



Gobierno de Reconciliación
y Unidad Nacional

El Pueblo, Presidente!

MINISTERIO DE SALUD

GUIA BASICA

PARA FORTALECER EL TRABAJO DEL ESAFC/GISI



Agencia de Cooperación
Internacional del Japón

Agosto 2023



PROYECTO VIDA, SALUD Y FUERZA
Fortalecimiento de la Salud Familiar y Comunitaria
(MOSAFC)



HISTORIA

El presente documento, fue elaborado la 1ra edición por personal de salud de los SILAIS Chontales y Zelaya Central en el marco del proyecto SAMANI (2015 - 2019) y ha sido revisado y actualizado con la Dirección General de Servicios de Salud, con el apoyo Técnico y Financiero de la Agencia de Cooperación Internacional del Japón (JICA).

GUIA BASICA

PARA FORTALECER EL TRABAJO DEL ESAFC/GISI

Tercera Edición, agosto 2023

SILAIS Chontales, Zelaya Central y
Dirección General de Servicios de Salud



INDICE

Abreviaturas	i
Introducción	ii
Actividades del ESAFC/GISI.....	iii
1 Conocimiento de la Red Comunitaria	1
2 Reunión Mensual del Sector de Salud	3
3 Capacitación sobre el MOSAFC	6
4 Elaboración de Croquis de Barrios/Comunidades y Mapa del Sector de Salud	9
5 Reforzamiento de Plan de Parto y Círculo de Embarazadas	19
6 Ejecución de Plan de Parto, Seguimiento de CG y Próximas a Parir	23
7 Planificación y Ejecución mensual de Actividades Básicas del Sector de Salud	26
8 Llenado y Actualización de la Historia de Salud Familiar	29
9 Análisis de Situación de Salud, Diagnóstico Comunitario y Consolidado del Sector	31
10 Planificación de las Actividades por el ESAFC/GISI, según Análisis de Situación de Salud	33
11 Ejecución de las Actividades Planificadas por el ESAFC/GISI	35
12 Evaluación de las Actividades Ejecutadas por el ESAFC/GISI	36
13 Intercambio de Experiencias de la RC con otros sectores	37
Anexos	38

ABREVIATURAS

ATMI	Acompañamiento Técnico y Monitoreo Integral
APN	Atención Prenatal
BTE	Brigada de Transporte de Emergencia
CG	Censo Gerencial
CM	Casa Materna
COL VOL	Colaborador Voluntario
CTAM	Consejo Técnico Ampliado Municipal
ETV	Enfermedades de Transmisión Vectorial
ECMAC	Entrega Comunitaria de Métodos Anticonceptivos
ESAFC	Equipo de Salud Familiar y Comunitario (Personal de Salud y Red Comunitaria)
ETV	Enfermedades de Transmisión Vectorial
GFCV	Gabinetes de la Familia, Comunidad y Vida
GISI	Grupo Integral de Salud Intercultural
HSF	Historia de Salud Familiar
MINSA	Ministerio de Salud
MOSAFC	Modelo de Salud Familiar y Comunitario
RC	Red Comunitaria
SAMANI	Salud de Madres y Niños
SILAIS	Sistema Local de Atención Integral en Salud
VPCD	Vigilancia y Promoción del Crecimiento y Desarrollo



INTRODUCCIÓN

El Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional se desarrolla a través de un modelo de complementariedad, responsabilidad compartida y de alianzas para avanzar en la construcción de una sociedad próspera centrada en el bienestar de los seres humanos.

El Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional considera que la salud es un derecho fundamental de la población y que es la resultante de la interacción de muchas determinantes sociales, económicos, ambientales y de las formas de organización de la sociedad, por tanto, es una responsabilidad compartida entre el Estado, las familias y la comunidad organizada, por lo que, se debe trabajar en estrecha coordinación con todas las instancias que promueven el desarrollo local.

Para hacer realidad el Derecho a la Salud se implementa el Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAF), el cual tiene como base fundamental la participación protagónica de las familias y de la comunidad para lograr de manera progresiva la autogestión en el cuidado de la salud y la garantía de los derechos a la salud de toda la población nicaragüense. El MOSAF contempla la promoción de la salud desde los sectores, que son atendidos por los Equipos de Salud Familiar y Comunitaria (ESAF) y el Grupo Integral de Salud Intercultural (GSI), los que están integrados por el personal de salud y la Red Comunitaria (RC).

La construcción social de la salud y del bienestar requiere del fortalecimiento del MOSAF y la Agencia de Cooperación Internacional del Japón (JICA) con el Proyecto de Salud de Madres y Niños (SAMANI) con las autoridades nacionales y locales del Ministerio de Salud (MINS) han desarrollado la presente Guía de trabajo para apoyar las intervenciones que realiza el ESAF/GSI, destacando las principales acciones que permiten el desarrollo y coordinación entre ESAF/GSI, permitiendo el acercamiento de la gente de la comunidad con sus líderes comunitarios para dar respuesta a sus problemas y necesidades de salud con recursos, iniciativas y esfuerzos propios.


ACTIVIDADES del ESAFC/GISI

Con la elaboración de esta guía de trabajo comunitario se sistematiza el abordaje de trece actividades, que permite fortalecer el MOSAFC.



Foto 1
Red Comunitaria (Sector de Salud La Carreta, Municipio Acoyapa)



 Actividad protagónico de RC

 Actividad protagónico de Personal de salud

1

Conocimiento de la Red Comunitaria

El Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFC) funciona con el trabajo realizado por los Equipos de Salud Familiar y Comunitario (ESAFC/GISI), los cuales están integrados por el personal de salud del sector y miembros de la Red Comunitaria (RC). Con el MOSAFC la RC tiene un lugar reconocido en la estructura y funcionamiento del Sistema de Salud.

La RC está conformada por brigadistas, parteras, colaboradores voluntarios (Col-Vol), miembros de los Gabinetes de la Familia, Comunidad y Vida (GFCV), líderes comunitarios entre otros; quienes representan las fortalezas del MINSA para implementar las acciones orientadas a la promoción, prevención y educación para la salud.

(Manual de Participación Comunitaria en Salud, Modulo 1, MINSA páginas 28 a 31).

- 1.1 El personal de salud del sector conoce y organiza a los miembros de la RC al menos uno (1) activo por cada barrio y/o comunidad.
- 1.2 El personal de salud del sector elabora la lista de la RC activa por cada barrio y/o comunidad. Se considera miembro de la RC activo cuando participa al menos en una reunión mensual del sector en los últimos 3 meses.

Debe incluir: nombres y apellidos, comunidad, cargo y número de celular.

- 1.3 El personal de salud del sector coloca en un lugar visible de la sede del sector de salud (Unidad de Salud o Casa Base) el listado de la RC, con previa autorización de los miembros.

Cuando se incorporen nuevos miembros de la RC en los barrios o comunidades se debe actualizar la lista de integrantes que está pegada en la pared de la Unidad de Salud o Casa Base.

- 1.4 En dependencia de la extensión geográfica, ubicación y complejidad del territorio, el ESAFC/GISI debe fortalecerse, incorporando más voluntarios en los barrios y comunidades.

- 1.5 Los miembros de la RC deben nombrar un representante y sub-representante por sector de salud.
- 1.6 Si no hay RC activa que va hacer el ESAFC/GISI?
- (1) Convocar y realizar asambleas comunitarias para captar nuevos voluntarios, en aquellos barrios o comunidades que no hay RC activa.
 - (2) Solicitar apoyo al Director de municipio y este a la Alcaldía Municipal e involucrar a los GFCV y otras organizaciones presentes en el sector.
 - (3) Solicitar apoyo para acompañarse de miembros de la RC de barrios o comunidades vecinas y que sean de trayectoria reconocida de trabajar por su barrio y/o comunidad.
 - (4) Explicar a los habitantes de los barrios y comunidades la necesidad y los beneficios de tener líderes comunitarios en su barrio y/o comunidad.
 - (5) Integrar y capacitar nuevos brigadistas que formaran parte de la RC.
 - (6) Dar a conocer las responsabilidades sobre las tareas de los miembros de la RC.
 - (7) Cuando está difícil reunirse y trabajar con la RC, puede organizar las actividades con el Círculo de mujeres, Círculo de Adolescentes, Grupo de Gabinete y otros.

Colaboradores de la RED-Comunitaria Sector #12 El Marrón			
Nombres y Apellidos	Comarca	Cargo	Nº Celular
Corina Suárez	El marrón	Partera	8503
Luz Marina	El Marrón	Colaboradora	5710
Luis Amador	El Toro	Colaborador	5764
Xiomara Lima *	El Toro	Colaboradora	8366
Orlando Romero	El Toro	Colaborador	8742
Doramin Reyes	El Toro	Colaborador	8768
Isidra Suárez	Cab. Sn Valent	Colaboradora	8514
Perfecto	Sn Jerónimo	Colaborador	8697
Yomaira Salquera	Las Pavas	Colaboradora	8833

Foto 2

Lista de la RC colocada en un lugar visible de la Unidad de Salud o Casa Base con nombre, comunidad, cargo, número de celular y "*" representante del sector Esto para identificar sectores y comunidades sin miembros de la RC.

2

Reunión Mensual del Sector de Salud

La Reunión Mensual del sector de salud es una de las actividades más importantes para el desarrollo del cuidado de la salud y las familias en los sectores de salud. Es un espacio donde interactúa el personal de salud y la RC para analizar, evaluar, planificar en forma conjunta las actividades que mejoran la salud de la población. Permite identificar, analizar y consensuar alternativas de solución para mejorar la calidad de vida de las personas, las familias y la comunidad, promoviendo el protagonismo y empoderamiento de la RC en las acciones de promoción y prevención en salud, y otros temas expresados por la RC.

- 2.1 El personal de salud del sector en **mutuo acuerdo** con los miembros de la RC deben definir, la fecha, hora y lugar de la próxima reunión mensual del sector de salud, dando prioridad a la disponibilidad de tiempo de la RC.
- 2.2 El personal de salud del sector **debe recordar** a la RC una semana antes por los medios de comunicación disponibles (teléfono, WhatsApp, invitación escrita, otros.) la fecha, hora y lugar de la reunión mensual del sector de salud.
- 2.3 El personal de salud del sector **prepara el contenido de la agenda** antes de la reunión.

En la preparación de la agenda se debe abordar siempre los siguientes contenidos:

- (1) Revisión de los acuerdos de la reunión anterior.
- (2) Resumen de actividades ejecutadas con valoración del trabajo conjunto por parte de los miembros del ESAFC/GISI.
- (3) Temas principales de la reunión
- (4) Informe mensual de estrategias comunitarias.
- (5) Plan de salida mensual a los barrios y las comunidades por el personal de salud del sector (mínimo 8 salidas por mes por recurso).

2.4 El representante de la RC con un miembro del personal de salud del sector de salud dirige la reunión mensual del sector.

- (1) El personal de salud del sector elabora el acta de la reunión, resaltando el título y describiendo el contenido de cada tema abordado según la agenda. *(Ver Anexo 1, Estructura del acta de reunión mensual)*
- (2) El personal de salud del sector da lectura y revisa el cumplimiento de los acuerdos anteriores, identificando logros y dificultades, detallando las razones para el seguimiento de **acuerdos no cumplidos**.
- (3) El representante de la RC con el personal de salud del sector aborda en cada reunión mensual la situación de las mujeres embarazadas, puérperas e inasistentes a Atención Prenatal (APN), haciendo uso del Censo Gerencial, niñ@s inasistentes a "Vigilancia y Promoción del Crecimiento y Desarrollo (VPCD)" haciendo uso del Censo Nutricional; seguimiento domiciliario a Todos con Voz, pacientes con "Enfermedad Crónica No Transmisible (ECNT)", por cada comunidad.
- (4) El personal de salud del sector escucha y describe todos los problemas planteados por la RC, aunque no sean responsabilidad del MINSA, gestiona la solución según corresponda.
- (5) La RC entrega al personal de salud del sector el informe mensual de todas las actividades y de las estrategias comunitarias que realizaron en el mes anterior.
- (6) El personal de salud del sector de mutuo acuerdo con la RC define las fechas y horario de las salidas a las comunidades.
- (7) El personal de salud del sector anota en el acta los acuerdos que surjan en la reunión, incluyendo la fecha, hora y lugar de la próxima reunión y nombrar al responsable de cada acuerdo de las actividades programadas a realizar.
- (8) Los participantes de la reunión se anotan al final del acta de la reunión mensual el listado de los participantes con nombres y apellidos, barrio y/o comunidad, cargo y sus firmas.

NOTA: Las actividades programadas en mutuo acuerdo con la RC son de estricto cumplimiento, para evitar la pérdida de credibilidad del MINSA, por lo que se podrá delegar otro personal de salud desde el municipio.

2.5 Si hay poca participación de la Red Comunitaria en las Reuniones Mensuales y otras actividades ¿qué va a hacer el ESAFC/GISI?

- (1) Visitarles en sus casas para motivarles a la participación, platicar acerca de sus problemas y aconsejarles como superarlos, señalando ejemplos de vida.
- (2) Motivarlos por medio de estímulos (capacitación, programar visitas con brigadas médicas en sus barrios o comunidades, implementar las estrategias comunitarias, entrega de certificados por participación en las actividades, carnetización, buscar solución a sus inquietudes y otros).
- (3) Realizar reuniones o asambleas en los barrios o comunidades donde hay menos participación, para realizar captación de nuevos miembros de RC.

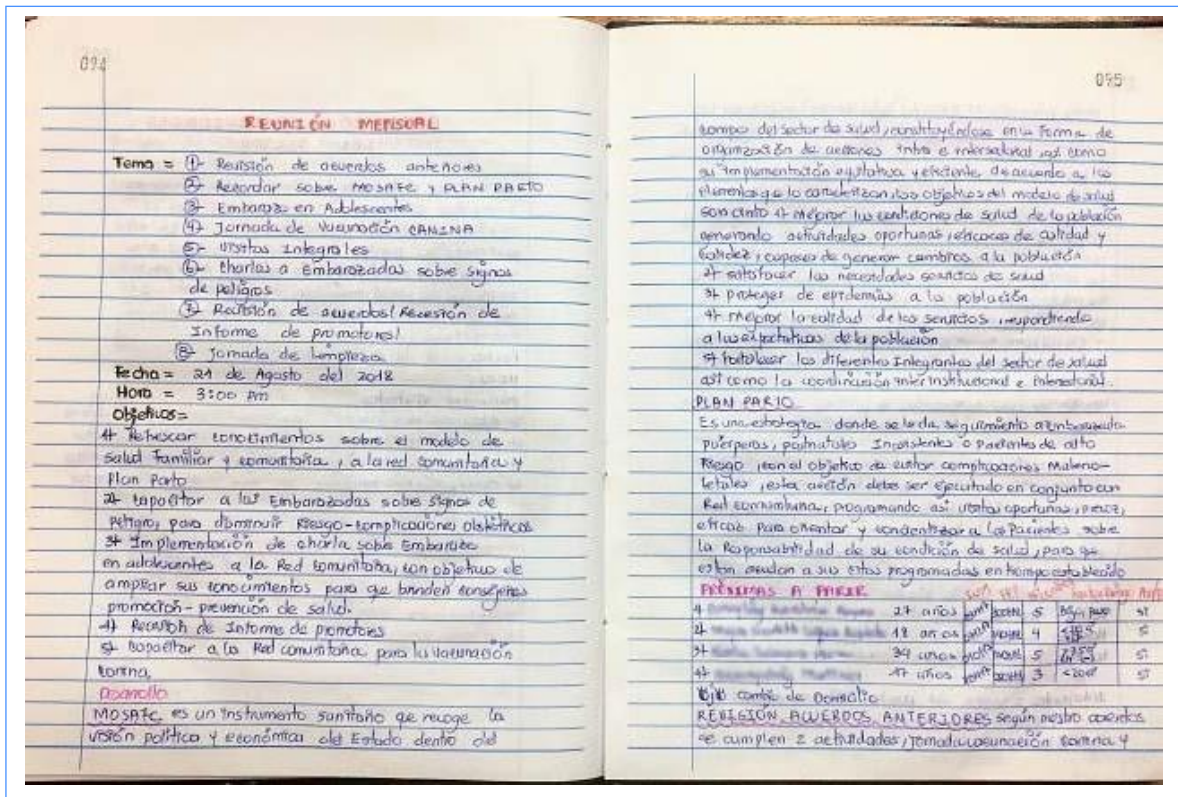


Foto 3

Se han anotado los detalles de la Reunión Mensual de Sector. Revisar el contenido del acta en anexo 1 "Estructura del Acta de la Reunión Mensual", pagina 39 de esta guía.

3

Capacitación sobre el MOSAFC

El Ministerio de Salud, como órgano rector de conformidad con lo establecido en la Ley General de Salud (Ley No. 423) ha implementado el Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFC) con enfoque de Atención Integral:

- (1) Con el propósito de mejorar las condiciones de salud de las personas, familias y la comunidad.
- (2) Acercando la salud a la población desde el sector.
- (3) Fortaleciendo la participación de la RC con integración de las familias y la comunidad para desarrollar sus capacidades y su empoderamiento.
- (4) El ESAFC/GISI y la comunidad dan prioridad a las acciones de promoción y prevención de la salud.

(Manual de Organización y funcionamiento del Sector, MINSA, página 6)

3.1 Objetivos

- (1) Mejorar las condiciones de salud de la población, a través de actividades oportunas, eficaces, de calidad y con calidez, capaces de generar cambios personales, familiares y comunales, con énfasis en la prevención y la promoción de la salud.
- (2) Satisfacer las necesidades de servicios de salud de la población.
- (3) Proteger de epidemias a la población.
- (4) Mejorar la calidad de los servicios, respondiendo a las expectativas de la población en recibir servicios de salud de calidad y con calidez humana.
- (5) Fortalecer la articulación entre los diferentes integrantes del sector de salud, así como la coordinación interinstitucional e intersectorial.

(Marco Conceptual Modelo de Salud Familiar y Comunitario, MINSA, página 16)

3.2 Método de capacitación

La capacitación del MOSAFC debe realizarse en la reunión mensual del sector de salud y se debe registrar en el acta de reunión **los comentarios de la RC.**

- (1) Explicar con palabras sencillas y entendibles.
- (2) Generar maneras de trabajar en conjunto para lograr apoyo y participación comunitaria.
- (3) Motivar y apoyar a los miembros de la RC para desarrollar algunos temas.

3.3 Temas Prioritarios en la Capacitación

- (1) La promoción de la salud para evitar cualquier riesgo de enfermedades a la población.
- (2) La atención oportuna en el ESAFC/GISI para minimizar la atención hospitalaria.
- (3) La responsabilidad compartida por la salud que corresponde tanto al ESAFC/GISI como a las familias y comunidades.
- (4) Promover cambios de comportamientos de la población para mejorar su estado de salud y ambiente de su barrio y/o comunidad.
- (5) Fortalecer la participación para lograr mayor Protagonismo Ciudadano.

El personal de salud debe apoyarse para el desarrollo de estos temas en el “Manual de Organización y Funcionamiento del Sector”.

(Programa de Formación Medicina General Familiar y Comunitaria, Modulo I, MINSA-UNAN Managua, Manual de Participación Comunitaria en Salud, Modulo I-V).

3.4 Roll del protagonista del MOSAFC (las familias y la RC)

Con la implementación del MOSAFC se ha fortalecido el roll de la RC como protagonista de sus barrios y comunidades:

- (1) Apoyando y acompañando al personal de salud de los sectores en el llenado de la Historia de Salud Familiar (HSF).
- (2) Colaborando en la identificación de zonas de riesgo protegiendo la salud de cada barrio y/o comunidad entre otras actividades.
- (3) Identificando los problemas de sus barrios y comunidades, así como las causas y sus efectos sobre la salud y proponiendo alternativas de solución.
- (4) Planifica acciones para mejorar la condición y el ambiente de sus barrios y comunidades con iniciativas y esfuerzos propios.

(Manual de Participación Comunitaria en Salud, Modulo 1, MINSA páginas 28 a 31, Manual de Participación Comunitaria en Salud, Modulo I-V).

3.5 Funciones del ESAFC/GISI en la comunidad

- (1) Garantizar la organización del sector y realizar capacitación a la RC cuando ingresan nuevos miembros.
- (2) El personal de salud del sector debe impartir al menos cada 6 meses las capacitaciones sobre los temas priorizadas del MOSAFC a la RC, para empoderarlos en el rol protagónico que ellos desempeñan en sus barrios y comunidades.
- (3) Coordinar acciones con las diferentes instancias de participación ciudadana (GFCV, comité de desarrollo comunitario, entre otras) para el desarrollo y fortalecimiento del MOSAFC.
- (4) Planificar y realizar visitas domiciliarias de acuerdo a la programación y coordinación con la RC en cada reunión mensual.
- (5) Fortalecer en coordinación con la comunidad los mecanismos establecidos para la referencia y contrarreferencia comunitaria. *(Ver Anexo 2, Boleta del Sistema de Referencia y Contrarreferencia).*
- (6) Facilitar el desarrollo de habilidades de los miembros de la RC.



Foto 4

El MOSAFC ha sido implementado por el Minsa desde el año 2008.
Manual de Participación Comunitaria en Salud, Modulo I-V, 2016

4

Elaboración de Croquis del barrio, comunidad y Mapa del Sector de Salud

El croquis se utiliza permanente en el sector de salud y debe existir una copia de tamaño carta o legal para el expediente comunitario y Censo Gerencial para utilizarlo en la visita al barrio y/o comunidad, además debe existir una copia en la dirección municipal. *(Normativa-035, Manual de Capacitación de AIEPI Comunitario, página 15)*

El croquis es una representación gráfica aproximada del barrio y/o comunidad, es un dibujo donde se identifican fácilmente las viviendas, instituciones públicas, privadas, pulperías, iglesias, personal comunitario, fuentes de agua, vías de acceso, caminos, cementerios, campos deportivos, centros deportivos, centros productivos y otros puntos relevantes a considerar. *(Manual de Organización y Funcionamiento del Sector, página 4).*

Para facilitar la elaboración del croquis, el municipio debe entregar al ESAFC/GISI el mapa básico del municipio identificando el sector de salud y sus barrios y/o comunidades.

4.1 Pasos a seguir para elaborar el croquis del barrio y/o comunidad

La elaboración del croquis se realiza en dos etapas:

(1) **Primera etapa:** en el terreno con acompañamiento de la RC.

- Si disponen de croquis de los barrios y/o comunidades o zonas del territorio que conforman el sector de salud, proceder actualizarlos.
- Se debe incorporar los líderes comunitarios de los barrios y/o comunidades, ya que estos disponen de mayor conocimiento de las características geográficas y topográficas del territorio.
- El personal de ETV debe apoyar al personal de salud del ESAFC/GISI en la elaboración de los croquis.

(Manual de Organización y Funcionamiento del Sector, página 36).

(2) **Segunda etapa:** en el escritorio completar lo que ya se ha trabajado en el terreno con la RC.

(3) El croquis debe ser tamaño carta (mínimo) para ubicarlo en el expediente comunitario,

Censo Gerencial y Censo de ECNT.

(4) Proceso de elaboración del croquis

① Límites Cardinales (norte)

Ubicar los puntos cardinales del barrio y/o comunidad y sector: Norte, Sur, Este y Oeste. (Figura 1)

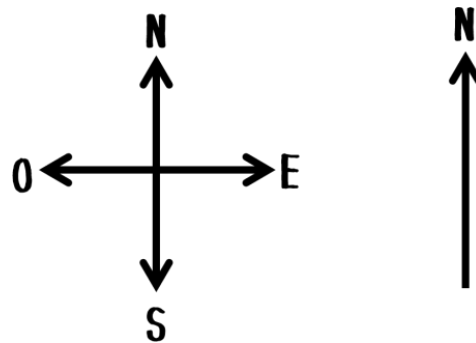


Figura 1

② Límites Territoriales

En el croquis anotar el nombre del "Barrio y/o Comunidad", "Sector" o "Municipio" vecino. (Figura 2)

Ejemplo:



Figura 2

- ③ Dibujar los ríos, quebradas, riachuelos, lagunas, cerros, fuentes de agua, o lo que se considere relevante de la naturaleza. (Figura 3)



Figura 3

- ④ Carreteras y caminos
Es importante identificar las vías de acceso al barrio o las comunidades, las carreteras, caminos, veredas, trochas y calles. (Figura 3)

- ⑤ Puntos de referencia
Ubicar la unidad de salud, escuela, iglesia, casa comunal, casa base, casa de miembros de la RC, otros. (Figura 4)

- ⑥ Numeración de las viviendas.
Las viviendas deben ser enumeradas de forma consecutiva iniciando por la entrada principal del barrio y/o comunidad y se deben incluir las viviendas deshabitadas y viviendas en construcción, lo que permitirá un mejor control y seguimiento de las acciones que se desarrollan en el barrio y/o comunidad. (Figura 4)

- En los barrios y/o comunidades que tienen gran cantidad de viviendas, se recomienda hacer separación de los croquis para facilitar la identificación de las viviendas y las familias.
- En los barrios de zonas urbanas con gran número de viviendas, a la numeración de las viviendas se puede anteponer el número de manzana a la que corresponde por ejemplo manzana # 1 puede registrar "M1" seguido del número de vivienda

(M1-V1, M1-V2, M2-V1, M2-V2,).

- En los barrios que exista gran cantidad de viviendas por manzana puede enumerar sólo las viviendas de las esquinas de la manzana, llevando la secuencia de la casa "número 1" al número de casa que corresponda a la siguiente esquina. De tal manera que la numeración incluya la **primera y última casa de la manzana** (normalmente debe aparecer 5 viviendas numeradas por manzana).
- En las comunidades o zonas rurales la numeración de las viviendas se puede iniciar por los puntos de accesos principales de la comunidad.
- En comunidades que existen subsectores o que tienen características semi urbanas hacer croquis por cada uno de ellos.
- De ser posible utilizar colores para ilustrar ríos, carreteras, iglesias, unidad de salud, otros.

(Manual de Organización y Funcionamiento del Sector, página 37).

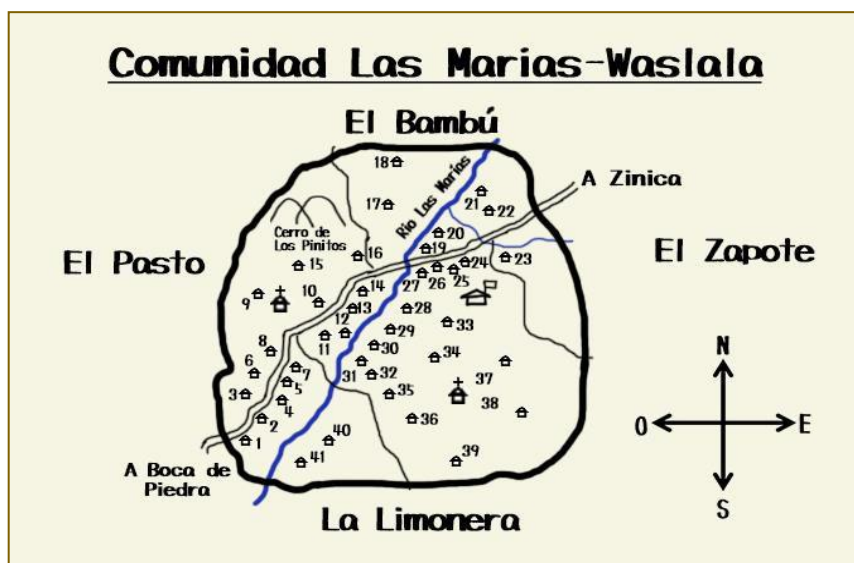


Figura 4

4.2 Uso del Croquis del Barrio y/o Comunidad

(1) En la visita comunitaria

Una vez elaborado el croquis del barrio y/o comunidad, se elabora el listado del jefe de la vivienda o familia con nombres y apellidos y número de teléfono, este listado es parte del expediente comunitario. *(Ver Anexo 3, Listado de jefes de familia)*

- El expediente comunitario se debe llevar siempre cuando se realiza la visita integral comunitaria, para ubicar las familias, pacientes de diferentes grupos dispensariales, embarazadas, puérperas, enfermedades de relevancia epidemiológica, situaciones de

emergencias, otros.

- El croquis permite ubicar puntos de referencias importantes como la ubicación de puntos clave de la comunidad, identificar vías de acceso, zonas críticas vulnerables a situaciones de emergencias y otros.

(2) En la unidad de salud

Colocar el croquis en un lugar visible de la unidad de salud (hospital, centro de salud, puesto de salud y casa base) para conocimiento de los miembros de la RC relacionado a la población, número de habitantes, metas, caminos principales de acceso y otros datos generales.

4.3 Actualización del croquis



El ESAFC/GISI actualiza el croquis de forma trimestral de acuerdo a las necesidades que identifiquen, por ejemplo, casas nuevas, casas deshabitadas, en construcción, otros.



Anexo No. 3 Listado de jefe de las familias

Sector #1 Comisaría Comuna Pico Buñido #1

No. Familia	Nombre y Apellido de jefe de familia	Cargo	No. Celular
1	Isabel Gálvez		
2	Estrella		
3	Fernando Miranda		8240 9026
4	Rodolfo Striano		8708 1041
5	Martin Lario		8990 3210
6	Arquí Pizar		8608 1020
7	Jairo Pizar		8109 1432
8	Michael Mardo		8502 9690
9	Agustina Rios		8205 5580
10	Rodolfo Pizar		8593 1450
11	Osvaldo Pizar		8102 9010
12	Nancy Lario		7612 1440
13	Santos Pizar		8202 9690
14	Erwin Pizar		8738 9770
15	Bianca Rojas		8109 5460
16	Miguel Pizar		8320 8210
17	Alberto Pizar		8102 6396
18	Roberto Lario		8524 9410
19	Roberto Lario		8036 0020
20	Jorge Cacho	Promotora	81986192
21	Nancy Rios		8710 1414
22	José Gálvez		8616 9610
23	Guillermo Triunfo		8410 2070
24	Osvaldo Miranda		8109 9810
25	José Miranda		8904 2890
26	Daniel López		8406 1050
27	Osvaldo Lario		8110 2040
28	José Lario		8640 5530

Listado de jefes de familias

HISTORIA DE SALUD FAMILIAR

Municipio: Comuna Sector: #1 Barrio o Comisaría: Pico Buñido

Fecha de Visita: 22/06/14

Col	Nombre y Apellido	Fecha Nac.	Edad	Sexo	Residencia	Estado Civil	Religión	Grupos	OTRO	OTRO	OTRO	OTRO	OTRO	OTRO	OTRO	OTRO	OTRO	OTRO
1	Isabel Gálvez	1945	69	F	Comuna	Casada	Católica											
2	Estrella																	
3	Fernando Miranda	1970	44	M	Comuna	Casado	Católica											
4	Rodolfo Striano	1970	44	M	Comuna	Casado	Católica											
5	Martin Lario	1970	44	M	Comuna	Casado	Católica											
6	Arquí Pizar	1970	44	M	Comuna	Casado	Católica											
7	Jairo Pizar	1970	44	M	Comuna	Casado	Católica											
8	Michael Mardo	1970	44	M	Comuna	Casado	Católica											
9	Agustina Rios	1970	44	F	Comuna	Casada	Católica											
10	Rodolfo Pizar	1970	44	M	Comuna	Casado	Católica											
11	Osvaldo Pizar	1970	44	M	Comuna	Casado	Católica											
12	Nancy Lario	1970	44	F	Comuna	Casada	Católica											
13	Santos Pizar	1970	44	M	Comuna	Casado	Católica											
14	Erwin Pizar	1970	44	M	Comuna	Casado	Católica											
15	Bianca Rojas	1970	44	F	Comuna	Casada	Católica											
16	Miguel Pizar	1970	44	M	Comuna	Casado	Católica											
17	Alberto Pizar	1970	44	M	Comuna	Casado	Católica											
18	Roberto Lario	1970	44	M	Comuna	Casado	Católica											
19	Roberto Lario	1970	44	M	Comuna	Casado	Católica											
20	Jorge Cacho	1970	44	M	Comuna	Casado	Católica											
21	Nancy Rios	1970	44	F	Comuna	Casada	Católica											
22	José Gálvez	1970	44	M	Comuna	Casado	Católica											
23	Guillermo Triunfo	1970	44	M	Comuna	Casado	Católica											
24	Osvaldo Miranda	1970	44	M	Comuna	Casado	Católica											
25	José Miranda	1970	44	M	Comuna	Casado	Católica											
26	Daniel López	1970	44	M	Comuna	Casado	Católica											
27	Osvaldo Lario	1970	44	M	Comuna	Casado	Católica											
28	José Lario	1970	44	M	Comuna	Casado	Católica											

Historia de Salud Familiar

Foto 5

Cada expediente comunitario lleva Croquis, Listado de jefes de familias e HSF

4.4 Pasos a seguir para elaborar el mapa del sector de salud

La elaboración del mapa de sector presenta algunas diferencias de acuerdo con su ubicación, si es urbano o rural.

- Deben ser elaborados en conjunto por el equipo de conducción municipal, trabajadores de ETV, el ESAFC/GISI, incluidos los miembros de la RC y aprobados por la Dirección del SILAIS.
- Se recomienda que el mapa de sector tenga el tamaño de una cartulina, de preferencia impreso en Policloruro de vinilo (PVC).
- En caso que se necesite identificar en el mapa eventos epidemiológicos, se recomienda poner encima del mapa original un plástico transparente para protegerlo y sobre este último, plotear los casos de acuerdo a simbología que se anota al final (ver cuadro 1)

Cuadro 1. Símbolos para plotear eventos epidemiológicos de importancia

MM	Muerte Materna	DS	Dengue Sospechoso
MN	Muerte Neonatal	DP	Dengue Confirmado
MF	Muerte Fetal	Lep	Leptospirosis positiva
		Ma+	Malaria positiva, otros

(1) Mapa de sector en área urbana:

- ① Para su elaboración se puede auxiliar de los mapas urbanos que manejan las municipalidades o alguna aplicación digital donde se puedan visualizar las manzanas, calles y puntos de referencia mencionados anteriormente.
- ② A partir de ellos se identifican los límites del sector y los límites de los barrios, señalando los **límites de barrios con colores diferentes**.
- ③ Deben estar identificadas las manzanas con la numeración que utiliza ETV y anotar el nombre de las calles.
- ④ Se deben reflejar los puntos de referencia más importantes como escuelas, iglesias, parques, casas comunales, estaciones de bomberos, policía, unidades de salud, casas para personas con necesidades especiales, entre otras. Para ello se utiliza una simbología estandarizada (ver cuadro 2).
- ⑤ Debe incorporarse la rosa de los vientos (indicación de los puntos cardinales) en el extremo superior izquierdo.

- ⑥ En la parte superior debe anotarse el nombre del SILAIS, municipio, número y nombre del sector.
- ⑦ Se debe anotar por barrio: la población, número de viviendas, familias, número de miembros de la RC por cargo (brigadista, partera, Col-Vol) y anotar la fecha de actualización. Estos datos se registran preferiblemente en la parte inferior del mapa.

Cuadro 2. Símbolos para plotear los puntos de referencia más importantes

	Rosa de los vientos
	Estación de Bomberos
	Policía Nacional
	Hospital
	Centro de Salud Familiar
	Puesto de Salud Familiar y Comunitario
	Casa Materna
	Casa para personas con Necesidades Especiales
	Escuela
	Iglesia
	Cementerio

 Río	Ríos
 Lago	Lagos
	Viviendas

Ejemplo: Mapa de Sector Urbano:

**MINISTERIO DEL PODER CIUDADANO PARA LA SALUD
SILAIS MANAGUA DISTRITO 2.2
SECTOR 20 WILLIAM DIAZ**



	Población	No. Viviendas	No. Familias:
William Diaz	2257	565	678
Martha Quezada	2608	445	534
Brigadistas	22	Colaboradores	
		Voluntarios:	2

(2) Mapa de sector rural:

- ① Para su elaboración se puede auxiliar de los mapas rurales que manejan las municipalidades, alguna aplicación digital y los croquis del programa de ETV.
- ② A partir de ellos se identifican los límites del sector y los límites de las comunidades, señalando los **límites de las comunidades con colores diferentes**.
- ③ Se debe anotar el nombre de los caminos, los cuales se identifican en el mapa con color café. Se debe indicar con una flecha y una leyenda hacia donde se dirigen los caminos una vez que salen del sector.
- ④ Los ríos, lagos, lagunas y mares deben señalarse de color azul.
- ⑤ Los cerros y lomas se identifican pintándolos en color verde.
- ⑥ En las comunidades con casas dispersas se deben señalar las viviendas según simbología adjunta y en los caseríos semi urbanos señalar las manzanas con la numeración que utiliza ETV.
- ⑦ Se deben reflejar los puntos de referencia más importantes como escuelas, iglesias, parques, casas comunales, estaciones de bomberos, policía, centros turísticos, unidades de salud, entre otras. Para ello se utiliza simbología estandarizada (ver cuadro 2).
- ⑧ Debe incorporarse la rosa de los vientos (indicación de los puntos cardinales) en el extremo superior izquierdo.
- ⑨ En la parte superior del mapa debe anotarse el nombre del SILAIS, municipio, número y nombre del sector.
- ⑩ Se debe anotar la población, número de viviendas, número de miembros de la RC por cargo (brigadista, partera, Col-Vol) y fecha de actualización, Estos datos se registran preferiblemente en la parte inferior del mapa.

Nota: La actualización del mapa de sector debe realizarse cada 6 meses.

Ejemplo: Mapa de Sector Rural:

MINISTERIO DEL PODER CIUDADANO PARA LA SALUD
 SILAIS CARAZO MUNICIPIO DIRIAMBÁ
 SECTOR 14 SAN VICENTE



COMUNIDAD	POBLACION	VIVIENDAS	BRIGADISTAS	PARTERAS	COLVOL
Los Ranchos	300	67	3		
El Tigre	358	64	3		
San Vicente	997	221	5	3	3
Paso Real	302	72	3		

(Nota de Despacho Ministerial, octubre 2022)

5

Reforzamiento de Plan de Parto y Círculo de Embarazadas

En los **Sectores Rurales**: El “Plan de Parto” es una estrategia que involucra el esfuerzo conjunto de la mujer, su pareja, la familia, la comunidad organizada y el personal de salud, para evitar que las embarazadas se compliquen en la comunidad por no salir a tiempo a CM o a una unidad de salud para la atención de su parto. Este se implementa desde el momento que la mujer sale embarazada hasta la atención del parto, permitiendo al personal de salud estar preparado con todo lo necesario para disminuir los riesgos y complicaciones que se puedan presentar durante el parto, tanto para la madre, como para el recién nacido. Además, prepara a la embarazada con herramientas necesarias para acudir en el momento oportuno a la unidad de salud ante una complicación o emergencia que se presente en cualquier momento del embarazo.

(Normativa-104, Plan de parto para la maternidad segura, manual de organización y funcionamiento y guía de capacitación para el Personal de salud, página 161).

En los **Sectores Urbanos**: A través del “Círculo de Embarazadas” se les proporciona a las embarazadas la información necesaria, preparación tanto física como emocional para saber qué hacer ante una complicación durante su embarazo, parto y puerperio, también sobre los cuidados del recién nacido

(Normativa-042, Norma de Humanización del Parto Institucional, página 25-27).

5.1 Los participantes en el Plan de Parto y/o Círculo de Embarazadas son:

- La embarazada, la pareja y su familia
- La Red Comunitaria
- El personal de salud del sector

(Normativa-104, Plan de parto para la maternidad segura manual de organización y funcionamiento y guía de capacitación para el Personal de salud, página 162).

5.2 El personal de salud del sector capacita a la RC:

- (1) El personal de salud de los sectores con comunidades o áreas rurales **capacita a la RC con frecuencia trimestral** al menos un miembro de cada barrio y/o comunidad sobre los temas priorizados que contempla el Plan de Parto. Esta capacitación tiene como objetivo desarrollar el trabajo conjunto con los miembros de la RC para vigilar y asegurar el parto seguro en cada una de sus comunidades.

(Normativa-104, Plan de parto para la maternidad segura manual de organización y funcionamiento y guía de capacitación para el Personal de salud, página 106).

- (2) El Personal de salud de los sectores con barrios o zonas urbanas organiza las sesiones de Círculo de Embarazadas con frecuencia mínimo cada 15 días, dando a conocer en la primera sesión los objetivos y beneficios de participar en la estrategia y la importancia de asistir a todas las sesiones. En la reunión de los círculos de embarazadas deben participar el 100% de embarazadas de los barrios o zonas urbanas, sumando todas las sesiones que se realicen en los últimos 3 meses.

(Normativa-042, Norma de Humanización del Parto Institucional, página 26-27).

5.3 Método del reforzamiento y organización del Círculo de Embarazadas

El reforzamiento a la RC sobre la Estrategia de Plan de Parto, que se implementa en las comunidades o áreas rurales y el Círculo de Embarazadas en los barrios o áreas urbanas debe realizarse en la reunión mensual del sector, dejando evidencia en el acta de la reunión del círculo (el tema, contenido impartido). En los sectores de salud que hay áreas urbanas y rurales se deben implementar ambas estrategias.

Entre los temas que se pueden abordar, por ejemplo: Cambios Fisiológicos y Psicológicos del Embarazo, APN, Signos de Peligro del Embarazo, Casa Materna, Planificación Familiar, Lactancia Materna, Parto Humanizado y Cuidados del Recién Nacido, entre otros.

5.4 Temas priorizados para el reforzamiento de Plan de Parto y Círculo de embarazadas

- (1) Las tres demoras

En el reforzamiento a la RC es muy importante tener en consideración lo relacionado a las 3 demoras en todo el proceso de atención de la mujer embarazada:

¿Qué es una demora?

Son atrasos o tardanzas que se pueden presentar en el hogar, comunidad o en el establecimiento de salud y que pueden causar una complicación o la muerte de la mujer y su niño o niña.

Las "3 Demoras" sirven para analizar e identificar los problemas que pueden presentarse y reflexionar sobre lo que se puede hacer para evitarlos.

1ra demora:

Demora en la identificación del problema y en la toma de decisión para buscar ayuda.

Se da en el hogar cuando en la familia no reconocen a tiempo las señales de peligro, por lo que deciden no buscar ayuda o se deciden tardíamente o simplemente, porque alguien en la familia decide no llevar a la mujer al establecimiento de salud, principalmente cuando la mujer depende de la decisión de otras personas; como su compañero de vida, mamá, suegra o abuela. otros.

2da demora:

Demora en llegar al establecimiento de salud.

Se da en la comunidad cuando no existen condiciones para trasladar urgentemente a una mujer y su niño o niña a la unidad de salud, ejemplo: por falta de organización en la comunidad, falta de medios de transporte, malos caminos, lluvias, ríos crecidos, lejanía del establecimiento de salud, falta de dinero, otros.

3ra demora: (es responsabilidad del MINSA)

Demora en recibir atención de calidad.

Se da en la unidad de salud cuando la mujer y su niño o niña llegan en busca de atención y el personal de salud no les brinda la atención médica inmediata y adecuada.

(Guía metodológica de capacitación para la red comunitaria del plan parto para la maternidad segura, N-105, página 248).

(2) Vigilancia Comunitaria

La RC debe conocer las mujeres embarazadas de su barrio y/o comunidad para promover la APN. Debe existir estrecha comunicación con el personal de salud del sector para identificar las embarazadas, puérperas y niños inasistentes a su VPCD. A las

embarazadas se les debe dar seguimiento para asegurar la atención del parto en la unidad de salud.

① Ficha de Plan de Parto (*Anexo No. 4*)

La negociación entre los miembros del ESAFC/GISI con la mujer embarazada del área rural, pareja, familia y comunidad se evidencia con el llenado de la Ficha de Plan de Parto que está en el expediente clínico y que debe portar la embarazada junto con su carné perinatal.

En relación a las embarazadas del área urbana el seguimiento se realizará en los círculos de embarazadas, a través del Censo Gerencial y Próximas a Parir, compartiendo esta información con la RC en las reuniones mensuales del sector.

(N-105, Guía metodológica de capacitación para la red comunitaria del plan parto para la maternidad segura, página 269).

② Casa Materna (CM)

- La CM es un sitio cercano a la unidad de salud donde se atenderá el parto, en ella se brinda consejería y educación en salud, promoviendo hábitos de vida saludable.
- La CM es muy importante en el Plan de Parto, permite que la embarazada del área rural se acerque a la unidad de salud para recibir atención de su parto, puerperio y cuidados inmediatos del recién nacido. Además, al ingresar a las mujeres embarazadas del área rural a la CM para esperar el parto se previene la segunda demora relacionada con las muertes maternas.
- La CM alberga la embarazada, al respecto el ESAFC/GISI debe garantizar la referencia oportuna a las 36 semanas de embarazo, apoyándose en el análisis del Censo Gerencial. La referencia puede ser antes de las 36 semanas en casos especiales.
- El ESAFC/GISI debe promover el uso de la CM dirigido a la embarazada, la familia y la comunidad.

(Normativa-105, Guía metodológica de capacitación para la red comunitaria del plan parto para la maternidad segura, página 145).

6

Ejecución de Plan de Parto, Seguimiento de Censo Gerencial y Próximas a Parir

6.1 Ejecución del Plan de Parto

El Plan de Parto consiste en estar preparados con todo lo que se va a necesitar para que el parto sea en condiciones adecuadas y sin peligros para la madre y su hijo. La mujer, su pareja y su familia, preparan las condiciones para el cuidado del embarazo, parto, puerperio y el nacimiento de su niño o niña, apoyado por el personal de salud y la comunidad organizada. El Plan de Parto contribuye a la maternidad segura.

Los pilares de la maternidad segura son: planificación familiar, atención prenatal, atención del parto limpio, seguro y los cuidados obstétricos esenciales. En estos cuatro pilares la RC desempeña un rol básico por el bienestar de su comunidad.

(N-104, Plan de parto para la maternidad segura manual de organización y funcionamiento y guía de capacitación para el Personal de salud, página 16).

6.2 Ejecución de la Vigilancia Comunitaria

- (1) El personal de salud del sector planifica en las APN con la mujer embarazada del área rural y su familia la fecha y la manera de traslado a la CM, a partir de las 36 semanas de embarazo, y le comunica a su RC para el seguimiento conjunto y asegurar que la embarazada acuda a la CM.
- (2) El personal de salud del sector debe elaborar y dar a conocer a la RC en la reunión mensual el listado de las embarazadas Próximas a Parir y su ubicación en tiempo real, embarazadas ARO e inasistentes (embarazadas, puérperas y postnatales). Esta información debe registrarse en el libro de acta de dicha reunión mensual.
- (3) En la reunión mensual, el personal de salud debe mostrar a la RC el croquis para compartir la ubicación de las viviendas donde se encuentran las embarazadas nuevas captadas, embarazadas de alto riesgo, embarazadas y puérperas inasistentes, niños

inasistentes y desnutridos, otros.

- (4) El ESAFC/GISI visita en el domicilio a la embarazada para el seguimiento de la negociación del Plan Parto y promocionar el uso de la CM.
- (5) La RC busca a las embarazadas que les ha reportado el personal de salud del sector que están inasistentes a su APN y Próximas a Parir que aún están en el domicilio del área rural para referirlas a la unidad de salud o CM y reportan al personal de salud del sector.
- (6) El personal de salud del sector debe anotar y encerrar en un círculo las iniciales **CM** o escribir la fecha en el Censo Gerencial cuando la embarazada referida ingresa a la CM.
- (7) El personal de salud del sector debe establecer coordinación con el responsable de Atención Integral a la Mujer del municipio para verificar que la embarazada llegó a CM y en caso que no ha llegado, se debe hacer la búsqueda activa en la comunidad con la RC.

6.3 Ubicación de embarazadas y puérperas en el croquis.

El croquis del barrio y/o comunidad permite la ubicación de las mujeres embarazadas, lo cual facilita atender de forma inmediata cualquier emergencia que se presente.

- El ESAFC/GISI señala la ubicación de las viviendas en el croquis del barrio y/o comunidad y registra en la HSF donde hay una mujer embarazada o puérpera.
- La simbología para identificar embarazadas y puérperas en las viviendas en el croquis es la siguiente:
 - "E" Las casas donde vive una embarazada.
 - "P" Las casas donde vive una puérpera.
 - Cuando la mujer finaliza su embarazo se borra la letra "E" y se coloca la letra "P".
 - Después de 42 días post parto se borra la letra "P".
 - La simbología deberá ser marcada con lápiz de grafito.

(Normativa-105, Guía metodológica de capacitación para la red comunitaria del plan parto para la maternidad segura, página 267 y 268).

6.4 Brigada de Transporte de Emergencia (BTE)

- La RC con el apoyo del personal de salud del sector deben formar la BTE para

situaciones de emergencias en las comunidades rurales.

- Los miembros de la BTE son los encargados de trasladar a las mujeres embarazadas o personas enfermas desde la comunidad hasta la unidad de salud o hasta el lugar donde el ENLACE tiene ubicado el vehículo para el traslado.
- Donde no hay acceso de transporte, la BTE debe estar formada por 4 o más miembros (recomendable 6 personas) para cargar y trasladar el paciente. Entre los miembros de la BTE deben existir un responsable que coordine el traslado con la unidad de salud. Entre más miembros es mejor, ya que disminuye el tiempo y facilita el traslado.

(N-104, Plan de parto para la maternidad segura manual de organización y funcionamiento y guía de capacitación para el Personal de salud, página 150)

Control de CENSO GERENCIAL

Edad	2. Riesgo	3. Fechas Importantes			4. Atenciones Prenatales									5. Plan de Parto	6. Parto			
		Capitación	FUM	FPP	1	2	3	4	5	6	7	8	9		Fecha	RNascidola	Via	Lugar
16	Ad.	120116	080516	150216	N	CM.	CONFIRMADO.								SI		V	H
22	-	120116	180116	250416	VAG.	CM	CONFIRMADO								SI		U	H
17	Ad.	220116	150716	220416	VAG.	CM	CONFIRMADO								SI		C	H
19	Ad.	120116	220116	290716	N										SI			
29	Abundante previa	250116	121115	190916	N										SI		V	H
35	madre atrasada	260116	031215	100916	VAG.										SI			
20	Madre uso	120116	151115	300816	N										SI			

- Referir embarazadas a CM para parto seguro

- Confirmar fecha de parto

Foto 6

Se debe vigilar y dar seguimiento a las embarazadas en el Censo Gerencial.

7

Planificación y ejecución mensual de actividades básicas del Sector de Salud

Las actividades del ESAFC/GISI son un conjunto de acciones en salud de Promoción, Prevención, Atención y Rehabilitación, dirigidas a las personas, la familia y la comunidad, tomando en cuenta el cumplimiento de indicadores, la disponibilidad de recursos, así como las características étnicas, culturales y ecológicas.

El personal de salud del sector debe planificar las actividades mensualmente y analizar, revisar, compartir y evaluar los resultados de las visitas ejecutadas, dejando evidencia en el acta de la reunión mensual.

Además, cuando se visita el barrio y/o comunidad, el personal de salud del sector debe llevar su libro de acta de reunión mensual para anotar el resumen de la ejecución de la actividad, con comentarios de la RC participante, además se debe pedir su nombre, cargo y firma.

7.1 Actividades básicas a realizar en el Sector de Salud

(1) Provisión de servicios en salud

- ① Educación sanitaria
- ② Promoción de la salud
- ③ Comunicación para cambio de comportamiento
- ④ Inmunizaciones y Prevención de enfermedades
- ⑤ Atención y control de las principales enfermedades transmisibles y tropicales, Vigilancia y control de agua, alimentos, desechos sólidos y líquidos, medicamentos y otros productos relacionados con la salud, sustancias tóxicas peligrosas
- ⑥ Vigilancia, investigación y control epidemiológico, epizootico y entomológico
- ⑦ Atención y rehabilitación de las principales enfermedades no transmisibles y discapacidad

(2) Servicios de protección y prevención en salud

- ① Atención prenatal, parto, y puerperio
- ② Atención inmediata del recién nacido
- ③ Cuidados de la nutrición (PROCOSAN niñez y PROCOSAN mujer)
- ④ Detección temprana del cáncer de cérvix y mama
- ⑤ Planificación familiar (ECMAC), Promoción de la salud bucal (Aplicación de Fluor)
- ⑥ Vigilancia y Promoción del Crecimiento y Desarrollo (VPCD) y Amor para los más chiquitos (PAMOR)

(2) Servicios para atención oportuna del daño

- ① Atención a personas con discapacidad (TCV)
- ② Enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI)
- ③ Emergencias médicas y seguimiento
- ④ Morbilidad ambulatoria
- ⑤ Pacientes con enfermedades crónicas
- ⑥ Problemas del recién nacido
- ⑦ Rehabilitación con base en la comunidad
- ⑧ Trastornos psiquiátricos (Salud Mental)

(Marco Conceptual del Modelo de Salud Familiar y Comunitario, MINSA).

7.2 Proceso de Ejecución de actividades

El ESAFC/GISI ejecuta las actividades según las metas y planificación del MINSA, la ejecución de actividades se debe consensuar en la reunión mensual con la RC, principalmente las que se realizan en la comunidad mediante la visita integral.

- (1) Definir y planificar la logística necesaria para la ejecución, por ejemplo: necesidades de medicamentos, vacunas, abate, material didáctico, apoyo de la RC, otros.
- (2) Definir responsables y participantes.
- (3) Definir las metas y período de cumplimiento (fecha, hora, lugar, otros).
- (4) Al finalizar la ejecución de cada actividad en la comunidad, debe evaluarse para conocer

logros y dificultades, identificando medidas para mejorar en una próxima planificación. Debe constar en el libro de actas con nombre, apellidos y firma de los participantes.

7.3 Visitas de personal de salud a Barrios y/o Comunidades

- (1) En la reunión mensual del sector se planifican las visitas que realiza el personal de salud a los barrios y/o comunidades y debe constar en el libro de actas de la reunión mensual.
- (2) Cuando el personal de salud del sector visita el barrio y/o comunidad, la RC hace la convocatoria y garantiza la presencia de los grupos de población priorizados (embarazadas, puérperas, niños menores de 10 años, mujeres que usan métodos de planificación familiar, pacientes con enfermedades crónicas, otros.).
- (3) El personal de salud del sector prepara insumos y materiales necesarios el día anterior, previo a la visita al barrio y/o comunidad. Identifica los pacientes a atender según grupos priorizados, además realizar las acciones de promoción, prevención y atención de enfermedades, además impartir charlas educativas comunitarias.
- (4) Cuando el personal de salud del sector visite el barrio y/o comunidad, debe llevar el expediente comunitario, para la actualización de las Historias de Salud Familiar (HSF).

7.4 Monitoreo y Evaluación (en Reunión mensual y CTAM)

- (1) El personal de salud del sector debe compartir el resumen de las actividades ejecutadas con la RC. Además, la RC participante presenta y comparte su experiencia en la siguiente reunión mensual con otros miembros de la RC.
- (2) Los hallazgos de lecciones aprendidas, buenas prácticas y dificultades deben compartirse entre los miembros del ESAFC/GISI y describirse en el acta de la reunión mensual del sector.
- (3) El personal de salud del sector y el Equipo de Conducción del Municipio monitorean las experiencias de las actividades básicas con la RC en el Consejo Técnico Ampliado Municipal (CTAM), Acompañamiento Técnico Monitoreo y Monitoreo Integral (ATMI) y trimestralmente en la evaluación de la Guía Básica.

8

Llenado y actualización de la Historia de Salud Familiar

La Historia de Salud Familiar (HSF) es un instrumento en la atención médica integral dispensarizada, que permite conocer la situación familiar de cada sector orientando acciones de promoción y prevención que los ESAFC/GISl deberán realizar en el barrio y/o comunidad, las cuales serán incorporadas en la elaboración del plan de salud para el desarrollo local. *(Manual de Organización y Funcionamiento del Sector, página 13).*

8.1 Llenado de la Historia de Salud Familiar

- (1) El Personal de salud del sector es el responsable del llenado de la HSF, sin embargo, puede trabajar con el apoyo de la RC; capacitándola previamente en el llenado de la HSF. El personal de salud del sector debe verificar el dominio del llenado por la RC de los segmentos de la HSF que están enmarcados con una cuadrícula roja. *(Ver Anexo 5, Historia de Salud Familiar)*
- (2) El personal de salud del sector obtendrá la información de la HSF a través de las visitas a los hogares, que realiza con el apoyo de la RC.
- (3) El personal de salud del sector debe entrenar en el terreno sobre el llenado de la HSF a la RC, visitando al menos 5 familias y mostrar el llenado de los segmentos de la HSF que puede apoyar la RC.
- (4) En una vivienda puede encontrar una o más familias, por lo tanto, se debe llenar una HSF por familia conservando el mismo número de vivienda. En el listado de jefes de familias debe anotarse los nombres y apellidos de los jefes de familias que corresponden al mismo número de vivienda (por ejemplo, si en la vivienda 30 hay 3 familias, se anotará 30-A, 30-B y 30-C). El número de vivienda de la HSF debe coincidir con el número de vivienda asignado en el croquis.
- (5) En caso que se encuentre una vivienda deshabitada se debe dejar la HSF sin llenar en el expediente comunitario, pero se le pone el número de la HSF según corresponde al número consecutivo que llevan en el llenado. Estas HSF sin llenar, por ser viviendas deshabitadas no se contabilizan para llenar el formato de diagnóstico comunitario.

Cuando la vivienda es habitada se le llena la HSF a la familia que llega a esa vivienda.

- (6) El personal de salud del sector debe completar toda la información de la HSF del sector en un periodo menor de 6 meses.
- (7) El personal de salud del sector actualiza la HSF cada vez que se le brinda atención a la familia en la unidad de salud, visita de terreno, visita comunitaria, otros.

(Manual de Organización y Funcionamiento del Sector, página 13).

8.2 Manejo de la Historia de Salud Familiar

- (1) La HSF se debe organizar en un expediente por barrio y/o comunidad tomando en consideración el orden del número de vivienda del croquis y listado de jefe de familia. Se debe archivar el croquis, lista de jefe de familia e HSF en orden numérico. En el caso de comunidades y/o barrios con gran número de familias, se puede dividir en uno o más expedientes comunitarios.
- (2) El expediente comunitario se rotula con el nombre del barrio y/o comunidad, número y nombre del sector.
- (3) El expediente comunitario debe guardarse en bolsa plástica evitando el deterioro y protegerlo cuando visita el barrio y/o comunidad.
- (4) Cuando el personal de salud del sector visite el barrio y/o comunidad, debe llevar el expediente comunitario para la actualización de la HSF.

8.3 Uso de la Historia de Salud Familiar

- (1) Para utilizar la HSF se debe cotejar con el croquis y listado de jefe de familia.
- (2) Para ejecución de vigilancia comunitaria.
- (3) Para realizar Análisis de Situación de Salud, Diagnóstico Comunitario y Consolidado de Sector.
- (4) Para obtener datos sociodemográficos del sector.
- (5) Para clasificar a las personas según grupos dispensariales:
 - Grupo I (Individuos aparentemente sanos)
 - Grupo II (Individuos con factores de riesgo)
 - Grupo III (Individuos con enfermedades crónicas)
 - Grupo IV (Individuos con alguna discapacidad)
- (6) Para conocer la estructura de las familias.

9

Análisis de Situación de Salud, Diagnóstico Comunitario y Consolidado del Sector

El Análisis de Situación de Salud, el Diagnóstico Comunitario y Consolidado del Sector, fortalece las habilidades de la RC para implementar acciones y prácticas saludables dirigidas a mejorar la salud y el desarrollo local junto con organizaciones comunitarias, miembros del ESAFC/GISI y otros actores del barrio y/o comunidad, para “Vivir Limpio, Vivir Sano, Vivir Bonito, Vivir Bien”.

Las principales fuentes de información del análisis y diagnóstico comunitario son: la hoja de registro diario de atención ambulatoria, datos estadísticos, la HSF, Censo Gerencial, Libro de seguimiento de vacunas, información de la RC sobre problemas en su comunidad, información de la Alcaldía Municipal y otra información que posea la comunidad.

(Manual de Organización y Funcionamiento del Sector, página 14).

(Manual de Organización y Funcionamiento del Sector del MOSAFC, Formato de “Consolidado del Sector” por el ESAFC).

9.1 Metodología del Análisis de Situación de Salud

El **personal de salud del sector actúa como moderador/a** durante la reunión mensual y utilizando la metodología de lluvia de ideas con la RC identifica y consensua los principales problemas que existen en los barrios y comunidades cada seis meses (máximo), utilizando “Hoja de Análisis de Situación de Salud” (*Ver Anexo 6*) y procede a:

- (1) Seleccionar los problemas comunes en salud en las comunidades.
- (2) Identificar las causas de los problemas.
- (3) Identificar el efecto sobre la salud de las personas.
- (4) Identificar las posibles alternativas de solución.
- (5) Dar a conocer los resultados del Diagnóstico Comunitario y Consolidado del Sector, el cual debe ser consensuado y validado con la RC.

- El personal de salud del sector con apoyo de la RC convoca a la mayor cantidad posible de habitantes del barrio y/o comunidad para escuchar opiniones y nuevas ideas que puedan incorporarse en el Análisis de Situación de Salud.
- Los miembros del ESAFC/GISI analizan las alternativas de solución de los problemas identificados tomando en consideración los recursos disponibles (tiempo, financiamiento, recursos humanos, insumos y otros).
- El personal de salud del sector anota problemas, casusas, efectos y solución en el formato de la hoja de "Análisis de Situación de Salud" (*ver anexo 6*) en el libro de acta de la reunión mensual.
- El ESAFC/GISI presenta el resultado del Análisis de Situación de Salud en asambleas comunitarias, cabildos municipales, intercambio de experiencias u otros espacios de reuniones para mejorar las condiciones de vida de las familias y las comunidades (buscando alternativas de solución, financiamiento u otras ideas, según necesidades).

9.2 Fuentes para el Diagnostico Comunitario y Consolidado del Sector

El ESAFC/GISI realiza el Diagnostico Comunitario y Consolidado del Sector tomando en consideración las siguientes fuentes de información:

- (1) Información de la RC sobre problemas comunes en el barrio y/o comunidad y sector.
- (2) Datos de morbi-mortalidad del sector.
Principales motivos de consulta y principales causas de mortalidad.
- (3) Historia de Salud Familiar (HSF).

Ver Anexo 7, Formato de Diagnostico Comunitario,

Ver Anexo 8, Formato de Consolidado del Sector,

9.3 Planificación de actividades (ver acápite 10)

El ESAFC/GISI debe planificar actividades según las soluciones del Análisis de Situación de Salud. Para los detalles de la metodología de planificación ver la página siguiente.

10

Planificación de las actividades por el ESAFC/GISI según Análisis de Situación de Salud

El ESAFC/GISI planifica las actividades en la reunión mensual del sector según las soluciones del Análisis de Situación de Salud para la satisfacción y empoderamiento de la RC y así mejorar las condiciones de vida de las familias, barrios y/o comunidades.

10.1 Plan de actividades del ESAFC/GISI (protagónico de la RC)

- (1) Basados en las soluciones del Análisis de Situación de Salud se priorizan y planifican las actividades a desarrollar en la hoja del Plan de actividades del ESAFC/GISI (*ver Anexo 9*) con protagonismo de la RC.
- (2) El ESAFC/GISI elabora el plan de actividades a desarrollar cada tres meses.
- (3) El Plan de actividades del ESAFC/GISI (*ver Anexo 9*) debe describirse en el acta de la reunión mensual del sector.
- (4) El Plan de actividades del ESAFC/GISI se programan las actividades más fácil y factible de realizar en el barrio y/o comunidad de acuerdo a los problemas consensuados.

La RC es el protagonista principal en el Plan de actividades del ESAFC/GISI. El plan debe incluir acciones que involucran a las familias del barrio y/o comunidad, pero siempre con el apoyo del personal de salud del sector.

10.2 El ciclo de “Mejora Continua (PHVA)”

El ESAFC/GISI utiliza la metodología del ciclo de “Mejora Continua (PHVA: planificar, hacer, verificar y actuar)” (*Ver Anexo 10, ejemplo de ciclo de Mejora Continua*). Este ciclo se debe ejecutar de forma sistemática y lo componen 4 pasos cíclicos esenciales (Figura 5):

- (1) **Planificar:** Se planifican las actividades de las soluciones encontradas en los problemas del Análisis de Situación de Salud, según la prioridad de la RC. Se escuchan opiniones de los participantes, llegan al consenso definiendo los objetivos a alcanzar.
- (2) **Hacer:** Se hacen o ejecutan las actividades según la planificación. *(Ver acápite # 11)*
- (3) **Verificar:** Una vez ejecutada la actividad, se evalúa en el terreno el cumplimiento de los objetivos propuestos con los participantes de la actividad y en la reunión mensual del sector para compartir experiencias, tomando en consideración logros y dificultades.
(Ver acápite # 12)
- (4) **Actuar:** Una vez identificados logros y dificultades de la ejecución de las actividades, se analizan lecciones aprendidas:
 - ¿Cómo se ha logrado el cumplimiento de los objetivos?
 - ¿Cómo mejorar la organización y participación?
 - ¿Cómo se pueden lograr mejores resultados?
 - ¿Cómo mejorar las dificultades encontradas?
 - ¿Cómo mejorar el desempeño de los participantes?
 - Entre otras.

El personal de salud del sector debe ayudar a realizar el análisis para retroalimentar a la planificación de futuras actividades. *(Ver Anexo 10)*

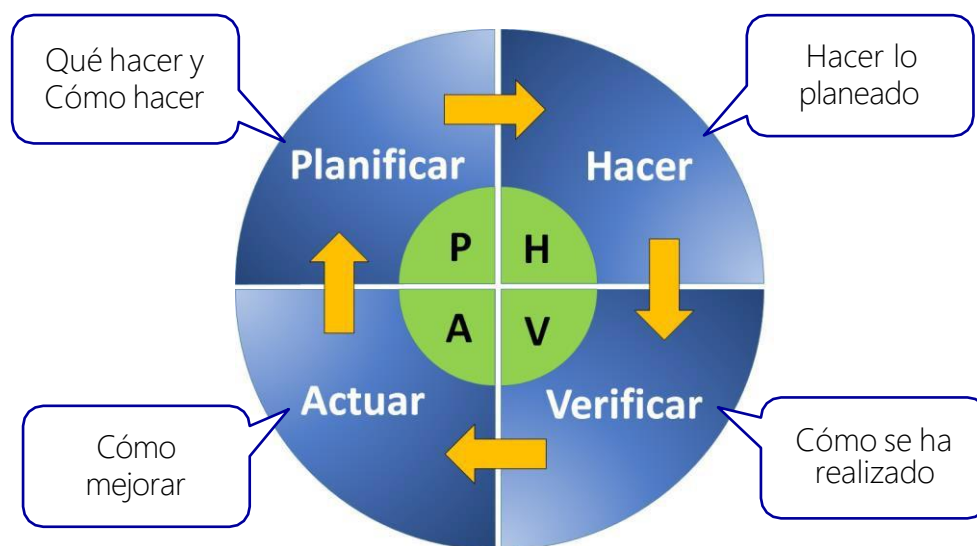


Figura 5

11

Ejecución de las actividades planificadas por el ESAFC/GISI

El ESAFC/GISI ejecuta las actividades planificadas a iniciativa de la RC (*ver acápite 10*), teniendo como protagonistas principales la RC y la comunidad con apoyo del personal de salud del sector.

- (1) El ESAFC/GISI ejecuta las actividades planificadas por cada barrio y/o comunidad.
- (2) El ESAFC/GISI convoca a los miembros de cada barrio y/o comunidad para la ejecución de las actividades planificadas, promoviendo la participación ciudadana en la solución de sus problemas.
- (3) El personal de salud del sector apoya a la RC con asistencia técnica y logística disponible para la ejecución de las actividades planificadas.
- (4) El Personal de salud del sector debe describir en el libro de actas los detalles de la ejecución de las actividades (si es posible tomar fotos) con nombres, apellidos y firma de participantes.

12

Evaluación de las actividades ejecutadas por el ESAFC/GISI

La evaluación e intercambio de las actividades ejecutadas, se realizan en diferentes ocasiones para:

- Empoderar a la RC y los participantes que compartió la experiencia
- Empoderar nuevas iniciativas de la RC en otros barrios y/o comunidades.

12.1 Evaluación de las actividades **en terreno** (momento de ejecución)

- (1) El ESAFC/GISI convoca a los participantes para evaluar la actividad una vez que ha finalizado.
- (2) El ESAFC/GISI después de haber ejecutado la actividad en el barrio y/o comunidad se reúne para conocer opiniones y nivel de satisfacción de los participantes sobre la actividad.
- (3) Describir resumen de los comentarios de los participantes sobre la actividad ejecutada en el libro de acta de la reunión mensual con nombre y firma de los participantes.

12.2 Evaluación de las actividades **en la reunión mensual** del sector (después de la actividad ejecutada)

- (1) La RC en la reunión mensual del sector comparte las experiencias de las actividades ejecutadas en su barrio y/o comunidad.
- (2) El ESAFC/GISI identifica logros y dificultades a través de opiniones de la RC.
- (3) El ESAFC/GISI analiza lecciones aprendidas para buscar medidas que mejoren la ejecución de futuras actividades.

NOTA: Ver Anexo 10, y leer ejemplo de ejecución del Ciclo de "Mejora Continua (PHVA)".

13

Intercambio de experiencias de la RC con otros sectores

El intercambio de experiencias de la RC permite compartir aprendizajes, habilidades, actitudes y destrezas adquiridas en la ejecución de las actividades en los barrios y/o comunidades reforzando el **empoderamiento de la RC** en la ejecución de las actividades del MOSAFC.

- (1) El equipo de conducción del municipio con apoyo de los ESAFC/GISI organizan, coordinan y acompañan el intercambio de experiencias protagónicas de la RC, se organiza **al menos cada 6 meses** con representación de participantes de todos los ESAFC/GISI del municipio.
- (2) El equipo de conducción municipal y personal de salud del sector deben describir en sus libros de acta sobre el intercambio de experiencias detallando (fecha, lugar, hora de inicio, hora de finalización, duración, agenda, contenido del desarrollo del intercambio, con comentarios de la RC) y lista de participantes (nombre, apellidos, cargo, nombre del sector de salud y firma).
- (3) En cada sector, la RC con el apoyo del personal de salud prepara presentación (PowerPoint o Papelógrafo) para compartir las experiencias positivas y dificultades que han identificado durante la ejecución de las actividades del MOSAFC.
- (4) Después de escuchar los resultados de las experiencias, cada representante de la RC del sector con apoyo del personal de salud elabora una presentación en papelógrafo con sus aprendizajes y opiniones para mejorar las actividades futuras.
- (5) Los miembros de la RC que participaron en el intercambio de experiencias comparten los resultados, aprendizajes y experiencias en la siguiente reunión mensual del sector a los demás miembros de la RC.
- (6) Posterior al intercambio de experiencias el ESAFC/GISI puede elaborar un plan de mejora en la siguiente reunión mensual del sector de acuerdo a las dificultades para fortalecer el desarrollo del MOSAFC.

ANEXO

- Anexo 1. Estructura del Acta de la reunión mensual, actividades ejecutadas, evaluaciones y otras actividades realizadas con la RC
 - Anexo 2. Boleta del Sistema de Referencia y Contrarreferencia
 - Anexo 3. Listado de jefes de familias
 - Anexo 4. Ficha de Plan de Parto
 - Anexo 5. Historia de Salud Familiar (HSF)
 - Anexo 6. Hoja de Análisis de Situación de Salud
 - Anexo 7. Diagnóstico Comunitario
 - Anexo 8. Consolidado del Sector
 - Anexo 9. Planificación de las actividades de la RC
 - Anexo 10. Ejemplo de Ciclo de Mejora Continua
-

Anexo 1. Estructura del Acta de la reunión mensual, actividades ejecutadas, evaluaciones y otras actividades realizadas con la RC

1. **Titulo** (mencionar el nombre de la reunión y del sector)

Ejemplo: Reunión mensual con la RC del sector #4, La Concepción, Municipio Comalapa.

Fecha, hora y lugar (registrar fecha, hora de inicio, hora de finalización y duración, lugar de la reunión).

Ejemplo: Fecha: 27 de octubre del 2018 Hora de inicio: 09:00 am

Hora de finalización: 11:20 am Duración: 2 horas y 20 minutos

Lugar: Sala de espera del Puesto de Salud Familiar y Comunitario (PSFC)

2. **Agenda** (debe ser elaborada y escrita previamente)
3. **Revisión de acuerdos establecidos en la reunión anterior** (porcentaje de acuerdos cumplidos y detalle/análisis de los acuerdos no cumplidos).
4. **Resumen de las actividades ejecutadas** (intercambiar opiniones de resultados entre los miembros del ESAFC/GISI y describir comentarios)
5. **Temas principales de la reunión** (temas de capacitación, análisis de situación de salud y otros problemas, planificación de actividades de la RC, resultado de actividades planificadas, ejecutadas, analizadas y evaluadas, seguimiento del Censo Gerencial, VPCD, ECNT, Todos con Voz, otras actividades de interés para la comunidad).
6. **Informe mensual de estrategias comunitarias** (recepción y análisis del informe de actividades comunitarias como: Referencias, ECMAC, otros).
7. **Plan de salidas a las comunidades por personal de salud** (visitas de terreno, salidas integrales, feria de salud, dispensarización, lucha antiepidémica y otras actividades planificadas).
8. **Establecimiento de acuerdos** (establecer nuevos acuerdos que surjan durante el desarrollo de la reunión, definiendo actividad a realizar, responsable, fecha de cumplimiento y fecha/lugar/hora de próxima reunión mensual del sector).
9. **Firma de participantes** (Cada participante deberá anotarse al final del acta de la reunión el nombre, apellidos, comunidad, cargo y firma, en caso que no sepa escribir, poner huella).

Anexo 2. Boleta del Sistema de Referencia y Contrarreferencia

 Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional <i>El Pueblo, Presidente!</i> COMPROBANTE	 Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional <i>El Pueblo, Presidente!</i> REFERENCIA	 Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional <i>El Pueblo, Presidente!</i> CONTRA REFERENCIA
Nombre del Paciente:	Nombre del Paciente:	Nombre del Paciente:
_____	_____	_____
Edad: <input type="text"/>	Edad: <input type="text"/>	Edad: <input type="text"/>
Sexo: Hombre <input type="checkbox"/> Mujer: <input type="checkbox"/>	Sexo: Hombre <input type="checkbox"/> Mujer: <input type="checkbox"/>	Sexo: Hombre <input type="checkbox"/> Mujer: <input type="checkbox"/>
Comunidad o Barrio:	Comunidad o Barrio:	Comunidad o Barrio:
_____	_____	_____
Motivo de referencia:	Fecha de Referencia:	Fecha de Referencia:
_____	_____	_____
Fecha de Referencia	MOTIVOS DE REFERENCIA	Unidad de Salud:
_____	<input type="checkbox"/> Control del Niño/Niña <input type="checkbox"/> Lesiones en la Piel <input type="checkbox"/> Certificado Defunción <input type="checkbox"/> Mordedura animal Venenoso <input type="checkbox"/> Certificado de nacimiento <input type="checkbox"/> Mordedura de otros animales <input type="checkbox"/> Completar Vacunas <input type="checkbox"/> Herida <input type="checkbox"/> Dificultad de amamantamiento <input type="checkbox"/> Intoxicación <input type="checkbox"/> Dificultad para Respirar (Neumonía) <input type="checkbox"/> Violencia Intrafamiliar <input type="checkbox"/> Diarrea, Vómito <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Fiebre, Calentura <input type="checkbox"/> Enviada a Casa Materna <input type="checkbox"/> Atención de Embarazo Parto y Puerperio <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Planificación Familiar	_____
Observaciones:	Observaciones:	Comunidad o Barrio
_____	_____	_____
Nombre del Agente Comunitario:	Nombre del Agente Comunitario:	Indicaciones
_____	_____	_____
		Nombre del Médico o Enfermera:

		Firma del Médico o Enfermera:

Anexo 3. Listado de jefes de familias



Sector: _____

Comunidad: _____

No. Vivienda	Nombre y apellidos de jefe de familia	Cargo	No. Celular

Anexo 4. Ficha de Plan de Parto

Señales de Peligro del Embarazo

Dolor de cabeza fuerte con chisperío

convulsiones o ataques

Salida de líquido por sus partes sin dolor (Ruptura de la fuente)

Sangrado (1 sola gota es sangrado)

Inflamación de manos, pies y cara

Dolor en el vientre, como faja que rodea

El bebé no se mueve y antes se movía

Señales de Peligro del Parto

Hemorragia

El niño asoma otra cosa que no es la cabeza

La placenta no sale o placenta retenida

Señales de Peligro después del Parto (Cuarentena)

Hemorragia

Secreción vaginal con mal olor

Fiebre alta

Señales de Peligro en el recién nacido

No puede mamar

Convulsiones o ataques

Morado

Nació flojito

La vida de la madre y el recién nacido se cuidan mejor cuando se asiste oportunamente al control prenatal y el parto se atiende en el hospital o unidad de salud.

Ficha de Plan de Parto para la Maternidad Segura

No. de Ficha: _____

Nombre de la embarazada: _____

Edad: _____ Dirección: _____

Nombre del marido o compañero: _____

Municipio: _____ Comunidad: _____

Unidad de Salud: _____

Fecha de inicio de Plan de Parto: _____

Quién lo inicia: _____

Seguimiento al Plan de Parto:

Fecha	Quién lo realiza
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Control del Embarazo

Fecha de mi Embarazo

Día	Mes	Año

Fecha de mi parto

Día	Mes	Año

Controles de Embarazo

Fecha de mi primer control

Día	Mes	Año

Vacunas Antitetánicas

Día	Mes	Año
1		
2		
3		

¿Su compañero le ayuda en los cuidados de usted y de su bebé?

1 2 3 4 5 6

Observaciones:

Preparativos para el parto

¿Quién la acompañará?

El compañero

1 2 3 4 5 6

La Mamá

1 2 3 4 5 6

La Partera

1 2 3 4 5 6

Observaciones:

¿Quién la atenderá?

Personal de Salud

1 2 3 4 5 6

Partera

1 2 3 4 5 6

Familiar

1 2 3 4 5 6

¿Dónde la atenderán?

Hospital

1 2 3 4 5 6

Unidad de Salud

1 2 3 4 5 6

Su casa

1 2 3 4 5 6

Otros preparativos de importancia

¿Cuánto piensa que gastará para la atención de su parto?

¿Qué hará usted y su familia para recoger el dinero?



¿Qué nombre le pondrá a su bebé?

Niña: _____

Niño: _____

Observaciones:

¿Piensa salir días antes de su comunidad? ¿Dónde?



Familia

1 2 3 4 5 6

Casa Materna

1 2 3 4 5 6



Observaciones:

¿Cómo piensa salir de la comunidad para atención de su parto o en caso de emergencia?

TRANSPORTE				
A quién pertenece				
Dónde se encuentra				
Tiempo que tarda en llegar el transporte a su casa				
Tiempo que tarda de su casa a la Unidad de Salud				

Cuidado de la familia: ¿Quién cuidará a sus hijos, casa y animales, cuando llegue el momento del parto?

El compañero

1 2 3 4 5 6

La mamá o suegra

1 2 3 4 5 6

Familiares o amigos

1 2 3 4 5 6

¿Qué método anticonceptivo planea usar después del parto?

MELA

DIU

INYECCIÓN

CONDÓN

OPERACIÓN DE LA MUJER

OPERACIÓN DEL HOMBRE

Observaciones:

Anexo 5. Formato para la Historia de Salud Familiar

HISTORIA DE SALUD FAMILIAR												
SILAIS: _____			MUNICIPIO: _____			SECTOR: _____			Nº Vivienda según Croquis: _____			
BARRIO / COMUNIDAD: _____					DIRECCION: _____							
I.- INFORMACION DE LA FAMILIA												
Cod	Nombre y Apellidos	Fecha nacim	Edad	Etnia	Sexo	Escolaridad	Ocupación	Emb	P.F.	VPCD	Factores Riesgo/Enfermedades	G.D.
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
II.- CARACTERÍSTICAS HIGIÉNICO-SANITARIAS												
Fecha	Hacinamiento	Animales Doméstic	Riesgo Accidentes	Facts Medio Ambientales	Combustible para Cocinar	Abastecim del Agua	Calidad del Agua	Electricidad	Depósita Excretas	Depósita basura		
III.- FACTORES SOCIOECONÓMICOS							FAMILIOGRAMA					
Fecha	Caráct Estruct Vivienda	Cultura Sanitaria	Caráct Psicosociales	Satisfac Necesid Básicas								
IV.- FUNCIONAMIENTO FAMILIAR												
Fecha	Tamaño	Ontogénesis	Etapas Ciclo Vital	Crisis Normativa	Crisis Paranormativa							
OBSERVACIONES												
Nombre de quien realiza la visita 1: _____				Perfil: _____								
Nombre de quien realiza la visita 2: _____				Perfil: _____								
Nombre de quien realiza la visita 3: _____				Perfil: _____								
Nombre de quien realiza la visita 4: _____				Perfil: _____								

44

Nota:

La Red Comunitaria puede llenar solamente lo que está encerrado en las cuadrículas rojas.

HISTORIA DE SALUD FAMILIAR (reverso)

Actualización Familiares (Personas)

Código persona (*)	Fecha de la visita	Evento (**)	Fecha del Evento	Observaciones (***)

Descripción de Eventos

- (A) Fallecido
- (B) Traslado de Habitación
- (C) Nacimiento
- (D) No registrado en primera visita
- (E) Formación de nueva familia

Instructivo

* Cada una de las personas registradas en la Historia de Salud Familiar tiene un número a la izquierda del nombre, mas el número de la vivienda y número de la familia, se constituye en su código de persona. Ejemplo: 3-47-2 (Es la persona 3 de la vivienda 47 de la familia 2).

** El evento a registrar en la actualización de datos familiares debe corresponder al número del código persona.

*** En el caso que el evento sea un nacimiento, en evento anotar C y la fecha en fecha del evento, pero en observaciones poner que en el anverso de Historia de Salud Familiar se agregó el nuevo miembro de la familia.

Seguimiento a la Familia

Fecha	Motivo de la visita	Problemas Familiares y del entorno encontrados	Miembro del Equipo que hace la visita

Anexo 6. Hoja de Análisis de Situación de Salud



Hoja de Análisis de Situación de Salud

Municipio: _____ Sector: _____ Barrio o
Comunidad: _____

Problema	Causa	Efecto	Solución

Elaborado: _____

Fecha: _____

Anexo 7. Diagnóstico Comunitario

DIAGNOSTICO COMUNITARIO

Nombre de la comunidad o barrio:

Nombre y/o No. del Sector:

Municipio:

SILAIS:

Elaborado por:

Fecha:

I. CARACTERIZACIÓN TERRITORIAL(Dan la información los líderes comunitarios y la alcaldía municipal)						
Límites y/o referencia:	Norte:			Sur:		
	Este:			Oeste:		
Extensión Territorial en km ² :	Población Total:		Hombres:	Mujeres:	Población urbana:	Población Rural:
Poblacion por Grupos de Edad:	< de 1 año:	1año:	2-4 años:	5-9 años:	10-14 años:	15-19 años:
No. Familias:	20-49 años:	50 y más:	No. menores de 5 años sin partida de nacimiento:			
No. Viviendas:	No. Viviendas:		No. viviendas con techo de plástico o de cartón:			
No. de viviendas con cocina de leña dentro de la casa:			No. de viviendas que se encuentran a más de una hora de la unidad de salud:			
II. ORGANIZACIÓN COMUNITARIA Y ACTORES EN LA COMUNIDAD(Dan la información los líderes comunitarios, alcaldía)						
Nombres de Organizaciones con presencia en la comunidad:						
Integrantes de la red comunitaria:	No. miembros del comité comunitario:	No. miembros de la red de salud:	No. promotores:	No. brigadistas:	No. de parteras:	No. Col. Vot:
	Otros actores trabajando en la comunidad:					
Información que tienen los líderes comunitarios:	Censo de la comunidad	Croquis de la comunidad	Plan de la comunidad	Otra información:		
III. CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS(Dan la información MINSA, líderes comunitarios, alcaldía)						
Vías de comunicación y acceso	Medio de transporte comúnmente usado	Medios de comunicación e información existente		No. viviendas sin energía eléctrica:		
Camino de todo tiempo	Bus	Teléfono Público		Principales actividades económicas / productivas		
Camino de verano	Taxi	Celular		Agricultura	Comercio	
Navegación por río	Panga	Radio comunicador		Ganadería	Artesanía	
Trocha o vereda	Bestia	Radios		Pesca	Turismo	
	A pie	Periódico	Televisor	Granja	Otras	
	Otro	Correo electrónico				
IV. EDUCACION						
No. Centros Educativos:	Centros de preescolar		Centros multigrado	Centros de Primaria completa	Centros de Bachillerato	
No. de estudiantes:	Estudiantes Preescolar	Estudiantes Primaria:	Estudiantes Secundaria:	No. personas que no saben leer y escribir:	No. personas en programa de alfabetización:	
V. SALUD(MINSA líderes comunitarios, promotores de salud, Alcaldía)						
V.1 Condiciones higienico sanitarias			V.2 Centros que brindan servicios de salud			
Abastecimiento de agua			Existe unidad de salud en la comunidad? SI NO			
Pozo público	Ojo de Agua	No. de viviendas sin tratamiento al agua de consumo Humano:	Tipo de U/S: Puesto de salud Centro de salud:			
Pozo domiciliar	Río	No. de viviendas sin inodoro, letrina o excusado:	Otros centros que brindan Servicios de Salud			
Miniacueducto	Otro	No. de viviendas que botan la basura al aire libre o en basurero ilegal:	No. de Casas Base: No. de Casas Maternas:			
Conexión domiciliar			No. de Centros Alternativos: No. de Centros privados:			
Otros:						
V.3 Principales problemas de salud en la comunidad:						
No. de familias con personas con algún riesgo: No. de embarazadas sin control prenatal actualizado: de mujeres sin planificación familiar:						
No. de menores de 2 años con Vigilancia y Promoción de Crecimiento y Desarrollo sin actualizar:						
No. de personas hipertensos: diabéticos: tuberculosos: con Discapacidades: físicas mentales Otros riesgos:						
VI. VULNERABILIDAD FRENTE A DESASTRES NATURALES O SITUACIONES DE EMERGENCIA (Fuente alcaldía, líderes comunitarios, MINSA)						
VI.1 Tipos de Riesgo			VI.2 Sistema de Prevención			
Incendios	Inundaciones	Comunidad tiene conformado el comité local de prevención, mitigación y atención a desastres SI NO				
Sequia	Deslaves	Tiene la comunidad Plan de Emergencia actualizado SI NO				
Erupciones volcánicas	Terremotos	Se encuentra la comunidad capacitada y equipada para enfrentar la emergencia. SI NO				
Otros						
VII. OTRA INFRAESTRUCTURA			VIII. PROYECTOS EN DESARROLLO A NIVEL DE LA COMUNIDAD			
No. de Casas Comunales	Proyectos desarrollándose en la comunidad:		SI NO			
No. de Iglesias:	Nombre de los proyectos y quien los realiza. (sociales, productivos, económicos y de infraestructura)					
No. espacios recreativos:	Grupos Dispensariales					
Otros:	Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IV		

Anexo 8. Formato de Consolidado del Sector



Ministerio de Salud

CONSOLIDADO DEL SECTOR																											
Nombre y No. del Sector: _____												Número de comunidades o barrios que conforman el sector: <input type="text"/>															
Municipio: _____												SILAIS: _____															
Elaborado por: _____												Fecha: ____/____/____															
I. CARACTERIZACIÓN TERRITORIAL DEL SECTOR																											
Límites:		Norte: _____			Sur: _____			Este: _____			Oeste: _____																
Extensión Territorial en km ²		Población Total:		Hombres:		Mujeres:		Población Urbana:		Población Rural:																	
Población por Grupos de Edad:		< de 1 año:		1 año:		2-4 años:		5-9 años:		10-14 años:		15-19 años:															
20-49 años:		50 y más:		No. de Menores de 5 años sin partida de nacimiento:																							
II. ORGANIZACIÓN Y ACTORES EN EL SECTOR																											
Nombre de Comunidades sin red de salud comunitaria		_____																									
Nombre de Comunidades con red de salud comunitaria que no cuenta con plan de trabajo		_____																									
III. CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS																											
No. de Comunidades sin vías de acceso de todo tiempo		<input type="checkbox"/>		No. de comunidades sin energía eléctrica		<input type="checkbox"/>																					
No. de comunidades sin medio de comunicación con la unidad de salud																											
No. de comunidades con poca actividad productiva																											
IV. EDUCACION																											
No. Centros Educativos:				No. Alumnos Preescolar:				No. Alumnos Primaria:																			
No. Alumnos Secundaria:				No. Alumnos Universitarios:				No. Personas que no saben leer y escribir:																			
V. SALUD																											
V.1 Principales problemas de salud en la comunidad:																											
		Enero		Feb		Marz.		Abril		Mayo		Junio		Julio		Agost		Sept.		Oct.		Nov.		Dic.		Total	
Nombre de la comunidad		X		Y		R		S		M		L		W		Y		B		T		G		Z			
No. de familias con personas con algún riesgo individual:																											
No. de embarazadas sin control prenatal actualizado																											
No. de mujeres en edad fértil sin planificación familiar:																											
No. de menores de 2 años con Vigilancia y Promoción de Crecimiento y Desarrollo sin actualizar:																											
No. de hipertensos:																											
No. de diabéticos:																											
No. de Tuberculosos:																											
No. de personas con discapacidades:																											
Otros:																											
VI. VULNERABILIDAD A DESASTRES O SITUACIONES DE EMERGENCIA																											
VI.1 Tipos de Riesgo					VI.2 Sistema de Prevención																						
Incendios <input type="checkbox"/>		Inundaciones <input type="checkbox"/>		Nombres de Comunidades que no cuentan con un plan de emergencia actualizado:																							
Sequía <input type="checkbox"/>		Deslaves <input type="checkbox"/>		_____																							
Erupciones Volcánicas <input type="checkbox"/>		Otros <input type="checkbox"/>		_____																							
VII. OTRA INFRAESTRUCTURA					VIII. PROYECTOS EN DESARROLLO A NIVEL DE LA COMUNIDAD																						
No. de Casas Comunes		<input type="checkbox"/>		Proyectos desarrollándose en el Sector										SI <input type="checkbox"/>		NO <input type="checkbox"/>											
No. de Iglesias		<input type="checkbox"/>		Escriba el nombre, tipo de proyecto y organismo que lo impulsa:																							
No. de Espacios Recreativos		<input type="checkbox"/>		_____																							
Otros		<input type="checkbox"/>		_____																							

Anexo 9. Planificación de las actividades de la Red Comunitaria



Hoja de Planificación de las actividades de la Red Comunitaria

Barrio y/o

Municipio: _____

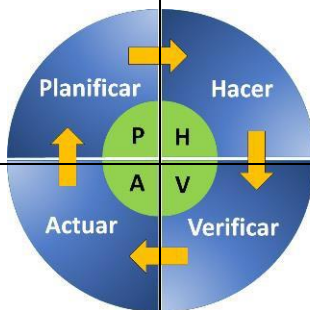
Sector: _____

Comunidad: _____

Identificación del problema a mejorar	Solución: ¿Qué vamos hacer/ Intervenciones?	¿Dónde lo hacemos?	¿Cuándo lo hacemos?	¿Cómo lo hacemos?	Recursos o insumos necesarios	Responsable

Anexo 10. Ejemplo del Ciclo de “Mejora Continua”

<p style="text-align: center;">1. PLANIFICAR</p> <p style="text-align: center;">Basado en las soluciones del Análisis de Situación de Salud, se planifican las actividades</p> <p>Un ejemplo: (definiendo la siguiente actividad) “Una Jornada de Limpieza en el barrio XX”</p> <p>Deben plantearse y responder las siguientes preguntas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuándo la vamos a hacer? • ¿Cómo la vamos a hacer? • ¿Quiénes van a participar? • ¿Quiénes serían los responsables? • ¿Cómo involucrar a la gente? <p>Objetivo: Mejorar las condiciones higiénico-sanitarias de las familias del barrio XX.</p> <p>Metas: Lograr la participación de todas las familias del barrio XX. Todas las viviendas del barrio deben limpiar los patios y sacar la basura.</p>	<p style="text-align: center;">2. HACER</p> <p style="text-align: center;">Ejecución de la actividad planificada</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Se ejecuta la Jornada de Limpieza en la fecha establecida en el barrio XX. 2. Se divulgó previamente la ejecución de la actividad en el barrio XX. 3. Participando personal de salud del sector, la RC y familias del barrio XX. 4. Los participantes cumpliendo con las responsabilidades asignadas. 5. Se garantizan los insumos según disponibilidad para la ejecución de las actividades (tren de aseo, abate, otros.).
<p style="text-align: center;">4. ACTUAR</p> <p style="text-align: center;">Analizar evaluación para mejorar</p> <p>Una vez evaluada la actividad se revisan las dificultades para mejorar en la siguiente actividad: Dificultades encontradas</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. No todas las familias limpiaron sus patios y sacaron la basura. <ul style="list-style-type: none"> ➤ Para mejorar <ul style="list-style-type: none"> • Garantizar la divulgación de la actividad a todas las familias a través de: escuelas, iglesias, unidad de salud, radio, otros. 2. El abate fue insuficiente para aplicar en todas las viviendas. <ul style="list-style-type: none"> ➤ Para mejorar <ul style="list-style-type: none"> • Revisar previamente el croquis del barrio para conocer número de viviendas y estimar necesidades de abate. 	<p style="text-align: center;">3. VERIFICAR</p> <p style="text-align: center;">Evaluación de la actividad ejecutada</p> <p>En el terreno cuando se ha realizado la actividad, el ESAFC/GISI evalúa identificando logros y dificultades:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Los participantes cumplieron con las responsabilidades asignadas. (Logro) 2. No todas las familias limpiaron sus patios y sacaron la basura. (Dificultad) 3. El tren de aseo hace el recorrido recolectando la basura. (Logro) 4. El abate fue insuficiente para aplicar en todas las viviendas. (Dificultad)





Sistema de monitoreo y evaluación de la Guía Básica del ESAFC/GISI

El monitoreo y evaluación de la ejecución de la Guía Básica del ESAFC/GISI es la actividad de mayor impacto para garantizar su avance y requiere obligatoriamente de liderazgo y seguimiento de los equipos de conducción de los municipios con acompañamiento del SILAIS.

1. Monitoreo

El monitoreo de la ejecución de la Guía Básica del ESAFC/GISI, se debe revisar mensualmente en los Consejos Técnicos Ampliados Municipales (CTAM) y durante los Acompañamientos Técnicos y Monitoreo Integral (ATMI).

2. Evaluación

La evaluación de la ejecución de la Guía Básica del ESAFC/GISI, debe realizarse cada tres meses (en julio, octubre, enero y abril) para medir el avance de las actividades.

(1) La **METODOLOGÍA** de la evaluación se realiza de la siguiente manera:

① Convocatoria

El equipo de conducción municipal debe notificar a personal de salud de sector y los evaluadores una semana antes de realizar la evaluación trimestral y garantizar la participación de un representante de cada sector de salud, definiendo lugar, fecha y hora.

② Organización

Es mejor organizar la evaluación con varios sectores simultáneamente para maximizar el tiempo, compartir experiencias y aprendizaje entre los ESAFC/GISI.

③ Equipo evaluador

Debe participar el equipo de conducción municipal con acompañamiento del SILAIS, porque les permite conocer sistemáticamente el funcionamiento del MOSAFC, en relación a la articulación del personal de salud y la RC (ESAFc/GISI) en la prestación de servicios a la población.

④ **Evidencias necesarias**

El personal de salud del sector debe presentar las evidencias requeridas por cada actividad al equipo evaluador. En caso de **no presentar evidencias el puntaje debe ser "0 punto"**.

⑤ **Procedimiento**

Se revisa las evidencias de cada actividad paso a paso cuando se esté evaluando más de un sector de salud.

⑥ **Puntaje**

Después de revisar las evidencias se utiliza la Hoja de "Evidencias para la Evaluación de las actividades del ESAFC/GISI" y se establece un consenso del equipo evaluador para asignar el puntaje obtenido en cada actividad evaluada. *(Ver Anexo 11, Hoja de Evaluación de las actividades del ESAFC/GISI).*

⑦ **Acuerdos por actividad**

Una vez asignado el puntaje en cada actividad se da Razón de evaluación y/o Plan de mejora.

⑧ **Redacción del acta**

Se debe redactar un acta por cada ESAFC/GISI, municipio y SILAIS detallando los resultados obtenidos en la evaluación, recomendaciones plan de mejora y establecer acuerdos.

⑨ **Plenaria**

Al finalizar la evaluación se deben discutir acciones que les permitan avanzar y mejorar en las actividades con mayores problemas o dificultades.

El máximo puntaje en la evaluación de la Guía Básica no debe ser visto como la meta final, ya que este refleja el avance de las actividades básicas del MOSAFC, sin embargo, siempre hay hallazgos o debilidades que se pueden mejorar para incidir en la calidad de vida de las personas, las familias y la comunidad, con el trabajo continuo y esfuerzo propio entre el personal de salud, RC y comunidad.

¹ El libro de actas de la reunión mensual puede ser utilizado para ATMI, CTAM u otras actividades de acompañamiento entre sector de salud y municipio.

Anexo 11. Evidencias para la Evaluación de las actividades del ESAFC/GISI

13 Actividades	Evidencias Necesarias	Criterio de cálculo de evaluación	Puntaje evaluado	Razón de evaluación (Plan de mejora)	
1	Conocimiento de la RC	<p>Debe de garantizar mínimo 3 miembros de la RC participando por mes, donde existe solo 1 o 2 barrio y/o comunidad. Además, al menos un miembro de listado de la RC de todos los barrios y/o las comunidades participando en la reunión mensual. (Revisar) > Listado de la RC > Acta de reunión mensual</p>	<p>Menos de 25% de cumplimiento de participación durante 3 meses a evaluar</p> <p>25% de cumplimiento de participación durante 3 meses a evaluar</p> <p>50% de cumplimiento de participación durante 3 meses a evaluar</p> <p>75% de cumplimiento de participación durante 3 meses a evaluar</p> <p>100% de cumplimiento de participación durante 3 meses a evaluar</p>	<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p>	
2	Reunión Mensual del sector de salud	<p>Libro de acta de las reuniones mensuales, debe llevar el contenido del Anexo número 1 sobre la "Estructura del acta de reunión mensual". Debe tener redacción del acta que aparezca participación de la RC.</p>	<p>Reunión realizada menos de 25% de la programada y no tiene contenido de la evidencia establecida</p> <p>Reunión realizada 25% de la programada con contenido completo de la evidencia establecida</p> <p>Reunión realizada 50% de la programada con contenido completo de la evidencia establecida</p> <p>Reunión realizada 75% de la programada con contenido completo de la evidencia establecida</p> <p>Reunión realizada 100% de la programada con contenido completo de la evidencia establecida</p>	<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p>	

3	Capacitación sobre el MOSAFC	Especificar qué tema y contenido del MOSAFC se abordó. Además, debe describir entendimiento sobre las actividades que se apoya por parte de la RC. NOTA: El contenido del tema, no es descripción de la norma y se debe describir los comentarios de los participantes.	Menos de 25% de la RC capacitado según listado de la RC, revisando las actas de los últimos seis meses	0	
			25% de la RC capacitado según listado de la RC, revisando las actas de los últimos seis meses	1	
			50% de la RC capacitado según listado de la RC, revisando las actas de los últimos seis meses	2	
			75% de la RC capacitado según listado de la RC, revisando las actas de los últimos seis meses	3	
			100% de la RC capacitado según listado de la RC, revisando las actas de los últimos seis meses	4	
4	Elaboración del croquis del barrio y/o comunidad y Mapa del sector de salud	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Croquis de los barrios y/o comunidades con número de viviendas. ➤ Mapa del sector de salud pegado en un lugar visible de la unidad de salud detallando por barrio y/o comunidad. ➤ Croquis y Mapa debe contener lo descrito en la Guía Básica. 	Menos de 25% de comunidades con croquis elaborados según la Guía Básica y no elaborado mapa del sector	0	
			<ul style="list-style-type: none"> ➤ 25% de comunidades con croquis elaborados según la Guía Básica y viviendas enumeradas. ➤ Mapa del sector sin datos, ni identificación por colores de barrios y/o comunidades 	1	
			<ul style="list-style-type: none"> ➤ 50% de comunidades con croquis elaborados según la Guía Básica y viviendas enumeradas. ➤ Mapa del sector con datos, sin identificación por colores de barrios y/o comunidades 	2	
			<ul style="list-style-type: none"> ➤ 75% de comunidades con croquis elaborados según la Guía Básica y viviendas enumeradas. ➤ Mapa del sector con identificación por colores de barrios y/o comunidades, pero no hay datos 	3	
			<ul style="list-style-type: none"> ➤ 100% de comunidades con croquis elaborados según la Guía Básica y viviendas enumeradas. ➤ Mapa del sector con datos e identificación por colores de barrios y/o comunidades 	4	

5	Reforzamiento de Plan de Parto y Círculo de Embarazadas	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Describir en el acta de la reunión mensual tema y contenido del Plan de Parto que se abordó. Además, debe describir entendimiento sobre las actividades que se apoyan por parte de la RC. ➤ Describir en el acta de la reunión mensual tema y contenido que se abordó en el Círculo de Embarazadas con lista de participantes y su firma que debe coincidir con Censo Gerencial. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Menos de 25% de la RC capacitada sobre Plan de Parto ➤ Menos de 20% de embarazadas participando en los Círculos de embarazadas 	0	
			<ul style="list-style-type: none"> ➤ 25% de la RC capacitada sobre Plan de Parto. ➤ 20% de embarazadas participando en los Círculos de embarazadas 	1	
			<ul style="list-style-type: none"> ➤ 50% de la RC capacitada sobre Plan de Parto. ➤ 40% de embarazadas participando en los Círculos de embarazadas 	2	
			<ul style="list-style-type: none"> ➤ 75% de la RC capacitada sobre Plan de Parto. ➤ 60% de embarazadas participando en los Círculos de embarazadas 	3	
			<ul style="list-style-type: none"> ➤ 100% de la RC capacitada sobre Plan de Parto. ➤ 80% de embarazadas participando en los Círculos de embarazadas 	4	
6	Ejecución de Plan de Parto, Seguimiento de Censo Gerencial y Próximas a Parir	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ubicación de embarazadas en tiempo real en el croquis. ➤ Censo Gerencial actualizado. ➤ En el libro de acta de la reunión mensual registrar la Vigilancia Comunitaria (embarazadas, puérperas y postnatales). ➤ Lista de Brigada de Transporte de Emergencia (BTE) en comunidades rurales. ➤ 100% de participación de embarazadas en Círculo en sectores urbanos 	No cumple ningún ítem del "puntaje 4"	0	
			1 de 4 actividades del "puntaje 4" cumplido	1	
			2 de 4 actividades del "puntaje 4" cumplido	2	
			3 de 4 actividades del "puntaje 4" cumplido	3	
			<ul style="list-style-type: none"> ➤ 100% de las embarazadas ubicadas en el croquis y coincide con el CG ➤ Actualizado 100% el CG ➤ Dan seguimiento mediante vigilancia comunitaria en las reuniones mensuales ➤ Tiene lista de BTE en todas las comunidades / 100% de participación de embarazadas en Círculo 	4	

7	Planificación y ejecución de actividades básicas del Sector de Salud	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Personal de salud comparten sus planes de salidas con la RC y describen en el acta de la reunión mensual fecha, horario, lugar de visita y programa de actividades. ➤ Personal de salud describe resultado de ejecución en su libro de acta de la reunión con nombre y firma de la RC quien colaboró. 	Menor de 2 salidas cada mes con resultados de ejecuciones descritas evidenciado en el libro de acta	0	
			2 a 3 salidas cada mes con resultados de ejecuciones descritas evidenciado en el libro de acta	1	
			4 a 5 salidas cada mes con resultados de ejecuciones descritas evidenciado en el libro de acta	2	
			6 a 7 salidas cada mes con resultados de ejecuciones descritas evidenciado en el libro de acta	3	
			8 o más salidas cada mes con resultados de ejecuciones descritas evidenciado en el libro de acta	4	
8	Llenado y actualización de la Historia de Salud Familiar (HSF)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Historia de Salud Familiar de todos los barrios y/o comunidades coincide con el número de jefes de familias y croquis. ➤ El expediente comunitario debe contener croquis, lista de jefes de familias, HSF, diagnóstico comunitario o evaluación trimestral por barrio y/o comunidad con caracterización del sector. 	Menos de 25% de HSF llenadas y actualizadas de barrios y/o comunidades con los expedientes comunitarios completos	0	
			25% de HSF llenadas y actualizadas de barrios y/o comunidades con los expedientes comunitarios completos	1	
			50% de HSF llenadas y actualizadas de barrios y/o comunidades con los expedientes comunitarios completos	2	
			75% de HSF llenadas y actualizadas de barrios y/o comunidades con los expedientes comunitarios completos	3	
			100% de HSF llenadas y actualizadas de barrios y/o comunidades con los expedientes comunitarios completos	4	

9	Análisis de Situación de Salud, Diagnóstico Comunitario y Consolidado del Sector	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Resultado de Análisis de Situación de Salud por Comunidad utilizando Anexo Número 6 "Hoja de Análisis de Situación de Salud". Registro en el acta de reunión mensual. ➤ Llenado del formato de "Diagnóstico Comunitario" (Anexo número 7). ➤ Llenado del formato de "Consolidado del Sector" (Anexo número 8). 	No Análisis de Situación de Salud de los barrios y/o las comunidades	0	
			Solo Análisis de Situación de Salud de todas (100%) los barrios y/o las comunidades	1	
			Mayor de 50% de los barrios y/o las comunidades con Diagnóstico Comunitario y 100% de Análisis de Situación de Salud	2	
			Mayor de 75% de los barrios y/o las comunidades con Diagnóstico Comunitario y 100% de Análisis de Situación de Salud	3	
			100% de los barrios y/o las comunidades con Diagnóstico Comunitario, Análisis de Situación de Salud y Consolidado del Sector	4	
10	Planificación de las Actividades por el ESAFC/GISI según Análisis de Situación de Salud	Planificación de las actividades resultantes de las soluciones del Análisis de Situación de Salud en conjunto con la RC, con registro en el libro de acta de reunión	Menor de 20% de los barrios y/o las comunidades del sector presenta planificación de actividades	0	
			20% de los barrios y/o las comunidades del sector presenta planificación de actividades	1	
			40% de los barrios y/o las comunidades del sector presenta planificación de actividades	2	
			60% de los barrios y/o las comunidades del sector presenta planificación de actividades	3	
			80% y más de los barrios y/o las comunidades del sector presenta planificación de actividades	4	

11	Ejecución de las actividades Planificadas por el ESAFC/GISI	Registro de las actividades ejecutadas con evidencia de comentarios de la RC en libro de acta de reunión con nombre y firma de participantes.	No ejecutado ninguna actividad de 3 meses evaluados	0	
			Ejecución de al menos 1 actividad planificada en el Sector de Salud de 3 meses evaluados	1	
			Ejecución de al menos 2 actividades planificadas en el Sector de Salud de 3 meses evaluados	2	
			Ejecución de al menos 3 actividades planificadas en el Sector de Salud de 3 meses evaluados	3	
			Ejecución de al menos 4 actividades planificadas en el Sector de Salud de 3 meses evaluados	4	
12	Evaluación de las actividades ejecutadas por el ESAFC/GISI	<p>➤ Registro de las actividades evaluadas en terreno con evidencia en el libro de acta con nombre y firma de participantes.</p> <p>➤ Resumen en el libro de acta de la Reunión Mensual donde se comparten los resultados de las actividades ejecutadas en los meses evaluados.</p>	No hay evidencia en el libro de acta	0	
			Se ha evaluada en terreno con los participantes por lo menos 1 actividad ejecutada en el sector de salud	1	
			Se ha evaluada en terreno con los participantes por lo menos 2 actividades ejecutada en el sector de salud	2	
			Se ha evaluada en terreno con los participantes por lo menos 3 actividades ejecutada en el sector de salud y se evalúa en la reunión mensual por lo menos 1 actividad ejecutada.	3	
			Se ha evaluada en terreno con los participantes por lo menos 4 actividades ejecutada en el sector de salud y se evalúa en la reunión mensual por lo menos 1 actividad ejecutada	4	

13	Intercambio de experiencia con otros Sectores	Acta municipal de intercambio de experiencias con evidencia de presentaciones de la RC con nombre, apellidos, sector que pertenece y firma de participantes.	Menos de 25% de Sectores de Salud participaron en el intercambio	0	
			25% de Sectores de Salud participaron en el intercambio	1	
			50% de Sectores de Salud participaron en el intercambio	2	
			75% de Sectores de Salud participaron en el intercambio	3	
			100% de Sectores de Salud participaron en el intercambio	4	

Resumen de evaluación

Actividades de Guía Básica												
No.1	No.2	No.3	No.4	No.5	No.6	No.7	No.8	No.9	No.10	No.11	No.12	No.13

Total de Puntaje	
-------------------------	--

Nombre y firma de personal de ESAFC/GISI _____

Nombre y firma de Evaluador/a _____



Uso de Manual de Buenas Prácticas de la Guía Básica del ESAFC/GISI

Las Buenas Prácticas contempladas en este manual se han recopilado a través de la experiencia en la ejecución de la Guía Básica en los 161 sectores de salud de los SILAIS Chontales y Zelaya Central, este manual se elaboró con el objetivo de fortalecer el trabajo comunitario que enfoca el MOSAFC.

El uso del manual de Buenas Prácticas permite identificar situaciones, causas e implementar medidas que generen nuevas ideas o acciones que puedan ser incorporadas para mejorar el avance de las actividades que contempla la Guía Básica del ESAFC/GISI.

Es importante que el personal de salud de los sectores consulte o lea este manual de Buenas Prácticas para identificar soluciones a las dificultades que se puedan presentar durante el avance de las actividades comunitarias en el sector de salud.

La participación comunitaria es uno de los pilares fundamentales que se toman en consideración en este manual.

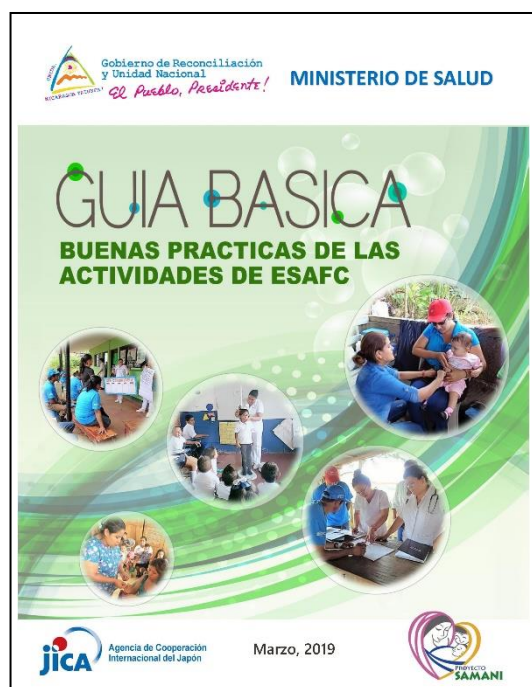


Foto 7
Portada del Manual de Buenas Prácticas

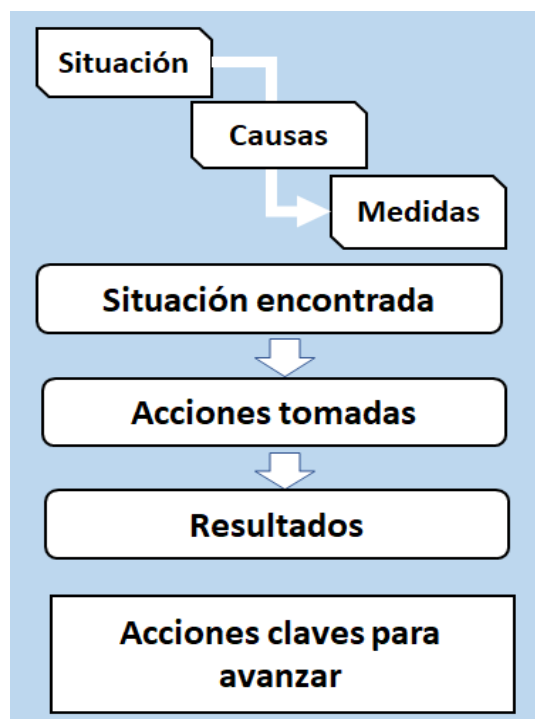


Figura 6
Estructura del contenido del Manual de Buenas Prácticas

