



**Universitat de les
Illes Balears**

Títol: Agente comunitario de Salud, sujeto transformador.

NOM AUTORA: Celia Personat Labrador

DNI AUTORA: 43.102.662H

NOM TUTORA: Margalida Miró Bonet

Memòria del Treball de Final de Grau

Estudis de Grau d'Infermeria

Paraules clau: agente comunitario de salud, , promoción de la salud, desarrollo de la comunidad.

de la
UNIVERSITAT DE LES ILLES BALEARS

Curs Acadèmic 2012-2013

Cas de no autoritzar l'accés públic al TFG, marqui la següent casella:

EL AGENTE COMUNITARIO DE SALUD, SUJETO TRANSFORMADOR.

Autora: Celia Personat Labrador

Tutora: Margalida Miró Bonet

Resumen:

Han pasado ya 35 años de la declaración de Alma Ata y su meta de alcanzar salud para todos en el año 2000 es toda una utopía. Todavía hoy día muchas comunidades en nuestro planeta no tienen acceso a la salud y carecen de programas específicos para su cuidado. Los principios de la atención primaria con la figura del agente comunitario de salud tal vez sea la clave para conseguir esta equidad en salud que es un derecho para todos. El objetivo de este trabajo es identificar quién es el agente comunitario de salud y cuál es su actividad en el entorno comunitario, además de conocer el impacto de su labor como promotor y educador de salud en la comunidad. La metodología desarrollada es una revisión bibliográfica en la que se consultaron las bases de datos EBSCOhost, Cuiden plus y Scielo, utilizando como único descriptor agente comunitario de salud. La literatura procedente de Brasil represento casi la totalidad de los resultados en las bases hispanoamericanas. Los resultados de esta búsqueda nos revelan la identidad solidaria del ACS, su papel mediador, promotor y educador, y como su actividad en la comunidad puede transformar la salud de sus gentes. En conclusión, su presencia en los sistemas de salud de los países o en organizaciones no gubernamentales no son sólo garantía de mejora de salud y del entorno social en las comunidades, sino también hay evidencia de que sus esfuerzos consiguen disminuir el gasto sanitario. Tal vez sea un sujeto transformador.

Palabras clave: agente comunitario de salud, promoción de la salud, desarrollo de la comunidad.

Introducción

Tras la segunda guerra mundial en china surgió el movimiento de los médicos descalzos, integrados en la política sanitaria en el país desde 1968¹. La salud del pueblo chino mejoro de forma espectacular a consecuencia de este sistema y de lo que hoy se conoce como atención primaria de salud. Uno de sus principios básicos fue el empleo de los agentes comunitarios de salud (ACS) para hacer llegar los servicios de salud a los lugares donde vive la población y ayudar a la comunidad a determinar su necesidades y resolver sus problemas de salud. Promulgando la idea de que las comunidades deben hacerse cargo en gran medida de su propia salud. Esta novedosa idea confiere una nueva dimensión en la gestión de los servicios de atención a la salud y brinda a los estados miembros de la OMS la oportunidad de reestructurar y ampliar sus servicios de salud².

Esta idea fue una de las más importantes inspiraciones para la conferencia de la OMS en Alma Ata en 1978 y se materializo en la Declaración de Alma Ata firmada unánimemente por 137 estados aceptando el criterio de la atención primaria de salud como el método más eficaz para alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000³. Se instaba a todos los gobiernos, instituciones y comunidades a promover la atención primaria como la piedra angular para el futuro desarrollo de todos los países y sus comunidades.

Han pasado ya 35 años y todavía hoy día muchas comunidades en nuestro planeta no tienen acceso a la salud y carecen de programas específicos para su cuidado. Los sistemas sanitarios organizados de los países atienden a una mayoría de la población pero siempre quedan comunidades, sobretodo rural, y minorías a las que el acceso al sistema no es una realidad y otras a las que no se les da voz ni voto. El cuidado de la salud es una responsabilidad compartida entre el individuo, la comunidad, los profesionales de la salud y los organismos oficiales y no gubernamentales de un país.

Para lograr una mayor racionalidad y equidad en el desarrollo de los servicios de salud, hay que conceder más importancia a la salud que a la enfermedad y más a la atención de salud que a la atención médica (2). Sin embargo, actualmente la inversión de recursos destinados a servicios hospitalarios y especializados sigue siendo en España el 54,2% frente la atención primaria 15,1% (4). Estos datos siguen apoyando el Informe Lalonde de los años 70 donde aparte de definir los cuatro determinantes básicos de la salud (genética, estilo de vida, entorno y sistema de salud) se incidía en que los determinantes que recibían más recursos no eran los que más influyen en la salud de la población. Las políticas presupuestarias no han cambiado

se sigue invirtiendo más dinero en grandes hospitales con tecnología y menos en actividades educativas para la promoción de la salud y prevención de enfermedades.

En definitiva una buena atención primaria de salud coordinada, innovadora y dinámica que conozca y se adapte a las necesidades de la comunidad puede marcar la diferencia entre una población educada para la salud o tratada para enfermedades, entre una población enferma o una población sana.

En los tiempos actuales la figura del agente comunitario de salud puede ser el nexo de unión entre el sistema de salud y la realidad de una comunidad con sus propias necesidades y problemas de salud. Tanto en cualquier país desarrollado con población inmigrantes de diversas partes del mundo como en un país en vías desarrollo donde los recursos y profesionales no llegan a todas partes, su presencia puede ser tanto o más importante que la de otros profesionales de la salud.

Decidir realizar este trabajo sobre el agente comunitario de salud surge a raíz de ser becada para realizar mis últimas prácticas en un país en vías de desarrollo, conocer esta figura presente en muchos de estos países y más concretamente en Bolivia, lugar de destino de mi beca.

Para estos tiempos de crisis conocer que experiencias actuales se están desarrollan en el mundo con el agente comunitario de salud (ACS) y sí su presencia puede ahorrar recursos sanitarios a largo plazo a los gobiernos, podría ser el punto de partida para desarrollar nuevas políticas más eficientes.

Objetivos

El objetivo general es examinar la literatura nacional e internacional sobre el rol del ACS. Los objetivos específicos son describir quien es y explorar que tipo de actividades desarrolla, y analizar su impacto en la comunidad.

Estrategia de búsqueda bibliográfica y resultados

El presente trabajo constituye una revisión de la literatura sobre el ACS en general sin limitar fronteras geográficas. Para iniciar la búsqueda de referencias se consultó en primer lugar los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) identificando los siguientes descriptores: agente comunitario de salud y community health agent.

Se accede a las bases de datos EBSCOhost, Cuiden plus y Scielo, utilizando un único descriptor por lo concreto de nuestra búsqueda. Se establece como límite la fecha de publicación desde enero 2008 y se incluye publicaciones en todos los idiomas.

En EBSCOhost se encuentran 73 referencias: 69 publicaciones académicas, 2 en revistas (Employee Benefit Adviser y Medical Device Daily) y 2 tesis con el título “The healing station: The role of the African American church as a change agent for health”

(La estación de sanación: El papel de la iglesia afroamericana como agente de cambio para la salud) y “Thinking outside the soapbox: Evaluating the effectiveness of a community-based hygiene promotion intervention in Santa Clara, EL Salvador”(Pensar fuera de la caja de jabón: Evaluación de la eficacia de una intervención de promoción de la higiene en la comunidad de Santa Clara, El Salvador).

La metodología de las publicaciones se clasifican casi al 50% entre investigación cualitativa y cuantitativa. El idioma más empleado es el inglés con un 63,3% de los artículos seguido del portugués (31,6%) y en menor medida en castellano (3,3%) y francés (1,6%).

La búsqueda en la base de datos Cuiden plus, donde se recoge publicaciones del campo de la enfermería española y latinoamericana, con nuestro descriptor aparecen 141 referencias. Más del 90% de estas es literatura en lengua portuguesa, en lengua castellana e inglesa apenas se reparten un 8%.

En la base de datos Scielo se encontraron 23 referencias: 14 con metodología cualitativa, 4 en investigación cuantitativa y 2 revisiones bibliográficas. También como en Cuiden plus más del 90% de la literatura es en lengua portuguesa y el resto se reparte entre artículos en inglés y castellano (anexo tabla 1*).

Se realizó una lectura de los resúmenes de la bibliografía localizada para identificar las temáticas, los objetivos generales y el enfoque metodológico.

Algunas dificultades encontradas en la recolección de datos fueron: la falta de información metodológica y de objetivos en los resúmenes de algunos artículos y el número tan alto de artículos en lengua portuguesa.

Las principales temáticas de las referencias localizadas se pueden dividir en diversas categorías: la formación y educación que reciben los ACS, como se sienten ellos desarrollando su labor y cuáles son las dificultades que se encuentran, su relación con la comunidad y el equipo de salud, la percepción y satisfacción que tienen de ellos los usuarios, la efectividad de su papel, que tipo de programas y actividades de promoción y prevención desarrollan (control diabetes mellitus, prevención VIH, violencia doméstica, cuidado

específicos para la salud de la mujer, vejez, alimentación-nutrición, tuberculosis, salud bucodental,) (anexo tabla 2*).

El 80% de la literatura tiene como contexto el sistema de salud de Brasil, en su programa de salud se recoge la figura del agente comunitario como parte activa en su estrategia de mejora de salud de su población. Hay algunas referencias a otros países latinoamericanos (México, Colombia) y a grupos minoritarios que residen en Estados Unidos (hispanos, musulmanes); también se referencia a países como Etiopía, Tanzania o la India.

Únicamente se localizaron tres artículos en toda la bibliografía consultada en los que se referencia la figura del ACS en nuestro país: un consejo de participación ciudadana en Jaén, una intervención integral en una zona deprimida de Sevilla y la formación de mujeres de etnia gitana como ACS.

Discusión

En el presente trabajo se ha seguido un criterio de selección de acuerdo a los objetivos propuestos. Puede surgir un sesgo por la limitación de años (2008-2013), establecidos como criterio de búsqueda en las bases de datos.

Los agentes de salud comunitarios han logrado encajar muy bien en los programas no gubernamentales de pequeña escala, así como en los programas nacionales de gran escala integrados en el sistema de salud pública. En muchos países del África subsahariana, por ejemplo, encontramos organizaciones confesionales que llevan 20 años dispensando una atención de calidad.

En el Sistema Nacional de Salud de Brasil existe la Estrategia de la Salud Familiar (ESF) donde el ACS se convierte en personal clave dentro de la comunidad de todo el país, el programa de salud del agente comunitario opera desde 1991 y es la piedra angular de la salud colectiva del país. Se considera la inclusión social a través de la educación sanitaria y la promoción. Es crucial el trabajo del ACS en los barrios más peligrosos previamente inaccesibles a otros profesionales de la salud y trata de proporcionar un acceso equitativo a la AP y mejorar los indicadores de salud de las poblaciones vulnerables⁵.

¿Quién es el ACS? Identidad solidaria

Dentro de la AP se está trabajando con el nuevo paradigma de la educación para la salud, que promueve la inclusión social y la justicia social, la prevención de enfermedades y responder a las necesidades de salud de las comunidades⁵.

El ACS es único en su categoría, por ser un trabajador genérico, de identidad comunitaria que realiza tareas que se extrapolan al campo de la salud. Para ejercer la profesión de ACS este debe residir en el área de la comunidad en la que actuar y haber acabado un curso de formación básica para su formación⁵⁻⁶ (anexo figura 1).

Cuando los ACS reciben una compensación económica, se pueden desencadenar efectos tanto positivos (retención de los trabajadores) como negativos (las comunidades los ven como funcionarios públicos) Los ACS que colaboran como voluntarios únicamente pueden dedicar cada semana un tiempo limitado a esa labor, por ello se han introducido fórmulas innovadoras para compensar a los voluntarios por el tiempo invertido. Así, por ejemplo, los voluntarios comunitarios que participaban en un programa en el distrito ugandés de Kabarole combinaban la distribución de medicamentos con la venta de preservativos, medida ésta que acabó convirtiéndose en una eficaz actividad generadora de ingresos. En varios países, los voluntarios no son remunerados, pero reciben otros incentivos, por ejemplo una bicicleta que puede ser utilizada con otros fines. La remuneración es necesaria para mantener el nivel requerido de compromiso a largo plazo, siempre que los agentes de salud comunitarios dediquen a esta labor una cantidad de tiempo comparable a la invertida por trabajadores de salud con la pertinente formación profesional.

Las revisiones de la literatura de Bornstein, & Stotz⁷, exponen que en referencia a la formación del ACS en Brasil, el ministerio de salud establece las principales directrices para su formación pero en la práctica este proceso todavía es muy diversificado. Hay conceptos claves en la formación del ACS, salud, enfermedad, riesgo, prevención, etc, dada su función de mediación entre la población y los servicios de salud, y entre los distintos saberes (conocimientos). La formación que recibe el ACS es clave en la construcción de sus habilidades y competencias.

La reflexión bibliográfica y documental de Muller, B et al⁶ constata que residiendo en la comunidad que actúa, el ACS tiene las mejores condiciones para conocer los factores determinantes del proceso salud- enfermedad que vive su población, además de fortalecer su vínculo con la comunidad que lo percibe como educador y promotor de salud. Su capacitación debe darse en el servicio, de forma continuada, gradual y permanente, siendo responsabilidad del instructor-supervisor además de participar y colaborar con otros profesionales del servicio local de salud. Su principal función es prevenir enfermedades y promover la salud mediante visitas domiciliarias.

La complejidad de conceptualizar la promoción de la salud, revela que promover salud es un gran desafío para todos. En este contexto el ACS contribuye en el proceso de transformación social y promoción de salud. En su aprendizaje como el resto de los profesionales de salud debe ser innovador, reflexivo y crítico, centrado en desenvolver sus competencias, evitando desestructuración, fragmentación e insuficiencia de información⁶.

El estudio etnográfico de Zancheta, MS et al⁸, explora el trabajo de los ACS en un barrio de chabolas de Brasil. Se afirma que el ACS conoce su concepción sobre la educación de salud popular en su entorno y enseña a su comunidad como mejorar su estado general de salud con sus conocimientos. Las condiciones de vida en la comunidad influyen en su rol, adopta un enfoque altamente afectivo (ternura, abrazos, tocando y sonriendo) en sus encuentros pedagógicos y considera que los clientes les dan permiso para participar en su realidad social. Golpear una puerta y preguntar si alguien tiene un problema, no es suficiente, el ACS siente que debe entrar en cada casa, sentarse y charlar, para responder a la singularidad de cada familia. Él trabaja directamente con sus vecinos para identificar los problemas de salud, proporciona información de salud y los refiere al equipo local de salud. Realiza el seguimiento de estos para garantizar el éxito de tratamientos y para proteger, promover y restaurar su salud en general⁵.

Bachilli, RG et al⁹ examinan en su estudio los factores psico-sociales que son significativos para la construcción de la identidad del ACS a través de la metodología fenomenológica hermenéutica de Paul Ricoeur, los ACS son entrevistados con la pregunta de que cuenten su experiencia como ACS, el análisis de sus discursos muestran la perspectiva del ACS y los aspectos psicosociales que construyen su identidad. El ACS vive un proceso de transformación de uno mismo a través de la comunidad, se siente como sus vecinos y entiende que él es un poco como cada uno de ellos y que todos forman parte de esa comunidad. Esta reflexión refleja una filosofía de interpretación del mundo para la transformación, el sujeto que se interpreta al mismo tiempo es interpretado en la transformación del mundo porque está comprometido con la actividades de un mundo nuevo. Esta identidad solidaria se presenta alterando la dinámica local con el objetivo de producir efectos positivos y en consecuencia resultados favorables a las expectativas proclamadas en la comunidad por medio de las familias. En el desarrollo de sus actividades se percibe transformado tanto en su identidad privada como social, al verse a sí mismo como representante del sistema de salud.

¿Qué hace el ACS? Mediador, educador y promotor

La AP tiene como objetivo reorientar el modelo de atención básica y una organización nueva, dinámica con servicios y acciones de salud⁷. Asume que la promoción de la autonomía beneficia a los individuos y a las comunidades, ellos pueden utilizarla para cambiar los determinantes de su propia salud⁵.

Los resultados cuantitativos y cualitativos de la evaluación de la eficacia de las intervenciones del ACS en personas socialmente vulnerables de Zancheta, MS et al⁵ pone de manifiesto que el ACS actúa como educador informal de salud en los países pobres y en áreas socialmente marginadas cuyos habitantes se sienten que están privados de poder y carecen de derechos. Su misión es proporcionar liderazgo, aumentar el conocimiento de los derechos y facilitar a la comunidad el empoderamiento de sus ciudadanos. También debe descubrir los conflictos, la falta de apoyos estructurales para las personas vulnerables y la pasividad de la sociedad para protegerlos. Asimismo facilitar la prestación de atención primaria de salud para estos grupos vulnerables en sus comunidades y su compromiso social con sus vecinos para aumentar la satisfacción con los servicios de salud (anexo figura 2).

Su papel de mediador es unánime tanto en términos de mediación entre el servicio y la comunidad, como el que se refiere a la mediación entre los conocimientos diferentes (diferentes saberes)⁷. Juega un papel mediador entre el conocimiento científico y el conocimiento popular. Las comunidades más marginales que históricamente no han tenido acceso a la salud han desarrollado culturalmente una medicina natural (herbal) para sobrevivir. Esta interrelación entre la salud popular y el científico es una forma de armonizar los conocimientos científicos y populares para mejorar la salud⁸.

Este carácter transformador de mediación se da a medida que existe un mayor intercambio de conocimiento y una mayor permeabilidad de los servicios en relación con las necesidades y las demandas de la población. Aunque también parece implicar contradicciones, por un lado, prestigio y poder entre la población de su área, y por otro, desgaste al absorber la presión de personas insatisfechas de la comunidad con el servicio o que tratan de lograr favoritismos en términos de acceso⁷.

Estudios cualitativos realizados con grupos focales en municipios de Brasil que evalúan el rol del ACS en la comunidad, concluyen que el papel de mediador social del ACS va más allá de ser un enlace entre los servicios de salud y la comunidad, es la voz de la comunidad en los servicios de salud. Se empodera a la comunidad. El ACS tiene la capacidad para ver, escuchar y traducir a los equipos de salud las necesidades reales de la población, las necesidades que

se encuentra en cada persona, familia, vivienda y comunidad. Vigila la salud de la comunidad de casa en casa¹⁰ (anexo figura 3).

El ACS se siente responsable no sólo de los problemas de salud identificados en la comunidad, sino que también simpatiza con el sufrimiento de la gente, escucha sus demandas y trata de entender y hacer alianzas hacia la búsqueda de soluciones creativas y originales. Él convive en el mismo espacio que sus vecinos, con sus realidades sociales y son a ellos a los que proporciona sus acciones de atención. Se establece un vínculo estimulando la capacidad de las personas para hacer frente a los problemas que se dan en sus condiciones de vida (10).

La resistencia de algunos grupos en zonas emergentes se debe principalmente porque perciben al ACS como instrumento del poder dominante y del conocimiento occidental, es visto como representante de la administración local y como trabajador de salud asociados con los tradicionales profesionales de la salud. Este es sensible a la negativa de sus clientes por pasadas experiencias con profesionales de la salud en las tradicionales organizaciones de salud⁸.

La resistencia es un medio para desafiar los conocimientos científicos y las concepciones occidentales de salud y enfermedad. Pero a pesar de esta resistencia la eficacia del ACS en educación y la enseñanza de la salud de igual a igual, los hace más humanos y cercanos. De alguna manera su idealista persistencia provoca expresiones sutiles de aceptación por la comunidad. A medida que va ganando la confianza de la comunidad ellos abren sus puertas y empiezan a hablar de cosas difíciles sobre su salud y en qué forma lo trata, pero tienen miedo de que si sabe cosas sobre ellos pueda el ACS decirlo a sus vecinos, les preocupa su salud y seguridad⁸.

No solo se debe enfrentarse a la inicial resistencia de la comunidad sino también a la resistencia en la aceptación por una parte del equipo de salud (sobretudo enfermeras) debido a los problemas de responsabilidad, roles poco definidos, su posición ambigua basada en la jerarquía arraigada médico-enfermera y el superponerse su trabajo con el asignado a las enfermeras auxiliares. Su presencia aparentemente desequilibra el reparto tradicional de poder en los equipos interprofesionales. El ACS lleva el conocimiento local sobre sus vecinos, su vida, valores y creencias al equipo. Sin este conocimiento, los médicos y todos los miembros del equipo de salud no pueden proporcionar un cuidado integral a la persona⁵.

El ACS argumenta sobre las actitudes de médicos que se sobrevaloran a sí mismos y evitan la interaccionan con él, son contadas las ocasiones en las que puede comunicarse directamente con ellos. El percibe que los médicos carecen de interés por los problemas sociales de los

pacientes. La integración en los equipos de salud es un objetivo difícil de alcanzar. La necesidad de continuar la educación en los equipos interdisciplinarios promoverá aún más la integración y una mayor integridad en su funcionamiento. Los cambios estructurales son pertinentes y necesarios para convertir la decisión jerárquica tradicional en una toma de decisión en equipo⁵.

Sería conveniente la elaboración de metodologías para los procesos de educación continuada de los ACS y los equipos de salud y participar en el empoderamiento y el conocimiento de forma democrática⁹.

Incluso en Brasil donde el ACS forma parte de la ESF, este se encuentra con obstáculos, impotente frente a la falta de comunicación, dividido en el trabajo de equipo y en el desequilibrio entre las necesidades de sus vecinos y las altas demandas de la burocracia. La mayoría de las barreras son de organización y estructurales⁵.

La falta de instrumentos y tecnología para cubrir las necesidades en el trabajo del ACS es referido por diversos autores^{5,7}.

Impacto de la actividad del ACS. Sujeto transformador en salud

La realidad sanitaria y social de nuestro mundo precisa de un paradigma humanista para reinterpretar la salud pública que permita a los profesionales de la salud y a los usuarios desarrollar una comprensión realista de cómo los gobiernos pueden garantizar la equidad en salud y el acceso a la asistencia sanitaria en todas las clases, etnias y géneros⁸.

Hay diversos estudios que tienen como objetivo la evaluación de la eficacia en el empleo de las intervenciones por el ACS para reducir los riesgos de salud en personas socialmente vulnerables. En Brasil la ESF prioriza los riesgos sociales y considera el desarrollo del potencial humano clave para la salud. Tiene en cuenta la integración y los diferentes estilos de vida y las necesidades de salud, promueve una cultura de salud, la educación para la salud y la autogestión de las condiciones de salud, todo ello compatible con las tecnologías sencillas de salud. Desde que el programa de agentes comunitarios comenzó los indicadores nacionales de salud brasileños han mejorado, incluyendo la adhesión a los tratamientos de hipertensión y diabetes, el uso de los servicios prenatales, inmunización de niños y la eficacia de las consultas ambulatorias para los problemas clínicos. El grupo de agentes de salud también ha incrementado la vigilancia de salud entre los grupos vulnerables: mujeres embarazadas, bebés recién nacidos, niños: mujeres embarazadas, bebés recién nacidos, niños, enfermos crónicos y ancianos⁵.

El trabajo de Almeida, G et al¹¹ sobre el análisis de la evolución y los determinantes de las desigualdades relacionadas con los ingresos en el sistema de salud brasileño entre 1998 y 2008 de la salud, revela que las desigualdades en la utilización de servicios médicos relacionadas con los ingresos a disminuido gradualmente en el país, esto se asocia con la aplicación en el país de las políticas y programas que favorecen la equidad, como el programa de ACS. De 1994 al 2002 el país fue testigo de una gran expansión en la cobertura de la comunidad por el programa de ACS alcanzando al 53% de la población, la cobertura de estos programas ha seguido creciendo hasta 2008 (fecha análisis de datos). Esta expansión ha sido inversamente proporcional a las tasas de mortalidad infantil en el país.

El ACS se convierte en catalizador para movilizar a la gente, inspirar esperanza y proyectos de vías de acción. Trabaja para hacer cumplir los derechos humanos de sus vecinos y comunidades, para provocar cambios más allá del papel que imaginaba para sí mismo y conducir a las comunidades desde el fatalismo hacia el empoderamiento⁵. El proceso de empoderamiento es una de las estrategias para promocionar la salud habilitando a la comunidad para ejercer y controlar su destino⁶.

El ACS está bien posicionado para convertirse en educador progresista y ayudar a sus vecinos a que se reconozcan a sí mismos como capaces de aprender y tomar conciencia del potencial transformador de su mundo. Al mantener un contacto permanente el ACS con las familias, se establece un respeto y vínculo de autonomía que da oportunidad a una educación a la población para afrontar de forma activa sus problemas contribuyendo de esta manera en la promoción de su salud. Se capacita a la comunidad para que encuentren sus propias respuestas a sus preguntas, la creación y recreación de su mundo dentro de sus contextos socio-culturales⁸.

El artículo de Pérez, LM & Martínez, J.¹² en el American Journal of Public Health presenta al ACS como vehículo para la justicia social en los contextos sociales donde las poblaciones vulnerables no reciben la información ni los servicios necesarios. En diferentes partes del mundo trabajan por los derechos de inclusión de los más marginados incluso asesorando a las comunidades en sus derechos en las leyes de inmigración, ayudando a víctimas de abuso doméstico, etc. Para el ACS el 95% de su trabajo es ayudar a las personas a obtener las necesidades básicas como alimento, vivienda, empleo y un ambiente seguro y decente, incluso antes de empezar a hablar sobre diabetes o asma.

Existe evidencia de que los esfuerzos del ACS han mejorado los resultados del embarazo y el parto, así como la salud relacionada con conductas de riesgo. Diversas pruebas documentales

ponen de relieve su eficacia en el cuidado de la diabetes y en actividades educativas. El papel del ACS como defensor de la justicia social es cada vez más relevante, es un componente crítico de los sistemas de salud y su conocimiento puede mejorar las estructuras del sistema e informar cómo se asignan los recursos; tiene la capacidad de servir como conectores y navegantes del sistema de salud y sus conocimientos de primera mano deben ser aprovechados para asegurar su capacidad de incidir en las políticas y en las tomas de decisiones¹².

Conclusiones

Después de la revisión bibliográfica y analizar los resultados obtenidos de experiencias con la ESF en Brasil y otros programas desarrollados en diferentes partes del mundo (India, Etiopia, Bangladesh, EEUU, México, Bolivia, etc.), a través de los sistemas de salud establecidos en el país o por instituciones y organizaciones no gubernamentales, me pregunto: ¿puede realmente la figura del ACS transformar el panorama sanitario y social de un país?, y mi respuesta es un rotundo sí. Poco a poco se puede conseguir. Educar y empoderar a las comunidades a través del ACS permite no sólo mejorar su salud y su entorno social incidiendo en los determinantes sociales de la salud propios de la comunidad sino también se disminuyen los gastos sanitarios derivados de una población enferma. Conectar la idiosincrasia de la comunidad con el sistema ahorra tiempo y dinero.

Puede sonar muy paternalista pero este proceso de aprendizaje es como enseñar a un niño a montar en bicicleta, el primer día le explicamos todas las cosas que necesita saber para empezar a pedalear, le colocamos unas pequeñas ruedas que le sirvan de soporte y el poco a poco empezará a progresar y a ganar seguridad. Tras un tiempo pedaleando llegará el día en que hay que quitar esas ruedas de apoyo. Entonces le explicaremos nuevamente las cosas que necesita saber para seguir avanzando en su aprendizaje, al quitar las ruedas le aseguramos que nosotros vamos a estar ahí y que le sujetaremos por detrás. El sentimiento de seguridad de que estamos ahí le da fuerza para vencer ese miedo y pedalear, empezará a avanzar poco a poco, girando la cabeza para ver que realmente seguimos ahí y se siente seguro, disfruta de ese momento y piensa lo valiente que ha sido. Cuando de pronto se vuelve a girar y se da cuenta de que hace tiempo que nadie le sujeta, que ha conseguido avanzar él solo, se sorprende y se admira de su logro. A partir de ahora el con su bicicleta podrá ir a donde quiera....

Los sistemas nacionales de salud de los países o las instituciones u organizaciones sanitarias cuando forman a un ACS deben prestarle todo el apoyo y la confianza para que él crea en

ellos. Será difícil avanzar en ese proyecto y habrá recelos por parte del mismo agente y de su comunidad, pero con el paso del tiempo y la implicación de todos los actores (el sistema, los profesionales, el ACS y los ciudadanos), la comunidad mejorará en salud y calidad de vida y en ese momento tendrá las herramientas para poder decidir parte de su destino.

El sistema nacional de salud brasileño parece ser que tiene claro que el futuro de su país pasa por un sistema de salud plural que llegue a cualquier rincón de su territorio, gracias al único protagonista capaz de lograrlo el ACS. Su ejemplo es tan efectivo que próximamente este país se convierte en anfitrión del Tercer foro mundial sobre Recursos Humanos para la Salud, tendrá lugar en noviembre de 2013, Está patrocinado por la organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), y se relacionará el tema del Foro con el alcance del personal sanitario dentro de la cobertura sanitaria universal.

Actualmente la figura del ACS se localiza en países pobres o en vías de desarrollo, donde existe escasez de personal sanitario, y en países desarrollados con algunos proyectos dirigidos a grupos vulnerables, especialmente inmigrantes o minorías étnicas. ¿Pero no podríamos aprovechar más el potencial transformador de esta figura en otros contextos?, por ejemplo en nuestro país, como comunidad se puede entender un instituto de jóvenes, ellos tienen sus propias creencias y ven con recelo y desconfianza mucha información que llega desde sus profesores o del sistema de salud. ¿No sería tal vez más efectivas las charlas sobre drogodependencia o temática afectivo-sexual si fuera un propio compañero con peso en esa comunidad quien transmitiera el mensaje?, yo creo que sí. Nuestro ACS conseguiría más que con las tradicionales iniciativas desarrolladas hasta ahora, realmente su figura puede convertirse en un sujeto transformador.

Apostar por el ACS es proporcionar un cuidado integral a la población, su presencia permite que la promoción de la salud y la prevención de enfermedades llegue a todas las comunidades y gracias a su colaboración el equipo de profesionales de la salud puede tratar al individuo de una forma más eficaz y holística de acuerdo a sus necesidades y creencias. Como dice Ruth Crespo, responsable de la ONG Esperanza Bolivia, “Con el ACS no sólo se salvan vidas sino pueblos y comunidades”.

Bibliografía

1. de Alma-Ata, D. (1978). Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata: URSS, 6-12 de septiembre de 1978. *Centro de prensa, Organización Panamericana de la Salud, OPS.*
2. El Agente de salud comunitario: guía de trabajo, pautas para la capacitación, pautas para adaptar la guía. 1987 World Health Organization. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39532/1/9243560972_spa.pdf
3. Álvarez, C. S. (2008). Alma Ata-2008, recuerdo y proyección, 30 años después. *Medico Sociales, 48(4), 251-261.*
4. Gasto sanitario público <http://www.msc.es/organizacion/sns/docs/gasto08.pdf>
5. Nascimento, E.P.L.; da Silveira Correa, C.R. (2008). O agente comunitário de saúde: formação, inserção e práticas Community health agents: training, involvement, and practices. *Cad. saúde pública, 24(6), 1304-1313*
6. Bornstein, V. J.; Stotz, E. N. (2008). Concepções que integram a formação eo processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma revisão da literatura; Concepts involved in the training and work processes of community healthcare agents: a bibliographical review. *Ciênc. saúde coletiva, 13(1), 259-268*
7. Bachilli, R. G.; Scavassa, A. J.; Spiri, W. C. (2008). A identidade do agente comunitário de saúde: uma abordagem fenomenológica; The identity of the community healthcare agent: a phenomenological approach. *Ciênc. saúde coletiva, 13(1), 51-60*
8. Muller, B.; Barradas, D.; Costa, M.A.R.; Cambiriba, M.D.S. (2012). A profissionalização do agente comunitário na perspectiva da promoção da saúde. *Cogitare Enfermagem, 17(1).*
9. Almeida, G.; Sarti, F. M.; Ferreira, F. F.; Diaz, M.D.M.; Campino, A.C.C. (2013). Analysis of the evolution and determinants of income-related inequalities in the Brazilian health system, 1998-2008. *Revista Panamericana de Salud Pública, 33(2), 90-97*

10. Zanchetta, M.S.; Salami, B.K.; Perreault, M.; Leite, L.C. (2012). Scientific and popular health knowledge in the education work of community health agents in Rio de Janeiro shantytowns. *Health education research*, 27(4), 608-623
11. Pérez, L.M.; Martinez, J. (2008). Community health workers: social justice and policy advocates for community health and well-being. *American Journal of Public Health* 98 (1).
12. Zanchetta, M.S.; Vander Voet, S.M.; Galhego-Garcia, W.; Smolentzov, V.M.N.; Talbot, Y.; Riutort, M.; Smolentzov, S. (2009). Effectiveness of community health agents' actions in situations of social vulnerability. *Health education research*, 24(2), 330-342.

ANEXOS:

Tabla 1:

BASE DE DATOS	DESCRIPTOR, LIMITES Y RESULTADOS
<p><u>Ebscohost</u> (Abstract)</p>	<p>Tipos de fuentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Publicaciones académicas (69) • Revistas (2) • Disertaciones (2) <p>Metodología:</p> <ul style="list-style-type: none"> • empirical study (16) • qualitative study (11) • quantitative study (7) • interview (6) • focus group (2) • followup study (1) • longitudinal study (1) • prospective study (1) <p>Idiomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • inglés (63,3%) , • portugués (31,6%), • castellano (3,3%) • francés (1,6%)
<p><u>Scielo</u></p>	<p>Agente comunitario de salud 2008-2013>23</p> <p>Metodología:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>investigación cualitativa</u>:14 <ul style="list-style-type: none"> ◦ entrevista semiestructurada, grupos focales, observación participante, descriptivo exploratorio, relato de experiencias, grounded theory (entrevistas)?? • <u>investigación cuantitativo</u>: 4 <ul style="list-style-type: none"> ◦ estudio y encuestas transversales, exploratorio descriptivo. • <u>revisión bibliográfica</u>: 2 <p>Idiomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • portugués 92%, • castellano 4% • ingles 4%
<p><u>Cuiden plus</u></p>	<p>Agentes comunitarios de salud 2008-2013>141</p> <p>Tipos de fuentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • artículos originales 118 • revisión 4 • otros 19 <p>Idiomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • portugués 92%, • ingles 4,5%, • castellano 3,5%

Tabla 2:

CATEGORÍAS	TEMÁTICAS
Rol. Formación	<ul style="list-style-type: none"> - Ser ACS: motivación, significado. Dificultades, satisfacciones e insatisfacciones en el trabajo. - Evaluación de la calidad de vida y percepción del estrés y riesgo en el trabajo - Perfil socioeconómico, demográfico y de trabajo de los ACS - Formación y educación: <ul style="list-style-type: none"> o Acciones de educación permanente desarrolladas a los ACS o Conocimiento de los ACS acerca de los determinantes sociales en su comunidad o Capacitación de ACS: salud materno-infantil, seguridad alimentaria, salud mental, vejez, contracepción y enfermedades de transmisión sexual, vacunación, cuidados bucales, afrontamiento de situaciones difíciles (violencia doméstica), prevención de tabaquismo y control enfermedades crónicas como hipertensión, diabetes mellitus, etc. - Percepción del ACS acerca de su actuación - Carga de trabajo de un profesional de AP en salud en Brasil: los ACS - Síndrome de Burnout entre los trabajadores de la Estrategia de Salud Familiar (ESF) en Brasil.
Actividades, promoción y educación	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnostico comunitario - Visita domiciliaria, espacio para las prácticas de cuidado de salud - Identificación, percepciones y evaluación del ACS en: <ul style="list-style-type: none"> o salud materno-infantil, seguridad alimentaria y estado nutricional de las familias, salud mental, envejecimiento, contracepción, vacunación, cuidados bucales, afrontamiento de situaciones difíciles (violencia doméstica), prevención de tabaquismo, alcohol y drogas, etc. - Evolución de la desigualdades en determinantes - Control y diagnóstico de la tuberculosis, lepra, etc. - Trabajo y percepciones en la atención prenatal y postparto - Registro y localización de nacimientos y mortalidad materno-infantil. - Acciones de los equipos de salud en la prevención y control del cáncer de cuello uterino - Conocimiento y procedimientos del ACS sobre las enfermedades de transmisión sexual y VIH - Intervenciones educacionales de prevención y seguimiento de tratamientos en enfermedades crónicas como hipertensión arterial, diabetes mellitus, etc. - Registro y localización de nacimientos y mortalidad materno-infantil. - Otros: trabajo del ACS en comunidades vulnerables (afroamericanos, musulmanes e hispanos en EEUU, etnia gitana en España)
Equipo de salud	<ul style="list-style-type: none"> - Percepción del equipo de salud hacia el ACS - Intercambios de experiencia entre ACS y el equipo - Articulación de acciones e interacción de los ACS en el equipo de salud de la familia y sus implicaciones para la promoción de la salud - Trabajo multisectorial: un salto hacia la integralidad
Comunidad y usuarios	<ul style="list-style-type: none"> - Percepción y satisfacción de los usuarios acerca del trabajo del ACS - La interacción entre equipos de salud y las familias atendidas por ellos - Percepciones de adolescentes púérperas asistidas por la estrategia ACS - Consejo de participación ciudadana de salud San Felipe
Impacto	<ul style="list-style-type: none"> - Efectividad del ACS: estrategia revolucionaria en riesgo y la construcción de nuevas formas de cuidar - Evolución de las desigualdades en determinantes y las disparidades de salud. - Futuro para los ACS. - Teoría y práctica de la promoción de la salud: concepciones de los ACS .

Figura 1: Índice “El Agente de salud comunitario: guía de trabajo, pautas para la capacitación, pautas para adaptar la guía” 1987 World Health Organization.

Índice		
Prefacio.....	7	
Introducción.....	9	
Parte 1 Guía de trabajo		
Capítulo 1 Conozca su comunidad		
Sección 1 Cómo llegar a conocer la comunidad.....	17	
Sección 2 Epidemiología.....	25	
Capítulo 2 Promoción de un medio ambiente sano en la comunidad		
Sección 3 Vivienda.....	29	
Sección 4 Abastecimiento de agua.....	36	
Sección 5 Protección de los alimentos.....	46	
Sección 6 Eliminación de desechos.....	54	
Sección 7 Evacuación de excretas: letrinas.....	59	
Sección 8 Mantener sanos a los niños de edad escolar.....	65	
Sección 9 Vectores de enfermedad.....	70	
Capítulo 3 Mantener sana a la familia		
Sección 10 Higiene personal y familiar.....	77	
Sección 11 Tuberculosis.....	82	
Sección 12 Enfermedades crónicas.....	88	
Sección 13 Atención de salud para las personas de edad avanzada.....	93	
Sección 14 Personas discapacitadas.....	97	
Capítulo 4 Atención de salud para las mujeres		
Sección 15 Embarazo.....	101	
Sección 16 Parto.....	127	
Sección 17 Primeras semanas después del parto.....	146	
Sección 18 Planificación de la familia.....	158	
Sección 19 Problemas de salud de la mujer.....	167	
Capítulo 5 Atención sanitaria para los niños		
Sección 20 Atención y alimentación del niño.....	175	
Sección 21 Protección contra las enfermedades infecciosas: inmunización.....	191	
Sección 22 Prevención de los accidentes de los niños.....	197	
Sección 23 Asistencia al niño enfermo.....	202	
Capítulo 6 Tratamiento de las personas enfermas		
Sección 24 Fiebre.....	207	
Sección 25 Tos.....	211	
Sección 26 Diarrea.....	217	
Sección 27 Dolor de cabeza.....	225	
Sección 28 Dolor de vientre.....	230	
Sección 29 Dolor en las articulaciones, la espalda y el cuello.....	234	
Sección 30 Quemaduras.....	242	
Sección 31 Heridas.....	247	
Sección 32 Hemorragia y choque.....	256	
Sección 33 Fracturas.....	260	
Sección 34 Microduras.....	266	
Sección 35 Intoxicaciones.....	273	
Sección 36 Enfermedades de la piel.....	277	
Sección 37 Enfermedades de los ojos y pérdida de la vista.....	285	
Sección 38 Lombrices intestinales.....	294	
Sección 39 Debilidad y cansancio.....	300	
Sección 40 Mantener sanos la boca y los dientes.....	304	
Sección 41 Bultos bajo la piel.....	310	
Sección 42 Salud mental y trastornos mentales.....	315	
Sección 43 Enfermedades venéreas.....	320	
Sección 44 Sangre en la orina.....	325	
Sección 45 Epilepsia (ataques).....	328	
Capítulo 7 Manos a la obra		
Sección 46 Visitas domiciliarias.....	333	
Sección 47 Conseguir el apoyo activo de la población.....	340	
Sección 48 Decidir qué es urgente.....	347	
Sección 49 Saber exactamente en qué consiste su trabajo.....	352	
Sección 50 Equipo y suministros.....	357	
Sección 51 Registros.....	362	
Sección 52 Preparación y redacción de informes.....	369	
Anexo 1 Medicamentos.....	379	
Anexo 2 Técnicas importantes.....	385	
1 Cómo tomar la temperatura.....	385	
2 Cómo poner inyecciones.....	388	
3 Cómo vendar diferentes partes del cuerpo.....	392	
4 Cómo tomar el pulso.....	397	
5 Cómo hacer la reanimación boca a boca.....	397	
6 Cómo hacer una camilla.....	399	
7 Cómo hacer y utilizar un filtro de agua.....	400	
8 Cómo desinfectar con cloruro de cal el agua para beber.....	404	
9 Otras técnicas que se describen en este libro.....	405	
Anexo 3 Esquemas anatómicos.....	407	
Anexo 4 Explicación de los términos e índice alfabético.....	415	
Parte 2 Pautas para la capacitación de agentes de salud comunitarios		
1 Creación de condiciones favorables para el aprendizaje.....	429	
2 Evaluación de la competencia de los estudiantes.....	437	
3 Ejemplos de módulos de aprendizaje.....	442	
Parte 3 Pautas para adaptar la presente obra		
1 Introducción.....	451	
2 Revisión de la función de los ASC en el programa nacional de atención primaria de salud.....	454	
3 Constitución de un grupo de trabajo.....	454	
4 El proceso de adaptación.....	455	
5 Cómo utilizar este libro.....	462	
6 Traducción.....	463	
7 Impresión.....	463	

Figura 2: "El Agente de salud comunitario: guía de trabajo, pautas para la capacitación, pautas para adaptar la guía" 1987 World Health Organization.

Tareas de los agentes de salud comunitarios en diferentes países

RESUMEN DE LAS TAREAS	BENIN	BOTSWANA	COLOMBIA	FILIPINAS	INDIA	JAMAICA	LIBERIA	PAPIA NUEVA GUINEA	SUDAN	TAILANDIA	YEMEN
1 Primeros auxilios, tratar accidentes y enfermedades sencillas	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
2 Distribuir medicamentos	/	/	(incluso inyecciones)	/	/	/	/	(incluso inyecciones)	/	(voluntarios solamente)	/
3 Consejos pre y posnatales, motivación	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
4 Partos	/	X	/	X	X	X	X	X	X	X	X
5 Consejos en puericultura, motivación	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
6 Motivación en nutrición, demostraciones	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
7 Nutrición (P = pesar niños y llevar fichas; A = distribuir suplementos alimentarios)	A	P	P	P, A	X	P, A	X	P	A	P, A	X
8 Motivación en inmunización, asistencia en la consulta	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
9 Vacunaciones—poner inyecciones	X	X	/	X	X	X	X	/	/	X	X
10 Motivación en planificación familiar	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
11 Planificación familiar—distribuir material	X	/	/	/	/	X	X	X	/	/	/
12 Saneamiento ambiental, higiene personal, hábitos de salud—motivación	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
13 Detección de enfermedades transmisibles, envío de casos, prevención, motivación	/	/	/	/	/	X	/	/	/	/	/
14 Seguimiento de enfermedades transmisibles, motivación de casos confirmados	/	/	/	/	/	X	a veces	/	/	/	a veces
15 Combatir las enfermedades transmisibles [M = reabastecer en medicamentos; P = extensiones de sangre (paludismo)]	X	M	M, P	Frotis del esputo (TB)	P	X	X	M, P	M	X	M
16 Participar en la consulta del centro de salud (v.g., fuera de la aldea)	ocasionalmente	/	ocasionalmente	X	X	/	X	/	ocasionalmente	X	X
17 Enviar los casos difíciles al centro de salud u hospital	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
18 Asegurar regularmente las actividades de higiene escolar	X	/	X	X	X	X	X	X	/	X	/
19 Recoger estadísticas demográficas	X	/	/	/	/	X	/	X	/	/	/
20 Llevar registros, informes	/	/	/	/	/	/	/	/	/	(voluntarios solamente)	/
21 Hacer regularmente visitas domiciliarias	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
22 Realizar tareas extrasanitarias (v.g., en agricultura)	/	/	X	/	/	X	a veces	/	/	/	X
23 Participar en las reuniones de la comunidad	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

SÍMBOLOS: / = tarea asignada al ASC X = tarea no asignada al ASC

Fuente: Community health workers, OMS, documento inédito SHS/HMD/84.1, 1984.

Figura 3: Hoja de registro del manual del ACS de la PAHO.

HOJA DE REGISTRO

1. Saludar a la familia e identificarnos como agente comunitario de salud para que se sientan en confianza

2. Preguntar si en el hogar hay:

- | | | |
|-----------------------------|----|----|
| a. Mujer embarazada | SI | NO |
| b. Mujer que ha dado a luz | SI | NO |
| c. Recién nacido a 2 meses | SI | NO |
| d. Niño de 2 meses a 5 años | SI | NO |

Si en el hogar hay una mujer gestante o puérpera, pregunte:

3. Nombre y edad de la gestante o puérpera:
 Años
 Tiempo de gestación:
 Tiempo de puerperio:.....

PROBLEMA	SENALES (marque x)	ACCION
Busquemos signos de peligro:		
Mujer Gestante	<ul style="list-style-type: none"> • Sangrado vaginal • Dolor o ardor al orinar • Fiebre • Perdida de liquido • Dolor de cabeza • El bebe no se mueve • Hinchazón • Vómitos abundantes 	<ul style="list-style-type: none"> • Referir urgentemente a un servicio de salud
	<ul style="list-style-type: none"> • No tiene signos de peligro 	<ul style="list-style-type: none"> • Enseñar los signos de peligro • Aconsejar para el parto
Identifique factores protectores:		
	<ul style="list-style-type: none"> • No Tiene carne materno –perinatal • No tiene los controles completos • No recibió la vacuna antitetánica • No esta tomando sulfato ferroso y acido fólico • Presenta problemas de alimentación • No tiene plan de parto 	<ul style="list-style-type: none"> • Priorice uno o dos factores identificados. • Aconseje e informe • Realice un plan en conjunto con la familia • Acuerde la fecha de la próxima visita.

• Casa si problemas. Hogar saludable		• Felicite a la familia
Identifique señales de peligro:		
Madre Después del parto	<ul style="list-style-type: none"> • Ha dado a luz en su casa • Sangrado vaginal abundante y continuo • Dolor abdominal o en el bajo vientre • Fiebre • Senos hinchados, dolorosos, duros 	<ul style="list-style-type: none"> • Referir urgentemente a un servicio de salud
	• No tiene signos de peligro	• Aconsejar
Identifique factores protectores:		
	<ul style="list-style-type: none"> • Presenta problemas de alimentación • No realizo sus controles postnatales • No esta tomando sulfato ferroso • Tiene problemas con la lactancia materna 	<ul style="list-style-type: none"> • Priorice uno o dos factores identificados. • Aconseje e informe • Realice un plan en conjunto con la familia • acuerde la fecha de la próxima visita.
• Casa si problemas. Hogar saludable		• Felicite a la familia

Si en el hogar hay un niño o niña recién nacido a 2 meses, pregunte:

4. Nombre y edad de la madre:
 Años

Nombre y edad del niño o niña de cero a dos años:
 Meses

Identifique señales de peligro:		
Recién Nacido Hasta los dos meses de edad	<ul style="list-style-type: none"> • Nació muy chiquito y flaco • Respira muy rápido o se queja • Se siente muy caliente o muy frío • Se mueve menos de lo normal-decaído • No puede mamar o vomita todo lo que toma • Muy amarillo • Ombbligo rojo o con pus • Granos en el cuerpo Diarrea o caca con sangre 	<ul style="list-style-type: none"> • Referir urgentemente a un servicio de salud
	• Recién nacido sin signos de peligro	Aconsejar a los padres: <ul style="list-style-type: none"> • Cuidados generales • Estimulación • Alimentación • Vacunas • Programa de crecimiento y desarrollo

Identifique factores protectores:		
	<ul style="list-style-type: none"> Presenta problemas de alimentación No realizo sus 2 controles en la primera semana No realizan la limpieza del ombligo con alcohol puro. No tiene partida de nacimiento No tiene su primera vacuna 	<ul style="list-style-type: none"> Priorice uno o dos factores identificados. Aconseje e informe Realice un plan en conjunto con la familia Acuerde la fecha de la próxima visita.
<ul style="list-style-type: none"> Casa si problemas. Hogar saludable 		<ul style="list-style-type: none"> Felicite a la familia

Si en el hogar hay un niño o niña menor de 5 años, pregunte:

5. Nombre y edad de la madre:
 Años

Nombre y edad del niño menor de 5 años:
 Meses

PROBLEMA	SENALES (marque x)	ACCION
Atención del niño/niña de 2 meses a 5 años		
Busque signos de peligro de muerte	<ul style="list-style-type: none"> No puede mamar o beber Vomita todo Tiene convulsiones Esta muy dormido y no se despierta. 	Referir urgentemente a un servicio de salud
	<ul style="list-style-type: none"> No tiene signos de peligro 	<ul style="list-style-type: none"> Aconsejar sobre los signos de peligro
¿Tiene el niño/niña tos o dificultad para respirar?	<ul style="list-style-type: none"> Si tiene tos por mas de 14 días 	Referir urgentemente a un servicio de salud para evaluación y estudio
	<ul style="list-style-type: none"> Respiración rápida Se hunde debajo de las costillas Tiene ruidos o ronquidos al respirar Dolor o supuración oído 	Referir urgentemente a un servicio de salud
	<ul style="list-style-type: none"> No tiene signos de peligro 	<ul style="list-style-type: none"> Enseñar signos de Peligro Aconsejar que hacer
¿Tiene el niño/niña diarrea?	<ul style="list-style-type: none"> Si tiene heces con sangre. 	Referir urgentemente a un servicio de salud para evaluación y estudio.
	<ul style="list-style-type: none"> Esta inquieto e irritable Esta somnoliento y no despierta Tiene ojos hundidos Pliegue lento en volver al estado anterior Tiene mucha sed Tiene diarrea por mas de 14 días 	<ul style="list-style-type: none"> Referir urgentemente a un servicio de salud Dar suero oral o pecho
	<ul style="list-style-type: none"> No tiene signos de deshidratación 	<ul style="list-style-type: none"> Aconsejar que hacer Enseñar medidas preventivas para evitar tos

¿Tiene el niño/niña fiebre?	<ul style="list-style-type: none"> • Fiebre por mas de 7 días • Vive o visito zona de paludismo • Tiene rigidez de nuca 	<ul style="list-style-type: none"> • Referir urgentemente a un servicio de salud
	<ul style="list-style-type: none"> • No tiene signos de peligro 	<ul style="list-style-type: none"> • aconsejar que hacer • Enseñar medidas preventivas par evitar dengue y paludismo
Busquemos desnutrición y anemia	<ul style="list-style-type: none"> • Enflaquecimiento grave • Hinchazón de pies o todo el cuerpo • Palma de las manos pálidas • Curva de peso en descenso 	<ul style="list-style-type: none"> • Referir urgentemente a un servicio de salud
	<ul style="list-style-type: none"> • No tiene signos de peligro de desnutrición 	<ul style="list-style-type: none"> • aconsejar • Enseñar pautas de alimentación
¿Tiene el niño/niña un problema en el desarrollo?	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Observa algún problema en las habilidades de su niño (en el desenvolvimiento de su niño)? • ¿Tuvo algunas complicaciones durante su embarazo? • Tuvo problemas durante el parto: ¿nació de pie?, ¿tuvo gemelos?, ¿fue por cesárea?, ¿fue en su casa? • ¿No Lloro al nacer? • ¿Ha tenido convulsiones? • ¿En la familia alguien consume alcohol o drogas? 	<ul style="list-style-type: none"> • Referir a un servicio de salud
	<ul style="list-style-type: none"> • No tiene problema en el desarrollo 	<ul style="list-style-type: none"> • Felicitar a la familia • Motivar a asistir al programa de crecimiento y desarrollo
¿Ha sufrido accidentes?	<ul style="list-style-type: none"> • Accidente grave 	<ul style="list-style-type: none"> • Referir urgentemente a un servicio de salud
	<ul style="list-style-type: none"> • Accidente no grave 	<ul style="list-style-type: none"> • Felicitar a los padres • aconsejar sobre el tener una casa libre de peligros
Factores que Protegen l a Salud	<ul style="list-style-type: none"> • Problema de alimentación • Vacunas incompletas para la edad • Falta estimulación 	<ul style="list-style-type: none"> • Referir urgentemente a un servicio de salud
	<ul style="list-style-type: none"> • No tiene problemas de alimentación, de vacunación ni de estimulación 	<ul style="list-style-type: none"> • Felicitar a los padres • Motivar a la visita al programa de crecimiento y desarrollo

Verifique factores de riesgo en el hogar:

Medidas preventivas- Hogar saludable-	
Presencia de factores de riesgo de diarreas: <ul style="list-style-type: none"> • Consumo de agua no potable • No hay fuente de agua y jabón para el lavado de manos. • Baños o letrinas sucios y/o con mal olor. • Basura almacenada inadecuadamente dentro y fuera del hogar. • Hay problemas en el aseo personal o de la vivienda • Animales domésticos sucios o mal cuidados 	<ul style="list-style-type: none"> • Priorice uno o dos factores identificados. • Aconseje e informe hallazgos • Realice un plan en conjunto con la familia • Acuerde la fecha de la próxima visita.
Presencia de factores de riesgo de infecciones respiratorias: <ul style="list-style-type: none"> • Presencia de humo o polvo dentro de la vivienda • Falta de ventilación e iluminación 	
Presencia de factores de riesgo de malaria: <ul style="list-style-type: none"> • Presencia de agua estancada dentro o alrededor de la casa • Ausencia de mosquiteros • Casa sin mallas metálicas en ventanas. 	
Presencia de factores de riesgo de accidentes	
<ul style="list-style-type: none"> • Casa si problemas. Hogar saludable 	<ul style="list-style-type: none"> • Felicite a la familia
Recuerde: siempre hacer seguimiento a la referencia	

- Agradezca a la familia por habernos permitido hacer la visita, despídase.