



**MINISTERIO DE SALUD  
REGION CENTRAL DE SALUD  
SIBASI LA LIBERTAD**

---

**ANALISIS DE LA SITUACION DE SALUD INTEGRAL.**

**UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR BASICA  
QUEZALTEPEQUE LA LIBERTAD "SAN JACINTO"**

**EcosFamiliares**  
¡La salud llega a tu familia!

---

**QUEZALTEPEQUE LA LIBERTAD, EL SALVADOR, NOVIEMBRE DE 2017**

# INTRODUCCION

El Ministerio de Salud (MINSAL) mediante el compromiso en el camino de la transformación del sistema de salud de El Salvador, ha dado pasos firmes para lograr el objetivo fundamental de la Política de salud, que es el de garantizar el derecho a la salud a toda la población salvadoreña a través de un Sistema Nacional Integrado de Salud. Es por esta razón que se ha iniciado la implementación de los equipos comunitarios de salud Familiar en la zona urbana del Municipio de Quezaltepeque, los cuales están basados en el nuevo enfoque basado en la promoción y determinantes de la salud pretendiendo buscar las verdaderas causas de los problemas con transparencia y participación social; y así dejar de culpar a las víctimas, generando respuestas que nos alejen del conformismo y buscando soluciones que permitan plantear acciones efectivas mediante la solidaridad, equidad e Intersectorialidad.

El Equipo de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Básica Quezaltepeque La Libertad “San Jacinto”, se encuentra ubicado en la Colonia San Jacinto, el cual tiene bajo su responsabilidad seis áreas de influencia (A, B, C, D, E y F), en las cuales habitan un total de 5,426 personas, con una población predominantemente urbana ya que también da cobertura a una área rural.

La primera acción realizada por el Equipo de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Quezaltepeque, La Libertad San Jacinto fue la reunión con líderes, ADESCOS y comités de salud ya existentes de las colonias, lotificaciones, Barrios y comunidades del área geográfica de responsabilidad con el objetivo de informarles acerca del

levantamiento de ficha familiar, dicha actividad se realizó con completa normalidad, obteniendo un total de 1912 fichas familiares de las cuales son 1425 completas.

Al momento ya se tiene el resultado del trabajo realizado y por lo cual se parte a la siguiente fase que es el Análisis de la Situación en Salud y posterior socialización de resultados a comunidad



# I. SITUACION SOCIO HISTORICA

## ***ANTECEDENTES HISTÓRICOS***

En Quezaltepeque existieron asentamientos indígenas mucho antes del saqueo e imposición de los españoles. En la época colonial, en el año 1550 tenía alrededor de mil habitantes, según el alcalde mayor de San Salvador Don Manuel de Gálvez Corral. Esta población se mantuvo, ya que en el año 1770 Quezaltepeque pertenecía a la Parroquia de San Salvador y solamente contaba con mil habitantes, distribuidos en 156 familias, según refiere Monseñor Pedro Cortez y Laruz Av. 3 de Mayo.

A fines del año 1822 Quezaltepeque fue ocupado por Brigadier Manuel Aarhus, quien comandaba una columna imperial, cuyo objetivo era dominar la resistencia de las autoridades de San Salvador, para la ilegal anexión de Centro América al Imperio Mexicano.

El 12 de Julio 1824 Quezaltepeque ingresó como municipio del departamento de San Salvador, esta anexión fue legalizada por decreto ejecutivo del 4 de octubre de 1833 y ratificada por el decreto legislativo del 22 de abril de 1834. El municipio de Quezaltepeque se sumó a esta nueva división administrativa posteriormente se agregó de San Salvador y se incorporó a ,Opico.

Por su gran proceso en la agricultura y el comercio y por su creciente número de habitantes, durante la administración del Mariscal de Campo Don Santiago González y por decreto de las cámaras legislativas del 10 de marzo de 1874 se le otorgó al pueblo Quezaltepeque el título de Villa.

En 1904 el alcalde municipal Don Lázaro López solicitó al ayuntamiento el título de ciudad para Quezaltepeque y atendiendo esta solicitud, por decreto legislativo del 6 de abril de 1905 se elevó la Villa de Quezaltepeque a la categoría de Ciudad, durante la administración de Don Carlos Meléndez, la Asamblea Nacional emitió un decreto legislativo el 5 de mayo de 1915; mediante este decretó se crea un tercer distrito administrativo en el Departamento de La Libertad , el distrito de Quezaltepeque con cabecera en la ciudad del mismo nombre y con el pueblo de Tacachico como anexo.

### ***EVENTOS HISTÓRICOS RELEVANTES DE QUEZALTEPEQUE.***

#### **1892** iglesia antigua

- Se construye el puente de Atapasco
- Se solicitó al Gobierno un médico para atender a las muchas enfermedades que azotaban a la Villa.
- Llegó a Francia el reloj de la Torre de la Iglesia San José, donado por la Alcaldía Municipal que preside Don Marcos Cerén.

#### **1895**

- Se establece el alumbrado de petróleo

#### **1902**

Se establece el alumbrado público, se hacen aceras y repellos como progreso y ornato del pueblo.

- Se vendió el último Tejido del Cerro Macance.

#### **1904**

- Se construye sobre la quebrada El Coyol, el puente Colón, que unió la ciudad con el Barrio San Juan Guayabal.
- Se funda el Juzgado de Paz y el de primera instancia, el primer juez de Quezaltepeque fue Don José Manuel Villa Benigna Leiva, egresado de la Universidad Nacional
- Se funda la escuela de música

#### **1906**

- Se compra el terreno denominado el Trillo en ¢835.00 dinero que se solicitó como préstamo a Don Hedor Deininger padre, en este terreno se construyó el Grupo Escolar José Dolores Larreinaga.

#### **1910**

- Se retiran los faroles de gas que prestan servicio de alumbrado público y se sustituyen por lámparas de alcohol
- Llega el ferrocarril de Quezaltepeque.

#### **1912**

- Se compra terreno para el Rastro Municipal.
- Se inaugura la primera biblioteca y se nombra el primer Director Don Saturnino Rodríguez Canizalez.

#### **1924/1927**

- Se inaugura el puente nuevo que une al Barrio San José Guayabal con el Barrio El Calvario, ejecutado con contribución de los señores Álvarez L. Deininger y Balta Calero.
- Se inauguró el Grupo Escolar José Dolores Larreinaga, obra llevada a cabo con fondos nacionales, siendo el primer Director Don Pedro Fernández

### **1928/29**

- Se inaugura la escuela del cantón platanillos
- Se compra terreno camino a la Toma para el nuevo cementerio
- Se instala la cañería para agua potable para la ciudad de Quezaltepeque, invirtiendo aquí la cantidad de ¢5.000.00 que legó Don Pesor Deininger (hijo)

### **1932/33**

- Construcción de la Escuela San Juan los Planes, cuyas instalaciones fueron edificadas por Don Walter Thilo Deininger.

## **ANTECEDENTES HISTORICOS UNIDAD DE SALUD QUEZALTEPEQUE**

En el año de 1950 la atención de salud se inicia en una casa particular donde solo se brindaba atención curativa, contando con dos recursos de salud: un Médico Director (quien funcionaba también como médico consultante) y una auxiliar sanitaria.

En 1955 a través de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se desarrolló un programa de demostración dirigido por personal extranjero los cuales adquieren una casa denominada "Centro Sanitario Asistencial", la cual servía de Escuela de Capacitación donde se desarrollaban cursos de saneamiento, cursos para auxiliares sanitarios los cuales duraban un año; los instructores de esta escuelas eran médicos

e ingenieros de diferentes nacionalidades: Chilenos y Mexicanos. A esta escuela venían enfermeras graduadas de Panamá, Honduras, Nicaragua y Costa Rica a capacitarse ya que era el único lugar de Centroamérica de Capacitación Sanitaria. En el Centro Sanitario Asistencial se brindada atención odontológica, materna, infantil y vacunación.

En el año 1960 se intentó hacer un programa integral al igual que México y Colombia, pero el gobierno en funciones no dio su autorización.

En este mismo año se continúa brindando atención a la población en casa particular reconocida como Unidad de Salud donde hubo incremento de personal:

Un médico Director (Dr. Marco Díaz Ávila).

Un médico de servicio social.

Una enfermera graduada: como Jefe de Enfermera (Sra. Rosa María de Díaz).

4 Auxiliares Sanitarias.

En el año de 1969 se trasladó la unidad de salud al edificio en el que actualmente se encuentra, siendo este terreno donado.

El 1 de octubre de 1997 se alquila casa particular, para continuar brindando atención a la población por motivos de construcción del nuevo establecimiento de salud.

En el año 1998 se inaugura el nuevo local de la unidad de salud, donde actualmente se encuentra.

Entre los médicos directores más recientes tenemos:

Dra. Dalia Margarita Álvarez Ferrufino (1985-2000)

Dra. Concepción de Prudencio (2000-2001)

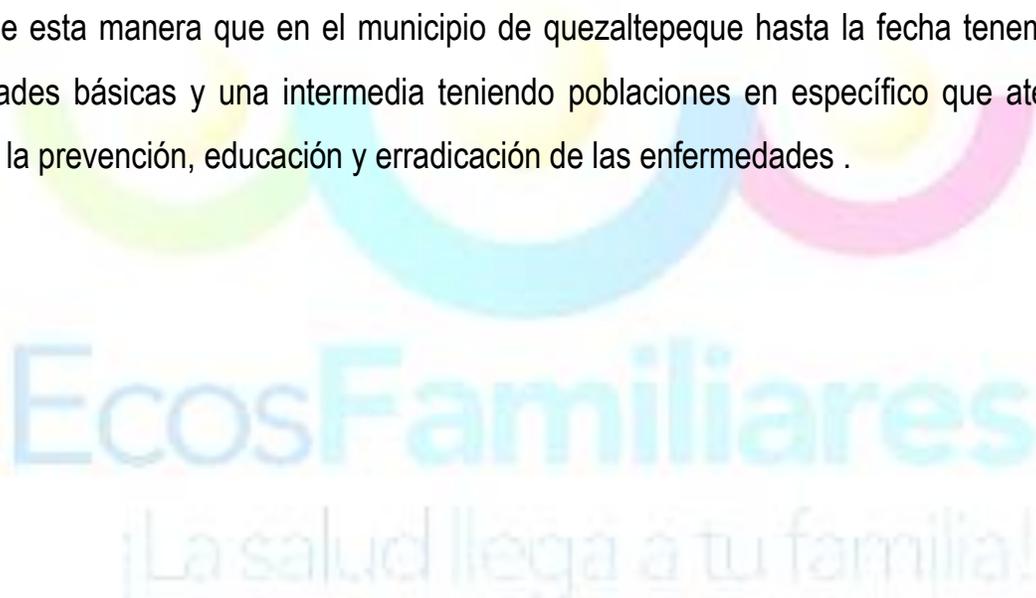
Dr. Ramón Argueta (2001-2007)

Dr. Alexander Castro (2007-2009)

Dra. Gloria Patricia Gómez de Romero (desde noviembre 2009 a la fecha).

En el año 2011 específicamente en julio se instalan en el municipio 2 nuevas unidades de salud, conocidas hasta ese momento de esa forma, en el 2009 con la reforma de salud impulsada por la ministra de salud Dra. María Isabel Rodríguez bajo la administración del presidente Mauricio Funes Cartagena, le dan el nombre de **Unidad Comunitaria de Salud Familiar Básica Quezaltepeque La Libertad “San Jacinto”** que en su abreviatura reza de la siguiente manera **UCSFB Q LL, San Jacinto.** Y **UCSFB Q LL, Santa Emilia.**

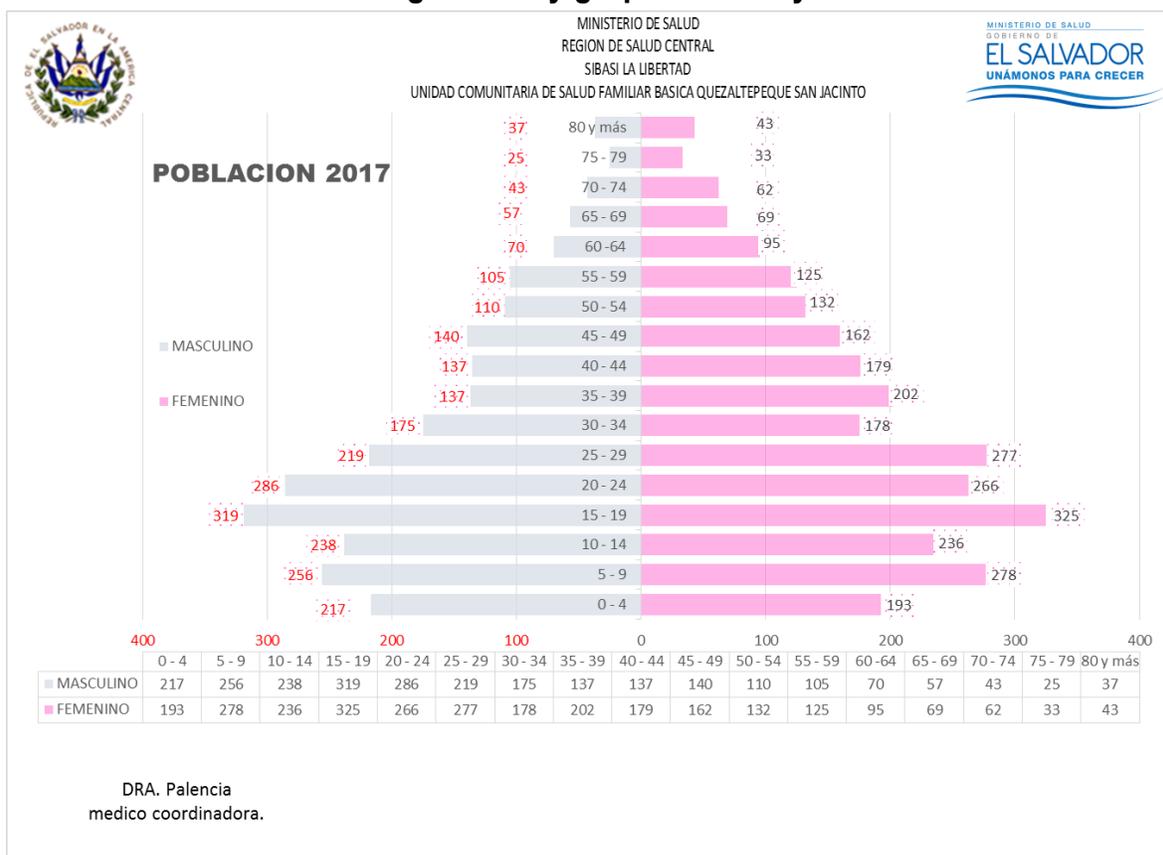
Es de esta manera que en el municipio de quezaltepeque hasta la fecha tenemos 2 unidades básicas y una intermedia teniendo poblaciones en específico que atender para la prevención, educación y erradicación de las enfermedades .



**EcosFamiliares**  
¡La salud llega a tu familia!

## II. CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRAFICA DE LA POBLACIÓN

### Población según sexo y grupo de edad y ciclo vital.



Pirámide poblacional de Unidad Comunitaria De Salud Familiar Básica Quezaltepeque La Libertad “San Jacinto” 2017

La población registrada mediante la actualización de ficha familiar es de 5,362 habitantes, la mayoría son personas del sexo femenino quienes representa el 52.5% (2,812) de la Población, las personas del sexo masculino representan el 47.5% (2,550) de la población total.

La razón Hombre Mujer de este grupo de población es de 0,89. Y la pirámide poblacional muestra un patrón ascendente concentrado en la población de niños y niñas menores de 4 años y población masculina y femenina de los 14 a 29 años, siendo por lo tanto un grupo poblacional joven muy representativo en la población asignada.

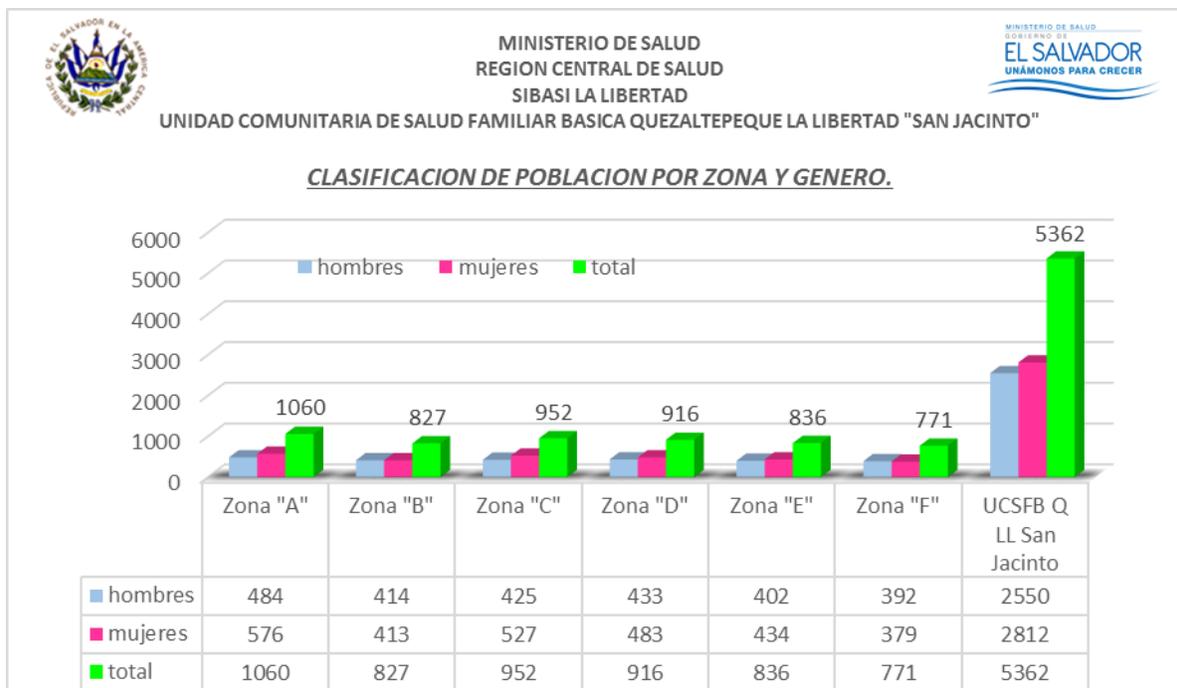


Gráfico de Población por zona y Sexo de Unidad Comunitaria De Salud Familiar Básica Quezaltepeque La Libertad "San Jacinto" 2017

Del total de la población asignada 4591 son personas que corresponden a población de área urbana (Zona A, B, C, D, E) representando un porcentaje del 85.7% del total poblacional; 771 personas corresponden al área poblacional rural con un porcentaje del 14.3% estando siempre esta población en mayor proporción representados por personas del sexo femenino tanto en el área Urbana como rural.

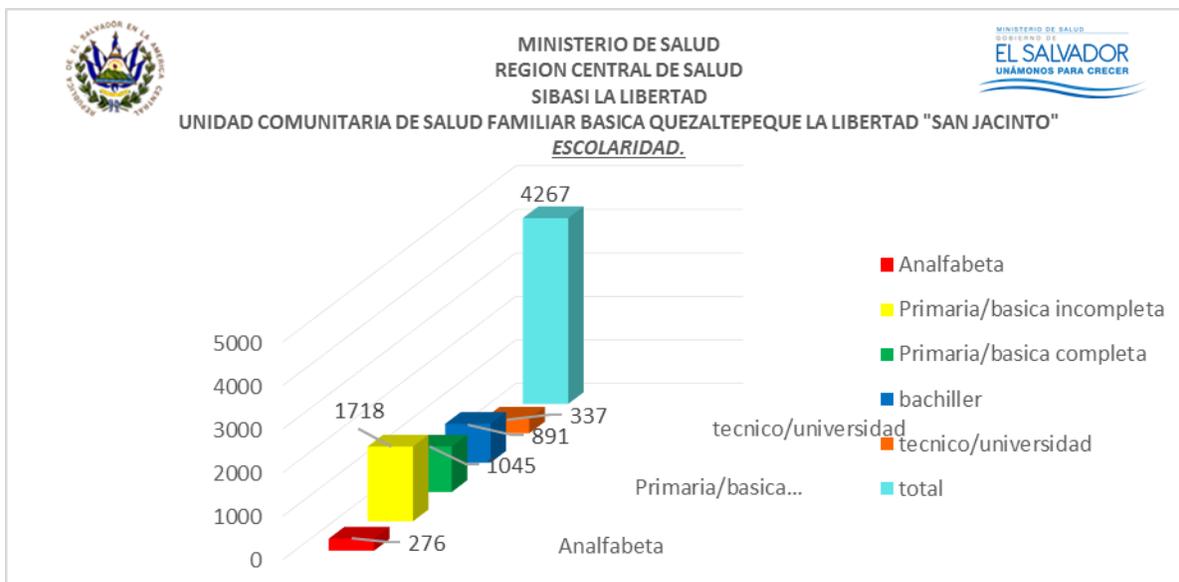


Gráfico de Escolaridad Población de Unidad Comunitaria De Salud Familiar Básica Quezaltepeque La Libertad "San Jacinto" 2017.

El 32.04% de la población total asignada a nuestra área de responsabilidad posee educación primaria básica incompleta, el 19.48% ha completado la educación primaria básica, y solo el 16.61% es bachiller; la población analfabeta representa 5.14 % de la población total y el técnico- universitario se encuentra presente en la zona con el 6.28% esta población ha crecido gradualmente, que en el primer diagnóstico parecía poco o nulo.

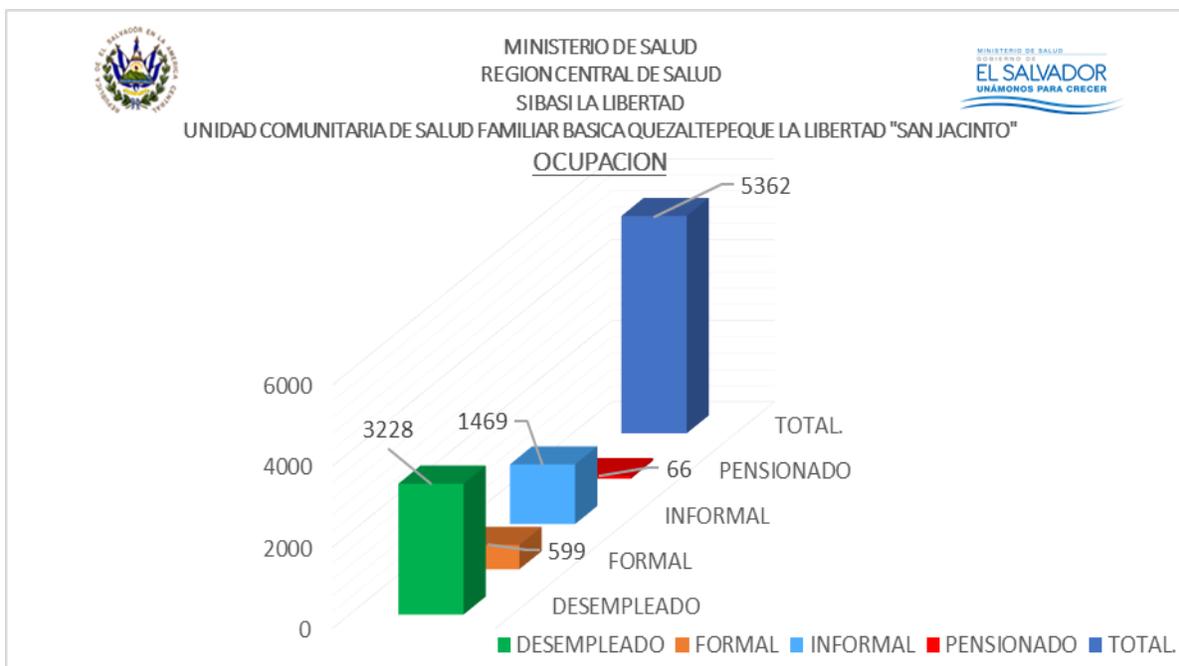


Gráfico de Ocupación Población de Unidad Comunitaria De Salud Familiar Básica Quezaltepeque La Libertad "San Jacinto" 2017.

La ocupación es una determinante muy representativa ya que el 60.20% de la población económicamente activa del Área de responsabilidad se encuentra desempleada, el 11.17% posee una ocupación formal y el 27.39% tiene ocupación Informal y los pensionados de una manera pequeña alcanzan un porcentaje de 1.23% de la población en general.



MINISTERIO DE SALUD  
REGION CENTRAL DE SALUD  
SIBASI LA LIBERTAD  
UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR  
QUEZALTEPEQUE LA LIBERTAD " SAN JACINTO "



DEPENDENCIA ECONOMICA

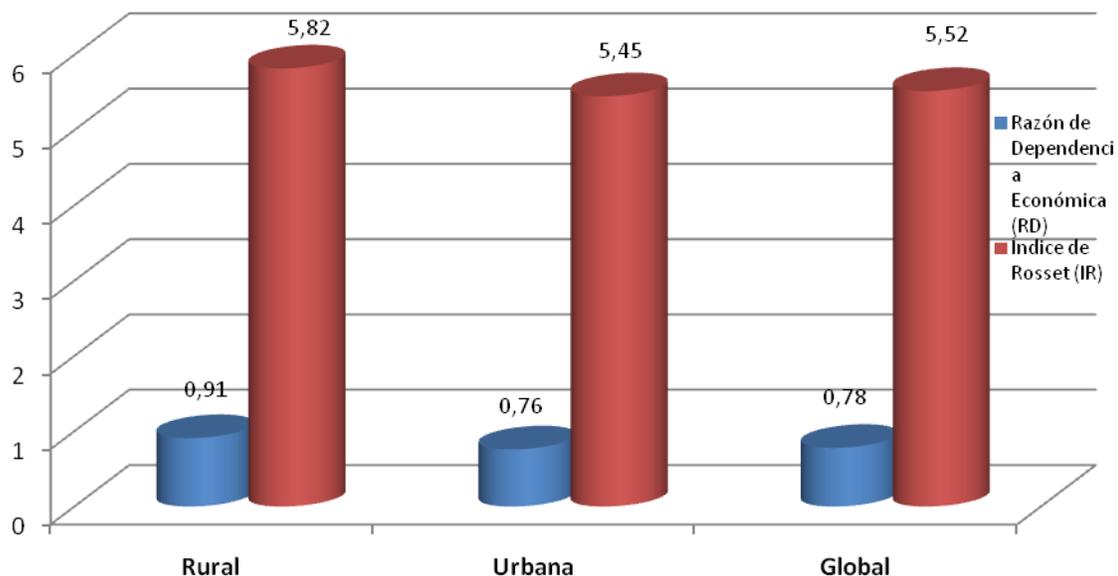


Gráfico de razón de dependencia e índice de Rosset de la Población de Unidad Comunitaria De Salud Familiar Básica Quezaltepeque La Libertad "San Jacinto" 2017.

La Razón de dependencia es el índice demográfico que expresa, la relación existente entre la población dependiente y la población productiva, de la que aquella depende. A medida que la tasa se incrementa, aumenta la carga que supone para la parte productiva de la población para mantener a la parte económicamente dependiente, por lo que a nivel global en el Área de responsabilidad se presenta una razón de Dependencia de 0.78. El **Índice de Rosset** Es la proporción de personas mayores de 60 años con respecto a la población total:

- Menos de 8 % \_\_\_\_\_ Juventud Demográfica
  - 8% - 10 % \_\_\_\_\_ Umbral de Envejecimiento
  - 11% - 14 % \_\_\_\_\_ Envejecimiento propiamente dicho
  - Más de 14 % \_\_\_\_\_ Vejez demográfica
- El índice de Rosset que se encontró fue de 5,52 por lo que se interpreta como un a población con juventud demográfica.

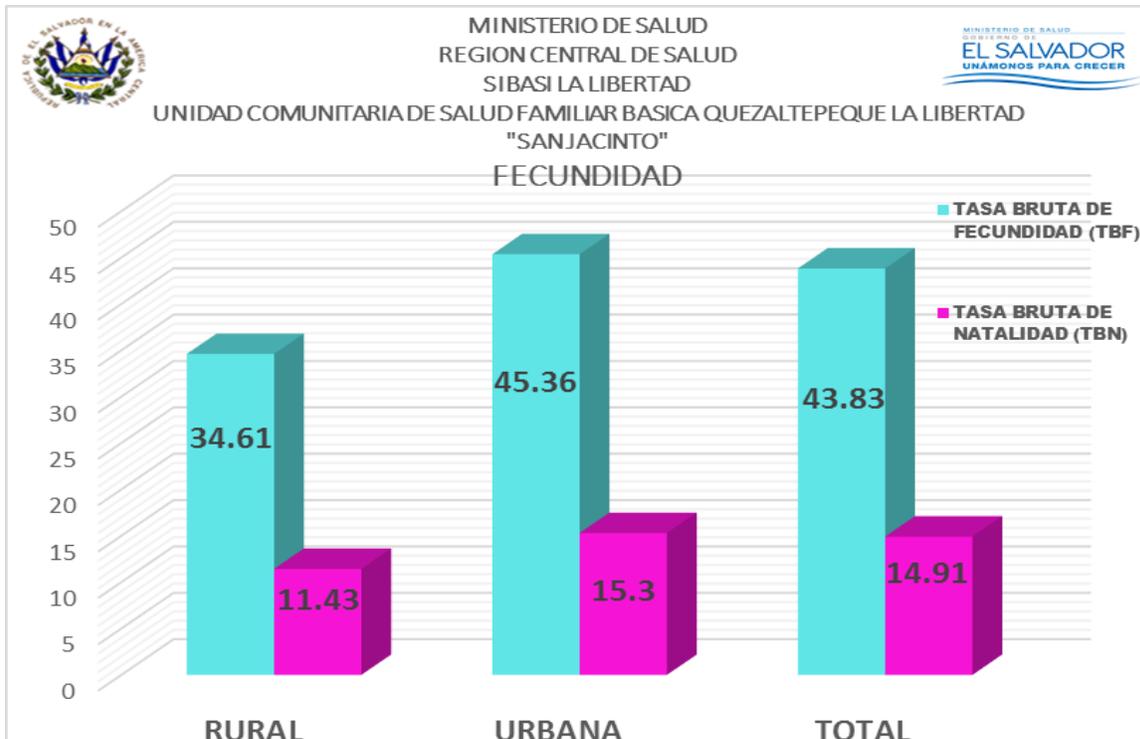


Grafico Tasa de Fecundidad y Natalidad de la Población de Unidad Comunitaria De Salud Familiar Básica Quezaltepeque La Libertad "San Jacinto" 2017.

La tasa bruta de fecundidad global es de 43.83 y representa el número de nacimientos con vida por cada 1.000 mujeres de edades comprendidas entre los 10 y los 49 años, en el año 2016, La tasa bruta de Natalidad es de 14.91 y está corresponde al número de nacidos vivos por cada 1.000 habitantes en el AGI asignado a nuestro equipo comunitario.

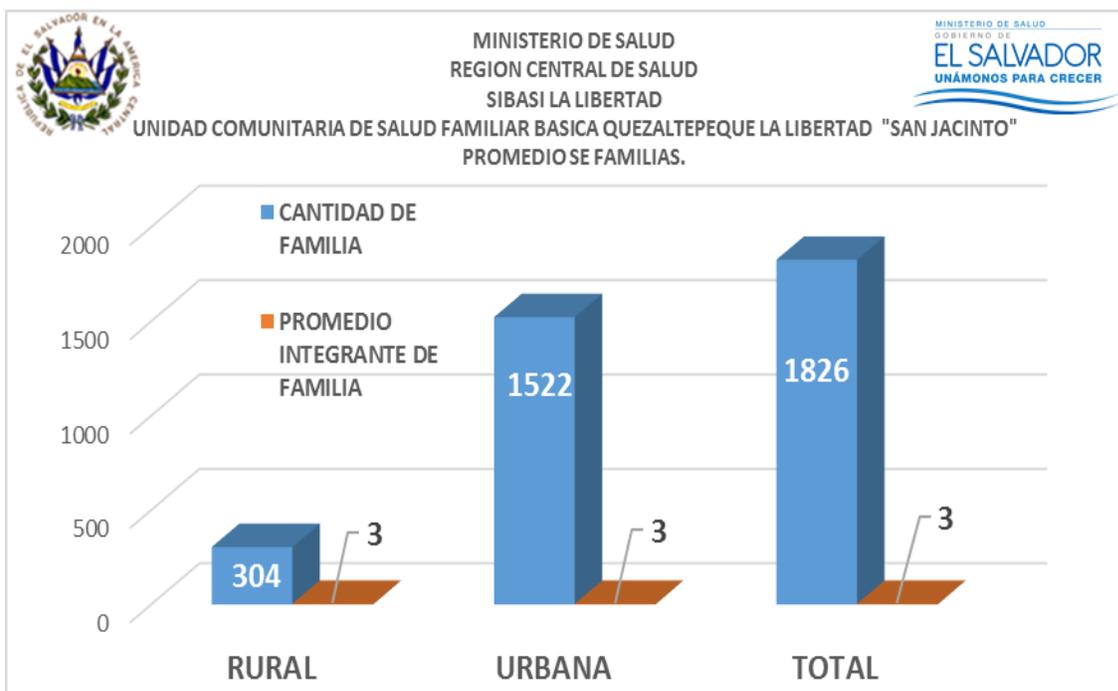


Gráfico promedio de familias de la Población de Unidad Comunitaria De Salud Familiar Básica Quezaltepeque La Libertad "San Jacinto" 2017.

La cantidad de familias asignadas a nuestra área de responsabilidad es de 1826 y se posee un número promedio de 3 personas por familia, este valor se conserva en el área rural y urbana. Siendo de esta manera 304 familia para el área rural y 1522 para el área urbana, en esta cifra se encuentra de manera más elevada debido a que en nuestro AGI, hay 5 zonas correspondientes al área urbana (A, B, C, D y E), y una sola zona (F) en el área rural.

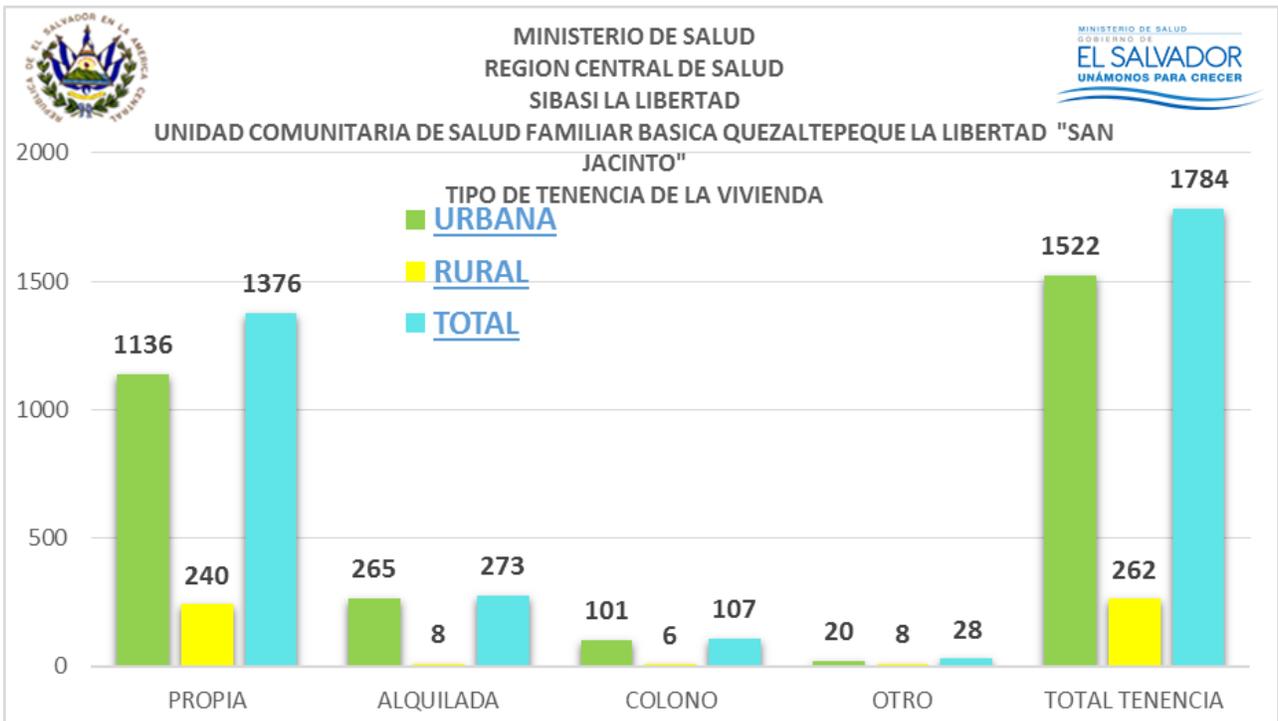


Grafico Tenencia de vivienda de la Población de Unidad Comunitaria De Salud Familiar Básica Quezaltepeque La Libertad "San Jacinto" 2017.

Del total de familias que se hizo el levantamiento de ficha familiar en el área de responsabilidad 1376 familias tiene vivienda propia, 27304 familias posee vivienda alquilada y 107 familias se encuentran en calidad de colonos, cuidanderos de vivienda en pequeñas quintas en el área rural, y en otros tipos de tenencia tenemos 28 tanto en área rural como en el urbano.



MINISTERIO DE SALUD  
REGION CENTRAL DE SALUD  
SIBASI LA LIBERTAD



UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR BASICA QUEZALTEPEQUE LA LIBERTAD  
"SAN JACINTO"  
RELIGION

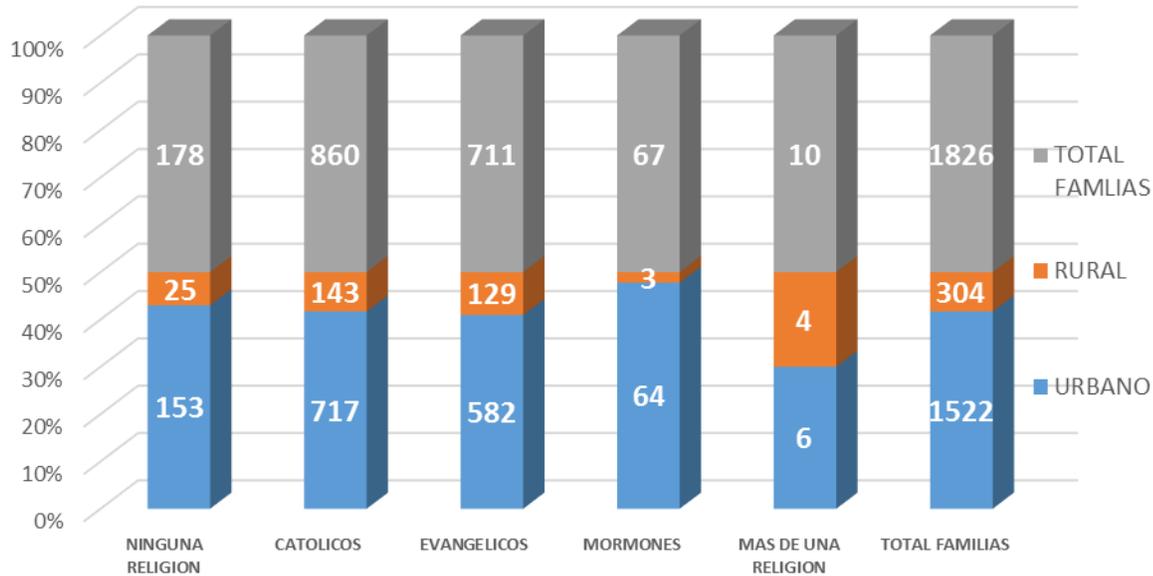


Grafico Religión de la Población de Unidad Comunitaria De Salud Familiar Básica Quezaltepeque La Libertad "San Jacinto" 2017.

La mayor proporción de familias profesan la religión católica seguido de los cristianos evangélicos y las familias que dicen no profesar ninguna religión, dentro de esta última se encuentran las personas que no son fieles devotos pero tiene afinidad por el cristianismo.

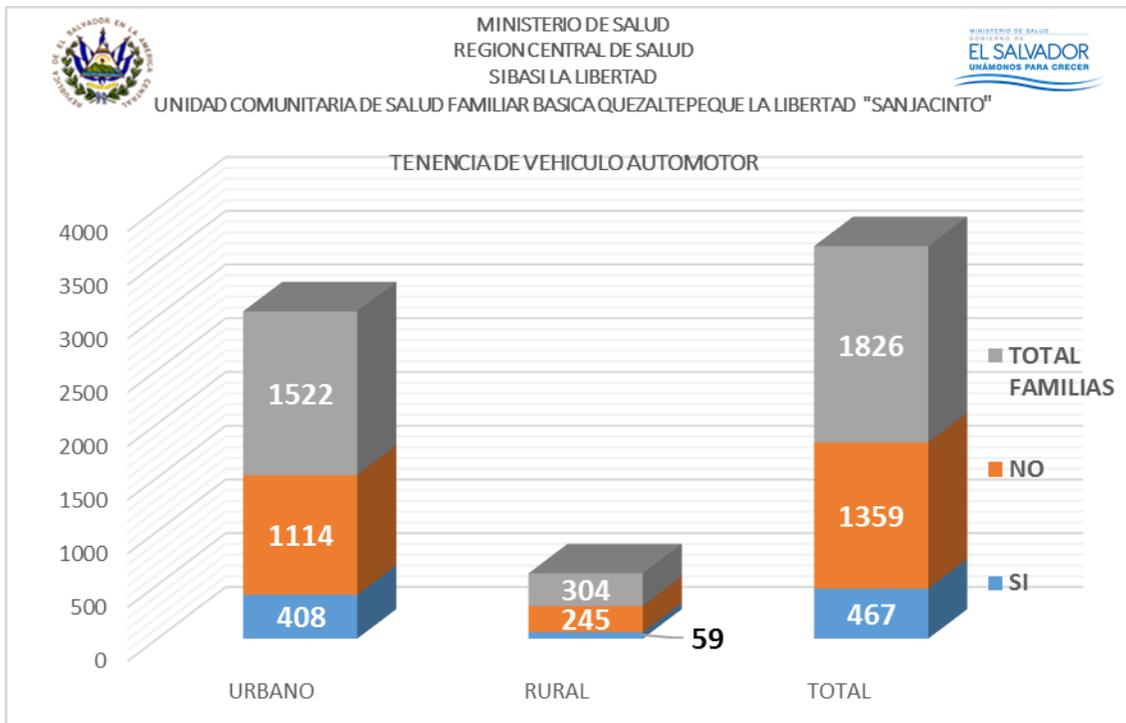


Grafico tenencia de vehículo automotor de la Población de Unidad Comunitaria De Salud Familiar Básica Quezaltepeque La Libertad "San Jacinto" 2017.

En totalidad solo el 25.57% de las familias adscritas poseen acceso a un vehículo automotor familiar, el resto hacen uso del transporte público o mototaxi que ingresaron al municipio a partir del año 2012.

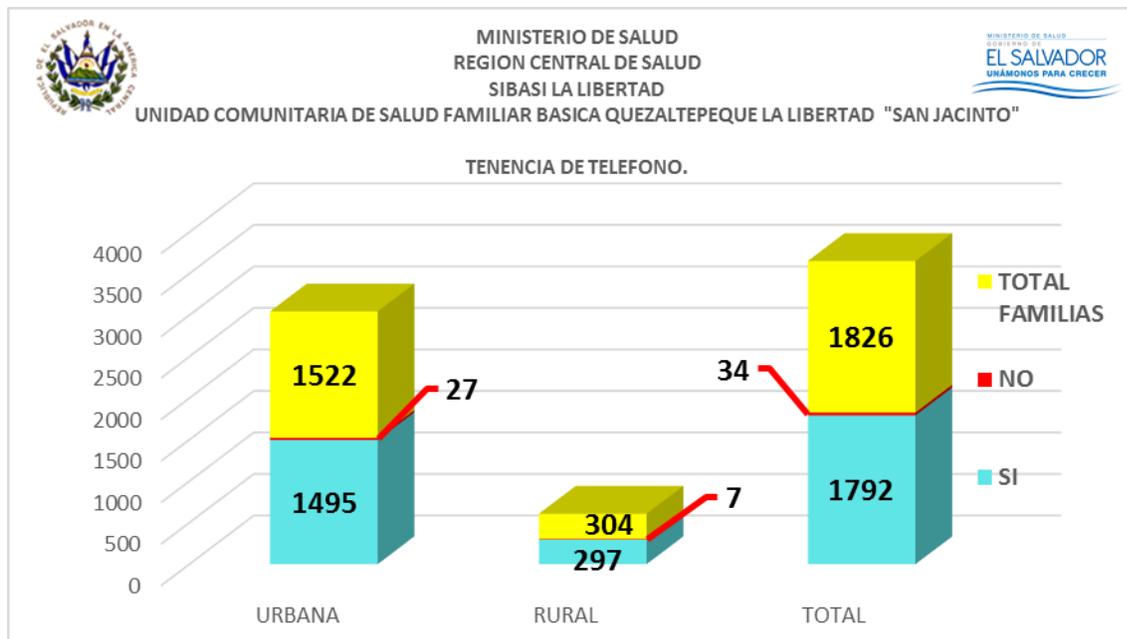


Grafico tenencia de teléfono de la Población de Unidad Comunitaria De Salud Familiar Básica Quezaltepeque La Libertad "San Jacinto" 2017.

El 98.13 % de las familias tienen acceso al servicio telefonico por medio de telefono celular, linea fija, proporcion que se mantiene presente en ambas areas tanto urbano como rural.

### III. IDENTIFICACION DE LOS RIESGOS

La dispensarizacion se define como un proceso dinamico y continuo de clasificacion individual de la poblacion de responsabilidad del Ecos Familiar, en cuatro grupos dispensarizales:

**Grupo I:** Supuestamente Sano

**Grupo II:** Con Factor de Riesgo

**Grupo III:** Enfermo

**Grupo IV:** Con discapacidad

Esta clasificacion facilita al equipo comunitario conocer y accionar para una adecuada atencion en salud y contrubuye a que los actores locales asuman el proceso de modificacion de los determinantes en salud y riesgos que son condiciones anormales que producen efectos dañinos sobre el individuo y la colectividad.

Los factores de Riesgos son características o circunstancias detectables de una persona o un grupo que posee un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso morbido.

**Los factores de riesgos (Biologicos, Ambientales, de comportamiento, socioculturales, economicos) se clasifican Por:**

**Por Afectados**

Individuales: Aquellos peculiares al individuo, relacionados con sus condicionantes de vida pero mas aun con su estilo de vida, confiriendo un grado variable de susceptibilidad o para adquirir enfermedad, daño o muerte.

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

### **Según su Origen**

Biologicos: Aquellos inherentes a características de vida.

Socioeconomicos: Relacionados con aspectos de conducta como los hábitos nocivos.

Socioculturales: Bajo nivel educacional, pobre educación sexual.

Economicos: Grado de satisfacción de necesidades básicas, Hacinamiento

Organización de Servicios de Salud: Accesibilidad, equidad.

Ambientales: Determinados por características del Medio Ambiente, Clima.

Fisicos: Radiaciones

Quimicos: Medicamentos.

Ocupacionales: Exposición a Plomo, ruido, plaguicidas,

Comportamiento: Uso de drogas y alcohol, entre otros.

### **Por la Posibilidad de Actuar por si mismo**

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

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

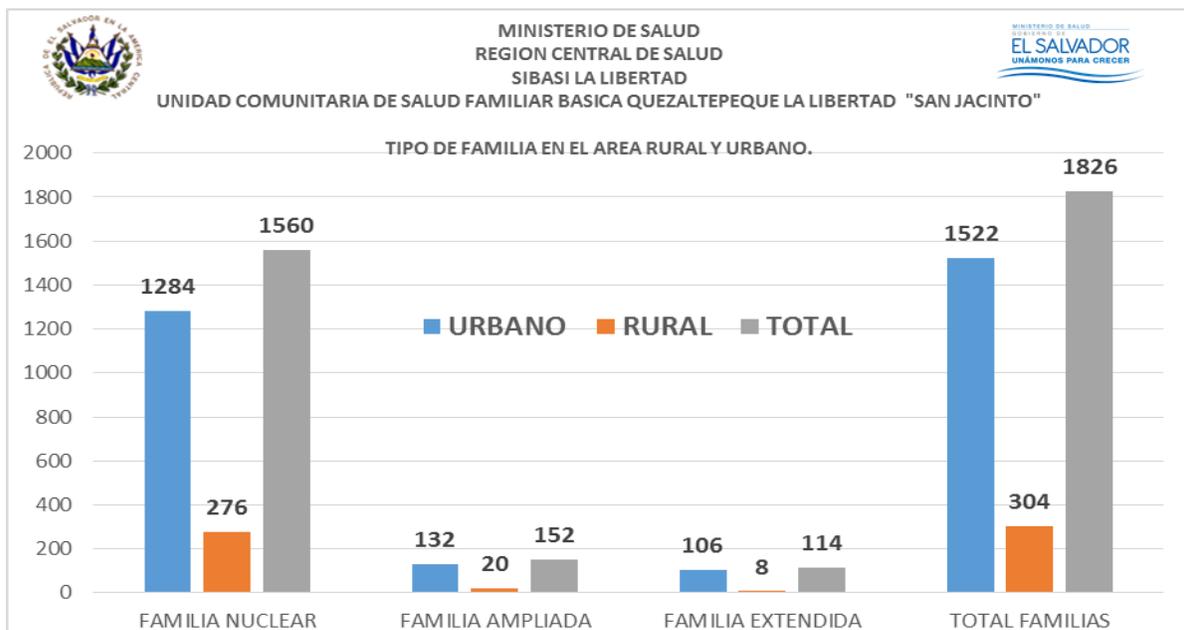


Grafico tipo de familia de la Población de Unidad Comunitaria De Salud Familiar Básica Quezaltepeque La Libertad "San Jacinto" 2017.

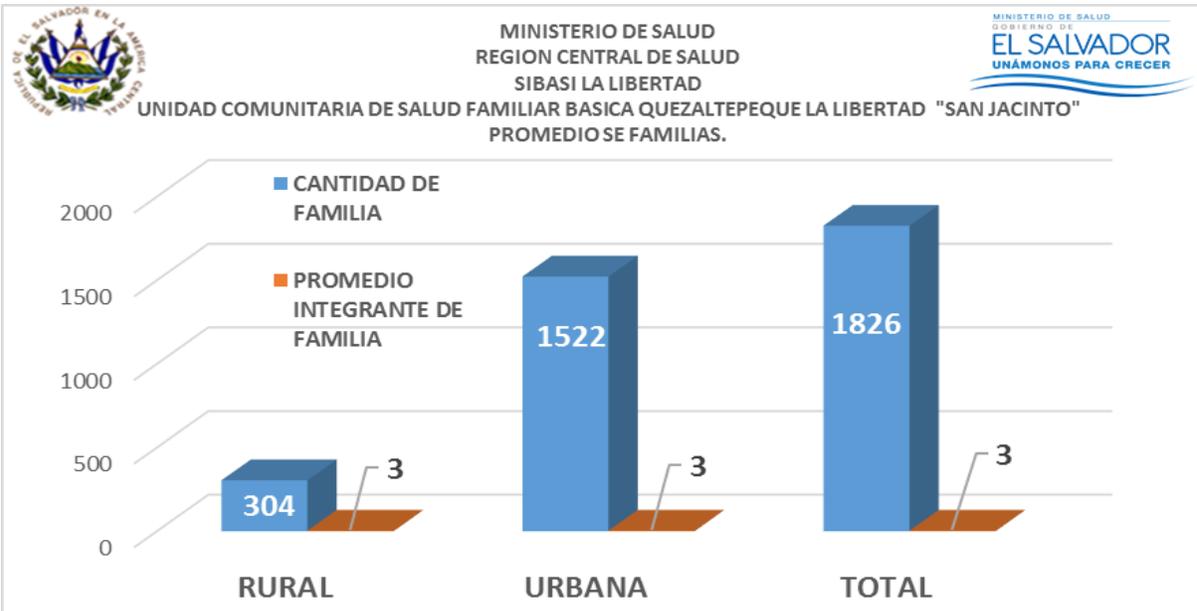


Grafico promedio de personas por familia de la Población de Unidad Comunitaria De Salud Familiar Básica Quezaltepeque La Libertad "San Jacinto" 2017.

El 85.43% de las familias son nucleares y con una proporción significativa en el área urbana, seguida por un 8.32 % de la familia ampliada y 6.25% de la familia extendida, el promedio de miembros por familia son de 3 personas por familia y presenta un índice de hacinamiento de 1.4, razón por la cual no hay hacinamiento familiar.

¡La salud llega a tu familia!



MINISTERIO DE SALUD  
REGION CENTRAL DE SALUD  
SIBASI LA LIBERTAD  
UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR  
QUEZALTEPEQUE LA LIBERTAD " SAN JACINTO "



DISPENSARIZACION

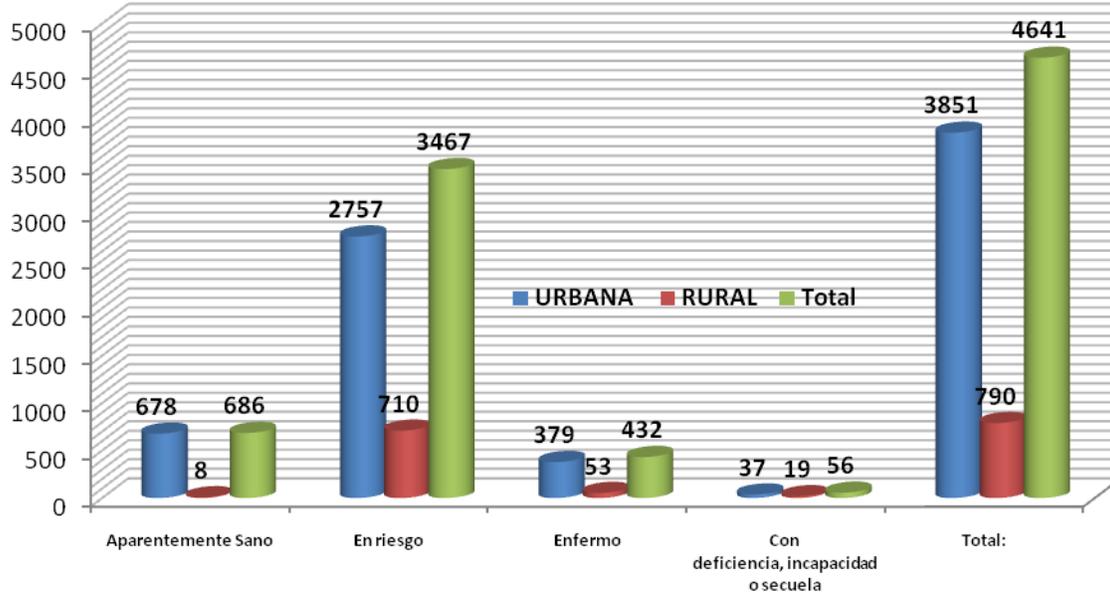


Grafico Dispensarizacion de la Población de Unidad Comunitaria De Salud Familiar Básica Quezaltepeque La Libertad "San Jacinto" 2017.

Las Dispensarizacion es un proceso dinámico y continuo de clasificación individual de la población de responsabilidad del ECOS-F. Las personas que se encontraron en el proceso de Dispensarizacion en riesgo fue del 74.70% de la población total, con una proporción significativa de la población urbana, el 14.70% de la población dispensarizada se encontró aparentemente sana. El 9.30% se encontró enferma y el 1.2% se encontró con una deficiencia, secuela o incapacidad.



ENFERMEDADES CRONICAS

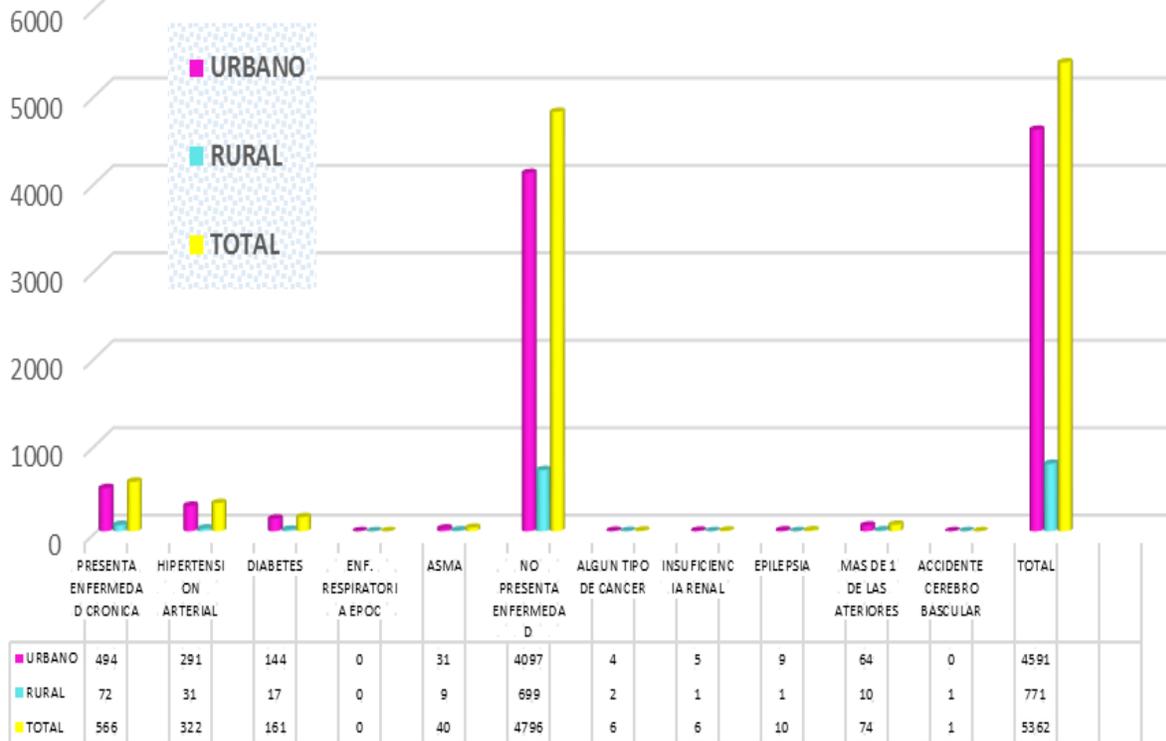


Grafico Enfermedades crónicas presentes en la Población de Unidad Comunitaria De Salud Familiar Básica Quezaltepeque La Libertad "San Jacinto" 2017.

Las enfermedades crónicas prevalentes en la población son la Hipertensión Arterial con un total de 322 personas con tratamiento activo, seguido de la Diabetes Mellitus con 161 personas y otras enfermedades crónicas las cuales las padecen 63 personas, dentro de estas enfermedades se encuentran el Hipotiroidismo e Hipertiroidismo, dentro de la patología pulmonar se encuentran 40 personas que padecen asma Bronquial.

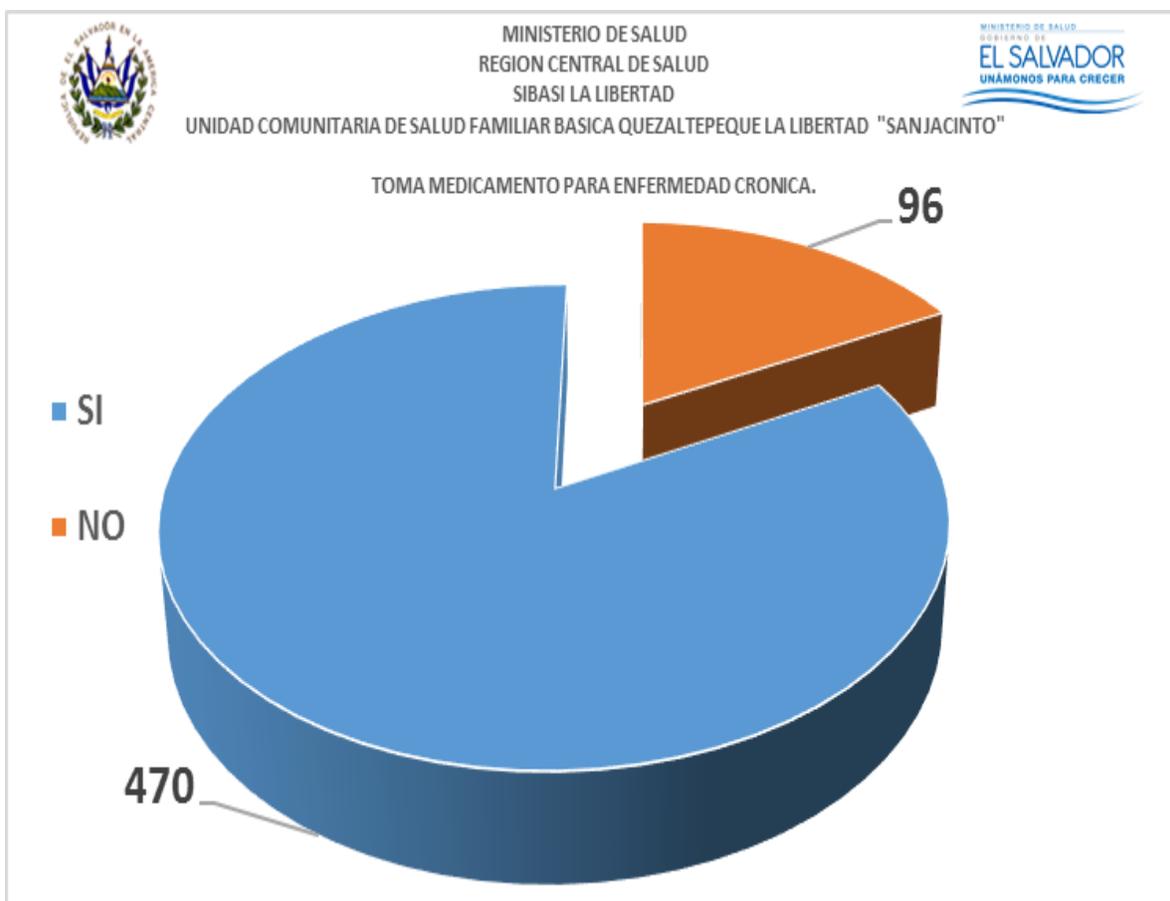


Grafico. Toma Medicamento para Enfermedad Crónica. Población de Unidad Comunitaria De Salud Familiar Básica Quezaltepeque La Libertad "San Jacinto" 2017.

El total de personas que presentan enfermedades crónicas hacen a 566, entre estas se encuentran Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, Trastornos tiroideos, Trastornos del metabolismo del calcio, de dicha población 470 personas llevan control médico de la enfermedad y toman periódicamente su medicamento, mientras que 96 personas no asisten a su control ni toman su medicamento periódicamente por diversas razones particulares, siendo esta una determinante significativa ya que este grupo de personas está expuesto a las complicaciones que derivan de no llevar adecuadamente un tratamiento médico.

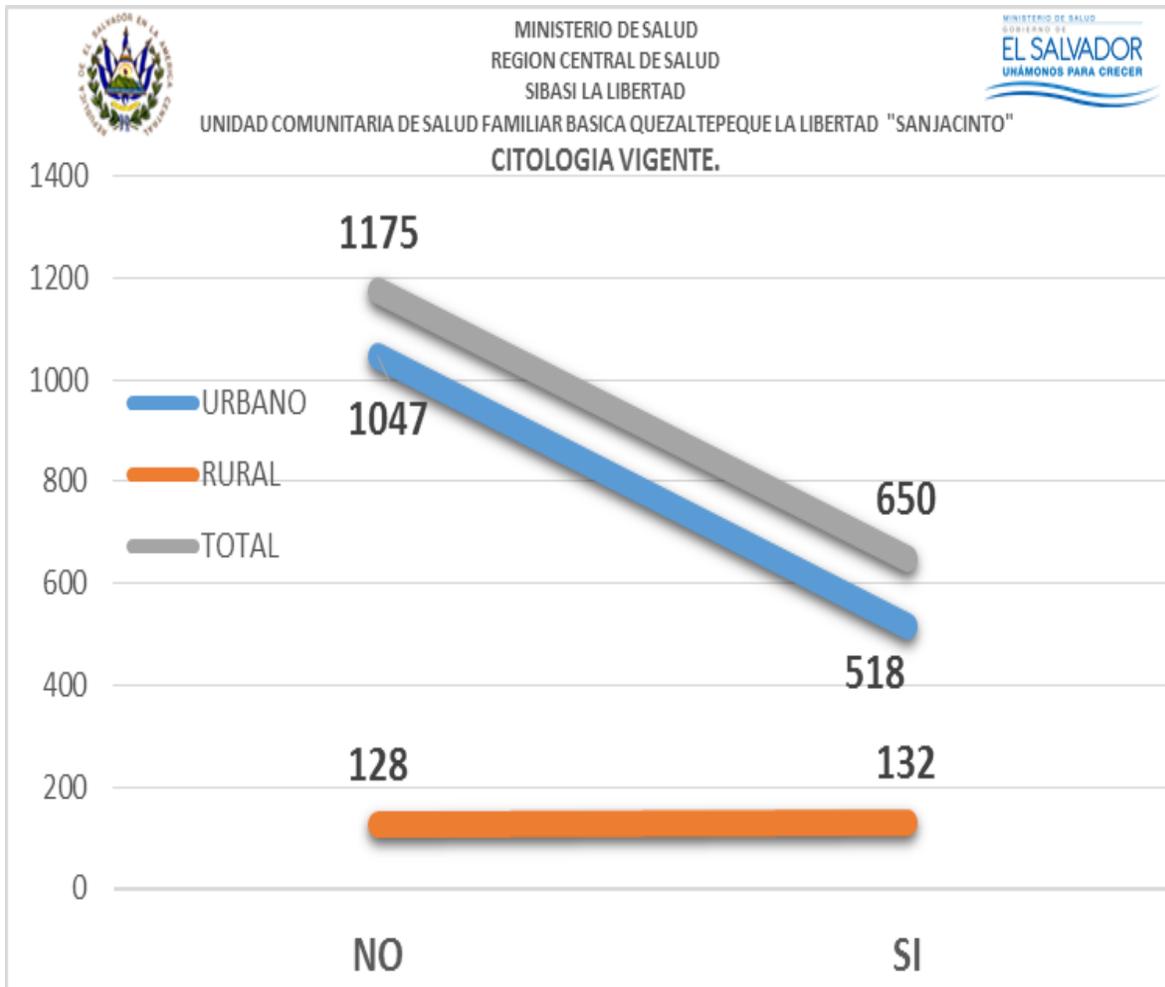


Grafico Citología Vigente. Población de Unidad Comunitaria De Salud Familiar Básica Quezaltepeque La Libertad “San Jacinto” 2017.

La vigencia del PAP es un factor determinante para la detección oportuna del cáncer de cérvix, la población femenina del área de responsabilidad asciende a 1,825 mujeres de las cuales solo el 35.62% presenta citología vigente y el 64.38% presenta PAP no vigente y PAP nunca tomado.

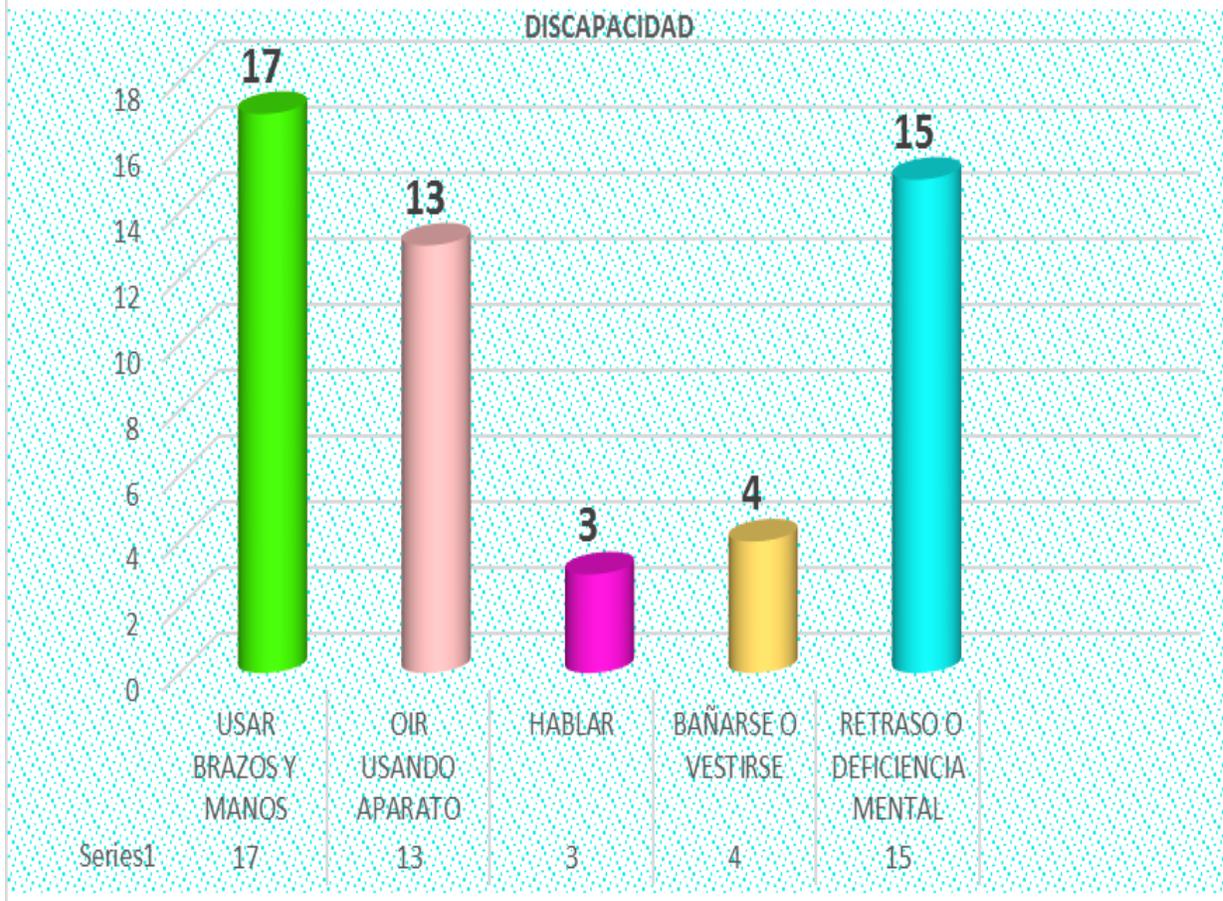


Grafico tipo de discapacidad de la Población de Unidad Comunitaria De Salud Familiar Básica Quezaltepeque La Libertad "San Jacinto" 2017.

La discapacidades que más frecuentemente se encuentra en la población es la de tipo física motora, usa brazos y manos 17 personas presentan dicha discapacidad y dentro de estas se encuentran, 13 personas presentan discapacidad auditiva pero que usando aparatos de tipo tecnológicos opacan dicha discapacidad, 3 personas que no pueden hablar, 4 bañarse o vestirse y 15 con retraso o deficiencia mental. Esto equivale a un 0.9% de la población viviendo con algún tipo de

discapacidad.

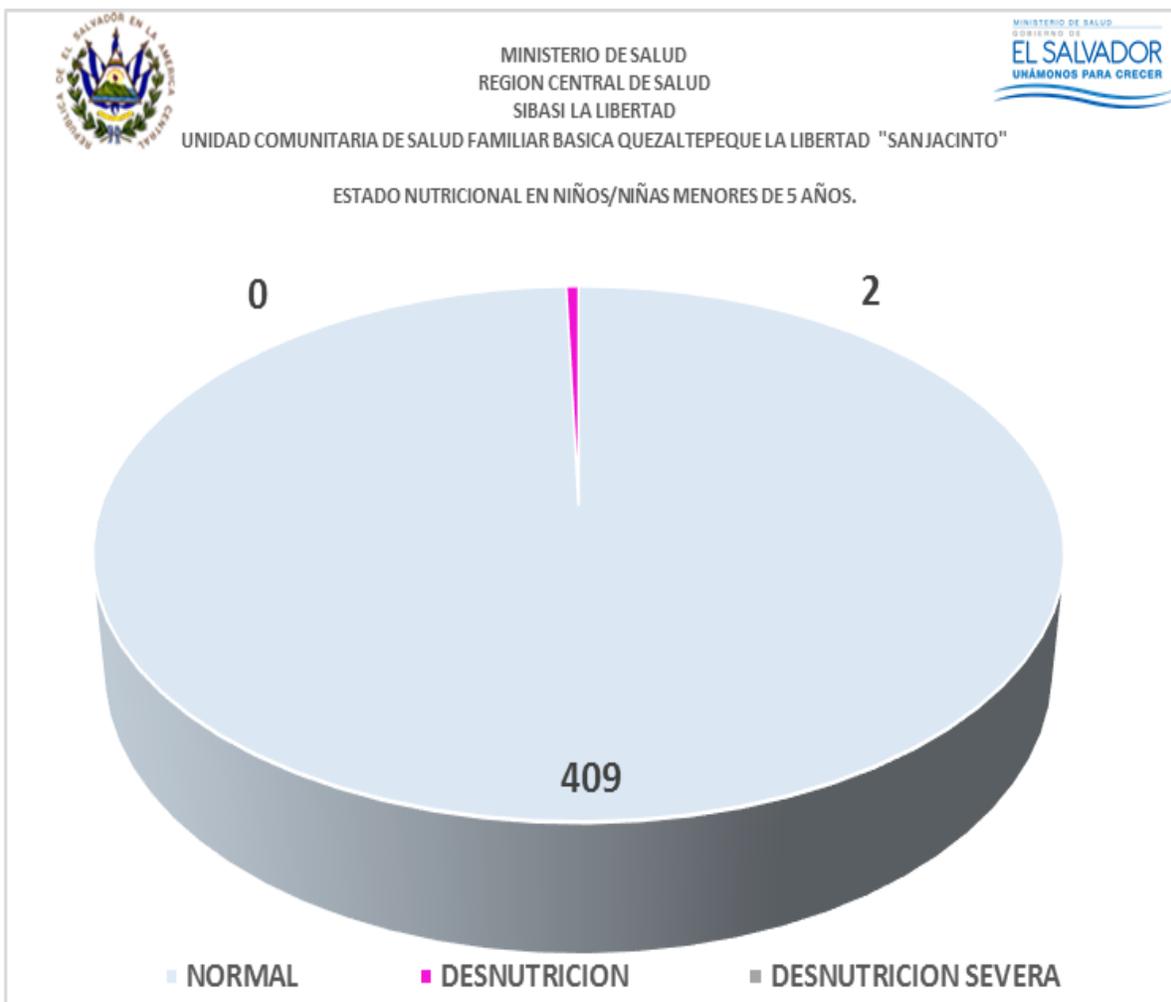


Grafico. Estado nutricional en niños menores de 5 años de la Población de Unidad Comunitaria De Salud Familiar Básica Quezaltepeque La Libertad "San Jacinto" 2017.

De la población total de 411 niños menores de 5 años evaluados por el equipo de salud familiar durante la actualización de ficha familiar 409 niños presentaron un estado nutricional normal, 2 niños presentaron un grado de desnutrición con signos característicos como el signo de la bandera, bajo peso, relación peso para la edad con tendencias descendente e inadecuado o por abajo de -2 hasta -3 desviaciones estándar y ningún niño presento grado de desnutrición

severa.

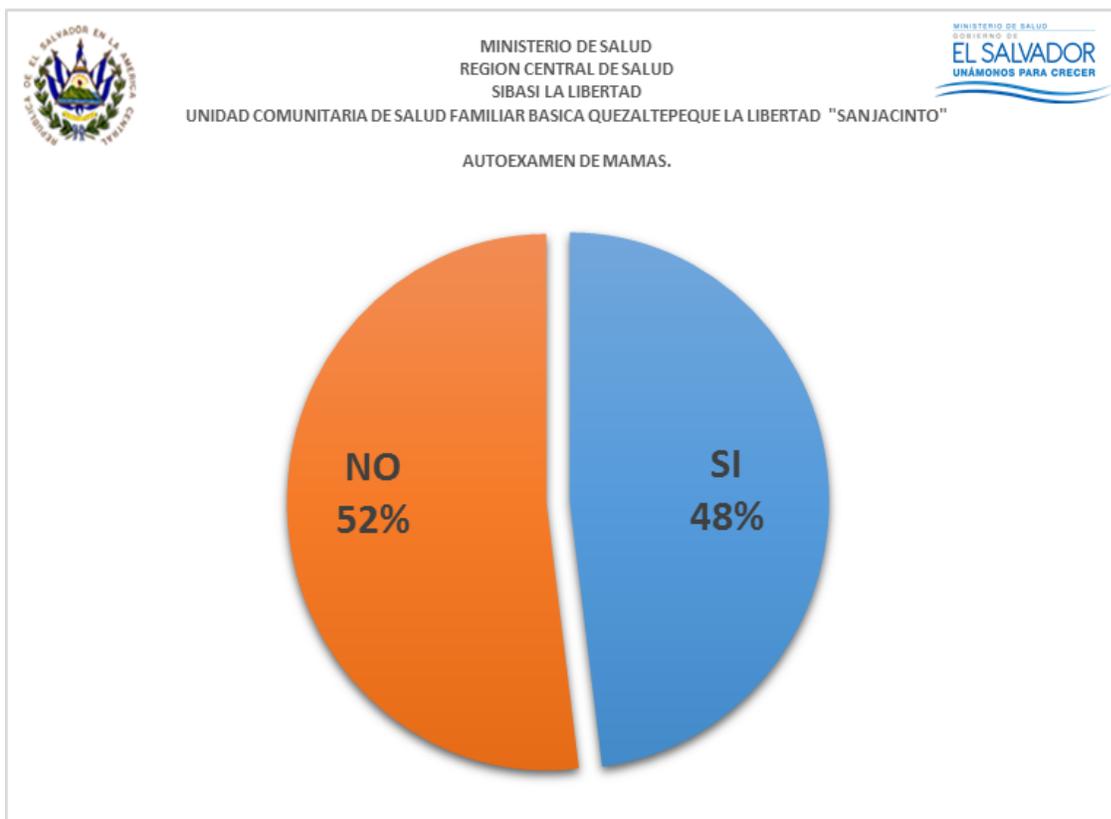


Grafico. Autoexamen de Mamas de la Población de Unidad Comunitaria De Salud Familiar Básica Quezaltepeque La Libertad "San Jacinto" 2017.

Al realizar la actualización de ficha familiar se investigó la variable de autoexamen de mamas donde se preguntó a 1825 mujeres del área de responsabilidad si se realizan este tamizaje periódicamente, de las cuales solo 876 mujeres equivalentes al 48% respondieron que si se lo realizan, 949 mujeres equivalentes al 52% respondieron que no se realizan este examen por diversas razones, desconocimiento, falta de promoción de dicho tamizaje, miedo, falta de iniciativa propia entre otros.

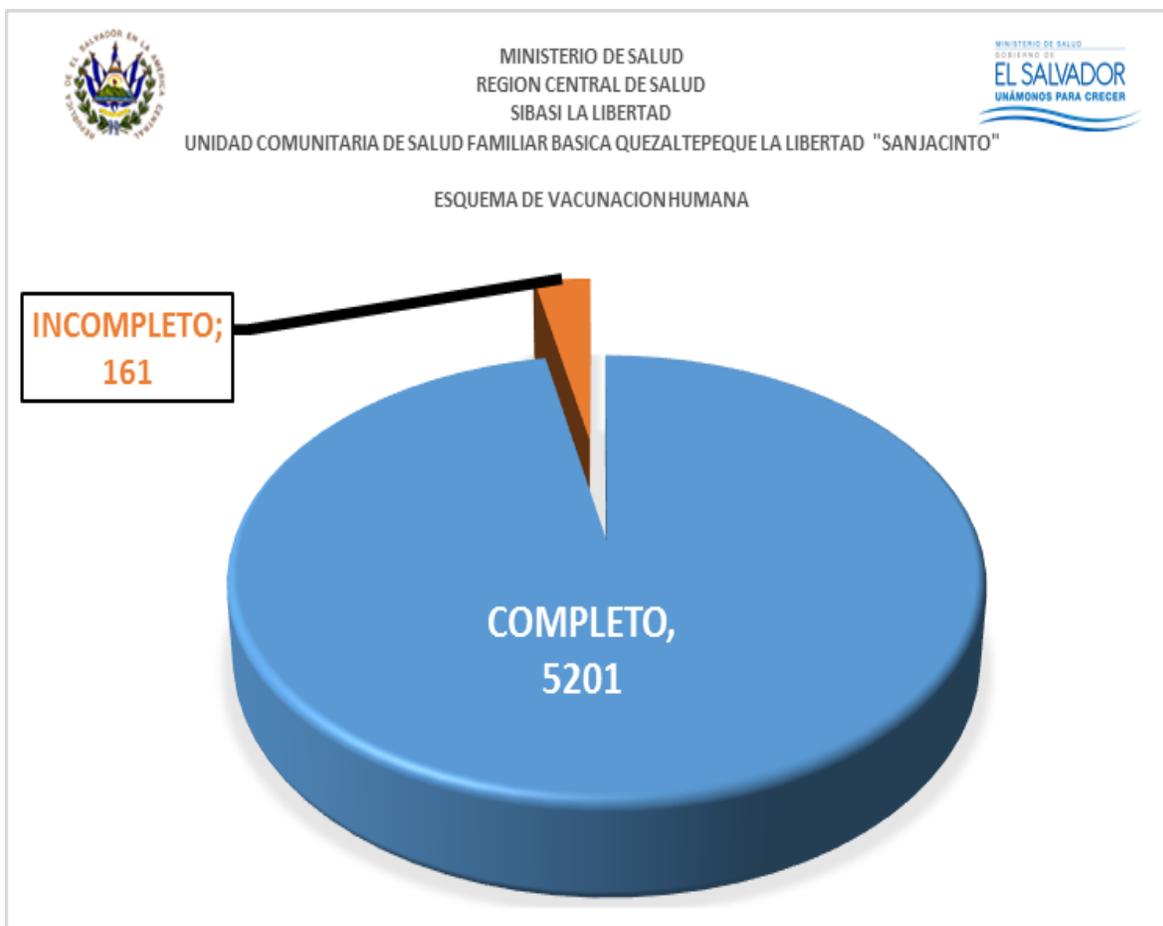
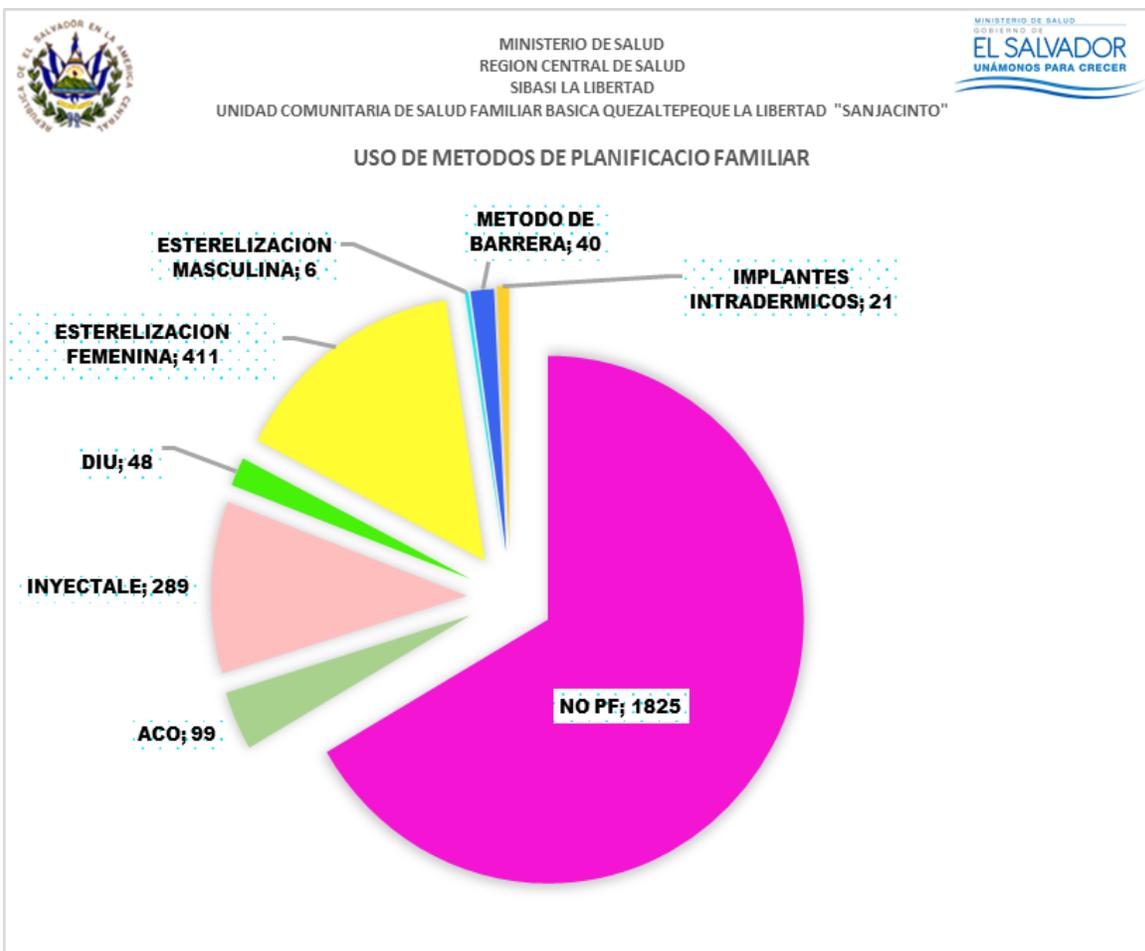


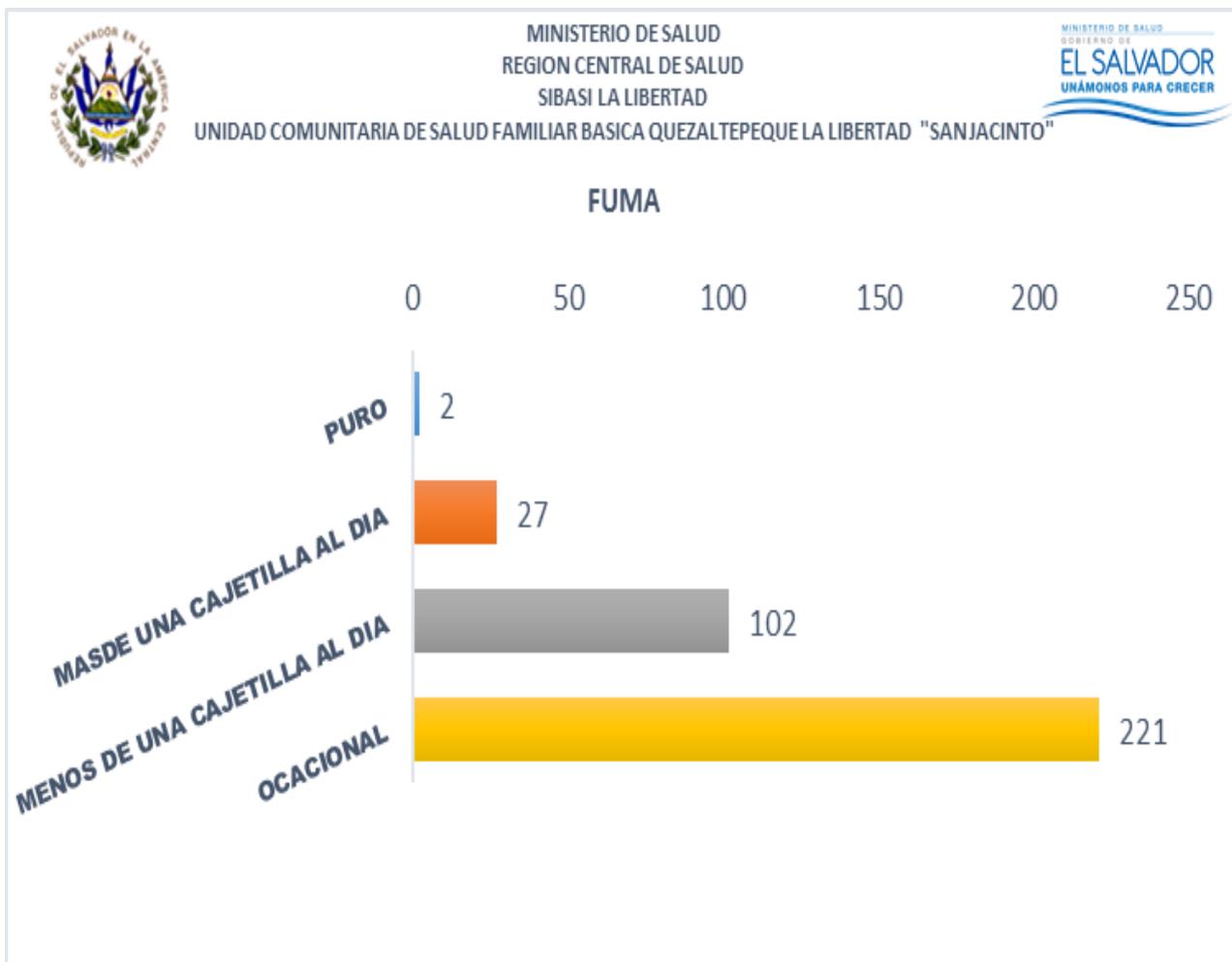
Grafico esquema de vacunación de la Población de Unidad Comunitaria De Salud Familiar Básica Quezaltepeque La Libertad "San Jacinto" 2017.

En cuanto a vacunación humana, la investigación de la variable dio como resultado que el total 5201 personas equivalente al 96.99% presentan esquemas de vacunación completo y actualizado, 161 personas equivalentes a 3.1% presenta esquema de vacunación incompleto o personas que nunca se han inmunizado. Las principales razones para tener esquemas de vacunación incompleto son el atenuamiento ya que el mayor porcentaje se encuentra inmunizado al buen abastecimiento y variedad de biológico con el que se cuenta en el ministerio de salud.



Uso de métodos de planificación familiar de la Población de Unidad Comunitaria De Salud Familiar Básica Quezaltepeque La Libertad "San Jacinto" 2017.

El uso de métodos de planificación familiar en la población fértil de la unidad comunitaria es una variable muy representativa en el presente análisis ya que 911 personas equivalente al 49.91% en edad fértil no hacen uso de ningún método de planificación familiar, la esterilización femenina se presenta en un 22.52% de la población, el uso de método inyectable se da en un 15.83%, seguido por uso de ACO, DIU, métodos de barrera, implantes intradérmicos y por último la vasectomía.



Tabaquismo en la Población de Unidad Comunitaria De Salud Familiar Básica Quezaltepeque La Libertad "San Jacinto" 2017.

Dentro de las variables que denotan hábitos personales de la población y que influye en el estado de salud de las personas, se evalúa el tabaquismo encontrándose a 221 personas quienes manifestaron ser tabaquistas ocasionales, 102 personas quienes manifestaron ser tabaquistas de menos de una cajetilla de cigarros al día, 27 personas que se fuman más de una cajetilla al día y dos persona quien manifestó que fuma puro.



### INGESTA DE BEBIDAS ALCOHOLICAS.

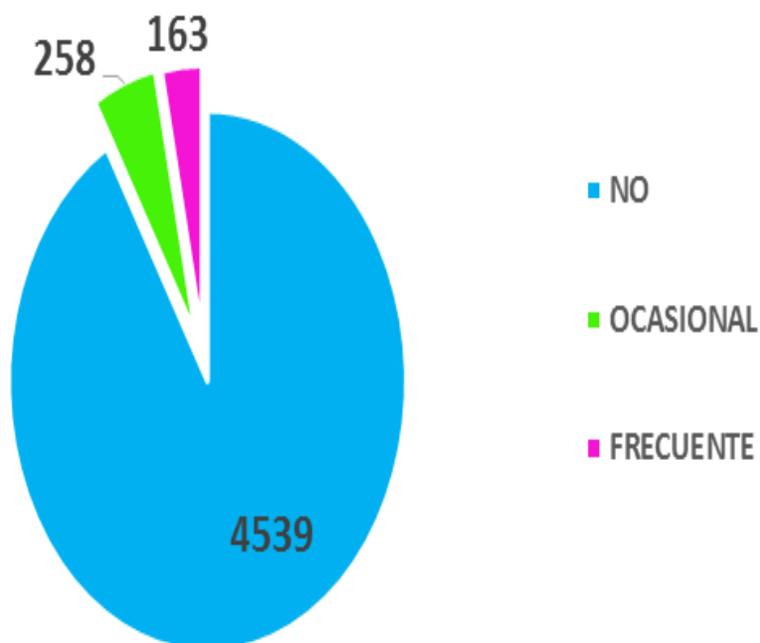


Figura Grafico ingesta de bebidas alcohólicas en la Población de Unidad Comunitaria De Salud Familiar Básica Quezaltepeque La Libertad "San Jacinto" 2017.

La ingesta de bebidas alcohólicas en la población del área de responsabilidad de la unidad comunitaria es un hábito que representa el 8.48%, de 4960 personas arriba de los 5 años de edad, dejando de esta manera a la población menor de 5 años de edad que representa un total de 402 infantes de los cuales no hay ninguno que sea alcohólico, para un total de 5362 la población en general.

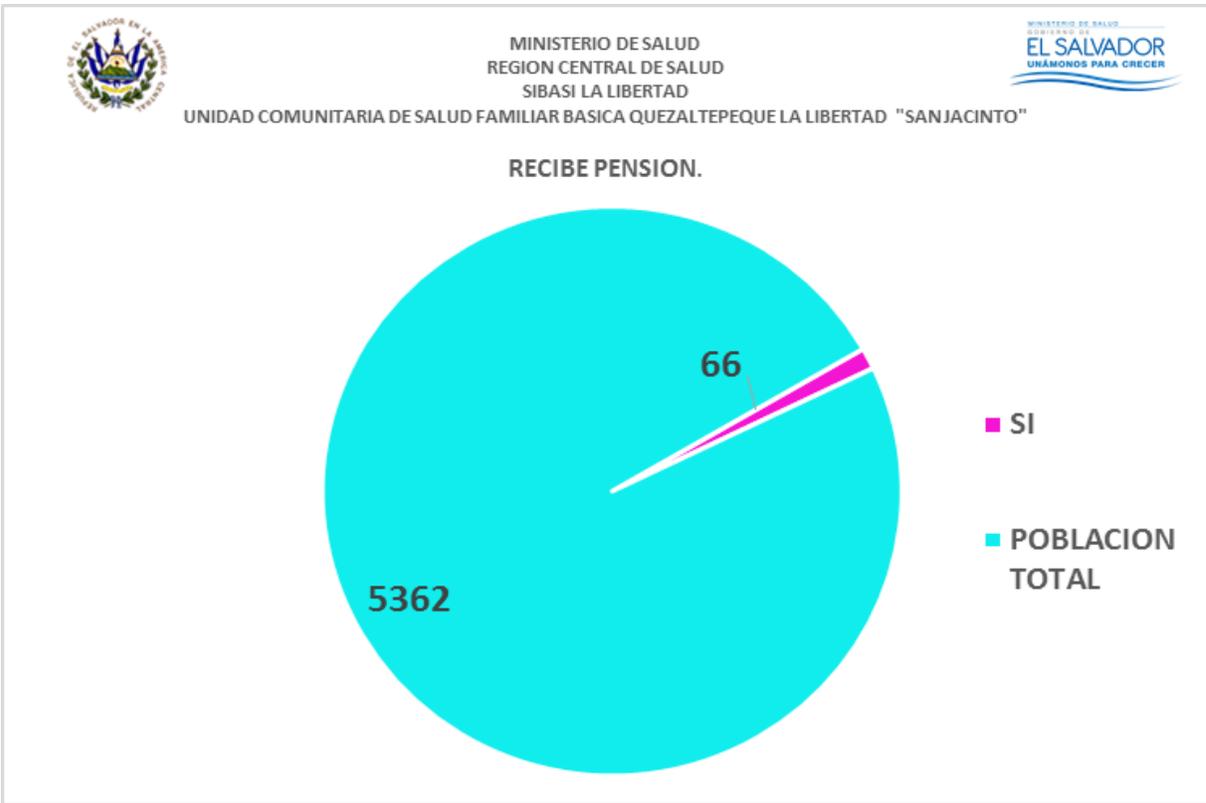


Figura Grafico recibe pensión la Población de Unidad Comunitaria De Salud Familiar Básica Quezaltepeque La Libertad "San Jacinto" 2017.

El beneficio de recibir pensión en las personas del área de responsabilidad de la unidad comunitaria solo lo presentan 66 beneficiados, que en su totalidad son adultos mayores jubilados, con beneficios de acceso al Instituto Salvadoreño del Seguro Social FAES e INPEP.



MINISTERIO DE SALUD  
REGION CENTRAL DE SALUD  
SIBASI LA LIBERTAD



UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR BASICA QUEZALTEPEQUE LA LIBERTAD "SAN JACINTO"

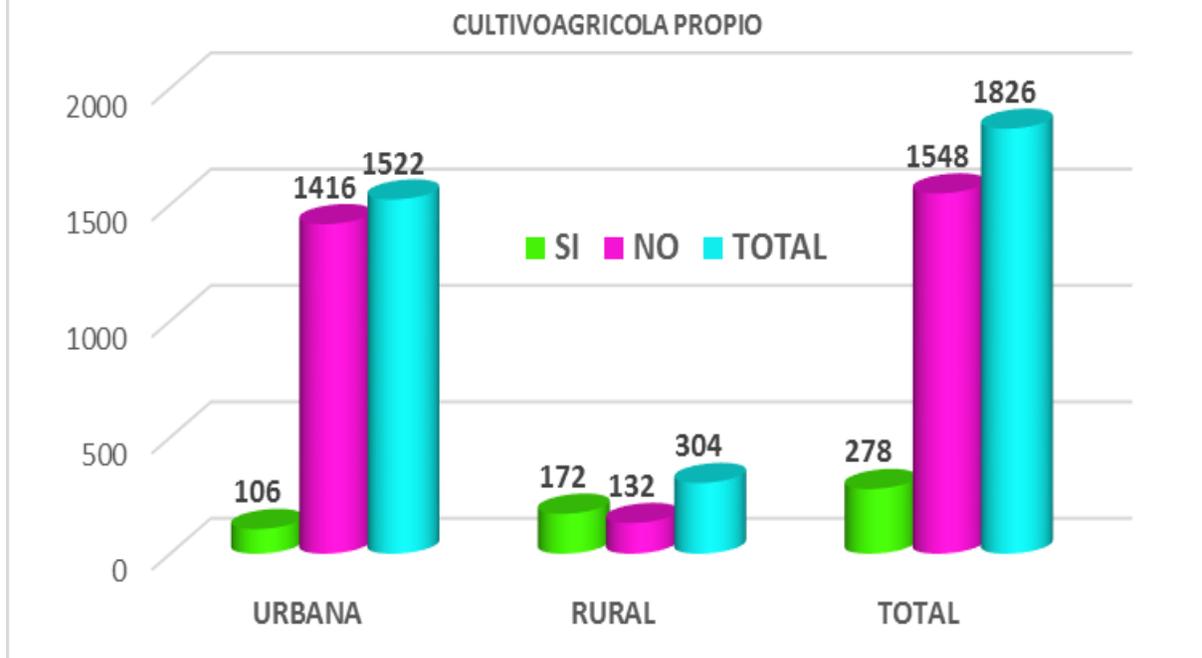


Grafico cultivo agrícola propio. Población de Unidad Comunitaria De Salud Familiar Básica Quezaltepeque La Libertad "San Jacinto" 2017.

La agricultura es un pilar fundamental en la economía familiar de la zona y es predominante en el área rural ya que 172 familias de esta área y 106 familias del área urbana cultivan granos básicos que utilizan en la alimentación de la familia durante el año. Es también de tener en cuenta que muy buena porción de estas se exponen a plaguicidas por inadecuado manejo de estos.



### MATERIAL DE LAS PAREDES DE LA VIVIENDA

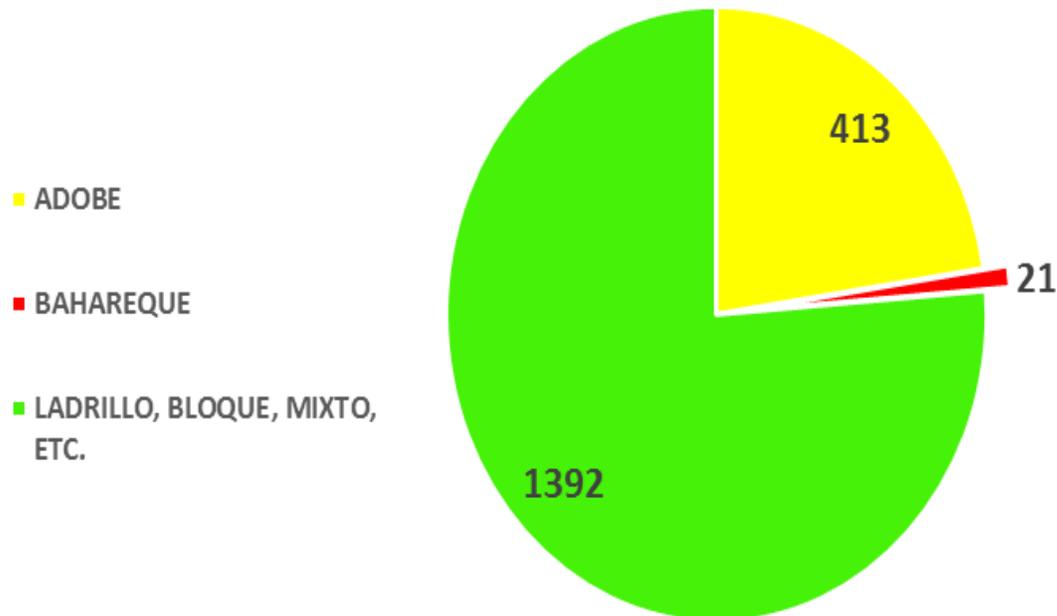


Grafico material de las paredes de la vivienda. Población de Unidad Comunitaria De Salud Familiar Básica Quezaltepeque La Libertad "San Jacinto" 2017.

El área de responsabilidad de la UCSF es de características mixtas pues posee un área urbana bien delimitada y un área rural la cual presenta características propias de acceso a servicios. El 64.23% son viviendas de construcción mixta las cuales predominan en el área urbana, el 22.61% son viviendas construidas con adobe y predominan en el área rural relación que directamente se hace con la presencia de chinche transmisora de la enfermedad del Chagas y el 1.15% de las viviendas son construidas con bahareque siendo esta característica de construcciones rurales.

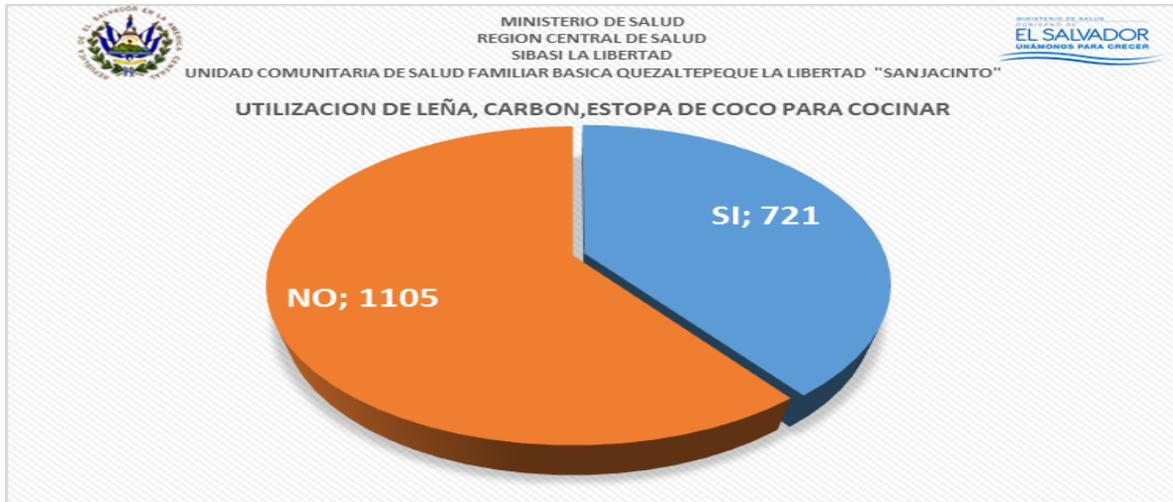


Grafico material de las paredes de la vivienda. Población de Unidad Comunitaria De Salud Familiar Basica Quezaltepeque La Libertad "San Jacinto" 2017

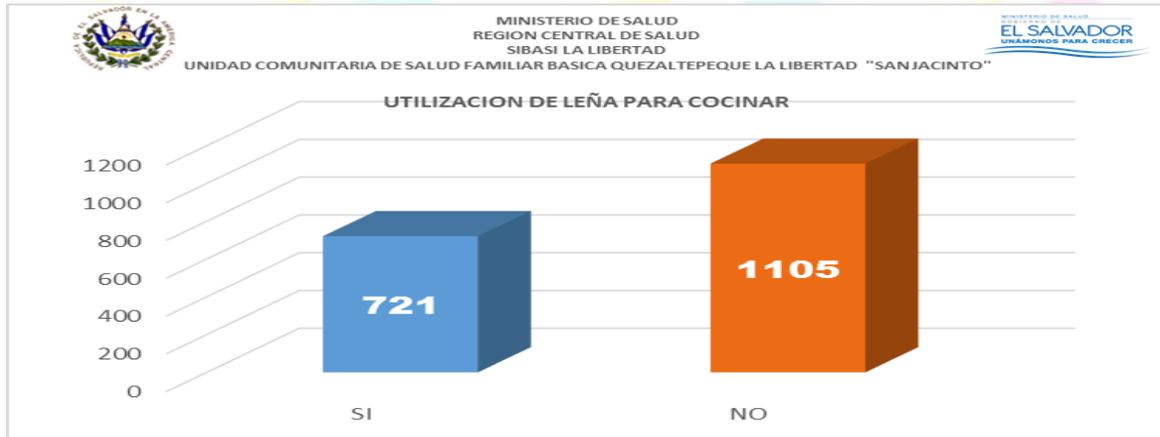


Grafico Escolaridad de la Población de Unidad Comunitaria De Salud Familiar Básica Quezaltepeque La Libertad "San Jacinto" 2017.

Debido a las características propias de la zona, el uso de la leña, estopas de coco y carbón para cocinar es una práctica frecuentemente utilizada en el área rural, debido a las variables económicas, culturales, de esta manera la disminución de esta práctica a reducido en un porcentaje muy significativo, es así que el 39.48% de las familias de la zona utilizan dicho combustible para la cocción de los alimentos en la familiares. El resto de familias utilizan gas natural o propano, cocinas eléctricas, medios menos contaminantes y reductores de riesgo a padecimientos de enfermedades pulmonares.

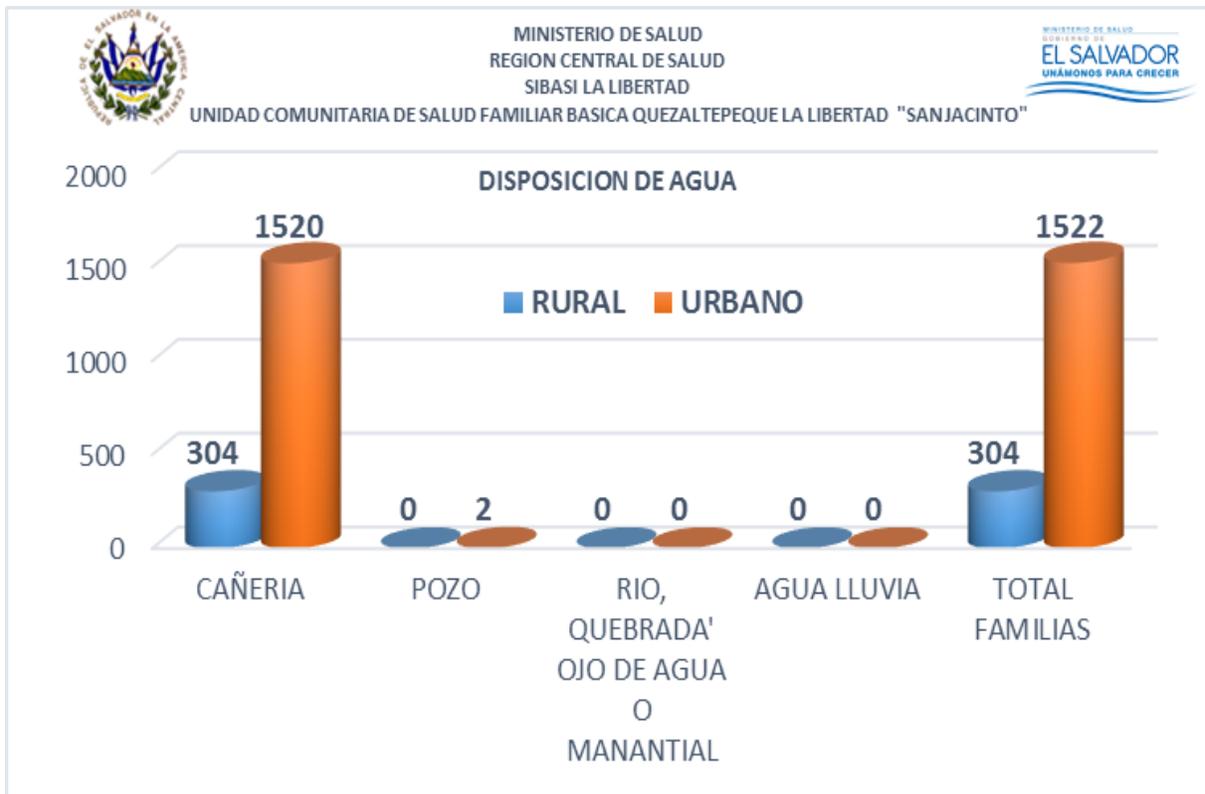


Grafico Disposición de Basura de la Población de Unidad Comunitaria De Salud Familiar Quezaltepeque La Libertad "San Jacinto" 2017.

El Acceso a Agua potable que tienen las familias tanto en el área urbana como rural es a través de cañería domiciliar (99.89%) provenientes de pozos de la administración nacional de Acueductos y Alcantarillados (**ANDA**) y de pozos comunitario, existe un número reducido de familias las cuales hacen uso de agua de pozo (0.11%), estas se encuentran ubicadas en el área rural.

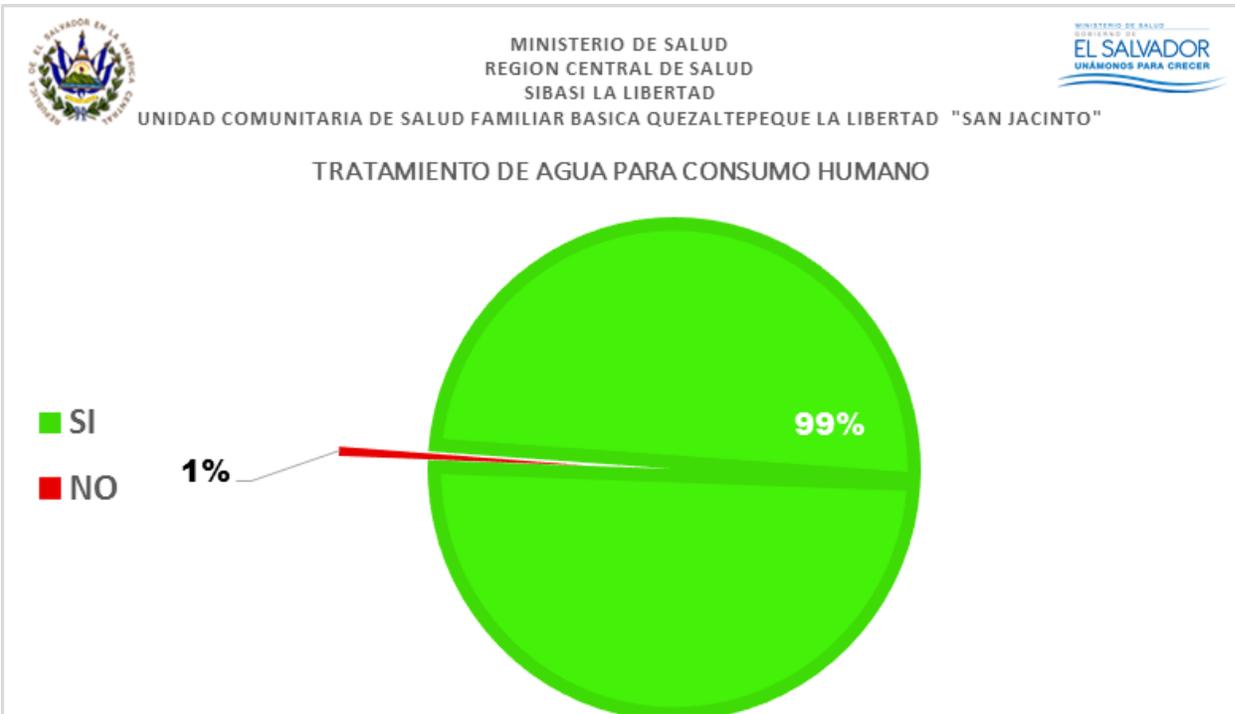


Grafico material de las paredes de la vivienda. Población de Unidad Comunitaria De Salud Familiar Quezaltepeque La Libertad "San Jacinto" 2017.

El tratamiento del agua potable para el consumo humano es una variable importante para la explicación en la incidencia de enfermedades gastrointestinales y parasitismo intestinal ya que constituye un patrón de autocuidado de la salud por parte de la población, el agua que las personas ingieren el 99% de la población potabiliza siendo esto una práctica que ha ido en una alza tanto de los servidores públicos y servidores comunitarios que en socios de juntas de agua, ya que las inspecciones están con mayor frecuencia monitoreadas tanto como inspector de saneamiento como promotores/as de salud.

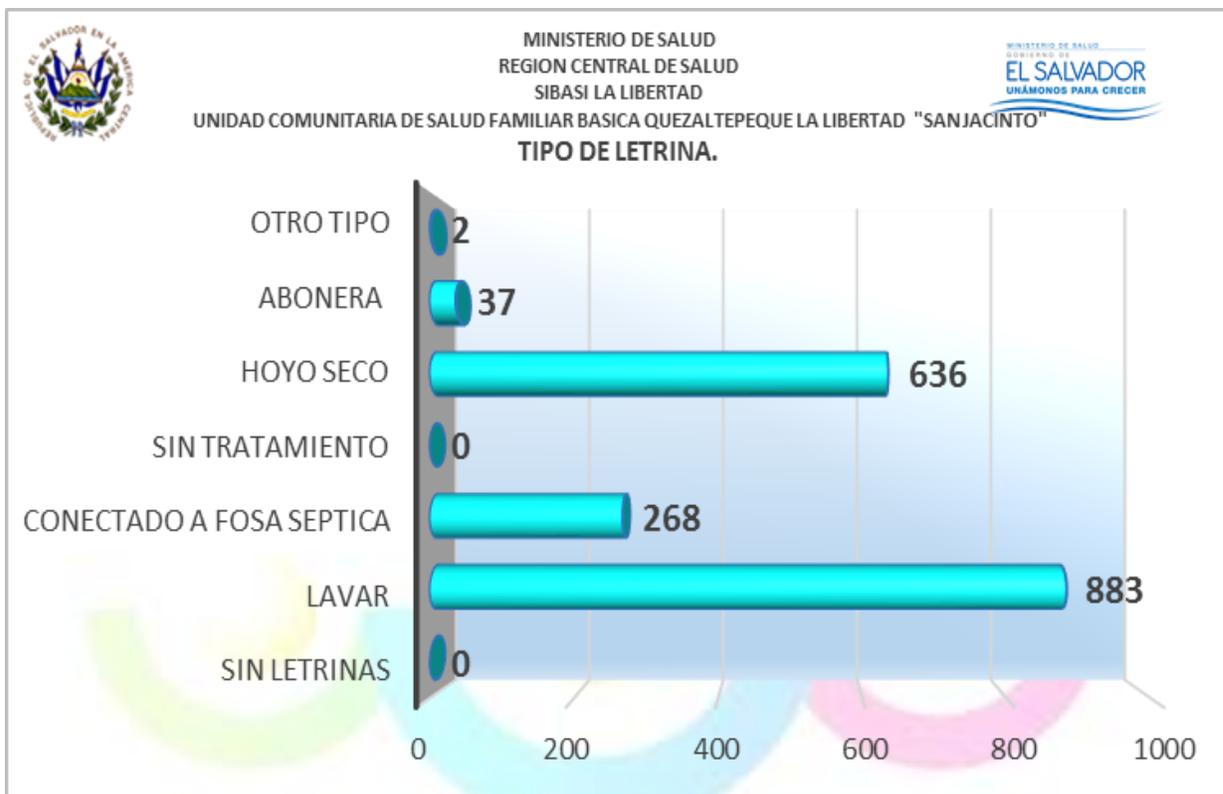


Grafico material de las paredes de la vivienda. Población de Unidad Comunitaria De Salud Familiar Básica Quezaltepeque La Libertad “San Jacinto” 2017.

El tipo de letrina predominante es el inodoro conectado a fosa septica o aguas negras el cual esta presente en 883 vivienda, seguido por las letrinas de hoyo seco con 636 las cuales son frecuentes en el area rural, 268 que estan conctados a fosa septica, 37 letrinas aboneras que se encuentran tanto en el area rural como urbana y 2 de otro tipo.



### MANEJO DE AGUAS NEGRAS.

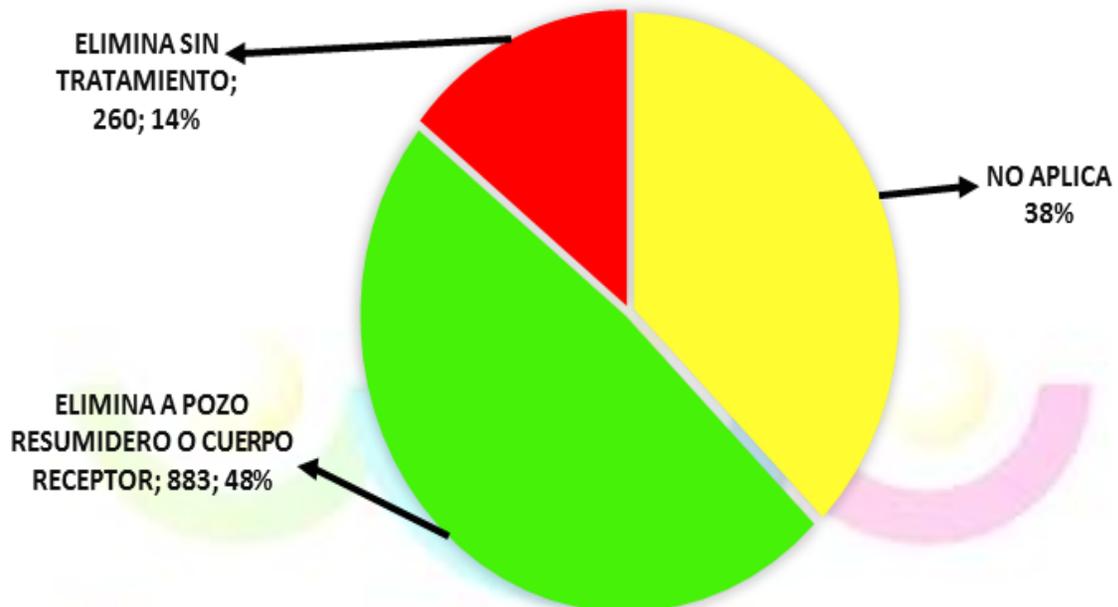


Grafico manejo de Aguas Negras. Población de Unidad Comunitaria De Salud Familiar Básica Quezaltepeque La Libertad "San Jacinto" 2017.

El manejo de aguas negras a través de la eliminación por pozo resumidero o cuerpo receptor lo realizan 883 familias las cuales son en su totalidad del área urbana del área de responsabilidad, 260 familias eliminan aguas negras sin tratamiento, y 683 familias no aplican en el manejo de aguas negras.

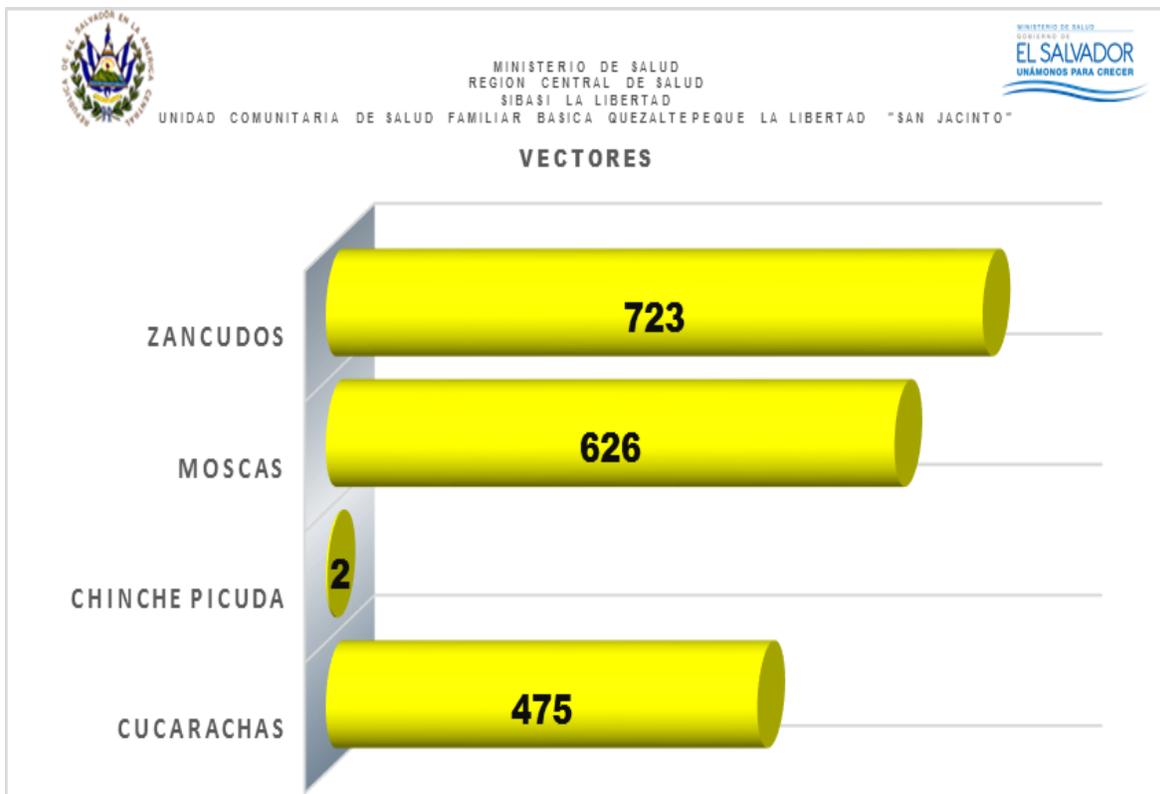


Grafico Vectores. Población de Unidad Comunitaria De Salud Familiar Básica Quezaltepeque La Libertad "San Jacinto". 2017.

La presencia de vectores transmisores de enfermedades se encuentran presentes debido a las condiciones de saneamiento ambiental, construcción de viviendas, hábitos higiénicos familiares, 475 familias refieren la presencia de cucarachas en sus viviendas, 2 familias que tiene viviendas de construcción de adobe refiere la presencia de chinche picuda transmisora de la Enfermedad del Chagas, dicho vector esta en contrucciones rurales, 626 familias refieren la presencia abundante de moscas y 723 familias la presencia de Zancudos.

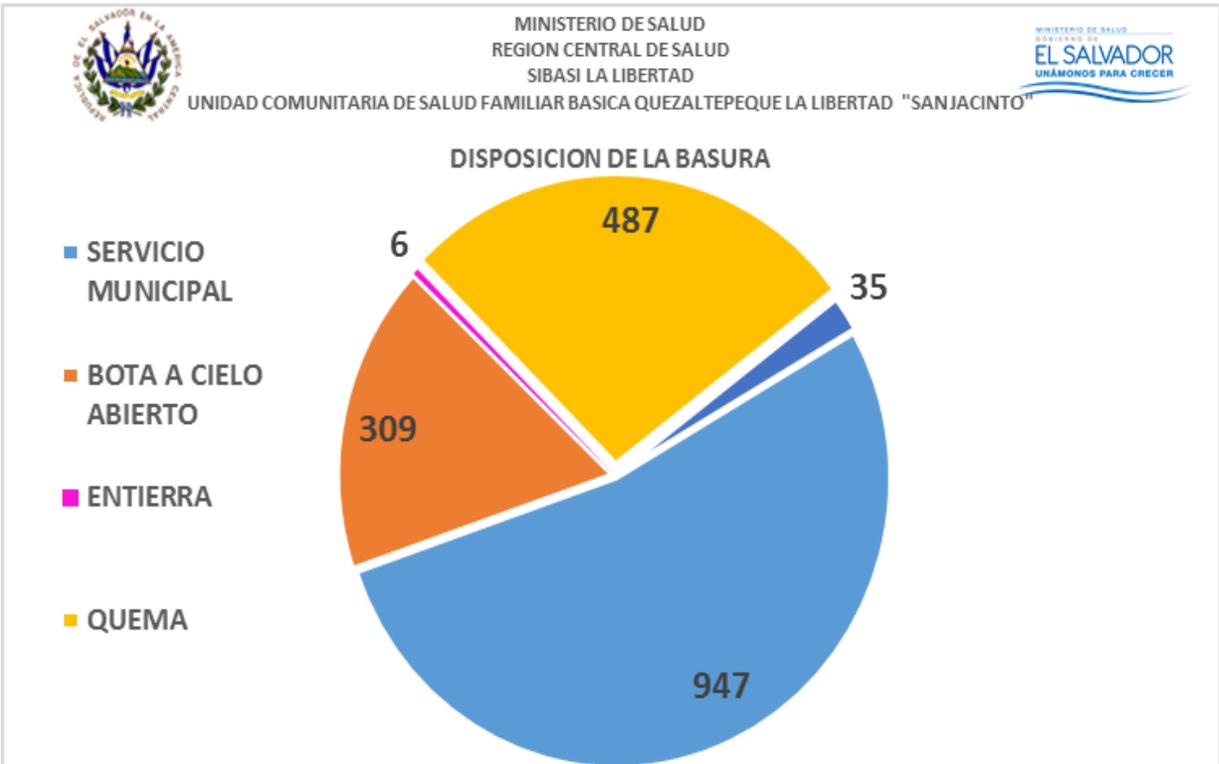


Grafico. Disposición de Basura de la Población de Unidad Comunitaria De Salud Familiar Básica Quezaltepeque La Libertad "San Jacinto" 2017.

La disposición de la basura que hace la población del área de responsabilidad de la unidad comunitaria es a través del servicio recolector de la municipalidad, siendo el 51.86% de las familias que hace uso de este servicio tomando en cuenta que es población urbana, el 26.67% de las familias incineran la basura método que predomina en el área rural, el 16.92% la botan a cielo abierto método que representa un verdadero problema en las colonias, comunidades y cantones pues es foco de proliferación de vectores productores de enfermedades, solo el 0.32% entierran la basura.

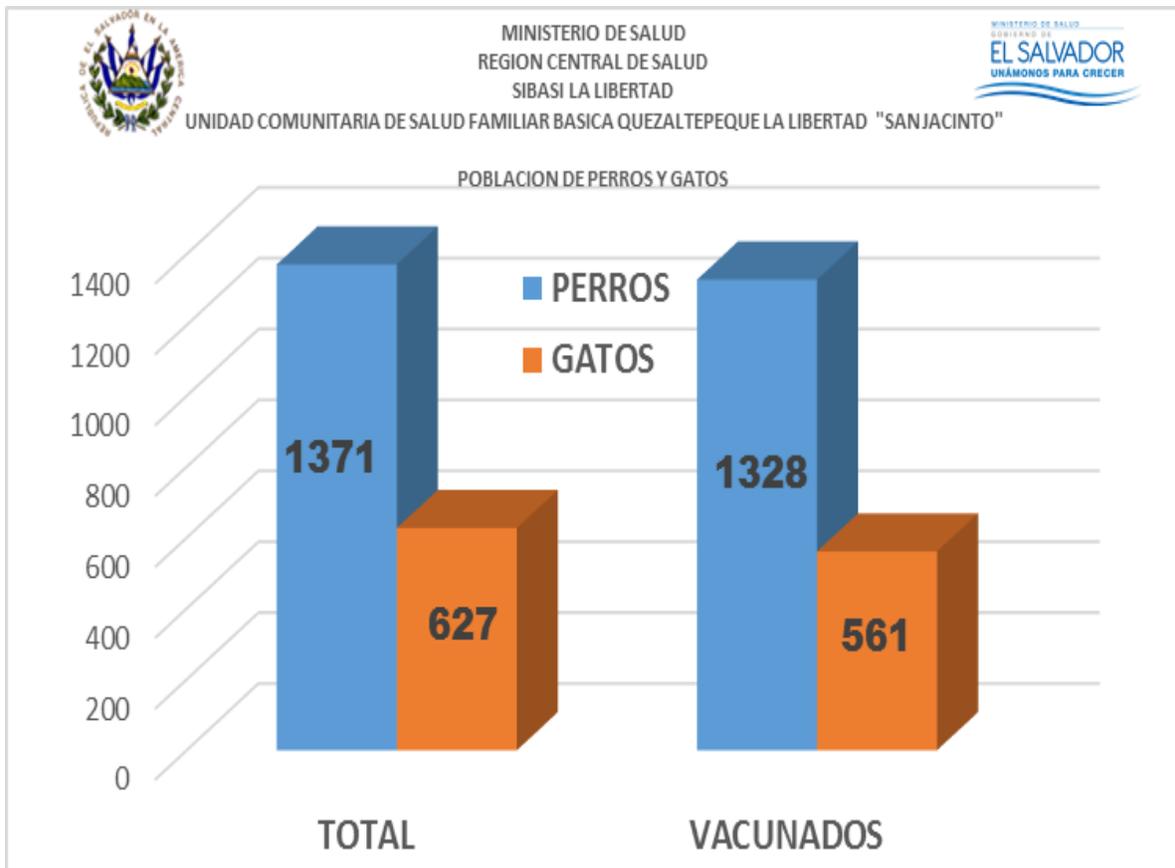
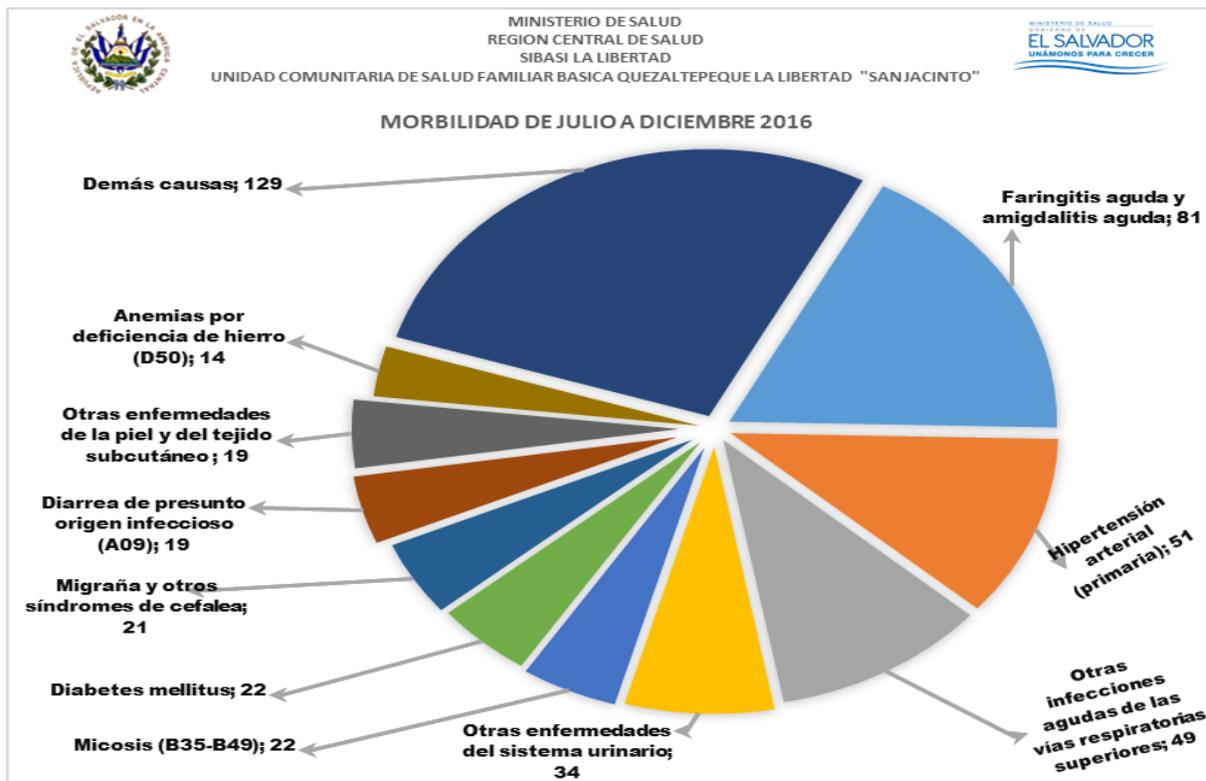


Gráfico Perros y Gatos de la Unidad Comunitaria De Salud Familiar Básica Quezaltepeque La Libertad "San Jacinto" 2017.

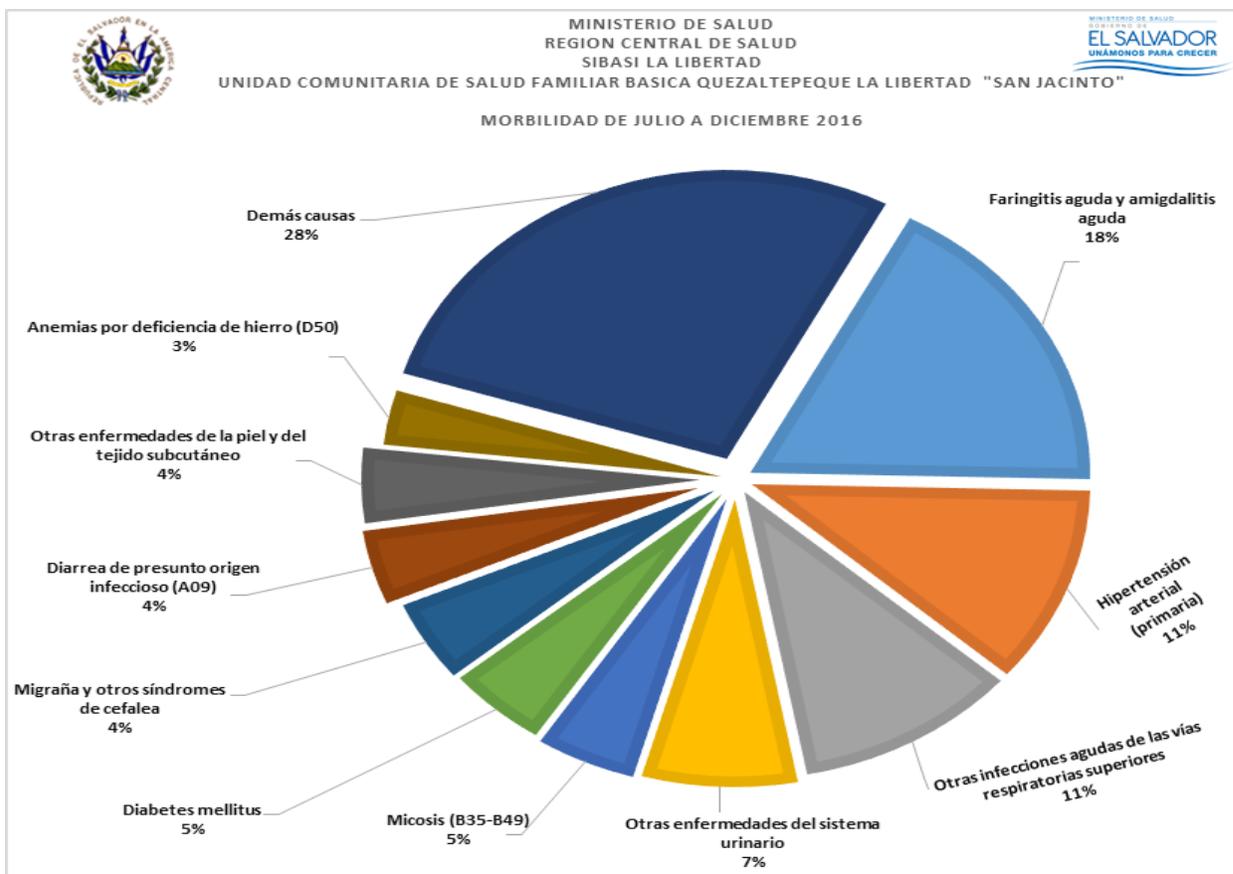
La población actual de perros es de 1,371 y la de gatos es de 627 haciendo un total de 1,998 mascotas entre caninos y felinos en el área de responsabilidad de las cuales se encuentran vacunados el 96.86% de caninos y un 89.47% de felinos y se posee una relación aproximada de 1 mascotas por familia.

## IV. DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE LOS DAÑOS



Morbilidad de la Población de Unidad Comunitaria De Salud Familiar Quezaltepeque 2017.

**Morbilidad** se define como cantidad de personas o individuos que son considerados enfermos o que son víctimas de enfermedad en un espacio y tiempo determinados. La morbilidad es, entonces, un dato estadístico de altísima importancia para poder comprender la evolución y avance o retroceso de alguna enfermedad, así también como las razones de su surgimiento y las posibles soluciones. En la UCSF Quezaltepeque durante el año 2016 de julio a diciembre, 81 personas consultaron por faringitis y faringoamigdalitis aguda siendo esta la mayor causa de consulta durante el 2016, seguido de 51 consultas por hipertensión arterial primaria (HTAP), 49 consultas por infección respiratoria aguda (IRAS), 129 personas consultaron por demás causas.



Morbilidad de la Población de Unidad Comunitaria De Salud Familiar Quezaltepeque 2017.

Durante el segundo semestre del año 2017, el principal diagnóstico por el cual las personas han consultado a la UCSF Quezaltepeque con un 18% de Faringitis aguda y Amigdalitis aguda, 11% de hipertensión arterial (HTA), 11% otras infecciones agudas de las vías respiratorias superiores, 7% otras enfermedades del sistema urinario, 5% micosis (B35-B49), 5% diabetes mellitus, 4% migraña y otros síndromes de cefalea, 4% diarrea de presunto origen infeccioso (A09), 4% otras enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo, 3% anemias por deficiencia de hierro (D50) Y 28% demás causas donde se consideran lesiones de causa externa y traumatismos de regiones específicas.

Durante el año 2016 la Unidad de Salud de Quezaltepeque reporto 23 defunciones, en el transcurso del 2017 se reporta 9 fallecidos.

El Municipio de Quezaltepeque se encuentra en el puesto N° 36 de clasificación por municipio según el Índice de Desarrollo Humano, presenta un índice de desarrollo humano de (IDH) 0.734, una esperanza de vida de 70.6, tasa de alfabetismo adulto de 84.8, índice educacional de 0.774, Porcentaje de escolares de primer grado con retardo en talla [ODM] 12.1.

Mejorar la salud es un aspecto central y el sector público es el principal proveedor de estos servicios en los países como el nuestro. Para reducir las inequidades, se han puesto énfasis en la atención primaria, campo que incluye vacunación, saneamiento, acceso a agua potable e iniciativas de maternidad sin riesgos. Estos datos incluyen sistemas de salud, calidad y cobertura de la prevención, salud reproductiva, nutrición y dinámica demográfica.

Actualmente según datos del banco mundial el país presenta una esperanza de vida al nacer de 72.7 años lo que indica la cantidad de años que viviría un recién nacido si los patrones de mortalidad vigentes al momento de su nacimiento no cambian a lo largo de la vida del infante. La tasa de mortalidad de niños menores de cinco años en el 2010 es de 59 y esta significa la probabilidad por cada 1000 nacimientos de que un bebé muera antes de cumplir cinco años.

La tasa de mortalidad materna es de 81 y representa la cantidad de mujeres que mueren durante el embarazo y el parto por cada 100.000 nacidos vivos. Los datos se estiman según un modelo de regresión que usa información sobre fertilidad, asistentes para el parto y prevalencia del VIH, el porcentaje de embarazadas que reciben

atención médica es de 100 lo que significa que de 100 mujeres 100% son intervenidas al menos 3 o 4 veces durante el embarazo por personal de salud capacitado, por razones relacionadas con el embarazo.

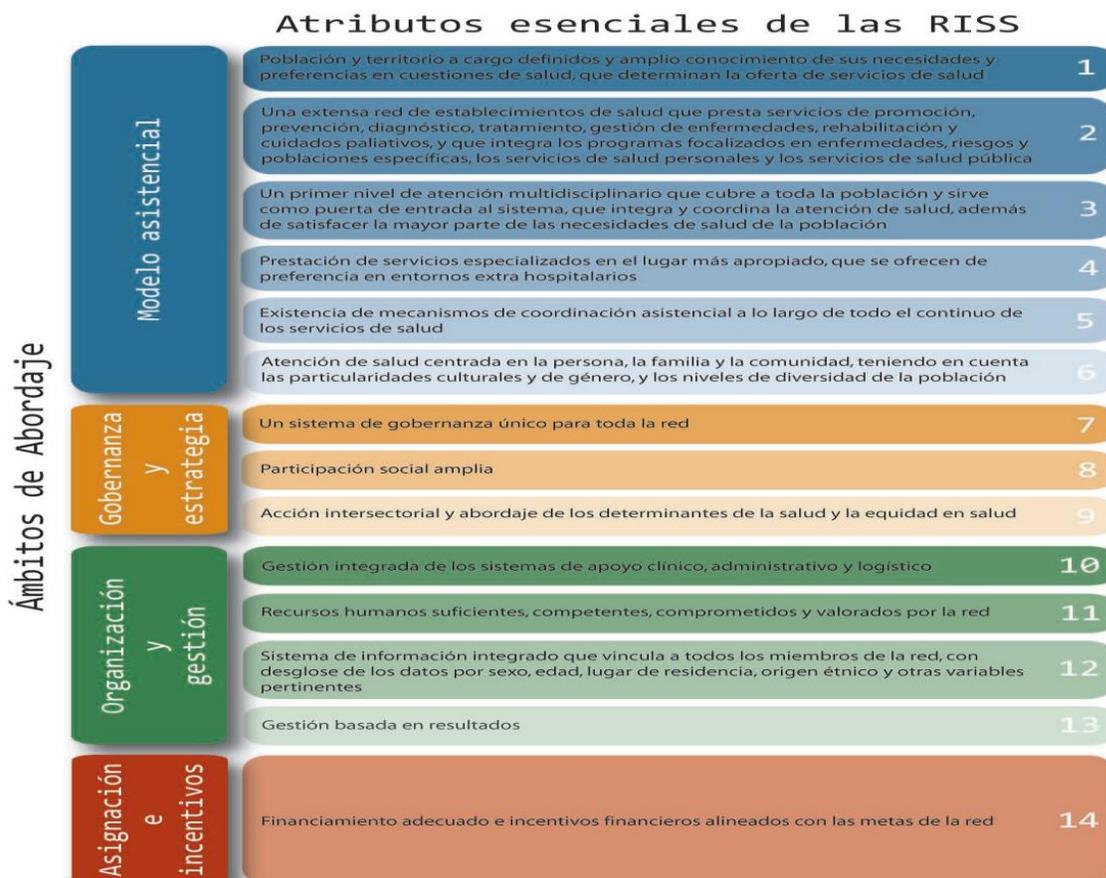
El gasto público en salud actual es de 16.69 (Anterior de 16.39) y comprende el gasto recurrente y de capital proveniente de los presupuestos públicos (central y local), el endeudamiento externo y las donaciones (incluidas las donaciones de los organismos internacionales y las organizaciones no gubernamentales) y los fondos de seguro de salud sociales. El gasto total en salud es la suma del gasto público y privado en salud. Abarca la prestación de servicios de salud (preventivos y curativos), las actividades de planificación familiar, las actividades de nutrición y la asistencia de emergencia designadas para la salud, pero no incluye el suministro de agua y servicios sanitarios.



EcosFamiliares  
¡La salud llega a tu familia!

## V. DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS DE RISS, EXISTENTES Y ANÁLISIS DE LAS ACCIONES DE SALUD REALIZADAS.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) propone un concepto muy amplio de la red integral e integrada de los servicios de salud (RISS), la cual se define como la gestión y prestación de servicios de salud de forma tal que las personas reciban un continuo de servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, a través de los diferentes niveles y sitios de atención del sistema de salud, y de acuerdo a sus necesidades a lo largo del curso de vida”. Esta integración puede tener también distintas modalidades tales como la integración horizontal, la integración vertical, la integración real y la integración virtual



Dentro de las funciones asignadas al Equipo Comunitario De Salud Familiar se encuentra:

a. Cumplir la política nacional de salud 2010, a través de la operativización de las estrategias y recomendaciones para contribuir en la conservación de la salud de la población y a la reducción de las inequidades en salud.

b. Identificar la situación de salud de la familia y comunidad, a través de la ficha familiar y mesas de diálogo, para la caracterización del riesgo de la familia y la población del territorio asignado.

c. Dispensarizar a todos los miembros de la familia, teniendo en cuenta las determinantes de la salud y la búsqueda de la solución y la incidencia en los mismos, con corresponsabilidad familiar.

d. Sistematizar y analizar la información obtenida del Sistema de Información de la Ficha Familiar, en adelante SIFF y de otras fuentes de información, para realizar el análisis de la situación de salud integral, en adelante ASSI, en conjunto con la comunidad y los diferentes actores sociales locales, a fin de identificar las determinantes sociales de la salud, así como experiencias y necesidades priorizadas por la comunidad.

e. Incluir en el Plan Operativo Anual, en adelante POA, las acciones sanitarias de promoción, prevención, atención de salud y rehabilitación, por ciclo de vida, mediante el ASSI y realización del plan de intervención de la comunidad con participación de los gobiernos locales, para desarrollar estrategias de intervención intersectoriales acorde a su realidad.

- f. Prestar en forma continua, los servicios de salud integral, garantizando el seguimiento responsable, la equidad y calidad de la atención (por referencia, retorno o interconsulta), para el restablecimiento de su salud, identificando causas del daño y acciones de intervención, para su modificación.
- g. Cumplir con los procedimientos administrativos establecidos para el manejo de la información a través de la recolección, consolidación y análisis de la información, con la finalidad de aportar al Sistema Único de Información de Salud, en adelante SUIIS.<sup>28</sup>
- h. Identificar riesgos de salud ambiental y sus determinantes, promoviendo cambios positivos en conjunto con la comunidad y otros sectores del área de responsabilidad.
- i. Organizar y coordinar actividades en función de la salud mental y apoyo psicosocial a la persona, familia y comunidad, a fin de contribuir al bienestar bio-psico-social de la población adscrita.
- j. Participar o desarrollar procesos de investigación con criterios éticos, epidemiológicos y de interés nacional, con enfoque de salud familiar y comunitaria en el espacio geo-poblacional asignado.
- k. Evaluar y retroalimentar junto con la comunidad, el Plan de intervención en salud, como un proceso dinámico con el fin de fortalecer o replantearse estrategias para cumplir sus metas establecidas con la comunidad, para asegurar acceso a la información y al conocimiento de la realidad de la misma.
- l. Promover la participación ciudadana, la Intersectorialidad e interculturalidad y el uso de experiencias exitosas previas de investigación participativa y educación popular, para viabilizar la solución de problemas identificados, estableciendo compromisos y alianzas estratégicas que garanticen el cumplimiento del Modelo de atención integral

en salud con enfoque familiar y comunitario, así como el acompañamiento a los actores locales para que asuman el abordaje de las determinantes de la salud a todos los niveles.

m. Rendir cuentas semestrales en Asambleas Comunales a demanda de la población, de las acciones conjuntas del Ecos Familiar con la comunidad, para dar cumplimiento al plan de priorización e intervención.

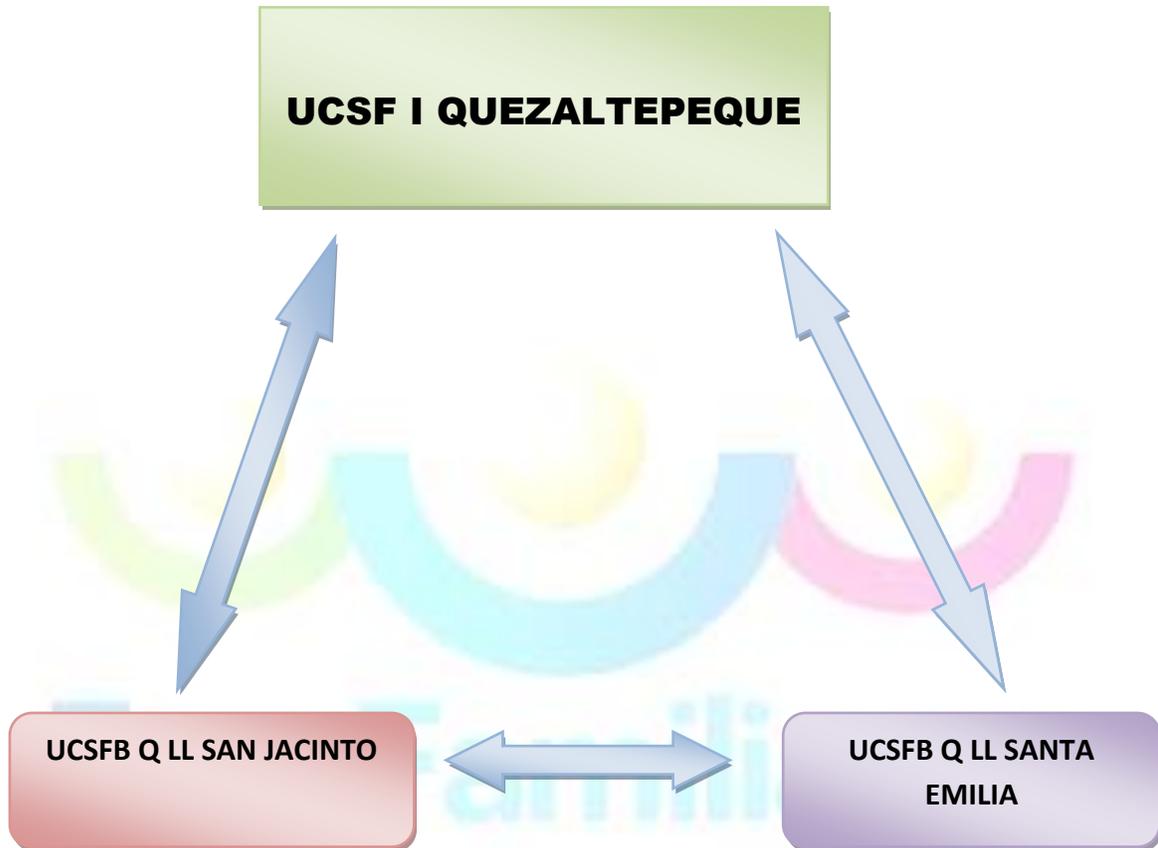
n. Mantener actualizada la sala situacional y mapa sanitario integrado, para que sirvan como herramientas útiles en la planificación, toma de decisiones y evaluación de la situación de salud.

o. Organizar y coordinar las acciones de vigilancia de salud, seguridad alimentaria y nutricional y sus determinantes, con la comunidad, y otros sectores, a fin de contribuir a mantener un sistema de alerta eficaz y a planificar las medidas oportunas.

p. Desarrollar la rehabilitación basada en la comunidad (RBC) en conjunto con los Ecos Especializados, para el abordaje integral e integrado de la persona con discapacidad.

q. Realizar acciones de gestión de riesgo y elaborar planes de contingencias y emergencias por evento, a fin de prevenir las consecuencias de los desastres y epidemias, antes, durante y en la fase de rehabilitación y reconstrucción.

## CONFORMACION DE LA RIISS MUNICIPAL



### La disponibilidad de recursos

La UCSF Quezaltepeque la Libertad San Jacinto tiene asignada una población de 5,362 habitantes, distribuidos en 6 zonas geográficas 5 de las cuales son urbanas y 1 es rural que abarca 1 cantón y 1 caserío del municipio; el equipo comunitario está conformado actualmente por 1 Médico General con funciones de médico de consulta y coordinador del equipo de salud, 1 Enfermedad Graduada, y 6 promotores/as de Salud.

El equipo de salud planifica acciones de promoción, prevención, atención y rehabilitación según el grupo dispensarial, de la población de responsabilidad; dentro de las actividades de promoción se promueven los modos y estilos de vida saludable, conocimientos de salud sexual y reproductiva, se promueven acciones contra riesgos potenciales de accidentes en el hogar, escuelas, centros de trabajo etc.; se orienta a la población acerca de las situaciones sociales, laborales y familiares generadoras de Stress, se realizan actividades de educación continua sobre el embarazo Normal, autocuidado y lactancia materna.

Mediante la visita domiciliar integral se identifica factores de riesgo a la salud para la prevención de enfermedades transmisibles y crónicas no transmisibles, identificación de riesgos biológicos, ambientales, laborales, sociales, identificación de riesgo pre concepcional, se incentiva a la participación familiar y comunitaria en el desarrollo de las intervenciones dirigidas a mejorar en entorno familiar y comunitario.

Previa coordinación con el equipo médico y de enfermería se realiza la inscripción domiciliarias de recién nacidos menores de 7 días, controles niños menores de 5 años, controles de embarazadas, y adolescentes embarazadas, se realiza además las jornadas de acercamiento comunitario (JAC), preventivas donde se brindan atenciones de toma de citología, autoexamen de mamas, control de niño sano, control de adulto mayor y de adolescente, control de embarazadas, vacunación y consejería; además se da la incorporación de padres, y sistema educativo en la participación de actividades para la prevención, de: ITS, VIH, SIDA, embarazo adolescente, Vacunación de la población bajo su responsabilidad, tanto en consulta y visita domiciliar de acuerdo al esquema nacional de inmunización, detección temprana de lesiones pre cancerígenas según ciclo de vida, profilaxis de enfermedades

transmisibles, detección y modificación de riesgos de accidentes en el hogar, e identificación de situaciones laborales y familiares generadoras de Stress.

En la atención médica se garantiza la atención continua y sistemática según normativa vigente de los individuos por ciclo de vida. Se brinda atención de urgencia en el hogar o en cualquier lugar que se produzca garantizando la referencia a nivel adecuado, se realiza atenciones curativas y de rehabilitación en base a los problemas priorizados en la comunidad.

Actualmente se ha implementado la detección temprana y el diagnóstico de las personas con discapacidad, para poder implementar medidas con el fin de disminuir el grado de discapacidad evitando en la medida de lo posible la institucionalización de la persona; Se realiza seguimiento y control de los pacientes que reciben tratamiento de rehabilitación en el hospital u otras instituciones.

Mediante la visita domiciliar integral del Promotor de salud y demás equipo de salud, se ejerce vigilancia sobre el estado de las condiciones sanitarias de la vivienda y su entorno, así como de los hábitos higiénicos del individuo, familia y comunidad, contribuyendo a la mejora de estos mediante la educación y persuasión. Se realiza identificación de factores de saneamiento básico desfavorable, vigilancia y control a los riesgos ambientales presentes dentro del área geográfica, participación activa del equipo de salud en las Intersectorialidad y toda actividad comunitaria que ayuda a crear alianzas en la solución de problemas del entorno.

En la organización social, se brinda información sistemática a los sectores comunales sobre los problemas en salud de nuestro territorio asignado, se promueve la participación social y el voluntariado con el objeto de mejorar el desarrollo integral de

la comunidad, se promueve el empoderamiento del modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y comunitario por parte de la comunidad mediante la evaluación participativa.

## **VI. ANÁLISIS DE LA PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN EN LA IDENTIFICACIÓN Y SOLUCIÓN DE PROBLEMAS.**

La participación social en la co-gestión de la salud, se entiende como la acción de actores sociales con capacidad, habilidad y oportunidad para identificar problemas, necesidades, definir prioridades, y formular y negociar sus propuestas en la perspectiva del desarrollo de la salud. La participación comprende las acciones colectivas mediante las cuales la población enfrenta los retos de la realidad, identifica y analiza sus problemas, formula y negocia propuestas y satisface las necesidades en materia de salud, de una manera deliberada, democrática y concertada.

Por tanto, la participación comunitaria en salud no debe centrarse en los servicios sanitarios, sino abarcar otros sectores y condiciones sociales directamente relacionadas con el estado de salud de la población y sus condiciones de vida. Este punto de vista integrador condiciona el acercamiento que puedan hacer o la respuesta que puedan dar los profesionales sanitarios a las necesidades sociales de su ámbito de trabajo, coordinándose con otros servicios y apoyando otras actividades del grupo

Social de cuya salud se han hecho cargo.

La participación comunitaria en salud nace de la relación entre los servicios de salud y la organización social a la que estos servicios pertenecen, y esta relación adoptará, en consecuencia, múltiples formas, grados e intensidades en dependencia directa del momento histórico en que se da.

Las Características de la participación comunitaria en salud son:

Activa, Consciente, Responsable, Deliberada, Organizada, Sostenida.

Desde el momento en que se da inicio a la implementación del Modelo de Atención Integral en Salud con Enfoque Familiar y Comunitario en los APU asignados del municipio Quezaltepeque inicia el primer paso de acercamiento e inmersión comunitaria por parte del equipo de salud con el cual se identifican estructuras activas, líderes y lideresas, comités de salud, de Festejos, Asociaciones de Desarrollo comunal (ADESCOS) de las colonias, barrios y cantones, con quienes se dan reuniones en las cuales se explica el nuevo modelo de salud y la importancia de la participación de las fuerzas activas de las comunidades con el objeto darle un funcionamiento óptimo a dicho modelo, es así que estas estructuras comunitarias se comprometen a participar activamente e inician con la primera actividad que es la difusión en la comunidad de el levantamiento de ficha familiar casa por casa y familia por familia obteniendo el equipo de salud el acompañamiento de la comunidad para realizar dicha actividad según calendario propuesto.

Posterior al levantamiento de ficha familiar se realiza la obtención de la información, presentación y análisis de las determinantes comunitarias representativas de cada zona, para presentar dicha información se realizan 4 mesas de dialogo comunitario agrupándose zonas las cuales poseen características sanitarias, socio económicas y

culturales similares, en donde se exponen dichas variables y por medio de un método de priorización de problemas los miembros de las comunidades exponen los problemas que le aquejan a la población y dan un puntaje a los criterios de tendencia, frecuencia, gravedad, disponibilidad de recursos, vulnerabilidad, y coherencia con la misión del que planifica, de los problemas expuestos que más afectan a las comunidades.

Posteriormente se realiza el presente consolidado de variables las cuales se realiza presentación en mesa intersectorial donde asisten líderes comunitarios de cada zona y comité de salud, representantes de los diferentes organismos e instituciones gubernamentales y no gubernamentales que tiene presencia en el municipio

<b>PROBLEMA</b>	<b>TOTAL</b>
Disposición Final Inadecuada de Basura (E y F)	12
Jornada de Acercamiento Comunitario Preventivo (F)	12
Mal estado de Calles (C, D, E y F)	11
Disposición inadecuada de Aguas Negras (A,B,C,D, E y F)	11
Disposición Inadecuada de Basura (C,D, E y F)	11
Presencia Policial en la Zona (A,B,C, D, E y F)	12
Participación de Equipo comunitario en asambleas comunitarias (A,B,C)	11
Inmersión comunitaria de Promotores (A,B,C, D, E y F)	12

Falta de Tren de Aseo (D,E y F)	12
Atención Psicológica Para Jóvenes Adolescentes y Niños(D,E)	12
Contaminación de Ríos y Quebradas de la comunidad(D,E y F)	11
Jornadas Preventivas de Citología y toma de examen de Mamas (C, D y E)	10
Cordoneado y cuneteado de calles(D,E y F)	11
Poda de Arboles cerca de Líneas eléctricas (D, E y F)	12
Campañas de Limpieza (D,E y F)	12
Construcción de Casa comunal Santa Lucia(D)	12
Remodelación de Espacios de recreación y Deporte(D,E)	8

**EcosFamiliares**  
 ¡La salud llega a tu familia!

## VII. ANÁLISIS DE LA INTERSECTORIALIDAD EN LA GESTIÓN DE SALUD COMUNITARIA.

La comprensión conceptual de la Intersectorialidad tiene que partir de un enfoque Sistémico de la salud, en el que la Intersectorialidad se justifica y se explica. “Los problemas de salud son generalmente de alta complejidad, donde las fronteras del problema y del sistema que lo genera son difusas y el problema está determinado por reglas, pero estas son imprecisas y variables. Así, el concepto de sector de la planificación económica resulta pobre para el enfrentamiento de los problemas cuasi estructurados. Resulta entonces que los problemas de salud difícilmente pueden ser resueltos por acciones exclusivas del “sector salud”. La salud pertenece al grupo de los denominados sistemas altamente complejos, entendiendo como tal la presencia de un número muy grande de elementos, relaciones, propiedades, jerarquías y fronteras que tienen numerosas formas de combinarse y recombinarse y que están sometidos a una dinámica muy elevada donde las categorías como causalidad, casualidad y posibilidad tienen una presencia significativa.

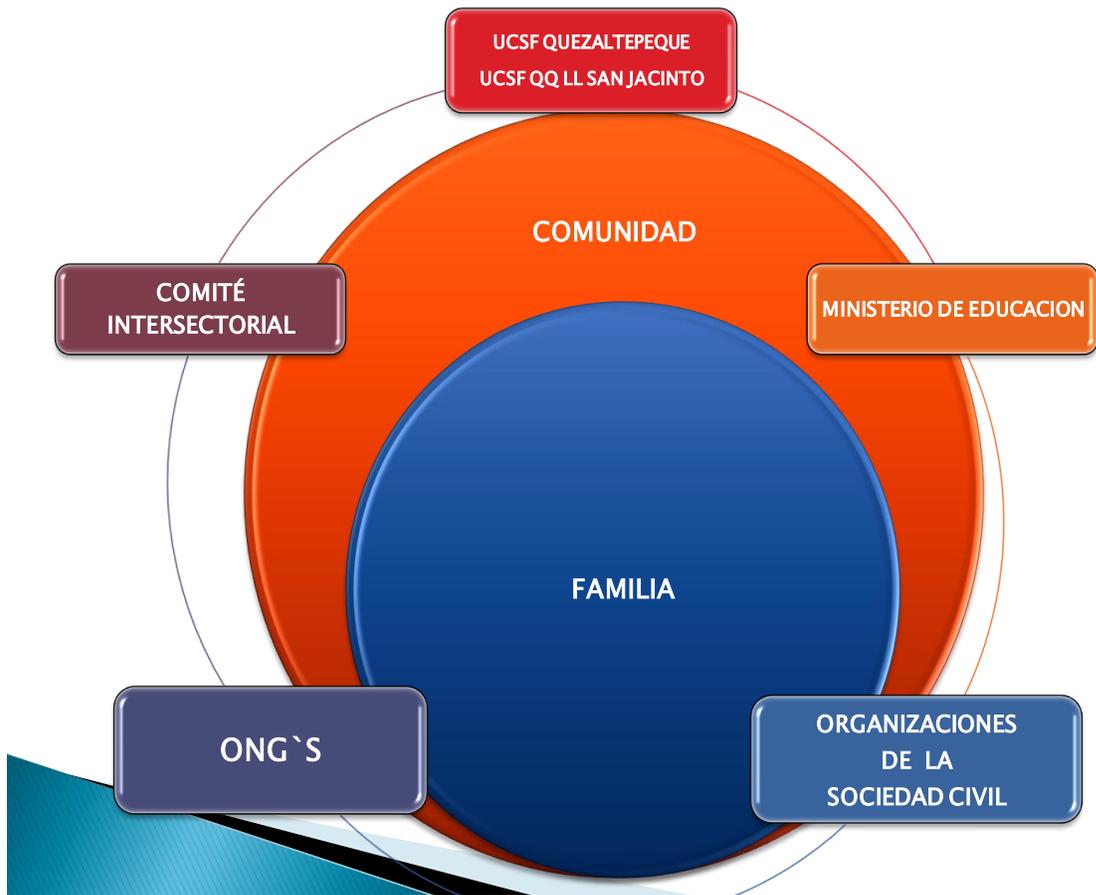
La salud aparece como un producto social en la cual sus actores y las acciones, trascienden significativamente las fronteras del denominado “sector salud,” por lo que se requiere de una respuesta social organizada, sin la cual el enfoque no sería sistémico y por tanto, el nivel de sinergia que se podría alcanzar sería muy bajo.

La Intersectorialidad conceptualizada como la intervención coordinada de instituciones representativas de más de un sector social, en acciones destinadas total o parcialmente a tratar los problemas vinculados con la salud, el bienestar y la calidad

de vida, forma parte importante de esa respuesta social organizada. Consiste fundamentalmente en convertir la cooperación fortuita o casual en acciones que lideradas por el sector salud y apoyadas en políticas nacionales o locales debidamente concertadas se orienten estratégicamente a aquellos problemas identificados y priorizados, donde las actividades de otros sectores pueden ser determinantes.

Ese protagonismo que le corresponde a la población, para considerarlo participación comunitaria o social, requiere de organización y conducción acertada, reconocimiento e introducción de sus ideas, escuchándolas, dándole solución a problemas, trabajar como verdaderos equipos, así ésta se apropiará de su labor, el trabajo se realizará mejor, con más responsabilidad, mayor interés, confianza por el cambio necesario, se mostrará motivación y se obtendrán mejores resultados.

A esta estrategia de trabajo se le denomina empoderamiento y abogacía, Las personas no pueden alcanzar su total potencial de salud a menos que ellas sean capaces de controlar los factores que determinan su salud. Este control reside idealmente en el individuo cuando puede ejercer dominio personal sobre los determinantes de la salud; pero con algunos aspectos complejos, que tienen que ver con el estilo de vida, el control se debe ejercer además mediante las decisiones y la acción comunitaria.



ECOSFAMILIARES  
 ¡La salud llega a tu familia!

Actualmente las familias de las comunidades intervenidas están organizadas en Asociaciones de Desarrollo Comunal y Comités Comunitarios de Salud, tales estructuras se encuentran en cada organizada por cada zona intervenida, y las cuales juegan un papel activo y muy importante en la búsqueda de solución a los problemas que aquejan a cada una de ellas. El área intervenida cuenta con 6 ADESCOS, 6 comités comunitarios de Salud, 3 de los cuales son rurales y se mantiene coordinación continua en actividades en salud que se dan en la Zona. La UCSF se encuentra participando en la Mesa de Salud Intersectorial, se tiene coordinación con

la Asociación de Promotores salvadoreños (APROCSAL) y con el Ministerio de Educación a través de las instituciones educativas que se encuentran en la zona, se realiza coordinación a través del comité eclesial del barrio el Tránsito, Barrio Nuevo, Col. San Jacinto y Jardines de Quezaltepeque.

Las nuevas concepciones acerca de la salud y sus políticas hacen reflexionar sobre nuevos paradigmas y formas de enfrentamiento, razón por la cual se considera importante detenernos para analizar y valorar, como la Intersectorialidad sustenta, en gran medida, la forma de encontrar mejoras en el bienestar de la población. Las muertes evitables en el cuadro de salud, son tanto responsabilidad individual como responsabilidad pública, sustentan el empeño de educar, informar, persuadir, entrenar, modificar el medio ambiente y adecuar las condiciones en que vive el hombre, para que pueda obtener una mayor calidad de vida y por ende una mejor salud.

Hay escenarios y hechos que han propiciado, favorecido y sustentado el carácter participativo de la sociedad, estos son:

- a. Creación de un sistema nacional de salud único
- b. Reestructuración de los órganos de administración local
- c. Descentralización del sector salud y transferencia a los gobiernos locales
- d. Creación del policlínico integral y el modelo de medicina en la comunidad
- e. Creación del modelo de medicina familiar

La Intersectorialidad, como forma de trabajo participativo y descentralizado ha será la vía para abordar los actuales y complejos problemas de la salud, que rebasan el campo del sistema nacional de salud. Los rasgos del perfil epidemiológico actual de nuestro país ratifican que la Intersectorialidad, es una necesidad para resolver en las nuevas condiciones creadas. O sea, la Intersectorialidad es una condición permanente de la producción social de salud.

## **VII. MÉTODOS PARA LA RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.**

La recolección de información inicia con el proceso de inmersión comunitaria donde se procede el reconocimiento de las áreas de responsabilidad del equipo de salud, se emplea la técnica de observación y entrevista con líderes y lideresas de las diferentes zonas, donde se obtiene los primeros insumos de información, coordinaciones y reuniones informativas, ya que posteriormente se realiza levantamiento de ficha familiar por el equipo de salud donde se obtiene información de variables y determinantes de salud de la zona.

La presentación del informe preliminar del análisis de la situación de salud se realiza atreves de tres reuniones donde se presentan las determinantes de salud que están presentes en la zona y que son muy representativas para analizar el estado de salud de la población y usando el método de ranqueo las personas de la comunidad asistentes a dicha actividad exponen los problemas y medidas de solución a estos. Posteriormente dicha información es procesada y presentada en un informe final que

se expone a los representantes líderes y lideresas de las zonas con el objeto de la búsqueda de soluciones viables a problemas comunitarios.

## **VIII. SÍNTESIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD DE LA COMUNIDAD**

El abordaje del análisis de la situación de salud y la calidad de vida de la población del área de responsabilidad de la Unidad Comunitaria Quezaltepeque La Libertad San Jacinto, en el municipio de Quezaltepeque se da desde la esfera de los determinantes sociales, ambientales y desde el ámbito de los servicios de salud, dada la extensión de ambos enfoques, para abordar los objetivos propuestos se realizó el levantamiento de ficha familiar por el equipo de salud. Asimismo la metodología usada para la obtención de los datos estuvo basada en la inmersión comunitaria y acción participativa de los líderes comunitarios, en esta actividad hay acción la cual es entendida no solo como el simple actuar, o cualquier tipo de acción, sino como acción que conduce al cambio social estructural; esta acción es llamada por algunos de sus impulsores, praxis (proceso síntesis entre teoría y práctica) , la cual es el resultado de una reflexión - investigación continua sobre la realidad abordada no solo para conocerla, sino para transformarla ; en la medida que haya mayor reflexión sobre la realidad, mayor calidad y eficacia transformadora se tendrá en ella.

Síntesis:

1. El Municipio de Quezaltepeque tiene un gran potencial económico, agrícola e industrial, pero las brechas sociales y la exclusión se mantienen aún, particularmente las disparidades de acceso a los servicios básicos que se evidencian específicamente en algunos sectores del cantón Lomas del Espino, Cantón Girón, Colonia Los Izotes, Colonia Santa Lucía, San Lucas y La Pedrera.

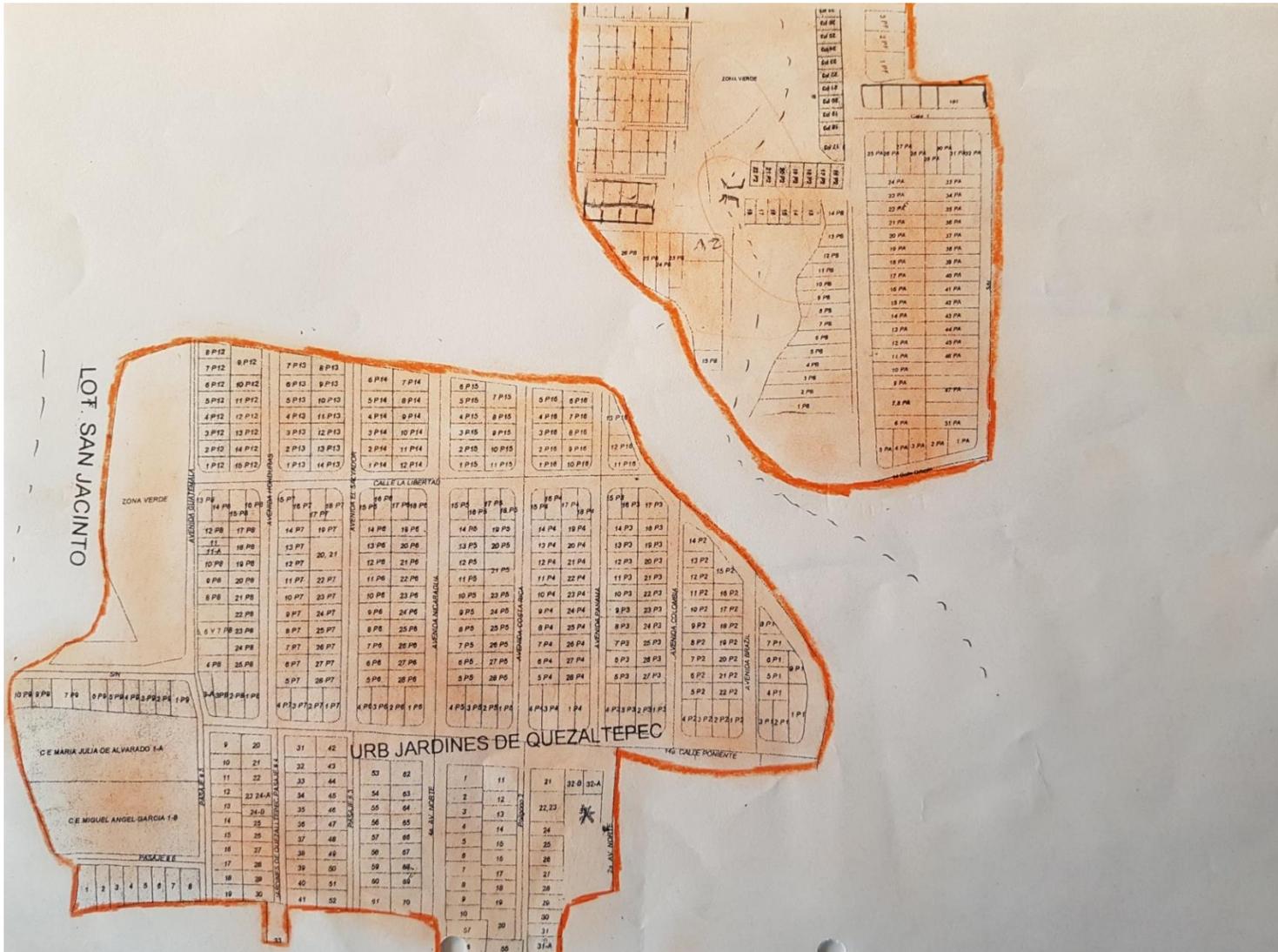
Básicamente son las inequidades las que tienen consecuencias negativas en muchos indicadores, incluido el empleo u ocupación, la educación, la seguridad, la alimentación y la vivienda, esto se refleja en el estado de salud y la baja calidad de vida de los habitantes de la zona.

2. La participación ciudadana que se evidenció mediante la convocatoria realizada a las comunidades del área de responsabilidad resultó que en la priorización según Hanlon que arrojó como prioritarios los problemas de Falta de Comités de Salud comunitarios, Disposición inadecuada de Aguas Negras, Disposición Final Inadecuada de Basura, Falta de Campañas de Acercamiento Comunitario Preventivo, falta de Vacunación (Humana y canina) y escasa participación de la comunidad entre otros.

3. Se propone planes de acción haciendo énfasis en la necesidad de promover la participación y organización de la comunidad en la gestión para el desarrollo local afianzándose en el marco legal vigente del país sobre participación popular y desarrollo sustentable, para ello se analizó la viabilidad del mismo.

# IX. DIVISIÓN DE LAS ZONAS POR RIESGO SOCIAL.

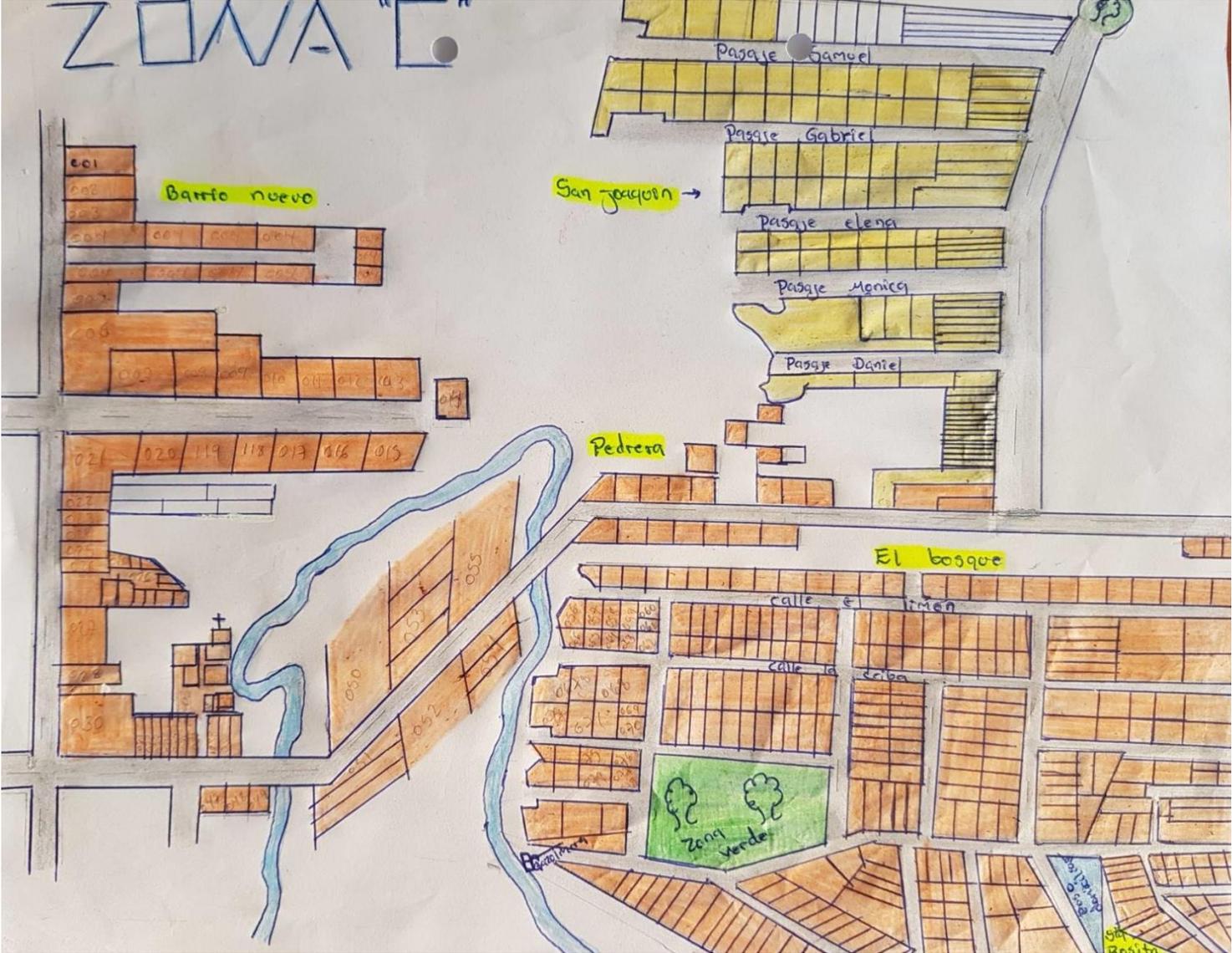
## Zona A. Promotora: Fátima Salmerón



Zona B. Promotora: Lilian Paz



Zona C. Promotora: Carolina López

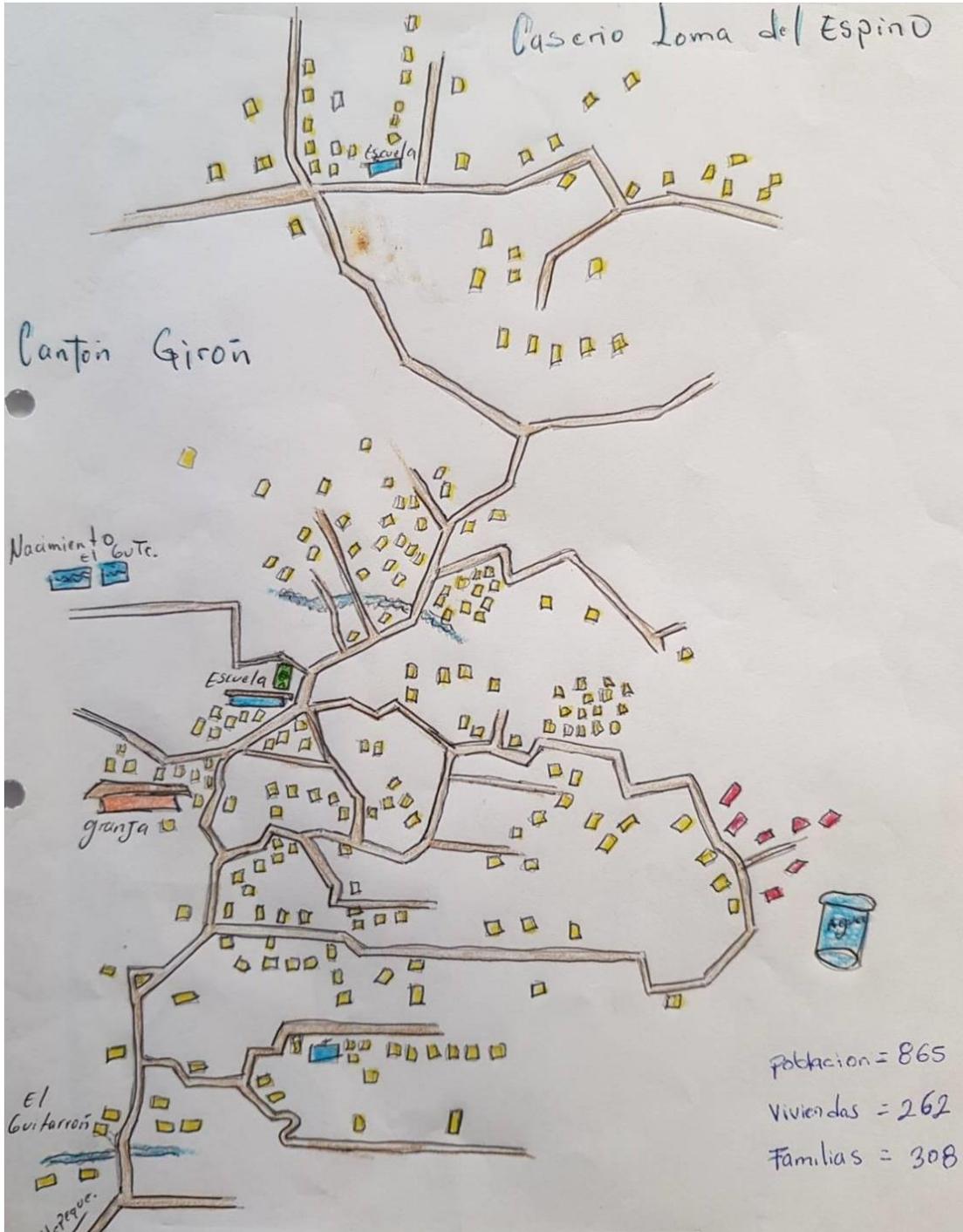




Zona E. Promotor: Alfredo García



Zona F. Promotor: Javier Cabrera



## **X. PLAN DE ACCIÓN.**

### **PLANIFICACION DE LAS ESTRATEGIAS DE INTERVENCION COMUNITARIA**

El plan de acción comprende el análisis de los componentes para la construcción de un escenario para la intervención comunitaria que permita contextualizar el rol comunitario a partir de la interrelación de tres aspectos: a) necesidades sociales; b) Organización; y c) el medio ambiente, y de su vinculación con los procesos de participación social, se construyen alternativas de cooperación, alianzas, o confrontación entre la diversidad de actores sociales presentes. Se exponen cuatro racionalidades básicas existentes en el campo de la intervención, tales como, las fortalezas, las debilidades, las amenazas y las oportunidades presentes en la población.

Estos aspectos, examinados en un contexto histórico social determinado, pueden ser utilizados como instrumento de diagnóstico comunitario, de planificación estratégica y de evaluación, desde una perspectiva participativa.

## ANALISIS DE LA MATRIZ FODA

<p><b>PROBLEMA</b></p> <p>Escasa Participación de la comunidad en la gestión para el desarrollo local</p>	<p><b>FORTALEZAS</b></p> <p>Existencia de Comités de Salud y Asociaciones de Desarrollo comunal.</p>	<p><b>DEBILIDADES</b></p> <p>Falta de motivación de los habitantes de la comunidad para la organización y participación en los procesos de desarrollo local</p>
<p><b>OPORTUNIDADES</b></p> <p>Promulgación y puesta en marcha de Reforma de Salud con La implementación de Ecos Familiares en asentamientos precarios urbanos del municipio</p>	<p><b>FO</b></p> <p>Los comités de salud y asociaciones de desarrollo comunal coordinados para el apoyo y puesta en marcha de la reforma de salud.</p>	<p><b>DO</b></p> <p>El Marco legal promueven la conformación y fortalecimiento de Asociaciones de desarrollo comunal para la gestión de de los recursos materiales y financieros que permitan la ejecución de proyectos de vida</p>
<p><b>AMENAZAS</b></p> <p>Las Instituciones públicas renuentes a la democratización del poder ciudadano</p>	<p><b>FA</b></p> <p>Fomentar la participación política de las instituciones para lograr la organización de la comunidad</p>	<p><b>DA</b></p> <p>Sensibilización de los grupos de población “apáticos” para la organización y participación que permita aumentar la Gobernabilidad.</p>

# INFORME DE LAS MESAS DE DIALOGO

## INFORME DE MESA DE DIALOGO DE MUJERES

1. **Fecha de realización:** 22-Julio-2017

2. **Informe de participantes (Ver Anexo 1: Acta de realización mesa de diálogo de mujeres y mujeres adolescentes)**

3. **Breve descripción de la dinámica.**

Reunidos los integrantes de cada mesa, se procedió a dar la bienvenida y a explicar la dinámica en la que se realizaría la actividad y los objetivos de la misma. Los representantes del equipo de salud se presentaron y explicaron sus roles dentro de la mesa, así mismo se les solicitó debido al número de preguntas, ser lo más puntual posible a la hora de responder.

Facilitadora: Srta. Aguilar (Enfermera)

Anotador: Alfredo García (Promotor de salud)

Observadora: Carolina López (Promotora de salud)

4. **Análisis de las acciones.**

Nivel de atención/apoyo	Problemas prioritarios	Propuestas de solución (Acciones Identificadas)
Desarrollo de capacidades	Descuido en los grupos familiares, no se da adecuada atención a niños y adultos mayores	Impartir charlas en la comunidad acerca de la importancia de poner atención a la población en las edades más vulnerables como niños o adultos mayores.
	Adultos mayores en abandono en la comunidad	Realizar más visitas a los adultos mayores
		Realizar acercamientos comunitarios para adultos mayores
Jóvenes expuestos al riesgo social	Realizar actividades que incluyan a los adolescentes	

		Planificar junto con centros escolares actividades para que los jóvenes no estén ociosos.
	Mala integración del hombre al hogar	Charlas sobre la importancia de la participación del hombre en el hogar en las comunidades por medio de ADESCO o en acercamientos comunitarios
	Realización de etnoprácticas	Dialogar con las personas que practican etnoprácticas sobre lo que se debe y no hacer.
		Capacitar a la comunidad en acercamientos comunitarios sobre la importancia de acudir primeramente a un médico en cualquier anormalidad, sobre todo en grupos vulnerables como: niños, embarazadas y adultos mayores
	Aún existen casos de violencia hacia la mujer en la comunidad	Designar a alguien dentro de la comunidad a quien comunicar los casos reportados y que éste haga las denuncias correspondientes.
	Aún se dan muchos casos de embarazos en adolescentes	Continuar con las consejerías sobre abstinencia sexual y métodos de planificación familiar.
		Fomentar mediante charlas la buena comunicación entre padres e hijos para evitar embarazos a temprana edad.
Conciencia de derechos	Muchas personas conocen sus derechos pero no los hacen valer	Concientizar a la población en asambleas o reuniones comunitarias sobre la importancia de sus derechos y de hacerlos respetar
Vínculos	Problemas para consultar al UCSFB San Jacinto por riesgo	Aumentar los acercamientos comunitarios para atender a la población asignada.

	social	Solicitar un medio de transporte para llevar a los pacientes al centro hospitalario.
		Solicitar a las autoridades (cruz roja, PNC) números telefónicos para poder solicitar transporte en caso de emergencias de noche o madrugada en la comunidad.
Calidad de los servicios de salud	Mala atención en FOSALUD en UCSFI	Concientizar al personal de salud o brindar capacitación sobre cómo dar mejor trato al paciente.
	Muy pocos días de consulta en establecimiento (UCSFB)	Consulta general de lunes a viernes

### INFORME DE MESA DE DIALOGO DE MUJERES ADOLESCENTES

1. **Fecha de realización:** 22-Julio-2017

2. **Informe de participantes (Ver Anexo 1: Acta de realización de mesa de diálogo de mujeres y mujeres adolescentes).**

3. **Breve descripción de la dinámica.**

Reunidos los integrantes de cada mesa, se procedió a dar la bienvenida y a explicar la dinámica en la que se realizaría la actividad y los objetivos de la misma. Los representantes del equipo de salud se presentaron y explicaron sus roles dentro de la mesa, así mismo se les solicitó debido al número de preguntas, ser lo más puntual posible a la hora de responder.

Facilitadora: Dra. Palencia (Coordinadora UCSFB)

Anotador: Roxana González (Promotora de salud)

Observadora: Javier Cabrera (Promotor de salud)

#### 4. Análisis de las acciones.

Nivel de atención/apoyo	Problemas prioritarios	Propuestas de solución (Acciones Identificadas)
Desarrollo de capacidades	No hay zonas recreativas en la comunidad	Solicitar a la alcaldía la creación de más espacios en los que participen los adolescentes
	No hay apoyo de los hombres en la familia	Incentivar por medio de charlas a los hombres sobre la importancia que tienen como parte de la familia e invitar a involucrarse más en actividades familiares.
	Se siguen usando métodos de medicina tradicional	Capacitar a la comunidad sobre signos y síntomas de alarma cuando consultar al médico
	La comunidad no identifica cuando se está complicando un niño o un adulto	Charlas sobre el reconocimiento oportuno de complicaciones en los grupos de edades más vulnerables: niños, embarazadas, adultos mayores
	Aún existen casos de violencia hacia la mujer en la comunidad	Designar a alguien dentro de la comunidad a quien comunicar los casos reportados y que éste haga las denuncias correspondientes.
	Aún se dan muchos casos de embarazos en adolescentes	Continuar con las consejerías sobre métodos de planificación familiar.
		Fomentar mediante charlas la buena comunicación entre padres e hijos para evitar embarazos a temprana edad.
Conciencia de derechos	Se violentan derechos de algunos niños en la comunidad	Comunicar a la comunidad sobre a quién reportar los casos observados en las comunidades en los que se violentan los derechos de niños

	La comunidad no pone interés en su salud	Concientizar a la población la importancia de la medicina preventiva para evitar complicaciones graves en la salud de la población.
Vínculos	Problemas para consultar al UCSFB San Jacinto por riesgo social	Aumentar los acercamientos comunitarios para atender a la población asignada.
		Solicitar un medio de transporte para llevar a los pacientes al centro hospitalario.
		Solicitar a las autoridades (cruz roja, PNC) números telefónicos para poder solicitar transporte en caso de emergencias de noche o madrugada en la comunidad.
	La comunidad no conoce la directiva	Programar más actividades como ADESCOS para que la comunidad pueda tener mejor conocimiento de sus integrantes.
	En algunas comunidades las directivas no incluyen actividades para la salud de la población dentro de la programación de actividades.	Que las ADESCOS incluyan más actividades enfocadas al cuidado de la salud de la población
Calidad de los servicios de salud	No hay disponibilidad de medicamento en los establecimientos	Solicitar a los niveles correspondientes, medicamento para poder abastecer las principales necesidades de la comunidad

## INFORME DE MESA DE DIALOGO DE HOMBRES Y HOMBRES ADOLESCENTES

**1. Fecha de realización:** 10-Agosto-2017

**2. Informe de participantes (Ver Anexo 2: Acta de realización de mesa de diálogo hombres y hombres adolescentes)**

**3. Breve descripción de la dinámica.**

Reunidos los integrantes de cada mesa, se procedió a dar la bienvenida y a explicar la dinámica en la que se realizaría la actividad y los objetivos de la misma. Los representantes del equipo de salud se presentaron y explicaron sus roles dentro de la mesa, así mismo se les solicitó debido al número de preguntas, ser lo más puntual posible a la hora de responder.

Facilitadora: Dra. Palencia (Coordinadora UCSFB)

Anotador: Alfredo García (Promotor de salud)

Observadora: Roxana González (Promotora de salud)

Para la realización de esta mesa, debido al riesgo social no se tuvo mucha afluencia de usuarios por lo que se unieron ambos grupos de edades para realizar una sola mesa de diálogo, esto porque ya se había suspendido en una ocasión debido a la no asistencia de los usuarios.

**4. Análisis de las acciones.**

Nivel de atención/apoyo	Problemas prioritarios	Propuestas de solución (Acciones Identificadas)
Desarrollo de capacidades	Muchas personas no saben dar cuidados oportunos a los niños o adultos mayores	Incluir dentro de las charlas de la consulta o en acercamientos comunitarios sobre el cuidado adecuado de los niños y adultos mayores
	Mala comunicación dentro de las parejas en la comunidad, lo que conlleva a disfuncionalidad en la familia	Incentivar una mejor comunicación dentro de la familia. Abrir un espacio en las comunidades para actividades familiares que motiven a una mejor relación entre miembros de la familia.

	Las familias no saben cómo abordar el estrés y depresión en la familia.	Programar actividades familiares en las que la población pueda descargar el estrés de la vida cotidiana.
		Incluir charlas educativas en las que se incluyan alternativas para abordar el estrés en la familia, sobre todo en edades difíciles como la adolescencia
	La comunidad identifica cuando se está complicando un niño o un adulto pero no le pone la importancia debida.	Charlas sobre el reconocimiento oportuno de complicaciones en los grupos de edades más vulnerables: niños, embarazadas, adultos mayores y sobre todo reconocer la importancia debida y qué hacer ante cada complicación
	Aún existen casos de violencia hacia la mujer en la comunidad	Designar a alguien dentro de la comunidad a quien comunicar los casos reportados y que éste haga las denuncias correspondientes.
	Aún se dan muchos casos de embarazos en adolescentes	Continuar con las consejerías sobre métodos de planificación familiar.
		Fomentar mediante charlas la buena comunicación entre padres e hijos para evitar embarazos a temprana edad.

Conciencia de derechos	No todas las personas conocen sus derechos	Realizar charlas a la población para hacer del conocimiento de la población sobre sus derechos y qué hacer cuando éstos son violentados.
		Educar a la población mediante los comités de salud
	La comunidad no pone interés en su salud	Concientizar a la población la importancia de la medicina preventiva para evitar complicaciones graves en la salud de la población.
Vínculos	Problemas para consultar al UCSFB San Jacinto por riesgo social	Aumentar los acercamientos comunitarios para atender a la población asignada.
		Solicitar un medio de transporte para llevar a los pacientes al centro hospitalario.
		Solicitar a las autoridades (cruz roja, PNC) números telefónicos para poder solicitar transporte en caso de emergencias de noche o madrugada en la comunidad.
	Automedicación es un problema latente dentro de la población	Capacitar a la población sobre el peligro de automedicarse para la salud, sobre todo en los extremos de la vida (niños y adulto mayor) y embarazadas.
	En algunas comunidades las directivas no incluyen actividades para la salud de la población dentro de la programación de actividades.	Que las ADESCOS incluyan más actividades enfocadas al cuidado de la salud de la población

	Muchas personas dentro de la comunidad realizan prácticas que hacen vulnerable la salud no solo de ellos sino también de la población. Ej, Tirar basura en calles o quebradas, no eliminar criaderos de zancudos, mal cuidado de letrinas.	<p>Incluir charlas de saneamiento ambiental hacia la población</p> <p>Continuar realizando campañas de limpieza en las comunidades y recolección de basura.</p> <p>Rotular los espacios en los que no es permitido botar basura, sobre todo en ríos y quebradas.</p>
Calidad de los servicios de salud	No hay disponibilidad de medicamento en los establecimientos	Solicitar a los niveles correspondientes, medicamento para poder abastecer las principales necesidades de la comunidad

**EcosFamiliares**  
 ¡La salud llega a tu familia!

## INFORME DE MESA DE DIALOGO DE EQUIPO DE SALUD

**1. Fecha de realización:** 18-October-2017

### **2. Informe de participantes**

Nombre	Cargo
Karen Stefany Palencia Flores	Coordinadora
Margarita de Jesús Aguilar	Enfermera
María Cristina Vigil	Auxiliar de Enfermería
Fátima Ester Salmerón	Promotora de salud
Ana Lilian Paz	Promotora de salud
Liseth Carolina López	Promotora de salud
Roxana González	Promotora de salud
Alfredo García	Promotor de salud
Javier Cabrera	Promotor de salud

### **3. Breve descripción de la dinámica.**

Reunidos los integrantes de cada mesa, se procedió a dar la bienvenida y a explicar la dinámica en la que se realizaría la actividad y los objetivos de la misma. Dentro del equipo de salud se seleccionó un facilitador, un observador y un anotador, que cumplirían las funciones de la misma manera que en las reuniones realizadas previamente.

Facilitadora: Dra. Palencia.

Anotadora: Srta. Aguilar.

Observadora: Srta. Vigil.

#### 4. Análisis de las acciones

Nivel de atención/apoyo	Problemas prioritarios	Propuestas de solución (Acciones Identificadas)
Desarrollo de capacidades	Muchas familias de nuestras comunidades no le toman interés al cuidado dentro de la familia.	Concientizar a los usuarios de cuidados básicos adecuados en nuestras familias
	En un 70% apoyan las mujeres y en un 30% los hombres	Inculcar valores de equidad e igualdad para sensibilizar y apoyarse mutuamente
	Familiares y amigos apoyan cuando se presenta un suceso de depresión si es comunicado	Orientación en salud mental
		Se verifica la necesidad de un psicólogo para la población en general
Conciencia de derechos	No todas las personas conocen sus derechos	Realizar charlas a la población para hacer del conocimiento de la población sobre sus derechos y qué hacer cuando éstos son violentados.
		Educar a la población mediante los comités de salud
	La comunidad no pone interés en su salud	Concientizar a la población la importancia de la medicina preventiva para evitar complicaciones graves en la salud de la población.
Vínculos	Problemas para consultar al UCSFB San Jacinto por riesgo	Aumentar los acercamientos comunitarios para atender a la población asignada.

	social	Solicitar un medio de transporte para llevar a los pacientes al centro hospitalario.
		Solicitar a las autoridades (cruz roja, PNC) números telefónicos para poder solicitar transporte en caso de emergencias de noche o madrugada en la comunidad.
	Automedicación es un problema latente dentro de la población	Capacitar a la población sobre el peligro de automedicarse para la salud, sobre todo en los extremos de la vida (niños y adulto mayor) y embarazadas.
	En algunas comunidades las directivas no incluyen actividades para la salud de la población dentro de la programación de actividades.	Que las ADESCOS incluyan más actividades enfocadas al cuidado de la salud de la población
	Muchas personas dentro de la comunidad realizan prácticas que hacen vulnerable la salud no solo de ellos sino también de la población. Ej, Tirar basura en calles o quebradas, no eliminar criaderos de zancudos, mal cuidado de letrinas.	Incluir charlas de saneamiento ambiental hacia la población
		Continuar realizando campañas de limpieza en las comunidades y recolección de basura.
		Rotular los espacios en los que no es permitido botar basura, sobre todo en ríos y quebradas.
Calidad de los servicios de salud	No hay disponibilidad de medicamento en los establecimientos	Solicitar a los niveles correspondientes, medicamento para poder abastecer las principales necesidades de la comunidad

## INFORME DE MESA DE DIALOGO INTERSECTORIAL

**1. Fecha de realización:** 19-October-2017

**2. Informe de participantes (Ver Anexo 3: Acta de realización de mesa de diálogo intersectorial)**

**3. Breve descripción de la dinámica.**

Reunidos los integrantes de cada mesa, se procedió a dar la bienvenida y a explicar la dinámica en la que se realizaría la actividad y los objetivos de la misma. Dentro del equipo de salud se seleccionó un facilitador, un observador y un anotador, que cumplirían las funciones de la misma manera que en las reuniones realizadas previamente.

Facilitadora: Dra. Palencia, Pr. Alfredo García

Anotadora: Srta. Aguilar.

Observadora: Srta. Vigil.

**4. Análisis de las acciones**

Nivel de atención/apoyo	Problemas prioritarios	Propuestas de solución (Acciones Identificadas)
Desarrollo de capacidades	Muchas familias de nuestras comunidades no le toman interés al cuidado dentro de la familia.	Concientizar a los usuarios de cuidados básicos adecuados en nuestras familias por medio de charlas en acercamientos comunitarios.
	En un 70% apoyan las mujeres y en un 30% los hombres	Inculcar valores de equidad e igualdad para sensibilizar y apoyarse mutuamente
	Familiares y amigos apoyan cuando se presenta un suceso de depresión si es	Orientación en salud mental en charlas en establecimiento y acercamientos comunitarios y por medio de sector de iglesia y centros escolares.

	comunicado	Se verifica la necesidad de un psicólogo para la población en general
Conciencia de derechos	No todas las personas conocen sus derechos	Realizar charlas a la población para hacer del conocimiento de la población sobre sus derechos y qué hacer cuando éstos son violentados.
		Educar a la población mediante los comités de salud en la comunidad.
	La comunidad no pone interés en su salud	Concientizar a la población la importancia de la medicina preventiva para evitar complicaciones graves en la salud de la población.
Vínculos	Problemas para consultar al UCSFB San Jacinto por riesgo social	Aumentar los acercamientos comunitarios para atender a la población asignada.
		Solicitar un medio de transporte para llevar a los pacientes al centro hospitalario. No se contó con representantes de cruz roja ni PNC, Dra. Gómez informa que siempre que esté disponible, en horario MINSAL se puede hacer uso de la ambulancia de la unidad de salud intermedia.
		Solicitar a las autoridades (cruz roja, PNC) números telefónicos para poder solicitar transporte en caso de emergencias de noche o madrugada en la comunidad.

	Automedicación es un problema latente dentro de la población	Capacitar a la población sobre el peligro de automedicarse para la salud, sobre todo en los extremos de la vida (niños y adulto mayor) y embarazadas. En acercamientos comunitarios, a las ADESCOS y en asambleas para padres en centros educativos.
	En algunas comunidades las directivas no incluyen actividades para la salud de la población dentro de la programación de actividades.	Que las ADESCOS incluyan más actividades enfocadas al cuidado de la salud de la población
	Muchas personas dentro de la comunidad realizan prácticas que hacen vulnerable la salud no solo de ellos sino también de la población. Ej, Tirar basura en calles o quebradas, no eliminar criaderos de zancudos, mal cuidado de letrinas.	Incluir charlas de saneamiento ambiental hacia la población
		Continuar realizando campañas de limpieza en las comunidades y recolección de basura.
		Rotular los espacios en los que no es permitido botar basura, sobre todo en ríos y quebradas, se realiza el comentario con el Sr. Alex, representante de la alcaldía municipal en la mesa de diálogo, quien manifiesta que debe hacerse una gestión con el Ing. Orozco, encargado de la unidad de medio ambiente de la alcaldía
Calidad de los servicios de salud	No hay disponibilidad de medicamento en los establecimientos	Solicitar a los niveles correspondientes (En el caso del establecimiento, a la UCSFI), medicamento para poder abastecer las principales necesidades de la comunidad

**REGIÓN DE SALUD CENTRAL**  
**SIBASI LA LIBERTAD**  
**UCSFB SAN JACINTO, QUEZALTEPEQUE, LA LIBERTAD**  
**PLAN DE ACCIÓN DEL DCP 2017**

<b>AREA TEMÁTICA: CAPACIDADES</b>						
<b>Objetivo: Desarrollar las capacidades para mantenerse saludable, tomar buenas decisiones y responder a emergencias</b>						
<b>Problemas Identificados</b>	<b>Resultado esperado</b>	<b>Actividades</b>	<b>Recursos disponibles</b>	<b>Recursos necesarios</b>	<b>Tiempo</b>	<b>Responsable</b>
Familias sin interés en el cuidado de la familia	Empoderamiento de las familias en el autocuidado de su salud.	Fortalecer la educación y promoción en salud a nivel intra y extramural.	Equipo de salud del establecimiento (Medico, enfermeras y promotores) Material didáctico educativo (trípticos, papelografos, etc)	Recursos humanos. Material didáctico.	Año 2018	Equipo Comunitario de salud familiar.
No apoyo del hombre en el hogar	Fortalecimiento del enfoque de género en la población.	Promoción y educación en salud con enfoque de género.	Equipo de salud del establecimiento (Medico, enfermeras y promotores)	Recursos humanos. Material didáctico.	Año 2018	Equipo Comunitario de salud familiar.
Familias no saben qué hacer frente a depresión de sus miembros	Que familias ante sospecha de casos de presión consulten oportunamente ante personal capacitado.	Promoción y educación a la población en salud mental.	Equipo comunitario de salud (Directores de centros	Miembro de equipo de salud, maestro o director o representante de	Año 2018	Equipo Comunitario de salud familiar.

			educativos, Representantes del sector de Iglesia.	sector de iglesia que de la charla.		
<b>AREA TEMÁTICA: DERECHOS</b>						
<b>Objetivo: Incrementar la conciencia de derechos, necesidades y problemas potenciales relacionados con la salud.</b>						
<b>Problemas Identificados</b>	<b>Resultado esperado</b>	<b>Actividades</b>	<b>Recursos disponibles</b>	<b>Recursos necesarios</b>	<b>Tiempo</b>	<b>Responsable</b>
No todas las personas conocen sus derechos	Empoderar a la población en el tema del derecho humano a la salud	Fortalecer la promoción del derecho humano a la salud.	Equipo de salud, directivos de las ADESCOS, directores de centros educativos	Equipo de salud, directivos de las ADESCOS, directores de centros educativos encargado de impartir la charla	Año 2018	Equipo Comunitario de salud familiar
La comunidad no pone interés en su salud	Que la comunidad tome acciones activas sobre su propia salud.	Educación a la población sobre las principales problemáticas que aquejan la salud y cómo evitarlas.	Promotor de salud asignados a las diferentes zonas	Promotor de salud encargado de la charla, sesiones educativas, consejería o capacitación a la comunidad.	Año 2018	Promotores de salud
<b>AREA TEMÁTICA: VINCULOS</b>						
<b>Objetivo: Fortalecer los vínculos para el apoyo social entre las personas, familias y comunidades con el sistema de servicios de salud, procesos intersectoriales e interinstitucionales.</b>						
Problemas para consultar en UCSFB San Jacinto	Atención integral en salud a la población en zonas de difícil acceso o que por motivos de riesgo social no puedan movilizarse al establecimiento.	Jornadas de atención médica y acercamientos comunitarios preventivos a zonas C, D, E y F.	Equipo de salud del establecimiento (Medico, enfermeras y promotores)	Recursos humanos. Material didáctico.	Año 2018	Equipo Comunitario de salud familiar.

No hay un medio de transporte para pacientes en horario nocturno.	Coordinación efectiva de transportes de pacientes en la comunidad.	Establecer mecanismos de notificación eficiente y de cooperación entre la comunidad y otras instituciones presentes en el municipio.	Comité intersectorial constituido y coordinado.	Coordinación interinstitucional (acta de compromiso de apoyo a traslado de pacientes)	Año 2018	Equipo comunitario de salud, PNC, Cruz Roja, Directiva de comunidad.
La automedicación es un problema latente dentro de la población.	Población promoviendo la no automedicación dentro de la comunidad.	Promoción de la atención integral oportuna y prevención de la automedicación.	Medico coordinador, Promotor de salud asignados a las diferentes zonas	Directiva de comunidad local.	Año 2018	Equipo Comunitario de salud familiar.
Directivas no incluyen actividades para la salud dentro de la comunidad.	Que las directivas incluyan en sus actividades temas de salud que beneficien a la comunidad.	Sensibilización de las directivas a través de charlas y sesiones educativas.	Médico coordinador Promotores de salud , enfermera comunitaria.	Directiva de comunidad local.	Año 2018	Equipo Comunitario de salud familiar.
Practicas dañinas a la salud	Disposición adecuada de los desechos solidos	Jornadas de limpieza en las comunidades. Señalización de los recolectores de basura comunales.	Equipo comunitario de salud.	Directiva comunal. Alcaldía municipal.	Año 2018	Equipo Comunitario de salud familiar.
<b>AREA TEMÁTICA: CALIDAD DE ATENCION</b>						
<b>Objetivo: Mejorar la calidad de atención en los servicios de salud y las interacciones del sistema con las personas, las familias y la comunidad</b>						
No hay disponibilidad de medicamento en el establecimiento.	Disponibilidad en el establecimiento de medicamentos esenciales del primer nivel de atención.	Gestión de periodicidad mensual de listado de medicamentos.	Medico coordinador, Auxiliar de enfermería.	Coordinación en red con los diferentes establecimientos de salud.	Año 2018	Medico coordinador, Auxiliar de enfermería.

## **XI. ANÁLISIS, BÚSQUEDA DE ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN DE LOS PROBLEMAS IDENTIFICADOS Y EVALUACIÓN DE LOS PROCESOS DE IMPACTOS.**

El análisis de situación de salud del área de responsabilidad de la Unidad Comunitaria Quezaltepeque la Libertad San Jacinto desde la esfera de los determinantes sociales, ambientales y desde el ámbito de los servicios de salud, para abordar los problemas y el verdadero objetivo del análisis es entendido no solo como el simple actuar, o cualquier tipo de acción, sino como acción que conduce al cambio social participativo y estructural; esta acción es llamada por algunos de sus impulsores, praxis (proceso síntesis entre teoría y práctica) , la cual es el resultado de una reflexión - investigación continua sobre la realidad abordada no solo para conocerla, sino para transformarla ; en la medida que halla mayor reflexión sobre la realidad, mayor calidad y eficacia transformadora se tendrá en ella la investigación y la acción que se funde creadoramente en la praxis.

Por lo que se llega a las siguientes conclusiones:

1. El Municipio de Quezaltepeque tiene un gran potencial económico, pero las brechas sociales se mantienen aún, particularmente las disparidades de acceso a los servicios básicos donde sus habitantes básicamente son víctima de las inequidades que tienen consecuencias negativas en muchos indicadores, incluido el empleo, la educación, la seguridad, la alimentación y la vivienda, esto se refleja en el estado de salud y baja la calidad de vida de los habitantes de la zona .

2. Las brechas existentes también afectan la calidad de los servicios de salud, que se refieren a la continuidad de la atención y la participación ciudadana que se evidencia en la priorización según Hanlon que arroja como prioritarios los problemas de Falta de Comités de Salud comunitarios, Escasas actividades preventivas en salud y acercamiento comunitario, Inadecuada Disposición final de la Basura, Falta de Atención en desarrollo y salud integral de adolescentes, Mejora de Infraestructura de espacios comunitarios.

3. Se propone plan de acción haciendo énfasis en la necesidad de promover la participación y organización de la comunidad en la gestión para el desarrollo local, afianzándose en el marco legal vigente del país sobre participación comunitaria y desarrollo sustentable, actividades preventivas en salud y acercamiento comunitario, Disposición final de la Basura, Atención en desarrollo y salud integral de adolescentes, Mejora de Infraestructura de espacios comunitarios.

4. La evaluación del Plan de Acción se realizara en un plazo de 1 año utilizando instrumento de evaluación objetivos, Programación anual operativa, plan de intervención comunitaria.

## **CONCLUSIONES**

- 1. La creación del presente documento permitió establecer generalidades sobre el funcionamiento, población y zonas asignadas a la UCSFB San Jacinto, Quezaltepeque.**
- 2. La realización de mesas de diálogo como parte del diagnóstico comunitario participativo permitió enlistar las principales problemáticas de las comunidades y discutir las con los representantes de las mismas quienes son los que las viven cada día.**
- 3. Posterior a la realización de las mesas de diálogo se pudo realizar un resumen de los principales problemas encontrados en la comunidad y de esta manera llevarlos a autoridades de la intersectorialidad para realizar un plan de acción en el que se incluyen las posibles soluciones a las problemáticas encontradas.**



# ANEXOS

EcosFamiliares

¡La salud llega a tu familia!

Anexo 1: Acta de realización mesa de diálogo mujeres y mujeres adolescentes.

Mesa de dialogo Mujeres  
y Mujeres adolescentes.

Este día se realiza la pmer mesa de dialogo como parte del diagnostico comunitario participativo, en esta mesa se convocó a mujeres y a adolescentes mujeres a ser participantes, dentro de ellas también se encontraban líderes de la comunidad. El motivo de la reunión es para discutir las principales problemáticas de la comunidad y dar respuesta a los mismos, así como también se aclararon dudas que los usuarios tenían acerca del funcionamiento del establecimiento.

x Patricia Guadalupe González  
maria Delmiza Herrera  
Cecilia Arely Castillo de Quintanilla  
Martha Lidian Galvez  
Maritza Yolanda Ayala  
Soledad del Carmen Tobar  
Hagaly Noemy Clavel Tobar  
Katia Soledad Tobar  
Verónica de Ventura  
Jessica Marisol Escobar

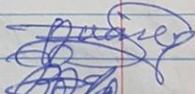
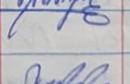
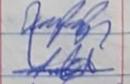
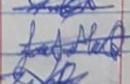
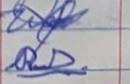
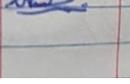


Anexo 2: Acta de realización de mesa de diálogo hombres y hombres adolescentes.

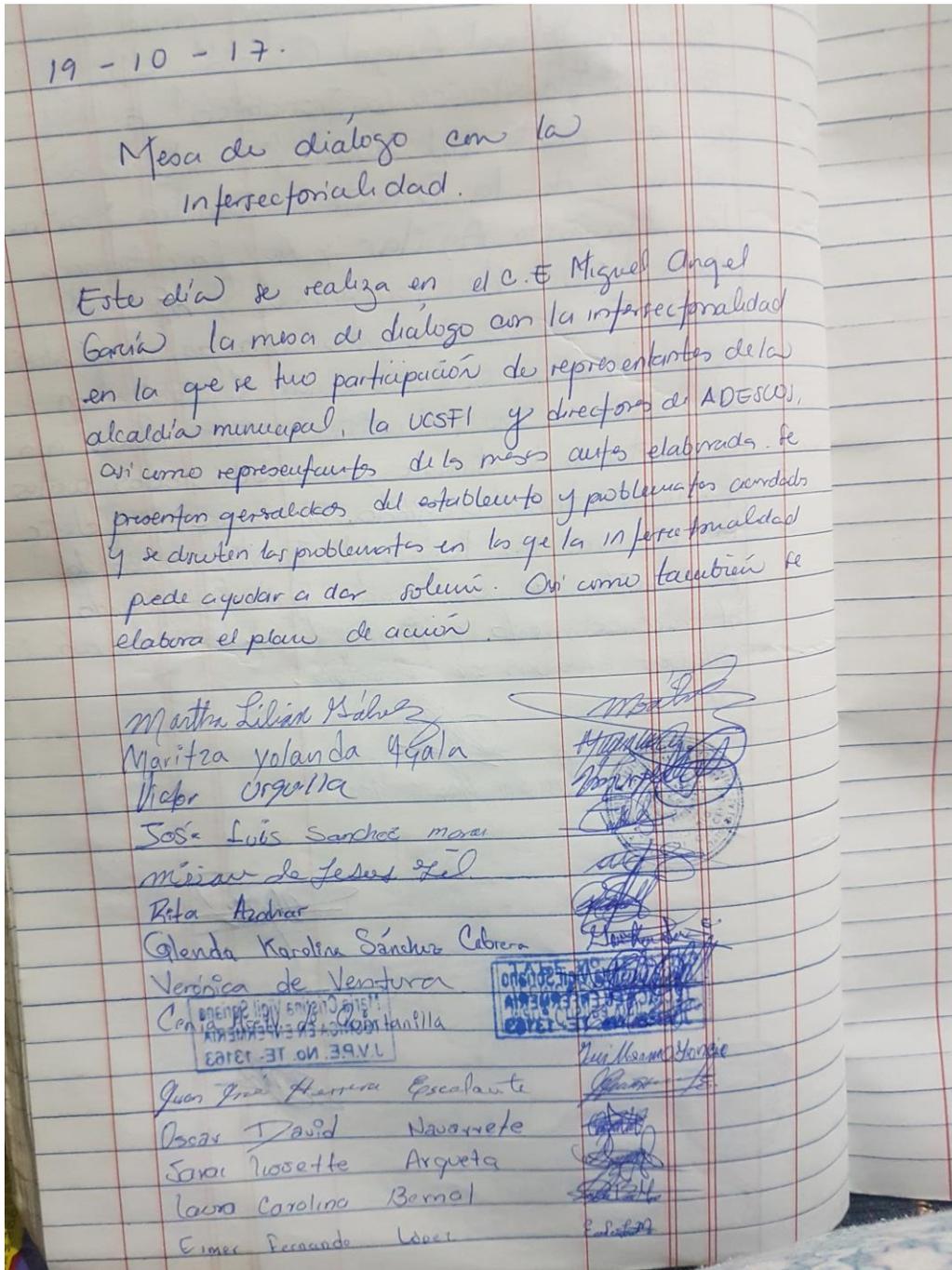
10-08-17

Realización de mesa de diálogo para  
Hombres y adolescentes hombres.

Este día se realiza mesa de diálogo de  
hombres y adolescentes hombres en la que se  
discuten los principales problemáticas de las  
diferentes zonas y se buscan posibles  
soluciones a los problemas encontrados.  
Al finalizar la reunión se realiza una  
revalorización de lo hablado y un  
resumen de lo que se imprimirá en la mesa  
con la imperfección.

*Jose Fernando Juarez	
Rafael Alberto Rojas	
Miguel Angel Morales	
Norio Antonio Aguilar	
Juan Jose Perez Biano	
Samuel Eduardo Arana	
Steven Alexander Hernandez Quintana	
Willy Ernesto Molina Mansivar	
Ricardo Alexis Delgado	

Anexo 3: Acta de realización de mesa de diálogo con la intersectorialidad.



Alfredo Amitecar Merillo  
Magdalena de la Cruz Postillo  
Magaly Noemy Clavel Tobar  
Soledad del Carmen Tobar  
Katia Soledad Clavel Tobar  
Gloria Gomez  
Karen S. Felencia

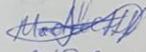
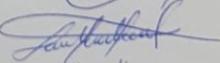
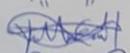
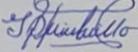
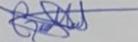
~~Alfredo Amitecar Merillo~~  
~~Magdalena de la Cruz Postillo~~  
~~Magaly Noemy Clavel Tobar~~  
~~Soledad del Carmen Tobar~~  
~~Katia Soledad Clavel Tobar~~  
~~Gloria Gomez~~  
~~Karen S. Felencia~~

#### Anexo 4: Acta de divulgación del ASSI a la comunidad.

09 - Nov - 17

### Acta de divulgación de ASSI y resultados de mesas de diálogo

Este día se realiza asamblea con representantes de las 4 zonas asignadas al establecimiento en la que se realiza en primer lugar presentación de generalidades del establecimiento y forma de trabajo durante el 2017. Así como también se presenta el resultado de las mesas de diálogo realizadas con representantes de la comunidad y con la interseccionalidad y se presenta el plan de acción que se llevará a cabo durante el 2018.

nombre	firma.
Felipa Moreno de Fernandez.	
Rosa Dina Guardado	
María del Carmen Hernandez	
Mario Trisofiquero	
Irma Yolanda Mejia.	
Delia Veronica Mulateo	
Bruna de Brille	
José Yasmith Garcia	
Jessica Marisol Escobar	
Guadalupe Hermán Quintanilla	
Lourdes Guadalupe Marin	

Cecilia del Carmen Garcia Cisneros ~~Cisneros~~

maria antonia Garcia martines

Antonia Errera.

MANUEL ANTONIO URBINO: ~~URBINO~~

Rosacandido Cruz de UBINA RCC

Ana Cecilia Ramirez de Garcia ~~Ramirez~~

Maria Lucia Romero ~~Romero~~

Mariana Estefani Reyes ~~Reyes~~

Erika Roxana Mendez ~~Mendez~~

ESTELA Beatriz Isabella castillo ~~Castillo~~

Sara Yamileth Galdamez ~~Galdamez~~

Ana Gloria Galles de flamenco. ~~Galles~~

Sandra Jeanette Martinez ~~Martinez~~

Taola Michelle Vargas Martinez ~~Martinez~~

Maria Mercedes Grande ~~Grande~~

Piero Ardón

Lorenzo Ruano Chavez

Griselda Marisol Cruz ~~Cruz~~

Velty Sarahi morales ~~Morales~~

Josefina Antra

Damaris Elizabeth Escobar Hernandez ~~Hernandez~~

Joana Leticia Lara de Valles. ~~Valles~~

Elena Saavedra de Orellana

Daniela Stefani Amaya Castaneda ~~Castaneda~~

Leison Orlando Quintanilla Henriquez	<del>Handwritten signature</del>
Maria Elvira Muñoz	
Isabel Navarro	<del>Handwritten signature</del>
Cristina Elizabeth Garcia de Aguilar	CCGda
Lorena Lissette Cruz	<del>Handwritten signature</del>
Jorge Edenilson Quintanilla	<del>Handwritten signature</del>
Ingris Magaly Cano Castro	<del>Handwritten signature</del>
Ana Mercedes Guerra de Gomez	<del>Handwritten signature</del>
Mari de los Angeles Salmeron Montes	Maria
Stephanie Tatiana Morales Guevara	SEU

Karen S. Palencia

Karen Stefany Palencia Flo  
 DOCTORADO EN MEDICINA  
 Q. V. P. M. PROVISIONAL No. 2282