

MODELO INCLUYENTE EN SALUD Y ESTRATEGIA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN

Análisis comparativo entre dos proyectos de
diferentes países: Guatemala y España

Autora: Mikele Jauregui Elso
Directora: M^a Dolores Redín Areta

Convocatoria de defensa: Junio 2015



RESUMEN:

Introducción: Por enfermería comunitaria se entiende la rama de la enfermería que busca no solo la salud de la población enferma, sino de toda la población y que considera tanto a la persona, las familias y grupos, como las interacciones que se producen entre ellos y dentro de la comunidad¹. El Modelo Incluyente en Salud en Guatemala, así como La Estrategia de Promoción de la salud y Prevención del Sistema Nacional de Salud, en España, comparten esta lógica. Provenientes, cada uno, de un contexto y realidades distintos, proponen maneras de actuar, organizarse y organizar la información que difieren, y por tanto, pueden ser enriquecedoras y ejemplares entre sí. **Objetivos:** Este trabajo pretende analizar las similitudes y diferencias entre ambos y valorar los puntos de aportación mutuos; pudiendo servir para futuras líneas de trabajo en ambos proyectos o en otros de índole parecida. **Metodología de búsqueda:** Se han consultado tanto páginas web oficiales y de organismos internacionales, como de organizaciones e institutos oficiales, revistas científicas y material recogido durante el tiempo de cooperante en Guatemala. **Conclusiones:** La búsqueda bibliográfica ha permitido obtener la información necesaria para el desarrollo de los dos proyectos. Ambos comparten principios y objetivos, y sus diferencias residen en el contexto de salud y de cultura específicos en cada país. El análisis realizado ha permitido sugerir las aportaciones mutuas.

Palabras clave: enfermería comunitaria, modelos de salud, cultura, promoción, prevención.

ABSTRACT:

Introduction: Community Nursing provides health care on illness as well as health and it takes into account both individually person, families, groups and interactions happen between them and into community¹. The Modelo Incluyente en Salud (MIS) in Guatemala and also The Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención del Sistema Nacional de Salud in Spain share this philosophy. Due to the different context of each country, they have different ways to act, to organize and to manage the information, but they also have similar aspects and that can be a positive fact for reciprocally improving. **Objectives:** This work aims to describe specific aspects of each composition and to highlight their best ones. This way, hope to be useful for future similar projects and projects in general. **Material and methods:** They have been consulted documents from official webs, international organizations and establishments as well as scientific magazines and documents had been taken during the time as a voluntary worker. **Conclusions:** The bibliography consulted has made possible to obtain the necessary information about each project. Both of them share similar principles and objectives, and through the analysis they have been obtained contributions between them.

Key Words: Community Nursing, health models, culture, promotion, prevention.

INDICE

1	INTRODUCCIÓN:.....	4
2	OBJETIVOS:.....	5
2.1	Objetivo general:.....	5
2.2	Objetivos específicos:.....	5
3	METODOLOGÍA DE BÚSQUEDA:.....	6
4	DESARROLLO: MODELO INCLUYENTE EN SALUD (MIS).....	10
4.1	Contexto de Guatemala ²	10
4.2	Antecedentes al Modelo Incluyente en Salud (MIS) ^{9,13}	10
4.3	Perspectivas que guían el Modelo ^{9,14} :.....	11
4.4	Estructura, Organización territorial y Equipos de trabajo ⁹	12
4.5	Programas, Tácticas operativas y Acciones ⁹	15
4.6	Identificación de la situación y recursos comunitarios: Sala situacional ⁹	20
4.7	Vigilancia sociocultural de la salud y sistema de información ⁹	20
5.	DESARROLLO: ESTRATEGIA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN EN EL SNS (La Estrategia).....	21
5.1	Contexto de España.....	21
5.2	Antecedentes y La Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS.....	21
5.3	Líneas estratégicas: Determinantes sociales de la salud, intersectorialidad, equidad, participación, empoderamiento en salud.....	22
5.4.	Implementación local de La Estrategia ¹⁷ :.....	23
6.	ANÁLISIS COMPARATIVO ^{15,28,29}	28
7.	POSIBLES APORTACIONES.....	33
8.	CONCLUSIONES.....	34
9.	BIBLIOGRAFÍA:.....	35
10.	Anexos.....	389
	Anexo 1. Ficha Clínica. Instrumento de registro del Programa Individual de Atención en Salud.....	39
	Anexo 2. Algoritmo para el desarrollo de la intervención de Consejo Breve de actividad física en Atención Primaria.....	40
	Anexo 3. Modos de recogida de información sobre actividad física en la historia clínica en población adulta.....	41
	Anexo 4. Municipios adheridos a la estrategia.....	42

INDICE DE TABLAS

1.	Tabla 1. Estructura del Modelo de Salud Incluyente: Perspectivas, programas, tácticas operativas y acciones.....	12
2.	Tabla 2. Tabla comparativa del MIS y La Estrategia.....	28-30

1 INTRODUCCIÓN:

Gracias al Programa de Formación Solidaria que ofrece la Universidad Pública de Navarra a través del Área de Cooperación Universitaria al Desarrollo, el año pasado, una compañera de la carrera de Enfermería y yo, tuvimos la inmensa suerte de poder participar en un proyecto coordinado entre Medicus Mundi y el Instituto de Salud Incluyente de Guatemala. Previamente a la llegada a Guatemala y durante las primeras semanas allí, fuimos formadas en el Modelo Incluyente en Salud (MIS); un proyecto de salud impulsado por el instituto mencionado, implementado en varias zonas rurales de país y con vistas a ser extendido a todo el país. Este nuevo modelo ofrece nuevas líneas de trabajo y visión en relación a la atención en salud y el acceso a los servicios sanitarios de Guatemala.

En junio, comenzamos nuestro trabajo participando en las distintas acciones que se llevan a cabo dentro del MIS junto con los equipos de salud del municipio de Cuilco. Nuestra experiencia continuó durante los meses de julio y agosto. Todo ello, nos brindó la oportunidad de calarnos bien de la esencia de esta forma de atender a la comunidad, donde la planificación de acciones conjuntas entre su población y los trabajadores dentro del MIS es esencial, así como, el respeto a la cultura y saberes locales se considera una pieza básica para todo su desarrollo.

A mi regreso, fui consciente de varios puntos fuertes del MIS y durante mi periodo de prácticas en Atención Primaria, supe de la existencia de La Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud (La Estrategia), impulsada por el Ministerio de Sanidad en España. La Estrategia se proponía como marco común en todo el territorio nacional a fin de que todo aquel municipio que quisiera adherirse a la misma, tuviera los mecanismos para desarrollar ciertas intervenciones propuestas relacionadas con los factores de riesgo de las enfermedades crónicas. Al igual que en el MIS, se apostaba por llevar a cabo acciones en los entornos vitales de cada población y su participación y además, se consideraba esencial el abordaje de la salud más allá del sector sanitario, mediante la coordinación entre los diferentes sectores de la sociedad.

Cada país presentaba diferentes contextos. Por un lado, la alta prevalencia de enfermedades crónicas en España, y por el otro, el alto índice tanto de desnutrición aguda y crónica en la niñez, así como de mortalidad materna e infantil, la violencia intrafamiliar y la inequidad en el acceso a los servicios de salud de los distintos grupos de población (rurales-urbanos, no indígenas-indígenas, hombres-mujeres) en Guatemala. A pesar de ello, tanto el proyecto de un país como del otro presentaban grandes similitudes y también, diferencias que podían servir de enriquecimiento mutuo. Este trabajo pretende analizar los aspectos comunes y diferentes de cada uno con el fin de poder concluir con las posibles aportaciones del MIS a La Estrategia, y viceversa.

Así pues, en este trabajo se exponen, en relación a cada país: en primer lugar, el contexto específico, a continuación se describen los antecedentes de cada proyecto y se desarrollan los aspectos claves correspondientes. Seguidamente, se lleva a cabo el análisis comparativo de ambos proyectos de salud y se finaliza con la valoración de las aportaciones con las que, mutuamente, se pueden enriquecer.

2 OBJETIVOS:

2.1 OBJETIVO GENERAL:

Analizar el Modelo Incluyente en Salud de Guatemala y La Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud de España valorando las posibilidades de enriquecimiento mutuo.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Realizar una búsqueda bibliográfica que permita completar la información sobre ambos proyectos.
- Examinar las similitudes y diferencias del MIS y La Estrategia.
- Estudiar las posibles aportaciones mutuas entre un proyecto y el otro.

3 METODOLOGÍA DE BÚSQUEDA:

1. Trabajo de campo en Guatemala y recolección de información sobre el MIS:

Durante mi experiencia participando en las labores dentro del MIS, me fue facilitada gran cantidad de información respecto al MIS (libros, documentos, etc.) que después han servido de material de consulta, además de la experiencia práctica. Como trabajo final de mi estancia, llevé a cabo la elaboración de un documento resumen solicitado por el Instituto de Salud Inuyente de Guatemala y la exposición PowerPoint de dicho documento.

2. Para centrar el tema en la Enfermería Comunitarias y Atención Primaria se consultaron las siguientes páginas web relacionadas con la Medicina Familiar y Comunitaria y organismos internacionales:

- Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC): <http://www.semfy.com/>
- Web del programa de semFYC para estimular, apoyar y promover las actividades comunitarias en el ámbito de la atención primaria de salud: <http://www.pacap.net/pacap/recursos/>
- Organización mundial de la salud: <http://www.who.int/es/>
- Páginas web de los diferentes ayuntamientos: Pamplona, Burlada, Barañáin, Villava, Mutilva para la búsqueda de mapeos de recursos comunitarios en ellas.
- Google Académico: <https://scholar.google.es/>

Las palabras clave utilizadas para la búsqueda fueron:

- Atención Primaria
- Atención salud comunidad
- Enfermería Comunitaria

3. Para la búsqueda de información relacionada con Guatemala y el Modelo Inuyente en Salud se consultaron los siguientes institutos, organizaciones, y páginas web oficiales:

- Instituto Nacional de Estadística de Guatemala para la búsqueda de estadísticas de salud del país: <https://www.ine.gob.gt/>

- Global Health Observatory repository de la OMS para la búsqueda de datos de algunos indicadores de salud: <http://apps.who.int/gho/data/node.main>
- Organización Panamericana de la salud de Guatemala: <http://www.paho.org/gut/>
En ella fue seleccionado 2 documentos:
 - i. Situación de salud de las Américas. Indicadores Básicos 2015⁹.
 - ii. Protección Social en Salud: Guatemala. Informe Final¹¹.
- La página web del Proyecto de Medicus Mundi en coordinación con Guatemala, Perú y Bolivia “Salud Integral Incluyente”: <http://saludintegralincluyente.com>
En ella se obtuvieron dos de los principales documentos empleados para el desarrollo del MIS:
 - i. Transformando el sistema público de salud desde el primer nivel de atención⁸.
 - ii. Del dicho al hecho. Los avances de un primer nivel de atención en salud incluyente¹².
- Además, se hizo uso de varios documentos facilitados por el Instituto de Salud Incluyente de Guatemala:
 - i. Manual para la transversalización de género y pueblos en el INE⁵.
 - ii. Modelo de la medicina indígena maya en Guatemala (versión popularizada)⁷.
 - iii. Una propuesta de salud incluyente. Mediación de la propuesta: Hacia un Primer Nivel de Atención en Salud Incluyente-Bases y lineamientos-¹⁴.

Las palabras clave utilizadas para la búsqueda fueron:

- Salud Guatemala
- Modelo Salud Maya

4. Para la búsqueda de información relacionada con el contexto en España y La Estrategia de Promoción de la salud y prevención en el sistema nacional de salud se consultó:

- El Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad en sus apartados de: sanidad, profesionales, salud pública, prevención y promoción y finalmente, Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/estrategiaPromocionyPrevencion.htm>

De ahí se obtuvieron los diferentes documentos necesarios para el desarrollo de La Estrategia:

- i. Guía para la implementación local de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS (En el marco del abordaje de la cronicidad en el SNS)¹⁷.
 - ii. Estrategia de Promoción de la salud y Prevención en el SNS (en el marco de abordaje de la cronicidad en el SNS): resumen ejecutivo¹⁸.
 - iii. Consulta pública de la Estrategia de Promoción de la salud y Prevención en el SNS¹⁹.
 - iv. Memoria del procedimiento de detección buenas prácticas en el marco de la estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS²⁰.
 - v. Consejo integral en estilo de vida en atención primaria, vinculado con recursos comunitarios en población adulta²¹.
 - vi. Parentalidad positiva en el marco de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS²².
 - vii. Descansos activos mediante ejercicio físico (DAME 10)²³.
 - viii. Unidades didácticas activas²⁴.
 - ix. Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor²⁵.
5. Para la búsqueda de los avances y los resultados de ambos proyectos y el desarrollo de las conclusiones finales del trabajo se consultaron:
- El Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. Se seleccionaron 3 documentos:
 - i. II Jornada sobre la Implementación local de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS (en el marco del abordaje de la cronicidad en el SNS)²⁸.
 - ii. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS (en el marco del abordaje de la cronicidad en el SNS)²⁹.
 - iii. Memoria de implementación 2014-2015 y evaluación preliminar³⁰.
 - La Organización Panamericana de la Salud. Se seleccionó 1 documento:
 - i. Modelos Innovadores en Salud en América Latina: la experiencia de Guatemala¹⁵.
6. Búsqueda en revistas científicas:
- Revista Panamericana de Salud Pública. Seleccionados 3 artículos:
 - i. La equidad en materia de salud vista con enfoque étnico³.
 - ii. Assesing equitable health for indigenous and Afro-descendant women in Latin America⁶.
 - iii. Sistema de salud de Guatemala¹⁰.

Las palabras clave utilizadas para la búsqueda fueron:

- Atención comunidad
- Multicultural Guatemala
- Modelo Salud Maya
- Sistema salud Guatemala

4 DESARROLLO: MODELO INCLUYENTE EN SALUD (MIS)

4.1 CONTEXTO DE GUATEMALA²

Guatemala se caracteriza por su diversidad cultural, la cual alberga los pueblos Maya, conformado por 22 comunidades lingüísticas diferentes, Garífuna, proveniente de los criollos negros de la época colonial, Xinca, y Ladino, mezcla de nativos y españoles. El idioma oficial es el español pero si sumamos los 21 idiomas mayas, el garífuna y el xinca, en total existen 24 idiomas en el territorio. A pesar de que la población de las comunidades indígenas en el país es mayoritaria^{3,4}, presenta a lo largo de la historia una situación de discriminación y desigualdad con respecto al resto. En el ámbito de la salud, existen grandes diferencias entre la población del área rural de las comunidades y la del área urbana. Así, la OMS señala que el porcentaje de personas que usan instalaciones sanitarias varía del 49,3% en el ámbito rural al 77,5% en el ámbito urbano⁵. La mortalidad materna^{4,6}, la tasa de mortalidad neonatal, la de niños de 0 a 1 año y la de menores de 5 años en la población indígena también es más elevada⁴. Asimismo, el hecho de ser mujer e indígena supone una doble desventaja⁷, siendo, entre otros, el nivel de alfabetización inferior en estas mujeres con respecto a los hombres⁶.

Su esencia pluricultural hace que Guatemala cuente con más de un modelo de salud que históricamente ha coexistido con el Modelo Médico institucional y ha atendido a las necesidades de la población, aunque la atención y prácticas de cada uno no siempre han sido cuantificadas y reconocidas de igual manera. El sistema de salud institucional se basa en el Modelo Médico occidental pero además, existe, entre otros, el Modelo de Salud Maya el cual tiene una forma diferente de entender el proceso de salud-enfermedad. En el Modelo Maya, la salud es la relación armónica entre el individuo y todo lo que le rodea; personas y naturaleza. Y también del aspecto energético que al no estar en equilibrio y no alimentarse da lugar a problemas de salud. Según esta forma de entender la realidad, la medicina maya cuenta con diferentes terapeutas: comadronas, curandera/o, huesero, soplador, guía espiritual, etc. Son personas que disponen de los conocimientos de la medicina maya transmitidos a través de las generaciones y cuya legitimidad reside en el reconocimiento y confianza de la comunidad para dar solución a sus problemas de salud^{8,9}.

Respecto al sistema sanitario, Guatemala tiene un bajo gasto público en salud (2,4% del PIB)¹⁰ y un sistema fragmentado entre el sector público, principalmente de la mano del Ministerio de Salud y el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (que da asistencia a los trabajadores afiliados a través de un empleo formal), el sector público-privado (con organizaciones privadas que reciben financiación pública pero sus funciones son privadas) y el sector privado. De esta forma, no existe un sistema público de atención básica en salud fuerte y que propicie la cobertura universal, menos aún, en las zonas rurales que quedan alejadas del acceso a los servicios de salud^{11,12}.

4.2 ANTECEDENTES AL MODELO INCLUYENTE EN SALUD (MIS)^{9,13}

El Modelo Incluyente en Salud (MIS) surgió como necesidad de transformar el Sistema Público de Salud en Guatemala, el cual, no lograba hacer frente a los problemas que han

acechado durante tiempo a su población. Las acciones hasta ahora se centraban en un enfoque curativo individual mediante el desarrollo de programas que atendían un problema específico en una población muy reducida y, además, no eran considerados otros modelos de salud diferentes al institucional.

Estas cuestiones fueron analizadas por una coalición de organizaciones llamada Instancia Nacional de Salud, apoyada por Medicus Mundi Navarra, y tras la cual se observó que muchos de esos problemas requerían medidas sanitarias de promoción y prevención desde el primer nivel de atención. Los resultados fueron recogidos en el documento llamado “Hacia un primer nivel de atención en salud incluyente –bases y lineamientos–”¹⁴ y así surgieron las bases para el que posteriormente sería el Modelo Incluyente en Salud.

La validación del MIS comenzó en 2008 con dos proyectos piloto en varias zonas rurales de dos departamentos del país: Sololá y Quetzaltenango. A finales del 2010, el Ministerio de Salud guatemalteco decidió financiar los proyectos piloto y comenzar la puesta en marcha del modelo en otros lugares del país, entre ellos Cuilco, en el departamento de Huehuetenango.

4.3 PERSPECTIVAS QUE GUÍAN EL MODELO^{9,14}:

Las perspectivas son los ejes transversales que orientan todas las decisiones que se toman dentro del MIS y se describen a continuación:

Derecho a la salud:

Garantizar el derecho a la atención sanitaria universal es responsabilidad del Estado por lo que deben fortalecerse las instituciones estatales responsables de hacerlo efectivo. Por otro lado, la población debe reivindicar este derecho y ser partícipe activo en las decisiones sobre las políticas de salud; al mismo tiempo que las instituciones deben hacer posible la participación comunitaria.

Interculturalidad:

La cultura y la salud tienen una estrecha relación entre sí que establece determinadas condiciones de vida. Hay diferentes maneras de comprender la salud y enfermedad que proceden de distintas matrices culturales. Lejos de entrar en conflicto, los distintos conocimientos y prácticas deben respetarse y coordinar acciones entre el personal de los servicios institucionales y los terapeutas de las comunidades. Esto permite adecuar la atención en salud a la cultura y responder a las necesidades que la población guatemalteca presenta.

Género:

Existen diferentes pensamientos respecto a cómo deberían ser los hombres y las mujeres. Estas identidades tienen un impacto negativo sobre ambos, por una parte, en las mujeres genera discriminación y opresión mientras que en los hombres, genera una menor frecuentación de los servicios de salud. Ello da lugar a problemas específicos tanto para unos como para otros que deben atenderse

considerando las particularidades y desde el ámbito de la salud impulsar que estas identidades cambien para que sean más justas para ambos.

Medio ambiente:

El entorno es un determinante en nuestra salud, por lo que debe ser respetado y cuidado en cada programa y en las acciones que se proponen desde el MIS. En su implementación, se plantean cuáles serían las consecuencias ambientales de cada actividad para que sean los más respetuosas posibles con el entorno.

4.4 ESTRUCTURA, ORGANIZACIÓN TERRITORIAL Y EQUIPOS DE TRABAJO⁹

Estructura:

Perspectivas del MIS: Derecho a la salud, Interculturalidad, Género, Medio Ambiente		
Programas		
Programa Individual de Atención en Salud	Programa Familiar de Atención en Salud	Programa Comunitario de Atención en Salud
Tácticas Operativas		
1. Atención Integral en consulta a demanda en los Puestos de Salud: ❖ Acciones	1. Visita Familiar Integral: ❖ Acciones ❖ Diagnósticos	1. Fortalecimiento de organizaciones y actores sociales comunitarios: ❖ Acciones
2. Atención preventiva intramuros y extramuros a grupos prioritarios: ❖ Acciones	2. Visita de Seguimiento Familiar: ❖ Acciones	2. Intercambio con terapeutas mayas y comadronas: ❖ Acciones
3. Seguimiento intra y extramuros de casos especiales: ❖ Acciones	3. Visita familiar integral con énfasis en Intercambio Educativo: ❖ Acciones	3. Agua, saneamiento ambiental y zoonosis: ❖ Acciones
4. Vigilancia activa domiciliaria de riesgos: ❖ Acciones	4. Visitas para establecimiento de Plan de Emergencia Familiar: ❖ Acciones	4. Huertos demostrativos de plantas medicinales: ❖ Acciones
5. Investigación del 100% de las muertes: ❖ Acciones		5. Atención Interprogramática en comunidades de difícil acceso: ❖ Acciones
6. Visitas puntuales: ❖ Acciones		
Tácticas Operativas Compartidas		
1. Trabajo educativo-preventivo con grupos de familias: ❖ Acciones		
2. Trabajo educativo-preventivo con jóvenes: ❖ Acciones		
3. Trabajo con organizaciones comunitarias: ❖ Acciones		
4. Trabajo educativo-preventivo con la comunidad: ❖ Acciones		

Tabla 1. Estructura del Modelo de Salud Incluyente: Perspectivas, programas, tácticas operativas y acciones. Fuente: Transformando el Sistema Público de Salud desde el Primer Nivel de Atención⁹. Elaboración propia.

El MIS se asienta sobre cuatro Perspectivas principales (derecho a la salud, interculturalidad, género y medio ambiente), que son los ejes que orientan todas sus acciones. Para su implementación en la práctica, se organiza en tres Programas (el programa Individual, Familiar y Comunitario), que tienen que ver con los tres niveles donde las personas se desarrollan, esto es, con el nivel comunitario, familiar e individual. Dentro de cada programa hay varias Tácticas Operativas, las cuales engloban las intervenciones que se llevan a cabo en la atención en salud agrupadas por necesidades a abordar. Además, todas las acciones tienen en cuenta los distintos ciclos de vida de la población y por ello, algunas atienden a la etapa preescolar, otras a la escolar, adolescente, adulta y adulta mayor. Y según el sexo, algunas son específicas para problemas presentes en hombres y otras en mujeres. Todo esto se refleja con mayor profundidad cuando se explican los programas y sus acciones.

Organización territorial:

En los municipios donde el MIS se lleva a cabo, la población es a menudo amplia, las comunidades están dispersas o el entorno donde viven dificulta el acceso hasta los servicios de salud. Esto exige que la organización del lugar y de las comunidades sea facilitadora para llevar a cabo la atención en salud.

En el MIS las comunidades de un municipio se organizan por: sectores y territorios. Un sector es la agrupación de varias comunidades que tienen de referencia un Puesto de Salud común y un territorio es la agrupación variable de 3 a 6 sectores, que a su vez, hemos dicho, tienen varias comunidades. Esta división sirve para el reparto de los recursos y la atención, pero también, para la asignación de la población que queda a cargo de los distintos trabajadores de salud.

Un dibujo aclarará las ideas:

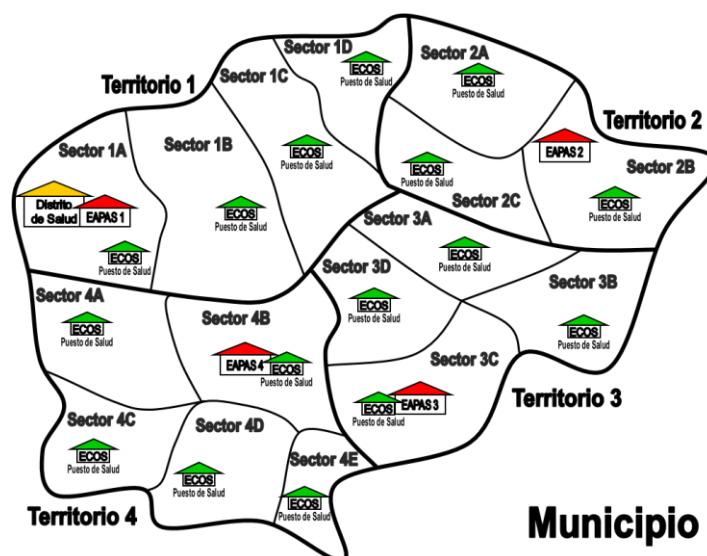


Figura 1. Organización territorial por Territorios y Sectores de la atención en salud. Fuente: Transformando el Sistema Público de Salud desde el Primer Nivel de Atención⁹.

Los Puestos de Salud son lugares donde se lleva a cabo la atención en salud a demanda de la población rural de las comunidades y se diferencian de los Centros de Salud por ser pequeñas construcciones, a veces prestadas por las propias comunidades de la zona, que cuentan con el espacio y recursos básicos para brindar atención.

Equipos de trabajo¹³:

Dentro del MIS también existe una organización de los diferentes agentes de salud:

Cada sector o grupo de comunidades está a cargo de un equipo formado por auxiliares de enfermería comunitarios llamado Equipo Comunitario de Salud (ECOS) y cada territorio o agrupación de sectores, de un equipo formado por diferentes profesionales y técnicos de salud llamado Equipo de Apoyo al Primer Nivel de Atención (EAPAS). Además, están los Digitadores o encargados de pasar toda la información registrada en papel al sistema informático.

Funciones:

1. Los auxiliares de enfermería comunitarios o ECOS reciben una formación teórica y práctica durante 11 meses acerca de las bases y acciones dentro del MIS. De esta manera, después pueden desarrollar las siguientes funciones:
 - Se consideran el nivel operativo del MIS.
 - Prestan la atención en salud a tiempo completo (24h).
 - Llevan a cabo actividades de los tres programas (Individual, Familiar, Comunitario) que se expondrán más adelante.
2. Los EAPAS (médicos, enfermeras/os, trabajadoras/es sociales y educadoras/es), cada uno, tienen su formación relacionada al perfil profesional específico. Sus funciones son las siguientes:
 - Prestan apoyo en conocimientos y dan formación a los auxiliares comunitarios.
 - Realizan actividades concretas conjuntamente con los auxiliares.
 - Realizan la coordinación con entidades públicas locales, autoridades municipales y otros.
 - Monitorizan y evalúan la implementación del MIS en el territorio a su cargo.
 - Gestionan todos los registros que se crean durante la atención para asegurarse de que lleguen a introducirse en el programa informático.

Formación periódica en el MIS:

Además, se dedican dos días al mes para la capacitación de los auxiliares de enfermería por parte de su equipo de apoyo, EAPAS, y un día a la semana para la formación en temas de salud de éstos últimos¹³.

4.5 PROGRAMAS, TÁCTICAS OPERATIVAS Y ACCIONES^{9,13,14}:

Desde el MIS se entiende que los individuos viven en familia y estas familias, a su vez, forman parte de una comunidad. Es por eso que las acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación se organizan en tres programas distintos que veremos a continuación¹⁵:

A. Programa Individual de Atención en Salud (PIAS):

La finalidad fundamental de este programa es la curación y rehabilitación, si bien tiene algunas acciones preventivas. Se habla de acciones intramuros cuando las acciones se llevan a cabo en los Puestos de Salud y extramuros cuando se realizan fuera de ellos, en la comunidad y hogares de las personas.

Las Tácticas Operativas específicas del programa individual son las siguientes:

1. Atención Integral en consulta a demanda en los Puestos de Salud:

En los Puestos de Salud los auxiliares de enfermería comunitarios y periódicamente los enfermeros, realizan consultas clínicas, atención en urgencias, curaciones, administración de vacunas, etc. en el idioma local y teniendo en consideración la explicación del enfermo respecto a su padecimiento. También, en caso de haberla, la terapéutica maya recibida previamente a su consulta en el puesto.

Una de las peculiaridades del MIS es que apuesta por una atención culturalmente competente, y por ello, idealmente los auxiliares de enfermería comunitarios deben ser gente de la propia comunidad que compartan el idioma y costumbres locales. A fin de cuentas, son los más cercanos a la población.

2. Atención preventiva intramuros y extramuros a grupos prioritarios:

Con fin preventivo, se realizan controles clínicos a mujeres en el noveno mes de embarazo, puérperas, recién nacidos y niños menores de 5 años en sus hogares. También, se administran vacunas y suplementos alimenticios (cereal fortificado y zinc) a mujeres en edad fértil y a niños tanto en los puestos de salud como en el hogar, y desparasitantes a niños. Y se lleva a cabo la atención a personas con enfermedades crónicas.

3. Seguimiento intra y extramuros de casos especiales:

Se consideran casos especiales niños menores de 5 años con desnutrición, diarrea con deshidratación o neumonía, puesto que tienen un riesgo elevado de

muerte. También algunas enfermedades graves como tuberculosis, hechizo o malhecho (enfermedad maya), etc. En todas ellas se establece un intervalo de tiempo en el que periódicamente serán valorados o visitados por el auxiliar comunitario y enfermera/o.

4. Vigilancia activa domiciliaria de riesgos:

Además del control del noveno mes de embarazo, se establece una vigilancia semanal a embarazadas durante las cuatro semanas del último mes de embarazo y para los recién nacidos, el primer mes de vida. Estas visitas de vigilancia se realizan en el hogar.

5. Investigación del 100% de las muertes:

Esta actividad se lleva a cabo con el fin de analizar las causas de las muertes que se producen y mejorar para futuras intervenciones.

6. Visitas puntuales:

Se realizan visitas domiciliarias por motivos que pueden ir desde la entrega de algún resultado de prueba clínica hasta la visita a una persona que estuvo ingresada para seguimiento de su evolución.

B. Programa Familiar de Atención en Salud (PFAS):

Este programa se caracteriza por su enfoque preventivo. Tiene como objetivo detectar los factores protectores y de riesgo (doméstico, ocupacional, relacionados con los aspectos de saneamiento, ubicación en zonas de peligro, etc.) en la vivienda y la familia para fortalecer la capacidad de proteger a sus integrantes. La particularidad de este programa es que se intenta crear una relación de confianza y de respeto hacia la manera de entender la salud y la enfermedad de las familias y comunidad.

El PFAS tiene actividades propias y otras compartidas con el Programa Comunitario de Atención en Salud. Las Tácticas Operativas y acciones específicas del PFAS son las siguientes:

1. Visita Familiar Integral:

Se realiza una visita familiar integral a cada familia que sirve de valoración inicial. Durante la misma, se obtiene información sobre los miembros y sus condiciones de vivienda, vacunación de animales, etc. Así, se lleva a cabo una búsqueda de riesgos y se elaboran diagnósticos familiares para realizar acciones inmediatas, posteriores y de seguimiento (estas dos últimas, en las visitas de seguimiento y de intercambio educativo que se reflejan después).

El sistema de clasificación de los diagnósticos familiares es el siguiente:

1. Rojo: Problema grave como, adicciones o violencia, donde un familiar pide ayuda.
2. Anaranjado: Problema psicosocial (adicción o violencia) pero la familia no pide ayuda.
3. Amarillo: Familia con riesgo de auto-atención o aislamiento. Rechaza la vacunación de un niño, controles de embarazo o recién nacido, no acude a los servicios por sentirse discriminado, está en situación de abandono.
4. Celeste: Riesgos ambientales, de alimentación o educación: familia sin agua, sin letrina, no tienen lugar específico para la basura y desechos
5. Verde: No hay ningún problema o riesgo.

Mientras los diagnósticos rojo, anaranjado y amarillo requerirán acciones de seguimiento, el celeste requerirá un intercambio educacional.

2. Visita de Seguimiento Familiar:

Las acciones se enfocan en el problema principal detectado durante la Visita Familiar Integral. Se planifican acciones específicas para cada diagnóstico y se llevan a cabo en esta visita. Durante la misma, también, se revisa la situación de la familia y cómo está afrontando el problema, los recursos a su alcance y se le ofrece la referencia a otras instituciones o asociaciones (ej. Alcohólicos Anónimos).

3. Visita familiar integral con énfasis en Intercambio Educativo:

Son visitas en las que se realizan acciones educativas fundamentalmente en las familias con riesgos de medio ambiente, alimentación y/o educación.

4. Visitas para establecimiento de Plan de Emergencia Familiar:

Los planes de emergencia familiar se promueven en toda familia en la que hay una mujer embarazada, desde el primer control prenatal que se le realiza. El objetivo que se persigue es que la familia pueda actuar ante una complicación repentina en el embarazo, parto o puerperio. Así, pueden ser capaces de identificar las señales que indican que hay un peligro en el embarazo y trasladarse de manera organizada hasta un nivel de atención que pueda resolver el problema (en caso de que los propios recursos comunitarios no hayan sido suficientes).

C. Programa Comunitario de Atención en Salud:

El programa comunitario hace énfasis en la promoción de la salud. Persigue transformar los condicionantes y factores de riesgo de salud mediante el conocimiento y fomento de la organización comunitaria, la relación con la comunidad, el empoderamiento y participación de sus miembros en los procesos de salud y la planificación de acciones coordinadas con el Modelo de Salud Maya.

Las Tácticas Operativas y acciones específicas del programa son las siguientes:

1. Fortalecimiento de organizaciones y actores sociales comunitarios:

Anualmente, se organiza al menos una reunión con el Consejo Comunitario de Desarrollo, organización comunitaria formada por miembros de la comunidad los cuales son los principales interlocutores entre los trabajadores del MIS y la comunidad. Mediante ellos, se consigue la colaboración en las actividades a nivel comunitario, el traspaso de información y coordinación con la comunidad. Ellos se encargan por ejemplo, de llevar a cabo convocatorias a reuniones con los terapeutas mayas. También, existen otras organizaciones con las que se establece relación dentro de la comunidad, como, comités específicos (de agua, etc.), líderes comunitarios y religiosos para planificación de acciones.

2. Intercambio con terapeutas mayas y comadronas:

Dentro del Modelo Maya de salud, los terapeutas mayas son las personas encargadas de tratar las enfermedades comunes (ojeado, susto, caída de mollera, hechizado, etc.) de acuerdo a la manera de concebir la salud-enfermedad de la comunidad. Dentro de este grupo, las comadronas o abuelas comadronas son mujeres que atienden a las mujeres embarazadas antes, durante y después del parto y los problemas que puedan surgir en torno a la gestación, además de, en muchos casos, atender las enfermedades comunes.

El MIS da especial importancia a hacer visibles los saberes y prácticas de las comunidades y a coordinar actividades conjuntamente con terapeutas de la comunidad. Para ello, son necesarias acciones como: identificar los terapeutas de cada comunidad, definir los problemas por los que son buscados y los tipos de males que atienden, elaborar directorios con su ubicación y especialidad. Además, mensualmente, se realiza una reunión para el intercambio de conocimientos con las comadronas; trimestralmente, una reunión con todos los terapeutas mayas de cada sector y cada año, con los terapeutas del territorio entero. Estas acciones se llevan a cabo con el auxiliar de cada sector y el trabajador del equipo de apoyo al primer nivel de atención encargado del programa comunitario.

3. Agua, saneamiento ambiental y zoonosis:

Se toman muestras de los tanques de agua por medio de los cuales se abastece la comunidad para observar si el agua está contaminada o no es apta para el consumo humano. Para ello y para la consecución de desinfectantes, se coordina los distritos de salud y con los Consejos Comunitarios de Desarrollo (organización local de la comunidad) para organizar los lavados de tanques y desinfección de los mismos en la comunidad.

Con el fin de eliminar el contagio del virus de la rabia se llevan a cabo vacunaciones de todos los perros y gatos registrados en el censo de cada comunidad. Esta actividad también se coordina con los Consejos Comunitarios

de Desarrollo para definir el lugar y momento de la actividad y asegurar la asistencia de la población.

4. Huertos demostrativos de plantas medicinales:

En cada puesto de salud se elabora un huerto demostrativo de las plantas medicinales más empleadas en la zona. Esto permite que, durante la visita individual, se muestren y se ofrezca el tratamiento con plantas. Es una actividad que además promover el enfoque cultural, ofrece una alternativa a la escasez de medicamentos y recursos sanitarios de los Puestos de Salud.

5. Atención Interprogramática en comunidades de difícil acceso:

Cada mes, se intenta realizar una visita a una comunidad de difícil acceso para brindar atención de los tres tipos de programas, llevando a cabo la rotación de las comunidades. Las acciones que se llevan a cabo, por lo tanto, son: atención clínica a demanda, controles preventivos, identificación de personas susceptibles y su inmunización, seguimiento a casos especiales, visitas familiares integrales, visitas para el intercambio educativo, etc. Todo ello se realiza habiéndose establecido una planificación previa.

Las tácticas operativas compartidas con el Programa Familiar de Atención en Salud son:

1. Trabajo educativo-preventivo con grupos de familias:

Teniendo en cuenta los riesgos identificados durante las visitas integrales y familiares se realizan actividades educativas con grupos de familias que comparten los mismos riesgos.

2. Trabajo educativo-preventivo con jóvenes:

Frecuentemente se llevan actividades educativas en torno a temas como la práctica sexual segura, paternidad responsable, violencia, adicciones, etc. para prevenir riesgos de salud relacionados.

3. Trabajo con organizaciones comunitarias:

Se promueve involucrar a las organizaciones de la comunidad en la resolución de problemas comunes de las familias y del entorno comunitario. De esta manera se pretende tratar problemas como el manejo inadecuado de los desechos o la ausencia de letrinas.

4. Trabajo educativo-preventivo con la comunidad:

Se desarrollan actividades educativas con grupos distintos a los ya mencionados, como por ejemplo, maestros/as, grupos de escuelas o iglesias, a partir de necesidades y problemas identificados en los programas familiar y comunitario.

4.6 IDENTIFICACIÓN DE LA SITUACIÓN Y RECURSOS COMUNITARIOS: SALA SITUACIONAL^{9,13}:

La sala situacional es un mapa de la comunidad elaborado por los auxiliares de enfermería y que se expone en una sala de cada Puesto de Salud. En el mapa se identifican la situación y recursos de cada comunidad y periódicamente se analiza dicha información para planificar las acciones. La sala situacional muestra: las condiciones físicas del lugar (ríos y fuentes de agua, la distribución de las casas, número de miembros por familia y su sexo, escuela, iglesias, etc.), determinantes de la salud, como, familias en extrema pobreza o la disposición de la basura y las familias según su diagnóstico principal. También, los indicadores de evaluación de distintas acciones realizadas en cada programa y su consecución.

La sala también se realiza con el fin de mostrar la información a la población de cada comunidad. Así, periódicamente, se realizan reuniones con terapeutas mayas y abuelas comadronas, comisiones de la comunidad, líderes comunitarios, etc. para abordar la morbilidad prioritaria, enfermedades mayas, mortalidad, riesgos familiares y su manejo.

4.7 VIGILANCIA SOCIOCULTURAL DE LA SALUD Y SISTEMA DE INFORMACIÓN⁹:

Un elemento fundamental del MIS es el manejo de la información para la toma de decisiones. Tras las acciones llevadas a cabo en los tres programas (individual, familiar y comunitario), se almacenan muchos registros de papel que provienen de las fichas y herramientas que los trabajadores cumplimentan. Dicha información es ordenada, por territorios, por el Equipo de Apoyo al Primer nivel de Atención (enfermeras/os, trabajadoras/es sociales, educadoras/es) e introducida después por los digitadores en una base de datos del sistema de información del modelo. Esto permite tener datos digitalizados de los resultados obtenidos en las distintas zonas donde se implementa, y por tanto, poder evaluar y monitorizar las acciones realizadas, y estudiar los cambios en el perfil epidemiológico de los distintos lugares.

Además, una característica específica del MIS es que tiene registradas sus acciones según: género, enfermedades y prácticas maya-populares, etc. Por ejemplo, en la herramienta de registro que se usa en la consulta clínica en el Programa Individual (Ficha Clínica), aparecen los apartados de: “historia de la enfermedad y camino del enfermo(a)”, “autodiagnóstico” y “remedios recibidos” (anexo 1). Mediante estos, quedan reflejadas las acciones que la persona ha realizado previas a la consulta para intentar solventar su padecimiento, su propia concepción de lo que le ocurre (una enfermedad maya, por ejemplo) y si ha recibido tratamiento en el hogar o de algún terapeuta de la comunidad.

La identificación de toda esta información aporta al MIS información valiosa de carácter sociocultural, y también, propicia que las acciones que se llevan a cabo sean más acordes a la cultura local y tengan mayor impacto en la población. A todo esto es a lo que se le llama Vigilancia Sociocultural de la salud.

5. DESARROLLO: ESTRATEGIA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN EN EL SNS (LA ESTRATEGIA)

5.1 CONTEXTO DE ESPAÑA ¹⁶:

España cuenta con una media en la esperanza de vida de 82,1 años. Vivimos en un contexto de transición demográfica y epidemiológica, en el cual, las enfermedades crónicas cada vez tienen mayor peso en la carga de enfermedad de la población. A su vez, la mortalidad por estas enfermedades ha disminuido, por lo que en el futuro, los años de vida serán superiores pero, de éstos, serán más también los asociados a una peor calidad de vida.

Las principales causas de las enfermedades crónicas, tanto a nivel mundial como en España, tienen unos factores de riesgo comunes, tales como, la actividad física, la alimentación, el tabaco, el alcohol y el estado emocional. La Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS se propone como un marco común dentro de la atención primaria y del territorio nacional para abordar estos factores. Todo ello de manera coordinada con diferentes sectores de la sociedad, en continuidad durante todo el ciclo vital de las personas, y teniendo en cuenta los diferentes entornos vitales de cada población¹⁷.

Por otro lado, dentro de La Estrategia se ha identificado la necesidad de elaborar un plan de desarrollo local. Esto se debe a que el ámbito local es el más cercano a la población, es aquel en el que las personas viven, trabajan, estudian, practican actividades de ocio y acceden a los servicios y recursos disponibles; dependiendo de la situación y necesidades de cada momento. Es por ello que este ámbito cobra especial importancia en el desarrollo de las acciones para la mejora de los estilos de vida. Además, permite coordinar las intervenciones con otros sectores, así como, contar con la participación de la población¹⁷.

5.2 ANTECEDENTES Y LA ESTRATEGIA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN EN EL SNS ^{19,20}:

Las intervenciones relacionadas con la promoción de la salud que se estaban llevando a cabo en las diferentes comunidades autónomas en España eran distintas en cuanto a número y características y no existía un consenso en su validación ni ejecución. Debido a ello, se decidió que era necesario la creación de un documento que sirviera de marco común de referencia a nivel nacional y se le denominó Estrategia en Promoción de la Salud y Prevención del SNS.

La Estrategia fue aprobada por el Consejo Intersectorial del SNS en diciembre de 2013. Fue creada para la universalización y el desarrollo progresivo de intervenciones identificadas como “buenas prácticas” en un nivel primario de salud (dentro de la Estrategia de Abordaje de la cronicidad en el SNS) y se propone como objetivo cuantificable, el aumento en 2 años de la esperanza de vida en buena salud al nacer en España para el 2020¹⁸.

Se considera buena práctica “aquella intervención concreta implantada en un territorio que responde a las líneas estratégicas del Sistema Nacional de Salud (y, en concreto, de la estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS), basada en el mejor conocimiento científico disponible, que haya demostrado ser efectiva y pueda ser transferible”²⁰. De acuerdo a ello, previamente al desarrollo del documento de La Estrategia, se llevó a cabo un proceso en el cual se recogieron y analizaron las diferentes intervenciones que se estaban realizando en las C.C.A.A. para estandarizar a nivel nacional aquellas seleccionadas. Tras ese proceso fueron priorizadas las siguientes intervenciones¹⁷:

Para la población menor de 15 años:

1. El consejo integral sobre estilos de vida en atención primaria vinculado a recursos comunitarios en la población infantil.
2. El consejo integral sobre estilos de vida en atención primaria vinculado a recursos comunitarios durante el embarazo y la lactancia.
3. El programa de parentalidad positiva, para promover el bienestar emocional en la población infantil.

Para la población mayor de 50 años:

4. El consejo integral sobre estilos de vida en atención primaria vinculado a recursos comunitarios en población mayor de 50 años.
5. El cribado de fragilidad y atención multifactorial a la persona mayor, que desarrollará planes de intervención preventiva y seguimiento individualizado.

5.3 LÍNEAS ESTRATÉGICAS: DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD, INTERSECTORIALIDAD, EQUIDAD, PARTICIPACIÓN, EMPODERAMIENTO EN SALUD. ¹⁷

Los determinantes sociales de la salud es el marco que guía el desarrollo de La Estrategia. Estos son las condiciones sociales en las que las personas viven, trabajan, crecen y se relacionan. Dentro de ellos, se engloban, por ejemplo, el vecindario, el entorno físico, las conductas de salud y, por tanto, abarcan otros sectores además del propio sistema sanitario. Por ello, desde La Estrategia se contempla el trabajo en coordinación con otros sectores de la sociedad, además del propio sistema sanitario, que promueva el enfoque integral de la salud.

En relación con la equidad, se considera que tanto el impacto de los factores mencionados como de las acciones que se emprenden no se reparte de igual manera entre los distintos grupos de población. Asimismo, se señala la importancia de ajustar la intensidad de cada intervención al nivel de desventaja que cada grupo presente.

Por otro lado, la participación comunitaria es imprescindible para abordar con mayor efectividad los problemas y determinantes de la salud. Con participación comunitaria se hace referencia al control de cada individuo sobre su salud y al control sobre el desarrollo de políticas que influyan en la salud.

Otro aspecto que rige las acciones dentro en La Estrategia es el empoderamiento en salud, entendido como el fortalecimiento de las “habilidades y capacidades de las personas y las comunidades para mejorar y mantener su salud y capacidad funcional a largo de todo el curso de vida”¹⁶.

5.4. IMPLEMENTACIÓN LOCAL DE LA ESTRATEGIA ¹⁷:

La Estrategia cuenta con un Plan de implementación local para que los municipios interesados se adhieran y tomen el compromiso de llevar a cabo acciones priorizadas dentro de La Estrategia, de manera individualizada y acorde con su nivel de experiencia en programas y actuaciones preventivas respecto a la salud.

- **Eje tridimensional de acción:**

Para el desarrollo de La Estrategia las acciones se caracterizan por tres líneas principales de acción: por poblaciones, entornos y factores a abordar.

- A. Poblaciones: Las intervenciones se focalizan por grupos de población. En una primera fase se han seleccionado la infancia, es decir, los menores de 15 años, y los mayores de 50 años.
- B. Entornos: Las intervenciones se llevan a cabo en los entornos vitales de cada grupo de población; entorno educativo y sanitario para la población infantil y entorno comunitario y sanitario para los mayores de 50 años.
- C. Factores a abordar: Las acciones pretenden incidir sobre factores específicos (alimentación, ejercicio físico, consumo de tabaco, consumo de riesgo de alcohol, seguridad emocional y bienestar del entorno), cuyo abordaje mediante los estilos de vida, se considera que ayuda a mejorar la salud de las personas¹⁸.

- **Constitución de una mesa de coordinación intersectorial:**

Para comenzar a implementar La Estrategia a nivel local es necesaria la creación de un grupo de trabajo que esté formado por distintos sectores sociales, es decir, la constitución de una mesa intersectorial. La mesa de coordinación intersectorial se constituye frecuentemente por un Presidente (Alcalde y en su ausencia un concejal), un Secretario Técnico, que es responsable de que se coordinen las acciones a realizar, y un Representante de cada sector.

Sus funciones son determinar las acciones de La Estrategia que se van a ir desarrollando, coordinar los distintos sectores implicados para el trabajo conjunto y realizar un seguimiento y evaluación de su ejercicio.

Teniendo en cuenta el marco de los determinantes sociales de la salud se consideran sectores clave el de la salud, educación, bienestar social, transporte, urbanismo, deportes y medio ambiente. Además, cada municipio podrá incluir en la mesa otros sectores que considere importantes.

- **Intervenciones priorizadas:**

Como ya ha sido mencionado, tras la identificación y selección de “buenas prácticas” de las diferentes CCAA, varias de ellas fueron priorizadas para ser llevadas a cabo en una primera fase de implementación de La Estrategia. Se desarrollan a continuación:

- 1. El consejo integral sobre estilos de vida en atención primaria vinculado a recursos comunitarios:**

Aunque previamente se ha hablado del Consejo integral sobre estilos de vida en relación a distintos grupos de población, a la hora de explicar la intervención nos referiremos de un modo general a la intervención, sin entrar en los matices definidos para cada uno.

El consejo breve es una intervención de corto tiempo de duración (2-5 minutos), adaptada a las necesidades y situación personales, mediante la que se proporciona información y se fomenta la motivación aprovechando una consulta de salud, para conseguir una respuesta de comportamiento en el receptor.

El objetivo es integrar de manera sistemática el consejo breve y la educación en salud en la práctica clínica de los profesionales de Atención Primaria. Para ello, un aspecto fundamental es la formación de los profesionales, por lo que se ha desarrollado un plan de capacitación para los mismos entorno al: Consejo de actividad física y prevención de sedentarismo, Consejo de alimentación, Consejo sobre consumo de tabaco, Consejo sobre consumo de riesgo y nocivo de alcohol y Consejo sobre bienestar emocional o estrés.

La intervención de los profesionales de salud consiste en realizar una valoración de los patrones de actividad física, alimentación, consumo de tabaco, consumo de riesgo y nocivo de alcohol y bienestar emocional. Después, dependiendo de las necesidades de cada persona, se lleva a cabo la información, el consejo motivacional y la educación individual, grupal o comunitaria sobre los aspectos concretos susceptibles de mejora que hayan podido ser detectados.

En La Estrategia se definen procedimientos y varias herramientas de valoración, evaluación y algoritmos de actuación para cada actividad, así como, el periodo de tiempo en el que deberá ser reevaluado el impacto del consejo y/o educación realizados.

Además, también se pretende capacitar a la población y para ello, se ha diseñado una plataforma web sobre estilo de vida saludable²⁷, la cual está abierta para ser consultada por cualquier persona que así lo desee. En ella se incluye información profesional, herramientas de evaluación personal de los factores relacionados con los estilos de vida mencionados y métodos para mejorar el bienestar emocional, entre otros.

2. El programa de parentalidad positiva para promover el bienestar emocional en la población infantil²²:

Tiene como objetivo facilitar “recursos de formación y capacitación a padres y madres desde el embarazo hasta los 14 años dirigidos a que adquieran capacidades personales, emocionales y educativas para el desarrollo de una convivencia familiar positiva y de modelos parentales adecuados para los niños y niñas”¹⁶. Una de las primeras acciones dentro de esta intervención ha sido la realización de un Curso de capacitación on-line para padres, madres y otras figuras parentales en “Parentalidad positiva: ganar salud y bienestar de 0 a 3 años”, el cual está en fase de pilotaje. En él se abordan temas como el vínculo del apego, la alimentación, la actividad física y el juego, el descanso y el sueño y posteriormente se realizan actividades presenciales grupales.

También, se han desarrollado actividades en coordinación con el ámbito escolar y el ámbito deportivo, como, el material didáctico “DAME 10”, en el que se detallan actividades de una duración de 5-10 minutos para hacer descansos activos²³. O la propuesta con diez unidades didácticas activas para realizarlas en la asignatura de Educación Física y aumentar la actividad física vigorosa durante la misma²⁴. Todo ello, contando con la participación de profesores tutores y profesorado especialista y con el objetivo de promover la actividad física en la escuela.

3. El cribado de fragilidad y planes de seguimiento individualizado para la mejora de la salud en las personas mayores²⁵:

La fragilidad en la persona mayor (mayor de 70 años) da lugar con mayor facilidad a una disminución del estado funcional y su principal factor de riesgo es la inactividad. Por otro lado, las caídas en las persona ancianas suponen con frecuencia las recurrencias de las mismas y aumentan las posibilidades de presentar otro nuevo suceso adverso. De ahí la importancia de realizar desde atención primaria un cribado de fragilidad y la valoración del riesgo de caídas en las personas mayores y poner en marcha acciones de acuerdo a dicha valoración.

La intervención es llevada a cabo por la enfermera o el médico en una consulta programada de atención primaria y consta de las siguientes partes:

- Cribado de fragilidad y valoración del riesgo de caídas:
Se realiza una valoración de la persona mayor y se clasifica en persona no frágil o frágil. En cuanto a las caídas, tras ser valorada por el profesional sanitario la persona se clasifica en persona con bajo riesgo de caídas o persona con alto riesgo de caídas. En La Estrategia se propone la metodología para realizar cada valoración.

- Intervención para prevenir el deterioro funcional e intervención para prevenir las caídas:

La población clasificada como frágil recibe un consejo con recomendaciones para llevar a cabo un programa de ejercicios que trabaje los diferentes aspectos de equilibrio, fuerza muscular, resistencia aeróbica y flexibilidad. Esto se realiza con los recursos existentes en la comunidad, como polideportivos o centros de mayores, y el profesional sanitario se encarga de entregar un documento que sirva de guía a los recursos comunitarios que ejecutaran el programa.

A los ancianos identificados con alto riesgo de caídas se les refiere al programa de ejercicios (integrado a su vez en la intervención de fragilidad), se lleva a cabo la revisión de su medicación y el análisis de los factores de riesgo del hogar. Esto último se realiza de manera oportunista, aprovechando las visitas a domicilio por el personal sanitario.

- Evaluación y seguimiento:
Se programan visitas de seguimiento a los 6 meses para la evaluación de los resultados.

- **Identificación de recursos comunitarios¹⁷:**

El objetivo de identificar los recursos existentes en una comunidad es hacerlos visibles para que la población haga uso de ellos, ganando así control sobre su salud o, también, pueden ser empleados en las intervenciones para la mejora de los estilos de vida en salud por los profesionales de Atención Primaria. Por otro lado, aporta información relevante sobre la distribución de éstos recursos que tras ser analizada sirve para optimizar su uso.

Los recursos que se pretenden identificar son aquellos en relación con los factores que aborda La Estrategia (actividad física, alimentación saludable, consumo de tabaco, consumo nocivo de alcohol y bienestar emocional) y después clasificarlos en: recursos de organizaciones, asociaciones, físicos de un área (calles, espacios verdes, transporte), económicos (negocios y comercios locales), culturales y de los individuos (sus habilidades, conocimiento). En una primera fase de La Estrategia se identificarán las primeras tres categorías de recursos; organizaciones, asociaciones y físicos de un área. Para ello, se ha elaborado una ficha de recogida de información que deberá ser utilizada para el registro de cada recurso y sus actividades específicas, en caso de haberlas.

Con la información que cada municipio facilite, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad está elaborando una aplicación “on line” que consiste en un mapa de recursos donde se reflejarán los recursos existentes por zonas²⁶. Se difundirá mediante su ubicación en la página web creada

previamente, de Estilos de Vida Saludables²⁷. Por tanto, estará a disposición de la población.

- **Seguimiento y monitorización de la implementación local¹⁷:**

Con el fin de evaluar las políticas e intervenciones desarrolladas, cada mesa intersectorial es la encargada de realizar el seguimiento de la implementación local de cada municipio, definiendo los periodos en los que se realizará y los aspectos que serán evaluados. No obstante, el seguimiento y monitorización se deberán llevar a cabo mínimo de forma anual, tal y como se define desde La Estrategia.

Por otro lado, La Estrategia ofrece algunas herramientas que pueden ser empleadas para dicho ejercicio, como, un documento para evaluar el impacto en salud de las políticas llevadas a cabo y documentos que sirven para evaluar la intersectorialidad.

6. ANÁLISIS COMPARATIVO ^{15,28,29}.

Tras la profundización respecto al Modelo Incluyente en Salud y La Estrategia se elabora una tabla comparativa entre los dos proyectos y se realiza el análisis correspondiente:

Tabla Comparativa:

MODELO INCLUYENTE EN SALUD	LA ESTRATEGIA
<ul style="list-style-type: none"> Modelo impulsor del derecho a la salud y una atención integral incluyente dirigida a reducir desigualdades. Integrado en la atención primaria de salud y en el entorno rural y local. Promueve la consideración y el respeto del conocimiento maya-popular. Fomenta acciones coordinadas entre el ámbito institucional y el ámbito comunitario (local). 	<ul style="list-style-type: none"> Un marco común dentro de la atención primaria para la universalización y el desarrollo progresivo de intervenciones identificadas como “buenas prácticas”. Las intervenciones atienden los factores relacionados con los estilos de vida, abordables desde la atención primaria de salud. Es pertinente su implementación local y la coordinación intersectorial.
LÍNEAS ESTRATÉGICAS	
<p style="text-align: center;">DERECHO A LA SALUD</p> <ul style="list-style-type: none"> Garantizar el derecho a la atención sanitaria y que la población participe activamente en las políticas y su salud. <p style="text-align: center;">INTERCULTURALIDAD</p> <ul style="list-style-type: none"> Más allá de los factores biológicos, los aspectos sociales y culturales también determinan el proceso de salud-enfermedad. Reconoce la diversidad de conocimientos y prácticas en salud. Apuesta por adecuar las intervenciones sanitarias a la cultura local. Promueve la relación y coordinación del personal institucional con terapeutas locales. <p style="text-align: center;">GENERO</p> <ul style="list-style-type: none"> Las identidades establecidas para mujeres y hombres generan consecuencias distintas y negativas para la salud de ambos. Atiende a los problemas específicos de los hombres y las mujeres. Las identidades establecidas para mujeres y hombres pueden cambiarse para que sean más positivas para ambos (educación). 	<p style="text-align: center;">DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD</p> <ul style="list-style-type: none"> Tener en cuenta factores más allá de lo biológico, factores relacionados con los aspectos sociales, entornos y condiciones de vida. Estos factores implican otros ámbitos además del sanitario. <p style="text-align: center;">COORDINACIÓN INTERSECTORIAL</p> <p>Trabajo coordinado entre el sector sanitario y otros sectores de la sociedad (educativo, urbanismo, transporte, etc.)</p> <p style="text-align: center;">EQUIDAD</p> <p>Atención en salud para todos, en intensidad y escala proporcionales al nivel de desventaja que cada grupo social presente.</p> <p style="text-align: center;">PARTICIPACIÓN</p> <p>Apuesta por que la población tome un papel activo en su salud y en las políticas de salud.</p> <p style="text-align: center;">EMPODERAMIENTO EN SALUD</p> <p>Fortalecer las capacidades y habilidades de la población para mejorar y mantener la salud</p>

<p style="text-align: center;">MEDIO AMBIENTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valora la necesidad de cuidar el entorno, el cual influye en nuestra salud. 	
ORGANIZACIÓN PARA LA ATENCIÓN LOCAL DE SALUD	
<p style="text-align: center;">DEL ENTORNO A ATENDER</p> <ul style="list-style-type: none"> • Por Sectores: Varias comunidades forman un sector. Queda a cargo de una parte de los integrantes del equipo de apoyo de los auxiliares comunitarios (EAPAS). • Por territorios: El conjunto de 3 a 5 sectores son un territorio. El territorio queda a cargo del EAPAS completo. <p style="text-align: center;">DE LOS EQUIPOS DE TRABAJO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Equipo de auxiliares de enfermería comunitarios • Equipo de apoyo a los auxiliares de enfermería comunitarios (médico, enfermera/o, trabajador/a social, educador/a) • Equipo de informáticos (digitadores) 	<p style="text-align: center;">MESA INTERSECTORIAL</p> <ul style="list-style-type: none"> • Grupo coordinador del trabajo intersectorial. • Formada por: <ul style="list-style-type: none"> ○ Presidente (alcalde o concejal) ○ Secretario técnico ○ Representante de cada sector <p style="text-align: center;">EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ejecutor de las intervenciones priorizadas para la acción. • Coordinado con otros sectores de la sociedad y recursos comunitarios existentes.
IMPLEMENTACIÓN LOCAL: PROGRAMAS Y TÁCTICAS OPERATIVAS	IMPLEMENTACIÓN LOCAL: NIVELES DE ACCIÓN E INTERVENCIONES
<p>Tres niveles de desarrollo de las personas (individual, familiar y comunitario).</p> <p>TRES PROGRAMAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programa Individual de Atención en Salud (atención clínica). • Programa Familiar de Atención en Salud (prevención). • Programa Comunitario de Atención en Salud (promoción). <p>TÁCTICAS OPERATIVAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cada programa tiene varias. • Es el conjunto de acciones agrupadas por el ámbito que atienden (p. ej. la atención a demanda). • Engloban acciones que atienden a todos los ciclos de vida, a hombres y mujeres. 	<p>TRES NIVELES DE ACCIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Por población: <ol style="list-style-type: none"> 1. Personas menores de 15 años. 2. Mayores de 50 años. • Por entorno: Define entornos vitales para cada población: <ol style="list-style-type: none"> 1. Educativo y sanitario 2. Comunitario y sanitario • Por factores a abordar: Alimentación, ejercicio físico, tabaco, alcohol, bienestar emocional <p>INTERVENCIONES PRIORIZADAS: Población menor de 15 años:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consejo integral sobre estilos de vida saludable en atención primaria, vinculado a recursos comunitarios • Programa de parentalidad positiva.

<ul style="list-style-type: none"> Las acciones se llevan a cabo en los tres niveles de desarrollo de las personas mediante los programas. <p>ACCIONES DENTRO DE CADA PROGRAMA</p>	<p>Población mayor de 50 años:</p> <ul style="list-style-type: none"> Consejo integral sobre estilos de vida saludable en atención primaria, vinculado a recursos comunitarios en población adulta. Cribado de fragilidad y prevención de caídas en la persona mayor.
<p>IDENTIFICACIÓN DE RECURSOS COMUNITARIOS: Herramienta: Sala Situacional (mapa comunitario)</p>	<p>IDENTIFICACIÓN DE RECURSOS COMUNITARIOS: Herramienta: aplicación “mapa de recursos” colgado en la web</p>
<p>Uso: planificación de acciones y transferencia de la información obtenida a la comunidad.</p> <p>Mediante la Sala Situacional:</p> <ul style="list-style-type: none"> Identificación del entorno físico y disposición de la población Identificación de recursos y terapeutas Identificación de familias con diagnóstico principal a tratar 	<p>Uso: empoderamiento de la población y herramienta de trabajo para el profesional de Atención Primaria.</p> <p>Mediante la aplicación “mapa de recursos”:</p> <ul style="list-style-type: none"> Identificación de recursos comunitarios. Disponibilidad vía web para la población.
<p>VIGILANCIA SOCIOCULTURAL DE LA SALUD</p>	<p>SEGUIMIENTO Y MONITORIZACIÓN</p>
<ul style="list-style-type: none"> Todos los registros de papel son introducidos en la base de datos del sistema de información. Las herramientas de registro recogen datos de carácter sociocultural además clínicos (según género, enfermedades y prácticas de las comunidades). Información valiosa para: <ul style="list-style-type: none"> planificación de acciones adecuar la atención en salud a la cultura local visibilizar la epidemiología específica de otros modelos de salud distintos al institucional. 	<ul style="list-style-type: none"> Los aspectos y el modo de evaluar es definido localmente por la Mesa Intersectorial de cada municipio. La Estrategia establece una evaluación mínima anual. Propone la evaluación de: <ul style="list-style-type: none"> las políticas e intervenciones desarrolladas el impacto en salud de las mismas la intersectorialidad Facilita materiales para su evaluación

Tabla 2. Tabla comparativa del MIS y La Estrategia. Fuente: Transformando el Sistema Público de Salud desde el Primer Nivel de Atención⁹ y Estrategia de Promoción de la salud y Prevención en el SNS¹⁶. Elaboración propia.

Análisis de las similitudes y diferencias de los dos proyectos:

En primer lugar se exponen las similitudes que tanto el MIS como La Estrategia presentan:

- **El MIS y La Estrategia se engloban dentro de la atención primaria y la atención comunitaria de salud.** Los dos emprenden acciones para la promoción, prevención y empoderamiento de la salud y por tanto, buscan abarcar toda la población; Además consideran que cada grupo de población tiene unas

necesidades específicas debido a la distribución desigual de los condicionantes en salud.

- **Ambos definen acciones que atienden los distintos ciclos de vida (preinfancia, infancia, adolescencia, edad adulta y adulta mayor)** para que haya un *continuum* de la asistencia en salud. En el caso del MIS, además, se recalca la existencia de problemas específicos que presentan por un lado los hombres y por otro las mujeres, los cuales deben ser considerados en dicha atención. También, la atención en salud de las mujeres más allá de los aspectos reproductivos (abusos dentro de la familia, abusos sexuales, bienestar psicológico, escolaridad, etc).
- **Ambos definen tanto el ámbito individual, familiar y comunitario (y no exclusivamente el individual) como los entornos en los que promover cambios y acciones para mejorar la salud.** En el caso del MIS se lleva a cabo mediante los tres programas que tienen ese mismo nombre. En el caso de La Estrategia, mediante el Consejo integral sobre estilos de vida (ámbito individual), el programa de Parentalidad Positiva, DAME 10 y Unidades didácticas activas (ámbito familiar y educativo) y la vinculación de las actividades propuestas a los recursos de la comunidad (ámbito comunitario).
- **Ambos dan valor a la formación de su personal.** En el caso del MIS, la formación de los auxiliares de enfermería y de los grupos que los apoyan es continua mediante sesiones formativas que se planifican en el cronograma mensual. En La Estrategia, una de las primeras acciones ha sido crear un programa para la formación *on line* de los profesionales de atención primaria y otros coordinadores sobre “el consejo integral en estilos de vida saludable” y se continuará con la capacitación sobre metodología en educación individual e intervención grupal y comunitaria.
- **Ambos disponen de herramientas (la sala situacional en el MIS y el mapa de recursos en La Estrategia) para la identificación de recursos existentes en la comunidad,** cuya finalidad es su uso tanto por los trabajadores de salud como por la población.

En segundo lugar, se exponen las diferencias entre ambos proyectos:

- **El modo de realizar el registro de la información es diferente en un proyecto y en el otro:**
En el MIS, a la hora de registrar se incluyen aspectos de carácter sociocultural. Así, por ejemplo, se recogen las explicaciones que la persona da relacionadas al hecho de enfermar (“autodiagnóstico”⁹) o las acciones emprendidas previamente a la llegada a los servicios de salud para solventar el problema (autotratamiento, tratamiento por terapeutas de la comunidad, etc.). Por otro

lado, el registro se realiza, en primera instancia, en papel y después se procede a su traspaso al sistema informático; lo que en ocasiones da lugar a pérdidas de los documentos, errores en el traspaso de información y un doble esfuerzo y trabajo.

En La Estrategia, el registro de los factores relacionados con los estilos de vida, se realiza informáticamente en la Historia Clínica y recoge, por lo general, aspectos cuantificables. Concretamente en el Consejo de actividad física que se realiza en la consulta de Atención Primaria, se propone un registro que cuantifica la cantidad de actividad física que se realiza (anexo 2,3). Sin embargo, dicho registro no facilita, de igual manera, la recogida de información relacionada con aspectos socioculturales (como por ejemplo, las valoraciones y acciones previas emprendidas de la persona). Aunque sí se analicen en la educación individual (experiencias previas, barreras de la persona y su entorno), no están detallados dichos ítems para el registro estandarizado.

- **En cuanto a la disposición y el uso de la información presentan varias diferencias:** En el caso del MIS, la sala situacional brinda gran información referente a la comunidad (expone los recursos físicos, de vivienda, del entorno, la distribución de las familias y su problema o diagnóstico principal a tratar). Además, el hecho de que toda la información quede plasmada de manera visual en un mapa y se exponga en el propio Puesto de Salud, permite que sea analizada periódicamente y empleada por los propios trabajadores de salud. En La Estrategia, mediante el mapa de recursos comunitarios se identifican específicamente los recursos de la comunidad (recursos físicos de un área, de organizaciones, culturales, etc.). Por otro lado, no se propone el análisis de la información registrada y procedente de las intervenciones realizadas, por el personal sanitario que las lleva a cabo.
- **Cada proyecto coordina las acciones de manera distinta:** En el caso del MIS, las acciones se coordinan a nivel local; con diferentes entidades locales y municipales (por ejemplo, con organizaciones que aportan cereal fortificado y otros suplementos para las familias de las comunidades), con la población y los terapeutas locales. En el caso de La Estrategia, esta relación se propone a nivel local y con la comunidad, pero también, a nivel gubernamental entre los distintos sectores de la sociedad (educativo, legislativo, urbanístico, etc.). El objetivo es que otros sectores que no pertenezcan al sanitario, también impulsen políticas que promuevan la salud.
- **El MIS tiene como particularidad la apuesta por una atención en salud culturalmente competente.** Se hace visible mediante hechos expuestos a continuación: idealmente los auxiliares de enfermería comunitarios deben ser gente de la propia comunidad, la atención clínica se realiza en el idioma local y de acuerdo a costumbres en la atención local (huertos medicinales en los puestos de salud), se planifican acciones coordinadas con terapeutas del Modelo Maya de Salud. Además, se visibiliza la atención y la epidemiología de otros modelos distintos al Modelo Médico institucional.

7. POSIBLES APORTACIONES

Tras estudiar las similitudes y diferencias de cada proyecto se proponen las siguientes aportaciones que el MIS podría ofrecer a La Estrategia, y viceversa:

La Estrategia podría enriquecerse de las siguientes aportaciones del MIS:

- En primer lugar, la consideración de que existen diferentes formas de entender y explicar los procesos de salud y enfermedad en una sociedad plural.
- En segundo lugar, un registro que incluya ítems o aspectos de carácter sociocultural: la propia valoración de la persona acerca del estado de su salud o de los factores relacionados con los estilos de vida (la autovaloración puede aportar información sobre el modo de concebir la salud de la persona), la posible realización de actividades para mantener o mejorar la salud en el domicilio o su entorno (autotratamiento o autocuidado), la posible consulta con otros tipos de atenciones de salud además de los propios servicios institucionales de salud, etc.
- En tercer lugar, el establecimiento de espacios de tiempo para el análisis de la información registrada, por parte de los propios trabajadores de salud, para que estos puedan ser partícipes en la planificación de futuras intervenciones, en relación a los objetivos cumplidos y a los que no y sus condicionantes.

El MIS podría enriquecerse de las siguientes aportaciones de La Estrategia:

- En primer lugar, trabajar la salud desde diferentes ámbitos a nivel gubernamental o político, además de a nivel local. Es decir, proponer a otros sectores externos al sector sanitario que promuevan, asimismo, políticas que vayan en pro de la salud (sector educativo, legislativo, etc.).
- En segundo lugar, definir otros entornos vitales clave para cada grupo de población, además del individual, familiar y comunitario como, el sanitario o educativo, desde donde poder emprender acciones específicas para cada uno.

8. CONCLUSIONES

Como último punto del trabajo, las conclusiones que podemos destacar, en respuesta a los objetivos marcados son:

- La búsqueda bibliográfica ha permitido recabar la información necesaria sobre ambos proyectos, tanto en los aspectos referentes a su desarrollo teórico como a la implementación alcanzada en cada país.
- Los dos proyectos comparten aspectos importantes en sus principios y fines. Las diferencias responden a las características específicas de salud y de cultura propias de cada país.
- El análisis del Modelo Incluyente en Salud y la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención, desarrollado a lo largo del trabajo, han permitido sugerir las aportaciones que, entre ambos proyectos, podrían realizarse.

9. BIBLIOGRAFÍA:

1. España. Orden SAS/1729/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria. BOE. Martes, 29 de junio de 2010, núm. 157, sec III. p. 57219-57222.
2. Organización Mundial de la Salud (2008). Resumen del Informe sobre la salud en el mundo 2008: la atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Suiza. ISBN 978 92 4 356373 2 Disponible en: http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf?ua=1
3. Perén, H. I. Rescate de la medicina Maya e incidencia para su reconocimiento social y político. Estudio de caso Guatemala. 2007. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/mayan_medicine_2007_es.pdf
4. Torres, C. La equidad en materia de salud vista con enfoque étnico. Rev Panam Salud Publica [revista on-line]. 2001;10(3): 188-201. ISSN 1020-4989. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v10n3/6573.pdf>
5. World Health Organization. Water, sanitation and hygiene. Population using improved sanitation facilities. 2015. Disponible en: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.167?lang=en>
6. Instituto Nacional de Estadística. Manual para la transversalización de género y pueblos en el INE [monografía en internet]. 1ª ed. Guatemala. 2009. ISBN 978-99939-943-0-5
7. Castro A, Savage V, Kaufman H. Assesing equitable health for indigenous and Afro-descendant women in Latin America. Rev Panam Salud Publica [revista on-line]. 2015;38(2). Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v38n2/v38n2a02.pdf>
8. Asociación de Servicios Comunitarios de Salud ASECSA. Modelo de la medicina indígena maya en Guatemala (versión popularizada). Guatemala. 2004. Magna Terra editores.
9. Hernández Mack L., Sánchez C., Verdugo Urrejola J.C., Morales L., Arriaga C. A., Hernández Z. (coords). Transformando el Sistema Público de Salud desde el Primer Nivel de Atención. 1ª ed. Guatemala: Serviprensa S.A; 2012. Disponible en: [file:///C:/Users/Mikele/Downloads/Transformando%20el%20Sistema%20Publico%20de%20Salud%20PNA%20-2012%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Mikele/Downloads/Transformando%20el%20Sistema%20Publico%20de%20Salud%20PNA%20-2012%20(1).pdf)

10. Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). Situación de salud de las Américas. Indicadores Básicos 2015. Disponible en: <file:///C:/Users/Mikele/Downloads/2015-cha-indicadores-basicos.pdf>
11. Becerril-Montekio V., López-Dávila L. Sistema de salud de Guatemala. Salud pública de Mex [revista on-line].2011;53(2):197-208. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800015
12. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social-Guatemala. Protección Social en Salud: Guatemala. Informe Final. Guatemala. 2002. Disponible en: http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Exclusion_Salud_Guatemala_2002.pdf
13. Verdugo Urrejola J.C, Hernández Mack L., Morales L. C., Herrera V.O., Arriaga C. A., Sánchez C (coords.). Del dicho al hecho. Los avances de un primer nivel de atención en salud incluyente. 1ª ed. Guatemala: Serviprensa S.A; 2008. Disponible en: file:///C:/Users/Mikele/Downloads/2008-11-21_Del_dicho_al_hecho_completo.pdf
14. Verdugo J.C., Miranda J., Albizu J.L., Morales L., Hernández L. Una propuesta de salud incluyente. Mediación de la propuesta: Hacia un Primer Nivel de Atención en Salud Incluyente-Bases y lineamientos-. 1ª ed. Guatemala: 2004.
15. Morales, L. Modelos Innovadores en Salud en América Latina: la experiencia de Guatemala. [Diapositivas PowerPoint]. Guatemala. Instituto de salud incluyente. 2013.
16. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia de Promoción de la salud y Prevención en el SNS (en el marco de abordaje de la cronicidad en el SNS). Informes, estudios e investigación 2014. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/EstrategiaPromocionSaludyPrevencionSNS.pdf>
17. Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad. Guía para la implementación local de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS (En el marco del abordaje de la cronicidad en el SNS). 2015. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/Guia_implementation_local.pdf
18. Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad. Estrategia de Promoción de la salud y Prevención en el SNS (en el marco de abordaje de la cronicidad en el SNS): resumen ejecutivo. Disponible en:

<http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/ResumenEjecutivo.pdf>

19. Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad. Consulta pública de la Estrategia de Promoción de la salud y Prevención en el SNS: informe de resultados. 2014. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/InformeResultados_consultapublica.pdf
20. Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad. Estrategia de Promoción de la salud y Prevención en el SNS: Memoria del procedimiento de detección buenas prácticas en el marco de la estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS. 2013. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/MemoriaBuenasPracticasEstrategia.pdf>
21. Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad. Consejo integral en estilo de vida en atención primaria, vinculado con recursos comunitarios en población adulta. 2015. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/Consejo_integral_EstilosVida.htm
22. Campos Esteban P. Parentalidad positiva en el marco de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. [Diapositivas PowerPoint] En: Jornada de formación de formadores en el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI). 2016. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/ParentalidadPresent_PilarCampos.pdf
23. Abad Galzacorta B., Cañada López D., Cañada López M. Descansos activos mediante ejercicio físico (DAME 10). Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. 2014. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/dame10_Presentacion.pdf
24. Abad Galzacorta B., Cañada López D. Unidades didácticas activas. Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. 2014. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/UDA_Completo.pdf
25. Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad. Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor. 2014. Disponible en:

<http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/Fragilidadycaidas.htm>

26. Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad. Localiza salud: Mapa de recursos para la salud [sede Web]. Disponible en: <http://localizasalud.msssi.es/maparecursos/main/Menu.action>
27. Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad. Estilos de vida saludable [sede Web]. Disponible en: <http://www.estilosdevidasaludable.msssi.gob.es/>
28. Andradas, E. II Jornada sobre la Implementación local de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS (en el marco del abordaje de la cronicidad en el SNS). Juntos por la salud, un paso más. En: II Jornada sobre la Implementación local de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS (en el marco del abordaje de la cronicidad en el SNS). Madrid. 2015. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/Jornadas/docs/Presentacion_ElenaAndradas2015.pdf
29. Vinuesa, M. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS (en el marco del abordaje de la cronicidad en el SNS). En: VI Congreso de atención sanitaria al paciente crónico. Sevilla. 2014. Disponible en: <http://vi.congresocronicos.org/documentos/ponencias/3.pdf>
30. Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad. Memoria de implementación 2014-2015 y evaluación preliminar. 2016. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/Memoria_Segumiento.pdf

Otra bibliografía consultada:

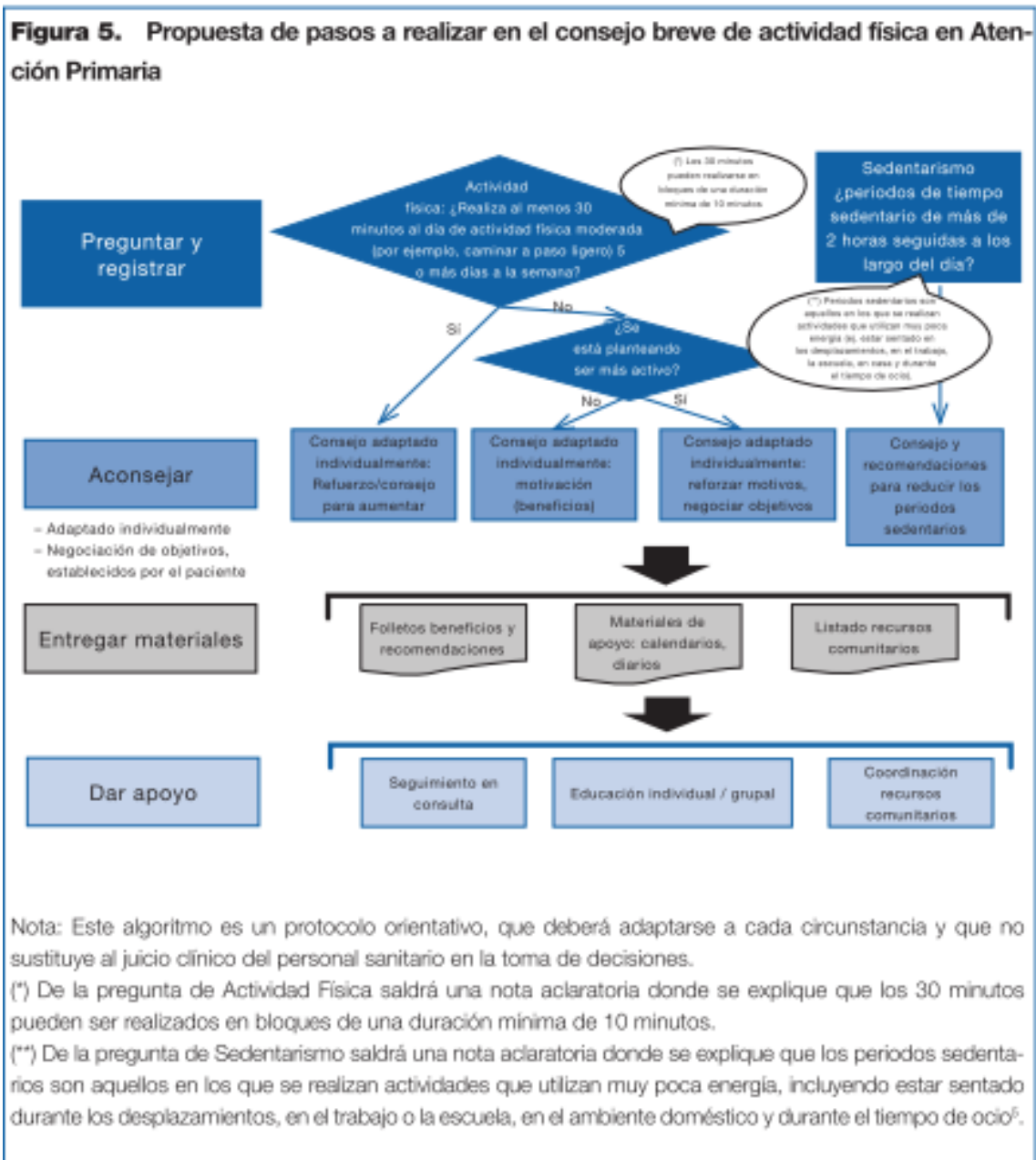
31. María Lorente Redín. Propuesta: Elaboración de protocolos de enfermería de emergencias para un hospital de la zona rural de Bolivia. Pamplona: Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad Pública de Navarra. 2015.

ANEXO 1. FICHA CLÍNICA: INSTRUMENTO DE REGISTRO DEL PROGRAMA INDIVIDUAL DE ATENCIÓN EN SALUD EN EL MODELO INCLUYENTE DE SALUD:

FICHA CLÍNICA															Procedencia FC		Mig. Agrícola FC												
1. DATOS GENERALES															FC		Fecha Nac FC		Pueblo FC:		Com. Ling. FC		Escolaridad FC		Sexo FC				
Fecha consulta		Sector		Lugar de consulta		Código de familia		No. orden		APELLIDOS, NOMBRES			Edad		Sexo		Quien o quienes atendieron:		EMERGENCIA		Paga IGSS								
Orientación sexual															Profesión u oficio o condición														
2. MOTIVO DE CONSULTA E HISTORIA DE LA ENFERMEDAD															Autodiagnóstico		Remedios Recibidos												
Motivo de Consulta ¿Por qué esta consultado?															HISTORIA DE LA ENFERMEDAD Y CAMINO DEL ENFERMO(A)														
3. ANTECEDENTES (todos los grupos de población)															Personas que apoyaron														
3. ANTECEDENTES (todos los grupos de población)															Antecedentes Obstétricos		Antecedentes Personales		Antecedentes Familiares										
Gestas		Partos		Abortos		Hijos muertos		PAP		Diabetes		Hipertensión		Discapacidad		Dengue		Cancer		Convulsiones									
Mortinatos		Cesareas		Legrados		Peso al Nacer último hijo kgs.		TB		Convulsiones		Malformación congénita		Toma o tomó algún medicamento		Malaria		Diabetes		TB									
Cirugía aparato reproductivo:		Otro (cual)		Operaciones		Peso al nacer (<1 año) kgs.		Asma		Cardiopatía		Adicciones		Desnutrición		VIF		Adicciones		VIF									
Otro (cual)														Alergias		VBG		Otro, ¿cual? Desnutrición		VBG									
4. EXAMEN FÍSICO (Todos los grupos)															Otro cual														
MEF		Evaluación Nutricional			SIGNOS VITALES			OTROS SIGNOS EN EMBARAZADAS			DESCRIPCIÓN DE HALLAZGOS EN EL EXAMEN FÍSICO (DATOS POSITIVOS QUE SUSTENTAN LA IMPRESIÓN CLÍNICA)																		
FUR		Signo	Anterior	Actual	Signo	Anterior (si emb. Conoció)	Actual	Signo	Anterior	Actual																			
Resultado PVE		Peso kgs.			Temperatura			AU																					
Resultado PDE		Talla cms.			Pulso			FCF																					
PF		Perímetro brazo cm.			Presentación del feto			Mov. Fetales																					
Método PF		Estado Nutri / IMC			Semanas de Emb. X AU			Semanas de Emb. X FUR		Fecha Probable Parto																			
		Circunferencia brazo 1er. trim.			P/A			FR																					
		Lactancia			FR																								
5. SIGNOS DE PELIGRO Y RIESGO OBSTÉTRICO																													
P/A	FCF <120 >160	Cefalea	NO FCF	Edema	NO mov. Fetales	Enf. crónica no controlada	Sospecha emb. múltiple	>35 años	< 18 años	Convulsiones	Dolor epigástrico	Dificultad Resp.	Visión borrosa	Hemorragia (revisar mal olor en puerperas)	>3 hijos	ITS previa	Último niño (a) < 5 libras al nacer	Último niño (a) > 9 libras	Hipertensión o eclampsia último embarazo	Extrema precariedad									
AB previo	Mortinato Previo	Flujo Vaginal	Pálidez palmar	Molestias Urinarias	Salida del líquido por la vagina	Emb. >11 Semana	Depresión/ Ansiedad	Violencia Sexual	Violencia Intrafamiliar	Rechaza Traslado	PB < 23 cm 1er trim.	IMC bajo / alto	Sin apoyo de pareja o fam	No acepta Emb	Prod. abas. o violación														
6. PRUEBAS DIAGNÓSTICAS/RESULTADO															BK		Glucosa		Orina		Otro ¿Cual?								
7. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO															8. CONSEJERÍA Y SEGUIMIENTO		9. Firma o Huella digital												
CIE 10		Impresión Clínica y Clasificación de AIEPI (Incluye EMP)			Medicamentos		Cantidad		Medicina Maya Popular		Consejería		Seguimiento																
					Código		Nombre		MSP otro No entregado		Nombre		Por cuanto Tiempo																
											Signos de Peligro		Métricas de preven. cuidado EMP																
											Alimentación		Próxima Cita																
											Consumo de tabaco y/o alcohol		Referido por:																
											Paternidad Responsable		Referido a:																
											Otra (cual):		Contra ref. A																
													Contra referido Por:																
													Preguntar si acompañante mujer esta embarazada SI NO																

Fuente: Hernández Mack L., Sánchez C., Verdugo Urrejola J.C., Morales L., Arriaga C. A., Hernández Z. (coords). Transformando el Sistema Público de Salud desde el Primer Nivel de Atención. 1ª ed. Guatemala: Serviprensa S.A; 2012.

ANEXO 2. ALGORITMO PARA EL DESARROLLO DE LA INTERVENCIÓN DE CONSEJO BREVE DE ACTIVIDAD FÍSICA EN ATENCIÓN PRIMARIA:



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad. Consejo integral en estilo de vida en atención primaria, vinculado con recursos comunitarios en población adulta. 2015. Pág. 33.

ANEXO 3. MODOS DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN SOBRE ACTIVIDAD FÍSICA EN LA HISTORIA CLÍNICA EN POBLACIÓN ADULTA:

2.3. Historia clínica de Atención Primaria en las CCAA y actividad física

El 19 de noviembre de 2013 tuvo lugar una reunión sobre recogida de información de estilo de vida en Atención Primaria, del Grupo Específico de CCAA de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS, formado por técnicos de las CCAA relacionados con el diseño y evaluación de Cartera de Servicios de Atención Primaria. A continuación se describen de manera agregada los distintos modos de recogida de información sobre actividad física en la historia clínica de Atención Primaria en población adulta:

- Cuestionario IPAQ.
- Calculadora de actividad física (tipo de actividad, minutos/día, días/semana), se obtiene un resultado de MET/semana.
- ¿Practica actividad física moderada (equivalente a caminar a buen ritmo) regularmente, es decir, 5 o más veces por semana durante 30 minutos cada día al menos (que puede ser acumulado durante todo el día)?

con un gasto energético menor de 1,5 METS estando sentado o reclinado, y que incluye el estar sentado durante los desplazamientos, en el trabajo o la escuela, en el ambiente doméstico y durante el tiempo de ocio¹¹.

-
- Actividad física: Sí/No.
 - Pregunta sobre la actividad física realizada en las últimas 2 semanas: ¿cuántas veces ha practicado estas actividades durante más de 20 minutos?: ligera (como caminar)/moderada (como montar en bici, gimnasia)/vigorosa (como fútbol, baloncesto, ciclismo).
 - Componente sedentario (número de horas).

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad. Consejo integral en estilo de vida en atención primaria, vinculado con recursos comunitarios en población adulta. 2015. Pp. 35,36.

ANEXO 4. MUNICIPIOS ADHERIDOS A LA ESTRATEGIA:



MUNICIPIOS ADHERIDOS A LA ESTRATEGIA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DEL SNS 19 de mayo de 2016		
Localidad	Provincia	CCAA
Alcalá del Valle	Cádiz	Andalucía
Armillá	Granada	Andalucía
Guadix	Granada	Andalucía
Pinos Puente	Granada	Andalucía
Aljaraque	Huelva	Andalucía
Almonte	Huelva	Andalucía
Rus	Jaén	Andalucía
Torredonjimeno	Jaén	Andalucía
Villacarrillo	Jaén	Andalucía
Alameda	Málaga	Andalucía
Totalán	Málaga	Andalucía
Vélez Málaga	Málaga	Andalucía
Casariche	Sevilla	Andalucía
El Viso del Alcor	Sevilla	Andalucía
La Puebla de Cazalla	Sevilla	Andalucía
Pruna	Sevilla	Andalucía
Litago	Zaragoza	Aragón
Utebo	Zaragoza	Aragón
Bimenes	Asturias	Asturias, Principado de
Colunga	Asturias	Asturias, Principado de
El Franco	Asturias	Asturias, Principado de
Nava	Asturias	Asturias, Principado de
Piloña	Asturias	Asturias, Principado de
Salas	Asturias	Asturias, Principado de
Villaviciosa	Asturias	Asturias, Principado de
Cabranes	Principado de Asturias	Asturias, Principado de
Mahón	Menorca (Islas Baleares)	Balears, Illes
Buenavista del Norte	Santa Cruz de Tenerife	Canarias
La Matanza de Acentejo	Santa Cruz de Tenerife	Canarias
Santander	Santander	Cantabria
Almansa	Albacete	Castilla - La Mancha
Membrilla	Ciudad Real	Castilla - La Mancha
Miguelturra	Ciudad Real	Castilla - La Mancha
Fontanar	Guadalajara	Castilla - La Mancha
Menasalbas	Toledo	Castilla - La Mancha
Candeleda	Ávila	Castilla y León
Las Navas del Marqués	Ávila	Castilla y León
Villaquilambre	León	Castilla y León
Salamanca	Salamanca	Castilla y León
Santa Marta de Tormes	Salamanca	Castilla y León
Morales del Vino	Zamora	Castilla y León
Sant Andreu de la Barca	Barcelona	Cataluña
Terrassa	Barcelona	Cataluña
Elche	Alicante	Comunitat Valenciana
Villena	Alicante	Comunitat Valenciana
Nules	Castellón	Comunitat Valenciana
Ribesalbes	Castellón de la Plana	Comunitat Valenciana
Sueca	Valencia	Comunitat Valenciana
Herrera del Duque	Badajoz	Extremadura
Arteixo	La Coruña	Galicia
Castrelo de Miño	Ourense	Galicia
Alcalá de Henares	Madrid	Madrid, Comunidad de
Alcobendas	Madrid	Madrid, Comunidad de
Leganés	Madrid	Madrid, Comunidad de
Pedrezuela	Madrid	Madrid, Comunidad de
Pinto	Madrid	Madrid, Comunidad de
San Fernando de Henares	Madrid	Madrid, Comunidad de
San Martín de Valdeiglesias	Madrid	Madrid, Comunidad de
Torrejón de Ardoz	Madrid	Madrid, Comunidad de
Villanueva de la Cañada	Madrid	Madrid, Comunidad de
Ceuti	Murcia	Murcia, Región de
Murcia	Murcia	Murcia, Región de
Vitoria-Gasteiz	Álava	País Vasco

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Lista de municipios adheridos a la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención. 2016.