

MINISTERIO DE SALUD

**“Lineamientos técnicos para los Ecos Familiares  
y Ecos Especializados”**



San Salvador, Septiembre de 2017



Ministerio de Salud

Viceministerio de Políticas de Salud  
Dirección de Regulación y Legislación en Salud

Viceministerio de Servicios de Salud  
Dirección del Primer Nivel de Atención

## **“Lineamientos técnicos para los Ecos Familiares y Ecos Especializados”**

**San Salvador, El Salvador**

**Septiembre 2017**

Ficha catalográfica

Ministerio de Salud 2017.

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

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

La documentación oficial del Ministerio de Salud puede ser consultada a través de:  
<http://www.salud.gob.sv/institucion/area-interna/centro-virtual-de-docum.html>

Tiraje: ejemplares.

### **Edición y Distribución**

Ministerio de Salud  
Calle Arce No. 827, San Salvador. Teléfono: 2205-7000.  
Página oficial: <http://www.salud.gob.sv>

### **Diseño de Proyecto Gráfico:**

Diagramación: Imprenta

Impreso en El Salvador por: Imprenta  
El Salvador. Ministerio de Salud. Viceministerio de Salud de Políticas de Salud, Dirección de Regulación y Legislación en Salud. Viceministerio de Servicios de Salud, Dirección del Primer Nivel de Atención.

**“Lineamientos Técnicos para los Ecos Familiares y Ecos Especializados. Primera actualización.”**. San Salvador. El Salvador, C.A.

## **AUTORIDADES**

**ELVIA VIOLETA MENJÍVAR ESCALANTE  
MINISTRA DE SALUD**

**EDUARDO ANTONIO ESPINOZA FIALLOS  
VICEMINISTRO DE POLÍTICAS DE SALUD**

**JULIO ÓSCAR ROBLES TICAS  
VICEMINISTRO DE SERVICIOS DE SALUD**

## Equipo técnico

|                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| Dra. Jeannette Alvarado               | Dirección del Primer Nivel de Atención         |
| Dra. Nadia Rodríguez                  |  |
| Dr. Joaquín Alberto Macal Quintanilla |  |
| Dra. Natalia Carpio                   |  |
| Dra. Eunice Deras Rosas               |  |
| Dra. Eva Mateu                        |  |
| Dr. Samuel Ulises Romero Velasquez    |  |
| Lic. Lilian de Cruz                   |  |
| Lic. Balmore Baires                   |  |
| Lic. David López                      | Unidad de Enfermería                           |
| Licda. Norma Herrera                  |  |
| M.Cs. Luis Francisco López Guzmán     | Dirección de Regulación y Legislación en Salud |
| Dr. Napoleón Eduardo Lara             |  |
| Licda. Carmen Elena Moreno            |  |
| Dra. Julia Lisette Cepero Rodríguez   | Asesoras OPS                                   |
| Dra. Virgen Leyva Olmos               |  |
| Dra. Bertha Álvarez Martínez          |  |
| Licda. Ana Ligia Molina Araniva       | Enfants du Monde                               |
| Dra. Amada Libertad Guirola           | Foro Nacional de Salud                         |
| Licda. Rina Elizabeth Abrego          |  |
| Dra. Ivette Guadalupe Sánchez Durán   |  |

## Comité consultivo

|  |   |
|--|---|
| Personal técnico de Regiones de Salud y de Ecos Familiares y Ecos Especializados | Región Oriental de Salud<br>Región Paracentral de Salud<br>Región Metropolitana de Salud<br>Región Central de Salud<br>Región Occidental de Salud |
|--|---|

# Índice

|   |     |
|---|-----|
| Introducción  | 7   |
| I. Base legal   | 9   |
| II. Objetivos   | 11  |
| III. Ámbito de aplicación   | 11  |
| IV. Marco conceptual  | 12  |
| <b>V. Disposiciones técnicas</b>  | 26  |
| <b>1. Funcionamiento y actividades de los Ecos Familiares y Ecos Especializados</b> | 26  |
| 1.1 Funcionamiento de los Ecos Familiares:  | 26  |
| A. Etapa de Selección de territorios y personal del Ecos F.                         | 27  |
| B. Etapa de implementación  | 27  |
| C. Etapa de prestación de Servicios.  | 32  |
| D. Etapa de seguimiento, monitoreo y evaluación                                     | 37  |
| 1.2 Funcionamiento de los Ecos Especializados.                                      | 38  |
| 1.3 Clasificación de las actividades de los Ecos Familiares y Ecos Especializados.  | 40  |
| A. Actividades de promoción, prevención y rehabilitación.                           | 40  |
| B. Actividades de organización, docencia e investigación.                           | 45  |
| C. Actividades administrativas de Ecos Familiares.                                  | 46  |
| D. Actividades administrativas de Ecos Especializados.                              | 48  |
| <b>2. Responsabilidades, dispensarización y programación de seguimiento.</b>        | 49  |
| 2.1 Responsabilidades de los integrantes de los Ecos Especializados.                | 49  |
| 2.2 Dispensarización: Fases, importancia, principios y clasificación.               | 56  |
| A. Fases: Registro, evaluación, intervención y seguimiento a la dispensarización.   | 56  |
| B. Importancia de la dispensarización..   | 57  |
| C. Principios de la dispensarización.   | 57  |
| D. Clasificación de grupos dispensariales.  | 57  |
| 2.3 Programación de seguimiento por grupo dispensarial en el curso de vida.         | 59  |
| <b>3. Ficha familiar, riesgo y seguimiento familiar y comunitario.</b>              | 69  |
| 3.1 Ficha familiar, familiograma, ciclo vital y crisis familiares.                  | 69  |
| 3.2 Condiciones para determinar vulnerabilidades y riesgo familiar.                 | 75  |
| 3.3 Seguimiento a la salud en el entorno familiar y comunitario.                    | 77  |
| <b>4. Mapa sanitario y participación social.</b>                                    | 77  |
| 4.1 Mapa Sanitario.   | 77  |
| 4.2 Participación social.   | 80  |
| A. Diagnóstico Comunitario Participativo.   | 80  |
| B. Análisis de la Situación de Salud Integral (ASSI).                               | 96  |
| C. Evaluación participativa.  | 99  |
| <b>5. Abastecimiento, uso y manejo de expediente.</b>                               | 100 |
| 5.1 Abastecimiento de medicamentos e insumos a las UCSF con Ecos Familiares.        | 100 |
| 5.2 Uso y manejo del expediente clínico individual.                                 | 101 |
| <b>VI. Disposiciones finales.</b>   | 102 |
| VII. Siglas, abreviaturas y glosario.   | 103 |
| VIII. Revisión y actualización.   | 108 |
| IX. Vigencia.   | 109 |
| Bibliografía.   | 110 |
| Anexos.   | 111 |

## INTRODUCCIÓN

El Gobierno del Cambio inicio con la implementación la Reforma de Salud más ambiciosa de la historia de El Salvador, ejecutada en el marco de la Política Nacional de Salud desde 2010 desde el Ministerio de Salud (MINSAL) como ente rector garantizando así el derecho humano la salud a través de la implementación de un modelo de atención basado en el individuo, familia y comunidad; logrando éxitos en la implementación inicial de los ocho ejes que a partir del 2015 se suman dos ejes mas (Salud ambiental y violencia) con la actualización de la Política Nacional de Salud 2015-2019 en la actualidad diez ejes.

El primer eje de la política establece el funcionamiento de las Redes Integrales e Integradas de Salud (RIIS), las cuales fortalecen el camino de la transformación del Sistema Nacional de Salud de El Salvador, a través de un trabajo sistemático entre los establecimientos que delimita la población en áreas geográficas de influencia y responsabilidad para los establecimientos de salud. El Modelo de Atención en Salud Familiar y Comunitaria permite entre otros puntos, el acceso a los servicios de salud de calidad y con calidez, lo que contribuye decididamente a la eliminación de las barreras económicas, geográficas y culturales.

Este modelo incluye el desplazamiento, a partir del año 2010, de los Equipos Comunitarios de Salud Familiar (Ecos Familiares), y los Equipos Comunitarios de Salud Familiar Especializados (Ecos Especializados), en 100 municipios priorizados inicialmente con el mapa socioeconómico de pobreza del PNUD, con lo que este Gobierno garantizo acceso a servicios de salud a cerca de 1.5 millones de personas.

Este nuevo modelo de atención requirió que se se promulgaran los “Lineamientos operativos para el desarrollo de actividades en los Ecos Familiares y Ecos Especializados”, en abril de 2011, como instrumento técnico jurídico para su efectivo funcionamiento. Con el proceso de actualización de la Política Nacional de Salud 2015-2019 y el autoanálisis reflexivo del camino recorrido y la experiencia en el trabajo, los amplios y reconocidos logros de la reforma de salud los Ecos Familiares y Ecos Especializados, están presentes en ciento sesenta y cuatro municipios desarrollando su trabajo innovador, incorporando en el proceso su experiencia en terreno, además de la identificación de lecciones aprendidas que permiten justificar el actualizar dicho instrumento técnico jurídico, adecuando su contenidos acordes a dichos avances para la comprensión de la dinámica de desarrollo de la implementación del Modelo de atención.

La primera actualización de los Lineamientos técnicos para los Ecos Familiares y Ecos Especializados se elaboró de manera participativa, a través de consultas y talleres donde recogieron aportes del personal de salud de diferentes RIIS Departamental y Micro redes; puntualizando una serie de insumos a partir de la práctica de implementación, por ello el presente instrumento técnico jurídico incluye directrices actualizadas, prácticas y de fácil comprensión; pero sin limitar la creatividad en el desarrollo de acciones para implementar el

Modelo de atención; a la vez se adaptan con flexibilidad a las particularidades y condiciones en cada comunidad, respetando así los patrones socio-culturales, ideológicos y de diversidad sexual del área geopoblacional asignada, garantizando el cumplimiento del derecho a la salud y la inclusión social.

Las desigualdades en salud son el espejo de las desigualdades sociales generadas por la inequitativa distribución del poder político y económico, resultado del sistema económico-social que históricamente rigió al país. El enfoque basado en la promoción de la salud y la determinación social de la salud, se busca con enfoque crítico y participación social las verdaderas causas de los problemas; generando con ello respuestas que alejen del conformismo, para la implementación de soluciones que permitan plantear acciones efectivas mediante la solidaridad, equidad, intersectorialidad y participación social en salud.

Además contienen las etapas de: implementación, prestación de servicios, monitoreo, supervisión y evaluación, al interior de los Ecos Familiares y Ecos Especializados, con la finalidad de que tengan claridad de su objetivo de contribuir al abordaje de la determinación social de la salud, la aplicación de la estrategia de Atención Primaria en Salud Integral (APS-I), con énfasis en la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación y rehabilitación, desarrollando la “estrategia de intersectorialidad e intrasectorialidad, con todos los sectores diferentes a salud, incluyendo el sector comunitario organizado o no organizado, en la generación o solución de muchos problemas de salud”<sup>1</sup>; fortaleciendo así la participación comunitaria para que potencie la participación social en salud, el desarrollo de actitudes personales saludables y reorientación de los servicios de salud.

---

<sup>1</sup> Política Nacional de Salud 2015-2019

## **I. Base legal**

### **Constitución de la República.**

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

### **Código de Salud**

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

Art. 41.- Corresponde al Ministerio:

Numeral 4: "Organizar, reglamentar y coordinar el funcionamiento y las atribuciones de todos los servicios técnicos y administrativos de sus dependencias".

### **Reglamento Interno del Órgano Ejecutivo**

Art. 42.- Compete al Ministerio de Salud:

Numeral 2: "Dictar las Normas y técnicas en materia de salud y ordenar las medidas y disposiciones que sean necesarias para resguardar la salud de la población".

### **Ley de Creación del Sistema Nacional de Salud**

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

El modelo facilitará la organización de redes funcionales por niveles para la entrega de los servicios a la población.

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

### **Reglamento de la Ley del Sistema Nacional de Salud.**

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

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

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

## **Política Nacional de Salud 2015 – 2019**

### **I. Estructura, organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud.**

#### **Estrategia 1:**

Avanzar en la construcción de un SNS integrado, basado en la APS-I y el abordaje de la determinación social de la salud para garantizar el derecho humano a la salud en la ruta hacia el Acceso Universal a la Salud, la Cobertura Universal de Salud y la identificación y combate de las inequidades en salud así como el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

### **III. Profundización de la Reforma de Salud**

#### **Estrategia 4.**

Profundización y ampliación de los Ejes Estratégicos de la Reforma de Salud

Eje 1: Fortalecimiento de las redes integrales e integradas de salud (RIIS).

Están conformadas por las dependencias de los diferentes niveles de atención del MINSAL, instituciones del SNS, otros prestadores de servicios de salud, que se incorporan gradualmente para funcionar en red y con la sociedad civil organizada. El funcionamiento en red permite lograr el continuo de la atención de las personas sin discriminación alguna, a partir del análisis de situación de salud con enfoque de curso de vida en el contexto individual, familiar y comunitario, de forma tal que reciban servicios de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico precoz y oportuno, tratamiento, habilitación, rehabilitación [...]

## **II. Objetivos**

### **General:**

Proporcionar al personal de las Redes Integrales e Integradas de Salud (RIIS), herramientas técnicas y legales para la implementación y desarrollo del Modelo de Atención en Salud Familiar y Comunitaria, en el componente de las acciones que desarrollan los Ecos Familiares y Ecos Especializados, que permitan la ejecución efectiva oportuna y sistematizada de sus actividades; contribuyendo así al abordaje de la determinación social de la salud, la aplicación de la estrategia de Atención Primaria en Salud Integral (APS-I), con participación social y funcionamiento de las redes, a través de la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación y rehabilitación; sobre la base de los principios y ejes del proceso de Reforma de salud.

### **Específicos:**

1. Establecer procedimientos técnicos y administrativos para el desarrollo de las acciones de los Ecos Familiares y Ecos Especializados.
2. Fomentar el abordaje multidimensional y de la determinación social de la salud en el trabajo de los Ecos Familiares y Ecos Especializados, como una herramienta de gestión, que contribuya a mejorar modos y estilos de vida.
3. Facilitar la participación social en salud que permita actuar en correspondencia a la realidad de su área de responsabilidad, para garantizar el derecho humano a la salud.

## **III. Ámbito de aplicación.**

Están sujetos al cumplimiento de los presentes Lineamientos técnicos el personal que labora en los establecimientos de la RIIS del MINSAL.

## **IV. Marco conceptual.**

### **Proceso de Reforma de Salud**

El MINSAL impulsa el proceso de Reforma en salud, desde junio de 2009, a partir de la Política Nacional de Salud 2009 – 2014, y en su nueva versión 2015-2019, la Profundización y ampliación de los Ejes Estratégicos de la Reforma de Salud, con “el firme propósito de avanzar en la construcción de un SNS integrado, basado en la APS-I y el abordaje de la determinación social de la salud para garantizar el derecho humano a la salud en la ruta hacia el acceso universal a la salud, la cobertura universal de salud y la identificación y combate de las inequidades en salud así como el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).”<sup>2</sup>

Para el año 2014 se definen diez ejes prioritarios de la Reforma de Salud,

Eje 1 Fortalecimiento de las Redes integrales e integradas de salud

Eje 2 Sistema de emergencias médicas

Eje 3 Medicamentos y otras tecnologías sanitarias

Eje 4 Intersectorialidad e Intrasectorialidad

Eje 5 Foro Nacional de Salud

Eje 6 Instituto Nacional de Salud

Eje 7 Información estratégica en salud

Eje 8 Desarrollo de talento humano en salud

Eje 9 Violencia y salud

Eje 10 Salud Ambiental

Es con el eje de las RIIS que se ha facilitado la continuidad de la atención a la persona mediante los Ecos Familiares y Ecos Especializados que constituyen la puerta de entrada inteligente a la red y son pieza clave para eliminar las barreras geográficas, económicas y culturales que afectaban a la población salvadoreña para acceder a los servicios de salud; innovando en la implementación del Modelo de Atención en Salud Familiar y Comunitaria, basado en la Atención Primaria de Salud Integrada,(APS-I). El concepto de redes desarrollado por la Reforma de Salud va más allá de las redes conformadas solamente por los servicios de salud del SNS, son redes que se integran con la población organizada a efecto de garantizar integralmente el derecho a la salud de las personas.

El proceso de implementación del Modelo de Atención en Salud Familiar y Comunitaria es lo que ha permitido la creación de los Ecos Familiares y Ecos Especializados, el cual se ha desarrollado de forma cronológica desde su inicio en el año 2010, se inauguraron 196 Ecos Familiares y 14 Ecos especializados, implementados en ochenta municipios a nivel nacional con mayores índices de pobreza y desnutrición; en febrero del año 2011 aumenta a cuatrocientos veintidós Ecos Familiares y veintiocho Ecos Especializados; en el año 2012, los Ecos Familiares aumentan a cuatrocientos cincuenta y cinco y treinta y cinco Ecos Especializados. En el año 2013 se alcanzan cuatrocientos ochenta y un Ecos Familiares y treinta y seis Ecos Especializados, para el año 2014 son cuatrocientos ochenta y dos Ecos

<sup>2</sup> Política Nacional de Salud. 2015-2019

Familiares y treinta y ocho Ecos Especializados. En el año 2015 se incrementan a 536 Ecos familiares y 39 Ecos especializados para un total de 575 Ecos familiares, se ha consolidado la estrategia de Equipos Comunitarios de Salud Familiar en 184 municipios.<sup>3</sup>

Los criterios iniciales para definir los lugares donde paulatinamente se establecían los Ecos Familiares, se determinaron a partir de la información proporcionada por el Mapa de Pobreza: Política Social y Focalización de El Salvador, FISDL/FLACSO.

### **Modelo de Atención en Salud Familiar y Comunitaria en los Ecos Familiares y Ecos Especializados.**

El Modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y comunitario, se fundamenta en la estrategia APSI, con un abordaje integral del individuo a lo largo de su curso de vida, la familia y la comunidad; así como la toma del control por parte de la ciudadanía de la determinación social de la salud, para reducir la inequidad en la gestión y prestación de servicios de salud; reconociendo las bondades de la promoción así como la prevención de enfermedades a partir de la detección temprana de condicionantes y riesgos.

Articula el tratamiento de acuerdo a las necesidades y características de la persona en su entorno, lo cual exige una reorientación de los servicios de salud integrándolos en redes que potencializan sus capacidades, al conjugar la atención general y la especializada con el trabajo integrado a la comunidad y con las organizaciones de base comunitaria, para garantizar el amplio conocimiento e incidencia en la realidad de la población, el acceso oportuno a servicios de promoción, prevención curación, control y rehabilitación, según sea necesario y pertinente para conseguir el mejoramiento del nivel de salud de la persona, familia y comunidad.

Se requiere promover desde los espacios comunitarios la riqueza y amplitud de la participación social, en forma solidaria, promoviendo el análisis y la planmortalidad maternaificación de acciones intersectoriales para el abordaje, desde las dimensiones de determinación social de la salud, que condicionan la situación de salud de la población (ver figura 2)<sup>4</sup>.

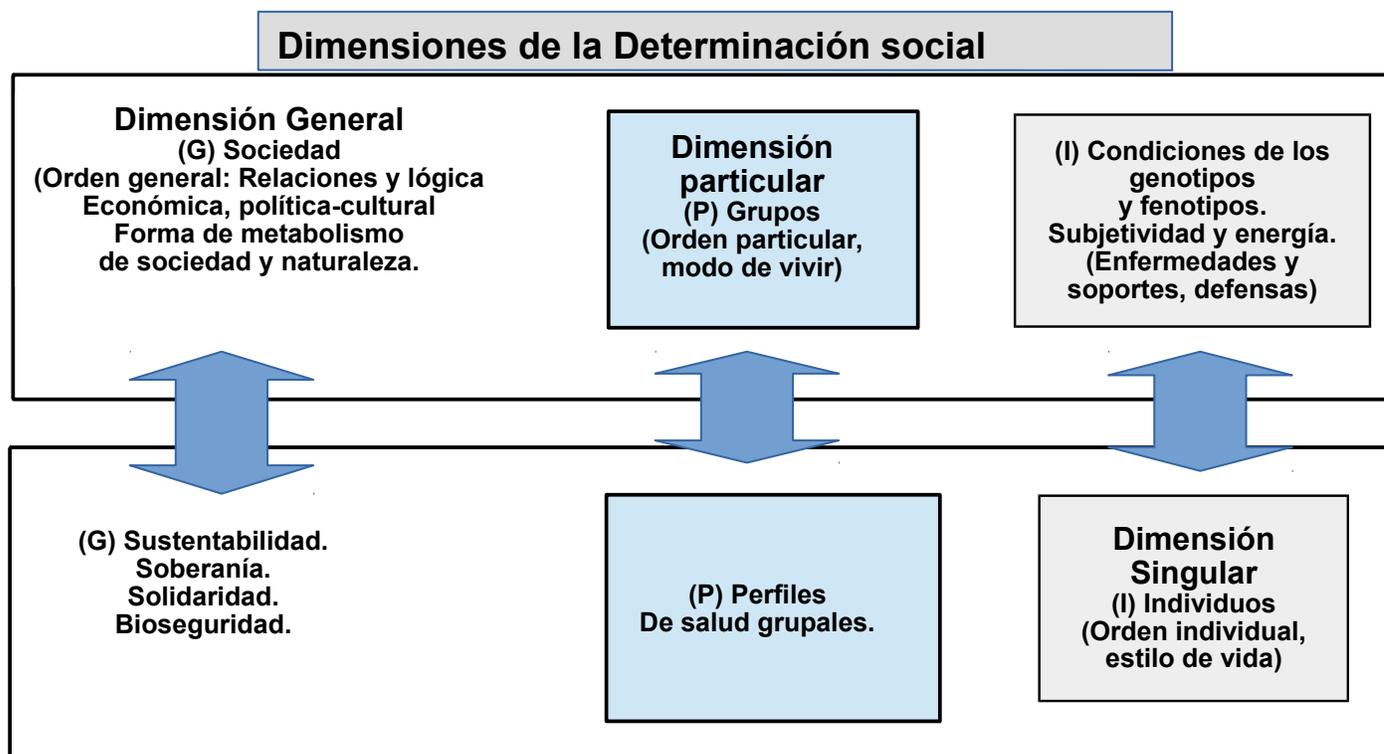
Simultáneamente al proceso de implementación del Modelo de Atención en Salud Familiar y Comunitaria, se hacen esfuerzos para mejorar el clima organizacional y construir una cultura de trabajo en equipo y de servicio, con alto grado de calidad y calidez, que permita el abordaje técnico a nivel comunitario, respetando profundamente las diferencias y la diversidad social, étnica, cultural, religiosa y de género.

---

<sup>3</sup> Memoria de Labores 2015-2016 Minsal. Diagnóstico de Ecos familiares, mayo 2015, DPNA. (Marzo 2016).

<sup>4</sup> Breith J. "La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública" Rev..Fas.Nac.Salud Pública 2013;31(supl 1):S13-S27. [www.scielo.org.co/pdf/rfnssp/v31s1/v31s1a02.pdf](http://www.scielo.org.co/pdf/rfnssp/v31s1/v31s1a02.pdf)

Figura 2.



**Principios de la Reforma de Salud y Atributos del Modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y comunitario.**

El presente lineamiento técnico retoma los principios de la Reforma de Salud se sustenta en los principios del proceso de reforma: transparencia, solidaridad, compromiso social, equidad, universalidad, gratuidad, intersectorialidad, participación social y organización comunitaria, los cuales son trazadores del Modelo de Atención en Salud Familiar y Comunitaria a lo largo del curso de vida por todos los integrantes del SNS.

El Modelo de Atención en Salud Familiar y Comunitaria, se caracteriza por la asignación de funciones, recursos y responsabilidades en espacios geo - poblacionales definidos. La fortaleza del Primer Nivel de Atención está fundamentada en los Ecos Familiares y Ecos Especializados, quienes como ya se dijo fungen como “puerta inteligente de entrada al sistema”, ya que despliegan acciones de manera pro activa, adelantándose a los eventos, en lugar de esperar pasivamente a que las personas demanden los servicios, pasando de la prestación de servicios por demanda a prestación de servicios a poblaciones nominales.

Uno de los principales desafíos en la implementación de dicho Modelo de atención, es el garantizar el acceso universal a servicios de salud oportunos y de alta calidad, ello implica que el personal de salud asignado a los Ecos Familiares y Ecos Especializados asuma el reto de impactar favorablemente en los indicadores sanitarios de su área de responsabilidad y favorecer el aumento de las expresiones organizativas de la participación social en salud.

**Figura 3: Principios de la Reforma de Salud.**

*Fuente: Elaboración de la DPNA*

El funcionamiento en RIIS permite que la prestación de servicios de salud se ubique en espacios más cercanos a la población, justo donde se presenta la necesidad, fortaleciendo su capacidad resolutive, desarrollando procesos de integración en la red de servicios, acercando incluso la atención especializada que despliega sus acciones en ámbitos extra-hospitalarios.



*Fuente: MINSAL.*

**Figura 4: Características del Modelo de Atención en Salud Familiar y Comunitaria.**

|   |   |
|---|---|
|    | <p>Universalidad en la atención. Población territorio a cargo y responsabilidad. Centrado en la sociedad, comunidad, familia y persona. Con énfasis en las dimensiones de la determinación social y enfoque democrático participativo que se expresa en los Consejos Locales de Salud* y el Foro Nacional de Salud.</p>   |
|    | <p>Funcionamiento en redes integrales e integradas, con una extensa oferta de establecimientos y servicios de salud, con mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de servicio. Normativas y Lineamientos clínicos y de gestión. Perfil y funciones adaptadas a la realidad local. Capacitación e investigación en toda la red.</p> |
|   | <p>Programación transversal integrada. Planificación y adecuación de lineamientos centrales a la realidad local. Acciones intersectoriales e intrasectoriales* para el abordaje de los problemas locales, con evaluación de resultado, los cuales determinan la oferta de servicios del sistema.</p>  |
|  | <p>Entrega de servicios de especialidad en el lugar más apropiado, preferentemente en ambientes extra hospitalarios. Promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico y tratamientos oportunos, rehabilitación y cuidados paliativos, todos bajo un único paraguas organizacional</p>  |

Fuente: MINSAL

\*Política Nacional de Salud 2015-2019: Estrategia 4.1.3: Potenciar el funcionamiento de los Consejos de Gestión de las redes en sus diferentes niveles [...] Estrategia 4.3.1 Desarrollar intervenciones intrasectoriales e intersectoriales con amplia participación social y con enfoque individual, familiar y comunitario que incidan en la determinación social de la salud[...].

### Importancia de la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.

Para el abordaje desde la promoción en salud y prevención de la enfermedad, es necesario manejar los siguientes conceptos:

**Promoción de la salud:** La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. (Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, OMS, Ginebra, 1986).<sup>5</sup>

<sup>5</sup> Promoción de la Salud Glosario. Organización Mundial de la Salud Ginebra. 1998

**Prevención de la enfermedad:** La prevención de la enfermedad abarca las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como el abordaje de las causas que producen mala salud, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida.

La importancia del manejo conceptual permite ampliar en los siguientes escenarios:

**Sobre la Promoción de la salud:**

- Constituye un proceso global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual.
- Permite a las personas, familias y comunidades incrementar su control sobre la determinación social de la salud y en consecuencia, mejorarla.
- La participación es esencial, involucra a la población en su contexto de vida, más que la focalización en una enfermedad específica. Combina métodos y varios abordajes, particularmente la participación social consciente, eficaz y concreta.
- Es una acción del campo social y de la salud y no un servicio de salud, los profesionales de salud, principalmente los involucrados en la atención primaria la salud, tienen un papel importante en fortalecer y facilitar la promoción de la salud.
- Es una estrategia para facilitar el mejoramiento de la calidad de vida de la población, requiere de nuevas formas de trabajo con la gente, para fortalecer una orientación participativa de los servicios de salud familiar con la comunidad, que incluya la coordinación de las organizaciones comunitarias, instituciones de servicio y otros sectores para aunar esfuerzos por la salud, el bienestar y la calidad de vida.

**Sobre la prevención de la enfermedad:**

- **La prevención primaria** está dirigida a evitar la aparición inicial de una enfermedad o dolencia.
- **La prevención secundaria y terciaria** tienen por objeto detener o retardar la enfermedad ya presente y sus efectos mediante la detección precoz y el tratamiento adecuado o reducir los casos de recidivas y el establecimiento de la cronicidad, por ejemplo, mediante una rehabilitación eficaz.

Es así como permite identificar cada una de las acciones que el personal de salud realiza, en el contexto de las tres dimensiones de la determinación social de la salud y el Modelo de Atención en Salud Familiar y Comunitaria.

Figura 5: Dimensiones y acciones en la determinación social de la salud.



Jaime Breilh

**Cuadro 1. Diferencia entre actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.**

| Características            | Promoción de la salud  | Prevención de la enfermedad  |
|----------------------------|--|--|
| <b>Objetivos</b>           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Incidir en la determinación social de la salud.</li> <li>• Mejorar las condiciones de vida</li> <li>• Influir en decisiones de políticas públicas</li> <li>• Mejorar salud/calidad de vida poblaciones</li> <li>• Garantizar el derecho humano a la salud, la equidad, justicia e inclusión social</li> </ul>                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reducir los factores de riesgo y enfermedad</li> <li>• Disminuir las complicaciones de enfermedad</li> <li>• Proteger a personas y grupos en riesgo de agentes agresivos.</li> </ul>      |
| <b>Enfoque</b>             | Enfoque poblacional, político y social más importante  | Enfoque de riesgo, más individual.   |
| <b>Población objetivo:</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Toda la población en general, comunidades.</li> <li>• A los grupos especiales, niños, adultos mayores, embarazadas, personas con discapacidad, personas LGBTI, pueblos indígenas y veteranos de guerra.</li> <li>• Procesos sociales, políticos, culturales y ambientales, como acceso a la educación, al agua, entre otros.</li> </ul> | La persona<br><b>Tipos de prevención:</b><br>Primaria: dirigida a individuos y grupos de riesgo.<br>Secundaria: individuos y grupos posiblemente enfermos (tamizaje).<br>Terciaria: enfermos en riesgo de complicaciones y muerte. |

|  |   |  |
|--|---|--|
| <p><b>Modelos:</b> Se refiere a una representación simplificada de la realidad, que se elabora para facilitar su comprensión y estudio que permite ver de forma clara y sencilla las distintas variables y las relaciones que se establecen entre ellas. Su finalidad es: describir, explicar y Comunicar.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ecológico de sistemas múltiples: Se dirige hacia la interacción entre los individuos y grupos sociales con su ambiente físico, social, cultural económico y político. En el enfoque de determinación social de la salud se aplican los diferentes modelos a los diferentes problemas identificados como la deficiente cobertura de acceso al agua en las comunidades rurales que origina inequidades en la población.</li> <li>• Socio-político: no existe una Ley que regule la disponibilidad, el uso y acceso al agua, prioridades hacia grupos privilegiados, explotación desmedida del recurso agua.</li> <li>• Socio-ecológico: la depredación del medio ambiente que origina los fenómenos del cambio climático, poca vinculación que se tiene sobre la preservación de las cuencas y la cobertura de agua.</li> <li>• Socio-cultural: Modos, condiciones, y estilos de vida, así como costumbres en la población como la tala de árboles, la quema de tierras, riego de jardines y lavado de aceras, entre otros.</li> </ul> | <p>Primaria: Acciones preventivas propios de salud pública.</p> <p>Secundaria: A riesgos específicos. Tipo clínico.</p> <p>Terciaria: Clínico. Recuperación.</p>   |
| <p><b>Características</b></p>  | <p><b>Promoción de la salud</b></p>   | <p><b>Prevención de la enfermedad</b></p>  |
| <p><b>Tipos de interventores:</b></p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Interventores: Líderes políticos y cívicos, funcionarios de sectores diferentes, profesionales diversos, grupos de apoyo social, agentes comunitarios, medios de comunicación social.</li> </ul>   | <p>Primaria: Profesionales, trabajadores y trabajadoras de la Salud y comunidad.</p> <p>Secundaria: Profesionales de la salud.</p> <p>Terciaria: Profesionales de la salud. Agentes comunitarios y profesionales de la salud para rehabilitación basada en la comunidad.</p>   |
| <p><b>Estrategias e instrumentos</b></p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Participación social y construcción de la capacidad comunitaria, empoderamiento de la comunidad.</li> <li>• Empoderamiento del personal en promoción de la salud.</li> <li>• Políticas: negociación política, concentración, consenso, abogacía</li> <li>• Información, comunicación social</li> <li>• Educación sanitaria</li> <li>• Investigación-acción participativa</li> </ul>  | <p>Las estrategias e instrumentos de la prevención primaria están incluidos en la columna de promoción.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Secundaria: detección temprana, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.</li> <li>• Terciaria: tratamiento oportuno, manejo clínico para evitar recaídas y cronicidad, rehabilitación.</li> </ul> |

|                 |   |   |
|-----------------|---|---|
| <b>Ejemplos</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Entornos saludables: Escuelas saludables, municipios saludables, lactancia materna, ambientes libres de humo, entre otros.</li> <li>• Estilos de vida: ejercicio físico, alimentación balanceada, convivencia pacífica, uso de tiempo de ocio.</li> <li>• Servicios reorientados, hospitales saludables (entornos saludables en los hospitales)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Primaria: Inmunizaciones. yodización de la sal, estilo de vida. Promover el consumo de alimentos saludables.</li> <li>• Secundaria: Tamizaje: citología cérvico-vaginal. Pruebas a recién nacidos. estilo de vida.</li> <li>• Terciaria: Tratamiento oportuno de las enfermedades crónicas no transmisibles. Rehabilitación integral.</li> </ul> |
|-----------------|---|---|

Fuente: Adaptado de Restrepo Helena. La Promoción de la Salud y la Prevención de Riesgos y de Enfermedades: Un debate presente; Colombia. Mayo de 2007.

### **Propósito de las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad:**

- Lograr el mejoramiento del nivel de salud.
- Impulsar las intervenciones de salud pública, con el enfoque de la determinación social de la salud a través de las RIIS.
- Impulsar la reorientación de servicios de salud hacía la promoción de salud y mejorar las acciones de prevención en la comunidad.

### **Participación social:**

Para efectos del presente documento se entiende como participación social como un proceso dinámico, de interacción, negociación y concertación entre la población y las instituciones gubernamentales y no gubernamentales, públicas y privadas, responsables y vinculadas con el estado de salud, a fin de garantizar el ejercicio del derecho humano a la salud.

Para desarrollar los procesos de participación social en salud se requiere la implementación de mecanismos establecidos en la Política Nacional de Participación Social en Salud:

1. Sensibilización
2. Motivación
3. Información
4. Educación
5. Consulta
6. Decisión
7. Movilización.

### **Proceso de Participación Social en salud.**

En el contexto del Objetivo 1 y Estrategia 1.1 de la Política Nacional de Participación Social en Salud (Acuerdo No. 1889 San Salvador, 7 de diciembre del 2012) se determina que el proceso busca “Contribuir al desarrollo y fortalecimiento de las organizaciones sociales en todas sus formas y áreas de acción relacionadas a la participación en salud. Desarrollando la estrategia de Fortalecimiento de la organización comunitaria y social en los espacios de toma de decisiones con los Comités de Salud, Consejos Locales de Salud y Foro Nacional de Salud, a nivel comunitario, municipal, departamental y nacional, e impulsando las siguientes

líneas de acción:

1. Conformación de Comités de Salud, Consejos Locales de Salud y Foro Nacional de Salud;
2. Fortalecer los mecanismos de representación de los Comités de Salud y los Comités Comunitarios del Foro Nacional de Salud, a partir del funcionamiento democrático de los Consejos Locales de Salud;
3. Articular a los Consejos Locales de Salud como una figura aglutinante y de coordinación en las instancias de microred, Foro Nacional de Salud y otras expresiones de organización.
4. Apoyar con recursos, logística e infraestructura las actividades de las organizaciones.[...]"

En nuestra Política Nacional de Salud. **2015-2019** define en su **Eje 5**: “ El Foro Nacional de Salud es autónomo y constituye un espacio de participación para la definición de consensos y acompañamiento en la toma de decisiones hacia la transformación del Sistema Nacional de Salud para el pleno ejercicio del derecho humano a la salud, donde la sociedad civil organizada ejerce su derecho a la salud a través de un proceso de participación social y comunitaria consciente, voluntario, solidario y crítico teniendo siempre presente la determinación social de la salud, fundamental para el desarrollo humano integral de los pueblos. Esta estrategia desarrolla la corresponsabilidad entre la sociedad civil salvadoreña y el SNS, para la construcción participativa de un sistema de salud basado en la estrategia de Atención Primaria de Salud con enfoques de promoción de la salud, desarrollo humano integral y determinación social de la salud; hacia la búsqueda constante de la equidad, la inclusión y la solidaridad humana.

En ese proceso se describen tres líneas de acción:

1. Promover la participación del liderazgo comunitario.
2. Fortalecimiento de liderazgo comunitario.
3. Favorecer la organización comunitaria y la participación social.

Estando definidas las líneas de acción de la siguiente forma:

- Línea de acción 4.22: Promover la participación del liderazgo comunitario en espacios de análisis, debate y toma de decisión para la solución de los problemas de salud a nivel local, departamental, regional y nacional haciendo evidente los problemas de las comunidades desde su propia experiencia y realidades;
- Línea de acción 4.23: Fortalecimiento de liderazgo comunitario, estableciendo mecanismos claros de acompañamiento y coordinación, que permita generar capacidad de pensamiento propositivo y crítico en la toma de decisiones y generen soluciones a los principales problemas de salud que afectan sus vidas de manera individual, familiar y colectiva, desde el enfoque de la determinación social de la salud;
- Línea de acción 4.30 Favorecer la organización comunitaria y la participación social para el ejercicio pleno de su derecho a la salud, incluyendo el desarrollo de capacidades en las personas, familias y comunidades a través de procesos de educación para la salud, comunicación social, dirigidas a promover condiciones, modos de vida, comportamientos y ambientes saludables para impulsar el desarrollo de una cultura de la salud.

### **Enfoque para el análisis del proceso salud-enfermedad.**

Como ya se desarrolló en apartados anteriores al analizar el objeto social del sistema de salud, se observa que cuando la preocupación se centra en la enfermedad, aislada de su

contexto social, la estrategia de acción deriva sistemas para afrontarla como si se tratara de la reparación mecánica de una máquina. Se crea un aparato específico médico-clínico-quirúrgico, con gran capacidad de resolución, pero con exceso de carga asistencial y medicalización, que se acompaña de un acceso no equitativo a los servicios. Se toma la relación costo/beneficio como indicador principal de la calidad del sistema y el rendimiento se mide con parámetros mercantilistas. Adicionalmente, al reducir o eliminarse temporalmente el problema, generalmente se procede a redireccionar los recursos empleados, condicionando que el Sistema de Salud quede más debilitado que antes y al no haber identificado el proceso de determinación social subyacente y las consecuencias estructurales, el problema remerge cíclicamente cada vez con más fuerza.

Un "hacer" transformador debe cambiar el objeto social, debe transitar de la enfermedad a la vida en sus múltiples dimensiones, con un enfoque interdisciplinario e intersectorial al que tributen, en igualdad de condiciones, especialidades de las ciencias médicas (genética, biología molecular, inmunología, biotecnología), como ramas de las ciencias sociales (antropología, sociología, historia, demografía, y derecho), pues está claro que la pertenencia a determinada clase social, explica mejor que los factores biológicos, la distribución y el tipo de enfermedad predominante. Además, el estudio del nivel de vida supera a los estudios epidemiológicos en las acciones de prevención, pues los cambios en los procesos de salud no son efectivos si no se logran cambios en la estructura política y social. Por lo que podemos concluir que la salud está enteramente relacionada con la distribución de la riqueza de la población, el nivel educativo, el acceso a servicios básicos, la participación social y otros elementos derivados del modelo de desarrollo hegemónico.

En tal sentido la atención médica, subordinada a las leyes y regularidades del sistema de salud en particular y del sistema socioeconómico en que está inmersa, se enriquecerá con los principios generales de las ciencias de la administración y tiene como primera prioridad la atención primaria de salud. Lo que implica organizar la población tanto como a los servicios bajo la voluntad política de transformar la realidad, luchando contra todo lo que quebrante la salud de la población, desarrollando todos los aspectos de la vida.

Es por ello, que el abordaje del proceso salud enfermedad debe incluir, la identificación de las principales fuentes de inequidad, la democratización de las instituciones de salud, la abolición de la propiedad intelectual sobre medicamentos o insumos médicos, el gasto social en salud, la formación de sistemas únicos universales públicos y gratuitos de salud financiados con impuestos progresivos, el trabajo intersectorial efectivo y una renovada visión de la interacción entre lo urbano y los colectivos. Sin dejar de lado, pero no por ello subordinando el abordaje colectivo al individual clínico que es necesario, pero no suficiente para garantizar la salud a la población. Abordar el proceso salud enfermedad solamente desde la perspectiva del riesgo resulta contraproducente y peligroso ya que soslaya el proceso de Determinación Social, evadiendo la identificación de muchas inequidades entre

grupos poblacionales y su necesario enlace con el modelo de desarrollo hegemónico, el cual desde el enfoque de riesgo es permanentemente sujeto a mejoras y adecuaciones sin cuestionar su esencia, los elementos que condicionan su inviabilidad, insostenibilidad y sobre todo su responsabilidad como el mayor generador de inequidades, depresión, hiperconsumismo y otras causas que son deliberadamente excluidas del debate.

La teoría de riesgo parte de tres conceptos básicos:

- **Amenaza o peligro:** Es la existencia objetiva de condiciones que propician el desencadenamiento de un fenómeno que puede causar daño al hombre o sus medios de subsistencia.
- **Vulnerabilidad:** Son las deficiencias que existen para enfrentar un fenómeno de cualquier tipo. La vulnerabilidad puede ser sectorizada, es decir, las deficiencias se pueden adjudicar a un sector específico de la sociedad (Salud; transporte, educación, comunales, recursos hidráulicos, cultura entre otros.)
- **Riesgo:** Es la coincidencia de un grado de peligrosidad con un grado de vulnerabilidad que nos indica la probabilidad de pérdidas futuras que sufriremos cuando la amenaza se manifieste en un escenario vulnerable.

Activamente se hace alusión a que la amenaza es un factor natural (erupción, sismo, huracán, deslave, etc.) y que la vulnerabilidad es un fenómeno antrópico, sin embargo la evidencia científica cada vez acumula elementos que orientan a que ambos fenómenos están fuertemente condicionados por el modelo de desarrollo hegemónico.

El abordaje de riesgo sostiene que: Amenaza x vulnerabilidad = riesgo

La vulnerabilidad antecede al riesgo; el riesgo indica la probabilidad del daño, la vulnerabilidad es un indicador de la iniquidad y de la desigualdad social.

Para el análisis del proceso salud-enfermedad se debe tomar en cuenta desde las vulnerabilidades de la población o inequidades hasta el riesgo o daño producido.

Es este un análisis apolítico y antehistórico que fortalece y renueva permanentemente el modelo capitalista de producción con todas sus secuelas de extractivismo, depredación ambiental, cambio climático, hiperconsumo, exclusión y muchas otras consecuencias.

También el enfoque de riesgo promueve al espejismo del modelo al desarrollar la figura de factores protectores que en teoría contribuyen a proteger al individuo y las comunidades de los efectos secundarios “indeseables” del modelo, pero sin cuestionar su esencia, ni mucho menos estimular el desarrollo de un modelo de desarrollo alternativo.

### **Factor protector de la salud**

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

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

Si bien el enfoque de riesgo resulta eficiente para el abordaje de ciertas enfermedades, sobre todo las infecciosas, este modelo por sí solo no resuelve los problemas de salud de una población, así durante muchos años se mantendría la hegemonía de generar soluciones esencialmente medicalizadas evadiendo cuestionar sus raíces y el proceso de determinación social que genera sobre la salud-enfermedad. Su principal limitante es que la enfermedad -par antagónico de la salud- es considerada un asunto eminentemente "médico" que se afronta individualmente para curar o "restablecer" el orden físico. Así los programas de atención se centran en un rápido diagnóstico y un eficaz plan terapéutico. En este modelo de riesgo solo se admite el estudio de las variables sociales cuando se abordan las epidemias, las enfermedades comunes en determinados grupos minoritarios y otros. Se atomiza el aval de lo social en el funcionamiento individual y se reduce la observación a la conducta personal. Es por ello que debe evitarse la tendencia a extrapolar el principio de compartir responsabilidades hasta el extremo de hacer sentir al individuo culpable de su propia enfermedad, olvidando las causas sociales de la enfermedad y la necesidad primaria -no garantizada para muchos- de comer, asegurar su techo y vestir.

La estrategia de acción debe partir de la premisa de que la salud es el resultado concreto de las condiciones de vida, y estas a su vez del modelo hegemónico de desarrollo. Por tanto debe estar diseñada para llegar a toda la población sin distinción de pertenencia a determinado grupo social, debe ser conquistada por la población y es responsabilidad de todos los sectores sociales, del Estado, las organizaciones de masas y sociales, con políticas que trasciendan al sector de la salud. Así pues, sin abandonar la atención médica, las estrategias de promoción y educación para la salud deben adoptar un nuevo enfoque concientizador y explicativo del proceso de determinación social, puesto que precaver es mejor que curar y los efectos a largo plazo de la promoción de salud, es decir la construcción de modelos de desarrollo alternativos, colaborativos, solidarios, sustentables y en armonía con el medio ambiente, serán los de mayor impacto en la salud de la población. En este sentido se vuelve necesario enfatizar en el desarrollo de la participación social comunitaria, no solo inducida por el sector para apoyar los programas establecidos sino promoviendo iniciativas propias de la comunidad y su participación en la toma de decisiones para promover salud, prevenir y controlar las enfermedades.

Debe verse pues la promoción y educación para la salud, como parte del tratamiento en personas con enfermedades (educación terapéutica), se debe sobrepasar la tendencia a estandarizar el comportamiento individual que pierde de vista tanto la rica variedad de

diferencias entre las personas como los parámetros sociales que determinan los comportamientos individuales.

### **Salud mental con enfoque integral**

En 2001 la OMS describe la salud mental como “Un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida , puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad; la denominada psicología positiva (Diener, 1998; Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999) asocia la promoción de la salud mental a la idea de "calidad de vida", cuyos componentes incluyen aspectos subjetivos y objetivos como bienestar subjetivo, felicidad y satisfacción vital.

En este sentido positivo la salud mental es la base para el bienestar y funcionamiento de un individuo como de su comunidad; la Medicina Social Latinoamericana propone la idea de buen vivir o vivir bien, que implica la confrontación del individualismo y la competencia, típicos de la sociedad de mercado, para sustituirlos por la solidaridad y la cooperación, en un modelo de desarrollo que permita la satisfacción de las necesidades de todos (Asociación Latinoamericana de Medicina Social [ALAMES], 2011).La salud mental es tarea de todos: individuos, familia, comunidad, organizaciones comerciales y profesionales de la salud, instituciones gubernamentales, organizaciones no gubernamentales y municipales.

### **Hacia una mirada integral en promoción de salud mental comunitaria**

El concepto integral de la salud donde se reconoce la determinación social de la misma y el enfoque de derecho humano da el camino para considerar a la salud mental con ese enfoque integral, donde las intervenciones se refieren tanto a las de prevención de enfermedades como a las de promoción de la salud.

De acuerdo a lo anterior, se destacan tres componentes principales, que son las fortalezas de la idea de promoción de salud mental comunitaria:

- Participación activa de la comunidad
- Transformación de los lazos comunitarios hacia vínculos solidarios
- Constitución de la propia comunidad como sujeto activo de transformación de sus realidades.

### **Salud mental comunitaria.**

Es el proceso mediante el cual la colectividad crea vínculos solidarios y de cooperación, a través de prácticas creativas de intervención comunitaria (promoción de salud mental) a través de las cuales se crean condiciones para el desarrollo de un pensamiento creativo colectivo, crítico y dirigido a la acción. Esto es de fundamental importancia, teniendo en cuenta que una comunidad con un pensamiento creativo compartido colectivamente se encuentra en mejores condiciones de ser actores de transformación de sus propias realidades, lo que se considera como indicador de salud mental comunitaria.

## **Rehabilitación basada en la comunidad (RBC)**

Se entiende por Rehabilitación Basada en la Comunidad, en adelante RBC a la suma de procesos basados en el enfoque de derechos y la participación activa y protagónica de las personas con discapacidad, sus familias y organizaciones, la comunidad organizada y la participación de las instancias públicas competentes y que, de forma conjunta y articulada, logren la inclusión de las personas con discapacidad en todos los ámbitos de la vida en la comunidad en donde viven.

Estos procesos presuponen la prestación de servicios comunitarios de rehabilitación integral oportunos por parte del Estado y la creación de un sistema de referencia y retorno accesible y efectivo que contribuya a la rehabilitación funcional de las personas con discapacidad, (PCD), entendiendo esta no como una obligación de las PCD a cumplir, sino como un derecho que les asiste.

## **V. Disposiciones técnicas**

### **1. Funcionamiento y actividades de los Ecos Familiares y Ecos Especializados.**

#### **1.1 Funcionamiento de los Ecos Familiares.**

Cada Ecos Familiar, debe funcionar coordinadamente con su correspondiente Ecos Especializado, integrando un equipo de trabajo en red, siendo responsables de la salud de la población adscrita, todo esto en corresponsabilidad con la población misma, incorporando a su labor los principios esenciales, éticos, morales y con equidad, concebidos en la Política Nacional de Salud 2009 – 2014. Los Ecos Familiares tienen su sede en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar, (UCSF), ya sea básica o intermedia; independientemente de que tengan su propia infraestructura, sea compartida o se encuentren en casas particulares proporcionadas por las comunidades.

Los Ecos Familiares, deben conocer la realidad de su entorno, identificar junto a la comunidad y con la ayuda de los líderes y lideresas comunitarias y donde exista presencia del Foro Nacional de Salud, la dinámica de la determinación social de la salud de la población, realizando una clasificación a las personas según su situación de salud (dispensarización) e identificando vulnerabilidades de sus familias así como riesgos (riesgo familiar), esto con la finalidad de realizar una planificación de actividades integrales y continuas garantizando el buen estado de salud de la población asignada.

Para una adecuada instalación y funcionamiento de los Ecos Familiares, se deben diferenciar conceptualmente las siguientes etapas:

- A. Etapa de selección de territorios y personal del Ecos Familiares.
- B. Etapa de implementación
- C Etapa de prestación de servicios de salud
- D Etapa de monitoreo, supervisión y evaluación.

### **A. Etapa de selección de territorios y personal de Ecos Familiares.**

La selección de los territorios se realizará en base a los siguientes criterios:

Zona rural, número de familias, y distancia al establecimiento de salud más cercano.

La selección del personal que conforman los Equipos Comunitarios de Salud Familiar se realiza con los siguientes criterios: Preferentemente que viva en el área de responsabilidad asignada, que reúna los requisitos para desarrollar sus funciones y tomando en cuenta propuestas de la comunidad.

#### **Proceso de inducción para el personal de los Ecos Familiares.**

1. La Dirección de Primer Nivel de Atención, en adelante DPNA, debe elaborar el plan de inducción para los Ecos Familiares y Ecos Especializados, éste es desarrollado por la Región de Salud con asistencia técnica de la DPNA, el cual debe tener las siguientes características:
  - Ser facilitador.
  - Garantizar el seguimiento continuo en servicio.
  - Su desarrollo debe ser coordinado con los Ecos Familiares, para no interferir con la provisión de servicios a la población.
2. Previa instalación del Ecos Familiares, o al inicio de las labores de un nuevo recurso en la comunidad, debe iniciarse un proceso de inducción que comprenda la temática siguiente: socialización de los Lineamientos técnicos para los Ecos Familiares y Ecos Especializado, Manual de organización y funciones de RIIS, Norma para la implementación de las RIIS y Política Nacional de Participación Social en Salud, entre otras, este proceso debe ser desarrollado por la Región de Salud, en coordinación con el SIBASI respectivo.

### **B. Etapa de implementación.**

Es responsabilidad de los EcosEntornos saludables: Escuelas saludables, municipios saludables, lactancia materna, ambientes libres de humo, entre otros.

Estilos de vida: ejercicio físico, alimentación balanceada, convivencia pacífica, uso de tiempo de ocio.

Servicios reorientados, hospitales saludables (entornos saludables en los hos Familiares, SIBASI y Región de Salud ejecutarla. Para tal efecto se debe definir y desarrollar los siguientes pasos:

**Primer paso:** definir con la comunidad el área de responsabilidad en la que trabajará el Ecos Familiares, basándose en los siguientes criterios:

#### **1. Accesibilidad de los servicios de salud:**

La sede del Ecos Familiar, debe ubicarse en el lugar de mayor accesibilidad a la mayoría de la población asignada; valorar medios de transporte con que cuenta la población, tiempo que necesita para desplazarse, horarios, entre otros aspectos.

2. **Asignación de población: Ecos Familiares en el área rural:** se establece un promedio de tres mil personas por cada Equipos Comunitarios de Salud Familiar (Ecos Familiares), lo que constituye un aproximado de seiscientas familias.

**Ecos Familiares–en el área urbana:** que será de un promedio de siete mil personas por cada Ecos Familiar, lo que constituye un aproximado de mil ochocientas familias.

De ser necesario, se deben readecuar las áreas de responsabilidad del Ecos Familiar, asegurando que no quede población descubierta o inaccesible geográficamente, esta acción debe realizarse con participación de la población, utilizando criterio de accesibilidad geográfica para la comunidad.

### 3. **Dispersión de la población:**

Se debe reconocer y considerar la concentración o dispersión de las viviendas, distancias en kilómetros en que se encuentran los caseríos a atender.

### 4. **Geografía del área:**

Se debe tomar en cuenta la existencia de accidentes geográficos que incidan en el traslado y transporte para la población; tipo de calles o caminos transitables todo el año o no, ríos o quebradas que en determinadas épocas del año son intransitables, entre otros.

### 5. **Vulnerabilidad de riesgo social:**

Considerar aspectos ambientales en general (condiciones de la vivienda, saneamiento ambiental deficiente, vulnerabilidad del ambiente como ríos, montañas, laderas) y de riesgo social, violencia y delincuencia entre otras.

## **Segundo paso: Inmersión comunitaria de los Ecos Familiares.**

Este proceso se debe realizar paralelamente al primer paso.

Es el proceso por el cual el personal del Ecos Familiar, entra en contacto con la comunidad y realiza un reconocimiento general de la misma, teniendo como finalidad conocer los diferentes problemas de salud que afronta la comunidad y su determinación social, promoviendo el desarrollo de acciones para la identificación de problemas y sus respectivas propuestas integrales de solución. Conlleva la elaboración del Diagnóstico Comunitario Participativo, mediante la aplicación de técnicas como las mesas de diálogo, entrevistas y el análisis de la situación de salud integral (ASSI), los instrumentos como la guía metodológica de la mesa de diálogo, los cuestionarios y las fichas familiares.

### **Las actividades para la Inmersión comunitaria son las siguientes:**

- 1) La Dirección de la UCSF del área de responsabilidad donde se establecerá el Ecos Familiar, en coordinación con la comunidad, el SIBASI y Región de Salud, deben coordinar con la comunidad el desarrollo de una Asamblea Comunitaria, la finalidad es presentar al equipo, explicar el modelo de atención, su funcionamiento y establecer alianzas con corresponsabilidad de la comunidad.

Se debe considerar que para el desarrollo de la asamblea comunitaria puede realizarse de forma descentralizada en los diferentes caseríos o comunidades de acuerdo a la realidad de la zona permitiendo la mayor difusión de la información y con representación de la mayoría de la población para la toma de decisiones.

- 2) El equipo comunitario de salud familiar debe realizar el recorrido de la comunidad con los líderes comunitarios, para reconocer el área de responsabilidad y hacer el conteo de familias, determinar puntos de referencia, límites o colindancias, identificar la

infraestructura comunitaria, distancias de los diferentes caseríos o comunidades (barrios, colonias y otros) y existencia de medios de transporte.

La información recopilada debe contrastarse con la base de datos de Catastro Municipal, la cartografía censal y otra información existente en el establecimiento de salud; con base a esta información se debe determinar el lugar más adecuado para la ubicación de la sede de los Ecos Familiares, en función del acceso de la población.

- 3) El Ecos Familiar, debe identificar los actores sociales en su área de responsabilidad, entre los que se pueden mencionar: Foro Nacional de Salud, Asociaciones Comunales en algunos casos ADESCO, Asociaciones Comunitarias de Educación (ACE), juntas de agua, grupos religiosos, Comités de Salud, voluntarios, líderes y lideresas, entre otros; así como otras expresiones organizativas relacionadas al trabajo de dependencias gubernamentales tales como Comisiones Comunales de Protección Civil y organizaciones no gubernamentales (ONG), con la finalidad de articularse y así poder coordinar, planificar acciones con base al análisis de la determinación social de los problemas identificados; de no existir la organización comunitaria, todos los miembros del Ecos Familiar, deben promover el proceso de organización en vinculación con el FNS en donde exista y otras expresiones organizativas comunitarias.

### **Tercer paso: sectorización del área de responsabilidad.**

Para el desarrollo de las actividades de sectorización por parte del Ecos Familiar, se debe:

- 1) Zonificar según área urbana o rural y numerar las viviendas en cada zona.
- 2) Levantamiento de la ficha familiar (el llenado de Ficha Familiar se describe en el acápite “Ficha familiar, familiograma, ciclo vital y crisis familiares)

### **Zonificar según área urbana o rural y numerar las viviendas en cada zona.**

Para zonificar el área rural, se debe desarrollar los pasos siguientes:

- a) Dividir la totalidad de la comunidad en zonas de acuerdo al número de promotores de salud, estableciendo claramente sus límites, identificando cada zona por orden alfabético (zona A, zona B, zona C y así sucesivamente), cada personal de salud comunitaria es responsable de una zona.
- b) Se inicia el proceso en la entrada principal de acceso al cantón o caserío seleccionado (calle que conecta con el municipio o la más transitada por la comunidad seleccionada), siguiendo la dirección de las manecillas del reloj (de izquierda a derecha), se deben numerar las casas del uno al infinito en cada zona, incluyendo casas habitadas, deshabitadas, cerradas, aquellas en construcción y las utilizadas para uso de instituciones, esta actividad debe realizarse de preferencia con el apoyo y la participación activa de líderes, voluntarios comunitarios y del FNS que conozcan la zona.
- c) Si la zona tiene más de dos caseríos, numerar las casas del uno al infinito, continuando la con la numeración correlativa en el siguiente caserío, hasta finalizar la numeración de la zona.
- d) En aquellos casos que un mismo cantón se ubiquen dos o más Ecos Familiares al cual está asignado un mismo código de departamento, municipio, cantón, se debe asignar la letra correspondiente a la zona de forma consecutiva. Esto implica que no deben existir zonas identificadas con la misma letra para un mismo cantón. Ejemplos: si en un

mismo cantón existen tres Ecos Familiares, las zonas se designarán A, B y C para el primer Ecos Familiar; D, E y F para el segundo y G, H, I para el tercero.

Para zonificar el área urbana, se debe desarrollar los pasos siguientes:

- a) El total de viviendas se debe distribuir en varios sectores o cuadrantes (puede utilizarse la distribución elaborada por el Inspector de Saneamiento).
- b) Debe iniciarse la numeración en el margen superior izquierdo de cada sector o cuadrante, hasta agotar la cuadra, manzana o bloque, haciéndolo siempre según la dirección de las agujas del reloj, deben incluirse todas las viviendas (habitadas, deshabitadas, cerradas, aquellas en construcción y las utilizadas para uso de instituciones).
- c) Numerar las casas del uno al infinito, esta actividad debe realizarse de preferencia con el apoyo y la participación activa de líderes y voluntarios comunitarios que conozcan la zona.
- d) Antes de finalizar la numeración de un lugar (barrio o colonia) se debe garantizar la asignación de numeración correlativa a todas las viviendas y familias de ese lugar.
- e) En el caso que dos o más Ecos Familiares, se ubiquen en un área geográfica compartida, al cual está asignado un mismo código de departamento, municipio, barrio o colonias, se debe asignar la letra correspondiente a la zona de forma consecutiva. Esto implica que no deben de existir zonas identificadas con la misma letra para un mismo barrio o colonia. Ejemplos: si en un mismo barrio o colonia existen tres Ecos Familiares, las zonas se designarán A, B y C para el primer Ecos Familiar; D, E y F para el segundo y G, H, I para el tercero.

En general al presentarse nuevos asentamientos que no fueron asignados inicialmente a los Ecos Familiar, deben agregarse a la zona inmediata al mismo, debiendo reconocerse como parte de la colonia, barrio o urbanización más cercana.

Es responsabilidad de la Región de Salud solicitar la asignación de código a la Dirección de Vigilancia Sanitaria del Nivel Superior, en los casos de aquellos cantones, barrios o colonias que no lo tengan; es responsabilidad del SIBASI en coordinación con la Región de Salud revisar la sectorización de cada Ecos Familiar, para garantizar el proceso de asignación territorial y poblacional.

**En relación al levantamiento de la ficha familiar, se deben tomar en cuenta los aspectos siguientes:**

1. Es responsabilidad de todo el personal del Ecos Familiares, el llenado de la ficha familiar, quienes deben ser capacitados previamente por la Región de Salud y SIBASI.
2. La actualización de la información en la ficha familiar debe realizarse en forma permanente, cada vez que existan cambios en las variables de la misma en la familia y esta actividad debe ser realizada al momento de la atención en la sede o visita de terreno.
3. Las fichas familiares se ubican en su respectiva carpeta familiar.
4. En caso de defunción de un integrante de la familia, se debe realizar borrado de ese integrante, pero sin correr numeración.

5. El llenado de la ficha familiar debe realizarse de manera completa en sus diferentes partes: datos generales, datos de población, situación de salud, familiograma, crisis familiares, evolución de la familia.
6. Es responsabilidad del Ecos Familiar, devolver los resultados obtenidos del levantamiento de la ficha familiar a la comunidad, esta actividad debe realizarse mediante una Asamblea Comunitaria socializando el DCP y ASSI, y posteriormente evaluar semestralmente el cumplimiento del plan de acción y actualizar el ASSI cada año. Se debe considerar que para el desarrollo de la asamblea comunitaria puede realizarse de forma descentralizada en los diferentes caseríos o comunidades de acuerdo a la realidad de la zona permitiendo la mayor difusión de la información y con representación de la mayoría de la población para la toma de decisiones.

### **Asignación de número a familias nuevas o viviendas construidas.**

Pueden presentarse las siguientes situaciones:

- Migración de una nueva familia a la zona:

En el caso que una familia llegue a vivir a la zona con doscientas familias a una vivienda deshabitada No. 101 se le asigna el número de la vivienda deshabitada y el siguiente número que sigue a la última familia de la zona. En este caso queda como: 06-09-R-0002-A-**101-201**.

- Migración de familia en la misma zona:

Si la familia No. 100 se traslada dentro de la misma zona (A) de su vivienda No. 100 a otra vivienda No. 050, a esta familia se le modifica el número de vivienda de acuerdo a al número de la vivienda a la que se fue a vivir y mantendrá su número de familia. En este caso pasaría del 06-09-R-0002-A-**100-100** al 06-09-R-0002-A-**050-100** y el número 06-09-R-0002-A-**100-100** quedará inactivo.

- Migración de una familia de una zona a otra:

El número de expediente familiar de la zona (A) quedará inactivo y se le asignará un nuevo número de vivienda y familia en la zona (B) de acuerdo a los lineamientos.

- Construcción de una nueva vivienda:

Si una vivienda es construida independientemente del lugar se le asigna el siguiente número de la última casa de la zona.

- Destrucción de una vivienda:

Si la vivienda es destruida se inactivará el número de vivienda hasta que nuevamente sea construida una vivienda en el mismo terreno.

La Región de Salud, SIBASI y Dirección de la UCSF deben dar seguimiento en terreno al Ecos Familiar, como máximo un mes posterior de haber finalizado la etapa de implementación, para verificar la correcta ejecución de la misma y brindar asistencia técnica para el desarrollo del Modelo de Atención Integral en Salud con enfoque familiar y comunitario, identificando oportunidades de mejora para tal fin.

### **C. Etapa de prestación de servicios de salud:**

Esta etapa presenta las siguientes características:

1. Coordinación interna: para satisfacer la demanda de atención en salud, tanto en el establecimiento como en el terreno.
2. Sentido de pertenencia: como equipo que trabaja de cara a la población de su área de responsabilidad y de todo aquel que requiere atención.
3. Trabajo en equipo: que permita complementar acciones del Ecos Familiar, para el ejercicio pleno del Derecho Humano a la Salud de la población de su área de responsabilidad.
4. Solidaridad por parte de todos los establecimientos de la red: para cubrir la demanda ante casos de desastres, emergencias y contingencias, así como casos de requerimiento administrativo.

#### **Los Ecos Familiares deben:**

1. Planificar consultas en su sede y en terreno dentro del área de responsabilidad de acuerdo a la clasificación de dispensarización y seguimiento a la misma de la población de responsabilidad.
2. Realizar visitas a las familias dentro del área de responsabilidad de acuerdo a la clasificación del riesgo familiar y a la dispensarización.
3. Proporcionar atención en su sede, al menos tres días por semana y realizar visita de terreno a la familia, al menos dos días de la semana, la cual debe ser brindada por el personal médico y enfermería del Ecos Familiar; siempre que el personal médico salga a terreno, se debe garantizar la permanencia del personal de enfermería en la sede. En ausencia del personal médico del Ecos Familiar, enfermería debe realizar las atenciones preventivas; en caso de morbilidad se debe estabilizar a la persona, según la competencia y referir de acuerdo a lineamientos establecidos.
4. Organizar dos grupos a fin de que en la sede permanezca personal que pueda dar respuesta a cualquier necesidad que se presente, recordando que la UCSF, no debe permanecer sin personal médico o de enfermería, en la totalidad del horario de su jornada laboral.

Es importante considerar que la programación puede tener modificaciones y adecuaciones según la planificación local, morbilidad, oferta y demanda de la población; siendo la persona que coordina junto al equipo los encargados de modificar la programación de las atenciones, con pleno conocimiento de la comunidad, y la coordinación con el SIBASI y demás sectores.

#### **➤ Prestación de servicios Equipo Comunitario de Salud Familiar:**

1. Es indispensable que cada Ecos Familiar, disponga en su sede, de un distintivo institucional que lo identifique como Ecos Familiar, más el nombre del lugar con el que se identifica, Ministerio de Salud.
2. Los Ecos Familiares, tienen la responsabilidad de llevar organizado el expediente clínico individual por cada uno de los y las personas adscritas, en el cual se debe

reflejar las atenciones brindadas, los expedientes clínicos individuales de una misma familia son agrupados dentro de una carpeta familiar con su respectivo código de identificación.

3. Las fichas familiares (hoja de evolución de la familia y familiograma) deben ser resguardadas en la base del Ecos Familiar, y organizadas en la respectiva carpeta familiar, para su adecuado uso y actualización.
4. La actividad de consulta debe realizarse con las condiciones necesarias de privacidad, iluminación y ventilación.
5. La producción de un Ecos Familiar, **no es sinónimo de cobertura**, por lo que independientemente quien realice la prestación del servicio, la información debe registrarse con el código del Ecos Familiar, al cuál esté asignada la población. Ejemplo: si el personal médico de la UCSF Intermedia cubre al Ecos Familiar, del área urbana, mientras ellos realizan trabajo de campo, la producción es asignada al recurso que dio la prestación, pero la población atendida se registrará con el código del (Ecos Familiar, correspondiente).
6. Los Ecos Familiares, deben elaborar un plan para el seguimiento a la dispensarización a la población adscrita, el cual incluye la fecha y hora de la cita en forma escalonada, a fin de evitar el congestionamiento de la población que consulta en el establecimiento en las mismas horas.
7. Las UCSF que sean sede para más de un Ecos Familiares, deben realizar programación de forma coordinada de tal forma que cuando un Ecos Familiar, esté en la sede, el otro salga a cumplir su programación de terreno, de tal forma que el Ecos Familiar, que se queda en sede, cubre la atención sin discriminar la procedencia de la población; registrando la producción para cada recurso, pero la información se digita con el código al que corresponde la población que atendió (cobertura).
8. El personal de enfermería del Ecos Familiar, debe tener listos los expedientes clínicos de las personas a ser atendidos por el Ecos E en la visita de terreno y en la atención en sede, con un día de anticipación, apoyando al personal de enfermería del Ecos E en la preparación de los mismos.

Otras consideraciones para la prestación de servicios:

1. Las UCSF Intermedias o Especializadas que poseen Ecos Familiares, en su municipio deben garantizar la atención de atenciones integrales preventivas y de atención por morbilidad, cuando los Ecos Familiares, realizan acercamiento comunitario.
2. Las UCSF Intermedias o Especializadas que poseen Ecos Familiares, en su municipio tienen como función brindarles apoyo en: aspectos logísticos, asistencia técnica en el sistema de información en salud y otros según necesidad del Ecos Familiar, recibir referencia, retorno e ínter consultas en el caso de contar con especialistas y servicios de apoyo como laboratorio, odontología, saneamiento ambiental, supervisión al personal de salud comunitaria, entre otros, lo cual debe responder a las necesidades del funcionamiento en red.

La prestación de servicios de salud se debe realizar bajo el enfoque siguiente:

**Atención integral a la persona**, lo que conlleva acciones de:

- Promoción de la salud y educación para la salud: son componentes transversales a todos los integrantes de los Ecos Familiares y Ecos Especializado, de acuerdo a las acciones sobre los factores protectores de la salud en todos los grupos dispensariales.

Ejemplo:

1. Alimentación balanceada y nutritiva, basándose en las necesidades nutricionales de la población y su entorno.
2. El uso adecuado del tiempo de ocio.
3. Actividad física.
4. Hábitos saludables.
5. Organización y participación social y comunitaria.
6. Convivencia pacífica.

Prevención de la enfermedad primaria, secundaria, terciaria y Promoción para la salud la que debe ser programada según clasificación dispensarial y su abordaje debe incluir la normativa de atención integral por curso de vida.

Realizándose de la siguiente forma:

- a) **Promoción de Salud:** dirigida a la construcción de salud desde la comunidad en sus quehaceres individuales y colectivos, (familiares, comunitarios, sociales y laborales).
  - b) **Prevención primaria:** dirigida al manejo del riesgo antes de que se presente la enfermedad seguimiento al grupo dispensarial II. El seguimiento al grupo II puede ser realizado por el personal médico, enfermería, auxiliar de enfermería, o promotor de salud.
  - c) **Prevención secundaria:** una vez la enfermedad aparece seguimiento al grupo dispensarial III. El seguimiento al grupo III debe ser realizado por el personal médico, enfermería o promotor de salud del Ecos F o Ecos E según la patología.
  - d) **Prevención terciaria:** cuando la enfermedad sigue su curso y se interviene para disminuir o evitar una secuela o daño permanente, discapacidades o muerte (seguimiento al grupo dispensarial IV. El seguimiento al grupo IV debe ser realizado por personal médico, enfermería o promotor de salud del Ecos F y Ecos E según patología.
- **Curación:** no se toma en cuenta como seguimiento a la dispensarización, sin embargo, sí puede modificar la clasificación dispensarial al diagnosticar alguna enfermedad crónica, discapacidad o identificarse algún riesgo.

- **Rehabilitación:** es parte del seguimiento a la dispensarización del grupo IV y se utiliza la RBC como estrategia definida en el marco conceptual de los presentes Lineamientos técnicos.

**Acercamiento comunitario**, lo que conlleva las acciones siguientes:

1. Para mejorar la accesibilidad a la población que atiende en las áreas de responsabilidad con inaccesibilidad geográfica, el Ecos Familiar debe movilizarse a través de la actividad de acercamientos comunitarios, que se realizan previa planificación con la comunidad.
2. Por cada cuatro Ecos Familiar, se debe contar con vehículo acorde al terreno a visitar, para que en forma programada de acuerdo a la planificación realizada en la reunión de consejo de gestión de la micro red municipal o intermunicipal de acuerdo a la capacidad de cada territorio, puedan rotarse para realizar los acercamiento comunitarios y actividades logísticas, este vehículo es asignado a cada Ecos Familiares una vez por semana y de ser requerido con más frecuencia durante la semana debe coordinarse con la Dirección de la UCSF y los otros Ecos Familiares del municipio, procurando que esta asignación coincida con las visitas a la comunidad más lejana del Ecos Familiar.
3. Para realizar los acercamientos comunitarios, el equipo debe de contar con el expediente clínico individual de la persona que recibirá atención integral, su respectiva ficha de seguimiento a la dispensarización y ficha familiar.
4. El acercamiento comunitario se debe realizar de la siguiente forma: por la mañana se dan atenciones previamente dispensarizadas en coordinación con la comunidad y personal de Ecos Familiar tales como: inscripciones, controles subsecuentes y morbilidad; por la tarde visitas de terreno a las personas y familias, debiendo registrar en las fichas de seguimiento a la dispensarización u hoja de evolución a la familia según corresponda la atención brindada, debiendo programar la próxima atención.
5. Los criterios para la atención integral a la persona en visitas domiciliarias son: dificultad de acceso de las personas a la sede debido a sus condiciones físicas, como por ejemplo: las personas que hayan sido sometidos a una cirugía mayor, parapléjicos, descompensados por alguna patología y sin poder deambular, niños o niñas con parálisis cerebral, entre otros.

#### **Visita domiciliar:**

Que conlleva a los aspectos planteados a continuación:

La visita domiciliar tiene como propósito dar seguimiento a la persona y la familia. Puede ser realizada por el personal médico, enfermería, auxiliar de enfermería o salud comunitaria, esto dependerá del objetivo de la visita.

Su finalidad es realizar una valoración integral de la persona, la familia y su entorno, así como las condiciones del medio ambiente, la vivienda, relaciones interpersonales y la funcionalidad familiar.

La visita domiciliar puede realizarse con dos objetivos:

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

Deben ser programadas en la reunión mensual de planificación con la participación del personal de salud comunitaria y dadas a conocer a los líderes o lideresas de la comunidad en ese mismo espacio, serán objeto de evaluación semanal en las reuniones de coordinación del equipo.

En el caso que durante la visita se encuentren situaciones que impidan su realización debe reprogramarse según necesidad, procurando que esté presente el jefe o jefa de familia, o un representante de la familia mayor de edad, para toma de acuerdos.

Tiempo promedio de duración para la visita familiar:

- **Familia de alto riesgo:** es de aproximadamente 60 minutos, con una periodicidad de visita cada ocho semanas por el Ecos F y seguimiento por el personal de salud comunitaria de salud cada 4 semanas.
- **Familia de mediano riesgo:** es de aproximadamente 45 minutos, con una periodicidad de visitas cada 12 semanas por el Ecos F y el seguimiento por el personal de salud comunitaria cada 6 semanas.
- **Familia de bajo riesgo:** es entre 30 y 45 minutos, con una periodicidad de visita cada 6 meses por el Ecos F y seguimiento por el personal de salud comunitaria cada 3 meses.

1. Visita integral a la persona para seguimiento a la dispensarización, se debe registrar en el expediente clínico individual y en la ficha de seguimiento a la dispensarización, su finalidad es:

- a. Realizar acciones de promoción de la salud y educación para la salud, así como medidas de prevención de la enfermedad, primaria, secundaria y terciaria, a las personas de acuerdo a la planificación de terreno que le corresponde según grupo dispensarial.
- b. Dar seguimiento a las actividades integrales de prevención, en caso que no hayan asistido a un control programado (con principal énfasis en embarazadas, púerperas y niños y niñas hasta los cinco años).

#### **D. Etapa de seguimiento, monitoreo y evaluación.**

Para el desarrollo de la etapa de monitoreo y evaluación se realiza lo siguiente:

1. Cada Región y SIBASI debe elaborar y cumplir una planificación mensual para el monitoreo, supervisión y evaluación a las UCSF con Ecos F, estas actividades no deben limitarse a la sede, si no que incluyen desplazamientos al terreno para verificar el cumplimiento de los planes locales (actividades, fechas y responsables).
2. La Dirección de la UCSF I o E, deben elaborar y cumplir una planificación mensual para el monitoreo, supervisión y evaluación a las UCSF con Ecos F implementados en su municipio.
3. La planificación de actividades de monitoreo, supervisión y evaluación por la Región de Salud deben ser coordinadas con el SIBASI.
4. La programación de actividades de monitoreo, supervisión y evaluación debe ser compartida con anticipación con los Ecos F.
5. La finalidad del proceso de monitoreo, supervisión y evaluación es:
  - Recibir asistencia técnica de los procesos de gestión con el fin de lograr la mejora continua del desempeño, de acuerdo a las necesidades del Ecos F.
  - Recibir orientación sobre las prácticas de manejo de expedientes y fichas familiares, planes de intervención a nivel individual, familiar y comunitario, con el fin de identificar oportunidades de mejora y perfeccionar la labor del Ecos F.
  - Verificar cumplimiento de las programaciones de los Ecos F, en términos de cobertura universal, promoción de la salud, atención preventiva, curativa y de rehabilitación.

Los Ecos F deben realizar las siguientes actividades relacionadas al monitoreo, supervisión y evaluación local:

1. Auto monitoreo utilizando el instrumento de supervisión integral del Primer Nivel de Atención, lo que debe realizarse en los meses de febrero, mayo, agosto y noviembre, de cada año, debiendo elaborar un plan de mejora como resultado de los mismos.
2. Monitoreo, supervisión y evaluación mensual del plan de mejora elaborado como producto de los autos monitoreos, participando en esta actividad el SIBASI y Región de Salud, se debe dejar evidencia documental de los atestados del cumplimiento de las actividades y evaluación realizadas.
3. Jornadas de evaluación semestral con la comunidad y actores sociales sobre la implementación del Modelo de Atención en Salud Familiar y Comunitaria, ejecución del plan de trabajo, programas de atención en salud y del plan de acción elaborado como resultado del diagnóstico comunitario participativo y del Análisis de la Situación de Salud Integral, en adelante ASSI.
4. Jornadas para el análisis mensual de las referencias, retorno e interconsultas a los diferentes niveles de atención y su impacto en la reducción de morbilidades extremas, complicaciones y muertes, esto al interior del comité de referencia retorno e interconsulta de acuerdo al ámbito, y se llevaran los puntos más críticos que no se puedan resolver al del Consejo de Gestión según el ámbito que corresponda.

5. Asambleas Comunitarias en forma semestral para evaluar el funcionamiento del Ecos F, como parte de la contraloría social, para mejorar el proceso de integración y organización Ecos Familiar y comunidad.
6. Elaborar, ejecutar y evaluar un plan permanente de educación continua con enfoque de RIISS, con asesoría del personal de Educación para la salud del SIBASI o del Ecos E, el plan elaborado debe responder a las necesidades sentidas de los integrantes del equipo, las que han sido identificadas en los auto-monitoreos, supervisiones integrales y facilitadoras realizadas por los diferentes niveles en forma periódica.
7. Evaluación del proceso de planificación basada en el diagnóstico comunitario participativo del área de responsabilidad.
8. Fomentar proyectos de investigación de interés en conjunto con el Ecos E, el SIBASI y Hospital de la micro red o red departamental respectiva, de preferencia cada año.

## **1.2 Funcionamiento de los Ecos Especializados.**

### **➤ Prestación de servicios de los Ecos Especializados:**

1. Brindar atención integral especializada y de interconsulta, previa evaluación por el personal del Ecos F, las cuales se deben realizar en cualquiera de las sedes de la UCSF básica, UCSF Intermedias o UCSF Especializadas de su área de responsabilidad, así como en las visitas de terreno, considerando para esto último, lugares que cumplan con condiciones mínimas necesarias para brindar la atención.
2. La Dirección de la UCSFE debe elaborar trimestralmente con los coordinadores del Ecos F, la planificación de las visitas del Ecos E a las UCSF bajo su responsabilidad, enviándola al SIBASI para efectos de verificación.
3. Cualquier cambio o suspensión de programación por convocatoria a capacitaciones u otras actividades, debe realizarse con un mínimo de dos semanas de anticipación para el conocimiento de la persona que coordina el Ecos F, con la finalidad de reprogramar a las personas dispensarizadas, de no cumplir con este tiempo de notificación, debe ejecutarse la programación previamente establecida y no participar en la capacitación u otra actividad convocada.
4. La salida del Ecos E a las UCSF Básicas e Intermedias de su responsabilidad debe ser organizada en dos grupos con salidas semanales a terreno de forma alterna de tal forma que un grupo de especialistas brinde atención integral según programación a las UCSF B de su responsabilidad durante una semana y el otro grupo permanezca en la UCSF E.
5. Los grupos podrán estructurarse de la siguiente forma: el grupo A está formado por el personal médico pediatra, ginecoobstetra, odontólogo y nutricionista, el grupo B está formado por el personal médico internista o médico de familia, fisioterapeuta, psicólogo y educador para la Salud.
6. La atención integral a los usuarios y usuarias por las y los médicos especialistas debe durar como promedio en el primer contacto 20 minutos y las siguientes interconsultas 15 minutos; el número de paciente deberá ser según la situación de salud de la comunidad y de las emergencias que se presenten en la sede o en la comunidad. (anexo No. 18)

7. El Ecos E debe brindar atenciones integrales durante toda la jornada laboral, las cuales deben ser establecidas en horarios de forma escalonada, considerando el tiempo de desplazamiento hasta la sede de la UCSF a visitar.
8. El personal contratado como educador para la salud, se programará las acciones tanto en el área de promoción de la salud y prevención primaria en las comunidades como en la sede de las UCSFE, de acuerdo a una planificación participativa con el Ecos F.
9. La programación de la consulta se debe realizar de la siguiente manera: El 80% de las atenciones integrales previamente dispensarizadas y programadas por el Ecos F, en horario escalonado y el restante 20% se reserva para las interconsultas y emergencias que surjan en el momento de la visita de los especialistas, la atención por demanda espontánea, si hubiese, no se registra como interconsulta.
10. Si durante la visita a las UCSF bajo su responsabilidad el Ecos E indica seguimiento a los usuarios en la UCSF Especializada, ya sea por exámenes de laboratorio clínico, toma de USG, electrocardiograma o monitoreo fetal; el Ecos F debe solicitar previamente la citas a la UCSF Especializada, esta última brindará la atención al usuario de acuerdo al proyecto de gestión del tiempo y la demanda, para que los usuarios asistan según día y hora que fueron agendados, siendo el Ecos F el responsable de notificar al usuario la fecha y hora de la cita.
11. Si cuentan con especialistas que estén contratados por menos de ocho horas, deberán realizar atenciones en la sede de la UCSFE, realizando acercamientos comunitarios solamente en casos de necesidad.
12. Los Ecos E con sede en el Módulo de Salud Sexual y Reproductiva de Ciudad Mujer, deben funcionar de acuerdo a los Lineamientos definidos por la estrategia de atención de Ciudad Mujer.
13. Al digitar la producción, esta será cargada al recurso especialista que la brindó, independientemente si atiende en la sede de la UCSF E o se desplaza a las UCSF B o I bajo su responsabilidad, sin embargo, debe identificar en el registro diario de consulta el código de la UCSF de donde provienen las y los usuarios que atienden, para efectos de cobertura.

### **Es responsabilidad de los Ecos E:**

1. Realizar evaluación mensual de la planificación de salidas de terreno del equipo especializado. Lo que debe ser verificado por la Dirección de la UCSF E.
2. El personal de la UCSF E debe participar en Asambleas Comunitarias y otras actividades realizadas por los Ecos F asignados para priorizar y planificar estrategias en salud.
3. Es responsabilidad del ECO Familiar proporcionar transporte al Ecos E para realizar la visita a las UCSF bajo su responsabilidad. En caso de dificultades de transporte en la UCSF E, se debe coordinar previamente con las Direcciones de las UCSF que cuenten con vehículo para garantizar el cumplimiento de la planificación de salidas del equipo.
4. Conocer los diferentes diagnósticos comunitario participativos y el análisis de la situación de salud (ASSI), de los Ecos F asignados.

5. Conocer la población por grupos dispensariales y especialidad de los Ecos F asignados, de acuerdo a esto deben brindar atención integral para la resolución de los principales problemas detectados y participar activamente de las acciones para corregirlos según corresponda.
6. Elaborar y actualizar la sala situacional, la cual debe contener toda la información del territorio bajo su responsabilidad.
7. Apoyar la docencia en servicio, para lo cual es necesario:
  - a) Desarrollar espacios de educación continua en servicio o en reuniones programadas, con sus Ecos F, para fortalecer competencias y efectividad del trabajo en equipo, las actividades de educación continua no deben afectar la atención de la población a ser atendida o actividades programadas previamente.
  - b) Brindar docencia en servicio a los Ecos F para el seguimiento de los usuarios enviados a interconsulta, con el fin de facilitar el intercambio de criterios del manejo de acuerdo a su condición.
  - c) Desarrollar jornadas de revisión de casos de manera conjunta con Ecos F, Hospitales de la red y SIBASI para el análisis del sistema de referencia, retorno e interconsulta, con el objetivo de definir intervenciones que contribuyan a mejorar la calidad y calidez de la atención y el funcionamiento de la red.
8. Atención de interconsulta hacia los Ecos F y municipios de responsabilidad, para lo cual es necesario:
  - a) Atender a los usuarios enviados a interconsulta por las UCSF con o sin Ecos F bajo su responsabilidad.
  - b) En la sede del Ecos F: se debe contar con el expediente clínico individual, ficha de seguimiento a la dispensarización y formatos establecidos para la atención según normativa y etapa del continuo de la atención.
  - c) En la sede del Ecos E: se debe contar con la hoja de respuesta a la interconsulta, la cual debe ser enviada a la UCSF responsable del seguimiento de la persona.
  - d) Debe establecerse un día a la semana para el retiro de las hojas de interconsulta de la UCSF E, a través de un acta de entrega; en los casos que se amerite seguimiento inmediato, debe reportarse inmediatamente vía telefónica, al Ecos F correspondiente.
  - e) Reportar al Ecos F, si durante la interconsulta existen cambios en la clasificación dispensarial a las personas durante su atención integral, lo que debe quedar evidenciado en la hoja de interconsulta, siendo responsabilidad del Ecos F realizar los cambios en el fichero de seguimiento a la dispensarización.

### **1.3 Clasificación de Actividades de los Ecos Familiares y Ecos Especializados.**

#### **A. Actividades de promoción, prevención y rehabilitación.**

Las actividades que se incluyen a continuación requieren de un alto grado de organización y coordinación por parte de todos los miembros de los equipos, con la finalidad de abordarlas con una visión integral de la persona, familia y la comunidad; promoviendo y fortaleciendo la

participación social e intersectorial para coordinar esfuerzos en la solución de los problemas de salud.

Las actividades a desarrollar por los Ecos Familiar y Ecos Especializados se clasifican de la siguiente manera:

### **De promoción de la salud.**

1. Información y promoción de acciones contra las vulnerabilidades del entorno comunitario.
2. Fomento de modos, condiciones y estilos de vida saludable haciendo énfasis en el abordaje de los problemas de salud de manera participativa utilizando como herramienta la organización comunitaria, la autodeterminación y la resiliencia de la población organizada; además atender y promover factores protectores (tiempo de ocio, recreación, ejercicio físico, higiene personal, higiene bucal y seguridad alimentaria y nutricional).
3. Conocimientos sobre salud sexual y reproductiva con énfasis en el derecho humano y la vulnerabilidad de la población.
4. Estrategias oficializadas por el MINSAL, con enfoque de derechos sexuales y reproductivos, tomando como base los diagnósticos comunitarios participativos, las intervenciones relacionadas con auto cuidado, derechos humanos, vínculos y calidad de la atención.
5. Orientación adecuada al individuo, familia y comunidad sobre situaciones sociales, laborales y familiares haciendo énfasis en los factores protectores de la salud.
6. Educación continua sobre embarazo, importancia del autocuidado, lactancia materna y cuidados del recién nacido.
7. Educación sobre higiene ambiental, reforestación y protección del medio ambiente y todos aquellos que la comunidad necesite.
8. Incorporación según el continuo de la atención, a diferentes actividades recreativas, ejercicio físico, actividades creativas, socio-culturales y socialmente útiles, en las diferentes expresiones organizativas, para lo cual debe facilitarse la planificación y participación en dichas actividades.
9. Coordinación con el Ministerio de Educación para la participación en centros escolares y en los círculos de familia, para posicionar la promoción de la salud en diferentes temáticas.
10. Movilización de la comunidad para incidir en el gobierno local o nacional, para las mejoras de las condiciones de vida.
11. Fomentar la resiliencia comunitaria.

### **Niveles de prevención de la enfermedad.**

1. Identificación de situaciones que afectan la salud.
2. Identificación y abordaje de las determinantes dañinas a la salud, para la prevención de las enfermedades transmisibles y no transmisibles.
3. Priorizar controles individuales de las personas más propensa a padecer enfermedades por su modo de vida y condiciones socioeconómicas en las que habita dentro del curso de vida, según la dispensarización.

4. Identificación de riesgos: biológicos, ambientales, laborales, sociales y abordaje de la población desde la perspectiva de la determinación social.
5. Educación sobre salud sexual y reproductiva con las mujeres para identificar riesgo pre-concepcional y planificación familiar, así como los riesgos de sexualidad no responsable y embarazo en la adolescencia.
6. Participación familiar y comunitaria en el desarrollo de intervenciones, dirigidas a mejorar el entorno familiar y comunitario como: manejo sanitario de desechos sólidos y disposición sanitaria de aguas residuales, recuperación ambiental y prevención de desastres.
7. Fomento de la organización y participación de redes sociales, en el continuo de la atención: grupos juveniles, mujeres víctimas de la violencia, adultos mayores, grupos de apoyo, grupos de autoayuda como alcohólicos anónimos, diabéticos, portadores del virus de inmunodeficiencia humana, en adelante VIH y otros.
8. Incorporación de madres, padres, del personal docente y alumnos en la participación de actividades educativas para la prevención de: infecciones de transmisión sexual, en adelante ITS, VIH, violencia, abuso y explotación sexual, embarazo en adolescentes, enfermedades crónicas entre otros.
9. Vacunación a toda la población bajo su responsabilidad, tanto en la consulta, visita de terreno, de acuerdo al esquema nacional de vacunación.
10. Detección temprana de lesiones pre-cancerígenas según el curso de vida, sobre todo en personas de grupos sociales priorizados.
11. Profilaxis a todos los contactos de enfermedades transmisibles (ITS, paludismo, tuberculosis, meningitis bacteriana, parasitismo entre otros).
12. Participación en actividades de contención de brotes y epidemias.

### **A la atención a la persona y a la familia.**

1. Garantía de la atención continua en salud y sistemática, según instrumentos técnicos jurídicos, (ITJ).
2. Acciones diferenciadas de humanización de la atención en salud, que permitan potenciar las buenas prácticas.
3. Dispensarización de la población asignada y planificación de controles de seguimiento según grupos dispensariales.
4. Atención de especialidades y cumplimiento de los Lineamientos técnicos de referencia, retorno e interconsulta.
5. Clasificación de riesgo a las familias y planificación del seguimiento según prioridades.
6. Análisis de indicadores de salud y determinación social de la salud, para la programación de controles, citas, interconsultas, visitas domiciliarias, entre otros.
7. Notificación inmediata y análisis de todas las defunciones que se produzcan en la población asignada.
8. Atenciones de los problemas de salud en base a los problemas priorizados en la comunidad.

9. Seguimiento y control de la persona o las personas con mordedura por animal transmisor de rabia, así como coordinación de la observación de este o la referencia de ser necesario al nivel correspondiente.

## **De rehabilitación e inclusión social.**

### **De rehabilitación:**

1. Seguimiento a la dispensarización al cien por ciento de la población con discapacidad, para su abordaje con la estrategia de Rehabilitación Basada en la Comunidad.
2. Detección temprana y el diagnóstico de las personas con discapacidad, facilitando el proceso de habilitación, rehabilitación e inclusión social, basado en el enfoque de los derechos humanos.
3. Tratamiento con medidas específicas para las distintas deficiencias, con el fin de disminuir el grado de discapacidad.

### **De inclusión social:**

1. Inclusión social de las personas con discapacidad; mediante cambios actitudinales y conductuales en el ámbito personal, familiar y comunitario, así como la adaptación de todos los espacios Institucionales y comunitarios en términos de accesibilidad.
2. Abordaje de manera multidisciplinaria de las distintas discapacidades, involucrando no solamente el personal que conforman los Ecos Familiar y Ecos Especializados, sino también a la persona con discapacidad, su familia, el grupo social y la comunidad en general.
3. Coordinación intersectorial e interinstitucional al nivel comunitario, que facilite igualdad de condiciones para lograr la inclusión social, económica y cultural de todas las personas con discapacidad.
4. Seguimiento y control a la población que reciben tratamiento de rehabilitación en el hospital u otras instituciones.

## **De salud ambiental.**

1. Análisis de la calidad de agua para consumo humano, a través lecturas de cloro residual, toma de muestras de agua para análisis bacteriológico y seguimiento a aquellas que resultaren fuera de norma. Implementación de planes de seguridad del agua en los sistemas de agua existentes.
2. Desinfección del agua en el sistema público o en diferentes fuentes de agua, desinfección del agua en el domicilio con hipoclorito de sodio, otro desinfectante u otras técnicas de desinfección del agua.
3. Verificación de que la familia cuente con letrina bien construida, con buen uso y mantenimiento;
4. Desechos Bioinfecciosos: cumplimiento del manejo y tratamiento de los desechos bioinfecciosos que se generan en las UCSF, según los ITJ.
5. Desechos sólidos comunes: recuperación, rehusó y reciclaje de materiales en el espacio laboral y comunidad; medidas para la disposición de los desechos biodegradables o buscar alternativas de recolección municipal de los desechos.
6. Inocuidad de los alimentos: verificación que los establecimientos dedicados al procesamiento, producción, envasado, almacenamiento, distribución y

- comercialización de alimentarios, tengan autorización sanitaria de funcionamiento, en caso de que no la tengan coordinar con la UCSF I o E para su exigencia. Promoción de la inocuidad de los alimentos que se almacenan, preparan y consumen en la casa. Verificación del manejo de los alimentos del Programa de Salud y Alimentación Escolar (PASE), en centros escolares del Ministerio de Educación. En el mismo orden apoyo para la implementación de la estrategia de cafetines saludables en centros escolares.
7. Establecimientos comerciales, industriales y agroindustriales: verificación de la autorización sanitaria de los establecimientos industriales en caso de que no la tengan coordinar con la UCSF I o E para la exigencia.
  8. Vigilancia y control de vectores (prevención del dengue, chickungunya, zika paludismo, enfermedad de Chagas, leishmaniasis u otras enfermedades infectocontagiosas), aspecto que implica:
    - a) Visitas de inspección a viviendas y establecimientos para verificación de la presencia - ausencia de criaderos de zancudos, chinches y flebótomos, así como la implementación de medidas para que las familias controlen los criaderos.
    - b) Coordinación para la aplicación de larvicidas y las fumigaciones en caso de ser necesario.
    - c) Inspecciones en campo abierto para detectar criaderos de zancudos, por ejemplo: En llantas, otros desechos y pantanos, para promover campañas de limpieza y canalización de aguas.
    - d) Controles de foco para enfermedades vectorizadas.
  9. Control de zoonosis, aspecto que implica:
    - a) Campañas o acciones para el control de roedores.
    - b) Catastro de perros y gatos y actualizarlo cada año.
    - c) Vacunación de perros y gatos.
    - d) Controles de foco rábico.
    - e) Observación a los animales mordedores y transmisores de la rabia, así como aplicar las medidas en caso de sospecha de rabia del animal mordedor.
  10. Participación activa del inspector de saneamiento ambiental en actividades del Ecos F y Ecos E y la comunidad, en la búsqueda de soluciones a problemas del entorno mediante reuniones de trabajo intersectorial, asambleas comunitarias y otras actividades.
  11. Análisis de amenazas, zonas vulnerables y riesgos ambientales de las comunidades (fundamentado en el DCP) y para la coordinación de acciones con los diferentes sectores sociales en la búsqueda de soluciones de acuerdo a las diferentes dimensiones de la determinación social.
  12. Otras actividades de salud ambiental: Procesos educativos y comunicación social que acompañan a todas las actividades de salud ambiental.
  13. Seguimiento a las denuncias interpuestas de salud ambiental.
  14. Elaboración del plan de salud ambiental con la asesoría de los inspectores de saneamiento de la UCSF I o E.

## **B. Actividades de organización, docencia e investigación.**

### **De organización social.**

1. Programación de actividades educativas sobre temas pertinentes de organización social, (negociación y consensos, liderazgos, resistencia al cambio, contraloría social y determinación social).
2. Elaboración del diagnóstico comunitario participativo para la definición de los planes de acción locales en salud.
3. Información sobre la situación de salud de su área de responsabilidad a las municipalidades, a las asociaciones comunales (en algunos casos ADESCO), al FNS y otros sectores que así lo requieran.
4. Procesos de participación social y voluntariado que fomenten iniciativas de proyectos productivos intersectoriales, para mejorar el desarrollo integral de la comunidad.
5. Organización de grupos afines por temática (edad, abordaje técnico, de autoayuda y terapéuticos).
6. Apoyo a las familias que tengan personas con discapacidad, así como el reforzamiento de las redes de todos los usuarios y las usuarias.

En coordinación con el Foro Nacional de Salud y otras expresiones organizativas presentes en la comunidad se debe desarrollar las siguientes actividades:

- a) Participación en los diferentes ámbitos de la RIIS.
- b) Conformación del comité por el derecho a la salud.
- c) Desarrollo de contraloría social y participación en rendición de cuentas.
- d) Seguimiento a los resultados de la contraloría social.
- e) Implementación conjunta del desarrollo de procesos educativos para la comunidad.
- f) Identificación de líderes y lideresas comunitarios en el área de responsabilidad.
- g) Organización de comités de salud en cada comunidad.
- h) Organización del Consejo Local de Salud con dos representantes de cada comité de salud.

### **De docencia**

1. Realizar actividades docencia-asistencial entre el personal de salud y su integración con los hospitales de la red, a través de discusiones de casos clínicos, actualizaciones terapéuticas, abordajes integrales de diferentes problemáticas, para promover la superación técnico-profesional con enfoque de red.
2. El personal de educación para la salud del Ecos E o del SIBASI (de no haber Ecos E) en coordinación con los Ecos F y Ecos E, deben realizar un diagnóstico de las necesidades de educación de sus recursos humanos, para elaborar y desarrollar un plan de educación continuada en RIIS.
3. Programación participativa de actividad de educación continuada integral (promoción de la salud y prevención de la enfermedad con enfoque de participación social, determinación social de la salud), con el personal de los Ecos F y E.

## **De investigación**

1. Participación en el desarrollo investigaciones con criterios éticos, epidemiológicos y de interés local, regional y nacional, con el rigor científico requerido que respondan a las necesidades identificadas en el análisis de la situación de salud integral.
2. Presentación trabajos de investigación y socialización con la comunidad y los cuales deben ser vinculado a los planes de mejora del establecimiento.
3. Presentación en jornadas científicas de los trabajos de investigación.
4. Propuestas de investigaciones operativas a partir del ASSI.

## **C. Actividades administrativas de Ecos Familiares.**

### **De planificación:**

1. La planificación de las actividades debe realizarse en forma mensual, incluyendo en las mismas, actividades de promoción de la salud y educación en salud, auto monitoreos, reuniones, capacitación a grupos, entre otros. La coordinación de los Ecos F es el responsable de su desarrollo, garantizando la presencia de todo el equipo.
2. Se debe elaborar acta de la reunión para la planificación actividades con firma de todos los participantes, dejando constancia de los acuerdos pactados y el respectivo seguimiento de los mismos.
3. La planificación de la atención en salud se basa en:
  - a) El seguimiento a la persona según continuo del curso de vida y grupo dispensarial correspondiente.
  - b) La clasificación de riesgo de la familia.
  - c) Parte de las prioridades de coberturas y situaciones epidemiológicas propias de su área de responsabilidad.
  - d) El cumplimiento de las actividades programadas de forma participativa previamente, tienen prioridad sobre cualquier otra actividad, el SIBASI debe conocer el plan de trabajo mensual de cada Ecos F.
  - e) La programación de jornadas de capacitación de cualquier tipo, deben ser coordinadas y notificadas al menos con dos semanas de anticipación a su realización, de lo contrario debe ejecutarse la programación previamente establecida y no participar en la capacitación u otra actividad convocada.

### **Reunión de planificación mensual:**

Participan todos los integrantes del Ecos F y líderes o lideresas comunitarios, los responsables son el personal médico y de enfermería, y se desarrolla el último día hábil del mes, tiene una duración de siete horas la cual debe incluir, análisis y evaluación del POA:

Participa un equipo técnico integrado del Ecos F y el liderazgo comunitario con enfoque de género, se desarrolla durante la mañana. Se incluye los siguientes puntos:

1. Seguimiento de la dispensarización realizado por el Ecos F y programación para el siguiente mes.

2. Evaluación de las visitas de terreno realizadas por riesgo familiar y la programación del siguiente mes.
3. Evaluación de seguimiento al proceso de referencia, retorno e interconsulta.
4. Consolidar información y revisar los tabuladores diarios de actividades.
5. Seguimiento a la ejecución de las actividades para el abordaje de los problemas priorizados junto a la comunidad en el ASI.
6. Realizar el conteo físico de medicamentos e insumos de farmacia.
7. Evaluación mensual de los resultados obtenidos según corresponda con los líderes y lideresas, estableciendo compromisos con dichas personas para establecer el plan de mejora.
8. Presentación del comportamiento de las patologías de interés epidemiológico y mortalidad, estableciendo compromisos, para involucrar a la comunidad en la disminución de la tendencia de las mismas.
9. Elaboración el plan de trabajo de cada integrante del Ecos F.
10. Integración de los planes del trabajo del Ecos F.
11. Toma de acuerdos.

#### **De monitoreo y evaluación:**

1. Llevar a cabo una reunión semanal para la revisión del cumplimiento de la planificación de actividades y realizar la reprogramación de lo pendiente, los días viernes por la tarde; el monitoreo debe ser continuo durante el desarrollo de las actividades originando estrategias de acción inmediata para la solución de problemas identificados.  
En esta reunión deben incluirse los siguientes puntos:
  - a) Análisis de la situación relevante ocurrida.
  - b) Revisión de la planificación de las actividades de la siguiente semana, informando al equipo de cambios en la misma, si los hubiera.
  - c) Reprogramación de actividades pendientes.
  - d) Seguimiento a las referencias e interconsultas y retornos recibidos.
  - e) Verificar el cumplimiento de las actividades de seguimiento de la dispensarización programadas para la semana que finaliza y coordinación para la programación de seguimientos de la dispensarización de la siguiente semana.
  - f) Verificar el cumplimiento de las visitas de terreno programadas para la semana que finaliza y coordinar la programación de visitas de terreno para la siguiente semana.
  - g) Establecer un tiempo de cuarenta y cinco minutos para la educación en servicio con temas específicos del plan de educación continua.
  - h) El responsable de las reuniones semanales es el personal médico coordinador y de enfermería.
2. Realizar monitoreo mensual del POA e indicadores de resultados en salud en la RIISS, llevando a cabo medidas correctivas al identificar brechas.
3. La evaluación debe ser continua durante el proceso y de resultados, originando planes de mejora.

4. Realizar evaluación trimestral de los planes de mejora surgidos de los auto-monitoreos para resolver los hallazgos identificados.
1. Cumplimiento de los compromisos para la mejora de la gestión, resultados de las supervisiones previas del Nivel Superior, Regional y SIBASI.
2. Hacer monitoreo semanal de:
  - a) Seguimiento de la dispensarización de la población programada.
  - b) Seguimiento a las embarazadas y menores de cinco años bajo su responsabilidad, considerando clasificación de riesgo.
  - c) Visitas a familias en riesgo.
  - d) Seguimiento a las personas referidas a otros niveles de atención.
  - e) Otros puntos de interés territorial, por ejemplo: seguimiento a las personas con enfermedades no transmisibles, avances en el cumplimiento del plan de acción, entre otros puntos priorizados.

#### **Otras actividades:**

1. Entrega oportuna de informe de las atenciones brindadas, a la coordinación de la UCSF I o E, para realizar los diferentes procesos establecidos en los instrumentos técnicos jurídicos de estadísticas y documentos médicos en el Primer Nivel de Atención.
2. Los coordinadores de los Ecos F deben gestionar oportunamente con la Dirección de la UCSF respectiva, el abastecimiento de papelería, utilería, equipos y otros materiales necesarios para el funcionamiento de la UCSF I.
3. Elaboración de las carpetas familiares, las cuales deben contener la siguiente información:
  - a) Número completo de la familiar según Ficha Familiar, el cual debe escribirse en la portada de la misma.
  - b) Ficha familiar para su actualización, cada vez que se presente un evento en la familia.
  - c) Hoja de evolución familiar, la cual debe ser llenada completamente cada vez que se realiza una visita de seguimiento a la familia de acuerdo a sus vulnerabilidades o al riesgo familiar.
  - d) Expedientes clínicos individuales de cada integrante de la familia.

#### **D. Actividades administrativas de los Ecos Especializados.**

##### **De planificación:**

1. Elaborar un plan para la gestión del tiempo y la demanda, en la sede de la UCSFE para la atención integral de las personas con interconsultas o referencias de los Ecos F, considerando los lineamientos establecidos para tal fin, evitando así la aglomeración de la población en las mismas horas; este plan debe incluir las interconsultas enviadas por las UCSF bajo su responsabilidad, dejando un margen de tiempo para la atención de emergencia y morbilidad según demanda histórica.
2. La planificación del personal del Ecos E debe incluir actividades de promoción de la salud y educación para la salud, monitoreo, evaluación y supervisión, así como reuniones, capacitación a grupos, entre otros.

3. Se debe elaborar acta de la reunión para la planificación de actividades con firma de todos los participantes, dejando constancia de los acuerdos pactados y el respectivo seguimiento.
4. La planificación de la atención en salud se basa en:
  - a) El seguimiento a la persona en el continuo de la atención y en la clasificación de grupo dispensarial establecida por el personal del Ecos F.
  - b) La clasificación del riesgo de la familia.

### **De monitoreo, supervisión y evaluación:**

1. Cumplimiento de las actividades establecidas en la planificación de la UCSF E.
2. Cumplimiento de los ITJ oficializados por el MINSAL, en las UCSFE de su municipio.
3. Monitoreo mensual del POA, llevando a cabo medidas correctivas al identificar problemas.
4. Efectuar monitoreo en forma trimestral de los planes de mejora elaborados como resultado de la auto evaluación continua de los procesos y resultados.

### **Otras actividades:**

1. La Dirección de la UCSF E o UCSF I debe gestionar con el nivel correspondiente lo relacionado al abastecimiento de medicamentos, biológico, papelería, utilería, equipos y otros materiales necesarios para el funcionamiento de la UCSF bajo su responsabilidad.
2. La Dirección de la UCSF o su delegado, debe participar en las reuniones intersectoriales y de protección civil municipal o locales al ser convocado.
3. La dirección de la UCSF y su equipo técnico debe realizar monitoreo, supervisión y evaluación de los procesos resultados de las UCSF básicas con Ecos F, bajo su área de responsabilidad.

## **2. Responsabilidades, dispensarización y programación de seguimiento.**

### **2.1 Responsabilidades de los integrantes de los Ecos Especializados.**

#### **Medicina interna o medicina familiar**

El personal médico internista o de medicina familiar de la UCSF E debe realizar las siguientes intervenciones con los Ecos F bajo su cargo el y su población:

1. Atenciones integrales hacia la población en el continuo de la atención, a partir de los doce años de edad, previa selección del personal médico garantizando así la atención integral, continuidad del tratamiento y la recuperación de la salud en la población.
2. Interconsultas a la población con patologías diagnosticadas o propensas a padecer, según necesidad, así como las enviadas por el personal del Ecos F, medicina general de las UCSF I u otras disciplinas atendidas en la sede o en terreno; priorizando la atención a la embarazada en casos que amerite atención, así como a mujeres con riesgo pre-concepcional, además la población con enfermedades no transmisibles. Debiendo realizar la lectura de exámenes pertinentes.
3. Verificación de la adherencia al tratamiento y cumplimiento de las indicaciones médicas, proceder según la “Guía de buenas prácticas de la prescripción médica”.

4. Interconsultas o referencias con criterios de oportunidad y pertinencia desde las UCSF B, I o E, hacia los hospitales que cuenten con la capacidad instalada, según subespecialidad para la atención continua de la población.
5. Educación continua al personal de las UCSF bajo su cargo y educación para la salud a la población en los diferentes espacios (intramural y comunitaria).
6. Coordinación con el personal de educación para la salud y otras disciplinas para el proceso educativo de grupos de personas con enfermedades no transmisibles.

### **Pediatría.**

El personal de pediatría de la UCSF E debe realizar las siguientes intervenciones con los Ecos F bajo su cargo y su población:

1. Atención integral en salud a la niñez, desde los cero a los once años 364 días de edad, previa selección del personal de medicina general, ampliando la atención hasta los dieciocho años en casos especiales, garantizando así la atención, continuidad del tratamiento y la recuperación de la salud en la población infantil.
2. Interconsultas a los niños y niñas con factores de riesgos, ya sea atención integral en sede, en terreno o enviadas por la coordinación Ecos F, médicos generales u otras disciplinas además de realizar inscripción y controles infantiles a niños o niñas con patologías que impliquen un riesgo de presentar complicaciones en el continuo de su curso de vida.
3. Interconsultas o referencias con criterios de oportunidad y pertinencia desde las UCSF B, UCSF I o UCSF E, hacia los hospitales que cuenten con la capacidad instalada según subespecialidad para la atención integral continua de la niñez.
4. Educación continua al personal de los Ecos F y educación para la salud a la población en los diferentes espacios (intramural y comunitaria).
5. Coordinación con el personal de educación para la salud y otras disciplinas para el proceso educativo de grupos de acuerdo a necesidades identificadas.

### **Ginecología y obstetricia.**

El personal de ginecología y obstetricia del Ecos E debe realizar las siguientes intervenciones con el Ecos F y su población:

1. Atención integral a las usuarias en el continuo de la atención, previa selección del personal médico, garantizando la continuidad del tratamiento y la recuperación de la salud en la población, priorizando la atención integral a las embarazadas y púerperas de alto riesgo.
2. Interconsultas a las usuarias, ya sea atención en sede o en terreno, cumpliendo con los "Lineamientos técnicos para la atención de la mujer en el periodo preconcepcional, embarazo, parto, puerperio y al recién nacido", garantizando así la atención integral continua del embarazo y de las usuarias con riesgo preconcepcional.
3. Interconsultas o referencias con criterios de oportunidad y pertinencia desde las UCSF B, UCSF I o UCSF E, hacia los Hospitales de referencia que cuentan con capacidad resolutoria para la atención integral continua de la embarazada.
4. Evaluación diaria a las usuarias ingresadas en el Hogar de Espera Materna.

5. Educación continua a los integrantes del Ecos F bajo su cargo, y educación para la salud a la población en los diferentes espacios (intramural y comunitaria).
6. Coordinación con el personal de educación para la salud y otras disciplinas para el proceso educativo de grupos de acuerdo a necesidades identificadas.

**Entornos saludables: Escuelas saludables, municipios saludables, lactancia materna, ambientes libres de humo, entre otros.**

**Estilos de vida: ejercicio físico, alimentación balanceada, convivencia pacífica, uso de tiempo de ocio.**

**Servicios reorientados, hospitales saludables (entornos saludables en los hos**

## **Odontología**

El personal de odontología del Ecos E se rige por los Instrumentos técnicos jurídicos y las indicaciones de la Unidad de Atención a la Salud Bucal del Nivel Superior, debiendo realizar las siguientes intervenciones con el Ecos F y su población:

1. Atención integral según el curso de vida, dando prioridad principalmente en el componente materno infantil, siendo prioridad las embarazadas, a quienes una vez inscritas e identificadas sus necesidades de atención integral, se debe dar seguimiento de la atención hasta el alta, antes de finalizar el embarazo si es posible.
2. Actividades de profilaxis, sellantes de fosas y fisuras mediante práctica restaurativa a traumática (PRAT), aplicaciones tópicas de flúor y los procedimientos de obturaciones PRAT, detartrajes, curetajes, exodoncias simples, y atenciones de emergencia.
3. Llenado completo de la ficha odontológica; a toda la población que es atendido en la comunidad.
4. Interconsultas o referencias con criterios de oportunidad y pertinencia a las UCSF B, UCSF I o UCSF E y hospitales que cuenten con odontólogo o cirujano maxilofacial.
5. Educación continua a los integrantes del Ecos F, además de realizar charlas educativas y consejerías a la población en temas de salud bucal.

Otras actividades relacionadas a la atención odontológica a realizar, según capacidad instalada son:

1. En la UCSF E, la atención odontológica debe ser a través de citas agendadas en horario escalonado, priorizando la atención al niño, niña y mujer embarazada.
2. Cuando hay más de un recurso odontológico en el establecimiento, el personal encargado de realizar la visita al territorio del Ecos F, es el responsable de organizar, preparar y llevar los instrumentos, insumo y papelería necesarios requeridos para las actividades odontológicas en las comunidades a atender; debiendo preparar un día previo a la visita el instrumental, insumo y papelería necesarios, es su responsabilidad entregarlos al establecimiento, al finalizar la visita a la comunidad.
3. En cuanto al lavado, desinfección y esterilización del instrumental, debe ser realizado por el recurso odontológico, en el caso de no existir un recurso auxiliar capacitado.

**Personal de enfermería.** El personal de enfermería del Ecos Especializado tiene las siguientes responsabilidades:

1. Para el plan de visitas a las sedes de Ecos F o acercamientos comunitarios, deben incorporarse al personal de enfermería del Ecos E, siendo los responsables de la preparación de las personas a ser atendidas por el equipo especializado, esto último con apoyo del personal de enfermería del Ecos F.
2. Entre las actividades que debe realizar son:
  - Proceso de atención integral a la persona.
  - Promoción para la salud, prevención de la enfermedad y atención a la familia.
  - Procedimientos especiales: apoyo en toma de EKG en UCSF E.
  - Recopilación de información: trabajo administrativo y supervisión.

### **Nutricionista**

El personal de nutrición de los Ecos E debe realizar las siguientes intervenciones con el Ecos F y su población:

1. Atención a la población, previa selección por el personal médico del Ecos F, haciendo énfasis en el componente materno infantil y a criterios de priorización (desnutrición severa, sobrepeso, obesidad y patologías asociadas a la nutrición, entre otros).
2. Elaboración de los planes de alimentación de los hogares de espera materna, centros rurales de nutrición y salud, así como, demostraciones en las comunidades.
3. Sesiones educativas a grupos de riesgo, tales como: diabéticos, hipertensos, pacientes con problemas alimentarios (desnutridos, sobrepeso u obesos), embarazadas y mujeres lactando.
4. Asistencia técnica al personal de las UCSF de la micro red, para que puedan ser acreditadas como Unidades de salud amigas de la niñez y las madres (USANYM).
5. Promoción de la salud sobre lactancia materna exclusiva y otros temas de interés, como el funcionamiento de los bancos de leche humana, entre otros.
6. Visitas domiciliarias con la finalidad de realizar evaluaciones nutricionales.
7. Todo niño o niña visto por pediatra (prematuro, obeso, desnutrido, con alergias, anemias, problemas alimentarios).
8. Población vista por medicina interna con diagnósticos de obesidad, desnutrición, diabetes, dislipidemias, hipertensión.
9. Usuaría de consulta obstétrica-ginecológica con desnutrición, bajo peso, enfermedad renal crónica(ERC), obesidad, diabetes, hipertensión, cáncer u otras morbilidades. Evaluación y seguimiento a pacientes con malnutrición en el continuo del curso de vida.
10. Manejo de trastornos de alimentación (bulimia o anorexia).
11. Evaluación y seguimiento a pacientes con malnutrición en el continuo del curso de vida.
12. Población con diagnóstico de VIH o tuberculosis.
13. Entre otras de ser necesarias.

### **Psicología.**

El personal de psicología del Ecos E debe realizar las siguientes intervenciones con el Ecos F y su población:

1. Abordaje del fenómeno de la violencia en el continuo del curso de vida, garantizando un espacio físico privado para la atención psicológica, este abordaje debe ser realizado con el apoyo del equipo multidisciplinario y la comunidad.
2. Promoción de la salud mental por medio de las estrategias de educación continua, charlas, talleres, capacitaciones, sesiones educativas con la participación del Ecos F dirigido a la población.
3. Coordinación para casos especiales, actividades extramurales en centros escolares, comunidades, con grupos vulnerables o de riesgo y visitas domiciliarias en casos que amerite según el riesgo de la población.
4. Pruebas psicométricas necesarias para evaluar a pacientes según el caso.
5. Sesiones educativas a personal técnico y administrativo de las UCSF.

#### **Criterios para interconsulta con psicología:**

1. En casos de: riesgo de suicidio, familias disfuncionales, abordaje de las crisis familiares para-normativas (violencia intrafamiliar, luto, violencia social, alcoholismo, embarazos no deseados, entre otros) o según previa evaluación del personal del Ecos F.
2. Interconsultas enviadas por otras disciplinas, priorizando la atención a grupos de riesgo.
3. Los Ecos F y Ecos E deben realizar la detección oportuna de las personas con problemas emocionales y la debida atención y seguimiento de casos.

#### **Fisioterapeuta**

El personal de fisioterapia de los Ecos E debe realizar las siguientes intervenciones con el Ecos F y su población:

1. Atención en casos de alteraciones del sistema osteomioarticular (SOMA), tales como: escoliosis, hernias discales, lumbalgias, artritis, bursitis, entre otros; atención al grupo dispensarial IV, con lesiones estáticas y progresivas del sistema nervioso central y secuelas de accidente cerebro vascular, parálisis facial (en etapa aguda solicitar interconsulta inmediatamente). Pueden atenderse pacientes simultáneamente, según el tipo de terapia que estos reciban.
2. Educación continua sobre rehabilitación basada en la comunidad (RBC) al personal de los Ecos F.
3. Atención en el domicilio de la población que no puedan desplazarse hacia la base o sede y brindar RBC, para el cuidado de la familia, pero se debe considerar que las actividades extramurales deben ser excepcionales para atención de la población identificada según dispensarización.

#### **Criterios para interconsulta con fisioterapia:**

1. Se deben atender las solicitudes de interconsultas realizadas por los especialistas y por el Ecos F.

## **Educación para la salud**

El personal de educación en salud del Ecos E debe realizar las siguientes intervenciones con el Ecos F y su población:

1. Asistencia técnica sobre la elaboración de los planes de educación continua a cada UCSF que conforman la micro red.
2. Asesoría y fortalecimiento en temas de organización, participación social y comunitaria (acompañar en algunas de las asambleas comunitarias y asesorar al Ecos Familiar para su desarrollo), así como en la metodología a utilizar en las actividades de promoción y educación, a toda la micro red.
3. Coordinación con las instituciones públicas y privadas ubicadas en el área de intervención, para brindar educación en salud.
4. Realización de forma programada con el Ecos F actividades de promoción de la salud.
5. Asesoría técnica para realizar: sesiones con clubes por cursos de vida, capacitaciones, sesiones educativas en la comunidad y centros escolares, recorridos participativos, ferias, desfiles, apoyo en la coordinación de movilizaciones sociales, consejería, entrevistas educativas a la población.
6. Acompañamiento en la elaboración y seguimiento al plan de promoción de la salud mediante el monitoreo y las visitas a los Ecos F.

## **Inspector técnico en salud ambiental:**

El inspector técnico de salud ambiental de la UCSF debe coordinar, asesorar y dar seguimiento a lo establecido en las actividades de salud ambiental de responsabilidad de los Ecos F, y realizar las funciones:

1. Coordinación y asesoría de las acciones de salud ambiental realizadas por los Ecos F de su responsabilidad y apoyar en la elaboración de los planes de salud ambiental de las mismas.
2. Monitoreo y visitas las UCSF B de su área de responsabilidad.
3. Vigilancia de calidad de agua de consumo humano.
4. Verificación de los establecimientos industriales tengan autorización sanitaria de funcionamiento, en caso de que no la tengan coordinar con la UCSF E o UCSF I, para realizar el proceso de autorización sanitaria.
5. Verificar la adecuada disposición sanitaria de excretas.
6. Verificar el tratamiento de aguas negras y grises.
7. Verificar la adecuada disposición de desechos comunes.
8. Adecuado el manejo y eliminación de desechos bio-infecciosos.
9. Verificación de los establecimientos alimentarios tengan autorización sanitaria de funcionamiento, en caso de que no la tengan coordinar con la UCSF I o UCSF E, para realizar el proceso de autorización sanitaria.

10. Inspección de lugares públicos y de recreación.
11. Vigilancia sanitaria de establecimientos públicos.
12. Vigilancia y control de vectores (prevención del dengue, chikungunya, zika paludismo, enfermedad de Chagas, leishmaniasis u otras enfermedades infectocontagiosas).
13. Atención a denuncias y solicitudes.
14. Participación activa en actividades del Ecos F y Ecos E y la comunidad, en la búsqueda de soluciones a problemas del entorno mediante reuniones de trabajo intersectorial, Asambleas Comunitarias y otras actividades.
15. Análisis de amenazas, zonas vulnerables y riesgos ambientales de las comunidades (fundamentado en el DCP), y para la coordinación de acciones con los diferentes sectores sociales en la búsqueda de soluciones de acuerdo a las diferentes dimensiones de la determinación social.

### **Estadístico:**

El personal de ESDOMED debe cumplir las “Normas Técnicas para los departamentos de estadística y documentos médicos de establecimiento de salud del primer nivel”:

Responsabilidades:

1. Elaboración del expediente clínico, resguardo y la realización de vales de salida hacia otro establecimiento u otras actividades extramurales.
2. Manejo del archivo de expedientes clínicos de la UCSF E.
3. Transferencia de expedientes a UCSF B y actas de salida o préstamos.
4. Revisión del Sistema Único de Información en Salud (SUIS) y control de calidad del dato.
5. Elaboración de informes del SUIS, del módulo del Sistema Estadístico de Producción de Servicios (SEPS).
6. Notificación oportuna a la Dirección de su establecimiento sobre inconsistencia de los datos, aumento de incidencia de alguna patología u otros, para la toma de decisiones o correcciones según necesidad.
7. Recepción, revisión y digitar la siguiente documentación:
  - a) Tabulador diario.
  - b) Registro diario de consulta.
  - c) Reporte epidemiológico.
  - d) Vigilancia de enfermedades vectorizadas.
  - e) Estudios de caso de enfermedades de vigilancia.
  - f) Libro de mortalidad.
  - g) Hoja de nacidos vivos.

## **2.2 Dispensarización: Concepto, fases, importancia, principios y clasificación.**

El Ecos Familiar debe realizar registro, evaluación, intervención y seguimiento a la dispensarización en el cien por ciento de las personas pertenecientes a su área de responsabilidad; es parte del proceso de seguimiento a la dispensarización todas las atenciones que por su naturaleza se pueden programar en el tiempo tales como: controles según continuo de la atención o el grupo dispensarial evaluado y registrado (seguimiento a embarazadas, controles infantiles, adolescente, adulto mayor, entre otros), no deben dejarse oportunidades perdidas para realizar el seguimiento a la dispensarización.

### **Concepto:**

La dispensarización es un proceso que consiste en la evaluación individual, de carácter dinámico, planificado y continuo del estado de salud de las personas, tomando en cuenta su entorno familiar, social y las vulnerabilidades e inequidades en su entorno con el propósito de incidir en su mejora mediante el desarrollo de acciones que contribuyan a ello.

### **A-Fases de la dispensarización.**

**1) Registro (adscripción):** lo realizan todos los miembros del Ecos F.

Se produce cuando:

- Se plasman en la ficha familiar los datos de cada una de las personas que atiende el Ecos F.
- Se abre el expediente clínico individual.
- Se llenan los datos en la ficha de seguimiento a la dispensarización.
- Se elabora tarjeta índice o listado de búsqueda.

**2) Evaluación:** es responsabilidad del personal médico del Ecos F.

- Es el examen clínico integral de cada persona, independientemente de su estado de salud, valorando su entorno familiar y social.
- Se utilizan métodos clínicos e instrumentales, interpretación y análisis de los resultados.
- Se asigna el grupo dispensarial según criterio médico, y aportes del resto del equipo.
- La frecuencia de evaluaciones puede variar en dependencia del tipo de problema y su evolución en el tiempo.
- Evaluación continua: el cambio de un grupo dispensarial a otro en una persona, es función exclusiva del personal médico del Ecos F o Ecos E, pues parte de una valoración clínica, complementada con las situaciones de vulnerabilidad, condiciones del entorno social que afecten su salud.

**3) Intervención:** la realizan todos los miembros del Ecos F, según el caso.

- Planificación mensual del seguimiento a la dispensarización, las acciones y de los recursos humanos según disciplinas, articulado con los Ecos E, para la atención a las necesidades de la persona, según grupo dispensarial.
- Para tal efecto promover el proceso educativo según el grupo dispensarial.
- Elaboración del ASIS, priorización y análisis junto a la comunidad de los problemas que impactan a la salud de la población de su área de influencia.
- Asesoría, apoyo y acompañamiento a las comunidades en la identificación y abordaje intersectorial de las inequidades que generan mala salud a la población de su área de influencia.

#### 4) Seguimiento: según competencias.

- Fase muy dinámica de la evaluación según el grupo dispensarial, donde el Ecos F realiza ajustes sistemáticos en la planificación de la atención y las intervenciones, en consideración a las constantes variaciones en el estado de salud de las personas que atiende y los seguimientos no cumplidos por otras causas.

#### B- Importancia de la dispensarización.

1. Es el principal eje de todas las actividades integrales a desarrollar por el Ecos F, siendo una herramienta necesaria que le ayuda a planificar y organizar el trabajo participativo con la comunidad y la prestación de servicios, articulado con el Ecos E, buscando equidad en salud y cumplir con la APSI.
2. Facilita al Ecos Familiares conocer y accionar para una adecuada atención en salud, y contribuye a que los actores y sectores locales asuman la determinación social del proceso salud enfermedad.

#### C- Principios de la dispensarización.

1. **Profiláctico:** concibe la planificación de acciones de promoción de la salud y de prevención del riesgo y de las enfermedades.
2. **Dinámico:** determinado por la permanente variabilidad en el estado de salud de su población de responsabilidad.
3. **Continuo:** aplicación de forma ininterrumpida desde que se evalúa y registra a la persona, hasta su seguimiento. Entornos saludables: Escuelas saludables, municipios saludables, lactancia materna, ambientes libres de humo, entre otros.
4. **Estilos de vida:** ejercicio físico, alimentación balanceada, convivencia pacífica, uso de tiempo de ocio.
5. **Servicios reorientados,** hospitales saludables (entornos saludables en los hos
6. **Individualizado:** atención particular para cada persona según sus características y el problema de salud que presente.
7. **Integral:** aunque la dispensarización es para la persona, se debe tomar en cuenta su entorno familiar y comunitario, identificando los factores que puedan modificar su salud, en el sentido más amplio. Para el abordaje de la persona holísticamente atendiendo a sus características biológicas, psicológicas y sociales, su interacción con la familia, otras personas y su comunidad, así como en su medio laboral o escolar.
8. **Universal:** abarca la totalidad de la población bajo la responsabilidad del Ecos F y Ecos Especializado, en el curso de la población adscrita.
9. **Trabajo en equipo:** se brinda por todos los miembros del Ecos Familiar, en estrecha relación con su Ecos E, según competencias disciplinares y necesidades de la persona.

#### D. Clasificación de grupos dispensariales.

##### Grupo I: Supuestamente sanos.

Persona que no manifiesta ninguna condición de riesgo o enfermedad y no se constatan, mediante el interrogatorio o el examen clínico, alteraciones que modifiquen ese criterio. Con mucha frecuencia, se encuentran en este grupo a personas que no han sido adecuadamente evaluadas, por lo que éste grupo es el último en que se clasifica, después de descartar el resto de condiciones.

## Grupo II: En riesgo de enfermar.

Personas que están expuestas a alguna condición anormal que representa un riesgo potencial para su salud a mediano o largo plazo. Aquí se incluyen también los riesgos del medio ambiente, escolar o laboral, entre otros. Percibida por la persona o no, por lo que debe ser evaluada por el Ecos F.

## Grupo III: Con enfermedad.

Toda persona que padezca una enfermedad aguda, subaguda y crónica, incluye cualquier entidad nosológica de evolución transmisible o no.

## Grupo IV: Con discapacidad.

Personas que padecen alguna condición que implica una alteración temporal o definitiva de sus capacidades motoras, funcionales, sensoriales, emocionales o psíquicas. En este grupo se incluyen personas que padecen enfermedades en las que se presentaron complicaciones y/o secuelas que determinan un estado de discapacidad variable.

Figura 4: Clasificación de grupos dispensariales



Dirección del Primer Nivel de Atención, MINSAL, noviembre de 2014.

### Criterios a cumplir para considerar a una persona dispensarizada:

1. Está registrada en la UCSF B, UCSF I o UCSF E que le corresponde.
2. Ha sido evaluada clínicamente por el personal médico de forma integral y clasificada en algún grupo dispensarial.
3. Cuando tiene seguimiento a la dispensarización actualizada en el tiempo, de acuerdo a sus necesidades, características individuales y basado en la normativa del continuo de la atención.

## Aspectos de importancia para llevar a cabo el proceso de dispensarización.

1. Al inicio de cada año los Ecos Familiares socializarán los grupos dispensariales con el enfoque determinación social, a los integrantes del Ecos Especializados, con el objetivo de elaborar su plan de seguimiento integrado.
2. La atención brindada debe reflejarse en el expediente clínico individual, mediante una historia clínica que incluya:
  - a) Grupo dispensarial.
  - b) Seguimiento o plan de manejo.
  - c) Próxima cita de seguimiento a la dispensarización, actualizando además la ficha de seguimiento a la dispensarización respectiva.
3. Deben utilizarse los instrumentos oficiales establecidos para la atención en el curso de vida, en el momento de realizar el seguimiento a la dispensarización.
4. Las herramientas utilizadas para desarrollar el proceso son: ficha familiar, expediente clínico individual, fichero de seguimiento a la dispensarización.
5. En el seguimiento a la dispensarización se deben priorizar los siguientes grupos: niños y niñas menores de cinco años, embarazadas y puérperas, la población con enfermedades no transmisibles; personas con discapacidad severa y personas que no han sido evaluadas por el personal médico del Ecos F, entre otras.

## 2.3 Programación de seguimiento por grupo dispensarial, en el curso de vida.

### Grupo dispensarial I:

#### Cuadro 2. Seguimiento del niño, niña y adolescente sano:

| Grupo de edad                                   | Frecuencia de seguimiento  | Personal de salud                  |
|---|--|------------------------------------|
| <b>Recién nacido:</b><br>(Hasta 28 días)        | <b>Atención Integral:</b><br>Inscripción en consulta antes de los 7 días.                                      | Por médico o enfermera del Ecos F. |
|   | <b>Atención Integral especializada:</b><br>Valoración antes de los 14 días.                                    | Pediatra del Ecos E.               |
|   | <b>Visita de terreno:</b><br>En las primeras 24 horas, antes de 72 horas, 7 días, 14 días y 21 días de nacido. | Por personal del Ecos F            |
| <b>Lactante:</b><br>29 días a 11 meses 29 días. | <b>Atención integral:</b><br>2, 4, 8 y 10 meses de edad.   | Por médico o enfermera del Ecos F. |
|   | <b>Atención integral especializada:</b><br>Al 6 mes de edad  | Pediatra del Ecos E.               |
|   | <b>Visita de terreno:</b><br>3, 5, 7, 9 y 11 meses de edad.  | Por personal del Ecos F            |
| <b>Transicional:</b><br>12 meses a 23 meses.    | <b>Atención integral:</b><br>12, 15, 18, 21 y 24 meses de edad.  | Por médico o enfermera del Ecos F  |
|   | <b>Atención integral especializada:</b><br>Según criterios de interconsulta                                    | Pediatra del Ecos E.               |
|   | <b>Visita de terreno:</b><br>13, 16, 19 y 22 meses de edad.  | Por personal del Ecos F.           |
| <b>Pre-escolares</b><br>(2 a 5 años)            | <b>Atención integral:</b><br>Trimestral  | Por médico o enfermera del Ecos F. |
|   | <b>Atención integral especializada:</b><br>A los 3 años cumplidos  | Pediatra del Ecos E.               |
|   | <b>Visita de terreno 2 veces al año</b>  | Por personal del Ecos F.           |

|                                       |   |                                    |
|---------------------------------------|---|------------------------------------|
| <b>Escolares:</b><br>(6 a 9 años)     | <b>Atención integral:</b><br>Dos veces al año.                              | Por médico o enfermera del Ecos F  |
|                                       | <b>Atención integral especializada:</b><br>Según criterios de interconsulta | Pediatra del Ecos E.               |
|                                       | <b>Visita de terreno:</b><br>Una vez al año                                 | Por personal del Ecos F.           |
| <b>Adolescentes</b><br>(10 a 18 años) | <b>Atención integral:</b><br>Una vez al año                                 | Por médico o enfermera del Ecos F. |
|                                       | <b>Visita de terreno:</b><br>Una vez al año                                 | Por personal del Ecos F.           |

Fuente: Dirección del Primer Nivel de Atención, MINSAL, El Salvador, actualizado enero 2016

### Control prenatal al embarazo según las semanas de gestación.

A toda embarazada debe realizarsele evaluación, intervención y seguimiento a la dispensarización y al identificar un riesgo asociado o enfermedad crónica, debe ser enviada a interconsulta con los especialistas del Ecos E u hospital de la red respectiva (ver Lineamientos técnicos para la atención de la mujer en el período preconcepcional, embarazo, parto, puerperio y al recién nacido), además durante el control prenatal debe ser valorada por un equipo multidisciplinario (odontólogo, nutricionista y psicólogo de ser necesario) preferentemente coincidiendo el mismo día.

### Cuadro 3. Frecuencia de los controles prenatales.

| Controles                  | Semanas del Embarazo   | Personal de salud idóneo                 |
|----------------------------|--|--|
| 1er. Control (Inscripción) | En las primeras 12 semanas de gestación  | Médico del Ecos F o enfermera capacitada |
| 2º Control                 | Entre las 16 a 18 semanas  | Médico del Ecos F o enfermera capacitada |
| 3er. Control               | Entre las 26 a 28 semanas  | Médico del Ecos F o enfermera capacitada |
| 4to. Control               | Entre las 32-34 semanas  | Médico del Ecos F o enfermera capacitada |
| 5to. Control               | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ El seguimiento por el personal médico del Ecos F, a la embarazada a partir de las 37 semanas, debe ser semanal y ante cualquier signo de alarma referir al Ecos E u hospital según la complejidad del caso.</li> <li>✓ A las 36 semanas referir al Ecos E para control y realizar pruebas de bienestar fetal, de no existir los recursos referir al hospital de Segundo Nivel de su red en horas hábiles de consulta, el resultado de esta evaluación es determinar si la embarazada, es ingresada en el Hogar de Espera Materna o continúa con seguimiento del coordinador del Ecos F, manteniéndose en continua comunicación.</li> <li>✓ El establecimiento que refiere debe verificar el cumplimiento de la referencia a las veinticuatro horas posterior a la misma.</li> <li>✓ Si la embarazada es referida a atención por especialista en cualquier momento del embarazo, la consulta especializada puede modificarse según la condición de la usuaria y el criterio del gineco obstetra del Ecos E u hospital.</li> <li>✓ La embarazada con alto riesgo obstétrico debe ser evaluada por el ginecólogo del Ecos E, quien decide la referencia al Hospital de su red departamental o al Hospital Nacional de la Mujer. (En caso de no haber Ecos E en la zona, el Coordinador del Ecos Familiar envía a la usuaria con alto riesgo obstétrico al Hospital de referencia)</li> <li>✓ Las visitas de seguimiento a la dispensarización en terreno a las embarazadas deben ser realizadas en forma mensual, de forma tal que cada embarazada debe tener una atención y visita de terreno cada mes, la conformación del equipo para realizar la visita de terreno a la embarazada depende de los riesgos identificados en el periodo del</li> </ul> |  |

embarazo a la usuaria.

En los municipios donde se cuentan con equipos comunitarios especializados (Ecos E) se brindará a las embarazadas sin factores de riesgo un control cada trimestre por médico(a) ginecobstetra alternados con los controles del Ecos F. A las 36 semanas de gestación será referida al Ecos E u hospital básico si no cuenta con Ecos E, para su seguimiento semanal. Al cumplir 40 semanas de edad gestacional toda usuaria será referida al hospital que corresponda, el ginecólogo evaluará la evacuación según condiciones maternas fetales y el Score de Bishop. Toda mujer con antecedente de cesárea anterior debe ser referida a las 36 semanas de edad gestacional al hospital que corresponda, para programar cesárea electiva arriba de las 38 semanas de edad gestacional. La usuaria debe presentar carné materno y hoja del plan de parto.

Fuente: Lineamientos técnicos para la atención de la mujer en el período preconcepcional, embarazo, parto, puerperio y al recién nacido, MINSAL, oficializados el 31 de agosto del 2011.

Con la presencia de uno o más factores de riesgo en la hoja filtro prenatal (Antecedentes obstétricos, historia médica general, embarazo actual), se modifica su grupo dispensarial y el médico del Ecos F debe enviar a interconsulta a la usuaria para evaluación por el ginecólogo del Ecos E (hospital de referencia en caso de no haber Ecos E), quien debe realizar la evaluación solicitada y posterior a la misma decidir si la usuaria debe continuar en control prenatal básico o deba pasar a control prenatal especializado, notificando de esto al Ecos F correspondiente.

Los Ecos F, deben implementar y dar seguimiento al plan de parto a toda embarazada, (ver Lineamientos técnicos operativos para la estrategia plan de parto) garantizando el transporte oportuno con apoyo intersectorial, así como el traslado de las emergencias obstétricas, neonatales, entre otras, además debe realizarse visita de terreno mensual a cada embarazada, para verificar la evolución del embarazo, la posible aparición de signos de alarma, entre otros.

#### Cuadro 4. Seguimiento del adulto supuestamente sano.

| Grupo de edad   | Frecuencia de seguimiento   | Personal de salud                                 |
|-----------------|---|---|
| De 19 a 60 años | <b>Atención integral:</b><br>Un control anual en consulta o terreno | Medico de Ecos F.                                 |
|                 | <b>Atención integral especializada:</b><br>Según necesidad          | Médico internista o médico de familia del Ecos E. |
|                 | <b>Visita de terreno:</b><br>Una visita anual                       | Por personal del Ecos F.                          |
| Más de 60 años  | <b>Atención integral:</b><br>Un control anual.                      | Medico de Ecos F                                  |
|                 | <b>Atención integral especializada:</b><br>Según necesidad          | Médico internista o médico de familia del Ecos E. |
|                 | <b>Visita de terreno:</b><br>Una visita anual                       | Por personal del Ecos F.                          |

Fuente: Dirección del Primer Nivel de Atención, MINSAL, El Salvador, actualizado enero 2016

#### Grupo dispensarial II:

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

**Para considerar a los niños y niñas con riesgo, deben cumplir al menos uno de los siguientes criterios:**

1. Bajo peso al nacer (2500 gramos o menos).
2. Prematurez.

3. Hijo o hija de madre adolescente.
4. Embarazo gemelar, trillizos o más.
5. Inadecuada ganancia de peso en sus controles.
6. Sospecha clínica de una malformación congénita.
7. Esquema de inmunización incompleto sin causa justificada.
8. Niños y niñas con sobrepeso u obesidad.
9. Condiciones críticas de la vivienda: piso de tierra, pared construcción altamente vulnerable.
10. Familia en situación de extrema pobreza.
11. Factores medio ambientales que constituyen un riesgo inminente a la salud y a la vida.
12. Madre o cuidador que no sabe leer y escribir o con menos de tres años de educación.
13. Hijo o hija de madre con una enfermedad que represente un riesgo para el recién nacido.

### Riesgo de suicidio:

Se debe atender como riesgo de suicidio y referir oportunamente, a toda persona que cumpla al menos uno de los siguientes criterios:

1. Intentos previos de suicidio.
2. Indicio o advertencia sobre intenciones suicidas (ideación suicida).
3. Situaciones de infelicidad identificadas y crisis para-normativas.
4. Casos de suicidio y trastornos psicopatológicos en la familia.
5. Aislamiento social y familiar.
6. Trastornos psicopatológicos, afectivos y de la personalidad.
7. Consumo de drogas y abuso de alcohol
8. Depresión o ansiedad.
9. Embarazos no deseados.
10. Situaciones de violencia social, intrafamiliar, psicológica, de género, entre otros.
11. Enfermedad crónica no aceptada o discapacidad.

En todos estos casos se debe realizar interconsulta o ser referidos al psicólogo o psiquiatra de la red.

Tomar en cuenta: estado familiar (soltería, separación, viudez), edad y sexo, factores protectores de la salud, si tiene o no proyecto de vida, situación económica y laboral, entre otros.

### Cuadro 5. Seguimiento del niño, niña y adolescente con riesgo:

| Grupo de edad                            | Frecuencia de seguimiento  | Personal de salud                  |
|--|--|------------------------------------|
| <b>Recién nacido:</b><br>(Hasta 28 días) | <b>Atención Integral:</b><br>Inscripción en consulta antes de los 7 días.                                      | Por médico o enfermera del Ecos F. |
|  | <b>Atención Integral Especializada:</b><br>Valoración antes de los 14 días.                                    | Pediatra del Ecos E.               |
|  | <b>Visita de terreno:</b><br>En las primeras 24 horas, antes de 72 horas, 7 días, 14 días y 21 días de nacido. | Por personal del Ecos F            |
| <b>Lactante:</b><br>29 días a 12 meses.  | <b>Atención Integral</b><br>2, 6, y 10 meses de edad.  | Por médico del Ecos F.             |
|  | <b>Atención Integral Especializada:</b><br><b>A los 4 y 8 meses de edad.</b>                                   | Por médico o enfermera del Ecos F  |

|  |  |  |
|--|--|--|
|  | <b>Visita de terreno:</b><br>Al menos a los 3, 5, 7, 9 y 11 meses de edad.                   | Por el personal del Ecos F.  |
| <b>Transicional:</b><br>12 meses a 23 meses<br>29 días | <b>Atención Integral:</b><br>Al menos un control semestral                                   | Por médico o enfermera del Ecos F.   |
|  | <b>Atención Integral Especializada:</b> Según criterios de interconsulta                     | Pediatra del Ecos E.   |
|  | <b>Visita de terreno:</b><br>Una visita de terreno semestral.                                | Por personal del Ecos F  |
| <b>Pre-escolares</b><br>(2 a 5 años)                   | <b>Atención Integral:</b><br>Al menos un control trimestral.                                 | Por médico o enfermera del Ecos F  |
|  | <b>Atención Integral Especializada:</b><br>Según criterio del médico o enfermera del Ecos F. | Pediatra del Ecos E.   |
|  | <b>Visita de terreno</b><br>Al menos 3 visitas en el año.                                    | Por personal del Ecos F  |
| <b>Escolares:</b><br>(6 a 9 años)                      | <b>Atención Integral:</b><br>Al menos 2 atenciones al año.                                   | Por médico o personal de enfermería del Ecos F.  |
|  | <b>Frecuencia de seguimiento</b>   | Personal de salud  |
|  | <b>Atención Integral Especializada:</b><br>Según criterio del médico o enfermera del Ecos F. | Pediatra del Ecos E.   |
|  | <b>Visita de terreno:</b><br>Al menos una vez al año   | Por personal del Ecos F  |
| <b>Adolescentes</b><br>(10 a 18 años)                  | <b>Atención Integral:</b><br>Al menos una vez al año   | Por médico o enfermera del Ecos F.   |
|  | <b>Atención Integral Especializada:</b> Según criterio del médico o enfermera del Ecos F.    | Por médico pediatra hasta los 11 años 364 días y por médico internista o de familia a partir de los 12 años. |
|  | <b>Visita de terreno:</b><br>Al menos una vez al año   | Por personal del Ecos F  |

Fuente: Dirección del Primer Nivel de Atención, MINSAL, El Salvador, actualizado enero 2016

De acuerdo al tipo de riesgo por ejemplo, la población adolescente con problemas de alimentación, adicciones, inicio precoz de relaciones sexuales, riesgo de suicidio, riesgo de ITS, todos los tipos de violencia; tendrán un seguimiento según normativa vigente, hasta lograr modificar el riesgo.

### **Para considerar a las mujeres con riesgo reproductivo preconcepcional (RRPC) y las mujeres con riesgo en el embarazo:**

Para las mujeres con factores o condiciones de RRPC, el abordaje debe ser realizado utilizando la hoja filtro y las acciones a tomar según factor de riesgo establecidas en los anexos de los “Lineamientos técnicos para la atención de la mujer en el período preconcepcional, embarazo, parto, puerperio y al recién nacido”.

Para las mujeres con riesgo en el embarazo, el abordaje debe ser realizado utilizando la hoja filtro establecida en los Lineamientos técnicos antes citados; tanto para las mujeres con factores o condiciones de riesgo reproductivo preconcepcional y para las mujeres con riesgo en el embarazo, el personal médico o enfermera del Ecos F al llenar la hoja filtro, historia clínica, examen físico y exámenes de laboratorio clínico según cada caso en particular, debe definir el grado de riesgo de la usuaria, refiriendo al nivel que corresponda según necesidad.

Para el seguimiento de las mujeres con RRPC y las mujeres con riesgo en el embarazo, es indispensable la interrelación del Ecos F, el personal médico de gineco-obstetricia del hospital de la red y del Ecos E, así como la devolución de la información al Ecos F al cual está adscrita la usuaria, esto para asegurar el continuo en la atención integral de la usuaria y seguimiento en terreno.

### Cuadro 6. Seguimiento del adulto con riesgo:

| Grupo de edad          | Frecuencia de seguimiento  | Personal de salud                                 |
|------------------------|--|---|
| <b>De 19 a 60 años</b> | <b>Atención Integral:</b><br>Al menos dos vez al año                             | Por médico del Ecos F.                            |
|                        | <b>Atención Integral especializada:</b><br>Según criterios del médico del Ecos F | Médico internista o médico de familia del Ecos E. |
|                        | <b>Visita de terreno:</b><br>Al menos dos veces al año.                          | Por personal del Ecos F.                          |
| <b>Más de 60 años</b>  | <b>Atención Integral:</b><br>Al menos dos veces al año.                          | Por médico del Ecos F                             |
|                        | <b>Atención Integral especializada:</b><br>Según criterios médico.               | Médico internista o médico de familia del Ecos E. |
|                        | <b>Visita de terreno:</b><br>Al menos dos veces al año                           | Por personal del Ecos F.                          |

Fuente: Dirección del Primer Nivel de Atención, MINSAL, El Salvador, actualizado enero 2016

Se debe valorar según el tipo de riesgo (laboral, riesgo de ITS, riesgo de tuberculosis, de conducta: hábito de fumar, violencia, deserción escolar y otras) la necesidad de intervenciones más frecuentes, hasta lograr modificar riesgo.

### Gupo dispensarial III

**Niños, niñas y adolescentes:** asma bronquial, diabetes, enfermedad renal crónica, cardiopatías, infección por VIH, fibrosis quística, leucemias, tumores, epilepsia, antecedentes de ictus, cáncer, entre otras.

### Cuadro 7. Seguimiento niño, niña y adolescente con enfermedad crónica

| Grupo de edad                                    | Frecuencia de seguimiento   | Personal de salud   |
|--|---|---|
| <b>Recién nacido:</b><br>(Hasta 28 días)         | <b>Atención Integral:</b><br>Inscripción en consulta antes de los 7 días y control a los 28 días o según criterio médico. | Médico del Ecos F.  |
|  | <b>Atención integral especializada:</b><br>Valoración antes de los 14 días.   | Pediatra del Ecos E.  |
|  | <b>Visita de terreno:</b><br>En las primeras 24 horas, antes de 72 horas, 7 días, 14 días y 21 días de nacido             | Por médico, enfermera o promotor de salud del Ecos F según patología. |
| <b>Lactante:</b><br>29 días a 11 meses, 29 días. | <b>Atención integral:</b><br>Mensual: 1, 3, 5, 7, 9, y 11 meses de edad   | Por médico del Ecos F.  |
|  | <b>Atención Integral Especializada:</b><br>Al 2, 4, 6, 8 y 10 meses de edad.  | Por médico pediatra del Ecos E.                                       |
|  | <b>Visita de terreno:</b><br>Al menos una visita mensual.   | Por médico, enfermera o promotor de salud del Ecos F según patología. |

|   |   |   |
|---|---|---|
| <b>Transicional:</b><br>12 meses a 23 meses 29 días | <b>Atención integral:</b><br>Al menos un control trimestral.                                      | Médico Ecos F.  |
|   | <b>Atención integral especializada:</b><br>Según criterios medico (al menos dos veces al año)     | Pediatra del Ecos E.  |
|   | <b>Visita de terreno:</b><br>Al menos una visita trimestral.                                      | Por médico, enfermera o promotor de salud del Ecos F según patología. |
| <b>Grupo de edad</b>                                | <b>Frecuencia de seguimiento</b>  | <b>Personal de salud</b>  |
| <b>Pre-escolares</b><br>(2 a 5 años)                | <b>Atención integral</b><br>Al menos un control trimestral.                                       | Médico del Ecos F.  |
|   | <b>Atención Integral especializada:</b><br>Según criterios. de medico (al menos dos veces al año) | Pediatra del Ecos E.  |
|   | <b>Visita de terreno:</b><br>Al menos una visita trimestral.                                      | Por médico, enfermera o promotor de salud del Ecos F según patología. |
| <b>Escolares:</b><br>(6 a 9 años)                   | <b>Atención integral:</b><br>Al menos un control semestral.                                       | Médico del Ecos F.  |
|   | <b>Atención integral especializada:</b><br>Según criterios de medico (al menos dos veces al año)  | Pediatra del Ecos E.  |
|   | <b>Visita de terreno:</b><br>Al menos una visita semestral  | Por médico, enfermera o promotor de salud del Ecos F según patología. |
| <b>Adolescentes</b><br>(10 a 18 años)               | <b>Atención integral:</b><br>Al menos tres controles al año.                                      | Médico del Ecos F   |
|   | <b>Atención Integral especializada:</b><br>Según criterios medico (al menos dos veces al año).    | Pediatra del Ecos E.  |
|   | <b>Visita de terreno:</b><br>Al menos tres visitas al año.  | Por médico, enfermera o promotor de salud del Ecos F según patología. |

Fuente: Dirección del Primer Nivel de Atención MINSAL, El Salvador, actualizado enero 2016

### Cuadro 8. Seguimiento del adulto(a) con enfermedad crónica.

| Grupo de edad          | Frecuencia de seguimiento  | Personal de salud                |
|------------------------|--|----------------------------------|
| <b>De 19 a 60 años</b> | <b>Atención integral:</b><br>Al menos tres controles anuales a enfermedades priorizadas (enfermedad renal crónica, hipertensión arterial, diabetes mellitus, cardiopatías, desnutrición, cáncer) chequear criterios de buen control de enfermedad de base, si existe descompensación referir al Ecos Especializado. Dos controles anuales para el resto de enfermedades crónicas no priorizadas. | Por médico del Ecos F            |
|                        | <b>Atención integral especializada:</b><br>Según criterios de interconsulta  | Médico de familia o ilinternista |
|                        | <b>Visita de terreno:</b><br>Una visita de terreno anual   | Por personal del Ecos F.         |
| <b>Más de 60 años</b>  | <b>Atención integral:</b><br>Al menos tres controles anuales a enfermedades priorizadas<br>Dos controles anuales para el resto de enfermedades crónicas no priorizadas.  | Por médico del Ecos F            |
|                        | <b>Atención integralespecializada:</b><br>Según criterios de interconsulta.  | Médico de fFamilia o internista  |
|                        | <b>Visita de terreno:</b><br>Una visita de terreno anual   | Por personal del Ecos F.         |

Fuente: Dirección del Primer Nivel de Atención, MINSAL, El Salvador, actualizado enero 2016

En caso de las enfermedades infecto-contagiosas el seguimiento de la dispensarización será se acuerdo a lo establecido para su seguimiento en las guías clínicas de atención de las mismas.

### Cuadro 9. Seguimiento al grupo dispensarial IV

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

| Grupo de edad                                     | Frecuencia de seguimiento   | Personal de salud   |
|---|---|---|
| <b>Recién nacido:</b><br>(Hasta 28 días)          | <b>Atención integral:</b> Inscripción en consulta antes de los 7 días, control a los 14 y 28 días                           | Por médico del Ecos F   |
|   | <b>Atención integral especializada:</b><br>Valoración antes de los 14 días.   | Pediatra y fisioterapeuta del Ecos Especializado según corresponda.               |
|   | <b>Visita de terreno:</b><br>En las primeras 24 horas y 21 días de edad.  | Por personal del Ecos F.  |
| <b>Lactante:</b><br>29 días a 11 meses<br>28 días | <b>29 días a menor de 3 meses:</b><br><b>Atención integral quincenal:</b> (ya sea en consulta en sede o visita de terreno). | Por médico(a), enfermera(o) del Ecos Familiar.                                    |
|   | <b>Atención integral especializada:</b><br>Según criterios de interconsulta.  | Pediatra y fisioterapeuta del Ecos Especializado según corresponda                |
|   | <b>De 3 a 6 meses:</b><br><b>Atención integral mensual</b> (alternando consulta en sede y visita de terreno).               | Por médico(a), enfermera(o) del Ecos Familiar.                                    |
|   | <b>Atención integral especializada:</b><br>Según criterios de interconsulta.  | Pediatra y fisioterapeuta del Ecos Especializado según corresponda.               |
|   | <b>De 7 a 12 meses:</b><br><b>Atención integral en forma mensual.</b> (7,8,10 y 11 meses en sede; 9 y 12 meses en terreno)  | Por médico(a), enfermera(o) o promotor de salud del Ecos Familiar según patología |
|   | <b>Atención integral especializada:</b><br>Según criterios de interconsulta.  | Pediatra y fisioterapeuta del Ecos Especializado según corresponda.               |
| Transicional<br>12 meses a<br>23 meses 29<br>días | <b>Atención integral:</b><br>Un control trimestral  | Por médico(a), enfermera(o) del Ecos Familiar.                                    |
|   | <b>Atención integral especializada:</b><br>Según criterio del especialista  | Pediatra o fisioterapeuta del Ecos Especializado.                                 |
|   | <b>Visita de terreno:</b><br>Una visita anual   | Por personal del Ecos F.  |
| <b>Pre-escolar</b><br>(2 a 5 años)                | <b>Atención integral:</b> Un control semestral  | Por médico(a), enfermera(o) del Ecos Familiar.                                    |
|   | <b>Atención integral:especializada:</b> según criterio del especialista o como mínimo un control anual                      | Pediatra o fisioterapeuta del Ecos Especializado.                                 |
|   | <b>Visita de terreno:</b> Una visita de terreno anual   | Por personal del Ecos F.  |
| <b>Escolar</b><br>(6 a 9 años)                    | <b>Atención integral:</b> Un control semestral  | Por médico(a), enfermera(o) del Ecos Familiar.                                    |
|   | <b>Atención integral especializada:</b> según criterio del especialista o como mínimo un control anual                      | Pediatra o fisioterapeuta del Ecos Especializado.                                 |
|   | <b>Visita de terreno:</b><br>Una visita de terreno anual  | Por personal del Ecos F.  |
| <b>Adolescente</b><br>(10 a 18 años)              | <b>Atención integral:</b>   | Por médico(a), enfermera(o) del Ecos Familiar.                                    |
|   | <b>Atención integral especializada:</b> según criterio del especialista o como mínimo un control anual                      | Pediatra o fisioterapeuta del Ecos Especializado.                                 |
|   | <b>Visita de terreno:</b><br>Una visita de terreno anual  | Por personal del Ecos F.  |

### Cuadro 10. Seguimiento al adulto/a con discapacidad:

| Grupo de edad          | Frecuencia de seguimiento   | Personal de salud   |
|------------------------|---|---|
| <b>De 19 a 60 años</b> | <b>Atención integral:</b><br>Dos controles anuales                          | Evaluación Integral por el médico(a), enfermera(o) del Ecos Familiar.                     |
|                        | <b>Atención integral especializada:</b><br>Según necesidad                  | Por el médico(a) internista / médico de familia y fisioterapeuta del Ecos Especializado.  |
|                        | <b>Visita de terreno:</b><br>Una visita de terreno anual                    | Por personal del Ecos F.  |
| <b>Más de 60 años</b>  | <b>Atención integral:</b><br>Dos controles anuales                          | Evaluación Integral por el médico(a)/enfermera(o) del Ecos Familiar.                      |
|                        | <b>Atención integral especializada:</b><br>Según criterios de interconsulta | Por el médico(a) internista/ médico de familia y f fisioterapeuta del Ecos Especializado. |
|                        | <b>Visita de terreno:</b><br>Una visita de terreno anual                    | Por personal del Ecos F.  |

Fuente: Dirección del Primer Nivel de Atención, MINSAL, El Salvador, actualizado enero 2016

### Fichero de seguimiento a la dispensarización.

#### Consideraciones generales.

La ficha de seguimiento a la dispensarización (ver anexo 1) debe cumplir los siguientes criterios:

1. Corresponde una ficha a cada persona adscrita al Ecos F.
2. Debe ser llenada en forma completa a lápiz y organizada por meses en un fichero.
3. Las actividades son planificadas según grupo dispensarial, colocándose una "C": si le corresponde Consulta en la sede del Ecos F, o "T": si se le planifica visita domiciliar de terreno a la persona.
4. Las actividades que se realicen son encerradas en círculos una vez se vayan cumpliendo, según lo planificado, ya sean consultas o visitas de terrenos, ubicándola posteriormente en el mes correspondiente a la próxima actividad ya sea terreno o consulta.
5. Se entiende como INCIDENCIA: paciente con factor de riesgo o enfermedad crónica diagnosticados como caso nuevo en el año en curso.
6. Se entiende como PREVALENCIA: pacientes con factor de riesgo o enfermedad crónica diagnosticados en el año más los ya conocido.
7. Las fichas de seguimiento a la dispensarización de la población fallecida, son retiradas del fichero y agrupadas por aparte, los cuales permanecerán en su fichero por cinco años.

## **Fichero para el seguimiento a la dispensarización.**

Debido a que el fichero de seguimiento a la dispensarización considera las zonas como base para su división, es necesario:

1. Tener bien definidas las zonas para facilitar la ubicación de la persona y facilitar el trabajo de todo el equipo.
2. La asignación correlativa de las zonas, viviendas y familias permite la organización del archivo y facilita la búsqueda de expedientes.
3. El número de la ficha familiar pasa a ser el número de expediente individual y su numeración es determinada por el código del departamento, municipio, área, cantón/barrio/colonia, zona, vivienda, familia y el correlativo individual.

### **Descripción del fichero.**

1. Consiste en una caja rectangular, cuyas dimensiones podrán variar según el tamaño de las fichas que se colocan dentro de ésta, para facilitar su organización y manejo pueden elaborarse tarjeteros por zonas.
2. El material para elaborarlo es diverso según la iniciativa o creatividad de cada Ecos F: cartón, madera, plywood u otros.
3. Es una herramienta útil, se considera la base para la organización del trabajo en el modelo de intervenciones del equipo.

### **Manejo del fichero de seguimiento a la dispensarización.**

1. El colaborador de servicios varios (polivalente) con apoyo de la auxiliar de enfermería son los responsables de archivar y desarchivar el fichero de seguimiento a la dispensarización, sin embargo, el personal que brinde la atención es el responsable de actualizar cada ficha de seguimiento.
2. El fichero de seguimiento a la dispensarización debe estar ubicado en el área de archivo y ser organizado por meses en un año determinado. Se elabora tomando en cuenta los siguientes aspectos:
  - a) Colocar separadores correspondientes a los doce meses calendario (enero a diciembre),
  - b) Colocar dos separadores principales que corresponden; el primero al inicio o al frente del fichero con el nombre del año en curso y el segundo al final que corresponde al siguiente año.
  - c) Para facilitar su manejo pueden usarse separadores dentro cada mes para identificar los días y al interior de los días separar las zonas por promotor de salud (A, B, C).
3. Cuando una familia o persona llega a una comunidad se cuenta con un período mínimo de dos meses para adscribir la familia, registrarlo y evaluarlo para clasificación dispensarial. Exceptuando grupos de riesgos: embarazadas, niños y niñas menores de un año, tuberculosis, entre otros; que deben ser vistos de inmediato.

## **Planificación de actividades de seguimiento a la dispensarización.**

1. Mensualmente en la reunión de coordinación el Ecos F revisa el fichero y verifica el total de personas que les corresponde la atención de seguimiento en ese mes, así como la asignación de responsabilidades para realizar las atenciones, con el objetivo de la planificación de las actividades.
2. Semanalmente el Ecos F evalúa lo planificado, en caso de la población faltistas, estas deben ser reprogramados según su prioridad y se notifica a la población por el promotor de salud del área de responsabilidad.
3. La programación de las atenciones se hace según grupo dispensarial de mayor prioridad, (embarazadas, madres en periodo post natal y sus recién nacidos, personas del grupo III y IV), los nunca evaluados y de acuerdo al seguimiento a la dispensarización.

## **Seguimiento a la dispensarización.**

1. Las atenciones por demanda espontánea no se registran en la ficha de seguimiento a la dispensarización, únicamente en el expediente clínico individual.
2. Las visitas integrales a la familia o aquellas por actividades específicas programadas por cualquier miembro del equipo y que no corresponden al seguimiento a la dispensarización, no se reportarán en la ficha de seguimiento.
3. Las atenciones por seguimiento a la dispensarización en sede del Ecos F deben ser programadas en horarios escalonados, a fin de evitar concentración de la población en la UCSF, dejando siempre un margen de tiempo para la atención de emergencia y morbilidad según demanda histórica.
4. La población deben ser notificados de la fecha y hora de la atención por seguimiento a la dispensarización al menos con una semana de anticipación.
5. Las inscripciones de las acciones preventivas puede ser visto por enfermería en ausencia del médico, y de ser necesario pueden ser citadas a las cuarenta y ocho horas posteriores para su evaluación por médico.

### **3. Ficha familiar, riesgo y seguimiento familiar y comunitario**

#### **3.1 Ficha familiar, familiograma, ciclo vital y crisis familiares.**

La ficha familiar (anexo 3), es componente clave del seguimiento a la familia y para su llenado se debe tomar en cuenta lo siguiente:

1. El proceso de levantamiento de la ficha familiar debe ser realizado por todos los integrantes del Ecos F.
2. El llenado de la ficha familiar debe realizarse de manera completa en sus diferentes partes: datos generales, datos de población, situación de salud, familiograma: crisis familiares, evolución de la familia y otros aspectos.

3. Debe actualizarse de forma continua y sistemática por los integrantes de los Ecos Familiares, en el momento de la atención, tanto en la UCSF como en las visitas domiciliarias.
4. Debe ser cargada de forma periódica en el SUIS, en el módulo respectivo del Sistema de Información de la Ficha Familiar (SIFF).
5. La información debe ser utilizada para realizar el proceso de DCP, ASSI y elaboración del plan de acción en corresponsabilidad con la comunidad.
6. En caso de defunción o migración de un integrante de la familia, se debe realizar tachado de ese integrante, en este último caso deberá ser a lápiz, pero sin correr numeración. En caso de nacimientos o incorporación de un nuevo integrante familiar se debe dar el último número correlativo.

### **Familiograma.**

Es la representación gráfica de la familia y permite obtener información rápida acerca de la estructura familiar, sus miembros, y las relaciones entre estos. Está constituido por una serie de símbolos que dibujan un árbol familiar. (Anexo 4)

### **Funciones del familiograma.**

Proporciona información sobre tres aspectos de la familia:

1. El mapeo o trazado de la estructura.
2. El registro de información individual.
3. El señalamiento de las relaciones familiares.

### **Utilidad del familiograma.**

Es un instrumento muy útil para la atención y cuidado de la familia, proporciona información sobre:

1. Estructura familiar (convivientes en el hogar).
2. Etapa del ciclo vital en que transcurre la familia.
3. Acontecimientos vitales estresantes (aborto, divorcios, fallecimientos, desempleo, otros).
4. Recursos familiares.
5. Repetición de patrones familiares biológicos (cáncer, hipertensión arterial, diabetes mellitus) y psicosociales (alcoholismo, violencia familiar, modos de relacionarse, entre otros).
6. Facilita la comprensión de los vínculos consanguíneos y la relación entre los integrantes de la familia, así también permite anticipar los posibles conflictos que pueda enfrentar la familia e identificar algunas estructuras que puedan constituir riesgo en sí mismo. Ej. familias mono parentales o unipersonales como persona adulta mayor que vive solo(a).

### **Metodología para elaborar el familiograma.**

El familiograma se construye en el momento de la adscripción y llenado de la ficha familiar, durante la visita de terreno y es necesario tener claridad en los siguientes términos:

**Familia:** célula fundamental de la sociedad. Es la unión de personas que comparten un proyecto vital de existencia común, en el que se generan fuertes sentimientos de pertenencia

a dicho grupo, existe un compromiso personal entre sus miembros y se establecen intensas relaciones de intimidad, reciprocidad y dependencia, viven bajo un mismo techo y administran en común la economía doméstica.

**Tipos de familia:** la composición de la unidad familiar permite su clasificación según su estructura, en función de los miembros que comparten el hogar.

- Clasificación por la **ontogénesis** de la familia:
  - a) **Familia nuclear:** presencia de hasta dos generaciones padres e hijos, matrimonio con hijos o sin ellos y hermanos solos.
  - b) **Familia extensa, extendida:** presencia de dos generaciones o más, incluye hijos casados con o sin descendencia.
  - c) **Familia mixta o ampliada:** cualquier tipo de familia que rebasa las anteriores, puede incluir otros parientes y amigos.
  
- Clasificación por el **número** de miembros de la familia:
  - a) **Familia grande:** más de seis miembros.
  - b) **Familia mediana:** entre cuatro y seis miembros.
  - c) **Familia pequeña:** de uno a tres miembros.

Las funciones de la familia pueden sintetizarse en:

1. **Función bio-social:** comprende la realización de la necesidad de procrear hijos y vivir con ellos en familia.
2. **Función cultural:** comprende aquella parte de los procesos de reproducción cultural y espiritual de la sociedad que transcurren dentro de la familia, particularmente los relacionados con los valores sociales que transmite la familia y las actividades de tiempo libre que transcurren en el hogar o aquellos que los integrantes disfrutan en grupo fuera del hogar.
3. **Función socializadora o educativa:** es el conjunto de las actividades y relaciones interpersonales y de los efectos en la formación de la personalidad de los niños, niñas y jóvenes, no sólo resulta de actividades propiamente "educativas" (dirigidas conscientemente a formar, disciplinar o educar) sino que conlleva toda la actividad de inclusión como ser social.
4. **Función económica:** se realiza a través de la convivencia en un hogar común y la administración de la economía doméstica y de todos los gastos. Para el cumplimiento de esta función resulta importante considerarla variada gama de actividades que se realizan en el hogar, dirigidas al mantenimiento de la familia y que corrientemente se denominan "trabajo doméstico", cuyo aporte es fundamental para asegurar la existencia física y desarrollo de sus miembros, muy especialmente la reposición de la fuerza de trabajo.

Es fundamental considerar todos los aspectos antes mencionados para identificar correctamente una familia.

## Ciclo vital y crisis familiares

El ciclo vital se conoce como el desarrollo de la familia en su conjunto, en los diferentes "momentos" por los cuales van atravesando todos los miembros de la familia, quienes van a ir compartiendo una historia común.

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

Las crisis familiares son clasificadas en dos grandes grupos:

- 1.-Crisis normativas o transitorias.
- 2.-Crisis para normativas o no transitorias.

Las **crisis normativas o transitorias** son las relacionadas con los acontecimientos normales y esperables en el desarrollo familiar y que se erigen como puntos críticos de transición a lo largo del ciclo vital.

### Cuadro 11. Crisis normativas o transitorias de la familia.

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

Fuente: Dirección del Primer Nivel de Atención, MINSAL, noviembre de 2014.

Entre los problemas identificados en la etapa de formación de la crisis se encuentran:

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

En la etapa de formación de las crisis normativas o transitorias, las tareas a desarrollar son las siguientes:

1. Construcción conjunta del proyecto futuro de vida.
2. Acople funcional de actividades cotidianas.
3. Ajuste con la familia de origen e hijos anteriores.
4. Establecimiento de límites de roles entre los cónyuges.

5. Planificación familiar.
6. Ajuste sexual.

Entre los problemas identificados en la etapa de extensión se encuentran:

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

En la etapa de extensión de las crisis normativas o transitorias, las tareas a desarrollar son las siguientes

1. Aprendizaje del rol de padre y madre.
2. Ajuste de roles, entre rol de padre / madre y esposo / esposa.
3. Crianza y educación de la descendencia.
4. Ajuste a instituciones infantiles.
5. Planificación concepcional.
6. Cambio de rol frente a la adolescencia.

Entre los problemas identificados en la etapa de contracción se encuentran:

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

En la etapa de **contracción** de las crisis normativas o transitorias las tareas a desarrollar son las siguientes:

1. Cese de la tutela de al menos un hijo.
2. Nuevo rol frente a los hijos e hijas.
3. Reencuentro de la pareja, nueva comunicación.
4. Transformación de metas en la pareja.
5. Ajuste a problemas de salud y a la jubilación.

Entre los problemas identificados en la etapa de disolución se encuentran:

- Insuficiente apoyo familiar y social frente a la pérdida.

- Relativos al afrontamiento inadecuado al duelo.
- Transferencia de afectos y necesidades hacia los hijos o nietos.

En la etapa de disolución de las crisis normativas o transitorias las tareas a desarrollar son las siguientes:

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

### **Crisis o Transitorias o Paranormativas**

Las **crisis no transitorias o para normativas**, son las relacionadas con acontecimientos de carácter accidental, no guardan relación directa con las etapas del ciclo vital. Se clasifican, según la naturaleza del acontecimiento que las provocan en:

**Desmembramiento:** separación temporal o definitiva de algún integrante de la familia, por ejemplo:

- Hospitalización prolongada.
- Abandono.
- Separación conyugal/divorcio.
- Salida del hogar al extranjero o a otros departamentos del país.
- Muerte inesperada respecto al continuo del curso de vida (Ej. hijo, hija, cónyuge entre otros).
- Suicidio.

**Incremento:** incorporación de uno o más miembros de la familia, por ejemplo:

- Regreso al hogar (hijo, hija, pariente, abuelos, abuelas, sobrinos, sobrinas, entre otros).
- Adopción.
- Convivencia temporal.

**Desmoralización:** crisis caracterizada por la afectación de los valores y principios éticos-morales de la familia, por ejemplo:

- Conducta antisocial: mareros, ladrones, extorsionistas.
- Encarcelamiento.
- Escándalos en la comunidad.
- Infidelidad.
- Delincuencia, drogadicción, actos deshonorosos, entre otros.

**Desorganización:** se refiere a la crisis que se genera a partir de que se presente alguno de los siguientes acontecimientos:

Cambio económico importante: tanto en sentido negativo como positivo, por ejemplo:

- Pérdida de trabajo.

- Pérdida de alguna propiedad importante como la casa.
- Una herencia.

Problemas de salud, por ejemplo:

- Embarazo no deseado.
- Infertilidad.
- Intento de suicidio.
- Accidente.
- Diagnóstico de enfermedad de alto compromiso con la vida.

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

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

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

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

Las crisis normativas deben ser manejadas por los miembros del Ecos F, en dependencia del caso se deciden el o las disciplinas indicadas para la atención en terreno.

Las crisis para-normativas deben ser interconsultadas con el psicólogo del Ecos E u del Hospital de la red en la brevedad posible.

### 3.2 Condiciones para determinar vulnerabilidades y riesgo familiar.

La evaluación vulnerabilidad y el riesgo familiar se refieren al conjunto de aspectos que van más allá del individuo, incluyendo aspectos colectivos, contextuales que llevan a ser susceptibles a enfermedades o lesiones. Este concepto también lleva en cuenta aspectos que se refieren a la disponibilidad o carencia de recursos destinados a la protección de las personas.

El riesgo familiar se determina de acuerdo a los siguientes criterios: condiciones de la situación de salud de cada uno de los miembros de la familia, el tipo y funcionamiento familiar y las condiciones de la vivienda y medio ambiente, clasificándose de la siguiente manera:

|                      |                                     |   |
|----------------------|-------------------------------------|---|
| <b>Bajo riesgo</b>   | Representado por el color verde.    |  |
| <b>Riesgo medio:</b> | Representado por el color amarillo. |  |
| <b>Alto riesgo</b>   | Representado por el color rojo.     |  |

Una familia tendrá el nivel de mayor riesgo en el cuál cumpla al menos dos de los criterios de las descritas a continuación. Si encuentra alguna característica no mencionada, la

clasificación queda a criterio del Ecos F. Anotar según la valoración que se describe en la siguiente tabla:

**Cuadro 12. Criterios para la clasificación de riesgo de la familia.**

| Nivel de riesgo     | Criterios  |  |   |
|---------------------|--|--|---|
|                     | Tipo y funcionamiento de la familia  | Situación de salud   | Condiciones de la vivienda  |
| <b>BAJO RIESGO</b>  | 1) Crisis normativas con familia funcional.  | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pareja con salud sexual y reproductiva sin riesgo.</li> <li>2. Mujeres que se ha realizado la citología en los últimos dos años.</li> <li>3. Niños o niñas con control de crecimiento y desarrollo actualizado según norma.</li> <li>4. La mayoría de miembros de la familia, dispensarizados en el grupo I.</li> <li>5. Niños, niñas y adolescentes escolarizados.</li> </ol>   | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Familia sin exposición a riesgo ambiental.</li> <li>2. Familia que consume agua segura.</li> <li>3. Familia con uso y mantenimiento adecuado de letrina.</li> <li>4. Sin criaderos de vectores.</li> <li>5. No cocina dentro de la casa con leña, estopa de coco o carbón.</li> <li>6. Posee todos los servicios básicos.</li> <li>7. Perros o gatos vacunados.</li> </ol>  |
| <b>RIESGO MEDIO</b> | 1) Crisis familiares normativas que causen disfunción familiar   | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Presencia de mujer embarazada, puérpera o menor de un año, con control.</li> <li>2. Mujer en edad fértil, con vida sexual activa que no usa método de PF.</li> <li>3. Mujer sin toma de citología en los últimos dos años.</li> <li>4. Niños o niñas menores de cinco años sin control de crecimiento y desarrollo.</li> <li>5. Niños o niñas con esquema de vacunación incompleto.</li> <li>6. Niños, niñas o adolescentes con ausentismo escolar.</li> <li>7. La mayoría de personas dispensarizadas en el grupo III compensada o grupo II.</li> <li>8. Varios miembros de la familia con mala salud bucal.</li> <li>9. Discapacidad física que no comprometa independencia y función social.</li> <li>10. Analfabetismo.</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. La basura la tiran a cielo abierto, al río, lago, quebrada u otro lugar.</li> <li>2. Familia con uso y mantenimiento inadecuado de letrina (no tapada, sucia).</li> <li>3. Higiene inadecuada de vivienda.</li> <li>4. Almacenamiento y manipulación inadecuada del agua de consumo humano.</li> <li>5. Animales de crianza que no estén aislados de la vivienda.</li> </ol>  |
| <b>ALTO RIESGO</b>  | <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Crisis Familiares para-normativas (violencia intra familiar, uso de drogas o alcoholismo).</li> <li>2) Familia disfuncional</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Presencia de mujer embarazada, puérpera, niño o niña menor de un año, sin control.</li> <li>2. Presencia de al menos un miembro de la familia con desnutrición/obesidad mórbida.</li> <li>3. Alguna persona dispensarizada en el grupo III descompensado o IV con discapacidad sensorial, intelectual y mental o psiquiátrica.</li> <li>4. Embarazo en la adolescencia.</li> <li>5. Riesgos laborales peligrosos como: exposición a plaguicidas sin protección.</li> <li>6. Adulto/a mayor con cualquier tipo de demencia.</li> <li>7. Algún miembro de la familia en estado terminal de su enfermedad.</li> </ol>   | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Con exposición a riesgo ambiental (inundaciones, derrumbes, contaminación ambiental).</li> <li>2. Daños estructurales de vivienda.</li> <li>3. Consumo de agua no segura.</li> <li>4. Sin letrina.</li> <li>5. Cocina dentro de la casa con leña, estopa de coco o carbón.</li> <li>6. No trata aguas negras, grises, desechos sólidos.</li> <li>7. Tiene criaderos de zancudos, chinches y otros vectores.</li> <li>8. Tienen perros y gatos sin vacunar.</li> </ol> |

Fuente: Dirección del Primer Nivel de Atención, MINSAL, El Salvador, febrero de 2014.

### **3.3 Seguimiento a la salud en el entorno familiar y comunitario.**

Dentro del Modelo de Atención en Salud Familiar y Comunitaria, el componente familiar se aborda desde la promoción de la salud hasta la prevención de riesgos y enfermedades, a partir del diagnóstico realizado mediante el levantamiento de la ficha familiar, elaboración del famiograma e identificación de crisis familiares, todas estas herramientas, más la clasificación del riesgo familiar, ayudan a establecer la base para la programación de las visitas de seguimiento (priorizando la atención a las familias clasificadas en alto riesgo), se debe utilizar la aplicación del APGAR familiar (anexo 2) lo cual permite clasificar a las familias en:

- Altamente funcionales,
- Moderadamente funcionales y
- Severamente disfuncionales, a éstas últimas se debe priorizar la atención por el psicólogo(a) del Ecos Especializado.

La planificación de las visitas de terreno a las familias debe ser programadas por el Ecos F, considerando para tal fin la evaluación de riesgo familiar realizada y en base a este riesgo, deben ser agendadas para su cumplimiento.

En general se debe realizarse con una frecuencia mínima de dos veces al año, pero es cumpliendo el principio de equidad (el cual enseña a tratar con más atención y en tiempo oportuno a los más necesitados) y además la priorización según colores, estas visitas deben ser registradas en la hoja de evolución de familia y durante su realización es importante la presencia del o la jefe de familia, ya que éste es el que adquiere los mayores compromisos de solución a los problemas identificados.

Objetivos de la visita de evolución de la familia:

1. Establecer una relación de confianza con cada uno de los miembros de la familia.
2. Contribuir a la modificación de los principales riesgos sociales, medio ambientales, individuales y de interrelación personal, así como la morbilidad o discapacidad dentro de la familia.
3. Facilitar la conciencia familiar sobre su situación en particular, estableciendo metas de cambio.
4. Apoyar en la modificación de los principales problemas de salud, ambientales, sociales que intervienen en la persona y la familia.
5. Establecer acuerdos y compromisos bilaterales con los miembros de la familia de posible solución a los problemas identificados, ya sean conflictos dentro de la familia, en el ámbito social, medio ambiental, entre otros.
6. Verificar el cumplimiento de las medidas adoptadas en consenso.
7. Obtener un perfil de la familia para la actualización de la ficha familiar y famiograma.

## **4. Mapa sanitario y participación social.**

### **4.1 Mapa Sanitario.**

Se define como la representación gráfica de un determinado lugar, en el que se ubican a través de una simbología definida, las viviendas, instituciones, accidentes geográficos, presencia de Determinantes sociales social y ambiental, infraestructura básica, servicios, recursos humanos, materiales y naturales disponibles y otros.

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

## **Utilidad del mapa sanitario**

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

## **Procedimiento para elaborar el mapa sanitario**

El mapa sanitario se debe ir elaborando de manera preliminar en el momento que se van levantando o actualizando las fichas familiares y una elaboración final corregida, en un período máximo de dos semanas posterior a finalizar el levantamiento de la ficha familiar.

El mapa sanitario debe actualizarse de manera obligatoria, sistemática, dinámica y continua, siendo responsable el médico coordinador con la participación de los integrantes del Ecos F, debe ubicarse en el espacio físico de la sala situacional para ser utilizado siempre en la planificación y toma oportuna de decisiones.

## **Contenido del mapa sanitario**

1. Todas las viviendas de la comunidad (estén habitadas o no), deben de identificarse con su respectivo número correlativo, de acuerdo a la sectorización que se realizó al momento del levantamiento de la ficha familiar.
2. La clasificación del riesgo de cada una de las familias según código de colores (ver cuadro 12) que habitan en dichas viviendas.
3. La presencia o ausencia de servicios básicos como agua segura y letrinas, entre otros.
4. Los principales componentes geográficos de la comunidad, tales como caminos, ríos, quebradas u otro accidente geográfico, tanto para ser usados como referencias, como para definir acciones de gestión ambiental y de prevención de desastres.
5. El contenido del mapa sanitario debe socializarse en la primera Asamblea Comunitaria.

## **Fases de elaboración del mapa sanitario**

La elaboración del mapa sanitario se desarrolla en dos fases:

### **1. Recolección y registro de la información:**

- a) Recorrido por la comunidad con los líderes y lideresas durante la sectorización.
- b) Elaborar croquis preliminar en hojas de papel bond para la recolección de la información, ubicando la entrada principal a la comunidad, los puntos cardinales, cada una de las viviendas, principales accidentes geográficos (ríos, lagos, cerros, fuentes

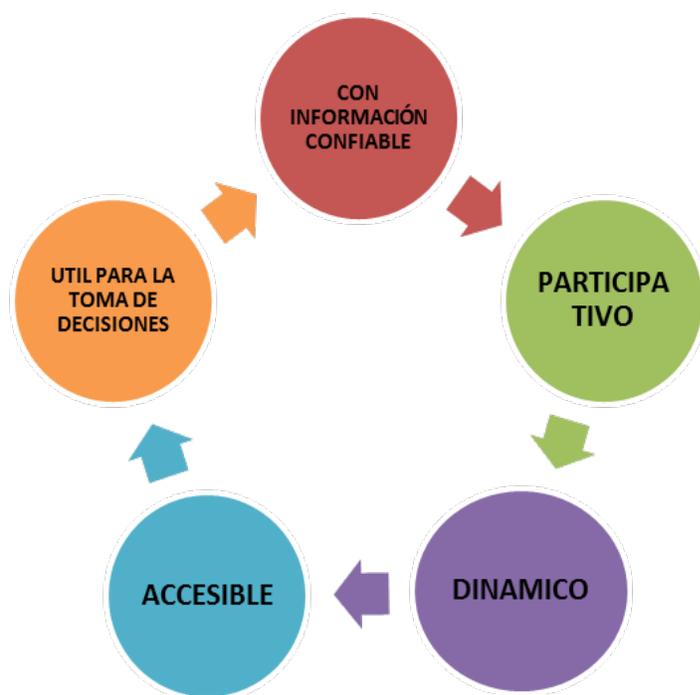
de agua y otros), infraestructura comunal (escuelas, casa comunal, iglesias, parques, instituciones, establecimientos de salud, centros deportivos entre otros).

- c) Con la información de los mapas preliminares y al finalizar el levantamiento de la ficha familiar, elabore el mapa general de la comunidad, utilizando un pliego de cartulina o papel bond.
- d) El mapa se representa según se describe en la etapa de implementación del Ecos F en el cuarto paso: Zonificación del área urbana o rural y numerar las viviendas en cada zona.

### 1. Actualización del mapa sanitario:

- a) La revisión y actualización general debe realizarse cada año.
- b) Cuando suceda un cambio en la situación de salud de las familias y comunidad, se debe realizar en forma inmediata.
- c) Socialización a todos los niveles pertinentes incluidos la comunidad.

**Figura 5 Condiciones que se deben considerar para que un mapa sanitario sea funcional.**



## **4.2 Participación social.**

### **Diagnóstico comunitario participativo (DCP) y análisis situacional de salud integral (ASSI)**

#### **A- Diagnóstico comunitario participativo (DCP).**

Basándose en el enfoque de promoción de la salud esbozado en la Carta de Ottawa, se proponen estrategias de diversas metodologías, como Mujer, Individuo, Familias y Comunidades (MIFC) con el fin de mejorar la salud. El objetivo de trabajar con las personas, las familias y las comunidades es contribuir al empoderamiento de las mismas, para mejorar y aumentar el control de su salud, así como para aumentar el acceso a servicios de salud de calidad y calidez; también se incorporan estrategias en el Diagnóstico de Planificación Local Participativa (PLP).

#### **Conceptualización. Diagnóstico Comunitario Participativo (DCP).**

El DCP es una herramienta que ayuda en el inicio de un proceso de empoderamiento de personas, familias y comunidades. Usando un enfoque participativo, apoya a los actores locales a elaborar un diagnóstico de los problemas y necesidades de salud y su determinación social. También identifica acciones potenciales y recursos locales que se pueden movilizar para enfrentar esos problemas y necesidades.

El DCP constituye un proceso participativo en el cual diferentes actores, además de identificar los elementos de su realidad y como les afectan, pueden reconocer la importancia de trabajar juntos, de escucharse unos a otros, y de una planificación y resolución conjunta de sus problemáticas.

El DCP no solo es un proceso para obtener información de la comunidad, sino un primer paso de diálogo, sensibilización y empoderamiento.

Los DCP deben ser una parte de un ciclo rutinario de la planificación en salud. La red de servicios de salud, junto con la red social comunitaria, deben efectuar diagnósticos periódicos que den la información y retroalimentación a las gerencias de programas de salud sobre las necesidades cambiantes, para llevar a cabo procesos informados para la planificación en salud.

La complejidad de la salud, y el trabajo con las personas, las familias y las comunidades exigen un enfoque integrado y articulado, que maximice los beneficios de una amplia variedad de actividades, realizadas en lo interno, dentro del sistema de salud, y en lo externo, con otros sectores (enfoque intersectorial), en particular con programas educativos y de generación de ingresos.

#### **Principios orientadores del marco de acción del DCP.**

1. Justicia social o equidad en materia de salud.
2. Respeto, la protección y el cumplimiento de los derechos humanos a las mujeres, individuos, familia y comunidad
3. Respeto al derecho de elección, la dignidad, la diversidad e igualdad.
4. Equidad de género y sensibilidad cultural.

Estos principios constituyen la base fundamental para la aplicación del marco estratégico de las intervenciones a nivel de mujeres, individuos, familias y comunidades (MIFC).

Los objetivos del DCP se organizan en cuatro áreas prioritarias:

1. Desarrollar capacidades en las personas, familias y comunidades, para mantenerse sanas, tomar decisiones saludables y responder a las emergencias. La facilitación del proceso participativo debe buscar el desarrollo de habilidades y las destrezas, conocimientos, actitudes y valores de los miembros de las comunidades, a través de un proceso de aprendizaje, compartir y analizar. Los diferentes actores involucrados en el DCP comparten sus conocimientos y sus perspectivas sobre los problemas. El proceso permite que la comunidad desarrolle sus capacidades, y al mismo tiempo, apoya a que los establecimientos de salud desarrollen un entendimiento de las comunidades.
2. Crear conciencia de los derechos, las necesidades y los problemas relacionados con la salud (procesos de contraloría social).
3. Fortalecer los vínculos para lograr el apoyo social entre las personas, las familias, las comunidades, y el sistema de prestación de atención de salud, trabajo intersectorial, establecimiento de alianzas.
4. Mejora de la calidad y calidez de la atención de los servicios de salud y las interacciones con las personas, familias y comunidades.

**Cuadro 13. Objetivos fundamentales de MIFC incluidas en el DCP.**

| Objetivos en el DCP  | Propuestas de temas a desarrollar en las mesas de dialogo en el DCP  |
|--|--|
| 1. Desarrollar las capacidades para mantenerse saludable, tomar buenas decisiones y responder a emergencias.   | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cuidados en el hogar de niñas y niños, mujeres, hombres, adolescentes y adultos(as) mayores.</li> <li>▪ Utilización de los servicios de salud.</li> <li>▪ Reconocimiento de los signos y señales de peligro de complicaciones de enfermedades o situaciones de salud.</li> <li>▪ El proceso de tomar las decisiones para la búsqueda de las atenciones requeridas en caso de complicaciones de enfermedades o situaciones de salud.</li> <li>▪ Preparación de medidas de acuerdo a riesgos familiares.</li> </ul> |
| 2. Crear la conciencia de derechos, necesidades y problemas potenciales relacionados con la salud.   | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tomar conciencia sobre los derechos humanos y de salud.</li> <li>▪ Rol del hombre (esposo/pareja/padre) y otras personas con influencia sobre la salud de la familia.</li> <li>▪ Participación de la comunidad y las redes comunitarias en la vigilancia epidemiológica, auditorias de mortalidad.</li> </ul>   |
| 3. Fortalecer los vínculos para el apoyo social entre las personas, familias y comunidades con el sistema de servicios de salud. Procesos Intersectoriales e interinstitucionales. | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Identificación de alternativas y recursos que resuelvan los problemas de salud.</li> <li>▪ Sistemas de transporte como factor que facilita o impide el acceso y la utilización de los servicios de salud.</li> <li>▪ Rol de la partera, curanderos, comités de salud comunitarios y sus vínculos con el sistema de salud formal.</li> <li>▪ Promover la acción intersectorial.</li> </ul>   |

|  |  |
|--|--|
| <p>4. Mejorar la calidad de atención en los servicios de salud y las interacciones del sistema con las personas, las familias y las comunidades.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Perspectiva de las personas, las familias y las comunidades sobre la calidad de los servicios de salud.</li> <li>▪ Mecanismo para la participación comunitaria y los(as) proveedores de salud en la definición, el monitoreo y la evaluación de la calidad de la atención.</li> <li>▪ Apoyo de familiar o de acompañante en las atenciones en la salud.</li> <li>▪ Destrezas interpersonales e interculturales de las(os) proveedores de los servicios de salud.</li> </ul> |
|--|--|

Fuente: Dirección Primer Nivel de Atención, MINSAL, enero 2016

### **Espacio de colaboración en el desarrollo de DCP:**

- Alianzas a todos los niveles local y municipal.
- Redes sociales y organizaciones de sociedad civil, incluyendo comités de desarrollo local, comités locales de salud, grupos de mujeres, ONG, cooperativas, grupos indígenas.
- Otras instituciones del sector público, incluyendo el sector educación, transporte y las autoridades locales.
- Grupos e instituciones religiosas.
- Los diferentes tipos de establecimientos y personal de salud: hospitales, centros de salud, puestos de salud, públicos y privados, trabajadoras(es) tradicionales de salud, entre otros.
- Integrar diferentes programas de salud: ITS/VIH/sida, inmunizaciones, malaria, salud reproductiva incluyendo la planificación familiar, TB, entre otros.
- El sector privado.

### **Conformación y capacitación del equipo técnico para el DCP.**

La conformación del equipo técnico será con personal de salud y liderazgo comunitario en base a criterios de género, liderazgo, disposición entre otros; y deberán participar todo el equipo del Ecos F y 1 un líder o lideresa por zona.

Es importante fortalecer la capacidad técnica de trabajar con procesos participativos, intersectoriales de todas las personas que trabajan en salud. En muchos lugares, las personas trabajando en salud no tienen experiencia con un proceso como el DCP, y por lo tanto, casi siempre es necesario de tener talleres de capacitación para esta actividad.

Los temas/sesiones claves de la capacitación son:

1. Introducción a los principios de participación: organización social, liderazgos, incidencia política, participación social, intersectorialidad y derecho humano a la salud.
2. Revisión de todos los documentos que apoyen a la realización del DCP y ASSI.
3. Capacitación sobre las técnicas e instrumentos a desarrollar y utilizar en la elaboración DCP.

4. Revisión y adaptación de las guías para las mesas de diálogo, entrevistas a informantes claves.
5. Capacitación sobre manejo de grupos y destrezas para tomar notas en las Mesas de Diálogo, incluyendo destrezas de comunicación y síntesis para las/os facilitadoras/es.
6. Análisis y redacción de informes sobre las mesas de diálogo.
7. Preparación de las mesas de diálogo (incluyendo la logística y la identificación de las/os participantes).
8. Práctica de una mesa de diálogo con un grupo comunitario, incluyendo el análisis y la redacción de informes.
9. Preparación para la mesa de diálogo con inter actores.

### **Características del DCP**

1. Utiliza un enfoque participativo que incluye liderazgo comunitario personas de la comunidad e interesadas/os en la recolección y análisis de información sobre la situación de la salud y es considerado como el primer paso en el proceso del empoderamiento de las personas, familias y comunidades.
2. Combina varios métodos para la recopilación de una gama de información y experiencias, recolectados en un análisis situacional y en Mesas de Diálogo sostenidas con actores sociales, así como entrevista con informantes claves ejemplo presidente de la ADESCO, Director de la UCS F, alcalde o concejo municipal, los cuales tienen impacto sobre los problemas de salud. La información debe presentarse desagregada por sexo, utilizando lenguaje no sexista y evitando los estereotipos.
3. Promueve el análisis detallado de la situación de salud, apoyando la identificación de intervenciones que son factibles y que pueden fortalecer la estrategia local de salud.
4. Motiva o anima la palabra de los diferentes actores en un diálogo de perspectivas y saberes.
5. Escuchando y aprendiendo: Quienes conducen y participan en el DCP deben estar dispuestos a aprender unos de los otros, superando prejuicios y permitiendo que el proceso de aprendizaje tome el tiempo necesario, de escuchar en vez de dar charlas y sermones.
6. Equidad de Género: Se debe promover la equidad de género a través del análisis de perspectivas y opiniones, tanto de participantes mujeres, como hombres. Los facilitadores deben estar conscientes de cualquier inequidad de género que pueda existir durante las discusiones, y ayudar a mujeres y hombres en su discusión y comprensión de sus posiciones dentro de sus comunidades. El equipo de análisis deberá estar integrado respetando la equidad de género.
7. Sin pre juicio (ambiente abierto a la discusión): El DCP involucra discusión abierta sobre la situación al nivel comunitario y a veces toca temas delicados. Es importante promover que la gente hable y sientan que sus aportes y conocimientos son valorados. Los facilitadores no deben tener prejuiciosos o hacer comentarios sobre las creencias, valores o conductas. La intención no es que sea una evaluación, sino un foro de diálogo para identificar necesidades y soluciones.

8. Expectativas realistas: Es importante proporcionarles a los miembros de la comunidad, la información clara sobre el diagnóstico. Los objetivos y resultados probables deben ser explicados claramente. Algunas situaciones probablemente levantarán expectativas. Estas deben ser discutidas abiertamente y honestamente, y evitar hacer promesas que no se pueden cumplir. Expectativas altas y no realistas dan lugar a decepción y pérdida del interés en el proceso participativo.

9. Confidencialidad: En el DCP se pueden tener discusiones sobre temas delicados. Los facilitadores deben respetar en todo momento la confidencialidad de los participantes durante las discusiones. Es esencial que los miembros de la comunidad no sufran por que se ha divulgado información personal durante las discusiones. Esto se puede evitar enfocando la discusión sobre generalidades en vez de participantes individuales. Por ejemplo, en vez de pedirles a los participantes que discutan sus propios problemas, se puede solicitar que se tenga discusión sobre los problemas en general dentro de sus realidades, y de otras comunidades.

10. Consideraciones culturales: Aunque el equipo del diagnóstico debe vivir en el área local, los miembros deben estar conscientes de cualquier diferencia entre ellos y otros miembros de las comunidades donde estarán trabajando. Entender estas diferencias ayuda en la discusión de la problemática de la salud con los diferentes grupos comunitarios, pero también cuando están analizando la información y determinando los planes de acción apropiados. Un proceso de diagnóstico intercultural debe ser sensible a la historia, las necesidades, las fortalezas y los recursos de los diferentes grupos comunitarios para enfrentar la situación y las necesidades de estos grupos.

## **Preguntas estratégicas del DCP**

En resumen el DCP busca responder a cinco preguntas estratégicas:

1. ¿Cuál es la situación actual de la salud en el área local con un enfoque de la determinación social de la salud; identificando vulnerabilidades, amenazas, riesgos, daños; retos y oportunidades para la mejora de las situaciones problemáticas.
2. ¿Cuál es la situación de mujeres, hombres, niños, niñas, adolescentes, adultos mayores, población LGBTI y otros grupos prioritarios?
3. ¿Con cuáles actores comunitarios e instituciones presentes en el municipio debemos trabajar para implementar intervenciones?, ¿cuáles son los recursos potenciales que podemos aprovechar?
4. ¿Cuáles son las intervenciones y mecanismos participativos que existen en la salud comunitaria de la zona, y las lecciones aprendidas de éstas, que deben ser tomadas en cuenta?
5. ¿Cuál es la situación de la comunidad en los aspectos de geográficos, culturales y religiosos?

Las mesas de diálogo permiten potenciar la participación social en salud en el territorio, ya que es la comunidad quien identifica y prioriza los problemas (a partir de diferentes metodologías que se plantearán posteriormente), para ser presentados a los espacios intersectoriales y al Consejo de Gestión de la micro red.

## **Beneficios de hacer un DCP.**

1. Permite que la mujer, individuo, familia y la comunidad lleven a cabo un proceso de diagnóstico de la salud y así desarrollar una capacidad de trabajar conjuntamente. Se trabaja con un enfoque de derecho a la salud desde el diagnóstico.
2. Las comunidades identifican sus problemáticas y necesidades de salud (que pueden ser diferentes a los identificados por las autoridades nacionales o investigadores externos, y planificar las intervenciones que sean congruentes con las necesidades identificadas.
3. Se construyen o fortalecen vínculos entre los servicios de salud y la población promoviendo así el uso de estos servicios y mejoras de la calidad de los mismos.
4. Mayor entendimiento y confianza entre mujeres, hombres, proveedores de servicios de salud, líderes comunitarios y líderes religiosos, entre otros.
5. Aumento del interés sobre la problemática de la salud en los miembros de la comunidad

## **Descripción de pasos del DCP.**

### **Paso 1: Descripción del contexto de la situación de salud de la comunidad.**

Proporciona una visión de la situación de salud y las estructuras comunitarias al nivel municipal. Los datos recolectados son utilizados para:

- Identificar criterios de selección para la conformación del equipo técnico.
- Identificar actores sociales (locales y externos), organizaciones, instituciones e individuos.
- Proporcionar la información que ayuda al equipo del DCP en determinar cuáles temas se deben explorar con mayor profundidad durante las mesas de diálogo.

La descripción del contexto de salud de la comunidad con un enfoque de determinación social: depende de los instrumentos y metodologías que se utilicen para la recolección de información.

### **Fuentes de la información:**

1. Encuestas demográficas y de salud.
2. Ficha familiar.
3. Estadísticas vitales.
4. Sistemas de vigilancia epidemiológica.
5. Censos gubernamentales, encuestas de hogares.
6. Estadísticas de los establecimientos (unidades de salud, hospitales, entre otros.).
7. Investigaciones cuantitativas o cualitativas, publicados por el Ministerio de Salud, ONG, universidades u otros.

8. Informes sobre desarrollo humano o social (PNUD, UNICEF, Banco Mundial, entre otros.)
9. Informes de grupos focales.
10. Informes o encuestas de las autoridades Municipales.

### **¿Quién debe hacerlo?**

El equipo de Ecos Familiares, son responsable de recolectar la información, con apoyo de las(os) representantes de cada una de las zonas, en la identificación de las fuentes de datos y a entender el significado de los datos recolectados, o si existen problemas con los datos. El coordinador entonces puede organizar una reunión para permitir que los otros(as) miembros del comité repasen lo que se ha compilado y dar sugerencias e insumos para el desarrollo del DCP.

La descripción del contexto de salud de la comunidad con un enfoque de determinación social.

Debe contener la metodología utilizadas:

- Los formularios para recolección de datos y el mapa sanitario.
- Un párrafo resumen de la descripción del contexto de salud de la comunidad.
- Un resumen por escrito de los “Retos y Oportunidades para la salud.”
- Una presentación resumiendo los datos claves.

La presentación debe ser adaptada según la audiencia. Por ejemplo, si se usa para las mesas de diálogo con los actores sociales, puede ser que se tenga que simplificar sustancialmente (especialmente en el uso de estadísticas complejas o terminología), la cual debe incluir:

- La importancia de la organización en Redes Integrales e Integradas de Salud de territorio, en adelante RIIS, estableciendo que la RIIS pretende lograr la atención integral de las personas en el curso de la vida a partir de su necesidad, en el contexto de su familia y comunidad,
- Que la atención integral de las personas en el curso de la vida a partir de su necesidad, en el contexto de su familia y comunidad, es un reto que debe ser asumido por toda la estructura administrativa y de atención del Sistema Nacional de Salud, en adelante SNS, para la optimización de los recursos con que cuenta la implementación de la Reforma de Salud en El Salvador.
- Que el trabajo en Red Integral pretende:
  1. Desarrollar la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, atención y rehabilitación en el continuo de vida.
  2. Articular todos los niveles del sistema donde se procura la atención de manera continua, desde la comunidad hasta el centro de mayor especialización.

## **Paso 2: Técnicas empleadas en el desarrollo de DCP.**

### **Mesas de diálogo:**

Consiste de una serie de mesas de diálogo con diferentes grupos comunitarios. Antes de presentar la metodología para estas, es importante identificar las razones de usar este enfoque.

Las mesas de diálogo son foros para escuchar lo que varios interesados en el sistema de salud quieren comunicar, así como posibles soluciones. Es un foro para iniciar el proceso del empoderamiento de los diferentes grupos interesados por medio del apoyo y de su participación activa.

Las mesas de diálogo permiten:

- Entender el contexto cultural y social de la comunidad, desde la perspectiva de los diferentes interesados.
- Escuchar directamente a las personas y sus familias sobre sus necesidades de salud, y los cambios y mejoras que ellos y la comunidad esperan.
- Explorar posibles soluciones que responden a estas necesidades.
- Promover el diálogo entre las personas, sus familias y representantes comunitarios con los proveedores de servicios de salud, y dar a los participantes la oportunidad de relacionarse con otras personas, intercambiar ideas y reflexionar sobre lo que se ha dicho y escuchado.
- Identificar otros interesados que pueden colaborar en el proceso de mejorar la salud.

### **Conformación de las mesas de diálogo por actores.**

Cada grupo de discusión debe incluir de quince a veinte participantes. Se sugiere tener mesas de diálogo individuales, una mesa para cada uno de los diferentes grupos contemplados en su población, ejemplos.

1. Mesa de mujeres.
2. Mesa de hombres.
3. Mesa de adolescentes mujeres.
4. Mesa de adolescentes hombres.
5. Mesa de líderes/lideresas comunitarios/as.
6. Mesa de proveedores de servicios de salud.
7. Mesa de actores institucionales.
8. Mesa de personas veteranas de guerra.

Los Ecos Familiares pueden considerar agregar algunas mesas para otros grupos o eliminar otras, para mejorar la representatividad de las mesas y la congruencia con la situación y las características del contexto local. Las mesas deben tenerse en lugares dentro de la comunidad misma. Esto permite lograr un ambiente neutral y natural donde las relaciones de poder son minimizadas. Las mesas de diálogo se presentan en la forma de un taller, con algunas sesiones plenarias y con trabajos de grupo. Debe tener una duración máxima de cuatro horas y media.

## **Revisión de la guía de facilitación de las mesas de diálogo:**

Antes de iniciar la organización de las mesas, se debe revisar la guía para la facilitación de las mesas (anexo 8) para poder preparar adecuadamente las discusiones. Se aparta tiempo durante la capacitación sobre el DCP para repasar la guía, pero puede ser de utilidad que los miembros del equipo lleven a cabo una revisión preliminar y recomendar los cambios que ellos ven necesarios.

Los aspectos siguientes deben ser considerados para la adaptación de la guía:

1. En la terminología a utilizar, en necesario reemplazar los términos genéricos y técnicos con términos locales más apropiados y entendibles.
2. Los problemas o necesidades en salud: las preguntas en la guía se pueden adaptar para asegurar que problemas locales importantes son reflexionados. Por ejemplo, el análisis situacional puede indicar que la violencia durante el embarazo es una causa mayor de la morbilidad y mortalidad materna. Siendo este el caso, algunas preguntas específicas sobre dicho tema se pueden agregar o modificar, para que se cubra este tema.
3. Las prácticas culturales: preguntas sobre las prácticas culturales se pueden agregar a la guía para facilitación de las mesas, y así asegurar la discusión de estos temas culturales que existen en ciertas áreas.

## **Identificación de los participantes y lugares de las mesas de diálogo.**

Los Ecos F junto con líderes o lideresas comunitarias, identifican las personas que participan en las mesas de diálogo, asegurando que las mesas incluyan personas con las características especificadas (anexo 7). Algunas personas pueden representar varias características, por ejemplo, una mujer puede ser seleccionada porque tiene un recién nacido y también tuvo una emergencia obstétrica.

Como el propósito de las mesas de diálogo es de diagnosticar la situación de una población grande y diversa dentro de un municipio, los Ecos F deben asegurar que las mesas presentes en el municipio son representativas de las “comunidades” en sus características geográficas, étnicas y socio económicas.

Para las mesas con participación de mujeres, hombres, adolescentes, líderes y lideresas comunitarios, es particularmente importante asegurar la participación de personas de zonas pobres y marginadas. Usualmente, estos participantes viven en áreas rurales de donde es difícil viajar hacia un punto céntrico en el municipio. Entonces, es importante tratar de organizar estas mesas en áreas rurales o cantones pequeños que son más accesibles para los participantes. Para asegurar un grupo diverso que representa las diferentes situaciones, los participantes deben ser invitados de por lo menos dos o tres cantones cercanos.

Para el proceso de decidir quiénes serían los invitados para las reuniones, el grupo puede tratar de identificar algunos miembros de la comunidad que conocen bien la zona, y ellos pueden ayudar al equipo en la identificación de participantes. Los establecimientos de salud locales también pueden tener algunos expedientes de familias que llenan algunos requisitos.

## **Organización de las mesas de diálogo.**

Los pasos a seguir para la organización de las mesas de diálogo son:

1. Desarrollo de un cronograma específico de actividades para la organización de cada una de las mesas de diálogo.
2. Identificación del lugar para las mesas, ambiente privado, ventilado. Si el salón no tiene mesa, poner las sillas en un círculo, de tal manera que todos los participantes se puedan ver unos a otros. Asegúrese que hay zonas para trabajo de grupo, en el mismo salón o separado.
3. Preparación de los materiales escritos necesarios.
4. Presentación breve sobre la descripción del contexto de salud de la comunidad con un enfoque de determinación social y los objetivos de las mesas de diálogo.

## **Sugerencias adicionales para la organización de las mesas de diálogo:**

- Determinación de la fecha, hora y lugar para las mesas **antes** de preparar las invitaciones de los participantes. Escoja fechas y horas convenientes para la comunidad, y lugares accesibles.
- Invitación de doce a quince personas para cada mesa, para lograr una asistencia de por lo menos diez personas por mesa.
- Selección de por lo menos una persona por cada característica.
- Explicación de la importancia de su participación, informando a las personas que su participación es voluntaria y asegurarles que las discusiones son confidenciales.
- Para las mesas con proveedores de servicios de salud y líderes o lideresas comunitarios, es necesario preparar cartas formales de invitación, o de efectuar visitas personales para describir los propósitos de las discusiones y la importancia de su participación en estas actividades.

## **La facilitación y toma de notas durante las mesas de diálogo**

Los Ecos F deben organizar los equipos de facilitación para cada mesa, de acuerdo a la disponibilidad y las necesidades. Por cada mesa, el equipo de facilitación debe estar constituido al menos por:

- **Un facilitador**
- **Un anotador:** deben tener la facilidad de sintetizar y resumir las ideas que salen de las discusiones y es el responsable de llenar la hoja de sistematización de trabajo de la mesa de diálogo. (Hoja de anotador: Anexo 9)

Algunos puntos a recordar durante la facilitación de las mesas de diálogo:

- La tarea de facilitador es promover el intercambio de ideas, aceptando que no hay preguntas o comentarios correctos o incorrectos. La tarea es promover un diálogo

entre los participantes, que permite la identificación de las necesidades, problemas y posibles soluciones para la salud.

- Si durante la sesión, los participantes tienen preguntas sobre salud o si alguien vierte información errónea, el equipo debe anotar el punto y al finalizar la reunión, aclarar las dudas y los puntos discutidos. Los facilitadores también pueden entregar folletos sobre salud, donde sea posible.

## **Pasos durante el desarrollo de las mesas de diálogo.**

### **Introducción**

1. Inscripción de participantes.
2. Presentación de los objetivos de la mesa de diálogo: explicar que en el marco del Modelo de Atención en Salud Familiar y Comunitaria, y como seguimiento al proceso de llenado de la ficha familiar, se realizan mesas de diálogo con diferentes actores comunitarios e institucionales, como parte del DCP sobre la situación de salud de la población, con el objetivo de favorecer procesos participativos e intersectoriales.
3. Presentación de la agenda según anexo 12.
4. Presentación de los participantes.
5. Definición de las reglas de convivencia. Es importante resaltar la confidencialidad.
6. Presentación de un breve resumen con los principales resultados de la descripción del contexto de salud de la comunidad
7. Luego se divide el grupo en dos subgrupos, contando del uno al dos o utilizando alguna otra técnica, para discutir asuntos relacionados a ocho áreas temáticas, es muy importante la toma de notas durante las discusiones de grupo, los anotadores deben tomar notas sobre:
  - a) Aspectos sobre la discusión de la situación actual.
  - b) Problemas y necesidades identificadas (anotarlas en el papelógrafo).
  - c) Comentarios textuales de los participantes que respaldan los puntos vertidos.
  - d) Oportunidades positivas existentes en la comunidad.

### **Trabajo en subgrupos: Identificación de problemas y oportunidades.**

El primer subgrupo trabaja en:

- Desarrollar las **capacidades** para mantenerse saludable, tomar buenas decisiones y responder a emergencias.
- Incrementar la **conciencia de derechos**, necesidades y problemas potenciales relacionados con la salud.

El segundo subgrupo trabaja:

- Fortalecer los **vínculos** para el apoyo social entre las personas, familias y comunidades con el sistema de servicios de salud. Procesos intersectoriales e interinstitucionales.
- Mejorar la **calidad de atención** en los servicios de salud y las interacciones del sistema con las personas, familias y las comunidades.

Cada subgrupo elige un facilitador y anotador, posteriormente discute la situación en sus comunidades en relación al curso de vida (niñez, adolescencia, adultez y adulto o adulta mayor, tanto en mujeres como en hombres y actores sociales), identificando problemas particu-

lares relacionados a cada etapa. También enumeran los factores positivos (oportunidades) que se identifican en las comunidades.

Se debe tener presente los dos temas que se van a trabajar de acuerdo al subgrupo, explicando que para facilitar la discusión, se harán algunas preguntas, indicando que se debe hablar en general de los problemas de la comunidad, en tercera persona y no de aspectos personales.

Con anterioridad se preparan dos papelógrafos, se coloca el nombre del subgrupo en la parte superior y en un papelógrafo se escribe “Problemas” y en otro “Oportunidades”

En la medida que se haga el diálogo se irán identificando problemas, así como también oportunidades para solucionarlos. Se ayuda al grupo en la discusión de problemas claves.

### **Priorización de problemas**

1. Explicar que luego se tienen que escoger los problemas más importantes, a criterio de la discusión en el seno de la mesa de diálogo.
2. Al exponer un problema la persona debe explicar porque es un problema y de donde se origina del problema.
3. Priorizar los problemas identificados por los participantes a la mesa, con la finalidad de establecer propuestas de solución, para la priorización se utiliza la siguiente dinámica: a cada participante se le entregan cuatro calcomanías o se les asigna un plumón y cada uno de ellos tiene que colocar calcomanía o un palote con el plumón en el problema que consideraba de mayor importancia por área temática.
4. Si al final de la priorización se tienen dos problemas con la misma puntuación por área temática, ambos se toman en cuenta con la misma magnitud siendo identificados y plasmados en la misma posición, para establecer las propuestas de solución de cada uno de ellos.
5. Para quienes no pueden leer, se les lee cada uno de los problemas y se ayuda a colocar la seña donde la persona le indique. Después, sumar las calcomanías o palotes y poner círculos a los problemas que reciben más puntos, esos son los seleccionados como los de mayor prioridad. Permitir que el grupo revise y reflexione sobre las prioridades que eligieron, para ver si hay objeciones o puntos que necesiten clarificarse.
6. Luego, solicite al grupo que hagan una segunda “lluvia de ideas” para generar las propuestas de solución que ayuden a resolver los problemas priorizados.
7. Luego de la priorización de problemas e identificación de las propuestas de solución los integrantes de la mesa realizan la plenaria de grupo y así se finaliza la jornada.

### Ejemplo: Problemas priorizados por los participantes:

| Problemas priorizados  | Posibles soluciones  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Falta de transporte en emergencias</b></li></ul>    | <ol style="list-style-type: none"><li>1. Solicitud a un organismo no gubernamental la donación de un vehículo para la movilización de pacientes en casos de emergencias dentro de la comunidad.</li><li>2. Tener una mejor organización comunitaria, para poder movilizar a los/as pacientes que se encuentren con gravedad.</li><li>3. Crear comisiones con las personas que tienen vehículos para movilizar a los usuarios.</li><li>4. Crear un fondo para pagar un transporte en caso de emergencias.</li></ol> |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>No hay educación suficiente en salud.</b></li></ul> | <ol style="list-style-type: none"><li>1. Tener un plan de charlas con metodología participativa en las escuelas, para brindar una mejor educación a los niños y jóvenes.</li><li>2. Desarrollo de temas diversos de acuerdo a las necesidades identificadas a toda la población.</li><li>3. Formación de procesos educativos en salud de acuerdo a las necesidades clubs para formación en salud según grupos de edad.</li></ol>   |

Lo anterior se debe hacer para cada una de las cuatro áreas: capacidades, derechos, vínculos y calidad. Son tres problemas priorizados por cada área y es el personal de salud del Ecos F que participa en cada mesa es el responsable junto con las personas que representaran al grupo en la mesa intersectorial, el facilitador y anotador son los responsables de completar el formulario de informe de mesas de diálogo (anexo 11).

#### Plenaria.

1. Cada subgrupo socializa los problemas priorizados y las propuestas de solución.
2. Se realiza discusión y consenso en los tres problemas principales en cada área.
3. Se eligen dos representantes del grupo para asistir a la mesa de diálogo intersectorial.

#### Clausura.

1. Se agradece la participación de todos, realzando la importancia de su participación.
2. Despedida.

#### Informe de la mesa de diálogo y análisis de las acciones.

Después de cada mesa de diálogo (preferiblemente la misma tarde o el siguiente día), el facilitador y anotador, informan las dos personas seleccionadas para participar en la mesa intersectorial y el Ecos F debe reunirse con ellos, para discutir los problemas priorizados y las propuestas de solución, utilizando como insumos: la hoja del anotador (anexo 9) y los papelógrafos, procediendo al llenado del formulario de “**Propuestas de solución**” (anexo 10), los cuales sirven como un insumo para la Mesa Intersectorial, se debe redactar un

informe resumen de los resultados de cada mesa de diálogo .El informe no debe exceder las diez páginas (anexo 11).

### **Paso 3: Mesa de diálogo intersectorial.**

#### **Meta de la mesa de diálogo intersectorial**

La meta es reunir a miembros de la comunidad previamente elegidos en las mesas de diálogo con actores sociales; con los tomadores de decisiones y representantes de las instituciones relevantes presentes o que inciden en su territorio, para presentar los problemas priorizados en las mesas de diálogo con actores sociales y llegar a un consenso sobre las propuestas de solución y recursos necesarios para ayudar a resolverlos, es decir elaboración del Plan de Acción.

#### **Metodología de la mesa de diálogo intersectorial**

Tiene el formato de un taller con duración de un día, y debe ser organizado por lo menos dos semanas después de la última mesa de diálogo con actores sociales, para dar suficiente tiempo de finalizar el informe resumen, invitar a los participantes y preparar la reunión.

#### **Preparación de la mesa de diálogo intersectorial**

Las consideraciones para la preparación de esta mesa son:

1. El Ecos F debe entregar la invitación a los representantes seleccionados, informándoles el lugar, fecha y hora de la sesión, solicitando que confirmes su participación.
2. Preparar materiales escritos, tales como:
  - Preparar el resumen de los problemas priorizados y propuestas de solución identificadas en las mesas de diálogo con actores sociales.
  - Un cuadro en papelógrafos para priorizar los problemas y propuestas de solución identificadas en las mesas de diálogo con actores sociales.

#### **Pasos para desarrollar la mesa de diálogo intersectorial**

1. Introducción sobre el Modelo de Atención en Salud Familiar y Comunitaria, así como sus objetivos.
2. Resumen del ASSI.
3. Presentación de los problemas priorizados en las mesas de diálogo con actores sociales desarrolladas.
4. Llegar a un consenso sobre los problemas y necesidades prioritarias en el territorio, considerando las cuatro áreas temáticas con número de problemas priorizados entre 6 y 10 para un periodo de un año dividido en tres periodos según las soluciones planteadas.
5. Revisar las alternativas de solución establecidas en las mesas de diálogo con actores sociales y llegar a una conclusión sobre las acciones prioritarias para contribuir a la mejora de la salud.
6. Por cada acción prioritaria seleccionada, se deben identificar las actividades específicas, los responsables de llevarlas a cabo, sus roles y los recursos necesarios, incluyendo los ya existentes que se pueden utilizar en la ejecución del plan de acción.

#### **Participantes de la mesa de diálogo intersectorial**

Debe incluir los siguientes participantes:

- Dos representantes seleccionados previamente en cada mesa de diálogo con actores sociales.
- Representante de las autoridades gubernamentales, tales como diputados, alcalde/alcaldesa, gobernador o directores de instituciones.
- Representante de las autoridades de educación (directores de establecimientos educativos o sus delegados).
- Representante de las diversas dependencias del Estado (si las hubiesen).
- Representante de las autoridades de justicia y PNC (si las hubiesen).
- Representante de las ONG que trabajan en salud y temas relacionados en el territorio.
- Representante del Ecos Especializado.

### **Planificación de acciones y elaboración del Plan de acción**

Es una presentación resumida de las actividades que deben realizarse por las personas responsables, en plazos de tiempo específicos, utilizando determinados recursos, con el fin de lograr un objetivo dado en la solución de los problemas identificados, es el producto final de la mesa de diálogo intersectorial.

Con los problemas priorizados, con la dinámica antes descrita, con la finalidad de establecer acciones y alternativas para la solución de cada uno de ellos, se procede a la elaboración del Plan de Acción.

El anexo 17, presenta el formato del Plan de Acción, el cual ayuda a identificar actividades, los responsables de cada una de dichas actividades y los recursos requeridos, definiendo por cada una de las áreas temáticas el objetivo a lograr, los problemas priorizados, resultado esperado, recursos disponibles, recursos necesarios, tiempo de ejecución y responsables.

El plan de acción se elabora tomando en cuenta los aspectos siguientes:

1. Los problemas de salud por orden de prioridad.
2. Identificación de las propuestas de solución y el análisis de acciones identificadas.
3. Objetivos estratégicos del MINSAL a cumplir en la evaluación por resultados en salud en la RIIS, incluidos en el POA respectivo.

### **Paso 4: Informe final**

El informe final del DCP (anexo 14), debe contener la información compilada de las tres actividades recién completadas:

- 1. El análisis de situación salud integral.
- 2. Las mesas de diálogo con actores sociales y el informe resumen de las mismas.
- 3. Los problemas y acciones priorizadas en la mesa de diálogo intersectorial.

Al redactar las conclusiones y recomendaciones, el equipo debe usar las preguntas estratégicas del DCP y escribir un párrafo resumen, según anexo 15.

**Cuadro 14. Pasos de la metodología del DCP.**

| Paso 1:  |   | Paso 2:   | Paso 3:   | Paso 4:  |
|--|---|---|---|--|
| La descripción del contexto de salud de la comunidad con un enfoque de determinación social. | Capacitación para el DCP<br><br>Capacitar sobre la facilitación y análisis del DCP.   | Mesas de Diálogo con actores sociales<br><br>1. Mujeres<br>2. Hombres<br>3. Adolescentes Mujeres.<br>4. Adolescentes Hombres          | Mesa de Diálogo Intersectorial<br><br>Taller de elaboración del Plan de Acción-involucrando: autoridades locales, actores claves y representantes comunitarios en las Mesas de Diálogo. | Informe final del DCP<br><br>Análisis situacional de Salud Integral<br><br>Resumen de los hallazgos de las Mesas de Diálogo con actores sociales |
| Recolección aplicando las técnicas e instrumentos aprobados, sobre situación de salud.       | Capacitación sobre técnicas, mesas de diálogos y entrevista a informantes claves, e instrumentos: guías metodológicas general y guías de mesa de diálogo y cuestionario de entrevistas. | 5. Proveedores de servicios de salud<br>6. Líderes(sas) comunitarios<br>7. Actores institucionales<br>8. Personas veteranas de guerra |   | Diseño del plan de intervenciones.   |
| Descripción de la RIISS  |   |   |   |  |

Fuente: Dirección Primer Nivel de Atención, MINSAL, noviembre 2014.

Estos pasos no se deben ejecutar en forma simultánea. Deberían hacerse en forma consecutiva, porque los resultados de una etapa se utilizan en el siguiente paso.

La cantidad de tiempo requerido para realizar el DCP depende del tiempo y los recursos disponibles, y la experiencia del equipo en procesos participativos. En la mayoría de los casos, el proceso completo de un DCP en un municipio, desde la etapa de planificación hasta la socialización de los resultados, puede tomar entre tres y cuatro meses.

#### **Presentación del DCP a la comunidad:**

Se presentan los resultados del DCP que incluye el ASSI a la comunidad, mediante asambleas comunitarias y se busca obtener compromiso de la población a ser involucrada en la implementación del Modelo de Atención en Salud Familiar y Comunitaria.

Los líderes y lideresas deben estar convencidos que su participación no solo fortalece el Modelo de atención, exitoso, democrático y reconocimientos de derechos; sino que también es de utilidad para elevar el nivel de vida sin exclusión en todos los territorios. Se deben desarrollar mecanismos para mantener informada a la comunidad de los avances, además de recibir ideas y mantener abiertos los canales de retroalimentación.

## **B- Análisis de la situación de salud integral (ASSI).**

La elaboración del ASSI de la comunidad representa un elemento fundamental para el trabajo intersectorial de los Ecos Familiares en el terreno; es parte esencial en el Modelo de Atención en Salud Familiar y Comunitaria, ya que aborda la determinación social de los principales problemas de salud y el análisis de su determinación social, así como pretende incidir en la solución de los principales problemas a través del trabajo intersectorial planteado en el plan de acción, a partir que los actores sociales inciden en el Estado para alcanzar mayores niveles de vida digna o saludable.

Son procesos analíticos sintetizados y sistematizados, que deben hacer posible la caracterización, medición y explicación del perfil de salud-enfermedad, las tendencias de la población, incluyendo enfermedades, lesiones, otros problemas y la determinación social de la salud, ya sea responsabilidad del sector de salud o de otros sectores.

El ASSI facilita la identificación de necesidades y prioridades en la salud del área de responsabilidad asignada, así como la evaluación del impacto e intervenciones oportunas en el funcionamiento de las RIIS en sus diferentes niveles de atención a través del DCP.

El proceso dinámico de elaboración del ASSI permite que las personas de la comunidad y del equipo de salud, reconozcan y compartan información específica del área de responsabilidad, que permite conocer la situación de salud de la población, sus prioridades, las fortalezas y debilidades que poseen para enfrentar sus problemas, los recursos existentes y la prioridad sobre el que se quiere o se debe actuar, a partir de una decisión consensuada.

### **Propósitos del ASSI:**

1. Medir el estado y el acceso a la atención integral, integrada, apropiada y continua de la salud, incluyendo la medición y el monitoreo de la equidad y la desigualdad.
2. Evaluar el funcionamiento de la RIIS en el área de responsabilidad y la calidad de los servicios que presta.
3. Facilitar la identificación de necesidades de salud no satisfechas y la evaluación de las prioridades en la familia y la comunidad.
4. Apoyar la formulación de estrategias de promoción de la salud y prevención de riesgos y enfermedades, control de enfermedades, evaluación de pertinencia, funcionalidad, eficiencia, eficacia, sostenibilidad, intersectorialidad, participación social en salud.
5. Apoyar la construcción de escenarios de salud que se proyecten a mejorar la calidad de vida de la persona, familia y comunidad a partir de procesos de incidencia política hacia los poderes de decisión para disminuir las iniquidades en salud.

### **Realización, uso y seguimiento del ASSI**

- El ASSI es una herramienta fundamental para la gestión y toma de decisiones, en el Ecos Familiar en corresponsabilidad con la comunidad y debe ser utilizado en los

siguientes espacios:

1. Reunión mensual del equipo.
  2. Elaboración mensual de la programación de trabajo.
  3. Asambleas comunitarias.
  4. Evaluación del POA y en general sea consultado en cualquier espacio o momento del trabajo.
- Para la realización y actualización del ASSI, es necesario el compromiso de todo el Ecos F y la participación en corresponsabilidad de la comunidad, también es importante el acompañamiento de los referentes administrativos del SIBASI y Región de Salud respectiva.
  - El ASSI requiere ser actualizado una vez al año de preferencia el último trimestre del año, con el objetivo de disponer de información actualizada para la elaboración del siguiente POA.
  - El Ecos F y la comunidad planifican actividades de seguimiento y evaluación del plan de acción como resultado del ASSI.

### Componentes del ASSI

1. **Descripción de la situación socio histórico y cultural del territorio:** incluye la caracterización físico-geográfica, ubicación, recursos naturales, aspectos históricos relevantes, organización política administrativa, recursos y servicios de la comunidad distribución de la población en zonas; creencia, costumbre, mitos, hábitos.
2. **Caracterización sociodemográfica de la población:** estructura por edad y sexo de la población (pirámide poblacional), escolaridad, condiciones socioeconómicas, estado familiar, ocupación, pensionados, fecundidad, tamaño promedio de familia, vivienda (patrimonio, alquilada, entre otros), índice de hacinamiento: número de habitantes/número de habitaciones dormitorios  $\geq 2$ , determinación de hacinamiento, urbanización y servicios públicos (transporte, comunicaciones), organizaciones comunitarias (clubes, asociaciones comunales), religiones, migraciones y otros.
3. **Identificación de los riesgos a nivel individual, familiar y comunitario:** es la clasificación dispensarial de la población adscrita al Ecos F, clasificación del riesgo familiar detallado por zonas, es importante determinar los grupos críticos o vulnerables, además del apoyo y participación de la comunidad y de los diferentes sectores de la sociedad en la mitigación de estos riesgos.
4. **Descripción y análisis de los daños y problemas de salud de la población:** incluye la descripción de morbilidad, mortalidad, tasas, prevalencias, incidencias, además de las inequidades en salud, la determinación de tendencias en la salud y necesidades de salud no satisfechas.

Se debe priorizar en la descripción, el nivel de impacto de las primeras 10 causas de morbilidades, ejemplo: en las enfermedades transmisibles, las enfermedades de transmisión digestiva, enfermedades diarreicas agudas, brote de enfermedad de transmisión por alimentos, parasitismo intestinal, enfermedades de transmisión respiratoria, incluyendo la tuberculosis; además síndrome neurológico infeccioso, infecciones de transmisión sexual, incluyendo VIH. Es importante la descripción y análisis del comportamiento de las enfermedades transmitidas por contacto, tales como: pediculosis, escabiosis, pio dermitis, lepra, leptospirosis, conjuntivitis viral, conjuntivitis hemorrágica, también el control sanitario internacional, paludismo, dengue, chikungunya y zika.

Respecto a las enfermedades crónicas no transmisibles, es importante priorizar en: diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedad renal crónica, asma bronquial, infarto agudo de miocardio, accidente cerebro vascular, hipercolesterolemia, tumores malignos y otras (descripción y análisis del comportamiento).

Con respecto a los problemas de salud generados de discapacidades es importante identificar las siguientes: intelectual (síndrome de Down y autismo, entre otras), sensorial (visual, auditiva y mixta), física (motora, neurológica y sensitiva) y mental o psiquiátrica (esquizofrenia sin tratamiento, entre otros).

5. Descripción de los servicios de RIIS, existentes y análisis de las acciones de salud realizadas:

a) Recursos de salud disponibles para los habitantes (descripción de todos los prestadores de servicios de la región asignada, incluyendo recursos humanos).

b) Acciones de promoción de la salud y prevención de riesgo y enfermedad: nivel inmunitario de la población, dispensarización, acciones de vigilancia y control: enfermedades de transmisión respiratoria, tuberculosis pulmonar, ITS, entre otras.

c) Identificación de riesgo pre concepcional, identificación de embarazadas de riesgo, captaciones de recién nacidos, promoción, protección y apoyo a la lactancia materna, además de tamizaje de cáncer (descripción y análisis del comportamiento), atención odontológica, salud ambiental, grupos de trabajo comunitario (descripción y análisis del comportamiento).

6. Análisis de la participación social en salud y de la intersectorialidad en la identificación y solución de problemas de salud.

Para realizar este análisis se plasman los resultados obtenidos en las diferentes Mesas de diálogo tanto con actores sociales como intersectorial, así como el rol de la contraloría social en el territorio, también es importante identificar los siguientes aspectos:

✓ **Necesidades identificadas y sentidas:** por medio de los datos obtenidos de la Ficha Familiar en el SIFF, entrevistas a líderes y lideresas, municipalidad, organizaciones, entre otros.

✓ **Grado de satisfacción de la población con los servicios de las RIIS:** utilizando la metodología de lluvia de ideas en asambleas comunitarias, reunión con clubes, reuniones de coordinación con líderes y lideresas, mesas de diálogo, encuestas de satisfacción de usuarios, ejercicios de contraloría social, eventos de rendición de cuentas entre otros.

### **Presentación del DCP a la intersectorial de la comunidad.**

Los líderes, lideresas, representantes de cada una de las mesas de diálogo y el Ecos Familiar deben gestionar un espacio en la agenda de reunión del intersectorial de salud.

En la actualidad dichos espacios tienen varios nombres tales como: consejo municipal intersectorial de salud, comité intersectorial de salud, mesas locales de salud u otros nombres retomados de cada experiencia local.

Durante la reunión con dicha instancia se debe presentar un resumen del ASSI y del Plan de Acción, procurando que los líderes y lideresas comunitarios participen en al menos un punto a desarrollar, para lo cual el Ecos Familiar deben apoyar en dicho proceso, para que contribuya al empoderamiento de la participación social en salud.

Para dicha reunión con el referente local intersectorial de salud, deben de asistir a dicha actividad, el director y personal clave de la UCSF intermedia o especializada al que pertenece el Ecos Familiar, quienes deben conocer el DCP, ASSI y planes de acción de los Ecos Familiares bajo su responsabilidad.

Los resultados que se esperan de dicha reunión son al menos los siguientes:

1. Definir los mecanismos de comunicación permanente entre los líderes o lideresas comunitarios con la intersectorial posteriores a la reunión.
2. Compromisos de apoyo para la ejecución del Plan de acción.
3. Mecanismos de evaluación conjunta posteriores.

### **C- Evaluación Participativa.**

Permite conocer si todo el trabajo planificado en el Plan de Acción se está realizando acorde a lo esperado y se logran cumplir los objetivos. Está implícita en todos los momentos, no sólo se realiza al final en forma independiente de las demás etapas. Es de dos tipos: evaluación de procesos, de resultados y de impacto:-

- A) **La evaluación de proceso indica el análisis del desempeño real y actual, comparando con lo planeado.** Un monitoreo oportuno le ayuda a detectar de forma temprana los problemas existentes o potenciales que podrían estar impidiendo el progreso de una actividad.

El fin es vigilar y asegurar calidad en la práctica. Entre sus propósitos, está considerar lo adecuado del plan para cumplir con los objetivos, el avance a corto plazo del mismo, como mejorar el impacto, como aumentar la aceptación en la población beneficiaria, plantea también, establecer, consolidar y mejorar, en términos globales, la calidad del plan de acción.

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

1. Reuniones del Ecos F con su comunidad.
2. Observación de las actividades programadas.
3. Informes regulares escritos hacia la UCSF I o E.
4. Estadísticas de la prestación de servicios.
5. Revisión de registro de actividades realizadas.
6. Visitas de supervisión de los diferentes niveles de dirección.
7. Entrevistas a usuarios para medir calidad y calidez en la atención.
8. Rendiciones de cuenta a la comunidad en asambleas.

9. Ejercicios de contraloría social.

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

B) **Evaluación de resultados e impacto:** para medir los logros del Plan de Acción. Se responde la pregunta ¿cuán bien lo hemos hecho? y por lo general se realiza hacia el final del desarrollo del Plan o de una etapa predeterminada del mismo. La unidad de tiempo a utilizar es la que se ha definido en los objetivos.

La evaluación del impacto se realiza analizando los resultados obtenidos, no sólo a largo plazo, sino durante el corto y mediano plazo; por ejemplo, analizando que está sucediendo con variables como: conocimientos, habilidades, creencias, actitudes, hábitos, prácticas y conductas de la población, así como también cuestiones en relación a las condiciones sociales, económicas y ambientales.

Algunas variables a más largo plazo son: disminuir frecuencia de enfermedad, disminución de riesgos a la salud, mejora en general de los indicadores de morbimortalidad, aumento de la participación social en salud, nivel de incidencia en el Estado.

## **5. Abastecimiento, uso y manejo de expediente.**

### **5.1 Abastecimiento de medicamentos e insumos a las UCSF con ECOS Familiares.**

Los criterios para el abastecimiento de medicamentos e insumos a los Ecos Familiares, son los siguientes:

1. El nivel de uso según el Listado institucional de Medicamentos Esenciales del MINSAL.
2. Promedio de consumo mensual según grupos dispensariales.
3. Capacidad de almacenamiento.
4. Completar la requisición con autorizaciones respectivas, en la cual detallen los productos a necesitar en el período solicitado.
5. La auxiliar de enfermería del Ecos Familiar debe rendir fianza por el manejo de medicamentos.

La entrega de medicamentos e insumos debe cumplir los siguientes pasos:

1. Deben ser solicitados por el coordinador de cada Ecos F según la distribución establecida de cada Región de Salud.
2. La requisición debe hacerse según lo establecido por las Regiones de Salud, considerando el consumo para un mes más del período solicitado, debido a la previsión por trámites de entrega, de tal forma de evitar desabastecimientos.

### **Funcionamiento de la farmacia de las UCS F con Ecos F.**

1. La dispensación de medicamento es una tarea compartida entre el polivalente y la auxiliar de enfermería debidamente capacitados.
2. El Ecos F debe registrar el consumo de medicamentos en el tabulador diario de farmacia, elaborando el reporte mensual de consumos y existencias de los mismos y remitirlo a más tardar el segundo día hábil de cada mes a la Dirección de la UCSF I o E respectiva, quienes deben enviar este informe a la dependencia de abastecimiento

regional respectiva, a más tardar el quinto día hábil de cada mes.

3. Para la atención en acercamientos comunitarios o visitas de terreno donde se requiera medicamentos e insumos, el médico o enfermera encargado de la atención es el responsable de solicitarlos a la farmacia del Ecos F y la devolución de medicamento e insumos debe realizarse contra recetas despachadas en las atenciones brindadas en el acercamiento comunitario o visita de terreno realizadas.
4. En los casos de ausencia en la sede del personal encargado de farmacia (auxiliar de enfermería y polivalente), el coordinador del Ecos F debe nombrar a otro recurso de manera interina para tal función previa capacitación y asistencia técnica.
5. La entrega de medicamentos e insumos al promotor de salud, se realiza en forma mensual por media la requisición respectiva.
6. En el caso de despacho de recetas a usuarios compensados con patología crónica, el médico debe elaborar recetas repetitivas para un periodo de tres meses, las recetas repetitivas son resguardadas en el expediente clínico individual del usuario y son dispensadas en forma mensual, previa entrevista y toma de signos vitales por la enfermera del Ecos F, en caso de presentar signos o síntomas de descompensación debe ser remitido al médico.

## **5.2 Uso y manejo del expediente clínico individual.**

### **En los Ecos F:**

Préstamo y uso de expedientes clínicos individuales.

1. Para la realización de los acercamientos comunitarios o visitas de terreno el médico o enfermera solicitan un día antes, los expedientes clínicos individuales de las personas programadas y deben ser devueltos al encargado del área de archivo a más tardar veinticuatro horas después de la salida programada.
2. El control del préstamo (salida y entrada) de expedientes utilizados en los acercamientos comunitarios o en visitas de terreno se lleva en un libro (con la misma especificación técnica del vale de salida de expedientes colectivos), el cual está bajo el manejo y custodia del encargado de archivo y se añade la firma del responsable de quien los recibe.
3. Los expedientes que se utilizan fuera del establecimiento, deben ser resguardados para evitar deterioro o pérdida, siendo responsable del resguardo la persona que los solicita

Otras consideraciones:

1. Los expedientes clínicos individuales de cada uno de los miembros de la familia deben ser elaborados por el polivalente con ayuda de los demás integrantes del equipo, después de haberse llenado la ficha familiar.
2. En el caso de los usuarios que solicitan atención y no pertenecen al área de responsabilidad, se les apertura expediente clínico individual con número correlativo anual, siendo responsabilidad del Ecos F enviar un resumen de la atención brindada en hoja de referencia a la UCSF correspondiente para seguimiento del usuario(a).
3. Toda atención al usuario, brindada por el Ecos E en la sede del Ecos F o visita de terreno debe ser registrada en el expediente clínico individual respectivo, incluyendo la ficha odontológica.

## **En las sedes de los Ecos Especializados:**

1. En caso de recibir una interconsulta que no necesita seguimiento, no se debe aperturar el expediente con correlativo anual, registrando la atención en la hoja de interconsulta, luego se registra en el libro de referencia, retorno e interconsulta y la hoja es enviada al Ecos F para garantizar el seguimiento de usuario.
2. En caso de recibir una interconsulta que necesita seguimiento por el Ecos E, se apertura el expediente con correlativo anual, se registra en el libro de referencia, retorno e interconsulta y se llena la hoja de interconsulta la cual es enviada al Ecos F correspondiente, para garantizar el seguimiento del usuario.

Otras consideraciones:

- ◆ En el caso de UCSF I o UCSF E, que cuentan con FOSALUD en cualquiera de sus modalidades (veinticuatro horas, festivos - fines de semana) y usuarios adscritos a UCSF con Ecos F buscan atención en este horario, estos deben ser atendidos elaborando expediente clínico con correlativo anual, con la finalidad de documentar todas las atenciones brindadas a los usuarios.

## **VI. Disposiciones finales.**

### **Sanciones por el incumplimiento**

Todo incumplimiento a los presentes Lineamientos técnicos, será sancionado de acuerdo a lo prescrito en la legislación administrativa pertinente o la responsabilidad penal si las hubiere.

### **De lo no previsto.**

Lo que no esté previsto en el presente Lineamiento, se debe resolver a petición de parte, por medio de escrito dirigido a la titular de esta Cartera de Estado, fundamentando la razón de lo no previsto técnica y jurídicamente.

### **De los anexos**

Forman parte de los presentes Lineamientos técnicos los anexos siguientes:

- Anexo 1: Ficha de seguimiento a la dispensarización.
- Anexo 2: Metodología para la aplicación del APGAR familiar.
- Anexo 3: Ficha Familiar 2014, integrada al Registro Único de Participantes (RUP) del Sistema de Protección Social Universal (SPSU).
- Anexo 4: Simbología del familiograma.
- Anexo 5: Hoja de evolución de la familia.
- Anexo 6: Simbología del mapa sanitario.
- Anexo 7: Perfiles propuestos para los participantes de las mesas de dialogo.
- Anexo 8: Guía para la discusión en las mesas de dialogo.
- Anexo 9: Hoja de sistematización del trabajo en las mesas de dialogo.
- Anexo 10: Formulario para el análisis de acciones.

- Anexo 11: Informe de mesas de diálogo.
- Anexo 12: Agenda para el desarrollo de las mesas de dialogo.
- Anexo 13: Agenda para el desarrollo de la mesa intersectorial.
- Anexo 14: Informe Final del Diagnostico Comunitario Participativo.
- Anexo 15: Preguntas estratégicas en la redacción de conclusiones y recomendaciones del Diagnostico Comunitario Participativo.
- Anexo 16: Formato de invitación a las mesas de diálogo y mesa intersectorial.
- Anexo 17: Formato del Plan de Acción.
- Anexo 18: Promedio de atenciones integrales a ser brindadas por personal especializado.

### **Derogatoria:**

Dejase sin efecto, los “Lineamientos operativos para el desarrollo de actividades en Ecos Familiares y Ecos Especializados” oficializados el día doce de abril del año dos mil once.

## **VII. Siglas, abreviaturas y glosario.**

- **ACE:** Asociación Comunitaria de Educación.
- **ACV:** Accidente Cerebro Vascular.
- **AIEPI:** Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia.
- **APSI:** Atención Primaria en Salud Integral.
- **ASSI:** Análisis de la Situación de Salud Integral.
- **DCP:** Diagnostico Comunitario Participativo.
- **DPNA:** Dirección de Primer Nivel de Atención.
- **Ecos Especializados:** Equipos Comunitarios de Salud Especializados.
- **Ecos Familiares:** Equipos Comunitarios de Salud Familiar.
- **EKG:** Electrocardiograma.
- **FNS:** Foro Nacional de Salud
- **FOSALUD:** Fondo Solidario para la Salud.
- **IMC:** Índice de Masa Corporal.
- **INS:** Instituto Nacional de Salud.
- **ISSS:** Instituto Salvadoreño del Seguro Social.
- **ITS:** Infección de Transmisión Sexual.
- **MIFC:** Mujeres, Individuos, Familias y Comunidades.
- **MINSAL:** Ministerio de Salud de la República de El Salvador.
- **ONG:** Organización No Gubernamental.
- **PASE:** Programa de Alimentación y Salud Escolar.
- **PNUD:** Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.
- **POA:** Plan Operativo Anual.
- **PRAT:** Practica Restaurativa Atraumática.

- **RBC:** Rehabilitación Basada en la Comunidad.
- **RIIS:** Redes Integrales e Integradas de Salud.
- **RRPC:** Riesgo Reproductivo Preconcepcional.
- **RUP:** Registro Único de Participantes.
- **SEM:** Sistema de Emergencias Médicas.
- **SIBASI:** Sistema Básico de Salud Integral.
- **SIDA:** Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida.
- **SUIS:** Sistema Único de Información en Salud.
- **TB:** Tuberculosis.
- **UCSF:** Unidad Comunitaria de Salud Familiar.
- **USANYM:** Unidades Comunitarias de Salud Familiar Amigas de la Niñez y las Madres.
- **VIH:** Virus de Inmunodeficiencia Humana.

## Glosario

**Atención Primaria de Salud:** es la atención esencial en salud basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundamentadas y socialmente aceptables, accesible a los individuos y a las familias en la comunidad, a través de su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan asumir para mantenerla...”

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

**APGAR Familiar:** es el acrónimo formado por la primera letra de cinco palabras: adaptabilidad, participación, crecimiento (*growth*), afectividad y resolución. Cada miembro de la familia indica su grado de satisfacción puntuando de cero a dos cada categoría.

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

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

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

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

**Determinación social de la salud:** Es una herramienta para el avance de la justiciabilidad y exigibilidad de derechos sistemáticamente conculcados. A la vez es una forma de superar el causalismo, en cuanto se refiere a la producción o génesis de la salud; la noción de reproducción social (en las dimensiones general-particular-singular) como superación del empirismo aplanado;[...]. Del mismo modo es una categoría que desarrolla una crítica del

paradigma empírico-funcionalista de la epidemiología y propone una herramienta para trabajar la relación entre la reproducción social, los modos de vivir y de enfermar y morir.<sup>6</sup>

**Empoderamiento:** es la promoción y desarrollo de capacidades individuales y colectivas para participar y ejercer influencia con liderazgo, interés comunitario y control personal para lograr que las familias tengan un mayor control de sus vidas y de su salud. En el sector salud, la salud comunitaria con enfoque familiar se plantea como un enfoque alternativo de prestación de servicios, para afrontar adecuadamente las condiciones de especial vulnerabilidad que un entorno cambiante y cada vez menos controlable coloca a las familias y a los servicios de apoyo en las comunidades con mayor riesgo social. Asimismo es un proceso mediante el cual las personas adquieren un mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan a su salud. Puede ser un proceso social, cultural, psicológico o político mediante el cual **los individuos y los grupos sociales** son capaces de expresar sus necesidades, plantear sus preocupaciones, diseñar estrategias de participación en la toma de decisiones y llevar a cabo acciones políticas, sociales y culturales para hacer frente a sus necesidades.<sup>7</sup>

**Enfoque familiar y comunitario:** la salud comunitaria en el marco de la APS, concibe la atención de las personas en el contexto más amplio de sus familias y su ambiente. Los servicios sociales y de salud que satisfacen las necesidades de la población se deben basar en información local y deben ser brindados dentro de la realidad social y cultural de la familia, del individuo y otras situaciones sociales relevantes que afectan indirectamente desde el nivel nacional e internacional. Las intervenciones deben estar dirigidas a los problemas de salud de los individuos en el contexto de sus circunstancias familiares, redes sociales y culturales y su entorno laboral. Esto implica una comprensión efectiva de las situaciones y hechos en la vida de una persona, su cultura, condiciones de vida, dinámica familiar, situación laboral y problemas de salud y como son afectados por condiciones del entorno político, económico y social del país.

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

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

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

**Gerencia:** entendida como la interacción de los sistemas de planificación y control (monitoreo, supervisión y evaluación) constituye una herramienta esencial cuya aplicación permite la eficiencia, eficacia, sostenibilidad y el consiguiente impacto del trabajo institucional.<sup>8</sup>

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

**Integridad:** actuar honestamente y con transparencia, para mantenerse firme en sus principios y valores, a pesar de las consecuencias que esto traiga para uno. Es actuar

<sup>6</sup> Breilh J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2013; 31(supl 1): S13-S27.

<sup>7</sup> Promoción de la Salud Glosario. Organización Mundial de la Salud Ginebra. 1998

<sup>8</sup> Lineamientos técnicos para la supervisión facilitadora en la RIISS. (Ministerio de Salud. San Salvador, El Salvador 2014.)

siempre sin malicia ni deseo de engañar o aprovecharse de los demás. Implica no manipular a nadie ni dejarse manipular.

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

**Intervenciones integrales de salud:** son todas aquellas que están orientadas a lograr un estado de bienestar ideal, en el cual se logra un equilibrio entre los factores físicos, biológicos, emocionales, mentales, espirituales y sociales, que permiten un adecuado crecimiento y desarrollo en todos los ámbitos de la vida de las personas. Supone la provisión de servicios integrados de promoción, prevención de la enfermedad, cuidado curativo, rehabilitación, soporte físico, psicológico y social acorde con la mayoría de los problemas de salud en una población dada.

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

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

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

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

Desde el enfoque de la atención primaria de salud abarca los componentes siguientes: equidad, implicación / participación de la comunidad, intersectorialidad, adecuación de la tecnología y costes permisibles.<sup>9</sup> La participación es esencial para sostener la acción en materia de promoción de la salud.<sup>10</sup>

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

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

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

**Planificación local participativa:** es un proceso permanente de reflexión y consenso en la toma de decisiones para la acción sobre los problemas de salud que permite a las personas

<sup>9</sup> Promoción de la Salud Glosario. Organización Mundial de la Salud Ginebra. World Health Organization 1998.

<sup>10</sup> Idem 11.

y comunidad conocer su realidad, y sentirse capaces de actuar sobre ella definiendo sus métodos, resultados esperados, acciones para lograrlos y la responsabilidad que asumen los individuos y las organizaciones en todo el proceso; lo cual implica un continuo involucramiento en el diagnóstico, programación de acción, ejecución y evaluación.

**Prevención:** se concibe tradicionalmente en tres niveles: la prevención primaria, dirigida al manejo de la enfermedad antes de que ésta se presente; la prevención secundaria, una vez la enfermedad aparece; y la prevención terciaria, cuando la enfermedad sigue su curso y se interviene para disminuir o evitar una secuela o daño permanente. De la misma manera la prevención de la enfermedad abarca las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los de las condicionantes de mala salud, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida.<sup>11</sup>

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

**Promoción de la salud:** proceso donde se faculta a los individuos para el aumento del control sobre la determinación social de la salud y, de esta forma, se mejora su salud. Involucra a la población como un todo en el contexto de su vida cotidiana y está dirigido a la acción sobre las causas de la salud, más que en el enfoque de riesgos de las personas frente a enfermedades específicas. Por otra parte, "la promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla..."<sup>12</sup>

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

**Resiliencia** <sup>13</sup>." Se define como "la capacidad de las personas, las comunidades, las organizaciones o los países expuestos a desastres, crisis y vulnerabilidades subyacentes para prever los efectos de tensiones y disturbios, prepararse para afrontarlas, reducir sus consecuencias y luego recuperarse, sin poner en entredicho sus perspectivas a largo plazo. Una comunidad es resiliente cuando tiene conocimiento, es saludable y puede satisfacer sus necesidades básicas; tiene cohesión social; tiene oportunidades económicas; tiene infraestructura y servicios bien mantenidos y accesibles; puede manejar sus recursos naturales y está conectada."

**Supervisión facilitadora:** es un proceso continuo, sistemático, humanizado, basado en principios y valores, que promueve la mejora y la transformación individual y colectiva, a través de una comunicación abierta "de doble vía" (entre el supervisor y el supervisado), lo que conduce al cambio de conducta por parte de ambos. "Dado que la supervisión implica guiar, instruir y fomentar la iniciativa del personal, debe ser humanizada y facilitadora, por lo

<sup>11</sup> Glosario de Términos utilizado en la serie Salud para Todos, OMS, Ginebra, 1984. Promoción de la Salud Glosario. Organización Mundial de la Salud Ginebra. World Health Organization 1998

<sup>12</sup>Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, OMS, Ginebra, 1986. Promoción de la Salud Glosario. Organización Mundial de la Salud Ginebra. World Health Organization 1998

<sup>13</sup> © Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, Ginebra, 2014. Marco de la Federación Internacional para el fomento de la resiliencia comunitaria. <http://www.ifrc.org/>

que supone un contacto o interacción entre supervisor y supervisado, por medio del cual se establece una relación humana de mucho respeto entre ambos y un alto grado de confianza, en la que el supervisor se gana el reconocimiento y el afecto del ejecutante de modo que la persona supervisada la perciba como un apoyo para mejorar sus competencias.”<sup>14</sup>

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

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

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

Un sistema de salud de esta naturaleza promueve acciones intersectoriales para abordar otros la determinación social y de la equidad en salud.

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

**Unidades Comunitarias de Salud Familiar (UCSF):** Son los establecimientos del Primer Nivel de Atención, donde se prestan servicios de salud integrales de diferente complejidad y resolutivez y se clasifica en: UCSF básica, intermedia y especializada.

## VIII. Revisión y actualización

Los presentes Lineamientos deben ser revisados y actualizados por el equipo técnico multidisciplinario periódicamente, se promulgará cuando se amerite debido a cambios sustanciales de la organización o por el impulso propio de la profundización de la Reforma de Salud.

---

<sup>14</sup> “Lineamientos técnicos para la supervisión facilitadora en la RISS.” San Salvador, El Salvador 2014

## **IX. Vigencia.**

Los presentes Lineamientos técnicos entrarán en vigencia a partir de la fecha de su oficialización por parte de la Titular.

San Salvador a 18 días del mes de Septiembre del año dos mil diecisiete.



**Elvia Violeta Menjivar**  
**Ministra de Salud**

## Bibliografía.

1. Breith J. (2013); “La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva) ”Rev..Fas.Nac.Salud Pública 31(supl 1):S13-S27.
2. Breilh J. (2010). “Hacia Una Construcción Emancipadora Del Derecho a La Salud.” En ¿Estado Constitucional De Derechos?: Informe Sobre Derechos Humanos, Ecuador 2009. Quito: Ediciones Abya-Yala.
3. Breilh J. (1977). “Crítica a la interpretación capitalista de la epidemiología: un ensayo de desmitificación del proceso salud-enfermedad”. México: Universidad Autónoma Metropolitana de Xochimilco.
4. Informe de Labores . (Ministerio de Salud 2015-2016)
5. Lineamientos técnicos para la supervisión facilitadora en la RISS. (Ministerio de Salud. San Salvador, El Salvador 2014.)
6. Lineamientos operativos para el desarrollo de actividades en Ecos Familiares y Ecos Especializados. (Ministerio de Salud, Primera Edición 2011, San Salvador, El Salvador.).
7. Lineamientos técnicos para la atención de la mujer en el período preconcepcional, parto, puerperio y al recién nacido. (Ministerio de Salud, agosto de 2011).
8. Lineamientos técnicos para la referencia, retorno e interconsulta en las RISS. (Ministerio de Salud, julio de 2011.).
9. Manual de Organización y Funciones de las RISS. (Ministerio de Salud, septiembre 2013. San Salvador, El Salvador).
10. Marco de la Federación Internacional para el fomento de la resiliencia comunitaria. (Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, Bibliografía: Anon, (2014). RMNCH Today 1282600 09/2014 E 50. Ginebra, 2014). <http://www.ifrc.org/Global/Documents/>
11. Política Nacional de salud (Ministerio de Salud, Feb 2010 y versión actualizada 2015-2019.San Salvador, El Salvador).
12. Política Nacional de Participación Social en Salud. (Ministerio de Salud 7 de diciembre del 2012. Acuerdo No. 1889 San Salvador)
13. Promoción de la Salud Glosario. (Organización Mundial de la Salud Ginebra.World Health Organization 1998)
14. Trabajando con personas, familias y comunidades para mejorar las condiciones de salud y sus determinantes. (Diagnóstico Comunitario Participativo, junio 2010, adaptado por: Dra. Jeannette Alvarado, Directora Ejecutiva Fundación Maquilishuatl; Lic. José Rodríguez, Director ejecutivo Asociación CREDHO; Dra. Xiomara Arriaga, Consultora local OPS; Dra. Amalia Elisa Ayala,Consultora Nacional OPS/OMS: y Licda. Ana Ligia Molina. Coordinadora programa MIFC).

# **ANEXOS**





## ANEXO 2

### Metodología de aplicación del Apgar familiar

El APGAR familiar fue diseñado en 1978 por Smilkstein, buscando determinar el grado de funcionalidad y satisfacción familiar. El APGAR recibe su nombre gracias a los diferentes aspectos que evalúa, estos son:

1. Adaptabilidad (**A**daptability).
2. Cooperación (**P**artnersthip).
3. Desarrollo (**G**rowth).
4. Afectividad (**A**ffection).
5. Capacidad resolutive (**R**esolve).

Estas cinco condiciones que corresponden con las variantes siguientes:

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

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

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

El APGAR familiar es un instrumento que muestra cómo perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global. Las preguntas abiertas valoran la dinámica familiar en las áreas de adaptación, vida en común, crecimiento, afecto y resolución. Posteriormente la Enfermera (o) del Ecos Familiar obtiene información sobre la satisfacción familiar con cada uno de los componentes funcionales de la dinámica familiar.

La información obtenida proporciona datos básicos sobre el nivel de dinámica familiar, dando a al Ecos Familiar una idea de qué áreas necesitan una valoración e intervención más detallada y de las fuerzas familiares que pueden utilizarse para solucionar otros problemas familiares.

La valoración del estado de salud incluye información sobre el estilo de vida y creencias sanitarias.

La enfermera utiliza datos procedentes del estado de salud para formular un “perfil de salud”, el que a su vez proporciona los datos necesarios para establecer un diagnóstico de

enfermería y planificar intervenciones de enfermería apropiadas, encaminadas a promover un óptimo estado de salud mediante la modificación del estilo de vida.

Cuando aplicar el cuestionario del APGAR:

- Cuando es necesaria la participación de la familia en el cuidado de un paciente.
- A los integrantes de una familia que atraviesa una crisis del diario vivir.
- A los miembros de familias problemáticas
- Cuando hay escasa o ninguna respuesta a tratamientos recomendados, particularmente en enfermedades crónicas.
- En los casos en que otros instrumentos de atención a la familia describan algún evento problemático.

El usuario contesta según el siguiente puntaje:

- Casi siempre: 2 puntos
- Algunas veces: 1 punto
- Casi nunca: 0 puntos

Las puntuaciones de cada una de las cinco preguntas se suman posteriormente.

### Cuestionario para Apgar de la familia

Marque con una X el criterio que considere adecuado para su familia en cada afirmación.

| AFIRMACIONES   | CASI SIEMPRE | ALGUNAS VECES | CASI NUNCA |
|--|--------------|---------------|------------|
| Estoy contento de pensar que puedo recurrir a mi familia en busca de ayuda cuando algo me preocupa.  |              |               |            |
| Estoy satisfecho con el modo que tiene mi familia de hablar las cosas conmigo y de cómo compartimos los problemas. Ej.: Las decisiones importantes se toman en conjunto.   |              |               |            |
| Me agrada pensar que mi familia acepta y apoya mis deseos de llevar a cabo nuevas actividades o seguir una nueva dirección.  |              |               |            |
| Me satisface el modo que tiene mi familia de expresar su afecto y cómo responde a mis emociones como: cólera, tristeza y amor.   |              |               |            |
| Me satisface la forma en que compartimos con mi familia: <ul style="list-style-type: none"> <li>• El tiempo que pasamos juntos.</li> <li>• Los espacios en la casa</li> <li>• El dinero.</li> <li>• La cultura y educación.</li> </ul> |              |               |            |

Una puntuación de 7 a 10 sugiere una familia muy funcional, una puntuación de 4 a 6 sugiere una familia moderadamente disfuncional. Una puntuación de 0 a 3 sugiere una familia con grave disfunción.



**ANEXO 3**  
**Ficha familiar 2015**  
**Ministerio de Salud**  
**Viceministerio de Servicios de Salud**  
**Dirección de Primer Nivel**  
**Ficha familiar 2015**



(1) Nombre del establecimiento de la salud: \_\_\_\_\_

(2) Código de ECOSF: \_\_\_\_\_

(3) Número de expediente familiar:

|              |           |      |                              |      |             |            |
|--------------|-----------|------|------------------------------|------|-------------|------------|
|              |           |      |                              |      |             |            |
| Departamento | Municipio | Área | Cantón /<br>Barrio o Colonia | Zona | Nº vivienda | Nº Familia |

(4) Fecha de llenado: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

(5) Dirección de la vivienda: \_\_\_\_\_

(6) Situación de la vivienda:

a) Habitada:

b) Deshabitada:

(7) Religión a la que pertenece la familia:

|                                 |
|---------------------------------|
| <b>Riesgo familiar<br/>(78)</b> |
|                                 |

(8) Pueblo indígena con el que se identifica la familia:

(9) Tipo de familia:

| Características de la vivienda |                              |                                      |                                |                                   | Patrimonio                           |   |                      |                            | Amenazas                    |                                   | Servicios básicos  |                                    |   |                        |  |                          | Manejo de desechos                        |  |                        | Tenencia de mascotas   |                  |                       |              |             |                      |
|--------------------------------|------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|---|----------------------|----------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|--|------------------------------------|---|------------------------|--|--------------------------|---|--|------------------------|------------------------|------------------|-----------------------|--------------|-------------|----------------------|
| Tipo de vivienda               | Tipo de tenencia de vivienda | Material predominante de las paredes | Material predominante del piso | Material predominante en el techo | Numero de habitaciones (dormitorios) | Otros espacios de la vivienda que no son dormitorios utilizados para dormir | Bienes de la familia | Bienes básicos en el hogar | Vehículo para uso del hogar | Por exposición a riesgo ambiental | Predominantemente que tipo de combustible utiliza para cocinar | Alumbrado utilizado principalmente | Medio de comunicación con que cuenta el hogar | Abastecimiento de agua | Tratamiento del agua para consumo humano | Tiene servicio sanitario | Tipo de servicio sanitario en la vivienda | Colaborador(a) para oficinas del hogar | Manejo de aguas grises | Manejo de aguas negras | Manejo de basura | Presencia de vectores | Nº de perros | Nº de gatos | Nº de otras mascotas |
| (10)                           | (11)                         | (12)                                 | (13)                           | (14)                              | (15)                                 | (16)  | (17)                 | (18)                       | (19)                        | (20)                              | (21)   | (22)                               | (23)  | (24)                   | (25)                                     | (26)                     | (27)                                      | (28)                                   | (29)                   | (30)                   | (31)             | (32)                  | (33)         | (34)        | (35)                 |
|                                |                              |                                      |                                |                                   |                                      |   |                      |                            |                             |                                   |  |                                    |   |                        |  |                          |   |  |                        |                        |                  |                       |              |             |                      |

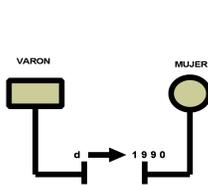
Observaciones:



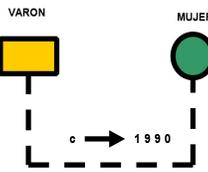


## ANEXO 4

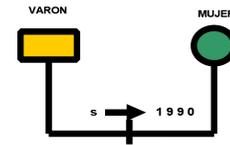
### SIMBOLOGÍA DEL FAMILIOGRAMA:



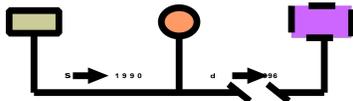
Quando existe divorcio



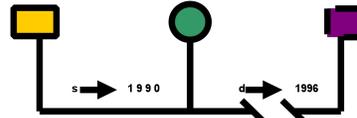
Las relaciones de parejas convivientes, no formalizadas legalmente (concubinato) se expresan en líneas discontinuas



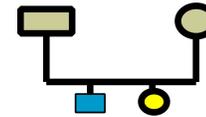
Quando existe separación



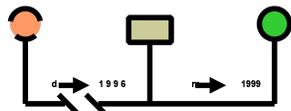
Si es necesario reflejar las uniones previas, se colocan, y se pone ausente a la pareja anterior



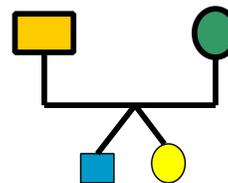
Si es necesario reflejar las uniones previas, se colocan, y se pone ausente a la pareja anterior



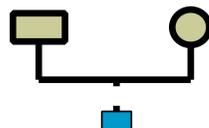
Los hijos penden con líneas verticales de la línea unión horizontal entre sus padres, se sitúan de izquierda a derecha, por orden de nacimiento.



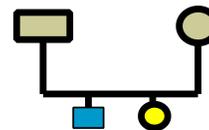
Si es necesario reflejar las uniones previas, se colocan, y se pone ausente a la pareja anterior



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



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



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



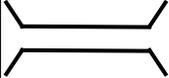
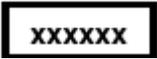
## ANEXO 5 Hoja de evolución de la familia

| Evolución de la familia       |                       |                   |                     |
|-------------------------------|-----------------------|-------------------|---------------------|
| Fecha de la visita en Terreno | PROBLEMA IDENTIFICADO | MEDIDAS ADOPTADAS | PERIODO DE SOLUCION |
|                               |                       |                   |                     |
|                               |                       |                   |                     |
|                               |                       |                   |                     |
|                               |                       |                   |                     |

## ANEXO 6 Simbología para el mapa sanitario.

### Niveles de riesgo de las familias

| Descripción                      | Símbolo | Descripción                            | Símbolo |
|----------------------------------|---------|--|---------|
| Vivienda con mayor Riesgo        |         | Establecimiento de Salud/Hospital      |         |
| Vivienda con mediano Riesgo      |         | Iglesias                               |         |
| Vivienda con menor Riesgo        |         | Centro deportivo                       |         |
| Viviendas colectivas             |         | Cuerpo de Socorro                      |         |
| Río,                             |         | Puerto                                 |         |
| Lago/Laguna                      |         | Centro Comercial                       |         |
| Área boscosa/montañosa           |         | Parque/Espacios recreativos            |         |
| Zona costera                     |         | Alcaldía Municipal                     |         |
| Volcán/Cerro                     |         | Establo/porqueriza, granja             |         |
| Piscinas/Estanque                |         | Oficinas Públicas y Privadas           |         |
| Vivero de peces/camarones        |         | Área de riesgo ambiental               |         |
| Carretera pavimentada            |         | Área de riesgo por desastres naturales |         |
| Calle sin pavimentar transitable |         | Industria/fabricas                     |         |

| Descripción          | Símbolo   | Descripción                           | Símbolo   |
|----------------------|---|---------------------------------------|---|
| Camino vecinal       |    | Voluntario de salud/líder comunitario |    |
| Vereda/sendero/atajo |    | Sede Promotor de Salud                |    |
| Línea Férrea         |    | Destacamento Militar                  |    |
| Puente               |    | Delegación PNC                        |    |
| Limite Departamental |    | Centro Educativos                     |    |
| Limite Municipal     |    | Casco de Finca/Hacienda               |    |
| Quebrada             |    | Aeropuerto                            |    |
| Cerca de alambre     |   | Tanque de agua                        |  |
| Cementerio           |  |                                       |   |

## ANEXO 7

**Tabla: Perfiles propuestos para las(os) participantes de las Mesas de Diálogo.**

El equipo DCP debe tratar de asegurar que las mesas incluyan personas con las características especificadas abajo.

| 1. Mujeres   | 2. Hombres  | 3. Adolescentes Mujeres   | 4. Adolescentes Hombres  | 5. Personal de salud, públicos o privados  | 6. Líderes / lideresas comunitarios   | 7. Actores sectoriales e Institucionales.  |
|--|---|---|--|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mujer de 20 a 49 años.</li> <li>▪ Mujer mayor de 50 años.</li> <li>▪ Mujer embarazada.</li> <li>▪ Mujer con hijos(as) menores de 5 años.</li> <li>▪ Mujer con hijos(as) adolescentes.</li> <li>▪ Mujer que tuvo algún tipo de emergencia.</li> <li>▪ Mujer con un hijo/hija que tuvo algún tipo de emergencia.</li> <li>▪ Mujer de comunidad más lejana del servicio de salud.</li> <li>▪ Mujer jefa de hogar</li> <li>▪ Madre soltera.</li> <li>▪ Mujer indígena.</li> <li>▪ Mujer con discapacidad o familiar de persona con discapacidad sobre todo dependiente.</li> <li>▪ Mujer en situación de riesgo (por violencia, delincuencia analfabetismo, etc.)</li> </ul> <p>Ninguna de las participantes debe estar esperando su primer parto. Ninguna debe ser una lideresa muy conocida en organizaciones de mujeres, de grupos comunitarios, grupos religiosos y/o grupos políticos. Ninguna debe ser partera.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hombre de 20 a 49 años.</li> <li>▪ Hombre mayor de 50 años.</li> <li>▪ Hombre con hijos(as) menores de 5 años.</li> <li>▪ Hombre con hijos(as) adolescentes.</li> <li>▪ Hombre que su pareja esta embarazada.</li> <li>▪ Hombre que tuvo algún tipo de emergencia.</li> <li>▪ Hombre de comunidad más lejana del servicio de salud.</li> <li>▪ Hombre indígena.</li> <li>▪ Hombre con discapacidad o familiar de persona con discapacidad sobre todo dependiente.</li> <li>▪ Hombre en situación de riesgo (alcoholismo, tabaquismo, delincuencia, analfabetismo, etc.)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Adolescentes mujeres entre 10 a 19 años:</li> <li>▪ Embarazada.</li> <li>▪ Con al menos un(a) niño(a) menor de 4 años.</li> <li>▪ Que tuvo alguna emergencia.</li> <li>▪ Adolescente participando en grupos juveniles organizados: Muchachas guías, religiosos, escolares, teatro, etc.</li> <li>▪ Adolescente proveniente de comunidad más lejanas al servicio de salud.</li> <li>▪ Adolescente madre soltera que viva o no con sus padres.</li> <li>▪ Adolescente en situación de riesgo (violencia intrafamiliar, por delincuencia, analfabetismo, etc.)</li> <li>▪ Adolescente indígena.</li> <li>▪ Adolescente indígena con discapacidad.</li> <li>▪ Adolescente que no estudia.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Adolescentes hombres entre 10 a 19 años que:</li> <li>▪ Su pareja esta embarazada.</li> <li>▪ Con al menos un(a) hijo(a) menor de 4 años.</li> <li>▪ Su compañera tuvo alguna emergencia.</li> <li>▪ Adolescente participando en grupos juveniles organizados: Scout, religiosos, escolares, teatro, etc.</li> <li>▪ Adolescente proveniente de comunidad más lejanas al servicio de salud.</li> <li>▪ Adolescente jefe de hogar.</li> <li>▪ Adolescente en situación de riesgo (violencia intrafamiliar, por delincuencia, tabaquismo, alcoholismo, analfabetismo, etc.)</li> <li>▪ Adolescente indígena.</li> <li>▪ Adolescente con discapacidad.</li> <li>▪ Adolescente que no estudia.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermeras</li> <li>• Auxiliares de enfermería</li> <li>• Promotores(as) de salud</li> <li>• Médicas/os generales</li> <li>• Obstetras/Ginecólogos</li> <li>• Pediatras</li> <li>• Odontólogo(o)</li> <li>• Nutricionista.</li> <li>• Fisioterapia.</li> <li>• Laboratorista.</li> <li>• Inspector de saneamiento</li> <li>• Internista</li> <li>• Personal administrativo: co-lecturía, archivo, secretaria, ordenanza, vigilante, estadística.</li> <li>• Farmacéuticos</li> <li>• Educadoras/es en salud</li> <li>• Psicólogos(os) o trabajadoras(es) sociales.</li> <li>• Considerar personal de hospital de referencia.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Partera.</li> <li>• Representante de comités de salud comunitarios.</li> <li>• Persona que practican la medicina tradicional.</li> <li>• Líder comunitario (ADESCO, FNS) o de barrios.</li> <li>• Persona que pertenecen a grupos de mujeres.</li> <li>• Personas que pertenecen a comités comunales (agua, protección civil, educación, etc.).</li> <li>• Personas que pertenecen a grupos religiosos.</li> <li>• Personas que pertenecen a grupos políticos.</li> <li>• Personas que pertenecen a grupos indígenas.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Representante de la alcaldía.</li> <li>• Representante de la unidad de salud</li> <li>• Representante de la autoridad local de educación.</li> <li>• Representante de transportistas.</li> <li>• Pastor, sacerdote, etc.</li> <li>• Representantes de ONG's.</li> <li>• Protección civil.</li> <li>• Representante de medios de comunicación local (radios comunitarias).</li> <li>• Representante de PNC, Cruz Roja, etc.</li> </ul> |

Ninguna/o de las(os) participantes debe tener relación parental directa con las/los participantes en las otras mesas ni con el equipo defacilitación.



## ANEXO 8

### Guía para la discusión en las mesas de diálogo

| Niveles de atención  | Preguntas para guiar la discusión  |
|--|--|
| <p><b>Subgrupo 1:</b><br/>Desarrollar las <b>capacidades</b> para mantenerse saludable, tomar buenas decisiones y responder a emergencias.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ¿Cuáles son los cuidados que las familias en general tienen con niñas, niños, adolescentes, adultas(os) mayores, mujeres y hombres?</li> <li>▪ ¿Quiénes de la familia ayudan con el cuidado? ¿Qué hacen?</li> <li>▪ ¿Apoyan los hombres en los cuidados familiares? ¿Qué tipo de apoyo dan?, ¿Platican los hombres y las mujeres sobre este apoyo?</li> <li>▪ ¿Describa opiniones o prácticas tradicionales existentes en la comunidad sobre cuidados de la salud? Solicite explicaciones de las razones, posterior a la descripción de creencias o prácticas. Posibles temas a abordar: desnutrición, dolores abdominales, diarreas, enfermedades crónicas, neumonías, fracturas, enfermedades de transmisión sexual, violencia, embarazo, parto, posparto y recién nacido.</li> <li>▪ ¿Cuáles son las señales de peligro de complicaciones de enfermedades o situaciones de salud que identifican las personas de esta comunidad, en relación a niñas, niños, adolescentes, adultas/os mayores, mujeres y hombres?<br/>Posibles temas a abordar: fiebre, diarrea, gripe, sangramiento en la mujer, embarazo, parto, posparto y recién nacido; dengue, entre otros.</li> <li>▪ ¿Qué hacen en caso de presentar señales de peligro y/o riesgos? ¿Cómo hacen para buscar ayuda? ¿Cuáles son las razones que impiden no buscar ayuda en casos de complicaciones?<br/>Posibles temas: costos - calidad de los servicios, disponibilidad y gastos del transporte, factores culturales que afectan la decisión de buscar las atenciones necesarias, las relaciones de género entre hombres y mujeres.</li> <li>▪ ¿Cómo se abordan las depresiones, ansiedad en la familia?</li> <li>▪ ¿Cómo se toman las decisiones de buscar ayuda? ¿Quién o quienes toman la decisión? ¿A dónde acude?</li> <li>▪ ¿Quién decide si se quedan en la casa o se van al centro de salud? ¿Por qué?</li> <li>▪ ¿Conoce de casos de mujeres, niñas o niños que sufren de violencia en el hogar? ¿Qué tipo de violencia?<br/>Posibles: violencia psicológica, intrafamiliar, sexual y patrimonial.</li> <li>▪ ¿Se dan casos de embarazos en jóvenes en las comunidades?, ¿Por qué creen que se embarazan?<br/>Posibles temas: violencia, desconocimiento, entre otros.</li> </ul> |
| <p>Incrementar la <b>conciencia de derechos</b>, necesidades y problemas potenciales relacionados con la salud.</p>                            | <p><b>Conciencia comunitaria del derecho a la salud.</b><br/>Explique que muchos gobiernos en el mundo, incluido el nuestro han firmado un acuerdo sobre los derechos humanos, y que esto significa que las personas tienen el DERECHO de recibir atenciones especiales en salud y asistencia médica. Luego pregunte:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Conocen los derechos? ¿Cuáles derechos conocen?</li> <li>• ¿Qué está haciendo esta comunidad para asegurar que los derechos sean respetados?</li> <li>• Si no se hace, ¿qué violaciones de los derechos se observan?</li> <li>• ¿Están conscientes las personas, en la comunidad, de estos derechos? ¿Quiénes apoyan más los derechos?</li> <li>• ¿Tienen libertad las mujeres, en esta comunidad, de decidir cuándo casarse o acompañarse, cuándo empezar a tener hijas/os, o cuántos hijas/os tener? Si no, ¿por qué cree que estos derechos no se están respetando?</li> <li>• ¿Qué tanto afecta el tema de la religión con respecto a la reproducción humana?</li> <li>• ¿Cree que la gente piensa que la salud es importante? ¿Cómo lo demuestran?</li> <li>• ¿Sabe la gente de esta comunidad cuándo, por qué y de qué, muere una persona? Explique.</li> <li>• ¿En las reuniones comunitarias se tratan temas sobre salud?</li> </ul>   |
| <b>Niveles de</b>  | <b>Preguntas para guiar la discusión</b>   |

| atención  |   |
|---|---|
| <p><b>subgrupo 2:</b></p> <p>fortalecer los <b>vínculos</b> para el apoyo social entre las personas, familias y comunidades con el sistema de servicios de salud. procesos intersectoriales e interinstitucionales.</p> | <p><b>Vínculos entre los servicios de salud y la comunidad:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Han escuchado de problemas que las personas tengan para llegar a los servicios de salud? ¿Cuáles son esos problemas? ¿Qué se está haciendo para ayudar a solucionar dichos problemas? Posibles temas: apoyo con el transporte y ambulancias, acompañamiento de familiar en buscar ayuda.</li> <li>• ¿Quiénes en la comunidad apoyan acciones para conservar la salud? ¿Qué hacen? Personal de salud comunitaria, comités comunitarios del FNS, actores sociales comunitarios (parteras, curanderos, cooperativas, comités de salud, juntas de agua, entre otros), ONG´s, alcaldías, ADESCOS.</li> <li>• ¿Existen personas o grupos en la comunidad que trabajan en conjunto con los establecimientos de salud? ¿Qué hacen? Comités de salud, parteras, profesoras/es, transportistas, autoridades locales, iglesias u otros grupos).</li> <li>• ¿Hay personas o grupos en la comunidad con mayor riesgo de enfermar o morir y que no reciben los servicios de salud en la comunidad? ¿Quiénes son?</li> </ul>   |
| <p>mejorar la <b>calidad</b> de atención en los servicios de salud y las interacciones del sistema con las personas, las familias y las comunidades.</p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cómo piensa la gente en la comunidad sobre la calidad de los servicios de salud que reciben? Posibles temas: tiempos de espera, trato del personal de salud, disponibilidad de medicinas y materiales, número de médicas/os y enfermeras, las diferencias culturales entre la comunidad y el personal de salud, transporte, citas en hospital, otros.</li> <li>• ¿Tiene la gente que pagar por los servicios de salud? Si se paga, ¿Cómo se siente la gente con este gasto? ¿Cree que este costo que se paga, impide que la gente use los servicios de salud?</li> <li>• ¿Qué información dan los servicios de salud a la población? ¿Es útil esa información? Si responde que no, ¿por qué no? ¿La información que se da es del conocimiento de todos los miembros de la familia? Si responde que no, ¿por qué no?</li> <li>• ¿Hacen visitas domiciliarias las/os médicas/os, enfermeras, promotoras/es de salud o trabajadoras/es de salud comunitaria? ¿Con qué frecuencia hacen las visitas? ¿Qué hacen? ¿Existen grupos de poblaciones que no reciben atenciones en salud o hay quienes necesitan apoyo adicional?</li> <li>• ¿Cómo son enviadas las pacientes de un establecimiento de salud a otro para consultar o para ser atendidas por problemas de salud?</li> <li>• ¿Cómo es el trato en los hospitales?</li> <li>• ¿Participa la comunidad en la evaluación de la calidad de los servicios de salud o en sugerir como mejorarla?</li> </ul> |



**ANEXO 9.**

**Hoja de sistematización del trabajo de las mesas de diálogo (Hoja del anotador).**

| Resumen de la situación actual   | Lista de los problemas identificados (asterisco en los prioritarios) | Comentarios textuales de participantes | ¿Se identificaron algunas oportunidades? Enumerarlas. |
|--|--|--|---|
| <b>Desarrollar las capacidades para mantenerse saludable, tomar buenas decisiones y responder a emergencias.</b> |  |  |   |
|  |  |  |   |
|  |  |  |   |
|  |  |  |   |
| <b>Incrementar la conciencia de derechos, necesidades y problemas potenciales relacionados con la salud.</b>     |  |  |   |
|  |  |  |   |
|  |  |  |   |
|  |  |  |   |
| <b>Los vínculos para el apoyo social</b>   |  |  |   |
|  |  |  |   |
|  |  |  |   |
|  |  |  |   |
| <b>La calidad de los servicios recibidos de los establecimientos de salud</b>                                    |  |  |   |
|  |  |  |   |
|  |  |  |   |
|  |  |  |   |



**ANEXO 10**  
**Formulario para establecer las propuestas de solución (Análisis de Acciones)**

| <b>Nivel de Atención/apoyo</b>           | <b>Problemas prioritarios</b> | <b>Propuestas de solución<br/>(Acciones identificadas)</b> |
|--|-------------------------------|--|
| <b>Desarrollo de capacidades.</b>        | 1.                            |  |
|  | 2.                            |  |
|  | 3.                            |  |
| <b>Conciencia de Derechos</b>            | 1.                            |  |
|  | 2.                            |  |
|  | 3.                            |  |
| <b>Vínculos</b>                          | 1.                            |  |
|  | 2.                            |  |
|  | 3.                            |  |
| <b>Calidad de los servicios de salud</b> | 1.                            |  |
|  | 2.                            |  |
|  | 3.                            |  |



**ANEXO 11**  
**Informe de Mesa de Diálogo**

La elaboración del informe del proceso de mesa de diálogo, debe incluir:

1. Hoja de inscripción de participantes completa.
2. Hoja de reporte sobre la organización de la mesa (incluyendo logística, organización, facilitación y anotación), redactar cualquier sugerencia para los cambios que pueden tomarse en cuenta para la próxima mesa de diálogo.
3. El resumen debe incluir: número de participantes, procedencia, rango de edades y características/perfil. Anote el nombre de facilitador(a), anotador(a) y observador(a).
4. Redactar un resumen sobre la dinámica de la discusión.  
 ¿Participaron algunas personas más que otras? ¿Quiénes participaron más?  
 ¿Quiénes menos? ¿Cuáles fueron las razones?, ¿Se tuvieron algunas interrupciones?  
 ¿Cuáles fueron las razones?
5. Análisis de las acciones, de acuerdo a la hoja de anotación y los papelógrafos, completar:

| <b>Nivel de Atención/apoyo</b>           | <b>Problemas prioritarios</b> | <b>Propuestas de solución<br/>(Acciones identificadas)</b> |
|--|-------------------------------|--|
| <b>Desarrollo de capacidades.</b>        | 1.                            |  |
|  | 2.                            |  |
|  | 3.                            |  |
| <b>Conciencia de Derechos</b>            | 1.                            |  |
|  | 2.                            |  |
|  | 3.                            |  |
| <b>Vínculos</b>                          | 1.                            |  |
|  | 2.                            |  |
|  | 3.                            |  |
| <b>Calidad de los servicios de salud</b> | 1.                            |  |
|  | 2.                            |  |
|  | 3.                            |  |

6. Conclusión

- ¿Ocurrieron algunos problemas durante las discusiones? (desacuerdos, problemas en lograr consenso, asuntos que deben ser resueltos en discusiones futuras).
- ¿Hay puntos discutidos en el grupo que siente que se deben discutir en mesas subsecuentes? Si es así, puede adaptar su guía de preguntas para reflejar esto.
- ¿Hubo algo discutido que podría ser importante de señalar durante la Mesa Intersectorial?



## ANEXO 12

Unidad de Desarrollo de Servicios de Salud  
Dirección de Primer Nivel de Atención  
Viceministerio de Servicios de Salud  
Ministerio de Salud

### Agenda general mesas de dialogo.

| Hora       | Actividad   |
|------------|---|
| 8:00 a.m.  | Inscripción de participantes.   |
| 8:15 a.m.  | Presentación de objetivos de la jornada.  |
| 8:30 a.m.  | Presentación de los participantes.  |
| 8:45 a.m.  | Definición de Reglas de convivencia.  |
| 9:00 am    | Presentación de Resultados de Ficha familEcosf y EcosfE. Última versión y análisis de salud.  |
| 9:30 a.m.  | Trabajo en subgrupos. (Identificación de problemas, oportunidades y alternativas de solución) |
| 10:30 a.m. | Pausa   |
| 10:45 a.m. | Trabajo en subgrupos. (Identificación de problemas, oportunidades y alternativas de solución) |
| 11:30 a.m. | Priorización de problemas   |
| 12:00 md.  | Plenaria  |
| 12:30 p.m. | Cierre de la jornada.   |



**ANEXO 13**  
Unidad de Desarrollo de Servicios de Salud  
Dirección de Primer Nivel de Atención  
Viceministerio de Servicios de Salud  
Ministerio de Salud

**Agenda mesa intersectorial**

| Hora       | Actividad  |
|------------|--|
| 8:00 a.m.  | Inscripción de participantes.  |
| 8:15 a.m.  | Presentación de objetivos de la jornada.   |
| 8:30 a.m.  | Presentación de los participantes.   |
| 8:45 a.m.  | Definición de Reglas de convivencia.   |
| 9:00 am    | Introducción sobre el Modelo de Salud y presentación de sus objetivos.   |
| 9:20 a.m.  | Resumen del análisis Situacional.  |
| 9:40 a.m.  | Presentación de los problemas priorizados en las Mesas de Dialogo desarrolladas.   |
| 10:00 a.m. | Pausa  |
| 10:15 a.m. | Llegar a un acuerdo sobre los problemas y necesidades prioritarias en el territorio, considerando las cuatro áreas temáticas.  |
| 11:15 a.m. | Revisar las alternativas de solución establecidas en las Mesas de Dialogo y llegar a una conclusión sobre las acciones prioritarias para contribuir a la mejora de la salud. |
| 12:15 md.  | Receso de almuerzo   |
| 1:15 p.m.  | Elaboración del Plan de Acción   |
| 3.15 p.m.  | Plenaria   |
| 3:30 p.m.  | Cierre   |



## ANEXO 14

### Contenido del informe final del DCP

1. Resumen ejecutivo.
  2. Antecedentes del DCP (Incluyendo los objetivos).
  3. Análisis Situacional:
    - a) Metodología del análisis situacional, incluyendo fuentes usadas.
    - b) Informe del ASSI.
  4. Mesas de Dialogo con actores sociales:
    - a) Metodología usada para las mesas de diálogo.
    - b) Informe resumen de los resultados de cada mesa realizada.
  5. Mesa de Dialogo Intersectorial:
    - a) Metodología usada para la mesa intersectorial.
    - b) Informe resumen de los resultados de la mesa.
- 
1. Plan de Acción elaborado en corresponsabilidad con la población.
  2. Conclusiones y recomendaciones del DCP.
  3. Anexos:
    - Descripción resumen de los participantes de las mesas de diálogo.
    - Formularios de análisis de las mesas de diálogos participativo.
    - Formularios de análisis de la mesa intersectorial.



## ANEXO 15

**Preguntas estratégicas para la redacción de las conclusiones y recomendaciones del DCP.** Se debe de escribir un párrafo resumen para cada pregunta:

1. ¿Cuál es la situación actual de la salud en la zona local (retos y oportunidades), incluyendo los resultados claves de esta situación; incluir también el acceso, percepciones de la población sobre la calidad y la utilización de los servicios.
2. ¿Cuál es la situación actual con respecto a: (i) las capacidades de las personas y las familias de dar cuidados apropiados en el hogar. (ii) la conciencia en la comunidad de los derechos para la salud, problemas y necesidades; (iii) los vínculos de apoyo social entre las personas, las familias, y las comunidades con los establecimientos de salud; y (iv) la calidad de los servicios de salud?
3. ¿Con cuáles actores e instituciones debemos estar trabajando (mujeres, familias, comunidades, grupos locales, servicios de salud y autoridades locales) para implementar el nuevo modelo de salud, y cuáles son los recursos potenciales que podemos ocupar?
4. ¿Cuáles son las intervenciones y mecanismos participativos actuales en la salud comunitaria en la zona y las lecciones aprendidas de éstas, que debemos tomar en cuenta dentro del modelo de salud?.



**ANEXO 16**

**Formato de invitación a mesas de dialogo y mesa intersectorial**

Unidad de Desarrollo de Servicios de Salud  
Dirección de Primer Nivel de Atención  
Viceministerio de Servicios de Salud  
Ministerio de Salud

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

Sr. (a) \_\_\_\_\_

Presente.

Reciba un cordial saludo, aprovecho la ocasión para invitarle a a participar en una Mesa de Dialogo en la cual se estarán analizando los principales problemas de la comunidad, se desarrollara el día: \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_, a partir de las \_\_\_\_\_ horas , en el local de \_\_\_\_\_.

Esperando contar con su valiosa presencia, la cual es de suma importancia para el desarrollo de nuestras comunidades, me despido,

Atentamente.

\_\_\_\_\_  
Dr(a). \_\_\_\_\_  
Director(a) UCSF \_\_\_\_\_



## Anexo 17:

### Formato de Plan de Acción.

| <b>ÁREA TEMÁTICA: CAPACIDADES</b>         |                    |             |                      |                     |        |             |
|---|--------------------|-------------|----------------------|---------------------|--------|-------------|
| Objetivo:                                 |                    |             |                      |                     |        |             |
| Problemas identificados                   | Resultado Esperado | Actividades | Recursos disponibles | Recursos necesarios | Tiempo | responsable |
|   |                    |             |                      |                     |        |             |
|   |                    |             |                      |                     |        |             |
|   |                    |             |                      |                     |        |             |
| <b>ÁREA TEMÁTICA: DERECHOS</b>            |                    |             |                      |                     |        |             |
| Objetivo:                                 |                    |             |                      |                     |        |             |
| Problemas identificados                   | Resultado Esperado | Actividades | Recursos disponibles | Recursos necesarios | Tiempo | responsable |
|   |                    |             |                      |                     |        |             |
|   |                    |             |                      |                     |        |             |
|   |                    |             |                      |                     |        |             |
| <b>ÁREA TEMÁTICA: VÍNCULOS</b>            |                    |             |                      |                     |        |             |
| Objetivo:                                 |                    |             |                      |                     |        |             |
| Problemas identificados                   | Resultado Esperado | Actividades | Recursos disponibles | Recursos necesarios | Tiempo | responsable |
|   |                    |             |                      |                     |        |             |
|   |                    |             |                      |                     |        |             |
|   |                    |             |                      |                     |        |             |
| <b>ÁREA TEMÁTICA: CALIDAD DE ATENCIÓN</b> |                    |             |                      |                     |        |             |
| Objetivo:                                 |                    |             |                      |                     |        |             |
| Problemas identificados                   | Resultado Esperado | Actividades | Recursos disponibles | Recursos necesarios | Tiempo | responsable |
|   |                    |             |                      |                     |        |             |
|   |                    |             |                      |                     |        |             |
|   |                    |             |                      |                     |        |             |



### Anexo No. 18

#### Promedio de atenciones integrales a ser brindadas por personal especializado.

| Personal del Ecosf E                     | Número de atenciones en 8 horas en la sede de la UCSFE.                                       | Número de atenciones en 7 horas (Cuando la sede se encuentre a media hora de ida y regreso) | Número de atenciones en 6 horas (cuando la sede se encuentre a una hora de ida y regreso) |
|--|---|---|---|
| 1. <b>Pediatría</b>                      | 29  | 25  | 21  |
| 2. <b>Gineco obstetra</b>                | 29  | 25  | 21  |
| 3. <b>Medico Internista o de Familia</b> | 29  | 25  | 21  |
| <b>Odontología</b>                       | 22  | 19  | 16  |
| 5. <b>Nutricionista</b>                  | 22  | 19  | 16  |
| 6. <b>Psicología</b>                     | 9   | 8   | 7   |
| 7. <b>Fisioterapia</b>                   | 16  | 14  | 12  |
| 8. <b>Educador para la salud</b>         | Sesiones educativas, charlas en sede y trabajo con los diferentes grupos en el curso de vida. |   |   |

**Nota:** Se plantea en el cuadro anterior de productividad de los RRHH de los Ecos Especializados, como un promedio estándar establecido para fines evacuativos de Programación Operativa Anual (POA), sin embargo es necesario establecer que el promedio de tiempo para la atención especializada esta relacionada con:

1. La situación de salud propia de cada persona que recibe esta atención, vinculada esta ultima con su entorno familiar y comunitario.
2. La situación epidemiológica y determinación social que se desea modificar.