



ANTECEDENTES HISTORICOS E INTRODUCCION

La metodología fue desarrollada por Dr. Jhon Wyon medico norteamericano, basado en la experiencia que se adopto después de la segunda guerra mundial, en la cual existía un total desconocimiento de la situación de salud de los países afectados. Entonces nace la idea de desarrollar una estrategia que permita identificar la problemática de salud de todos los habitantes de una región basada en la realización de censos.

Fue Implementada en Punbaj en la India (estudio de Khana).Algunos de sus principios fueron aplicados en Haiti (Drs. Warren y Gretchen).

También fue aplicada por Save de Children con apoyo del Dr. Warren.

Fue introducida y adaptada para Bolivia y el CSRA por Dr. Perry. Se inicio su implementación en el Area de Carabuco a partir de 1982, donde se desarrollo mejor la implementación de sus etapas realizándose el levantamiento de censo, implementación de visitas domiciliarias y el sistema de vigilancia de eventos vitales. Todo el proceso mostró un impacto positivo en la situación de salud de la zona haciéndose objetiva en la reducción de la mortalidad infantil, materna y la mejora de coberturas en indicadores prioritarios de salud.

Posteriormente la implementación de la metodología se va extendiendo a otras áreas: Ancoraimes, Mallcu Rancho (Cochabamba) Villa Cochabamba y Cruz Roja en Montero y en Puerto Acosta. Actualmente la metodología continua en vigencia de implementación en el municipio de Ancoraimes, en las áreas de Montero en la cual se incorpora a partir del año 2000 el área de CLEM y a partir de 2003 se inicia el proceso de implementación en el Distrito 8 de la ciudad de El Alto

Reconociendo la efectividad de la metodología, esta fue adoptada por organizaciones en los países de México , Haití (FOCAS), Guatemala. El CSRA fue el responsable de transferir la experiencia adquirida a los equipos que actualmente vienen desarrollando la metodología en estos países.

En el afán transferir experiencias a sistemas de salud, proveedores de servicios, comunidad, el Consejo de Salud Rural Andino desarrollado manuales de esta forma de trabajo (1999, 2001). Este documento es una revisión de las antiguas versiones , complementación de las mismas,

Nuestro objetivo es dar a conocer los procedimientos para desarrollar la metodología y que esta pueda ser aplicada en cualquier zona, contribuyendo de esta forma a la construcción de un modelo de salud que tenga medidas efectivas para reducir el sufrimiento innecesario y el dolor de familias con mayor riesgo.

Esperamos que este documento sea de utilidad para los lectores y personas que tengan la inquietud de trabajar con un modelo de salud familiar y comunitaria



1. DEFINICIÓN

La metodología con base censal es una tecnología basada en los principios de la Medicina Familiar y Comunitaria, que a través de instrumentos efectivos contribuye a que los actores en salud (personal de salud, red social) puedan disminuir el sufrimiento innecesario que están ocasionando las principales enfermedades prevenibles, tratables o curables a las familias, a través de grupos vulnerables.

2. OBJETIVO

Conocer los problemas de salud mas serios, frecuentes, prevenibles y/o tratables en la población y quienes son las personas con mayor riesgo de enfermar y o morir, e incidir en estos problemas a través de acciones del personal de salud con la comunidad.

Intervenir en los problemas de salud de los las familias, barrios o comunidades a través de acciones preventivas realizadas por agentes voluntarios en salud en coordinación con el personal de salud.

3. PRINCIPIOS DE LA METODOLOGIA

Los principios bajo los cuales se desarrolla cada paso de la metodología se basan cuales podemos considerarlos como de primer y segundo orden.

Primer orden:

- ✓ Posibilidad de que exista acceso universal a la salud.
- ✓ La existencia de vigilancia de la salud con participación de la misma comunidad.
- ✓ Medir el impacto de las acciones a través de los instrumentos que proporciona.
- ✓ En vista de que los eventos de salud y enfermedad ocurren en los hogares y las condiciones que influyen en el proceso salud enfermedad varían de hogar a hogar, se promueve el contacto personalizado con cada familia.

Segundo orden:

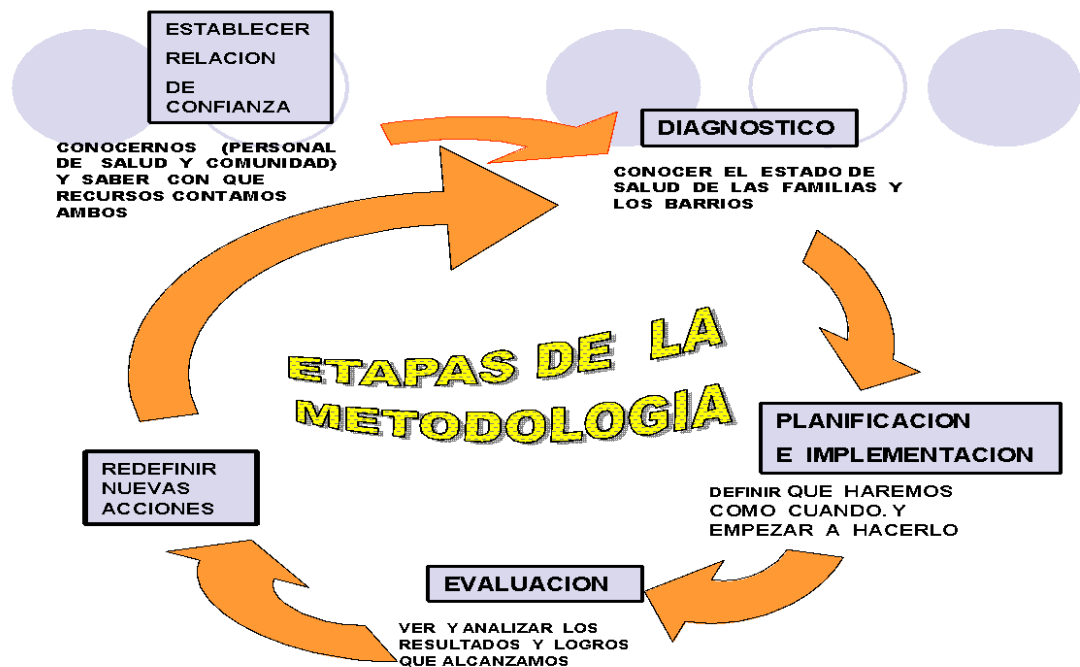
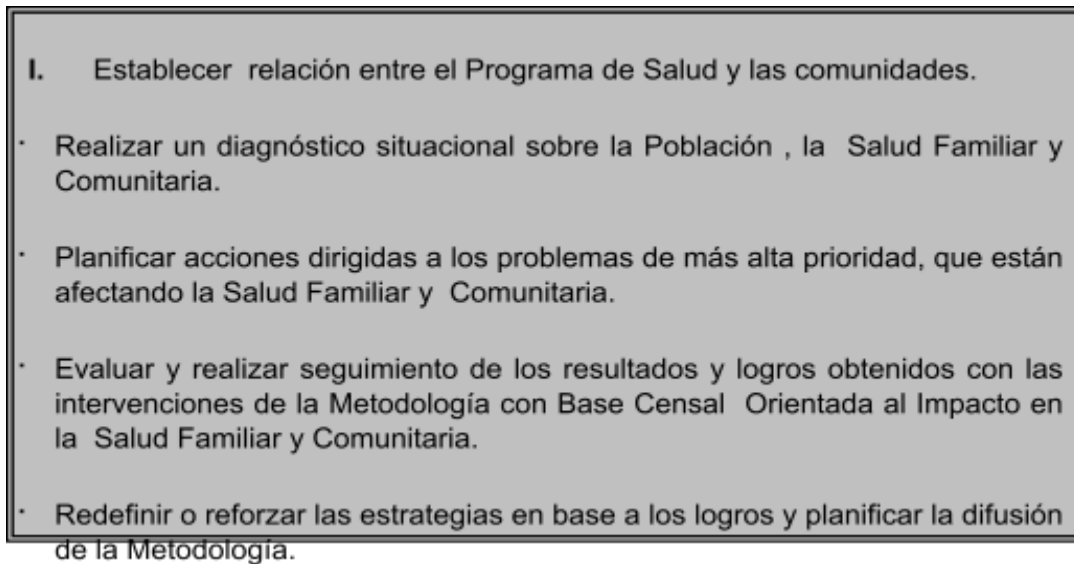
- ✓ Conocer los problemas mas frecuentes, serios, prevenibles o tratables de salud y las condiciones que las producen.
- ✓ Conocer quienes están en mayor riesgo de enfermar o morir, y donde están.
- ✓ Conocer lo que esta pasando en cada hogar.
- ✓ Desarrollar el relacionamiento de confianza entre la familia y los proveedores de servicios que requieren.



- ✓ Conocer cuales son las prioridades de la gente.
- ✓ Tener establecidos con claridad los denominadores de los indicadores de medición.
- ✓ Evaluar periódicamente los indicadores de salud y ajustar las acciones

4. ETAPAS DE LA METODOLOGÍA

Son cinco la Etapas Básicas que sigue el Ciclo de Acción de la MBCOI :





El movimiento de las 5 etapas se inicia con la etapa de establecimiento de relación de confianza, diagnóstico, como básicos y fundamentales. A partir de la etapa de diagnóstico adquiere una característica cíclica a fin de mejorar la metodología.

A continuación se realizará la descripción de las actividades contempladas en cada una de las etapas que constituyen elementos de la metodología.



ETAPA I

ESTABLECIMIENTO DE RELACION DE CONFIANZA ENTRE EL EQUIPO DE SALUD Y LA COMUNIDAD

I. OBJETIVO

Lograr condiciones favorables para que la red social se apropie del propósito de la MBCOI y se transforme en su gestor principal, en coordinación con el equipo de salud.

II. DESCRIPCIÓN DE LAS TAREAS

Esta Etapa comprende las siguientes tareas:

- Identificación de audiencias y actores
- Preparación de apoyos informativos
- Realización de reunión Interinstitucional entre los principales actores identificados para presentar la MCBIO.
- Estructuración de la red de vigilancia epidemiológica comunitaria

1. Identificación de audiencias y actores

En esta tarea, los proveedores del programa de salud deben individualizar a los principales actores sociales y sus intereses, para que así diseñen presentaciones que tengan mayor posibilidad de sensibilizarlos y creen una actitud más proactiva hacia la implementación de metodología. Las acciones a seguir son:

- ✓ Elaborar un listado de las principales autoridades locales, reflexionando sobre cuales son las personas y organizaciones a ser tomadas en cuenta como potenciales aliados estratégicos (ej.: ONGs, autoridades de juntas vecinales, comunitarias, voluntarios, etc.).
- ✓ Identificar los intereses, oportunidades y amenazas de cada uno de los actores contemplados en la lista elaborada previamente, es decir:
 - o ¿Cómo favorecerían o afectarían estos intereses (sociales, económicos,
 - o políticos, etc.) en la implementación de la metodología?
 - o ¿Con que recursos cuentan, para aportar a la implementación de la metodología?
 - o ¿Qué efectos negativos o positivos tendrían sobre la implementación de la metodología?



- ✓ Identificación de niveles y ámbitos de acción de los actores, para reconocer los espacios e instancias las que cada uno de los actores sociales donde se desenvuelven, influyen y desarrollan su trabajo:
 - o A nivel Municipal (Alcaldes, Consejos Municipales, Comité de Vigilancia, DILOS)
 - o A nivel de Gerencia de Red (Distritos de Educación, ONGs).
 - o A nivel de Distrito Municipal (Sub Alcaldes, Comité de Vigilancia de Distrito, Organizaciones sociales)
 - o A nivel de área (Directores , maestros, Juntas vecinales, Grupos organizados, grupos religiosos, operadores de ONGs)
 - o A nivel de barrio o sector (líderes locales, voluntarios, practicantes de medicina tradicional, maestros, población en general)

El instrumento requerido para el desarrollo de esta tarea es la matriz de identificación de audiencias y actores.

2. Preparación de instrumentos para el establecimiento de contacto con los actores.

Esta tarea se dirige fundamentalmente a contar con un paquete de elementos y herramientas a ser empleadas durante el contacto con los diferentes actores, en el afán de contar con bases técnicas que contribuyan en el proceso de sensibilización.

Para el logro de esta tarea se deben realizar los siguientes pasos:

- ✓ Elaborar presentación del Programa Nacional y/o Municipal de Salud (Modelo Sanitario y Políticas y programas prioritarios), para esto se debe realizar una reunión del equipo del servicio de salud en la que se discuta y adecue la redacción a un lenguaje más sencillo.
- ✓ Elaborar un mapa político del área en el que figure el nombre, ubicación de las comunidades, barrios, urbanizaciones, manzanos en la zona.
- ✓ Revisar y realizar presentación de estadísticas de salud actuales, seleccionar los indicadores más importantes (si no se posee información del área usar datos estadísticos del departamento o de nivel nacional). Se recomienda que los indicadores a presentar se expresen en porcentajes y gráficamente, para facilitar la comprensión por parte de la comunidad. La información que debería contener esta presentación es la referida a los principales indicadores de salud como mortalidad, cobertura de parto, cobertura de vacunación.
- ✓ Elaborar mapa y gráfica de red de servicios especificando:

a) Mapa con accesibilidad Geográfica: distancia de los barrios, comunidades a los servicios de salud, vías y medios de comunicación (caminos, teléfonos, radiocomunicaciones).

b) Gráficas de niveles de atención, recursos humanos y físicos:

- Servicios que ofertan los establecimientos de salud según sus niveles de atención (capacidad de resolución).
- Sistema de referencia y contra-referencia.



- Número de personal de salud con que cuenta cada servicio de salud.
 - Equipamiento de los servicios de salud.
- ✓ Elaborar presentación ejecutiva de la propuesta de trabajo **"Metodología con Base Censal Orientada al Impacto"** que debe incluir los siguientes puntos:
- Ciclo de la Metodología con las 5 etapas.
 - Sistema de visitas domiciliarias programadas a las familias en mayor riesgo de enfermar o morir y las visitas de seguimiento a los pacientes detectados y tratados.
 - Sistema de registro y seguimiento de eventos vitales
 - La participación social y el rol de los recursos humanos comunitarios como el principal factor del impacto en la implementación de la Metodología con Base Censal en el área.

3. Realizar reunión interinstitucional entre los principales actores sociales identificados, para presentar la "Metodología con Base Censal Orientada al Impacto".

El objetivo es demostrar las ventajas que ofrece la MBCOI en el perfeccionamiento en la Salud Familiar y Comunitaria, así se crea una conciencia individual y comunitaria de corresponsabilidad entre los actores sociales. Para su consecución se deben realizar los siguientes pasos:

- ✓ Establecer contacto con autoridades locales , a través de visitas, para determinar lugar y fecha para la realización de la reunión. Y solicitar el envío de invitaciones a los máximos representantes de los barrios y/o comunidades. Para agilizar este proceso y facilitar la coordinación interinstitucional es conveniente:
- o Entrevistarse con las máximas autoridades de los diferentes ámbitos de gestión en salud (Secretarios Generales de comunidades, Federación de Juntas vecinales, Gobierno Municipal, Concejo Municipal de Salud, voluntarios comunitarios, DILOS, Comité de vigilancia, Defensorías de salud, etc.) para definir una fecha de realización de la reunión.
 - o Sugerir las listas de participantes a la reunión basada en nuestra identificación de los principales actores sociales.
 - o Participar en la redacción de la invitación.
- ✓ Asegurarse que todos participantes reciban oportunamente la citación, para esto debe:
- o Contactar a todos los participantes para verificar si han recibido la invitación y enfatizar sobre la importancia de contar con su participación en la reunión.



- ✓ Verificar que se cuente con todos los materiales a utilizar en la presentación, para esto se debe revisar que se hayan cumplido a cabalidad con todos los pasos previstos en el punto de preparación de instrumentos.
- ✓ Definir aspectos organizativos y logísticos: Es importante prever que el equipo responsable de realizar la presentación cuente con el apoyo necesario para realizar su actividad, dentro de estos aspectos se debe considerar:
 - o Elaborar la agenda de la reunión, definir quienes integrarán el equipo y que temas deberán facilitar cada uno de ellos y la secuencia de los mismos.
 - o Visitar con anticipación el ambiente destinado para la realización de la reunión para verificar que el mismo cuente con todos los implementos necesarios, como ser:
 - Asientos suficientes para todos los participantes
 - Lugar adecuado para la colocación del material a presentar.
 - Si se va utilizar algún medio audiovisual verificar que exista energía eléctrica y los implementos necesarios para realizar la conexión.
 - Elaborar un presupuesto en el que se prevean los gastos de materiales, alimentación y transporte estén cubiertos.
 - Realizar oportunamente la solicitud de desembolso de recursos económicos a administración.
 - Asignar un responsable de ejecutar todos los aspectos organizativos y logísticos.
- ✓ Realizar reunión, para toma acuerdos y compromisos de cada actor social para iniciar el proceso de manera conjunta. Los aspectos más importantes para el desarrollo de la reunión son:
 - a) Elaborar una agenda que contemple como puntos importantes:
 - o Presentación de participantes
 - o Presentación de las políticas nacionales de salud y la capacidad de respuesta de la Red de Servicios de Salud localmente.
 - o Presentación del resumen de la metodología con base censal.
 - o Presentación del daño que las principales enfermedades están ocasionando en el área (indicadores de salud).
 - o Reflexionar sobre la responsabilidad de los otros actores locales en el perfeccionamiento de la salud familiar y comunitaria
 - o Presentación de la propuesta de trabajo en base a la M.B.C.O.I.
 - o Elaboración de compromisos para implementar M.B.C.O.I.
 - o Determinar los barrios o comunidades en las cuales se iniciara la metodología. Es importante que en un inicio se pueda seleccionar a aquellas comunidades que reúnan mayores condiciones para aceptar la metodología ya que esto permitirá al equipo ir asimilando paulatinamente las experiencias y el desarrollar mayor destreza en el manejo de los diferentes instrumentos, para luego extender sus



intervenciones al resto del área. En este paso se debe tomar en cuenta los siguientes factores:

Magnitud del daño: es decir, se debe priorizar aquellas comunidades o barrios donde se ha detectado una mayor cantidad grupos poblacionales de riesgo (niños menores de 5 años, gestantes, etc) y de casos de enfermos y/o muertes por causas prevenibles, tratables o curables. Estos datos los puede proporcionar la comunidad o el servicio de salud que esta en contacto con ella.

Participación Social: Se debe aprovechar el interés demostrado por algunas comunidades o barrios para contar con voluntarios de salud, ya que ellos son un factor determinante en el éxito de la metodología.

Antecedentes de Realizar Trabajos Comunitarios: Tendremos mayor probabilidad de éxito en las comunidades o barrios que tengan una organización mejor estructurada, con un liderazgo claro y que hayan realizado trabajos comunales.

Accesibilidad Geográfica: Es importante iniciar la metodología en aquellas comunidades donde podamos tener contacto frecuente y continuo para facilitar el apoyo y seguimiento oportuno en la implementación de la M.B.C.O.I.

- o Identificar los potenciales recursos que podrían aportar los actores sociales son:
 - Conocimiento sobre los valores locales
 - Recursos humanos para ser capacitados como: voluntarios de salud.
 - Acompañamiento a los equipos que deben realizar para la implementación de la MCBOL.
 - Alimentación para los voluntarios durante la realización de su actividad comunal.
 - Elaboración de croquis y numeración de viviendas en las comunidades a censar.
- o Fijar fecha y lugar para la reunión de planificación entre los actores sociales que han comprometido su participación en la implementación de la metodología en las comunidades y barrios seleccionados.

4. Estructuración del sistema de vigilancia epidemiológica comunitaria

La finalidad de esta tarea es oficializar los acuerdos tomados en la anterior reunión a través de la firma de un acuerdo de trabajo conjunto. Por otro lado también sentar las bases para construir la red de vigilancia epidemiológica con participación comunitaria. Los pasos a seguir son:

- ✓ Preparación de materiales y documentos para la realización de la segunda reunión, para contar con todos los instrumentos que garanticen el cumplimiento del objetivo. Los instrumentos requeridos son:
 - Documento propuesta para Acuerdo de Trabajo Conjunto



- Perfil de los voluntarios de salud. Este, deberá ser elaborado por el equipo y después ser analizado con las autoridades, sin embargo los aspectos básicos que debe contemplar son los siguientes:
 - ☐ Residencia en la comunidad o barrio
 - ☐ Contar con el apoyo y respaldo de su barrio o comunidad.
 - ☐ Interés de llevar adelante el trabajo en forma voluntaria.
 - ☐ Poseer capacidad de leer y escribir con facilidad.
 - ☐ Demostrar actitud respetuosa y confidencialidad.
 - Descripción de roles y funciones de los voluntarios de salud. En lo posible las funciones de los voluntarios deben ser focalizadas en:
 - ☐ Detección de personas y familias en riesgo.
 - ☐ Referencia y/o notificación al personal de salud de personas y familias en riesgo detectadas.
 - ☐ Seguimiento de las personas, familias en riesgo.
 - ☐ Promoción de la salud para generar auto cuidado en las personas, familias y comunidad.
 - ☐ Las acciones anteriormente mencionadas deberán ser desarrolladas a partir de los herramientas (censos, visitas domiciliarias, vigilancia de eventos vitales y mortalidad) e instrumentos (carpetas familiares) contemplados en la metodología con base censal.
 - Croquis de los barrios o comunidades seleccionadas para la implementación de la metodología.
- ✓ Reunión de planificación para la implementación de la metodología y definición de criterios para selección de voluntarios. El objetivo de este paso es involucrar a las autoridades de la comunidad o barrios seleccionados, en el proceso de conformación de la red de vigilancia para proseguir con la implementación de las metodología.
- Los aspectos a tocarse en la agenda son:
- Elaboración de compromisos para implementar M.B.C.O.I. (revisión de todos y cada uno de los puntos del acuerdo).
 - Revisión del perfil de los voluntarios comunitarios a seleccionarse.
 - Analizar los roles y funciones de los voluntarios que participaran en la implementación de la metodología.
 - Definir mecanismos de selección y acordar fechas para la realización de la misma.
 - Mapeo de la comunidad o barrios para realizar distribución geográfica y en función a esto definir el numero de voluntarios a ser seleccionados. Para esto es necesario contar con croquis preliminares de las comunidades o barrios.
- ✓ Selección de voluntarios de para la implementación de la metodología
- La selección de los voluntarios es una tarea que en la medida de las posibilidades debe ser organizada y llevada a cabo por las autoridades del barrio o comunidad, esto en el afán de que el grupo de voluntarios seleccionados tenga todo su apoyo y respaldo .



Las acciones del personal de salud, en este paso se concretaran a verificar que los aspectos contemplados en el perfil del voluntario se cumplan, en las personas propuestas por las autoridades .

- ✓ Una vez que se realizada la selección de los voluntarios y conformada la red de vigilancia , se convocara a las voluntarios de cada barrio o comunidad y a las autoridades responsables asignadas , para organizar el trabajo de implementación de la metodología. En esta reunión es clave realizar las siguientes actividades:
 - Presentar la metodología con todos sus componentes en forma resumida, para que los miembros de la red de vigilancia conozcan la magnitud de los procesos de implementación.
 - Compartir los roles, funciones y responsabilidades que asumirán los voluntarios y autoridades comunales.
 - Tomar acuerdos formales individuales entre los actores (voluntarios, autoridades, equipo de salud),
 - Elaborar un plan de actividades. Este, deberá contemplar actividades concretas a desarrollarse como la capacitación, inicio de levantamiento de censos, inicio de visitas domiciliarias, etc. con cada barrio o comunidad seleccionada.



FASE II DIAGNOSTICO POBLACIONAL Y DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA

I. OBJETIVO.

El objetivo de esta fase es conocer con exactitud la situación de la población del área (cuantas personas componen las familias que existen), conocer el estado de salud, el daño y las principales enfermedades que se producen en las familias y los barrios o comunidades, y en base a esto determinar el riesgo de enfermar o morir que tiene cada persona.

Además este diagnostico será el parámetro de comparación que en adelante será empleado para medir y demostrar el impacto de las intervenciones.

A partir de esta fase es necesario desconcentrar acciones en cada comunidad, barrio o urbanización.

II. DESCRIPCION DE TAREAS

La realización del diagnostico comprende aspectos básicos:

- La realización del censo familiar o actualización de censo y la identificación de las principales enfermedades que se producen en la población y el daño que están produciendo.
- Definir criterios de riesgo y cuantificar e identificar familias en riesgo.
- Retroalimentación de información y análisis con la comunidad.
- Actualización del censo y de principales enfermedades y familias en riesgo



a) REALIZACION DEL CENSO FAMILIAR E IDENTIFICACION DE LAS PRINCIPALES ENFERMEDADES Y EL DANO QUE ESTAN OCASIONANDO A LA POBLACION

¿Que es el censo y la identificación de los principales enfermedades de salud?

Es el recuento sistematizado de las personas que viven en un área geográfica en un tiempo determinado y la indagación de las enfermedades que tuvieron en un periodo previo .

Las tareas que se deben seguir para la realización del censo son:

1. Planificación de actividades para el levantamiento de datos
2. Capacitar a los participantes
3. Trabajo de levantamiento datos del censo, numeración de viviendas y apertura de carpetas familiares.
4. Tabulación de datos

1. Planificación del censo

Para cumplir esta tarea se debe realizar una reunión en la que participe el equipo de salud como autoridades y en lo posible la misma población de la comunidad o barrio. En esta reunión será importante tomar los siguientes aspectos:

Se debera concensuar conjuntamente la comunidad el instrumento de levantamiento de censo (Ficha familiar)

- ✓ Definir la nomina de los participantes, roles y asignación de áreas de responsabilidad a cada uno. Los equipos de levantamiento de censo deberán estar conformados por:
 - ☐ Coordinador, quien será el responsable de liderizar, todas las actividades referidas al censo (aspectos logísticos, técnicos, organizativos, etc.).
 - ☐ Supervisor de equipo (esta será la persona responsable de verificar la calidad técnica de: la organización y distribución de los entrevistadores, y el proceso de levantamiento de datos)
 - ☐ Entrevistadores (visitaran las viviendas, registraran los datos en los instrumentos).
 - ☐ Responsable de logística (quien deberá asegurar el abastecimiento y distribución de los materiales de escritorio, refrigerios, etc.).
- ✓ Definir fechas para capacitar a los participantes y las fechas en las cuales se realizara el levantamiento de datos.



En este punto es importante concretar la fecha y la hora en la cual se realizara la capacitación de los participantes, estableciendo además el lugar.

También es indispensable programar junto con las autoridades, las fechas en las cuales se realizara el censo, tomando en cuenta que estos conocen la disponibilidad de tiempo de las personas que habitan la zona.

Al mismo tiempo, es importante acordar con las autoridades la forma en la cual se notificara a las familias la realización de esta actividad, con el objetivo de que estas tengan conocimiento de la misma y permanezcan en sus viviendas para las fechas programadas.

- ✓ Elaboración de croquis de manzanos o comunidades y asignación de áreas para levantamiento del censo. Este es otro producto que debe emerger de esta reunión, brevemente se explicara a los participantes de la reunión los aspectos que debe contemplar el croquis: todas la viviendas , espacios o áreas verdes, inmuebles con habitantes, no destinados a viviendas, lotes baldíos etc.

Se solicitara a los responsables de cada barrio (manzano, cuadra, urbanización) o comunidad la preparación de un croquis de su área asignada que represente de la manera mas real posible las viviendas. Es importante establecer los limites de extensión geográfica de las cuadras, manzanos o comunidades antes de levantar el censo para a través de esto realizar la asignación de áreas a los equipos de levantamiento de datos.

2) Capacitación de los participantes

Los pasos que se deben seguir son:

- ✓ Para realizar esta actividad inicialmente se deberá elaborar un programa de capacitación, los aspectos fundamentales que deben ser tomados en cuenta son:
 - a) Diferenciar los roles que desempeñarán cada uno de los participantes en el levantamiento del censo
 - b) El contenido teórico indispensable y focalizado al logro de los objetivos del censo y la "Metodología con Base Censal Orientada al Impacto".
- ✓ Taller de capacitación . Durante la sesión de capacitación se deberá realizar la explicación teórica de los aspectos contemplados en el plan de capacitación, además juntamente a la revisión teórica de aspectos y procedimientos, se realizaran actividades practicas para asegurar :
 - o Habilidades de comunicación que garanticen la calidad de las entrevistas.



- o El uso y registro adecuado de los datos en los instrumentos.

Durante el taller de capacitación se deberá:

- o Revisar el croquis de los manzanos o comunidades elaborado previamente, para juntamente con los participantes realizar la numeración inicial de viviendas y realizar la distribución específica de áreas para cada equipo de censo. Realizar esta tarea previamente al levantamiento de censo, evitando que se produzca la duplicación en la numeración de viviendas y el levantamiento de datos.
- o Conformar equipos de censo, el cual minimamente debe constar de un entrevistador y una persona que ayude con la numeración de las viviendas. A la vez se recomienda la existencia de un supervisor por cada 2 equipos de censo. En este momento también se deberá realizar la demarcación en el croquis y la asignación de manzanos o áreas específicas a cada equipo.
- o Hacer entrega de materiales de escritorio e instrumentos para el levantamiento del censo en un número acorde a la asignación de viviendas realizada tras la revisión de los croquis y numeración de las mismas. (es importante hacer entrega a cada equipo de levantamiento copias del croquis con la delimitación de los sectores de censo).
- o Durante esta etapa se deberá hacer entrega a los participantes de un manual resumido de la metodología, a ser empleado como texto de consulta por los responsables de la implementación de la metodología.

3) Trabajo de levantamiento del censo, numeración de viviendas y apertura de carpetas familiares.

El levantamiento de los datos debe ser realizado inmediatamente se culmine el proceso de capacitación, ya que, un mayor espaciamiento condicionaría el olvido de algunos aspectos vistos durante la capacitación.

Esta actividad debe ser desarrollada en un periodo corto de tiempo, entre 1 a 5 días, dependiendo de la magnitud del barrio o comunidad.

Las actividades fundamentales que contempla el levantamiento de censo son:

- ✓ Visitar todas las viviendas del área. Cada equipo deberá realizar el recorrido casa por casa,
 - o Para el caso de viviendas concentradas en manzanos, se aconseja iniciar el recorrido en un punto localizado hacia el sur del área y recorrer el mismo siguiendo las manecillas del reloj, esto para que la numeración tanto de las viviendas, como de las carpetas familiares sea correlativa y posteriormente(



durante el seguimiento) se facilite la identificación de las viviendas.

- o Para el caso de viviendas de ubicación dispersa, lo mas conveniente es iniciar también, en el punto sur y recorrer en SIG SA de extr a otro dirigiéndose de sur a norte y de este al es



Entrevistar a los jefes de familia el de los casos, si esto no fuese posible, deberán hacer alguna persona mayor, quien pueda proporcionar datos fided. La secuencia que debe seguir la entrevista es la siguiente:

- o Identificación y presentación de los entrevistados
- o Informar sobre los objetivos del censo.
- o Solicitar documentos de identificación de cada miembro de la familia como Carnets de identidad, Libreta familiar, certificado de nacimiento, libreta de servicio militar, carnet de salud infantil, carnet de mujer no gestante, de control prenatal, libreta de colegio, etc.
- o Realizar preguntas para recabar la información contemplada en la ficha familiar, simultáneamente llenar el formulario de ficha familiar (de acuerdo al instructivo). Los datos que se deben recolectar indefectiblemente son:

- Identificación del domicilio de las familias por número correlativo asignado en el momento de la elaboración del croquis.
- Nombre y apellido de todos los integrantes de la familia. Preguntar por cada miembro si , tendrá residencia permanente o solo esta de visita.
- Relación de parentesco de cada uno de los integrantes con el jefe de familia.
- Sexo de cada uno de los integrantes.
- Grado de instrucción que cada integrante de la familia alcanzo hasta el momento del censo.
- Una sección de la ficha familiar esta destinada a recabar información sobre la existencia de enfermedades , muertes en miembros de la familia en el periodo anterior de un ano.

Esta información contribuirá a identificar los problemas de salud, las principales enfermedades y causas de muerte. Esta información solo es levantada en una zona cuando se inicia el proceso de implementación de la metodología, ya que, para su actualización posterior, simplemente se realizara la revisión de instrumentos de información en salud de los establecimientos del área.

- ✓ Verificar la veracidad de los datos obtenidos en la entrevista con los documentos solicitados (fundamentalmente los datos referidos a fecha de nacimiento, edad, nombre y apellido).



- ✓ Mientras un miembro del equipo realiza la entrevista el otro miembro, realizara la apertura y la numeración de la carpeta de la familia y a la vez pintara o vineteara el mismo numero en un lugar visible de la vivienda.
- ✓ Antes de abandonar la vivienda, el supervisor deberá realizar la revisión del formulario de ficha familiar ,asegurándose que la información sea correcta y completa. En caso de existir algún error o ausencia de datos deberán ser corregidos en el momento.
- ✓ En caso de no encontrar a la familia en la vivienda, los entrevistadores, deberán retornar en otro horario o al día siguiente.

✓ **Aspectos importantes a considerar durante el levantamiento de datos**

Cada familia debe contar con su propia carpeta y numero correspondiente. En caso de que una vivienda sea habitada por mas de una familia, a cada una se le asignara una carpeta con el mismo numero de vivienda, pero complementando este con otra identificación (letra de abecedario o numero correlativo) que nos ayude a diferenciar que se tratan de 2 familias diferentes.

Ej.: La vivienda # 24 tiene 2 familias: 24 A ; 24B o puede ser 24-1, 24-2.

Los miembros de una familia son aquellas personas que tienen como criterio común , el compartir alimentos de una misma olla , es así que algunas familias podrán ser extendidas (madre, padre, hijos , abuela, primos, etc.) y otras serán nucleares (padres e hijos).

Es importante indagar durante la entrevista si todas las personas son habitantes de la vivienda o solo están de paso o visita, para evitar incorporar personas que no residen en la zona. El criterio para considerar que una familia o una persona es habitante de un barrio o comunidad, deberá ser establecido por el análisis del movimiento de población existente en el área.

Cuando el movimiento poblacional es alto, el periodo de tiempo de residencia en la zona deberá ser corto para que una persona sea tomada en cuenta en el censo; en tanto que si el movimiento poblacional es bajo el periodo de tiempo de residencia de una persona en la zona deberá ser largo para ingresar como población beneficiaria del censo y de la metodología. Ej. Si durante el censo encontramos una persona en la familia que residirá en la zona durante 3 meses y en el área la tasa de migración es alta (40%) y el periodo de permanencia promedio es de 3 meses, esta persona debe ser incorporada en el censo, pero si el promedio de permanencia seria de 2 años no seria importante incorporar a esta persona como parte de la población, sin que esto signifique que no se realicen las mismas actividades preventivas de salud.



En caso de existir miembros de la familia que desconocen su fecha de nacimiento y no recuerdan su edad exacta, se tomarán como referencia hechos históricos para calcular la probable fecha y edad de la persona.

4. Tabulación de datos

El objetivo de esta tarea es transformar los datos recolectados durante el censo en información útil, para que los proveedores de salud y la comunidad tomen decisiones dirigidas a controlar el riesgo de enfermar en las familias de sus áreas. Para esto se deben realizar los siguientes pasos:

- ✓ Definir y elaborar tablas de tabulación. Para realizar este paso se debe revisar los datos que inicialmente se propuso recolectar en el levantamiento del censo, sin embargo minimamente se deberá consolidar información referida a :
 - o Numero de habitantes por grupos etéreos y sexo con intervalo de frecuencia de 5 años para el grupo de mayores de 5 años, en intervalos menores para el grupo menor de 5 años. Los siguientes grupos etareo deberán ser considerados :
 - ◆ 0-30 días
 - ◆ 1-11 meses
 - ◆ 12-23 meses.
 - ◆ 24 - 35 meses.
 - ◆ 36 a 47 meses
 - ◆ 48 a 59 meses.
 - ◆ 5 a 9 años
 - ◆ 10 a 14 años
 - ◆ 15 a 19 años
 - ◆ 20 a 24 años
 - ◆ etc.
 - o Nivel de escolaridad de la población por grupo etareo y sexo. Tomando en cuenta las posibilidades de : Analfabeto, primario, secundario, superior
 - o Enfermedades más frecuentes por grupo etareo.
 - o Numero de muertes por grupo etareo y por causa.
- ✓ Conformar equipos de tabulación. Para esto es recomendable que todas las personas que participaron del levantamiento del censo realicen la tabulación del mismo, para que puedan apreciar y valorar el producto final de su esfuerzo. Un procedimiento utilizado es el siguiente:.
 - ◆ Conformar grupos de dos personas, una que dicte y otra que anote con palotes en la tabla de tabulación



- ♦ Cada equipo deberá tabular los datos del sector o manzano del cual fueron responsables en el levantamiento de datos.
- ♦ Presentar a los demás grupos los resultados obtenidos.
- ✓ Verificar la congruencia entre las carpetas numeradas durante el censo y el croquis del barrio o comunidad, corregir el croquis si fuera necesario hasta obtener la versión final del mismo.
- ✓ Posterior presentación de resultados de manzanos o sectores, el coordinador del censo será responsable de consolidar los resultados finales para obtener datos generales del barrio o comunidad y de toda el área. Debiendo entregar como producto el cuadro poblacional de toda el área, el listado de las 5 enfermedades prevalentes de la zona y el listado de causas de muerte por grupos etareos al responsable de sistema de información de la oficina central a principios de cada gestión hasta febrero.
- ✓ Realizar análisis de los resultados. Para realizar este paso se debe revisar el contenido teórico enunciado para la preparación del taller de capacitación en la realización del censo.
- ✓ Una vez realizado el análisis se deben elaborar los cuadros para retroalimentar a la población del área censada, su situación de riesgo.
- ✓ Definir sistema de archivo de las carpetas familiares acorde a las posibilidades de los servicios de salud., archivadores, etc. Asignar un lugar en los ambientes con que cuenta. Es importante que se haya definido un sistema de identificación para las carpetas familiares que presentan algún criterio de riesgo. Ejemplo: anotar TB de color rojo en la parte anterior del sobre de la carpeta familiar.

b) DEFINIR CRITERIOS DE RIESGO, CUANTIFICAR E IDENTIFICAR FAMILIAS EN RIESGO.

La realización de esta tarea se dirige a establecer la cantidad de la población que se encuentra expuesta a mayor riesgo de enfermar o morir y así priorizar acciones de vigilancia.

Realizar una reunión de análisis de los datos encontrados en el censo transformados en información tras la tabulación. En esta reunión el coordinador facilitara el proceso de análisis y participara el equipo de entrevistadores.

El análisis de los datos tabulados del censo esta dirigido a:

- ✓ Inicialmente definir criterios de riesgo a ser considerados en las familias, barrios o comunidades, algunos criterios a ser considerados pueden ser:
 - Familias con niños menores de 5 años
 - Familias con niños menores de 1 año
 - Familias en las que haya mujeres en edad fértil.
 - Familias en las cuales se produjo la muerte de una mujer provocada por complicaciones del embarazo, parto o puerperio, o familias en las que se produjo mortalidad infantil.



- ✓ Una vez determinado los criterios de riesgo , se deberá determinar el porcentaje de familias que tienen uno o mas de los criterios definidos. El equipo deberá priorizar a las familia en función a los criterios de riesgo. Esta es una tarea que debe ser desarrollada por la persona que en adelante se hará cargo de la implementación de las siguientes fases de la metodología, pudiendo ser responsable del barrio o comunidad, apoyado por el equipo de entrevistadores que participaron en el censo. Para esto se debe considerar:
 - o Seleccionar las carpetas familiares con uno o más criterios de riesgo.
 - o Señalar las viviendas donde habitan estas familias en el croquis del barrio o comunidad.

C) RETROALIMENTACIÓN DE INFORMACIÓN Y ANÁLISIS CON LA COMUNIDAD.

Devolver la información recolectada a la comunidad constituye uno de los pasos mas relevantes para mantener la relación de confianza y para generar análisis, discusión y motivar interés para participar en la solución de problemas de salud .

Devolver la información a la comunidad incluye la presentación de la información (números, porcentajes, otros), la facilitación de la discusión y el análisis, finalmente el uso de el la información y el análisis para la toma de decisiones.

La devolución de información puede ser realizada con diferentes grupos, siendo sin embargo el ideal realizarlo con toda la comunidad, sin embargo también se puede realizar con el grupo de autoridades del área, con grupos comunales constituidos (mujeres, jóvenes).

Esta tarea debe ser desarrollada por las personas que participaron en todo el proceso del diagnostico (censo, tabulación, identificación de familias en riesgo), bajo la supervisión del coordinador.

Las acciones que se deben seguir son las siguientes:

- ✓ Cronogramar una fecha, hora con autoridades del barrio o comunidad para llevar a cabo la reunión (en lo posible se deberán aprovechar instancias propias con las que se cuenta en el barrio o la comunidad). La actividad debe realizarse inmediatamente después que se cuenten con datos tabulados y se cuente con la identificación de familias con riesgo, esto aproximadamente ocupa un tiempo de 5 a 10 días, entonces la reunión de retroalimentación deberá ser llevada a cabo antes de que pase un mes después de la realización del censo.
- ✓ Convocar juntamente con las autoridades locales a todos los habitantes del barrio o comunidad.,



- ✓ Preparar y definir las técnicas educativas que se emplearan en la reunión para la presentación de la información obtenida tras la tabulación e identificación de familias en riesgo. Los instrumentos a emplear deben ser gráficos, tratando de que la presentación de los datos sea amena y de fácil comprensión.
- ✓ Identificar el lugar en el cual se desarrollara la actividad, y asegurarse que ofrezca las comodidades necesarias.
- ✓ Durante la reunión con la comunidad los aspectos fundamentales que deben ser tomados en cuenta son:
 - o **Presentación de los resultados cuantitativos** empleando rota folios, laminas de dibujos, recortes de personas mayores, niños niñas, personas que muestren los tipos de enfermedad identificados con el censo o la actualización. *Es importante que los datos porcentuales sean expresados en una forma comprensible por ejemplo, si el 3 % de la población del barrio es menor de 2 anos, una forma mas fácil de expresarla seria, de cada 10 personas que viven en el barrio o comunidad , 3 son niños menores de 2 anos.* Los resultados a presentarse son los que fueron considerados para la tabulación e identificación de familias en riesgo
 - Numero de habitantes por grupos etéreos y sexo con intervalo de frecuencia de 5 anos , para el grupo de mayores de 5 anos, en intervalos menores para el grupo menor de 5 anos (porcentaje de población menor de un ano, menor de 5 anos, porcentaje de mujeres en edad fértil, porcentaje de ancianos)
 - Nivel de escolaridad de la población por grupo etareo y sexo (porcentaje de mayores de 15 anos con nivel primario, secundario, superior de educación, porcentaje de analfabetos, diferenciado por sexo.
 - Porcentaje de familias con niños menores de 5 anos
 - Porcentaje de familias con niños menores de 1 ano
 - Porcentaje de familias en las que haya mujeres en edad fértil.
 - Familias en las cuales se produjo la muerte de una mujer provocada por complicaciones del embarazo, parto o puerperio, o en familias en las que se produjo mortalidad infantil.
 - Principales enfermedades que afectan a las familias del barrio o comunidad y los grupos etareos a los que afecta en mayor magnitud.

La presentación de la información no debe tener un tono de discurso o de enseñanza (como en la escuela), mas bien el tono de voz, los gestos y movimientos deben ser los que tiene una persona en forma natural cuando conversa.



o **Facilitación del análisis y la discusión**, posterior presentación de los resultados, es importante generar reflexión y mayor participación de las personas. Para esto existen algunas técnicas que pueden ayudar en esto:

- Emplear preguntas abiertas para verificar la comprensión
¿Por qué? ¿Cuándo? ¿Cómo?
- Invitar a la discusión y al análisis con preguntas provocativas
¿Entonces esta información que quiere decir?
¿Alguien a tenido algún problema parecido?
¿Por qué esta pasando esto?.
- Promover la participación de todos los presentes. No solamente de una o dos persona. Algunas preguntas que facilitan esto pueden ser : ¿Qué opinan las mujeres? u otras personas tímidas. Una forma de estimular , es resaltar su intervención cuando hablen.
- Evitar discusiones grandes, muchas veces dos o mas personas se ponen a discutir entre ellas, entonces se puede emplear la expresión “Compañeros escuchemos a los demás.”
- Para facilitar, siempre se debe tener presente el objetivo de la reunión , para no desviarse con discusiones que nos desvíen.

d) ACTUALIZACION DE CENSO , PRINCIPALES ENFERMEDADES Y FAMILIAS EN RIESGO

Al ser la población dinámica, al igual que el comportamiento de las enfermedades y las familias en riesgo, se producen en estas cambios permanentes, esta información requiere ser actualizada periódicamente.

El identificar estos cambios es una tarea rutinaria contemplada dentro del sistema de vigilancia de salud, la cual debe ser realizada permanentemente a través las visitas domiciliarias. Esto contribuirá a tener claramente identificados los grupos y personas de riesgo y tomar las acciones necesarias con estos grupos y personas adaptados a los cambios.

Como se menciono anteriormente mantener la información actualizada individual de cada familia es una tarea diaria, al igual que tomar acciones específicas ante los problemas de cada familia. Sin embargo para tomar decisiones respecto a las estrategias de salud generales y observando a toda la comunidad , requiere de la realización de actualización de datos a través de un cohorte en el tiempo, el mismo que debe realizarse periódicamente.

La frecuencia para la realización la actualización de datos, estará determinada por las características y rapidez con la que se producen cambios. Por ejemplo si en un área existe bastante migración, epidemias, mortalidad elevada, que produce constantes cambios poblacionales y



variaciones del número de familias en riesgo, será necesario realizar actualizaciones más frecuentes, en cambio si los movimientos poblacionales y comportamiento de las enfermedades no tiene muchas variaciones, la actualización podrá ser más espaciada.

Institucionalmente, se establece el periodo de un año para realizar actualización de cada uno de los componentes contemplados en la fase de diagnóstico de la metodología.

Existen 2 posibilidades para actualizar la información censal, las cuales dependerán de las condiciones de desarrollo de la tercera etapa de la metodología (implementación a través de visitas domiciliarias) y recursos con los que se cuentan a continuación describimos las dos posibilidades:

a) Actualización poblacional, enfermedades prevalentes y familias en riesgo a través de revisión de carpetas familiares.

La actualización de datos poblacionales, de las enfermedades prevalentes y de las familias en riesgo, simplemente consistirá en realizar trabajo de gabinete revisando el sistema de información existente.

La revisión de información se basa en dos instrumentos: las carpetas de todas las familias y los registros de consulta externa de los establecimientos de salud.

Los instrumentos de la carpeta familiar a ser empleados para la actualización son la ficha familiar y la hoja de visita domiciliaria.

Esta alternativa debe ser realizada en circunstancias en las cuales se pueda asegurar que existió regularidad en las visitas domiciliarias hasta el periodo en el que se realizara la revisión de documentos. Absolutamente todas las viviendas y familias (incluyendo las familias sin riesgo), deberían haber tenido visitas regulares, en el último trimestre antes de la revisión.

El cumplimiento de visitas domiciliarias a todas las familias en un periodo, nos indica que se realizó la verificación de permanencia de los componentes de cada familia, la incorporación de nuevos miembros; el ingreso y salida de nuevas familias en el área por un lado y por otro también tendremos conocimiento de los principales problemas de salud que se produjeron en este periodo, que serán complementadas con la revisión de los registros de Consulta externa que proporcionan diagnósticos precisos de patologías prevalentes en el periodo de un año.

Considerando que la frecuencia de visitas domiciliarias está establecida por criterios de grupos de riesgo, una alternativa para facilitar la actualización censal, es realizar la depuración de carpetas familiares con contacto regular, durante el último trimestre antes de realizar la revisión de documentos y proceder a la tabulación inmediata; y en forma



simultanea, cronogramar la visita a familias sin criterios de riesgo y las que no tuvieron contacto regular en este periodo para poder verificar su permanencia y posteriormente seguir el proceso de tabulación.

Los pasos que se deben seguir para realizar esta actualización son:

- ✓ Fijar una fecha de revisión y tabulación de carpetas y registros de consulta externa (este proceso toma aproximadamente 8 horas de trabajo para una población aproximada de 12000 habitantes, con un equipo de 12 personas pero factores como la definición de criterios de tabulación y la destreza del manejo de las carpetas son determinantes para definir el tiempo de duración de esta tarea).
- ✓ Concentrar en un ambiente amplio todas las carpetas familiares del área y los registros de Consulta externa.
- ✓ Realizar taller de tabulación y depuración de carpetas : en este taller es importante:
 - o Conformar equipos de depuración y tabulación de datos . Cada equipo debe ser conformado por dos personas, una que verifique los datos de la ficha familiar y otra que realice el paloteo. Por otro lado es necesario la presencia de 3 supervisores que apoyen y verifiquen la utilización de criterios estandarizados de tabulación.
 - o Asignar comunidades y/o barrios a cada equipo de tabulación, tomando en cuenta la cantidad aproximada de habitantes y de familias.
 - o Determinar criterios técnicos para la tabulación, tomar en cuenta fundamentalmente :
 - El periodo de tiempo de ultima visita domiciliaria que será tomado en cuenta para realizar el corte por ejemplo:
 - Para tabular datos poblacionales, se tomara en cuenta la ultima visita domiciliaria realizada hasta 3 meses antes de la actualización. no es recomendable extender mas este periodo, ya que, los cambios serian mayores y la información no seria real, fundamentalmente los datos referidos grupos etareos. (la fuente es la ficha familiar)
 - Para tabular problemas de salud de las familias, se tomara en cuenta el periodo comprendido entre la actualización previa y la actual (las fuentes de información son las hojas de visita domiciliaria y el cuaderno de consulta externa)
 - Para tabular información referida a edad de niños de menores de 5 anos es importante tomar en cuenta la edad en meses basados fundamentalmente en la fecha de nacimiento.
 - o Cada equipo procederá a la tabulación de sus barrios o comunidades en forma simultanea.



- o En caso de detectarse ausencia de algún dato actualizado, cada equipo de tabulación deberá cronogramar visitas a estas familias dentro del periodo de 48 hrs.
- o Para verificar la calidad de los datos, se realizara una prueba en la cual se realizaran el proceso de censo e identificación de enfermedades prevalentes a través de entrevistas en comunidades o barrios seleccionadas al azar.
- o Posteriormente realizada la prueba de control, es necesario realizar la comparación de los resultados.
- o Los datos a ser tabulados contemplan los mismos tomados en cuenta en un censo realizado en forma inicial:
 - Numero de habitantes por grupos etéreos y sexo con intervalo de frecuencia de 5 anos , para el grupo de mayores de 5 anos, en intervalos menores para el grupo menor de 5 anos .
 - Nivel de escolaridad de la población por grupo etareo y sexo.
 - 5 Enfermedades más frecuentes por grupo etareo.
 - Numero de muertes por grupo etareo y por causa.

En ambas situaciones se deberá obtener información consolidada de toda el área, la cual debe estar disponible antes de la realización de la planificación de actividades anuales. Una copia de estos consolidados deberá ser enviada a sistema de información de oficina central en el periodo de los dos primeros meses de cada año.

b) Actualización de censo e identificación de enfermedades prevalentes por visitas y entrevistas.

Esta posibilidad de actualización debería ser tomada en cuenta, en caso de que no se pueda garantizar que todas y cada una de las viviendas y familias (con y sin riesgo) hubieran sido visitadas con regularidad en un periodo corto (3 meses) previo a la actualización.

- ✓ En este caso para realizar la actualización se deben seguir los mismos procedimientos descritos en el levantamiento de censo e identificación de enfermedades prevalentes.
- ✓ Aunque se siguen los mismos pasos, el proceso es mas rápido ya que durante la entrevista solo será necesario:
 - o Confirmar la permanencia de todos los componentes de la familia o la incorporación de nuevos miembros en la ficha familiar, recalcular los datos de edad y escolaridad
 - o Preguntar si algún miembro de la familia tuvo alguna enfermedad y cual fue.



-
- ✓ No será necesaria la verificación de documentos de identidad salvo se haya detectado la incorporación de un nuevo componente en la familia.
 - ✓ De la misma forma, la apertura de carpetas y numeración de las viviendas, será necesaria solamente cuando se detecte la existencia de una nueva viviendas y/o familias en el área.
 - ✓ El levantamiento de datos de la actualización censal del área debe ser realizada en un periodo no mayor a un mes, el movimiento poblacional permanente, limita extender el recojo de datos en un periodo mas largo ya que no se contaría con datos que contribuyan en el proceso de identificación de riesgo general del área.

Para ambos casos descritos anteriormente, después de realizar la Tabulación de datos, es necesario realizar los dos otros pasos contemplados como parte del diagnostico descritos anteriormente:

- ✓ Redefinir criterios de riesgo, cuantificar e identificar familias en riesgo nuevamente.
- ✓ Retroalimentación de información y análisis con la comunidad.
- ✓ Además de realizar los dos anteriores pasos, es importante que la información obtenida de la actualización censal sea comparada con la información existente en los registros de eventos vitales y con la información del anterior censo. Esto nos ayudara a observar si estamos logrando cambios o algún impacto con la implementación de la metodología.



FASE III PLANIFICACION E IMPLEMENTACION

OBJETIVO

Dirigir los esfuerzos hacia los problemas de salud prioritarios que están afectando la salud de las familias y de la comunidad. Además durante esta etapa se pretende focalizar las fortalezas detectadas en la fase de I (establecimiento de relación de confianza) de la comunidad y de otros actores para en forma coordinada realizar acciones concretas con los grupos de riesgo identificados.

DESCRIPCION DE TAREAS

1. REUNION DE PLANIFICACION DE ACTIVIDADES
2. DAR INICIO A ACTIVIDADES DE VIGILANCIA
EPIDEMIOLOGICA Y PREVENTIVAS.

Esta es una actividad en la cual se definirán en forma clara las acciones y las áreas específicas que se desarrollarán en el periodo de un año, en función de los problemas detectados durante la realización o actualización del censo e identificación de principales problemas de salud de la comunidad.

Esta tarea idealmente debe ser llevada a cabo con el equipo que participo en todo el proceso de levantamiento de censo y en la medida de las posibilidades también hacer participar a personas del barrio o la



comunidad, ya que esto condicionara que los compromisos que emerjan de esta tarea tendrán responsabilidad compartida.

La tarea de planificación debería ser realizada con cada una de las comunidades o barrios que cumplieran los dos anteriores pasos de la metodología, sin embargo conociendo la magnitud del trabajo que significa, consideramos que minimamente se debería realizar esta actividad en una oportunidad con todos los representantes de los barrios o comunidad. Para lo cual sugerimos la presencia de autoridades locales y los voluntarios.

Entonces los pasos a seguir para el desarrollo de esta tarea son:

- Convocar a los participantes en una fecha específica.
- Tener en mano los productos obtenidos de la tabulación de datos poblacionales, enfermedades prevalentes, causas de muertes y definición con criterios de riesgo y el numero de las familias con estos criterios obtenidos del censo o de la actualización censal.
- Preparar la matriz de planificación incorporando los problemas y enfermedades prevalentes identificadas. La siguiente matriz es un ejemplo que puede ser empleada:

PROBLEMAS DE SALUD O ENFERMEDADES QUE ESTAN AFECTANDO A LA MAYORIA DE LAS FAMILIAS?	CUALES SON LOS GRUPOS DE EDAD MAS AFECTADOS?	QUE HAREMOS PARA DISMINUIR ESTOS PROBLEMAS	QUIEN SERA EL RESPONSABLE?	CUANDO LO HAREMOS	COMO SABEMOS SI LO ESTAMOS CUMPLIENDO?
La mayoría de las muertes se dio por diarreas	Los niños menores de un año	Durante las visitas domiciliarias compartiremos información de como evitarlas y que hacer , si se presentan en las familias de niños menores de un año cada mes	Los voluntarios de salud comunitarios	Cada mes a partir de esta reunión	Revisaremos la hoja de vista domiciliaria de la carpeta de familias con niños menores de 1 años y veremos cuantas orientaciones se hicieron en preparación de SRO, lavado de manos, higiene

- Realizar el taller de planificación, para el desarrollo del taller es importante que el coordinador pueda facilitar el proceso, encargándose de que todos los participantes puedan dar sus apreciaciones.
- Es en este taller donde se deberá definir la frecuencia para la realización de visitas domiciliarias en función de los criterios de riesgo ajustadas también a los programas nacionales de salud. Idealmente se debería tener contacto cada dos meses con cada familia e incrementar la frecuencia en casos de riesgo. Por la exigencia de recursos humanos que esto demandaría, se sugiere revisar los criterios de riesgo y en función de esto programar la frecuencia de visita.



- Una vez que se tenga claro las actividades a desarrollarse estas deberán ser socializadas con todas las familias de los barrios o comunidades para que tengan conocimiento de lo programado y sea mas fácil para los responsables de implementación llevarlas a cabo.
- La programación de actividades a mediano plazo, no impedirá que en el curso de la implementación no se realicen ajustes y cambios , siguiendo el comportamiento de los problemas de salud que se den en las familias (ejemplo epidemias).

2. DAR INICIO A ACTIVIDADES DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA, DE PROMOCION Y DE RESOLUCION DE PROBLEMAS DE SALUD A TRAVES DE VISITAS DOMICILIARIAS.

La principal estrategia que contempla la metodología para hacer vigilancia de la salud y para tomar acciones concretas frente a los problemas de salud es la visita domiciliaria.

Existen 3 posibilidades para el desarrollo de una visita domiciliaria:

1. Visita domiciliaria rutinaria
2. Visita domiciliaria de seguimiento a pacientes enfermos
3. Visita domiciliaria para la realización de autopsia verbal (esta como un componente del sistema de vigilancia de eventos vitales)

A continuación describimos los pasos para desarrollar la visita en sus diferentes posibilidades, además describimos el sistema de vigilancia de eventos vitales también constituye un componente de la fase de implementación de la metodología.

1. Visita domiciliaria rutinaria

La visita domiciliaria es la estrategia esencial de la metodología a través de la cual se establece el contacto individual y personalizado con cada familia del barrio o comunidad.

El objetivo de establecer el contacto personalizado es generar un espacio:

- De aprendizaje e intercambio de información y conocimientos de salud (educación)
- Para identificar en forma permanente factores de riesgo de acuerdo a los criterios definidos que puedan condicionar determinar la presencia enfermedad o muerte (vigilancia)
- Para asegurar que las intervenciones preventivas se efectivicen, sin que esto signifique que sea una actividad dirigida exclusivamente a extender coberturas (acciones de prevención como vacunar, administrar vitamina A, etc).

Pasos y procedimientos a seguir para el desarrollo de la visita domiciliaria



tipo son.

1. Programación de visitas de acuerdo a riesgo y necesidades tomando en cuenta las carpetas de familias con riesgo identificadas como tales. Para esto se deberá hacer:

- Revisión de instrumentos de cada familia, es en este momento, que se hace uso del trabajo previo de identificación de carpetas familiares con criterios de riesgo. Además de ver el riesgo es importante tomar en cuenta la norma en cuanto a frecuencia de visitas emergida de la planificación realizada.
- Seleccionar las carpetas de las familias que serán visitadas en el día y verificar que todos los instrumentos se encuentre completos en esta (ficha familiar, hojas de visita domiciliaria, carnets de salud infantil, carnets de control prenatal, carnets de la mujer no gestante)

2. Preparación de material a emplearse en la visita

El tipo de material a prepararse estará en función de quien realice la visita. Si la visita es realizada por el voluntario de salud será imprescindible que prepare las carpetas familiares, cartilla educativa de salud y bolígrafos.

Si la visita será realizada por un miembro del equipo de salud (lic., auxiliar, medico), será necesario que además de llevar consigo las carpetas familiares, también cuenten con un stock de medicamentos básicos e insumos de programas.

3. Realización de la visita en domicilio

- Entrevistarse con un miembro de la familia.
- Indagar la existencia de algún problema de salud en algún miembro de la familia (diarrea, neumonía, mujeres embarazadas, necesidad insatisfecha para el uso de anticonceptivos, u otra enfermedad). En caso de existir este atender a este problema de acuerdo a las normas que el caso amerite si la visita es realizada por personal de salud. Si la visita es desarrollada por un voluntario, este deberá proceder a realizar la promoción y referencia para que esta persona acuda al establecimiento de salud; al culminar la jornada (lo mas antes posible, de acuerdo a la gravedad del problema de salud) el voluntario deberá notificar la existencia de esta familia al personal de salud para que tome las acciones necesarias.
- Después de haber dado respuesta a la necesidad de salud de la familia, iniciar con el proceso de indagación sobre la existencia de:
 - ✓ Nacimientos
 - ✓ Muerte de algún miembro.
 - ✓ Presencia de mujer embarazada.
 - ✓ Existencia de un componente integrado recientemente a la familia
 - ✓ Existencia de algún miembro que dejo la familia.



- Seguidamente iniciar el proceso de interacción educativa sobre el tema específico que la familia requiriese de acuerdo a su catalogación de riesgo, realizado al programar la visita. Debe establecerse dialogo, lo mas abierto posible, para esto es necesario ubicar un lugar adecuado en la vivienda.
- Dependiendo del tema a tocarse y de la decisión de la propia familia se definirá si pueden participar varios miembros de la misma.
- Acordar la fecha de próxima visita antes de abandonar la casa.
- Registrar la información en el formulario de visita familiar y la ficha familiar de acuerdo a los instructivos.

4. Después de la visita domiciliaria vaciar información de las hojas de visita y de la ficha familiar a los registros correspondientes.

- Registrar la información nacimientos , muertes en registros de eventos vitales del sector, registros de programas de salud respectivos. Para el caso en el cual la visita sea realizada por un voluntario de salud, este, deberá hacer entrega de la información a auxiliar o responsable del barrio o de la comunidad.

5. Tabulación de y consolidación información de visita domiciliaria

- Realizar el recuento de las carpetas familiares para definir:
 - Número de familias tuvo contactos en visita durante el mes.
 - Numero de familias que tuvieron contacto siguiendo normas.
 - Los cinco problemas de salud o patología encontrados en mayor magnitud en los grupos de riesgo priorizados.
 -

Estos datos serán la clave para monitorear la realización de las visitas Domiciliarias.

2. Vigilancia y visitas de seguimiento de personas enfermas

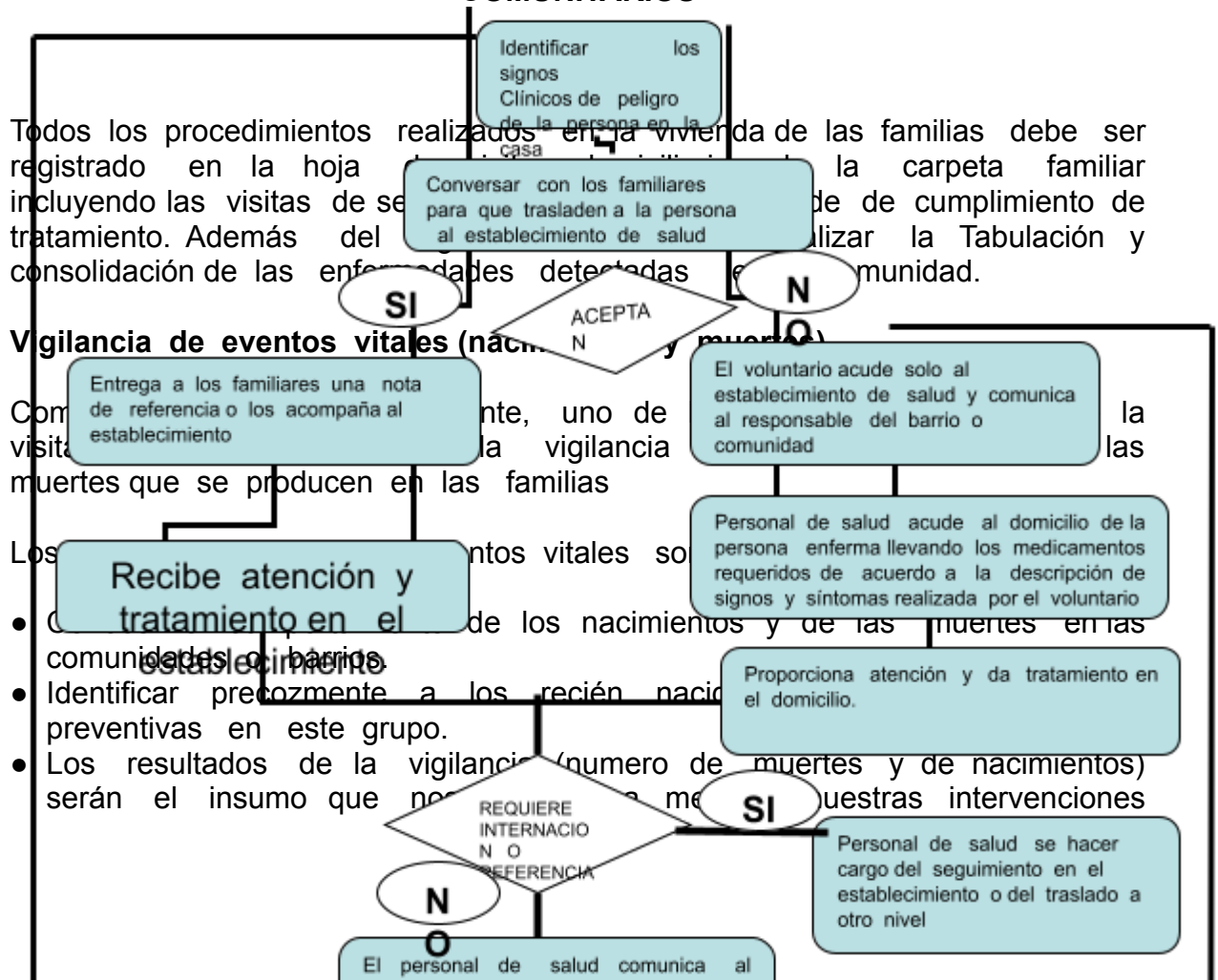
Esta es una tarea que se hace efectiva tras la conjunción resultante de la realización de visitas domiciliarias por un lado y la prestación de servicios curativos en los establecimientos por otro

El sistema de vigilancia tanto de muertes como de enfermedades debería ser manejado en forma completa por recursos comunitarios. Es en este sentido que se construye un flujo grama específico para ver el funcionamiento de este.

Los pasos a seguir para realizar seguimiento y vigilancia de familias en las que algún miembro tiene una enfermedad se detallan en el siguiente flujograma:



FLUJO DE PARA REALIZAR VISITAS DOMICILIARIAS DE SEGUIMIENTO A PERSONAS CON ENFERMEDAD DETECTADAS POR VOLUNTARIOS COMUNITARIOS





han sido efectivas.

La vigilancia de los eventos vitales y fundamentalmente de la mortalidad esta constituida por dos pasos relacionados con la visita domiciliaria y uno dirigido al análisis de equipo. Los aspectos considerados como parte del proceso de implementación de la metodología son:

- a) Detección y registro de nacimientos y muertes.
- b) Realización de autopsias verbales de personas fallecidas.
- c) Taller de análisis de mortalidad.

a) ***Detección y registro de nacimiento y muertes.***

Es una tarea que debe ser realizada diariamente como dijimos en la visita domiciliaria, se debe dedicar un espacio de tiempo para indagar la existencia de un nacimiento o de una muerte en la familia. Este sistema de detección debe estar constituido por recursos de la comunidad, ya que, son estas personas, las que pueden realizar esta tarea de cerca y en forma oportuna.

Los pasos que se deben seguir son:

1. Durante la visita estos datos deben ser actualizados en la ficha familiar. Para esto se debe escribir el nombre del recién nacido, su fecha de nacimiento y otros datos contemplados en el formulario.

En caso de existencia de muertes, se debe registrar en la ficha familiar la fecha de deceso.

2. Adicionalmente al registro de datos en la carpeta familiar, es importante recoger información complementaria de estos eventos. La finalidad este paso es contar con información detallada que complemente el panorama de estos eventos, se cuente con información consolidada que contribuya al análisis para la toma de decisiones.

El cuaderno de eventos vitales es el instrumento empleado para la sistematización de esta información. Idealmente cada barrio o comunidad debe tener su propio cuaderno y mas aun si la detección y registro será realizada por voluntarios. Si solo se cuenta con un cuaderno de un sector mas grande, es importante diferenciar exactamente los barrios y/o comunidades.

Los datos que se deben registrar indispensablemente en los cuadernos son:

Nacimientos

- Nombre del recién nacido
- Nombre de los padres
- Edad de la madre
- Nombre de la comunidad o barrio
- Fecha de nacimiento



- N° de vivienda
- Donde y como fue atendido el parto
- Peso al nacer (o el primer peso después de su nacimiento, especificando la fecha).
- Responsable de la detección.

Deben ser registrados absolutamente todos los nacidos vivos, incluyendo aquellos que murieron inmediatamente después del parto. Este es un aspecto importante, ya que será el dato que nos permitirá ver el impacto de nuestras acciones midiendo tazas de mortalidad, si no es real puede contribuir a que los cálculos sean errados.

Muertes

- Nombre del fallecido
- Comunidad o barrio de residencia
- Nombre de los padres o jefe de familia para caso de muertes de niños.
- Fecha de nacimiento
- Tuvo algún tipo de atención al morir
- Causa de muerte
- Edad al morir
- Responsable de detección

Cabe recordar que los mortinatos también deben ser incorporados en los registros.

Es necesario indagar estos datos durante la visita en el momento de la detección.

3. Una vez detectado, registrado el evento en el cuaderno, se deben tomar acciones que correspondieran:

- Programar la visita para atención del recién nacido.
- Comunicar al coordinador local de la metodología la existencia de una muerte elegible para la realización de autopsia verbal.

4. Posteriormente, el coordinador de la metodología, condensará la información de toda el área en un cuaderno centralizado y en función de todas las muertes del área programará fechas para visitas a las familias con muertes elegibles para la realización de la autopsia verbal.

Aspectos clave para el registro de eventos vitales.

El registro de eventos vitales en el cuaderno debe ser realizado el día de la detección para evitar olvido y pérdida de información.

De acuerdo a la realización de visitas domiciliarias y a la programación de las mismas, los eventos vitales deberían ser detectados y registrados dentro del plazo de un mes después de haberse producido, esto nos garantizará que la realización de las visitas cumple con el objetivo de



vigilancia. Sin embargo, si un nacimiento o muerte es detectado después del término de un mes de ocurrido es indispensable que también sea registrado en los cuadernos de eventos vitales.

La calidad de esta información (oportuna , completa) es responsabilidad del responsable de barrios o comunidad. Si el voluntario detecta un evento , este puede ser registrado por esta persona, pero siempre supervisado por un miembro del personal de salud.

Trimestralmente el coordinador de la metodología deberá realizar la revisión de todos los cuadernos de eventos vitales , verificando que los datos estén completos, sean coherentes y no exista duplicación de información.

Para el registro de muertes en menores de un año, es importante que en el momento del registro se vea la relación entre el registro del nacimiento y de la muerte. Verificar que ambos eventos estén registrados.

b) Realización de autopsias verbales

Siguiendo con el proceso de vigilancia de eventos vitales, identificamos la realización de autopsias verbales después de haber detectado una muerte elegible.

El objetivo que se busca con la realización de autopsias verbales es recolectar información sobre el proceso de muerte-enfermedad y su entorno.

La investigación de la muerte a través de la autopsias debe ser realizado solamente en el grupo de muertes elegibles.

¿Que son muertes elegibles?

Se denomina **Muertes Elegibles** a todos aquellos fallecimientos que se producen en los grupos de riesgo y priorizados en la fase de diagnóstico de la metodología.

Actualmente consideramos como muertes elegibles a las muertes que se produjeron en los siguientes grupos de riesgo:

1. Niños menores de dos meses (asociado con mortalidad neonatal)
2. Niños de dos meses a 5 años.
3. Muertes de mujeres asociada a embarazo, parto o puerperio.

Los pasos que se deben seguir para la realización de la autopsia verbal son:

- ✓ Revisión de Registro de eventos vitales y seleccionar muertes elegibles. Para esto, el coordinador responsable de la metodología revisará el cuaderno de mortalidad del último mes de cada uno de los barrios o sectores y consolidará esta información en el cuaderno centralizado.



- ✓ Preparar los materiales y la entrevista. Consiste en cuantificar el número de muertes elegibles y preparar el número de formularios requeridos para cada grupo, programar las familias a visitar, identificando el domicilio actual y exacto de la familia.
- ✓ Visitar a la familia para hacer la entrevista al familiar que estuvo con el fallecido durante el proceso enfermedad-muerte. La entrevista idealmente debe ser realizada a partir de las dos semanas y hasta los treinta días posteriores al evento. No se recomienda la realización previa por respeto al duelo de la familia y tampoco es recomendable realizarla después ya que existe la posibilidad de olvido de los hechos.
- ✓ La entrevista debe ser realizada en la mejor de las posibilidades a la madre en caso de muerte de niños. Es necesario que el entrevistador sea muy sutil y hábil para que la familia acepte hablar del tema, este deberá ganar la confianza y durante el proceso, no deberá verter juicios, opiniones. Por esto se recomienda que sea una persona capacitada que no tenga contacto permanente con la familia pues podría sesgarse las respuestas. Durante la entrevista será necesario:
 - Explicar el objetivo
 - Realizar la indagatoria de información y simultáneamente llenar el formulario
 - Solicitar documento de historia de salud en el domicilio (CSI, carnet perinatal, etc) y copiar datos al formulario de autopsia.
 - Revisión del llenado correcto y completo del formulario y corrección en caso necesario.
- ✓ Verificación de datos de salud en el establecimiento. Finalizada la entrevista el coordinador acudirá al establecimiento de salud para buscar la carpeta familiar y documentos de salud del fallecido y copiar o/y corroborar la información requerida en el formulario de autopsia.
- ✓ Posteriormente se hará entrega de la autopsia llenada al médico el quien revisará y analizará la probable causa biológica para determinar la realización del análisis de mortalidad en forma inmediata o mediata.
- ✓ Archivar en la carpeta de autopsias verbales del área todas las realizadas para ser empleadas en el taller de análisis de mortalidad.

c) Taller de análisis de mortalidad.

El objetivo de esta actividad es utilizar la información emergida de la vigilancia de eventos vitales (mortalidad) para establecer causas biológicas y sociales de muerte en los grupos elegibles y sobre esto proponer acciones que faciliten la sobre vivencia de personas afectadas con enfermedades que pueden provocar la muerte.



Si bien la finalidad de este taller no es la de buscar culpables, es imprescindible que cada uno de los participantes esté dispuesto a realizar una autocrítica de su desempeño y a proponer soluciones que puedan prevenir el bloqueo en algunos de los pasos del camino de la supervivencia de las personas.

Esta actividad es desarrollada con todo el equipo de salud, miembros de la comunidad pudiendo ser voluntarios, autoridades. Para esperar participación de la comunidad es importante que en estas personas exista suficiente predisposición a la crítica constructiva debido a que los aspectos que emergen del análisis pueden condicionar problemas en la propia comunidad y también con el personal de salud.

Los instrumentos empleados para la realización de este taller son:

- ✓ Cuaderno de eventos vitales centralizado.
- ✓ Autopsias verbales de muertes elegibles.
- ✓ Carpetas de las familias en las que se produjo la muerte.
- ✓ Grafico del camino hacia la sobrevivencia.

La frecuencia para la realización de análisis, esta determinada por el comportamiento de la muerte, es decir, si en un área se identifica que el numero de muertes elegibles es considerable y va en incremento acelerado, se programara un taller para identificar las causas y tomar acciones rápidamente. Si el numero de muertes tiene una prevalencia estacionaria o con pocas modificaciones de un año a otro se espaciara la frecuencia de la misma. Institucionalmente, se considera como mínimo realizar un taller en un año en el cual se analicen todas las muertes elegibles. Idealmente este taller debe estar relacionado con los procesos de evaluación de final gestión.

Aunque la propuesta original de la metodología indica la realización de talleres de análisis de mortalidad exclusivos de muertes con frecuencia anual, es importante tomar en cuenta que el análisis puede ser realizado en reuniones habituales que tiene el equipo para el análisis de información (CAI), realizar este ejercicio con las pocas muertes y las autopsias realizadas en el mes puede contribuir a tomar acciones inmediatas y hacer un análisis mas profundo de cada caso.

Los pasos que se deben seguir para realizar el análisis de mortalidad son:

A) PREVIAMENTE AL TALLER

- ✓ Convocar a todos los participantes, habitualmente el análisis dura 8 horas, para el análisis de un promedio de 15 muertes.
- ✓ Buscar los instrumentos necesarios en función del registro de muertes del cuaderno de eventos vitales (carpetas familiares, autopsias verbales).



- ✓ Previamente al taller será importante que el coordinador realice la tabulación de datos de eventos vitales:
 - o Numero de muertes por grupos etéreos
 - o Numero de nacimientos
- ✓ En función de de los datos tabulados se calculara las tasas de mortalidad para los grupos priorizados como riesgo.

B) DURANTE EL TALLER:

- ✓ Realizar el estudio de casos de muertes elegibles. Para esto se conformaran pequeños grupos de análisis de 3 personas y se les hará entrega de un numero de autopsias , juntamente con carpetas familiares y la grafica de camino a la sobre vivencia a.
- ✓ Definir con los participantes las conclusiones que deberán emerger del análisis de cada caso para tener posteriormente un informe con datos estandarizados. Los aspectos mas relevantes que deben emerger como conclusión del análisis de cada autopsia y carpetas son:
 - o Determinación de causa biológica de muerte.
 - o Determinación de causa social de muerte que incorpora la identificación del paso que se bloqueo en la grafica del camino a la sobre vivencia y los factores que determinaron este bloqueo.
 - o Identificación de acciones a tomarse para evitar que los hechos se repliquen en otras familias.

El análisis que cada grupo deberá realizar se basa en los datos registrados en la autopsia verbal y los datos registrados en la hoja de visita domiciliaria, ambos nos dan información amplia sobre la historia de la muerte y las acciones de salud que se dieron en la persona fallecida y la familia.

Tras la revisión de este análisis cada sub. grupo deberá sacar conclusiones basándose en el análisis y la grafica de sobre vivencia y la identificación de factores de bloqueo.

La grafica de sobre vivencia nos muestra los pasos en los cuales podría existir un bloqueo para que la persona que falleció reciba ayuda. Las posibilidades de bloqueo pueden ser:

Bloqueo paso 1: No se concreto la búsqueda de ayuda del paciente ni siquiera con su familia .Ej. Accidentes.

Bloqueo paso 2: El problema del fallecido fue de conocimiento de la familia , sin embargo , estos no buscaron ayuda de ningún tipo.

Bloqueo paso 3: Ante la existencia del problema los familiares buscaron ayuda en el entorno del barrio o la comunidad (vecinos).

Bloqueo paso 4 : La búsqueda de ayuda se realizo en practicantes de

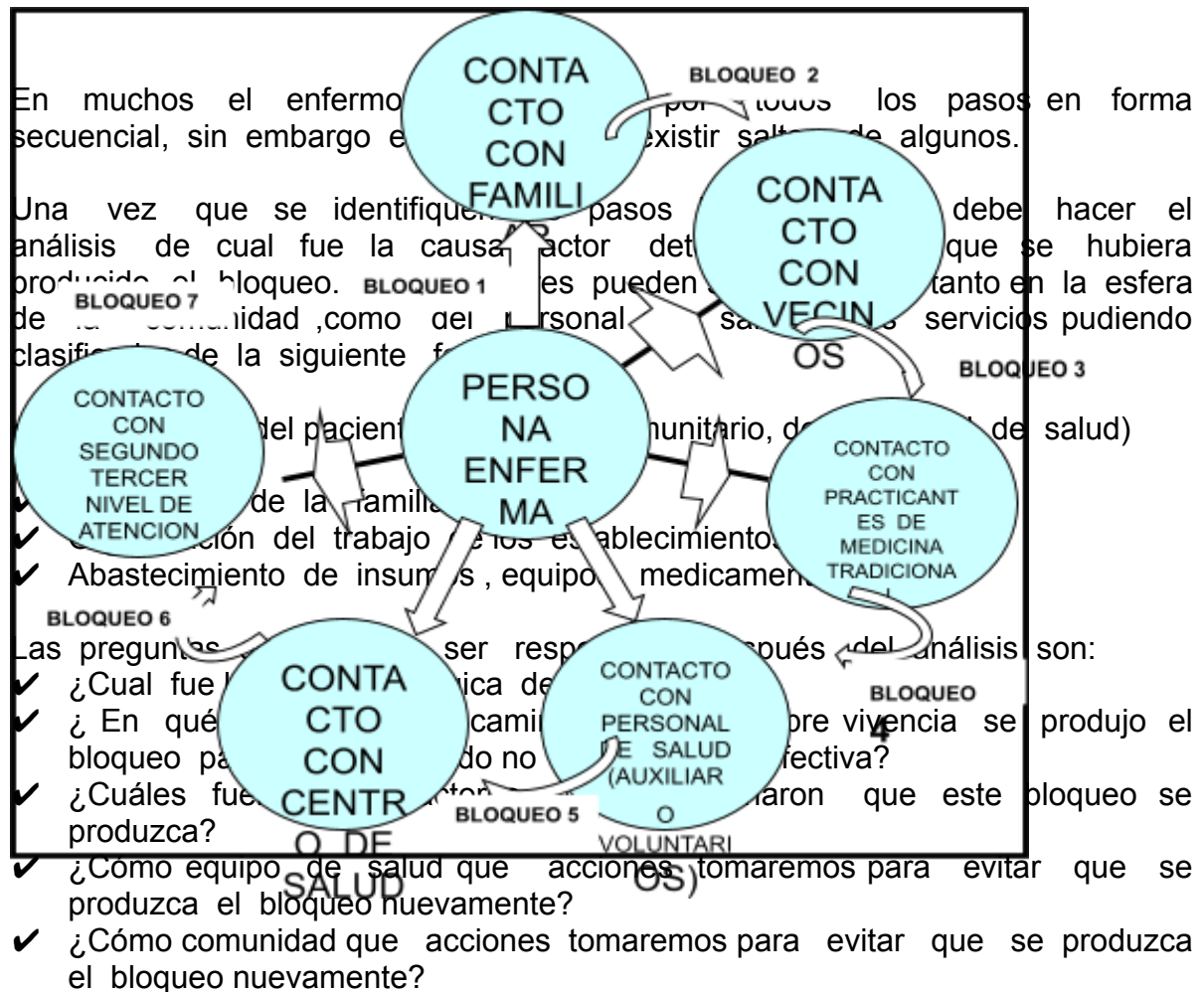


medicina tradicional, yatiris o curanderos, sin que esta sea efectiva.

Bloqueo paso 5: Existió contacto con personas del equipo de salud o vinculadas a estas, en la comunidad o barrio (auxiliares, voluntarios).

Bloqueo paso 6: Durante la enfermedad existió contacto del enfermo con el centro de salud.

Bloqueo paso 7: Se produce cuando existió contacto del enfermo con un establecimiento de segundo o tercer nivel.



Una vez que los grupos analizan los casos, harán la presentación en plenaria y se discutirán las conclusiones entre todos los participantes.

Para finalizar el taller el facilitador (coordinador) deberá dar un resumen y concretar las acciones que se desarrollaran elaborando un pequeño plan de acción, con el respectivo cronograma y asignación de responsabilidades.

Además se analizara el cuadro de mortalidad general según causa y grupos etéreos y se estimaran tasas de mortalidad para nuestros grupos de riesgo priorizados. Esto nos indicara si existe impacto de nuestras intervenciones. La tasas que se priorizan actualmente son :



- ✓ Mortalidad materna
- ✓ Mortalidad infantil
- ✓ Mortalidad de la niñez (menores de 5 años)
- ✓ Mortalidad neonatal (menores de 28 días)

c) DESPUES DEL TALLER

El coordinador y el director realizaran el informe de la discusión y análisis y sus conclusiones , además adjuntaran a este los cuadros de mortalidad general por causa y edad.

Este informe deberá ser archivado en el fólder de mortalidad del área y una copia debe ser enviada a oficina central.

FASE IV EVALUACION

I. OBJETIVO

El objetivo de esta fase es realizar seguimiento de los resultados y logros obtenidos con las intervenciones de la metodología. La idea de esta fase es ver el grado de éxito que se consiguió, ver las lecciones que aprendimos en el proceso. Uno de los principios de la metodología es el de medir el impacto de las acciones a través de los instrumentos que proporciona, de ahí la importancia de que esta fase sea llevada a cabo.

Esta actividad debe ser desarrollada al culminar cada gestión, si que sea algo diferente, será fusionada a las actividades de evaluación de PAO que tiene cada unidad geográfica.

II. DESCRIPCION DE TAREAS

1. PREPARAR LA INFORMACION DE ACUERDO A LOS INDICADORES DE EVALUACION.
2. TALLER DE ANALISIS DE RESULTADOS

1. PREPARAR LA INFORMACION DE ACUERDO A LOS INDICADORES DE EVALUACION.

Los indicadores a ser monitoreados fueron mencionados en cada fase sin embargo sin embargo haremos un resumen de los mínimos a ser contemplados en este proceso.

Podemos clasificar los indicadores a evaluar en dos tipos:

- a) Indicadores de impacto de las intervenciones
- b) Indicadores que nos muestren los procesos de implementación de las tres



primeras fases.

a) Indicadores de impacto de las intervenciones .

Estos indicadores son los que resultan como efecto de todas las actividades y tareas desarrolladas , bajo las estrategias y herramientas que proporciona la metodología.

Los indicadores que nos dicen el efecto de las intervenciones en salud que propone la metodología son:

- ✓ **Tasa de fecundidad** Es el número de nacimientos por mujer durante el periodo de procreación de acuerdo con las tasas de fecundidad prevalecientes por cada grupo de edad.
- ✓ **Tasas de mortalidad:** Debido a la riqueza de información que proporciona la metodología podrían calcularse tasas para cada grupo etareo, pero como mencionamos en la descripción de análisis de mortalidad, estas deben ser calculadas para los grupos de riesgo que se priorizaron en el proceso de planificación.

INDICADOR	FORMULA	FUENTE PARA RECOLECTAR INFORMACION
Tasa de fertilidad	$\frac{\text{Total de nacimientos ocurridos en año Z}}{\text{Población femenina en edad fértil de 15 a 49 años, a mediados del año z}} \times 1000$	Cuaderno de eventos vitales
		Cuadros poblacionales del censo.
Tasa de mortalidad infantil	$\frac{\# \text{ de defunciones de menores de 1 año}}{\text{Total de recién nacidos vivos}} \times 1000$	Cuaderno de eventos vitales (mortalidad)
		Cuaderno de eventos vitales (nacimientos)
Tasa de mortalidad neonatal	$\frac{\# \text{ de defunciones de menores 28 días}}{\text{Total de recién nacidos vivos}} \times 1000$	Cuaderno de eventos vitales (mortalidad)
		Cuaderno de eventos vitales (nacimientos)
Tasa de mortalidad de la niñez	$\frac{\# \text{ de defunciones de menores de 5 años}}{\text{Total de recién nacidos vivos}} \times 1000$	Cuaderno de eventos vitales (mortalidad)



	Total población menor de 5 años	Cuadros poblacionales del censo o actualización censal
Tasa de mortalidad materna	# de defunciones de mujeres por complicaciones del embarazo, parto, puerperio hasta 48 días $\times 100000$	Cuaderno de eventos vitales (mortalidad)
	Total de recién nacidos vivos	Cuaderno de eventos vitales (nacimientos)

- ✓ Adicionalmente se deberán analizar **las principales causas de muerte para los grupos de riesgo priorizados**, cuya fuente proviene del cuaderno de eventos vitales.



No olvidemos que el preparar esta información estaría simplificada ya que fue debidamente elaborada en cada etapa (los cuadros poblacionales están listos al culminar el proceso de censo o de actualización, se tiene un recuento de datos de nacimientos y mortalidad para el taller de análisis de la misma en la fase de implementación).

b) Indicadores que nos muestren los procesos de implementación de las tres primeras fases.

1. **Fase de establecimiento de relación de confianza.** Para evaluar hasta que punto se tuvo impacto en el desarrollo de este fase se deberá hacer el análisis del **cumplimiento de los puntos establecidos en el acuerdo de trabajo conjunto firmado con las autoridades** locales, en esta oportunidad, será importante renovar el mismo.

Además para medir el nivel de participación de la comunidad, que de alguna forma nos muestra la relación desarrollada tenemos los siguientes indicadores:

INDICADOR	FORMULA	FUENTE PARA RECOLECTAR INFORMACION
Porcentaje de familias censadas por voluntarios	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de familias censadas por voluntarios}}{\text{\# Total de familias censadas}} \times 100$	Ficha familiar
Porcentaje de visitas domiciliarias realizadas por voluntarios	$\frac{\text{\# de vistas domiciliarias realizadas por voluntarios}}{\text{\# Total de visitas domiciliarias}} \times 100$	Hoja de visita domiciliaria



	# total de vistas domiciliarias	
--	---------------------------------	--

2. Fase de diagnostico poblacional y de salud familiar y comunitaria. Este indicador habla de la magnitud de problemas existentes, son :

INDICADOR	FORMULA	FUENTE PARA RECOLECTAR INFORMACION
Porcentaje de familias en riesgo	$\frac{\# \text{ de familias identificadas con algún riesgo en el área}}{\text{Total familias del área}} \times 100$	Cuadros poblacionales Hoja de visita domiciliaria y cuaderno de consulta externa (se recolecta y prepara durante el levantamiento de censo o actualización censal)

3. Fase de planificación e implementación

Para medir los proceso de esta fase, es de suma importancia hacer una análisis y revisión del cumplimiento de las actividades propuestas durante la planificación , para esto se deberá revisar este documento. Sin embargo es importante contemplar en esta fase la medición de los siguientes indicadores, aunque no hubieran sido tomados en cuenta en la planificación:

INDICADOR	FORMULA	FUENTE PARA RECOLECTAR INFORMACION
Porcentaje de familias que recibieron visitas domiciliarias según normas	$\frac{\# \text{ de familias visitadas de acuerdo a normas y criterios definidos}}{\text{Total familias del área}} \times 100$	Hoja de visita domiciliaria
Porcentaje de recién nacidos captados y pesados antes de los 30 días de vida . Este indicador habla del funcionamiento adecuado del sistema de vigilancia	$\frac{\# \text{ de recién nacidos captados y pesados antes de los 30 días de vida}}{\text{Total de recién nacidos vivos en el año}} \times 100$	Cuaderno de eventos vitales (nacimientos) Cuaderno de eventos vitales (nacimientos)
Congruencia de datos de censo y sistema de vigilancia	Población de censo o actualización= (Población total de gestión - total muertes - migraciones)+ nacimientos	Cuadro poblacional, Registros de eventos vitales Ficha familiar



Porcentaje de muertes elegibles con autopsia verbal realizada	# de defunciones elegibles en las que se realizó autopsia verbal X100	Autopsias verbales realizadas
	Total muertes elegibles	Cuaderno de eventos vitales (mortalidad)

Los anteriores indicadores deberán ser preparados días antes del taller de evaluación y se preparara una presentación didáctica y comprensible de los mismos. Es responsable de que la información este disponible el coordinador local de la metodología.

Además de contar con presentaciones de resultados es importante contar con matrices que encaminen el análisis, por ejemplo:

INDICADOR	SITUACION INICIAL ¿Cómo estabamos antes?	SITUACION ACTUAL ¿Cómo estamos ahora?	FORTALEZAS	DEBILIDADES	OPCIONES DE SOLUCION

Es importante además contar con los cuadros poblacionales y los resultados de causas de muertes identificados en el etapa de actualización censal de la gestión pasada para compararlos con los resultados actuales.

No olvidar que los voluntarios comunitarios son un recurso humano que debe participar en la preparación de estos datos.

2. TALLER DE ANALISIS DE RESULTADOS

Esta actividad puede ser desarrollada con participación de la comunidad,

Los pasos a seguir para su realización son :

- ✓ Convocar a los participantes
- ✓ Elaborar el programa del taller que contemplara esencialmente:
 - o Presentación de los resultados de indicadores
 - o Análisis comparativo con situaciones de gestión anterior para determinar la evolución.
 - o Análisis de fortalezas , debilidades
 - o Planteamiento de opciones de solución
 - o Entregar el material a los participantes.
- ✓ Desarrollar el taller. La metodología de evaluación debe ser participativa, para lo cual se pueden conformar grupos pequeños de discusión y presentaciones en plenaria.
- ✓ Recopilar las matrices llenadas y realizar un informe con las mismas adjuntando conclusiones generales .



ETAPA V. REDEFINIR NUEVAS ACCIONES

OBJETIVO

En lugar de ser una etapa, se resalta esta acción como el producto que debe emerger del análisis de la fase de evaluación. El objetivo es el de realizar una valoración de amplio espectro de cada una de las etapas anteriores, para sacar provecho de sus potencialidades y minimizar sus debilidades. Además de explorar los cambios que se proyectan en el perfil epidemiológico en el área donde se ha implementado la metodología y plasmarlo en un plan de acciones concretas.

Para esto deben realizar las siguientes tareas:

- 1. Elaborar la matriz de redefinición de estrategias
-
- 2. Elaborar un plan para replicar la metodología en área con algunas adaptaciones

1. Elaborar la matriz de redefinición de estrategias

El objetivo de esta tarea es contar con un instrumento para sistematizar la redefinición de las estrategias implementadas en cada etapa de la metodología. Para esto se debe realizar los siguientes pasos.



- Realizar una reunión con el equipo de salud para llenar la matriz de redefinición de estrategias.
- Incorporar las estrategias alternativas de solución en los planes operativos del equipo de los servicios del área. Estas serán, las que surgieron del proceso de evaluación.

En la reunión con el equipo se llenara la matriz de redefinición de estrategias. Esta reunión debe efectuarse una vez que se haya concluido la implementación de las primeras cuatro etapas de la metodología.

La frecuencia de su realización estará determinada según las necesidades del equipo, pero se recomienda que se efectúe por lo menos una vez al año. El procedimiento de esta reunión es el siguiente:

- **Formar grupos de trabajos entre los responsables de implementación de la metodología para analizar las conclusiones de la evaluación.**
- **Realizar presentaciones individuales del trabajo de grupos**
- **Realizar plenaria para enriquecer y consolidar todas las propuestas en una sola matriz**

Luego se incorporaran las estrategias y alternativas de solución en los planes operativos del equipo de los servicios del área, retomando luego la Etapa III del Ciclo de la Metodología.

Elaborar un Plan para replicar la metodología con nuevas estrategias

El objetivo de esta tarea es explicitar cuales serán los procedimientos que el equipo se propone seguir para replicar la Metodología. Para esto se deben tomar en consideración las acciones establecidas en el de la Etapa II e iniciar todo el ciclo nuevamente



