



UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA

MAESTRIA EN GERENCIA INTEGRAL DE SALUD

PARA EL DESARROLLO LOCAL

**Mejoramiento sanitario en la población de Cumbaratza, a través
de la organización de la comunidad**

Tesis de grado

Autora:

Fuentes Mori Raquel

Directora:

Buele Maldonado Norita Angelita, Dra.

CENTRO UNIVERSITARIO ZAMORA

2012

CERTIFICACION

Dra.

Norita Buele Maldonado

DIRECTORA DE TESIS.

CERTIFICA:

Que ha supervisado el presente trabajo titulado "MEJORAMIENTO SANITARIO EN LA POBLACION DE CUMBARATZA, A TRAVES DE LA ORGANIZACIÓN DE LA COMUNIDAD" el mismo que está de acuerdo con lo estudiado por la Escuela de Medicina de la UTPL, por consiguiente autorizo su presentación ante el tribunal respectivo.

Zamora, Marzo del 2012

Dra. Norita Buele Maldonado

AUTORIA

Todas las ideas, afirmaciones, documentación y proyecciones que constan en el presente trabajo investigativo, mismo que ha sido puesto en ejecución, son de exclusiva responsabilidad de sus actores.

Zamora, Marzo del 2012

Dra. Raquel Fuentes Mori

C. N° 1104031792

CESION DE DERECHO

“Yo Raquel Fuentes Mori declaro conocer y aceptar la disposición el Art. 67 el Estatuto Orgánico e la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte textualmente dice “forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado que se realicen a través, o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad”

Zamora, marzo de 2012

Raquel Fuentes Mori

AUTORA

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a quienes de forma directa o indirectamente apoyaron la realización del mismo, a mi familia, especialmente a mis hijos que me apoyaron incondicionalmente, a la Unidad de Salud de Cumbaratza y de manera especial a las personas de las comunidades que participaron en el proceso de capacitación y se formaron como Promotores de Salud Comunitarios.

La Autora

AGRADECIMIENTO

Mi agradecimiento especial, primero a Dios que me ha permitido concluir con este proyecto, con éxito.

Al personal docente y administrativo de la maestría en Gerencia de Salud para el Desarrollo Local de la UTPL, que gracias a su entrega me han dado la oportunidad de mejorar personal y profesionalmente.

A los hombres y mujeres de las comunidades de la Parroquia de Cumbaratza, por su predisposición para involucrarse en este desafío.

Finalmente a mi familia y amigos que desinteresadamente me brindaron su apoyo.

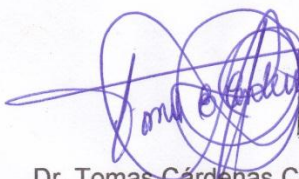
La Autora

CERTIFICACIÓN

Dr. Tomas Cárdenas Cobos
Director del SCS Cumbaratza

CERTIFICA:

Que la señora Doctora: Raquel Fuentes Mori ha trabajado en el subcentro de salud de Cumbaratza aplicando su proyecto de tesis: MEJORAMIENTO SANITARIO EN LA POBLACION DE CUMBARATZA A TRAVES DE LA ORGANIZACIÓN DE LA COMUNIDAD contribuyendo a mejorar la salud de la población de Cumbaratza.



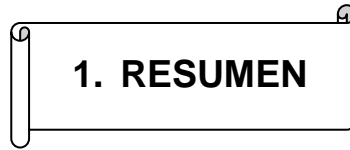
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA
HOSPITAL DE ZAMORA
AREA DE SALUD No 1
U. O. CUMBARATZA
HPGJDZ - UO - 004

Dr. Tomas Cárdenas Cobos

Cumbaratza marzo 2012

INDICE

CONTENIDO	Pag.
Certificación	i
Autoría	ii
Cesión de Derechos	iii
Dedicatoria	iv
Agradecimiento	v
Certificación de Institución	vi
Índice	vii
1 Resumen	1
2 Abstract	3
3 Introducción	5
4 Problematización	9
5 Justificación	15
6 Objetivos	18
7 Marco Teórico	20
8 Diseño Metodológico	53
9 Resultados	64
10 Conclusiones	79
11 Recomendaciones	81
12 Bibliografía	83
13 Anexos	88



1. RESUMEN

El presente proyecto tiene como objetivo general Implementar estrategias de promoción de la salud, participación comunitaria y formación de agentes locales de salud para conseguir la disminución de los riesgos sanitarios en la población de la parroquia de Cumbaratza, a través de conseguir el cumplimiento de los siguientes objetivos: Promocionar sobre los riesgos sanitarios y su influencia sobre la salud de la población de la parroquia de Cumbaratza, coordinar interinstitucionalmente para ejecutar actividades de salud en la población de la parroquia de Cumbaratza y capacitar a Agentes locales de salud en riesgos sanitarios y su predominio negativo en la salud de las comunidades de Cumbaratza.

Actualmente la parroquia de Cumbaratza cuenta con material educativo se ha puesto especial atención a la participación de las autoridades locales y la comunidad consiguiéndose la conformación del Consejo Parroquial de Salud, se ha capacitado a Agentes locales de Salud que en cada una de sus comunidades son fuente de información y son los gestores de propuestas sencillas de solución a los problemas sanitarios desde lo local.



2. ABSTRACT

This project aims to implement strategies to promote overall health, community participation and training local health workers to achieve the reduction of health risks in the population of the parish of Cumbaratza through secure compliance with the following objectives: Promote on the health risks and their influence on the health of the population of the parish of Cumbaratza, coordinating the various institutions to implement health activities in the population of the parish of Cumbaratza and train local health agents in health risks and their prevalence negative health Cumbaratza communities.

Today the parish has Cumbaratza educational material has been paid special attention to the participation of local authorities and the community, achieving the creation of the Parish Council of Health, has trained local health workers in each of their communities are the source information and proposals are the managers of simple solutions to health problems from the local.



3. INTRODUCCION

El modelo de atención en salud actualmente está orientado a la identificación de la problemática de salud local como base para implementar las estrategias de mejoramiento continuo de la salud de la población, es así que la herramienta de obtención de la realidad de la salud es el diagnóstico de salud que para su elaboración se vale de una ficha familiar que es la base de datos del diagnóstico de salud familiar y comunitario, la realidad de la salud hace necesario que todos los que estamos involucrados en salud asumamos el reto conjuntamente con los ciudadanos de mejorar el estado de salud de las familias hacia una vida mejor.

Las determinantes o condicionantes de la salud y de las enfermedades en los individuos, familiares y colectivos en una comunidad, dependen de la integración de múltiples variables: - La biología humana (genética, envejecimiento, otros). - El medio ambiente (contaminación física, química, biológica, psicosocial y sociocultural). - El estilo de vida (conductas de salud). - El sistema de asistencia sanitaria. El análisis de estas variables nos permite identificar los riesgos familiares en salud, en nuestra población se observa que el 1.1% de la población no presenta ningún riesgo, el 49.7% presentan un riesgo Bajo, el 46.7% riesgo Medio y un 2.5% riesgo alto.

El Riesgo Sanitario es el de mayor porcentaje por cuanto las familias en su mayoría no poseen una buena eliminación de basura y excretas ya que en algunos casos no tienen baños provistos de tuberías que desemboquen en sitios destinados para eliminación de excretas, en otros casos se eliminan en campo abierto o directamente al río cercano a la población que es un lugar donde vemos que además es utilizado para bañarse, lavado de ropa, y en ocasiones el agua es utilizada para consumo humano. Gran parte de la población tiene animales intra - domiciliarios tal es el caso de los criaderos de cerdos que no tienen desagües para eliminación de excretas de los

animales, inclusive a veces pudimos observar que los animales deambulan por la ciudad lo que les permite alimentarse de basura y desechos de la calle, además de realizar el faenamiento de éstos animales en la misma casa, lo que no asegura una manipulación adecuada de los productos cárnicos que se exponen a contaminación sin medidas de higiene apropiadas, también la presencia de polleras ocasiona contaminación del ambiente por el olor que éstas generan. Por otro lado la mayoría de la población posee agua entubada.

Los riesgos de salud de acuerdo al diagnóstico de salud en Cumbaratza se han mantenido presentes durante los últimos años sin mayor modificación, probablemente porque los riesgos sanitarios evaluados son Consumo de Agua insegura, mala eliminación de basuras y excretas, mala eliminación de desechos líquidos, impacto ecológico por industrias, animales intradomiciliarios que al intervenirlos tienen un altísimo costo económico y por ser infraestructura lo asumen los organismos locales, según información del gobierno municipal se ha intervenido principalmente en las áreas urbanas descuidándose la población rural, se observa la tendencia a la construcción de infraestructura sanitaria.

La intervención de esta problemática desde la participación local y la utilización de tecnologías sencillas o capacitación no ha sido puesta en práctica descuidándose esta problemática y manteniéndose altos los porcentajes de riesgo familiar.

Al desarrollar un trabajo de promoción de los riesgos sanitarios, hacerlo conjuntamente con los diferentes actores y prepararse localmente se produce una influencia positiva en todos los aspectos del quehacer humano, al demostrar que la salud integral está íntimamente relacionada con el desarrollo y progreso de los pueblos y que no es tarea

de agentes externos sino de los mismos hombres y mujeres que conforman la comunidad justifica el esfuerzo y demuestra la importancia de la propuesta.

La ejecución de esta propuesta tiene el respaldo de la unidad de salud que al identificar la alta frecuencia de los riesgos de salud resuelve intervenirlos con la finalidad de disminuirlo en los siguientes años, y gracias al trabajo extramural cada vez más efectivo al contar también en mayor proporción con la participación de las comunidades y de la Junta Parroquial que ve un deber el apoyar las acciones de salud en la población, el obstáculo más significativo siempre será la inmensa demanda de atención de la morbilidad que menoscaba el tiempo de trabajo en las comunidades.



4. PROBLEMATIZACION

Los **riesgos familiares** de salud en la parroquia de Cumbaratza están presentes en la mayoría de su población de tal forma que el 1.1% de la población no presenta ningún riesgo, el 49.7% presentan un riesgo Bajo, el 46.7% riesgo Medio y un 2.5% riesgo Alto. Los ámbitos para establecer los riesgos familiares son el biológico, sanitario y el socio-económico, de los que el riesgo sanitario es el de mayor frecuencia presente en más del 88% de la población. De tal forma que el **elevado índice de riesgos sanitarios** en la población de la parroquia Cumbaratza ha sido identificado como el problema mayormente registrado en la Parroquia.

RIESGOS FAMILIARES DE CUMBARATZA 2011

CALIFICACION DE RIESGO	FAMILIAS	PORCENTAJE
SIN	7	1.1
BAJO	314	49.7
MEDIO	295	46.7
ALTO	16	2.5
T O T A L	632	100.0

Fuente.- Fichas Familiares

Dentro de los riesgos sanitarios encontrados en la comunidad de Cumbaratza, podemos citar los siguientes: **Consumo de Agua insegura; Mala eliminación de basuras y excretas; Mala eliminación de desechos líquidos; Impacto ecológico por industrias; Animales intradomiciliarios.**

En lo que respecta al **consumo de agua insegura**, observamos que el **88%** de la población consume agua de fuentes no seguras no tratadas o cuyas vertientes son contaminadas por ser utilizadas como bebederos de animales y por la eliminación de

basura y desechos en las riveras y en nuestra población por el hecho además de ser nuestros ríos utilizados para actividades de minería, de este gran total podemos decir que el **42,41% equivalente 268 familias presentan un riesgo alto de consumo**, lo cual obviamente repercute en el grado de salud de los habitantes de los sectores que no disponen del líquido vital, lo que es más notable en lugares alejados de nuestra comunidad como son: San Francisco, Napintza, Cuzuntza, Namirez alto, San Agustín, etc., de las 180 familias con consumo de agua insegura el 28,48% corresponden a un riesgo medio, mientras que 110 familias con un 17,41% presentan un riesgo bajo y finalmente un 11,7% no tiene riesgo ya que disponen de agua tratada, que sin embargo se debería realizar continuos exámenes de la calidad del agua para poder afirmar que es una agua segura.

En nuestras comunidades podemos observar que el **15,35% que son 97 familias** tienen un alto riesgo en lo que respecta a la **mala eliminación de basura y excretas**, ya que solamente la capital de la parroquia dispone de recolección de basura, pero en otras comunidades especialmente las más alejadas la eliminación de estos desechos se lo realiza a cielo abierto , el 13,76% que son alrededor de 87 familias presentan un riesgo medio, mientras que 132 familias que son el 20,89% presentan un riesgo bajo y finalmente el 20,57 que son 313 familias no presentan riesgo, esto como se dijo anteriormente debido a que en Cumbaratza tienen servicio de recolección de basura.

Otro aspecto importante para la erradicación de enfermedades y para mejorar la calidad de salud de las comunidades es necesario contar con una adecuada eliminación de desechos líquidos, lo que a nivel de nuestras comunidades no se cumple ya que 106 familias que corresponde al 16,77%, presentan un riesgo alto, mientras que 83 familias que corresponden al 13,13% presentan un riesgo medio y

130 familias que corresponden 20,57% presentan un riesgo bajo, y un importante 49,53% que corresponde al 313 familias no presenta riesgo ya que disponen de servicio de alcantarillado.

Con respecto al impacto ecológico por industrias cabe mencionar que en nuestra zona encontramos solamente una Industria que se dedica a la elaboración de Embutidos y su principal fuente de contaminación es a través de la eliminación de desechos ya que ésta industria no tiene un sitio común de eliminación de desechos y tampoco un manejo adecuado de ellos, ya que escogen las orillas de ríos, bajo los puentes y a campo abierto en donde los animales callejeros y aves de rapiña hacen de éstos desechos su alimento diario, hecho que constituye una fuente importante de contaminación biológica y mala imagen de la ciudad. Los resultados obtenidos fueron de que 4 familias que corresponden al 0,63% presentan un riesgo alto por el impacto ecológico por industrias, el 1,11% (7 familias) presentan un riesgo medio y 3 familias que son el 0,47% presentan un riesgo bajo para este riesgo sanitario mientras que 618 familias que corresponde al 97,79% de la población no presenta ningún riesgo, por lo referido anteriormente.

En lo que se refiere a la presencia de animales intradomiciliarios, en nuestra comunidad 46 familias que corresponde al 7,28% refiere que tienen animales intradomiciliarios lo que significa que presentan un riesgo alto por este ítem y pueden presentar alguna patología como la rabia o toxoplasmosis, etc. Así mismo 78 familias que son el 12,34% presentan un riesgo medio, y 237 familias que equivalen al 37,5% más bien presentan un riesgo bajo y un gran grupo 42,88% que son 271 familias no tienen riesgo, lo que demuestra que de pronto toda la campaña educacional a motivado a que las familias especialmente de los sectores urbanos ya no tengan

animales en sus domicilios o que en su defecto cuiden de sus animales y les mantengan en buen estado y sobretodo vacunados.

RIESGOS SANITARIOS										
COMPONENTE	CALIFICACION									
	RIESGO ALTO		RIESGO MEDIO		RIESGO BAJO		SIN RIESGO		TOTAL	
	FREC	%	FREC	%	FREC	%	FREC	%	FREC	%
1. CONSUMO DE AGUA INSEGURA	268	42,41	180	28,48	110	17,41	74	11,70	636	100%
2. MALA ELIMINACION DE BASURA Y EXCRETAS	97	15,35	87	13,76	132	20,89	316	50	632	100%
3. MALA ELIMINACION DE DESECHOS LÍQUIDOS	106	16,77	83	13,13	130	20,57	313	49,53	632	100%
4. IMPACTO ECOLÓGICO POR INDUSTRIAS	4	0,63	7	1,11	3	0,47	618	97,79	632	100%
5. ANIMALES INTRADOMICILIARIOS	46	7,28	78	12,34	237	37,5	271	42,88	632	100%

Fuente: Fichas Familiares

De todos los **componentes del riesgo sanitario, los problemas del consumo de agua insegura, mala eliminación de basuras y excretas y la mala eliminación de desechos líquidos son los más frecuentes**, lo que nos orienta a priorizarlos en su

intervención y mitigación y delimitarlo principalmente a la zona rural , los factores principales de esta problemática son la falta de promoción de los riesgos sanitarios, la poca intervención en salud bajo coordinación interinstitucional y la ausencia de capacitación y formación de agentes locales de salud, dejamos a los organismos locales y nacionales la infraestructura y también la aplicación de la política de salud, , resolver estos problemas son la clave para eliminar o disminuir de manera importante estos riesgos priorizados.



5. JUSTIFICACION

El perfil epidemiológico de la parroquia indica que el 63.5% de la población padece de parasitosis siendo la primera causa de morbilidad, es conocido y demostrado que la parasitosis tienen que ver con las condiciones sanitarias de las familias.

La realidad de esta zona es la existencia de agua contaminada, la inadecuada eliminación de los desechos y de excretas que contribuye al aumento de la morbilidad en la población.

Las comunidades consumen agua de fuentes no seguras, no tratadas o cuyas vertientes son contaminadas por ser utilizadas como bebederos de animales y por la eliminación de basura y desechos en las riveras y en nuestra localidad por el hecho además de ser nuestros ríos utilizados para actividades de minería.

La eliminación de basura y excretas se lo realiza a cielo abierto en casi toda el área rural de la parroquia, también la eliminación de desechos líquidos no se cumple completamente ya que mas de la mitad de las familias no disponen de servicio de alcantarillado.

La preocupación y la participación de la población en actividades de salud y sociales cada vez mas activa es la base para una participación comunitaria efectiva.

Ante esta realidad aparece la propuesta que persigue mejorar los riesgos sanitarios en la parroquia con participación comunitaria, implementando estrategias de promoción de la salud, participación comunitaria y formación de agentes locales de salud, es una propuesta sencilla que está al alcance de la comunidad y que se puede medir al observar la disminución de las enfermedades en las familias de la parroquia de Cumbaratza ocasionadas por el alto porcentaje de riesgos sanitarios.

Estos elementos se han conjugado para justificar la realización de este proyecto, que de forma conjunta en su ejecución ha respetado la idiosincrasia de las comunidades, ha sido económico y rentable gracias a la gestión de los recursos disponibles, tanto en el área humana, técnica y económica convirtiendo esta propuesta en replicable y sustentable en el tiempo.



6. OBJETIVOS

6.1 OBJETIVO GENERAL

Implementar estrategias de promoción de la salud, participación comunitaria y formación de agentes locales de salud para conseguir la disminución de los riesgos sanitarios en la población de la parroquia de Cumbaratza

6.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Promocionar sobre los riesgos sanitarios y su influencia sobre la salud de la población de la parroquia de Cumbaratza.
2. Coordinar interinstitucionalmente para ejecutar actividades de salud en la población de la parroquia de Cumbaratza
3. Capacitar a Agentes locales de salud en riesgos sanitarios y su influencia en la salud en las comunidades de Cumbaratza.



7. MARCO TEORICO

7.1 MARCO INSTITUCIONAL

1. Aspecto Geográfico del lugar.

La Parroquia de Cumbaratza se encuentra ubicado a la rivera del río Zamora, su capital parroquial Cumbaratza está ubicada a 10 Km. de distancia de la cabecera provincial, es una de las parroquias más antiguas y más grandes del cantón y provincia de Zamora.

En lo que respecta a las vías de comunicación que existen en nuestra unidad operativa, debemos manifestar que la capital parroquial al momento cuenta con servicio telefónico, actualmente en la mayoría de casas debido a la telefonía satelital brindada por el CNT, inclusive nuestra unidad operativa cuenta al momento con una línea telefónica, así mismo algunas comunidades de la parroquia ya cuentan con el servicio telefónico, además hay que citar que al momento también contamos con servicio de telefonía móvil o celular en algunas zonas de nuestra comunidad.

La accesibilidad a la parroquia es a través de la troncal amazónica que conecta Zamora hasta Gualaquiza, teniendo al momento una vía de primer orden la cual obviamente ha dinamizado y mejorado la calidad de vida de casi todos los habitantes. Hacia algunas comunidades aun no existen vías de acceso como por ejemplo: Napintza y San Vicente de Chamico, para la mayoría de las comunidades existe accesibilidad a través de vías afirmadas de tercer y cuarto orden.

2. Dinámica poblacional.

Según los indicadores el INEC al 2012 la población total de la Parroquia de Cumbaratza es de 4330 habitantes

POBLACION CUMBARATZA

AÑOS	CANTIDAD
< DE 1 AÑO	88
12-23 MESES	104
1-4-AÑOS	452
2-4 AÑOS	348
5-9 AÑOS	593
10 -14 AÑOS	568
15-19 AÑOS	443
20-64 AÑOS	1910
65-74 AÑOS	135
75 A Y MÁS	86
TOTAL	4330

Fuente: INEC 2011

3. La Misión de la Institución

“El Subcentro de Salud de Cumbaratza, garantiza la atención de salud de calidad y con calidez a los beneficiarios de nuestra área de influencia utilizando los recursos adecuados y aplicando las normas, protocolos y procedimientos que corresponde a nuestro nivel de atención, fortalece los procesos de gestión y la participación interinstitucional y comunitaria. Aplicando los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia”.

4. La Visión de la Institución.

La unidad de salud de Cumbaratza tiene la siguiente **Visión**:

“En cinco años el Subcentro de Salud de Cumbaratza ofrece servicios de atención básica con enfoque preventivo de alta calidad y con calidez a la comunidad, bajo los principios de equidad, eficiencia, responsabilidad y solidaridad con énfasis en los grupos de mayor riesgo biológico, social y ambiental, cuenta con suficientes insumos y medicamentos, equipado adecuadamente acorde a la tecnología y al perfil epidemiológico, con infraestructura adecuada, personal estable, capacitado y motivado ejerciendo un liderazgo que permita la coordinación y participación interinstitucional y comunitaria, contribuyendo al desarrollo del buen vivir”.

5. Organización Administrativa.

En cuanto al recurso humano esta unidad de salud cuenta con dos profesionales médicos, un contratado y uno de planta, dos odontólogos contratados, una licenciada en enfermería y una auxiliar de enfermería de planta y una licenciada de enfermería rural.

La organización administrativa responde al nuevo Modelo de Atención que adecuadamente llevado representa una herramienta importante de ayuda que tiene el equipo de salud para poder implementar las diferentes estrategias destinadas al mejoramiento de prestación de Salud al usuario, el trabajo en equipo es lo que se implementa en la actualidad, con responsabilidad compartida y dirigida a resultados.

6. Servicios que presta la Institución

El Subcentro de salud de Cumbaratza actualmente ofrece los siguientes servicios:

SERVICIOS QUE DISPONE ACTUALMENTE EL S.S. CUMBARATZA

SERVICIO	Nº PROFESIONALES POR SERVICIO	HORARIO
CONSULTA EXTERNA Y ATENCIÓN DE EMERGENCIAS	DOS MÉDICOS	4 y 8 HORAS
ODONTOLOGÍA	DOS ODONTÓLOGOS	4 y 8 HORAS
PRE – POST CONSULTA	DOS ENFERMERAS	8 HORAS
FARMACIA	AUX. ENFERMERÍA	8 HORAS

7. Datos estadísticos de cobertura (Estado de salud enfermedad de la población)

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LOS PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD. (2011)

MORBILIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Parasitosis	357	63.5
Influenza	264	27
E.D.A.	68	6.9
Faringoamigdalitis	60	6.1
I.V.U	31	3.1
Desnutrición	27	2.7
Dermatitis	25	2.5
Piodermitis	25	2.5
Conjuntivitis	22	2.2
I.T.S	16	1.6
Artritis	14	1.4
Inf. Intestinal	14	1.4
Otitis	9	0.92
Gastritis	9	0.92

Fuente: Perfil Epidemiológico de Enero a Diciembre del 2011 **ución**

COBERTURAS DE ATENCION DEL S.C.S.CUMBARATZA 2011

ATENCIÓN A LAS MUJERES EMBARAZADAS.

PROYECCION ANUAL DE MUJERES EMBARAZADAS (110) MENSUAL 9		
PRIMERA	%	SUBCECUENTES
68	61,8	162

FUENTE: Datos del Subcentro de Salud de Cumbaratza.

NIÑOS MENORES DE UN AÑO

NIÑOS MENORES DE 1 AÑO.PROYECCION ANUAL INEC NIÑOS MENORES DE 1 AÑO (88) MENSUAL 7		
PRIMERA	%	SUBSECUENTE
111	126	188.

FUENTE: Datos del Subcentro de Salud de Cumbaratza.

NIÑOS DE 1 – 4 AÑOS.

PROYECCION ANUAL INEC NIÑOS de 1 A 4 AÑOS (451) MENSUAL 37		
PRIMERA	%	SUBSECUENTE
95	21	333

FUENTE: Datos del Subcentro de Salud de Cumbaratza

ATENCIÓN A NIÑOS DE 5 – 9 AÑOS.

PROYECCION ANUAL INEC NIÑOS de 5 A 9 AÑOS (592) MENSUAL 49 80,2 %
--

FUENTE: Datos del Subcentro de Salud de Cumbaratza.

ATENCIÓN A LOS ADOLESCENTES.

PROYECCION ANUAL INEC NIÑOS de 10 A 14 AÑOS (571)
MENSUAL 47
43,2

FUENTE: Datos del Subcentro de Salud de Cumbaratza.

ATENCIÓN A LOS ADOLESCENTES.

PROYECCION ANUAL INEC NIÑOS de 15 A 19 AÑOS (445)
MENSUAL 37
19,32%

FUENTE: Datos del Subcentro de Salud de Cumbaratza.

ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR

PROYECCION ANUAL INEC ADULTO MAYOR (216)
MENSUAL 18
53,70%

FUENTE: Datos del Subcentro de Salud de Cumbaratza

ATENCIÓN A MUJERES EN EDAD FERTIL (PLANIFICACION FAMILIAR).

PROYECCION ANUAL INEC DE MUJERES EN EDAD FERTIL		
(924)		
MENSUAL 77		
PRIMERA	%	SUBSECUENTE
108	11,68	1029

FUENTE: Datos del Subcentro de Salud de Cumbaratza.

DETECCIÓN OPORTUNA DEL CÁNCER CERVICO-UTERINO (DOC)

MUESTRAS DE PAPANICOLAU EN SCS CUMBARATZA			
POBLACION	PROYECCIÓN	Nº PAP	COBERTURA
ANUAL	MENSUAL	REALIZADAS	
2011			
166	14	85	51,20%

FUENTE: Datos del Subcentro de Salud de Cumbaratza.

El centro de salud de Cumbaratza posee infraestructura propia que dispone de las siguientes áreas:

Área de consulta externa.

Área para emergencia.

Área para odontología.

Área de farmacia.

Estadística y preparación.

Sala de espera.

Espacio físico extenso inhabilitado

8. Políticas de la institución

El Estado a través del M.S.P. encamina Programas y acciones de Salud que brinden acceso gratuito, con énfasis en los grupos vulnerables para que se desarrollen en un ambiente ecológico equilibrado en donde se respete su dignidad, autonomía, privacidad, cultura, prácticas, derechos sexuales y reproductivos.

Para poder lograr el cumplimiento de éstas funciones el Estado precisó desarrollar un modelo de Atención Integral de Salud que sea integrado, con un enfoque comunitario, familiar, intercultural y pluricultural, que incorpore las prácticas de la medicina tradicional y alternativa cuya gran base es la Atención Primaria y Promoción de la

Salud y Rehabilitación de la Enfermedad que trata de incorporar al usuario/a a un sistema de Atención de Primer nivel.

7.2 MARCO CONCEPTUAL

La **salud** (del latín *salus*, *-ūtis*) es el estado de completo bienestar físico (biológico), mental (psicológico) y social, y no solamente la ausencia de infecciones o enfermedades ligeras, fuertes o graves, según la definición presentada por la Organización Mundial de la Salud en su constitución de 1946. También puede definirse como el nivel de eficacia funcional o metabólica de un organismo tanto a nivel micro (celular) como a nivel macro (social). En 1992 un investigador amplió la definición de la OMS, al agregar: "y en armonía con el medio ambiente". John De Saint agrega **"La salud es el equilibrio dinámico de los factores de riesgo entre el medio y dentro de ciertos parámetros."**¹

En todas las épocas y civilizaciones siempre ha sido un tema de preocupación el conjunto de condiciones o circunstancias que determinaban la salud, independientemente del concepto de salud asumido en cada momento.

A partir de la segunda mitad del siglo XX se establece un concepto integral de salud que se enmarca en los determinantes de salud, es decir, el conjunto de factores o características que influyen en la salud y que interactuando en distintos niveles de organización determinan el estado de salud individual y de la población.

¹ <http://es.wikipedia.org/wiki/Salud>

Los determinantes de la salud han estado sometidos a los diversos avatares de la historia de la especie humana, variando a lo largo del tiempo su contribución a la salud.

En las siguientes épocas, hasta finales del siglo XIX, se consideraban los determinantes de la salud desde la perspectiva de un modelo biológico en el cual se mantenía que en el medio externo existen organismos agresores que causan un efecto (la enfermedad) en el huésped que es el individuo.

A finales del siglo XIX, en el que las principales causas de muerte y enfermedad en los países desarrollados eran las enfermedades infecciosas, surgió una nueva concepción de determinantes de la salud a través del modelo ecológico o triada ecológico que establecía que la enfermedad era consecuencia de la relación entre tres elementos: el agente, el huésped y el medio ambiente.

En la década de los años setenta del siglo XX, con el desarrollo de la conceptualización de la salud, surgen distintos modelos para explicar la salud y sus determinantes, entre ellos destaca el modelo holístico de Laframboise (1973) y que un año después fue desarrollado por el Ministro de Sanidad y Bienestar de Canadá, Marc Lalonde, explicaba la necesidad de contar con segmentos o campos de salud más manejables a la hora de analizar los problemas y el diseño de las políticas de salud. Lalonde desarrolla las ideas de Laframboise en un modelo que, además de conceptualizar la salud como algo más que enfermedad, establece que la salud de un colectivo o población es el resultado de la interacción de un conjunto de factores o variables que pueden agruparse en cuatro categorías o determinantes:

a) La biología humana: condicionada por las características de la especie humana, la constitución física, el desarrollo y envejecimiento, la carga genética y los factores hereditarios. Este grupo de factores han sido considerados, hasta finales del siglo XX, como aquellos que presentaban menor capacidad de modificación, sin embargo, con los avances de la ingeniería genética y su implicación en el desarrollo preventivo de las enfermedades crónicas, se dota al conjunto de factores asociados a la biología humana de una mayor responsabilidad como causa de salud.

b) El medio ambiente: formado por sus factores de insalubridad, entendiéndolos en su sentido más amplio, como son la contaminación del medio por factores físicos, químicos, biológicos y psicosociales. La acción individual o colectiva de cada uno de ellos origina un gran número de patologías, por tanto, el control de sus efectos reduce la proporción de enfermedad y mortalidad.

c) Los estilos de vida y conductas de salud: el consumo de sustancias nocivas, el sedentarismo, la inadecuada alimentación y determinadas conductas de riesgo pueden influir negativamente en la salud. Además, el ser humano se expone voluntariamente a estos factores y puede ejercer sobre ellos un control o un uso adecuado.

d) El sistema de cuidados de salud: entendiéndolo que está constituido por los recursos materiales, económicos y humanos, medios tecnológicos y servicios de forma que mediante la eficacia, efectividad y accesibilidad pretenden producir salud desde la enfermería y la medicina. Entre los productores de salud, aparte de los citados anteriormente, se consideran los cuidados odontológicos, la optometría, la psicopatología y la podología.

Estos conjuntos de determinantes de la salud no son disjuntos, es más, a veces es difícil separarlos y asignarlos a un único grupo, de hecho puede estar interrelacionados.²

A pesar de que el modelo de Lalonde tuvo su impacto en el desarrollo y orientación de las políticas sanitarias en la mayoría de los países desarrollados y en la elaboración de la estrategia de “Salud para todos en el año 2000” de la OMS, también tuvo sus críticas y modificaciones en el devenir de los años. Así, en 1974 Blum propuso un modelo de ambiente de salud en el que establece una priorización de los cuatro grupos de determinantes de la salud en función de su importancia relativa, asignándole máxima importancia al medio ambiente, a continuación los estilos de vida y la biología humana, y por último el sistema de cuidados de salud o sistema sanitario.

En las propuestas de modelos de determinantes, analizadas hasta ahora, no se consideran de forma explícita factores sociales, económicos y políticos en la producción o creación de salud. Sin embargo, en 1986, en la declaración de la Carta de Ottawa, la salud de la población y de las comunidades se centra en los determinantes sociales y económicos de la salud, dando origen al nacimiento y desarrollo de modelos de determinantes de salud que asumen estos factores.

Posteriormente, en 1999, Tarlov modificó su modelo de determinantes de la salud incluyendo la atención sanitaria y en consecuencia distinguiendo los siguientes determinantes de la salud: genética y biología, conductas de salud, cuidados médicos, las características de la sociedad y la ecología en su conjunto.

² <http://eprints.ucm.es/11024/1/T32155.pdf>

También en el campo de desarrollo de los determinantes sociales, aparece en 1992, el modelo de capas de Dahlgren y Whitehead en el que los individuos están en la base del modelo con sus características y factores genéticos que ejercen influencia sobre sus condiciones de salud. Por encima de la base está la primera capa constituida por los estilos de vida de los individuos, es decir, los comportamientos individuales elegidos libremente. Por encima de esta capa se encuentra otra formada por las redes sociales y comunitarias que constituyen el conjunto de relaciones solidarias y de confianza entre grupos que establecen la cohesión social de la población. En un nivel superior se encuentran las condiciones de vida y trabajo de las personas, las cuales proporcionan acceso a distintos servicios como salud, educación, condiciones de habitabilidad, etc.; de forma que las personas con desventaja social corren mayor riesgo de acceder a peores servicios y condiciones de trabajo. En el último nivel están situados los macro determinantes relacionados con las condiciones políticas, económicas, culturales y ambientales de la sociedad y que poseen gran influencia sobre las capas inferiores del modelo.

En definitiva, los determinantes de la salud han surgido a partir de la segunda mitad del siglo XX teniendo como máximo exponente el modelo de Lalonde, a partir del cual se han ido desarrollando e incluyendo conjuntos de factores o categorías que han hecho evolucionar los determinantes de salud en función de los cambios sociales y las políticas de salud de los países y organismos supranacionales. Este desarrollo de los determinantes de salud es paralelo a la evolución de la Salud Pública en el siglo XX y

al surgimiento y desarrollo de ámbitos como promoción de la salud, investigación en promoción de salud y educación para la salud.³

Conceptualizado la salud y sus determinantes a través de los tiempos, es fundamental analizar algunos conceptos que nos explique el riesgo de salud.

La Organización Mundial de la Salud clasifica a los riesgos en: " riesgos tradicionales " son aquellos vinculados con la pobreza y el insuficiente desarrollo, a saber: no acceso a los servicios de abastecimiento de agua potable y alcantarillado, servicios de limpieza urbana, vivienda, contaminación intradomiciliar por combustión de carbón o petróleo. Los " riesgos modernos " son aquellos relacionados con el desarrollo pero que carecen de salvaguardas en cuanto a los peligros del ambiente para la salud; p.e. contaminación del agua, industria intensiva, agricultura intensiva, contaminación atmosférica vehicular e industrial, contaminación radiactiva, etc.

En los países desarrollados prácticamente son inexistentes los riesgos tradicionales y, por el contrario, los riesgos modernos son de una amplia diversidad; por el contrario, en los países en vías de desarrollo son altamente prevalentes los riesgos tradicionales y de moderados a altos los riesgos modernos. Por tanto, como muchos de los países en vías de desarrollo presentan ambos tipos de riesgo, se dice que se encuentran en una etapa de " riesgo transicional".

El Riesgo constituye una probabilidad de daño o condición de vulnerabilidad, siempre dinámica e individual. No implica necesariamente daño, no otorga certezas, ni relaciones directas y deterministas, sino una probabilidad de ocurrencia de éste.

³ LOS DETERMINANTES DE LA SALUD PERCIBIDA EN ESPAÑA. Disponible en: <http://eprints.ucm.es/11024/1/T32155.pdf>

La idea central del enfoque de riesgo es poder anticiparse al daño, y centrarse en la prevención, por lo que es indispensable que se realice una buena distinción entre riesgo y daño.

Si nos posamos a nivel familiar, para evaluar el **Riesgo Familiar** intervendrán la evaluación y clasificación del grado de vulnerabilidad de una familia de acuerdo a factores de riesgo y protectores.

Es necesario definir a la Vulnerabilidad: Es el grado estimado de daño que puede sufrir un individuo, familia o comunidad, como resultado de la ocurrencia de un fenómeno de variada intensidad y que puede cuantificarse de ninguno a total. Es un estado continuo a través del ciclo vital, se encuentra en cambio permanente, es decir disminuye, aumenta o desaparece.

Factores de riesgo: Características o condiciones biológicas, psicológicas, conductuales o sociales cuya existencia en los individuos o familias incrementa la probabilidad de presentar algún daño en salud.

Factores protectores: Características o condiciones biológicas, psicológicas, conductuales o sociales cuya presencia facilita el desarrollo, permite la expresión de potencialidades y bloquea o disminuye el impacto de algunos factores de riesgo en el individuo y en la familia.

Familia en riesgo: Familia que en su conjunto o sus miembros por separado acumulan más de un factor de riesgo ó tienen un desequilibrio entre factores de riesgo y protectores, y por lo tanto presenta una probabilidad aumentada de daño en su capacidad de cumplir sus tareas o funciones básicas.

Conductas de riesgo: Corresponde a acciones voluntarias o involuntarias, efectuadas por un individuo o comunidad reiterados en el tiempo y que pueden llevar a consecuencias nocivas para su salud que expresan factores de riesgo.

Las conductas de riesgo suelen definirse como “arriesgadas” en base a datos epidemiológicos y sociales. Los cambios de las conductas de riesgo constituyen las metas primordiales de la prevención de la enfermedad, habiendo sido utilizada tradicionalmente la educación para la salud para alcanzar estas metas. Dentro del marco más amplio de promoción de la salud, la conducta de riesgo puede ser considerada como una respuesta o mecanismo, para hacer frente a condiciones de vida adversas. Las estrategias de respuesta incluyen el desarrollo de habilidades de vida y la creación de entornos que apoyan la salud.⁴

Indicadores de riesgo: Evidencia de que ya se ha manifestado la conducta de riesgo en la familia. Entre los indicadores de riesgo podemos encontrar: evidencia de violencia intrafamiliar, descuido de la vivienda, poli consultas sin sustratos orgánicos, fracaso y abandono escolar.⁵

Implica necesariamente una mirada hacia los factores protectores. Los factores de riesgo están directamente relacionados a los factores protectores en una relación inversamente proporcional y deben ser ponderados en forma diferenciada, relevando la importancia de los factores protectores para la prevención y promoción en salud.

El enfoque de riesgo sirve para realizar una focalización de las intervenciones en cuanto a la prevención y realizar un trabajo relacionado al intersector, en cuanto a la

⁴ <http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>, pag. 29-30

⁵ <http://cambiodemodelo.blogspot.com/2007/12/evaluacion-de-riesgo-familiar.html>

definición de los factores sociales, que pueden eventualmente actuar como protectores o riesgos para la población.

El saneamiento básico y la calidad ambiental son los dos elementos que definen las necesidades de acción de la Organización Panamericana de la Salud en la Región de las Américas. En el área de saneamiento básico se contemplan aquellas actividades relacionadas con el mejoramiento de las condiciones básicas que afectan a la salud, o sea, el abastecimiento de agua, disposición de excretas, residuos sólidos, vivienda.⁶

Se calcula que en todo el mundo el 24% de la carga de morbilidad (años de vida sana perdidos) y aproximadamente el 23% de todas las defunciones (mortalidad prematura) eran atribuibles a factores ambientales. En los niños de 0 a 14 años, el porcentaje de muertes que podían atribuirse al medio ambiente era de hasta un 36%. Había grandes diferencias entre regiones en la contribución del medio ambiente a las diversas enfermedades, debido a diferencias en la exposición ambiental y el acceso a la atención sanitaria entre las diversas regiones. Por ejemplo, aunque el 25% de todas las muertes registradas en las regiones en desarrollo eran atribuibles a causas ambientales, en las regiones desarrolladas sólo el 17% de las muertes se atribuían a estas causas.⁷

Entre las enfermedades con la mayor carga absoluta atribuible a factores ambientales modificables figuraban: la diarrea, las infecciones de las vías respiratorias inferiores, «otras» lesiones accidentales, y el paludismo.

⁶ <http://saludintegral.grilk.com/salud+ambiental.htm>

⁷ Prüss-Üstün, Annette. Ambientes saludables y prevención de enfermedades : hacia una estimación de la carga de morbilidad atribuible al medio ambiente: resumen de orientación / A. Prüss-Üstün, C. Corvalán. Disponible en http://www.who.int/quantifying_ehimpacts/publications/previdisecsumsp.pdf

La carga de morbilidad por diarrea está asociada en aproximadamente un 94% a factores de riesgo ambientales tales como el consumo de agua no potable y el saneamiento y la higiene insuficientes. Las infecciones de las vías respiratorias inferiores están asociadas a la contaminación del aire en locales cerrados, relacionada en gran medida con la utilización de combustible sólido en los hogares y posiblemente con la exposición pasiva al humo del tabaco, así como con la contaminación del aire exterior. En los países desarrollados, aproximadamente el 20% de estas infecciones son atribuibles a causas ambientales, y en los países en desarrollo ese porcentaje llega hasta un 42%.⁸

Las regiones en desarrollo soportan una carga desproporcionadamente alta de enfermedades transmisibles y traumatismos, el porcentaje de enfermedades diarreicas e infecciones de las vías respiratorias inferiores relacionadas con el medio ambiente era entre 120 y 150 veces mayor en determinadas subregiones de países en desarrollo de la OMS que en las subregiones de países desarrollados. Estas diferencias se deben a variaciones en la exposición a riesgos ambientales y en el acceso a la atención sanitaria.

La OMS indica que los niños de los países en desarrollo pierden, como promedio, ocho veces más años de vida sana por habitante que los de los países desarrollados, debido a enfermedades causadas por el medio ambiente, En algunas regiones muy pobres del mundo sin embargo, la diferencia es mucho mayor; en ellas, el número de años de vida sana perdidos por habitante debido a infecciones de las vías respiratorias inferiores en la infancia es 800 veces mayor; el de traumatismos causados por el tránsito es 25 veces mayor, y el de enfermedades diarreicas 140 veces mayor. Estas

⁸ IBIS

estadísticas no reflejan los efectos a largo plazo de las exposiciones que se producen a una edad temprana pero no se manifiestan como enfermedad hasta años después.

Aunque todavía no se ha establecido claramente mediante estudios epidemiológicos la relación directa entre el manejo inadecuado de los residuos sólidos y su impacto en la salud, es claro que el primero representa un factor de riesgo elevado para la salud humana y el medio ambiente. La basura no recolectada o que no recibe disposición final sanitariamente segura puede ocasionar un aumento en la prevalencia de enfermedades como el dengue, la leptospirosis y las dolencias gastrointestinales.

El bajo o nulo acceso al saneamiento básico y a servicios básicos de salud, aunado a la ignorancia de la población acerca de los riesgos a que se expone, incide de manera fundamental en sus niveles de morbilidad y mortalidad, particularmente en los individuos que trabajan y viven en contacto con la basura. Por otro lado, es claro que el manejo inadecuado de los residuos tiene implicaciones no sólo en los grupos en contacto directo con la actividad, sino también en las exportaciones, el turismo y el desarrollo local, siendo los dos primeros sectores claves para el crecimiento económico de algunos países de la región. La basura es un medio propicio para la proliferación del dengue, particularmente en aquellos recipientes que contienen agua y se convierten en criaderos de mosquitos. La incidencia del dengue ha ido creciendo en los últimos años hasta alcanzar su punto crítico en 1998 con un total de 741.749 casos, entre ellos 12.396 de dengue hemorrágico y 151 defunciones (PAHO, 2002). En la actualidad la región se encuentra nuevamente afectada por un marcado incremento del dengue en países como Argentina, Paraguay y Brasil. Es así como la mejora en la recolección de residuos, la educación sanitaria doméstica y el cierre de los basurales a cielo abierto son claves en la estrategia de control de la enfermedad.

Las infecciones intestinales también están altamente relacionadas con el manejo inadecuado de los residuos sólidos y constituyen la tercera causa de mortalidad en el grupo de edad de 0 a 4 años en los países de bajos ingreso y la cuarta causa de mortalidad en los países de altos ingresos (PAHO, 2002).

El agua hace posible un medio ambiente saludable pero, paradójicamente, también puede ser el principal vehículo de transmisión de enfermedades. Las enfermedades transmitidas por el agua son enfermedades producidas por el "agua sucia" las causadas por el agua que se ha contaminado con desechos humanos, animales o químicos. Mundialmente, la falta de servicios de evacuación sanitaria de desechos y de agua limpia para beber, cocinar y lavar es la causa de más de 12 millones de defunciones por año.

Se estima que 3.000 millones de personas carecen, por ejemplo, de servicios higiénicos. Más de 1.200 millones de personas están en riesgo porque carecen de acceso a agua dulce salubre. En lugares que carecen de instalaciones de saneamiento apropiadas, las enfermedades transmitidas por el agua pueden propagarse con gran rapidez. Esto sucede cuando excrementos portadores de organismos infecciosos son arrastrados por el agua o se lixivian hasta los manantiales de agua dulce, contaminando el agua potable y los alimentos. La magnitud de la propagación de estos organismos infecciosos en un manantial de agua dulce determinado depende de la cantidad de excremento humano y animal que éste contenga. Dado que se puede producir la contaminación fecal de los abastecimientos de agua, si el agua no se trata adecuadamente, el patógeno puede penetrar en un nuevo hospedador, al consumirla.

Las enfermedades diarreicas, las principales enfermedades transmitidas por el agua, prevalecen en numerosos países en los que el tratamiento de las aguas residuales es inadecuado. Los desechos humanos se evacúan en letrinas abiertas, canales y corrientes de agua, o se esparcen en las tierras de labranza. Según las estimaciones, todos los años se registran 4.000 millones de casos de enfermedades diarreicas, que causan 3 a 4 millones de defunciones, sobre todo entre los niños.

Las afecciones que se propagan por el agua se conocen como "enfermedades transmitidas por el agua". Sus agentes patógenos son biológicos, más que químicos, y los males que provocan casi siempre son contagiosos. Por lo general, los agentes patógenos pertenecen al grupo de los microorganismos, que se transmiten en las heces excretadas por individuos infectados o por ciertos animales. De forma que estas enfermedades se suelen contraer al ingerirlos en forma de agua o de alimentos, contaminados por esas heces (vía fecal-oral). La falta de higiene y la carencia o el mal funcionamiento de los servicios sanitarios son algunas de las razones por las que la diarrea continúa representando un importante problema de salud en los países en desarrollo.

Las cifras de los riegos sanitarios a nivel provincia según el censo del 2001 que en este caso nos interesan nos demuestra que el 58,66% no reciben el agua por tubería es decir la recogen de ríos y otros sitios, el 22,75% solamente obtiene el agua de una red pública. La eliminación de aguas servidas se la realiza hacia una red de alcantarillado en un 11,12% y un 64,47% lo hacen en la superficie. En lo que se refiere a la eliminación de la basura 9,94% lo realiza el carro recolector, la quema un 15,20% de la población, el 49,07% lo hace a un terreno baldío y el 25,80% tiene otras formas de eliminación. En lo que se refiere a la eliminación de la excretas el dato de servicio

higiénico en el hogar hemos tomado los datos de la zona rural que nos indica que el 18,54% tiene servicio higiénico exclusivo, el 5,84% servicio higiénico de uso común, tienen letrina un 12,05% y el 63,54% no tiene servicio de eliminación de las excretas.

En cuanto a los riesgos familiares que presenta nuestra parroquia de Cumbaratza se observa que el 1.1% de la población no presenta ningún riesgo, el 49.7% presentan un riesgo Bajo, el 46.7% riesgo Medio y un 2.5% riesgo alto, y de éstos el más preponderante el Riesgo Sanitario que las familias en su mayoría no posee una buena eliminación de basura y excretas ya que en algunos casos no tienen baños provistos de tuberías que desemboquen en sitios destinados a la eliminación de excretas, en otros casos se eliminan en campo abierto o directamente al río cercano a la población que es un lugar donde vemos que además es utilizado para bañarse, lavado de ropa, y en ocasiones el agua es utilizada para consumo humano. Gran parte de la población tiene animales intra - domiciliarios tal es el caso de los criaderos de cerdos que no tienen desagües para eliminación de excretas de los animales, inclusive a veces pudimos observar que los animales deambulan por la ciudad lo que les permite alimentarse de basura y desechos de la calle, además de realizar el faenamiento de éstos animales en la misma casa, lo que no asegura una manipulación adecuada de los productos cárnicos que se exponen a contaminación sin medidas de higiene apropiadas, también la presencia de polleras ocasiona contaminación del ambiente por el olor que éstas generan. Por otro lado la mayoría de la población posee agua entubada.

Para combatir y disminuir los riesgos de salud debe realizarse procesos participativos de promoción, prevención y recuperación para que de acuerdo al riesgo y de menor a mayor la frecuencia de este se realice acciones para mejorar la salud, evitar el riesgo,

reducir el riesgo, intervenir temprano y/o tratar o rehabilitar, esto es posible con la utilización de herramientas participativas como el plan de acción donde se plantean propósitos de cambio sobre los problemas prioritarios de forma que se produzcan las motivaciones para el esbozo del cambio. Las actividades y tareas se diseñan de forma tal que contribuyan al cambio con la participación activa de la población y de otros sectores en la comunidad. Tanto las actividades y tareas, como el propio cambio, deben ser medibles, por lo que deben proponerse indicadores que permitan evaluar el plan de acción, en el que debe establecerse el cronograma con límites temporales y estar determinados los participantes y responsables de la ejecución de cada tarea. El plan de acción debe ser factible, flexible, evaluable, cumplir con el principio de nominación, contar con los recursos humanos, materiales y financieros disponibles a ese nivel, y deberá contar con el conocimiento, la participación y la aprobación de los responsables de su ejecución.⁹

El modelo de Atención Integral en Salud a nivel Familiar, Comunitario e Intercultural es la orientación actual del Ministerio de Salud Pública en el marco de la Estrategia de Atención Primaria de Salud renovada (APSr). Si hasta hace poco el Estado delegó los procesos de salud al mercado y a la sociedad, propulsó la autogestión de los servicios de salud en base al cobro por atención a los y las usuarias, debilitando enormemente el acceso a servicios de salud con calidad, ahora ha manifestado la intención de garantizar directamente. En el modelo de Atención propuesto, se menciona a los Determinantes Sociales de la Salud, como uno de sus elementos clave para abordar el análisis y las soluciones; es decir, considerar las relaciones sociales, económicas,

⁹ Ramos Rodríguez BN. Enfoque conceptual y de procedimientos para el diagnóstico o análisis de la situación de salud. Rev. Cubana Salud. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol22_3_06/mgi02306.htm#

políticas e ideológicas como determinaciones esenciales de la salud o enfermedad de la población, ello hace que entremos en el abordaje de la desigualdad e inequidad en la atención y promoción de la salud, desigualdades de género, generacional, social, cultural, étnica, y otras generadoras de enfermedades prevenibles.

Involucrar activamente en los EBAS, a los Agentes Comunitarios de Salud tradicionales, Promotores de Salud, Voluntarios comunitarios de Salud, no como meros ayudantes del proceso, sino en el marco de la interculturalidad y el derecho a la salud, como verdaderos sujetos, no sólo una articulación de servicios y servidores de salud, sino entre sistemas de salud, tradicionales y el convencional. Este es un desafío, para el Nuevo Modelo de Atención, los EBAS, y también para los propios generadores de las diversas medicinas tradicionales (afro, montubia, amazónicas, interandina) la medicina popular urbana y otras medicinas alternativas.

El concepto de participación comunitaria en los asuntos que afectan a la supervivencia de la comunidad es tan antiguo como la historia humana y como una expresión del movimiento continuo que es parte de la vida comunitaria cotidiana, es a su vez una parte esencial de todas las sociedades humanas.

Se puede definir la participación comunitaria como el proceso mediante el cual los individuos se transforman de acuerdo a sus propias necesidades y las de su comunidad, adquiriendo un sentido de responsabilidad con respecto a su propio

bienestar y el del grupo, contribuyendo conscientemente y constructivamente en el proceso de desarrollo.¹⁰

El servicio de salud, junto a la educación, son servicios a brindar y garantizar en las comunidades para satisfacer el desarrollo social de la población, pero por lo general han sido implantados por personas o instituciones que no conocen y/o no tienen relaciones con la comunidad, lo cual puede llevar a que estos servicios no tengan aceptación y no cumplan sus objetivos ya que la población al no intervenir en ello le resta efectividad a los esfuerzos que se hagan por garantizar la educación y la salud de los habitantes. Por esto la comunidad debe jugar un rol activo de autogestión, participación, responsabilidad e iniciativa en la solución de sus problemas de salud y el alcance de los objetivos, el desarrollo de la comunidad y con ello el desarrollo social.

Con relación a esto la OMS plantea "La insistencia en que la gente debe hacerse responsable de su propia salud es un aspecto importante del desarrollo individual y colectivo. Con alta frecuencia se considera que un sistema eficaz de atención primaria es un servicio más eficiente, humano y útil; facilita un producto, la salud, que en realidad la gente debería alcanzar por sí misma. En lo posible la salud nunca debe "darse" o "facilitarse" a la población. Por el contrario, se debe ayudar a la gente a participar consciente y activamente en el logro y la promoción de su propia salud".¹¹

Para comprender los elementos que intervienen en la salud y que reflejan el papel que puede desempeñar la comunidad en estos se hace necesario desentrañar la salud

¹⁰ Organización Panamericana de la Salud. 2005 La Participación Social en el Desarrollo de la Salud: Experiencias Latinoamericanas. Washington DC: OPS; (Serie Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud; 35)

¹¹ . Organización Panamericana de la Salud. 2009. Los Sistemas Locales de Salud. Washington DC: OPS

desde todos sus puntos de vista. (Salud como estado de bienestar físico, mental y social). Para esto consideramos cuatro niveles determinantes de la salud:

Nivel 1: Funcionamiento biológico.

El organismo necesita, para ser saludable, determinadas disposiciones orgánicas y funcionales para la adquisición de experiencias, su procesamiento y análisis, a la producción de conocimientos propios, personalizados en relación con la educación y al funcionamiento del organismo, al estado general de salud.

Nivel 2: Condiciones internas del sujeto que influyen en la salud.

Procesos psíquicos cognoscitivos: Atención, memoria, pensamiento, capacidad de trabajo intelectual, reflejan además el estado funcional del sistema nervioso.

- Estados psíquicos- emocionales que son el reflejo de la relación del hombre consigo mismo y con el medio, con relación a sus necesidades: Estrés, ansiedad, depresión, ira, etc.

- Formaciones psicológicas complejas y síntesis reguladoras de la personalidad que ocupan lugar central en las posibilidades de educación y salud y la vulnerabilidad al estrés: Personalidad como nivel integrador y más complejo de la psiquis.

Nivel 3: Relaciones sujeto- sujeto.

Estudio de la comunicación y relaciones interpersonales.

- En la familia u hogar: Relaciones de pareja, padre- hijo, hermanos.

- En la escuela o trabajo: Relaciones profesor- alumno, alumno- alumno, dirigente- subordinado, entre compañeros, con las organizaciones estudiantiles o laborales.
- En la comunidad (apoyo social): Relaciones con los vecinos, con amigos y grupos informales, con las organizaciones e instituciones.

Nivel 4: Relaciones hombre- medio.

Estudios de las influencias de la sociedad en general (Condiciones materiales de trabajo, opciones de empleo, tiempo libre; relación sociedad- individuo; exigencias y posibilidades que plantea la sociedad, posición del individuo, autopercepción social, etc.). Relacionado con la calidad de vida.¹²

El nivel 2 es el determinante más importante en la participación de la comunidad en los problemas de salud y se expresa a través de los principales determinantes de la participación en los problemas de salud (personalidad - sujeto), están estrechamente relacionados y son los recursos psicológicos fundamentales del hombre para enfrentar el estrés, las contradicciones y los conflictos y así las enfermedades:

- Capacidad de anticipación.
- Capacidad de organizar la vida.

Así como es necesario tener una visión del contexto y dinámica globales para comprender la participación social, es también necesario comprenderla en su relación con el sector salud, ubicándola dentro del contexto y dinámicas globales que le sirven como marco de referencia particular, es decir, frente a la salud pública.

¹² Morón C. 1995. Políticas y estrategias para la seguridad alimentaria en el hogar. Archivos Latinoamericanos de Nutrición; 45 (1): 374-378

Las acciones de salud pública se pueden concebir como acciones orientadas a las personas (estrategias de intervención individual) que comprende la curación y rehabilitación es decir actúa sobre los estilos de vida, y como acciones poblacionales (estrategias de intervención poblacional) donde el objeto de evaluación es la población como un todo, dentro de este último término podemos ubicar la prevención que se dirige a grupos al actuar sobre las condiciones de vida y la promoción que es la fase más amplia y deseada al estar dirigida a la sociedad y actuar sobre el modo de vida.¹³

Una forma de aproximar la ubicación actual del sector salud frente a la participación social, es observando las estrategias fundamentales del sector y su posición frente a aquella:

1- Recuperación: Constituye tradicionalmente el quehacer fundamental del sector. La participación de las personas aquí se basa en reacciones individuales expresadas en solicitud de servicios ofrecidos por profesionales. Este tipo de actividad tiende por su naturaleza, a estimular una visión individualizada de la salud y a promover una actitud dependiente (usuarios de servicios) por parte de los individuos.

2- Prevención de la enfermedad: Esta ha enfrentado históricamente algunas dificultades en lo que se refiere a su enfoque en relación con la participación social. Por una parte, la sociedad ha desarrollado una noción inmedatista de la salud, orientada hacia la consecución de beneficios inmediatos palpables.

Por otra parte, los alcances de la estrategia se han visto limitados por el énfasis puesto en transmitir cierto tipo de información a veces compleja y técnica acerca de

¹³ Arias Herrera, H.1999. La influencia de factores psicológicos y sociales en la salud. La Habana: Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociológicas de la Academia de Ciencias de Cuba

enfermedades que pueden llegar a atemorizar a la población, lo cual no solamente es inadecuado en cuanto a la intención de cambiar las conductas sociales sino que además al orientarse de esta forma tienden a ir en contra de la participación social, pues generan dependencia y no consiguen aumentar la capacidad de la comunidad para tomar decisiones fundamentadas y conscientes frente a su propia visión de salud.

3- Promoción de salud: es la más reciente de las estrategias, constituye en lo concreto, la necesidad que siente el sector de actuar de manera articulada con los demás actores sociales en contextos amplios, superando su restricción tradicional respecto de la atención a la enfermedad, al orientarse hacia el conjunto de acciones sociales para el desarrollo de la salud.¹⁴

Es evidente que esta estrategia depende para lograr sus objetivos de construir el ideal de salud que persiga una determinada sociedad, reconociendo que aquel no puede darse en todos los contextos de la misma forma, pues depende de los procesos sociales en sus múltiples expresiones, del contexto político, de las coyunturas particulares existentes y de la diversidad de relaciones entre actores sociales específicos. Desde este punto de vista, la estrategia de promoción de salud, es en esencia, participativa.

La acción comunitaria pretende la participación efectiva y concreta de la comunidad en la determinación de prioridades, en la toma de decisiones y en la elaboración y puesta en marcha de un plan de acción. La participación tiene que ser comunitaria, intersectorial y multidisciplinaria que permita la descentralización de recursos, se debe

¹⁴ Organización Panamericana de la Salud. 2008a. La Participación Social en el Desarrollo de la Salud. Washington DC: OPS

potenciar la acción de grupos sociales y el cambio en las condiciones sociales de la salud mediante la movilización colectiva.

Resumiendo debemos anotar que la participación comunitaria es imprescindible para conseguir mejoras en la salud de aquellas personas vinculadas en ese proceso.

Se hace necesario el conocimiento de los aspectos fundamentales que están vinculados con la participación comunitaria para permitir que esta sea efectiva y cumpla sus objetivos.

Estudiar y concientizar la salud como estado de bienestar físico, mental y social nos permite comprender los elementos que en ella intervienen, el papel que la comunidad puede desempeñar en esta y dar explicaciones al fenómeno de la participación comunitaria.

Son cuatro los niveles determinantes de la salud, siendo las condiciones internas del sujeto el determinante más importante en la participación de la comunidad en los problemas de salud; este se expresa a través de la relación personalidad – sujeto.

También es importante conocer las estrategias fundamentales del sector salud, su posición frente a la participación y la relación de esta con diferentes concepciones de Salud Pública para explicar el proceso de participación comunitaria y el desarrollo de la salud.



8. DISEÑO METODOLOGICO

Partiendo del concepto de proyecto “Conjunto de operaciones y acciones que, orientados por objetivos delimitados permiten modificar una situación inicial determinada (llamada problemática en Salud) y lograr una situación objetivo (resolución de la problemática en salud)¹⁵. Cabe señalar que el proyecto es la parte operativa de todo el proceso de planificación estratégica y que busca los resultados que en las instancias superiores fueron identificadas y priorizadas.

El diseño del proyecto requiere desplegar tres etapas, Diagnóstico del problema, Definición del proyecto y Elaboración de la Matriz de Marco Lógico.

Para desarrollar el diagnóstico del problema se realiza una reunión con los Directivos y se analiza el diagnóstico de Salud de la Parroquia de Guadalupe percibiéndose que los Riesgos Familiares identificados en la fichas familiares tienen una influencia enorme sobre la salud de la población y sobre todo los **Riesgos Sanitarios** que han variado poco en los últimos tiempos y sobretodo han hecho que el perfil epidemiológico siga igual que hace 20 años en donde en los primeros lugares se encuentran las patologías prevenibles¹⁶.

Detectado el problema es necesario realizar el **análisis** del mismo, para lo que se realiza un taller convocando a todos los involucrados para que participativamente se lleve a cabo un análisis de los involucrados y el análisis del problema priorizado, para el **análisis de involucrados** se utiliza una matriz de involucrados para plasmar e identificar los grupos o instituciones involucradas sus intereses, los problemas percibidos por los involucrados en relación al problema escogido y los recursos con los que participaría en su resolución. Para el **análisis del problema** se utiliza el

¹⁵ Diseño, Ejecución y Gerencia de Proyectos para Salud, Guía Didáctica, pag: 16

¹⁶ Diagnóstico salud Cumbaratza, pag: 34

instrumento denominado **Árbol de Problemas** que permitió que los asistentes al taller puedan identificar las causas del mismo y también los efectos que ocasiona el problema y que no se modificara si no hay una intervención en el mismo.

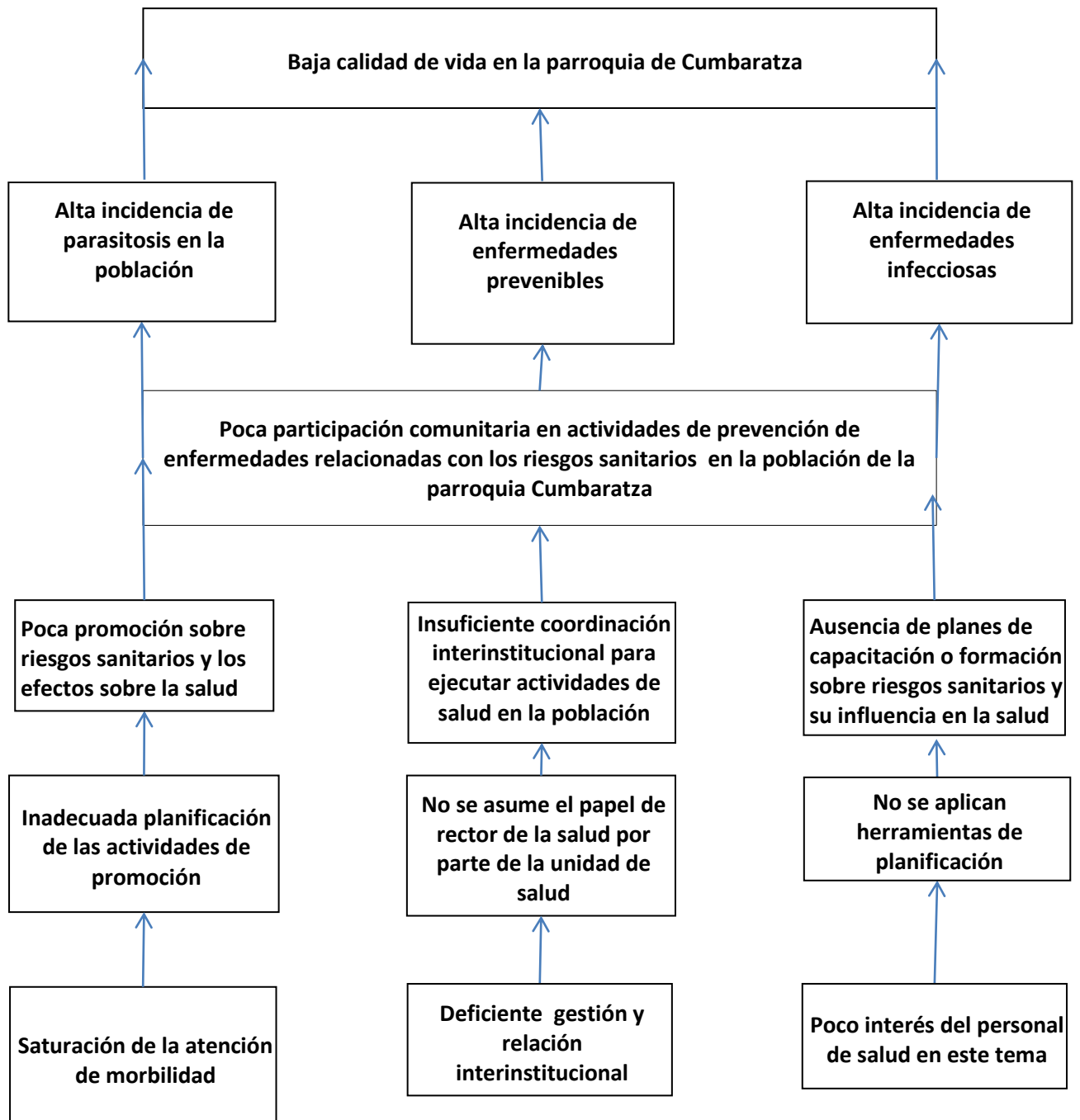
Con el árbol de problemas elaborado se procede a construir el **Árbol de Objetivos**, para lo que mediante una redacción en positivo de los problemas identificamos de forma inicial la situación futura deseada, se prosigue con el análisis del árbol de objetivos que nos permite identificar la relación medio-fin y su encadenamiento en todos los niveles, el problema principal será el objetivo general y las causas del problema serán los objetivos específicos, se encadenan en la construcción de la **Matriz de Marco Lógico**.

Estas herramientas implementadas durante el desarrollo de las diferentes etapas de construcción del proyecto demuestran el interés de los actores y el compromiso de los involucrados.

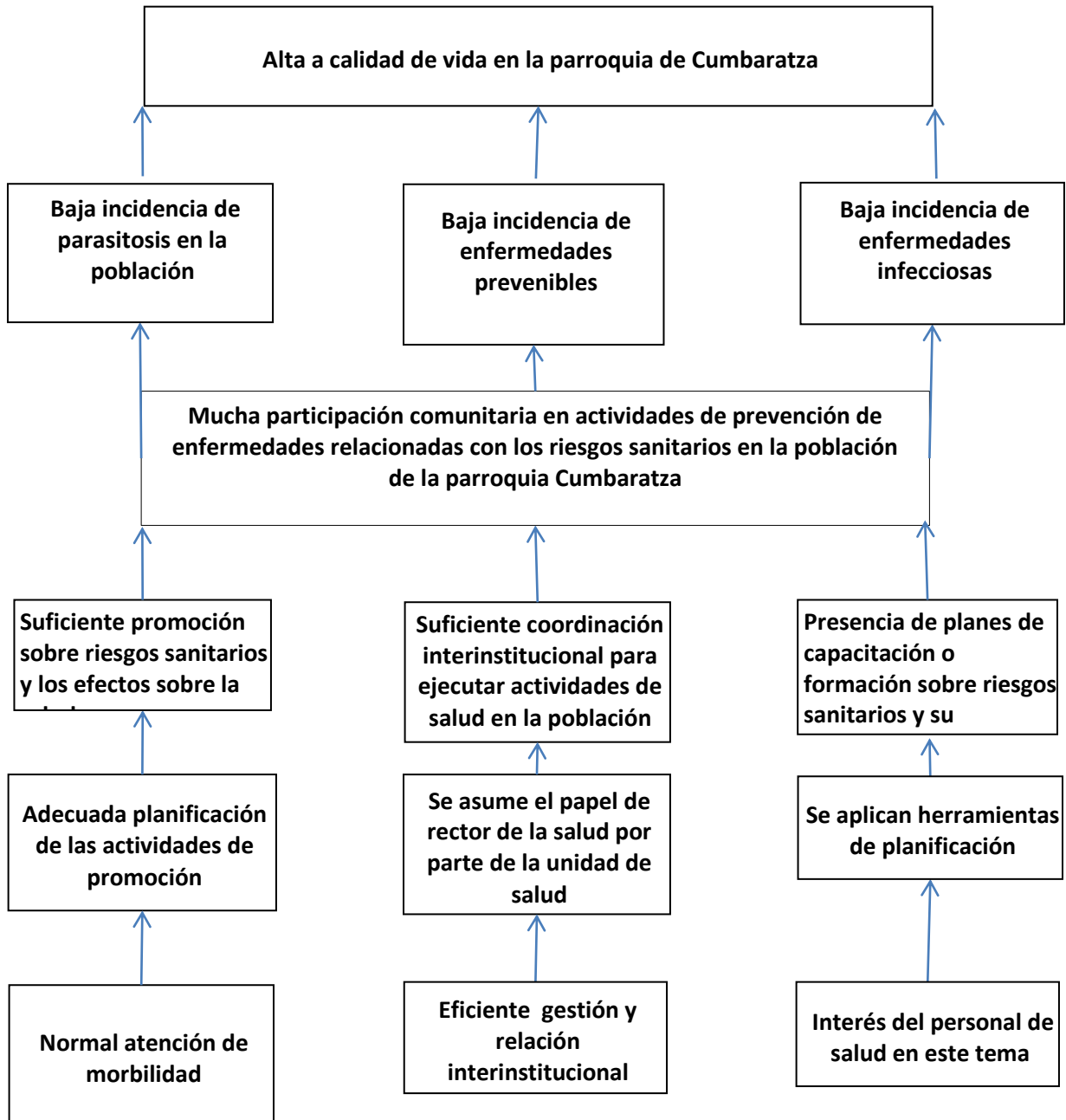
MATRIZ DE INVOLUCRADOS

GRUPOS Y/O INSTITUCIONES	INTERESES	RECURSOS Y MANDATOS	PROBLEMAS PERCIBIDOS
Comunidades de la Parroquia de Cumbaratza	Mejorar las condiciones de vida y de salud en las comunidades	Recursos humanos Recursos materiales Demanda atención de los organismos públicos y privados	presencia de enfermedades en la población
Centro de Salud de Cumbaratza	Trabaja para mejorar la salud de las comunidades	Recursos humanos Recursos materiales Atención de salud en las comunidades	Elevados índices de los riesgos sanitarios en la población Inadecuada coordinación con la población para el trabajo de promoción de la salud
Junta Parroquial de Cumbaratza	Ser un gobierno local moderno, líder en gestión y trabajo, equitativo y solidario, en donde la condición humana y el respeto a las libertades de todos y todas, sean el paradigma y el orgullo de su pueblo, que crece y se desarrolla con ordenamiento, seguridad y en un ambiente sano y agradable.	Recursos humanos Recursos materiales	Altos índices de Enfermedades en la población e la parroquia Poco trabajo interinstitucional en salud

ARBOL DE PROBLEMAS



ARBOL DE OBJETIVOS



MATRIZ DE MARCO LOGICO			
OBJETIVO	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
FIN			
Contribuir a mejorar la calidad de vida de las familias de la Parroquia Cumbaratza	Después de un año de ejecución del proyecto se ha disminuido en 20 % las familias con riesgo sanitario en la parroquia de Cumbaratza.	Informe de fichas familiares actualizado	Participación de comunidades y del personal de salud del centro de salud de Cumbaratza de forma activa y continua
PROPOSITO			
Mejorar el Riesgo Sanitario en la parroquia Cumbaratza con participación comunitaria.	A los 6 meses de iniciado el proyecto se han implementado las estrategias de promoción de la salud, participación comunitaria y formación de agentes locales de salud en un 100%	trípticos	Apoyo de Directivos a la propuesta
		Actas de entrega de kits y de conformación de comité de salud	
		Informe de Talleres de capacitación	Financiamiento del proyecto
		Lista de	Apoyo de la

		participantes	Junta Parroquial
		Fotos	
COMPONENTES O RESULTADOS ESPERADOS			
1 Suficiente promoción sobre los riesgos sanitarios y su influencia sobre la salud de la población	A los 6 meses se ha editado 3 diferentes trípticos, 18 charlas comunitarias, se ha entregado 600 trípticos y realizado una feria de la salud.	trípticos	participación activa del personal de salud
		certificado de charla	
		fotos de charlas	
		fotos de feria	
2 Adecuada coordinación interinstitucional para ejecutar actividades de salud en la población	A los 6 meses se ha realizado un taller de autoridades, entrega de 18 kits de material de difusión a las comunidades y conformado el consejo de salud parroquial	Acta de entrega de kits	Apoyo de la Junta Parroquial y de sus comunidades
		Acta de conformación de comité de Salud	
		lista de asistentes, fotos	

3 Agentes locales de salud capacitados en riesgos sanitarios y su influencia en la salud	Al finalizar el 5 mes se elabora un plan de capacitación y se realizan 3 talleres capacitando a 18 agentes de salud locales en riesgos sanitarios y su influencia en la salud	Plan de capacitación	Participación activa de las comunidades				
		Informe de Talleres de capacitación					
		Lista de participantes					
		Fotos					
ACTIVIDADES	RESPONSABLES	CRONOGRAMA	RECURSOS				
R1 Suficiente promoción sobre los riesgos sanitarios y su influencia sobre la salud de la población			uni da d	c a n t i d a d	val or uni	val or tot al	
1 Realizar propuesta y socializar cronograma de actividades de promoción en las comunidades de Cumbaratza	Autora del proyecto	1-5 mayo 2011	Propuesta	Uni	1	20	20

2 Elaborar trípticos sobre agua segura, eliminación adecuada de desechos sólidos y de excretas	Autora del proyecto	5-30 mayo 2011	Trípticos	Uni	60 0	0,5	300
3 Charlas y entrega de trípticos a la población	Personal del subcentro de salud, autora del proyecto	junio- septiembre 2011	Refrigerios	uni	18 0	0,5	90
4 Feria de salud	Personal del subcentro de salud, autora del proyecto	Octubre 2011.	Feria	uni	1	200	200
R 2 Adecuada coordinación interinstitucional para ejecutar actividades de salud en la población							
1 taller a las autoridades locales para la socialización del diagnóstico de salud de la Parroquia con énfasis en los riesgos sanitarios	Presidente de la junta parroquial, personal de salud subcentro de salud	Junio 2011.	Taller	Uni	20	5	100
2 Entrega de un kit de material de difusión a todos los presidentes de las comunidades de la parroquia	Autora del proyecto	julio- octubre 2011	Kit de material de difusión	uni	18	20	360

3 Conformación del Consejo de Salud Parroquial	Presidente de la junta parroquial, personal de salud subcentro de salud	Agosto 2011.	Reunión	uni	20	10	200
R 3 Agentes locales de salud capacitados en riesgos sanitarios y su influencia en la salud							
1 Plan de capacitación sobre riesgos sanitarios	Autora del proyecto	Mayo 2011.	Plan	Uni	1	50	50
2 Taller sobre agua segura	Personal del subcentro de salud, autora del proyecto	Junio 2011.	Taller	Uni	18	15	270
3 Taller sobre Adecuada eliminación de desechos sólidos	Personal del subcentro de salud, autora del proyecto	Julio 2011.	Taller	Uni	18	15	270
4 taller sobre adecuada eliminación de excretas	Personal del subcentro de salud, autora del proyecto	Agosto 2011.	Taller	Uni	18	15	270
5. Informes de seguimiento y final del proyecto	Autora del proyecto	mayo - Noviembre 2011	informe	uni	1	100	100



9. RESULTADOS

Resultado Uno: Suficiente promoción sobre los riesgos sanitarios y su influencia sobre la salud de la población

1.1 Socializar propuesta y cronograma de actividades de promoción de riesgos sanitarios en las comunidades de Cumbaratza

Para iniciar la ejecución de la propuesta en terreno fue necesario socializar la propuesta definitiva y construir un cronograma de las actividades que se van a desarrollar en las comunidades.

Como actor principal el Subcentro de salud de Cumbaratza y el directamente involucrado, mediante una reunión se socializa la propuesta al personal de salud del mismo y se finiquita el cronograma de acuerdo a la siguiente agenda:

AGENDA PARA REUNION DE SOCIALIZACION DE LA PROPUESTA			
HORA	TEMA	METODOLOGIA MATERIALES	RESPONSABLE
15H00	Saludo y bienvenida	Exposición	Dra. Fuentes
15H15	Presentación de la propuesta	Exposición	Dra. Fuentes
15H45	Presentación del cronograma de capacitación	Exposición	Dra. Fuentes
16H00	Compromisos	Participativo	Dra. Fuentes
16H30	Cierre		Dra. Fuentes

Luego de la presentación del material el personal de salud del Subcentro llega a los siguientes compromisos:

- ✓ Participar activamente en la ejecución del proyecto.
- ✓ Invitar a la comunidad de forma masiva a las diferentes actividades.
- ✓ Colaborar con la actora de la propuesta en la ejecución del proyecto.

1.2 Elaborar trípticos sobre agua segura, eliminación adecuada de desechos sólidos y de excretas.

La mejor forma de llevar un mensaje a la comunidad de una forma grafica, por esto se elaboran los trípticos sobre agua segura, eliminación adecuada de desechos sólidos y eliminación adecuada de excretas, se ha tomado en cuenta para su elaboración los siguientes parámetros:

- ✓ Que la información sea principalmente grafica
- ✓ Con poco texto
- ✓ A todo color
- ✓ Sea atractivo para adultos y niños
- ✓ Se lo pueda utilizar en lo posterior libremente

Elaborados los trípticos fueron validados por la población mediante la entrega del material a una muestra de personas, las cuales emitieron en su totalidad criterios positivos, se edita y se reproducen 600 ejemplares.

Ver trípticos en anexos.

1.3 Charlas y entrega de trípticos a la población

Considerando que la Parroquia de Cumbaratza tiene 18 barrios que la conforman se planifica una charla en cada una de ellas para enfocar los riesgos ambientales y sobretodo sanitarios.

La metodología de la Charla es el dialogo participativo utilizando la información de los trípticos para ampliar y aclarar los temas, en cada charla se entrega a los asistentes el material y se compromete a los participantes a cumplir con las sugerencias propuestas como alternativa al problema sanitario de la Parroquia.

AGENDA PARA LA CHARLA Y ENTREGA DE TRIPTICOS A LA POBLACION			
TIEMPO	TEMA	METODOLOGIA MATERIALES	RESPONSABLE
00H05	Saludo y bienvenida	Exposición	Dra. Fuentes
00H15	Enfoque de los riesgos sanitarios y la influencia en la salud	Exposición	Dra. Fuentes
00H45	Lectura dirigida de los Trípticos	Participativo	Dra. Fuentes
00H10	Compromisos	Participativo	Dra. Fuentes
00H05	Cierre		Dra. Fuentes

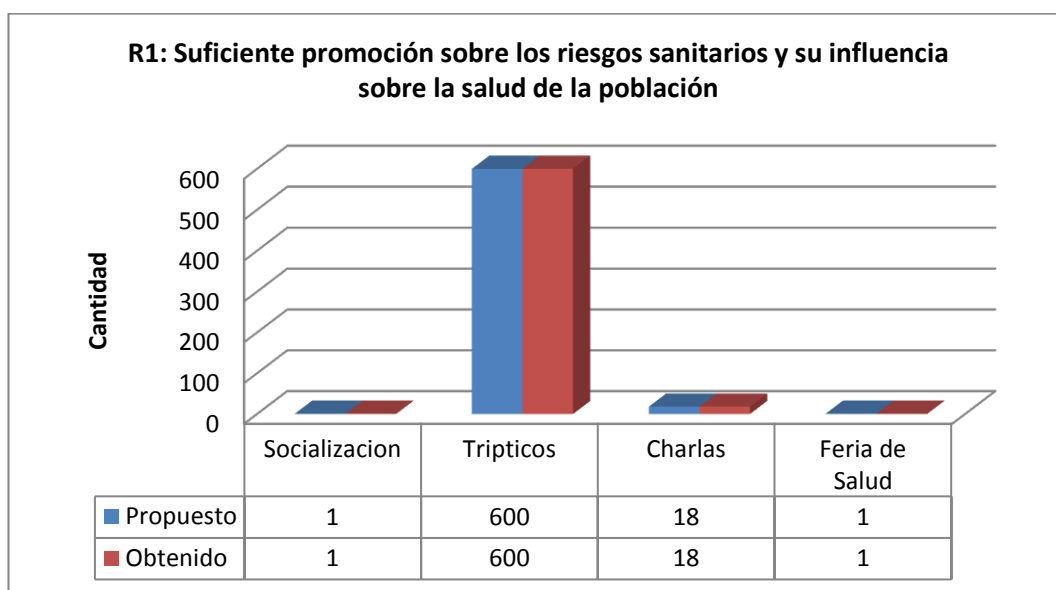
Se realizan 18 charlas en 18 barrios

1.4 Feria de salud

Con el objetivo de mejorar las condiciones ambientales de la Parroquia de Guadalupe se prepara una feria de salud con el tema “Riesgos sanitarios y su influencia en la salud de la población” en la misma se exponen diferentes temas de salud y la relación que tienen con los riesgos ambientales y sanitarios elevados que posee la comunidad de Cumbaratza.

La feria esta dirigida a toda la población, poniéndose énfasis en la población educativa de las escuelas y colegios de Cumbaratza

El resultado uno se ha cumplido en un 100%, las actividades de socialización, elaboración de trípticos, charlas en las comunidades y feria de la salud cumplidas cada una en 100%.



Fuente: Datos del proyecto

Resultado dos: Adecuada coordinación interinstitucional para ejecutar actividades de salud en la población:

2.1 Taller con las autoridades locales para la socialización del diagnóstico de salud de la Parroquia con énfasis en los riesgos sanitarios

Para el Taller de autoridades previsto se define la agenda, el taller tiene como objetivo socializar el Diagnóstico de Salud de la Parroquias de Cumbaratza.

AGENDA TALLER SOCIALIZACION DE DIAGNOSTICO DE SALUD DE CUMBARATZA			
HORA	TEMA	METODOLOGIA MATERIALES	RESPONSABLE
18H00	Inscripción		Enfermería
18H15	Saludo y bienvenida		Lic. Valdivieso
18H20	Presentación del Diagnostico de Salud de Cumbaratza	Exposición	Dra. Fuentes
19H30	Riesgos sanitarios y Salud	Presentación	Dra. Fuentes
20H30	Compromisos	Participativo	Dr. Donoso
21H00	Cierre		Lic. Valdivieso

El taller de autoridades tuvo una duración de 3 horas y conto con la participación de **17 representantes** de diferentes instituciones de la parroquia.

Los participantes con conocimiento real de la problemática de salud de la parroquia se comprometen a dar apoyo, principalmente de movilización del personal de salud hacia las comunidades, gestionar las obras de infraestructura sanitaria necesarias, apoyar en las actividades programadas por el subcentro de salud y conformar el Consejo de Salud de la parroquia de Guadalupe.

2.2 Entrega de un kit de material de difusión a todos los presidentes de las comunidades de la parroquia

Con la finalidad de mantener a la población preocupada al respecto de los riesgos sanitarios sobre la salud, se hace la entrega de un kit de material de información que consiste en los trípticos elaborados para ser distribuidos en las reuniones y eventos que realicen en su comunidad.

Se entrega 18 kits con material de información a los representantes y presidentes de las 18 comunidades que conforman la parroquia.

2.3 Conformación del Consejo de Salud Parroquial

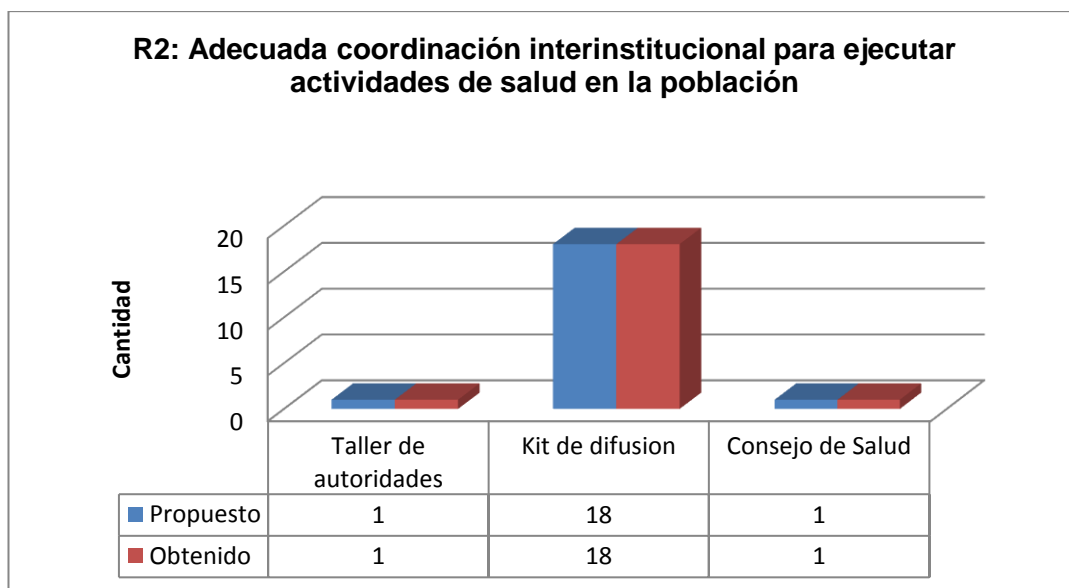
Con el compromiso adquirido previamente las autoridades son invitadas por el subcentro de Salud de Cumbaratza a conformar y organizar el Consejo de Salud Parroquial.

AGENDA CONFORMACION DEL CONSEJO DE SALUD PARROQUIAL			
HORA	TEMA	METODOLOGIA MATERIALES	RESPONSABLE
14H00	Inscripción		Enfermería
14H15	Saludo y bienvenida		Lic. Valdivieso
14H20	Organización, funciones y responsabilidades del Consejo de Salud	Exposición	Dra. Fuentes
15H00	Conformación del Consejo de Salud	Participativo	Dra. Montaña
15H30	Firma del Acta de conformación del Consejo de Salud	Participativo	Dr. Donoso
16H00	Cierre		Lic. Valdivieso

Del trabajo cumplido hemos obtenido para la parroquia el Consejo de Salud que se legalizo a través de la firma de sus miembros del acta de conformación del Consejo de salud de la parroquia de Cumbaratza

En anexo el acta del Consejo de Salud

Las actividades del resultado dos propuestos y obtenidos en la ejecución se grafican de la siguiente forma:



Fuente: Datos del proyecto

Resultado tres: Agentes locales de salud capacitados en riesgos sanitarios y su influencia en la salud.

3.1 Plan de capacitación sobre riesgos sanitarios

El Plan de Capacitación para Agentes Comunitarios de Salud utiliza la metodología de enseñanza experiencial, que permita una participación muy activa de todos los asistentes y sentar una base de conocimientos desde lo vivido y de sus experiencias en cada localidad.

El objetivo de la formación es interpretar los fundamentos de la promoción de salud con miras a desarrollar habilidades que le permita realizar la labor de promoción de la salud y prevención de la enfermedad con participación comunitaria.

La **metodología** utilizada se basa en un proceso de aprendizaje multidireccional y el “aprender haciendo” en grupos de trabajo multidisciplinarios.

Las **técnicas** usadas son las siguientes:

- Conferencia y diálogo didáctico seguidas de fases de procesamiento para los conceptos, objetivos y transmisión de los métodos o instrumentos de diagnóstico y planificación.
- Visualización para el análisis sistémico del proceso de planificación y algunas técnicas de diagnósticos.
- Trabajo en grupos (4 a 6 personas) el proceso de planificación en conjunto.

La **motivación** es manejada a través de dinámicas orientadas a mantener el ambiente óptimo de trabajo, solucionar dudas, recapitular conocimientos y conseguir la efectividad en el aprendizaje.

La **evaluación** del evento se realiza al final de la formación a través de entrevistas directas a los participantes.

La **mallla de conocimiento** propuesta para la capacitación de los agentes de salud contiene los siguientes temas:

- ✓ Agua segura
- ✓ Eliminación de desechos sólidos
- ✓ Adecuada eliminación de excretas

3.2 Taller sobre agua segura

Al taller “**Agua Segura**”, asisten 17 participantes. Es facilitado por la autora de este trabajo con la asistencia del personal de salud del subcentro de salud.

Se desarrolla la siguiente temática:

- ✓ El ciclo del agua

- ✓ Utilidad del agua
- ✓ Contaminación del agua
- ✓ Uso racional del agua
- ✓ Enfermedades relacionadas con el agua
- ✓ Tratamiento del agua

Luego del taller presencial con una duración de 4 horas tanto teóricas como prácticas se envía un trabajo para desarrollar que consiste en replica del taller a una familia con una duración de una hora.

3.3 Taller sobre Adecuada eliminación de desechos sólidos

Al taller “**Adecuada eliminación de desechos sólidos**”, asisten 17 participantes. Es facilitado por la autora de este trabajo con la asistencia del personal de salud del subcentro de salud.

Se desarrolla la siguiente temática:

- ✓ Desechos solidos
- ✓ Reciclaje
- ✓ Compostaje
- ✓ Incineración
- ✓ Pirolisis
- ✓ Reutilización
- ✓ Recuperación
- ✓ Recomendaciones

Luego del taller presencial con una duración de 4 horas tanto teóricas como prácticas se envía un trabajo para desarrollar que consiste en replica del taller a una familia con una duración de una hora.

3.4 Taller sobre Adecuada eliminación de excretas

Al taller “**Adecuada eliminación de excretas**”, asisten 18 participantes. Es facilitado por la autora de este trabajo con la asistencia del personal de salud del subcentro de salud.

Se desarrolla la siguiente temática:

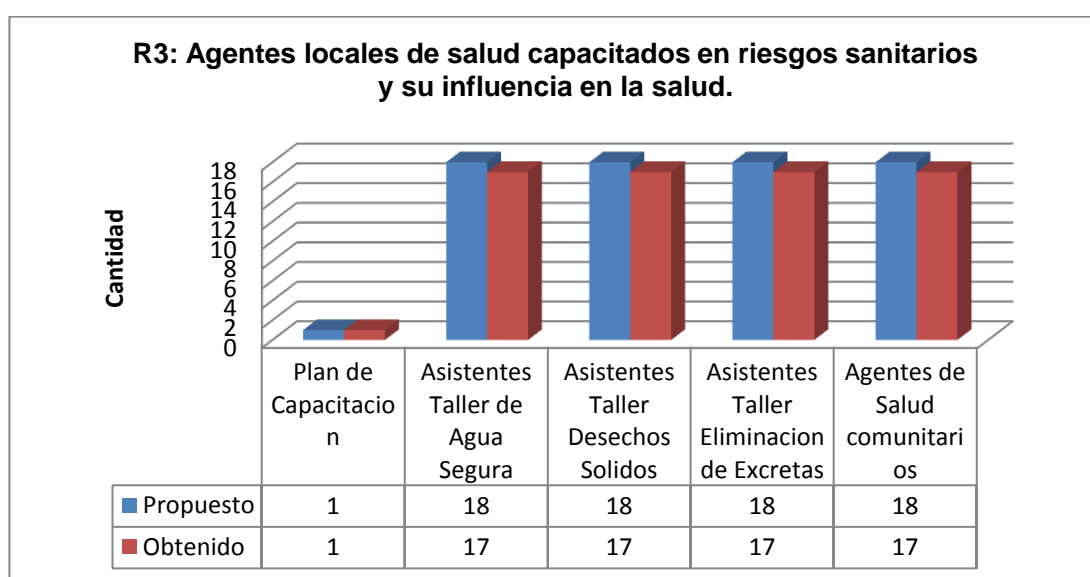
- ✓ Manejo y disposición de excretas
- ✓ Transmisión de enfermedades
- ✓ La letrina
- ✓ Construcción de letrina sanitaria

Luego del taller presencial con una duración de 4 horas tanto teóricas como prácticas se envía un trabajo para desarrollar que consiste en replica del taller a una familia con una duración de una hora

De la capacitación se ha obtenido 17 Agentes de Salud capacitados en riesgos sanitarios y su influencia en la salud distribuidos en las diferentes comunidades de la parroquia de Cumbaratza.

AGENTES DE SALUD EN RIESGOS SANITARIOS CUMBARATZA	
N°	Nombres y Apellidos
1	Ángel Oswaldo Chamba Montaña
2	Guisella del Cisne Ponce Tigre
3	Jhossmara Liseth León González
4	Erika Patricia Ulloa Pujos
5	Bryan Guarnizo Reyes
6	Genesis Paulina Ortiz Vidal
7	Jordy José Sánchez Yunga
8	Jeisson Andrés Jumbo Hurtado
9	Luis David Tinitana Sarango
10	Luis Sebastián Guamán Solórzano
11	Diana Brigith Quinde Correa
12	Jhanes Alexander Pineda Chamba
13	Stalin Eduardo Tinitana Sarango
14	José Rodolfo Zhanay Ortega
15	Kevin Robin Ordoñez Ordoñez
16	David González
17	Janeth Alexandra Torres Jiménez

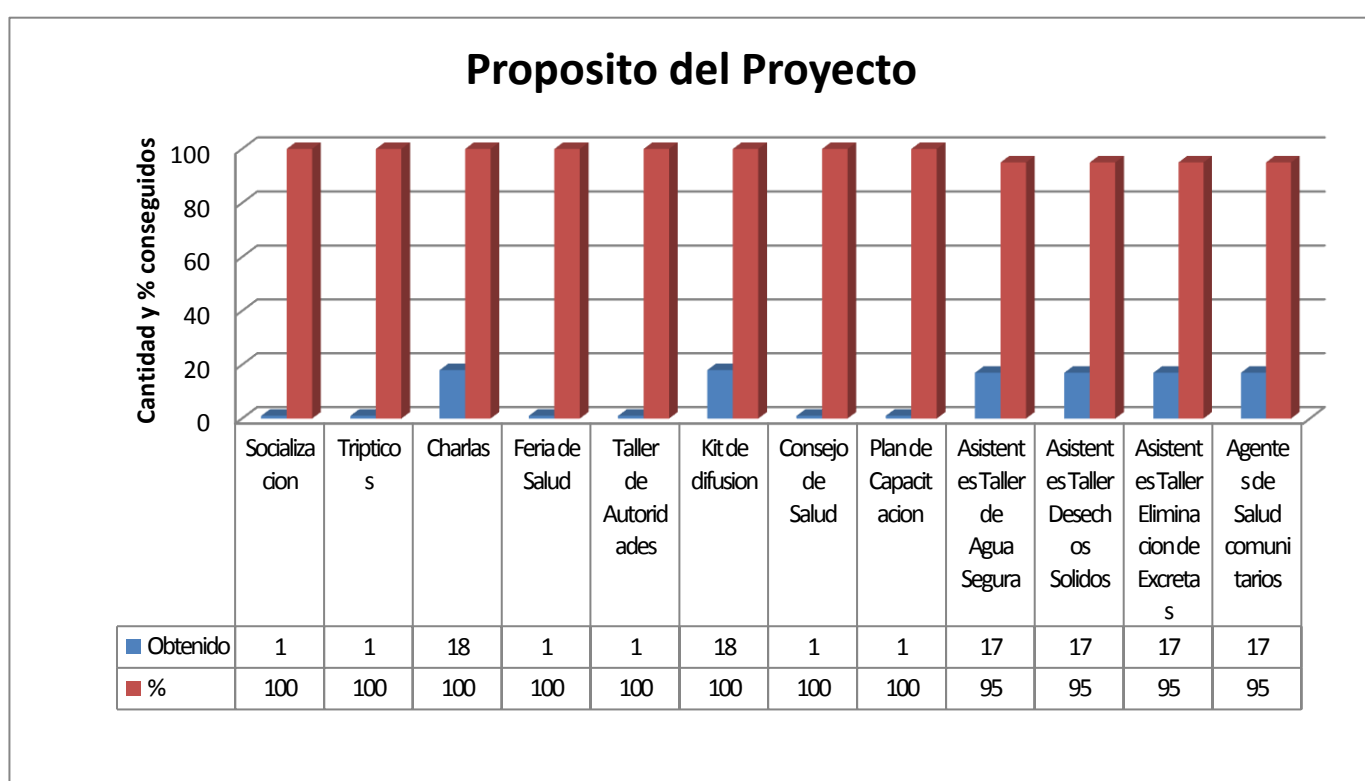
Las actividades que se desarrollaron para cumplir con el resultado 3 en relación a lo propuesto se grafica de la siguiente manera:



Fuente: Datos del proyecto

El cumplimiento cronológico de las actividades ha traído como consecuencia la obtención de los resultados del proyecto propuesto, es decir al momento la población cuenta con suficiente información sobre los riesgos sanitarios y la influencia en la salud de las personas, asimismo se cuenta con una coordinación adecuada entre autoridades parroquiales, comunidades, sus habitantes y el subcentro de salud de Cumbaratza con la finalidad de trabajar conjuntamente por la salud local, la participación local se manifiesta con la preparación de Agentes de Salud en las comunidades donde viven y se desarrolla sus actividades, permitiendo a estos ser los

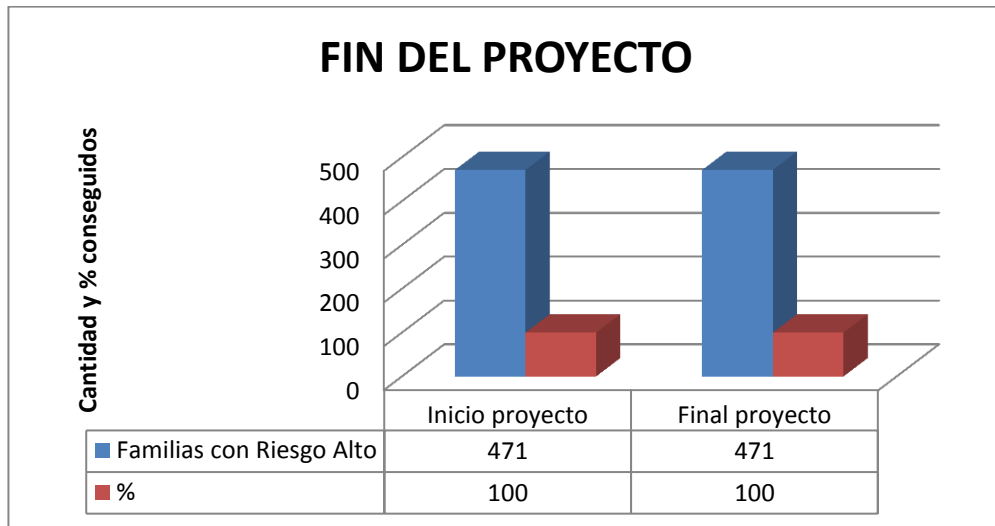
reproductores de la información hacia sus congéneres y compañeros de barrio, recibiendo la información básica que haga el cambio de actitud en las personas hacia una vida plena y contribuyendo a disminuir paulatinamente desde las familias los riesgos sanitarios en la población de la parroquia de Cumbaratza.



Fuente: Datos del proyecto

Con la ejecución y puesta en marcha de la propuesta se ha contribuido a mejorar la calidad de vida de las familias de la Parroquia que con el transcurso del tiempo y a un mediano plazo se verificara su cumplimiento, para verificarlo se medirá la disminución

de las familias con riesgos sanitarios alto actualizando las fichas familiares en un plazo de un año.



Fuente: Datos del proyecto

10. CONCLUSIONES

- ✓ La propuesta “MEJORAMIENTO SANITARIO EN LA POBLACION DE CUMBARATZA, A TRAVES DE LA ORGANIZACIÓN DE LA COMUNIDAD” ha conseguido entregar herramientas sencillas a la ciudadanía como son trípticos, charlas y feria de Salud para difundir la problemática sanitaria y otorgar información adecuada para ser aplicada a nivel familiar en las comunidades de la parroquia.
- ✓ Se ha conseguido la participación de las autoridades locales para que se involucren en al salud de la parroquia y obtener de los mismos el compromiso de velar por la salud de los habitantes de Cumbaratza y de conformar una organización local incluyente dedicado a la salud.
- ✓ Se ha conformado el Consejo Parroquial de Salud de Cumbaratza.
- ✓ Se ha capacitado a representantes de las comunidades, para ser los portavoces de la información y gestores de propuestas locales de intervención en los problemas sanitarios
- ✓ Se ha conseguido formar a 18 Agentes locales de salud con conocimientos en riesgos sanitarios y su influencia en la salud.

A decorative horizontal scroll-like box with a black outline. The left side is a vertical bar with a rounded top and bottom, and a small circular detail at the top. The right side is a vertical bar with a rounded top and bottom, and a small circular detail at the top. The text "11. RECOMENDACIONES" is centered inside the box.

11. RECOMENDACIONES

- ✓ Las herramientas de información y difusión masiva a la población debe mantenérselas y replicárselas constantemente con la finalidad de conseguir la disminución de los problemas sanitarios de la población.
- ✓ Las autoridades locales constituidas alrededor del Consejo de Salud Parroquial deben mantener una actividad constante en la solución de los problemas de salud de sus habitantes.
- ✓ Los Agentes locales de salud se constituyen en el ente integrador en la comunidad para realizar actividades de salud que incluya a todos sus habitantes, pudiendo ser las gestadoras de la participación comunitaria alrededor de la Salud e involucrarse en el desarrollo de sus comunidades.
- ✓ El subcentro de salud de Cumbaratza mantendrá una comunicación constante, actualización de conocimientos y seguimiento de los Agentes locales de Salud.
- ✓ Se recomienda que esta propuesta y las herramientas utilizadas se repliquen en otras comunidades.



12. BIBLIOGRAFIA

1. Burgwal, G. y Cuellar, J. (1999). Planificación estratégica y operativa aplicada a gobiernos locales. Quito: Ediciones Abya Yala.
2. Casado, J. (2001). El Directivo del Siglo XXI. (segunda Edición). Barcelona: Ediciones Gestión 2000.
3. CASTELLANO-SIMONS, B. y FALCONIER de MOYANO, M. (2001) La Educación de la Sexualidad en Países de América Latina y el Caribe. UNFPA, Working Papers Series CST/LAC N° 20, México.
4. Chiavenato, I. (2007). Administración de Recursos Humanos. El Capital Humano de la Organizaciones (octava edición). Colombia: McGraw-Hill Interamericana.
5. Comité regional de la OPS – OMS. (2003). “Las enseñanzas extraídas a lo largo de 25 años y los retos futuros”. *APS en las Américas*. 55. a sesión. Washington DC. 22– 26.
6. Comunidades Saludables. (2008). <http://www.comunidadesaludable.org/info/Monitoreo/Fase%20V/Informes/1er%20Trim/Informe%20trimestral%20oct-dic%202008.pdf>
7. Subcentro de Salud de Cumbaratza. (2009). Diagnostico de Salud de la Parroquia de Cumbaratza. (Inédito).
8. Cruz Roja Ecuatoriana. (2008). Manual del Voluntario y Voluntaria Promotor Comunitario (Segunda edición). Quito: Publiasesores.
9. Curso de agentes comunitarios en salud. Localizado en: <http://www.dpa.fvet.edu.uy/DPA/barriosunidos/curso.html>
10. Edmundo, U. (2009). La salud y la vida, Volumen 2. Quito: Imprenta Nuevo Arte.
11. Enfermedades Prevalentes en la Infancia. <http://www.google.com.ec/search?hl=es&q=enfermedades+prevalentes+de+la+infancia&btnG=Buscar+con+Google&meta=>

12. FERRER, I. , BORROTO, T. , SÁNCHEZ, M. y ALVAREZ, J. (2001). LA PARTICIPACIÓN DE LA COMUNIDAD EN SALUD. Rev. Cubana Med Gen Integr2001;17(3):68-73.En:http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol17_3_01/mgi11301.htm
13. FRACASSO, L. Planificación Comunitaria y participación en los procesos de decisión: categorías de análisis y argumentos. En: <http://www.ub.es/geocrit/b3w-216.htm#1>
14. Franco-Giraldo, A. (2009). Atención Primaria en salud (A.P.S.): ¿De Regreso al Pasado? Ponencia en el 6º. Congreso Internacional de Salud Pública, Facultad Nacional de Salud Pública. Medellín: Centro de Convenciones Plaza Mayor. Junio 11 al 13 de 2009.
15. Gangotena, C. (compiladora). (2011). Aportes para la interculturalidad en la salud. Programa de formación de líderes comunitarios en Salud y Seguridad Social Andina. (Inédito).
16. Girón Daviña P. (2010) LOS DETERMINANTES DE LA SALUD PERCIBIDA EN ESPAÑA. Disponible en: <http://eprints.ucm.es/11024/1/T32155.pdf>
17. Goldman, M,. (2009). La descentralización del sistema de salud del Ecuador: Un estudio comparativo de “Espacio de Decisión” y capacidad entre los sistemas municipales de salud de Quito, Guayaquil y Cuenca. En: <http://www.ips.org/mdgs/wp-content/uploads/2009/07/sistema-de-salud-ecuador.pdf>
18. López de Oliveira R. ORGANIZACIÓN COMUNITARIA EN BÚSQUEDA DE LA CALIDAD DE VIDA: DINÁMICAS Y LUCHAS. En: http://www.aforts.com/colloques_ouvrages/colloques/actes/interventions/lopes_rita.doc
19. MANUAL DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LAS CASAS COMUNITARIAS DE SALUD. Ministerio de Salud y Desarrollo social. Dirección General de Salud del Estado Lara. Dirección de Salud Poblacional. Colombia.

20. Metodología de Capacitación en Salud, Nutrición y Saneamiento. (2002). En: <http://search.avg.com/?q=METODOLOG%3%8DA+DE+CAPACITACI%3%93N+EN+SALUD%2c+NUTRICION+Y+SANEAMIENTO&d=4e5671a8&v=7.7.26.1&tp=ggl-chrome&l=&i=23>
21. Ministerio de Salud Pública. (2006). Situación de la Salud del Ecuador. Quito: Zenitram Cia. Ltda.75-72.
22. Ministerio de Salud Pública. Consejo Nacional de Salud (2006). Marco General de la Reforma Estructural de la Salud en el Ecuador. Quito: Ediciones Abya Yala. 21-26, 33-36.
23. Ocampo, J. (2007). Costos y Evaluación de Proyectos (quinta reimpresión). México: Grupo Editorial PATRIA.
24. OPS/OMS. (2007). "SISTEMATIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA NACIONAL DE ESCUELAS PROMOTORAS DE LA SALUD EN EL ECUADOR 2000–2006". En: www.orasconhu.org/sites/default/files/ECUCOM.pdf.
25. OPS/OMS; 2006; "Sobre las Escuelas Promotoras de Salud". En: <http://www.paho.org/Spanish/HPP/>
26. OPS/OMS; 2002; ANALISIS SECTORIAL DE RESIDUOS SOLIDOS ECUADOR. En www.bvsde.paho.org/bvsars/e/fulltext/analisis/ecuador.pdf
27. OMS; 1998; PROMOCION DE LA SALUD GLOSARIO. En: <http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>
28. Programa para la Formación de Promotores Comunitarios de Salud. (2004). En: http://www.bvs.org.ve/libros/Promotores_salud_programa_formacion.pdf
29. Prüss-Üstün, Annette. Ambientes saludables y prevención de enfermedades: hacia una estimación de la carga de morbilidad atribuible al medio ambiente: resumen de orientación / A. Prüss-Üstün, C. Corvalán. Disponible en http://www.who.int/quantifying_ehimpacts/publications/previdisexecsumsp.pdf

30. Ramos Rodríguez BN. Enfoque conceptual y de procedimientos para el diagnóstico o análisis de la situación de salud. Rev. Cubana Salud. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol22_3_06/mgi02306.htm#
31. Sheriberg, A., Sheriberg, D. y Lloy, C., (2009). Liderazgo practico principios y aplicaciones (primera edición en español). México: Grupo Editorial Patria.
32. Terraza, H. (2009). MANEJO DE RESIDUOS SOLIDOS Lineamientos para un servicio integral, sustentable e inclusivo. Disponible en: www.iadb.org/document.cfm?id=2197909
33. Velasco, A. y Duran, M. (2003). La visita domiciliaria como programa para el abordaje de la familia. Universidad de los Andes. En: [webdelprofesor.ula.ve/edicina/asdruve/materias/enfermeria_omunitaria1 /Visita %20Domiciliaria%20.pdf](http://webdelprofesor.ula.ve/edicina/asdruve/materias/enfermeria_omunitaria1/Visita%20Domiciliaria%20.pdf)



13. ANEXOS

1. Ejemplares de los Trípticos.
2. Acta de constitución del Consejo de Salud Parroquial, fotos, lista de asistentes
3. Feria de Salud, fotos
4. Charlas comunitarias, fotos
5. Taller Agua Segura, lista de asistentes, fotos
6. Taller Adecuada eliminación de desechos solidos, lista asistentes, fotos
7. Taller Eliminación de Excretas, fotos, lista de asistentes
8. Agentes locales de Salud- fotos

Recuerda guardar el cloro en:

- Un recipiente de color oscuro y lejos de la luz.
- En un sitio seguro y lejos del alcance de los niños y niñas.

ATENCIÓN: el cloro no mata las larvas del mosquito del dengue ni las del paludismo, sólo tapando el recipiente podemos prevenir estas enfermedades.

Cuida el bidón donde almacenas el Agua



MAESTRIA EN GERENCIA INTEGRAL DE SALUD PARA EL DESARROLLO LOCAL

Agua segura, vida saludable.

El Agua Clorada sirve para :



Beber.



Hacer hielo.



Lavar frutas y hortalizas.



Hacer jugos.



Aseo personal de mujeres y niñas.



Cepillarse los dientes.

LAVAME
de adentro hacia fuera de tal forma que no quede ninguna impureza en el interior.

UNA VEZ
limpio y seco, ponas la medida correcta de cloro y me llenas de agua.

MANTENEME
siempre tapado para que no se contamine el agua.

ESPERA
30 minutos y ya puedes utilizar el agua segura.

COLÓCAME
en un lugar seguro para que los animales no se acerquen a mí.

NO PERMITAS
que los niños jueguen conmigo



Unas gotas de cloro, para tomar agua sin microbios

El agua es vida, cuidala



El agua puede contaminarse:


- Si la transportas en tanqueros, baldes sucios o tuberías en mal estado.
- Si la guardas en ollas sucias y sin tapas.
- Si la tocas con manos desaseadas.
- Si botas basura o desperdicios en el agua.
- Si la recoges con jarrones sucios.

No olvides que

El agua contaminada transmite enfermedades que perjudican tu salud.

Miles de niños, niñas, adolescentes, adultos, ancianos en nuestro país sufren enfermedades por beber agua contaminada.

Si consumes agua contaminada, puedes contagiarte de:




Hepatitis




Salmonellosis



Enfermedades de la piel



Tifoidea



Cólera



Parasitosis

Cuida tu salud y la de tu familia.

Para descontaminar el agua:

HIERVE EL AGUA
Por más de 5 minutos.

Ó

CLORA EL AGUA

Pide cloro en los Centros Productores

La cantidad de cloro líquido depende de la cantidad de agua:

Cantidad de agua a desinfectar	 1 litro	 20 litros
Cantidad de Cloro	6 gotas	1 tapa rosca

OJO

Si usas cloro comercial sigue las instrucciones del fabricante. Fíjate en la etiqueta y asegúrate de que sirva para potabilizar agua para consumo humano.

Unas gotas de cloro pueden salvar tu vida.

¿Qué problemas pueden causar los residuos sólidos?

- El mal manejo de los residuos contamina el aire, el suelo y el agua, de los cuales depende nuestra vida.



- por lo tanto no debemos botar la basura en los patios de nuestras casas, en los terrenos desocupados, en las calles y parques, en las quebradas, en los ríos, en las playas.

- contaminamos el ambiente, atentamos contra la vida de otros seres (animales domésticos, aves, peces), y ponemos en serio peligro nuestra propia vida.



- dañamos la naturaleza y damos lugar a la proliferación de moscas y roedores, principales vectores transmisores de enfermedades infectocontagiosas a veces mortales.



GUÍA PRÁCTICA PARA EL MANEJO DE LA BASURA
 PARTICIPEMOS CON ALEGRÍA POR UNA COMUNIDAD LIMPIA Y ORDENADA

En la Parroquia de Cumaratza



El deterioro de las condiciones ambientales y sanitarias, causante de enfermedades, se debe, en gran medida, al mal manejo de la basura.

¿Qué son los residuos sólidos?



Son las basuras que generamos en nuestros hogares y en nuestros lugares de trabajo, estudio o recreación.

Lo que todos debemos hacer

Colocando los **residuos orgánicos**: como restos de alimentos, cortezas de coco, plátano y otras frutas; es decir, los residuos que se descomponen en un recipiente verde.



Y los **inorgánicos** o los que no se descomponen como: cauchos, plásticos, vidrios, metales, cartones, papel, telas, etc. en un recipiente negro



RECICLAR

Volver a utilizar los materiales en lugar de tirarlos.

COMPOSTAJE

Permite convertir los desperdicios vegetales en material orgánico, el cual sale el compost, que sirve de abono para recuperar y mejorar los suelos.



INCINERACION

Otra forma de tratar la basura, permite reducir sus volúmenes.



¿PORQUE HAY NIÑOS CON DIARREA? CAUSAS
 TOMAN AGUA DE RÍO SIN Hervir
 NO TIENEN LETRINAS
 DEFICIENTE SANEAMIENTO AMBIENTAL





SI NO HAY BAÑO O LETRINA, HACER LAS DEPOSICIONES EN UN HUECO Y ENTERRARLAS





MAESTRIA EN GERENCIA INTEGRAL DE SALUD PARA EL DESARROLLO LOCAL



MANEJO Y DISPOSICION DE EXCRETAS

Medio ambiente es todo lo que nos rodea, incluye agua, aire, suelo, plantas y personas

Si las deposiciones quedan al aire libre, hay riesgo de transmisión de enfermedades:

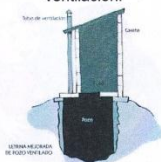
- Por acción de las moscas, ratas, cucarachas, etc. Que se posan sobre las heces, se impregnan de los microbios y los llevan hasta los alimentos.



- El sol seca las heces y las convierte en polvo que se esparcen contaminando los alimentos y agua por acción del viento.

COMO HACER UNA LETRINA

- La letrina debe estar ubicada a unos 5 a 15 metros de distancia de manantiales, ríos, quebradas, o pozos de abastecimiento de agua.
- Tome en cuenta el viento, no debe soplar de la letrina a la casa sino al contrario.
- Si en el área ocurren inundaciones, las letrinas debemos construirlas más altas.
- La letrina está compuesto por hoyo o foso, base o brocal, losa, taza, tapa, caseta y tubo e ventilación.



- La letrina sirve únicamente para dejar deposiciones y no puede ser usada como depósito o alojamiento de animales domésticos, ni para almacenar otros desechos.



- Se debe tener cuidado que las excreciones caigan dentro el foso.
- Los papeles utilizados para limpieza personal deben ser arrojados al foso.
- No olvidar tapar el hueco y cerrar la puerta al salir.

**FORMACION DE DIRECTIVA DEL COMITE DE SALUD DEL SUBCENTRO DE
CUMBARATZA**

Siendo las 11 horas del día 23 de septiembre del 2011 en el Hall de la Unidad Operativa algunas integrantes de la comunidad se reúnen para organizar el comité de salud del Sub Centro de Cumbaratza, quedando integrada de la siguiente manera:

PRESIDENTE: Padre Artemio Sinche

VICEPRESIDENTE: Sr. Fredy Cueva

TESORERO: Lcda. Luz María Armijos

SECRETARIA: Lic. Haydee Valdivieso.

VOCALES: Hna. Sandra Salazar

Sr. Sergio González

Sra. Franklin Ramón (Representante del teniente político)

DESARROLLO

Luego de la elección la Dra. Rosa Riofrío da a conocer las funciones del comité de salud y el objetivo de la conformación. Además hace referencia a la importancia de la organización de grupos de hipertensos y diabéticos, discapacitados etc. El padre Artemio Sinche se compromete en enviar un oficio al Director Provincial de salud solicitando la entrega de la camioneta de la Dirección Provincial a la Unidad Operativa de Cumbaratza. La Lic. María Armijos representante de la Escuela Gonzales Suarez mociona que todos de la directiva se comprometan y acudan a la Dirección Provincial de Salud. El padre Artemio informa que hay que hacer un oficio dirigido a la Dirección Provincial del Salud con copia a la Junta Parroquial haciendo conocer las necesidades y debilidades del Sub Centro de Cumbaratza, el Sr. Franklin Ramón indica que el carro que conduce la Junta Parroquial esta dado en calidad de comodato a la Junta Parroquial e informa que está a disposición para los tramites. La Dra. Raquel Fuentes da lectura un documento con respecto a los discapacitados, la Dra. Riofrío explica con respecto a la Adscripción de la población, hace conocer el proceso indica que se avisará por televisión, por la radio y recomienda que los moradores tengan listos la copia de la cedula de todos los integrantes de su familia o la copia de la partida de nacimiento mas un documento básico como puede ser la papeleta de pago de luz, agua o teléfono con el objetivo de obtener la dirección correcta. El Padre Sinche pregunta si todos se deben adscribir y la Dra. Riofrío indica que deben inscribirse todos aquellos que viven en el área de influencia, y si no se inscriben no pueden ser atendidos en la Unidad Operativa de Cumbaratza.

Los integrantes de la reunión firman a continuación:

LISTA DE INVITADOS A LA FORMACION DEL COMITÉ LOCAL DE SALUD
A REALIZARSE EL DÍA VIERNES 23 DE SEPTIEMBRE DEL 2011 EN EL SUB
CENTRO DE CUMBARATZA

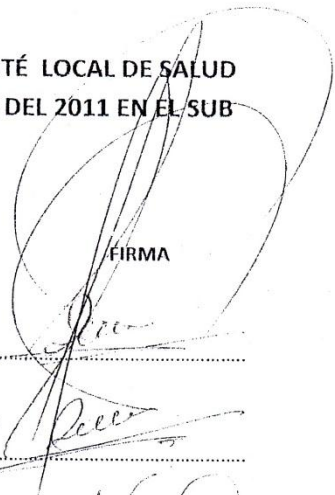
NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA DE IDENTIDAD	FIRMA	#de Celular o Comunicación
Franklin Ruíz	1900141910		089175402
Maria Elena Reyes	1900199108		088643900
Fredy Cuervo Jimenez	1100217926		23040512
Sergio González	1109627824		09409532
P. Antón Jimenez M.	1102571383		091408973
Lina Sandra Delacruz	0502035991	 CENE	08875111
Dra Rosa Ruffino H.			088127233
Dr y Enf. Haroldo Healdó			060205301
Karen Sarmiento Rueda			120037435-4
Luzmila Donoso			091352169-6
Yolanda Calva			190039309-9

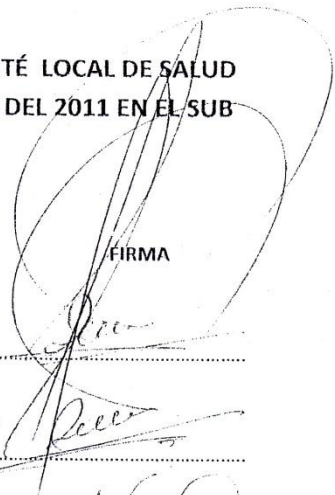
LISTA DE INVITADOS A LA FORMACION DEL COMITÉ LOCAL DE SALUD
A REALIZARSE EL DÍA VIERNES 23 DE SEPTIEMBRE DEL 2011 EN EL SUB
CENTRO DE CUMBARATZA

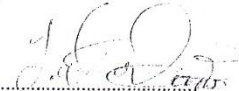
NOMBRES Y APELLIDOS

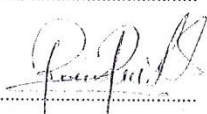
CEDULA DE IDENTIDAD

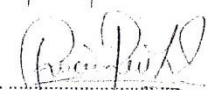
FIRMA

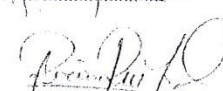
Franklin Pizarro S. 1700141910 

Franklin Pizarro S. 1700141910 

Lina Sandra Solari 050203599-1 

Rocio Ruiz Jumbo 170053151-6 

Rocio Ruiz Jumbo 170053151-6 

Rocio Ruiz Jumbo 170053151-6 

.....

.....

.....

.....

.....

TEMA: Manejo y disposición de excretas
 FECHA: 21 Agosto 2011
 RESPONSABLE: Dra Raquel Fuentes

NOMINA DE ASISTENTES

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE CÉDULA	FIRMA
	Delia B Reyes C.	1900658244	<i>[Firma]</i>
	Yulio Coronado	190011858-7	<i>[Firma]</i>
	Miriam Albornoz	1900369030	<i>[Firma]</i>
	Aurora D. Cuenca		<i>[Firma]</i>
	Glenn Kalla		<i>[Firma]</i>
	Fay Torrealba	19001225-7	<i>[Firma]</i>
	Sandra Zabala	190031791-0	<i>[Firma]</i>
	Melida Jorjaga	1901010000-0	<i>[Firma]</i>
	Doroliza Rivas	Doroliza Rivas	<i>[Firma]</i>
	Janeth Alexandra Torres Jimenez	1104571870	<i>[Firma]</i>
	Carmen Melanio Coona	1104550510	<i>[Firma]</i>
	Diego Alexander Colva	1900819747	<i>[Firma]</i>
	Isorodho Aurora Rivas Sanchez	070353958-5	<i>[Firma]</i>
	Jose Paccha		<i>[Firma]</i>
	Lizeth Molina	19057557-0	<i>[Firma]</i>
	German Barzallo	19004009-8	<i>[Firma]</i>
	Elvira Guadalupe Escobar S.	190019058-6	<i>[Firma]</i>

TEMA: *Adecuada Eliminación de desechos sólidos*
 FECHA: *15 Julio 2011*
 RESPONSABLE: *Dra. Raquel Fuentes*

NOMINA DE ASISTENTES

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Nº DE CÉDULA	FIRMA
	Angel Oswaldo Chamba Montaña		<i>[Handwritten signature]</i>
	Gussella del Cuzco Porco Tigre		<i>[Handwritten signature]</i>
	Jhosmora Liseth León González		<i>[Handwritten signature]</i>
	Erick Patricio Ulloa Pujos		<i>[Handwritten signature]</i>
	Bryan Guardizo Reyes		<i>[Handwritten signature]</i>
	Genesis Paulina Ortiz Vidal		<i>[Handwritten signature]</i>
	Jady Jose Sanchez Yunga		<i>[Handwritten signature]</i>
	Jeisson Andres Jumbo Hurtado		<i>[Handwritten signature]</i>
	Angie Cabrera		<i>[Handwritten signature]</i>
	Luis David Tinitana Sarango		<i>[Handwritten signature]</i>
	Luis Sebastian Guaman Salazar		<i>[Handwritten signature]</i>
	Diana Brighith Quink Correo		<i>[Handwritten signature]</i>
	Jhones Pineda Alexander Chamba		<i>[Handwritten signature]</i>
	Stalin Eduardo Tinitana Sarango		<i>[Handwritten signature]</i>
	José Rodolfo Zhanay Ortega		<i>[Handwritten signature]</i>
	Kevin Raxin Orobaza Orobaza		<i>[Handwritten signature]</i>
	David González		<i>[Handwritten signature]</i>

TEMA: Agua segura
 FECHA: 16 Junio 2011
 RESPONSABLE: Dra Raquel Fuentes

NOMINA DE ASISTENTES

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	N° DE CÉDULA	FIRMA
	Blanca Paquiel Veliz Sanchez	190056948	Blanca R Veliz
	Monica Josefina Veliz Sanchez	110343513	Monica Veliz
	Ana Rocío Paccha Ortega	1900812064	Ana Rocío Paccha
	Ana Lucía Gualan Gualan	190090393-1	Ana Lucía Gualan
	Estelito Paredes	110053620-8	Estelito Paredes
	Maria Delbina Guayllas	1900236435	Maria Delbina Guayllas
	Maria D. Guada Guayllas	19007073-0	Maria D. Guada Guayllas
	Melida Elizabeth Peier Palacios	190032085-8	Melida Elizabeth Peier
	Nestor Arturo Benitez Cajamarca	1900305036	Nestor Arturo Benitez
	Sadi Deivi Espinoza Espinoza	1900618875	Sadi Deivi Espinoza
	Carmelo Torres	1900766818	Carmelo Torres
	Gabriela Alexandra Gordillo Soza	1900354485	Gabriela Alexandra Gordillo
	Bilvia Harbel Gordillo Sozanga	1900394477	Bilvia Harbel Gordillo
	Therese Sozanga Sozanga	190064490-5	Therese Sozanga
	Neli Medina		Neli Medina
	Rosa Yungui	17.14585252	Rosa Yungui
	Luis Sammartin	1900738719	Luis Sammartin



Conformación del Comité Parroquial de Salud



Exposición sobre las funciones del Comité de Salud



Feria de la Salud



Feria de Salud- Autoridades de Junta Parroquial



Feria de la Salud



Feria de la Salud



Feria de la Salud



Charla sobre Riesgos Sanitarios a la comunidad



Charla comunitaria sobre Riesgos Sanitarios



Agentes de Salud Comunitarios