



UNIVERSIDAD POPULAR AUTÓNOMA DEL ESTADO DE PUEBLA

División de Ciencias de la Salud

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA



PROYECTO

"CAPACITACIÓN A EQUIPOS DE SALUD
PARA EL MANEJO DE FAMILIAS, EN LA
PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS
ENFERMEDADES RESPIRATORIAS AGUDAS "

Presentan:

Dr. Enrique Aguilar Muñoz
Dr. Eustacio Guzmán Juárez
Dra. Gloria Lezama Flores
Dr. Santiago Oscar Pazarán Zanella

ASESOR DEL PROYECTO:

DR. MIGUEL ANGEL MARTÍNEZ ROMERO

COORDINADOR DE LA MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA:

DR. ABEL CRUZ GARCÍA



UPAEP – Secretaría General

Dirección General de Apoyos Académicos

Dirección del Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación.

Biblioteca Central - **Karol Wojtyla**

Tesis Digitales Restricciones de uso:

DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de textos, imágenes, gráficas, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente de donde la obtuvo mencionando el autor o autores involucrados en el documento.

Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**UNIVERSIDAD POPULAR AUTONOMA DEL
ESTADO DE PUEBLA.**

DIVISIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD.

MAESTRIA EN SALUD PUBLICA.

PROYECTO:

**“CAPACITACION A EQUIPOS DE SALUD PARA
EL MANEJO DE FAMILIAS, EN LA
PREVENCION Y CONTROL DE LAS
ENFERMEDADES RESPIRATORIAS AGUDAS”.**

PRESENTA:

**Dr. Enrique Aguilar Muñoz.
Dr. Eustacio Guzmán Juárez.
Dra. Gloria Lezama Flores.
Dr. Santiago Oscar Pazarán Zanella.**

Asesor del Proyecto:
Dr. Miguel Angel Martínez Romero.

Coordinador de la Maestría en Salud Pública:
Dr. Abel Cruz García

2000.

A NUESTRO ASESOR:

*Dr. Miguel Ángel Martínez que compartió su
tiempo, conocimiento y dedicación a esta Tesis .
GRACIAS.*

A LOS MAESTROS Y ASESORES:

*Por apoyarnos con sus conocimientos y
por brindarnos su afecto .*

DEDICATORIA:

A MI ESPOSA:

Abogada: Gloria Violeta García Osorio

Por estar a mi lado y compartir el amor, el dolor, la felicidad, las penas, nuestros triunfos y dificultades en cada instante.

Por existir y descubrimos en cada momento de nuestras vidas.

Por regalarme tu alma y hacer especial la vida, mi vida, nuestras vidas.

Por enseñarme la dulzura de un beso instantáneo, la ternura de una mirada con los párpados cerrados, el poder de la palabra conciente, la transparencia del alma al escucharte en silencio, el suspiro robado lleno de nostalgia, la armonía de tus formas de ser tan única, la esperanza de lograr los sueños, y finalmente por que existen muchas otras cosas por vivir a tu lado.

Amor este trabajo es por ti y para ti, espero que te agrade y sigas a mi lado como siempre, en cada párrafo se encuentra una parte de tu presencia por una simple razón:

¡ lo logramos juntos! GRACIAS TE AMO.

A MIS PADRES Y HERMANOS:

Por que con su apoyo, enseñanzas y comprensión tengo la superación deseada que me ha formado, para enfrentar la vida.

Espero no haberles fallado.

MUCHAS GRACIAS.

A MIS MAESTROS Y ASESORES:

*Por que el hombre debe decidir en su vida,
en hacer por primera vez
lo que todo el mundo ha hecho,
o hacer por primera vez lo que nadie ha hecho.*

GRACIAS.

INDICE

	Pag.
I. INTRODUCCION.	
II. JUSTIFICACIÓN.	1
III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA -PLANTEAMIENTO CENTRAL -PROBLEMAS SECUNDARIOS	3
IV. PRODUCTOS DEL PROYECTO. -NATURALEZA -IMPACTO SOBRE OTROS PROGRAMAS Y SU RELACION. -BENEFICIOS ESPERADOS.	4
V. OBJETIVOS Y METAS.	6
VI. ESTRATEGIAS.	7
VII. LIMITES.	12
VIII. ASPECTOS TECNICOS. -TAMAÑO. -LOCALIZACION. -OBRA FISICA REQUERIDA. -ORGANIZACIÓN PARA LA OPERACION. -PROCESO DE PRODUCCION.	12
IX. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS.	17
X. ASPECTOS POLITICOS.	17
XI. ASPECTOS SOCIALES.	18
XII. ASPECTOS LEGALES.	18
XIII. EVALUACION.	19
XIV. ANEXOS.	

I.- INTRODUCCION.

El presente proyecto se ha catalogado como de alcances a mediana plazo, se ubica dentro del Municipio de Chalchicomula de Sesma, y se contempla que es funcional en virtud de desprenderse de políticas nacionales y cuya prioridad en el Estado es relativa, sin embargo por la operatividad del programa específico, en el espacio referido se ha considerando que requiere de impulsarse en acciones basales para optimizar recursos y obtener los objetivos gerenciales.

Los países en vías de desarrollo han experimentado cambios en las condiciones de vida y en la salud de sus poblaciones, aunque sin modificaciones importantes en el padrón epidemiológico de algunas enfermedades infecciosas.

Las infecciones respiratorias agudas han disminuido su importancia como causa de muerte pero todavía representan un problema importante de salud pública por el impacto que tienen sobre los servicios de salud, las incapacidades, secuelas y muerte que producen sobre todo los grupos etáreos extremos de la vida.

II JUSTIFICACION.

Los cambios de estilos de vida producidos en los últimos años han modificado los patrones de enfermedad y de muerte en México. Los sistemas de salud han de responder a la necesidad de cambio y ser capaces de adoptar nuevas estrategias ante los problemas de salud actuales, no solo para satisfacer la creciente demanda de los enfermos sino para modificar las tendencias de los padecimientos que pueden prevenirse.

Con base a los resultados obtenidos en las estadísticas nacionales, en cuanto a enfermedades respiratorias agudas se estima que en la población de menores de 5 años por lo menos presenta 4 cuadros al año de este proceso infeccioso. Existen complicaciones relacionadas con los cuadros respiratorios agudos como la **neumonía** que ocasiona una alta mortalidad principalmente en el grupo de edad de menores de 1 año.

Los sistemas de salud tienen que responder a las necesidades de cambio y ser capaces de adaptar nuevas estrategias ante los problemas de salud actuales dentro de su comunidad, no solo para satisfacer la creciente demanda de las enfermedades respiratorias agudas, sino para modificar las tendencias de los padecimientos prevenibles.

En cuanto a la mortalidad en menores de 1 año las principales causas de defunción en los países en vías de desarrollo son las enfermedades infecciosas, las que se ubican en los primeros lugares, se acepta cada vez mas que la tasa de mortalidad del grupo de 1-4 años de edad es un indicador de vida de la población, de sus condiciones socioeconómicas y de la accesibilidad y calidad de los servicios.¹

Por esta razón el conocimiento del nivel de la tendencia así como el análisis de su estructura, contribuye a la definición de las políticas de intervención prioritarias de los programas de salud. Las infecciones respiratorias agudas en especial las neumonías representan una de las principales causas de defunción en los niños menores de un año, en los países de la región, aun en los países desarrollados. Con lo que respecta a mortalidad en menores de 1 año para 1995 se observa que Canadá cuenta con una tasa de 12.4x100,000 habitantes, Cuba con una tasa de 97.4x100,000 habitantes y México con 217.2x100,000 habitantes para el mismo año.²

En 1995 la mortalidad en niños de 1-4 años para Canadá fue de 1.2x100,000 habitantes, para Cuba fue de 5.5 y en México se observó una tasa de 16.4x100,000 habitantes al igual que otros países del continente Americano presentan condiciones favorables para la elevada morbilidad y mortalidad por enfermedades respiratorias agudas entre ellos se incluye

¹ Revista del Instituto Nacional de Enfermedades respiratorias, Vol. 2 Pág. 121. Abril-Junio, 1999.

² Ibid. Pág. 122-123, 1999

analfabetismo, hacinamiento, vivienda inadecuada, dispersión de población, variación económica y social entre otras.³

En Chalchicomula de Sesma las enfermedades respiratorias (se incluyen neumonía e influenza) ocupan el 2do lugar de mortalidad general lo cual es superior al promedio nacional (27.3x100,000 habitantes) y menor al del estado (37.9x100,000 habitantes)

Las enfermedades respiratorias agudas ocupan el 1 lugar en los grupos infantil y preescolar al igual que en el grupo de edad post-productiva que ocupa el 2do lugar. Las enfermedades respiratorias agudas ocupan el primer lugar como causa de morbilidad en el Municipio de Chalchicomula de Sesma con una tasa de 223.3x1000 habitantes. realizando el ajuste de tasas comparado con el Estado de Puebla se obtuvo una tasa de 227.61 x 1000 habitantes. Siendo mayor ya que el promedio nacional (27.3x100,000 habitantes) Aunque podemos observar que a través de los años la incidencia por IRAS ha disminuido en 1997 se mantiene en primer lugar por año. Si analizamos la tasa a nivel nacional es de 114.1x1000 habitantes y en el estado de Puebla también constituye el primer lugar con una tasa de 146.1x1000 habitantes. Como se puede apreciar, la incidencia por este padecimiento es mayor en CD Serdan que a nivel nacional y estatal, situación que es probable que se deba, entre otros factores, a las condiciones de la vivienda y al analfabetismo particularmente de las madres, ya que en el porcentaje de analfabetismo general es de 20.11% siendo para los hombres de 35.31%, en cambio para las mujeres es de 64.68% con relación a la población mayor de 15 años, así tenemos una relación de 1.8 mujeres analfabetas por cada hombre.

Las enfermedades respiratorias agudas ocupan el primer lugar en los 6 años en estudio, al igual que en todos los grupos de edad, presentando 31,207 casos con el 71.1% del total de las enfermedades registradas; para 1997 se presentaron 8564 casos en general. En 1996 es el año con la tasa mas elevada (89.4x100 000 habitantes) para ese tipo de patología con 9255 casos. Si ajustamos la tasa con el Estado de Puebla se obtendría una tasa de 97.6x100 000 habitantes. Lo anterior quiere decir que si nos basamos en el comportamiento del último ciclo anual nos representaría lo siguiente 771 casos mensuales, 192 semanarios y 6 por día. Lo que hace necesario buscar fórmulas que incorporen a los Sectores Públicos, Social y Privado que emitirán enfrentar el problema creciente antes de que este rebase el sistema y lograr su solución eficiente y efectiva.

Contribuir a disminuir analfabetismo, mejorar las condiciones de la vivienda; realizar el diagnóstico y el tratamiento oportuno, así como la prevención secundaria y limitar los daños en la terciaria.

Los beneficios que se esperan obtener son: una reducción de la morbilidad y de las complicaciones que éste padecimiento genera pero sobre todo, la mortalidad.

³ Ibíd. , nota 2. Pág. 123.

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

PLANTEAMIENTO CENTRAL.

En nuestra sociedad se puede apreciar como los médicos, al otorgar una consulta medica, lo hacen, de manera individual al paciente, por lo que provoca que el paciente tenga deficiencias en la atención por no tomar en cuenta que en la familia, se llevan a cabo los procesos más importantes para que se presente una enfermedad, aunado a esto los médicos que manejan familias, no escapan de las deficiencias al no contar con un equipo de salud multidisciplinario, que le ayude a manejar familias y prevenir enfermedades, por esto nos preguntamos:

¿Es importante la capacitación de los equipos de salud, en el manejo de familias, para mejorar el auto cuidado y prevenir enfermedades respiratorias en Chalchicomula de Sesma?

Se puede observar que dentro del perfil epidemiológico de esta zona aun continua la característica de una transición prolongada y polarizada, ya que al analizar las diez principales causas de muerte se observa que existe un gran numero de defunciones por enfermedades transmisibles o bien infecto contagiosas como son las enfermedades respiratorias, afectando sobre todo a los grupos de edad extremos (como es los menores de 5 años y los mayores de 65 años) , de igual forma la morbilidad en esta zona por padecimiento del mismo orden, son lo que encabezan las listas cada año, por ello se ve reflejado en las altas tasas de morbilidad y mortalidad.

PROBLEMAS SECUNDARIOS

Aquí encontramos un agravamiento de los problemas provocado por numerosos factores como son: el analfabetismo, la malas condiciones de vivienda, la falta de promoción a la salud, bajo impacto del programa en la población, el poco interés entre el binomio médico-paciente, condiciones climáticas adversas, economía deficiente (menos de 1 salario mínimo a 2 salarios mínimos en 85.73% de la población económicamente activa) En relación con el sistema de salud y sus prestadores se puede observar que existen condiciones que coadyuvan a mantener la situación, entre las que destacan:

- 1.- Cambio frecuente del personal médico becario.
- 2.- Deficiente información higiénico- dietética.
- 3.- Estilos de vida adversos de la población (hacinamiento, vivienda inadecuada, etcétera.
- 4.- Automedicación de los pacientes.
- 5.- falta de seguimiento por el personal de salud.
- 6.- Incumplimiento de las citas por parte del paciente.
- 7.- Falta de atención a los pacientes de manera integral tomando en cuenta su familia como eje fundamental de salud.

IV. PRODUCTOS DEL PROYECTO.

- NATURALEZA.

El presente trabajo emana de un programa nacional para la prevención y control de las enfermedades respiratorias agudas, ambos se basan en los lineamientos que señala la Norma Oficial Mexicana para la prevención, control y tratamiento de las IRAS, en atención primaria de Salud.

Así mismo toma en cuenta lo señalado por los Servicios de Salud Pública en el Estado de Puebla en su programa específico. Este proyecto, pretende alcanzar sus objetivos a mediana plazo y está ubicado especialmente en el Municipio de Chalchicomula de Sesma en el Estado de Puebla.

- LOCALIZACION.

La localización de este proyecto es dentro del Municipio de Chalchicomula de Sesma. Las actividades básicas señaladas se realizarán dentro de los centros de salud de SSA, las UMF del IMSS ordinario, clínicas de UMR de IMSS Solidaridad, Cruz Roja, ISSSTEP, ISSTE, y médicos privados que corresponden a las Instituciones del Sistema de Salud en el Municipio.

De esta manera se hará la integración gradual y sistemática del proyecto de capacitación a equipos de salud, en las actividades que contemplan el paquete básico de salud, que representa al mismo tiempo el objetivo primordial del Sector Salud.

-IMPACTO SOBRE OTROS PROGRAMAS O PROYECTOS Y SU RELACIÓN CON LOS MISMOS.

Actualmente en el Municipio de Chalchicomula de cuenta con 11 consultorios de atención médica, que comprenden intereses tanto de las Autoridades Nacionales Estatales y municipales, como de los intereses prioritarios de la comunidad, en tal sentido el municipio ha demostrado que en los últimos años ha tenido apertura especial en la política de desarrollo social, estimulando la participación comunitaria en la atención de sus problemas de salud.

Adicionalmente el país a contraído compromisos en foros internacionales, que le comprometen a disminuir la mortalidad y morbilidad por enfermedades infecto contagiosas, y a mejorar la calidad y condiciones de vida de los habitantes.

Es por lo anterior que se considera que el proyecto de capacitación a equipos de salud tiene factibilidad, ya que sus resultados impactarán positivamente directa e indirectamente sobre todos los programas prioritarios del paquete básico.

V. OBJETIVOS Y METAS

-OBJETIVO GENERAL:

Capacitar a equipos de salud para el manejo de familias con el fin de disminuir la mortalidad por enfermedades respiratorias agudas, así como sus complicaciones.

-ESPECÍFICOS:

- Capacitar a los equipos de salud de manera objetiva tomando en cuenta su perfil individual, para el manejo de familias.
- Crear conciencia en los equipos de salud a manera que ellos reconozcan que la promoción de la salud es el principal factor de cambio en la capacitación de las familias.
- Fortalecer la capacitación de los equipos de salud mediante la realización de evaluaciones periódicas durante los cursos para garantizar su aprovechamiento.
- Garantizar la optima capacitación de los equipos de salud, con la finalidad de que sepan identificar a las familias con problemas que interfieren en su salud y la forma de cómo poderla manejar, o en su defecto a quien referirla.
- Garantizar un personal con perfil profesional para manejo de individuos grupos y comunidades para impartir la capacitación.
- En base a la capacitación el equipo de salud elaborará sus propuestas a partir del estudio del contexto social de cada comunidad .

- METAS:

- Capacitar al 100 % al personal que formara parte del equipo de salud encargado de llevar a cabo el manejo de familias.
- Tiempo de capacitación de todo el personal 15 días hábiles.
- Numero de evaluaciones por aprobar durante la capacitación 2 por persona.
- Equipos a capacitar 15.

VI ESTRATEGIAS

ESTRATEGIAS ESPECIFICAS.

1. Seleccionar al personal a capacitar con el perfil profesional que cumpla lo requerido para el manejo de familias, como integrante en un equipo de salud. Tiempo requerido 15 días, lo realizará el personal de Secretaría de Salud
2. El personal que llevará a cabo la capacitación serán los siguientes: maestro en Salud Pública, antropólogos, sociólogos, psicólogos, trabajadora social con especialidad en terapia familiar, médicos familiares etcétera. Serán seleccionados y coordinados por un Maestro en Salud Pública (Coordinador de lo Servicios de Salud.) Tiempo estimado 1 semana.
3. Concentrar al personal que se capacitará en un sitio adecuado y óptimo con la finalidad de aprovechar al máximo todos los recursos. Se llevará a cabo a través del Presidente Municipal, por medio de un convenio. Previo acuerdo entre Servicios Coordinados de SSA y Presidente Municipal. Tiempo estimado treinta minutos. Se sugiere esta actividad en una escuela que cuente con un auditorio.
4. Al tener un asistencia del 90% se realizará un examen individual inicial (con escala tipo Likert) antes de iniciar con el programa de capacitación será contestado en dos aulas, con un tiempo de 20 a 30 minutos una vez terminado se les otorgaran 10 minutos de receso y posteriormente se concentrarán en el auditorio ver anexo.
5. Se realizará el siguiente programa con el fin de dar una guía en la capacitación de manejo de familias a los equipos de salud. Tiempo estimado 10 días.
6. Realizar en la introducción que será impartido en forma de exposición, por un maestro en salud publica, en un auditorio, reuniéndose todos los candidatos a formar equipo.
7. Se realizará un socio drama para lograr la sensibilización de los alumnos, en la importancia del manejo de familias con equipo de salud.

Se llevará a cabo el debate coordinado por el antropólogo social. y finalmente cada alumno dará sus impresiones del día. Esta acción será evaluada por el Coordinador y antropólogo social para realizar los ajustes necesarios de la capacitación, Así mismo se iniciará la formulación de un manual de procedimientos para la capacitación del manejo de familias por un equipo de salud. Tiempo estimado 2 horas.
8. La siguiente actividad será llevada a cabo el siguiente día en las aulas, en donde se dará la importancia que se tiene, si se forman, equipos de trabajo para la resolución de problemas, integrando así los conceptos de trabajo en

- equipo a través de dinámicas grupales bien establecidas, esto será de la competencia de trabajo social tomando un tiempo de 3 horas.
9. El siguiente tema del día será el de PARADIGMAS. Impartido por un maestro en Salud Pública o un maestro en ciencias preferentemente, se hará a manera de exposición en el auditorio con un tiempo aproximado de 2 horas, siendo el objetivo principal hacer tomar conciencia en los alumnos para el rompimiento de modelos o paradigmas en el proceso de cambio positivo.
 10. El tercer día será destinado a hablar sobre el modelo actual de atención primaria en salud impartido por un maestro en salud pública, en el auditorio posteriormente se llevará a cabo una actividad para mesas de trabajo en las aulas y por ultimo se regresaran al auditorio para finalizar con un debate. el tiempo estimado en de 4 horas, el objetivo principal será determinar si el modelo actual de salud en atención primaria a la salud contempla el manejo de familias y si el alumno es capaz debatir a favor de el manejo integral familiar para integrarse a equipos de salud.
 11. Otro tema que se tratará este día será el de FORMACIÓN DOCENTE. Impartido por un maestro en educación o maestro en ciencias. En las aulas de trabajo el objetivo será determinar la importancia de manejar las técnicas de enseñanza para que el método se adapte a las familias y no las familias al método. Tiempo estimado es de 2 horas.
 12. El cuarto día será utilizado para dar el tema de DIAGNÓSTICO DE SALUD. Impartido por un maestro en salud pública, llevándose a cabo en mesas de trabajo en las aulas, el objetivo es conocer la situación anterior y actual de una comunidad para poder incidir y realizar los cambios necesarios para mejorar sus condiciones de salud así como su contexto social. El tiempo estimado es de 3 horas.
 13. En este mismo día se impartirá el tema de DIAGNÓSTICO DE SALUD FAMILIAR en el cual interviene un maestro en salud pública así como un médico especialista en medicina de familia, llevándose a cabo en el auditorio y posterior a la exposición se tendrá un socio drama con el tema familia disfuncional, en relación a un miembro enfermo el objetivo será encontrar la relación que se tiene con respecto a la salud de las personas y su familia también que el personal relacione la importancia de romper paradigmas, trabajar en equipo y llevar a cabo los métodos de enseñanza mas óptimos para mejorar la calidad de vida de algunas familias disfuncionales. Tiempo estimado 3 horas.
 14. El quinto día se hablará sobre LA SALUD DE LA MUJER COMO EJE FUNDAMENTAL DE LA SALUD FAMILIAR. Se impartirá por trabajo social realizando un socio drama en el auditorio el objetivo será reconocer el papel de la mujer como parte de una familia para el desarrollo optimo de la misma y el aumento en la calidad de vida. Tiempo estimado 3 horas.

15. Este mismo día se expone el tema de FAMILIAS CON NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS Y CON PERSONAS DE TERCERA EDAD. Impartido por maestro en salud pública en un aula con el objetivo principal de reconocer la importancia del cuidado del menor de 5 años así como del anciano para la prevención de infecciones respiratorias agudas evitando así al mismo tiempo las complicaciones probables que se pudieran llegar a presentar.
16. En el día seis se expone el tema de IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO PARA ENFERMEDADES RESPIRATORIAS AGUDAS. Presentado por un epidemiólogo en forma de exposición en donde el objetivo será que se reconozcan e identifiquen los factores de riesgo que predisponen la presencia de infecciones respiratorias. El tiempo estimado será de 3 horas.
17. En este mismo día se dará el tema de IMPORTANCIA DE LA EDUCACIÓN Y PROMOCIÓN PARA LA SALUD. Expuesto por un maestro en salud pública, o enfermera con maestría de salud pública. El objetivo será conocer y desarrollar las técnicas de docencia aplicadas a promoción de la salud a partir del contexto social. Duración 2 horas.
18. Al término de la capacitación el personal será capaz de integrarse como equipo de salud en la localidad donde corresponda. Se preparan 15 equipos de salud, de los cuales están conformados por 7 integrantes (médico, trabajadora social, enfermera, promotor, psicólogo, odontólogo, auxiliar de enfermería) para cubrir 158 familias, cada equipo.

Se realizará la segunda selección de personal para conformar los equipos de salud previa terapia individual con psicólogo clínico para determinar, si cumple con el perfil, para el manejo de familias (requisito indispensable).
19. Una vez seleccionado el personal se iniciará con un grupo piloto, para la capacitación y manejo de familias empezando en el municipio.
20. Se dará un receso a los equipos de salud por 2 meses y posteriormente se reinicia con 2 semanas de campo.
21. Se evaluará el 20 % del total de familias en cada unidad de salud que deberán contar con estudio de salud familiar (ver anexos) y se contabilizará cada bimestre.
22. Cada equipo deberá contar con la dispensarización de sus familias en control (ubicación en mapa, selección en cuadrante, manzana y número de casa).
23. Durante el estudio de salud familiar se aplicará un cuestionario (ver anexo) (previo a la capacitación de la familia) al responsable del cuidado de la

familia con el objeto de determinar la actitud que se toma ante el problema de IRAS.*

24. Se llevará a cabo la educación para la salud en familias por el equipo de salud, desarrollando el programa de IRAS y programas afines.
25. Al término de la capacitación a familias sobre el programa de IRAS se efectúa una segunda evaluación para determinar la actitud ante el problema de IRAS.
26. Los supervisores realizarán el control del programa a través de evaluaciones PRE-durante – y post siendo su papel fundamental la orientación y dirección de las acciones para alcanzar los objetivos propuestos del proyecto, además de realizar visitas a domicilio para verificar las acciones reportadas.
27. Los supervisores serán evaluados por el maestro en salud pública responsable del proyecto de IRAS en general, reportando las actividades cada 6 meses para la toma de decisiones.

PROPÓSITOS

- A).- Participación intra y extrasectorial en la prevención primaria (SECTOR SALUD)
- B).- Trabajo con líderes, familias, Organizaciones no gubernamentales grupos escolares etc. Utilizando un conjunto de estrategias coherentes de enseñanza - aprendizaje en la atención primaria a la salud (SEP. Gobierno Municipal y otros)
- C).- Intervención sistemática en el nivel escolar (SEP.)
- D).-Hacer vínculos entre las comunidades y familias e individuos y el sector salud para tratar de reducir las desigualdades entre los grupos humanos esto aplicable a toda la población.
- E).- Organización y participación de las familias y comunidades, para facilitar la detección de condicionantes, Bio-psico-Sociales mejorando sus condiciones de salud y medio ambiente.

LA PREVENCIÓN DE LA SALUD.

- A).-Capacitación de madres, maestros, ONG'S, representantes religiosos, autoridades Municipales, líderes de la comunidad etcétera, de forma no convencional.
- B).- Capacitación del personal médico y colaboradores para el manejo efectivo de las IRAS con el fin de alcanzar una mejor calidad de desarrollo económico-social del municipio, en zonas de mayor riesgo.
- C).- Evaluación sistemática y el desarrollo de componentes estratégicos acordados a nivel regional y que individualmente, cada localidad habrá de desarrollar de acuerdo a sus características socioeconómicas y de salud.

PARA INTERVENCIONES EN SERVICIOS DE SALUD.

- A).- Diagnóstico inicial de salud, recursos y necesidades.
- B).- Integrar casas de salud, sector privado, ONG'S, etcétera. Para definir las prioridades de salud.
- C).- Interpretar y analizar las creencias y prácticas relacionadas con la salud, adaptando programas de atención primaria para su mejor aceptación por la comunidad.
- D).- Vincular los programas relacionados con IRAS en la comunidad (Atención Integral del Niño, Materno Infantil, Promoción de la salud etcétera.)
- E).- Orientar y concentrar a la familia en la atención de pacientes ambulatorios o de aquellos que tengan que permanecer en cama durante una crisis o enfermedad para limitar el daño.

VII. - LIMITES.

DE ESPACIO: Municipio de Chalchicomula de Sesma.

DE TIEMPO: 15 días capacitación en aulas.
2 meses de descanso.
2 Semanas para trabajo de campo.

VIII. ASPECTOS TÉCNICOS.

_ TAMAÑO.

Se implementará en el Municipio de Chalchicomula de Sesma, utilizando los recursos de infraestructura existente como son salones de algún hotel el cual pueda brindar todas las facilidades para poder llevar a cabo la capacitación del personal encargado del proyecto.:

-OBRA FÍSICA REQUERIDA.

El cursos de capacitación se llevara acabo en las instalaciones de un hotel el cual pueda brindar todas las facilidades a 120 personales las cuales serán capacitadas y capacitadores, durante un especio de 4 semanas; dichas instalaciones deberán contar con sala de proyecciones para facilitar a los integrantes de cada equipo la comprensión de cada tema, los cuales estarán siendo impartidos como se menciona en la carta programática y según el tema y hora asignada.

¿Que es y como funciona el equipo de salud?

Los problemas sociales solo, pueden definirse a partir de un marco teórico que trascienda una disciplina particular dado que se presenta pluridimensional. Por lo tanto, solo corresponde abordarlo en forma interdisciplinaria a través de un EQUIPO DE SALUD, es decir, de un grupo de especialistas en familias, en el que cada uno de ellos integre los conocimientos específicos de su disciplina para lograr un código único, común y operacional. En este sentido decimos que un EQUIPO es un sistema por que posee un conjunto interactuante de personas que comparten un mismo objetivo y actúan en un espacio y tiempo según la estructura resultante de su dinámica, y en el cual las conductas se relacionan con la definición de la situación global en la que están involucrados.

Si bien puede existir entre los distintos actores del equipo de salud una relativa coincidencia en cuanto a la necesidad de elevar los niveles sanitarios de la población, no siempre se logra una acción coordinada, convergente e integrada, y será parte de la capacitación que se propone para la conciencia y sensibilización de un equipo de salud dispuesto a servir y poner todo de su parte para integrarse como equipo, muchos factores contribuyen a ello como la sobre valoración de algunas profesiones sobre otras, los planteos esquizoide de pretender trabajar aislado, o etnocentristas de considerarse único agente de cambio, así como creer que se sabe todo acerca de todo(omnipotente).

Un profesional aislado prestara servicios a individuos también aislados y su acción no producirá ningún cambio; trabajara sobre efectos y no sobre causas, sin trascender en mero asistencialismo. Un profesional que trabaja en equipo prestara servicios a individuos insertos en grupos; atacará, mas que la enfermedad los factores que la generan. No esperará los problemas detrás de un escritorio, protegido en un despacho u oficina, saldrá a buscarlos, penetrando en la comunidad donde se gestan. Estará al servicio de los usuarios, y no al servicio de su propio prestigio. Como se advierte, el problema es básicamente de opciones frente a la realidad en la que se trabaja.

Señalamos también que ninguna profesión tiene un campo de acción cercado respecto de las otras, todas se inter penetran. Cada uno de los miembros del equipo de salud no puede contentarse con lo específico de su disciplina resultarán inoperantes sino lo insertan y operacional izan en el sector salud, dominando aquellos contenidos básicos que permitan arribar a un código común en el trabajo en equipo, lo que de ninguna forma significará diagnosticar y curar enfermedades .

Un EQUIPO DE SALUD enfrentara la enfermedad desde un triple enfoque que abarca:

- A) El problema orgánico de la enfermedad.
- B) El componente psicológico de la enfermedad.
- C) El cuadro social de la enfermedad.

En el estudio, diagnóstico y tratamiento del cuadro social de la enfermedad y sus consecuencias se inserta en el EQUIPO DE SALUD como el generalista de los problemas comunitarios, el que valora la salud integral de individuos, grupos y comunidades, incluyendo hábitos, creencias y formas de vida; el que involucra a los usuarios en un proceso de investigación y diagnóstico y en las discusiones respecto a las actividades que deben realizarse y como deben ser abordadas. Es el que aporta al equipo de salud datos epidemiológicos y el que capacita con el ejemplo demostrativo.

-ORGANIZACIÓN PARA LA OPERACIÓN.

Debido a que en las instituciones en que se aplicará el proyecto ya existe una organización estructural bien establecida en donde se encuentra una buena coordinación y control de actividades que se realizarán en cada Unidad de Salud, la factibilidad del proyecto es adecuada.

Con lo que respecta al personal técnico administrativo, enfermería, trabajo social, promotor de salud, psicólogo, auxiliar de salud, odontólogo. Existentes se capacitarán sobre el manejo de familias para reforzar el programa de IRAS. Por lo que en el DX. Se concluyó, se propone que en la Jurisdicción el Proyecto deberá ser supervisado (en su vigilancia, ejecución, evaluación, y control) por el departamento de (Epidemiología, trabajo Social, Informática, municipios saludables etcétera.).

La administración del personal será realizada por cada unidad aplicativa, centro de salud, unidad móvil, etcétera. En donde se asignará un médico (de preferencia de familia), enfermera, promotor, trabajadora social, previa contratación.

Basándose en lo mencionado se especifica que si existe factibilidad en la estructura ya establecida para la ejecución del proyecto.

Se contará con un director que coordine en cada localidad quien se apoyará en su equipo de coordinadores para desarrollar las diferentes estrategias administrativas y técnicas que permitan el logro de los objetivos y metas.

El director de cada institución deberá seleccionar, inducir al puesto y actualizar en el mismo; y asegurar un espacio físico para la educación para la salud a las familias. 3er nivel en Hospital, 2do. nivel de Hospital, 1er nivel Centros de Salud, casas de Salud e intra domiciliarias y deberá ser responsable de su suministrar los insumos, así como presentar información en las reuniones que se convoquen.

Se da énfasis al trabajador social ya que procura crear una actitud crítica acerca de las causas - efectos de los problemas sociales, así como de los

recursos disponibles con el fin de que los sujetos afectados por esos problemas asuman una acción organizada y preventiva transformadora que los supere. Los trabajadores sociales conocen científicamente los problemas, determina como los hombres los enfrentaran y que alternativas de solución arbitrarán, capacitan el papel de los sujetos en la acción transformadora de los mismos

Los recursos que se contemplan para la operación del presente proyecto son:

-HUMANOS.

1 Médico responsable municipal (servicios de salud con maestría en Salud Pública)

1 Médico responsable por institución (SSA, IMSS SOLIDARIDAD, IMSS RÉGIMEN ORDINARIO, ISSSTEP, ISSSTE, PRIVADOS)

Médicos: (a él corresponde el análisis y manejo con el equipo de salud las familias de alto riesgo)

IMSS SOLIDARIDAD:	4
IMSS RÉGIMEN ORDINARIO:	4
ISSSTEP:	3
ISSSTE:	3
SSA:	3
PRIVADOS:	36 (ya existentes)

Promotores: (visitará 4 familias por día correspondientes al trabajo de campo dando un total de 880 familias dedicando 500 visitas a familias que son su universo de trabajo, 200 a familias con riesgo y 180 a familias con alto riesgo).

IMSS SOLIDARIDAD:	6
IMSS RÉGIMEN ORDINARIO:	1
ISSSTEP:	1
ISSSTE:	2
SSA:	5

Enfermeras: (a ellas corresponde el análisis y manejo con el equipo de salud las familias de alto riesgo)

IMSS SOLIDARIDAD:	4
SSA:	8
IMSS REGIMEN ORDINARIO:	8
ISSSTEP:	3
ISSSTE:	3

Trabajo Social: (visitará 4 familias por día correspondientes al trabajo de campo dando un total de 880 familias dedicando 500 visitas a familias que son su universo de trabajo, 200 a familias con riesgo y 180 a familias con alto riesgo).

IMSS SOLIDARIDAD:	6
SSA:	5

IMSS REGIMEN ORDINARIO:	1
ISSSTEP:	1
ISSSTE:	2

Auxiliares de salud.(visitará el 100% de familias correspondientes a su área de influencia).

SSA:	24 (ya existentes)
------	--------------------

Odontólogos.(visitará 2 familias por día correspondientes al trabajo de campo dando un total al año de 440 familias)

IMSS SOLIDARIDAD:	6
SSA:	6
IMSS REGIMEN ORDINARIO:	1
ISSSTEP:	1
ISSSTE:	2

Psicólogo: (a ellos corresponde el análisis y manejo con el equipo de salud las familias de alto riesgo)

IMSS SOLIDARIDAD:	2
SSA:	2
IMSS REGIMEN ORDINARIO:	1
ISSSTEP:	1
ISSSTE:	1

-MATERIALES.

ROTA FOLIOS.
 VIDEOS.
 TELEVISIÓN.
 VIDEO CASETERA.
 PIZARRONES.
 CAJAS DE GISES.
 PAPELERÍA EN GENERAL.
 UNIDAD DENTAL POR CADA 2 ODONTÓLOGOS.

-PROCESO DE PRODUCCIÓN.

El presente proyecto contempla la creación de equipos de salud en el manejo de familias para la prevención, atención, control y promoción de la salud enfocados a IRAS.

IX . ASPECTOS ADMINISTRATIVOS.

Con lo que respecta al personal técnico y administrativo, se capacitará para el programa de IRAS, en donde se reforzará más en la capacitación en el médico, la enfermera, el promotor de salud, trabajo social, odontólogo, auxiliar de salud, psicólogo con respecto al manejo de familias. En el Sector de salud del Municipio existe una organización bien establecida en departamentos de atención médica, epidemiología e informática que se encargaran de dar apoyo en la vigilancia, ejecución, evaluación, y control de las acciones. El control se apoyará por medio de supervisiones que estarán a cargo del responsable del proyecto (Servicios de Salud manejado por Maestro en Salud Pública)

La administración del personal será realizada por cada unidad aplicativa donde se asignarán al personal ya mencionado anteriormente que trabajaran como un equipo de salud. Previa contratación donde financien el Gobierno Estatal Municipal y Federal, considerando que si existe factibilidad en la estructura ya establecida para la ejecución de las acciones que el presente proyecto contempla.

X. ASPECTOS POLÍTICOS

La viabilidad de este proyecto depende en gran medida de los tiempos específicos a todos aquellos pacientes que así lo requieran.

La participación de la comunidad, se verá reflejada en función a la cantidad de pacientes de primera vez y subsecuentes captados, así como en la intensa participación de las familias, en las actividades didácticas, encaminadas a mejorar el estilo, la calidad de vida, y la cultura en salud, fortaleciendo el cambio en la bio-psico-social del Municipio.

Al mismo tiempo el equipo de salud serán los portavoces de la atención prestada, haciendo la invitación a otras familias para su integración y participación fortaleciéndolas al mismo tiempo.

XI. ASPECTOS SOCIALES.

Desde el punto de vista de la organización social, es el Estado quienes determinan finalmente los programas y proyectos que benefician a la comunidad. Este proyecto debe ser aceptado por los habitantes que integran el municipio de Chalchicomula específicamente a los que son considerados como de alto riesgo (niños y ancianos).

La comunidad no ha participado activamente por desconocimiento, apatía y falta de integración con los servicios de salud, lo cual se ha visto reflejado en las altas tasas de morbilidad y mortalidad.

El equipo de salud, promoverá la integración de familias, para que ellas inviten a otras, a participar en el programa de la prevención de las enfermedades respiratorias; ya que el equipo contara con la habilidad o aptitudes sociales, es decir con elementos de dinámica, motivación y responsabilidad.

XII. ASPECTOS LEGALES.

Desde el punto de vista legal existen elementos favorables para la aplicación del proyecto y son:

Artículo 39. Ley orgánica de la Administración Pública Federal – 1991.

La dependencia del sector no se opondrá a su regulación específica y de conformidad a las normas establecidas por la Secretaría de Programación y presupuesto, intervendrá a fin de la forma y términos en que será la fusión y disolución. Se deberá de cuidar de intereses del público, de los accionistas y derechos laborales de los servidores públicos.

LEY GENERAL DE SALUD 1993.

Cap. III Art. 158, 159, 160 y 161.

Art. 158.- La Secretaría de Salud y Gobierno de la Entidad Federativa, en sus respectivos ámbitos de competencia, realizarán actividades de prevención y control, de enfermedades no transmisibles que ellas propias determinan.

Art. 159.- El ejercicio de la acción de prevención y de control de enfermedades no transmisibles comprenderá una o más de las siguientes medidas según casos de que se trate.

Art. 160.- La Secretaría de Salud coordina sus actividades con otras dependencias y otras entidades públicas y con los gobiernos de entidades

federativas para la investigación, prevención y control de enfermedades no transmisibles.

Art. 161.- Los profesionales, técnicos y auxiliares de la salud deberán rendir informes que la autoridad sanitaria requiera acerca de las enfermedades no transmisibles.

XIII EVALUACIÓN.

Una vez reunido el personal, previa selección por su institución, antes de iniciar la capacitación se aplicara un examen para determinar la actitud de cada persona así como del grupo, ante el modelo propuesto de atención en el manejo de familias para la prevención y control, de infecciones respiratorias agudas en la atención primaria a la salud.

Se volverá a aplicar al termino de la capacitación con el fin de determinar el avance en el aprovechamiento de la capacitación de este tema

GRÁFICA DE GANTT

(CAPACITACION A EQUIPOS DE SALUD PARA EL MANEJO DE FAMILIAS EN LA PREVENCION Y CONTROL DE LAS I.R.A. CHALCHICOMULA DE SESMA.) 1

Actividades	15 días	1 sem.	30 min.	30 min.	1 día.	1 día.	1 día.	1 día.
Selección de personal a capacitar								
Selección del personal capacitador por MSP								
Concentración del personal a capacitar.								
Realización de examen inicial								
Tema: Introducción, Sociodrama y Debate.								
Tema: Equipos de trabajo, Paradigmas								
Tema: modelo de APS, Debate y Formación Docente								
Tema: Dx de salud localidad, Dx salud familiar, sociodrama.								

GRÁFICA DE GANTT

(CAPACITACION A EQUIPOS DE SALUD PARA EL MANEJO DE FAMILIAS EN LA PREVENCION Y CONTROL DE LAS I.R.A. CHALCHICOMULA DE SESMA.) 2

Actividades	1 día.	1 día.	1 día.	1 semana.	2 meses.	1sem.	2 meses.
Salud en la mujer, Sociodrama, familias con < de 5 a y > de 65 a							
Factores de riesgo para IRA, importancia de educación y promoción para la salud.(evaluación)							
Selección de personal para formar equipos de salud							
Grupo piloto para capacitación y manejo de familias.							
Evaluación del 20% total de familias con estudio de salud familiar(cuestionario de actitud ante el problemas de IRAS.)							
Visitas intradomiciliarios por supervisores.							
Evaluación de supervisores por el MSP							

BIBLIOGRAFÍA

1. Breilh Jaime. Epidemiología, Economía, Medicina y Política. Edito. Fon Tamara México, Págs. 240, 1988.
2. Behm H., Determinantes Socioeconómicos de la Mortalidad en América Latina, Boletín de Población en las Naciones Unidas. No. 13, 1980.
3. Bronfman M. Y Tuirán R., La Desigualdad Social ante la muerte, Clases Sociales y mortalidad en la niñez, UNAM/ COLMEX/ PISPAL, Vol. I Méx., 1984.
4. Castro Roberto, Bronfman Mario, Métodos cualitativos para la investigación en salud pública, Edito. I.N.S.P. México Págs. 104, 1995.
5. Donabedian, A.: La Calidad de la Atención Médica Definición y Métodos de Evaluación. La Prensa Médica Mexicana. México, 1984.
6. Frenk Mora D., Integración de la Prestación de los Servicios de Salud Pública de México, Suplemento, pag. 104, 1992.
7. Frenk J. Bobadilla J., Elements for a Theory of the Health transition, Health Transition Review. Vol. 1, Págs. 38 1991.
8. Jenicek, M. Levoux, R. Epidemiología. Principios Técnicas y Aplicaciones, Edito, Salvat , Barcelona España ,1988.
9. Gallagher CH., y Watson H., Métodos Cuantitativos para la toma de decisiones en Administración, Edito. Mc. Graw Hill, 1982.
10. Guerrero Rodríguez. Indicadores Epidemiológicos, Edito. Técnicos de Edición, Pág.49, 1986.
11. Jenicek, M.: Clevoux, R. Epidemiología. Principios , Técnicas y Aplicaciones Capitulo Seis. Salvat Editores. Barcelona, España. 1988.
12. Laurell Cristina, La Enfermedad como Proceso Social. Cuaderno: Medicina Social, Rosario Argentina Págs. 220. 1988 .
13. Lilienfind A. y Lilienfind D, Fundamentos de Epidemiología, Edito. Fondo de Cultura Interamericano, 1983.
14. Pineaul, R. Y Daveluy. C.: La Planeación Sanitaria, Conceptos, Métodos y Estrategias, Masson, Barcelona, España. 1987.
15. López C.S. y Col, El Índice de años Deuda Potencialmente Perdidos Metodología y Comparación con otros Índices. Boletín Mensual de Epidemiología, Sistema Nacional de Salud, Vol. 4, No. 7 Méx. 1987.
16. Instituto Nacional de Estadística e Informática XI Censo General de Población y Vivienda, 11 tomos , México Pág.. 3800, 1980.
17. Instituto Nacional de Estadística e Informática, Chalchicomula de Sesma Estado de Puebla, Cuaderno Estadístico Municipal, Págs.104, 1994.
18. Instituto Nacional de Geografía Estadística e Informática, Estadísticas Vitales de Puebla SSA. Pág. 554, 1998.
19. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, MARGINALIDAD., Pág. 40, 1990.
20. OPS., Manual Sobre el Enfoque de Riesgos en la Atención Materno Infantil Serie PalTex. No. 7 OPS/OSP/OMS. Washington D.C. 1986.
21. Partida B.V. , El Volumen La Estructura por Edad y el Ritmo de Crecimiento de la Población de México, Rev. Mexicana de Sociología, 1989.
22. Piédrola G. , Medicina Preventiva y Salud Pública, 9ª Edición. Págs.. 704, 1998.

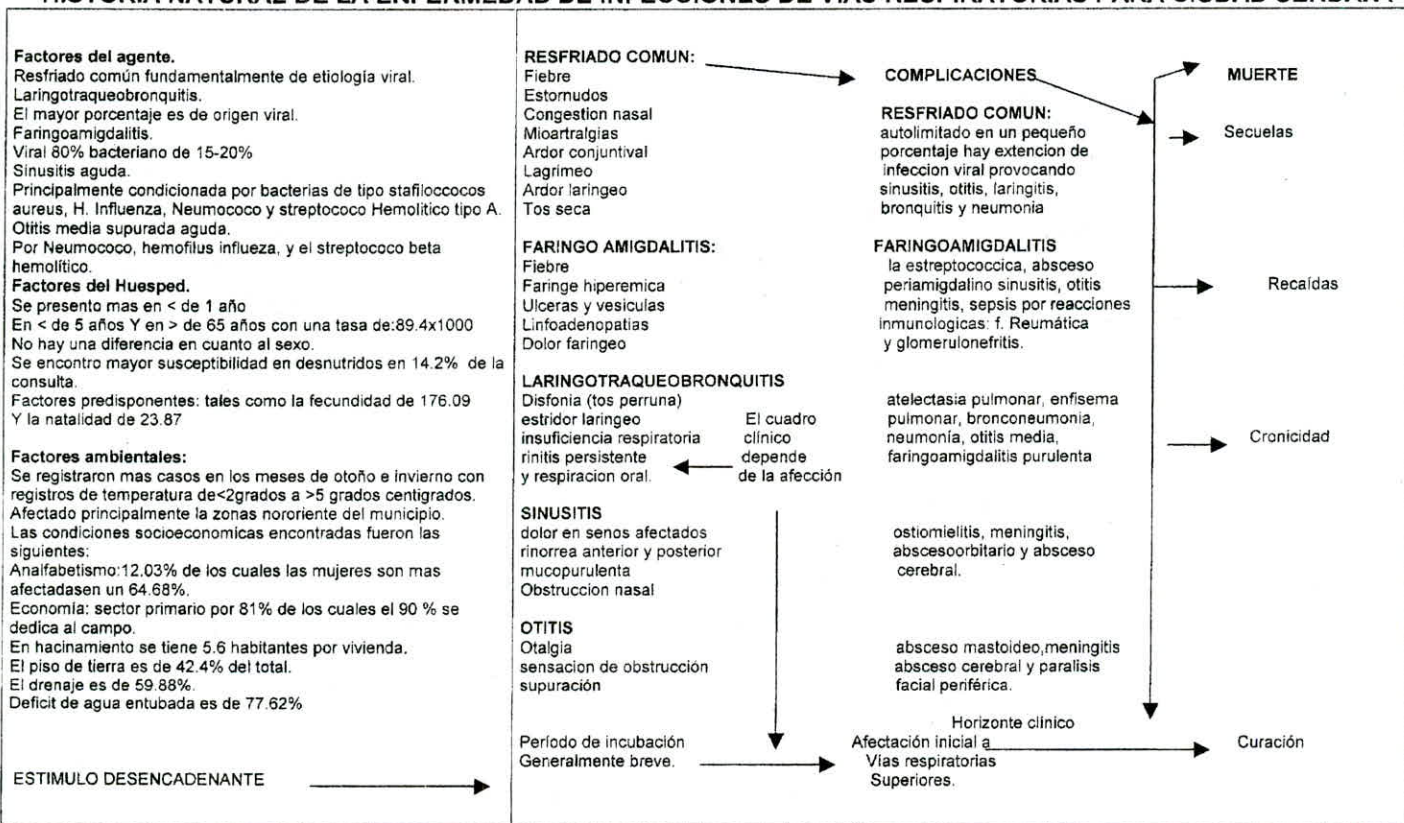
23. Pineault R y Daveluy D., La Planificación Sanitaria, Conceptos, Métodos, Estrategias, Edito. Masson, Barcelona España 1987.
24. SSA Dirección General de Estadística Informática y Evaluación, Programa Nacional de Salud 1990-1994, Capitulo.2, México, 1992.
25. Irigoyen CA Gómez CFJF, Hernández RC, Farfán SG diagnostico familiar 4ta edición editorial medicina familiar Mexicana México 1994.
26. Geyman J facies del ciclo vital de la familia. Citado por Irigoyen CA y col En Diagnostico de familia 4ta edición editorial de medicina familiar mexicana México 1994.
27. Irigoyen CA Gómez CFJF, Hernández RC, Farfán SG diagnostico familiar 5ta edición editorial medicina familiar Mexicana México 1996.
28. Halvorsen JG Self Report Family Assemens Instruments An Evaluative Review Family practice Reseacha Journal 1991 11 ,21-55 en fundamentos de medicina familiar 4ta edición editorial medicina familiar.
29. Chávez AV instrumentos de abordaje para el estudio integral de la salud familiar revista mexicana de medicina familiar 1989 3; 47-67.
30. Satire V relaciones humanas en el núcleo familiar, editorial pax México 1991.
31. Estrada L. El ciclo vital de la familia Editorial paidos.
32. Manual de procedimientos de la UMF n 6 sobre hospital amigo de la familia.
33. Pazarán Zanella O; Lezama Flores G; Aguilar Muñoz E; Diagnóstico de salud de Chalchicomula de Sesma. 1997 Pág. 120

**UNIDAD MEDICO QUIRURGICA INTERMEDIA
DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL
SERIE HISTORICA DE 1992 A 1997
CHALCHICOMULA DE SESMA, PUEBLA**

	1992		1993		1994		1995		1996		1997	
	DEF.	TASA	DEF.	TASA	DEF.	TASA	DEF.	TASA	DEF.	TASA	DEF.	TASA
NEUMONIA Y BRONCONEUMONIA	43	1.20	39	1.07	35	0.95	33	0.88	30	0.79	19	0.50
PERINATALES	27	0.75	25	0.70	24	0.65	23	0.62	32	0.85	14	0.36
TRAUMATISMOS	29	0.81	20	0.55	22	0.60	25	0.67	16	0.42	15	0.39
INFARTO AL MIOCARDIO	12	0.33	19	0.53	23	0.62	25	0.67	20	0.53	15	0.39
OTRAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS	18	0.50	17	0.47	17	0.46	16	0.43	13	0.34	15	0.39
GASTROENTERITIS	23	0.64	17	0.47	10	0.27	10	0.26	8	0.21	7	0.18
VIOLENCIAS	13	0.36	19	0.53	14	0.38	14	0.37	17	0.45	15	0.39
DIABETES	13	0.36	10	0.27	17	0.46	13	0.35	8	0.21	24	0.63
HIPERTENSION ARTERIAL	15	0.42	6	0.16	14	0.38	12	0.32	8	0.21	5	0.13
MALFORMACIONES CONGENITAS	7	0.19	11	0.30	13	0.35	14	0.37	10	0.26	18	0.47
OTRAS CAUSAS	34	0.95	59	1.63	45	1.23	50	1.34	75	1.99	89	3.34

FUENTE: I.N.E.G.I. (ESTADISTICAS VITALES) TASA X 1000.

HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD DE INFECCIONES DE VIAS RESPIRATORIAS PARA CIUDAD SERDAN PUEBLA.



PERIODO PREPATOGENICO		PERIODO PATOGENICO			
Prevención primaria		Prevención secundaria		Prevención terciaria	
Promoción a la salud	Protección específica	Diagnostico precoz	Tratamiento oportuno	Limitación de la incapacidad	Rehabilitación.
Educación para la salud en la población. Mejoramiento de las condiciones ambientales, de vivienda, de higiene y nutricionales. Promover el acceso a los servicios de salud. Mejorar las condiciones socioeconómicas y culturales.	Cubrirse la boca al toser y estornudar. Evitar cambios bruscos de temperatura. Evitar auto –medicación. Evitar exposición con personas infectadas, principalmente niños pequeños o aquellos con enfermedades debilitantes.	Depende del tipo clínico de afección. En caso de resfriado común o en laringotraqueitis, el Dx es clínico. En caso de adenoiditis; cuadro clínico y Rx lat. cuello. En sinusitis , clínica y Rx senos paranasales. En Faringoamigdalitis clínica y según agente exudado, proteína C reactiva, antiestreptolisina. Pruebas serológicas para identificación de virus (poco practica)	En cuadro Viral el Tx es sintomático: Reposo, medios físicos para fiebre, abundantes liq etc. En etiología bacteriana: antibiótico según agente que produce el cuadro clínico. Medidas generales	Evitar complicaciones Tratamiento de infecciones bacterianas agregadas según norma de IRAS. Drenajes adecuado de secreciones traqueobronquiales. Corrección del desequilibrio hidroelectrolítico y/o ácido base, si se presenta. Amigdalectomia en casos seleccionados y adenoidectomia cuando este indicada.	*A través del equipo de salud conseguir el apoyo a las instituciones en el manejo de personas afectadas por ejemplo hipoacusia.

FORMULACION DEL PROBLEMA CENTRAL.

PROBLEMA.	FACTORES AMBIENTALES.	FACTORES BIOLOGICOS.	DANOS A LA SALUD.	FACTORES ECONOMICOS.	FACTORES ORGANIZACIONALES DE LOS SERVICIOS DE SALUD.	SINTOMAS.	CONSECUENCIAS.
CENTRAL MORTALIDAD POR IRAS.	Clima: Tipo de suelo: Arcilloso y arenoso (cambisol) no apto para cultivo por pocos nutrientes, solo pastoreo. (Desnutrición y falta de cítricos) explotación del suelo sin mantenimiento. Orografía: Altitud: 2420 (San Pedro Temamatla) 2780 (San Juan Arcos) y de 2520 (CD Serdan) msnm Clima: entre -3 y 18°C con 5- 40 mm de Agua (precipitación fluvial). Heladas constantes en invierno y otoño.	Sexo: Edad: Se registro mortalidad en menores de 5 años de 7.09x1000 y mayores de 65 años con 1.88x1000 Natalidad: 23.87 Fecundidad: 176.09 Desnutrición: 14.21 menores de 5 años de la consulta.	Sexo: Edad: se registro morbilidad en Menores de 5 Años 1100.8x1000, Escolar 155.01, Productiva 231.4x100 y en mayores de 65 años con 34.72x1000. Mortalidad: General es de 89.4x 100000.	El 50.22% gana < de 1 salario mínimo. El 45% gana 2 salarios mínimos. Y el 4.78% gana más de 2 salarios mínimos. Ocupación:	El programa no impacta lo suficiente en la población. No hay capacitación en forma aceptable en las madres. Falta de capacitación en el personal.	Resfriado común Clínicos: Fiebre, estornudos, congestión nasal, mioartralgias ardor conjuntival. Lagrimeo, ardor laríngeo tos seca. Social: Baja productividad laboral y en el hogar	Clínicos: Sinusitis, otitis, laringitis, bronquitis, neumonía. Sociales: Días laborales perdidos por incapacidad medica. Impacto en el gasto familiar (medicamentos, dieta, cuidados especiales, etc.) hipoacusia y trastornos del lenguaje los niños no socializan.

SECUNDARIO Un problema social. Afectación patológica. Disminución del ingreso familiar.		Bajo aprovechamiento escolar. Retardo del crecimiento y desarrollo físico o mental. Mayor susceptibilidad a las enfermedades infecciosas. Mayor hacinamiento. Menor atención a los cuidados de los menores de 5 años, aumento en la tasa de morbi-mortalidad.	Incremento de los años de vida perdidos en la población que muere.	Vivienda inadecuada. 60.5% (sin techo de concreto). Piso de tierra 43.11% Sin drenaje en 58%. Sin agua el 10.8% Hacinamiento en 38.17% y por cuarto 4.9 Desnutrición en el 14.21% de la consulta. Analfabetismo 12.03% las mujeres son afectadas en un 64.68%.	Altos costos en la operación de los programas. Desabastos de insumos en las instituciones de salud. Altos costos de atención en las instituciones médicas privadas.	Riesgo de accidente laboral. Descuido en la atención de la familia sobre todo en los < de 5 años.	Mal rendimiento escolar.
--	--	--	---	---	--	--	---------------------------------

CAUSAS Y CONSECUENCIAS DEL PROBLEMA.

FACTORES CONDICIONANTES	CAUSAS	PROBLEMAS	CONSECUENCIAS
AMBIENTALES La población se ve afectada en forma directa	Temperaturas bajas durante el periodo sep-mar.	Mayor riesgo a la enfermedad respiratoria aguda	Presenta enfermedad respiratoria aguda y neumonía
BIOLOGICOS Bajo peso al nacimiento, desnutrición crónica, inmunosupresión infecciones virales frecuentes	Alteraciones en el árbol bronquial disminuyendo el sistema ciliar, provocando edema de mucosas e hipersecreción y congestión	Acumulación de desechos traqueobronquiales, presencia de gérmenes oportunistas, fiebre.	Complicación de cuadro respiratorio agudo(neumonía)
ORGANIZACIONALES Falta de promoción a la población en general y capacitación inadecuada en madres. Tratamientos inadecuados fuera de toda normatividad falta de seguimiento y observancia de factores de riesgo por el médico	Desinformación de la población por desinterés en el cumplimiento del programa de IRAS.	Programa de promoción a la salud de bajo impacto aumento de las complicaciones, aumento de la morbilidad, aumento de la mortalidad.	Procesos infecciosos respiratorios cada vez mas constantes, ausentismo escolar y en el trabajo falta del seguimiento del paciente.
SOCIOECONOMICOS Medio socioeconómico bajo y en muchos de los casos la pobreza extrema, y analfabetismo o educación deficiente.	Alimentación deficiente en calidad y cantidad, vivienda inadecuada, falta de información y capacitación a la población.	Manejo inadecuado de los enfermos dentro del hogar.	Enfermedades cada vez más resistentes a los antibióticos y por lo tanto aumento en el costo de los tratamientos.

ANÁLISIS DE ALTERNATIVAS.

ALTERNATIVAS	BENEFICIOS POTENCIALES	ELEMENTOS FAVORABLES	OBSTACULOS A ENFRENTAR
Capacitación del equipo de salud en el manejo de familias y el proyecto de IRAS así como supervisión y evaluación	Disminuir morbo-mortalidad de IRAS por neumonía al estudiar al individuo de manera bio-psico-social.	Normatividad y seguimiento de programas en el manejo de familias.	Falta de conocimiento del profesional y de la comunidad para trabajar en equipo
Identificación de familias con riesgo de sufrir IRAS en forma frecuente.	Personal medico y paramédico capacitado para el diagnostico temprano para daños y complicaciones y tratamiento oportuno.	Factibilidad del programa de IRAS y la infraestructura de servicios de salud.	Falta de cumplimiento de la norma de IRAS e interés por parte del personal de la salud.
Aumentar la capacitación de madres para evitar las enfermedades respiratorias.	Identificación oportuna en el hogar de signos de alarma(IRAS) y modificación en los estilos de vida.	Comunidad cautiva(dispensarización) . Se cuenta con recursos humanos y materiales.	Bajo nivel educativo y cultural por parte de la comunidad así como económico.
Capacitación y formación de comités de salud en los centros y casas de salud para trabajar conjuntamente con la comunidad.	Mejor conocimiento de la enfermedad en el auto cuidado y la procuración por parte de este y por parte de los familiares y convivientes . Mejor integración familiar , social y psicológica del paciente.	Se cuenta con recursos humanos y materiales en salud.	Desinterés y falta de credibilidad para los programas de salud.

ESTADO INICIAL INSUMOS PRINCIPALES	PROCESO DE TRANSFORMACION PROCESO	ESTADO FINAL PRODUCTOS PRINCIPALES.
PACIENTES CON IRAS DEL MUNICIPIO DE CHALCHICOMULA DE SESMA. PERSONAS MENORES DE 5 AÑOS Y MAYORES DE 65 AÑOS. DESNUTRIDOS. PREVENIR Y CONTROLAR OPORTUNA Y EFICAZMENTE LAS COMPLICACIONES DE LA ENFERMEDAD. CAPACITACION EN CONTROL Y PREVENCIÓN DE IRAS AL EQUIPO DE SALUD. INSUMOS SECUNDARIOS. DISMINUIR LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD Y EL COSTO QUE PRESENTAN Y SUS COMPLICACIONES. EQUIPOS DE SALUD CAPACITADOS PARA DAR EDUCACION PARA LA SALUD DENTRO DEL NUCLEO FAMILIAR. UNIDADES MEDICAS CON PERSONAL CAPACITADO Y EQUIPO NECESARIO PARA EL MANEJO DE IRAS.	LAS PERSONAS QUE PUEDEN SUFRIR IRAS, Y CONOCEN LAS CAUSAS PRINCIPALES QUE LAS PRODUCEN, DEBEN ESTABLECER LAS CONDICIONES PARA MODIFICAR SU ESTILO DE VIDA Y EVITAR ENFERMARSE ASI COMO LAS COMPLICACIONES. EVITAR EL USO DE ANTIBIOTICOS EN MENORES DE 5 AÑOS PARA EVITAR RESISTENCIA A LA ENFERMEDAD. EQUIPO DE SALUD EN LA PREVENCION Y CONTROL DE IRAS. UNIDADES MEDICAS EQUIPADAS CON LO MINIMO NECESARIO PARA LA REALIZACION DE UN BUEN DIAGNOSTICO, CONTROL Y SEGUIMIENTO.	PACIENTES CON IRAS. SUBPRODUCTOS CON DIAGNOSTICO Y REFERIDOS PACIENTES QUE ABANDONARON EL TRATAMIENTO. PORTADORES SANOS. RESIDUOS. DIAGNOSTICADOS. EN TRATAMIENTO. EN CONTROL. PACIENTES QUE ABANDONAN EL TRATAMIENTO.

**INTEGRANTES DEL EQUIPO DE SALUD PARA LA
DETECCIÓN CONTROL Y PROMOCIÓN DE LOS PACIENTES
CON IRAS, FUNCIÓN Y ADSCRIPCION.**

PERFIL	FUNCIÓN	NIVEL DE ATENCIÓN	ADSCRIPCION.
ENFERMERIA	* Apoyar en la consulta medica de IRAS y dar capacitación a la madre. * Desarrollar el proyecto de IRAS intramuros y extramuros. * Identificar y coordinar familias de personas con riesgo. * Realizar actividades de educación para la salud.	Primero y segundo nivel	Centro de salud y Hospital
MEDICO	* Participar con el equipo de salud en el programa de IRAS. * Proporcionar atención medica preventiva, curativa de pacientes con IRAS. * Referir a los pacientes que requieren servicios de mayor complejidad. * Identificar necesidades de capacitación de personal a su cargo. * Definición de los mecanismos de seguimiento.	Primero y segundo nivel.	Centro de salud y Hospital
PROMOTOR	* Crear conciencia en las personas para conocer el programa de IRAS. * Desarrollar el proyecto de IRAS intra y extramuros. * Identificación de grupos de riesgo según su estilo de vida. * Realizar las actividades de prevención a nivel grupal y comunitario.	Primer nivel.	Casas y Centros de salud.
ODONTOLOGO	* Atención, estomatología de acuerdo a los lineamientos. * Mantener la coordinación con todo el equipo. * Participar en el llenado del SISPA. * Evaluar los alcances mensuales y anuales de las actividades realizadas en el área de salud bucal.	Primer nivel.	Casas y centros de Salud.
TRABAJO SOCIAL	* Colaborar en la elaboración del Dx de salud y el programa se IRAS * Elabora actividades de educación para la salud en el programa de iras A nivel individual, de grupo(familia) y comunitaria. * Realizar visitas domiciliarias para el control de casos, educación familiar en aspectos de salud y detección de personas que requieran de asistencia social.	Primer nivel	Casas y centros de Salud.
AUXILIAR DE SALUD.	* Colaborar conjuntamente en el área de promoción a la salud dando pláticas de programas prioritarios. * Organizar a la comunidad para que participe en los programas con los Servicios de salud. * Establecer coordinación con los líderes y grupos de su localidad. * Realizar visitas domiciliarias en aquellos casos donde la subsecuencia de Padecimientos respiratorios afecten su vida familiar.	Primer nivel	Casa y centros de Salud.

VARIABLES.

VARIABLE.	CONCEPTO.	INDICADORES.
*Disminución de las complicaciones respiratorias evitando la neumonía y la muerte. *Incrementar el fomento a la salud la accesibilidad y los recursos.	*Establecer tratamientos y control en pacientes con enfermedades respiratorias agudas y crónicas. * Mayor posibilidad y confianza para acudir a los servicios .	*Numero menor de casos nuevos y de las complicaciones en relación a periodos anteriores. *Numero de familias capacitadas en IRAS. *Conocimiento de la población de la existencia de los programas gratuitos. *Percepción del problema de salud.
*Aplicación de los lineamientos de la norma por parte del personal médico y colaboradores.	*Posibilidad de éxito en la prevención tratamiento y control del paciente con IRAS así como sus complicaciones.	*Conocimiento sobre la historia natural de la enfermedad. *Conocimiento de los lineamientos establecidos en el proyecto. *Conocimiento de tratamientos alternativos e integrales.
*Participación de la comunidad en el proyecto.	*Grado de integración de la comunidad al programa.	*Numero de familias capacitadas sobre IRAS . *Frecuencia de realización de actividades.
*Uso adecuado para optimizar los recursos del proyecto.	*Estimación de las necesidades reales y potenciales de los insumos para el proyecto.	*Cantidad de insumos utilizados por numero de pacientes atendidos y familias capacitadas. *Frecuencia del uso de los insumos específicos.

GUÍA DE ESTUDIO FAMILIAR EN UNIDADES DE SALUD DE CHALCHICOMULA DE SESMA.

DEBERÁ SER REALIZADA POR EL EQUIPO DE SALUD A PARTIR DE QUE SE AUTORIZA EL PROYECTO, Y SE LLEVE A CABO. ESTE SERA CONTROLADO POR UN MAESTRO EN SALUD PUBLICA DESIGNADO POR CADA DIRECTOR DE SALUD Y SERA AYUDADO POR EL EQUIPO DE SUPERVISION QUE YA EXISTE.

SE APLICA A FAMILIAS DISFUNCIONALES POR PARTE DEL MEDICO DE CADA UNIDAD DE SALUD Y POSTERIORMENTE SE REUNE EL EQUIPO DE SALUD PARA REALIZAR EL ANÁLISIS.

1. FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre del paciente: _____ edad: _____ Sexo: _____
 Nombre de la familia: _____
 Cultura: _____ (1 urbana 2 suburbana 3 rural)
 Domicilio : _____ C.P. _____ TEL: _____
 Numero de visitas: _____ numero de sesiones: _____
 Entrevistadores: _____
 Fecha de inicio de estudio: _____
 Fecha de presentación de estudio: _____
 Numero de integrantes: _____
 Religión: _____
 Nivel Socioeconómico: _____
 Procedencia de la familia: _____
 Numero de afiliación: _____

FICHA FAMILIAR.

NOMBRE	EDAD	PARENTESCO	ESCOLARIDAD	OCUPACIÓN	EDO. CIVIL	ESCOLARIDAD	NACIONALIDAD	Sexo	ingreso

	Propia	Rentada	Compartida
Casa			
Departamento			
Terreno			
Vive con familiar			

EN ESTA PARTE SE PUEDE REALIZAR UN CROQUIS DE LA EXTENSIÓN DE LA VIVIENDA ADEMÁS DE LAS RELACIONES CON VECINOS, MEDIOS DE COMUNICACIÓN ETCETERA.

RELACIÓN ACTUAL: _____ (1.UNIÓN LIBRE, 2.CIVIL, 3.RELIGIOSO, 4.RELIGIOSO Y CIVIL, 5.SEPARADOS, 6.DIVORCIADOS)

TIPO DE PAREJA: _____ (1. HETEROSEXUALES, 2.HOMOSEXUALES, 3.HOMOSEXUAL Y HETEROSEXUAL, 4. BISEXUAL Y HETEROSEXUAL, 5.OTRO ESPECIFICAR _____).

DURACIÓN EN AÑOS: _____
RELACIONES ANTERIORES DE EL: _____ máx. DURACIÓN _____ MIN.
DURACIÓN _____

RELACIONES ANTERIORES DE ELLA _____ MÁXIMA DURACIÓN _____ MÍNIMA DURACIÓN _____

FECHA DE MATRIMONIO: _____ MATRIMONIOS ANTERIORES _____ CAUSA DE SEPARACIÓN _____

ESTADO CIVIL ANTERIOR DE EL _____ (A. CASADO, B SOLTERO, C DIVORCIADO, D VIUDO, E PADRE SOLTERO, F PADRE CON DOS FAMILIAS, G RELACIÓN CON MISMO SEXO).

ESTADO CIVIL ANTERIOR DE ELLA _____ (A. CASADA, B SOLTERA, C DIVORCIADA, D VIUDA, E MADRE SOLTERA, F MADRE CON DOS FAMILIAS, G RELACIÓN CON MISMO SEXO).

DATOS RECIENTES DE LA FAMILIA: A: POSITIVO B: NEGATIVO
(DE DOS AÑOS A LA FECHA) TODO LO POSITIVO DEBERÁ EXPLICARSE.

1.CAMBIO DE RESIDENCIA.	
2.MUERTE.	
3.ACCIDENTE.	
4.SEPARACIÓN.	
5.DIVORCIO.	
6.PROBLEMA ESCOLAR.	
7.PERDIDA DE EMPLEO.	
8.ENFERMEDADES.	
9.PROBLEMA ECONÓMICO.	
10. ASALTO.	
11. CÁRCEL.	
12. EMBARAZO.	
13 PROBLEMAS GENÉTICOS.	
14.VIOLACIÓN.	
(OTROS ESPECIFICAR)	

2. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.

EN ESTA PARTE DEL ESTUDIO DE EXPLICA EL PORQUE DE EL ESTUDIO FAMILIAR Y SE PUEDEN REALIZAR LA CITA DE CADA PROBLEMA EN ORDEN DE IMPORTANCIA.

3. ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA.

3.1 BIOLÓGICOS:

3.1.1 HEREDO FAMILIARES:

SE MENCIONAN EN FORMA CRONOLOGICA INICIANDO POR LOS ABUELOS PATERNOS, MATERNOS, PADRES, TIOS ETCETERA.

3.1.2 PATOLOGÍA DE IMPORTANCIA.

SE MENCIONA LA PATOLOGIA DEL PACIENTE EN ESTUDIO Y SU RELACIÓN CON LA SALUD FAMILIAR.

3.1.3. DEFUNCIONES

SE MENCIONA LAS MUERTES Y SI SE HA SUPERADO EL DUELO.

3.2 PSICOSOCIALES.

3.2.1 HISTORIA DE LA FAMILIA.

DEBERÁ HACERSE UN RESUMEN DE LAS SITUACIONES MAS IMPORTANTES QUE HA VIVIDO LA FAMILIA EMPEZANDO POR LOS ABUELOS POSTERIORMENTE LOS PADRES Y POR ULTIMO LA VIDA ACTUAL CON LOS HIJOS.

3.2.2. CRISIS FAMILIARES.

SE MENCIONAN TODAS LAS SITUACIONES QUE PROVOCAN UNA DISFUNCIÓN FAMILIAR PRIMERO EN ORDEN CRONOLÓGICO Y DESPUES EN ORDEN DE IMPORTANCIA.

4. SITUACIÓN ACTUAL DE LA FAMILIA.

4.1. ESTRUCTURA FAMILIAR:

4.1.1 FAMILIOGRAMA ESTRUCTURAL(ver anexo)

4.1.2. TOPOLOGÍA FAMILIAR.

SE ANALIZAN SEGÚN LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS.

- Por su Estructura:
- Por su Desarrollo:
- Por su Demografía:
- Por su funcionalidad:
- Por su tipología:

4.1.3 ETAPA ACTUAL DEL CICLO VITAL DE LA FAMILIA.

4.2 ÁMBITO SOCIAL:

4.2.1 Ingreso familiar y distribución.

4.2.2 Vivienda.

- Características:**
- Tipo de casa:**
- Tipo de construcción: Distribución:**
- Servicios:**
- Mobiliario:**
- Vías de acceso:**

4.2.3 Alimentación.

- Desayuno:**
- Comida:**
- Cena:**
- Higiene en los alimentos(SE COLOCAN LOS DIAS DE LA SEMANA QUE COMEN SOBRE LOS 7 DIAS)**
- Carne /7, huevos /7, lácteos /7, cereales /7, leguminosas /7, verduras /7.**

4.2.4 Recreación.

Individual(), conjunta(). TV, Fiestas familiares y tradicionales.

4.2.5 Adicciones.

Alcoholismo

Tabaquismo y drogadicción etcetera.

4.2.6 Utilización de servicios de salud y sociales.

IMSS, curandero, Particular. ETC.

4.2.7 Participación comunitaria.

Donde y con que contribuyen a nivel social para mejoras de la comunidad.

4.2.8 Ámbito laboral

Donde y en que trabajan cada miembro de la familia.

4.3 ÁMBITO BIOLÓGICO:

4.3.1 Enfermedades agudas y crónicas actuales.

4.3.2 Actividades médico preventivas y realizadas por la familia.(VACUNACION,DOC,DOD ETC.)

4.4 ÁMBITO PSICOLÓGICO:

4.4.1 Funciones familiares básicas

En cuanto al cumplimiento de los roles familiares

EL MAPA FAMILIAR EN ESTE MOMENTO ES FUNDAMENTAL YA QUE DETERMINA LAS LÍNEAS DE SOLUCIÓN.

4.4.2 Crisis familiares actuales.

4.4.3

Estudio de la interacción familiar.

NOS INTERESA EL ESTUDIO DE LOS ROLES, LA INTERACCIÓN DE CADA MIEMBRO Y DE CÓMO ELLOS CONCIBEN SU RELACIÓN FAMILIAR.

5 IDENTIFICACIÓN JERARQUIZACION CONJUNTA DE PROBLEMAS.

DEL MAS GRAVE AL MAS FÁCIL DE SOLUCIONAR.

6 EXLICACION DE FACTORES DE RIESGO INDIVIDUALES Y FAMILIARES
SE MENCIONAN TODOS Y CADA UNO DE LOS FACTORES QUE CONTRIBUYEN A EL MAL FUNCIONAMIENTO DE LA FAMILIA TANTO INTERNOS COMO EXTERNOS.

7 PLAN DE MANEJO CONJUNTO, ENFATIZANDO LA EDUCACION Y LA PREVENCION.

El equipo de salud se encargara de dar las propuestas para el manejo integral de el paciente y la familia en problemas.

8 EVOLUCIÓN Y SEGUIMIENTO

PERSONAL	ACTIVIDAD	TIEMPO	EVALUACIÓN
----------	-----------	--------	------------

MEDICO	ESTUDIO FAMILIA Y SALUD DE CADA MIEMBRO	1 MES Y POST. CADA 3 MESES EN CITA C.EXT.	PRE, DURANTE Y POSTERIOR
TRABAJO SOCIAL	TERAPIA FAMILIAR E INTEGRACIÓN	1 VEZ POR SEMANA	PRE, DURANTE Y POSTERIOR.
PSICOLOGÍA	TRATAR ENFERMEDADES NO BIOLÓGICAS	1 VEZ POR SEMANA	PRE, DURANTE Y POSTERIOR
PROMOTOR	RECORDAR CITA A LA FAMILIA	LAS NECESARIAS	REPORTE SEMANAL
AUXILIAR			
ENFERMERA			
ODONTÓLOGO			

El equipo de salud familiar se reunirá primeramente cada semana para sus conclusiones y evaluaciones posteriormente cada mes o según se requiera.

9 PRONOSTICO.

10 COMENTARIOS.

HISTORIA CLÍNICA INDIVIDUAL

NOMBRE:

DOMICILIO:

MUNICIPIO:

EDAD:

TELÉFONO:----- ESTADO:

ANTECEDENTES PERSONALES

EDO CIVIL: ESCOLARIDAD: LUGAR DE

NACIMIENTO:

CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA:

NUMERO DE CONVIVIENTES: HÁBITOS HIGIÉNICOS Y DIETÉTICAS.

SU ESQUEMA DE VACUNACIÓN.

DENTRO DE SUS ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES TENEMOS

ABUELA MATERNA:

ABUELO MATERNO:

ABUELOS PATERNOS:

MADRE Y PADRE:

antecedente ginecologicos: gesta: Partos: Abortos: Cesárea: Hijos vivos:

hijos muertos: control prenatal: atención de partos

padecimiento actual

EXPLORACIÓN FÍSICA.

ORGANIGRAMA DE PUESTOS DE RESPONSABILIDAD Y FUNCIONES PARA EL PERSONAL EN EL PROYECTO DE MANEJO DE FAMILIAS EN ENFERMEDADES RESPIRATORIAS AGUDAS.

**JEFE DE JURISDICCION.
(APROBACION DE PROYECTOS)**



**MAESTRO EN SALUD PUBLICA.
(CONTROL Y EVALUACION DE
PROYECTO)**



**RESPONSABLES DE UNIDADES MEDICAS
(IMSS,ISSSTE ETC.)
(COORDINACION DE EQUIPOS DE SALUD)**



**EQUIPOS DE SALUD.
(ESTUDIOS DE SALUD FAMILIAR Y MANEJO DE
FAMILIAS)**



**158 FAMILIAS POR CADA EQUIPO DE
SALUD.**

MEDICO:

- & Coordinar y participar en la elaboración, desarrollo y evaluación del programa sobre IRAS a partir del diagnóstico de salud de su área de responsabilidad.
- & Colaborar en la elaboración del material didáctico (Rotafolios, instrumentos de evaluación etcetera) que se utilizará en el proyecto.
- & Realizar atención médica preventiva curativa, de rehabilitación de manera integral(bio-psico-social) al individuo, a su familia, y a la población de su área de influencia.
- & Trabajar en conjunto con el equipo de salud en las visitas domiciliarias para el control de casos, en la educación individual, familiar y de comunidad en aspectos de salud.
- & Participar con el equipo de salud en la vigilancia epidemiológica de enfermedades por IRAS en su área de responsabilidad reportando los casos según la normatividad.
- & Organizar, coordinar, asesorar y supervisar las actividades del equipo de salud (enfermera de clínica y de campo, promotor, auxiliar de salud, trabajo social, odontólogo, psicólogo)
- & Referir a los pacientes que requieran servicios de mayor complejidad a un hospital de segundo nivel según su institución, participar en su seguimiento y continuar con su control posterior a la contrarreferencia.
- & Identificar necesidades de capacitación del personal a su cargo, en el manejo de familias y participar en la misma.
- & Se encargara en conjunto con el equipo de salud en la ejecución de la programación, presupuestación en el ámbito de su responsabilidad.
- & Mantener una comunicación estrecha con el personal que lo supervise o evalúe para perpetuar el trabajo en equipo.
- & Solicitar los insumos necesarios para realizar sus actividades y conservar en buen estado el material y equipo bajo su resguardo.
- & Realizar la identificación y referencia de casos del proyecto en cuestión que requieran asistencia social, a las instituciones correspondientes apoyándose en el equipo de salud.
- & Sugerir a sus superiores las medidas necesarias para atender la problemática de salud en las familias de su localidad.
- & Participará en la organización, capacitación, supervisión y evaluación del comité de salud, así como la identificación y solución a problemas de salud de la comunidad.
- & Utilizar el sistema de información en salud de la población abierta según las normas y procedimientos establecidos.

ENFERMERA:

- α Participar en la elaboración, desarrollo y evaluación del diagnóstico de salud y programa sobre IRAS.
- α Colaborar en la elaboración del material didáctico (Rotafolios, instrumentos de evaluación etcetera) que se utilizarán en el proyecto.

- α Apoyar en la consulta médica de pacientes con IRAS prestada en el consultorio y dando capacitación a la madre.
- α Desarrollar el proyecto de IRAS intramuros y extramuros.
- α Colaborar en el control de carpetas familiares del consultorio, registro de citas en la agenda y carnet.
- α Promover a nivel familiar la utilización adecuada de los servicios de la unidad.
- α Promover con el equipo de salud obras de saneamiento básico dentro de la comunidad.
- α Identificar y coordinar familias de personas con riesgos y problemas de salud similares.
- α Realizar las actividades de prevención, diagnóstico y rehabilitación
- α Solicitar los insumos necesarios para realizar sus actividades y conservar en buen estado el material y equipo bajo su resguardo.
- α Participar en la organización, capacitación, supervisión y evaluación del Comité de Salud, así como en la identificación y solución a problemas de salud de la comunidad.
- α Participar en el sistema de Información de salud de la población abierta según las normas de procedimientos establecidos.
- α Realizar actividades de educación para la salud, con el equipo de salud a nivel individual, familiar y comunitario dentro y fuera de la unidad.
- α Sostener una amplia comunicación con el personal que la supervise o evalúe, y sugerir a sus superiores las medidas necesarias para atender la problemática de salud.
- α Colaborar en la identificación y referencia de casos que ameriten un segundo nivel o la asistencia social a la institución correspondiente.
- α Organizar a los individuos, a las familias, a la comunidad para que participe activamente en el programa de IRAS.
- α Establecer la coordinación con los líderes y grupos del área de influencia de la unidad, para que participen en la organización de la comunidad.
- α Hacer las visitas domiciliarias para el control de casos, y educación familiar en aspectos de salud.
- α Contribuir en el cumplimiento del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, mediante visitas domiciliarias para detección y control de casos.
- α Creación y coordinar grupos de personas con riesgo y problemas de salud similares, identificar familias para su estudio.
- α Llevar a cabo el seguimiento de los pacientes referidos a otras unidades, así como de los que indique el médico.
- α Promover la participación de los individuos, familias y de toda la comunidad para la ejecución del proyecto de IRAS.

TRABAJO SOCIAL:

- Colaborar en la elaboración, del diagnóstico de salud y programa sobre IRAS.
- Determinar el nivel social y económico de cada familia de la comunidad.
- Ejecutar actividades de educación para la salud en el programa de IRAS a nivel individual, de grupo (familia) y comunitaria.
- Establecer la coordinación con los líderes y grupos del área de influencia de la unidad, para que participen en la organización de la comunidad en el programa de IRAS.
- Participar en coordinación con la enfermera en la organización y capacitación del comité de salud, así como en la identificación de problemas de salud, social de la comunidad.
- Formar y coordinar grupos de personas con riesgo y problemas de salud similares, identificar familias para su estudio en coordinación con la enfermera de campo.
- Realizar visitas domiciliarias para el control de casos, educación familiar en aspectos de salud y detección de personas que requieran asistencia social.
- Realizar seguimiento de los pacientes con IRA referidos a otras unidades así como de los que indique el médico.
- Orientar y capacitar a la población sobre el uso de los recursos institucionales, que puedan contribuir a asegurar que los individuos, alcancen mejor calidad de vida.
- Estimular provocando medidas tendientes a lograr mejor calidad de vida para la población, creando sistemas, canales y otras condiciones para la participación en el logro de esas medidas.
- Orientar a la madre sobre el cuidado del prematuro con respecto a IRAS.
- Realizar labor de convencimiento con el paciente o su familia para traslado a otra unidad de salud.
- Orientar a la familia sobre tramites de defunción , cuando la muerte por IRAS se presente.

AUXILIAR DE SALUD

-  Apoyar en la elaboración y desarrollo de las cédulas del microdiagnóstico familiar con la finalidad de conocer más profundamente su comunidad y con ello la realización de un diagnóstico de salud.
-  Promover las acciones médico preventivas que se llevan a cabo en el centro de salud.
-  Apoyar al programa de vacunación universal en específico la difusión de la aplicación de la vacuna pentavalente con la finalidad de disminuir los problemas respiratorios causados por el Hemofilus influenza.
-  Colaborar conjuntamente con área de promoción a la salud otorgando plan ticas sobre los signos de alarma que se presentan en los menores de 5 años con enfermedad respiratoria aguda así como la capacitación de madres.
-  Participar en el sistema de información en salud para población abierta según las normas y procedimientos establecidos.

- 📖 Realizar actividades de educación para la salud individual, familiar, y en grupos escolares de su localidad.
- 📖 Cooperar con el personal que la supervise, la evalúe así como sugerirles a sus superiores las medidas necesarias que se puedan llevar a cabo en su localidad para atender los problemas de IRAS.
- 📖 Contribuir en la identificación y referencia de los casos de neumonía que requieran urgentemente la atención médica.
- 📖 Organizar a la comunidad para que participe en los programas prioritarios de la unidad médica (IRAS).
- 📖 Establecer coordinación con los líderes y grupos de su localidad que participen activamente con la unidad médica.
- 📖 Coadyuvar en el cumplimiento del sistema nacional de vigilancia epidemiológica simplificada, para detectar y controlar casos.
- 📖 Realizar visitas domiciliarias en aquellos casos donde la subsecuencia de padecimientos respiratorios afecte al núcleo familiar.
- 📖 Verificar el seguimiento de los pacientes referidos con IRAS al centro de salud así como el tratamiento que el médico indica.

ODONTOLOGO.

- 🌀 Participar en la elaboración y actualización del diagnóstico de salud de la población de responsabilidad de la unidad, en lo referente a su área.
- 🌀 Analizar las carpetas familiares e individuales para verificar y registrar en ellos la información estomatológica requerida.
- 🌀 Formular e integrar la programación operativa de las actividades a realizar en el servicio, de acuerdo a los resultados del diagnóstico de salud de la comunidad.
- 🌀 Proporcionar atención estomatológica preventiva, curativa y de urgencias de acuerdo a los lineamientos establecidos.
- 🌀 Mantener la coordinación del equipo de salud de la unidad.
- 🌀 Referir a los pacientes que requieren servicios de mayor complejidad para su atención, vigilando que el mecanismo se aplique en forma adecuada.
- 🌀 Informar y capacitar a la población, realizando campañas preventivas de salud bucal y participando en actividades de educación para la salud dirigidas a grupos prioritarios.
- 🌀 Fomentar y participar en las investigaciones clínicas, epidemiológicas y de servicios que se desarrollen en el área, en especial las relacionadas con su especialidad.
- 🌀 Realizar el llenado de los formatos del sistema de Información en Salud de población abierta referente al área de estomatología.
- 🌀 Evaluar los alcances semanales, mensuales y anuales de las actividades realizadas en el área de salud bucal, con las familias y participar con el personal del equipo de salud, en la evaluación de las acciones el programa de IRAS.
- 🌀 Promover y vigilar el adecuado mantenimiento y conservación de la planta física e instalaciones de la unidad y mantener en buen estado el material y equipo bajo su custodia.

PROMOTORES

- Participar en la elaboración, desarrollo y evaluación del diagnóstico de salud y programa sobre IRAS.
- Movilizar a la gente creando conciencia para que realice a favor del objetivo que se persigue venciendo la resistencia de la población, a través de conocer a fondo el programa de IRAS.
- Identificarse con la población con la que va a trabajar para poderla motivar.
- Colaborar en la elaboración del material didáctico (Rotafolios, instrumentos de evaluación etc.) que se utilizarán en el proyecto.
- Desarrollar el proyecto de IRAS intramuros y extramuros.
- Colaborar en el control de carpetas familiares del consultorio para uso dentro de la vivienda.
- Promover a nivel familiar la utilización adecuada de los servicios de la unidad.
- Promover con el equipo de salud obras de saneamiento básico dentro de la comunidad.
- Identificar, ser guía, dirigente, orientador y capacitador de familias de personas con riesgos y problemas de salud similares.
- Realizar las actividades de prevención a nivel grupal y comunitario.
- Participar en la organización, capacitación, supervisión y evaluación del Comité de Salud, así como en la identificación y solución a problemas de salud de la comunidad.
- Participar en el sistema de Información de salud de la población abierta según las normas de procedimientos establecidos.
- Realizar actividades de educación para la salud, con el equipo de salud a nivel individual, familiar y comunitario dentro y fuera de la unidad para promover un cambio (mejoramiento económico social y cultural).
- Sustener una amplia comunicación con el personal que la supervise o evalúe, y hacer gestión con sus superiores de las medidas necesarias para atender la problemática de salud.
- Organizar a los individuos, a las familias, a la comunidad para que participe activamente en el programa de IRAS.
- Establecer la coordinación con los líderes y grupos del área de influencia de la unidad, para que participen en la organización de la comunidad aprovechando cada situación.
- Hacer las visitas domiciliarias para el control de casos, y educación familiar en aspectos de salud.
- Contribuir en el cumplimiento del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, mediante visitas domiciliarias para detección y control de casos.
- Creación y coordinar grupos de personas con riesgo y problemas de salud similares, identificar familias para su estudio.
- Promover la participación de los individuos, familias y de toda la comunidad para la ejecución del proyecto de IRAS.

PSICÓLOGO:

ψ Coordinar y participar en la elaboración, desarrollo y evaluación del programa sobre IRAS a partir del diagnóstico de salud de su área de responsabilidad.

ψ Colaborar en la elaboración del material didáctico (Rotafolios, instrumentos de evaluación etcetera) que se utilizará en el proyecto.

ψ Realizar atención médica preventiva, de rehabilitación de manera integral(bio-psico-social) al individuo, a su familia, y a la población de su área de influencia.

ψ Trabajar en conjunto con el equipo de salud en las visitas domiciliarias a familias con riesgo para el control de casos, proporcionando educación individual, familiar y de comunidad en aspectos de salud.

ψ Colaborar en las actividades del equipo de salud, y determinar los problemas encontrados en la comunidad, desde el punto de vista psicologico social

ψ Referir a los pacientes que requieran servicios de mayor complejidad a un hospital de segundo nivel según su institución, participar en su seguimiento y continuar con su control posterior a la contrarreferencia.

ψ Identificar necesidades de capacitación del personal a su cargo, en el manejo de familias y participar en la misma.

ψ Se encargará en conjunto con el equipo de salud en la ejecución de la programación, presupuestación en el ámbito de su responsabilidad.

ψ Mantener una comunicación estrecha con el personal que lo supervise o evalúe para perpetuar el trabajo en equipo.

ψ Solicitar los insumos necesarios para realizar sus actividades y conservar en buen estado el material y equipo bajo su resguardo.

ψ Realizara la identificación de casos del proyecto en cuestión que requieran apoyo psicologico, apoyándose en el equipo de salud.

ψ Sugerir a sus superiores las medidas necesarias para atender la problemática de salud en las familias de su localidad.

ψ Participará en la evaluación del comité de salud, y del equipo de salud para realizarles terapias individuales, y prepararlos para la confrontación adecuada de individuos, familias y la comunidad (requisito).

ψ Utilizar el sistema de información en salud de la población abierta según las normas y procedimientos establecidos.

ESCALAMIENTO TIPO RENSIS LIKERT.

Este es un instrumento de medición social para medir actitud, entendida como una manera favorable o desfavorable ante muy diversos eventos o bien objetos. Las actitudes están relacionadas con el comportamiento que mantenemos en torno a lo que se hace referencia.

Si se detecta que la actitud de un grupo hacia las IRAS es desfavorable, esto no significa que las personas están adoptando acciones para evitar estas, pero sí es un indicador de que puede ir las a adoptando paulatinamente. La actitud es como una "semilla", que bajo ciertas condiciones puede "germinar en comportamiento".

Las actitudes tienen diversas propiedades, entre las que destacan: dirección (positiva o negativa) e intensidad (alta o baja), estas propiedades forman parte de la medición.

El escalamiento tipo Likert consiste en un conjunto de ítem presentados en forma de afirmaciones o juicios ante los cuales se pide la reacción de los sujetos. Es decir, se presenta cada afirmación al sujeto que exprese su reacción eligiendo uno de los cinco puntos de la escala. A cada punto se le asigna un valor numérico. Así, el sujeto obtiene una puntuación respecto a la afirmación y al final se obtiene una puntuación total sumando las puntuaciones obtenidas con relación a todas las afirmaciones.

Las afirmaciones califican al objeto de actitud que se están midiendo y deben expresar sólo una relación lógica, además es muy recomendable que no excedan de 20 preguntas. Debe recordarse que a cada una de ellas se le asigna un valor numérico y sólo puede marcarse una opción. Se considera un dato inválido a quien marque dos o más opciones.

Asimismo, pueden hacerse distintas combinaciones como "totalmente verdadero" o "completamente no". Y las alternativas de respuesta pueden colocarse en forma horizontal o vertical.

Definitivamente si	Probablemente si.	Indeciso.	Probablemente no	Definitivamente no
-----------------------	----------------------	-----------	---------------------	-----------------------

Es indispensable señalar que el número de categorías de respuesta debe ser el mismo para todas las afirmaciones.

Las afirmaciones pueden tener dirección: favorable o positiva y desfavorable o negativa. Y esta dirección es muy importante para saber cómo se codifican las alternativas de respuesta.

Si la afirmación es positiva significa que califica favorablemente al objeto de actitud, y cuanto los sujetos estén más de acuerdo con la afirmación, su actitud será más favorable.

Ejemplo: Considera importante salir a trabajar en la comunidad.

- a) Muy de acuerdo.
- b) De acuerdo.
- c) Indeciso.
- d) En desacuerdo.
- e) Muy en desacuerdo.

Es decir, estar más de acuerdo implica una puntuación mayor.

Si la afirmación es negativa significa que califica desfavorablemente al objeto de actitud, y entre los sujetos que estén más de acuerdo con la afirmación, su actitud es más favorable.

0 25 50 75 100 %

Se califica por cada persona, para obtener su nivel de conducta, (claves) así como de todo el grupo. (Concentrado en sabana). El total de puntos de cada participante, entre el total de participantes.

ESCALA LIKERT INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS.

Nombre _____ Ocupación. _____

Subraya la respuesta correcta a cada pregunta.

1. El estudio individual del paciente de manera integral es lo más importante en el manejo de las infecciones respiratorias.

- a) Muy de acuerdo c) Ni en acuerdo, ni en desacuerdo
b) De acuerdo d) En desacuerdo e) muy en desacuerdo

2. ¿Un menor de 2 años que llega a consulta con un día de evolución y fiebre de 38, C lo manejaría con antibióticos?.

- a) muy de acuerdo c) Ni en acuerdo, ni desacuerdo.
b). De acuerdo d) En desacuerdo e) Muy en desacuerdo.

3. ¿La prevención de infecciones respiratorias agudas se puede llevar a cabo de dentro del núcleo familiar?.

- a) Muy de acuerdo c) Ni en acuerdo, ni en desacuerdo
b) De acuerdo d) En desacuerdo e) Muy en desacuerdo

4. ¿El Diagnóstico de la situación de una comunidad actual, es determinante para el control y prevención de infecciones respiratorias agudas?

- a) Muy de acuerdo c) Ni en acuerdo, ni en desacuerdo
b) De acuerdo d) En desacuerdo e) Muy en desacuerdo

5. El trabajo en equipo dará menores resultados que de manera individual.

- a) Muy de acuerdo c) Ni en acuerdo, ni en desacuerdo
b) De acuerdo d) En desacuerdo e) Muy en desacuerdo.

6. ¿Actualmente el paradigma o modelo de atención medica debe

cambiar?

- a). Muy de acuerdo c) NI de acuerdo, ni en desacuerdo
b) De acuerdo d) En desacuerdo e). Muy en desacuerdo.

7.¿Los programas de atención primaria de la salud se deben enfocar a nivel individual, de grupos y comunitario?.

- a) Muy de acuerdo c) Ni en acuerdo, ni en desacuerdo
b) De acuerdo d) En desacuerdo e) Muy en desacuerdo

8.El acetaminofen en menores de 5 años se administra cada 8 horas a dosis de 30 miligramos por kilo por día.?

- a)Muy de acuerdo c)Ni en acuerdo, ni en desacuerdo
b) De acuerdo d) En desacuerdo e) Muy en desacuerdo

9.Las complicaciones por IRAS estan asociadas al analfabetismo.

- a)Muy de acuerdo c)Ni en acuerdo, ni en desacuerdo
b) De acuerdo d) En desacuerdo e) Muy en desacuerdo

10.Las condiciones de la vivienda no estan asociadas a las complicaciones por IRAS.

- a)Muy de acuerdo c)Ni en acuerdo, ni en desacuerdo
b) De acuerdo d) En desacuerdo e) Muy en desacuerdo

11.La salud de la comunidad es responsabilidad de todos?.

- a)Muy de acuerdo c)Ni en acuerdo, ni en desacuerdo
b) De acuerdo d) En desacuerdo e) Muy en desacuerdo

12. La Marginalidad es condicionante para las complicaciones y

mortalidad por
IRAS.

- a) Muy de acuerdo c) Ni en acuerdo, ni en desacuerdo
b) De acuerdo d) En desacuerdo e) Muy en desacuerdo

13. ¿Considera usted que uno de los mediadores de los servicios de salud para su buen funcionamiento es la misma comunidad?.

- a) Muy de acuerdo c) Ni en acuerdo, ni en desacuerdo
b) De acuerdo d) En desacuerdo e) Muy en desacuerdo

14. Un niño menor de 2 meses que presenta neumonía con cualquiera de sus fases o un niño de 2 a 4 años con fase avanzada de neumonía absceso de garganta y mastoiditis se procese de administrar la 1ª dosis de antimicrobiana y referir a segundo nivel.

- a) Muy de acuerdo c) Ni en acuerdo, ni en desacuerdo
b) De acuerdo d) En desacuerdo e) Muy en desacuerdo

15. Todo paciente con IRAS no debe revalorizarse a las 24 horas. O antes si presenta signos de complicación o gravedad.

- a) Muy de acuerdo c) Ni en acuerdo, ni en desacuerdo
b) De acuerdo d) En desacuerdo e) Muy en desacuerdo

16. Es dato de alarma frecuencia respiratoria mayor de 40 por minuto en menores de 2 meses de edad, arriba de 30 por minuto en niños de 2 a 11 meses de edad, y arriba de 20 por minuto en niños de 1 a 4 años de edad.

- a) Muy de acuerdo c) Ni en acuerdo, ni en desacuerdo
b) De acuerdo d) En desacuerdo e) Muy en desacuerdo

17. La desnutrición en menores de 5 años no acelera las

complicaciones por IRAS a)Muy de acuerdo c)Ni en acuerdo, ni en desacuerdo
b) De acuerdo d) En desacuerdo e) Muy en desacuerdo

18. Considera usted que la investigación en salud es importante para reducir las

complicaciones y mortalidad por IRAS.

a)Muy de acuerdo c)Ni en acuerdo, ni en desacuerdo
b) De acuerdo d) En desacuerdo e) Muy en desacuerdo

19. Debe haber congruencia entre lo que establece la norma y lo que se hace.

a)Muy de acuerdo c)Ni en acuerdo, ni en desacuerdo
b) De acuerdo d) En desacuerdo e) Muy en desacuerdo

20. Para dar educación para la salud a su comunidad. ¿No es necesario tener una preparación de técnicas de enseñanza aprendizaje?

a)Muy de acuerdo c)Ni en acuerdo, ni en desacuerdo
b) De acuerdo d) En desacuerdo e) Muy en desacuerdo

CLAVES LIKERT INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS.

1 = a 1	b 2	c 3	d 4	e 5
2 = a 1	b 2	c 3	d 4	e 5
3 = a 5	b 4	c 3	d 2	e 1
4 = a 5	b 4	c 3	d 2	e 1
5 = a 1	b 2	c 3	d 4	e 5
6 = a 5	b 4	c 3	d 2	e 1
7 = a 5	b 4	c 3	d 2	e 1
8 = a 1	b 2	c 3	d 4	e 5
9 = a 5	b 4	c 3	d 2	e 1
10 = a 1	b 2	c 3	d 4	e 5
11 = a 5	b 4	c 3	d 2	e 1
12 = a 5	b 4	c 3	d 2	e 1
13 = a 5	b 2	c 3	d 4	e 1
14 = a 5	b 4	c 3	d 2	e 1
15 = a 1	b 2	c 3	d 4	e 5
16 = a 1	b 2	c 3	d 4	e 5
17 = a 1	b 2	c 3	d 4	e 5
18 = a 5	b 4	c 3	d 2	e 1
19 = a 5	b 4	c 3	d 2	e 1
20 = a 1	b 2	c 3	d 4	e 5

INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS LIKERT GRUPO A

[illegible]

RELACION DEL CONSULTAS POR BIMESTRE POR MEDICO

PERSONAL	Ene- Feb	Mar - Abr.	May. Jun.	Jul - Agos.	Sep - Oct	Nov Dic-	LOGRO	META
1 Medico								3960
2 Medico								3960
3 Medico								3960
4 Medico								3960
5 Medico								3960
6 Medico								3960
7 Medico								3960
8 Medico								3960
9 Medico								3960
10 Medico								3960
11 Medico								3960
12 Medico								3960
13 Medico								3960
14 Medico								3960
15 Medico								3960
16 Medico								3960
17 Medico								3960
TOTAL DE CONSULTAS								67320

VISITAS A FAMILIAS CADA BIMESTRE POR TRABAJADOR SOCIAL

[illegible]

ATENCIONES REALIZADAS POR BIMESTRE POR AUX. DE SALUD

[illegible]

VISITAS REALIZADAS POR BIMESTRE Y PROMOTOR

1 Promotor								880
2 Promotor								880
3 Promotor								880
4 Promotor								880
5 Promotor								880
6 Promotor								880
7 Promotor								880
8 Promotor								880
9 Promotor								880
10 Promotor								880
11 Promotor								880
12 Promotor								880
13 Promotor								880
14 Promotor								880
15 Promotor								880
TOTAL DE VISITAS								13200

VISITAS A FAMILIAS POR BIMESTRE POR EL PSICOLOGO

PERSONAL	Ene- Feb	Mar - Abr.	May. Jun.	Jul - Agos.	Sep - Oct	Nov Dic-	LOGRO	META
1 Psicologo								440
2 Psicologo								440
3 Psicologo								440
4 Psicologo								440
5 Psicologo								440
6 Psicologo								440
7 Psicologo								440
TOTAL DE CONSULTAS								3080

UP
BIBLIOTECA CENTRAL