

TESÁI HA TEKÓ
PORÁVE
MOTENONDEHA
MINISTERIO DE
SALUD PÚBLICA
Y BIENESTAR SOCIAL

TETÁ REKUÁI
GOBIERNO NACIONAL
Jajaso rante rape rá ko ága guive
Construyendo el futuro hoy

GUÍA DE TRABAJO

EN ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD



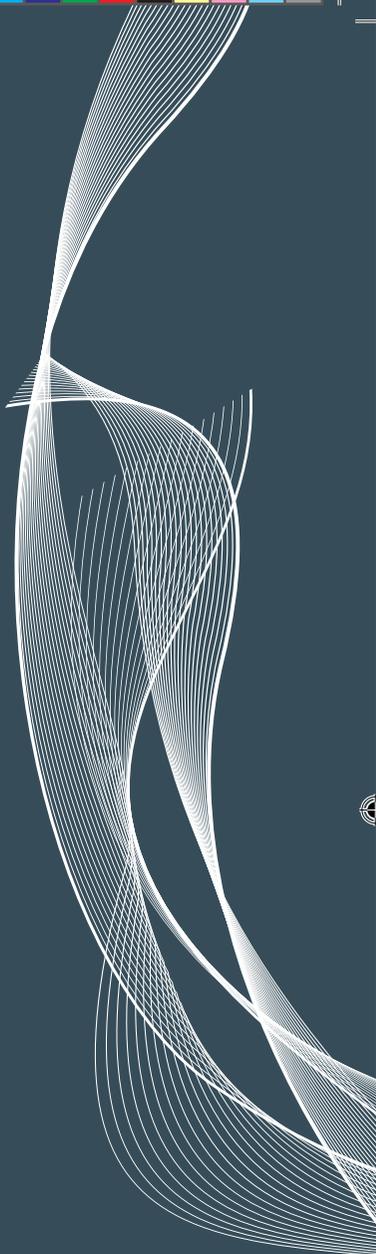
Organización
Panamericana
de la Salud

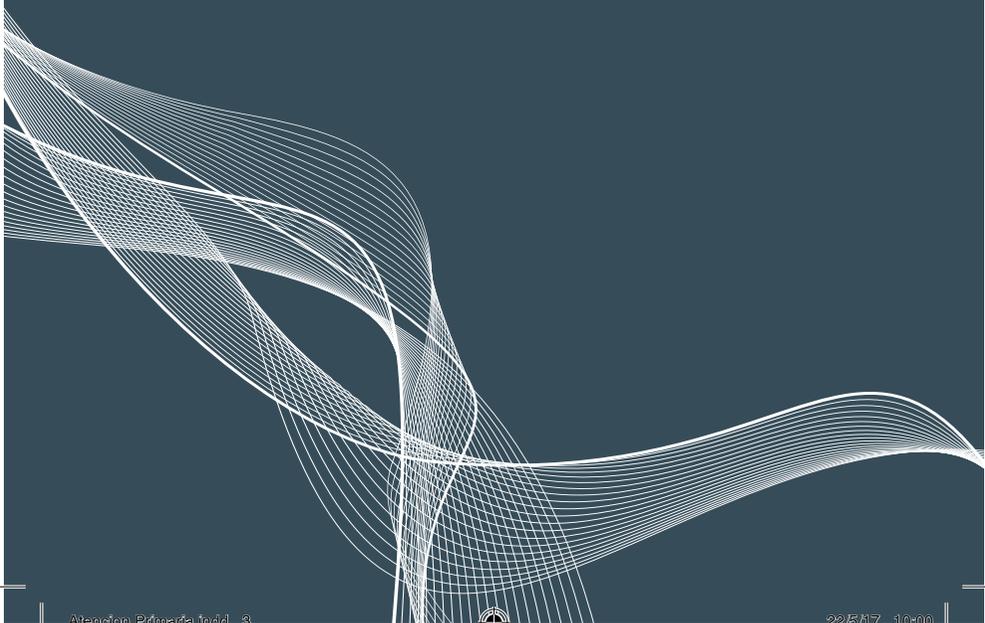


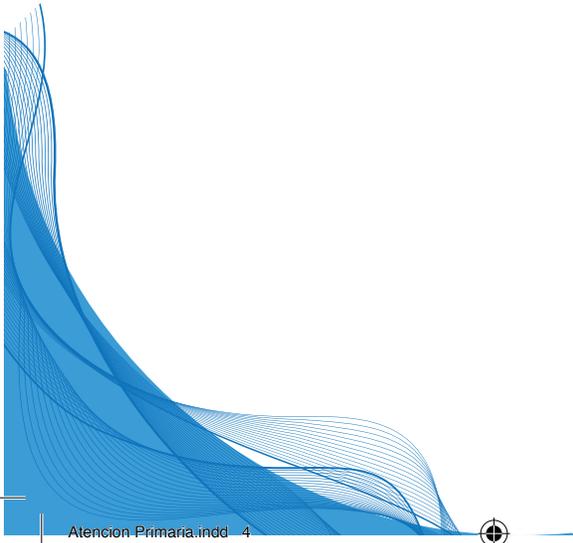
Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS
Américas

USF
Unidad de Salud
de la Familia
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social











Dirección General de
Atención Primaria
de la Salud



TESÁI HA TEKÓ
PORÁVE
MOTENONDEHA
MINISTERIO DE
SALUD PÚBLICA
Y BIENESTAR SOCIAL

TETÁ REKUÁI
GOBIERNO NACIONAL
Jajapo Rande rape'rá ko'ága guive
Construyendo el futuro hoy

GUÍA DE TRABAJO

EN ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
ORDENA REGIONAL PARA LAS
Américas

USF
Unidad de Salud
de la Familia
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social





GUIA DE TRABAJO EN ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD

Editor

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.
Dirección General de Atención Primaria de Salud.

Material

Guía de Trabajo en Atención Primaria de la Salud

El presente material es propiedad del
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

Están autorizadas la reproducción y divulgación por cualquier medio del contenido de este material, siempre que se cite la fuente. Este texto no tiene fines de lucro, por tanto no puede ser comercializado en el Paraguay ni en el extranjero.

VOLUMEN

ISBN Obra independiente

ISBN: 978-99967-36-48-3



9 789996 736483

Guía de Trabajo en Atención Primaria de la Salud

Sello Editorial: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social –
MSPBS (99967-36)

<http://www.mspbs.gov.py/aps/>
Facebook: Atención Primaria de la Salud en Paraguay

Esta publicación fue impresa gracias al apoyo de OPS/OMS
Paraguay

Enero, 2017.
Asunción, Paraguay



6



AUTORIDADES

Dr. Antonio Carlos Barrios
Ministro

Dra. María Teresa Barán
Viceministra

Dr. César Cristaldo Monzón
Director General
Dirección General de Atención Primaria de la Salud





Ficha Técnica

Responsable

Dr. César Cristaldo Monzón. Director General
Dirección General de Atención Primaria de la Salud

Coordinación Técnica y Redactores

Econ. Nilda Dalva Recalde Mora, Directora, Dirección Normativa
Dirección General de Atención Primaria de la Salud

Lic. Damián Ariel Sedliak, Jefe Normas y Protocolos
Dirección Normativa – Dirección General de Atención Primaria de la Salud

Lic. Cindy Leticia López Benítez, Jefa de Asesoría Técnica y Proyectos
Dirección General de Atención Primaria de la Salud.

Revisores Técnicos de la DGAPS

Dra. María Mercedes Da Silva Guerreros, Directora de Gestión y Desarrollo Social

Dr. Luis Enrique Velázquez Seiferheld, Director de Educación e Investigación

Lic. María Leticia Segovia Gómez, Directora Administrativa

Lic. Aura Lorena Cuevas Machuca, Jefa Dpto. de Gestión Social

Lic. Domingo Santiago Avalos, Jefe Dpto. de Investigación

Dr. Gilberto Javier Giménez Fernández, Encargado Dpto. de Territorialización

Sr. José Rodrigo Popoff Duarte, Jefe Dpto. Instalación de USF

Sta. Carolina Álvarez Benítez, Jefa Dpto. Control de Calidad

Participantes y Colaboradores para la Validación

Representantes de Equipos de Salud de la Familia y DRAPS

Dra. Lis Azucena Ovelar, Jefa DRAPS – Capital

Lic. Patricia Martínez, Jefa de RIISS DRAPS– Capital

Dr. Nelson López, USF San Felipe – Capital

Dr. Cristhian González, USF Perpetuo Socorro – Capital

Lic. Gustavo Mencia, USF Viñas Cue – Capital



Lic. Lorena Marecos, USF San Blas – Capital
Aux. Liliana Duarte, USF Republicano – Capital
Dr. Jorge Gabetta, USF Costas Fleytas - Central
Dra. Elina Careaga, USF Piquete Cué – Central
Dr. Luis Cristaldo, USF María Blanca – Central
Dr. Luis Meza, USF Amanecer – Central
Dra. Karim Peralta, USF Capitindy – Central
Dra. Bernarda González, USF Villa Madrid - Central
Lic. Sinecia Marín, USF Posta Ybykua – Central
Lic. Cynthia Duarte, USF San Miguel – Central
Lic. Vidalia Flecha, USF Mbocayaty– Central
Lic. José Manuel Escobar, USF Marín Kaaguy – Central
Aux. Evelyn Manzur, USF Cerrito – Central
A.C. María Belén López, USF 29 de septiembre 2 - Central
A.C. Pedro Spelt, USF Piquete Cué - Central
A.C. Vivian Enciso, USF - Central
A.C. Ana Rodríguez, USF Puerta del Sol – Central
A.C. Mary Duarte, USF Costas Salinas – Central
A.C. Liz Curtido, USF Cerrito - Central
Dra. Silvana Vázquez, USF Loma Guazú – Paraguari
Dr. Jorge Fano, USF Zayas –Paraguari
Lic. Patricia Villalba, Jefa de Gestión DRAPS – Paraguari
Lic. Sandra Valdez, USF Ndavary – Paraguari
Dra. Marta Espínola, USF Potrero Guayaki – Caaguazú
Dr. Cirilo Congo, USF Cristóbal Espínola - Caaguazú
Dra. Mabel Cuellar, USF Blas Garay -Caaguazú
Dr. Alexis Benítez, USF Carandayty – Caaguazú
Lic. Soledad Villalba, Jefa de Gestión DRAPS - Caaguazú
A.C. Celsa Salinas, DRAPS –Caaguazú
Dra. Maida Barrios, Jefa DRAPS Presidente Hayes
Dra. Carolina Moline, USF Pa i Roberto – Presidente Hayes
Lic. Ercilia Cardozo, Jefa de Gestión DRAPS– Presidente Hayes
Lic. Karina Rodríguez, Jefa de RIISS DRAPS – Presidente Hayes
Dra. Nadia Riveros, Jefa DRAPS – Caazapá
Lic. Karina Chaparro, Jefa de - Caazapá
Dra. Griselda Sánchez, USF Candía–Cordillera
Lic. Míguela María Vázquez, USF Minas - Cordillera
Lic. Mónica Martínez, USF Candía–Cordillera
Aux. Sandra Arroyo Cáceres, USF Minas - Cordillera
A.C. Verónica López, USF Minas – Cordillera
A.C. Alejandra De la Cruz Ortiz, USF Minas - Cordillera



A.C. María de las Nieves Flores, USF Candía - Cordillera
Dra. Alba Carolina Agüero, USF Alberdi Lomas – Ñeembucú
Lic. Yanina Soledad Torres, USF Alberdi Lomas – Ñeembucú
Lic. Elsa Barrios, Jefa DRAPS Boquerón
Lic. Leticia Prieto, USF Ampliada Neuland – Boquerón
Lic. Hernán Mencia, USF Ampliada La Patria – Boquerón
Lic. José Báez, Encargado de Gestión DRAPS – San Pedro
Aux. Carlos Alberto Díaz, Jefe de DRAPS – San Pedro.

Representante de otras direcciones del MSP y BS

Hugo Enciso, Director DGPE, Departamento de Organización y Métodos

Lic. Ruth M. González Melgarejo, Departamento de Organización y Métodos

Lic. Rolando Rolon, informático del PRONASIDA

Abog. Rubén Darío Centurión, Dirección General de Información Estratégica en Salud

Lic. María José Lerea, Dirección General de Información Estratégica en Salud

Lic. Carolina Medina, Dirección General de Información Estratégica en Salud

Lic. María Magdalena Rojas, Dirección General de Promoción de la Salud

Enero, 2017.

Asunción, Paraguay



Presentación

La Guía de trabajo en Atención Primaria de la Salud está considerado como un documento fundamental para la coordinación, dirección y evaluación de las funciones de los Equipos de Salud de la Familia (ESF), y Equipos de los Departamentos Regionales de Atención Primaria de la Salud, en coordinación con las demás dependencias del MSPyBS.

Se constituye además en un material de consulta para el mejor desempeño diario de las funciones de los Equipos de Salud de la Familia (ESF), por lo que se considera como un instrumento que apoya a la implementación de la estrategia de la Atención Primaria de la Salud (APS) para el mejoramiento de las funciones y la revisión constante y actualizadas de las funciones, estructuras y procedimientos de trabajo en las Unidades de Salud de la Familia (USF).

El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social a través de la Dirección General de Atención Primaria de la Salud, ha considerado indispensable la elaboración de la presente Guía de trabajo en Atención Primaria de la Salud para brindar la orientación necesaria y unificar criterios que permita la realización de las actividades, coordinación y evaluación administrativa a través de la sistematización, la identificación de los procesos y la definición del método para efectuarlas.

El documento fue elaborado con base legal, en la Política Nacional de Salud 2015- 2030 y La Guía para la implementación de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS) en el Paraguay.

ANTONIO CARLOS BARRIOS FERNANDEZ
MINISTRO DE SALUD



ÍNDICE

- 13 ___ **RESOLUCION**
- 15 ___ **INTRODUCCIÓN**
- 16 ___ Marco Legal
- 17 ___ Objetivos
- 17 ___ Objetivo General
- 17 ___ Objetivos Específicos
- 18 ___ **Ámbito de Aplicación**
- 19 ___ **CAPÍTULO 1**
- 21 ___ **TERRITORIALIZACIÓN**
- 21 ___ Territorio Social
- 22 ___ Territorialización
- 23 ___ La Territorialización en las comunidades indígenas y asentamientos
- 24 ___ Criterios para la territorialización
- 25 ___ Territorialización paso a paso:
- 28 ___ Censo de la comunidad.
- 28 ___ Tabulación y Sistematización del Censo.
- 28 ___ Mapa-censo
- 29 ___ Presentación de datos a la comunidad.
- 29 ___ Interpretar la realidad y priorizar las necesidades



31 ____ **CAPÍTULO 2**

33 ____ LA ACTIVIDAD DE CONSULTA

34 ____ Los tipos de consultas serán

35 ____ Visita Domiciliaria

37 ____ **CAPÍTULO 3**

39 ____ LA DISPENSARIZACIÓN

39 ____ Fases de la dispensarización

41 ____ Principios del proceso de dispensarización

41 ____ Grupos dispensariales

42 ____ Criterios para catalogar a una persona dispensarizada.

42 ____ Seguimiento de la persona según clasificación en grupos dispensariales.

43 ____ Normas de Aplicación de la Dispensarización en las USF

45 ____ **CAPÍTULO 4**

47 ____ Actividades Promocionales y de Participación Comunitaria

47 ____ Actividades de Promoción

48 ____ Actividades De Participación Comunitaria

50 ____ Como se informa





51 ___ **CAPÍTULO 5**

53 ___ PANELES INTERNOS Y EXTERNOS

54 ___ Cronograma de actividades

55 ___ **CAPÍTULO 6**

57 ___ ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD INTEGRAL (ASSI)

57 ___ Propósitos del ASSI

58 ___ Componentes del assi

58 ___ Pasos para el DIAGNÓSTICO COMUNITARIO PARTICIPATIVO (DCP)

62 ___ Contenido del ASSI

61 ___ Capítulos del ASSI

65 ___ Plan de Acción

69 ___ **CAPÍTULO 7**

71 ___ VULNERABILIDAD

73 ___ Formulario de Vulnerabilidad

75 ___ **ANEXO**

85 ___ **BIBLIOGRAFIA**



RESOLUCIÓN

"Escudo Nacional de la Espingola Nacional: 1864 - 1870"



Poder Ejecutivo
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
Resolución S.G. N° 0003

POR LA CUAL SE APRUEBA LA "GUÍA DE TRABAJO EN ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD" EN EL MARCO DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS IMPLEMENTADAS POR EL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL.

Asunción, 20 de enero de 2017

VISTO:

La "Guía de trabajo en Atención Primaria de la Salud", presentada por la Dirección General de Atención Primaria de la Salud, según mesa de entrada SIMESE N° 167001; y

CONSIDERANDO:

Que el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social viene desarrollando un modelo de atención integral, universal, basado en la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS), a través de las Unidades de Salud de la Familia.

Que uno de los propósitos fundamentales de la estrategia de la Atención Primaria de la Salud (APS) para el mejoramiento de las funciones de los Equipos de Salud de la Familia (ESF), es la revisión constante y actualizada de las funciones, estructuras y procedimientos de trabajo en las Unidades de Salud de la Familia (USF).

Que la Guía de Trabajo en Atención Primaria de la Salud es una herramienta para la coordinación, dirección y evaluación de las funciones de los Equipos de Salud de la Familia (ESF), y Equipos de los Departamentos Regionales de Atención Primaria de la Salud, en coordinación con las demás dependencias de este Ministerio.

Que el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, a través de la Dirección General de Atención Primaria de la Salud, ha considerado indispensable la elaboración de la Guía de Trabajo en Atención Primaria de la Salud, como material de consulta para el mejor desempeño diario de las funciones de los Equipos de Salud de la Familia (ESF).

Que la Constitución de la República, en su Artículo 68 - Del Derecho a la salud, señala: "El Estado protegerá y promoverá la salud como derecho fundamental de la persona y en interés de la comunidad. Nadie será privado de asistencia pública para prevenir o tratar enfermedades, pestes o plagas, y de socorro en caso de catástrofes y de accidentes".

Que, conforme a los Artículos 19, y 20 numeral 6 del Decreto N° 21376/1998, al Ministro de Salud Pública y Bienestar Social, corresponde ejercer la administración general de la Institución; y el numeral 7 del Art. 20 del mismo Decreto, establece que una de sus funciones específicas es la de "dictar Resoluciones que regulen la actividad de los diversos programas y servicios, reglamenten su organización y determinen sus funciones".





"Bicentenario de la Epopeya Nacional: 1864 - 1870"



Poder Ejecutivo
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
Resolución S.G. N° 009

POR LA CUAL SE APRUEBA LA "GUÍA DE TRABAJO EN ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD" EN EL MARCO DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS IMPLEMENTADAS POR EL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL.

30 de enero de 2017
Hoja N° 02/02

Que la Dirección General de Asesoría Jurídica, a través del Dictamen A.J. N° 20, de fecha 09 de enero de 2017, ha emitido su parecer favorable a la presente Resolución.

POR TANTO, en ejercicio de sus atribuciones legales;

**EL MINISTRO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
RESUELVE:**

- Artículo 1°.** Aprobar la "Guía de trabajo en Atención Primaria de la Salud", en el contexto de las Políticas Públicas del Gobierno Nacional. La misma forma parte como anexo de la presente Resolución.
- Artículo 2°.** Disponer la implementación de la Guía de Trabajo en Atención Primaria de la Salud aprobada en el artículo precedente, en forma inmediata, con la participación de todas las Unidades de Salud de la Familia del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, comprometidas con la estrategia de Atención Primaria de la Salud.
- Artículo 3°.** Encomendar a la Dirección General de Atención Primaria de la Salud la capacitación de los Recursos Humanos involucrados, así como la coordinación y evaluación de la implementación de dicha Guía de trabajo a nivel nacional.
- Artículo 4°.** Comunicar a quienes corresponda y cumplido, archivar.



DR. ANTONIO CARLOS BARRIOS F.
MINISTRO



INTRODUCCIÓN

La Política Nacional de Salud es un conjunto de enunciados que orientan las determinaciones y acciones que el Estado Paraguayo está decidido a realizar en el periodo 2015- 2030, para garantizar el ejercicio pleno del derecho a la salud de todos los habitantes del Paraguay.

De este modo, el país se compromete a responder al acceso universal a la salud y a la cobertura universal de salud al mayor nivel posible, para reducir las inequidades en salud y mejorar la calidad de vida de la población en el marco del desarrollo humano sostenible y considerando que la atención primaria de la salud es el eje vertebrador del sistema, que permite acercar los servicios de salud a la familia y la comunidad con una visión integral y totalizadora de la salud y la enfermedad, con un criterio de responsabilidad sanitaria y social sobre una determinada unidad geo poblacional a la cual denominamos territorio social. Los territorios sociales constituyen el nivel de mayor intercambio de las personas con el sistema de salud.

La presente Guía de Trabajo en Atención Primaria de la Salud, permitirá determinar claramente cuál es el espacio-población asignado al ESF de las USF, cuáles son sus límites geográficos, cuales son las comunidades, cuantas personas y familias lo integran, conocer la dinámica de la comunidad, los recursos que dispone, sus necesidades, principales dificultades y problemas, así como las condiciones que son favorables para la vida y la salud de las personas.

Es una herramienta necesaria para asegurar la llegada a cada persona, organizar los servicios de salud, planificar la asistencia y permitir un minucioso trabajo sobre las condiciones que determinan la salud y la enfermedad en los espacios de vida de la gente.



Marco Legal

▶ Constitución Nacional en sus artículos n° 4, 68,69 y 70.

▶ Ley N° 1032/96 “Que crea el Sistema Nacional de Salud”.

▶ Política Nacional de Salud 2015 - 2030.

▶ Decreto N° 21.376/98: Artículo 20, numeral 7, que autoriza al Ministerio de Salud a “dictar Resoluciones que regulen la actividad de los diversos programas y servicios. Reglamente su organización y determine sus funciones”.

▶ Decreto N°513/08: por el cual autoriza al Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social “a definir y aprobar su estructura organizacional y funcional”.

▶ Resoluciones S.G. N° 101 de fecha 17 de setiembre de 2008” Por la cual se crea la Dirección General de Atención Primaria en Salud, en dependencia de la Subsecretaria de Salud del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social”.

▶ Resoluciones S.G. N° 730 de fecha 24 de setiembre de 2015 “Por la cual se aprueba La Guía para la Implementación de Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud (RIISS) Basadas en la Estrategia de la Atención Primaria de Salud (APS) Del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

▶ Resoluciones S.G. N° 175 de fecha 07 de abril de 2016 “Por la cual se aprueba el Manual de Funciones de las Unidades de Salud de la Familia (USF) Del Ministerio De Salud Pública Y Bienestar Social.

▶ Ley 836 Código Sanitario de Paraguay.



Objetivos

Objetivo General

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

Objetivos Específicos

Dotar al equipo de salud de las USF de un instrumento de fácil comprensión para abordar el proceso en donde se definen los criterios poblacionales, físicos y epidemiológicos, para la delimitación geográfica en la cual los ESF prestarán servicios de salud.

Establecer los procedimientos para determinar las comunidades que integran el territorio social bajo responsabilidad de los ESF, lo que permitirá una adecuada toma de decisiones en salud.

Unificar los instrumentos para la captura (recolección) de datos del nivel local, los procesos que faciliten el análisis y la toma de decisiones de los prestadores de servicios, para mejorar el estado de salud de la población asignada.

Orientar la mirada de los ESF hacia los factores determinantes del proceso salud–enfermedad de las comunidades.

Promover una intervención integral de los ESF en los territorios sociales con participación comunitaria.



Ámbito de Aplicación

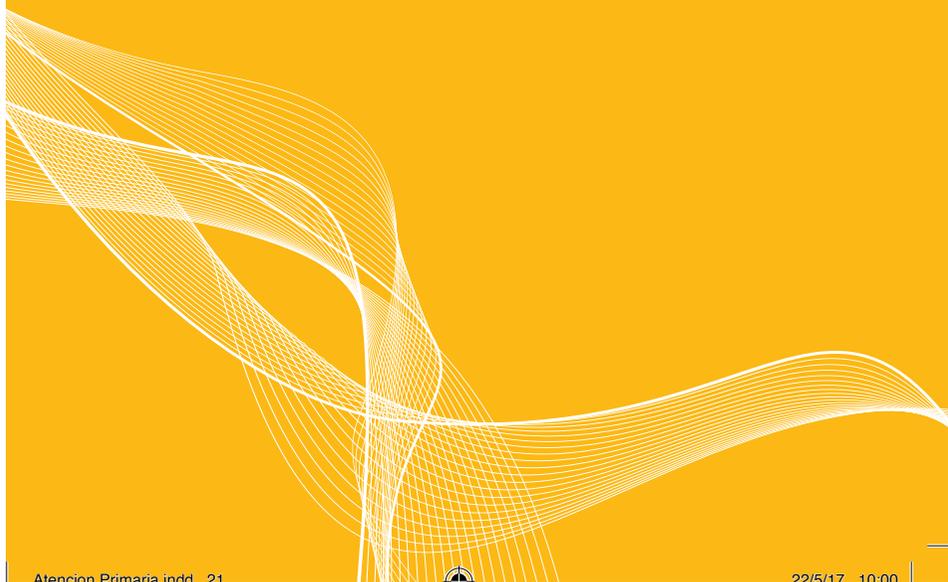
Están sujetos al cumplimiento de los presentes lineamientos todo el personal que presta servicio en las Unidades de Salud de La Familia (USF) a nivel nacional, el personal de los Departamentos Regionales de Atención Primaria de la Salud y de la Dirección General de Atención Primaria de la Salud.





CAPÍTULO 1

TERRITORIALIZACIÓN







CAPÍTULO 1

TERRITORIALIZACIÓN

1. Territorio Social

Es el espacio físico, geográficamente definido, continuo, caracterizado por criterios multidimensionales, tales como el ambiente, la economía, la sociedad, la cultura, la política y las instituciones, y una población, con grupos sociales relativamente distintos, que se relacionan interna y externamente por medio de procesos específicos, donde se puede distinguir uno o más elementos que indican identidad y cohesión social, cultural y territorial.

La territorialidad de los actores y la visión territorial ayudan a establecer una identidad co-mún y favorece la realización de sus planes y proyectos. Además, la pluralidad de actores con intereses y valores distintos, a veces en conflictos, influyen sobre la dinámica y las interrelaciones dentro del territorio común.

La delimitación de territorio debe coincidir con los territorios definidos por la Dirección General de Atención Primaria de la Salud y por los programas del MSPyBS (Ej.: PAI). Se deberá establecer forma de trabajo y unificar criterios con el fin de establecer sistema de trabajo y mayor cobertura entre programas, DRAPS y USF.

1.1 Características

- a) No necesariamente coincide con la dimensión política administrativa de los municipios o con la división política reconocida oficialmente en el mapa actual del país.
- b) Forma parte principal de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud, formando las micros redes locales.
- c) Se vincula con otros servicios existentes en el lugar, como escuelas, transporte, seguridad, y otras instituciones públicas, etc. para responder a las necesidades locales a través de planes estratégicos y agendas políticas construidas participativamente.



d) En el territorio social se generan diferentes espacios y ambientes a partir de las relaciones humanas que establecen las dinámicas sociales que se producen, creando los diferentes ámbitos y micro territorios dentro de un territorio.

e) Los ámbitos sociales son una representación de los espacios donde transcurre parte de la vida de la gente y representan una porción del territorio, como: el ámbito familiar, escolar, laboral, eclesial, recreativo y otros. Estos son espacios donde es posible intervenir sobre determinados problemas o situaciones particulares que afectan al grupo en cuestión, permiten además organizar grupos sociales que comparten intereses comunes, facilitando el encuentro y el diálogo entre los mismos.

2. Territorialización

Es una herramienta de abordaje para ver y transformar la realidad, para crear capacidades nuevas, empoderarse colectivamente y generar los cambios y así dar respuesta a las necesidades de la gente. La misma permite materializar la responsabilidad social y sanitaria de los equipos de salud de la familia haciendo posible ordenar la acción y planificar en base a las necesidades detectadas en el territorio. Es en el territorio social donde se desarrollarán las acciones del ESF y de otras instituciones del estado pues es el espacio natural de intervención de las personas, donde transcurre sus vidas.

El proceso de Territorialización permite conocer y entender los problemas generales, identificar los problemas de salud indagando sus causas más profundas, y construir una base de datos que posibilite la vigilancia epidemiológica en la comunidad, para lo cual es necesario el censo y mapeo sanitario de las familias.

Disponer de un padrón o catastro de las familias que se encuentran en el territorio de responsabilidad de los ESF ayudará a garantizar el acceso equitativo a los servicios, la llegada sistemática a las familias y ejercer una activa vigilancia de la salud y socialización con la comunidad.



La Territorialización implica representar el territorio, conocer con exactitud la población, identificar las características geográficas, culturales, sociales, relacionales y los recursos disponibles, para lo cual se recurre a las herramientas del censo, mapeo, entrevistas, ASIS, DCP y la planificación participativa, haciendo que tanto el ESF como la misma comunidad logre una mayor apropiación del territorio, lo que implica conocer a los sujetos, las relaciones, los procesos, además de las características y los problemas que afectan la vida y la salud de las personas del territorio.

3. La Territorialización en las comunidades indígenas y asentamientos

Para trabajar con comunidades indígenas y asentamientos hay que tener en cuenta que estas ya poseen un territorio propio delimitado, tienen sus propios líderes, propias cultura y costumbres; y cuentan con una organización social particular, que se debe respetar.

En cuanto a la organización interna de las comunidades indígenas, estas poseen un líder (en algunos casos más de uno). La relación con los líderes debe ser la de respeto hacia su persona y la función que cumple. Toda actividad que se realice en la comunidad debe ser consultada primeramente con el líder y contar con su aprobación. Únicamente se puede realizar la actividad si se obtuvo la aprobación del líder.

En el primer encuentro del ESF y la comunidad se debe realizar una reunión con todos sus miembros en donde el equipo se presente a toda la comunidad e informe sobre los planes y la modalidad de trabajo que se va a efectuar en la misma. La comunidad debe ser tomada por la USF como un todo, no se puede partir la comunidad si se llegó al límite.

A la hora de tomar decisiones a nivel comunitario hay que tener en cuenta la organización indígena y su forma de ser, no se puede crear otra aparte de la que ya tienen. Las decisiones tienen que ser tomadas comunitariamente.



En caso de no poseer un promotor indígena contratado por el MSPyBS. El promotor tiene que ser de la comunidad y haber sido aceptado por toda ella en una reunión o asamblea comunitaria. ESF debe de identificar al promotor indígena, evaluar al mismo de manera a poder capacitarlo en caso que fuese necesario para establecer un mejor sistema de trabajo.

Hay comunidades grandes que tienen varias aldeas. Tienen que entrar todas las aldeas. Cada aldea tiene que tener su propio promotor y líder.

4. Criterios para la territorialización

- ▶ Unidad poblacional: de 3.500 a 5.000 habitantes (500 a 700 familias) en zonas urbanas. Previo análisis básico de crecimiento poblacional. En zonas rurales se debe considerar la extensión territorial, dispersión poblacional y accesibilidad, puede tener menor cantidad de familias y personas en una vasta área.
- ▶ Unidad geográfica: espacio territorial común de convivencia de la población. Sentido de pertenencia de la población con el espacio comunitario, identidad cultural, social e histórica.

Los límites territoriales serán acordados previo análisis con los DRAPS, DGAPS, ESF, Dirección General de Servicios de Salud y Dirección General de Regiones Sanitarias; y de manera participativa con la comunidad y de acuerdo a las condiciones geográficas y sociales de la zona, considerando accesibilidad geográfica, la presencia de servicios públicos (escuelas, saneamiento básico, medios de transporte, comunicación, luz eléctrica, etc.) y límites naturales existentes.

En caso de exceder el límite poblacional establecido se debe realizar un análisis para la incorporación de equipos de salud de la familia acorde a ese territorio

Tomar en consideración para la delimitación del territorio social todos los puntos de referencia fácilmente identificados como son los accidentes geográficos, ríos, cerros, rutas principales,



límites urbanos y límites geográficos. En los casos que no existan límites urbanos o geográficos hacer referencia de una USF y su número correspondiente si forma parte de uno de sus límites y hacer referencia de cada compañía/barrio que lo limita.

- ▶ En zona urbana: siempre se debe tomar en consideración los nombres de las calles, de los barrios vecinos, de personalidades y otros lugares que sirvan de referencia
- ▶ En zona Rural: En los territorios donde la población se encuentre dispersa se toman en cuenta: instituciones públicas: escuela, iglesia, comisaría, etc.

5. Territorialización paso a paso:

5.1. Preparar el trabajo

- ▶ Presentación a los pobladores de la comunidad del Equipo de Salud de la Familia y de la modalidad de trabajo en el territorio.
- ▶ Identificación de líderes y/o referentes comunitarios que puedan ayudar al reconocimiento e inserción en la comunidad.

5.2. Ver la realidad (diagnóstico)

Los instrumentos utilizados para esta fase del trabajo son: entrevistas a pobladores de la comunidad, reuniones comunitarias, el mapa, el censo domiciliario, u otros métodos cualitativos y cuantitativos.

5.3. Entrevistas a testigos de la comunidad o grupos focales

Otra forma de relevar información sobre el territorio es escuchando a los mismos pobladores quienes facilitarán datos históricos, de relacionamiento, de necesidades, preo-cupaciones, expectativas, recursos de la comunidad, etc. Para ello se pueden utilizar entrevistas individuales o grupales.



5.4- Mapa sanitario

En el proceso de Territorialización realizar un mapa sanitario supera el objetivo de representación que suele tener éste. Mapear en Territorialización es observar, mirar el territorio, no sólo para reconocerlo y definirlo, sino también para encontrar en él las causas de las enfermedades. “El mapeo es un ejercicio de acercamiento a la realidad y un ejercicio de asociación causa-enfermedad.”

Comienza con la delimitación del territorio. Para ello se consideran los puntos de referencia fácilmente identificables como son los accidentes geográficos, calles principales o límites urbanos. En la zona urbana se consideran los nombres de las calles y de los barrios vecinos.

Es importante contar con un mapa preexistente de la zona así como con una aproximación al número de pobladores del territorio. El mapa debe tener un diseño de 1 Mts x 1,50Mts Escala predeterminada, por ejemplo 1:1000.

En el trazado del mapa se intenta ser lo más preciso posible en cuanto a ubicación de calles, manzanas, casas, accidentes geográficos, espacios comunitarios, etc. Ubicando además los accesos, los puntos críticos según características socioeconómica, las instituciones, plazas, escuelas, parques, radios, tanques de agua, iglesias, centros comunitarios, comisarias, locales de reuniones, etc.

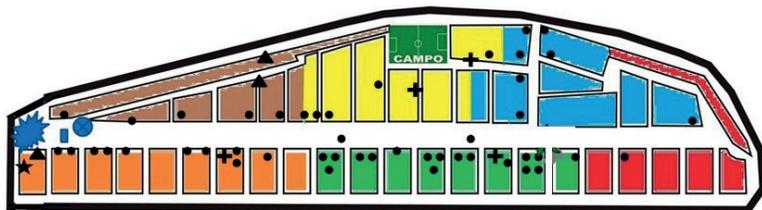
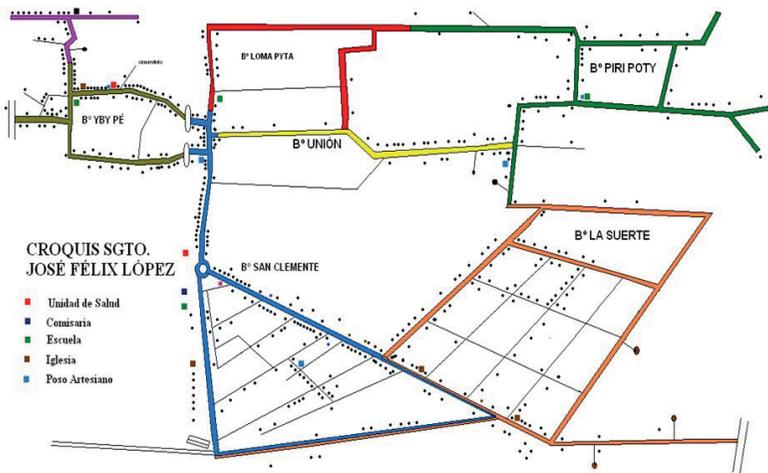
Hay que definir por consenso en el equipo de salud las características del territorio que por afectar a la salud y calidad de vida es necesario que se identifiquen. Por ejemplo: criaderos de animales, mataderos, zonas con animales sueltos, lugares de acúmulo de basura, canales de aguas servidas, exposición a contaminantes, puntos críticos de drogadicción y violencia, desagües cloacales, etc.

Para el trazado del mapa y censo se recomienda establecer un orden a seguir dependiendo de la configuración de las viviendas (por manzanas, grupos o aldeas, por líneas, etc.) se decidirá si se trabajará siguiendo un orden lineal, en espiral, o

por conglomerados, comenzando siempre desde lo más próximo a la Unidad y extendiéndose hacia las zonas más alejadas hasta alcanzar el área previamente delimitada y o la población estimada.

Para la realización del mapa se dispondrá de los materiales necesarios para referenciar en el mapa: sistema de códigos, plásticos, cartulinas, pinceles de colores, etc.

Ejemplo de un croquis de zona rural y zona urbana:





6. Censo de la comunidad.

Para la realización del censo se dispone de una hoja de censo para cuyo llenado y sistematización se instruirá a los miembros del ESF. Cada hoja será destinada al relevamiento de datos demográficos, socioeconómicos, de salud y enfermedad de una familia. En los casos que existan dos o más familias en un mismo predio, deberán llenarse dos hojas o más, según el número de familias que existan. Antes de iniciar el censo es necesario que se informe a la comunidad explicando los objetivos y la utilidad del mismo para planificar las acciones del equipo.

Al momento de hacer el censo se debe tomar la precaución de saludar y presentarse como funcionarios del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, explicar el motivo de la visita, la utilidad del censo y pedir el consentimiento para la realización. Las preguntas deben hacerse de manera clara, cuidando siempre de no parecer invasivo, y si el caso lo requiere, las preguntas deberán hacerse en guaraní. En lo posible se hará con ayuda del líder o un referente de la comunidad, teniendo esto más presente en caso de las comunidades indígenas.

7. Tabulación y Sistematización del Censo.

Los datos obtenidos del censo domiciliario serán introducidos en una base de datos que podrá ser actualizada permanentemente con la información relevada en el trabajo diario, tanto en las visitas domiciliarias como en las consultas. De ésta forma la información actualizada es accesible para la planificación y para la preparación de proyectos. Los sistemas estarán orientados a realizar los cuadros de reportes para facilitar el análisis de la información.

8. Mapa-censo

El mapa del territorio, que debe estar ubicado en la sala de reuniones del ESF, es una herramienta de trabajo. Del censo se extraerán aquellos datos que consideremos factores de riesgo domiciliario, susceptibles de vigilancia y a tener en cuenta para la planificación sanitaria. Algunos ejemplos de datos que se pueden consignar en el mapa son: niños desnutridos, embarazadas, personas con diabetes, hipertensión, discapacitados, etc.

Como los datos varían en el tiempo no deben registrarse en el mapa de forma permanente. Un método eficaz es colocar sobre el mapa 4 láminas de plásticos transparentes, uno por cada etapa del curso de vida

1ra Lamina	Hipertensos y Diabéticos
2da Lamina	Discapacitados (Grupo 4 dispensarial)
3ra Lamina	Embarazadas
4ta Lamina	Menores de 5 años

Fuente: Dirección General de Atención Primaria de la Salud

Concentración de factores de riesgo, zonas de mayor fragilidad y sobre las que debemos poner mayor atención durante la planificación.

Los datos sanitarios y sociales cambian constantemente, entonces el registro en el mapa ha de ser actualizado semestralmente para los ESF completos y cada año para los ESF Incompletos. Excepto EMBARAZADAS que serán actualizadas cada mes.

El mismo procedimiento puede ser realizado para vigilar otras realidades sanitarias, por ejemplo, brotes epidémicos u otros, actualizando con mayor frecuencia.

9. Presentación de datos a la comunidad.

Una vez terminado el proceso de mapeo y relevamiento de datos de la comunidad, es necesario compartir la información disponible con la comunidad de manera a que todos se apropien de la situación y se puedan diseñar las respuestas de manera colectiva, teniendo en cuenta los aspectos éticos y de confidencialidad. Apropiarse del territorio significa conocer a los sujetos, las relaciones, los procesos, además de las características y los problemas que afectan la vida y la salud de las personas del territorio.

10. Interpretar la realidad y priorizar las necesidades

Con el mapa observación, mapa censo, las entrevistas y las consultas, identificamos los problemas sanitarios de la comunidad. Luego de analizarlos se procede a priorizar los problemas a fin de darles respuesta. Esto se denomina lectura integral de necesidades e incluye la priorización y la problematización en diálogo con los actores del territorio.





CAPÍTULO 2

LA ACTIVIDAD DE CONSULTA







CAPÍTULO 2

LA ACTIVIDAD DE CONSULTA

La Atención Primaria de la Salud es la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país. Es el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad. (OPS) (ALMAATA)

Las actividades de consulta se realizaran en dos modalidades: Consulta Ambulatoria en las USF y las Consultas fuera de las USF (Domiciliarias Y Extramurales); estas actividades son realizadas por profesional de blanco (médico, odontólogo y por profesional con licenciatura) según competencias y normativas del MSPyBS. La planificación de las consultas será en base PRINCIPALMENTE a la Dispensarización y posteriormente a la vulnerabilidad.

Se debe garantizar la permanecia de un integrante del ESF en la USF para que no quede cerrada salvo situaciones programadas debidamente comunicadas CON EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES MENSUAL AL DRAPS Y EN CASOS EXCEPCIONALES (URGENCIAS Y EMERGENCIAS) COMUNICAR ANTES DE LAS 24 HORAS VIA TELEFONICA Y ACENTARLO EN EL LIBRO DE ACTA DE LA USF, Y A FIN DE MES ANEXAR CON EL INFORME MENSUAL LAS DOCUMENTACIONES CORRESPONDIENTES.

Se establecerá tres días para las actividades de consulta en la USF, hasta dos días para actividades en la comunidad. En situaciones EXCEPCIONALES en donde se requiera por necesidad epidemiológica, por factores climáticos o factores demográficos más días en terreno o en la USF será debidamente comunicada al Departamento Regional de Atención Primaria de la Salud estarán contemplados en el cronograma de actividades de la USF.



1. Los tipos de consultas serán

1.1. Consulta Ambulatoria en la USF

La actividad de consulta en la USF tiene como objetivo poder realizar una evaluación integral a la persona con las condiciones necesarias de privacidad, iluminación, ventilación y utilización adecuada del método clínico, necesarios para su correcta valoración, ya sean estas inscripciones, controles subsecuentes en programas preventivos o consulta por morbilidad.

1.2. Consultas fuera de la USF:

1.2.1. Consulta Domiciliaria: Las consultas domiciliarias tiene como objetivo realizar una valoración de la persona, la familia y su entorno, así como las condiciones de medio ambiente, la vivienda, relaciones interpersonales y la funcionabilidad familiar en la cual se desarrollan sus integrantes. Son las que se realizan dentro del territorio de responsabilidad de la USF. Son atenciones individuales según programación dispensarial. Las consultas Domiciliarias se realizan casa por casa

1.2.2. Consulta Extramural: Es la atención en consulta externa, promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en infraestructuras físicas no destinadas a la atención en salud, o en unidades móviles dentro del territorio de responsabilidad o fuera del mismo si las necesidades sanitarias así lo requieren con autorización de la Departamento Regional de APS. Se realizan en un lugar fijo donde se tenga la posibilidad de albergar una gran cantidad de personas (Iglesia, escuela, plaza)

“Las Actividades de Consulta se registrarán en el Registro Diario de Consulta, en la Hoja de Atención Ambulatoria, que luego se anexara a la ficha clínica. Todas estas actividades deben estar cargadas finalmente en el Sistema Ambulatorio de Atención del MSP y BS”



2. Visita Domiciliaria

Esta actividad ocurre cuando el personal de salud se traslada hasta el hogar de los usuarios, con el objeto de compartir información útil sobre estilos de vida saludables, determinantes sociales de salud, invitaciones a eventos comunitarios o cerciorarse del estado de salud general de los miembros de la familia.

Durante esta actividad se realiza una entrevista A los miembros de la familia, como también se puede realizar una charla sobre alguna problemática detectada durante la visita.

No deben confundirse las Visitas Domiciliarias con las Consultas Domiciliarias. Las visitas son realizadas por el profesional técnico u auxiliar en enfermería u obstetricia y los Agentes Comunitarios de Salud previa planificación de sus actividades.

2.1. Búsqueda Activa Comunitaria

Se denomina a la indagación o rastreo intencionado de casos sospechosos o probables de un evento que pueden estar ocurriendo o pudieron haberse presentado en la comunidad y que no hayan consultado a una Institución Prestadora de Servicios de Salud(Ver definición con vigilancia)

2.2. De Educación y Consejería:

Para dar orientaciones a las familias cuando el equipo tiene problemas para la adhesión de las personas a un tipo de recomendación o tratamiento: uso de medicamentos, recomendación de dieta o ejercicio, cambio de hábitos y el cuidado personal

2.3. De Detección y Seguimiento:

Tiene como objetivo detectar casos nuevos de morbilidad en terreno, así como de darle seguimiento a casos de morbilidades.



2.4. Por Vulnerabilidad:

Las familias deben tener una clasificación de vulnerabilidad, para lo cual se utilizará una escala.

2.5. Censo:

Relevamiento de datos demográficos, socioeconómicos, de salud y enfermedad de una familia.

2.6. Internación y Cuidados domiciliarios:

Los ESF apoyan en situaciones particulares, mediante cuidados paliativos acorde a sus capacidades técnicas y operativas, en base a sus programaciones, en conjunto con los profesionales de otros niveles de complejidad.

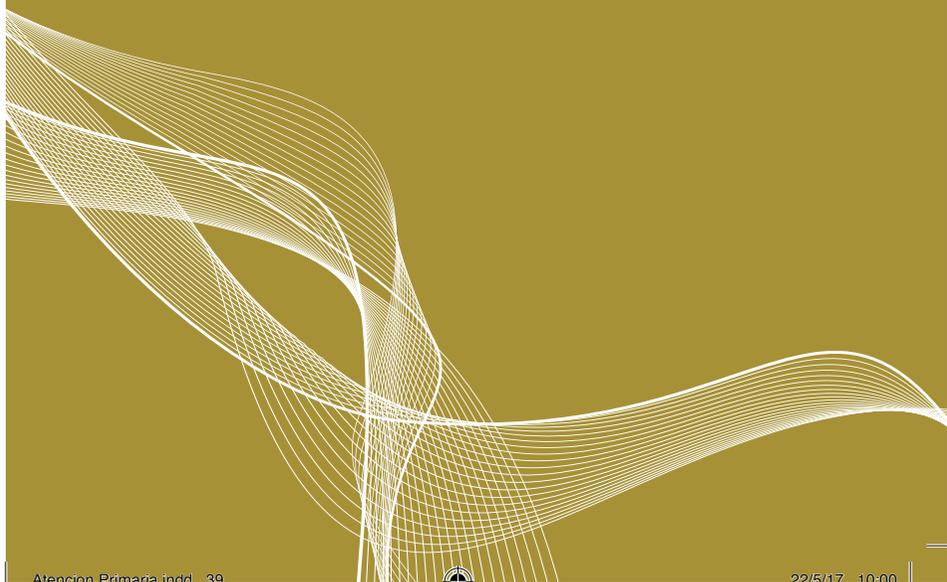
“Las visitas domiciliarias serán registradas en la hoja de Detección y Seguimiento además en las hojas de Promoción y Aty para su posterior carga en el Sistema Experto USF”





CAPÍTULO 3

LA DISPENSARIZACIÓN







CAPÍTULO 3

LA DISPENSARIZACIÓN

Este es un proceso dinámico y continuo de clasificación individual de la población de responsabilidad del ESF, su concepto es tomado de los esquemas de salud pública del este europeo, aplicado en los policlínicos o dispensarios (de donde proviene el nombre), a partir de la territorialización que delimita el universo de población, con responsabilidad de ser integralmente atendida (los que solicitan y los que no solicitan atención), identificando el estado de salud de cada persona, para establecer quienes necesitan de una atención activa y controlada periódicamente.

Es muy importante conocer su conceptualización, para garantizar su correcta implementación en los territorios, se entiende por DISPENSARIZACIÓN: “Un proceso que consiste en la evaluación dinámica, organizada y continua del estado de salud de las personas en su entorno familiar y/o social, con el propósito de influir en su mejora mediante la planificación y el desarrollo de acciones que contribuyan a ello”.

Además, debe tomarse en cuenta que la Dispensarización es el eje de toda la actividad a desarrollar por los Equipos de Salud de la Familia.

1. Fases de la dispensarización

1.1. Fase de registro:

Se plasman en la hoja de censo, las características socio demográficas de todas y cada una de las personas que atiende el equipo de salud familiar, agrupadas por familias e incluye los siguientes datos: Fecha de nacimiento (edad), Sexo, Profesión u Ocupación, Escolaridad, factores de riesgo y enfermedades que padecen, Características de sus viviendas, Factores socioeconómicos que influyen en su situación de salud y riesgo familiar.



1.2. Fase de evaluación:

1- Examen integral de cada persona independientemente de su estado de salud, mediante métodos clínicos e instrumentales, interpretación y análisis de los resultados, Desarrollando la evaluación abordando a la persona en su entorno familiar y social.

2- Clasificación de la persona en una de las diferentes categorías dispensariales.

Es importante recordar que la frecuencia de evaluaciones puede variar de una persona a otra e incluso dentro de un mismo sujeto, en dependencia del tipo de problema y su evolución en el tiempo.

1.3. Fase de intervención:

1.3.1- Desarrollar la planificación de las acciones y los recursos para la atención a las necesidades de la persona.

1.3.2- Influir en la educación, capacidad de auto evaluación y cuidado del estado de salud de la persona, mediante la orientación de medidas para promover su salud o prevenir daños.

1.3.3- Aplicación de procedimientos y acciones educativas o terapéuticas en las cuales puede estar o no presente la prescripción de medicamentos.

1.4. Fase de seguimiento:

Es una fase muy dinámica y en la cual el ESF realiza ajustes sistemáticos en la planificación de la atención y las intervenciones, en consideración a las constantes variaciones en el estado de salud de las personas que atiende. Estas variaciones están condicionadas, entre otros factores, por la respuesta a las medidas de intervención previamente aplicadas.



2. Principios del proceso de dispensarización

Está regido por los siguientes principios:

- ▶ **Profiláctico:** Porque Concibe la planificación de acciones de promoción y de prevención de salud.
- ▶ **Dinámico:** Ya que está determinado por la permanente susceptibilidad de cambio de enfoque de atención a los sujetos dispensarizados de acuerdo con la variabilidad en su estado de salud.
- ▶ **Continuo:** Ya que se aplica de forma ininterrumpida desde que se evalúa y registra a la persona.
- ▶ **Individualizado:** Considerando que establece Estrategias de atención particular para cada individuo según sus características personales y el problema de salud que presente.
- ▶ **Integral:** Implica el abordaje del individuo (no solo de la enfermedad) atendiendo a sus características biológicas, psicológicas y sociales, su interacción con la familia, otros individuos y su comunidad, así como en su medio laboral o escolar.
- ▶ **Universal:** Abarca la totalidad de la población atendida por el ESF, sin descuidar su relación con el entorno.
- ▶ **Atención en equipo:** Se brinda por el ESF, en estrecha relación con los otros componentes del nivel primario, así como con los niveles secundario y terciario.

3. Grupos dispensariales

- **Grupo I:** Aparentemente sanos: No manifiestan condición de riesgo individual o enfermedad y mediante el interrogatorio o la exploración no se constatan alteraciones que modifiquen ese criterio.
- **Grupo II:** Con factores de riesgo: Están expuestas a alguna condición de riesgo potencial para su salud a mediano o a largo plazo. Aquí se incluyen también los riesgos en el medio escolar o laboral, entre otros.
- **Grupo III:** Enfermos: Todo individuo que padezca una enfermedad, incluye cualquier entidad nosológica de evolución crónica, infecciosa o no.



- **Grupo IV:** Con discapacidad. Padecen alguna condición que implica una alteración temporal o definitiva de sus capacidades motoras, funcionales, sensoriales o psíquicas. En este grupo obviamente se incluyen sujetos que padecen enfermedades en las que se presentan complicaciones y/o secuelas que determinan un estado de incapacidad variable.

4. Criterios para catalogar a una persona dispensarizada.

- Debe pertenecer al territorio social de la USF.
- Debe estar evaluado integralmente y clasificado en algún grupo dispensarial.
- Debe tener una evaluación actualizada en la ficha de seguimiento a la dispensarización, acorde con sus necesidades y características individuales.
- Debe estar en la ficha de planificación de actividades por grupo dispensarial

5. Seguimiento de la persona según clasificación en grupos dispensariales.

Es una fase muy dinámica y en la cual el ESF realiza ajustes sistemáticos en la planificación de la atención y las intervenciones, en consideración a las constantes variaciones en el estado de salud de las personas que atiende, en general se debe realizar de la siguiente manera:

GRUPO I: Aparentemente sano. Valorarlo una vez al año en consulta o terreno. Incluir en acciones de promoción de salud.

GRUPO II: Con factores de riesgo. Valorarlo dos veces al año en consulta y/o terreno. Excepto Factores de riesgo priorizados: Hábito de fumar, consumo de riesgo de alcohol, sedentarismo, riesgo pre-concepcional según necesidad, hasta lograr reducir riesgo.

GRUPO III: Enfermos: Valorarlo dos veces al año en consulta y/o terreno. Excepto enfermedades priorizadas: Enfermedades Crónicas no trasmisibles, además de otras patologías que según criterio médico ameriten se evalúan tres veces al año o más, hasta lograr buen control.

GRUPO IV: Con discapacidad. Valorarlo tres veces al año en consulta o terreno según tipo de discapacidad, se debe trabajar en la estrategia Rehabilitación basada en la comunidad.

Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IV
Aparentemente sano	Con riesgo	Enfermo	Con discapacidad
Persona que no manifiesta ninguna condición de riesgo individual o enfermedad, y no se constata en la evaluación clínica general	Persona en la que se comprueba o refieren estar expuestas a alguna condición anormal que representa un riesgo potencial para su salud, a mediano o largo plazo.	Incluye a toda persona que padezca cualquier enfermedad crónica.	Persona con discapacidad motora, funcional, sensoria o psíquica.
1 Atención al año	2 atenciones al año	3 atenciones al año	3 atenciones al año
Excepciones: AIEPI, Embarazadas			
Fuente: Dirección General de APS			

6. Normas de Aplicación de la Dispensarización en las USF

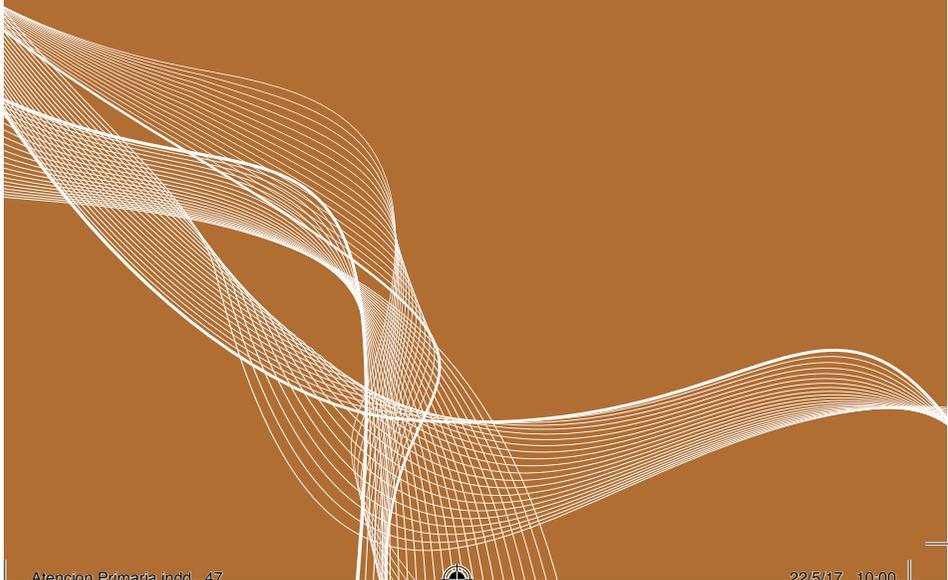
1. Se deben realizar en base a las normas establecidas de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), “Norma Técnica de Atención Integral para Adolescentes en los Servicios de Salud” y “Manual Nacional de Normas de Cuidados Preconcepcionales, Prenatal, Parto, Nacimiento y Puerperio Seguros e Inclusivos”, entre otras Normativas del MSPyBS.
2. Las USF sin Agentes Comunitarios realizarán la Dispensarización de los menores de 5 años, Embarazadas, Enfermos Crónicos, de los Adultos Mayores y Discapacidad física o mental en un lapso de 6 meses.
3. Las USF con Agentes Comunitarios la totalidad de la población asignada en un lapso de 6 meses.





CAPÍTULO 4

ACTIVIDADES PROMOCIONALES Y DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA







CAPÍTULO 4

Actividades Promocionales y de Participación Comunitaria

Son actividades educativas que permiten a las personas de la comunidad incrementar el control sobre su salud para mejorarla.

Abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a aumentar las habilidades y capacidades de las personas, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas que tienen impacto en los determinantes sociales de la salud.

1. Actividades de Promoción

1.1. Charlas

Es una disertación oral por la que una persona expone a un grupo de personas en lenguaje sencillo y de un modo informal, un tema específico. Los temas de las charlas se deben plantear de acuerdo a las características y el interés de la comunidad que participa de ésta, ya sean estas poblaciones masculinas, femenina, niños, adolescentes, adultos y adultos mayores. Debe limitarse al tiempo fijado y pronunciarse bien las palabras con tono de voz adecuado.

Se da cuando un miembro del ESF se dirige a la comunidad para educar y promocionar temas relacionados a hábitos saludables o características sobre algún tipo de enfermedad, cuidado de alimentos, tratamiento de agua para consumo del ser humano, entre otros temas.

Debe tener un tema, durar al menos 15 minutos desde la presentación hasta la firma de los asistentes y haber por lo menos cinco personas participando.



En caso que se desarrolle más de un tema con las condiciones mencionadas anteriormente, se cuenta tantas veces como charlas se ha realizado, entiéndase por ésto que es si hay tres temas, entonces se registran tres charlas. Las charlas deben ser por Equipos de Salud de la Familia.

Charlas	Metas
Charlas grupales en la institución (sala de espera de la USF)	20 charlas al mes, con ACS 15 charlas al mes, sin ACS.
Charlas en Instituciones Educativas:	3 grados / curso visitados por mes
Charlas en la comunidad:	2 por mes
Charlas en la radio	1 por mes los que tienen radio

1.2. Cómo se informa

Las charlas se registran:

- ▶ Fuente de verificación: en el libro de actas del ESF por fecha, tema, lugar, hora de inicio y culminación, disertantes o responsables de la charla, firma de los participantes.
- ▶ Consolidado: Planilla de Promoción y Participación (ATY COMUNITARIO)
- ▶ Informe mensual que se entrega al Dpto. Regional de A.P.S.

En el caso de las Instituciones Educativas se deben registrar el número de grado o curso en la que se realizó la charla, por fecha, tema, lugar, hora de inicio y culminación, disertantes o responsables de la charla, cantidad de alumnos por sexo.

2. Actividades De Participación Comunitaria

Actividades que ayudan a la población a una toma de conciencia colectiva sobre la salud y los determinantes sociales de la salud.



2.1. Aty Guazú

Es un espacio público en el que se informa a la comunidad sobre el desarrollo de las actividades, el logro de las metas, los servicios que se brindan en la USF y en la comunidad. Se presenta con lenguaje sencillo y accesible. Se escucha a la comunidad para analizar juntos la problemática sanitaria. Puede llevarse a cabo en un espacio público dentro del territorio de responsabilidad social o en la USF.

2.2. Audiencias Públicas

La audiencia pública es una instancia de participación en el proceso de toma de decisión, en el cual la autoridad responsable habilita un espacio institucional para que todos aquellos que puedan verse afectados o tengan un interés particular expresen su opinión respecto de ella.

En el caso de las USF deben estar presentes al menos tres actores:

1. La comunidad;
2. Al menos un miembro de la USF;
3. La o las autoridades responsables de toma de decisión respecto al problema a ser analizado.

2.3. Clubes

Los clubes son grupos orientados a la capacitación de las personas que tienen la misma enfermedad, o con características comunes que sirve de espacio para difusión de los tratamientos y cuidados necesarios para mejorar la calidad de vida.

2.4. Mingas Ambientales

Son trabajos comunitarios o colectivos hechos en favor de la comunidad, donde participan activamente la comunidad en general, los líderes comunitarios, la municipalidad, hospitales, alumnado de escuelas y colegios, ESF y otras instituciones



locales como comerciantes, fundaciones, militares y policías. Es importante no confundir con rastrillaje, ya que esta es, realizada por el ESF y en esta no hay participación comunitaria.

Metas de Actividades de Participación:

Charlas	Metas
Aty Guazú	2 por año
Audiencias Publicas	1 por año
Clubes	3 club activo al año 4 reuniones por club 6 reuniones para embarazadas
Mingas Ambientales	1 por año

3. Como se informa

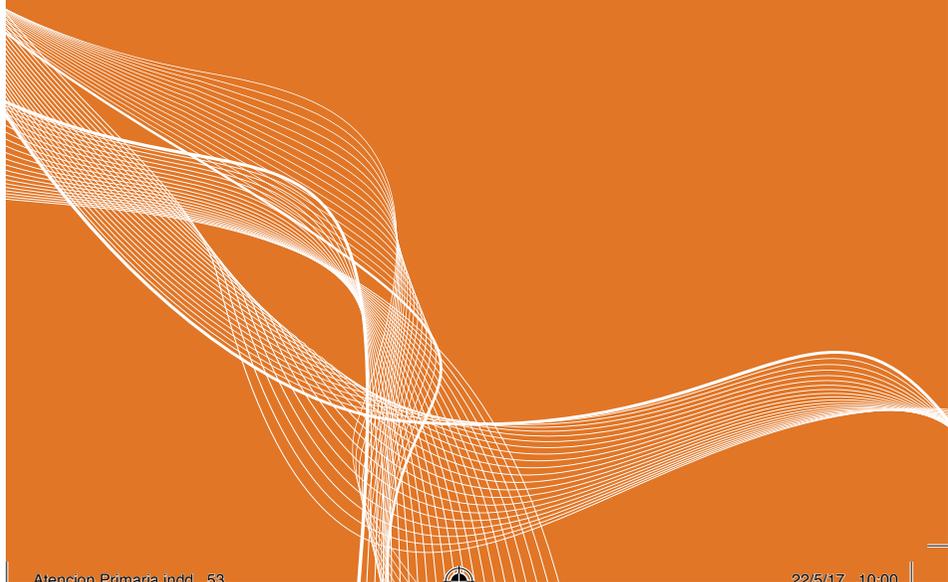
Los Aty Guazú, las Audiencias Públicas, los Clubes y las Mingas Ambientales se registran la cantidad realizada por mes.

- ▶ **Fuente de verificación:** en el libro de actas del ESF por fecha, tema, lugar, hora de inicio y culminación, disertantes o responsables de la charla, firma de los participantes.
- ▶ **Consolidado:** Planilla de Promoción y Participación (ATY COMUNITARIO)
- ▶ Informe mensual que se entrega al Dpto. Regional de A.P.S.



CAPÍTULO 5

PANELES INTERNOS Y EXTERNOS







CAPÍTULO 5

PANELES INTERNOS Y EXTERNOS

La información sobre el funcionamiento del servicio debe estar disponible para las personas de una manera clara y accesible. Toda USF debe tener Paneles o Carteles en un lugar visible, conteniendo información sobre el funcionamiento de la Unidad.

Los paneles son:

Panel Interno

Contiene información sobre sala de situación, mapa sanitario, actividades, profesionales responsables, datos epidemiológicos, informes y metas.

Panel Externo

Debe estar visible para la comunidad con información de actividades que se realizan en el territorio de la USF. El Cronograma de Actividades de la USF, debe presentarse con el informe mensual de APS, con autorización del Jefe Regional del DRAPS para su cumplimiento. Debe incluirse el correo institucional y número de contacto del establecimiento.



Cronograma de actividades



Departamento _____

Distrito _____

USF: _____

CARTERA DE SERVICIOS APS-ESTANDAR		Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Atención Primaria de la Salud	Consultorio Ambulatorio					
	Medicina Familiar					
	Odontología					
	Enfermería u Obstetricia					
	Consultorio Domiciliario					
	Medicina Familiar					
	Odontología					
	Enfermería u Obstetricia					
	Extramurales					
	Medicina Familiar					
	Odontología					
	Enfermería u Obstetricia					
	Farmacia					
	Vacunatorio					
	Procedimientos					
	PAP					
	Test del Plecito					
	Test Rápido VIH/Sifilis					
	Examen de Mamas					
	Curaciones simples					
	Cirugía Menor					
	Nebulizaciones					
	Actividades Promocionales					
	Charlas en la Institución					
	Charlas en la comunidad					
	Charlas en la radio					
	Charlas en la escuela					
	Clubes (de embarazadas, madres, diabéticos, etc.)					
Aty Comunitarios						
Mingas Ambientales						





CAPÍTULO 6



ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD INTEGRAL (ASSI)





CAPÍTULO 6

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD INTEGRAL (ASSI)

Son procesos analíticos sintetizados y sistematizados, que deben hacer posible caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad y las tendencias de la población, y sus factores determinantes, ya sean responsabilidad del sector de salud o de otros sectores, así como la evaluación del impacto e intervenciones oportunas en el funcionamiento de las redes en el sistema de salud en sus diferentes niveles de atención a través del diagnóstico participativo.

1. Propósitos del ASSI

- ▶ Medir el estado y el acceso a la atención integral, integrada, apropiada y continua de la salud, incluyendo la medición y el monitoreo de la equidad y la desigualdad.
- ▶ Evaluar el funcionamiento de las redes integrales e integradas del sistema de salud en el área de responsabilidad, y los servicios que presta.
- ▶ Facilitar la identificación de necesidades de salud no satisfechas y la evaluación de las prioridades en la familia y la comunidad.
- ▶ Apoyar la formulación de estrategias de promoción y prevención de la salud, control de enfermedades, evaluación de pertinencia, funcionalidad, eficiencia, eficacia, sostenibilidad, intersectorialidad, participación social y ciudadana.
- ▶ Apoyar la construcción de escenarios de salud que se proyecten a mejorar la calidad de vida de la persona, familia y comunidad a partir de modificación de los determinantes.



2. Componentes del ASSI

Los componentes engloban el contexto político, social y económico, el estado de salud de las poblaciones y la respuesta de los sistemas de salud

- ▶ Definición del perfil de salud de la población.
- ▶ Determinación de las tendencias en la salud.
- ▶ Determinación de necesidades de salud no satisfechas.
- ▶ Identificación de grupos críticos o vulnerables.
- ▶ Medición de las desigualdades en la salud.
- ▶ Establecimiento de prioridades.
- ▶ Valoración del impacto en la salud.
- ▶ Evaluación de la efectividad y del desempeño de las intervenciones en salud.
- ▶ Apoyo y participación de la comunidad y los diferentes sectores de la sociedad, incluyendo la contraloría social

3. Pasos para el **DIAGNÓSTICO COMUNITARIO PARTICIPATIVO (DCP)**

- ▶ Asignación de la población.
- ▶ Identificación de las necesidades y problemas de la población.
- ▶ Identificación de líderes de la comunidad.
- ▶ Organización de equipos de líderes para el seguimiento del diagnóstico y comunicación de los avances con la comunidad.
- ▶ Asegurar la disponibilidad de materiales para hacer el diagnóstico.

- 
- ▶ Elaboración en conjunto con el equipo de líderes participantes de un mapa sanitario de la comunidad para programar la recopilación de datos, ubicando los puntos cardinales correspondientes, así como el sistema de redes integrales e integradas en el área geográfica de influencia.
 - ▶ Llevar registro de problemas identificados durante todo el proceso del diagnóstico, desde el reconocimiento geográfico, en el diario de campo.
 - ▶ Capacitación a los líderes comunitarios.
 - ▶ Organización y distribución del trabajo de recopilación de datos con el equipo de líderes.
 - ▶ Incorporación de la información obtenida de la hoja Censo para realizar análisis de los resultados de los indicadores.
 - ▶ Análisis de todos los datos obtenidos en la hoja Censo, en el diagnóstico comunitario participativo y otras fuentes como entrevistas, para construir el plan de acción, priorizando necesidades sentidas por la población.
 - ▶ Elaboración de la presentación de consolidado diagnóstico.
 - ▶ Preparación y convocatoria a reunión para hacer la devolución diagnóstica con la participación del equipo de líderes a la comunidad, representantes del nivel local de salud y de otros sectores.
 - ▶ Anotación en una lista, de los problemas que se vayan identificando por parte de los participantes, durante la devolución y elaboración del DCP, para luego realizar una priorización de los mismos.
 - ▶ Monitoreo de los procesos e impactos, con la siguiente frecuencia: mensual por el ESF, trimestral con la Región Sanitaria; semestral con los líderes, lideresas, municipalidades y otras organizaciones.



4. Contenido del ASSI

PORTADA: Se corresponde al escenario donde se elabore.

- I. TITULO
- II. AUTOR
- III. UNIDAD
- IV. UNIVERSO
- V. COMPONENTES

INTRODUCCIÓN

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

OBJETIVOS:

● GENERAL:

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

● ESPECÍFICOS:

- Describir el comportamiento demográfico de la población.
- Valorar la influencia de las determinantes en el estado de salud de la población.
- Evaluar la calidad de la atención médica, funcionamiento de las redes integrales e integradas y el grado de satisfacción de la población.
- Determinar la situación de la morbimortalidad, estableciendo parámetros para futuras comparaciones con años posteriores.
- Identificar los principales problemas de salud, así como el establecimiento del orden de prioridades con participación comunitaria e intersectorial.
- Diseñar el plan de acción con las redes y la comunidad, para dar solución a los problemas de salud.
- Análisis de los resultados y discusión.
- Actividades y estrategias de intervención.

5. Capítulos del ASSI

- ▶ **Capítulo 1:** Descripción de la situación socio histórico y cultural del territorio. (Caracterización físico-geográfica, recursos naturales, aspectos históricos relevantes, organización política administrativa, recursos y servicios de la comunidad) distribución de la población en zonas.
- ▶ **Capítulo 2:** Caracterización sociodemográfica de la población: Estructura por edad y sexo de la población (pirámide poblacional), escolaridad, condiciones socioeconómicas, estado familiar, ocupación, pensionados, fecundidad, tamaño promedio de familia, vivienda (patrimonio, alquilada, etc.), índice de hacinamiento: número de habitantes/número de habitaciones ≥ 2 , hay hacinamiento, urbanización y servicios públicos (transporte, comunicaciones), organizaciones comunitarias (clubes, otros), religiones, migraciones y otros.
- ▶ **Capítulo 3:** Identificación de los riesgos a nivel comunitario, familiar e individual. Ver capítulo de riesgos en el proceso de Dispensarización
- ▶ **Capítulo 4:** Descripción y análisis de los daños y problemas de salud de la población (Morbilidad, mortalidad, tasas, prevalencias, incidencias)

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

Enfermedades No transmisibles: diabetes mellitus, hipertensión arterial, asma bronquial, infarto agudo del miocardio, accidente cerebrovascular, hipercolesterolemia,



Enfermedad Renal Crónica, tumores malignos y otras (descripción y análisis del comportamiento).

Deficiencia y discapacidad: La discapacidad puede ser intelectual, sensorial, física y mental o psíquica

- ▶ **Capítulo 5:** Descripción de los servicios de la red, existentes y análisis de las acciones de salud realizadas:

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

Acciones de promoción y preventivas: nivel inmunitario de la población, dispensarización, acciones de vigilancia y control: Enfermedades de Transmisión Respiratoria, tuberculosis pulmonar, ITS, entre otras.

Captaciones de recién nacidos, lactancia materna, identificación de riesgo pre-concepcional, identificación de embarazadas de riesgo, tamizaje de cáncer (descripción y análisis del comportamiento), atención odontológica, saneamiento ambiental, grupos de trabajo comunitario (descripción y análisis del comportamiento).

- ▶ **Capítulo 6:** análisis de la participación de la población en la identificación y solución de problemas de salud para el DCP

Características de la participación comunitaria:

La participación comunitaria, como componente esencial de la promoción de la salud, se expresa como el proceso en virtud del cual los individuos y las familias asumen responsabilidad en cuanto a su salud y el bienestar propios y de la colectividad. Mediante este proceso mejora la capacidad de contribuir al propio desarrollo económico y comunitario; facilitan conocer mejor las situaciones y a encontrar incentivo para resolver sus problemas comunes.

Mediante la participación los miembros de la comunidad pasan a ser agentes de su propio desarrollo en lugar de



beneficiarios pasivos. Sin la participación de las personas, es imposible enfrentarse a los nuevos retos de la salud colectiva.

Se debe considerar entonces, los siguientes aspectos:

Necesidades identificadas y sentidas: identificadas mediante la hoja de censo, entrevistas a líderes, municipalidades, organizaciones sociales, religiosas, populares, políticas etc.

Problemas percibidos por la población: lluvia de ideas, árbol de problemas, etc.

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

► **Capítulo 7:** Análisis de la intersectorialidad en la gestión de salud en la comunidad



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

Esto se logra a través de:

Acciones conjuntas con las organizaciones comunitarias.

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



► **Capítulo 8:** Métodos para la recolección y análisis de la información

Las técnicas y procedimientos empleados para la realización del ASSI son: entrevistas a los directivos del sistema, recopilación de diferentes sistemas de información establecidos, entrevistas a líderes y lideresas de las diferentes comunidades, así como la población en diferentes áreas urbanas y rurales, con fines estadísticos en donde se vea reflejado la dispensarización de la población adjudicada a los equipos de salud de la familia (ESF).

► **Capítulo 9:** Síntesis de la situación de salud de la comunidad:

Análisis de la situación socio-histórica y cultural del territorio, de la composición socio- demográfica de la población, de los riesgos personales, familiares y comunitarios, de los servicios de atención a la población, de los daños a la salud de la población, de la participación de la población, de la intersectorialidad.

► **Capítulo 10:** elaboración del plan de acción

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

Elaborar el documento tomando en cuenta los objetivos estratégicos del MSP y BS plasmados en las propuestas derivadas de la filosofía y estrategia promocional de la equidad en calidad de vida y salud de las Políticas Nacional de Salud 2015- 2030.

1. Se organizan los problemas de salud por orden de prioridad.
2. Identificación de las necesidades y problemas de la población obtenido de las mesas de diálogo con las comunidades:

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

- **Capítulo 11:** Análisis, búsqueda de alternativas de solución a los problemas identificados y evaluación de los procesos de impactos Para el desarrollo de Plan de Acción es una presentación resumida de las tareas que deben realizarse por ciertas personas, en plazos de tiempo específicos, utilizando determinados recursos, con el fin de lograr un objetivo dado.

6. Plan de Acción

Problema priorizado	Actividad	Fecha	Lugar	Recurso	Participante	Ejecutor	Responsable	Resultado Esperado

Para determinar los objetivos del plan de acción, así como sus actividades, es necesario realizar el análisis de causalidad de los problemas que se priorizaron anteriormente.

Evaluación de los procesos e impacto

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



Evaluación de Seguimiento o proceso

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

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

- Reuniones del Equipo de Salud de la familia y comunidad.
- Observación de las actividades.
- Informes regulares escritos de las USF.
- Estadísticas de prestación de servicios.
- Revisión de registro de actividades realizadas
- Visitas de supervisión de los diferentes niveles de dirección.
- Entrevistas a usuarios para medir calidad y calidez en la atención.
- Rendiciones de cuenta a la comunidad en asambleas.

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

Es importante establecer algunos indicadores de seguimiento que permitan de forma rápida conocer la ejecución del mismo, expresados de forma concreta.

Evaluación de Resultados e Impacto

Para medir los logros de intervención. Se responde la pregunta ¿cuán bien lo hemos hecho? y por lo general se realiza hacia el final de la intervención o de una etapa predeterminada



de la misma. La unidad de tiempo a utilizar será la que se haya definido en los objetivos.

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





CAPÍTULO 7

VULNERABILIDAD







CAPÍTULO 7

VULNERABILIDAD

La noción de vulnerabilidad social ayuda a identificar a grupos sociales, hogares e individuos, que, por su menor disponibilidad de activos materiales y no materiales, quedan expuestos a sufrir alteraciones bruscas y significativas en su calidad de vida.

La vulnerabilidad (VD) social puede ser considerada como resultado negativo de la relación entre la disponibilidad de recursos materiales o simbólicos de grupos y el acceso a estructuras de oportunidades sociales, económicas, culturales que provienen del Estado, del mercado y la sociedad.

Con el propósito de articular la salud con las cuestiones sociales, el concepto de vulnerabilidad es oriundo de las Ciencias Humanas y de la Salud propone que las condiciones poblacionales de salud exceden a las correlaciones de riesgo. Supera por tanto el carácter individual y probabilístico del clásico concepto de “riesgo”. Ej.: La amplia difusión de prácticas y programas contra el HIV, contribuyó a la disminución de casos entre los homosexuales, volviendo limitadas las concepciones de riesgo y factores de riesgo en ese contexto. Tal panorama contribuyó para la formación del concepto de vulnerabilidad en salud, considerando fundamentalmente tres aspectos: plano individual, plano social y planos programáticos y de servicios.

¿Por qué algunas familias deben ser más visitadas que otras? ¿A quién se debe visitar primero? La identificación de VD debe ser hecha por todo el ESF en cada domicilio. La periodicidad de esta visita dependerá de las necesidades de cada familia.

El principio de equidad nos enseña a tratar con más atención y en tiempo oportuno a los más necesitados. Debemos, por tanto, buscar diferenciar estas familias, priorizando aquellas que tengan mayor vulnerabilidad, podemos utilizar algunos criterios que incluyan indicadores de salud, socioeconómicos, educacionales, etc. A partir de estos criterios y el peso que se le da



a cada uno de ellos, se puede crear una escala con puntuaciones que indiquen grados de prioridad.

El cuadro presentado abajo hace una adaptación del cuadro de Barros (2006) e incluye tiempo y de la intensidad del trabajo desarrollado con las familias entrevistadas, determinadas preguntas serían más o menos oportunas y adecuadas al punto de vista ético-profesional. Algunas respuestas pueden no ser obtenidas a través de preguntas formuladas tal como son presentadas. Este es el caso de abordar línea de pobreza y pobreza extrema. Por tratarse de una información técnica, los informantes no son necesariamente aptos para responder en qué nivel están. En este caso, el mismo profesional debe responder utilizando sus conocimientos al respecto de aquella familia (como ejemplo el ingreso aproximado, la ocurrencia de trabajo formal, edad activa, etc.).

En este caso, las adaptaciones son siempre recomendables, lo que más de una vez refuerza la idea de que el cuadro es un camino para la caracterización de criterios indicadores y no un cuestionario cerrado.



1- Formulario de Vulnerabilidad

Dimensión	Criterio	Indicador
Demográfica	Fecundidad	¿Alguna mujer de esta familia tuvo hijo nacido vivo en los últimos dos años? Alguna mujer de la familia, con menos de 18 años, tuvo hijo nacido vivo en los últimos dos años?
	Atención y cuidados especiales con niños/as, adolescentes, jóvenes o ancianos	¿Hay, en la familia, niño, niña, adolescente, joven o anciano?
	Dependencia demográfica	¿El cónyuge está ausente? ¿Menos de la mitad de los miembros se encuentra en edad activa?
	Presencia de la madre	¿Existe niño, niña en la familia que no viva con la madre?
	Menos de seis meses	¿Hay niños, niñas en la familia con menos de seis meses?
	Mayor de 70 años	¿Hay miembros en la familia con más de setenta años?
Instrucción	Analfabetismo	¿Hay, en la familia, adulto analfabeto? ¿Hay, en la familia, adulto sin curso primario?
	Escolaridad	¿Hay, en la familia, adulto sin curso secundario? ¿Hay, en la familia, adulto sin curso universitario?
	Calificación profesional	¿Hay, en la familia, trabajador sin oficio o profesión?
		Menos de la mitad de los adultos en edad activa se encuentran ocupados? ¿Hay trabajador que este más de seis meses sin trabajo?
Trabajo	Disponibilidad de trabajo	¿Hay trabajador en el sector informal? ¿Hay trabajador en actividad agrícola?
	Calidad del puesto de trabajo	¿Hay trabajador con rendimiento igual o inferior a 1 salario mínimo?
	Remuneración	
Ingreso	Extrema pobreza	¿El ingreso familiar per cápita es inferior al de la línea de extrema pobreza?
	Pobreza	¿El ingreso familiar per cápita es inferior al de la línea de pobreza?
	Capacidad de generación de ingresos	¿La mayor parte del ingreso familiar proviene de transferencias?
Infancia	Trabajo precoz	¿Hay, en la familia, algún niño, niña con menos de 14 años, trabajando?
	Acceso a la escuela	¿Hay, en la familia, algún niño/a y/o adolescente de 6-17 años fuera de la escuela?
	Progreso escolar	¿Hay, en la familia, algún niño, niña de hasta 14 años con más de 2 años de atraso? ¿Hay, en la familia, algún adolescente entre 12 e 17 años analfabeto?
Vivienda	Propiedad	¿El domicilio es alquilado o propio?
	Déficit habitacional	¿Hay, en el domicilio, más de 2 personas por dormitorio?
	Habitabilidad	¿El material de construcción usado en el domicilio es temporario?
	Acceso a abastecimiento de agua y saneamiento	¿El domicilio carece de agua potable? ¿El domicilio carece de desagüe cloacal?
	Acceso a recolección de basura	¿La basura domiciliar carece de recolección?

Salud	Acceso a electricidad y bienes duraderos	¿El domicilio carece de al menos uno de los ítems: cocina a gas o heladera? ¿El domicilio carece de al menos uno de los ítems: televisor o radio? ¿El domicilio carece de computadora?	
	Morbilidades	¿Hay, en la familia, algún miembro en edad económicamente activa, con alguna enfermedad crónica? ¿Hay, en la familia, niño o adolescente con alguna enfermedad crónica?	
	Mortalidad Infantil	¿Hay, en la familia, alguna madre que tenga algún hijo que haya fallecido? ¿Hay, en la familia, alguna madre que haya tenido algún hijo nacido muerto?	
	Violencia doméstica	¿Hay alguna ocurrencia de violencia doméstica cometida contra la mujer? ¿Hay alguna ocurrencia de violencia doméstica contra ancianos? ¿Hay alguna ocurrencia de violencia doméstica contra niños, niñas o adolescentes?	
	Abuso de alcohol y drogas	¿Algún integrante de la familia en edad económicamente activa hace uso abusivo de alcohol o drogas? ¿Algún niño, niña o adolescente hace uso abusivo de alcohol o drogas?	
	Actividades de riesgo:	¿Hay, en la familia, algún miembro en edad activa envuelto en actividades de riesgo para su vida? ¿Hay, en la familia, niño, niña o adolescente envueltos en actividad de riesgo para su vida?	
	Incapacidades	¿Hay algún miembro de la familia con alguna condición física incapacitante?	
	Discapacidad	¿Hay algún miembro de la familia postrado en cama?	
	Discapacidad mental	¿Hay algún miembro con enfermedad mental grave?	
	Malnutrición	¿Hay niños con desnutrición, obesidad o sobrepeso?	
	Red Social	Vínculos comunitarios	¿La convivencia comunitaria es conflictiva? ¿Hay algún tipo de relación violenta entre vecinos? ¿Las asociaciones existentes en la comunidad son vistas con desconfianza?
		Confianza en las asociaciones y participación comunitaria	¿Las iglesias, templos y grupos religiosos son vistos con desconfianza?

Total, de Preguntas con "SI"



Puntuación

Respuestas alcanzadas según formulario de vulnerabilidad		Clasificación por color
Muy baja y baja	0 - 30	Verde- 1 Visita por año (mínimo por año)
Media	31 - 40	Amarillo- 2 Visitas por año (mínimo por año)
Alta	41 - 53	Rojo- 3 Visitas por año (minimo por año)

Respuestas alcanzadas según formulario de vulnerabilidad
Clasificación por color:

Muy baja y baja 0 - 30 Verde- 1 Visita por año (mínimo por año)

Media 31 - 40 Amarillo- 2 Visitas por año (mínimo por año)

Alta 41 - 53 Rojo- 3 Visitas por año (minimo por año)

El instrumento indica que se haga un conjunto de preguntas relacionadas a las familias que tiene como posibilidad de respuesta las categorías “si” o “no”. Cada “si” es computado como una necesidad insatisfecha, una carencia o una fuente de vulnerabilidad y, por tanto elevaría la puntuación final de vulnerabilidad relativa a las otras familias existentes en el territorio.

Esto es una medida comparativa de la vulnerabilidad. Es un instrumento que permite evaluar una situación de mayor vulnerabilidad de una determinada familia con relación a otras familias. Como resultado final se puede establecer una especie de ranking o puntuaciones que orientan a los equipos a cuál familia visitar primero y con mayor frecuencia. Este número podrá ser establecido según las posibilidades de cada equipo.



ANEXO

- 1- Hoja de Censo
- 2- Hoja de Detección Y seguimiento
- 3- Hoja de Promoción y Aty guazú
- 4- Hoja de Dispensarización.
- 5- Tabla de priorización del ASIS
- 6- Figuras de referencias para mapeo
- 7- Hoja de Informe Mensual
- 8- Salas de Situación



3- Hoja de Promoción y Aty guazú





ACTIVIDADES PROMOCIONALES Y DE PARTICIPACIÓN - ATY COMUNITARIOS

8899-01-01

Nombre del Establecimiento de Salud: _____ Código: _____ Región Sanitaria: _____ Distrito: _____

Fecha	Hora		Modalidad ⁽¹⁾	Lugar de realización ⁽²⁾	Tema tratado (Código) ⁽³⁾	Nº de participantes		Tipo de Destinatario ⁽⁴⁾	Datos de quien lidera la actividad		
	Inicio	Finalización				Masculino	Femenino		Nombre y Apellido	Tipo RR.HH. ⁽⁵⁾	Firma
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Código de Modalidad ⁽¹⁾ 1. Charlas, 2. Talleres, 3. Programa Radial, 4. Distribución de Materiales Educativos, 5. Clubes, 6. Presentación de Informes a la Comunidad, 7. Audiencia Pública, 8. Reunión Temática, 9. Minga Ambiental

Código de Lugar de Realización ⁽²⁾ 1. Dentro de la Institución, 2. Comunidad, 3. Radio, 4. Escuela, 5. Otro, especificar

Código de Tema Tratado ⁽³⁾ 1. IRA, 2. Cáncer, 3. Desnutrición, 4. Micronutrición, 5. Prácticidad Familiar, 6. Salud Bucal Dental, 7. Crecimiento y Desarrollo, 8. Embarazo, Parto, Puerperio, Aborto, 9. Lactancia Materna, 10. Síndrome de Fiebre, 11. Dengue, 12. Fiebre Amarela, 13. Diarreas Melitos, 14. Hipertensión Arterial, 15. Infección de Transmisión Sexual, 16. Tuberculosis, 17. Prevención del Retardo Mental, 18. Prevención de Cáncer Mamario, 19. Prevención de Cáncer de Cuello Uterino, 20. Prevención de otros cánceres, 21. Adicciones, 22. Prevención de Accidentes, 23. Violencia Intrafamiliar, 24. Otro, especificar

Tipo de Destinatario ⁽⁴⁾ 1. Adolecentes, 2. Mujeres en Edad Fértil, 3. Embarazadas/Puerperas, 4. Niños en Padres en Familia, 5. Toda la familia, 6. Otro, especificar

Tipo de RR.HH. ⁽⁵⁾ 1. Médico/a, 2. Lic. en Enfermería/Odontología, 3. Aux. de Enfermería, 4. Odontólogo/a, 5. Nutricionista, 6. Asesor Consultivo, 7. Promotor Voluntario, 8. Otro, asesorar



5- Tabla de priorización del ASIS

Matriz de Prioridades

Los criterios de elección de una idea o problema son:

- 1) El equipo tiene control sobre los cambios?
- 2) Los datos son obtenidos regularmente?
- 3) El proceso afecta a muchos usuarios
- 4) Los miembros concuerdan sobre su importancia?
- 5) Implica grave riesgo para la salud?
- 6) Los recursos disponibles son suficientes?
- 7) Las personas involucradas van a cooperar?
- 8) El proceso implicado es corto y limitado?

PROBLEMAS	A	B	C	D	E	F	TOTAL

6- Figuras de referencias para mapeo



HTA



Desnutrición



Diabetes



Discapacidad



TBC



Sufrimiento mental



Cáncer



Embarazo de Riesgos



Embarazadas



Muertes



Violencia Domesticas



81



INFORME MENSUAL DE LA UNIDAD DE SALUD DE LA FAMILIA USF			
CONSEJO CORRESPONDIENTE A LA UNIDAD USF	DEPARTAMENTO		
DISTRITO			
ACTIVIDADES PROGRAMADAS Y PARTICIPACIÓN - Nº CONSULTAS			
Nº Charlas dadas en la Urbación			
Nº Charlas en la comunidad			
Nº Charlas en la U.S.F.			
Nº Charlas de embarazadas, madres, abuelos, etc.			
Nº de Asesorías Públicas			
Nº de Asesorías Privadas			
Nº de Asesorías de enfermería a la comunidad			
Nº Asesorías ambientales			
ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN/SEGUIMIENTO			
Nº Examen de mamas		Sexo del beneficiario	
Nº Control prenatal		Hombres	Mujer
Nº Personas en planificación familiar			
Nº Control de presión arterial			
Nº Determinación de glucemia			
Nº Control de vacunación del niño de 6 años			
Nº de visitas domiciliarias realizadas por Agentes Comunitarios, Promotores			
Nº de visitas domiciliarias realizadas por Agentes Comunitarios y Promotores de Salud. ATENCIÓN: no incluir visitas por ceno.			
Nº de visitas domiciliarias (Mediadora, Enfermera/A, Asa, Instrumento, Obstetra, Nutricionista)			
Nº de ACTIVIDADES DE RECORDACIÓN / CONSULTA EN CONSULTORIO			
Mediadora			
Obstetra/O			
Lic. en Enfermería			
Lic. en Psicología			
Otro:			
Nº TOTAL de personas que consultaron por servicios: NUEVEVA EN EL AÑO			
Nº de CONSULTAS CONSULTORIO			
Mediadora			
Obstetra/O			
Lic. en Enfermería			
Lic. en Obstetricia			
Otro:			
Nº TOTAL de personas atendidas por consultas de urgencias: VEINTIUNA EN EL AÑO			
Nº ACTIVIDADES DE URGENCIAS			
Nº de Consultas de urgencia en la USF			
Nº de Consultas de urgencia domiciliaria			
Nº de derivaciones a otros centros de atención: BUENAS EN EL AÑO			
Nº de personas que fueron derivadas a otros servicios			
Procedimientos Realizados [Ejemplo: menor, aplicación de inyección, Neofitaciones, Curaciones, etc.]			

Registrar el N° de charlas en la USF orientadas a dar información sobre salud, a los pobladores de la comunidad.

Registrar el N° de charlas realizadas fuera del recinto de la USF (plaza, comitantes, municipalidad, etc.).

Registrar el N° de charlas realizadas en alguna reunión comunitaria o comitantes, orientadas a dar información sobre enfermedad o prevención.

Registrar el N° de charlas en la U.S.F.

Registrar el N° de charlas de embarazadas, madres, abuelos, etc.

Registrar el N° de Asesorías Públicas orientadas a la capacitación de las personas que tienen la misma enfermedad o están embarazadas y que sirven de espacio para difusión de los tratamientos y cuidados necesarios para el manjornaje.

Registrar el N° de Asesorías Privadas.

Registrar el N° de Asesorías de enfermería a la comunidad en centros, parques, Organismos de Comisaría, etc.

Registrar el N° de Asesorías ambientales donde el Equipo de Salud de la Familia fue uno de los organizadores.

Registrar el N° de examen de mama realizados en el servicio por el profesional.

Registrar el N° de Exa. de Mamas para estudio del PAP.

Registrar el N° de personas que utilizan un método de planificación familiar cubierto en el mes asistido por el Equipo de Salud de la Familia.

Registrar el N° de personas que recibieron atención en el mes.

Registrar el N° de Control de presión arterial realizados en el mes.

Registrar el N° de personas a quienes se realizó el estudio de nivel de glucemia

Registrar el N° de personas que fueron controladas en el territorio social.

Registrar el N° de personas menores de 6 años que fueron controladas en el Comisariato/Desarrollo.

Registrar el N° de visitas domiciliarias realizadas por Agentes Comunitarios y/o Promotores de Salud. ATENCIÓN: no incluir visitas por ceno.

Registrar el N° de visitas domiciliarias que no sea por motivo de enfermedad, realizadas por un miembro de blanco del ESF.

Registrar el N° de consultas realizadas por el Mediador/a, en la USF

Registrar la Cantidad de consultas realizadas por el Obstetra/O, en la USF.

Cantidad de consultas realizadas por el Licenciado/a, en la USF.

Registrar el N° de personas que consultaron por servicios: **NUEVEVA EN EL AÑO**

Registrar la Cantidad de consultas domiciliarias realizadas por Otro profesional de blanco.

Registrar el N° de personas que consultaron en consultorio en el año.

Registrar la Cantidad de consulta domiciliaria realizada por el Mediador/a.

Registrar la Cantidad de consulta domiciliaria realizada por el Obstetra/O.

Registrar el N° de personas que consultaron en consultorio en el año.

Registrar la Cantidad de consulta domiciliaria realizada por Otro profesional de blanco.

Registrar el N° de personas que fueron atendidas por consultas domiciliarias en el año.

Registrar el N° de consultas de urgencia en la USF, realizadas por uno de los miembros de blanco del ESF.

Registrar el N° de consultas de urgencia domiciliaria, incluir las realizadas por uno de los miembros de blanco del ESF.

Registrar el N° de derivaciones a otros centros de atención: **BUENAS EN EL AÑO**

Registrar el N° de derivaciones a otros centros de atención que exceda la capacidad de resolución de la USF. ATENCIÓN: no incluir los casos de solicitud de estudio.

Registrar el N° de procedimientos realizados en la USF. [Ejemplo: cirugía menor, aplicación de inyección, neofitaciones, curaciones, etc.]

6- Hoja de Informe Mensual

8- Salas de Situación

								
Modelos de Sala de Situación basados en la Política Nacional de Salud 2015 - 2030								
ANEXO 1. SALA DE SITUACIÓN DE EMBARAZADAS.								
MEF	Gestantes en Territorio	Gestantes en Seguimiento	Gestantes en Seguimiento en otras instituciones	Gestantes de Bajo Riesgo	Gestantes de Alto Riesgo	% Gest. en Seguimiento	% Gest en Bajo Riesgo	% Gest en Alto Riesgo
Microterritorio 1								
Microterritorio 2								
Microterritorio 3								
Microterritorio 4								
Total								

					
ANEXO 2. SALA DE SITUACIÓN NIÑOS DE 0 A 4 AÑOS.					
	Niños de 0 a 4 años en Territorio	Niños de 0 a 4 años del GD1	Niños de 0 a 4 años del GD2	Niños de 0 a 4 años del GD3	Niños de 0 a 4 años del GD4
Microterritorio 1					
Microterritorio 2					
Microterritorio 3					
Microterritorio 4					
Total					

					
ANEXO 3. SALA DE SITUACIÓN DE NIÑOS DE 5 A 9 AÑOS					
	Niños de 5 a 9 años en territorio	Niños de 5 a 9 años del GD1	Niños de 5 a 9 años del GD2	Niños de 5 a 9 años del GD3	Niños de 5 a 9 años del GD4
Microterritorio 1					
Microterritorio 2					
Microterritorio 3					
Microterritorio 4					
Total					

					
ANEXO 7. VULNERABILIDAD					
	Familias	Familias Intervenido	Baja Vulnerabilidad	Media Vulnerabilidad	Alta Vulnerabilidad
Microterritorio 1					
Microterritorio 2					
Microterritorio 3					
Microterritorio 4					
Total					



8- Salas de Situación





ANEXO 6. SALA DE SITUACIÓN ADULTO MAYOR.					
	Adultos Mayores en Territorio	Adultos Mayores GD1	Adultos Mayores GD2	Adultos Mayores GD3	Adultos Mayores GD4
Microterritorio 1					
Microterritorio 2					
Microterritorio 3					
Microterritorio 4					
Total					





ANEXO 5. SALA DE SITUACIÓN DE PERSONAS DE AMBOS SEXO 20 A 59 AÑOS					
	Personas de 20 a 59 años en Territorio	Personas de 20 a 59 años GD1	Personas de 20 a 59 años GD2	Personas de 20 a 59 años GD3	Personas de 20 a 59 años GD4
Microterritorio 1					
Microterritorio 2					
Microterritorio 3					
Microterritorio 4					
Total					





ANEXO 4. SALA DE SITUACIÓN ADOLESCENTES 10 Y 19 AÑOS.					
	Adolescentes en Territorio	Adolescentes GD1	Adolescentes GD2	Adolescentes GD3	Adolescentes GD4
Microterritorio 1					
Microterritorio 2					
Microterritorio 3					
Microterritorio 4					
Total					



BIBLIOGRAFIA

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay, “Política Nacional de Salud 2015-2030”, Asunción, Paraguay, 2015.

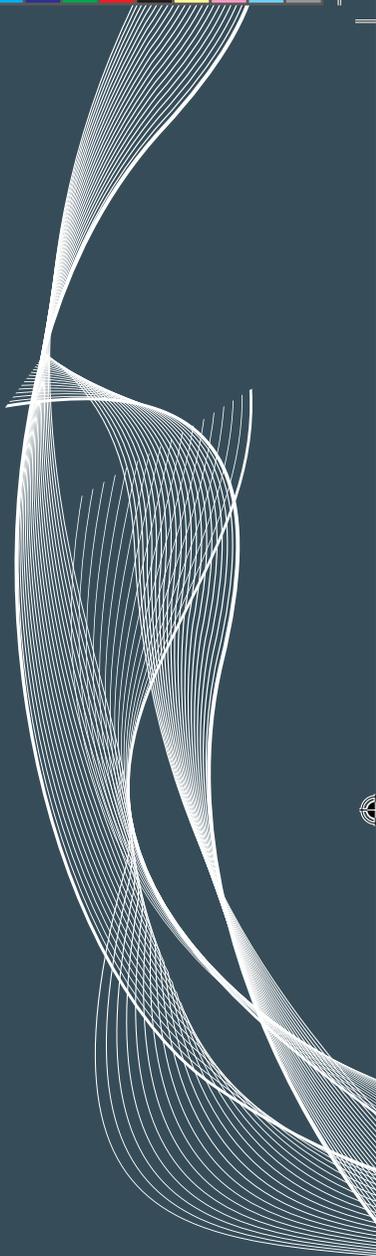
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay, “Guía De Para La Implementación De Redes Integradas e Integrales De Servicios De Salud (RIISS) Basadas En La Estrategia De La Atención Primaria De La Salud (APS)” Asunción, Paraguay, 2015.

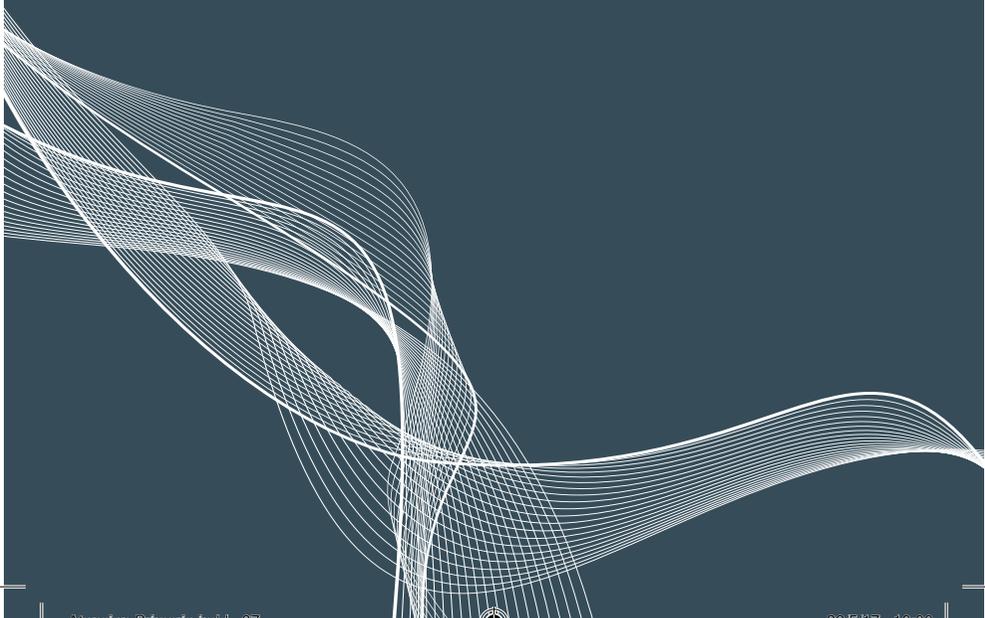
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay, “Manual Nacional de Cuidados Preconcepcional, Prenatal, Parto, Nacimiento y Puerperio, Seguro e Inclusivos” Asunción, Paraguay, 2016.

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay, “Manual de Funciones de las Unidades de Salud de la Familia 2016” Asunción, Paraguay, 2016.

Ministerio de Salud de la República de El Salvador (MINSAL), “Lineamientos operativos para el desarrollo de actividades en ECOS Familiares y ECOS Especializados, primera edición 2011, programa editorial del Ministerio de Salud.

Miriam Abramovay et alii. Juventude, Violência e Vulnerabilidade Social na América Latina: desafios para Políticas Públicas. Brasília : UNESCO, BID, 2002. 192 p.(Ayres et al., 2003, Ayres, 1996; Munoz Sánchez e Bertolozzi, 2007.







GUÍA DE TRABAJO

EN ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD



TESAI HA TEKO
POTAYE
MOTENONDEHA
MINISTERIO DE
SALUD PÚBLICA
Y BIENESTAR SOCIAL

TETÁ REKUÁI
GOBIERNO NACIONAL
Jajapo Rande rape rá ko ága guive
Construyendo el futuro hoy



Organización
Mundial de la Salud
OPESMA REGIONAL PARA LAS
Américas

