



UTMACH

UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

TEMA:

HERRAMIENTAS DEL TRABAJO COMUNITARIO QUE AYUDAN A LA INNOVACION
DE LA GESTION DE LOS SERVICIOS DE SALUD

TRABAJO PRÁCTICO DEL EXAMEN COMPLEXIVO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

AUTORA:

TINITANA SACA PATRICIA ELIZABETH

MACHALA - EL ORO

CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR

Yo, TINITANA SACA PATRICIA ELIZABETH, con C.I. 0703384222, estudiante de la carrera de ENFERMERÍA de la UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD de la UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA, en calidad de Autora del siguiente trabajo de titulación HERRAMIENTAS DEL TRABAJO COMUNITARIO QUE AYUDAN A LA INNOVACION DE LA GESTION DE LOS SERVICIOS DE SALUD

- Declaro bajo juramento que el trabajo aquí descrito es de mi autoría; que no ha sido previamente presentado para ningún grado o calificación profesional. En consecuencia, asumo la responsabilidad de la originalidad del mismo y el cuidado al remitirme a las fuentes bibliográficas respectivas para fundamentar el contenido expuesto, asumiendo la responsabilidad frente a cualquier reclamo o demanda por parte de terceros de manera EXCLUSIVA.

- Cedo a la UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA de forma NO EXCLUSIVA con referencia a la obra en formato digital los derechos de:
 - a. Incorporar la mencionada obra al repositorio digital institucional para su democratización a nivel mundial, respetando lo establecido por la Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0), la Ley de Propiedad Intelectual del Estado Ecuatoriano y el Reglamento Institucional.

 - b. Adecuarla a cualquier formato o tecnología de uso en internet, así como incorporar cualquier sistema de seguridad para documentos electrónicos, correspondiéndome como Autor(a) la responsabilidad de velar por dichas adaptaciones con la finalidad de que no se desnaturalice el contenido o sentido de la misma.

Machala, 23 de diciembre de 2015



TINITANA SACA PATRICIA ELIZABETH
C.I. 0703384222

FRONTISPICIO

AUTORA



PATRICIA ELIZABETH TINITANA SACA

C.I.: 0703384222

Dirección: Cdla. Luz de América, Machala, El Oro

Teléfono: 2793177

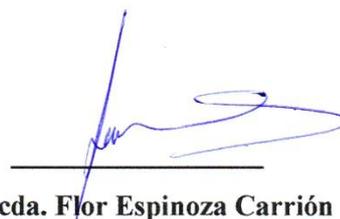
e-mail: pamitaeli@hotmail.es

COMITÉ EVALUADOR



Lcda. Sara Vera Quiñonez

C.I.:0702419276



Lcda. Flor Espinoza Carrión

C.I.:0701910176



Lcda. Sandra Falconí Peláez

C.I.:070484086-7

DEDICATORIA

Dedico el esfuerzo y sacrificio que he realizado para llegar a mi meta a Dios benévolo, justos por brindarme la oportunidad de vivir, ayudándome a seguir adelante, a mi amado esposo por esperar con paciencia que culmine mis estudios, por estar allí apoyándome en cada momento, a mis amados hijos por un mejor futuro para nuestras vidas.

PATRICIA

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por darme sus bendiciones permanentemente, a la Universidad Técnica de Machala, Facultad de Ciencias Químicas y de la Salud por darme la oportunidad de formarme como profesional, a la carrera de Enfermería por ayudarme a culminar con éxito mis estudios, a mis docentes por la enseñanza aplicada haciendo de mí una verdadera profesional.

LA AUTORA

RESUMEN

El trabajo comunitario es uno de los componentes básicos, fundamentales en la salud pública este se define como el conjunto de las acciones del personal de salud en los establecimientos realizado en las comunidades, caseríos, en coordinación con los agentes y líderes de la comunidad. En nuestro país se encuentra declaradas las herramientas comunitarias en el Modelo de Atención Integral de Salud.

las herramientas fundamentales para cumplir el trabajo comunitario son; la visita domiciliaria, la ficha familiar y dispensarización, estas a su vez cumplen con aspectos fundamentales tales como; atención integral por parte del equipo de salud a la comunidad siempre enfocándose a la persona como un todo desde sus diferentes áreas, físico, mental y social mas no solamente a las enfermedades, fortalecimiento del sistema nacional de salud con seguimiento y educación continua, trabajar siempre con enfoque de riesgo es decir buscando, identificando, interviniendo oportunamente sobre determinantes de salud y promoción de la participación comunitaria, como persona de enfermería estamos en la capacidad de planificar, organizar y ejecutar con eficacia y efectividad el trabajo comunitario, en las visitas domiciliarias el personal de enfermería es el responsables de planificar según la prioridad de la problemática de salud de la comunidad, La ficha familiar es un instrumento utilizado para mejorar las historias clínicas de un centro de salud, para medir riesgos y necesidades en una familia y comunidad hacia la implementación de estrategias de mejora en la salud, con el objetivo de Identificar posibles necesidades individuales y colectivas que se puedan atender en el bienestar de la salud de la población.

En conclusión las herramientas del trabajo comunitario permitirán mejorar la calidad de recolección y el registro de los datos, promoviendo la utilización de un lenguaje común que facilitará la compatibilidad entre los individuos, familia y comunidad.

ABSTRACT

Community work is one of the fundamental public health basic components this is defined as the set of actions of health personnel in establishments conducted in communities, villages, in coordination with agents and leaders comunidad.1En We declared our country find tools in the Community model of comprehensive health care.

the fundamental tools to meet community work are; home visits, family dispensarización tab, these in turn comply with fundamental issues such as; comprehensive care from the health team to the community always focusing on the whole person from different areas, physical, mental and social but not only diseases, strengthening the national health system monitoring and continuing education, work always with risk approach that is seeking, identifying, intervening promptly on health determinants and promotion of community participation, as a person of nursing are in the ability to plan, organize and execute efficiently and effectively community work, in home visits we are responsible for planned in the priority health problems of the community, family record is our duty to keep information from each member of our community, we are responsible for verifying that each family has its tab, plan and implement the dispensarización evaluation and monitoring of the health problems found in other tools.

INTRODUCCIÓN

Las herramientas del trabajo comunitario según el Modelo de atención de Salud del Ecuador son; la ficha familiar, la visita domiciliaria, dispensarización, siendo estas necesarias para la atención de la comunidad, la familia y el individuo, la visita domiciliaria es importante ya que en esta se brinda la atención extramural, donde se acude a realizar una evaluación in situ de la situación en la que habitan los visitados, la ficha familiar es un formato que es llenado con datos de la familia visitada, la misma que es útil para la interpretación de antecedentes y factores de riesgo, la última herramienta es utilizada para la evaluación y monitoreo de las familias o individuo que fueron visitados.¹

Estas herramientas permiten al personal de atención primaria de salud mantener un trabajo comunitario planificado, sobre todo que el sistema sanitario se encuentra en una fase de rediseño. Su modelo de organización para la provisión de servicios ha llegado a un punto que requiere una reflexión y un cambio para orientarse hacia lo que son las necesidades emergentes de la ciudadanía en materia de salud y más concretamente hacia las derivadas de la atención a las personas que padecen problemas de salud de manera crónica y como los servicios deben responder a las situaciones de fragilidad y dependencia de las personas y sus cuidadores en su entorno, es de esta manera que se lo guía el empoderamiento de la comunidad en su vivencia.¹

Por ello se ha planteado como propósito. Identificar las herramientas del trabajo comunitario mediante revisión bibliográfica del Modelo de Atención de Salud para la determinación del accionar de enfermería.

DESARROLLO

LAS HERRAMIENTAS PARA BRINDAR LAS PRESTACIONES INTEGRALES DE SALUD

VISITA DOMICILIARIA

El personal de salud, acude a cada vivienda que amerite para llevar a cabo una valoración y así poder dar solución a sus problemas de salud.

Dando prioridad a las personas que no puedan acudir a la unidad de salud.

FINALIDAD

El objetivo es integrarse a cada familia para conocer el estilo de vida y orientar a la familia y/o comunidad, el cómo enfrentar los problemas bio-psicosanitarios, aplicando la atención primaria de protección, recuperación y rehabilitación de la salud. Para que sea una atención integral, individual y familiar.

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA EN LA VISITA DOMICILIARIA

- Diagnosticar los riesgos para la salud.
- Planificar actividades terapéuticas los cuidados y la rehabilitación
- Conocer los riesgos en el contexto familiar analizando las repercusiones sobre la familia.
- Evaluar la necesidad de utilizar los recursos formales de la comunidad.
- Realizar el diagnóstico, decidir la intervención y planificar el seguimiento del proceso clínico familiar y de las visitas domiciliarias programadas.
- Intervenir con medidas a las familias para promover salud.

POBLACION PRIORITARIA

- Familia de riesgo socio-sanitario
- Grupo materno infantil
- Adolescentes
- Personas con enfermedades de impacto
- Enfermedades de notificación inmediata y obligatoria
- Personas con dificultad para ir a una unidad salud
- Saneamiento ambiental
- Promoción de la salud
- Educación continua y educación para la salud

PRINCIPIOS

- 1.** Profiláctico: favorece la planificación de acciones de promoción de salud, de prevención primaria, secundaria o terciaria.
- 2.** Dinámico: clasificados de acuerdo con la variabilidad en su estado de salud y la necesidad en las medidas terapéuticas y de atención general.
- 3.** Continuo: Por la necesidad de forma ininterrumpida desde que se evalúa y registra al individuo.
- 4.** Individualizado: se establece una estrategia de atención en cada individuo según sus características personales y el problema de salud.
- 5.** Integral: implica el abordaje del individuo atendiendo a sus características biológicas, psicológicas y sociales, su interacción con la familia y la comunidad.
- 6.** Universal: atendida por el Equipo de Atención Integral de Salud, desde los recién nacidos hasta los ancianos, sin descuidar su relación con el entorno.
- 7.** Atención en equipo: atención que brinda el Equipo de Atención Integral de Salud: Médico y Enfermera de Familia, TAPS, en estrecha relación con los especialistas del nivel secundario y terciario.

Seguimiento:

La evaluación siempre tendrá que ver con unas preguntas al grupo de familias, más un examen físico minuciosos y exámenes complementarios (si así se considera), para conocer si existe algún tipo de riesgo o daño. Al mismo tiempo este encuentro debe aprovecharse para orientar o reforzar hábitos y conductas que favorezcan un estilo de vida saludable.

CRITERIOS PARA LA PRIORIZACIÓN DE LA VISITA DOMICILIARIA

Criterio	Características	Actividad de enfermería
Socio económico	Los de mayor pobreza y pobreza extrema (quintiles 1 y 2)	Visita con enfoque de riesgo: familiares, higiene, consumo de sustancia
Epidemiológico	Factores endémicos y epidémicos de factores de discapacidad e invalides con enfermedades terminales y seguimiento en el hogar del paciente que no requiere hospitalizar.	Educación seguimiento de pacientes y familia con problema
Demográfico	Menores de 1 y 5 años, adultos mayores situación de dependencia, sola o abandonada	Verificar desarrollo y crecimiento del niño Verificación del cumplimiento del esquema de vacunación Verificar la alimentación que recibe el niño con riesgo de desnutrición Control de signos y síntomas del adulto mayor
Administrativo	recursos disponibles técnicos, humanos, materiales y financieros, con base a las necesidades y riesgos del grupo familiar	Gestión de recursos insumos necesarios para el cumplimiento de las visitas

ETAPAS PARA LA VISTA DOMICILIARIA

- 1. programación:** se debe programar el día y la hora en que se va a realizar la visita con la familia.
- 2. planificación:** anotar todos los antecedentes, la población está registrada, de modo que se debe organizar esa información, fijar los objetivos y diseñar una pauta de observación.
- 3. Ejecución:** momento en el que puede observar las características del sector: el estado del tráfico, la disposición de las basuras y otros servicios básicos, cómo se viste la gente, cómo y cuánto habla, cómo utiliza el espacio público, el grado de seguridad, el nivel de contaminación.
- 4. Evaluación y Registro:** la evaluación de la visita la realiza el equipo de salud cuando se retira, en el hogar se comenta la visita y el equipo de salud se deberá reunir para analizar los datos obtenidos y sacar conclusiones.

FICHA FAMILIAR

Es un instrumento que nos permite obtener valiosa información de cada una de las familias que habitan un sector donde desarrolla sus labores la Unidad de Atención Primaria (UNAP).

En esta vigilamos sus necesidades y desarrollamos un plan para garantizar las prestaciones de salud.

OBJETIVOS FUNDAMENTALES

Estandarizar el procedimiento de llenado de la ficha familiar para garantizar la calidad de los datos recogidos en la ficha, lo que a su vez redundará en una toma de decisiones en salud.

PASOS QUE DEBEMOS SEGUIR PARA APLICAR LA FICHA FAMILIAR

- Es un registro permanente a lo largo de la vida de la familia.
- Garantiza la continuidad de la atención, facilitando la información permanente de todos los miembros del equipo sobre las actuaciones dirigidas a un mismo individuo o familia.
- Permanece en el establecimiento de salud la cual es el responsable de la custodia de este registro en el centro donde permanece el equipo de salud.
- El archivo debe realizarse en un lugar específico en el centro de salud.
- La identificación de la Ficha familiar se realizará mediante un número único para la familia. Cada miembro de ella tendrá un número compuesto por el número de Ficha familiar más un dígito diferente para cada una de las personas que integran el núcleo familiar, este número constará en su historia personal, tarjeta edad sexo o tarjeta índice y sus demás registros.
- Como la ficha familia es un registro permanente, no arranque o elimine ningún documento que se guarde en ella que permita verificar informaciones.
- Si una ficha se deteriora, sustitúyala por otra nueva.

DESPENSARIZACIÓN

El equipo básico de atención primaria de salud es el encargado de desarrollar estrategias de atención ambulatoria para la comunidad.

Siendo encargados personal de salud con experiencia y avances de los servicios ambulatorios, la atención puede ser urbana o rural, según las necesidades de cada persona esta atención es aplicada a infantes, escolares, materna y ancianos.

CRITERIOS DE DISPENSARIZACIÓN PARA DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO DE LAS FAMILIAS ⁽²⁾.

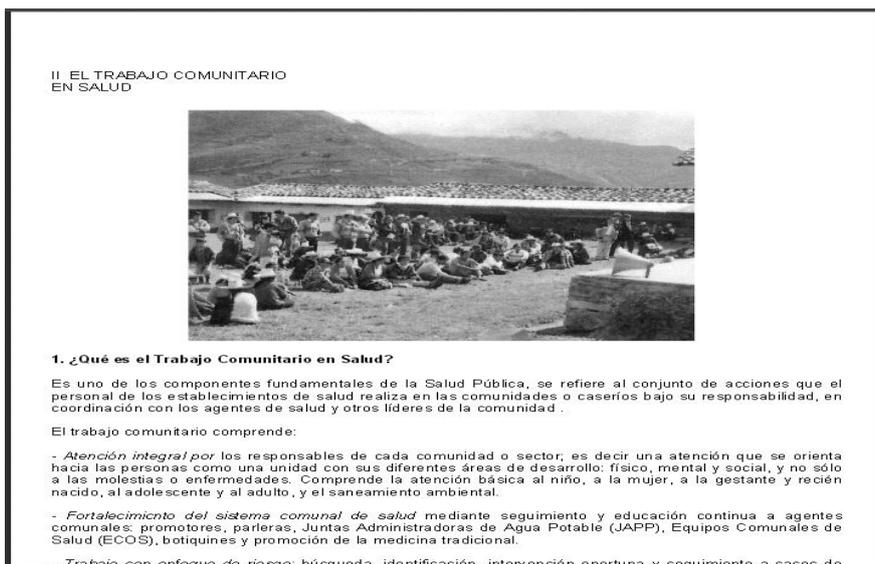
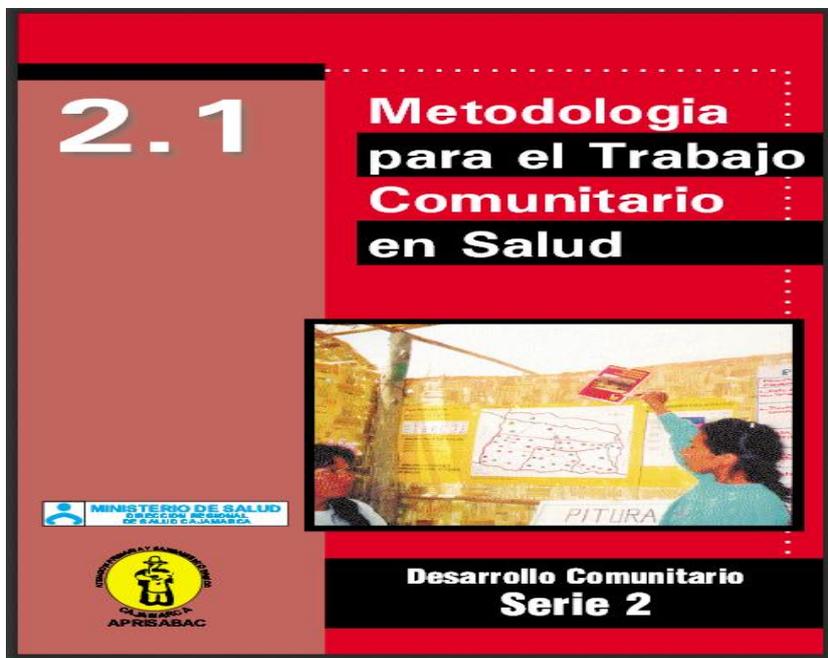
grupo de clasificación según criterio de dispensarización	actividades intramurales del personal de enfermería	actividades extramurales del personal de enfermería
aparentemente sano	Incluye un interrogatorio y un examen físico minucioso incluso la indicación de exámenes complementarios en busca de características de riesgo o daño. Al mismo tiempo este encuentro debe aprovecharse para orientar o reforzar hábitos y conductas que favorezcan un estilo de vida saludable. Coordinar visita domiciliaria en caso de ser necesario.	Una visita de seguimiento al año. Entrega de turnos en casos especiales
con factores de riesgo	Coordinar visitas domiciliarias y llenado de la ficha familiar en caso de ser necesario	2 visita de seguimiento al año se recomienda a las familias
Con patologías crónicas	El número de consultas de seguimiento y subsecuentes que se realizara será bajo los estándares del MSP por ciclos de vida. Actividades: Promoción, Prevención, Curación y Rehabilitación.	3 vistas de seguimiento al año se recomienda a las familias con patologías crónicas. Actividades que deberán ser detalladas en la ficha familiar.
Con secuelas o discapacidad	Coordinar las atenciones, las visitas domiciliarias con el llenado de la ficha familiar en caso de ser necesario, el seguimiento no será el mismo en una persona que padece una limitación motora por un trauma desde pequeño.	4 visitas de seguimiento al año a las familias que tengan integrantes con secuela o discapacidad. Actividades: • Promoción • Prevención • Curación • Rehabilitación

CIERRE

- Las herramientas importantes que se deben cumplir en el trabajo comunitario son las visitas domiciliarias, la ficha familiar, la evaluación y monitoreo de las actividades realizadas en las anteriores.
- La enfermera es la parte Fundamental en el trabajo comunitario ya que desde su formación como administradora esta apta para la planificación de cada uno de los métodos para llevar a cabo en el trabajo comunitario.
- La enfermera desarrolla y aplica de forma integral, en el marco de la salud pública, los cuidados al individuo, la familia y la comunidad en la continua salud-enfermedad.
- El profesional de salud comunitaria contribuye de forma específica a que los individuos, familia y comunidad adquieran habilidades, hábitos y conductas que fomenten su autocuidado en el marco de la atención primaria de salud (APS), la cual comprende promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, además de la prevención de la enfermedad.

Bibliografía

1 Metodología para el Trabajo Comunitario en Salud, Desarrollo Comunitario Serie 2, APRISABAC, pag. 8-10, 2010 <http://www.minsa.gob.pe/publicaciones/aprisabac/21.pdf>



2. MAIS, M. D. (2012). MSP. En E. Y. COMUNITARIA. QUITO.



5.1.5. Estrategias y Herramientas para brindar las prestaciones integrales de salud: visita domiciliaria, ficha familiar, criterios de dispensarización

Tabla 3
Visita Domiciliaria

DEFINICIÓN:

Es el encuentro o acercamiento del equipo de salud al domicilio del usuario, familia y/o Comunidad; suele responder a una necesidad identificada por un miembro del Equipo de Salud, que tras la valoración del usuario, decide un plan de intervención a seguir en el domicilio y la periodicidad de los mismos, sobre aspectos de salud y detección de problemas que rodean a la familia: biológico, psicológico, social y ambiental, dando opción al descubrimiento de factores de riesgo y a la corrección de los mismos.

FINALIDAD:

Con esta nueva visión que encierra en un todo, lo biológico y psicosocial, lo sanitario y lo social, en un escenario y con una estrategia de intervención específicos, el hogar y la atención domiciliaria; el equipo básico de salud deberá asumir el reto de una atención integral, individual y familiar. Para poder afrontar con éxito este nuevo abordaje, es necesario aprender nuevos conceptos y sobre todo capacitarse para utilizar otros instrumentos, de forma que un mismo profesional pueda atender los aspectos biomédicos y psicosociales y coordinar los recursos sanitarios y sociales

Consideramos que los profesionales de los Equipos Integrales de Salud, implicados en un programa de atención domiciliaria y atención familiar, deben prepararse para realizar las siguientes actividades:

- Diagnosticar los riesgos para la salud.
- Planificar actividades terapéuticas, los cuidados y la rehabilitación.
- Transferir lo clínico a lo psicosocial.
- Estudiar los riesgos en el contexto familiar, analizando las repercusiones sobre la familia, evaluando de forma especial las repercusiones sobre la organización y función familiar.
- Evaluar los apoyos informales y la necesidad de utilizar los recursos formales de la comunidad.
- Realizar el diagnóstico, decidir la intervención y planificar el seguimiento del proceso clínico-familiar y de las visitas domiciliarias programadas.
- Realizar una evaluación dinámica, organizada y continua del estado de salud de las personas en una comunidad determinada, y supone su registro, diagnóstico, intervención y seguimiento con el propósito de influir en la mejoría de su estado de salud, mediante la planificación y desarrollo de intervenciones que contribuyan a ello.

DEFINICION:

La ficha familiar, es instrumento de archivo de la unidad, para lo cual debe destinarse el espacio respectivo dentro del área de estadística. Este instrumento no reemplaza a la historia clínica individual, es un complemento.

Es un instrumento esencial del MAIS-FCI que nos permite vigilar el estado de salud de la población sus necesidades y desarrollar las mejores políticas de salud para garantizar la prestación de servicios sanitarios.

Tiene dos objetivos fundamentales:

- Medir de las condiciones de vida
- medir los determinantes sociales de salud

La Ficha Familiar será implementada por el personal de todos los establecimientos de salud de primer nivel de atención así como por los integrantes de equipos móviles de salud, en directa coordinación con los líderes o autoridades de la comunidad y principalmente las propias familias. La apertura de la ficha familiar y la primera consulta, permiten conocer la realidad social de la comunidad, clasificar a la población en grupos de riesgos, realizar un diagnóstico de salud a nivel local y establecer prioridades en la atención; fortalece la estrategia del primer nivel de atención como puerta de entrada al sistema, permite el desarrollo de actividades de promoción y prevención e incrementa el acceso a los servicios de salud.

La Ficha familiar nos servirá además para:

- Identificar las determinantes de la salud de la familia.
- Realizar educación para la salud con la familia.
- Planificar visitas domiciliarias en base a sus prioridades.
- Clasificar las familias según el riesgo que presenten y priorizar su atención

Urkund Analysis Result

Analysed Document: PATRICIA TINITANA.docx (D16874479)
Submitted: 2015-12-21 21:30:00
Submitted By: kgarcia@utmachala.edu.ec
Significance: 9 %

Sources included in the report:

Tesis URKUND.doc (D15061753)
<https://medfamcom.files.wordpress.com/2009/09/visita-domiciliaria-chile.doc>

Instances where selected sources appear:

5



URKUND

Document: PATRICA.TrnT4N.docx - 01674478

Submitted: 2015-12-11 13:30:05:00

Submitted by: igarcia.igarcia@unimed.edu.ec

Receiver: igarcia.igarcia@unimed.edu.ec

Message: 1 PULACION PATRICA.TrnT4N... [View full message](#)

if this report is page long document consists of next present 2 content

List of sources

Rank	Path/Filename
1	PATRICA.TrnT4N.docx
2	PATRICA.TrnT4N.docx
Alternative sources	
1	PATRICA.TrnT4N.docx
2	TrnT4N.TrnT4N.docx
3	TrnT4N.TrnT4N.docx
4	TrnT4N.TrnT4N.docx
5	TrnT4N.TrnT4N.docx
6	TrnT4N.TrnT4N.docx
7	TrnT4N.TrnT4N.docx
8	TrnT4N.TrnT4N.docx
9	TrnT4N.TrnT4N.docx
10	TrnT4N.TrnT4N.docx
11	TrnT4N.TrnT4N.docx
12	TrnT4N.TrnT4N.docx
13	TrnT4N.TrnT4N.docx
14	TrnT4N.TrnT4N.docx
15	TrnT4N.TrnT4N.docx
16	TrnT4N.TrnT4N.docx
17	TrnT4N.TrnT4N.docx
18	TrnT4N.TrnT4N.docx
19	TrnT4N.TrnT4N.docx
20	TrnT4N.TrnT4N.docx
21	TrnT4N.TrnT4N.docx
22	TrnT4N.TrnT4N.docx
23	TrnT4N.TrnT4N.docx
24	TrnT4N.TrnT4N.docx
25	TrnT4N.TrnT4N.docx
26	TrnT4N.TrnT4N.docx
27	TrnT4N.TrnT4N.docx
28	TrnT4N.TrnT4N.docx
29	TrnT4N.TrnT4N.docx
30	TrnT4N.TrnT4N.docx
31	TrnT4N.TrnT4N.docx
32	TrnT4N.TrnT4N.docx
33	TrnT4N.TrnT4N.docx
34	TrnT4N.TrnT4N.docx
35	TrnT4N.TrnT4N.docx
36	TrnT4N.TrnT4N.docx
37	TrnT4N.TrnT4N.docx
38	TrnT4N.TrnT4N.docx
39	TrnT4N.TrnT4N.docx
40	TrnT4N.TrnT4N.docx
41	TrnT4N.TrnT4N.docx
42	TrnT4N.TrnT4N.docx
43	TrnT4N.TrnT4N.docx
44	TrnT4N.TrnT4N.docx
45	TrnT4N.TrnT4N.docx
46	TrnT4N.TrnT4N.docx
47	TrnT4N.TrnT4N.docx
48	TrnT4N.TrnT4N.docx
49	TrnT4N.TrnT4N.docx
50	TrnT4N.TrnT4N.docx
51	TrnT4N.TrnT4N.docx
52	TrnT4N.TrnT4N.docx
53	TrnT4N.TrnT4N.docx
54	TrnT4N.TrnT4N.docx
55	TrnT4N.TrnT4N.docx
56	TrnT4N.TrnT4N.docx
57	TrnT4N.TrnT4N.docx
58	TrnT4N.TrnT4N.docx
59	TrnT4N.TrnT4N.docx
60	TrnT4N.TrnT4N.docx
61	TrnT4N.TrnT4N.docx
62	TrnT4N.TrnT4N.docx
63	TrnT4N.TrnT4N.docx
64	TrnT4N.TrnT4N.docx
65	TrnT4N.TrnT4N.docx
66	TrnT4N.TrnT4N.docx
67	TrnT4N.TrnT4N.docx
68	TrnT4N.TrnT4N.docx
69	TrnT4N.TrnT4N.docx
70	TrnT4N.TrnT4N.docx
71	TrnT4N.TrnT4N.docx
72	TrnT4N.TrnT4N.docx
73	TrnT4N.TrnT4N.docx
74	TrnT4N.TrnT4N.docx
75	TrnT4N.TrnT4N.docx
76	TrnT4N.TrnT4N.docx
77	TrnT4N.TrnT4N.docx
78	TrnT4N.TrnT4N.docx
79	TrnT4N.TrnT4N.docx
80	TrnT4N.TrnT4N.docx
81	TrnT4N.TrnT4N.docx
82	TrnT4N.TrnT4N.docx
83	TrnT4N.TrnT4N.docx
84	TrnT4N.TrnT4N.docx
85	TrnT4N.TrnT4N.docx
86	TrnT4N.TrnT4N.docx
87	TrnT4N.TrnT4N.docx
88	TrnT4N.TrnT4N.docx
89	TrnT4N.TrnT4N.docx
90	TrnT4N.TrnT4N.docx
91	TrnT4N.TrnT4N.docx
92	TrnT4N.TrnT4N.docx
93	TrnT4N.TrnT4N.docx
94	TrnT4N.TrnT4N.docx
95	TrnT4N.TrnT4N.docx
96	TrnT4N.TrnT4N.docx
97	TrnT4N.TrnT4N.docx
98	TrnT4N.TrnT4N.docx
99	TrnT4N.TrnT4N.docx
100	TrnT4N.TrnT4N.docx

URKUND's archive: UNIVERSIDAD TECNICA DE MACHALA - PATRICA.TrnT4N.docx

DEARROLLAR MANEJOS PARA BRINDAR LAS PRESTACIONES INTEGRALES DE SALUD

VISTA DON CUADRO

PERSONAL DE SALUD: Accede a cada vivienda de acuerdo para leer y colocar una vitrola y al poder de situar a sus problemas de salud

Donde promueve a las personas que puedan acudir a la unidad de salud

Finalidad

El objetivo es integrar a cada familia para cooperar el estado de vida y orientar a la familia y/o comunidad, el como enfrentar los problemas socio-psicosomaticos, buscando la atencion primaria de prevencion, recuperacion y rehabilitacion de la salud. Para que sea una atencion integral, individual y familiar.

ACCIONES DE SUPERVIA EN

LA VISTA DON CUADRO

- Diagnosticar los riesgos para la salud
- Planificar actividades de apoyo a los cuidados y la rehabilitacion - Conocer los riesgos y el contexto familiar analizando las exposiciones sobre a familia -
- Evaluar la necesidad de utilizar los recursos formales de la comunidad - Realizar el diagnostico, decidir la intervencion y sanificar el seguimiento de proceso clinico familiar y de las visitas domiciliarias programadas - Intervenciones de medidas
- a las familias para promover la salud

POBLACION DE REFERENCIA - Familia de

Intep

socialmente - Grupo heterogeneo - Infancia - Adolescentes - Personas con enfermedades de riesgo

18/11 21:12:21