilidad cada vez que vaya ausentase, con el fin de mantener la continuidad del servicio.
8. El Médico Director de la clínica comunal nombrará una coordinadora de enfermeras, cuya función será rotativa entre las enfermeras graduadas, con una periodicidad anual.
9. la enfermera coordinadora, además de realizar las tareas propias con su equipo de trabajo, desarrollará las siguientes:
 - a. Funciones administrativas del servicio de enfermería.
 - b. Tendrá bajo su responsabilidad a Enfermeras, Auxiliares de Enfermería, Colaborador clínico, en sus funciones asistenciales y Auxiliares de Servicios en sus funciones de limpieza (el Auxiliar de Servicio, dependerá de Secretaria para las funciones de mensajería y para las actividades a desarrollar en el área de resguardo y reserva de los artículos generales de la clínica).
 - c. Deberá elaborar los planes de trabajo y distribución de funciones del personal bajo su cargo con la periodicidad necesaria a fin de dar cobertura a las necesidades del servicio. Para designar otras funciones al personal bajo su responsabilidad deberá contar con la autorización por escrito del Director de la clínica.
10. La Atención Ambulatoria se proporcionará en la clínica comunal en el mismo bloque horario de ocho horas para todos los trabajadores; sin embargo, el inicio de las labores será de acuerdo a la necesidad de los derechohabientes usuarios de la misma y sin interrumpirla al mediodía. Se exceptúa lo anterior



al personal que por las necesidades del servicio (recepción, enfermería, auxiliares de servicio), pueden tener un horario diferente al resto de los empleados de la clínica. No cuentan para esta cláusula, los médicos de cuatro horas, cuya función única es la consulta externa, los cuales trabajarán de acuerdo al horario contratado.

11. La consulta médica será de Medicina Familiar, proporcionada por médicos generalistas capacitados (familiares o generales).
12. El estándar de consulta será de cuatro pacientes por hora médico, con el fin de proporcionar una buena calidad de atención.
13. Las clínicas comunales deberán atender, estabilizar o inmovilizar a pacientes que asistan en casos de emergencia y poderlos trasladar a un centro de mayor capacidad resolutive y realizar procedimientos de pequeña cirugía de primer nivel de atención como:
 - a. Sutura en uno o dos planos de heridas
 - b. Onisectomias
 - c. Extracción de cuerpos extraños en diferentes partes del cuerpo o cavidades
 - d. Otros procedimientos que este dentro de las capacidades de recurso poder realizar.

Por lo que deberán contar con el equipo e insumos necesarios tales como:

- a. Caja de paro cardiaco
 - b. Soluciones hidroelectrolíticas
 - c. Instrumental, insumos médico quirúrgicos para pequeñas cirugías
 - d. Insumos para elaborar aparatos de inmovilización
 - e. Equipo básico para soporte respiratorio (Ambú)
 - f. Instrumental para parto inminente
14. Las actividades de fomento a la salud tanto intramurales como extramurales se realizarán a través de equipos de salud conformados por un médico generalista, quien será el responsable del equipo, una enfermera y un educador para la salud y cuando se requiera, con otro personal paramédico de la clínica comunal o de la unidad médica de adscripción, previa solicitud al médico director respectivo.



15. Cada equipo de salud deberá desarrollar actividades de fomento a la salud, incluyendo la visita domiciliar, con la planificación necesaria a fin de optimizar los recursos (humanos y tiempo) de la siguiente manera:
 - a. Un día laboral completo a la semana en su ARP.
 - b. Un día a la semana por la tarde en su ARP.
 - c. Un día a la semana por la tarde, en la clínica, desarrollando las actividades de los programas de Prevención en Salud (actividades educativas y elaboración de informes).
 - d. Un día a la semana por la mañana, cada uno de los miembros del equipo que se encuentra en labores asistenciales, deberá impartir una charla corta a los pacientes que se encuentran en las salas de espera relacionadas con el fomento a los programas preventivos o sobre enfermedades de interés epidemiológico y otro personal técnico o de apoyo de la clínica deberá impartir charlas relacionadas con su disciplina.
16. Cada equipo de salud tendrá bajo su responsabilidad la coordinación de uno o más programas integrales de salud, componentes y componentes especiales y se rotarán cada año en la coordinación de los mismos.
17. Cada equipo coordinador de Programas Integrales de salud, componentes y componentes especiales deberá planificar, desarrollar, evaluar y realizar los informes de acuerdo a lo establecido en el mismo y definir las funciones de cada uno de los miembros del equipo para el desarrollo adecuado de las actividades del programa, tanto intra como extramurales, para lo cual se deberá establecer un cronograma de trabajo que defina los tiempos a utilizar en cada una de ellas, que debe ser autorizado por el Medico Director de la clínica.
18. Este cronograma consolidado deberá ser realizado por lo menos con tres meses de anticipación a fin de que las actividades asistenciales del personal puedan ser proyectadas, evitando las adaptaciones de emergencia, que puedan hacer sentir a los derechohabientes de la clínica, una mala calidad de atención, principalmente en lo relacionado a la consulta médica y atenciones dadas en el Programa Integral de Atención Infantil, a la Mujer y en el Servicio de Odontología Infantil.



19. Las actividades de los programas integrales de salud, componentes y componentes especiales establecidas para el fomento a la salud relacionados con los mismos, deberán ser planificadas intramuralmente por el equipo coordinador del programa; sin embargo, la implementación de estas actividades deberá ser ejecutado en forma rotatoria por cada uno de los equipos de salud, con el fin de que todos participen en cada una de las actividades educativas intramurales. Las tareas a desarrollar extramuralmente deberá ser planificada y ejecutada por cada uno de los equipos de salud en su ARP.
20. Dentro de las actividades intramurales todos los equipos de salud deberán participar en la planificación y ejecución de un amplio programa de educación y formación de grupos vulnerables (a la mujer, al niño, etc.) que permita un aprendizaje de hábitos que conlleve al mejoramiento de la salud, así como a la mayor cohesión del personal de salud.
21. Las actividades de atención primaria, como las visitas domiciliarias, las de organización comunitaria, de capacitación de líderes y voluntarios y la realización de diferentes actividades de promoción y fomento a la salud en las comunidades, serán realizadas por todos los equipos de salud el día que corresponda a su trabajo comunitario.
22. Si un médico durante su jornada de trabajo en la consulta externa necesita realizar una actividad educativa intra o extramural o una visita domiciliar, podrá hacerlo toda vez que ésta haya sido programada con suficiente anticipación y coordinada con recepcionista a fin de no programarle o reprogramarle la cita a sus pacientes de ese día y con la aprobación de su Director Médico. Si la salida del médico y/o enfermera es por un caso de urgencia en las familias de su ARP, el médico director deberá solucionar los problemas ocasionados en la atención de los pacientes.
23. Los educadores para la salud durante la jornada en que el médico y la enfermera de su equipo de trabajo se encuentren en actividades asistenciales en la clínica deberán realizar las actividades administrativas, de coordinación de las actividades de los programas integrales de salud, comunitarias,



interinstitucionales y actividades operativas programadas dentro de su área de responsabilidad programática.

24. Todos y cada uno de los miembros de los equipos de salud durante el desarrollo de la actividad extramural, deberá llevar su vestuario de acuerdo a la actividad a realizar, chaleco y gorra del ISSS y su carné de identificación puesto en un lugar visible según lo normado.
25. Para fines de planificación, detección, control, seguimiento y referencia, el área de responsabilidad programática de la clínica comunal se dividirá en zonas, teniendo como punto de referencia la Clínica Comunal y extendiéndose en forma centrífuga hasta completar el total de familias de su responsabilidad. Cada zona identificada y definida de acuerdo al equipo que la atiende, se le asignara un color determinado, excepto rojo, amarillo y verde, que son los que se utilizarán para la clasificación de riesgo.
26. Para pacientes que amerite una visita domiciliar por casos de interés epidemiológico o programas preventivos que no correspondan al ARP, pero que sean del área geográfica de influencia podrán ser visitados y realizar las acciones pertinentes, previa autorización del director de la clínica comunal; sin embargo, no se desarrollara el componente de visita domiciliar familiar.
27. Servirán de libros de control y registro para las actividades de atención primaria en salud los siguientes documentos:
 - a. Libro de control para la salida y regreso del personal que realiza actividad extramural que contemple los siguientes campos:
 - Fecha.
 - Nombre del personal que realiza la actividad.
 - Lugar donde se va a realizar la actividad.
 - Teléfono donde poder controlarlos por alguna emergencia.
 - Hora de salida.
 - Hora de regreso.
 - b. Ficha familiar para la visita de primera vez al domicilio, firmada por el responsable de la familia
 - c. Hoja de visita domiciliar subsecuente para las visitas subsecuentes, firmada por el responsable de la familia



- d. Libro de registro manual o electrónico de las visitas domiciliarias que contemple los siguientes campos:

Fecha de visita	No. de Afiliación	Nombre de la Persona Visitada	Calidad de derechohabiente					Diagnóstico	Causa de la visita	Efectividad de la visita		observaciones	responsable
			A	B	H	P	ND			Si	No		

- e. Diario de campo para las actividades realizadas en la comunidad, centro escolar o empresas, relacionadas con actividades de coordinación, organización y ejecución de actividades grupales de fomento a la salud.
28. Se deberá dar atención integral en salud a los derechohabientes usuarios de la clínica comunal en base al siguiente portafolio de servicio:
- Atención Médica Preventiva, Curativa, de rehabilitación y detección de factores de riesgo.
 - Atención de Salud bucal mediante Consulta Odontológica Infantil Preventiva y Curativa.
 - Atención y Promoción al Programa Integral en Salud Infantil (0-12 años).
 - Atención y promoción al Programa de Atención Integral en Salud en la Mujer.
 - Atención y promoción al Programa Integral al Adulto Hombre (20 a 59 años).
 - Atención Integral en Salud al Adulto Mayor (60 años a más).
 - Promoción y fomento de la salud mental.
 - Orientación nutricional a los grupos de riesgo.
 - Aplicación de Vacunación en base a los esquemas oficiales existentes.
 - Actividades de detección y prevención de Patologías Crónicas Degenerativas.
 - Actividades de detección y prevención de enfermedades infecciosas contagiosas.
 - Atención de Pequeñas Cirugías.
 - Aplicación de inyecciones y Curaciones.
 - Aplicación de nebulizaciones.
 - Orientación y aplicación de Terapias de Rehidratación Oral.
 - Visita domiciliar.
 - Toma de exámenes y trámite de muestras al Laboratorio Clínico.



- r. Desarrollo de actividades de fomento y promoción de la salud, mediante Programa Educativo.
 - s. Atención y promoción al Programa de prevención de ITS / SIDA.
 - t. Aplicación de la Estrategia DOTS / TAES del Programa de Control de la Tuberculosis y del enfoque práctico de la salud pulmonar (PAL).
 - u. Actividades de detección y prevención de problemas de Salud Mental, Violencia intrafamiliar y Maltrato infantil.
 - v. Sistema de Referencia y Retorno de Pacientes con los niveles correspondientes.
 - w. Apoyo a pacientes en retorno a la comunidad posterior a su egreso hospitalario de su ARP.
 - x. Atención y Vigilancia de Enfermedades Infecciosas Emergentes y Reemergentes.
 - y. Despacho de Recetas de Medicamento, en base al Listado Oficial de Medicamentos.
 - z. Desarrollo de actividades de Organización y de Participación de las Comunidades de su ARP, para lograr la intervención activa en la solución de problemas de salud propios de cada lugar.
29. Para los no derechohabientes deberá ofertarse el siguiente portafolio de servicio:
- a. Atención de Salud bucal mediante actividades de promoción y fomento a los niños de 2 a 12 años de edad.
 - b. Promoción al Programa Integral en Salud Infantil (0-12 años).
 - c. Promoción al Programa de Atención Integral en Salud en la Mujer.
 - d. Atención en fomento a la salud al Adulto Hombre (20 a 59 años).
 - e. Atención en fomento a la Salud al Adulto Mayor (60 años a más).
 - f. Promoción y fomento de la salud mental.
 - g. Promoción de actividades para mejorar los riesgos en adolescentes.
 - h. Orientación nutricional a los grupos de riesgo.
 - i. Aplicación de Vacunación en base a los esquemas oficiales existentes.
 - j. Actividades de prevención de Patologías Crónico Degenerativas.
 - k. Promoción, orientación y aplicación de Terapias de Rehidratación Oral.



- l. Visita domiciliar según criterios de riesgos.
 - m. Desarrollo de actividades de fomento y promoción de la salud, mediante Programa Educativo.
 - n. Programa de prevención de ITS / SIDA.
 - o. Detección de Sintomáticos Respiratorios para el Control de la Tuberculosis
 - p. Actividades de prevención de problemas de salud mental, violencia intrafamiliar y maltrato infantil.
 - q. Sistema de Referencia y Retorno de Pacientes con los niveles correspondientes del MSPAS.
 - r. Vigilancia de Enfermedades Infecciosas Emergentes y Reemergentes.
 - s. Estudio epidemiológico de caso y realización de actividades para contrarrestar el riesgo a la salud de las personas de la comunidad.
 - t. Desarrollo de actividades de Organización y de Participación de las personas de las Comunidades del área de responsabilidad programática, para lograr la intervención activa en la solución de problemas de salud propios de cada lugar.
 - u. Atención de Morbilidades y apoyo psicológico en situaciones de desastres o Emergencia Nacional.
30. El personal de cada clínica comunal realizará cada año una investigación en salud, relacionada con riesgos y daños a la población; la cual se presentará al Departamento de Epidemiología para asesoría y presentación de la misma y estudios de utilización de medicamentos a través del Comité Local de Farmacoterapia de acuerdo a la normativa establecida y metodología recomendada por Departamento de Farmacoterapia.
31. Establecer y desarrollar un programa de educación médica continua (revisión de casos interesantes, discusión y revisión bibliográfica y presentación de temas varios de interés para el desarrollo del trabajo), cuyas actividades deberán ser desarrolladas durante la última hora de la jornada de trabajo una vez por mes, donde participen todo el personal técnico de la clínica.
32. Los directores de las clínicas comunales deberán realizar periódicamente visitas de acompañamiento y apoyo técnico a los equipos durante las acciones operativas en cada zona.



33. Todos los directores de las clínicas comunales deberán realizar mensualmente los reportes de las actividades realizadas intra y extramuralmente a través del Sistema Estadístico de Salud; así como el comportamiento epidemiológico de la población, reportado de acuerdo a lo normado por el Programa de Epidemiología.
34. Al finalizar cada mes el Equipo de Salud Coordinador del Programa de Educación para la Salud y Salud Comunitaria hará un consolidado del total de las actividades de APS realizadas por cada equipo de salud que serán reportadas a estadística en el SES y colocará en él algunas observaciones relevantes que hayan influido o no para el adecuado desarrollo de la actividad. Así mismo el director de la clínica comunal realizará un análisis cualitativo de las actividades de APS realizadas por el personal de la clínica en ese periodo.
35. La División de Monitoreo y Evaluación de la Subdirección de Salud realizará en forma mensual, trimestral y anual una evaluación cuali-cuantitativa de las actividades de APS realizadas por las clínicas comunales a nivel nacional, utilizando como insumos la información proporcionada por el SES y el análisis cualitativo enviado por los directores de las clínicas comunales, dándola a conocer a la Subdirección de Salud, Unidad Técnica Normativa, Unidades Médicas de Adscripción, Clínicas Comunales y al Departamento de Estadística de la Institución.
36. El equipo básico de salud será capacitado, orientado y fortalecido a través del seguimiento, monitoreo y evaluación por la dirección del nivel local, por el personal administrativo y técnico del centro de atención de adscripción, por la División de Evaluación y Monitoreo de la Subdirección de Salud y por las dependencias de la Unidad Técnica Normativa y otras instancias institucionales que se consideren necesarias.
37. En caso de emergencia nacional o desastres naturales, todo el personal de la clínica comunal deberá presentarse a su centro de atención o en su defecto al centro de atención más cercano, sin necesidad de convocatoria, salvo motivos de fuerza mayor que imposibilitan poder cumplir esta obligación.



III. ACTIVIDADES INTRAMURALES:

A. PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN AMBULATORIA DE MEDICINA FAMILIAR.

1. Se dará cita a los pacientes que así lo soliciten, con el médico al cual esta adscrita la familia a la cual pertenezca el paciente o si es indicada por el médico tratante.
2. Se deberá agendar dos pacientes cada media hora por médico consultante, uno de ellos será por cita y otro de cupo por demanda espontánea.
3. Se utilizará el procedimiento de agenda previa y para los pacientes que demanden atención sin cita se sacaran los expedientes para la consulta en el momento requerido y se pasarán a preparación dos pacientes cada media hora (citados y a demanda).
4. A los pacientes con cita previa se les hará una espera máxima de 10 minutos (de acuerdo al sistema de agenda médica) antes de dar el cupo
5. Los expedientes de los pacientes citados se sacaran el día anterior por la tarde y se le entregaran al personal de enfermería con boleta de remisión (de acuerdo a norma de archivo clínico).
6. La clínica comunal abrirá sus puertas a las 6:30 a.m.; sin embargo, podrá abrir mas temprano dependiendo del tipo y condición de los pacientes que se encuentren esperando y de las condiciones climáticas del día.
7. El vigilante de turno (institucional) al abrir las instalaciones de la clínica, atenderá por orden de llegada a los pacientes sin cita que demanden consulta y les entregará un comprobante que contenga un número en forma correlativa de acuerdo a los cupos disponibles y el nombre del médico al cual esta adscrito; si no tienen médico se distribuirán en forma equitativa entre los médicos disponibles y los ubicará en la sala de espera. De igual forma hará con los pacientes que vienen a toma de exámenes de laboratorio, ubicándolos en el área destinada para ello, entregándole un número correlativo de acuerdo al orden de llegada.



8. Los pacientes que lleguen antes de la hora de su cita, serán ubicados por el vigilante en la sala de espera y se les hará saber que los documentos se los recibirá la recepcionista hasta la hora en la cual estaban citados.
9. Los documentos se comenzaran a recibir en recepción desde las 7:00 a.m. por recepcionista, primero los citados para esa hora y después los de condición en orden de llegada.
10. A los médicos se les ubicaran los pacientes en forma escalonada cada media hora, si no han completado el cupo para esa periodo, se les completará en forma oportuna y hasta un máximo de 10 minutos después de iniciada la media hora de consulta respectiva; de lo contrario ese cupo se perderá para ese periodo y el paciente deberá ser ubicados en la media hora subsiguiente.
11. Todos los pacientes deberán llevar en su expediente, cuando pasen a la consulta fecha y hora de preparación, edad, talla, peso, temperatura y presión arterial, la cual deberá ser corroborada y anotada por el médico durante la consulta.
12. La consulta será proporcionada por cuatro médicos (de ocho o cuatro horas) durante la mañana y por dos médicos durante la tarde, en forma ininterrumpida, para lo cual deberá establecerse a los que corresponda, el horario de almuerzo, según lo establece el Contrato Colectivo de Trabajo.
13. Aquellos pacientes que solicitan cita para consulta por teléfono, si no aceptan cita para la fecha más próxima disponible, deberá recomendarles que se presenten al día siguiente a la clínica para ser ubicados por cupo. Si el solicitante del servicio es de una familia adscrita a un médico en particular deberá ser ubicado con éste, de lo contrario serán distribuidos en forma equitativa con los médicos que estén dando consulta a fin de completar los cupos disponibles.
14. Los pacientes que pertenecen a un médico determinado y que pasan consulta con otro médico en forma eventual, deberán continuar sus atenciones con su médico de familia.



15. El Médico Director designará cada día al médico que será responsable de la atención de los casos de emergencia que asistan durante la jornada de trabajo; y se le restarán los pacientes que no va ha poder atender durante el periodo que utilice para la atención del paciente de emergencia los cuales deberán ser distribuidos entre los demás médicos que están dando consulta, continuando posteriormente su consulta normal.
16. Cuando exista personal médico incapacitado, con permiso o que asista a reuniones institucionales, los pacientes citados serán distribuidos en los cupos disponibles en forma equitativa.
17. Aquellos pacientes que posterior a la primera consulta, necesiten una consulta subsecuente y no pertenezcan al área de responsabilidad programática, pero que pertenezca al área geográfica de influencia o trabajen en la zona, podrán continuar sus controles en la Clínica Comunal; sin embargo, otro tipo de pacientes, que consulten eventualmente, se les atenderá una primera vez y deberán ser referidos al centro de atención al cual están adscritos para sus controles subsecuentes (cerca de su domicilio).
18. Se le dará prioridad y se pasarán primero los niños febriles, personas con enfermedades infectocontagiosas u otro paciente que a juicio del personal médico o de enfermería amerite ser visto antes que los pacientes que estaban primero.
19. El personal de enfermería deberá realizar las actividades y tareas de acuerdo a las funciones propias de su área de trabajo para la atención ambulatoria de los pacientes y usuarios de programas preventivos y éstas deberán ser distribuidas entre los recursos existentes por la coordinadora, en consenso con el personal bajo su responsabilidad.
20. La respuesta y tratamiento de los pacientes con exámenes de laboratorio generados por campañas comunitarias (manipuladores de alimentos) deberán ser programadas para la tarde, cuya responsabilidad será del médico del equipo de salud que realizo la actividad, a fin de no interferir con el proceso normal de la consulta médica o puede realizarse en otro



horario de acuerdo a la disponibilidad de consultorios en la clínica o en la empresa.

21. En las clínicas que tengan Tecnóloga Materno Infantil, ésta continuará desarrollando las actividades propias de su cargo de acuerdo a lineamientos normativos del programa y la enfermera que le tocaría desarrollar esta función deberá apoyar otras áreas dentro de la clínica, realizar actividades educativas intramurales o realizar actividades extramurales.

B. ACTIVIDADES INTRAMURALES DE FOMENTO A LA SALUD:

1. Se deberá elaborar el Plan Anual Educativo (PAE) de la Clínica Comunal, con la participación de todo el personal, incluyendo en el mismo, los planes educativos de Programas de Atención Integrales de Salud (a la mujer, a la infancia, etc.), Componentes (Salud Mental, Salud bucal, nutrición) y Componentes Especiales (VIH – SIDA, HTA, DM y TB) para los derechohabientes usuarios de la clínica comunal.
2. Elaborar un cronograma de actividades educativas intramurales que debe ser incorporado al PAE, que incluya por lo menos tres meses de programación, especificando fecha, hora, tipo de actividad a desarrollar y responsable(s) para las Charlas, Jornadas, talleres y Cursos para usuarias derechohabientes de Programas Integrales de Atención en Salud, componentes, componentes especiales y de enfermedades transmisibles y no transmisibles.
3. Desarrollar las actividades programadas de acuerdo al Plan Anual Educativo, en el cual deberán participar todos los miembros de los equipos de salud en las actividades de cada uno de los programas integrales.
4. Deberán elaborarse los informes y evaluaciones de acuerdo a lo normado en el Programa de Educación Para la Salud.



IV. ACTIVIDADES DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD:

A. FASES DE IMPLEMENTACIÓN PARA LA OPERATIVIZACIÓN DE ACTIVIDADES DE APS.

1. FASE I

A. INDUCCIÓN:

Se establecerán las líneas de trabajo de fomento a la salud tanto intramural como extramural, incluyendo cada uno de los programas y componentes para cada uno de los equipos de salud y otras disciplinas técnicas de la clínica.

B. PLANEACIÓN:

Elaboración de planes de trabajo para la realización del diagnóstico socio-epidemiológico de las comunidades del ARP de la Clínica Comunal. Delimitación y conteo de familias en las zonas aledañas a la clínica y que cumplan el mayor criterio de concentración habitacional, lo cual delimitará el área de responsabilidad programática de cada equipo, Comunicar y acordar con la unidad de Salud del MSPAS de la zona las responsabilidades que le competarán al ISSS en el ARP.

C. REALIZACIÓN DE LA PRIMERA VISITA DOMICILIAR

Para establecer el diagnóstico médico inicial de la familia y la aplicación de ficha familiar y otros instrumentos de medicina familiar.

D. RECOLECCIÓN DE DATOS.

E. ANÁLISIS DE DATOS.

F. SE REALIZARA EN EL ARP DE ACUERDO A LAS FASES ESTABLECIDAS Y CON LA METODOLOGÍA INVESTIGACIÓN- ACCIÓN-PARTICIPATIVA LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES:

- ❖ Establecer la información, identificación, coordinación y organización en salud, generando compromisos de participación con la totalidad de líderes y voluntarios comunitarios y demás organizaciones ubicadas en las áreas de responsabilidad programática de la Clínica Comunal.
- ❖ Establecer y ejecutar el plan de capacitación de los voluntarios de la comunidad.



- ❖ Planeación y elaboración de mapa de riesgo socio ambiental y de recursos de la comunidad, previa capacitación al respecto.
- ❖ Elaboración del diagnostico situacional socio-epidemiológico del ARP de la Clínica Comunal.
- ❖ Planificar y realizar actividades preventivas extramurales, en concordancia a cada una de las necesidades identificadas, según las realidades modificables a corto plazo de cada una de las ARP de la Clínica Comunal, con la participación del comité de salud y los voluntarios capacitados.

Se entenderán los anteriores pasos como Procesos simultáneos y dinámicos que se pondrán en practica desde el inicio hasta la finalización del diagnostico socio epidemiológico de la Clínica Comunal.

2. FASE II

- a. Evaluación de las actividades realizadas y planificación de nuevas acciones de acuerdo a nuevas necesidades o seguimiento para mantener controlados los riesgos de la comunidad, con la participación de los representantes, de cada una de las poblaciones ubicadas en las áreas de responsabilidad programática de la Clínica Comunal.
- b. Elaboración de estrategias en la comunidad con la finalidad de potenciar la elaboración y finalización de proyectos salud a nivel comunitario.
- c. Evaluación y supervisión continúa del cambio de riesgo modificable en la totalidad de los grupos familiares y en las poblaciones de responsabilidad programática de la Clínica Comunal.
- d. Elaboración de anteproyectos en la comunidad que propicien cambios de riesgos socio-ambientales modificables a mediano y largo plazo.
- e. Actualización periódica del diagnostico situacional socio-epidemiológico, de cada una de las poblaciones ubicadas en las áreas de responsabilidad programática de la Clínica Comunal.



3. FASE III

- a. Serán determinadas de acuerdo a los resultados de las dos primeras fases, enfocadas a seguimiento y continuidad en la atención.

B. VISITA DOMICILIAR FAMILIAR:

1. Hacer visita domiciliar obligatoria de primera vez a cada una de las viviendas del ARP del equipo de salud, para captación de familias derechohabientes y no derechohabientes y determinación de riesgo; para lo cual se realizarán las siguientes actividades en cada uno de los miembros del grupo familiar:
 - a. Entrevista médica para determinar antecedentes personales y familiares.
 - b. Toma de signos vitales y examen físico dependiendo de lo determinado en la entrevista.
 - c. Determinar los riesgos familiares mediante la ficha familiar y otros instrumentos de medicina familiar y revisión de carné de vacunación.
 - d. Observación directa de las condiciones familiares y socio ambiental del grupo familiar.
2. Cada equipo básico de salud deberá tener un diagnóstico de la familia, elaborando su propio mapa de riesgo familiar y determinar en él, con los colores del semáforo la clasificación de cada familia:
 - a. ROJO:
 - ✓ Mujeres embarazadas sin control.
 - ✓ Mujeres embarazadas con riesgo alto.
 - ✓ Mujeres embarazadas no inmunizada con toxoide tetánico de acuerdo a edad de gestación.
 - ✓ Mujeres sin control postparto.
 - ✓ Mujeres en edad fértil sexualmente activas sin planificación familiar y que no deseen embarazarse.



- ✓ Mujeres con vida sexual activa y con conductas sexuales riesgosas u otros miembros de la familia con este tipo de conductas (homosexuales, hombres con varias parejas, etc.).
- ✓ Mujeres que iniciaron vida sexual y nunca se ha tomado la citología o tiene tres años o mas de habérsela tomado.
- ✓ Niños menores de 12 años sin vacunación, sin control de salud oral y/o sin controles infantiles.
- ✓ Familias con casos de violencia intrafamiliar sin intervención psicológica.
- ✓ Personas con enfermedad siquiátrica sin tratamiento.
- ✓ Alcoholismo, tabaquismo o fármaco dependencia en los diferentes grupos etéreos sin tratamiento.
- ✓ Miembros de la Familia con discapacidad mental o física sin rehabilitación.
- ✓ Inadecuado apoyo entre los miembros del grupo familiar.
- ✓ Familias con integrantes desprotegidos en abandono o inseguros.
- ✓ Familias que propician conductas y estilos de vida riesgosos.
- ✓ Integrantes del grupo familiar con problemas de mal nutrición, anorexia/bulimia sin tratamiento.
- ✓ Personas con enfermedades crónicas no infecciosas con o sin tratamiento y no controladas.
- ✓ Personas con enfermedades infecciosas (VIH/SIDA, ITS, Hepatitis B y C, Tuberculosis) con o sin tratamiento y no controladas.
- ✓ Integrantes de grupo familiar con polifarmacia (4 ó más medicamentos de uso simultáneo y permanente).
- ✓ Miembros de la familia con factores de riesgo familiares de enfermedades crónicas no infecciosas sin control médico, dietético y actividad física adecuada.
- ✓ Presencia de mascotas no vacunadas y descuidadas.
- ✓ Presencia de otros animales que condicionen zoonosis.



- ✓ Vivienda sin agua apta par consumo humano (no tratada con cloro y/o hervida).
- ✓ Inadecuada disposición de basura.
- ✓ Presencia de vectores.
- ✓ Inadecuadas condiciones Higiénicas sanitarias en el hogar (desechos orgánicos, polvo, basura y desorden).
- ✓ Inadecuado manejo de las pilas y/o recipientes donde se recolecta el agua.

b. AMARILLO:

- ✓ Mujeres embarazadas con controles de inicio tardío o incompleto.
- ✓ Mujeres embarazadas con riesgo moderado (según norma).
- ✓ Mujeres embarazadas con una dosis de toxoide tetánico de acuerdo a edad de gestación.
- ✓ Mujeres en edad fértil con vida sexual activa faltistas a planificación familiar que no deseen embarazarse.
- ✓ Mujeres con o sin vida sexual activa que la última citología se la tomaron entre un año y menos de tres años.
- ✓ Niños menores de 12 años con esquemas incompletos, con controles de infantiles y/o controles de salud bucal incompleto.
- ✓ Familias con casos de violencia intrafamiliar con intervención psicológica.
- ✓ Personas con enfermedad siquiátrica con tratamiento y no controlada.
- ✓ Alcoholismo, tabaquismo o fármaco dependencia en todos los grupos etáreos con tratamiento.
- ✓ Miembros de la familia con discapacidad en rehabilitación.
- ✓ Integrantes del grupo familiar con problemas de obesidad o anorexia/bulimia con tratamiento.
- ✓ Integrantes del grupo familiar que toman hasta 3 medicamentos en forma permanente y simultánea.



- ✓ Vivienda con accesibilidad de agua aparentemente apta para consumo humano de pipas y nacimientos de agua o vertiente sin tratamiento.

c. VERDE

- ✓ Mujeres embarazadas con controles completos
- ✓ Mujeres embarazadas con riesgo mínimo (según norma)
- ✓ Mujeres embarazadas con al menos 2 dosis de toxoide tetánico de acuerdo a edad de gestación.
- ✓ Mujeres con control post parto
- ✓ Mujeres con edad fértil con vida sexual activa con planificación familiar que no desee embarazarse
- ✓ Mujeres con vida sexual activa y sin conductas sexuales de riesgo
- ✓ Mujeres con citologías tomadas hace un año o menos
- ✓ Niños menores de 12 años con esquemas completos, con controles infantiles y/o controles de salud bucal completos
- ✓ Familias sin casos de violencia intrafamiliar
- ✓ Personas con enfermedad siquiátrica con tratamiento y controlada
- ✓ Miembro de familia con discapacidad y rehabilitado
- ✓ Familias que atienden adecuadamente a sus miembros desprotegidos.
- ✓ Adecuado apoyo entre los miembros del grupo familiar.
- ✓ Familias con conductas y estilos de vida saludables.
- ✓ Integrantes del grupo familiar sin problemas nutricionales.
- ✓ Personas con enfermedades crónicas no infecciosas con tratamiento y controladas.
- ✓ Personas con enfermedades infecciosas con tratamiento y controladas.
- ✓ Integrantes del grupo familiar que no toman medicamentos en forma permanente.



- ✓ Miembros de la familia con factores de riesgo familiares de enfermedades crónicas no infecciosas con control médico, dietético y actividad física adecuada.
 - ✓ mascotas vacunadas y cuidadas.
 - ✓ ausencia de animales que condicionan zoonosis.
 - ✓ Vivienda con servicio continuo de agua apta para el consumo humano a través de acueductos domiciliarios, chorro público o tratado con medios físicos o químicos.
 - ✓ Adecuada disposición de basura.
 - ✓ Adecuado control de vectores.
 - ✓ Vivienda ordenada y limpia.
 - ✓ Adecuado manejo de pilas y/o recipientes para recolectar el agua.
- d. Riesgos no modificables a ser considerados para el diagnóstico situacional de la comunidad y no deberán incluirse en la clasificación de riesgos familiares:
- ✓ Hacinamiento familiar.
 - ✓ Viviendas con condiciones inadecuadas para habitar.
 - ✓ Viviendas localizadas en zonas de riesgo ambiental.
 - ✓ Tenencia de la vivienda.
 - ✓ Vivienda sin servicios básicos: agua, energía eléctrica y alcantarillas
 - ✓ Tipo de cocina: gas, leña.
 - ✓ Riesgos ambientales: aguas estancadas, ruido, emanación de gases y malos olores.
 - ✓ Inadecuada disposición de excretas (al aire libre, de fosa sin mantenimiento o aboneras mal utilizadas).



3. La metodología a seguir para la clasificación de riesgo familiar en la ficha será la siguiente:

CLASIFICACIÓN DE LAS CATEGORÍAS DE LOS TIPOS DE RIESGO	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO GLOBAL DE LA FAMILIA
TODAS LAS CATEGORÍAS SON VERDES	VERDE
SOLO UNA CATEGORÍA AMARILLA	AMARILLA
DOS O MAS CATEGORÍAS AMARILLAS	ROJA
UNA O MAS CATEGORÍAS ROJAS	ROJA

4. Las visitas domiciliarias de seguimiento deberán realizarse cada tres meses para las viviendas de riesgo verde, cada 2 meses a las de riesgo amarillo y cada mes las de riesgo rojo; sin embargo, la frecuencia de la visita también estará determinada por los riesgos individuales que se detecten en cada uno de los integrantes de la familia.
5. De acuerdo a los factores de riesgos o patologías detectadas a través de la entrevista médica, examen físico, ficha familiar y otros instrumentos de medicina familiar y observación de las condiciones familiares y socio-ambientales, se deberá establecer, con la participación de la familia, un plan de salud que favorezca la corrección o control adecuado de los riesgos o patologías encontradas, el cual deberá dejarse por escrito en la ficha familiar.
6. Las visita domiciliar familiar subsecuentes deberán ser realizadas en forma programada en base a detección y clasificación de riesgos, para:
- En cada visita, de acuerdo a su nivel de riesgo o necesidades de salud de la familia, sean derechohabientes o no, deberán realizar actividades de fomento de la salud en la familia y orientación sobre medidas preventivas y motivarlos a participar en actividades de organización comunitaria para incorporarse a las actividades de fomento a la salud.
 - Realizar actividades médico asistenciales a miembros derechohabientes de la familia que tengan dificultades físicas para asistir a la clínica comunal, tales como: secuelas de ACV,

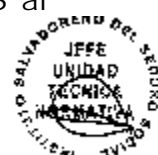


Oxigenodependientes, pacientes terminales, pacientes posquirúrgicos que no puedan ser movilizados, manejo inicial de la enfermedad aguda para estabilizarlo antes de ser trasladado a un centro hospitalario, en otros casos, si se detectaren problemas de salud, deberán auto referírseles a la Clínica Comunal para cupo o cita.

- c. Realizar actividades medico asistenciales a personas no derechohabientes, determinando conducta a seguir de acuerdo a la patología encontradas o referirlos a la Unidad de salud con papelería del ISSS, especificando que es un paciente no derechohabiente y dejando copia para la ficha familiar.
 - d. Los casos de interés epidemiológico generarán una visita específica en el momento que se detecte.
 - e. Se deberá obtener información para reclasificación de riesgos o para la incorporación de un nuevo miembro o nueva familia cada vez que sea necesario.
 - f. Las visitas domiciliarias subsecuentes se realizaran utilizando la hoja de visita domiciliar subsecuente y la hoja de evolución individual, que servirán para actualizar la ficha familiar y el expediente clínico del paciente si es derechohabiente.
 - g. Las hojas de visita domiciliar, una vez anotadas en el libro de registro deberán ser archivadas en el fólder de la ficha familiar.
7. El equipo de salud será el responsable de custodiar las fichas de las familias de su ARP.

C. ACTIVIDADES DE SALUD COMUNITARIA:

1. El director local deberá establecer coordinación con representantes del MSPAS de la zona para establecer por escrito los acuerdos de reciprocidad necesarios para:
 - a. Delimitar el Área de Responsabilidad Programática para cada institución.
 - b. Dar a conocer el portafolio de servicio que va a ofertar el ISSS al no derechohabiente.



- c. Definir con que recursos va ha contribuir cada una de las instituciones para la realización de actividades específicas.
 - d. Establecer coordinación para la ejecución de actividades conjuntas.
2. Deberá realizarse un análisis de la situación de salud de la comunidad:
- a. La planificación y programación de la visita comunitaria por el equipo de salud para el diagnóstico situacional inicial, se hará por cada familia que habita en la zona bajo su cargo (derechohabiente o no), a través de la visita domiciliar de primera vez y se deberán determinar además los factores medioambientales, sociales y culturales de la comunidad como una percepción inicial e identificación de líderes en las mismas.
 - b. Se realizará el proceso de inmersión a la comunidad, estableciendo contacto con los líderes comunitarios e informándoles de las proyecciones que la clínica tiene para el área y estableciendo las coordinaciones necesarias para el reclutamiento de voluntarios y la formación del comité de salud de la zona.
 - c. Serán los miembros de la colectividad previamente capacitados quienes con el acompañamiento del equipo de salud deberán determinar las condiciones de riesgo en la comunidad.
 - d. El diagnóstico consolidado por cada equipo de salud, con su análisis y conclusiones, será presentado a la comunidad para definir en conjunto las acciones a tomar.
 - e. Cada uno de los equipos de salud, entregará el informe final del diagnóstico de cada zona por separado, al director local y este hará un consolidado de las 5 zonas, para tener un diagnóstico de toda el área de su responsabilidad (diagnóstico situacional y mapa de riesgos, daño y recursos del ARP de la Clínica Comunal) enviando información a la División de Evaluación Monitoreo.
 - f. El director local junto con el equipo de salud y otro personal técnico de la clínica y miembros organizados de la comunidad, serán responsables de priorizar las acciones locales en base al diagnóstico situacional realizado.



3. Los responsables de la planificación, coordinación y desarrollo del Programa de Salud Comunitaria serán el director local, los integrantes del equipo de salud y los miembros de la comunidad de acuerdo a la realidad del área de responsabilidad programática.
4. La programación para el desarrollo de las tareas a realizar en las comunidades, empresas y centros escolares, dentro del ARP de cada equipo de salud, se hará en coordinación con el equipo de salud y técnico de la clínica comunal donde se definirá la actividad, fecha, hora y responsable con una periodicidad no menor a los tres meses.
5. El trabajo comunitario en lo posible deberá ser realizado en forma simultánea en todas las comunidades, empresas y centros escolares a fin de estandarizar las actividades y recursos y llevar un orden que permita determinar si una comunidad va obteniendo un menor desarrollo para reforzar las acciones con ella. Algunas otras actividades serán específicas de cada comunidad según los problemas detectados en su diagnóstico de base.
6. Se abrirá un expediente por cada empresa, comunidad o centro escolar atendido, el cual debe incluir, diagnóstico situacional, línea basal, mapa de riesgo, recursos de la comunidad, descripción de nivel de organización y las acciones desarrolladas por el personal de la institución a través de los Diarios de Campo, los cuales deben de llevar un orden cronológico, desde las coordinaciones iniciales para la organización de las mismas, la planificación y las actividades desarrolladas en cada una de ellas.
7. Será decisión del Director de la clínica comunal si se atiende o no la solicitud para la realización de actividades a demanda de comunidades, empresas o centros escolares que no pertenecen al ARP de la clínica y los diarios de campo de las actividades realizadas deberán ser archivadas en un fólter para cada uno de ellos cuya custodia será responsabilidad del Equipo Coordinador del Programa de Educación para la Salud.



ATENCIÓN A COMUNIDADES:

1. La atención a las comunidades estará orientada a lograr la participación de las personas de las comunidades, desde la identificación de sus problemas y necesidades, así como en la elaboración y ejecución de acciones encaminadas a superarlos en forma conjunta, promoviendo la corresponsabilidad de sus habitantes y la autogestión de la comunidad.
2. Se debe de concientizar a las directivas comunales de las comunidades del ARP, sobre la importancia de la vigilancia epidemiológica, participación comunitaria, importancia del trabajo en equipo, desarrollo de liderazgo, delegación de funciones y conformación del comité de salud y otras que a juicio del equipo de salud sean necesarias para lograr el objetivo propuesto.
3. Las actividades se enfocaran a la organización de los comités de salud y a la capacitación de multiplicadores voluntarios para que se integren en equipos de trabajo organizados dentro de cada comunidad, barrio o colonia del Área de Responsabilidad Programática de la Clínica Comunal. La capacitación debe ser diseñada de tal forma que al final de la misma los miembros voluntarios participantes de la comunidad sean capaces, junto a los demás miembros de la comunidad, de resolver los problemas básicos que puedan afectar la salud colectiva o individual de la población. La capacitación deberá ser impartida apoyándose y en colaboración de los recursos de otras instituciones de la comunidad a fin de no duplicar esfuerzos y optimizar los mismos.
4. Se deberá realizar la capacitación para los voluntarios de la comunidad y el comité de salud, que deberá ser impartida bajo una metodología teórico práctica e incluir obligatoriamente los siguientes temas:
 - a. Técnicas básicas de educación para la salud.
 - b. Diagnóstico situacional y mapas de riesgos ambientales, sociales y de recursos.
 - c. Elaboración del plan de acción comunitario.
 - d. Enfermedades transmitidas por vía digestiva y Técnicas de rehidratación oral.
 - e. Enfermedades transmitidas por vía respiratoria.
 - f. Enfermedades transmitidas por vectores biológicos.
 - g. Saneamiento ambiental básico.



- h. Curso básico teórico práctico de primeros auxilios y respuesta ante desastres y planes de evacuación y dejando establecidos los equipos necesarios con voluntarios de la comunidad para actuar de inmediato en caso de catástrofe.
 - i. Salud Materna: factores de riesgo en el embarazo, importancia de controles prenatales y planificación familiar.
 - j. Control infantil: crecimiento y desarrollo e inmunizaciones.
 - k. Educación sexual e infecciones de transmisión sexual, VIH – SIDA.
 - l. Deberes y derechos familiares, incluyendo violencia intrafamiliar.
 - m. Salud Mental: autoestima, fármaco dependencia.
5. Una vez capacitados y conformados los comités, el equipo de salud responsable de la comunidad deberá darles el seguimiento y acompañamiento necesario en las actividades a ser desarrolladas en la comunidad, de acuerdo a la priorización establecida.
6. El Comité de Salud y el Equipo de Salud deberán elaborar el plan de trabajo trimestral a ser desarrollado en la comunidad para resolver problemas y necesidades priorizadas en coordinación con la directiva comunal e informarles a los miembros de la comunidad las actividades a realizar.
7. El comité de salud, los voluntarios capacitados y el equipo de salud deberán realizar las siguientes actividades:
- a. Diagnóstico situacional de la comunidad a través de una metodología participativa.
 - b. Formación de grupos para atención de riesgos con el objeto de realizar acciones encaminadas al fomento de la salud de acuerdo al diagnóstico y priorización realizada previamente:
 - Clubes materno – infantil.
 - Clubes de hipertensión arterial y diabetes mellitus y sus factores de riesgo.
 - Clubes de malnutrición
 - Aeróbicos y otros.
 - Brigadas ecológicas, de limpieza y de saneamiento ambiental.
 - Grupos de salud mental.
 - Grupos de alcohólicos anónimos.



- Grupos artísticos.
- Grupos de Adulto Mayor.
- Brigadas de desastres.
- Manualidades.
- Clubes de adolescentes.
- Escuelas para padres.
- Atención a personas detectadas con violencia intrafamiliar.

c. Actividades de promoción:

- Elaboración de carteles sobre enfermedades más frecuentes en la comunidad y colocarlos en lugares visibles y de concentración poblacional.
- Organizar y coordinar actividades artístico-educativas con otras instituciones que promuevan este tipo de actividad, con un componente o no sobre salud.
- Distribución de material educativo en la comunidad.

d. Actividades educativas:

- Charlas de capacitación y motivación a las diferentes directivas de la comunidad (comunales, comités de salud y otras).
- Facilitar charlas para el fomento a la salud a la comunidad en las asambleas generales.
- Organizar charlas, jornadas o cursos para el fomento a la salud para los miembros de la comunidad en la que el o los facilitadores sean los voluntarios capacitados o personal técnico de la Clínica Comunal o de otras instituciones.

e. Actividades de participación comunitaria:

- campañas de limpieza.
- campañas de eliminación de vectores.
- Campañas de detección precoz de cáncer de cérvix
- Campañas de salud bucal.
- jornadas de vacunación.
- campañas de desparasitación.
- campañas contra la ceguera nocturna.
- campañas para detección de hipertensión arterial.



- campañas para detección de diabetes mellitus.
 - introducción y/o educación en el uso de la letrina.
 - celebración de fechas relevantes.
 - promoción de la alimentación a base de soya.
- f. Actividades de atención directa a las personas de la Comunidad realizadas por el equipo básico y el voluntario capacitado:
- Supervisión de las mujeres embarazadas de la comunidad en relación a la asistencia al control prenatal, vacunación con Toxoide Tetánico y detección de signos de alarma.
 - Detección de mujeres en edad fértil no vacunadas contra el Tétano.
 - Fomentar y supervisar la lactancia materna en mujeres con hijos menores de un año.
 - Detección de niños desnutridos y referirlos a un centro de atención y/o impulsar programas nutricionales.
 - Promoción de los métodos de Planificación Familiar.
 - Detección de los Sintomáticos Respiratorios y referirlos a evaluación al ISSS o al MSPAS según corresponda.
 - Tratamiento de las diarreas y deshidratación, con la administración de sales rehidratación oral.
 - Proporcionar los primeros auxilios a todas aquellas personas que lo ameriten.
 - Detección de signos de alarma en IRA'S y EDAS y referirlos a un centro de atención adecuado.
 - Detección, supervisión de tratamiento, control, apoyo psicológico y motivacional a las personas de su comunidad con Enfermedades Degenerativas Crónicas (Hipertensión Arterial, Trastornos Mentales y otros).
 - Detección de personas enfermas en la comunidad para ofrecerles orientación oportuna y evitar que la enfermedad pueda ocasionar cronicidad o complicaciones.



g. Actividades de autogestión:

- En base a las necesidades de la comunidad planificar los proyectos, buscar los recursos adecuados para su ejecución a través de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, con la orientación y el apoyo del personal técnico de la Clínica Comunal. (recursos económicos, humanos, materiales, logísticos, etc.)
- Solicitar a la Alcaldía Municipal, el apoyo para desarrollar campañas de limpieza, control de vectores biológicos, saneamiento ambiental y otros que así lo requieran.
- Gestionar con la Empresa Privada el apoyo para desarrollar actividades en bien de la Salud de los habitantes de la comunidad (antiparasitarios, vitaminas, depósitos de basura, etc.)

h. Actividades a ser desarrolladas por tecnóloga materno infantil o enfermera general en apoyo a las actividades del comité de salud:

- Control del crecimiento físico a niños menores de doce años de edad para detección de bajo peso y talla y niños desnutridos en la comunidad que incluyen las siguientes actividades:
 - Toma de talla, peso y verificación de las mismas en las curvas para establecer una clasificación
 - Referencias al centro de atención que corresponda (ISSS o MSPAS) de los niños con riesgo.
 - Educación nutricional: implementación de talleres de soya e incaparina.
- Detección de señoras embarazadas con riesgo:
 - Referencias al centro de atención que corresponda (ISSS o MSPAS).
 - Educación nutricional.
- Charlas:
 - Atención al recién nacido.
 - Cuidados pre y postnatales.
 - Factores de riesgo en el embarazo.
 - Lactancia materna.
 - Salud reproductiva.



- Planificación familiar.
 - Inmunizaciones infantiles, maternas y a mujeres en edad fértil.
- i. La higienista dental u odontóloga infantil en apoyo a las actividades del comité de salud deberá desarrollar jornadas de salud oral que incluyen las siguientes actividades:
 - Educación de salud oral.
 - Diagnósticos.
 - Técnicas de cepillado y en el uso del hilo dental.
 - Referencias a ISSS o a Unidad de Salud.
- 8. Los Comités de Salud de la comunidad con el acompañamiento y orientación del equipo de salud, deberán buscar los mecanismos que permitan un apoyo efectivo (recursos materiales, humanos y financieros), de parte de la Directiva de la Comunidad o a través de la autogestión con otras organizaciones gubernamentales o no gubernamentales.
- 9. El Equipo de Salud deberá realizar un reporte que contenga el nombre de la comunidad, sí el comité de salud esta activo o no, número de personas voluntarias capacitadas desarrollando actividades, número y temática de capacitaciones impartidas y número y tipo de actividades realizadas por o con los multiplicadores, actividades de autogestión, que deberá ser coincidente con los diarios de campo realizados y servirá para elaborar el reporte mensual y las diversas evaluaciones del programa de salud comunitaria.
- 10. Se deberá realizar con la comunidad una evaluación de cada actividad de promoción a la salud.
- 11. Deberá hacerse una evaluación comunitaria cada seis meses, para tener idea de como son percibidos en su comunidad, los cambios que se van generando y poder hacer las correcciones necesarias a tiempo.



ATENCIÓN A LOS CENTROS ESCOLARES:

1. La atención a los centros escolares tendrá como objetivo la formación de comités escolares de salud integrados por maestros y alumnos y capacitar además a algunos otros alumnos para ser multiplicadores voluntarios.
2. Deberá orientarse a instaurar el nivel organizativo escolar que propicie, facilite y gestione, para hacer del Centro Escolar un lugar donde se promuevan nuevos estilos de vida, para lograr en los jóvenes un mejor desarrollo humano.
3. Se deberán coordinar con los supervisores de circuito (Supervisión Departamental de Educación) para conocimiento y aprobación de las actividades a realizar y concientizar e impartir un curso de inducción a los directores de los centros escolares participantes sobre la importancia del trabajo en equipo, delegación de funciones y conformación del comité de salud.
4. Se deberá coordinar las actividades de capacitación de los comités escolares y alumnos voluntarios con otras instituciones del área o municipio o fuera del mismo (FUNDASIDA, ISDEMU, MSPAS, Alcaldía Municipal, Juzgados de Familia y otras instituciones u ONG´s que se considere pertinente).
5. Se deberá impartir una capacitación a los maestros que conformarán el comité escolar de salud, en las siguientes temáticas:
 - a. Importancia y funciones de un comité de salud.
 - b. Diagnostico situacional y mapa de riesgo.
 - c. Plan de acción.
 - d. Conformación y mantenimiento de botiquín de primeros auxilios y la responsabilidad del maestro al medicar.
 - e. Desarrollo biológico y psicológico del niño.
 - f. Trastornos de ansiedad y técnicas de relajación.
 - g. Depresión infantil.
 - h. Enfermedades transmitidas por vectores biológicos.
 - i. Enfermedades transmitidas por vía digestiva.
 - j. Enfermedades transmitidas por vía respiratoria.
 - k. Enfermedades de transmisión sexual.
 - l. Violencia Intra familiar.
 - m. Maltrato infantil y Género.



- n. Planificación familiar y embarazo en adolescentes.
 - o. Adicciones.
 - p. Supervisión de cafetines escolares.
6. Posteriormente se dará la capacitación a los alumnos que conformaran el Comité Escolar de Salud y/o alumnos voluntarios, en los siguientes temas:
- a. Técnicas básicas de educación de educación para la salud.
 - b. Diagnostico situacional y mapa de riesgo.
 - c. Elaboración del plan de acción.
 - d. Deberes y derechos familiares.
 - e. Violencia intrafamiliar y depresión en la infancia.
 - f. Enfermedades transmitidas por vía digestiva.
 - g. Enfermedades transmitidas por vectores biológicos.
 - h. Educación Sexual, ITS y VIH – SIDA.
 - i. Planificación Familiar y embarazo en adolescentes.
 - j. Salud mental: Autoestima, fármaco dependencia y construcción social de género.
 - k. Saneamiento ambiental básico.
 - l. Curso básico teórico práctico de primeros auxilios y respuesta ante desastres y planes de evacuación.
 - m. Salud oral.
7. Una vez capacitados, el comité escolar de salud y/o los alumnos voluntarios deberán desarrollar las siguientes actividades con el acompañamiento y/o supervisión del equipo de salud:
- a. Multiplicación de las temáticas siguientes a los alumnos del centro escolar utilizando para cada nivel de escolaridad la técnica educativa más apropiada:
 - Enfermedades transmitidas por vía digestiva.
 - Enfermedades transmitidas por vectores biológicos.
 - ETS y VIH – SIDA.
 - Salud mental –Autoestima,
 - Fármaco dependencia.
 - Planificación Familiar y Embarazo en Adolescentes.



- b. Campañas de limpieza y de control de vectores de su centro escolar y de una zona perimetral alrededor del mismo y participación con los demás actores sociales del área de responsabilidad programática en las acciones contra el dengue u otras actividades colectivas, las cuales deberán ser programadas en forma periódica desde el inicio del año escolar.
 - c. Apoyar las actividades de participación comunitaria (campañas, actividades promocionales, etc.) organizadas por la clínica comunal o la comunidad a la cual pertenezca el centro escolar.
 - d. Capacitación a encargados y propietarios de cafetines escolares a través de un curso de manipuladores de alimentos en coordinación con el nivel local del ministerio de salud para efectos de permiso de funcionamiento, toma de exámenes de heces y tratamientos antiparasitarios.
8. La Higienista dental y/o Odontólogo(a) deberán impartir capacitación a multiplicadores escolares y desarrollar Jornadas de salud oral en coordinación con el equipo de salud responsable de la clínica que incluye:
- a. Diagnósticos.
 - b. Técnicas de cepillado.
 - c. Referencias a ISSS o a Unidad de Salud.
9. El equipo de salud del ARP deberá realizar la supervisión, acompañamiento, participación y seguimiento a las actividades a ser realizadas por los comités de salud y multiplicadores voluntarios.
10. Se realizará un reporte mensual que contenga el nombre del centro escolar, sí el comité esta activo o no, número de personas capacitadas, número y tipo de capacitaciones realizadas y número y tipo de actividades realizadas por o con los multiplicadores, que deberá ser coincidente con los diarios de campo realizados y servirá para elaborar el reporte mensual y las diversas evaluaciones del programa de salud comunitaria.



ATENCIÓN A EMPRESAS:

1. Deberá establecerse con los educadores de las unidades médicas, los acuerdos necesarios para definir las empresas que serán atendidas por la clínica comunal y cuales por la unidad médica o si serán atendidas por ambas.
2. Estará orientada a promover acciones para la detección precoz de enfermedades crónicas degenerativas y neoplásicas que incluyan actividades de Educación para la Salud en las empresas del área de responsabilidad programática y facilitar la entrada de los educadores de empresas para la formación de los Comités de Higiene y Seguridad Industrial.
3. Se realizará un reporte que contenga número de pacientes atendidas, Número de casos con patología y número de referidas.
4. El equipo de salud deberá realizar las siguientes actividades:
 - a. Detección precoz de cáncer de cérvix:
 - ° La toma de citologías se realizará en el local de las empresas, toda vez que reúna las condiciones mínimas de privacidad, comodidad e higiene; de lo contrario, estas deben ser realizadas en la clínica comunal, coordinando con la gerencia, horarios y número de pacientes a ser vistas por sesión de acuerdo a los recursos disponibles de la clínica comunal y mantener la confidencialidad adecuada para dar la respuesta de las mismas.
 - ° La actividad deberá contener los siguientes componentes:
 - i. Charla sobre cáncer de mama y cérvix.
 - ii. Examen de mama.
 - iii. Toma de muestra para Papanicolau.
 - iv. Referencias a centro de atención de adscripción de las pacientes con cervicitis o alguna otra patología que impida la toma de la muestra o que se le encuentre patología mamaria.
 - b. Detección precoz de Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitas:
 - ° Para la detección precoz de Hipertensión, Diabetes Mellitus y factores de riesgo relacionados, la actividad se realizará en el local de la empresa y se coordinará con la gerencia de la misma, se evaluarán a todos los empleados que voluntariamente acepten la valoración de la tensión



- arterial y de los otros factores de riesgo. A los empleados que se les detecte algún factor de riesgo, deberán ser referidos al centro de atención de adscripción para su diagnóstico definitivo.
- Se realizará un reporte estadístico que contenga nombre de la empresa, número de empleados atendidos, número de empleados sospechosos de padecer hipertensión o/y diabetes mellitus y número de empleados con factores de riesgos para ambas patologías.
 - La actividad deberá contener los siguientes componentes:
 - i. Charla sobre hipertensión, diabetes mellitus y factores de riesgo
 - ii. Toma de Presión Arterial
 - iii. Toma de Talla y Peso
 - iv. Cálculo de Índice de Masa Corporal
 - v. Determinación de factores de riesgo hereditarios
 - vi. Toma de glucometría (sí es factible)
 - vii. Referencias a los pacientes sospechosos o con factores de riesgo al centro de atención de adscripción.
 - viii. Seguimiento periódico a las personas con factores de riesgo o que se les haya detectado patología.
- c. Cursos a manipuladores de alimentos:
- Se deberá realizar en aquellas empresas cuyo producto de comercialización son los alimentos (restaurantes, industrias alimenticias, etc.) y será ejecutada en coordinación con el personal del nivel local del ministerio de salud, quien será el responsable de extender el permiso correspondiente para realizar este tipo de actividad comercial.
 - Se realizará un reporte estadístico que contenga nombre de la empresa, número de empleados que recibieron el curso y número de empleados con problemas de parasitosis intestinal.
 - Los componentes de la actividad serán los siguientes:
 - i. Desarrollo del curso en la empresa o en otro local que reúna los requisitos para la actividad.
 - ii. Toma de muestra para examen de heces a los participantes.



- iii. Tratamiento antiparasitario a través de una consulta médica a los empleados cuyo examen de heces resulta positivo.
 - iv. Seguimiento de las recomendaciones dadas en el curso
 - v. Supervisión por parte del ministerio de salud posterior al curso.
- d. Deberán realizar otras actividades para el diagnóstico precoz de enfermedades infectocontagiosas (Tuberculosis), crónicas (neumoconiosis) u otras, de acuerdo al diagnóstico realizado en la empresa
 - e. Otras actividades educativas a solicitud del personal de la empresa.
 - f. Coordinación con educadores de las unidades médicas para que implanten en la empresa el programa integral de Salud Ocupacional; así como para no duplicar actividades educativas que realizan sobre otros programas y componentes de atención integral en salud.
 - g. Se realizará un reporte mensual que contenga el nombre de la empresa, si existe comité de seguridad e higiene industrial, tipo y resultados de las actividades realizadas, que deberá ser coincidente con los diarios de campo realizados y servirá para elaborar el reporte mensual y las diversas evaluaciones del programa de salud comunitaria.

PARTICIPACIÓN INTERINSTITUCIONAL:

- 1. El Director de la Clínica Comunal será el representante de la institución y deberá integrarse al Comité Interinstitucional e Intersectorial Local y deberá coordinar la realización de las siguientes actividades:
 - a. Capacitaciones a multiplicadores.
 - b. Realización de diferentes campañas en la comunidad:
 - Limpieza de la comunidad.
 - Control de vectores y roedores.
 - Detección Precoz de Cáncer de Cérvix y Mama.
 - c. Saneamiento ambiental y letrización.
 - d. Apoyo a la autogestión comunitaria.
 - e. Participación del personal de la clínica en actividades promocionales del comité interinstitucional.



FUNCIONES DEL PERSONAL DE LAS CLÍNICAS COMUNALES

Todo el personal de las Clínicas Comunes, tienen la obligación de cumplir las funciones para lo cual ha sido contratado, así como otras funciones de acuerdo a su perfil o capacidad, cuando sea requerido por su jefe inmediato superior.

I. FUNCIONES DEL EQUIPO DE SALUD

INTRAMURALES:

1. Proporcionar atención asistencial a derechohabientes con problemas de salud y a usuarios de Programas, componentes y componentes especiales de la atención integral en salud.
2. Cada equipo deberá realizar la coordinación de uno o más programas, componentes y componentes especiales de la atención integral en salud.
3. Planificar, coordinar y ejecutar las actividades de fomento de la salud, relacionadas con los programas, componentes y componentes especiales de la atención integral en salud y con enfermedades de interés epidemiológico.
4. Realizar entrevista familiar para obtener información para la caracterización y evaluación familiar, identificar potencialidades, riesgos, problemas y daños a la salud familiar e intervenir y dar seguimiento a los problemas identificados.

EXTRAMURALES:

1. Visita domiciliar familiar.
2. Atención a la comunidad.
 - a. Impulsar el trabajo comunitario basándose en la normativa institucional.
 - b. Detectar, coordinar y concientizar a los líderes comunitarios sobre el trabajo a desarrollar.



- c. Establecer a través de la ficha familiar la población general (derechohabiente y no derechohabiente) perteneciente al área de responsabilidad programática de cada equipo.
- d. Diseñar, planificar y ejecutar el plan de capacitación a los voluntarios y comités de salud de la comunidad.
- e. Elaborar el análisis situacional del área de responsabilidad programática de cada equipo con la participación de la comunidad.
- f. Diseñar el mapa de riesgo, daño y recursos del área de responsabilidad programática de cada equipo con la participación de la comunidad.
- g. Presentar a la comunidad los resultados del análisis del diagnóstico situacional del área de responsabilidad programática de cada equipo.
- h. Actuar en el control de focos de infección, contaminación y daño comunitario con participación de la misma.

II. FUNCIONES DEL EQUIPO DE SALUD COORDINADOR DEL PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD Y SALUD COMUNITARIA

1. Cada médico coordinador de programa integral de salud, componente y componentes especiales, con su equipo de trabajo y demás personal técnico de la clínica, realiza el Plan Anual de Educación tanto intra como extra mural, determinando las actividades de fomento a la salud que se van a realizar el próximo año fiscal.
2. Una vez realizado cada uno de los planes educativos de cada programa integral de salud, componente y componentes especiales, el equipo coordinador del programa de educación y salud comunitaria, junto con el Director Médico del centro de atención, los integrará en un solo documento.
3. Se determinará en el cuadro de metas y realizaciones, las meta por mes de las actividades a realizar intra y extramurales, desglosadas en Charlas, jornadas, cursos, talleres a la población y capacitaciones a voluntarios.
4. Una vez determinadas las metas mensuales de las actividades a realizar, se trasladará dicha actividad a un cronograma anual, donde se



especificará la fecha, hora, el nombre de la actividad, el lugar y el responsable, el cual se actualizará cada 3 meses.

5. Llevarán un registro diario de las actividades educativas intra murales realizadas por el personal de la clínica, que servirá para elaborar y sustentar el informe mensual del programa de educación para la salud, el cuadro de metas y realizaciones, lo que ha su vez servirá de insumo para la evaluación trimestral y anual del programa de educación para la salud y salud comunitaria.
6. Las actividades realizadas en el programa de salud comunitaria (comunidades, empresas y centros escolares), serán reportadas en el formato "Diario de Campo" (documento legal sujeto a auditorias de la corte de cuentas), este documento debe ir firmado y preferentemente sellado por un miembro responsable de la comunidad, el cual se archivará en orden cronológico en las carpetas que corresponde a cada comunidad, empresa o centro escolar respectivamente. Dicho diario de campo servirá para elaborar y sustentar el informe mensual del programa de salud comunitaria y el cuadro de metas y realizaciones, lo que ha su vez servirá de insumo para la evaluación trimestral y anual del programa de educación para la salud y salud comunitaria.

III. ACTIVIDADES A DESARROLLAR POR EDUCADORES PARA LA SALUD.

1. Atención a Comunidades:

- a. Inmersión a la comunidad:
 - Identificación de líderes.
 - Coordinación con líderes comunitarios.
 - Asambleas generales de la comunidad.
 - presentación del equipo de salud.
- b. Desarrollo de actividades de organización y participación de las comunidades:
 - Conformación de Comité de Salud.
 - Capacitación a líderes y voluntarios de la comunidad.



- Acompañamiento y supervisión de actividades desarrolladas por los voluntarios capacitados.
- Actividades de promoción.
- Actividades educativas varias.
- Organizar actividades de participación comunitarias.
- Fomento a las actividades de atención directa a las personas por los miembros de los comités de salud.
- Apoyo a las actividades de autogestión y desarrollo de la comunidad.

2. Atención a centros escolares:

- a. Coordinar con los Directores de los centros escolares las actividades de fomento a la salud tanto en su centro escolar como en la comunidad.
- b. Sensibilización a Directores de centros escolares para su participación e involucramiento.
- c. Conformación de comités escolares de salud.
- d. Capacitación a comités de voluntarios escolares.
- e. Acompañamiento y supervisión de las actividades a desarrollar con los voluntarios de los centros escolares.
- f. Capacitación a encargados y propietarios de los cafetines escolares a través de cursos de manipuladores de alimentos; además de la supervisión periódica de la ejecución de las medidas de higiene impartidas en dichos cursos.

3. Atención a empresas:

- a. Coordinación con empresarios para la realización de las siguientes actividades:
 - Detección precoz de cáncer de cerviz y de mama.
 - Detección precoz de diabetes mellitus e hipertensión.
 - Curso a manipuladores de alimentos en empresas cuyo producto de comercialización sean alimentos.
 - Otras actividades para el diagnóstico precoz de enfermedades transmisibles y crónicas.
- b. Coordinación con educadores de las unidades médicas para que implanten en las empresas el Programa de salud Ocupacional.



c. Apoyo al desarrollo de las actividades desarrolladas en las empresas.

4. Participación Interinstitucional:

d. Coordinación con el Comité Interinstitucional local.

e. Coordinación con otras instituciones para la capacitación a multiplicadores.

f. Coordinar con otras instituciones para el desarrollo de otras campañas con la comunidad.

g. Coordinar el apoyo interinstitucional para la autogestión comunitaria.

h. Colaborar con el Director de la Clínica Comunal, en actividades del Comité Interinstitucional.

i. Asesorará, brindará apoyo técnico y mantendrá informado al director de las actividades de promoción realizadas con el comité interinstitucional.

5. Actividades internas en la Clínica Comunal:

a. Elaborar cada año, junto con su equipo de trabajo, la programación anual educativa del programa integral de salud, componente o componente especial del cual es responsable, de acuerdo al diagnóstico y priorización de riesgos.

b. Proporcionar capacitación al personal de las clínicas comunales en metodologías educativas.

c. Planificar, organizar, dirigir, controlar y evaluar el desarrollo de las actividades relacionadas con la educación y fomento de la salud, en conjunto con el equipo técnico de la clínica.

d. Realizar la integración en la programación de las actividades educativas del personal de la clínica comunal y de los voluntarios, de acuerdo a las necesidades detectadas intra y extramurales.

e. Apoyar las diferentes actividades sobre educación para la salud y fomento a la salud que se realizan en los diferentes programas integrales de salud.

f. Comunicar mensualmente la programación y temática asignada a cada miembro de equipo de trabajo.



IV. ACTIVIDADES A REALIZAR POR PERSONAL DE ENFERMERÍA

1. INTRAMURAL.

A. ENFERMERA GENERAL, AUXILIAR DE ENFERMERÍA Y COLABORADOR CLÍNICO:

- ❖ Prepara material y equipo para la atención médica de pacientes para la consulta.
- ❖ Despacha pacientes completándole las recetas, boletas de exámenes de laboratorio y gabinete, de referencias médicas, orienta a los pacientes en cuanto a toma de medicamentos y trámites a realizar y elabora nota en la hoja de enfermería del expediente clínico cuando amerite.
- ❖ Completa la información normada para cada libro de control (PCT2, incapacidades, mamografías, referencias y otros documentos).
- ❖ Revisa, ordena y equipa los consultorios para consulta médica.
- ❖ Lava, prepara y elabora para efectos de esterilización, el equipo y material a ser utilizado en la consulta médica, curaciones, inyecciones, inmunizaciones y pequeña cirugía.
- ❖ Participa activamente en Educación para la Salud.

B. ENFERMERA GENERAL, AUXILIAR DE ENFERMERÍA

- ❖ Prepara pacientes para la consulta médica, tomando temperatura, peso, talla y presión arterial y entrevista al paciente sobre motivo de consulta y verifica en expediente clínico los exámenes pendientes de respuestas y distribuye a los pacientes en los consultorios.
- ❖ Completa censos diarios de consulta médica.
- ❖ Toma e identifica las muestras de laboratorio y elabora el documento de remisión.
- ❖ Envía en hoja de remisión (original y copia) y recibe la ropa a ser utilizada en las actividades de la clínica y elabora el documento de remisión.



- ❖ Aplica vacunas según esquemas oficiales a embarazadas y adultos y a niños en clínicas que no exista Tecnóloga Materno Infantil.
- ❖ Efectúa curaciones, aplica inyecciones y nebulizaciones por indicación médica.
- ❖ Detecta y anota los datos pertinentes relacionados con las infecciones nosocomiales y elabora el informe para la dirección cada mes.
- ❖ Asiste al médico en la atención de pacientes de emergencia y en los procedimientos quirúrgicos y diagnósticos.
- ❖ Toma presión arterial a pacientes bajo control de Hipertensión Arterial para monitoreo periódico por indicación médica.
- ❖ Brinda atención de enfermería a usuarios (a) de Programas Integrales de Salud, de acuerdo a lo normado en mismo.
- ❖ Proporciona reforzamiento educativo para pacientes con enfermedades de interés epidemiológico y crónicas degenerativas y las registra en el expediente clínico.
- ❖ Realiza las actividades del programa de inmunizaciones en clínicas donde no exista tecnóloga materno infantil.
- ❖ Detecta y establece necesidades de Visitas Domiciliares.
- ❖ Realiza reportes mensuales, trimestrales, semestrales y anuales de los programas integrales de salud.
- ❖ Deberán realizar cada mes el inventario de instrumental, equipo médico, insumos médico quirúrgicos y ropa institucional y lo firma con el visto bueno de la coordinadora (o) de enfermería. Al realizar la rotación de funciones deberá entregar con inventario a la que asumirá sus funciones y firmaran de entregado y recibido con el visto bueno de su coordinadora (o).
- ❖ Deberán llevar registro escrito de salidas y entrada del instrumental y material a ser esterilizado fuera de la clínica comunal.



C. ENFERMERA GENERAL COMO COORDINADORA DE ENFERMERÍA:

- ❖ Planifica, coordina, supervisa y evalúa el trabajo del personal de enfermería y auxiliares de servicio en sus funciones de limpieza.
- ❖ Verifica que el equipo e implementos médicos que se utilizan en la atención de usuarios se encuentren en buenas condiciones.
- ❖ Detecta y solicita necesidades y hace el requerimiento periódico de material, equipo médico, papelería, artículos generales, medicamentos, material medico quirúrgico y ropa mensualmente.
- ❖ Lleva control de los formularios de incapacidades recibidas, entregadas, indicadas y consumidas en los consultorios.
- ❖ Lleva control de los inventarios de insumos médicos, instrumental, equipo medico y ropa hospitalaria asignada a la clínica.

2. EXTRAMURAL.

Son funciones propias para Enfermera General, sin embargo y de acuerdo a la necesidad de la comunidad o del tipo de actividad a realizar la Auxiliar de Enfermería y el Colaborador Clínico deberán acompañar a la enfermera a realizar las siguientes actividades:

A. VISITA DOMICILIAR FAMILIAR:

- ❖ Realiza entrevista a miembros de la familia para detectar factores de riesgo por:
 - Morbilidad de adultos y niños.
 - Embarazo parto y puerperio.
- ❖ Crecimiento y desarrollo:
 - Nutrición.
 - Estimulación temprana.
 - Vacunación (revisión de carné de vacunación)
- ❖ Salud ocupacional intra domiciliar.
- ❖ Factores que afecten la salud de los adultos mayores



- ❖ Hábitos inadecuados para la salud.
- ❖ Promoción a planificación familiar.
- ❖ Promoción de la toma de citología y examen de mama.
- ❖ Curaciones por indicación médica a personas con dificultad para asistir a un centro de atención.
- ❖ Seguimiento de casos de interés epidemiológico.
- ❖ Detección y apoyo a los casos de violencia intrafamiliar.

B. SALUD COMUNITARIA:

- ❖ Imparte actividades de educación para la salud.
- ❖ Participa activamente en eventos de capacitación a voluntarios de la comunidad.
- ❖ Participa activamente con el equipo básico de salud y con las personas de la comunidad en campañas de fomento a la salud:
 - Control de vectores.
 - Detección precoz de cáncer de cérvix y mama.
 - Vacunación.
 - Actividades de nutrición a niños, embarazadas y adultos mayores.
 - Detección precoz de Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus e Hiperlipidemias.
 - Otras actividades de acuerdo al perfil de la comunidad.

V. FUNCIONES GENERALES DEL EQUIPO DE TRABAJO ODONTOLÓGICO

1. Todo el personal odontológico deberá incorporarse al programa de educación al paciente, en su centro de atención, sobre la importancia de la Salud Oral, los servicios que se brindan y las medidas preventivas tanto en personas adultas como niños de acuerdo a una programación.
2. El profesional esta en la obligación de informar claramente al acompañante del paciente niño sobre el estado de salud oral, brindar el componente educativo de acuerdo a su condición y motivarle a conservar, mejorar



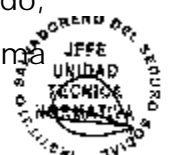
prevenir y restablecer en el menor tiempo posible las patologías encontradas, de acuerdo a plan de tratamiento de cada paciente.

3. Completar el informe diario de consulta, de acuerdo al diagnóstico y el tratamiento efectuados al paciente.
4. Es responsabilidad del personal odontológico velar por el buen funcionamiento y cuidado del equipo en su consultorio; así como que se cumplan las medidas de protección radiológica, del medio ambiente y medidas de bioseguridad.
5. Es obligatorio asistir a charlas de educación continua o Seminarios impartidos por la Institución así como reuniones de trabajo convocados por el Director, coordinador Odontológico (de Unidad médica de adscripción) u otra autoridad competente.
6. En caso de emergencia nacional o desastres naturales, presentarse a su centro de atención o en su defecto al centro de atención más cercano, sin necesidad de convocatoria.
7. Participar en las actividades que siendo compatibles con su cargo le sean asignadas.

NORMATIVA PARA ODONTÓLOGOS QUE REALICEN ATENCIÓN A NIÑOS DE 2 A 12 AÑOS CON EL NUEVO MODELO DE ATENCIÓN.

El servicio odontológico a prestar en este modelo de atención será:

1. Sellantes de fosas y fisuras en la dentición permanente, operatoria en piezas permanentes, pulpotomias y exodoncias en piezas ya sean primarias o permanentes que lo ameriten.
2. El tiempo establecido para la atención de cada paciente niño será de treinta minutos, con la modalidad de trabajo por cuadrantes.
3. El odontólogo en la primera consulta, realizará un correcto interrogatorio a persona responsable del niño, sobre motivo de consulta y su estado de salud general, anotando en la ficha correspondiente las patologías encontradas, llenando el odontograma y el plan de tratamiento a seguir.
4. Si la primera consulta es originada como emergencia: dolor agudo, infecciones u otras situaciones, estas deberán ser tratadas en la misma



consulta aun habiendo el odontólogo completado su consulta y antes de concluir su hora de labores.

5. Todo tratamiento debe ser registrado en la ficha odontológica y en el informe diario de la consulta.
6. Odontólogo será el que iniciará el programa de dotación de Fluor sistémico a niños de 2-12 años según las dosificaciones pre-establecidas. Previa investigación sobre las fuentes de agua potable de su comunidad con Unidad de Salud o Alcaldía Municipal. Si el servicio cuenta con una concentración mayor a 0.5 ppm no se procederá a la prescripción o suministro de Fluor.
8. Apoyará campañas de salud oral en comunidades.

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN HIGIENE ORAL

1. Se medirá el trabajo realizado por el técnico en higiene oral de dos pacientes por hora en un total de 4 horas diarias, dedicando el resto del tiempo para la visita domiciliar y fomento de la salud a las comunidades.
2. Deberá recibir los expedientes clínicos de los pacientes que serán atendidos en su consultorio y verificar que tenga la ficha correspondiente, la cual llenará con fecha, sello del consultorio, e información general del paciente actualizándolo cada año.
3. Llamara al paciente por su nombre y de acuerdo al orden de llegada del expediente. Pasara al paciente y a su acompañante al consultorio correspondiente con amabilidad y cortesía.
4. Proporcionara al paciente las indicaciones necesarias de instalación y uso del equipo odontológico, para lograr su comodidad y satisfacción en el desarrollo del tratamiento que se le proporcionara.
5. Determinará el estado de salud del niño@, llenará el odontograma con su respectivo CEO y completará el registro correlativo del año de inscripción de primera vez.
6. En niños@ de 6 años 1 día realizará odontograma con su respectivo CPO. Los registros de CEO y CPO deberán ser recopilados en libros de registro correspondiente.



7. Efectuará los sellados de fosas y fisuras indicados por el Odontólogo infantil u Odontopediatra, los diferentes tratamientos de higiene dental de acuerdo a los procedimientos preestablecidos en el manual de procedimientos institucionales. Los cuales serán supervisados por Odontopediatra u otra autoridad competente.
8. Higienista dental realizara 1 jornada-taller mensual intramural., una charla diaria de 15 minutos y en las comunidades dará charlas a grupos organizados previa coordinación con cada equipo de salud.
9. Colaborará en el aspecto educativo brindando charlas a los diferentes grupos organizados sobre aspectos preventivos de las enfermedades buco-dentales en sus centros de atención, campañas de salud oral en centros escolares y comunidades en forma coordinada con los equipos de salud.
10. Motivara al paciente y su responsable para que continúe su tratamiento para el establecimiento de la Salud Oral.
11. Llenara las recetas para ser autorizadas por Director de centro de atención para el otorgamiento de flúor a la población infantil derechohabiente de acuerdo al esquema programado.
12. Llenara el censo diario de higiene dental realizado y el informe mensual.
13. Deberá cuidar el instrumental y equipo odontológico bajo su uso y responsabilidad.
14. Proporcionara el mantenimiento diario del equipo así como limpieza de Unidad Dental, escupidera, eyector, sillón, banquillos, lámparas, lubricado de pieza de mano de bajo velocidad en el periodo que se encuentra laborando.
15. Preparación de los equipos de instrumento para su esterilización. Entrega y recepción al personal designado para tal fin.
16. Efectuará los cambios de instrumentos y demás materiales, utilizados en la consulta del paciente anterior y que han sido contaminados.
17. deberá elaborar inventario de materiales e instrumentos y determinará necesidades de instrumental y material odontológico para la elaboración de las requisiciones necesarias por la dirección local.



FUNCIONES DEL ASISTENTE DENTAL:

1. Recibir los expedientes clínicos de los pacientes que serán atendidos en su consultorio y verificar que tenga la ficha odontológica, la cual llenara con fecha, sello del consultorio, sello del odontólogo tratante e información general del paciente.
2. Llamar al paciente por su nombre y de acuerdo al orden de llegada del expediente.
3. Pasara al paciente junto a su acompañante al consultorio correspondiente con amabilidad y cortesía.
4. Proporcionar al paciente las indicaciones necesarias de instalación y uso del equipo odontológico, para lograr su comodidad y satisfacción en el desarrollo del tratamiento que se le proporcionara.
5. Acompañar al profesional en la atención al paciente niño@ y asistirlo en la preparación de materiales que le solicite de manera rápida, eficiente y de acuerdo al tratamiento que se realice.
6. Colaborar con el odontólogo en la instrumentación, cuando se encuentre realizando tratamiento al paciente asi como en el control del niño a solicitud del Odontopediatra.
7. Llenar la ficha odontológica del paciente con los datos dictados por el odontólogo y plasmarlo en el Odontograma bajo la supervisión del odontopediatra.
8. Llenar recetas y otros documentos necesarios con los datos generales y entregarlos al responsable del niño brindando las orientaciones del caso.
9. Llenar el informe diario de la consulta odontológica en sus aspectos generales y los totales respectivos.
10. Proporcionar el mantenimiento del equipo tales como la limpieza de la unidad dental, escupidera, eyector, sillón, banquillo, dental, incluyendo lubricación de piezas de mano de baja y alta velocidad en el periodo en que labora.
11. Prepara soluciones desinfectantes, esterilizantes donde se colocara los instrumentos utilizados durante la consulta diaria y lavado posterior de los mismo siguiendo los principios de bioseguridad.



12. Preparar los equipos e instrumentos para su esterilización. Entrega y recepción al personal designado para tal fin.
13. Efectuar los cambios de fresa instrumentos y demás materiales utilizados en la consulta del paciente anterior y que han sido contaminado.
14. Cuidar el instrumental y equipo odontológico bajo su uso y responsabilidad.
15. Preparación de los equipos de instrumento para su esterilización. Entrega y recepción al personal designado para tal fin.
16. Notificar al Director del centro de atención sobre los desperfectos de equipo y solicitar el debido servicio de mantenimiento.
17. Reportar oportunamente a su jefe inmediato superior cualquier daño o pérdidas de equipo, instrumental o material dentro su consultorio para las diligencias correspondientes.
18. Entregar la documentación del paciente, otros documentos necesarios y la constancia para continuar su tratamiento, la cual presentara en archivo o recepción, al finalizar la atención brindada al mismo.

VI. NORMA DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA EN LA CLÍNICA COMUNAL

NORMAS GENERALES:

1. La normativa presentada, se aplicará a aquellas Clínicas Comunales que cuenten con el recurso de Licenciado en psicología.
2. El psicólogo deberá participar y proporcionar apoyo a actividades de tipo intramural como extramural relacionadas con la salud mental, que sean realizadas por los equipos de salud.
3. Las actividades realizadas por el psicólogo deberán abarcar los siguientes ámbitos: atención clínica, contacto estrecho con el equipo de salud mental; capacitación a los equipos de salud, apoyo y participación a: grupos específicos, a los equipos en manejo de grupos en la comunidad, a líderes y autoridades civiles, en campañas interinstitucionales así como visitas domiciliarias específicas identificadas por el equipo de salud y resto del personal de apoyo.
4. El psicólogo además deberá colaborar en:



- a. El trabajo de investigación que se elaborará en la Clínica comunal, sugiriendo y proporcionado apoyo técnico en la temática relacionada con los aspectos psicosociales.
 - b. Actividades de educación continúa.
 - c. En actividades pre, durante y post desastres.
5. Las actividades de psicólogo de las clínicas comunales deberán ser dirigidas primordialmente a proporcionar:
- a. Apoyo y consejería a familias en donde existen niños con diferentes grados de desnutrición, trastornos por déficit de atención (hiperquinéticos), con problemas de aprendizaje, retardo mental, obesidad juvenil, rebeldía, enfermedades crónicas, tales como diabetes o cualquier otro tipo de discapacidades.
 - b. Apoyo y consejería a familias donde la mujer es cabeza de familia.
 - c. Apoyo y consejería a familiares y personas con tratamientos prolongados, tales como: SIDA, tuberculosis para que se adhieran al tratamiento prescrito.
 - d. Apoyo y consejería a familias que tiene personas con enfermedades en etapa terminal, con discapacidades físicas graves o con demencia (con la finalidad de apoyar al que apoya).
 - e. Apoyo y consejería a familias en duelo por muerte súbita o violenta de algunos de sus miembros.
 - f. Apoyo y consejería a familias con personas que adolecen de trastornos mentales o consumos abusivo de alcohol o drogas.
 - g. Apoyo y consejería a familias con adolescentes y adolescentes embarazadas.
 - h. Apoyo y consejería a familias con violencia intrafamiliar.
 - i. Actividades educativas con adolescentes para aumentar la capacidad de afrontamiento a los diferentes eventos estresantes de la vida. (autoestima y asertividad).
 - j. Desarrollar diálogo de saberes con líderes comunitarios a fin de identificar fortalezas y debilidades en la comunidad que permitan



desarrollar programas para el fortalecimiento de comportamientos que incrementen la calidad de vida de la población.

6. El médico dará manejo de las patologías psiquiátricas de acuerdo a las guías de manejo autorizadas por la institución, y enviará al psicólogo los casos que a criterio médico se favorezcan con la intervención del mismo.
7. El psicólogo referirá al médico que le envió el caso cuando la evolución no sea satisfactoria, para que evalúe referencia al equipo de salud mental cuando lo considere necesario.
8. Al restablecerse la salud mental del paciente referido, o que se haya finalizado su tratamiento el psiquiatra llenará el formato de retorno para el centro de atención del cual procedía la referencia, con las indicaciones precisas para continuar su tratamiento en el primer nivel de atención de ser necesario. (esto de acuerdo a norma de equipos de salud mental).
9. Las actividades intramurales que desarrollara el psicólogo asignado a la Clínica Comunal serán las siguientes:
 - a. Atención Clínica.
 - b. Capacitación a los equipos.
 - c. Apoyo y participación en grupos específicos.
10. Las actividades extramurales que desarrollará el psicólogo serán las siguientes:
 - a. Visitas domiciliarias específicas identificadas por el equipo de salud
 - b. Apoyo y participación cuando sea pertinente en el manejo de grupo en la comunidad.
 - c. Apoyo a líderes y autoridades civiles.



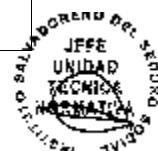
EVALUACIÓN DE RESULTADOS

NOMBRE DEL INDICADOR	DEMANDA DE CONSULTA
OBJETIVO	Pretende medir el número de consultas por morbilidad por derechohabiente adscrito a la clínica comunal/año posterior a la realización de actividades de fomento a la salud en la familia y comunidad.
INTERPRETACIÓN	Comportamiento de requerimientos de atención médica en comparación al estándar institucional
TIPO DE INDICADOR	De Uso
DEFINICIÓN OPERACIONAL	N° de consultas por morbilidad proporcionadas a miembros de familias de responsabilidad del equipo de salud de la clínica comunal en el año / N° de derechohabientes miembros de las familias de responsabilidad del equipo de salud de la clínica comunal
DATOS REQUERIDOS	N° de consulta médica por morbilidad a miembros de familias adscritas. N° de miembros de las familias derechohabientes detectadas a través del diagnóstico inicial realizado en el ARP.
FUENTE DE DATOS	Datos estadísticos locales
NIVEL DE SEGREGACIÓN	Por equipo de salud Por clínica comunal Consolidado nacional
PERIODICIDAD	Anual
RESPONSABLE DE GENERAR DATOS	Equipos de salud Director local
RESPONSABLE DE GENERAR INDICADOR	Equipos de salud Director local División de Evaluación y Monitoreo
RESPONSABLE DE TOMA DE DECISIONES	Subdirección de Salud
ESTANDAR Ó META ESTABLECIDA	Menor a 4 consultas derechohabiente año

NOMBRE DEL INDICADOR	ORGANIZACIÓN EN SALUD
OBJETIVO	Medir la capacidad del personal de la clínica comunal para lograr formar y mantener funcionando un nivel organizativo básico en la comunidad y el grado de involucramiento de las personas para resolver sus problemas de salud.
INTERPRETACIÓN	Que porcentaje de comunidades bajo nuestra responsabilidad cuentan con comité de salud funcionando
TIPO DE INDICADOR	De proceso
DEFINICIÓN OPERACIONAL	$(\text{N}^\circ \text{ de comités de salud funcionando} / \text{N}^\circ \text{ de comunidades, barrios, cantones, colonias del ARP}) \times 100$
DATOS REQUERIDOS	N° de comités de salud funcionando N° de comunidades, barrios, cantones, colonias del ARP
FUENTE DE DATOS	Datos estadísticos locales
NIVEL DE SEGREGACIÓN	Por equipo de salud Por clínica comunal Consolidado nacional
PERIODICIDAD	Anual
RESPONSABLE DE GENERAR DATOS	Equipos de salud Director local
RESPONSABLE DE GENERAR INDICADOR	Equipos de salud Director local División de Evaluación y Monitoreo
RESPONSABLE DE TOMA DE DECISIONES	Subdirección de Salud
ESTANDAR Ó META ESTABLECIDA	100 %



NOMBRE DEL INDICADOR	GRADO DE PARTICIPACIÓN DE LOS MIEMBROS DE LA COMUNIDAD Y CENTROS ESCOLARES EN ACTIVIDADES DE FOMENTO A LA SALUD
OBJETIVO	Medir el involucramiento de las personas de las comunidades y centros escolares para atender las demandas de actividades de fomento a la salud de sus colectivos.
INTERPRETACIÓN	Que porcentajes de actividades de fomento a la salud son realizados por o con la participación de voluntarios capacitados.
TIPO DE INDICADOR	De proceso
DEFINICIÓN OPERACIONAL	1. (N° de actividades de educación para la salud (charlas, cursos , jornadas y talleres) han sido impartidas por o con los voluntarios capacitados / N° de actividades de educación para la salud se han realizado en la comunidad y centros escolares) X 100
	2. (N° de actividades participación comunitaria y promoción a la salud (campañas, actividades promocionales, etc.) han sido realizadas por o con los voluntarios capacitados / N° de actividades de participación comunitaria y promoción a la salud se han realizado en la comunidad y centros escolares) X 100
	3. (N° de grupos para atención de riesgos formados, funcionando y atendidos por o con voluntarios capacitados en las comunidades del ARP. / N° de grupos con riesgos de salud detectados en el diagnóstico situacional del ARP) X 100
DATOS REQUERIDOS	N° de actividades educativas y de promoción y participación comunitaria realizadas. N° de grupos para atención de riesgos detectados y formados
FUENTE DE DATOS	Datos estadísticos locales
NIVEL DE SEGREGACIÓN	Por equipo de salud Por clínica comunal Consolidado nacional
PERIODICIDAD	anual
RESPONSABLE DE GENERAR DATOS	Equipos de salud Director local
RESPONSABLE DE GENERAR INDICADOR	Equipos de salud Director local División de Evaluación y Monitoreo
RESPONSABLE DE TOMA DE DECISIONES	Subdirección de Salud
ESTANDAR Ó META ESTABLECIDA	80% 80% 80%



OBSERVANCIA DE LA NORMA

La vigilancia del cumplimiento de los presentes "NORMAS DE FUNCIONAMIENTO PARA LAS CLÍNICAS COMUNALES", corresponde a los Directores de las Clínicas Comunes, a los Directores de las Unidades Médicas y Hospitales del ISSS que tengan Clínicas Comunes adscritas y a la Subdirección de Salud en el ámbito de sus competencias.

VIGENCIA DE LA NORMA

Los presentes "LINEAMIENTOS NORMATIVOS PARA LAS CLÍNICAS COMUNALES CON ENFOQUE DE MEDICINA FAMILIAR", entrarán en vigencia a partir de la fecha de implantación y sustituyen a todas las circulares y lineamientos e instructivos que han sido elaborados previamente por las diferentes instancias institucionales.

San Salvador, septiembre de 2006.

AUTORIZACIÓN



Dr. Guillermo José Valdés F.
Jefe Depto. Normalización y Estandarización

Dr. Simón Baltazar Agreda C.
Jefe Unidad Técnica Normativa

Dr. Nelson Nolasco Perla
Director General

Stamp: INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL, Titular Normalización y Estandarización

Stamp: INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL, JEFE UNIDAD TÉCNICA NORMATIVA

Stamp: INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL, DIRECTOR GENERAL

Anexo





INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN GENERAL
UNIDAD TÉCNICA NORMATIVA
DEPARTAMENTO DE NORMALIZACIÓN Y ESTANDARIZACIÓN



CONCEPTUALIZACIONES PARA EL ABORDAJE
FAMILIAR E INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DE
INSTRUMENTOS DE TRABAJO EN CLÍNICAS
COMUNALES.

SEPTIEMBRE - 2006



INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN GENERAL
UNIDAD TÉCNICA NORMATIVA
DEPARTAMENTO DE NORMALIZACIÓN Y ESTANDARIZACIÓN



**"CONCEPTUALIZACIONES PARA EL
ABORDAJE FAMILIAR E INSTRUCTIVO
PARA EL LLENADO DE INSTRUMENTOS DE TRABAJO
EN CLÍNICAS COMUNALES"**

SEPTIEMBRE - 2006

C

Departamento de Normalización y Estandarización





COMITÉ NORMATIVO

**JEFE
UNIDAD TÉCNICA NORMATIVA**

DR. SIMÓN BALTAZAR ÁGREDA

**JEFE DEPARTAMENTO
NORMALIZACIÓN Y ESTANDARIZACIÓN**

DR. GUILLERMO JOSÉ VALDÉS F.

**COLABORADOR TÉCNICO MEDICO
NORMALIZACIÓN Y ESTANDARIZACIÓN.**

DR. CÉSAR ERNESTO BENDEK

**COLABORADOR TÉCNICO MEDICO
PREVENCIÓN EN SALUD**

DRA. SARA LISETH GRANADINO

E

Departamento de Normalización y Estandarización





CONTENIDO	N° PÁG.
-----------	------------

ÍNDICE



INTRODUCCIÓN	1
INSTRUCCIONES PARA EL LLENADO DE LOS FORMULARIOS:	2
HOJA DE FICHA FAMILIAR	8
HOJA PARA CLASIFICACIÓN DEL RIESGO	20
HOJA PARA CONSOLIDADO DE LA CLASIFICACIÓN Y RECLASIFICACIÓN DEL RIESGO.	
INSTRUCTIVO PARA EL ABORDAJE FAMILIAR	21
HOJA DE EVOLUCIÓN INDIVIDUAL	43
INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL INSTRUMENTO "HOJA PARA LA VISITA DOMICILIAR SUBSECUENTE"	45
INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL INSTRUMENTO "DIARIO DE CAMPO"	47
INSTRUCTIVO PARA LLENADO DEL INSTRUMENTO "TABULADOR DIARIO DE ACTIVIDADES DE APS REALIZADAS POR EL EQUIPO DE SALUD" Y "REPORTE MENSUAL DE ACTIVIDADES DE APS"	49
INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DE INSTRUMENTO "CONSOLIDADO MENSUAL DE ACTIVIDADES DE APS REALIZADAS EN CADA COMUNIDAD"	53
INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DE INSTRUMENTO "INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES DE APS REALIZADAS POR LA CLÍNICA COMUNAL"	60

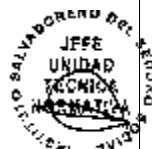


INTRODUCCIÓN

El presente documento contiene la conceptualización de la terminología a utilizar para el abordaje familiar y los instructivos para el llenado de formularios del proyecto “Nuevo Modelo de Atención de Medicina Familiar”, para las Clínicas Comunales.

El propósito es disponer de una guía metodológica, que estandarice, oriente, facilite la utilización de cuestionarios y otros instrumentos para determinar adecuadamente los diferentes factores que influyen en la salud familiar y consolide criterios para la adecuada recolección de información sobre los servicios de Atención Primaria en Salud a proporcionar por las clínicas comunales, garantizando la calidad en la información estadística. Se espera que el presente instructivo se constituya una herramienta de trabajo, en beneficio de obtener datos confiables y que contribuya a la obtención de resultados, que coadyuven a la toma oportuna de decisiones en beneficio de la población derechohabiente y población abierta.

En ese sentido, algunos de los instrumentos de trabajo contenidos en este documento han sido incorporados al Sistema Estadístico de Salud y a la actividad extramural del Expediente Electrónico.



INSTRUCCIONES PARA EL LLENADO DE LOS FORMULARIOS

FICHA FAMILIAR

CLÍNICA COMUNAL:

Colocar el nombre de la clínica comunal a la que está adscrita la familia a identificar.

DATOS GENERALES:

EQUIPO BÁSICO:

Código que será asignado del 1 al 5, a cada uno de los equipos que se formen en las clínicas comunales, y estará conformado por: un médico, una enfermera y un educador en salud.

ZONA:

Código asignado a la zona que se definirá como área de responsabilidad programática. El primer número corresponderá la identificación de las cuatro zonas en que está dividido el país: Metropolitana = 1, Central = 2, Oriental = 3, Occidental = 4 y los otros dos dígitos corresponderá a un correlativo que le será fijado en función del total de zonas que está dividida el área de responsabilidad programática.

SECTOR:

Identifica a un grupo específico de viviendas, así por ejemplo: colonia, comunidad o barrio, polígono, pasaje, etc., de una misma zona.

FAMILIA N°:

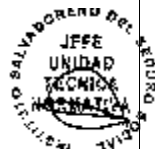
Número correlativo que identificará a cada grupo familiar, siendo el máximo de 400 familias por equipo básico.

FECHA (día/mes/año):

Es el día, mes y año en que se registró al grupo familiar.

HORA:

Reportar hora exacta de la visita, marcando si es por la mañana (A.M.) o por la tarde (P.M).



DÍA QUE PUEDE SER VISITADO:

Registre el día de preferencia que puede ser visitado el titular del hogar, ya sea por la mañana (A.M.) o la tarde (P.M.). Utilice las siguientes abreviaturas:

Lunes = L, Martes = M, Miércoles = Mi, Jueves = J, Viernes = V, Sábado = S y Domingo = D.

N° DE EXPEDIENTE:

Estará formado por el centro de costo asignado a la clínica comunal más un número correlativo. El número de expediente será asignado por el personal responsable de procesar la información a nivel local.

FAMILIA:

Se colocará los apellidos de la familia como identificación

DIRECCIÓN:

Registrar la dirección exacta del grupo familiar, ubicando las respectivas variables que se le solicitan: calle, avenida, pasaje, polígono, block, número de casa, colonia, residencia, barrio, cantón, caserío, comunidad y lotificación.

RESPONSABLE DE LA FAMILIA:

Identifica la persona que se hace responsable de la familia, esta persona no necesariamente tiene que ser el cotizante, ni el que genera ingresos económicos, por lo general es "quien administra la economía del hogar o familia".

TELÉFONOS DE LA VIVIENDA:

Identifica los diferentes teléfonos a los que puede ser controlado el grupo familiar, en particular el responsable de la familia o cabeza de familia.

TEL. Y DIRECCIÓN DEL TRABAJO:

Colocar el número de teléfono, dirección exacta del trabajo, departamento y municipio, en que se encuentra ubicado el responsable quien (es) genera (n) ingresos económicos a la familia.



DISTANCIA A LA CLÍNICA:

Identifica el tiempo que se tarda el grupo familiar en llegar a la clínica comunal, puede marcar una de las casillas correspondientes a MENOS DE UNA HORA y MÁS DE 1 HORA, a paso normal (no corriendo).

HABITANTES:

Son las personas que residen en la vivienda a la que pertenece el grupo familiar, los cuales pueden estar compuestos por los siguientes miembros:

TITULAR:

Es la persona reconocida por el Seguro Social como cotizante activo o cabeza de familia en caso de no ser cotizante.

CÓNYUGE:

Compañera o compañero de vida del titular y que reside en el hogar.

HIJ@S:

Identifica a los hijos e hijas del titular y que residen en el hogar. Si existen más de cuatro hijos, identificarlos en otro formulario de ficha familiar, anexa a la primera.

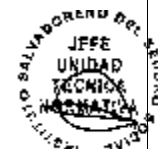
OTRAS PERSONAS QUE VIVEN EN LA CASA:

Identifica a todas los demás individuos que integran y viven en casa del grupo familiar. Si existen más de tres personas, identificarlos en otro formulario de ficha familiar, anexa a la primera.

Los códigos a utilizar para otras personas son:

Padres = 4	Hermano (a) = 5	Nieto (a) = 6	Suegro (a) = 7
Cuñado (a) = 8	Otros familiares = 9	No familiares = 10	

Los siguientes campos a identificar deben de ser registrados por cada uno de los habitantes que forman el grupo familiar.



AFILIACIÓN:

Número que le asigna el Instituto Salvadoreño del Seguro Social, cuando se inscribe como trabajador o beneficiario activo. Si se identificara en el grupo familiar personas afiliadas a Bienestar Magisterial o Sanidad Militar, utilizar los códigos siguientes:

Bienestar Magisterial = 1 Sanidad Militar = 2

Para los habitantes que no están afiliados a ninguna de las tres instituciones anteriores, dejar el campo vacío.

EDAD:

Años cumplidos que tiene el habitante.

SEXO:

Registra el género a que pertenece, Masculino = 1, Femenino = 2.

CALIDAD:

Ubicar al habitante según características de derecho, donde Cotizante (C) = 1; Beneficiario (B) = 2, Pensionado (P) = 3; Beneficiario de empleado (BE) = 4; Cesantes (CS) = 5; No asegurados (NA) = 6.

DISCAPACIDAD:

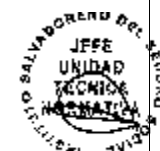
Identificar según código asignado, si la discapacidad es física, mental o ambas para cada uno de los habitantes del grupo familiar.

Los códigos a utilizar para las discapacidades son:

Física = 1	Mental = 2	Física y Mental = 3
------------	------------	---------------------

NOMBRE COMPLETO:

Escriba el nombre completo de la persona que se está registrando.



ESCOLARIDAD:

(Último grado aprobado): deberá de registrar el último grado de escolaridad aprobado, los cuales serán codificados de la forma siguiente:

Ninguno	0		Bachillerato (10 – 12 años)	4
Primero – Tercer grado	1		Trece a más años de estudios	5
Cuarto – Sexto grado	2		Otros	6
Séptimo – Noveno grado	3		Sabe leer y/o escribir	7

OCUPACIÓN:

Se refiere al tipo de trabajo que desempeña el trabajador asegurado

TIPO:

FORMAL: trabajador que presta sus servicios a una persona natural o jurídica, en virtud de un contrato de trabajo, bajo la dependencia de ésta y mediante un salario.

INFORMAL: trabajador que carece de un contrato de trabajo y respaldo jurídico.

SALUD REPRODUCTIVA:

Colocar antecedentes gineco-obstétricos y de Planificación Familiar

INMUNIZACIONES:

Esquema completo o incompleto a la edad.

CLASIFICACIÓN ESTRUCTURAL DE LA FAMILIA:

Se marcara de acuerdo al tipo de familia: nuclear, extensa, monoparental, equivalente parental o persona que vive sola.



FICHA FAMILIAR

CLÍNICA COMUNAL: _____

DATOS GENERALES

EQUIPO BÁSICO

ZONA

SECTOR

FAMILIA N°

FECHA (dd/mm/aa):

HORA :

DÍA QUE PUEDE SER VISITADO:

N° DE EXPEDIENTE _____

DIRECCIÓN _____

RESPONSABLE DE LA FAMILIA _____

TELÉFONOS DE LA VIVIENDA _____

TEL. Y DIRECCIÓN DEL TRABAJO _____

DISTANCIA A LA CLÍNICA _____

FAMILIA: _____

CALLE AVENIDA PASAJE POLIGONO BLOCK N° DE CASA COLONIA

RESIDENCIA BARRIO CANTÓN CASERIO COMUNIDAD LOTIFICACIÓN

TELÉFONO DIRECCIÓN DEPTO./MUNICIPIO

MENOS DE 1 HORA

MÁS DE 1 HORA

HABITANTE	AFILIACIÓN	EDAD	SEXO		CALIDAD						DISCAPACIDAD	NOMBRE COMPLETO	ESCOLARIDAD (último grado aprobado)	OCUPACIÓN	TIPO		SALUD REPRODUCTIVA								INMUNIZACIONES		
			M	F	C	B	P	BE	CS	NA					FORMAL	INFORMAL	ANTECEDENTES GINECOBSTÉTRICOS					PF			COMPLETA	INCOMPLETA	
			1	2	1	2	3	4	5	6							G	P	P	A	V	EMBARAZO ACTUAL	SI	NO			MÉTODO
TITULAR	1																										
CÓNYUGE	2																										
HJ@S	3																										
OTRAS PERSONAS QUE VIVEN EN LA CASA																											

HABITANTE: Otras personas incluye Padres = 4, Hermano (a) = 5, Nieto (a) = 6, Suegro (a) = 7, Cuñada (o) = 8, Otros familiares = 9, No familiares = 10.

Form.: 120104-113-07-05

DISCAPACIDAD: Física = 1, Mental = 2, Física y Mental = 3.

Núm.C.B.: 104544

CALIDAD: C = Cotizante, B = Beneficiario, P = Pensionado, BE = Beneficiario de empleado, CS = Cesante, NA = No asegurados.

ESCOLARIDAD: Ninguna = 0, (1 - 3) = 1, (4 - 6) = 2, (7 - 9) = 3, (10 - 12) = 4, (13 y más) = 5, Otros = 6, Sabe leer y/o escribir = 7.

DÍA QUE PUEDE SER VISITADO: Utilice las abreviaturas LUNES = L, MARTES = M, MIÉRCOLES = MI, JUEVES = J, VIERNES = V, SÁBADO = S y DOMINGO = D.

1/ Si se identificaran en el grupo familiar personas afiliadas a Bienestar Magisterial o Sanidad Militar, utilizar los códigos siguientes: Bienestar Magisterial = 1, Sanidad Militar = 2.

CLASIFICACIÓN ESTRUCTURAL DE LA FAMILIA				
NUCLEAR	SIMPLE		MONOPARENTAL	SIMPLE
	NUMEROSA			AMPLIADA
	AMPLIADA		EQUIVALENTES FAMILIARES	
	BINUCLEAR		PERSONA QUE VIVE SOLA	
EXTENSA	ASCENDENTE			
	DESCENDENTE			



INSTRUCTIVO DE HOJA PARA LA CLASIFICACIÓN DE RIESGO

DETALLE DE LOS PARÁMETROS A EVALUAR:

Medida utilizada para clasificar el tipo de riesgo que se encuentra el grupo familiar, deberá marcar la categoría ya sea VERDE, AMARILLO y ROJO según situación de riesgo encontrada en la vivienda.

Se evaluarán 27 riesgos familiares modificables marcando en ellos el riesgo inicial en forma cualitativa el color que corresponda y establecer un plan para mejorar el mismo y 8 riesgos no modificables los cuales servirán para diagnóstico comunitario y modificarlos a través de la organización y autogestión comunitaria.

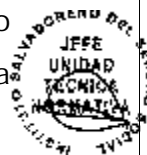
A continuación se describe cada una de las categorías de la hoja de Clasificación de riesgo:

1. Mujeres embarazadas sin control: son todas aquellas embarazadas que no han recibido ningún control.

Mujeres embarazadas con controles de inicio tardío o incompletos: inscripción posterior a las 12 semanas o incompleto para su edad gestacional.

Mujeres embarazadas con controles completos: son todas aquellas embarazadas que tienen sus controles de acuerdo a su edad gestacional.

2. Mujeres embarazadas con riesgo alto: son todas aquellas embarazadas que presenten alguna de las siguientes condiciones: diabetes conocida, asma bronquial sintomática, obito fetal o muerte neonatal previa, 2 o más abortos consecutivos espontáneos y con edad gestacional menor de 20 semanas, toxoplasmosis activa, embarazo múltiple en el 2º trimestre, sospecha de síndrome antifosfolípido, historia obstétrica pobre, amenaza de aborto con sangrado excesivo, hipertensión arterial, neuropatía o cardiopatía, rh(-) sensibilizada, SIDA o VIH (+), 4 o más factores de riesgo moderado, hepatopatías o ictericia en este embarazo, colagenopatías, feto macrosómico, feto con daño neurológico, sangramiento del tercer trimestre, sospecha clínica de Poli u Oligohidramnios, hipertensión o proteinuria, sospecha de retardo del crecimiento Intrauterino, ruptura



prematura de membranas, amenaza de parto prematuro que amerita ingreso, 2 o mas cesáreas previas a consulta después de las 34 semanas con exámenes completos, anomalía congénita mayor de éste embarazo, hemoglobina menor de 10gms, refractaria a tratamiento y dos os mas factores de riesgo moderado.

Mujeres embarazadas con riesgo moderado: son todas aquellas embarazadas que presenten alguna de las siguientes condiciones: embarazada con edad mayor de 35 años, embarazada con peso mayor de 180 lbs, VDRL reactivo, paciente con dos o más cesáreas previas, historia de producto anterior con peso menor de 2500 gm o mayor de 4000 gm, Preeclampsia previa , IVU recurrente, Amenaza de aborto, presentación fetal anormal, ganancia de peso mayor de 8 lbs/mes, Hemoglobina menor de 10, infección de vías urinarias comprobada con urocultivo, test de gant (+), cirugía mayor en este embarazo.

Mujeres embarazadas con riesgo mínimo: son todas aquellas embarazadas que no presenta ninguna de las condiciones mencionadas en el riesgo alto y moderado.

3. Mujeres embarazadas no inmunizadas con toxoide tetánico de acuerdo a edad de gestación: son todas las mujeres embarazadas que no se han recibido ninguna dosis de toxoide titánico.

Mujeres embarazadas con una dosis de toxoide tetánico de acuerdo a edad de gestación: son todas aquellas mujeres embarazadas que han recibido la primera dosis al primer contacto.

Mujeres embarazadas con la menos 2 dosis de toxoide tetánico de acuerdo edad de gestación: son todas aquellas mujeres embarazadas que recibieron la primera dosis al primer contacto y la segunda dosis al mes de la primera.

4. Mujeres sin control post parto: son todas aquellas mujeres puérperas que no han recibido su control después de 45 días post parto.



Mujeres con control post parto: son todas aquellas mujeres puérperas que recibieron su control entre los 30 y 45 días post parto.

5. Mujeres en edad fértil sexualmente activas sin planificación familiar y que no deseen embarazarse: se incluyen las mujeres de 18 años en adelante (mujeres en edad fértil) y adolescentes sexualmente activas y que no utilicen ningún método de planificación familiar.

Mujeres en edad fértil con vida sexual activa faltista a planificación familiar que no deseen embarazarse: se incluyen las mujeres de 18 años en adelante (mujeres en edad fértil) y adolescentes sexualmente activas y con más de un mes de no haber asistido a control o entrega de producto.

Mujeres en edad fértil con vida sexual activa con planificación familiar que no desee embarazarse: se incluyen mujeres de 18 años en adelante y adolescentes sexualmente activas y que utilizan método de planificación familiar.

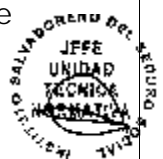
6. Mujeres con vida sexual activa y con conductas sexuales riesgosas: son mujeres que iniciaron relaciones sexuales con múltiples parejas y que efectúan relaciones sexuales desprotegidas.

Mujeres con vida sexual activa y sin conductas sexuales de riesgo: son mujeres que iniciaron relaciones sexuales con múltiples parejas o no y que efectúan relaciones sexuales desprotegidas.

7. Mujeres que iniciaron vida sexual y nunca se han tomado la citología o 3 años o más de habérsela tomado o según norma de atención integral en salud a la mujer: en este apartado se incluyen las adolescentes sexualmente activas.

Mujeres con o sin vida sexual activa que la última citología se la tomaron entre un año y menos de 2 años: en este apartado se incluyen las adolescentes sexualmente activas.

Mujeres con citología tomadas hace un año o menos: en este apartado se incluyen las adolescentes sexualmente activas.



8. Niños menores de 12 años sin vacunación, mal nutrición (desnutrición, obesidad, carencias de micronutrientes) sin tratamiento, sin control de salud oral y/o sin controles infantiles: en este apartado se subrayara la condición que presente el niño.

Niños menores de 12 años con esquemas incompletos, con controles infantiles y/o controles de salud bucal incompletos: en este apartado se subrayara la condición que presente el niño.

Niños menores de 12 años con esquemas completos, con controles infantiles y/o controles de salud bucal completos: en este apartado se subrayara la condición que presente el niño.

Vacunación: se incluirán aquellos niños que no tengan su esquema completo de vacunación de acuerdo a su edad o que no estén vacunados.

Mal nutrición: incluye la desnutrición, obesidad y carencias de micronutrientes (Hierro, vitamina A) que no reciban tratamiento al momento de hacer la clasificación de riesgo y deben ser registrados en la hoja de registro individual.

9. Familia con casos de violencia intrafamiliar sin intervención psicológica: Familia que ha sufrido violencia física, psicológica, sexual y patrimonial que no recibe tratamiento psicológico. En esta categoría se tomaran los conceptos vertidos en la norma y líneas de acción del componente de salud mental.

Familia con casos de violencia intrafamiliar con intervención psicológica: Familia que ha sufrido violencia física, psicológica, sexual y patrimonial que recibe tratamiento psicológico.

Familias sin casos de violencia intrafamiliar: familia que no ha sufrido violencia física, psicológica, sexual y patrimonial.

Violencia Física: acciones, comportamiento u omisiones que amenazan o lesionan la integridad física de una persona (artículo 3. Ley contra la violencia intrafamiliar.

10. Personas con enfermedad psiquiátrica sin tratamiento: Se incluyen todas aquellas patologías psiquiátricas que no reciban tratamiento.

Personas con enfermedad psiquiátrica con tratamiento y no controlada: son todas aquellas personas que reciben tratamiento y que no están controladas o aquellas que asisten irregularmente a sus controles.

Personas con enfermedad psiquiátrica con tratamiento y controlada: se consideran a las personas que reciben tratamiento, están controladas y/o que asisten regularmente a sus controles.

11. Alcoholismo, tabaquismo, o fármaco dependencia en los diferentes grupos etáreos sin tratamiento: deben incluirse los miembros de la familia que presenten este tipo de dependencia, independientemente de la edad.

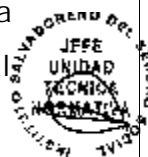
Alcoholismo, tabaquismo, o fármaco dependencia en los diferentes grupos etáreos con tratamiento: deben incluirse los miembros de la familia que presenten este tipo de dependencia, independientemente de la edad.

12. Miembros de la familia con discapacidad mental o física sin rehabilitación: Son todos aquellos miembros de la familia que presenten una discapacidad física o mental que no se encuentren en un programa de rehabilitación.

Miembros de la familia con discapacidad mental o física en rehabilitación: Son todos aquellos miembros de la familia que presenten una discapacidad física o mental que se encuentren en un programa de rehabilitación.

Miembros de la familia con discapacidad mental o física rehabilitados: Son todos aquellos miembros de la familia que presentan discapacidad física o mental y que se encuentran rehabilitados.

13. Inadecuado apoyo entre los miembros del grupo familiar: El apoyo social: es un proceso interactivo por el que el individuo obtiene ayuda emocional, ayuda material o económica de su red social, interacción social



positiva. En este apartado si es difícil determinar los diferentes tipos de apoyo, se debe utilizar el cuestionario MOS de apoyo social para determinar el tipo de apoyo con el que cuenta el derechohabiente.

Adecuado apoyo entre los miembros del grupo familiar: todos los miembros de la familia se apoyan mutuamente en lo emocional, instrumental o económico

14. Familias con integrantes desprotegidos en abandono o inseguros: En esta categoría se tomarán los conceptos vertidos en la norma y líneas de acción del componente de salud mental y se deben incluir todos los miembros de la familia que presenten estas características, especificando en la hoja de seguimiento individual.

Familias que atienden adecuadamente a sus miembros desprotegidos: Se incluyen todos los miembros de la familia que presenten estas características independientemente de la edad.

15. Familias que propician conductas y estilos de vida riesgosos: En esta categoría se tomarán los conceptos vertidos en la norma y líneas de acción del componente de salud mental.

Familias con conductas y estilos de vida saludables: conductas saludables son aquellas acciones realizadas por un sujeto, que influyen en la probabilidad de obtener consecuencias físicas y fisiológicas inmediatas y a largo plazo, que repercuten en su bienestar físico y en su longevidad.

16. Integrantes del grupo familiar con problemas de mal nutrición, anorexia/bulimia sin tratamiento: pacientes que presentan trastornos de la alimentación que no reciben tratamiento.

Integrantes del grupo familiar con problemas de mal nutrición, anorexia/bulimia con tratamiento: pacientes que presentan trastornos de la alimentación que reciben tratamiento.

Integrantes del grupo familiar sin problemas nutricionales: son los integrantes de la familia que no presentan trastornos de alimentación.

17. Personas con enfermedades crónicas no infecciosas con o sin tratamiento y no controladas: en esta categoría están incluidas enfermedades cardiovasculares, metabólicas, bronco pulmonares, neoplásicas, cerebro vasculares, y renales.

Deberá especificarse en la hoja de control individual el tipo de enfermedad crónica no infecciosa.

Personas con enfermedades crónicas no infecciosas con tratamiento y controladas: en esta categoría están incluidas enfermedades cardiovasculares, metabólicas, bronco pulmonares, neoplásicas, cerebro vasculares, y renales.

Deberá especificarse en la hoja de control individual el tipo de enfermedad crónica.

18. Personas con enfermedades infecciosas (VIH/SIDA, Hepatitis B y C, Tuberculosis) con o sin tratamiento y no controladas: se subrayara la condición que presenta el paciente. deberá especificar la enfermedad infecciosa en al hoja de control individua

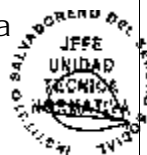
Personas con enfermedades infecciosas con tratamiento y controladas: deberá especificar la enfermedad infecciosa en al hoja de control individual.

19. Integrantes de grupo familiar con polifarmacia (4 o mas medicamentos de uso simultáneo y permanente). Deberá especificar en la hoja de control individual los medicamentos que utiliza

Integrantes del grupo familiar que toman hasta 3 medicamentos en forma permanente y simultánea Deberá especificar en la hoja de control individual los medicamentos que utiliza.

Integrantes del grupo familiar que no toman medicamentos en forma permanente: Deberá especificar en la hoja de control individual

20. Miembros de la familia con factores de riesgo familiares de enfermedades crónicas no infecciosas sin control médico, dietética



y actividad física adecuada: se subrayara la condición que presenta la familia.

Miembros de la familia con factores de riesgo familiares de enfermedades crónicas no infecciosas con control médico, dietética y actividad física adecuada: se subrayara la condición que presenta la familia.

21. Presencia de mascotas no vacunadas y descuidadas: se incluyen todos los animales que sean considerados como mascotas por las familias.

Mascotas vacunadas y descuidadas: se incluyen todos los animales que sean considerados como mascotas por las familias.

22. Presencia de otros animales que condicionen zoonosis: presencia de animales como ganado, cerdos, gallinas, patos y otros animales que favorezcan la transmisión de enfermedades o condición patológica en la persona

Ausencia de otros animales que condicionen zoonosis: ausencia de animales que favorezcan la transmisión de enfermedades o condición patológica en la persona

23. Vivienda sin agua apta para consumo humano (no tratada): agua que no ha sido tratada por ningún medio físico y/o químico. Verificar almacenamiento y tratamiento de la misma.

Vivienda con accesibilidad de agua aparentemente apta para consumo humano de pipas y nacimientos de agua o vertiente sin tratamiento: verificar almacenamiento y tratamiento de la misma.

Vivienda con servicio continúa de agua apta para consumo humano a través de acueductos domiciliarios, chorro público o tratado con medios físicos o químicos: Verificar almacenamiento y tratamiento de la misma.

24. Inadecuada disposición de basura: basura expuesta y no almacenada en recipientes adecuados: bolsa plástica cerrada y bote de basura con tapadera.

Adecuada disposición de basura: basura almacenada en recipientes adecuados: bolsa plástica cerrada y bote de basura con tapadera.

25. Presencia de vectores: se consideran vectores: moscas, cucarachas, pulgas, ratas

Adecuado control de vectores: prácticas que permiten el control de vectores

26. Inadecuadas condiciones higiénicas sanitarias del hogar (desechos orgánicos, polvo, basura y desorden: deberá verificar barrido de pisos y patios, disposición de residuos domésticos, limpieza de aceras, áreas de recreación y caminos, cría de animales domésticos (ganado, perros, cerdos, pollos). Drenaje de áreas aledañas (ubicación de agua estancada y otros lugares donde se reproducen los mosquitos).

Vivienda ordenada y limpia: deberá verificar barrido de pisos y patios, disposición de residuos domésticos, limpieza de aceras, áreas de recreación y caminos, cría de animales domésticos (ganado, perros, cerdos, pollos). Drenaje de áreas aledañas (ubicación de agua estancada y otros lugares donde se reproducen los mosquitos).

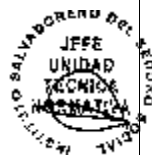
27. Inadecuado manejo de las pilas y/o recipientes donde se recolecta agua: verificar la existencia de recipientes tapados, tratados con abate o cualquier otro método físico, químico y/o biológico.

Adecuado manejo de las pilas y/o recipientes donde se recolecta agua: Verificar la existencia de recipientes tapados, tratados con abate o cualquier otro método físico, químico y/o biológico.

Observaciones: anotar cualquier otra categoría, observación y aclaración que no se encuentre contemplada en la hoja reclasificación de riesgo.

RIESGOS NO MODIFICABLES:

1. Hacinamiento Familiar: familia cuyas condiciones socioeconómicas propicien que cohabiten más de tres personas por cuarto.
2. Viviendas con condiciones inadecuadas para habitar: vivienda construida con materiales perecedero o que este en malas condiciones que ponga en riesgo de accidentes a la familia.
3. Viviendas localizadas en zonas de alto riesgo ambiental: viviendas construidas cerca de paderones, quebradas o zonas propicias a inundaciones.
4. Tenencia de la vivienda: casas que no pertenecen al habitante actual de la misma.
5. Vivienda sin servicios básicos: casas que no cuenten con acueductos y alcantarillas y/o no posean energía eléctrica.
6. Tipo de cocinas: vivienda donde se cocine con Kerosen o leña
7. Riesgos ambientales: aguas estancadas, ruido, emanaciones de gases y malos olores.
8. Inadecuada disposición de excretas: personas que defecan al aire libre y que por sus condiciones económicas se les imposibilita construir un servicio sanitario adecuado.



HOJA PARA LA CLASIFICACIÓN DE RIESGO

CATEGORÍA	CLASIFICACIÓN	CATEGORÍA	CLASIFICACIÓN
1- Mujeres embarazadas sin control	ROJO	7- Mujeres que iniciaron vida sexual y nunca se ha tomado la citología o tiene tres años o mas de habérsela tomado	ROJO
Mujeres embarazadas con controles de inicio tardío o incompleto	AMARILLO	Mujeres con o sin vida sexual activa que la última citología se la tomaron entre un año y menos de tres años	AMARILLO
Mujeres embarazadas con controles completos	VERDE	Mujeres con citologías tomadas hace un año o menos	VERDE
2- Mujeres embarazadas con riesgo alto (según norma)	ROJO	8- Niños menores de 12 años sin vacunación, malnutrición sin tratamiento, sin control de salud oral y/o sin controles infantiles	ROJO
Mujeres embarazadas con riesgo moderado (según norma)	AMARILLO	Niños menores de 12 años con esquemas incompletos, con controles de infantiles y/o controles de salud bucal incompleto	AMARILLO
Mujeres embarazadas con riesgo mínimo (según norma)	VERDE	Niños menores de 12 años con esquemas completos, con controles infantiles y/o controles de salud bucal completos	VERDE
3- Mujeres embarazadas no inmunizada con toxoide tetánico de acuerdo a edad de gestación	ROJO	9- Familias con casos de violencia intrafamiliar sin intervención psicológica	ROJO
Mujeres embarazadas con una dosis de toxoide tetánico de acuerdo a edad de gestación	AMARILLO	Familias con casos de violencia intrafamiliar con intervención psicológica	AMARILLO
Mujeres embarazadas con al menos 2 dosis de toxoide tetánico de acuerdo a edad de gestación.	VERDE	Familias sin casos de violencia intrafamiliar	VERDE
4- Mujeres sin control postparto	ROJO	10- Personas con enfermedad psiquiátrica sin tratamiento	ROJO
Mujeres con control postparto	VERDE	Personas con enfermedad psiquiátrica con tratamiento y no controlada	AMARILLO
5- Mujeres en edad fértil sexualmente activas sin planificación familiar y que no deseen embarazarse	ROJO	Personas con enfermedad psiquiátrica con tratamiento y controlada	VERDE
Mujeres en edad fértil con vida sexual activa faltistas a planificación familiar que no deseen embarazarse	AMARILLO	11- Alcoholismo, tabaquismo o farmacodependencia en los diferentes grupos etáreos sin tratamiento	ROJO
Mujeres con edad fértil con vida sexual activa con planificación familiar que no desee embarazarse	VERDE	Alcoholismo, tabaquismo o farmacodependencia en todos los grupos etáreos con tratamiento	AMARILLO
6- Mujeres con vida sexual activa y con conductas sexuales riesgosas.	ROJO	12- Miembros de la Familia con discapacidad mental o física sin rehabilitación	ROJO
Mujeres con vida sexual activa y sin conductas sexuales de riesgo	VERDE	Miembros de la familia con discapacidad en rehabilitación	AMARILLO
		Miembros de la familia con discapacidad rehabilitados	VERDE



13- Inadecuado apoyo entre los miembros del grupo familiar	ROJO	21- Presencia de mascotas no vacunadas y descuidadas	ROJO
Adecuado apoyo entre los miembros del grupo familiar	VERDE	mascotas vacunadas y cuidadas	VERDE
14- Familias con integrantes desprotegidos en abandono o inseguros	ROJO	22- Presencia de otros animales que condicionen zoonosis	ROJO
Familias que atienden adecuadamente a sus miembros desprotegidos	VERDE	ausencia de animales que condicionan zoonosis	VERDE
15- Familias que propician conductas y estilos de vida riesgosos.	ROJO	23- Vivienda sin agua apta para consumo humano (no tratada)	ROJO
Familias con conductas y estilos de vida saludables	VERDE	Vivienda con accesibilidad de agua aparentemente apta para consumo humano de pipas y nacimientos de agua o vertiente sin tratamiento	AMARILLO
16- Integrantes del grupo familiar con problemas de malnutrición, anorexia/bulimia sin tratamiento	ROJO	Vivienda con servicio continuo de agua apta para el consumo humano a través de acueductos domiciliarios, chorro público o tratada con medios químicos o físicos	VERDE
Integrantes del grupo familiar con problemas de malnutrición o anorexia/bulimia con tratamiento	AMARILLO	24- Inadecuada disposición de basura	ROJO
Integrantes del grupo familiar sin problemas nutricionales	VERDE	Adecuada disposición de basura	VERDE
17- Personas con enfermedades crónicas no infecciosas con o sin tratamiento y no controladas	ROJO	25- Presencia de vectores	ROJO
Personas con enfermedades crónicas no infecciosas con tratamiento y controladas	VERDE	Adecuado control de vectores	VERDE
18- Personas con enfermedades infecciosas (VIH/SIDA, ITS, Hepatitis B y C, Tuberculosis) con o sin tratamiento y no controladas	ROJO	26- Inadecuadas condiciones Higiénicas sanitarias en el hogar (desechos orgánicos, polvo, basura y desorden)	ROJO
Personas con enfermedades infecciosas con tratamiento y controladas	VERDE	vivienda ordenada y limpia	VERDE
19- Integrantes de grupo familiar con polifarmacia (4 o más medicamentos de uso simultáneo y permanente)	ROJO	27- Inadecuado manejo de las pilas y/o recipientes donde se recolecta agua	ROJO
Integrantes del grupo familiar que toman hasta 3 medicamentos en forma permanente y simultánea	AMARILLO	adecuado manejo de las pilas y/o recipientes donde se recolecta	VERDE
Integrantes del grupo familiar que no toman medicamentos en forma permanente.	VERDE	Observaciones:	
20- Miembros de la familia con factores de riesgo familiares de enfermedades crónicas no infecciosas sin control médico, dietético y actividad física adecuada	ROJO		
miembros de la familia con factores de riesgo familiares de enfermedades crónicas no infecciosas con control médico, dietético y actividad física adecuada	VERDE		
Riesgos no modificables			
Hacinamiento familiar		Vivienda sin servicios básicos: agua, energía eléctrica y alcantarillas	
Viviendas con condiciones inadecuadas para habitar		Tipo de cocina: Kerosen, leña.	
Viviendas localizadas en zonas de riesgo ambiental		Riesgos ambientales: aguas estancadas, ruido, emanación de gases y malos olores	
Tenencia de la vivienda		Inadecuada disposición de excretas (al aire libre)	



HOJA PARA CONSOLIDADO DE LA CLASIFICACIÓN Y

RECLASIFICACIÓN DEL RIESGO

Se clasificarán de acuerdo a los colores verde, amarillo o rojo: si todos los factores son verdes el riesgo es verde; si tiene un amarillo el riesgo es amarillo; si tiene dos amarillos o más o aparece un rojo el riesgo es rojo.

Colocar fecha, el riesgo inicial encontrado, ya sea en la primera visita o en las visitas subsecuentes, luego cuando se modifique reclasificar el riesgo, describiendo las intervenciones realizadas para modificar el riesgo o causa de apareamiento de un nuevo riesgo familiar.

HOJA PARA CONSOLIDADO DE LA CLASIFICACIÓN Y RECLASIFICACIÓN DE RIESGO FAMILIAR				
Fecha	Riesgos Encontrados	Clasificación Inicial	Reclasificación	Intervención Realizada Para Modificar el Riesgo o Causa de Apareamiento de Nuevo Riesgo



INSTRUMENTOS PARA EL ABORDAJE FAMILIAR

La atención familiar supone un cambio táctico y estratégico en la práctica del médico de familia que se centra en trasladar la acción del marco tradicional individual al del conjunto de personas que conforman la familia. Hay que tener una formación adecuada para saber en qué momento conviene realizar el tránsito de una atención individual a otra familiar, es decir, tener la capacidad para detectar problemas psicosociales, que permitan poner en marcha modificaciones de la conducta y especialmente estrategias de cambio familiar.

Para realizar estas nuevas tareas se necesita contar con instrumentos de trabajo que permitan acercarse a la familia para conocer su estructura, aprender a analizar sus sistemas de comunicación y de relación, su organización interna y las pautas de comportamiento de sus miembros, saber en qué momento de su intrahistoria se encuentran y a qué acontecimientos estresantes se han visto sometidos.

GENOGRAMA O FAMILIOGRAMA:

El genograma es un instrumento clínico práctico que facilita el abordaje sistémico familiar en la atención al paciente, proporciona una visión rápida e integrada de los problemas biomédicos y psicosociales. También ayuda a establecer relaciones con los pacientes y empatizar con ellos.

Se ha definido el genograma como la representación gráfica del desarrollo de la familia a lo largo del tiempo, o como la herramienta capaz de incorporar categorías de información al proceso de resolución de problemas. También se puede considerar como un excelente sistema de registro, donde no sólo se encuentra información sobre aspectos demográficos, como edad, sexo, tipología, ciclo vital, acontecimientos vitales, etc., sino que también dará noticias acerca de los miembros que no suelen acudir a la consulta y sobre todo permite relacionar al paciente con su familia.



CONSTRUCCIÓN DEL GENOGRAMA.

La realización del genograma es una tarea sencilla, ya que sólo requiere conocer una corta relación de símbolos, y tiene la gran ventaja de incorporar en un único diagrama elementos estructurales y dinámicos o relacionales. En síntesis, este instrumento se basa en la utilización de figuras que representan personas y líneas que describen sus relaciones. Es necesario que en el genograma estén representadas al menos tres generaciones.

Pese a que se ha producido una cierta generalización del uso de los genogramas por parte de los médicos de familia, no existe acuerdo sobre la manera más correcta de realizarlo tanto en lo referente al tipo de información que debe recogerse como acerca del significado de los símbolos que se utilizan para conformarlo. Por tanto, es necesario, como propuso Jolly, utilizar instrucciones y símbolos estandarizados, que permitan universalizar el instrumento para facilitar su uso, de manera que los datos expuestos en el genograma puedan ser leídos e interpretados por cualquier médico.

ENTREVISTA PARA REALIZAR EL GENOGRAMA.

El genograma se construye a través de una entrevista individual o familiar que sigue una determinada línea argumental y que tiene determinadas claves, previamente establecidas, para facilitar y estimular el relato de aquellos acontecimientos significativos e incluso traumáticos de la historia familiar.

Conviene justificar ante el paciente el motivo por el cual se realiza el genograma ya que, en ocasiones, el enfermo puede no entender por qué se involucra a la familia en la solución de su problema clínico.

A continuación se expone el orden que habitualmente se sigue para realizar el genograma.

RELACIÓN DEL PROBLEMA CON LA FAMILIA.

Antes de iniciar el interrogatorio para construir el genograma, hay que centrarse en analizar el problema que motivó el estudio de la familia. Porque es en este contexto cuando el problema adquiere una dimensión distinta, puesto que se trata de conocer el impacto que produce en la familia, las soluciones que se han ofrecido y las ayudas que se han recibido.



FAMILIA DE PROCREACIÓN Y HOGAR.

A continuación se intenta conocer quién compone la familia y cuántos de ellos viven en el hogar, interrogando también acerca de dónde viven los otros miembros de la familia. Hay que preguntar el nombre, la edad, el sexo, el nivel educativo, la situación laboral y las enfermedades de cada persona que vive en el hogar. Inmediatamente después se intenta conocer la etapa del ciclo vital familiar, comenzando por preguntar la fecha del matrimonio, la existencia de anteriores nupcias, y la de separaciones y divorcios.

Conviene conocer si se han producido transiciones recientes del ciclo vital, así como cambios en la familia: nacimientos, casamientos, defunciones, salidas o entradas de familiares.

FAMILIAS DE ORIGEN.

Una vez conocidos todos los datos de la familia de procreación se pasará a ampliar la información investigando sobre otras generaciones, especialmente acerca de las familias de origen. Se preguntará sobre la edad, los matrimonios, los divorcios, los fallecimientos, la actividad laboral, la jubilación, y los problemas de salud de padres y hermanos.

ACONTECIMIENTOS VITALES ESTRESANTES Y RED SOCIAL.

Es el momento de interesarse por conocer si algún miembro de la familia ha sufrido algún acontecimiento estresante, especificando las características, la fecha de inicio y la duración.

Hay que preguntar sobre los acontecimientos graves, a veces dolorosos, que obligarán a tratar al paciente con mucho tacto, como: alcoholismo, drogas, malos tratos, incesto, suicidio, etc.

También conviene interesarse por las personas a quien la familia recurre cuando necesita ayuda.

EL ENTORNO.

Una vez construida la estructura básica del árbol familiar, hay que conocer sus relaciones con el medio ambiente inmediato: amigos, vecinos, relaciones laborales, escolares, etc.



LAS RELACIONES.

A medida que transcurre la entrevista se van conociendo las relaciones entre los miembros presentes, sus afinidades o sus discrepancias, pero ahora es el momento de abordar un tema tan importante como es el funcionamiento de la familia. Hay que tratar todo lo concerniente a las relaciones familiares con mucho tacto para no herir susceptibilidades.

Se preguntará, en primer lugar, cómo son las relaciones entre los miembros de la familia de procreación y luego las de éstos con las correspondientes familias de origen. También conviene conocer las relaciones entre los miembros de las familias de origen entre sí.

Para tener una visión clara de las relaciones conviene preguntar a cada miembro de la familia cómo ve o percibe la relación entre otros dos miembros. Por ejemplo, se le preguntará a la hija que describa las relaciones entre sus padres.

INTERPRETACIÓN DEL GENOGRAMA.

En la información contenida en el genograma se encuentran datos de distinta naturaleza y de diferente valor en cada situación clínica. Su utilidad para generar y contrastar hipótesis diagnósticas depende de su lectura sistemática, interpretando y clasificando secuencialmente diferentes tipos de información. La lectura del genograma debe ser ordenada y metódica iniciándose, por ejemplo, con el estudio de la estructura, la tipología y el subsistema fraternal, pasando por el ciclo vital de la familia hasta llegar a las pautas relacionales. Pero no hay que olvidar que esta separación por categorías se realiza para facilitar la interpretación, ya que en la realidad se superponen unas y otras, y es la visión del conjunto la que permite plantear hipótesis sobre lo que acontece en el sistema familiar.

Es evidente que la interpretación del genograma está limitada por la calidad de su construcción. También depende de la experiencia que posea el médico que lo analiza. Se comprende que a medida que este instrumento se utilice con mayor asiduidad se estará en mejores condiciones para interpretarlo correctamente.



ESTRUCTURA FAMILIAR:

La lectura del genograma aportará datos sobre la tipología familiar o composición de la familia, las características de la constelación fraterna y sobre la configuración de familias poco usuales.

Al analizar el genograma el primer dato que se recoge es el de la composición de la familia, y se pueden encontrar distintos tipos estructurales.

❖ Familia extensa.

Viven más de dos generaciones en el hogar de los abuelos. Sus miembros suelen mantener lazos afectivos muy intensos, respetando las decisiones de los abuelos que dirigen la vida de la familia y ordenan el trabajo del hogar.

❖ Familia nuclear íntegra.

Se trata de matrimonios casados en primeras nupcias y con hijos biológicos.

❖ Familia nuclear ampliada.

En el hogar pueden vivir otras personas, unas veces ligadas por vínculos consanguíneos (madre, tíos, sobrinos) y otras no (empleadas del hogar o huéspedes). El médico deberá investigar las relaciones que mantienen las personas que viven en la casa, ya que dependiendo del papel que desempeñen y de sus conexiones, podrán utilizarse como recursos o ser la causa de conflictos.

❖ Familia monoparental.

Es la constituida por un solo cónyuge y sus hijos; tiene su origen en la muerte, la separación, el divorcio o el abandono de uno de los cónyuges. Se trata de una configuración familiar cada vez más frecuente. La pérdida de uno de los padres es motivo de serios problemas económicos, afectivos y de crianza, acompañándose de cambios sustanciales de los roles en todos sus componentes.

❖ Familia reconstituida.

Es una familia en la que dos adultos forman una nueva familia en la cual al menos uno de ellos incorpora un hijo habido de una relación anterior. Se trata de una tipología proclive a la aparición de crisis por dificultades en las relaciones del cónyuge custodio y el no custodio, hermanos y hermanastros y los numerosos componentes de las familias de origen.

CICLO VITAL FAMILIAR:

El segundo paso en la interpretación del genograma se centra en conocer en qué etapa del ciclo vital se encuentra la familia estudiada. También se podrá averiguar la adaptabilidad de la familia en las transiciones de las etapas del ciclo, e igualmente si se aprecia alguna asincronía en alguno de los estadios del ciclo vital.

REPETICIÓN DE PATRONES FAMILIARES A LO LARGO DE GENERACIONES.

Cuando el médico analiza el genograma deberá descubrir aquellas situaciones que se repiten a través de generaciones. Así, hay que estudiar las pautas repetitivas en alcoholismo, suicidio, maltrato e incesto, ya que su conocimiento no sólo permitirá ayudar a las familias, sino que también posibilitará la puesta en marcha de acciones para interrumpir estas pautas.

ACONTECIMIENTOS VITALES Y APOYO SOCIAL.

Los acontecimientos vitales estresantes (AVE) pueden afectar de forma negativa el funcionamiento familiar; el genograma que registra fechas críticas, sucesos de la vida impactantes y recurrencias de acontecimientos estresantes es un instrumento válido para el médico que le permitirá conocer, identificar y evaluar su importancia como causa de crisis y disfunción familiar.

Merecen especial atención los acontecimientos relacionados con pérdidas (fallecimientos, abandono, separación) ya que las familias suelen tener dificultades para reajustarse después de este tipo de situaciones. Otro AVE importante para la familia es la muerte de un hijo de corta edad, no sólo para los padres, sino sobre todo para los hermanos, ya que éstos, a partir del fallecimiento, se convierten en algo más «especial» para los padres. Los acontecimientos relacionados con el matrimonio o el embarazo, al obligar a reajustes de roles y tareas, producen con frecuencia crisis familiares. El estudio del genograma proporciona datos sobre los recursos familiares. El análisis de la red y del apoyo social es imprescindible para diseñar estrategias frente a acontecimientos vitales importantes.



PATRONES RELACIONALES FAMILIARES:

El genograma es un instrumento muy útil para reconocer las relaciones del grupo familiar y descubrir determinadas pautas vinculares.

Díadas:

El conflicto conyugal es una de las alteraciones de la familia más frecuentemente observada y que deberá tenerse en cuenta en el momento de interpretar los patrones relacionales expuestos en el genograma.

Triángulos:

El triángulo es una pauta vincular de las familias que Bowen explicó como «una configuración emocional de tres personas» en el que el funcionamiento de cada uno depende e influye en los otros dos. En unas ocasiones dos miembros de la familia se coaligan frente a un tercero, en otras, la alianza tiene por objeto ayudar al otro miembro del triángulo.

El genograma:

Es un buen instrumento para plantear hipótesis de triangulación basada en el análisis de las relaciones familiares.

En ciertos casos se observan triángulos multigeneracionales, sería el caso, por ejemplo, de un abuelo que se une al nieto y se enfrenta a los padres. Este tipo de relaciones son más frecuentes en familias monoparentales, donde otros miembros de ella asumen un papel de apoyo afectivo y económico, constituyéndose triángulos entre este familiar, la madre y los hijos.

Las malas relaciones de los padres pueden resolverse mediante alianzas con el hijo, en otras ocasiones, los padres usan al hijo para resolver sus situaciones conflictivas, cargando en él sus propias «culpas». En otras se originan varios triángulos con alianzas del padre con la hija y de la madre con el hijo.

Cuestionarios:

Antes de describir algunos cuestionarios que se pueden utilizar en el proceso de evaluación familiar es conveniente hacer algunas consideraciones. En primer lugar, se debe recordar que la práctica de la atención familiar exige desenvolverse en un contexto sistémico en el que el término evaluación no debe entenderse como



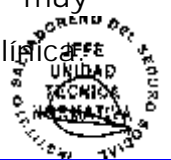
ejercicio de diagnóstico o de identificación de factores biológicos, psíquicos o sociales determinantes de la manifestación que se estudia, como se realiza en una evaluación clínica clásica. Aquí por evaluación se entiende un proceso interreactivo, en el que además de pretender una identificación diferencial, individualizada y precisa de los problemas, de las personas que los presentan y de las situaciones en que se encuentran es imprescindible incluir las interrelaciones entre ellos.

Debe entenderse, por tanto, que al utilizar un determinado cuestionario para evaluar algún aspecto de un sistema familiar no se pretende aislar y objetivar un factor determinado, sino más bien obtener datos para generar una hipótesis sistémica y al mismo tiempo facilitar una nueva perspectiva en los contenidos de la relación con el paciente orientándola hacia factores relacionales y no hacia factores intrapsíquicos. Aparte de su valor clínico, los cuestionarios son útiles desde el punto de vista poblacional. Permiten conocer la distribución de determinados factores estresantes en poblaciones, los recursos y los mecanismos de apoyo social y la incidencia y la prevalencia de disfunciones entre los familiares. Es posible que si se generaliza su uso puedan utilizarse también como instrumentos de cribado para detectar familias en riesgo, y anticiparse desde el sistema de salud al desarrollo de disfunciones antes de que se instauren y sean más difíciles de resolver.

EVALUACIÓN DE LOS ACONTECIMIENTOS VITALES ESTRESANTES:

El estrés está constituido por acontecimientos ambientales, psíquicos o sociales, que causan efectos negativos sobre los individuos o las familias. Al hablar de acontecimientos vitales estresantes se pretende aislar un aspecto específico, definible, dentro del conjunto de inputs estresantes a los que permanentemente está sometido cualquier organismo. En su definición hay que destacar dos elementos: su carácter negativo o no deseable y el hecho de que causen un efecto sobre el organismo expuesto a él, acompañado de un cambio vital.

Los cuestionarios que se pueden utilizar en clínica para medir la magnitud de los cambios vitales se caracterizan por evaluar el estrés por sus antecedentes y no por sus efectos. Al ser escalas de preguntas cerradas tienen el inconveniente de ignorar el componente subjetivo del estrés. Su principal utilidad es detectar la acumulación de factores estresantes, ya que cuando el acontecimiento es muy reciente o muy significativo suele ser el propio paciente quien lo refiere durante la entrevista clínica.



Nosotros proponemos la escala de reajuste social de Holmes y Rahe. En la se expone su versión adaptada a nuestro medio. Es un cuestionario autoadministrado, el paciente puede completarlo fuera de la consulta o en su domicilio, aunque es preferible utilizarlo conjuntamente con el paciente, ya que facilita cambios en las relaciones médico-paciente, alejando sus contenidos de la esfera puramente biológica.

EVALUACIÓN DE LOS RECURSOS:

Apoyo Social.

Siguiendo el modelo expuesto anteriormente para explicar el efecto de los AVE sobre el sistema familiar, se comprende la necesidad de evaluar simultáneamente los recursos de los que se dispone, ya que serán determinantes para prever la evolución de las crisis y guiarán posibles intervenciones.

Cabe distinguir entre el soporte de los recursos, constituido por la red social de cada individuo y de cada familia y su contenido, compuesto por los recursos que aporta esta red, que generalmente se denomina apoyo social.

Bowling define la red social como el entramado de relaciones sociales identificables que rodean a un individuo y las características de ellas.

El contenido real de los recursos que se pueden obtener a través de las relaciones externas es el apoyo social. Bowling lo define como un proceso interactivo por el que el individuo obtiene ayuda emocional, instrumental o económica de su red social. El apoyo social tiene dos componentes claramente diferenciados, por un lado, los cuantitativos o estructurales, entendidos como cantidad de apoyo que efectivamente se recibe y, por otro, los cualitativos o funcionales, es decir, la percepción de la calidad del apoyo que se recibe y la sensación de tener apoyo cuando se precisa. Estos últimos parecen ser los que influyen más decisivamente sobre el estado de salud, no tanto el hecho de disponer de recursos, como el de saber que se puede disponer de ellos. En ambos componentes pueden diferenciarse a su vez varias categorías. La mayoría de los cuestionarios permiten diferenciar algunas de ellas.

El cuestionario MOS expuesto en la tabla fue desarrollado por Sherbourne y Stewart para su utilización en pacientes de Atención Primaria.



EVALUACIÓN DE LA FUNCIÓN FAMILIAR (APGAR):

El concepto de función familiar es múltiple, eso hace que la evaluación del grado de normofunción o disfunción de un sistema familiar sea más compleja que la de otros aspectos de éste y que no existan en realidad cuestionarios que permitan catalogar su función de forma absoluta, sino que solamente miden aspectos parciales de su función.

La evaluación de la función familiar tiene en Atención Primaria características específicas que la diferencian de la que puede realizarse en otros niveles, ya que tiene el propósito fundamental de comprender mejor el contexto en el que se producen los problemas de cada paciente que acude a la consulta con problemas individuales y permite reorientar su manejo hacia soluciones distintas a las que se ofrecen tradicionalmente, aportando elementos a la visión biopsicosocial que caracteriza la atención en este nivel. Entre los cuestionarios que más se han empleado en todo el mundo, se encuentra el APGAR familiar.

Desarrollado por Smilkstein en 1978, es un cuestionario autoadministrado de sólo cinco preguntas cerradas con el que puede obtenerse de forma rápida y sencilla una evaluación de la función familiar. Cada pregunta se puntúa de 0 a 2 sobre una escala de Likert, obteniéndose en total un índice entre 0 y 10. Se acepta que puntuaciones iguales o superiores a 7 corresponden a familias normofuncionales, entre 4 y 6 indican disfunciones familiares leves y de 3 o menos, disfunciones familiares graves.

Se han definido 5 componentes básicos de la función familiar:

Adaptability (adaptabilidad):

Mide la utilización de los recursos intra y extrafamiliares para la resolución de los problemas cuando el equilibrio familiar ha sido modificado (situaciones de crisis)

Partnership (participación):

Mide la cooperación de los miembros de la familia, en la toma de decisiones y en la del trabajo, el como se comunican para explorar la manera de resolverlos.

Growth (gradiente de crecimiento):

Mide la maduración física, emocional y social que se lleva a cabo a través del apoyo mutuo y dirección (conducta). Este gradiente evalúa la capacidad de atravesar



distintas etapas del ciclo vital familiar en forma madura, permitiendo la individualización y separación de los diferentes miembros de la familia.

Affection (afecto):

Mide las relaciones de cuidado y cariño que interaccionan entre los integrantes de un grupo familiar y la demostración de distintas emociones como afecto, amor, pena o rabia entre ellos mismos.

Resolve (resolución):

Mide la tarea de compartir el tiempo, de dedicar recursos materiales y especiales para apoyar a todos los miembros de la familia.

Estos cinco componentes se evalúan a través de una serie de preguntas que miden tanto el ambiente emocional que rodea a nuestros pacientes como la capacidad del grupo para hacer frente a las diferentes crisis (Tabla 3). Se conoce así el funcionamiento de la familia a través de la satisfacción del entrevistado con su vida, y la percepción que un integrante tiene del propio funcionamiento familiar. El APGAR puede aplicarse a diferentes miembros de la familia y en distintos momentos para palpar su variación. Y en determinados momentos también puede ser útil el realizarlo en conjunto, en el transcurso de una entrevista, y conocer in situ las opiniones de todos los integrantes del sistema.



ATENCIÓN LONGITUDINAL:

El ciclo vital familiar:

La familia tiene una historia natural que la hace caminar por sucesivas etapas, durante las cuales sus miembros experimentan cambios y adoptan comportamientos que, de alguna manera, son previsibles por atenerse a normas conductuales y sociales preestablecidas.

Estas etapas conforman el denominado ciclo vital familiar (CVF) que se ha concebido como la secuencia de estadios que atraviesa la familia desde su establecimiento hasta su disolución. Este ciclo está constituido por etapas de complejidad creciente a las que siguen otras de simplificación familiar, variando, además, las características sociales y económicas desde su formación hasta su disolución.

En las familias, tres o cuatro generaciones deben acomodarse simultáneamente a las transiciones del CVF, ya que lo que ocurre en una de ellas tiene efectos en las relaciones y las conductas en otros niveles. Mientras que, por ejemplo, la pareja, que se está estudiando atraviesa por diferentes estadios, abuelos, padres, tíos, hijos y nietos también siguen distintas secuencias evolutivas, unidas todas ellas por el nexo común de las relaciones.

CLASIFICACIÓN DE LAS FAMILIAS SEGÚN SU CICLO VITAL:

El médico de familia debe estar en condiciones de identificar el ciclo vital familiar y de clasificarlo de acuerdo con la etapa en que se encuentre.

Se han propuestos diferentes modelos de CVF atendiendo a distintos criterios y utilizando distintos referentes para señalar el inicio de cada etapa. Duvall propuso uno de los más conocidos y utilizados, especialmente en sociología, consta de ocho etapas, la primera marca el comienzo de la familia o «nido sin usar» y la última el de familias ancianas o «nido vacío». Medalie recomienda un modelo dividido en seis fases que tiene la ventaja de su aproximación a las peculiaridades de la atención individualizada y el inconveniente de no fijar claramente los límites entre ellas dejándolas muy abiertas.

La OMS define un modelo dividido en seis etapas. Se inicia con la formación en el momento del matrimonio, y caracteriza las sucesivas etapas en función de fenómenos de incremento (extensión por el nacimiento de los hijos) o disminución de



componentes de la familia (contracción por emancipación de los hijos o fallecimiento del cónyuge).

El modelo define bien los límites de las fases con lo que facilita la clasificación de la familia tanto desde el punto de vista clínico como demográfico.

A la hora de optar por un modelo para estudiar y clasificar el CVF, nos inclinamos por el de la OMS, ahora bien, para hacerlo más operativo subdividimos la segunda etapa en dos, según tengan o no hijos adolescentes. Pensamos que la presencia de hijos en esta edad crítica plantea peculiares problemas en el funcionamiento familiar que deben tenerse en cuenta.

De esta forma, la clasificación propuesta queda establecida de la siguiente forma: una etapa de formación, dos de extensión, según que el primer hijo tenga menos o más de 11 años, seguida de la etapa del final de la extensión, a la que continúan la de contracción, final de la contracción y disolución.

En la primera y la segunda la transición de las etapas se centra en la posición del primer hijo; la tercera, cuarta y quinta en el lugar que ocupa el último hijo en relación con la familia y la sexta en el momento del fallecimiento de uno de los cónyuges.

CICLO VITAL FAMILIAR EN LA PRÁCTICA MÉDICA

El médico de familia es el único especialista que tiene la oportunidad de contemplar el paso sucesivo de las etapas del ciclo vital de sus clientes y, por ello, está en inmejorable posición para prevenir problemas clínicos y psicosociales, para asesorar y potenciar cambios conductuales y para ayudar en las crisis establecidas.

MORBILIDAD Y CICLO VITAL FAMILIAR:

En cada etapa del ciclo se encuentran patologías determinadas de acuerdo con la edad, las actividades y los roles que realizan sus miembros. El embarazo, el recién nacido, el adolescente, el adulto joven y el anciano, que monopolizan determinados estadios en la vida de la familia, aportan, con su presencia, una morbimortalidad específica.

Pero es también importante recordar que la misma enfermedad diagnosticada en diferentes etapas del desarrollo tiene distintas implicaciones en lo que respecta a la atención y al tratamiento de los aspectos físico, emocional y social. Así, como escribía Medalie, supongamos que se ha diagnosticado diabetes en una familia e imaginemos



lo diferente que será la atención médica que se requerirá si se trata de una recién casada en sus primeros meses de embarazo, de un adolescente en una familia con pocos hijos o de una viuda de 75 años. Los tipos de atención médica integral para cada una de estas familias son tan diferentes entre sí que el médico no dudará en preguntarse si se trata realmente de la misma enfermedad.

CAMBIOS DE CONDUCTA Y ADAPTACIÓN AL CICLO VITAL FAMILIAR:

Desde una perspectiva conductual y emocional cada etapa del ciclo implica cambios, crisis de desarrollo, adaptaciones que afectan la salud de sus miembros y la función familiar. A continuación, se estudiarán sucintamente estos cambios y necesidades en cada estadio del ciclo.

Fase de formación:

La adaptación marital obliga a cambios importantes, puesto que, al perder parte de la individualidad, se debe potenciar una mejor relación interpersonal que permita una aceptación mutua en lo emocional, cultural y sexual.

Como indica Haley, cuando la pareja casada empieza a convivir debe elaborar una serie de acuerdos, necesarios para poder avanzar en su vida en común. Así, deberá pactar nuevas formas de relacionarse y comunicarse con sus familias de origen, regulará las condiciones y los cambios prácticos que se produce en su vida en común, y deberá llegar a acuerdos para zanjar las diferencias que se produzcan entre ellos como personas.

Tendrá que encontrar respuestas o improvisar soluciones sobre múltiples cuestiones, muchas de ellas no previstas antes del matrimonio, como si la esposa trabajará o permanecerá en el hogar, las relaciones con los amigos del otro, quién decide dónde vivir, el papel de la esposa en lo concerniente al trabajo del marido, y otros muchos, algunos de apariencia trivial, pero que pueden generar problemas de relación.

Fase de extensión.

El nacimiento del primer hijo supone un cambio sustancial en la vida de la pareja, que deberá adaptarse a los nuevos requerimientos que supone la ampliación de la familia, cuando la relación diádica se transforma en una relación triangular. La madre ocupará gran parte de su tiempo en atender al niño y tendrá que posponer proyectos



personales y variar sus relaciones con los amigos e incluso con su pareja. El padre deberá también cambiar sus hábitos, colaborando en el cuidado del niño.

A medida que el niño crece y ya en la edad preescolar comienza el desarrollo de su personalidad; en esta época el niño es un explorador sin límites. Más tarde, con la entrada del niño en la escuela aumentan las influencias externas en la familia que se expone a nuevos y diferentes sistemas de valores.

Cuando el hijo llega a la adolescencia surgen en la familia problemas derivados del desarrollo emocional del adolescente. Se produce una lucha por el control cuando éste pretende mayores libertades y privilegios y los padres buscan un equilibrio entre libertad y responsabilidades y dependencia e independencia.

Fase de contracción.

Se inicia esta etapa con la salida del primer hijo del hogar paterno, por ello, se la conoce también con el nombre de la «familia lanzadera» o «plataforma de colocación». El inicio de la contracción ocasionará modificaciones de roles y tareas en los miembros que se mantienen en el hogar y los cambios de relaciones con los que se marchan.

Como señala Haley, los problemas con los que se enfrentan las familias durante esta etapa pueden encontrarse en tres niveles: el interpersonal de la pareja, el de las nuevas relaciones con los hijos, y el de la generación más anciana.

Fases finales de contracción y disolución.

La etapa de «nido vacío» centra sus problemas en dos niveles, uno corresponde a la adaptación de la pareja a su nueva situación, en la que vuelve a estar sola como en sus comienzos, pero sin los estímulos de lucha de aquella época y con un progresivo oscurecimiento de sus expectativas futuras. El otro está relacionado con los problemas de la senectud.

La jubilación que suele presentarse en esta etapa conlleva pérdidas importantes, como disminución de ingresos, de nivel social, de compañeros y de ocupación.

Los fenómenos de envejecimiento con entorpecimiento de los sentidos y disminución de la capacidad física producen «barreras» que dificultan su vida en el propio hogar, en los medios de transporte, en el comercio, etc.



CRISIS FAMILIAR Y CICLO VITAL FAMILIAR:

En cada etapa del ciclo vital la familia tiene que cambiar para adaptarse a las modificaciones estructurales, funcionales y de roles a que da lugar cada etapa. En las familias se generará un juego entre mantener el anterior nivel, es decir, mantener la homeostasia o transformarse para capacitarse y responder a las nuevas demandas, es más, en cada transición de una etapa a otra, cuando ya se adivina la necesidad de la transformación, algún miembro de la familia puede enfermar, de ahí que Haley escribía que «el síntoma es una señal de que la familia se enfrenta a dificultades para superar una etapa del ciclo vital».

Las familias que tienen dificultades de adaptación en las transiciones de las etapas del ciclo pueden entrar en crisis, es lo que Pittman denominó crisis de desarrollo, que son universales y previsibles, y generan alteraciones en la función familiar y problemas de salud en algunos de sus miembros.





**INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL
INSTRUMENTOS PARA EL ABORDAJE FAMILIAR N° 1**

APGAR FAMILIAR:

	Casi nunca	A veces	Casi siempre
A. ¿Esta satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene problemas?			
B. ¿Discuten entre ustedes los problemas que tienen en casa?			
C. ¿ Las decisiones importantes se toman en conjunto			
D. ¿Esta satisfecho con el tiempo que usted y su familia permanecen juntos?			
E. ¿ Siente que su Familia le quiere?			

Es importante recordar que este cuestionario no evalúa realmente la función familiar, sino el grado de satisfacción que tiene el encuestado con respecto al funcionamiento de su familia, es decir, su percepción personal. En Atención Primaria, en la que la presentación habitual de las disfunciones es a través de síntomas individuales, esto no constituye un inconveniente. El APGAR familiar sirve para poner al médico sobre la pista de una posible disfunción familiar, no para diagnosticarla.

Puntuación:

Casi siempre: 2 puntos; A veces: 1 punto; Casi nunca: 0 puntos

Diagnostico Clínico:

- 8 a 10 puntos = familia muy funcional (gran funcionamiento familiar)
- 4 a 7 puntos = familia moderadamente disfuncional (familia funcional)
- 1 a 3 puntos = familia severamente disfuncional (familia disfuncional).





**INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL
INSTRUMENTOS PARA EL ABORDAJE FAMILIAR N° 2**

CLASIFICACIÓN DE LAS ETAPAS DEL CICLO VITAL FAMILIAR

A continuación se expone el modelo completo de la OMS con las modificaciones incorporadas.

	ETAPA	DESDE	HASTA
	I Formación	Matrimonio	Nacimiento del primer hijo
	II A Extensión	Nacimiento del primer hijo	El primer hijo tiene 11 años
	II B Extensión	El primer hijo tiene 11 años	Nacimiento del ultimo hijo
	III Final de la Extensión	Nacimiento del ultimo hijo	El primer hijo abandona el hogar
	IV Contracción	El primer hijo abandona el hogar	El ultimo hijo abandona el hogar
	V Final de la Contracción	El ultimo hijo abandona el hogar	Muerte del primer cónyuge
	VI Disolución	Muerte del primer cónyuge	Muerte del cónyuge sobreviviente

Marque con una "X" la etapa en la cual se encuentra la familia.





**INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL
INSTRUMENTOS PARA EL ABORDAJE FAMILIAR N° 3**

ESCALA DE REAJUSTE SOCIAL DE HOLMES Y RAHE
Evaluación de acontecimientos vitales estresantes

Señale con una cruz aquel o aquellos acontecimientos vitales que le han sucedido en el último año.

1. Muerte del cónyuge	100	23. Cambio de responsabilidad en el trabajo	29
2. Divorcio	73	24. Hijo o Hija que deja el hogar	29
3. Separación Matrimonial	65	25. Problemas legales	29
4. Encarcelación	63	26. logro personal notable	28
5. Muerte de un Familiar cercano	63	27. la esposa comienza o deja de trabajar	26
6. Lesión o enfermedad personal	53	28. comienzo o fin de la escolaridad	26
7. Matrimonio	50	29. Cambio en las condiciones de vida	25
8. Despido del trabajo	47	30. Revisión de hábitos personales	24
9. Paro	47	31. problemas con el jefe	23
10. Reconciliación matrimonial	45	32. Cambio de turno o de condiciones laborales	20
11. Jubilación	45	33. Cambio de residencia	20
12. Cambio de salud de un miembro de la familia.	44	34. Cambio de colegio	20
13. Drogadicción y/o alcoholismo	44	35. Cambio de actividades de ocio	19
14. Embarazo.	40	36. Cambio de actividad religiosa	19
15. Dificultad y problemas sexuales	39	37. Cambio de actividades sociales	18
16. Incorporación de un nuevo miembro de la familia	39	38. Cambio de habito de dormir	17
17. Reajuste de negocios	39	39. Cambio en el numero de reuniones familiares	16
18. Cambio de situación económica	38	40. Cambio de hábitos alimentarios	15
19. Muerte de un amigo intimo	37	41. Vacaciones	13
20. Cambio en el tipo de trabajo	36	42. Navidades	12
21. Mala Relación con el cónyuge	35	43. leves transgresiones de la ley	11
22. Juicio por crédito o hipoteca	30	TOTAL	

El reajuste social se define como «cantidad y duración del cambio en el patrón de vida usual del individuo» y se expresa en unidades de cambio vital (UCV).

PUNTUACIÓN:

Pacientes de alto riesgo: puntuación superior a 300 puntos.

Pacientes de riesgo medio: puntuación entre 200-299 puntos.

Pacientes de bajo riesgo: puntuación entre 155-199 puntos.

En algunos acontecimientos como "vacaciones" o "navidades" surgirán posiblemente dudas y se responderá diciendo que lo marquen si es que supuso o ha supuesto algún tipo de estrés.





**INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL
INSTRUMENTOS PARA EL ABORDAJE FAMILIAR N° 4**

CUESTIONARIO MOS DE APOYO SOCIAL

Las siguientes preguntas se refieren al apoyo o ayuda de que usted dispone

1. Aproximadamente, ¿Cuánto a amigos íntimos o familiares cercanos tiene usted?
(Personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar de todo lo que se le ocurre)

Escriba el número de amigos íntimos y familiares cercanos:

La gente busca a otras personas para encontrar compañía, asistencia u otros tipos de ayuda.

¿Con que frecuencia dispone usted de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando los necesita? (Marque con un circulo uno de los números de cada fila).

	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Mayoría de veces	Siempre
2. alguien que le ayude cuando tenga que estar en cama.	1	2	3	4	5
3. Alguien con quien pueda contar cuando necesite hablar	1	2	3	4	5
4. alguien que le aconseje cuando tenga problemas	1	2	3	4	5
5. Alguien que lo lleve al medico cuando lo necesite	1	2	3	4	5
6. Alguien que le muestre amor y afecto	1	2	3	4	5
7. Alguien con quien pasar un buen rato	1	2	3	4	5
8. alguien que le informe y ayude a entender la situación	1	2	3	4	5
9. Alguien en quien confiar o con quien hablar de si mismo y sus preocupaciones.	1	2	3	4	5
10. alguien que lo abrace	1	2	3	4	5
11. alguien con quien pueda relajarse.	1	2	3	4	5
12. alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo	1	2	3	4	5
13. alguien cuyo consejo realmente desee	1	2	3	4	5
14. alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas	1	2	3	4	5
15. alguien que le ayude en sus tareas domésticas si esta enfermo	1	2	3	4	5
16. alguien con quien compartir sus temores y problemas mas íntimos	1	2	3	4	5
17. alguien que le aconseje como resolver sus problemas personales	1	2	3	4	5
18. alguien con quien divertirse	1	2	3	4	5
19. alguien que comprenda sus problemas	1	2	3	4	5
20. alguien a quien amar y hacerle sentirse querido	1	2	3	4	5

ESCALA DE EVALUACIÓN	MÁXIMO	MEDIO	MÍNIMO
PUNTAJE GLOBAL	94	57	19
SUBESCALA EMOCIONAL	40	24	8
SUBESCALA INSTRUMENTAL	20	12	4
SUBESCALA INTERACCIÓN SOCIAL	20	12	4
SUBESCALA AFECTIVO	15	9	3



El cuestionario MOS, esta mas orientado a elementos estructurales y no solamente funcionales, incluye además una primera pregunta para informar sobre el tamaño de la red social. Este formado por cuatro subescalas que miden el apoyo emocional/informacional, el apoyo instrumental o ayuda material, la interacción social positiva o relaciones sociales de ocio y distracción, y el apoyo afectivo.

Consta de 20 ítems, tiene la ventaja de estar más orientado hacia elementos estructurales de los apoyos sociales y no solamente funcionales, y de incluir una primera pregunta para informar sobre el tamaño de la red social. Sus ítems constituyen cuatro subescalas que miden el apoyo emocional/informacional (ítems 3, 4, 8, 9, 13, 16, 17 y 19); el apoyo instrumental o ayuda material (2, 3, 5, 12 y 15); la interacción social positiva o relaciones sociales de ocio y distracción (7, 11, 14 y 18) y el apoyo afectivo, referido a expresiones de amor y cariño (6,10 y 20).

Proporciona un índice global de apoyo social distribuido entre un máximo (94), un valor medio (57) y un mínimo (19). En las subescalas los valores máximos, medio y mínimo son 40, 24 y 8 para el emocional/informacional; 20, 12 y 4 para el instrumental; 20, 12 y 4 para la interacción social positiva y 15, 9 y 3 para el apoyo afectivo.

HOJA DE EVOLUCIÓN INDIVIDUAL

CLÍNICA COMUNAL:

- 41 -

Departamento de Normalización y Estandarización



Colocar el nombre de la clínica comunal a la que está adscrita la familia a identificar.

N° DE EXPEDIENTE:

Estará formado por el centro de costo asignado a la clínica comunal más un número correlativo. El número de expediente será asignado por el personal responsable de procesar la información a nivel local.

FAMILIA N°:

Número correlativo que fue asignado al grupo familiar por el equipo básico.

AFILIACIÓN:

Número que le asigna el Instituto Salvadoreño del Seguro Social, cuando se inscribe como trabajador activo.

NOMBRE:

Escriba el nombre completo del cotizante activo.

EDAD:

Años cumplidos que tiene el cotizante activo.

FECHA:

Registrar la fecha en que realiza la visita

PROBLEMAS:

Enumerar los diferentes problemas detectados en la persona, ya sea agudo, descompensado o estable.

AGUDOS:

Complicación temporal identificada en la persona.

DESCOMPENSADO:

Registra los problemas que fueron identificados en la primera visita y se mantienen activos en las visitas subsiguientes.

ESTABLE:

Registra los problemas que fueron identificados en la primera visita y se mantienen pasivos en las visitas subsiguientes.

PLAN:

Registrar el procedimiento a utilizar para atacar los diferentes problemas detectados.





INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL
 SUB-DIRECCIÓN DE SALUD
 HOJA DE EVOLUCIÓN INDIVIDUAL

CLÍNICA COMUNAL: _____

N° DE EXPEDIENTE _____

FECHA	AGUDOS	CRÓNICOS		PLAN	FAMILIA N° DE AFILIACIÓN NOMBRE EDAD	
		DESCOMPENSADO	ESTABLE			

Form.: 120104-151-09-05

INSTRUCTIVO PARA LLENADO DEL INSTRUMENTO PARA LA "VISITA DOMICILIAR SUBSECUENTE".



La Ficha familiar servirá para efectuar la visita domiciliar de primera vez, para las visitas subsecuentes se deberá utilizar el siguiente instrumento, que servirá para actualización periódica de la ficha familiar y el expediente clínico del paciente y se deberá archivar junto con la ficha familiar.

Clínica Comunal: colocar el nombre de la clínica comunal que esta realizando la acción

Fecha: colocar la fecha de la Visita Domiciliar.

Entrevistó: colocar el nombre o nombres del equipo de salud que realizó la visita.

Datos Generales: colocar el nombre de la persona caso visitado

Objetivo de la visita: establecer claramente, en base a los riesgos familiares detectados, los motivos que han generado la necesidad de la visita domiciliar.

Actividades durante la visita: describir las actividades realizadas durante la visita.

Nuevos riesgos detectados: describir en base a la hoja de clasificación de riesgos, los nuevos riesgos aparecidos en la familia

Riesgos modificados: describir los riesgos que se han modificado ya sea a menor o mayor ponderación.

Nuevas personas incorporadas al grupo familiar: inscribir con los datos que apliquen, a los nuevos integrantes del grupo familiar.

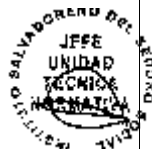
Situación Observada: describir las condiciones en que se encuentra la vivienda o las condiciones de salud, sociales y económicas de la familia, observadas o comentadas durante la visita.

Resultados: explicar cual fue el resultado de la visita domiciliar.

Recomendaciones: dejar constancia de las recomendaciones dadas al grupo familiar para ayudar a resolver los problemas encontrados durante la visita domiciliar.

Nombre y Firma de la persona visitada: para constancia y compromiso de la persona visitada.

Nombre y firma del responsable de la visita: será la persona o el responsable del equipo que realizó la visita quien deberá firmar de responsable.



Instrumento para la Visita Domiciliar Subsecuente.

Clinica Comunal de: _____ Fecha _____ Entrevistó _____

Datos Generales.

Nombre de la persona caso-visitado _____ No Filiación _____ Sexo ____ Edad _____

Dirección Vivienda _____

Objetivo de la visita.

Actividades durante la visita.

- a) _____
b) _____
c) _____
d) _____

Nuevos riesgos detectados:

- a) _____
b) _____
c) _____

Riesgos modificados:

- a) _____
b) _____
c) _____

Nuevas personas incorporadas al grupo familiar

1. Habitante: _____; N° de afiliación: _____; Edad: _____; Sexo: _____

Calidad: _____; Discapacidad: _____; Nombre completo: _____

Escolaridad: _____; Ocupación: _____; Tipo: _____; Salud Reproductiva:

Antecedentes ginecoobstétricos: G __, P __, P __, A __ V __; Embarazo actual: _____; P.F. ____, Método: _____

Inmunizaciones: C ____, I ____,

2. Habitante: _____; N° de afiliación: _____; Edad: _____; Sexo: _____

Calidad: _____; Discapacidad: _____; Nombre completo: _____

Escolaridad: _____; Ocupación: _____; Tipo: _____; Salud Reproductiva:

Antecedentes ginecoobstétricos: G __, P __, P __, A __ V __; Embarazo actual: _____; P.F. ____, Método: _____

Inmunizaciones: C ____, I ____,

Situación Observada.

- a) _____
b) _____
c) _____
d) _____

Resultados.

Recomendaciones.

INSTRUCTIVO PARA LLENADO DEL INSTRUMENTO "DIARIO DE CAMPO".

Es un instrumento que deberá ser usado para registrar y dejar constancia de todas las actividades a realizar en la comunidad (reuniones, capacitaciones, actividades de educación para la salud, actividades de participación comunitaria, actividades de promoción para la salud, y actividades de autogestión comunitaria); no así para las actividades desarrolladas en visitas domiciliarias.

CLÍNICA COMUNAL: Colocar el nombre de la clínica comunal que corresponda desarrollar la actividad.

FECHA: Colocar la fecha que se realizó la actividad

HORA DE INICIO: Hora en que se inició la actividad, no la hora que se salió de la clínica.

HORA DE FINALIZACIÓN: Hora en que se finalizó la actividad, no la hora que se regresó a la clínica.

NOMBRE DE LA COMUNIDAD, CENTRO ESCOLAR O EMPRESA: Colocar el nombre específico donde fue realizada la actividad.

RESPONSABLES: Colocar los nombres del empleado o empleados que realizaron la actividad.

OBJETIVOS: Definir el objetivo de la actividad a realizar.

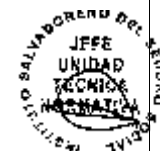
ACTIVIDAD(ES) REALIZADA(S): describir lo mas extenso posible el desarrollo de la actividad.

RESULTADOS DE LA(S) ACTIVIDAD(ES): Describir el resultado obtenido de la actividad y establecer si se cumplió el objetivo planteado.

LIMITANTES AFRONTADAS: Describir los eventos que no permitieron que se desarrollara la actividad adecuadamente, con el fin de evaluar, junto con las personas de la comunidad, posibles alternativas de solución.

RECOMENDACIONES: Describir las alternativas sugeridas que permitan cumplir el o los objetivos planteados.

Para que este instrumento tenga validez legal deberá contar con el nombre, firma o huella dactilar y sello de la comunidad, centro escolar o empresa donde se realizó la actividad.



INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL
SUB DIRECCIÓN DE SALUD
DIVISION TECNICA NORMATIVA
DEPARTAMENTO PREVENCION EN SALUD
DIARIO DE CAMPO

CLINICA COMUNAL _____

FECHA: _____ HORA DE INICIO _____ HORA DE FINALIZACION _____

NOMBRE DE COMUNIDAD: _____

CENTRO EDUCATIVO: _____

EMPRESA _____

RESPONSABLES: _____

OBJETIVOS _____

ACTIVIDAD (ES) REALIZADA (S): _____

RESULTADOS DE LA (S) ACTIVIDAD (ES) _____

LIMITANTES AFRONTADAS _____

RECOMENDACIONES _____

Representante de la comunidad, empresa o centro educativo:

Nombre _____ Firma _____

Sello

DIARIO DE CAMPO: ES UN INSTRUMENTO QUE PERMITE AL PERSONAL EJECUTOR REGISTRAR DIARIAMENTE EL RESULTADO DE LAS ACTIVIDADES RELEVANTES EFECTUADAS (CAPACITACIONES, REUNIONES: INTERINSTITUCIONALES, CON ORGANIZACIONES COMUNITARIAS, ACTIVIDADES REALIZADAS A NIVEL DE VIVIENDAS Y OTRAS), ESTO FACILITA CONOCER Y VALORAR CADA ACTIVIDAD DE ACUERDO CON LO PROGRAMADO.



137



INSTRUCTIVO PARA LLENADO DEL INSTRUMENTO "TABULADOR DIARIO
DE ACTIVIDADES DE APS REALIZADAS POR EL EQUIPO DE SALUD" Y
" REPORTE MENSUAL DE ACTIVIDADES DE APS"

CONSIDERACIONES GENERALES:

1. Se deberán llenar diariamente las actividades realizadas por el equipo de salud al finalizar el día.
2. En caso de no haber realizado alguna de las actividades detalladas en cuadro se colocará un guión para demostrar que no se llevo a cabo.
3. Cada una de las actividades descritas en el instructivo se encuentra detallada en la Norma de Funcionamiento de Clínicas Comunes.
4. al finalizar cada mes el equipo de salud deberá totalizar cada una de las actividades realizadas y entregar el reporte al Equipo de Salud Coordinador del Programa de Educación para la Salud y Salud Comunitaria, quienes harán un consolidado del total de las actividades de APS realizadas por cada equipo de salud que serán reportadas a estadística en el SES y colocará en él algunas observaciones relevantes que hayan influido o no para el adecuado desarrollo de la actividad

VISITA DOMICILIAR: deberá detallarse en forma numérica la causal principal de la visita domiciliar y al finalizar el día totalizar el número de visitas realizadas.

SALUD COMUNITARIA: deberá detallarse en forma numérica las actividades realizadas y el lugar o con quien se realizaron, ya sea como personal del ISSS o con la participación de los voluntarios de las comunidades o otras instituciones:

- ✓ Reuniones.
- ✓ Capacitaciones.
- ✓ Actividades de educación para la salud.
- ✓ Actividades de participación comunitaria.
- ✓ Actividades de promoción.



Actividades de atención directa a las personas de la comunidad, en el entendido que no es la actividad de la visita domiciliar, sino la actividad comunitaria realizada por los voluntarios capacitados con el acompañamiento u orientación del personal de la clínica comunal.

Actividades de autogestión comunitaria, en el sentido del acompañamiento y orientación dada a las organizaciones de la comunidad para la solución de los riesgos comunitarios detectados.



TABULADOR DIARIO DE ACTIVIDADES DE APS REALIZADAS POR EQUIPO DE SALUD

CLÍNICA COMUNAL

MES

AÑO

EQUIPO DE SALUD:

ACTIVIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	TOTAL
VISITA DOMICILIAR:																																
Clasificación o reclasificación de riesgo																																
Act. de educación para la salud																																
Act. Medico asistenciales derechohabiente																																
Act. medico asistenciales no derechohabiente																																
Investigación de caso epidemiológico																																
TOTAL DE VISITAS DOMICILIARES																																
SALUD COMUNITARIA:																																
REUNIONES:																																
Interinstitucionales																																
con organizaciones comunitarias																																
con centros escolares																																
con empresas																																
CAPACITACIONES:																																
Comunidades																																
C. Escolares																																
Empresas																																
ACT. DE EDUC. PARA LA SALUD:																																
Comunidades																																
C. Escolares																																
Empresas																																
ACT. DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA																																
Comunidades																																
C. Escolares																																
Empresas																																
ACT. DE PROMOCIÓN																																
Comunidades																																
C. Escolares																																
Empresas																																
ACT. DE AT. DIREC. A PERSONAS DE LA COMUNITARIA																																
ACT. DE AUTOGESTIÓN COMUNITARIA																																



REPORTE MENSUAL DE ACTIVIDADES DE APS

CLÍNICA COMUNAL

MES	AÑO	
ACTIVIDAD	N°	OBSERVACIONES
VISITA DOMICILIAR:		
Clasificación o reclasificación de riesgo		
Act. de educación para la salud		
Act. Medico asistenciales derechohabiente		
Act. medico asistenciales no derechohabiente		
Investigación de caso epidemiológico		
TOTAL DE VISITAS DOMICILIARES		
SALUD COMUNITARIA:		
REUNIONES:		
Interinstitucionales		
con organizaciones comunitarias		
con centros escolares		
con empresas		
CAPACITACIONES:		
Comunidades		
C. Escolares		
Empresas		
ACT. DE EDUC. PARA LA SALUD:		
Comunidades		
C. Escolares		
Empresas		
ACT. DE PARTICIPACION COMUN.		
Comunidades		
C. Escolares		
Empresas		
ACT. DE PROMOCIÓN		
Comunidades		
C. Escolares		
Empresas		
ACT. DE AT. DIREC. A PERSONAS DE LA COMUN.		
ACT. DE AUTOGESTIÓN COMUNITARIA		



INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DE INSTRUMENTO
“CONSOLIDADO MENSUAL DE ACTIVIDADES DE APS REALIZADAS
EN CADA COMUNIDAD”

Este informe deberá ser elaborado con la participación de los miembros responsables de la comunidad, centro escolar o empresa.

1. CENTRO DE ATENCIÓN: Colocar el nombre del Centro de Atención.
2. FECHA: Colocar fecha de elaboración del reporte.
3. MES – AÑO: Colocar el mes y año reportado.
4. Deberá identificarse el lugar donde se ha realizado las actividades con el nombre del mismo.
5. Marcar si el comité de salud esta activo o no.
6. Reportar el número de personas voluntarias que participaron activamente en las actividades realizadas en su comunidad, no incluye las personas beneficiadas con la actividad.
7. CAPACITACIONES IMPARTIDAS A VOLUNTARIOS: colocar el nombre de la temática impartida, el número de sesiones en que se desarrollo el tema y el número de participantes que completaron esa capacitación.
8. NÚMERO DE ACTIVIDADES REALIZADAS Y RECURSO QUE LA EJECUTÓ: Identificar el tipo de actividad (Charla, Curso, campaña, etc.), escoger entre las tres opciones el recurso que la ejecutó y totalizar cada una de las actividades.
9. ACTIVIDADES REALIZADAS EN FOMENTO A LOS PROGRAMAS PREVENTIVOS: Identificar el programa integral, la temática impartida y colocar el número de veces que se realizo en las casillas correspondientes a charlas, jornadas, cursos o talleres.
10. RESULTADO DE CAMPAÑAS REALIZADAS: Identificar el tipo de campaña, colocar el número de campañas realizadas y en cada uno de los factores colocar los resultados obtenidos.



11. ACTIVIDADES DE AUTOGESTIÓN REALIZADAS POR COMITÉ DE SALUD O VOLUNTARIOS CAPACITADOS: Describir el tipo de autogestión realizada, en que lugar se realizó y cual fue el resultado.
12. OTRAS ACTIVIDADES REALIZADAS: Describir cual fue la actividad y su resultado.
13. OBSERVACIONES: Describir el aspectos importantes de factores que facilitaron o no la realización de las actividades, causales de no funcionamiento o falta de organización del comité de salud, etc.
14. El informe deberá ser respaldado con el nombre firma y sello del representante de la comunidad, centro escolar o empresa y por nombre y firma del médico coordinador del equipo de salud responsable de la comunidad.



CONSOLIDADO MENSUAL DE RESULTADOS DE ACTIVIDADES
DE APS REALIZADAS EN CADA COMUNIDAD

CENTRO DE ATENCIÓN: _____

FECHA: _____

MES: _____, AÑO: _____

COMUNIDAD:	
CENTRO ESCOLAR:	
EMPRESA:	

COMITÉ DE SALUD ACTIVO	SI	NO
N° DE PERSONAS VOLUNTARIAS DESARROLLANDO ACTIVIDADES:		

CAPACITACIONES IMPARTIDAS A VOLUNTARIOS:

TEMÁTICA	N°	N° DE PARTICIPANTES

NÚMERO DE ACTIVIDADES REALIZADAS Y RECURSO QUE LA EJECUTO

ACTIVIDAD REALIZADA	PERSONAL ISSS	VOLUNTARIOS CAPACITADOS	PERSONAL ISSS/ VOLUNTARIOS	TOTAL
CHARLA				
JORNADA				
TALLER				
CURSO				
CAPACITACIÓN A LÍDERES/VOLUNTARIOS				
CAMPAÑAS				
PROMOCIÓN A LA SALUD				
DIAGNÓSTICO SITUACIONAL				



ACTIVIDADES REALIZADAS EN FOMENTO A LOS PROGRAMAS
DE PREVENCIÓN EN SALUD

TEMÁTICA	CHARLAS	JORNADAS	TALLERES	CURSOS
PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD INFANTIL				
Cuidados especiales de 0 a 12 años				
Crecimiento y desarrollo				
Prevención de enfermedades prevalentes de la infancia				
Salud Mental				
ITS /VIH - SIDA				
Tuberculosis				
Salud bucal				
Nutrición				
Otras				
PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA MUJER				
Control prenatal o puerperal				
Fomento a la lactancia materna				
Higiene de embarazo, parto o puerperio				
Cáncer de cervix y de mama				
Salud Reproductiva				
Enfermedades Crónico Degenerativas				
Salud Mental				
ITS /VIH - SIDA				
Tuberculosis				
Salud bucal				
Nutrición				
Otras				
PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD AL ADULTO HOMBRE				
Enfermedades Crónico Degenerativas				
Salud Reproductiva				
Salud Mental				
ITS /VIH - SIDA				
Tuberculosis				
Salud bucal				
Nutrición				
Otras				

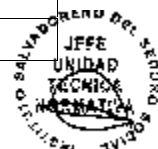


TEMÁTICA	CHARLAS	JORNADAS	TALLERES	CURSOS
PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD AL ADULTO MAYOR				
Integración a la familia y sociedad				
Enfermedades Crónico Degenerativas				
Salud Mental				
ITS /VIH - SIDA				
Tuberculosis				
Salud bucal				
Nutrición				
Otras				
PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD OCUPACIONAL				
Higiene y seguridad industrial				
Primeros auxilios				
Prevención y combate de incendios				
Preparativos para situaciones de desastre				
Enfermedades Crónico Degenerativas				
Salud Mental				
ITS /VIH - SIDA				
Tuberculosis				
Salud bucal				
Nutrición				
Otras				
OTRAS ACTIVIDADES EDUCATIVAS REALIZADAS				
Enfermedades transmitidas por vectores biológicos				
Enfermedades transmitidas por vía digestiva				
Enfermedades transmitidas por vía respiratoria				
Enfermedades del aparato locomotor				



RESULTADOS DE CAMPAÑAS REALIZADAS

		Nº DE CAMPAÑAS	Nº DE DOSIS APLICADA
VACUNACIÓN	INFANTIL		
	MUJERES EN EDAD FÉRTIL		
	MUJERES EMBARAZADAS		
	ADULTO MAYOR		
	OTROS		
DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE CÉRVIX	NÚMERO DE CAMPAÑAS		NÚMERO
	PRIMERA VEZ O MAS DE 3 AÑOS DE NO REALIZÁRSELA		
	SUBSECUENTE		
	CON PATOLOGÍA CERVICO VAGINAL		
DETECCIÓN PRECOZ DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL	NÚMERO DE CAMPAÑAS		NÚMERO
	NORMALES		
	SOSPECHA DE HTA		
	HTA EN CONTROL Y COMPENSADA		
	HTA NO CONTROLADO		
	CON FACTORES DE RIESGO		
	REFERIDOS		
DETECCIÓN PRECOZ DE DIABETES MELLITUS	NÚMERO DE CAMPAÑAS		NÚMERO
	GLICEMIA NORMAL		
	SOSPECHA DE HIPERGLICEMIA		
	D.M. EN CONTROL Y COMPENSADA		
	D.M. NO CONTROLADA		
	CON FACTORES DE RIESGO		
	REFERIDOS		
DETECCIÓN DE SINTOMÁTICO RESPIRATORIO	NÚMERO DE CAMPAÑAS		NÚMERO
	SINTOMÁTICO RESPIRATORIO DETECTADO		
	REFERIDOS		
SALUD BUCAL	NÚMERO DE CAMPAÑAS		NÚMERO
	NORMALES		
	CEO (2 A 6 AÑOS)		
	CPO (6 A 12 AÑOS)		
	APLICACIÓN TÓPICA DE FLUOR		
CONTRA DENGUE	NÚMERO DE CAMPAÑAS		NÚMERO
	CASAS VISITADAS CON RECOMENDACIONES		
	CHARLAS IMPARTIDAS		
	CRIADEROS ELIMINADOS		
	CASAS ABATIZADAS		
	CASAS FUMIGADAS		



DE LIMPIEZA	NÚMERO DE CAMPAÑAS		NÚMERO
	BASUREROS ELIMINADOS		
	RECOLECCIÓN VOLUMINOSA DE BASURA		
CURSO A MANIPULADORES DE ALIMENTOS	NÚMERO DE CURSOS		NÚMERO
	PERSONAS PARTICIPANTES QUE COMPLETARON EL CURSO		
	PERSONAS CON EXÁMENES ANORMALES		

ACTIVIDADES DE AUTOGESTIÓN REALIZADAS POR COMITÉ DE SALUD O VOLUNTARIOS CAPACITADOS.

TIPO DE AUTOGESTIÓN REALIZADA	INSTITUCIÓN O EMPRESA DONDE SE REALIZO LA AUTOGESTIÓN	RESULTADO DE LA AUTOGESTIÓN

OTRAS ACTIVIDADES REALIZADAS

ACTIVIDAD	RESULTADO

OBSERVACIONES:

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DE REPRESENTANTE DE LA COMUNIDAD, CENTRO ESCOLAR O EMPRESA

NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO DEL ARP

NOTA: Deberá ser anexada cada mes en el expediente de cada comunidad al igual que el diario de campo.



INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DE INSTRUMENTO

"INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES DE APS REALIZADAS POR LA CLÍNICA COMUNAL"

Este informe deberá ser elaborado con la participación de los miembros responsables de la comunidad, centro escolar o empresa.

1. CENTRO DE ATENCIÓN: Colocar el nombre del Centro de Atención.
2. FECHA: Colocar fecha de elaboración del reporte.
3. MES – AÑO: Colocar el mes y año reportado.
4. NÚMERO DE COMITÉS DE SALUD ACTIVOS: Reportar el total de Comités de Salud activos dentro del área de responsabilidad programática de la clínica comunal y el NÚMERO DE COMUNIDADES ATENDIDAS dentro de su ARP (colonias, barrios, cantones, comunidades, etc.); en ambos casos no se deben incluir los formados en centros escolares y empresa. Luego se deberá establecer el porcentaje de comunidades que tienen funcionando sus comités de salud.
5. Reportar el número de personas voluntarias que participaron activamente en las actividades realizadas en su comunidad, se deberá incluir los voluntarios de los centros escolares; no incluye las personas beneficiadas con la actividad.
6. CAPACITACIONES IMPARTIDAS A VOLUNTARIOS: colocar el nombre de la temática impartida, el número de sesiones en que se desarrollo el tema y el número de participantes que completaron esa capacitación.
7. NÚMERO DE ACTIVIDADES REALIZADAS Y RECURSO QUE LA EJECUTÓ: Identificar el tipo de actividad (Charla, Curso, campaña, etc.), escoger entre las tres opciones el recurso que la ejecutó y totalizar cada una de las actividades.
8. ACTIVIDADES REALIZADAS EN FOMENTO A LOS PROGRAMAS PREVENTIVOS: Identificar el programa integral, la temática impartida y



colocar el número de veces que se realizó en las casillas correspondientes a charlas, jornadas, cursos o talleres.

9. RESULTADO DE CAMPAÑAS REALIZADAS: Identificar el tipo de campaña, colocar el número de campañas realizadas y en cada uno de los factores colocar los resultados obtenidos.
10. ACTIVIDADES DE AUTOGESTIÓN REALIZADAS POR COMITÉ DE SALUD O VOLUNTARIOS CAPACITADOS: Describir el tipo de autogestión realizada, en que lugar se realizó y cual fue el resultado.
11. OTRAS ACTIVIDADES REALIZADAS: Describir cual fue la actividad y su resultado.
12. OBSERVACIONES: Describir el aspectos importantes de factores que facilitaron o no la realización de las actividades, causales de no funcionamiento o falta de organización del comité de salud, etc.
13. El informe deberá ser respaldado con el nombre, firma y sello del Coordinador del Equipo de Salud responsable del Programa de Educación para la Salud y del Director Médico de la Clínica Comunal.



INFORME MENSUAL DE RESULTADOS DE ACTIVIDADES
DE APS REALIZADAS POR LA CLÍNICA COMUNAL

CENTRO DE ATENCIÓN: _____

FECHA: _____

MES: _____, AÑO: _____

NÚMERO DE COMITÉ DE SALUD ACTIVOS (No incluir centros escolares ni empresas)		NÚMERO DE COMUNIDADES ATENDIDAS (No incluir centros escolares ni empresas)		%	
N° DE PERSONAS VOLUNTARIAS DESARROLLANDO ACTIVIDADES (Incluir los voluntarios de los Centros Escolares):					

CAPACITACIONES IMPARTIDAS A VOLUNTARIOS:

TEMÁTICA	N°	N° DE PARTICIPANTES

NÚMERO DE ACTIVIDADES REALIZADAS Y RECURSO QUE LA EJECUTO

ACTIVIDAD REALIZADA	PERSONAL ISSS	VOLUNTARIOS CAPACITADOS	PERSONAL ISSS/VOLUNTARIOS	TOTAL
CHARLA				
JORNADA				
TALLER				
CURSO				
CAPACITACIÓN A LÍDERES/VOLUNTARIOS				
CAMPAÑAS				
PROMOCIÓN A LA SALUD				
DIAGNÓSTICO SITUACIONAL				



ACTIVIDADES REALIZADAS EN FOMENTO A LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN EN SALUD

TEMÁTICA	CHARLAS	JORNADAS	TALLERES	CURSOS
PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD INFANTIL				
Cuidados especiales de 0 a 12 años				
Crecimiento y desarrollo				
Prevención de enfermedades prevalentes de la infancia				
Salud Mental				
ITS /VIH - SIDA				
Tuberculosis				
Salud bucal				
Nutricion				
Otras				
PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA MUJER				
Control prenatal o puerperal				
Fomento a la lactancia materna				
Higiene de embarazo, parto o puerperio				
Cáncer de cervix y de mama				
Salud Reproductiva				
Enfermedades Crónico Degenerativas				
Salud Mental				
ITS /VIH - SIDA				
Tuberculosis				
Salud bucal				
Nutricion				
Otras				
PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD AL ADULTO HOMBRE				
Enfermedades Crónico Degenerativas				
Salud Reproductiva				
Salud Mental				
ITS /VIH - SIDA				
Tuberculosis				
Salud bucal				
Nutricion				
Otras				

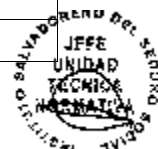


TEMÁTICA	CHARLAS	JORNADAS	TALLERES	CURSOS
PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD AL ADULTO MAYOR				
Integración a la familia y sociedad				
Enfermedades Crónico Degenerativas				
Salud Mental				
ITS /VIH - SIDA				
Tuberculosis				
Salud bucal				
Nutrición				
Otras				
PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD OCUPACIONAL				
Higiene y seguridad industrial				
Primeros auxilios				
Prevención y combate de incendios				
Preparativos para situaciones de desastre				
Enfermedades Crónico Degenerativas				
Salud Mental				
ITS /VIH - SIDA				
Tuberculosis				
Salud bucal				
Nutrición				
Otras				
OTRAS ACTIVIDADES EDUCATIVAS REALIZADAS				
Enfermedades transmitidas por vectores biológicos				
Enfermedades transmitidas por vía digestiva				
Enfermedades transmitidas por vía respiratoria				
Enfermedades del aparato locomotor				



RESULTADOS DE CAMPAÑAS REALIZADAS

	Nº DE CAMPAÑAS	Nº DE DOSIS APLICADA
VACUNACIÓN	INFANTIL	
	MUJERES EN EDAD FÉRTIL	
	MUJERES EMBARAZADAS	
	ADULTO MAYOR	
	OTROS	
DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE CÉRVIX	NÚMERO DE CAMPAÑAS	NÚMERO
	PRIMERA VEZ O MAS DE 3 AÑOS DE NO REALIZÁRSELA	
	SUBSECUENTE	
	CON PATOLOGÍA CERVICO VAGINAL	
	REFERIDAS	
DETECCIÓN PRECOZ DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL	NÚMERO DE CAMPAÑAS	NÚMERO
	NORMALES	
	SOSPECHA DE HTA	
	HTA EN CONTROL Y COMPENSADA	
	HTA NO CONTROLADO	
	CON FACTORES DE RIESGO	
	REFERIDOS	
DETECCIÓN PRECOZ DE DIABETES MELLITUS	NÚMERO DE CAMPAÑAS	NÚMERO
	GLICEMIA NORMAL	
	SOSPECHA DE HIPERGLICEMIA	
	D.M. EN CONTROL Y COMPENSADA	
	D.M. NO CONTROLADA	
	CON FACTORES DE RIESGO	
	REFERIDOS	
DETECCIÓN DE SINTOMÁTICO RESPIRATORIO	NÚMERO DE CAMPAÑAS	NÚMERO
	SINTOMÁTICO RESPIRATORIO DETECTADO	
	REFERIDOS	
SALUD BUCAL	NÚMERO DE CAMPAÑAS	NÚMERO
	NORMALES	
	CEO (2 A 6 AÑOS)	
	CPO (6 A 12 AÑOS)	
	APLICACIÓN TÓPICA DE FLUOR	
CONTRA DENGUE	NÚMERO DE CAMPAÑAS	NÚMERO
	CASAS VISITADAS CON RECOMENDACIONES	
	CHARLAS IMPARTIDAS	
	CRIADEROS ELIMINADOS	
	CASAS ABATIZADAS	
	CASAS FUMIGADAS	



DE LIMPIEZA	NÚMERO DE CAMPAÑAS		NÚMERO
	BASUREROS ELIMINADOS		
	RECOLECCIÓN VOLUMINOSA DE BASURA		
CURSO A MANIPULADORES DE ALIMENTOS	NÚMERO DE CURSOS		NÚMERO
	PERSONAS PARTICIPANTES QUE COMPLETARON EL CURSO		
	PERSONAS CON EXÁMENES ANORMALES		

ACTIVIDADES DE AUTOGESTIÓN REALIZADAS POR COMITÉ DE SALUD O VOLUNTARIOS CAPACITADOS.

TIPO DE AUTOGESTIÓN REALIZADA	INSTITUCIÓN O EMPRESA DONDE SE REALIZO LA AUTOGESTIÓN	RESULTADO DE LA AUTOGESTIÓN

OTRAS ACTIVIDADES REALIZADAS

ACTIVIDAD	RESULTADO

OBSERVACIONES:

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DE COORDINADOR DEL DE SALUD RESPONSABLE DEL PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD

NOMBRE FIRMA Y SELLO DEL EQUIPO DIRECTOR MÉDICO DE LA CLÍNICA COMUNAL

NOTA: Deberá ser incorporada a la información estadística en el SES



ADENDAS

ADENDA # 01 07-09-2007	- 67 -
ADENDA # 02 (03-03-2008)	- 70 -
ADENDA # 03 (17-04-2008)	- 71 -
ADENDA # 04 (14-05-2008)	- 72 -
ADENDA # 05 (27-03-2009)	- 76 -



ADENDA # 01 07-09-2007

"ANEXO A NORMA DE FUNCIONAMIENTO PARA CLÍNICAS COMUNALES"

A solicitud de la División de Monitoreo y Evaluación, de la Subdirección de Salud, debido a observaciones encontrada durante las visitas de supervisión a las clínicas comunales y los datos proporcionados por el Departamento de Estadísticas y Actuariado, se hace necesario realizar las siguientes modificaciones a la "Norma de Funcionamiento para Clínicas Comunales":

1. Se modifica el ítem 15, inciso b de la Sección II "Generalidades sobre el funcionamiento y organización de clínicas comunales", pag.29 de la siguiente manera:

b. Un día a la semana por la mañana en su ARP.

2. Se incluye el siguiente ítem:

"Aparte del tiempo determinado en el Ítem 15, de la Sección II "Generalidades sobre el funcionamiento y organización de clínicas comunales", pag.29, para realizar las actividades de APS en la comunidad junto con todo el equipo, la enfermera integrante del mismo deberá utilizar un día completo más a la semana para las actividades extramurales, distribuyéndose las tareas de ese día con el educador para la salud".

3. Se modifica el numeral 23, de la Sección II "Generalidades sobre el funcionamiento y organización de clínicas comunales", pag. 30, quedando de la siguiente manera:

23. Los educadores para la salud durante la jornada en que el médico y la enfermera de su equipo de trabajo se encuentren en actividades asistenciales en la clínica, deberán realizar acciones operativas de APS en la comunidad, incluyendo visitas domiciliarias para proporcionar educación para la salud u otras actividades propias de su cargo; actividades operativas y de coordinación para la realización de las actividades de los programas integrales de salud extramurales, actividades comunitarias varias, coordinaciones interinstitucionales e intersectoriales y actividades administrativas,



para lo cual deberá establecer un cronograma de trabajo periódico que le permita organizar su tiempo para todas las actividades antes mencionadas.

4. Se modifican los numerales 35, 36 y 37 de la Sección II "Generalidades sobre el funcionamiento y organización de Clínicas Comunes", pag. 35, quedando de la siguiente manera:

35. Al finalizar cada mes el Equipo de Salud Coordinador del Programa de Educación para la Salud y Salud Comunitaria hará un reporte del total de las actividades de APS realizadas por cada equipo de salud, el equipo coordinados del Programa de Educación para la Salud consolidará la información y el Director Médico de la Clínica Comunal ingresará los datos en el SES.

36. El Director Médico junto con sus colaboradores realizara en forma cuatrimestral y anual una evaluación por escrito cuali-cuantitativo y colocará en él algunas observaciones relevantes que hayan influido o no para el adecuado desarrollo de las actividades de APS realizadas por el personal de la clínica en ese periodo.

37. La División de Monitoreo y Evaluación de la Subdirección de Salud realizará en forma cuatrimestral y anual una evaluación cuali-cuantitativa de las actividades de APS realizadas por las Clínicas Comunes a nivel nacional, utilizando como insumos la información proporcionada por el SES y el análisis cualitativo enviado por los Directores de las Clínicas Comunes, dándola a conocer a la Subdirección de Salud, División Técnica Normativa, Centros de Atención y al Departamento de Estadística y Actuario de la Institución.

5. Se modifica el Capítulo IV: Actividades de Atención Primaria de Salud, Literal B: Visita Domiciliar Familiar, pagina 47, Numeral 4, se cambia por el siguiente:

4. Las visitas domiciliarias de seguimiento deberán realizarse cada año para las viviendas de riesgo verde, cada seis meses a las de riesgo amarillo y cada cuatro meses las de riesgo rojo; sin embargo, la frecuencia de la visita también estará determinada por los riesgos individuales que se detecten en cada uno de los integrantes de la familia.

6. Se modifica el Instructivo de la Hoja de Evaluación Individual, pag. 42 del anexo "Conceptualizaciones para el abordaje familiar e instructivo para el llenado de instrumentos de trabajo en clínicas comunes":



AFILIACIÓN: número que le asigna el ISSS cuando se inscribe como trabajador activo. Solo aplica cuando es derechohabiente, de lo contrario dejar en blanco.

NOMBRE: escriba el nombre del integrante de la familia a la que se le detecto un riesgo o una patología específica, sea derechohabiente o no.

Y, para ser aplicado en las Clínicas Comunes a nivel nacional, se extiende la presente a los seis días del mes de Septiembre del año dos mil siete.



DR. GUILLERMO JOSÉ VALDES
Jefe Departamento de Normalización y Estandarización



DR. SIMÓN BALTAZAR AGREDA
Jefe Unidad Técnica Normativa



DR. JOSÉ GUILLERMO GONZÁLEZ GARCÍA
Subdirector de Salud ISSS

ADENDA # 02 (03-03-2008)

“ANEXO A NORMA DE FUNCIONAMIENTO PARA LAS CLÍNICAS COMUNALES”

En vista de las diferencias encontradas en Sistema Estadístico de Salud con respecto al número de campañas realizadas por las Clínicas Comunales y con el objeto de estandarizar criterios, se modifica el párrafo 9 del Instructivo para el llenado del instrumento “Informe Mensual de Actividades de APS realizadas por la Clínica Comunal”, pagina 60 de los anexos de lo Norma de Funcionamiento para Clínicas Comunales anexando a lo ahí establecido lo siguiente:

- a) Si la campaña es de programación nacional (ya sea por necesidades de MSPAS o el ISSS), se reportará una campaña por centro de atención, independientemente del tiempo de duración y el área geográfica cubierta.
- b) Si la campaña es de programación local (de acuerdo a los problemas detectados en cada centro de atención, principalmente en Clínicas Comunales), se reportará una campaña por Area de Responsabilidad Programática de cada equipo de salud. El reporte de campaña terminada se hará cuando se haya completado el barrido de toda la zona (comunidades, centros escolares y empresas).

Y, para ser aplicada en las Clínicas Comunales de la Red del I.S.S.S., se extiende la presente a los cuatro días del mes de marzo del año dos mil ocho.


DR. GUILLERMO JOSÉ VALDES
 Jefe Departamento de Normalización y Estandarización




DR. SIMÓN BALTAZAR AGREDA
 Jefe Unidad Técnica Normativa





DR. JOSÉ GUILLERMO GONZÁLEZ GARCÍA
 Subdirector de Salud ISSS



ADENDA # 03 (17-04-2008)

"ANEXO A NORMA DE FUNCIONAMIENTO PARA LAS CLÍNICAS COMUNALES"

Con relación al "Tabulador Diario de Actividades de APS Realizadas por Equipo de Salud" y al "Reporte Mensual de Actividades de APS" (Pag. 50 y 51 de los Anexos de la "Norma de Funcionamiento Para Clínicas Comunales"), en el apartado de "Visita Domiciliar" para el objetivo de "Clasificación y Reclasificación de Riesgo", actualmente como uno solo, deberá reportarse como tres objetivos separados:

1. Visita Domiciliar por Clasificación de Riesgos Familiar: Visita realizada para el levantamiento del diagnóstico familiar inicial.
2. Visita Domiciliar por Reclasificación de Riesgo Familiar: Es la visita realizada cuando a la familia se le detecte que ha cambiado el color del riesgo, ya sea de un riesgo mayor a uno menor o viceversa.
3. Visita Domiciliar por Mejoramiento de Riesgo Individual: Es la visita realizada en la que se logro mejorar uno ó más riesgos individuales, independientemente del impacto sobre riesgo familiar.

Y, para ser aplicada en las Clínicas Comunales de la Red del I.S.S.S., se extiende la presente a los veintiún días del mes de Abril del año dos mil ocho.

Revisado por: 
Dr. Cesar Emanuel Bernal
 Colaborador Técnico Médico




DR. GUILLERMO JOSÉ VALDES
 Jefe Departamento de Normalización y Estandarización




 Autorizado por: **Dr. Efraín Salazar Agreda**
 Jefe División Técnica Normativa





DR. JOSÉ GUILLERMO GONZÁLEZ GARCÍA
 Subdirector de Salud ISSS



ADENDA # 04 (14-05-2008)

“ANEXO A NORMA DE FUNCIONAMIENTO PARA LAS CLÍNICAS COMUNALES”

Con el fin de hacer mas objetiva la evaluación de riesgos en la ficha familiar, la definición establecida en la Pagina 14 de los Anexos de la Norma de Funcionamiento para Clínicas Comunes, en el Item que a continuación se describe:

19. Integrantes de grupo familiar con polifarmacia (4 ó mas medicamentos de uso simultáneo y permanente). Deberá especificar en la hoja de control individual los medicamentos que utiliza

Integrantes del grupo familiar que toman hasta 3 medicamentos en forma permanente y simultánea Deberá especificar en la hoja de control individual los medicamentos que utiliza.

Integrantes del grupo familiar que no toman medicamentos en forma permanente: Deberá especificar en la hoja de control individual

Se elimina y se establece lo siguiente de acuerdo a lo definido por el Departamento de Farmacoterapia:

19. Integrantes de grupo familiar con polimedición: el riesgo se evaluara de acuerdo a diversos factores establecidos en la “Escala para medir polimedición como riesgo familiar” que es parte integrante de esta adenda. La clasificación se hará de acuerdo a los siguientes puntajes:

RIESGO DE POLIMEDICACIÓN	PUNTUACIÓN	ESCALA
ALTO	12	Rojo
MODERADO	8 - 11	Amarillo
BAJO	7	Verde

Deberá especificar en la hoja de evolución individual los medicamentos que utiliza.



Y, para ser aplicada en las Clínicas Comunes de la Red del I.S.S.S., se extiende la presente a los catorce días mes de Mayo del año dos mil ocho.

Revisado por: 
Dr. César Ernesto Bernal
Colaborador Técnico Médico




DR. GUILLERMO JOSÉ VALDES
Jefe Departamento de Normalización y Estandarización




Autorizado por: Dr. Efraín Salazar Agreda
Jefe División Técnica Normativa





DR. JOSÉ GUILLERMO GONZÁLEZ GARCÍA
Subdirector de Salud ISSS





ESCALA PARA MEDIR LA POLIMEDICACIÓN COMO RIESGO FAMILIAR

No.	FACTORES A EVALUAR	SI	NO	NO SE SABE / NO DISPONIBLE	PUNTAJE
1	¿Su edad es mayor a 55 Años?	+ 2	+ 1	0	
2	¿Posee dos o más patologías crónicas concomitantes?	+ 2	+ 1	0	
3	¿Usa 4 ó más medicamentos bajo prescripción médica en forma simultánea y permanente?	+ 2	0	0	
4	¿Está controlado por 3 ó más médicos de diferentes especialidades?	+ 2	0	0	
5	¿Tiene el hábito de Automedicarse?	+ 2	0	0	
6	¿Asiste a sus controles Médicos?	0	+ 2	0	
7	¿Cumple su medicación adecuadamente?	0	+ 2	0	
8	¿Conoce los aspectos básicos sobre su(s) enfermedad(s) y medicamento(s) que usa?	0	+ 2	0	
9	¿Se trata de un paciente Policonsultante?	+ 1	0	0	
10	¿Acumula el medicamento en el hogar para emergencias o reservas sin control de vencimiento?	+ 1	0	0	
Puntaje Total					

El puntaje total ubica el riesgo de polimedicación en una de las siguientes

RIESGO DE POLIMEDICACIÓN	PUNTUACIÓN	ESCALA
BAJO	≤ 7	Verde
MODERADO	8 - 11	Amarillo
ALTO	≥ 12	Rojo

Elaborado Por: Dra. Jenny Solano, Lic. Jaime Castro.
19/05/2008.





GLOSARIO DE TÉRMINOS

Automedicación: Utilización de un medicamento registrado que está disponible legalmente sin la prescripción de un médico, ya sea por iniciativa propia de la persona o por consejo de un profesional de la salud. Por Ej. Medicamentos de venta libre, medicina natural, recomendados por otro familiar, etc. La utilización de medicamentos bajo prescripción sin una receta médica no forma parte de un uso racional de los medicamentos.

Riesgos Potenciales de la Automedicación: Retrasar el diagnóstico, establecer un diagnóstico incorrecto, enmascarar la enfermedad, prolongar ó agravar la patología, conducir a uso inadecuado y peligroso de medicamentos, Incrementar el riesgo de reacciones adversas, Incrementar el riesgo de interacciones de medicamentos, contribuir al fenómeno de resistencia de medicamentos (Ej. Antimicrobianos), facilitar el contagio (Ej. Conjuntivitis hemorrágica), fomentar la Drogo-dependencia (Ej. Benzodiacepinas)

Incumplimiento en la Medicación:

Presenta cualquiera de los siguientes aspectos que lo motivan a no tomar por completo el medicamento: la condición empeora, se siente mejor, prefiere otro tratamiento, horario complicado, mucha cantidad, las actividades lo impiden, olvido, negación de la enfermedad, comprensión inadecuada, desconfianza.

Polifarmacia o Polimedición: Uso de 4 ó más medicamentos de forma simultánea y permanente.

Policonsulta: Paciente que ha asistido a 3 ó más consultas en diferentes centros de atención por la misma patología, ya sea aguda ó crónica.

Aspectos básicos que debe conocer el paciente sobre su medicación: Nombre del medicamento, para qué lo usa, como y cuando administrarlo, efectos secundarios y/o advertencias importantes.



ADENDA # 05 (27-03-2009)

“ANEXO A NORMA DE FUNCIONAMIENTO PARA LAS CLÍNICAS COMUNALES”

Con relación a la recomendación de Auditoría de que en la Ficha Familiar toda la información sea llenada a tinta, para cumplir lo establecido en el Artículo 93 de las Normas de Técnicas de Control Interno Específicas para el ISSS, relacionado con las características de confiabilidad de la información contenida en los documentos institucionales; sin embargo y tomando en cuenta las siguientes consideraciones:

1. La familia es un grupo humano complejo cuya dinámica esta determinada por los aspectos sociales, psicológicos y físicos que afectan su funcionamiento; de tal manera, que su estructura y funcionalidad es altamente cambiante y lo que produce alteraciones individuales de sus miembros afectando positiva o negativamente su estado de salud. El objetivo de la Medicina Familiar es darle continuidad a estos cambios para ejecutar las acciones en forma anticipatoria para corregirlos, previniendo, en lo posible, los eventos dañinos para la salud de la misma.
2. Para el registro de la información de las características de la familia y su entorno, se creo la Ficha Familiar, la cual deberá ir actualizándose, debido a lo cambiante de la dinámica familiar.
3. Si se cambia la carpeta de la Ficha Familiar cada vez que el grupo familiar sufre algún cambio, implicaría un aumento en los costos institucionales por gasto innecesario de formularios y pérdida del recurso tiempo del personal responsable del llenado de las mismas, volviendo ineficiente el proceso.

Se establece la presente Adenda a la Norma de Funcionamiento para Clínicas Comunales, en el Anexo “Conceptualizaciones Para el Abordaje Familiar e Instructivo para el Llenado de Instrumentos de Trabajo en Clínicas Comunales”, Sección “Instrucciones para el Llenado de los Formularios” siguientes:

1. Ficha Familiar (Página 2): Se agregará un primer párrafo con la siguiente descripción: “El llenado de este instrumento deberá realizarse a lápiz, con el objeto de actualizar las modificaciones detectadas de acuerdo a la dinámica de la familia, excepto los siguientes campos que se escribirán a tinta:
 - a. Nombre de la Clínica Comunal.
 - b. Número de expediente.



- c. Nombre de la familia.
 - d. Fecha y hora en que se registro por primera vez al grupo familiar.
 - e. Número de Afiliación.
2. Hoja para la Clasificación de Riesgo (Página 8): Se agregará un primer párrafo con la siguiente descripción: "El llenado de este instrumento deberá realizarse a lápiz, con el objeto de actualizar las modificaciones detectadas de acuerdo a los cambios de riesgo familiares detectados".
 3. Hoja para el Consolidado de la Clasificación y Reclasificación de Riesgo Familiar (Página 20): Se agregará un primer párrafo con la siguiente descripción: "El llenado de este instrumento deberá realizarse a tinta, con el objeto de registrar en orden cronológico la fecha de los cambios de riesgo familiar y el tipo de intervenciones realizadas para ello.
 4. Instrumentos para el Abordaje Familiar (Página 21): Se agregará un tercer párrafo antes del Acápite "Genograma o Familiograma" con la siguiente descripción: "El llenado del Genograma y de la Clasificación Estructural de la Familia deberá realizarse a lápiz, con el objeto de actualizar las modificaciones detectadas de acuerdo a la dinámica de la familia".

Y, para ser aplicada en las Clínicas Comunes de la Red del I.S.S.S., se extiende la presente a los veintisiete días mes de Marzo del año dos mil nueve.


Revisado por: Dr. Cesar Ernesto ESPINAL
Colaborador Técnico Médico




DR. GUILLERMO JOSÉ VALDES
Jefe Departamento de Normalización y Estandarización




DR. JOSÉ EDUARDO AVILES FLORES
Subdirector de Salud ISSS





UNIDAD TÉCNICA NORMATIVA
DEPARTAMENTO DE NORMALIZACIÓN Y ESTANDARIZACIÓN
2006.