



Gobierno de Reconciliación  
y Unidad Nacional  
*El Pueblo, Presidente!*

## MINISTERIO DE SALUD

### Modelo de Salud Familiar y Comunitario

Manual de Organización y Funcionamiento del  
Sector



Managua, Junio 2008

N Nicaragua. Ministerio de Salud. Gobierno de Reconciliación y  
WA Unidad Nacional. Modelo de Salud Familiar y Comunitario: Manual de  
39 Organización y Funcionamiento de Sector. MINSA: Managua.. julio 2008  
2050  
2008

76 p.: ilus, tab, graf

- 1.- Modelo Salud Familiar y Comunitario
- 2.- Manual de Organización y Funcionamiento del Sector
- 3.- Prestación de Atención de Salud
- 4.- Atención Integral de Salud
- 5.- Organización de los Servicios de Salud
- 6.- Organización Comunitaria
- 7.- Sistemas de Información
- 8.- Medicina Familiar y Comunitaria/organización

Ficha elaborada por la Biblioteca Nacional de Salud

© MINSA



Gobierno de Reconciliación  
y Unidad Nacional

El Pueblo, Presidente!

## CRÉDITOS

### DIRECCIÓN SUPERIOR

Dr. Guillermo González      Ministro de Salud  
Dr. Adrián Zelaya      Secretario General

### DIRECTORES GENERALES

Dr. Alejandro Solís M.	División General de Planificación y Desarrollo
Dra. Juana Ortega	Dirección General de Regulación Sanitaria
Dr. Alcides González	Centro Nacional de Diagnóstico y Referencia
Dra. Liana Vega	Dirección General de Servicios de Salud
Dra. Maribel Orozco	Dirección General Vigilancia de la Salud Pública (a.i.)
Lic. José Humberto Murillo	División General de Recursos Humanos
Lic. Jaime González	División General Administrativa Financiera

### EQUIPO TECNICO NACIONAL

#### 1da. Edición

Dr. Jorge Orochena	Dirección General de Servicios de Salud
Dra. Dinorah Corea	Dirección General de Servicios de Salud
Lic. Ramón Membreño	División General de Recursos Humanos
Lic. Marisol Gutiérrez	División General de Planificación y Desarrollo
Dra. Luisa Amanda Campos	Dirección General Vigilancia de la Salud Pública
Dr. Víctor Calixto Cuevas	Dirección General Vigilancia de la Salud Pública
Lic. Martha Alguera	División General Administrativa Financiera
Lic. Gerardo Delgado	Dirección General Vigilancia de la Salud Pública
Lic. Nidia Icaza	División General de Recursos Humanos
Lic. Martha Silva	Dirección General de Servicios de Salud
Dr. Juan Bosco López	Dirección General de Regulación Sanitaria

Agradecemos la colaboración y participación de los Equipo Técnicos de SILAIS y Municipios que nos han brindado sus aportes, así como sus experiencias para la implementación del Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFC).

### Colaboradores Organismo y Proyectos

PRONICASS/ USAID  
OPS/OMS

El documento fue reeditado y ajustado el 17 de Febrero, 2010.

## **ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS**

**MOSAFC:** Modelo de Salud Familiar y Comunitario.

**APS:** Atención Primaria en Salud

**ESF:** Equipo de Salud Familiar

**Col-Vol:** Colaborador Voluntario

**CPC:** Consejo del Poder Ciudadano

**CDM:** Consejo de Desarrollo Municipal

**MINED:** Ministerio de Educación

**MAGFOR:** Ministerio Agropecuario y Forestal

**MARENA:** Ministerio de Recursos Naturales y del Ambiente

**INETER:** Instituto Nicaragüense de Estudios Territoriales

**FISE:** Fondo de Inversión Social de Emergencia

**ENACAL:** Empresa Nicaragüense de Acueductos y Alcantarillado

**INIDE:** Instituto Nacional de Información de Desarrollo

**ONGs:** Organizaciones No Gubernamentales

**SICO:** Sistema de Información Comunitario

**PROCOSAN:** Programa Comunitario de Salud y Nutrición

**PF:** Planificación Familiar

**MEF:** Mujeres en Edad Fértil

**VPCD:** Vigilancia y Promoción del Crecimiento y Desarrollo del niño

**CPN:** Control Prenatal

**EDA:** Enfermedades Diarreicas Agudas

**CACU:** Cáncer Cervico Uterino

**RN:** Recién Nacido

**VIF:** Violencia Intra Familiar

**ARO:** Alto Riesgo Obstétrico

**TB:** Tuberculosis

**BCG:** Bacilo Calmette-Guérin

**ECMAC:** Estrategia Comunitaria de Métodos Anticonceptivos

**NERPES:** Núcleos de Educación Rural

## Índice de Contenido

	Pág.
<u>1 Glosario de términos</u>	3
<u>2 Introducción</u>	6
<u>3 objetivos</u>	6
<u>3.1 Objetivo General</u>	6
<u>3.2 Objetivos específicos</u>	6
<u>4 Organización comunitaria en el sector</u>	7
<u>5 La red comunitaria y las organizaciones existentes en el territorio, el ejercicio del control social en todos los procesos para el desarrollo comunitario</u>	8
<u>6 Organizar la atención a las familias y comunidad</u>	9
<u>6.1 Inducción</u>	9
<u>6.2 Sectorización</u>	10
<u>6.3 Caracterización del Sector y las Funciones del ESF</u>	12
<u>6.3.1 Croquis de la comunidad y del sector: (ver anexo No. 3)</u>	12
<u>6.3.2 Función de atención médica integral dispensarizada por el ESF</u>	12
<u>6.3.3 Historia de Salud Familiar: (ver anexo No. 4)</u>	13
<u>6.3.4 Situación de la Familia en la comunidad (ver anexo No. 5)</u>	14
<u>6.3.5 Consolidado del Sector (ver anexo No. 6)</u>	14
<u>6.4 Análisis de la Situación de Salud a nivel de la Comunidad:</u>	15
<u>6.5 Elaboración del Plan de Salud para el Desarrollo Local</u>	15
<u>6.6 Entrega de prestaciones de servicios de salud a las personas, familia y comunidad</u>	15
<u>6.6.1 Conjunto de Prestaciones de Servicios de Salud en el Hogar: ( anexo No. 7)</u>	16
<u>6.6.2 Conjunto de Prestaciones de Servicios de Salud en la Comunidad (anexo 7)</u>	16
<u>6.6.3 Conjunto de Prestaciones de Servicios de Salud en el Establecimiento (Puesto de Salud Familiar y Comunitario y Centros de Salud Familiar) anexo No. 7</u>	17
<u>6.6.4 Articulación del Equipo de Salud Familiar y Equipo de Apoyo</u>	18
<u>6.6.5 Continuidad de la Atención en la Red de Servicios</u>	18
<u>7 Monitorear y evaluar el plan de salud para el desarrollo local en conjunto con la comunidad organizada</u>	20
<u>8 Sistema de información de salud</u>	20
<u>8.1 principales fuentes de información</u>	21

<u>8.1.1 Expediente Clínico</u> .....	21
<u>8.1.2 Historia de Salud Familiar</u> .....	21
<u>8.1.3 Caracterización del Sector</u> .....	21
<u>8.1.4 Vigilancia Epidemiológica</u> .....	22
<u>8.2 La vigilancia de la salud comunitaria</u> .....	22
<u>8.3 Principales Flujos y Utilización de la Información</u> .....	22
<u>8.3.1 Usuarios informados</u> .....	22
<u>8.3.2 Gestión de citas a grupos priorizados</u> .....	22
<u>8.3.3 Seguimiento a la visita familiar</u> .....	22
<u>8.3.4 Registro diario de atenciones integrales</u> .....	23
<u>8.3.5 Consolidado diario de atenciones integrales</u> .....	23
<u>8.3.6 Reporte mensual de atenciones integrales</u> .....	23
<u>8.3.7 Sala de situaciones y vigilancia epidemiológica</u> .....	23
<u>9 Bibliografia</u> .....	25
<u>10 Anexos</u> .....	27
<u>10.1 ANexo No. 1: Funcionamiento del Equipo de Salud Familiar Para La Implementación del MOSAFC en los sectores.</u> .....	27
<u>10.2 Anexo No. 2: Guía para la Sectorizacion</u> .....	32
<u>10.3 Anexo No. 3: Guía para elaborar el croquis</u> .....	35
<u>10.4 Anexo No. 4: Formato de la Historia de Salud Familiar</u> .....	39
<u>10.4.1 Instructivo para el llenado de la Historia de Salud Familiar</u> .....	41
<u>10.4.2 Aplicativo Informatico Historia de Salud Familiar</u> .....	48
<u>10.5 Anexo No. 5: Diagnóstico Comunitario</u> .....	49
<u>10.5.1 Instructivo para el llenado del Diagnóstico Comunitario</u> .....	50
<u>10.6 Anexo No. 6: Consolidado del Sector</u> .....	53
<u>10.7 Anexo No. 7 Conjunto de Prestaciones de Servicios de Salud</u> .....	54
<u>10.7.1 Escenario Hogar / Familia</u> .....	54
<u>10.7.2 Escenario comunidad</u> .....	56
<u>10.7.3 Escenario Unidades de Salud</u> .....	59
<u>10.7.4 Conjunto de Prestaciones del Primer Nivel de Atención.</u> .....	61
<u>10.8 Lista de equipos, insumos y materiales de apoyo para la entrega de las prestaciones de salud.</u> .....	73

## GLOSARIO DE TÉRMINOS

**Atención Primaria en Salud:** Consiste en establecer el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, mediante su plena participación, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, constituyéndose en primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria, función central del desarrollo social y económico global de la comunidad. Así mismo, orienta la organización de los establecimientos de salud en redes articuladas para brindar los servicios integralmente. El modelo de gestión está dirigido a descentralizar la atención de Salud. El Modelo de Salud Familiar y Comunitario tiene un enfoque holístico que trasciende la Atención a la familia hasta la comunidad cuya base de actuaciones es el sector.

**MOSAFC: Modelo de Salud Familiar y Comunitario:** Es el conjunto de principios, normas, disposiciones, regímenes, planes, programas, intervenciones e instrumentos para la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, centrado en las personas, la familia y la comunidad, con acciones sobre el ambiente, articulados de forma sinérgica; a fin de contribuir afectivamente a mejorar el nivel de vida de la población nicaragüense. (Art. 38, Reglamento de la Ley 423).

**Salud:** Es el nivel de bienestar bio-físico, psíquico y social de las personas, la familia y la comunidad, al que aspiran alcanzar y participan en su construcción los miembros de una sociedad (OMS). Es parte de un proceso continuo de salud y enfermedad que emerge en un momento de ese proceso como expresión o consecuencia de la situación relacional entre las personas, la familia y la comunidad con su medio ecológico y social

**Conjunto de Prestaciones de Servicios de Salud:** Se define como el conjunto de servicios públicos de salud y los servicios asistenciales básicos en salud dirigidos a toda la población a través de los diferentes regímenes de financiamiento así como las condiciones en que será suministrado dicho conjunto de servicios.

**Protocolos de Atención:** Son normas estructuradas sobre el manejo de una determinada situación de salud, lo que incluye desde las medidas de promoción, prevención, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, seguimiento y control, manejo de las complicaciones y las terapias de rehabilitación.

**Enfoque de Atención:** Es la forma de organización de la atención integral que se brinda a las personas en los diferentes escenarios establecimiento (Intramuros) hogar y comunidad (extramuros).

**Sujeto de la Atención:** Se refiere a quienes reciben la atención: la familia que incluye al individuo y la comunidad.

**Familia:** Conjunto de personas que viven bajo un mismo techo en forma habitual, con vínculo de parentesco o sin él, que comparten presupuesto común y cocinan para el conjunto. Existen diferentes tipos de familia: nuclear, extendida y mixta. En Nicaragua el promedio de miembros por familia es de 5 personas y rige para el nivel nacional.

**Comunidad:** Del latín común-unidad. Es la interacción social viva y dinámica, integrada por el conjunto de familias interactuando unas con otras en un espacio concreto. Se desarrolla en el escenario político, económico y social. También se desarrolla en un medio ambiente o entorno: flora, fauna, agua, clima, composición química, microambiente (vivienda). Es la dimensión privilegiada para la interacción y la integración de las personas y de las familias y por tanto en él se debe de actuar con acciones de promoción y prevención.

**Acceso en salud:** Es el mecanismo de entrada que tienen las personas en el sistema sanitario para recibir los cuidados que requieren sobre la base de sus necesidades y demandas.

**Asignación de recursos humanos:** Se refiere a los parámetros de asignación de los recursos humanos necesarios para un territorio definido.

**Formación Profesional Continua:** destinada al colectivo de trabajadores activos dentro del sistema de salud, cuyo objetivo es la adquisición de mayores competencias que le permitan una actualización permanente en el puesto de trabajo que desempeña u optar a otro y acorde a las necesidades del Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFC).

**Sectorización:** Es la delimitación del espacio-población, donde se agrupan comunidades, barrios o zonas entre 600 a 1000 familias, equivalente a 3000 a 5000 habitantes, según sea el caso rural o urbano y que se denomina Sector; en el se desarrollarán acciones de promoción y prevención por la red de agentes comunitarios, el que estará articulado a la red de servicios de salud, el que contará con el Equipo de Salud Familiar.

**Sector:** Se entiende como una Unidad Territorial epidemiológica, social y de producción de la salud donde se desarrollan acciones de promoción y prevención en coordinación con la red de agentes comunitarios. Facilita la organización para la acción y control de las actividades que se desarrollarán en el sector en estrecha coordinación con la red de agentes comunitarios y el Equipo de Salud Familiar.

**Sede de Sectores:** Se refiere a los espacios físicos donde se prestan los servicios, que pueden estar dentro y fuera de los establecimientos de salud, donde permanece localizable el equipo de salud familiar. La sede sirve para organizar la atención a las familias.

**Población asignada al Sector:** Es el número de familias asignadas a un espacio población a nivel urbana y rural.

**Mapa de Sector:** Es una representación gráfica convencional sobre un plano de los fenómenos geográficos y geológicos de un territorio el cual será elaborado por el personal más calificado, donde se ubicará la población, las viviendas, los recursos y riesgos de la comunidad.

**Croquis del Sector:** Es una representación gráfica aproximada del sector, 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.

**Niveles de Atención:** Son formas organizativas de los servicios de salud que se entregan a la población y se basan en la complejidad de la tecnología que poseen, lo que les dota de capacidad para resolución de los problemas de salud. Ej. Primer Nivel (Centro de Salud Familiar y Puestos de Salud Familiar y Comunitario).

**Responsabilidad del Equipo de Salud Familiar:** Se refiere al compromiso del Equipo de Atención sobre la salud de los usuarios, de la atención a la población asignada, para asegurar la continuidad de la atención.

**Dispensarización a la Familia:** Atención médica de elevada calidad técnica, científica y humana que se complementa con acciones de promoción de salud, prevención de enfermedades y otros daños y rehabilitación con enfoque integral a través de la dispensarización **de las familias que permite** que estas se clasifiquen en cuatro grupos dispensariales.

**Eficacia en Salud:** Es un procedimiento o tratamiento **dirigido al paciente, y que se expresa** como el grado en que la atención/intervención logra el resultado esperado o deseado.

**Calidad de la atención:** Consiste en brindar cuidados oportunos de reconocida efectividad que se ajustan a los estándares técnicos establecidos, a costos razonablemente compatibles con las capacidades del país, adecuados a la idiosincrasia cultural de la población y que además dejan un alto grado de satisfacción en los usuarios que los utilizan.

**Participación Ciudadana:** Proceso de involucramiento de actores sociales en forma individual o colectiva con la finalidad de incidir y participar en la toma de decisiones, gestión y diseño de políticas públicas en los diferentes niveles, así como en los procesos de educación, con el fin de lograr un desarrollo humano sostenible en corresponsabilidad con el Estado.

**Inter-sectorialidad:** Es el conjunto de relaciones que se establecen con otras instituciones del Estado de fuera y dentro del sector salud, con el fin de articular y complementar acciones **dirigidas a solucionar** los problemas de salud y **sus determinantes integrales**.

**Enfoque familiar y comunitario:** orientación a la solución de los problemas de salud de los individuos que conforman la familia, redes sociales y culturales y su entorno laboral. Esto implica una comprensión efectiva de las circunstancias y hechos en la vida de una persona, su cultura, condiciones de vida, dinámica familiar, situación laboral y problemas de salud.

**Promoción de la salud:** Es el proceso de acción social y educativa que procura estimular la conciencia pública sobre el valor de la salud, promueve el desarrollo de estilos de vida saludables y fomenta la participación organizada de la comunidad.

**Prevención en salud:** es un conjunto de intervenciones generales y específicas que ejecutan las instituciones y organizaciones de salud, las que están dirigidas a reducir los riesgos y evitar los daños en salud, así como disminuir las secuelas de discapacidad o sus complicaciones.

**Continuidad de la Atención:** Es el seguimiento que se hace a un problema de salud del individuo el cual no requiere una relación estrecha Médico – paciente. Puede ser de dos o más visitas, involucra la presencia de algunos mecanismos para asegurar la sucesión ininterrumpida de eventos de atención de salud.

**Financiamiento:** Se refiera a las formas de asignación presupuestaria de recursos financieros para la prestación de los servicios de salud en los SILAIS.

## INTRODUCCIÓN

El Ministerio de Salud, como órgano rector de conformidad con lo establecido en la Ley General de Salud (Ley No. 423) ha iniciado la implementación **del Modelo de Salud Familiar y Comunitario con enfoque de Atención Integral**, con el propósito de mejorar las condiciones de salud de la familia y la comunidad, acercando la salud a la población desde el sector, fortaleciendo la participación ciudadana, en donde juntos comunidad y equipos de salud familiar dan prioridad a las acciones de promoción y prevención.

Hacer efectiva la participación activa y sostenida de la ciudadanía, es una oportunidad que ofrece el Modelo de Atención, la que está respaldada en la Ley de Participación Ciudadana, entendida como “un proceso de involucramiento de actores sociales en forma individual o colectiva, con el objeto y finalidad de incidir y participar en la toma de decisiones, gestión y diseño de las políticas públicas en los diferentes niveles y modalidades de la administración del territorio nacional y las instituciones públicas con el propósito de lograr un desarrollo humano sostenible, en corresponsabilidad con el Estado”<sup>1</sup>.

El presente “Manual de Organización y Funcionamiento del Sector” orienta el trabajo a desarrollar por el Equipo de Salud Familiar (ESF) en el sector para **implementar de forma efectiva el MOSAFC** y movilizar de manera articulada los recursos disponibles, en donde los equipos de salud familiar, planifican, monitorean y supervisan las acciones desarrolladas en conjunto con la red comunitaria, consejos del poder ciudadano, instituciones de gobierno, ONG’s, gobiernos locales y otras formas de organización de la comunidad.

## OBJETIVOS

### OBJETIVO GENERAL

Establecer los lineamientos para hacer efectiva la entrega del conjunto de prestaciones de servicios de salud a las familias y comunidad, con la coordinación efectiva entre la red comunitaria y los equipos de salud familiar, garantizando el desarrollo de acciones de promoción, prevención, atención del daño y rehabilitación a realizar en el sector, **específicamente a la población de responsabilidad**.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Consolidar la organización comunitaria en el sector.
2. Promover a través de la red comunitaria y las organizaciones existentes en el territorio, el ejercicio del control social en todos los procesos para el desarrollo comunitario.
3. Organizar la atención a las personas, familia y comunidad.
4. Monitorear y evaluar el plan de salud para el desarrollo local en conjunto con la comunidad organizada.

---

<sup>1</sup> Ley No. 475 de Participación Ciudadana Arto. 4

## **ORGANIZACIÓN COMUNITARIA EN EL SECTOR.**

La salud de la población es una responsabilidad compartida entre el Estado y la Comunidad organizada, para lograrlo, la comunidad debe estar organizada, fortalecida y trabajando en estrecha coordinación con todas las instancias que promueven el desarrollo local<sup>2</sup> (gobierno local, instituciones, ONG's, consejos de ancianos, consejos comunitarios, comarcales y del poder ciudadano, etc.)

Para hacer más eficiente el trabajo en el sector, se debe coordinar con la Red Comunitaria, con los gobiernos locales, instituciones y otros actores, los cuales se constituyen en aliados fundamentales para la gestión del desarrollo local y la salud.

La red comunitaria está integrada por: líderes comunitarios, promotores de salud, brigadistas populares de salud, parteras, Colaboradores Voluntarios (Col-Vol), curanderos, chamanes, clubes de adolescentes, consejos de ancianos, consejos del poder ciudadano, consejos comunitarios, consejos comarcales y otras formas de organización de la comunidad.

Para fortalecer el funcionamiento de la red comunitaria, el Equipo de Salud Familiar debe:

- Identificar con los líderes de la comunidad, a todos los actores<sup>3</sup> y formas de organización comunitaria que contribuyen al desarrollo de la salud en su comunidad.
- Incorporarse a la dinámica de la organización comunitaria existente.
- Facilitar la articulación con las instancias de participación y concertación existentes en los diferentes niveles (Comités de Desarrollo Municipal, Consejos de Salud, Consejos de Poder Ciudadano), para la identificación de demandas, ejecución de acciones y propuesta de solución de manera integral.
- Mejorar el desempeño de todos los actores comunitarios a través del desarrollo de un plan de fortalecimiento de sus capacidades de gerencia, liderazgo y salud (**ver anexo no. 1**, Misión, funciones y competencias del Equipo de Salud Familiar).

La organización comunitaria establecida debe tener las siguientes características:

- **Activa:** Participación espontánea de la población en los Consejos del Poder Ciudadano y otras formas de organización comunitaria.
- **Permanente:** Se desarrolla de forma continua a lo largo de todo el proceso de promoción, prevención, búsqueda y mantenimiento de la salud.
- **Flexible:** Debe ser capaz de adecuarse a las necesidades y condiciones cambiantes de la sociedad y el ambiente en el que se desarrolla.
- **Articulada:** Integración de todos los actores claves del territorio, institucionales y no institucionales. Ej.: MINED, MAGFOR, Policía, Alcaldía, MARENA, ONG's, Iglesias, otros.

---

<sup>2</sup> Temáticas para el desarrollo: salud, educación, jóvenes y niños, adulto mayor, cultura y deporte, solidaridad, medio ambiente, transporte e infraestructura, desarrollo rural, derechos de la mujer, producción, autogestión y empleo, comunicación.

<sup>3</sup> institucionales, red comunitaria, privados, religiosos, otros

**Ventajas del proceso de participación en la gestión comunitaria:**

- Permite a los ciudadanos conocer sus derechos y obligaciones para tener un mejor acceso y manejo de la información pública, e involucrarse de forma más efectiva en los procesos de gestión.
- Facilita la concertación de intereses entre la comunidad organizada, el Gobierno Municipal, instituciones gubernamentales y no gubernamentales por medio del manejo común de agendas de trabajo desde el territorio.
- Fortalece la transparencia de la gestión y el destino de los recursos bajo el principio de equidad social, de género y de edad, promoviendo el control social de los procesos.
- Fortalece las capacidades de la población y el desarrollo del capital social.
- Articula prioridades de inversión con una visión conjunta del desarrollo municipal.

**LA RED COMUNITARIA Y LAS ORGANIZACIONES EXISTENTES EN EL TERRITORIO, EL EJERCICIO DEL CONTROL SOCIAL EN TODOS LOS PROCESOS PARA EL DESARROLLO COMUNITARIO.**

El control social facilita la interacción entre la comunidad y las instituciones de manera respetuosa, eficiente y democrática a fin de lograr las metas y objetivos planteados en los planes, programas y proyectos, estimulando entre los ciudadanos y sus gobernantes el cumplimiento transparente de sus funciones y la rendición de cuentas oportuna.

En el ejercicio del control social participan miembros de la comunidad que han sido elegidos en asambleas comunitarias, los cuales se encuentran vinculados con el nivel municipal en la instancia de control social.

La comunidad organizada debe:

- Estar informada sobre la importancia y práctica del control social y sus beneficios para el desarrollo comunitario.
- Conformar la estructura para la práctica de control social, que incluye el control de la gratuidad de los servicios, calidad de la atención, horarios de atención, abastecimiento de medicamentos, entre otros.
- Participar en la definición de los mecanismos de control social.
- Participar en la identificación de las situaciones a mejorar (gratuidad de los servicios, calidad de la atención, horarios de atención, abastecimiento de medicamentos, otros).

El Equipo de Salud Familiar debe:

- Facilitar la información requerida para la ejecución del control social

- Considerar las opiniones de la población sobre la atención recibida a través de las encuestas de satisfacción u otros mecanismos.
- Participar en el análisis de resultados y toma de acuerdos.
- Facilitar la difusión de los resultados del control social.

El resultado de la práctica de control social deberá generar mejoras en la calidad de la atención, transparencia del manejo de los fondos, entre otros, las cuales se lograrán mediante la ejecución de planes con la participación activa de la comunidad organizada y el Equipo de Salud Familiar.

## **ORGANIZAR LA ATENCIÓN A LAS FAMILIAS Y COMUNIDAD.**

Para organizar el proceso de atención a las familias **que incluye la atención individual** y comunidad, el Equipo de Salud Familiar en cada uno de los sectores asignados junto con la red comunitaria deberá cumplir las siguientes etapas:

1. Inducción
2. Sectorización
3. Caracterización del sector
4. Análisis de situación de salud a nivel local
5. Elaboración del plan de salud para el desarrollo local
6. Entrega del conjunto de prestaciones de servicios de salud a las personas, familia y comunidad, **a través de la dispensarización**
7. Registro del Sistema de información de salud

### **INDUCCIÓN**

La inducción es una etapa de sensibilización a los trabajadores de la salud para lograr el compromiso, con el objetivo de dar a conocer los beneficios de la aplicación del **MOSAFC**, que responde a las políticas del Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional, enfatizando en la gratuidad de los servicios, la participación comunitaria y los principios de la atención primaria en salud (accesibilidad, integralidad, continuidad de la atención y coordinación entre los diferentes niveles de la red de servicios).

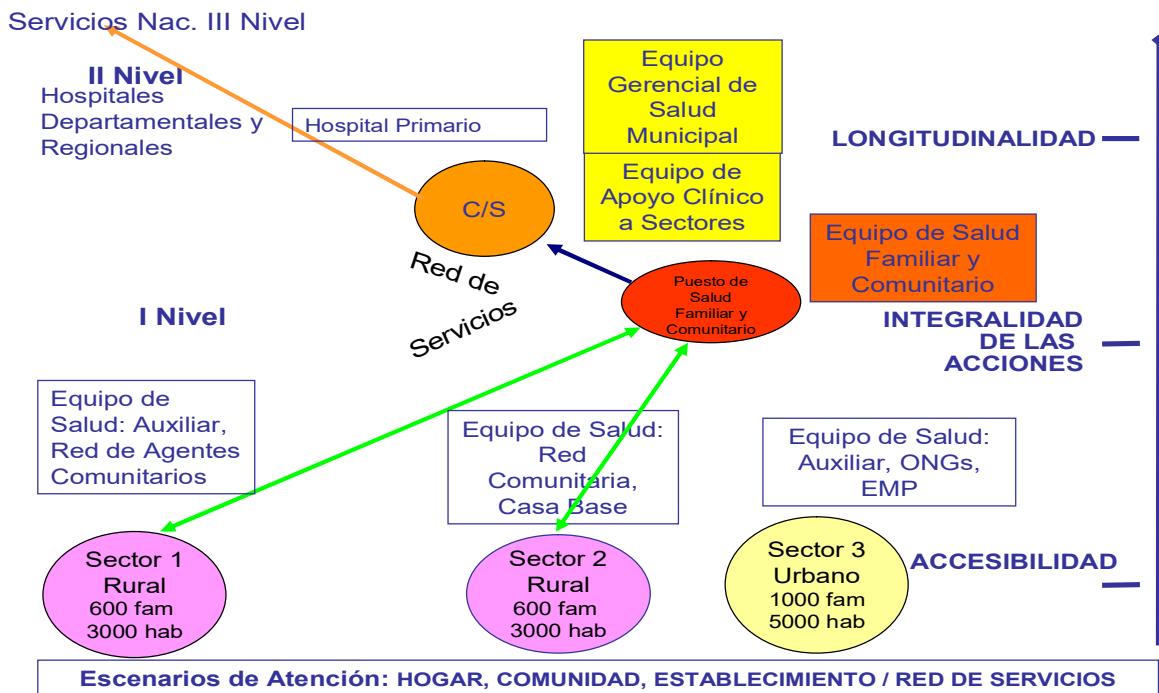
La etapa de inducción, es el proceso más importante para la implementación y el punto de partida para el desarrollo del modelo, a partir del cuál se logra el involucramiento de todos los actores de la comunidad: diferentes formas de organización comunitaria, gobierno local, instituciones, sociedad civil, asociaciones sindicales, ONG's, iglesias y todo el personal de salud.

En esta etapa se debe realizar con los actores de la comunidad:

- Análisis del modelo de salud propuesto identificando los cambios que son necesarios para mejorar la situación de salud.
- Presentación de los escenarios de atención (hogar, comunidad y red de servicios/establecimientos), como ámbitos de trabajo e interacción del ESF para dar cumplimiento a los principios de accesibilidad, continuidad y coordinación de la atención.

- Revisión del conjunto de prestaciones de servicios de salud analizando si éstas responden a las necesidades de salud de la población y sí dan respuesta al principio de integralidad de la atención.
- Concertación con la comunidad de las diferentes formas de trabajo del Equipo de Salud Familiar (horarios de atención, mecanismos de comunicación, referencia y contrarreferencia, visita domiciliar, etc.). para dar cumplimiento a los principios de accesibilidad, continuidad de la atención y coordinación entre los niveles de atención de la red de servicios.
- Presentación de la organización de la red para la provisión de los servicios de salud que garantiza gratuidad, integralidad de la atención, la continuidad y coordinación de la atención a través de equipos de salud instalados en cada nivel de atención.
- Presentación de la organización del sector, apoyándose en un esquema gráfico, donde se resalta cómo éste modelo acerca los servicios de salud a la población a través del ESF, potenciando la participación de la red comunitaria.

## ORGANIZACIÓN DE LA RED PARA LA PROVISIÓN DE LOS SERVICIOS



En el proceso o etapa de inducción es fundamental que todos los actores de la comunidad aprendan a **Operativizar la Atención de Salud a las familias y Comunidad con el MOSAFC**, para lo cual es esencial que tanto el equipo de salud familiar y los diferentes actores sociales de la comunidad asuman el máximo compromiso y dedicación en la apropiación e implementación de los principios de Accesibilidad, Integralidad, Continuidad de la Atención y Coordinación entre los diferentes niveles de atención. Así mismo, se debe trabajar para lograr la mayor organización, participación y movilización ciudadana requerida en el sector para transformar su estado de salud.

## SECTORIZACIÓN

La Sectorización es un ejercicio que se realiza en conjunto con la comunidad, donde se delimita el espacio-población, agrupando comunidades, barrios o zonas para conformar los sectores (**ver Anexo No. 2: Guía para la Sectorización**), facilitando la organización para la acción y control de las actividades sanitarias y de gestión del Equipo de Salud Familiar y la red comunitaria.

El modelo de atención consolida la organización territorial a través de la sectorización, el trabajo en redes y los procesos de desconcentración y descentralización técnico-administrativo hacia el nivel departamental y municipal. Con la sectorización se garantiza el acceso a los servicios de salud a la población, estableciendo una responsabilidad compartida entre el equipo y la comunidad.

El Sector se entiende como la Unidad Territorial epidemiológica, social y de producción de la salud donde se desarrollan acciones de promoción, prevención, atención del daño y rehabilitación en coordinación con la red comunitaria. El Equipo de Salud Familiar tendrá a su cargo 1 o más sectores urbano o rural, donde se ubican entre 600 a 1000 familias, que corresponde aproximadamente a 3000 habitantes en el área rural y 5000 habitantes en el área urbana.

El sector contará con una Sede de Sector, que será el lugar o establecimiento de referencia de la red comunitaria donde confluye con el Equipo de Salud Familiar para coordinar y planificar las acciones de salud a desarrollarse en el territorio. La sede del sector puede ubicarse en la infraestructura disponible como la casa comunal, casa base, casa materna u otros existentes en la comunidad, creando las condiciones mínimas para su funcionamiento. La sede de sector también puede coincidir con el puesto de salud familiar y comunitaria a nivel rural y el centro de salud a nivel urbano.

Cuando el ESF se ubica de forma temporal en la casa base de la comunidad, casa comunal o casa materna u otra de su respectivo sector, es solamente para que la población lo identifique como lugar referente para establecer contacto directo con ellos y donde se puedan reunir los brigadistas para planificar y coordinar las actividades comunitarias, pero no significa que ahí sea su centro de operaciones, ya que el ESF es itinerante en el territorio. La Dispensarización se efectúa con las familias en sus respectivas casas y no en la unidad de salud, se lleva a cabo por el ESF, rompiendo así el esquema del modelo de salud tradicional, condicionada por la atención intra muro y a demanda.

También es imprescindible y necesario visitar las casas maternas que existen en el sector, para vigilar la evolución y condición de las mujeres embarazadas para detectar oportunamente cualquier factor de riesgo que ponga en peligro su vida y la del bebe o de ambos.

El ESF para desarrollar su trabajo asistencial de forma efectiva y eficiente es indispensable dotarlos del equipo básico medico y logístico (ver listado adjunto) el cual debe estar contenido en el Botiquín que usara todos los días en sus visitas a las familias.

A mediano plazo cada sector debe contar con un Equipo de Salud Familiar, así como con la infraestructura y el equipamiento básico necesario para cumplir con sus funciones.

## **CARACTERIZACION DEL SECTOR Y LAS FUNCIONES DEL ESF**

Una vez definidos y consensuados los sectores, el Equipo de Salud Familiar con apoyo de la red comunitaria, líderes y Gabinete del Poder Ciudadano profundizan la coordinación con la comunidad, informando la nueva modalidad de atención y programando las actividades a realizar, e inicia la Caracterización del Sector, la cuál requiere:

- Actualización del croquis de la comunidad y del sector.
- Dispensarización a través del Levantamiento de la Historia de Salud Familiar
- Levantamiento del Diagnóstico Comunitario.
- Elaborar el Consolidado del Sector.

### **Croquis de la comunidad y del sector: (ver anexo No. 3).**

El Croquis es una representación gráfica de la comunidad o del sector. Para elaborarlo se hará el reconocimiento de la comunidad, barrios o zonas, identificando los recursos y factores de riesgo existentes. Una vez definido el croquis de cada comunidad, se elabora el croquis del sector.

### **Función de atención médica integral dispensarizada por el ESF**

La función de atención médica integral dispensarizada es la principal función del equipo de salud familiar, se define como la atención médica de elevada calidad técnica, científica y humana que se desarrolla a través de acciones de promoción de salud, prevención de enfermedades y otros daños, restauración y rehabilitación, con enfoque biopsicosocial, organizada, planificada, proactiva y concertada con el sujeto de atención. Es un método de observación permanente y dinámica a individuos, familias y comunidad con el objetivo de controlar riesgos y daños a la salud individual y colectiva.

El proceso de dispensarización se desarrolla en dos etapas:

1. Visita de contacto inicial y de diagnóstico:(llenado de la historia de Salud familiar): se hace con el propósito de establecer confianza, brindar información sobre el modelo a la familia, conocer los problemas de salud que afectan a la familia, los hábitos de higiene, el ambiente que los rodea, la dinámica de la familia.
2. Visita de Seguimiento (continuidad de la atención): permite recabar información que dé respuesta a las necesidades, dar seguimiento o solucionar los problemas de los miembros de la familia con factores de riesgo que requieran un seguimiento continuo de atención a los riesgos potenciales y daños a la salud.

La familia estará dispensarizada cuando:

- En la primera visita, en la que a todos los miembros de la familia se les haya asignado un grupo dispensarial y no haya algún miembro de la familia que necesite una visita subsecuente para solucionar problemas de salud.
- En la segunda visita (seguimiento), donde se atiendan problemas de salud presentados por al menos un miembro integrante de la familia.

La familia no estará dispensarizada cuando:

- En la primera visita haya quedado algún miembro de la familia sin dispensarizar.
- En la primera visita haya algún miembro de la familia que necesite visita subsecuente para solucionar su problema de salud.

- En la segunda visita y subsecuentes donde no se haya solucionado problemas de salud para algún miembro integrante de la familia.

#### **Historia de Salud Familiar: (ver anexo No. 4).**

La historia de salud familiar es el instrumento clave de la **función de atención médica integral dispensarizada**, que proporciona la información para conocer la situación de las familias del sector orientando las acciones de promoción y prevención que el Equipo de Salud Familiar en coordinación con la red comunitaria deberá realizar en los hogares y la comunidad, las cuales serán incorporadas en la elaboración del plan de salud para el desarrollo local.

La información para la historia de salud familiar, se obtiene a través de visitas a los hogares, que realiza el Equipo de Salud Familiar, en coordinación con los líderes, Gabinetes del Poder Ciudadano y otros miembros de la red comunitaria. Debe ser actualizada cada año o cuando ocurren cambios migratorios.

La información que se obtiene es la siguiente:

- 1.Datos Generales: SILAIS, comunidad, sector, No de vivienda y familia (puede haber más de una familia en una vivienda), Dirección o referencia de la vivienda, Municipio, Nombre del que la realiza (debe ser personal de salud) y profesión (especificar si es médico, enfermero, auxiliar de enfermería, etc.)
- 2.Datos de identidad de la familia: Nombre y Apellidos, Fechas de Nacimiento, Edad, Etnia, Escolaridad, Profesión, Ocupación, Factores de Riesgo o Enfermedades y Grupo Dispensarial.
- 3.Características Higiénico Sanitarias: Fecha, Hacinamiento, Animales Domésticos, Riesgos de Accidentes, Factores Medio Ambientales, Combustible para Cocinar, Abasto de Agua, Calidad del Agua, Electricidad, depósitos de Residuales Sólidos y Líquidos.
- 4.Factores Socioeconómicos: Fecha, Características Estructurales de la Vivienda, Cultura Sanitaria, Características Psicosociales, Satisfacción de Necesidades Básicas.
- 5.Funcionamiento familiar: Fecha, Tamaño, Ontogénesis, Etapa del Ciclo Vital, Crisis Normativa y Crisis Paranormativa.
- 6.Observaciones.
- 7.Familiograma

Todo este proceso del levantamiento de la Historia de salud familiar contará con instrumentos y aplicativos para la recolección, ingreso y procesamiento de los datos.

Con la información de la Historia de Salud Familiar recopilada en la visita de contacto inicial se realiza inmediatamente la evaluación integral de las familias que incluye las personas por grupo de riesgo, lo que permite al Equipo de Salud Familiar clasificarlas en uno de los **4 Grupos Dispensariales** que a continuación se detallan:

Tabla 1: Grupos Dispensariales

Grupo I:	<b>Familias relativamente sanas: los miembros de la familia aparentemente no tienen riesgo, ni daño a la salud, ni presentan discapacidad.</b>
Grupo II:	Familias con Riesgos: aquellos miembros de la familia que están expuestos a condiciones que de no ser controladas adecuadamente aumentan la vulnerabilidad a sufrir daños en salud colectiva o individual.
Grupo III:	Familias Enfermas: uno varios miembros de la familia padecen o sufren una enfermedad que ha sido o no diagnosticada y que puede ser transmisible (aguda) o no transmisible (enfermedad crónica) de larga evolución.
Grupo IV:	Familias donde uno o varios miembros sufren deficiencias o presentan capacidades diferentes y que ameritan rehabilitación.

### **Diagnóstico Comunitario (ver anexo No. 5)**

El formato para obtener el diagnóstico comunitario, es otro instrumento clave de la **función de atención médica integral dispensarizada**, que proporciona la información para conocer la situación de la comunidad o barrio, lo que permite implementar acciones dirigidas a mejorar la salud y el desarrollo local en conjunto con organizaciones comunitarias, miembros del Equipo de Salud Familiar, alcaldías, instituciones y otros actores de la comunidad. Estas acciones serán incorporadas en el plan de salud para el desarrollo local.

Las principales fuentes de información del diagnóstico comunitario son la historia familiar y otras que posea la comunidad, las cuáles se obtendrán en sesiones de trabajo con los líderes y miembros de la red comunitaria, Gabinetes del Poder Ciudadano y otras actores. El diagnóstico debe ser actualizado cada año.

La información que se obtiene es la siguiente:

- a) La caracterización territorial
- b) Datos poblacionales de la comunidad actualizados.
- c) Número de organizaciones y actores existentes en la comunidad.
- d) Características socioeconómicas predominantes en la comunidad.
- e) Número de centros escolares y estudiantes en la comunidad. (nivel de escolaridad)
- f) Principales problemas de salud de familias y en la comunidad.
- g) Vulnerabilidad de la comunidad frente a situaciones de desastres o emergencia.
- h) Infraestructuras comunitarias existentes
- i) Proyectos en desarrollo en la comunidad.

### **Consolidado del Sector (ver anexo No. 6)**

Es el instrumento en donde se consolida la información obtenida en el diagnóstico de cada comunidad. Permite al Equipo de Salud Familiar y líderes comunitarios conocer la situación del sector priorizando las acciones en las familias y comunidades según riesgo individual, ambiental y epidemiológicos y de esta manera brindar mayor apoyo a las comunidades con dificultades para implementar sus planes de salud para el desarrollo local y las acciones que requieran coordinaciones interinstitucional y gestiones con diferentes niveles. El Consolidado del Sector debe ser actualizado cada año.

La información que se obtiene es la siguiente:

- a) La caracterización territorial del sector
- b) Número de organizaciones y actores existentes en sector
- c) Características socioeconómicas predominantes en el sector
- d) Número de centros escolares y estudiantes en el sector
- e) Principales problemas de salud de las comunidades del sector
- f) Vulnerabilidad del sector ante situaciones de desastres o emergencia.
- g) Infraestructuras comunitarias del sector
- h) Proyectos en desarrollo en el sector

## **ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD A NIVEL DE LA COMUNIDAD:**

**Identificación de los problemas:** la red comunitaria, actores sociales claves y el Equipo de Salud Familiar, realizan el análisis de la situación de salud de las comunidades de cada sector, realizando Un listado de los problemas encontrados en el diagnostico comunitario.

**Establecimiento de prioridades:** A partir de la lista de problemas encontrados se priorizan según los criterios de: magnitud, trascendencia, frecuencia, y posibilidad de incidir sobre el mismo, de acuerdo a la disponibilidad de recursos.

**Análisis causal y búsqueda de alternativas.** Una vez que se han priorizado los problemas, se identifican los factores que los causan, incluyendo los aspectos educativos. Se puede utilizar como metodología el árbol de problemas u otras que se disponga, para establecer las alternativas de intervención.

## **ELABORACION DEL PLAN DE SALUD PARA EL DESARROLLO LOCAL**

En consenso con las diversas estructuras del territorio, comité comunitario, comarcal o de distrito, consejos del poder ciudadano, otros y el Equipo de Salud Familiar, se procede a elaborar el Plan de Salud por cada sector, el cuál se convierte en la herramienta fundamental para dar seguimiento y evaluar las acciones acordadas para mejorar las condiciones de vida de las familias y la comunidad.

El Plan de Salud local debe incorporar:

- los problemas priorizados
- alternativas de solución
- las actividades a desarrollar
- Las metas a cumplir
- fecha de cumplimiento
- el responsable y participantes en el desarrollo de la actividad
- los recursos y medios necesarios

Se sugiere realizar seguimiento como mínimo cada dos meses y evaluaciones trimestrales.

## **ENTREGA DE PRESTACIONES DE SERVICIOS DE SALUD A LAS FAMILIAS Y COMUNIDAD.**

A partir del análisis de la situación de salud de las personas, familias, comunidad y el ambiente, desarrollado por el equipo de salud familiar y el plan definido, se organiza la entrega del conjunto de prestaciones de servicios de salud.

Las Prestaciones de Servicios de Salud son un conjunto de acciones de promoción, prevención, atención al daño y rehabilitación, dirigidas a la familia y comunidad. Para la entrega se deben tomar en cuenta las particularidades de cada grupo poblacional, el perfil epidemiológico, la disponibilidad de recursos sectoriales y sociales, así como las características étnicas, culturales y ecológicas.

La entrega del conjunto de prestaciones de servicios de salud será realizada por el Equipo de Salud Familiar y la red comunitaria, en los diferentes escenarios: Hogar, Comunidad y Establecimiento.

### **Conjunto de Prestaciones de Servicios de Salud en el Hogar: (ver anexo No. 7)**

El escenario hogar incluye la atención a la familia y las personas con acciones de promoción y prevención, incluye cambios de hábitos y estilos de vida saludables, y su participación en las diferentes acciones para disminuir riesgos. Es una nueva práctica del Equipo de Salud Familiar en alianza con la red comunitaria, implica ir más allá de los establecimientos de salud manteniendo contacto personalizado con la familia a través de visitas en los hogares.

En la primera visita a los hogares quedará establecida la relación del equipo con la familia y se realiza el diagnóstico de salud utilizando la Historia de Salud Familiar. En familias donde se encuentren personas con riesgos individuales, el Equipo de Salud Familiar en conjunto con la red comunitaria brindará la atención y dará las orientaciones pertinentes y se fijaran visitas de seguimiento.

La red comunitaria y los Equipos de Salud Familiar deben considerar los siguientes elementos para las visitas a los hogares:

Comunicar con anticipación a la familia; la fecha, día y hora de las visitas para asegurar la presencia de los miembros que se considere pertinentes.

- Explicar los objetivos de la visita Integral
- Verificar la aplicación de las orientaciones que fueron brindadas en la visita anterior.
- Orientar medidas de promoción y prevención
- Realizar referencias de personas que ameriten atención inmediata
- Anotar en la hoja de seguimiento las actividades realizadas.

### **Conjunto de Prestaciones de Servicios de Salud en la Comunidad (ver anexo 7)**

El escenario comunidad implica la participación coordinada, concertada y complementaria de sus diferentes actores y formas de organización comunitaria (Consejos comunitarios, Gabinetes del Poder Ciudadano, Comités de Desarrollo, Comités Comarcales, otros).

En la comunidad se debe organizar principalmente las acciones de promoción y prevención que incluye trabajar en el entorno físico, ecológico y social. Las prestaciones de servicios de salud en la comunidad pueden brindarse utilizando las Casas Bases, Casas Maternas, Casa Comunal, Escuelas, Iglesias, Centros Recreativos, etc.

La red comunitaria con el apoyo del Equipo de Salud Familiar levanta el Diagnóstico de la Comunidad, identificando los recursos y los riesgos existentes, utilizando para ello la herramienta Diagnóstico Comunitario (ver anexo no. 5)

De acuerdo a los resultados del diagnóstico comunitario y el plan de salud definido el Equipo de Salud Familiar junto con la red comunitaria, realizará visitas periódicas a las comunidades para la implementación y seguimiento de las acciones. Se establecerá coordinación con el Equipo de Apoyo del Municipio para el fortalecimiento de acciones específicas y de ser necesaria se realizará coordinación y gestión con el gobierno municipal.

El Equipo de Salud Familiar deberá fortalecer el trabajo con la red comunitaria a través de acciones como:

- Desarrollo de las capacidades de liderazgo y gestión comunitaria
- Desarrollo del sistema de vigilancia epidemiológica basado en la comunidad
- Las referencias comunitarias y el seguimiento a la contrarreferencia (SICO).
- La distribución comunitaria de métodos anticonceptivos
- Implementar acciones de Plan de parto y beneficio de Casas maternas.
- Acciones de salud y nutrición (PROCOSAN)

- Jornadas de saneamiento ambiental
- Organizar y realizar Ferias de salud
- Distribución de Sales de Rehidratación Oral
- Conformar Club de adolescentes, lactantes, embarazadas y adultos mayores
- Impulsar la Rehabilitación con base en la comunidad
- Intercambio de experiencias con la red comunitaria
- Reconocimiento público a las comunidades destacadas que muestren evidencias de cambios positivos en sus hábitos y estilo de vida

**Conjunto de Prestaciones de Servicios de Salud en el Establecimiento (Puesto de Salud Familiar y Comunitario y Centros de Salud Familiar)**

**ver anexo No. 7**

El escenario establecimiento (Puesto de Salud Familiar y Comunitario o en el Centro de Salud) la prestación de los servicios está bajo la responsabilidad del Equipo de Salud Familiar. Desde esta sede, las acciones de promoción y prevención se desarrollan junto con la red comunitaria en la familia y comunidad y el Equipo de Salud Familiar brinda atención integral a las personas del sector o los sectores bajo su responsabilidad.

Cuenta con ambientes para la atención integral a las personas, revisión o curaciones, área de espera, admisión y archivo, área para medicamentos, área para red de frío, servicios higiénicos, disponibilidad de agua y en algunos casos una área para descanso del personal. Dispone de insumos médicos y no médicos de acuerdo a su capacidad resolutiva.

El Equipo de Salud Familiar deberá distribuir el tiempo de su jornada laboral para la atención en la sede, visitas a las familias y acciones en la comunidad.

Para dar una mejor respuesta a las necesidades de la comunidad, el Equipo de Salud Familiar, debe tomar en cuenta lo siguiente:

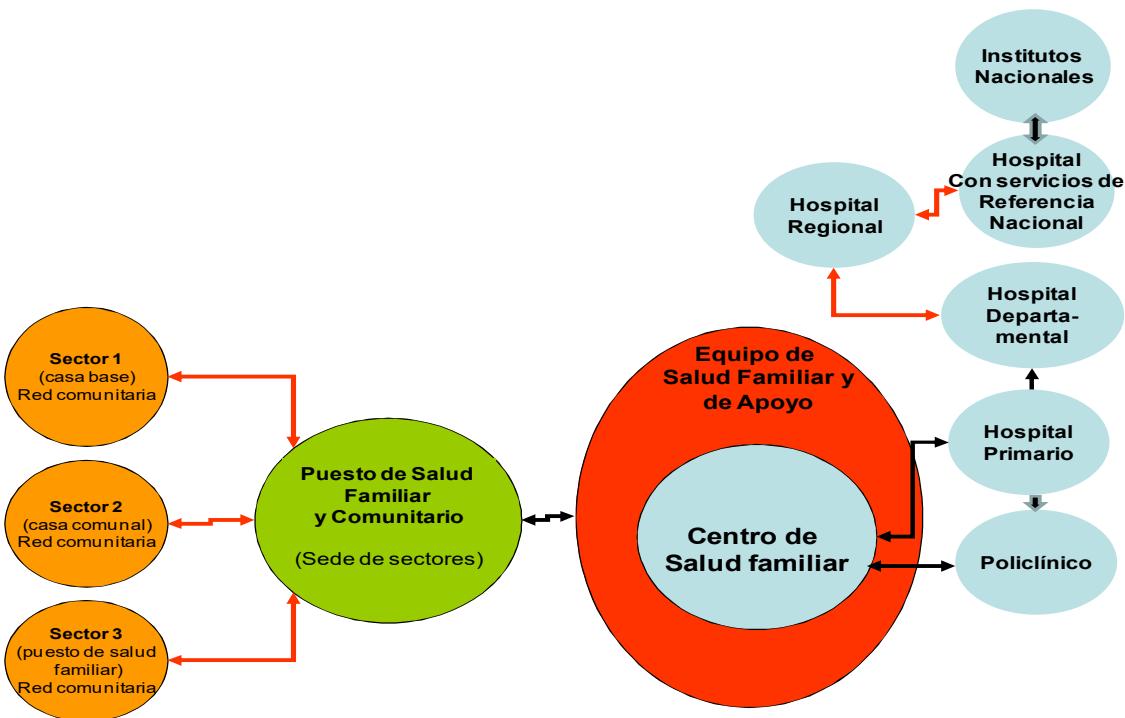
- Informar sobre la política de gratuidad de los servicios a toda la población.
- Establecer e informar los días de visita y horarios de atención consensuados con la red comunitaria.
- Colocar en la entrada de la Sede de los sectores de forma clara y visible los días y horarios de atención del establecimiento y cronograma de visitas a las comunidades.
- Coordinar con el Equipo de Apoyo del Centro de Salud las citas para garantizar la continuidad de la atención de las personas referidas.
- Garantizar la referencia de los usuarios hacia el nivel de mayor resolución.
- Atender con un trato cordial las referencias comunitarias y responder la contra referencia.
- Informar al municipio el plan de desarrollo local del sector para que sea incorporado en la planificación municipal.

## Organización de la Red de Servicios

Para la entrega del conjunto de prestaciones de servicios de salud se establece una red de servicios organizada en dos niveles de resolución (primer y segundo nivel) y de complejidad creciente, que responden a los principios de accesibilidad, integralidad, continuidad y coordinación de la atención con lo cual se rompe la **verticalidad piramidal** entre los establecimientos de salud:

1. Puesto de Salud Familiar y Comunitario
2. Centro de Salud Familiar, los que deben brindar atención médica las 24 horas del día, principalmente los que están situados en las cabeceras municipales
3. Policlínico
4. Hospital Primario
5. Hospital Departamental
6. Hospital Regional
7. Hospital con Servicios de Referencia Nacional
8. Instituto Nacional

A continuación se presenta un esquema de la red integrada de servicios de salud públicos por niveles de atención.



## Continuidad de la Atención en la Red de Servicios

Para asegurar la continuidad de la atención integral a las familias visitadas por el Equipo de Salud Familiar (ESF) se establecerán diferentes modalidades, tales como visitas de seguimiento a las familias (desarrollo del proceso de dispensarización), la referencia oportuna de las personas que se han detectado enfermas o que requieren de atención especializada, por lo cual se debe organizar la continuidad de la atención de acuerdo a la capacidad resolutiva del nivel de atención que se requiere de la red de servicios, con los recursos humanos (equipos de salud) y el equipamiento indispensable.

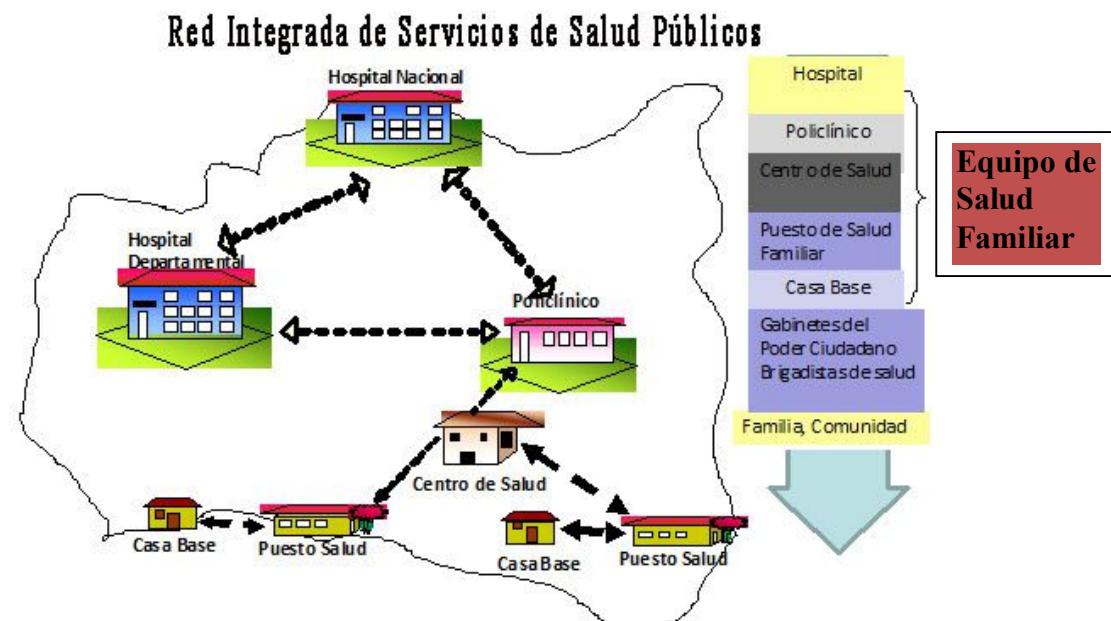
La referencia entre los niveles de atención de la red deberá contemplar modalidades de atención dinámicas y planificadas, mediante las Inter-consultas con los equipos de apoyo y de atención especializada, análisis de casos, brigadas móviles de salud integral como una forma innovadora de desconcentración de la atención especializada, donde el Equipo de Salud Familiar, Equipos de Apoyo y Especializados se movilizan al interior de la montaña (zonas de difícil acceso) para llevar servicios médicos-quirúrgicos especializados conforme a las necesidades del proceso de dispensarización.

**Tanto la referencia como la contrarreferencia** entre los niveles de atención de la red contribuye de manera significativa a lograr accesibilidad, integralidad, efectividad y eficiencia de los servicios de salud aspectos que aseguran la satisfacción de la población de los servicios de salud. Para ello se requiere de un elevado nivel **de coordinación, flexible y eficaz entre los Equipo de Salud**.

## Articulación en Redes

A nivel local igualmente debe desarrollarse la articulación y complementariedad de esfuerzos entre los servicios de salud institucionales y de organizaciones sociales de diverso índole, con lo cual se fortalece el abordaje integral de los factores que favorecen el desarrollo humano e impactan en la salud, por tanto se debe promover el **trabajo en redes** que exige una articulación armónica, tanto del sector público como del privado en el territorio de referencia del sector.

Dibujo del flujo de pacientes en la redes de servicios de salud públicos.



## **MONITOREAR Y EVALUAR EL PLAN DE SALUD PARA EL DESARROLLO LOCAL EN CONJUNTO CON LA COMUNIDAD ORGANIZADA.**

El Equipo de Salud Familiar en coordinación con la red comunitaria, Consejos del Poder Ciudadano, Comité Comarcales y otras instancias, establecerá periodos de seguimiento y evaluación al Plan de Salud para el Desarrollo Local.

En las sesiones de seguimiento, que se sugiere se realicen cada dos meses, se deberá:

- Verificar el cumplimiento de visitas programadas a las familias y comunidad
- Valorar los avances en las acciones de promoción y prevención impulsadas por la red comunitaria
- Verificar si el conjunto de prestaciones de servicios de salud responde a las necesidades identificadas en la familia.
- Redefinir nuevas estrategias y acciones
- Incluir otros actores de acuerdo a las nuevas estrategias planteadas
- Establecer acuerdos, tiempo y responsables de su cumplimiento

En las sesiones de Evaluación, que se sugiere se realicen al menos cada seis meses, se deberá:

- Revisar los avances en la ejecución del plan
- Presentar el avance en los indicadores de la situación de salud
- Reconocer y agradecer la participación de la red comunitaria, los Consejos del Poder Ciudadano, Comités Comarcales, Actores Sociales, ONG's, Alcaldía, etc.
- Identificar los obstáculos
- Redefinir nuevas estrategias y acciones
- Incluir otros actores de acuerdo a las nuevas estrategias planteadas
- Establecer acuerdos, tiempo y responsables de su cumplimiento
- En las evaluaciones anuales se debe actualizar y/o elaborar un nuevo plan de salud para el desarrollo local.
- Preparar un informe cuali-cuantitativo del avance del Plan de Salud Para el Desarrollo Local y presentarlo al Equipo de Apoyo.

## **SISTEMA DE INFORMACIÓN DE SALUD**

El sistema de información estadístico del Ministerio de Salud, tiene como objetivo definir las herramientas, instrumentos, procedimientos para la recolección, validación, procesamiento y análisis de la información y flujos de la misma generada en la red de servicios públicos y privados, partiendo desde el nivel local-comunidad, a fin de aportar información oportuna y veraz para la toma de decisiones y lograr el cumplimiento de los indicadores y metas comprometidas por el sector y el gobierno, asegura a través de sus mecanismos el acceso a la información que estimule la participación activa de la población y facilite el uso de la información que se genera en la prestación de los servicios, el monitoreo y control, asegurando que la información tenga la consistencia,

pertinencia, oportunidad y calidad necesaria que certifiquen el cumplimiento de los indicadores y metas.

Se trabajará en un Plan de Fortalecimiento de las capacidades locales para la administración de la información estadística, en el marco del nuevo sistema de información en salud que se está proponiendo desarrollar en el corto plazo.

## **PRINCIPALES FUENTES DE INFORMACIÓN**

La Información que maneja el Equipo de Salud Familiar responde a las funciones esenciales asignadas para gerenciar el sector y a los requerimientos de información de los niveles administrativos superiores del ámbito institucional y del entorno comunitario. Los datos primarios que alimentan el registro del desempeño de los ESFC según su competencia, se alimentará de un conjunto de instrumentos que están en uso y se continuarán usando en mediano y largo plazo, entre los que se destacan: expediente clínico, Historia de Salud Familiar, caracterización del sector, vigilancia epidemiológica, Registro de hechos vitales, Hojas de Registro de Consultas Ambulatorias, etc.

### **Expediente Clínico**

El expediente clínico es un instrumento médico-jurídico que responde y refrenda la salud como derecho constitucional de cada persona que accede a los servicios de salud del MINSA y por extensión a los demás sectores prestadores de servicio. Su función básica es el registro de los datos personales de cada usuario para el abordaje, estudio racional, seguimiento y solución de los problemas de salud de los mismos. Debe contener datos suficientes para identificar al usuario como individuo y en su contexto familiar y social.

Actualmente se cuenta con un Manual de Normas y Procedimientos del Departamento de Registros Médicos en el Primer Nivel de Atención para el manejo, conservación, almacenamiento, recuperación y utilización apropiada de los expedientes de las personas.

Para asegurar la calidad del expediente de las personas se debe cumplir con los siguientes aspectos: Monitoría de aplicación de protocolos y procedimientos durante el proceso de atención a través de la revisión del expediente clínico; revisión periódica de la consistencia de los datos consignados en expediente y la consolidado de hoja de registro diario y mensuales; vínculos necesarios con la auditoria social e historia de la salud familiar, entre otros.

### **Historia de Salud Familiar**

El proceso de dispensarización requiere del instrumento de la Historia de Salud Familiar para el que se ha diseñado Formato con su Instructivo y Aplicativo Informático con su Manual. Este Formato debe ser llenado para la recolección de datos primarios que tiene el propósito de clasificar a las familias según sus riesgos, daños y discapacidades, características biológicas y sociales. La información registrada en este formato deberá ser actualizada de forma periódica por el Equipo de Salud Familiar y el seguimiento se realizará de acuerdo a lo establecidos en las disposiciones, normas, protocolos y guías terapéutica vigente en el MINSA

### **Caracterización del Sector**

Es un instrumento que recoge datos primarios para generar información sobre: características demográficas, sociales, económicas, factores de riesgo epidemiológico, los recursos existentes, potencialidad del sectores y lograr su aprovechamiento; brindará al ESF información para el diagnóstico y el análisis sistemático del sector con finalidades de planificación, monitoreo y evaluación. Se levantará por el ESF en coordinación con los actores comunitarios, será actualizada de

forma anual. Actualmente se cuenta con un Instrumento y su instructivo para el manejo, procesamiento y análisis apropiado de la información contenida en el instrumento, para detalle (ver anexo 3).

### **Vigilancia Epidemiológica**

Dentro del sub sistema de vigilancia epidemiológica, a los ESF les compete el manejo y la notificación inmediata de las enfermedades transmisibles o de otra naturaleza en el hombre o los animales, así como la presencia de algún factor o evento de riesgo en el ambiente que pueda alterar la salud de la población en el sector que le fue asignado.

El Sistema de Vigilancia Epidemiológica cuenta con los formularios para el seguimiento y registro de enfermedades los que deberán ser utilizados por el Equipo de Salud Familiar: Registro de Morbilidad y Mortalidad, Registro de otros eventos de Notificación Inmediata (Ej. Desastres naturales etc.), Registro de Brotes y Ficha epidemiológica. Para mayor detalle referirse al El Manual de Vigilancia Epidemiológica del Ministerio de Salud.

### **LA VIGILANCIA DE LA SALUD COMUNITARIA**

Para el registro de las acciones con la red comunitaria, a los ESF les compete el apoyo técnico y metodológico para la captura, procesamiento, utilización con la comunidad y envío de la información relevante a la sede del sector para su ulterior utilización en término de análisis y definición de prioridades en salud comunitaria con los actores locales claves. Para puntualizar detalles referirse al Manual del Sistema de Información Comunitaria (SICO).

Como experiencias de avanzada en el desarrollo de un sistema de información comunitaria se destacan un conjunto de iniciativas apoyada por diversas fuentes de financiamiento interna y externa, entre las cuales están: el seguimiento activo de las embarazadas inasistentes; la vigilancia del crecimiento y desarrollo de los niños; el seguimiento activo de las embarazadas en el plan parto; el seguimiento activo al sistema de transporte comunitario; el seguimiento activo a las casas base y la vigilancia activa para enfrentar brotes y desastre naturales entre otros.

### **PRINCIPALES FLUJOS Y UTILIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN**

#### **Usuarios informados**

La primera responsabilidad del ESF con respecto a la información que tienen derecho las personas que demandan los servicios es, garantizar el acceso al conjunto de prestaciones de servicios de salud; trato equitativo y gratuitad de los servicios con privacidad, confidencialidad y respeto; horarios de atención, horarios escalonados, entre otros. Disponiendo de medios hablados, escritos, rotulaciones, afiches, trípticos y otros disponibles.

#### **Gestión de citas a grupos priorizados**

Una vez utilizado el expediente de la persona y para garantizar la continuidad de la atención, el ESFC llevará un cuaderno de citas para consensuar la fecha de su próxima atención, anotándose la fecha y día en el registro, esta misma información se apuntará en la tarjeta de citas. En los sectores donde hay mucha demanda se recomienda el uso de los horarios escalonados.

#### **Seguimiento a la visita familiar**

Debe responder a las necesidades y requerimientos de información compartida con la red comunitaria. Es competencia directa del ESF la búsqueda activa en la continuidad de atención a los

usuarios en la comunidad, desarrollando visitas subsecuentes en el hogar a las mujeres en edad fértil inasistentes a los servicios de salud sexual y reproductiva, la niñez que no se está beneficiando en inmunizaciones, VPCD, las personas con discapacidades, dispensarizadas, entre otros (ver anexo 4).

### **Registro diario de atenciones integrales**

El ESFC asentará las actividades que diariamente se brindan a los usuarios que demandan atención ambulatoria utilizando esta hoja de registro en todos los sectores con la finalidad de: Llevar el registro diario de la atenciones integrales; procesar indicadores básicos del sector; valorar la productividad por perfil de recurso; Sistematizar la información que se genera a nivel del sector, entre otras utilidades.

### **Consolidado diario de atenciones integrales**

Los ESFC utilizarán este instrumento para elaborar las series cronológicas y a su vez facilitar la detección de errores u omisiones durante el registro diario, permitiendo rectificar tempranamente y mejorar la calidad de la información en el registro primario.

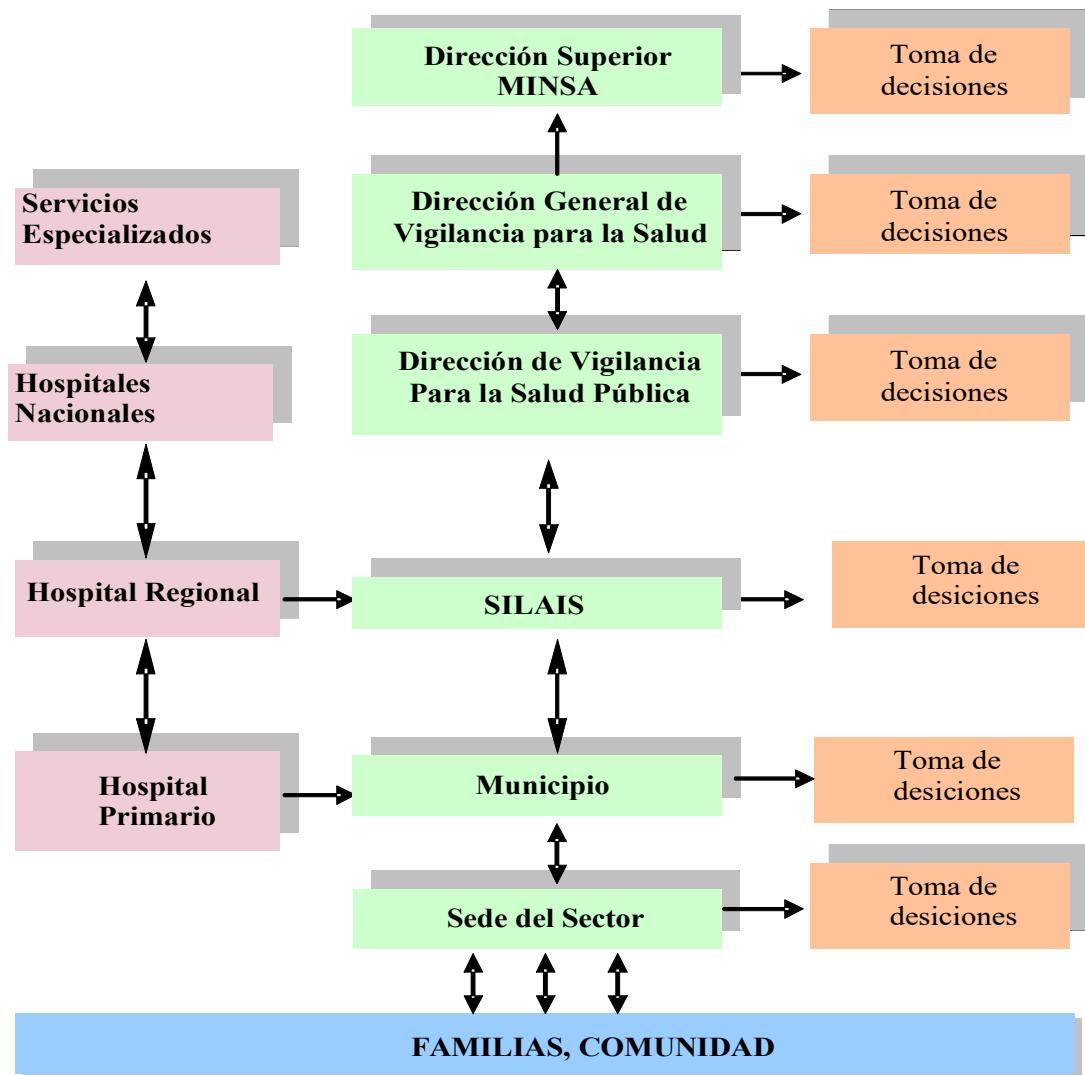
### **Reporte mensual de atenciones integrales**

Este instrumento tiene como objetivo recopilar en una sola hoja todas las actividades realizadas por el Equipo de Salud Familiar durante el mes y remitirlo al nivel administrativo inmediato superior.

### **Sala de situaciones y vigilancia epidemiológica**

En la sede del sector los ESF tienen la competencia de mantener actualizado los instrumentos para monitoreo, evaluación y vigilancia de las acciones de los servicios y daño a la salud; que permitan valorar en todo momento el alcance de metas comprometidas y la presión que ejercen los problemas de salud pública sobre el sector, en particular: las gráficas de cobertura, canales endémicos, disponibilidad de insumos críticos, cuadros de mando, etc.

## Sistema de Vigilancia Epidemiológica Nacional (SISNIVEN)



## BIBLIOGRAFIA

1. Nicaragua, Ministerio de Salud, Ley General de Salud y Reglamento, Managua, 2003.
2. Nicaragua, Ministerio de Salud, Plan Nacional de Salud, Managua, 2004-2015
3. Nicaragua, Ministerio de Salud, Política Nacional de Salud, Managua, 2004-2015
4. Nicaragua, Ministerio de Salud, Marco Conceptual del Modelo de Atención Integral en Salud, Managua, 2005
5. Nicaragua Ministerio de Salud, Modelo Normativo de Puestos de Salud, Normas de Trabajo Comunitario, Managua, Marzo 2000.
6. Nicaragua, Ministerio de Salud, Sistema de Información Comunitaria, Manual Normativo, Managua, Junio 2003.
7. Nicaragua, Ministerio de Salud, Manual de Referencia y Contrarreferencia, Managua, Mayo 2006.
8. Nicaragua, Ministerio de Salud, Documento borrador guía, Propuesta para la implementación del MOSAFC, Managua, Agosto 2006.
9. Nicaragua, Ministerio de Salud, Conjunto de Prestaciones de Servicios de Salud del MOSAFC, según Ley 423 y el artículo 59 de la Constitución, Managua, Abril 2006.
10. Nicaragua, Ministerio de Salud, Manual para Elaboración de Croquis, Managua, 1999.
11. Nicaragua, Ministerio de Salud, Modelo de Atención Integral a la Mujer y la Niñez, Managua, 1995.
12. Nicaragua, Ministerio de Salud, Manual de Vigilancia Epidemiológica, Managua, Febrero 2001.
13. Nicaragua, Ministerio de Salud, Manual de Normas y Procedimientos del Departamento de Estadísticas y Registros Médicos en el Primer Nivel de Atención, Managua, Julio 2003.
14. Organización Panamericana de la Salud (OPS), Estrategias para el Desarrollo de los Equipos de Atención Primaria, Agosto 2006
15. Organización Panamericana de la Salud (OPS), Renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas, Documento de Posición Agosto 2005.
16. Perú, Modelo de Salud Familiar y Comunitario, Lima, 2004.
17. República Dominicana, Manual de Procedimientos Administrativos para los Establecimientos del Primer Nivel de Atención, Santo Domingo, Febrero 1998.

# ANEXOS

## **ANEXOS**

### **ANEXO NO. 1: FUNCIONAMIENTO DEL EQUIPO DE SALUD FAMILIAR PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL MOSAFC EN LOS SECTORES.**

**Misión del ESF:** El Equipo de Salud Familiar brinda un conjunto de prestaciones de servicios de salud dirigidas a las Personas, Familias y Comunidad con principios de gratuidad, universalidad, solidaridad, calidad, calidez, equidad, con enfoque de género, desarrollando la integralidad, interculturalidad, accesibilidad, longitunidalidad y coordinación, teniendo como finalidad la promoción y prevención de la salud y el tratamiento adecuado que incluye la recuperación y rehabilitación de la población asignada a los sectores, involucrando en su realización la actuación de la comunidad organizada, los diversos actores sociales comprometidos en el mejoramiento de la calidad de vida de la población, de acuerdo a su realidad y necesidad. Para lo cual debemos desarrollar las siguientes **funciones:**

- Garantizar la organización del sector para brindar el conjunto de prestaciones de servicios de salud a nivel del las personas, Familia y comunidad.
- Coordinar con las diferentes instancias de participación ciudadana (consejos de poder ciudadano, comité de desarrollo comunitario, entre otras) para el desarrollo de las actividades de implementación del MODELO, caracterización del sector, atención Médica Integral dispensarizada.
- Articular las políticas, programas, proyectos y planes de todas las instancias que inciden en el sector y en el municipio.
- Facilitar la formulación, ejecución, monitoreo y evaluación del Plan de Salud del sector, concertado con la comunidad y actores sociales.
- Realizar visitas domiciliares de acuerdo a la programación y coordinación con la red comunitaria.
- Garantizar la entrega oportuna y adecuada de insumos médicos y no médicos a los usuarios, promoviendo el uso racional.
- Fortalecer en coordinación con la comunidad los mecanismos establecidos para referencia y contrarreferencia comunitaria.
- Cumplir con las notificaciones obligatorias establecidas por el sistema de Vigilancia Epidemiológica. (Manual de Vigilancia Epidemiológica)

- Realizar los informes de avance de la implementación del Plan local de salud de acuerdo a los compromisos de gestión y la entrega de los mismos en el tiempo estipulado, utilizando el sistema de información establecido por el Ministerio de Salud.
- Participar en las actividades que convoque el nivel municipal para la evaluación de la producción, costo y calidad de los servicios que se prestan.
- Garantizar en conjunto con la comunidad el cuidado del patrimonio institucional y comunitario de la sede del Equipo de Salud Familiar.
- Facilitar la implementación de mecanismos de control social (satisfacción de usuario, entre otros) para el mejoramiento continuo de la atención.
- Participar en las actividades de capacitación, educación continua e investigación que se programen para el Equipo de Salud Familiar.
- Facilitar el desarrollo de competencias de los miembros de la red comunitaria. (ver en anexo 2 competencias del Equipo de Salud Familiar)

### **COMPETENCIAS DEL EQUIPO DE SALUD FAMILIAR**

Con el objetivo de fortalecer la organización y funcionamiento del Equipo de Salud Familiar en el sector, es importante considerar las siguientes competencias para cada uno de los escenarios de atención:

Competencias de los miembros del ESFC en los diferentes escenarios de atención			
No.	Hogar	Comunidad	Establecimiento
1	En coordinación con la red comunitaria, realizan visitas domiciliares a las familias y particularmente a las clasificadas como de alto riesgo.	Desarrollan el proceso de inducción del Modelo con los líderes comunitarios y actores claves.	Brindan atención de salud preventiva, curativa, de emergencia y de rehabilitación con calidad y calidez.

2		Realizan en conjunto con los líderes comunitarios y actores sociales el reconocimiento, caracterización del sector: levantamiento del croquis de las comunidades que conforman el sector. Realizan los censos generales y especiales, entre otros.	Atienden oportunamente los casos referidos por los agentes comunitarios u otro personal de salud; así como las contrarreferencias de otros niveles de atención.
3		Facilitan el análisis de situación de salud del sector con la participación activa y comprometida de todos los actores del territorio.	Participan en la actualización de los procesos de educación continua y adiestramiento del Equipo de Salud Familiar.
4		Facilitan la elaboración el Plan Local de Salud con la participación de los otros actores sociales claves (comités comárciales, comité de barrios, comité de salud comunitarios, ONG's).	Realizan o actualiza el registro nacimientos y defunciones del sector.
6		Facilitan reuniones periódicas con líderes comunitarios actores sociales para analizar el avance del Plan Local de Salud	Los Gabinetes del Poder Ciudadano lideran estos encuentros
No.	Hogar	Comunidad	Establecimiento
7		Colaboran con la Unidad Técnica Municipal en el conformación y/o fortalecimiento de las instancias de participación ciudadana.	
8		Apoyan la organización y ejecución de talleres de capacitación y evaluación de los agentes comunitarios y otros actores sociales claves.	Participan en las evaluaciones de desempeño programadas por la dirección municipal
9		Apoyan las acciones comunitarias dirigidas a prevenir las ETV.	Informan a la dirección municipal de las situaciones de riesgo para el sector.
10		Aplican vacunas de acuerdo al esquema a niños y niñas menores de cinco años, mujeres embarazadas y otros grupos priorizados.	Elaboran informes mensuales de la producción de servicios y de todas las actividades realizadas a nivel del sector.

11		Atienden en coordinación con la comunidad las consultas subsecuentes (VPCD, control prenatal, planificación familiar, puérperas, inmunización, toma de citologías).	Realizan oportunamente los pedidos mensuales de medicamentos y materiales de reposición periódica conforme a la programación establecida.
12		Desarrollan en coordinación con la comunidad acciones de prevención de las enfermedades prevalentes de la infancia.	Realizan en coordinación con los líderes comunitarios la elaboración de su programación mensual de trabajo.
13		Participan en la organización y ejecución de las actividades de promoción y prevención por ciclo de vida a nivel hogar y la comunidad.	Garantizan el cumplimiento de los horarios de atención definidos para la sede del sector.
14	Realizan visitas de forma sistemáticas a las comunidades y hogares que conforman el sector.	Los Agentes Comunitarios apoyan a los ESF en la visita a las familias	Proporcionan la información requerida por la dirección municipal, para el seguimiento y evaluación de los acuerdo interno de gestión.
No.	Hogar	Comunidad	Establecimiento
15	Llenan y actualizan la Historia de Salud Familiar del sector.	Desarrollan con especial énfasis las acciones de promoción, prevención y control dirigidas a mejorar y proteger el medio ambiente (abastecimiento de agua, letrinas y disposición final de la basura).	
16		Fomentan la participación comunitaria en el campo de la salud, con énfasis en la identificación de los determinantes de la salud.	

## FUNCIONES DE LOS MIEMBROS DE LOS COMITES COMUNITARIOS.

<b>Funciones Clave</b>	<b>Funciones Principales</b>
1. Garantizar la organización de la comunidad motivando su participación activa en el desarrollo para lograr una vida mejor.	1. Fortalecer la organización y funcionamiento permanente del comité con participación de todos sus miembros, a través de su capacitación para mejorar actitudes y comportamientos en las familias y miembros de las comunidades.  2. Promover la organización de la comunidad en sectores, consejos o repartos con la participación activa de todos los actores presentes en el sector y en coordinación con el gobierno local.
2. Promover la elaboración de los planes comunitarios, su seguimiento y evaluación efectiva en coordinación con todos los actores, dando a cada quien lo que necesita.	3. Planificar en coordinación con todos los actores el desarrollo de la comunidad (Educación, salud, medio ambiente, otros), considerando los recursos y riesgos.  4. Evaluar el plan comunitario en conjunto con los actores y equipos institucionales que atienden la comunidad.
3. Realizar la búsqueda permanente de recursos y soluciones de los principales problemas y la ejecución de las acciones que se acuerden para el desarrollo de la comunidad.	5. Realizar alianzas necesarias con otras comunidades, municipios, instituciones públicas, privadas, nacionales, internacionales, de asistencia técnica y cooperación para el desarrollo.  6. Realizar la vigilancia de resultados y efectos positivos, daños en la salud a partir de evidencias y acciones de intervención específicas de salud, educación, medio ambiente y otras, con la participación activa de las familias, organizaciones de la comunidad y actores.
4. Promover en coordinación con otros actores la realización del control social en las situaciones que se identifiquen para mejorar los diferentes servicios, realizándolo de manera constructiva y con transparencia. (salud, educación, medio ambientes, otros).	7. Conformar comisiones encargadas de identificar las situaciones que necesiten mejorarse en salud, educación, medio ambiente y otros.  8. Utilizar mecanismos de control social para garantizar el uso correcto de los servicios que se reciben en la comunidad.
<b>“Todas las funciones deben ser realizadas con valores y liderazgo”.</b>	

Fuente: MINSA, Dirección General de Vigilancia de la Salud. Documento Experiencia de la identificación de las capacidades de los miembros de los comités comunitarios de: Lechecuagos, barrios del municipio de León; municipios El Jícaro, Ciudad Antigua y Murra de Nueva Segovia. Managua, Octubre de 2008.

## **ANEXO NO. 2: GUÍA PARA LA SECTORIZACION**

### **PASOS A SEGUIR PARA EL PROCESO DE SECTORIZACIÓN**

1. Cada SILAIS conformará un equipo coordinador, encargado de brindar la asistencia técnica y conducción del proceso de inducción, sensibilización y capacitación del equipo de la Sede SILAIS y municipios.
  2. El equipo coordinador municipal inicia el proceso de inducción, sensibilización y capacitación del personal de salud, actores sociales clave, red comunitaria del municipio. Es importante que en esta etapa se cuente el apoyo y seguimiento del Equipo Técnico del SILAIS de forma comprometida y sostenida.
  3. Preparar la información para la sectorización municipal de forma participativa.
    - a. Censos de Población: por comunidad, barrios, distrito, fuente oficial INIDE. Se recomienda tomar todas las fuentes censales locales para referencia de la aplicación de criterios. (Cotejar el listado de comunidades y poblaciones del municipio con base en los datos del territorio).
    - b. Diagnóstico de capacidad instalada actual institucional (RRHH, Infraestructura, Equipamiento). Verificar in situ por el municipio la capacidad instalada actual. Incluye la determinación de requerimientos. Ver formatos No. 2 al 5 en anexos.
    - c. Mapas: Distribución de la población municipio; Equipamiento Social (infraestructura salud y educación). (Adquirir en las alcaldías y en INETER).
    - d. Croquis del área urbana generalmente disponible en las alcaldías y centro de salud
    - e. Red de Servicios Actualizada del municipio.
    - f. Características del sector
  4. Sectorizar en función de la red de servicios existente
  5. Aplicar las herramientas para la sectorización municipal de forma participativa.
    - a. Colocar en el Mapa del territorio toda la información antes requerida.
    - b. Utilizar Criterios para la conformación de sectores
- Población:
- Área Urbana: 1000 familias por sector, equivalentes a 4500 a 5000 habitantes.
  - Área Rural: 600 familias por sector, equivalentes a 2,500 a 3000 habitantes.
- Factores a tomar en cuenta para agrupar comunidades/barrios para garantizar accesibilidad:
- Desplazamiento natural de la población hacia a las unidades de salud en busca de atención.
  - Considerar las características geográficas: accidentes geográficos, ríos, lagunas, vías de comunicación.

- Características Socioculturales: Considerar las relaciones naturales de las Comunidades, etnias.
  - Concentración, dispersión de la población y migración poblacional
  - Considerar el desarrollo productivo de cada localidad (polos de desarrollo, centros productivos).
  - Aspectos ínter fronterizos.
  - Considerar las diferencias o rencillas entre familias, grupos de las localidades que integraran el sector.
- c. Delimitación de sectores en Mapas Geográficos del Municipio: Al definir bien el territorio del sector, se procede a delimitarlo en el mapa de trabajo. Hasta donde sea posible el proceso de sectorización debe respetar la División Política Administrativa del territorio a nivel del País como son: departamentos y municipios, aún vigente. De no haber alternativas, un sector puede ser conformado por localidades de varios municipios o SILAIS vecinos.
- d. Elaborar listado de sectores asignados a la red de servicios, rurales y urbanos, clasificados según prioridad (ver formato No. 3 en anexo).

Se debe denominar a los sectores, utilizando una tipología numérica y nombre propio (Sector 1: San Luis). Se recomienda el uso de nombres populares, que sean aceptados por las comunidades. En caso de que dos sectores se hayan originado en la división de un mismo barrio, se pueden utilizar los puntos cardinales para identificarlos (por ejemplo, El Jícaro Norte y El Jícaro Sur).

6. Agrupación de Sectores para ser atendidos por el Equipo de Salud Familiar: La visión de la implementación del MOSAFC tiene una perspectiva universal en el largo plazo, en el cual se considera un Equipo de Salud Familiar para atender un Sector. No obstante, el proceso requiere desarrollarse de manera gradual, acorde con la capacidad instalada del territorio, por lo que en la primera etapa se deberán agrupar sectores, teniendo en cuenta criterios de accesibilidad y riesgo, para recibir de un mismo Equipo de Salud Familiar el conjunto de prestaciones de servicios de salud, colocando su sede en el sector de mayor accesibilidad, la sede de estos sectores debe reflejarse en el mapa. A continuación se presentan formatos para recolección de la información de los sectores (Formato No. 1).

## DETERMINACIÓN DE NECESIDADES DE RECURSOS HUMANOS PARA LA ATENCIÓN DE LOS SECTORES

**FORMATO No. 1**  
**MINISTERIO DE SALUD**  
**División General de Planificación y Desarrollo**  
**Determinación de Necesidades de Recursos Humanos del Equipo de Salud Familiar**

**SILAIS:  
Municipio:  
Fecha:**

M: Médico

AEF: Auxiliar de Enfermería

ENF: Enfermera (o)

Nota: Escribir cualquier aclaración sobre la situación del personal

## **ANEXO NO. 3: GUÍA PARA ELABORAR EL CROQUIS**

### **Elaboración del Croquis del Sector**

Cuando se tienen la organización territorial de los sectores, lo cual será el resultado del consenso entre el Equipo de Salud Familiar y los actores sociales de las comunidades, se procederá a la delimitación del territorio en el croquis del sector.

Deben considerarse los siguientes pasos:

1. Cada Equipo de Salud Familiar responsable del sector deberá tener disponibles los croquis del sector.
2. El personal de salud que elaborará los croquis debe ser capacitado previamente.
3. La sectorización no debe ser concebida como una actividad única y definitiva, sino que es un proceso sistemático y como tal debe realizarse con pasos lento y seguro.
4. Este proceso no finaliza con la elaboración de los croquis por sectores, el producto final de esta actividad deberá producir el impacto esperado en la medida que cada Equipo de Salud Familiar disponga de la información pertinente y sea actualizada sistemáticamente para planificar y organizar las intervenciones en salud del territorio.

### **Pasos para elaborar un croquis**

Conocimientos necesarios para el reconocimiento geográfico.

### **Valoración de las distancias**

Como el personal de salud no dispone de las herramientas para el cálculo de las distancias, utilizará el método de apreciación a simple vista, determinarán la magnitud de las distancias naturales, estas serán más o menor aproximadas, lo cual dependerá de la experticia del trabajador de la salud.

Con el propósito de lograr mejores aproximaciones de las distancias el personal que elabora el Croquis deberá aprender a visualizar fácilmente 25.50, 100, 200 metros.

Es necesario que el personal de salud aprenda a determinar el tamaño del paso, esto le permitirá calcular las distancias, cuando realiza el recorrido del territorio caminando.

Para calcular las distancias se procede se la siguiente forma:

Marcar una distancia de 25 metros, colocar señaladores al inicio y al final

Con paso normal realizar el recorrido de 25 metros y contar el número de pasos que dio de ida y hacer el mismo ejercicio de regreso.

Luego Sumar los pasos que le tomo de ida y regreso y divida este resultado entre dos para determinar el promedio de pasos que se recorren en una distancia de 25 metros.

Ejemplo: Ida nos llevamos = 38 pasos de regreso 38 pasos

$36+38 = 72/2$  pasos = 37.0 (promedio de pasos equivalente a 25 metros).

También se pueden aprender a calcular las distancias a través de la observación de una longitud fija de 25 metros y luego hacer el recorrido del trayecto contando detalladamente los pasos para comprobar si nos aproximamos con el cálculo (tomando como base el promedio del paso del acápite anterior).

## La orientación

La orientación en el terreno también puede hacerse señalando el sol, la cual debe realizarse lo más temprano por la mañana, si el sol ha subido la ubicación, el este varía debido a los movimientos de la tierra.



Otra forma de orientarse en el terreno es colocándose de frente por donde sale el sol, de esta manera el norte quedará en dirección de su mano izquierda, el sur a la derecha, el Oeste detrás y el Este de frente.

## Pasos a seguir para elaborar el croquis del sector

La elaboración del Croquis se realiza en dos etapas:

En el terreno

En el escritorio utilizando papel donde se va a graficar

### En el terreno primera etapa

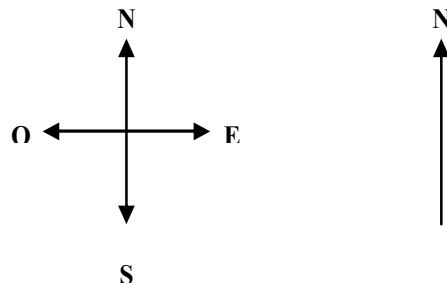
- Investigar si disponen del croquis de las localidades, barrios o zonas del territorio que conforman el sector.
- El equipo básico debe de atención hará un ejercicio práctico de conformación de los sectores aplicando los criterios de sectorización, en este proceso deben participar el equipo técnico del municipio.
- Personal con conocimiento de las localidades que conformaron el Sector (Personal de enfermería, educador en salud, vectores)
- Se debe incorporar Agentes comunitarios de las localidades que integran los sectores, ya que dispone de un mayor conocimiento de las características geográficas y topográficas del territorio a trabajar.
- Si existiera un mapa o croquis del sector este tendrá que ser actualizado
- Una vez conformado los sectores en el mapa, se programan visitas a las localidades que conformarán los sectores para la determinación de linderos del sector.

### Determinar las vías de acceso de la comunidad a la sede del sector

La elaboración del Croquis se inicia recorriendo la ruta que nos conduce del establecimiento de salud (sede del equipo de salud familiar) a las localidades que integran el sector, hay que ir demarcando (esbozo) del croquis en el material que disponga para tal efecto (Papelógrafo, cartulina etc.).

### Orientación y punto de inicio

Hay que determinar donde están los puntos cardinales y señalar en el esbozo del croquis la flecha que nos indica el norte. A partir de la vía de entrada, hay que desplazarse hacia la derecha de la localidad, siempre que las condiciones geográficas y topográficas (situación del terreno) lo permitan.



## Diseño del croquis del sector

Se irá graficando en papel o cartulina las manzanas, viviendas, edificios importes, centros productivos, vías de acceso (caminos, carretera, veredas, trochas) accidentes geográficos y topográficos (ríos, lagunas, cerros) fuentes de agua entre otros. Una vez elaborado el croquis del sector éste debe actualizarse periódicamente.

Las viviendas deben ser enumeradas de forma consecutiva, lo que permitirá un mejor control y seguimiento de las acciones que se desarrollarán en el sector. Ejemplo (1, 2, 3,).

El número de la casa estará precedido por:

1. Las siglas del nombre de la sede del Equipo de Salud Familiar del Sector.
2. Por el numero del sector o micro sector (1,2,...n)
3. Numero consecutivo para la vivienda
4. Numero de familia en esa vivienda

y quedará así por ejemplo:

ESF-01-08-01 (Familia 1 de la vivienda 08 del sector 01 que atiende el equipo ESF)

ESF-01-08-02 (Familia 2 de la vivienda 08 del sector 01 que atiende el equipo ESF)

Consideración para la elaboración del Croquis del sector:

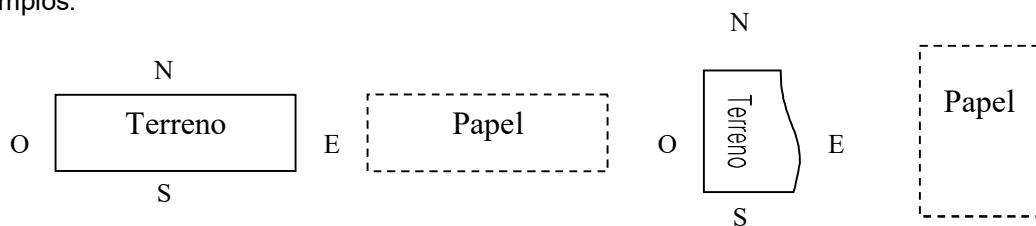
- Como iniciaremos la elaboración del croquis.(dispones de herramientas?).
- Estimar el tiempo de desplazamiento necesario dentro del sector.
- Indicar la orientación y los caminos a través de simbología.
- Marcar las localidades y puntos estratégicos especificando las distancias.
- Obtener la información de los accidentes geográficos más relevantes, medios de movilización (Bus, camión, bote, bestia, caminando (a pie) acuática y terrestre.

Con la ayuda del esbozo previamente elaborado y con toda la información recopilada de localidades que conformaran el sector se procederá a graficar el croquis a nivel de la sede del equipo básico, este puede hacerse en papel blanco o cartulina (escoger material fuerte duradero).

El Croquis debe dibujarse con lápiz de grafito, esto facilitará su actualización cuando se requiera.

La forma como debe colocarse el papel para dibujar el Croquis, se determina por la configuración del terreno.

Ejemplos:



Señalar en el croquis los límites y las áreas colindantes o vecinas

- En la esquina superior del papel señale el norte con su símbolo específico

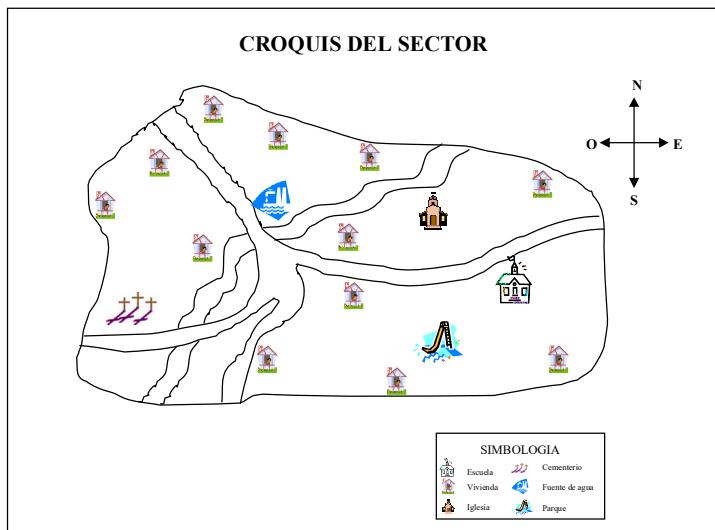
- Dejar en la parte superior un espacio para colocar el cuadro de ubicación y de Identificación. Deben de contener lo siguiente:
- La responsabilidad de la elaboración del croquis es del Equipo de Salud Familiar y el seguimiento de su actualización lo hará el recurso que realiza mayores acciones a nivel del hogar y la comunidad.

Cuadro de Ubicación	Cuadro de Identificación
Nombre del SILAIS Municipio Nombre de la Zona Nombre del Sector  1. Linderos Norte, Sur, Este Oeste 2. Extensión territorial del Área	Población Distancia de la comunidad a la sede del sector  3. No. De Manzanas  No. Viviendas No. De familias Fecha de realización Nombre del responsable del sector Firma ( Quién lo realizo)

#### Elementos a tomar en cuenta al delinear croquis

- Debe caminar por el sector para conocer donde empieza y donde termina.
- Revisar la simbología para tenerlos pendientes al momento integrar la información de los aspectos encontrados en el sector.
- Dibuje cada vivienda y coloque el número que le corresponde, aunque esté vacía y luego numere la vivienda. (tiza o calcomanías).
- Señalice con dibujos las escuelas, iglesias, lugares deportivos, centros recreativos pulperías, centros productivos, casas comunales, casa base, establecimientos públicos y privados de salud, casa de los agentes comunitarios comedores infantiles (BPS, Col-Vol y PEAS). Fuentes de agua y los accidentes topográficos que se consideren relevantes.
- Una vez concluido el dibujo del croquis del sector debe corroborar que toda la información y simbología esté integrada en el croquis. Se contará siempre con una copia para el trabajo del equipo en la comunidad y colocar el croquis en la sede del sector.

#### Ejemplo de Croquis del Sector:



## ANEXO NO. 4: FORMATO DE LA HISTORIA DE SALUD FAMILIAR



MINISTERIO DE SALUD

### HISTORIA DE SALUD FAMILIAR

SILAS: \_\_\_\_\_

Municipio: \_\_\_\_\_

Sector: \_\_\_\_\_

Barrio o comunidad: \_\_\_\_\_

No. de vivienda según croquis: \_\_\_\_\_

Familia No.: \_\_\_\_\_

Dirección o referencia exacta de la vivienda: \_\_\_\_\_

Nombre de quien dirige la visita: \_\_\_\_\_

Profesión: \_\_\_\_\_

Fecha de Visita: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

#### I. INFORMACION DE LA FAMILIA

Cod. Persona	Nombre y Apellidos	Fecha. Nacimiento	Edad	Etnia	Sexo	Escolaridad	Ocupación	Embarazada con CPN actualizado		MEF / PF Actualizado		< 1 a VPCD Actualizado		Factores de Riesgo / Enfermedades	GD
								SI	NO	SI	NO	SI	NO		
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															

#### II. CARACTERISTICAS HIGIÉNICO-SANITARIAS

Fecha	Hacinamiento	Animales Domést.	Riesgo Accidentes	Facts Medio Amb	Combustible Cocinar	Abasteci Agua (fuente)	Calidad Agua	Electricidad	Depós Excretas	Depós basura	

#### FAMILIOGRAMA

Fecha	Caráct Estruct Vivienda(piso,techo,paredes)	Cultura Sanitaria	Caráct Psicosociales	Satisfacción Nec. Básicas	

#### III. FACTORES SOCIOECONÓMICOS

Fecha	Tamaño	Ontogénesis	Etapa Ciclo Vital	Crisis Normativa	Crisis Paranormativa	

#### OBSERVACIONES

--

### *Actualizacion familiares (Personas)*

### *Descripcion de Eventos*

- (A) Fallecido.
  - (B) Traslado de Habitacion
  - (C) Nacimiento
  - (D) No registrado en Primer visita
  - (E) Formacion de nueva familia

### **Instructivo**

\*\* Cada una de las personas registradas en la historia de salud familiar tiene un numero a la par izquierda (Columna Cod. Persona).

\*\* El evento a registrar en la actualización de datos familiares debe coincidir con el numero correspondiente a cada persona.

\*\* En el caso que se trate de un nacimiento, anotar la fecha de visita, evento tipo C, fecha del evento, y la observación si la hubiera y luego a registrar consecutivamente los datos de la persona en el anverso historia de salud familiar y comunitaria.

### *Seguimiento a la familia*

## **INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DE LA HISTORIA DE SALUD FAMILIAR**

La Historia de Salud familiar es un documento que se basa en la visita a la familia para el proceso de dispensarización<sup>4</sup>, permite obtener información cuantitativa de las personas, la familia y la comunidad.

Para la elaboración de la misma es necesario tener presente aspectos éticos de la relación médico-paciente

1. Datos Generales: Datos de ubicación geográfica tales como SILAIS, municipio, sector, comunidad y No. De vivienda.
2. Datos de identidad de la familia: Nombres y Apellidos, fecha de Nacimiento, edad, etnia, escolaridad, profesión, ocupación, factores de riesgo o enfermedades y grupo dispensarial.
3. Características Higiénico Sanitarias: Hacinamiento, animales domésticos, riesgos de accidentes, factores medio ambientales, combustible para cocinar, abastecimiento de agua, calidad del agua, electricidad, depósitos residuales sólidos y líquidos.
4. Factores socioeconómicos: Características estructurales de la vivienda, cultura sanitaria, características psicosociales, satisfacción de necesidades básicas.
5. Funcionamiento familiar: Tamaño, ontogénesis, etapa del ciclo vital, crisis normativa y crisis paranormativa.
6. Observaciones.
7. Familiograma.

Encabezado del Modelo (Instrumento de llenado):

1. Datos Generales: Anotar de acuerdo al SILAIS, municipio, sector, comunidad, No. De vivienda y familia (puede haber más de una familia en la vivienda, por lo cual se llenara una historia de salud familiar por cada familia encontrada en la visita), dirección o referencia de la vivienda, nombre de la persona que realiza la visita (debe ser personal de salud).

Cuerpo:

2. Datos de Identidad de miembros de la familia:

Es importante llenar en orden de nacimiento y/o responsable del núcleo familiar con el completamiento de los datos de identidad personal en lo que se refiere a:

---

<sup>4</sup> Atención médica de elevada calidad técnica, científica y humana que se complementa con acciones de promoción de salud, prevención de enfermedades y otros daños y rehabilitación con enfoque integral a través de la dispensarización se clasifica en cuatro grupos dispensariales a la familias atendidas

Las viviendas deben ser enumeradas de forma consecutiva, lo que permitirá un mejor control y seguimiento de las acciones que se desarrollarán en el sector. Ejemplo (1, 2, 3,).

El número de la casa estará precedido por:

1. Las siglas del nombre de la sede del Sector del ESF. Ej. SMB
2. Por el numero del sector o micro sector (1,2,...n)
3. Numero consecutivo para la vivienda
4. Numero consecutivo de familia en esa vivienda

y quedará así por ejemplo:

SMB -01-08-01 (Familia 1 de la vivienda 08 del sector 01 que atiende la sede SMB)

SMB -01-08-02 (Familia 2 de la vivienda 08 del sector 01 que atiende la sede SMB)

Por ende la codificación de la persona será el código de la vivienda más un número consecutivo.

Por ejemplo

SMB -01-08-01-01 (Persona 1 de la Familia 1 de la vivienda 08 del sector 01 que atiende el equipo SMB)

SMB -01-08-01-02 (Persona 2 de la Familia 1 de la vivienda 08 del sector 01 que atiende el equipo SMB)

Anotar Nombre (primer y segundo) y apellidos (primer y segundo)

Fecha de nacimiento – Preguntar y anotar la fecha de nacimiento

Edad - Preguntar y anotar la edad de la persona y/o calcularla de acorde a la fecha de nacimiento suministrada por el encuestado

Sexo – Anotar sexo de la persona M (Masculino) o F (Femenino).

Etnia – Anotar de acorde a lo encontrado según lo siguiente: Rama, Garifuna, Mayangna-Sumu, Miskitu, Ulwa, Creole (Kriol), Mestizo de la Costa Caribe, Xiu-Sutiava Nahoa-Nicarao, Chorotega-Nahua-Mange, Cacaopera-Matagalpa, Otro, No sabe.

Escolaridad – Se anota como: Analfabeto, Alfabetizado, Preescolar, primaria de 1 a 3 grado, primaria de 4 a 6 grado, Secundaria sin terminar, Secundaria Terminada, Técnico o Universitaria terminada y Técnico o Universitaria sin terminar.

Ocupación – Se anota como:

**Empleado/obrero:** Persona que puede trabajar para un patrón, para el estado o para un establecimiento o empresa privada, a cambio de un salario.

**Jornalero/peón:** Es la persona que efectúa un trabajo manual a cambio de un sueldo o comisión u otra forma de pago en dinero o especie.

**Cuenta propia:** Es la persona que trabaja en su propio negocio, empresa, finca, etc. y aquellas personas que ejercen por su cuenta una profesión u oficio. No tienen empleados u obreros a sueldo, trabajan solos, aunque pueden utilizar algún familiar como ayudante sin pago.

**Patrón o empresario:** Es la persona que explota su propia empresa o negocio o que ejerce por su cuenta una profesión u oficio, teniendo uno o más empleados, obreros, peones, etc., a sueldo o salario.

**Trabajador sin pago:** Es la persona que trabaja en una empresa, negocio, finca o explotación agrícola que administra o es propiedad de algún miembro de la familia y no recibe salario alguno a cambio de su trabajo.

**Miembro de cooperativa:** Es la persona que trabaja y es miembro de una o más cooperativas, por lo que recibe una retribución económica de acuerdo a su aporte.

Embarazada con CPN actualizado: Anote Si o No, si la persona tiene Control CPN actualizado Si o No.

MEF / PF: Anote Si o No, si la persona está utilizando algún método de planificación familiar.

< de 1 Año con VPCD: Anote Si o No, si el niño menor de un año tiene control de VPCD.

**Factores de Riesgo y/o Enfermedades:** Se debe reflejar los no modificables como son edad, sexo, grupo sanguíneo y los modificables como: hábitos tóxicos, sedentarismo, obesidad, desnutrición, accidentes, infecciones de transmisión sexual, riesgo preconcepcional.

Se debe anotar tanto las Enfermedades crónicas no transmisibles así como las transmisibles, además de enfermedades agudas con evolución tórpida y otras subagudas de acuerdo a criterio médico.

En el caso de las discapacidades se deberán anotar como:

- Discapacidad Visual(Ceguera total, Personas que no pueden ver por ninguno de los dos ojos, Personas que en el día pueden ver y por la noche no ven del todo, Personas que sólo tienen un ojo)
- Discapacidad Auditiva (Sordera, Hipoacusia)
- Discapacidad Motora (Personas con dificultades para caminar)
- Discapacidad Mentales (Personas con afecciones psiquiátricas trastornos de la personalidad y el comportamiento, Demencia (Enfermedad de Alzheimer)
- Discapacidad Congénitos: Hidrocefalias, Microcefalias, Espina Bifida, Síndrome de Down, Malformaciones congénitas del corazón

#### Grupo dispensarial (GD)

- Grupo I – Personas Supuestamente Sanas: aquellas que no tienen riesgo, daño a la salud, deficiencia ni discapacidad.
- Grupo II – Personas con riesgos: aquellas que están expuestas a condiciones que de no ser controladas adecuadamente aumentan la vulnerabilidad a sufrir daños a la salud individual o familiar.
- Grupo III – Personas enfermas: aquellas con diagnóstico de enfermedad no transmisible o transmisible de larga evolución.
- Grupo IV - Personas con deficiencias y capacidades diferentes.

### 3. Características Higiénico/Sanitarias

Hacinamiento: Total de personas que habitan una vivienda sobre el número de dormitorios, reflejando que hay hacinamiento cuando existen más de 2 personas por habitaciones.

Animales Domésticos: Debe reflejarse si existen o no y cuales Perros, gatos, gallinas, ganado vacuno (vacas, bueyes, toros), ganado porcino (cerdos, chanchos, otros).

#### Riesgos de Accidentes:

- De origen Natural (Terremotos, Erupción Volcánica, Tsunami, Deslizamientos, Deslaves).
- De origen Meteorológicos (Huracanes, Inundación, Sequía, Tormentas Tropicales)
- De origen Biológico (Plaga, Epidemias, industriales)
- De origen social (Huelgas, pandillas)

Factores Medio Ambientales: Especificar aquellos que afecten la determinante del estado de salud medio ambiental, ejemplo: ventilación, iluminación, ruido, presencia de vectores y roedores, vertederos o micro vertederos, etc.

Combustible para cocinar: se debe especificar el tipo usado en la familia, que puede ser: Gas licuado, kerosene, carbón, leña.

Abastecimiento de agua: Tubería de agua potable, pozo privado, pozo público, ojo de agua o manantial, rio/quebrada/arroyo, camión/carreta/pipa, de otra vivienda/vecino/empresa, Otro, ignorado.

Calidad del Agua: De acuerdo a lo anterior, se valora si la calidad del agua, es buena, regular o mala.

Electricidad: Debe reflejarse si existe o no.

Disposición de Excretas: Reflejar el tipo, de acorde a: Excusado o letrina, Inodoro conectado a tubería de aguas negras, Inodoro conectado a sumidero o pozo séptico, Inodoro que descarga en río o quebrada, Sin servicio sanitario (fecalismo al aire libre).

Depósito de Basura: Reflejar el tipo de disposición de los residuos sólidos de acorde a: Camión recolector, Llevan a contenedor o basurero autorizado, La queman, La entierran, La botan al río, lago, laguna, etc, Otra forma de eliminación.

#### 4. Factores socioeconómicos:

Características Estructurales de la vivienda:

Tipo de Piso : Ladrillo de cemento, mosaico o terrazo, Embaldosado o concreto, Ladrillo de barro, Ladrillo de barro, Madera (tambo), Tierra, Otros materiales

Tipo de Techo : Zinc, Lámina de plycem o nicalit, Teja de barro o cemento, Paja, palma y similares, Ripios o desechos, Otros materiales.

Tipo de Paredes : Bloque de cemento o concreto, Piedra cantera, Concreto y madera (minifalda), Ladrillo o bloque de barro, Adobe o taquezal, Madera, Bambú, barul, caña o palma, Ripios o desechos, Otros materiales.

Cultura Sanitaria: Buena, Regular o Mala según apreciación.

Características Psicosociales: Reflejar como adecuadas o inadecuadas según apreciación.

Satisfacción de Necesidades Básicas: Anotar Si o No según apreciación.

#### 5. Funcionamiento Familiar:

Tamaño: Se puede clasificar en grande: más de 6 miembros, mediana: entre 4 y 6 miembros, pequeña: de 1 a 3 miembros.

Ontogénesis:

Nuclear: Presencia de hasta 2 generaciones, padre e hijos, matrimonios sin hijos o sin ellos y hermanos solos.

Extensa o Extendida: Presencia de 2 generaciones o más, incluye hijos casados con descendencia o sin ella.

Mixta o ampliada: Cualquier tipo de familiar que rebasa las anteriores estructuras, puede incluir otros parientes y amigos.

Etapa del ciclo vital: Especificar la etapa del ciclo vital en que se encuentra la familia:

Formación: Matrimonio, Nacimiento del primer hijo.

Extensión: Nacimiento del primer hijo hasta que el primer hijo sale del hogar.

Contracción: Desde que el primer hijo sale del hogar hasta la muerte del primer cónyuge.

Disolución: Desde que fallece el primer cónyuge hasta la muerte del segundo.

Crisis Normativa: Está relacionada con el ciclo vital de la familia, debiéndose reflejar el acontecimiento que la define.

Ejemplo de momentos de crisis normativa: Matrimonio, embarazo, nacimiento del primer hijo, entrada del primer hijo a institución infantil, jubilación, etc.

**Crisis Paranormativa:** No relacionadas con el ciclo vital, son derivadas de acontecimientos accidentales, pueden ocurrir en cualquier etapa del ciclo y afectan de manera muy variable en dependencia de las características y principios de cada familia.

- Por incremento: Ejemplo retorno al hogar de un hijo divorciado o cuando algún pariente decide unirse al grupo familiar.
- Por desmembramiento: Se refiere a la muerte de un hijo o cónyuge antes del momento esperado.
- Por desmoralización: acontecimientos relacionados con valores éticos como por ejemplo infidelidad, delincuencia, drogadicción y otros.
- Por Desorganización: Crisis que genera a partir de la aparición de una enfermedad grave, discapacidad, invalidez, accidente e infertilidad.

Cualquier familia puede atravesar a la vez 2 o 3 tipos de crisis.

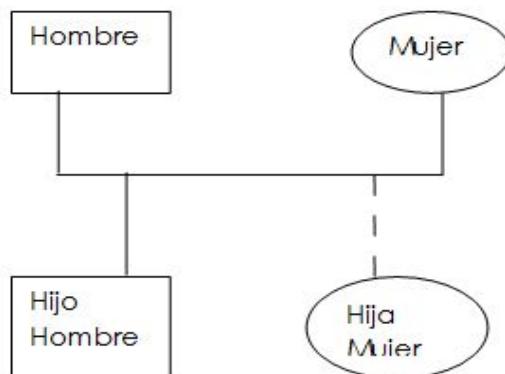
#### 6. Observaciones:

Se debe reflejar el funcionamiento familiar, calidad de las relaciones familiares, algunas consideraciones necesarias y se define como funcional, moderadamente funcional, disfuncional o severamente disfuncional (varía de acuerdo a los diferentes autores).

#### 7. Familiograma:

Es la representación grafica de la familia. Se realiza simbología grafica.

Permite con un solo golpe de vista obtener información acerca de la estructura familiar, así como de las relaciones entre los miembros.



La línea discontinua en la hija mujer significa adopción.

Si un símbolo es realizado con líneas discontinuas significa ausencia.

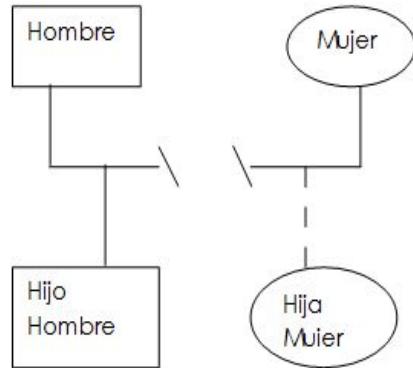
| — |  
 | — | Hombre ausente.  
 F Hombre fallecido.



Las relaciones de pareja legalmente establecidas se trazan continuas y las no formalizadas legalmente discontinuas.

Significa que la pareja está divorciada cuando hay 2 barras inclinadas y si es una sola barra es separación.

(Ver ejemplo a continuación)



Al reverso de la historia clínica familiar se registrara la programación de consultas y terrenos individual, además de incluir las intervenciones realizadas en la familia.

Nota:

La historia de salud familiar debe ser confeccionada con lápiz, lo que permita borrar cambios que se perciban cada vez que sea visitada la familia.

## APLICATIVO INFORMATICO HISTORIA DE SALUD FAMILIAR

### Pantalla principal

The screenshot shows the main interface of the 'Sistema de Información Familiar y Comunitario' application. At the top, there is a header with the logo of the Government of Reconciliation and National Unity (Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional) and the motto 'El Pueblo, Presidente!'. To the right, it says 'REPUBLICA DE NICARAGUA MINISTERIO DE SALUD' and shows the date 'lunes 1 de junio de 2010'. Below the header, there is a navigation menu on the left with options like 'Historia de Salud', 'Reportes', 'Utilidades', and 'Cerrar Sesión de Usuario'. The main area contains several input fields and dropdown menus for entering family health information. At the bottom, there is a table with columns for 'Nombres', 'Apellido 1', 'Apellido 2', 'Fecha Nac.', 'Edad', 'Sexo', 'Etnia', 'Escolaridad', 'Profesión', 'Ocupación', 'Enfermedades Encontradas', 'Según Codificación CIE10:', 'Modificables', 'No Modificables', 'Hábitos Tóxicos', 'SEXO', and 'Grupo Dispensarial'.

Este aplicativo se encuentra actualmente funcionando con acceso en línea a través de la dirección <http://www.minsa.gob.ni/portal.php>. Desde donde podrán acceder, registrar y obtener datos procesados en tiempo real, mientras se cuente con acceso a internet desde cualquier punto del país.

Al mes de Febrero 2010, se encuentra en proceso de elaboración, el manual de usuario para este aplicativo.

## ANEXO NO. 5: DIAGNOSTICO 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: Este:	Sur: Oeste:				
Extensión Territorial en km <sup>2</sup> :	Población Total:	Hombres:	Mujeres:	Población urbana:	Población Rural:	
Población por Grupos de Edad:	< de 1 año: 20-49 años:	1 año: 50 y más:	2-4 años: No. menores de 5 años sin partida de nacimiento:	5-9 años: No. viviendas con techo de plástico o de cartón:	10-14 años: No. viviendas con cocina de leña dentro de la casa:	15-19 años:
No. Familias:	No. Viviendas:	No. 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: Otros actores trabajando en la comunidad:	No. miembros de la red de salud:	No. promotores	No. brigadistas:	No. de parteras:	No. Col. Vol:
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 higiénico sanitarias			V.2 Centros que brindan servicios de salud			
Abastecimiento de agua	No. de viviendas sin tratamiento al agua de consumo Humano:	Existe unidad de salud en la comunidad? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>				
Foso público	Ojo de Agua	Tipo de U/S: Puesto de salud <input type="checkbox"/> Centro de salud: <input type="checkbox"/>				
Pozo domiciliar	Río	Otros centros que brindan Servicios de Salud				
Miniacueducto	Otro	No. de Casas Base: <input type="checkbox"/> No. de Casas Maternas: <input type="checkbox"/>				
Conexión domiciliar		No. de Centros Alternativos: <input type="checkbox"/> No. de Centros privados: <input type="checkbox"/>				
		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: <input type="checkbox"/> Diabéticos: <input type="checkbox"/> Tuberculosos: <input type="checkbox"/> con Discapacidades: físicas <input type="checkbox"/> mentales <input type="checkbox"/> Otros riesgos: <input type="checkbox"/>						
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 <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>				
Seca	Deslaves					
Eruptiones volcánicas	Terremotos	Tiene la comunidad Plan de Emergencia actualizado SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>				
Otros		Se encuentra la comunidad capacitada y equipada para enfrentar la emergencia. SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>				
VII. OTRA INFRAESTRUCTURA		VIII. PROYECTOS EN DESARROLLO A NIVEL DE LA COMUNIDAD				
No. de Casas Comunales	Proyectos desarrollándose en la comunidad:			SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	
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		

## **INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL FORMATO DEL DIAGNOSTICO COMUNITARIO.**

**Propósito:** conocer la situación actual de la comunidad o del barrio para tomar decisiones conjuntas entre líderes comunitarios- organizaciones comunitarias, personal de salud y técnicos de la alcaldía, enfocando acciones que contribuyan a mejorar el estado de salud y el desarrollo de la comunidad.

El llenado de la información del diagnóstico es realizada por los líderes de las comunidades o del barrio apoyados por el personal de salud, los líderes deben disponer de información de su comunidad como historias, croquis, censos, la información aquí registrada servirá para consolidar la caracterización del sector. Otras fuentes para obtener información pueden ser las consultas con personal de salud, de educación, con los técnicos de la alcaldía o el personal de proyectos trabajando en la comunidad.

La información de las secciones I y V; se obtienen de la historia de salud familiar; la información de los secciones II, III, IV, VI, VII y VIII se obtienen a través de la recolección de información obtenida por la red comunitaria junto con el equipo de salud.

**Aspectos a registrar:** en cada línea se procederá a registrar con el número, nombre, una X, o realizando una breve descripción del aspecto solicitado.

**Nombre de la comunidad o barrio:** coloque el nombre de la comunidad o del barrio donde se realiza el diagnóstico.

**Nombre y/o número del sector:** coloque el nombre o el número del sector donde se ubica la comunidad o el barrio.

**Municipio:** coloque el nombre del municipio al que pertenece la comunidad o el barrio.

**SILAIS:** coloque el nombre del SILAIS al que pertenece el municipio.

**Elaborado por:** coloque el o los nombres de los líderes comunitarios que realizaron el llenado del diagnóstico.

**Fecha:** coloque la fecha en la cual se realiza el llenado del diagnóstico comunitario.

### **I. CARACTERIZACION TERRITORIAL.**

**Límites y/o referencias de la comunidad - barrio:** coloque el nombre de las comunidades, ríos o montañas, con las cuales tiene linderos la comunidad - barrio, esta información se puede tomar de los mapas realizados por los líderes y el personal de salud para realizar la sectorización, coloque los linderos al Norte, al Sur, al Este y al Oeste.

**Extensión Territorial en kilómetros:** coloque la extensión de la comunidad- barrio en kilómetros cuadrados.

**Población Total:** coloque el número de la población total de la comunidad o del barrio.

**Población por sexo:** del total de la población coloque el número de hombres y el número de mujeres

**Población urbana:** del total de la población coloque el número que se encuentra establecida en el sector urbano.

**Población rural:** del total de la población coloque el número de la que se encuentra establecida en el sector rural.

**Población por grupo de edad:** con el dato de la población total realice la clasificación de las diferentes edades colocando el número encontrado de **menores de 1 año, de 1 año, de 2 a 4 años, de 5 a 9 años, de 10-14 años, de 15 a 19 años, 20-49 años y los de 50 y más.**

**Niños menores de cinco años sin partida de nacimiento:** coloque el número de niños menores de cinco años que no tienen partida de nacimiento, la información se toma del censo comunitario.

**No. Familias:** coloque el número total de familias que viven en la comunidad.

**No. Viviendas:** coloque el número total de viviendas ubicadas en la comunidad.

**Techo de las viviendas:** coloque el Número de viviendas con techo de plástico, con techo de cartón, con techo de paja.

**No. de viviendas con cocina de leña dentro de la casa:** coloque el número de viviendas que mantienen la cocina de leña dentro de la casa.

**No. de viviendas que se encuentran a más de una hora de la unidad de salud:** coloque el número de viviendas que se encuentran ubicadas a más de una hora de la unidad de salud realizando el trayecto a pie.

### **II. ORGANIZACIÓN COMUNITARIA Y ACTORES EN LA COMUNIDAD.**

**Nombre de las organizaciones con presencia en la comunidad:** coloque el nombre de las diferentes organizaciones comunitarias que se encuentran trabajando en la comunidad por ejemplo: comités comunitarios, comités de seguimiento, consejos comunales, junta directiva, juntas comarciales, consejos de poder ciudadano, consejo de ancianos, comités de barrio, o cualquier otra forma. Incluir en la organización comunitaria si existe brigada de transporte de emergencia, SICO, PROCOSAN, ECMAC.

**Integrantes de la red comunitaria:** coloque el número de integrantes del comité comunitario, el número de miembros de la red de salud, número de promotores de salud, número de brigadistas, número de parteras, número de colaboradores voluntarios.

**Otros actores trabajando en la comunidad:** coloque el nombre de otros actores trabajando en la comunidad por ejemplo: maestros, religiosos, promotores medio ambiente entre otros.

**Información que tienen los líderes comunitarios:** coloque una X si los líderes de la comunidad cuentan con el censo, el croquis o el plan comunitario, si cuentan con otra información coloque el nombre.

### III. CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS

**Vías de comunicación y acceso:** coloque una X en una o más vías de acceso con las que cuenta la comunidad.

**Medio de transporte comúnmente usado:** coloque una X en uno o más medios de transporte que utiliza la población de la comunidad para movilizarse.

**Medio de comunicación e información existentes:** coloque una X en uno o más medios con los que cuentan las comunidad para comunicarse.

**Disponibilidad de energía eléctrica:** coloque el número de viviendas que no cuentan con el servicio de energía.

**Principales actividades económicas / productivas:** coloque una X en una o más actividades económicas y productivas que se desarrollan en la comunidad.

### IV. EDUCACION

La información de ésta sección debe ser solicitada al personal de educación que se encuentra en la comunidad por ejemplo maestros, directores de NERPES, o con el delegado de educación en el territorio.

**Número de centros educativos:** coloque el número total de centros educativos que se encuentran en la comunidad diferenciándolos en:

Centros de preescolar, centros multigrado, centros de primaria completa, y centros de bachillerato.

**Número de estudiantes:** coloque el número de estudiantes diferenciándolos en: estudiantes que asisten al preescolar, al multigrado, a la primaria completa y al bachillerato.

**Número de personas que no saben leer y escribir:** coloque el número de personas que no saben leer y escribir.

**No. Personas en programa de alfabetización:** coloque el número de personas que se encuentran participando en los diferentes programas de alfabetización.

### V. SALUD

#### V.1 CONDICIONES HIGIÉNICO SANITARIAS:

**Abastecimiento de Agua:** coloque una X en uno o más sistemas de abastecimiento de agua con los que cuenta la comunidad. Si existe otro sistema coloque la X en la casilla correspondiente.

**Tratamiento al agua de consumo humano:** coloque el número de viviendas que **no** realizan tratamiento al agua de consumo humano.

**Disposición de las heces, número de viviendas:** coloque el número de viviendas que **no** cuentan con inodoro, letrina o excusado.

**Tratamiento de la basura, número de viviendas:** coloque el número de viviendas que botan la basura al aire libre o en basurero ilegal.

#### V.2 CENTROS QUE BRINDAN SERVICIOS DE SALUD:

**Existe unidad de Salud en la comunidad:** Coloque una X en la casilla SI o NO según corresponda.

**Tipo de unidad de salud:** coloque una X en la casilla si corresponde a puesto de salud, o si corresponde a centro de salud.

**Otros centros que brindan servicios de salud:** coloque el número de casas bases, número de casas maternas, número de centros alternativos (casas de la mujer, clínicas de ongs, clínicas de proyectos, clínicas de medicina natural etc.), número de centros privados; coloque el nombre y número de otros centros que brindan servicios en la comunidad.

#### V.3 PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD EN LA COMUNIDAD:

**Número de familias con personas con algún riesgo:** coloque el número de familias que tienen en sus miembros personas con algún tipo de riesgo.

**No. de Embarazadas sin control prenatal actualizado:** coloque el número de embarazadas que no tienen su control prenatal actualizando, verifique su tarjeta de CPN. **Mujeres sin planificación familiar:** coloque el número de mujeres en edad fértil que expresan no utilizar ningún método de planificación familiar.

**No. de menores de 1 año con Vigilancia y Promoción de Crecimiento y Desarrollo sin actualizar:** coloque el número de niños menores de un año que no tienen su control de crecimiento y desarrollo actualizado, verifique en su tarjeta de VPCD o registro comunitario.

Coloque el número de personas **hipertensas, diabéticos, tuberculosos**, el número de personas con alguna **discapacidad diferenciándolas en**, físicas y mentales, coloque el número de personas con **otros riesgos** identificados.

## **VI. VULNERABILIDAD FRENTE A DESASTRES NATURALES O SITUACIONES DE EMERGENCIA**

**VI.1 Tipos de riesgo:** coloque una X en uno o más de los tipos de riesgo a los cuales se enfrenta la comunidad. Si existiera otro riesgo además de los descritos coloque la X en la casilla **otros**.

**VI.2 Sistemas de prevención:** coloque una X en **SI o NO** cuando la comunidad tiene conformado el Comité local de prevención, mitigación y atención a desastres. Coloque una X en la casilla de **SI o NO** si la comunidad tiene elaborado o actualizado el Plan de Emergencia. Coloque una X en la casilla de **SI o NO** si la comunidad se encuentra capacitada y equipada para enfrentar la emergencia.

**VII. OTRA INFRAESTRUCTURA.** Coloque el número de casas comunales, iglesias, espacios recreativos y otra infraestructura con la que cuenta la comunidad.

## **VIII. PROYECTOS EN DESARROLLO A NIVEL DE LA COMUNIDAD.**

**Proyectos desarrollándose en la comunidad.** Coloque una X en SI o NO según corresponda si existen proyectos de cualquier tipo en desarrollo en la comunidad.

**Nombre de proyectos y quien los realiza:** escriba el nombre del proyecto teniendo en cuenta que los **proyectos sociales** son los que se realizan para mejorar situaciones de salud, educación, protección social, violencia, seguridad ciudadana entre otros. Los **proyectos productivos** son los que se realizan para mejorar la situación de los productos agrícolas y ganaderos. Los **proyectos económicos** se refieren a mejorar la situación de pequeños comerciantes, los que facilitan préstamos, micro empresas. Los **proyectos de infraestructura** se refieren a los que se encuentran mejorando la situación de los caminos, puentes, obras de agua, obras de salud, educación entre otros. Pueden ser realizados por instituciones gubernamentales por ejemplo Mifamilia, FISE, MAGFOR; no gubernamentales, ADRA, CARE, etc; religiosos u otros.

## ANEXO NO. 6: CONSOLIDADO DEL SECTOR



Gobierno de Reconciliación  
y Unidad Nacional

El Pueblo, Presidente!

Ministerio de Salud

CONSOLIDADO DEL SECTOR														
Nombre y No. del Sector: _____														
Número de comunidades o barrios que conforman el sector: _____														
Municipio: _____ SILAIS: _____														
Elaborado por: _____ Fecha: _____ / _____ / _____														
I. CARACTERIZACIÓN TERRITORIAL DEL SECTOR														
Límites:	Norte:	Sur:												
	Este:	Oeste:												
Extensión Territorial en km <sup>2</sup> :	Población Total:	Hombres:	Mujeres:	Población Urbana:	Población Rural:									
Población por:	< de 1 año:	1 año:	2-4 años:	5-9 años:			10-14 años:	15-19 años:						
Grupos de Edad:	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												
No. de comunidades sin medio de comunicación con la unidad de salud _____														
No. de comunidades con poca actividad productiva _____														
IV. EDUCACIÓN														
No. Centros Educativos:	<input type="checkbox"/>	No. Alumnos Preescolar:		<input type="checkbox"/>	No. Alumnos Primaria:		<input type="checkbox"/>							
No. Alumnos Secundaria:	<input type="checkbox"/>	No. Alumnos Universitarios:		<input type="checkbox"/>	No. Personas que no saben leer y escribir:		<input type="checkbox"/>							
V. SALUD														
V.1 Principales problemas de salud en la comunidad:														
Meses	Enero	Feb	Marz.	Abril	Mavo	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"/>											
Eruptiones Volcánicas	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>											
VII. OTRA INFRAESTRUCTURA VIII. PROYECTOS EN DESARROLLO A NIVEL DE LA COMUNIDAD														
No. de Casas Comunales	<input type="checkbox"/>	Proyectos desarrollándose en el Sector		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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 NO. 7 CONJUNTO DE PRESTACIONES DE SERVICIOS DE SALUD

### ESCENARIO HOGAR/ FAMILIA

Familias	Educar a todas las familias sobre estilos de vida saludables: Beneficios de planificación familiar con enfoque de género y paternidad responsable. Derechos y deberes de la familia. Distribución materiales educativos.	Actualizar anualmente historias familiares. Captación de mujeres en edad fértil Distribución comunitaria de métodos anticonceptivos. Formación de club de padres y madres y adolescentes Referencia comunitaria al establecimiento. Charlas comunitarias.
Acciones de promoción y prevención con base en el riesgo encontrado en la historia familiar.		
Riesgo	Promoción	Prevención
Cocina de leña o carbón dentro de la casa.	Informar sobre : Hábitos de vida saludable para prevenir enfermedades respiratorias. Signos de peligro de las iras. Distribuir materiales educativos.	Orientar y apoyar la construcción de la cocina fuera de la vivienda. Incentivar el uso de los fogones ecológicos. Referencia comunitaria. Charlas comunitarias.
Viviendas con animales sin corral.	Informar sobre: Hábitos de vida saludable para prevenir enfermedades transmitidas por cerdos, aves de corral, cabras y otros. Signos de peligro de las enfermedades trasmítidas por animales. Distribuir materiales educativos.	Orientar y apoyar la construcción de corrales.
Ingesta de agua no segura	Informar sobre : Hábitos de vida saludable en beneficio del consumo de agua limpia, Almacenamiento y manipulación del agua para consumo humano. Signos de peligro de las enfermedades diarreicas agudas. Distribuir materiales educativos.	Uso de métodos para garantizar agua segura: clorar, hervir, sodis. Filtros. Referencia comunitaria.
Viviendas sin letrina	Informar sobre : Hábitos de vida saludable higiene personal y limpieza de la vivienda Uso adecuado y mantenimiento de la letrina. Signos de peligro de las enfermedades diarreicas agudas. Distribuir materiales educativos	Promover a apoyar la construcción de letrinas.

Manejo inadecuado de basuras	<p>Informar sobre :</p> <p>Hábitos de vida saludable higiene personal, limpieza de la vivienda, uso de basureros en el hogar.</p> <p>Signos de peligro de las enfermedades transmitidas por vectores (mosquitos, ratones, cucarachas, moscas, chinches y otras).</p> <p>Distribuir materiales educativos</p>	<p>Enterrar o quemar la basura.</p> <p>Establecer basureros.</p> <p>Eliminación de basureros ilegales.</p>
Personas sin identidad ciudadana (partida de nacimiento, cedula)	<p>Informar sobre la :</p> <p>La importancia de la inscripción de niños/as en el registro civil de las personas.</p> <p>La importancia de contar con un documento de cedula de identificación.</p>	Orientar como obtener la partida de nacimiento o la cedula de identidad.
Personas analfabetas.	<p>Informar sobre la importancia de la educación y la asistencia de los niños, niñas y jóvenes a la escuela.</p> <p>Apoyo de la familia para la integración y permanencia de los niños, niñas y jóvenes en la escuela.</p>	
Inasistentes a CPN	<p>Informar acerca de:</p> <p>Beneficios del control prenatal y asistencia a las citas, riesgos del embarazo, parto limpio, atención del parto en la institución, lactancia materna, nutrición, apoyo de la familia.</p> <p>Prevención de embarazos en adolescentes</p> <p>Distribuir materiales educativos</p>	<p>Captación precoz del embarazo.</p> <p>Actualizar censo de embarazadas.</p> <p>Referencia comunitaria</p>
Inasistentes a PF	<p>Informar acerca de:</p> <p>Beneficios de la planificación familiar a la pareja, lactancia materna, nutrición, apoyo de la familia.</p> <p>Prevención de embarazos en adolescentes.</p> <p>Distribuir materiales educativos.</p>	<p>Censo de MEF</p> <p>Distribución comunitaria de métodos anticonceptivos.</p> <p>Charlas educativas en PF, ITS- VIH/SIDA.</p> <p>Referencia comunitaria.</p>
Inasistentes a VPCD	<p>Informar acerca de:</p> <p>Beneficio de la vigilancia y promoción del crecimiento y desarrollo del niño-a.</p> <p>Cuidados del recién nacido, vacunas, lactancia materna, nutrición, apoyo de la familia. Signos de peligro de enfermedades prevalentes de la infancia.</p> <p>Distribuir materiales educativos</p>	<p>Integrar a niños y niñas menores de 1 año al PROCOSAN</p> <p>Referencia comunitaria para realizar VPCD.</p>
Personas con enfermedades crónicas	<p>Informar en:</p> <p>Buenos hábitos de alimentación, ejercicio físico, no tabaquismo, drogas, alcohol.</p> <p>Automedicación.</p> <p>Signos de peligro de las enfermedades crónicas hipertensión, diabetes, artritis, asma, tuberculosis, epilepsia.</p> <p>Distribuir materiales educativos</p>	Promover estilos de vida saludable

## Escenario comunidad

Comunidad en general	<p>Informar a todas las familias sobre estilos de vida saludables: Derechos y deberes de la familia. Promover valores de respeto, tolerancia, confianza, para disminuir la violencia doméstica e intrafamiliar. Seguridad ciudadana. Distribución materiales educativos.</p>	<p>Charlas sobre valores, violencia doméstica e intrafamiliar. Coordinaciones intersectoriales para prevención y de la violencia. Apoyar las comisiones de seguridad ciudadana. Charlas comunitarias.</p>
Acciones de promoción y prevención con base en el riesgo encontrado en el diagnóstico comunitario.		
Riesgo	Promoción	Prevención
Viviendas en mal estado		Orientar inclusión en proyectos de vivienda con la gestión municipal y estructuras de participación comunitaria.
Viviendas alejadas de la unidad de salud	<p>Informar a la comunidad sobre: Importancia de la participación, organización y funcionamiento de la red comunitaria. Ubicación y funcionamiento de la casa base. Programación de las visitas del ESFC o brigada médica integral. Uso del sistema de transporte para emergencias médicas.</p>	<p>Redes comunitarias con mayor capacidad de resolución Conformación de brigadas integrales Visitas programadas Conformación y mantenimiento del sistema de transporte de emergencias Contar con el plan de parto Coordinaciones interinstitucionales para organización y funcionamiento De las casas maternas. Fortalecimiento de las bases (parteras equipadas, uro comunitaria, col vol equipado, ecmac) Referencia comunitaria al establecimiento.</p>
Viviendas con animales sin corral	<p>Informar a la comunidad sobre: Hábitos de vida saludable para prevenir enfermedades transmitidas por cerdos, aves de corral, cabras y otros. Signos de peligro de las enfermedades transmitidas por animales. Distribuir materiales educativos.</p>	<p>Orientar y apoyar la construcción de corrales comunitarios. Charlas comunitarias. Coordinaciones comunitarias, MAGFOR, para vigilar la sanidad animal.</p>
Ingesta de agua no segura	<p>Informar sobre: Hábitos de vida saludable en beneficio del consumo de agua limpia, Almacenamiento y manipulación del agua para consumo humano.</p>	<p>Uso de métodos para garantizar agua segura: clorar, hervir, sodis. Filtros. Conformación de comités de agua. Gestión para la construcción de pozos, protección de fuentes, manejo adecuado de cuencas. Reforestación, evitar tala indiscriminada de árboles. realizar campañas de limpieza y mantenimiento de las fuentes de la</p>

	Mantenimiento de fuentes de agua Signos de peligro de las enfermedades diarreicas agudas. Distribuir materiales educativos.	comunidad,
Viviendas sin letrina	Informar sobre : Hábitos de vida saludable higiene personal y limpieza de la vivienda Uso adecuado y mantenimiento de la letrina. Signos de peligro de las enfermedades diarreicas agudas. Distribuir materiales educativos	Promover a apoyar la construcción de letrinas. Gestión de proyectos de construcción de letrinas a nivel municipal. Charlas comunitarias.
Manejo inadecuado de basuras	Informar sobre : Hábitos de vida saludable higiene personal, limpieza de la vivienda, uso de basureros en el hogar. Signos de peligro de las enfermedades transmitidas por vectores (mosquitos, ratones, cucarachas, moscas, chinches y otras). Distribuir materiales educativos	Enterrar o quemar la basura. Establecer basureros. Eliminación de basureros ilegales. Gestión de proyectos de construcción de basureros, vertederos municipales, rellenos sanitarios. Desarrollar campañas de higiene y limpieza en la comunidad. Concurso de comunidades saludables. Coordinaciones interinstitucionales alcaldía, ENACAL, MINSA, MINED, proyectos etc-
Personas sin identidad ciudadana (partida de nacimiento, cedula)	Informar sobre la : La importancia de la inscripción de niños/as en el registro civil de las personas. La importancia de contar con un documento de cédula de identificación.	Orientar como obtener la partida de nacimiento o la cedula de identidad. Coordinaciones interinstitucionales alcaldía, juzgado, minsa , proyectos etc-
Personas analfabetas.	Promover en los adultos la asistencia de los niños en la escuela	Desarrollar acciones con la red comunitaria para disminuir la deserción escolar. Coordinar acciones con el MINED para integrarse a los programas de alfabetización
Personas sin remuneración laboral		Promover la integración a los proyectos de desarrollo local (hambre cero, usura cero, y otros)
Inasistentes a CPN	Informar acerca de: Beneficios de las casas maternas. Distribuir materiales educativos	Actualizar censo de embarazadas. Referencia comunitaria
Inasistentes a PF	Informar acerca de: Beneficios de la planificación familiar a la pareja, lactancia materna, nutrición, apoyo de la familia. Prevención de embarazos en adolescentes.	Censo de MEF Distribución comunitaria de métodos anticonceptivos. Charlas educativas en PF, ITS- VIH sida. Referencia comunitaria.

	Distribuir materiales educativos.	
Inasistentes a VPCD	<p>Informar acerca de:</p> <p>Beneficio de la vigilancia y promoción del crecimiento y desarrollo del niño-a. Cuidados del recién nacido, vacunas, lactancia materna, nutrición, apoyo de la familia. Signos de peligro de enfermedades prevalentes de la infancia.</p> <p>Distribuir materiales educativos</p>	<p>Integrar a niños y niñas menores de 2 años al PROCOSAN</p> <p>Referencia comunitaria para realizar VPCD.</p> <p>Promocionar y apoyar los huertos familiares.</p> <p>Coordinar con el Equipo de Salud Familiar el seguimiento a casos particulares de atención.</p>
Personas con enfermedades crónicas	<p>Informar en:</p> <p>Buenos hábitos de alimentación, ejercicio físico, no tabaquismo, drogas, alcohol. Automedicación.</p> <p>Signos de peligro de las enfermedades crónicas hipertensión, diabetes, artritis, asma, tuberculosis, epilepsia.</p> <p>Distribuir materiales educativos</p>	Promover estilos de vida saludable

**ESCENARIO UNIDADES DE SALUD****CONJUNTO DE PRESTACIONES DE SERVICIOS DE SALUD****SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA:**

<b>Prevención y control de las principales enfermedades transmisibles</b>	<b>Educación sobre hábitos de vida saludable</b>	<b>Información para el fomento de hábitos de vida saludable respetando la diversidad de lenguas y la multiculturalidad</b>
<p>Organización del sistema de vigilancia para la salud</p> <p>Prevención, identificación y clasificación de riesgos ambientales</p> <p>Desarrollo del sub-sistema de información y vigilancia comunitaria</p> <p>Investigación aplicada a las principales enfermedades transmisibles</p> <p>Educación y organización de la comunidad para el control y eliminación de insectos y animales nocivos para la salud (prioritariamente los relacionados con el Dengue, la Malaria, Chagas y Leishmaniasis y otras enfermedades prevalentes)</p> <p>Aplicación de medios biológicos, físicos o químicos para el control y la eliminación de insectos y animales nocivos para la salud. Inmunizaciones.</p>	<p>Higiene, individual, familiar y comunitaria</p> <p>Salud sexual y reproductiva, individual, familiar y comunitaria - consejería en anticoncepción, derechos humanos y enfoque de género</p> <p>Salud bucal, individual, familiar y comunitaria</p> <p>Promoción y Conservación de la salud mental</p> <p>Prevención de la discapacidad</p> <p>Derechos de la niñez y la adolescencia.</p> <p>Auto cuidado de la salud.</p>	<p>Información, Educación y Comunicación para la salud en los medios de comunicación</p> <p>Distribución de material impreso informativo (afiches, carteles, rotafolios, calendarios y otros afines), con información educativa y promocional, en los establecimientos de salud públicos y privados, casas maternas, casas bases, centros educativos y otros lugares de la comunidad</p> <p>Exposición de material audiovisual informativo, a los usuarios en los lugares de acceso a los servicios y en otros escenarios de la comunidad.</p>
Organización comunitaria y Coordinación interinstitucional	Vigilancia y control de la calidad del agua y los alimentos	Vigilancia y control de los desechos sólidos y sustancias tóxicas y peligrosas

<b>Prevención y control de las principales enfermedades transmisibles</b>	<b>Educación sobre hábitos de vida saludable</b>	<b>Información para el fomento de hábitos de vida saludable respetando la diversidad de lenguas y la multiculturalidad</b>
Organización y asesoría a grupos sociales Organización de grupos de auto-ayuda Organización de comités o grupos sociales, para el fomento y atención de la salud Desarrollo del sub-sistema de información y vigilancia comunitaria Instancias de participación ciudadana Fortalecer y mantener coordinaciones inter-institucionales.	Fortalecer el sistema de vigilancia del agua potable.  Coordinación y colaboración con la comunidad y las autoridades locales, en cuanto a denuncias, reportes o seguimiento de casos de incumplimiento de las normas sanitarias básicas  Coordinación institucional para el desarrollo de sistemas de agua potable.  Fortalecimiento del sistema de vigilancia de la inocuidad del agua y alimentos.	Coordinación intra e intersectorial, planificación y control, dirigidas a lograr el correcto manejo de los desechos sólidos y sustancias tóxicas y peligrosas.  Promoción y coordinación para la reutilización y reciclaje de la basura.

## **CONJUNTO DE PRESTACIONES DE SALUD PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN**

---

Para la elaboración del conjunto de prestaciones de salud se consideraron los siguientes ejes centrales para la definición del conjunto de prestaciones de salud en el primer nivel de atención:

- a) Que su diseño refleje un componente por separado para todas las actividades que son típicamente actividades públicas de salud, en cumplimiento a lo que establece la Ley y sus reglamentos
- b) Que incorpore un conjunto de servicios de atención integral en salud, ordenados y clasificados según el enfoque de “Ciclo de Vida”, para cada grupo particular
- c) Que las actividades contenidas en el conjunto de prestaciones de salud se caracterizarán por un enfoque multiétnico, multicultural, basado en el fomento de los derechos humanos y la equidad de género.

## **CONJUNTO DE PRESTACIONES DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.**

### **PRESTACIONES DE SERVICIOS DE SALUD PARA LA ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO**

<b>Promoción</b>	<b>Prevención</b>	<b>Atención del Daño</b>	<b>Rehabilitación</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Educación sobre cuidados del RN</li> <li>• Lactancia Materna exclusiva primeros seis meses</li> <li>• Inmunizaciones</li> <li>• Identificación de signos de alarma</li> <li>• Entrega de material educativo relacionado con los aspectos de promoción,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inmunizaciones : BCG</li> <li>• Visitas domiciliares al RN en riesgo.</li> <li>• Recién nacido en el domicilio</li> <li>• RN Con bajo peso al nacer</li> <li>• RN de hijos de madres con TB- VIH- Sífilis</li> <li>• RN con malformaciones congénitas</li> <li>• RN de madres con trastornos mentales o adicciones</li> <li>• RN de madres con antecedentes de Violencia Intrafamiliar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidados del recién nacido (normal y complicado) según protocolos de atención:</li> <li>• Ictericia</li> <li>• Infección bacteriana del RN (atención básica antes referencia)</li> <li>• Infecciones -Respiratorias Agudas (atención básica ante referencia.)</li> <li>• Meningitis (Atención básica antes de referir)</li> <li>• Referencia de casos que lo ameriten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención a la niñez con discapacidad.</li> <li>• Identificación temprana de discapacidades.</li> </ul>

## PRESTACIONES DE SERVICIOS EN SALUD PARA EL NIÑO Y NIÑA MENOR DE 5 AÑOS

Promoción	Prevención	Atención de las Enfermedades prevalentes de la Infancia	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> <li>Lactancia Materna exclusiva primeros seis meses y su continuidad hasta los dos años de edad.</li> <li>No utilización de los sucedáneos de leche materna</li> <li>Importancia del cumplimiento del esquema de vacunas al año de edad.</li> <li>Educación a los padres para la detección de signos de alarma de Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) e Infecciones Respiratorias Agudas (Neumonía).</li> <li>Desarrollo de hábitos alimenticios adecuados del niño y la niña</li> <li>Higiene Personal y Higiene Bucal</li> <li>Dar a conocer los derechos de los niños y las niñas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vigilancia y Promoción del Crecimiento y Desarrollo (VPCD)</li> <li>Administración de Vacunas según esquema del MINSA</li> <li>Vigilancia de casos de violencia infantil (Víctimas de maltrato y abuso)</li> <li>Vigilancia de las enfermedades inmuno-prevenibles</li> <li>Coordinación de acciones para seguimiento y entrega de suplementos (Vitamina A, Hierro, desparasitantes) con red comunitaria y otras instituciones (ONG,s)</li> <li>Aplicación de Fluor a escolares</li> <li>Aplicación de técnica correcta del cepillado</li> <li>Prevención de accidentes en el hogar</li> <li>Control de casos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Enfermedad Febril Aguda (Malaria, Dengue, Leishmaniasis y Enf. de Chagas)</li> <li>Enfermedad Diarreica aguda</li> <li>Neumonía</li> <li>Asma bronquial</li> <li>Problemas de Oído, Nariz y Garganta</li> <li>Desnutrición y riesgo nutricional</li> <li>Anemia</li> <li>Atención de la discapacidad</li> <li>Atención Odontológica Curativa Básica</li> <li>Referencia y contrarreferencia de casos que lo ameriten</li> <li>Atención de las Emergencias medico quirúrgicas.</li> <li>Epilepsia</li> <li>Referencia al Segundo Nivel de Atención si el caso lo amerita</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Atención a la niñez con discapacidad.</li> <li></li> <li>Capacitación de la Persona con capacidades diferentes en su Comunidad.</li> <li>Provisión de Dispositivos y Ayudas Técnicas para facilitar la independencia funcional.</li> </ul>

Promoción	Prevención	Atención de las Enfermedades prevalentes de la Infancia	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Educación en salud (nivel preescolares)</li> <li>• Autoestima</li> <li>• Educación a los padres para evitar la violencia (maltrato)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inasistentes al VPCD</li> <li>• Seguimiento de casos de Neumonía, Desnutrición, Maltrato.</li> <li>• Aplicación de Vacunas por su edad.</li> </ul>		

## PRESTACIONES DE SERVICIOS EN SALUD PARA EL NIÑO Y NIÑA DE 5 – 9 AÑOS (PRE-ESCOLAR Y ESCOLAR)

Promoción	Prevención	Atención del Daño	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promoción de la salud bucal</li> <li>• Higiene personal</li> <li>• Educación sobre hábitos alimentarios adecuados</li> <li>• Promover los derechos y valores de los niños y las niñas a nivel escolar y familiar</li> <li>• Educación a los padres para prevenir la violencia intrafamiliar</li> </ul> <p>Reproducción y entrega de materiales informativo y educativo</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicación de Fluor</li> <li>• Prevención de accidentes</li> <li>• Aplicación de Antiparasitarios</li> <li>• Prevención del Maltrato Infantil</li> <li>• Educación a la madre sobre cuidados de nutrición</li> <li>• Control de casos</li> <li>• Esquema incompleto de vacunas</li> <li>• Seguimientos de casos de maltrato y abuso</li> </ul> <p>Entrega de suplementos nutricionales normado con red comunitaria y otras instituciones (Instituciones, ONG, comedores infantiles).</p> <p>Red de protección social</p>	<p>Atención de Daños Prevalentes de la infancia.</p> <p>Infecciones respiratorias agudas</p> <p>Enfermedad diarreica aguda</p> <p>Enfermedades transmisibles (Malaria, Dengue, Leishmaniasis Enf. Chagas, Meningitis y Hepatitis)</p> <p>Tuberculosis</p> <p>Atención de violencia intrafamiliar</p> <p>Atención a trastornos nutricionales</p> <p>Atención odontológica curativa básica</p> <p>Extracción odontológica</p> <p>Atención de las emergencias medico quirúrgicas.</p> <p>Epilepsia</p> <p>Referencia al Segundo Nivel de Atención si el caso lo amerita.</p>	<p>Atención a la niñez con discapacidad.</p> <p>Capacitación de la Persona con capacidades diferentes en su Comunidad.</p> <p>Provisión de Dispositivos y Ayudas Técnicas para facilitar la independencia funcional.</p>

## PRESTACIONES DE SERVICIOS EN SALUD PARA ADOLESCENTES DE 10 – 14 AÑOS

Promoción	Prevención	Atención del Daño	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Higiene personal</li> <li>• Educación sobre hábitos alimentarios adecuados</li> <li>• Promover los derechos jóvenes</li> <li>• Consejería sobre salud sexual y reproductiva: Promoción de la abstinencia sexual en los jóvenes, conocimiento de mi sexualidad, Auto estima, identidad, assertividad, proyecto de vida (Club de Jóvenes, Escuela de Padres) y comunicación.</li> <li>• Difusión y entrega de materiales informativo y educativo</li> <li>• Promoción de la salud bucal</li> <li>• Promoción de actividades deportivas (No a las drogas, al tabaco, y al alcohol)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inmunización según esquemas</li> <li>• Prevención en salud bucal</li> <li>• Suplemento con micronutrientes (Ácido fólico)</li> <li>• Prevención de accidentes</li> <li>• Prevención del Maltrato y Abuso</li> <li>• Educación a los padres y grupos de riesgo sobre el crecimiento, desarrollo y sexualidad.</li> <li>• Identificación y seguimiento de adolescentes con factores de riesgo (ITS, Maltrato, VIF) con apoyo de las redes comunitarias y otras instituciones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infecciones Respiratorias Prevalentes</li> <li>• Enfermedades tropicales (Malaria, Dengue, Leishmaniasis, Enfermedad de Chagas)</li> <li>• Tuberculosis</li> <li>• Diabetes tipo I</li> <li>• Manejo Sindrómico de las ITS VIH-SIDA</li> <li>• Atención de Violencia intrafamiliar: Maltrato y abusos</li> <li>• Trastornos mentales y del comportamiento</li> <li>• Extracción odontológica y Curetajes</li> <li>• Atención de las Emergencias</li> <li>• Epilepsia</li> <li>• Referencia al segundo nivel de atención si el caso lo amerita.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención de los adolescentes con déficit en estructuras y funciones, limitación de actividades y restricciones en su participación.</li> <li>• Atención Comunitaria: Utilizar los Cuadernos No 23, 27 Y 29 Del Manual Capacitando a la Persona con Discapacidad en su Comunidad</li> <li>• Provisión de Dispositivos y Ayudas Técnicas para facilitar la independencia funcional.</li> </ul>

## PRESTACIONES DE SERVICIOS EN SALUD PARA ADOLESCENTES DE 15 – 19 AÑOS

<b>Promoción</b>	<b>Prevención</b>	<b>Atención del Daño</b>	<b>Rehabilitación</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Higiene personal</li> <li>• Educación sobre hábitos alimentarios adecuados</li> <li>• Promover los derechos jóvenes</li> <li>• Consejería sobre salud sexual y reproductiva: Promoción de la abstinencia sexual en los jóvenes, conocimiento de sexualidad, Auto estima, identidad, assertividad, proyecto de vida (Club de Jóvenes, Escuela de Padres) y comunicación.</li> <li>• Difusión y entrega de materiales informativo y educativo</li> <li>• Promoción de la salud bucal</li> <li>• Promoción de actividades deportivas (No a las drogas, al tabaco y al alcohol)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• MUJER <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Atención Prenatal <ul style="list-style-type: none"> <li>• Captación precoz de la embarazada</li> <li>• Historia Clínica Perinatal Base (HCPB)</li> <li>• Aseguramiento de Controles Prenatales según norma</li> <li>• Exámenes de laboratorio según normas</li> <li>• Vacunación según esquema</li> <li>• Suplemento sulfato Ferroso+ácido fólico</li> <li>• Educación en Higiene personal</li> <li>• Educación sobre cuidados Prenatales</li> <li>• Consejería Planificación familiar</li> </ul> </li> <li>b. Atención del Parto y Alumbramiento <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención del Parto de Bajo Riesgo</li> <li>• Consejería Planificación familiar post evento obstétrico</li> </ul> </li> <li>c. Atención Puerperal <ul style="list-style-type: none"> <li>• Valoración Clínica</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infecciones Respiratorias Prevalentes</li> <li>• Enfermedades transmisibles (Malaria, Dengue, Leishmaniasis, Enf de Chagas)</li> <li>• Tuberculosis</li> <li>• Diabetes tipo I</li> <li>• Manejo Sindrómico según normas de las ITS VIH-SIDA</li> <li>• Atención de Violencia intrafamiliar: Maltrato y abusos</li> <li>• Trastornos del Comportamiento</li> <li>• Extracción y curetajes odontológicos</li> <li>• Atención de las Emergencias</li> <li>• Migraña y epilepsia</li> <li>• Referencias al Segundo Nivel de Atención si el caso lo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención de los adolescentes con déficits en estructuras y funciones, limitación de actividades y restricciones en su participación.</li> <li>• Atención Comunitaria: Utilizar los Cuadernos No 23, 27 Y 29 Del Manuel Capacitando a la Persona con Discapacidad en su Comunidad</li> <li>• Provisión de Dispositivos y Ayudas Técnicas para facilitar la independencia funcional.</li> </ul>

Promoción	Prevención	Atención del Daño	Rehabilitación
	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Referencia</li> <li>•Métodos anticonceptivos</li> <li>•Suplemento de Hierro y ácido fólico según normas</li> <li>•Educación lactancia materna, cuidados del Recién Nacido (RN),</li> <li>•Prevención CACU, cáncer mamas.</li> <li>•Club de Madres Lactantes</li> </ul> <p><b>OTRAS ATENCIIONES DE PREVENCION EN AMBOS SEXOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Inmunización según normas</li> <li>•Rehabilitación de la discapacidad con base en la comunidad.</li> <li>•Prevención en: salud bucal, accidentes, maltrato y abuso.</li> <li>•Educación a los padres sobre el crecimiento, desarrollo y sexualidad.</li> <li>•Identificación y seguimiento de adolescentes con factores de riesgo (ITS, Maltrato, VIF)</li> </ul>	amerita	

Promoción	Prevención	Atención del Daño	Rehabilitación
	<p>con apoyo de las redes comunitarias y otras instituciones</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Higiene laboral</li> <li>• Trastornos mentales del comportamiento y de la personalidad</li> </ul>		

#### PRESTACIONES DE SERVICIOS EN SALUD A MUJERES Y HOMBRES DE 20-60 AÑOS

PROMOCION	Prevención	Atención del Daño	REHABILITACION
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inmunizaciones según esquema</li> <li>• Educación en higiene personal</li> <li>• Educación en salud sexual y reproductiva (con enfoque de género y paternidad responsable)</li> <li>• Planificación familiar (Pareja)</li> <li>• Promoción de salud bucal</li> <li>• Promoción y prevención de la salud mental</li> <li>• Educación sobre signos de</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• MUJER</li> <li>• Atención del Ciclo Reproductivo</li> <li>• Atención Prenatal</li> <li>• Historia Clínica Perinatal Básica (HCPB)</li> <li>• Captación precoz de la mujer embarazada</li> <li>• Aseguramiento de controles prenatales según normas</li> <li>• Exámenes de laboratorio según normas</li> <li>• Vacunación según esquema</li> <li>• Suplemento sulfato ferroso+ácido fólico</li> <li>• Partograma</li> <li>• Educación en higiene personal</li> <li>• Educación sobre controles prenatales</li> <li>• Educación sobre cuidados al recién nacido</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermedades prevalentes</li> <li>• Enfermedades trasmisibles (malaria, dengue, leishmaniasis, enf. de chagas)</li> <li>• Tuberculosis</li> <li>• Enfermedades crónicas no transmisibles (diabetes, cardiovasculares y osteomusculares)</li> <li>• Manejo sindrómico de las infecciones de</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención de los adultos con déficits en estructuras y funciones, limitación de actividades y restricciones en su participación</li> <li>• Provisión de Dispositivos y Ayudas Técnicas para facilitar la independencia funcional.</li> <li>• Atención Comunitaria: Utilizar los Cuadernos No 6, 7, 9,11, 12,13,14,15,16,20,24,28,</li> </ul>

PROMOCION	Prevención	Atención del Daño	REHABILITACION
<ul style="list-style-type: none"> <li>• alarma del embarazo, parto y puerperio</li> <li>• Promoción del parto institucional</li> <li>• Educación sobre el auto examen de mamas y toma oportuna del Papanicolaou</li> <li>• Educación sobre la utilización de los albergues maternos de embarazadas del sector rural.</li> <li>• Promoción sobre factores de riesgo del CACU con enfoque de género</li> <li>• Promoción de no automedicación durante el embarazo</li> <li>• Detección de factores de riesgo de las enfermedades crónicas</li> <li>• Consejería en VIF</li> <li>• Promoción de estilos de vida saludables</li> <li>• Educación sobre hábitos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consejería planificación familiar</li> <li>• Seguimiento de embarazadas ARO</li> <li>• Atención del Parto</li> <li>• Atención del parto de bajo riesgo</li> <li>• Valoración del control del trabajo de parto</li> <li>• Atención en el periodo expulsivo</li> <li>• Atención del alumbramiento</li> <li>• Consejería planificación familiar post evento obstétrico</li> <li>• Atención Puerperal</li> <li>• Valoración clínica</li> <li>• Referencia</li> <li>• Métodos anticonceptivos</li> <li>• Suplemento de hierro y ácido fólico</li> <li>• Suplemento vitamina A</li> <li>• Educación lactancia materna, cuidados del RN</li> <li>• Educación para prevención del CACU y de mamas</li> <li>• OTRAS ATENCIones DE PREVENCION EN AMBOS SEXOS</li> <li>• Detección temprana del CaCu, Ca mamas y Ca de próstata (PAPs, examen de mamas, tacto rectal, RT-PSR)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>transmisión sexual (ITS)</li> <li>• Atención de violencia intrafamiliar: maltrato abuso</li> <li>• Atención odontológica curativa básica</li> <li>• Extracción y curetajes odontológicos</li> <li>• Atención de las emergencias</li> <li>• Referencias al Segundo Nivel de Atención si el caso lo amerita</li> <li>• Atención de las emergencias obstétricas</li> <li>• Atención básica de la violencia intrafamiliar</li> <li>• Migraña y epilepsia</li> <li>• Trastornos mentales y del comportamiento</li> <li>• Atención a la discapacidad con base en la comunidad</li> </ul>	<p>30 Y 31Del Manual Capacitando a la Persona con Discapacidad en su Comunidad</p>

PROMOCION	Prevención	Atención del Daño	REHABILITACION
<p>alimentarios adecuados</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Promoción examen de próstata</li> <li>• Difusión y entrega de materiales informativo y educativo</li> <li>• </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Detección del VIH-SIDA</li> <li>• Detección temprana de los factores de riesgo para enfermedades crónicas</li> <li>• Detección y captación de la violencia Intrafamiliar</li> <li>• Red comunitaria y otras instituciones (Instituciones, ONG) para desarrollo de acciones dirigidas a prevenir la VIF</li> <li>• Desarrollar Club de Madres</li> <li>• Rehabilitación de la discapacidad con base en la comunidad</li> <li>• Limpieza de piezas dentaria</li> <li>• Planificación Familiar (Espaciamiento de los embarazos)</li> <li>• Higiene Laboral</li> </ul>		

#### PRESTACIONES DE SERVICIOS EN SALUD DEL ADULTO MAYOR DE 60 AÑOS

Promoción	Prevención	Atención del Daño	Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estilos de vida saludables</li> <li>• Hábitos alimentarios adecuados</li> <li>• Auto-cuidado</li> <li>• Ejercicio Físicos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Detección de discapacidad funcional</li> <li>• Detección de casos de VIF</li> <li>• Detección temprana de cáncer de mamas y CaCu</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermedades transmisibles (malaria, dengue, leishmaniasis, enf. de chagas)</li> <li>• Tuberculosis</li> <li>• Enfermedades crónicas no transmisibles (diabetes, trastornos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención a las personas mayores con discapacidad.</li> <li>• Provisión de Dispositivos y Ayudas Técnicas para facilitar la independencia funcional.</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>Promoción examen de próstata</li> <li>Promoción del examen de mama y PAPs</li> <li>Formación de grupos de auto ayuda a través de red comunitaria, otras instituciones y ONGs</li> <li>Educación sobre riesgos de accidentes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Detección temprana cáncer de próstata RT-PSR.</li> <li>Rehabilitación con base en la comunidad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>cardiovasculares, osteo-musculares)</li> <li>Atención de discapacidades funcionales y mentales</li> <li>Atención de violencia intrafamiliar: maltrato y abuso</li> <li>Atención de las emergencias</li> <li>Epilepsia</li> <li>Referencias al Segundo Nivel de Atención si el caso lo amerita</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Atención Comunitaria: Utilizar los Cuadernos No 18,20 y 24 Del Manual Capacitando a la Persona con Discapacidad en su Comunidad.</li> </ul>
---	--	---	--

## CONJUNTO DE PRESTACIONES DE SALUD BUCAL.

La red de servicios resulta insuficiente para satisfacer la totalidad de la demanda de la población y sus necesidades, al no disponer de la infraestructura, equipamiento, instrumental, materiales y recursos humanos requeridos. Es por ello que se establecen las actividades a ejecutar por estos servicios cumpliendo el principio de gratuidad y enfocado hacia la implementación de formas costo efectivas y de modelos de prácticas eficientes dentro del Modelo de Atención en Salud, en el que se priorice a los grupos más vulnerables y a las enfermedades más prevalentes, con una visión hacia futuro de aumentar las capacidades y la atenciones realizadas, disminuyendo la brecha hoy existente.

Para garantizar este paquete básico se requiere de: Infraestructura, equipamiento, Instrumental, materiales, medicamentos e insumos, con ello se podrán realizar acciones de Promoción, Prevención, Curativas, Urgencia y otras, las que constituyen en sí el Paquete Básico a ejecutar en la red y dentro de las que se establecen las actividades acordes a los recursos disponibles de cada tipo de servicio, describiéndose a continuación las fundamentales.

### **UNIDADES MOVILES:**

Móviles: son servicios de Medicina General y Odontología ubicadas en vehículos para facilitar sus desplazamientos en lugares alejados o que por programaciones especiales necesitan prestar servicios transitorios en Escuelas o Centros de Producción).

PROMOCIÓN	PREVENCIÓN	ATENCIÓN AL DAÑO	REHABILITACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cepillado dental</li> <li>• Control de hábitos y factores de riesgo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Técnicas de Cepillados</li> <li>• Aplicación de Fluor</li> <li>• Profilaxis dental</li> <li>• Control de placa dentobacteriana</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Operatoria dental</li> <li>• Exodoncia</li> <li>• Pulpotomias</li> <li>• Periodoncia</li> <li>• Práctica de restauración traumática Prat</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prótesis dentales (fija, removibles).</li> <li>• Atención del trauma y fractura dental</li> </ul>

### **EXÁMENES DE LABORATORIO Y DE APOYO DIAGNÓSTICO PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO**

Hematología	Parasitología	Uroanálisis	Serología	Bacteriología
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Biometría hemática completa</li> <li>• Hemoglobina</li> <li>• Hematócrito</li> <li>• Recuento de plaquetas</li> <li>• Prueba de embarazo en sangre</li> <li>• Tiempo de sangría y tiempo y Coagulación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen general de heces</li> <li>• Sangre oculta en heces</li> <li>• Citología fecal</li> <li>• Malaria</li> <li>• Chagas(gota gruesa Al fresco)</li> <li>• Leishmaniasis(frote directo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen General de orina</li> <li>• Prueba de embarazo en orina</li> <li>• Glucosa en orina</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• VDRL o RPR</li> <li>• HIV/SIDA(prueba rápida)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observación al fresco (Exudado vaginal y/o Uretral.</li> <li>• KOH(exudado Vaginal)</li> <li>• Tinción de gran(Exudado vaginal y/o Uretral</li> <li>• BAAR</li> </ul>

**LISTA DE EQUIPOS BASICOS PARA LA IMPLEMENTACION DEL MOSAFC EN EL SECTOR.**

<b>LISTADO DE EQUIPOS</b>	<b>CANTIDAD</b>
Balanza con Altímetro p/Adulto	1
Tallímetro	1
Mesa de mayo	2
Balanza p/lactante	1
Infantómetro	3
Cintas Obstétricas	3
Cintas perinatales	3
Gesto grama	10
Termómetros	1
Porta termómetro.	3
Estetoscopio	3
Tensiómetro	3
Oto-oftalmoscopio	1
Fetoscopio de Pinard	1
Lámpara de cuello de cisne	1
Espéculos grandes.	3
Espéculos medianos.	3
Espéculos Pequeños	3
Martillo de reflejos	1
Peras de succión	3
Camilla ginecológica	1
Banco Giratorio	1
Cazos grandes rectangulares de acero	1
Cazos cilíndricos para materiales	2
Freezer	2
Caja térmica para transporte de vacuna	1
Termos	6
Refrigerantes	24
Esterilizador Autoclave	1
Porta suero	2
Radio comunicador	1
<b>Equipos de Inmovilización Emergencia</b>	
Férulas plásticas	2
Vendas elásticas	4
Vendas simples	4
<b>Equipo de curación</b>	
Tijeras de Mayo recta	2
Tijeras de Mayo curva	2
Pinzas de disección con dientes	2
Pinzas de disección sin dientes	2

<b>LISTADO DE EQUIPOS</b>	<b>CANTIDAD</b>
Pinza de ojo	2
Porta pinza	2
Hojas de bisturí No. 11	6
Hojas de bisturí No. 10	6
Hojas de bisturí No. 18	6
Tijeras quita puntos	2
<b>Equipo de cirugía menor</b>	
Tijera de mayo recta	2
Tijeras de Mayo curva	2
Pinza mosquito recta	2
Pinza mosquito curva	2
Pinza de disección con diente	2
Pinza de disección sin diente	2
Porta agujas mayo hegar pequeño	2
Porta agujas mayo hegar grande	2
Pinza de ojo curva	2
Pinza de ojo recta	2
Porta pinza	2
Mangos de bisturí No. 3	2
Mangos de bisturí No. 4	2
Hojas de bisturí No. 11	2
Hojas de bisturí No. 10	6
Hojas de bisturí No. 18	6
Sondas acanaladas	2
<b>Equipo de cocina para preparar suero oral</b>	
Cocina de mesa 2 quemadores	1
Olla con tapa de acero inoxidable de 5lts.	1
Olla con tapa de acero inoxidable de 3lts.	1
Cucharones soperos	2
Tanque de Gas butano 25 Libras	1
<b>Equipo de administración de suero oral</b>	
Picheles graduados 1 litro	2
Tazas o vasos graduadas en onz.	6
Goteros de plásticos desechables	
Cucharas soperas (8 onzas, 12 Ozas)	2
<b>Equipo de inserción de DIU</b>	
Histerómetros mayo	3
Tenáculos uterinos Duplay curvo	3
Pinza de ojo curva	3
Pinza de ojo recta	3
Porta pinza	3
Espéculo pequeños	3
Espéculos medianos	3

<b>LISTADO DE EQUIPOS</b>	<b>CANTIDAD</b>
Espéculos grandes	3
Tijeras de Mayo curva	3
Riñoneras de acero inoxidable	3
Taza para solución 6 Onz. Acero inoxidable	3
<b>Maleta de parto</b>	
Perneritas	2
Campos estériles	2
Campos grandes para la atención del RN	2
Campo grande para envolver maleta	1
<b>Equipos básico para atención del parto</b>	
Pinza de Kocher recta	1
Pinza Allis con diente	1
Pinza de ojo recta	1
Tijera de Mayo Recta	1
Porta aguja de mayo hegar grande	1
Porta aguja de mayo hegar mediano	1
Porta aguja de mayo hegar pequeño	1
Recipiente de Acero Inoxidable mediana	1
Tijera para episiotomía mediana	1
Tijera para episiotomía pequeña	1
Pinza hemostática rochester recta	1
Pinza de disección con diente	1
Pinza de disección sin diente	1
<b>Medios de Transporte de la sede del sector a las comunidades<sup>5</sup></b>	
Camioneta	

<sup>5</sup> Esto en dependencia de las capacidades del municipio

## LISTA BASICA DE MEDICAMENTOS (PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN)

Código	Descripción del Producto	U / M
1010110	Bencilpenicilina G. Procaínica 800,000 UI. Polvo Estéril im.	Fam
1010140	Amoxicilina 250 mg / 5 ml. Suspensión. Fco 100 - 120 ml. Oral	Fco
1010130	Dicloxacilina 125 mg/5ml	Fco
1010145	Amoxicilina 500 mg. Cápsula Oral	Cap
1010500	Trimetoprim Sulfametoazol 40 mg + 200 mg / 5 ml. Jarabe Fco	Fco
1010510	Trimetoprim Sulfametoazol 80 mg + 400 mg	Tab
1010700	Nistatina 100,000 UI / 1 ml. Suspensión. Fco 30 - 60 ml. Oral	Fco
1020625	Albendazol 200 mg	Tab
1030100	Salbutamol Sulfato (Albuterol) 2 mg / 5 ml. Fco 100 ml	Fco
1040620	Metil Dopa 500 mgs.	Tab
1050110	Sulfato Ferroso + Ácido Fólico 60 mg + 0.25 mg. Tableta Oral	Tab
1050120	Sulfato Ferroso, Hierro Elemental 15 mg. / 0.6 ml. Solución. Fco 30	Fco
1060110	Hartman Solución (NaCl+ClK+Cl2Ca+NaHCO3)	Fco
1060540	Solución Electrolitos Orales: (Gluc. 20 g / L, Kcl 3.5 g / L, Kcl 1.5 g	Sbe
1100100	Oxitocina 5 UI/ml	Amp
1100200	Clotrimazol 100 mg	Ovu
1100630	Fenoterol Hidrobromuro 5mg. Tab.	Tab
1160210	Acetaminofén 100 mg / ml	Fco.
1160216	Acetaminofén 500 mg	Tab
	Furazolidona	Tab

## LISTADO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Item	Métodos Anticonceptivos	U / M
1	Lofemenal	Tab
2	Preservativos / Condones	Unid.
3	DIU	Unid.
4	Depoprovera	Amp.
5	Noryginon	Amp.

## LISTADO DE VACUNAS

Item	Tipo de Vacuna	U / M
1	BCG	Dosis
2	Pentavalente	Mono dosis
3	Antipoliomielítica	Dosis
4	MMR	Mono dosis
5	DPT	Dosis
6	DT	Dosis

Nota:

Jeringas 22G x 1 ¼ ó 1 ½ para aplicación de Penta, DPT y DT

Jeringas 25G x 5/8 para aplicación de MMR

## LISTADO DE BASICO DE MATERIAL DE REPOSICIÓN PERIODICA

Código	Descripción del Producto	U / M
4010030	Algodón absorbente en libra	Libra
4010190	Catéter endovenoso (similar a medicut) No. 22 x 1"	Unidad
4010390	Depresor de madera 6" x ¾"	Unidad
4010450	Espasadrapo de 2" de ancho x 10yds de largo	Rollo
4010520	Gasa quirúrgica depurada 36" x 100yds	Pieza
4010590	Guante quirúrgico No. 7½	Par
	Set descartable estéril para infusión de suero con aguja No. 22 G. 1½ "	Unidad
4010900	Set endovenoso No. 22g x 3/4" D.L., con tapón separable (estéril)	Unidad
4011400	Termómetro oral , escala grados centígrados	Unidad
4011560	Venda de gasa 4" x 10yds	Rollo
4040330	Seda negra trenzada No. 2-0 con aguja ½ circulo (similar a SH) 26mm	Sobre
4040340	Seda negra trenzada No. 2-0 con aguja 3/8 circulo (similar a FS) 27mm	Sobre
4050040	Jeringa descartable de 3ml con aguja 23 x 1 ½ de 3 piezas	Unidad
4050050	Jeringa descartable de 5ml con aguja 22 x 1 ½ de 3 piezas	Unidad
4050070	Jeringa descartable para insulina (10 y 100 unidades) con aguja 26 x ½	Unidad
4080050	Jabón germicida para lavado quirúrgico	Galón

## LISTADO DE MATERIAL DE LIMPIEZA (SEDE DEL SECTOR)

Item	Descripción de Papelería	U / M
1	Escoba	Unid.
2	Lampazo	Unid.
3	Detergente / Jabón Liquido	
4	Cloro	Tableta-Gln.- Ltr.
5	Pinesol / Desinfectante	Gln.- Ltr.
6	Sacudidores	

## LISTADO DE PAPELERIA BÁSICA

Item	Descripción de Papelería	U / M
1	HCPB	Block
2	Partograma	Unid.
3	Carné Perinatal	Unid.
4	Tarjeta activa de control pre-natal	Unid.
5	Carné de planificación familiar	Unid.
6	Tarjeta activa de planificación familiar	Unid.
7	Formato SIAL	Unid.
8	Solicitud de PAPs	Block
9	Historia clínica de atención integral a la	Unid.
10	Hoja de seguimiento de atención integral a	Unid.
11	Tarjeta de atención integral a la niñez	Unid.
12	Tarjeta activa de atención integral a la	Unid.
13	Fichas de vigilancia de mortalidad materna	Unid.
14	Fichas de vigilancia de mortalidad perinatal	Unid.
15	Carpetas para expedientes clínicos	Unid.
16	Boletas de enfermedades de notificación	Unid.
17	Hoja de consulta diaria	Unid.
18	Consolidado mensual de servicios	Block
19	Certificados de nacimiento	Block
20	Certificados de defunción	Block
21	Registro diario de vacunas PAI	Block
22	Consolidado mensual de vacunas PAI	Block
23	Recetarios	Block
24	Carné de pacientes crónicos	Unid.
25	Tarjeta activa del programa de enfermos	Unid.
26	Formatos SIVIC	Unid.
27	Formatos de referencia y contrarreferencia	Unid.
28	Tarjetas de estiba	Unid.
29	Historia de Salud Familiar	Unid.



Sandino:  
estamos  
cumpliendo !

Daniel.

MÁS DEMOCRACIA, MÁS PODER !