



# Guía Técnica para el Funcionamiento de los Equipos de Salud Familiar en el Primer Nivel de Atención

Tegucigalpa, MDC. Honduras

Septiembre, 2017

## Índice

Acrónimos, abreviaciones y símbolos .....	7
Introducción .....	8
1. Objetivo .....	8
2. Campo de aplicación .....	8
3. Términos y definiciones .....	9
4. Documentos relacionados .....	11
5. Desarrollo de las 10 etapas establecidas en los Lineamientos Operativos para el Funcionamiento del Equipo de Salud Familiar .....	11
5.1 Sectorización .....	14
Objetivo general.....	15
Utilidad .....	15
Participantes.....	15
Materiales e insumos.....	15
Tiempo estimado:.....	16
Actividades estratégicas: .....	16
Resultados esperados.....	20
Diagrama de flujo de actividades en la etapa de “Sectorización” .....	21
Herramienta No. 1 Programación semanal de actividades (TablaNo.3) .....	23
Herramienta No. 2 Matriz de sectorización .....	24
Herramienta No. 3 Estructura del documento de sectorización .....	25
5.2. Inserción Comunitaria .....	27
Objetivo general.....	27
Objetivos específicos.....	27
Utilidad .....	28
Participantes.....	28
Materiales e insumos.....	28
Tiempo estimado:.....	28
Actividades estratégicas: .....	28
Resultados esperados.....	35
Diagrama de flujo de actividades en la etapa de “Inserción comunitaria” .....	36
Herramienta No. 4 Agenda de reunión con autoridades municipales .....	38

Herramienta No. 5 Agenda de reunión de inserción comunitaria.....	39
Herramienta No. 6 Control de entrega de convocatorias y confirmación de asistencia para inserción comunitaria.....	41
Herramienta No. 7 Directorio de actores sociales .....	42
Herramienta No. 8 Informe técnico de la etapa.....	43
5.3. Mapeo o croquis .....	45
Objetivo general.....	45
Objetivos específicos.....	45
Utilidad .....	45
Participantes.....	45
Materiales e insumos.....	46
Tiempo estimado:.....	46
Actividades estratégicas: .....	46
Resultados esperados.....	54
Diagrama de flujo de actividades en la etapa de “Mapeo o croquis” .....	55
Herramienta No. 9 Simbología a utilizar en el croquis .....	57
5.4. Diagnóstico Comunitario de Salud (preliminar) .....	61
Objetivo general.....	61
Objetivos específicos.....	61
Utilidad .....	61
Participantes.....	62
Materiales e insumos.....	62
Tiempo estimado .....	62
Actividades estratégicas.....	62
Resultados esperados.....	66
Diagrama de flujo de actividades en la etapa de “Diagnóstico Comunitario en Salud Preliminar” .....	67
Herramienta No. 10 Instrumento de Diagnóstico Comunitario de Salud.....	69
Herramienta No. 11 Tablas resumen de principales causas de morbilidad en la comunidad.....	70
Herramienta No. 12 Informe del Diagnóstico Comunitario de Salud (preliminar) .....	73
5.5. Diagnóstico Familiar de Salud (Ficha Familiar de Salud) .....	76
Objetivo general.....	77

Objetivos específicos.....	77
Utilidad .....	77
Participantes.....	77
Materiales e insumos.....	77
Tiempo estimado .....	78
Actividades estratégicas.....	78
Resultados esperados.....	83
Diagrama de flujo de actividades en la etapa de “Diagnóstico Familiar de Salud “Ficha Familiar de Salud” .....	84
Herramienta No. 13 Ficha Familiar de Salud .....	86
5.6 Seguimiento Individual del Riesgo.....	89
Objetivo general.....	90
Objetivos específicos.....	90
Utilidad .....	90
Participantes.....	90
Materiales e insumos.....	90
Tiempo estimado .....	90
Actividades estratégicas.....	91
Resultados esperados.....	96
Diagrama de flujo de actividades en la etapa de “Seguimiento individual del riesgo.....	97
Herramienta No. 14 Ficha de Seguimiento Individual .....	99
Herramienta No. 15 Criterios para priorizar las intervenciones según riesgo familiar	100
Herramienta No. 16 Plan de intervención para la persona o familia.....	102
Herramienta No. 17 Agenda e informe de la visita domiciliaria .....	103
Herramienta No. 18 Simbología a utilizar en el croquis .....	104
5.7. Diagnóstico Comunitario Actualizado.....	106
Objetivo general.....	106
Objetivos específicos.....	107
Utilidad .....	107
Participantes.....	107
Materiales e insumos.....	107
Tiempo estimado .....	107

Actividades estratégicas.....	107
Resultados esperados.....	112
Diagrama de flujo de actividades en la etapa de “Diagnóstico Comunitario Actualizado”	113
Herramienta No. 19 Tablas con datos de la Ficha Familiar de Salud según base de datos .....	115
Herramienta No. 20 Informe del Diagnóstico Comunitario de Salud Actualizado.....	121
5.8 Programación de actividades.....	124
Objetivo general.....	125
Objetivos específicos.....	125
Utilidad .....	125
Participantes.....	125
Materiales e insumos.....	125
Tiempo estimado .....	126
Actividades estratégicas.....	126
Resultados esperados.....	128
Diagrama de flujo de actividades en la etapa de “Programación de actividades” .....	129
Herramienta No. 21 Plan de Actividades de Salud Comunitario .....	131
Herramienta No. 22 Ficha de evaluación para una actividad .....	132
5.9 Plan de desarrollo comunitario (asistencia técnica).....	134
Objetivo general.....	135
Objetivos específicos.....	135
Utilidad .....	135
Participantes.....	135
Materiales e insumos.....	135
Tiempo estimado .....	135
Actividades estratégicas: .....	136
Resultados esperados.....	138
Diagrama de flujo de actividades en la etapa de “Plan de Desarrollo Comunitario” ....	139
5.10 Auto-monitoreo .....	141
Objetivo general.....	142
Objetivos específicos.....	142
Utilidad .....	142



Participantes.....	142
Materiales e insumos.....	142
Tiempo estimado.....	142
Actividades estratégicas.....	142
Resultados esperados.....	144
Diagrama de flujo de actividades en la etapa de “Auto monitoreo”.....	145
Herramienta No. 23 Instrumento de auto monitoreo de los Equipos de Salud Familiar.....	147
Herramienta No. 24 Lista de Acciones de Mejora del desempeño del Equipo de Salud Familiar.....	154
6. Bibliografía.....	155
7. Anexos.....	158
Anexo 1. Simbología del diagrama de flujo de actividades/proceso.....	158
Anexo 2. Ejemplos de Criterios para la Priorización de Necesidades de Salud.....	159

## Acrónimos, abreviaciones y símbolos

AGI	Área Geográfica de Influencia
APS	Atención Primaria de Salud
ACS	Agentes Comunitarios de Salud
ATA	Atenciones Ambulatorias
CC	Centro Comunal
CGPSS	Conjunto Garantizado de Prestaciones y Servicios de Salud
CODEL	Comité de Emergencia Local
DCS	Diagnóstico Comunitario de Salud (Preliminar)
DCSA	Diagnóstico Comunitario de Salud Actualizado
ECOR	Equipo Coordinador de Red
ES	Establecimiento de Salud
INE	Instituto Nacional de Estadística
MNS	Modelo Nacional de Salud
ONG	Organizaciones No Gubernamentales
PAPS	Promotor de Atención Primaria en Salud
PDC	Plan de Desarrollo Comunitario
PIMA	Plan de Inversión Municipal Anual
PDM	Plan de Desarrollo Municipal
POA	Plan Operativo Anual
RISS	Redes Integradas de Servicios de Salud
RS	Región Sanitaria
SMI	Servicio Materno Infantil
TIC	Tecnología de Información y Comunicación
UAPS	Unidad de Atención Primaria de Salud.
ZPP	Zonas de Promoción y Prevención



## Introducción

De conformidad con lo expresado en el Modelo Nacional de Salud y en los Lineamientos Operativos para el Funcionamiento del Equipo de Salud Familiar, se ha elaborado la “Guía Técnica para el Funcionamiento de los Equipos de Salud Familiar en el Primer Nivel de Atención”. Se constituye en una herramienta técnica que apoya y promueve el desempeño óptimo de los Equipos de Salud Familiar en el espacio población asignado y forma parte de los recursos de apoyo para la organización, planificación, ejecución y evaluación de las 10 etapas establecidas en los lineamientos.

Esta Guía Técnica está dirigida al Equipo de Salud Familiar de las Redes Integradas de Servicios de Salud con diferentes modalidades de gestión (descentralizada y no descentralizada). Está dividida en secciones según el número de etapas y provee una variedad de conocimientos técnicos, operativos y estratégicos que orienta el quehacer de dichos equipos.

A través de la aplicación de la presente guía se contribuirá a mejorar el desempeño de los Equipos de Salud Familiar, pero también mejorar la situación de salud de la persona, familia y comunidades asignadas. Para garantizar la efectividad en la aplicación de la guía, se requiere que los Equipos de Salud Familiar sean entrenados en el uso de la guía la conozcan y manejen con facilidad y de manera sistemática y que en el quehacer diario sea consultada y discutida.

### 1. Objetivo

Fortalecer las competencias del Equipo de Salud Familiar y estandarizar las actividades estratégicas, pasos y herramientas en la implementación de las 10 etapas establecidas en los “Lineamientos Operativos para el Funcionamiento del Equipo de Salud Familiar”, con los cuales se brindarán servicios de salud en promoción, prevención, curación y rehabilitación a la población en el primer nivel de atención.

### 2. Campo de aplicación

Esta Guía Técnica se aplica a Equipos de Salud Familiar de gestores descentralizados y no descentralizados integrados en las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), que brinden servicios de salud en promoción, prevención, atención integral a las personas, así como funciones de salud pública, participación comunitaria, docencia, investigación, administrativas y evaluación, de acuerdo a los Lineamientos Operativos para el Funcionamiento del Equipo de Salud Familiar y del Modelo Nacional de Salud (MSN).

### 3. Términos y definiciones

**Voluntario de Salud:** Son personas (hombres y mujeres) que realizan actividades orientadas a promover, proteger y conservar la salud de las personas y las familias de su comunidad de manera voluntaria en coordinación con el Equipo de Salud Familiar del Primer Nivel de Atención y la comunidad organizada.

**Ambientes de desarrollo humano:** Son los diferentes escenarios en los cuales el hombre se desarrolla, como ser: El hogar, la comunidad, ambiente escolar y ambiente laboral, donde el MNS establece que se debe brindar de manera integral y continua, la atención y los servicios centrados en las necesidades y la demanda del individuo y familia.

**Comunidad:** Conjunto de personas, organizaciones sociales, servicios, instituciones y agrupaciones, que viven en un territorio delimitado y que comparten los mismos intereses básicos en un momento determinado.

**Conjunto Garantizado de Prestaciones y Servicio de Salud (CGPS):** Es el conjunto de bienes y servicios de salud dirigidos a satisfacer y atender apropiadamente las demandas y necesidades de salud que el Estado se compromete a garantizar a toda la población, implicando derechos y obligaciones para los actores del sistema. Será el eje ordenador de la producción de servicios en las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) del primer nivel de atención y su complemento en el segundo nivel de atención, así como en las intervenciones públicas.

**Croquis:** Es la representación gráfica aproximada de una localidad o área geográfica, que puede ser elaborado por conocimientos muy generales.

**Equipo de Salud Familiar:** Es el conjunto multidisciplinario de profesionales y técnicos de la salud del Primer Nivel de Atención, responsable del cercano del cuidado de la salud de un número determinado de personas y familias asignadas y ubicadas en un territorio delimitado en sus ambientes de desarrollo humano (hogar, comunidad, escuela, trabajo); sin tener en cuenta ningún factor que resulte discriminatorio (género, étnico, cultural entre otros.).

**Enfoque de riesgo:** Es un método que se emplea para medir la probabilidad de que una persona, familia o población sufra un daño, se emplea para estimar las necesidades de atención en salud.

**Exactitud:** También conocida como validez. Los datos exactos se consideran correctos cuando miden lo que se pretende medir. Los datos exactos reducen al mínimo los errores (por ejemplo, sesgos en el registro o la entrevista, errores de transcripción, errores de muestreo) hasta tal punto que llegan a ser insignificantes.

**Factor de riesgo:** Es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.



**Familia:** Es la unidad fundamental del gran sistema social que representa la comunidad y se encuentra en constante interacción con el medio natural, cultural y social, donde sus integrantes interactúan, formando subsistemas con factores biológicos, psicológicos y sociales de alta relevancia. La Familia como institución es un producto histórico social que se ha modificado a través del tiempo. Siempre vinculado estrechamente a cada contexto socio-cultural y por este continuo movimiento ha podido transformar y adecuarse al momento y reforzar los conflictos y características de cada época.

**Familiograma:** Es la representación gráfica del mapa familiar. Permite ver en un solo plano la información acerca de la estructura familiar, así como de las relaciones entre los miembros

**Inserción comunitaria:** Es la segunda etapa, donde el Equipo de Salud Familiar establece el acercamiento con la población de las comunidades a su cargo y realiza la articulación apropiada para el desarrollo eficaz y eficiente de las acciones sanitarias.

**Manzana:** El término manzana, para definir a una isla urbana o un grupo de bloques de pisos y casas rodeados por cuatro calles, proviene de la palabra mansana la cual fue popularizada por Ildelfonso Cerdà a mediados del siglo XIX. Este importante urbanista (creador del plan que lleva su apellido y que transformó la estructura urbanística del centro de la ciudad de Barcelona), utilizó el término mansana, cuando diseñó la que iba a ser la nueva disposición del entramado de bloques y calles del ensanche barcelonés, inspirándose en la idea del «manso feudal», la cual se refería a la agrupación de porciones de tierra cedidas por el señor feudal a las que rodeaban las casas de los siervos que las trabajaban. La popularización del término acabó castellanizándose en manzana (o manzana urbana), tal y como lo conocemos y usamos hoy en día. (<https://blogs.20minutos.es/yaestaellistoquetodolosabe/de-donde-surge-llamar-manzana-a-los-espacios-urbanos-delimitados-por-cuatro-calles/>)

**Mapa:** Es una representación gráfica casi exacta y es elaborado por personal especializado con equipos de precisión y definición de escalas.

**Monitoreo:** Es el proceso de recolección y análisis reflexivo y crítico de datos que sirve a los equipos locales para verificar en forma rutinaria y frecuente (diario, semanal o mensual), si cumplen las metas de producción, estándares o normas de costos y calidad de sus procesos de atención.

**Sector:** Es el espacio geográfico-poblacional de una comunidad con límites claramente definidos. También se le llama territorio de intervención determinado mediante un proceso de sectorización (que debe ser previo a la elaboración del croquis), de la población tanto rural como urbana, dónde se asigna un tamaño de población al Establecimiento de Salud (ES). Un ES podrá tener a su cargo uno o más sectores con sus correspondientes zonas del promotor de salud

**Sectorización:** Es la primera etapa del proceso de operativización del Equipo de Salud Familiar y consiste en delimitar el territorio asignado a un Establecimiento de Salud (ES),



según la particularidad geográfica, demográfica y con un determinado número de familias y comunidades.

**Riesgo:** es una medida que refleja la probabilidad de que se produzca un hecho o daño a la salud (biológico, psicológico o social); y está determinado por una serie de condiciones, características o factores internos (propios de la persona) y externos (del ambiente que le rodea).

**Zonas de Promoción y de Prevención:** Es el área de influencia delimitada y asignada al promotor de salud, la cual está constituida por 300 familias. Esta zona incluye a los establecimientos de salud y su área geográfica de influencia del modelo anterior, que, en el modelo actual, no cumplen criterios de población y accesibilidad geográfica y que está siendo atendidos por Auxiliares de Enfermería,

#### 4. Documentos relacionados

Los documentos relacionados y de los cuales se ha obtenido el pensamiento político estratégico son:

- Modelo Nacional de Salud
- Lineamientos Operativos para el Funcionamiento del Equipo de Salud Familiar
- Conjunto Garantizado de prestaciones y equipos de salud.
- Guía para emitir Documentos Normativos G01:2015

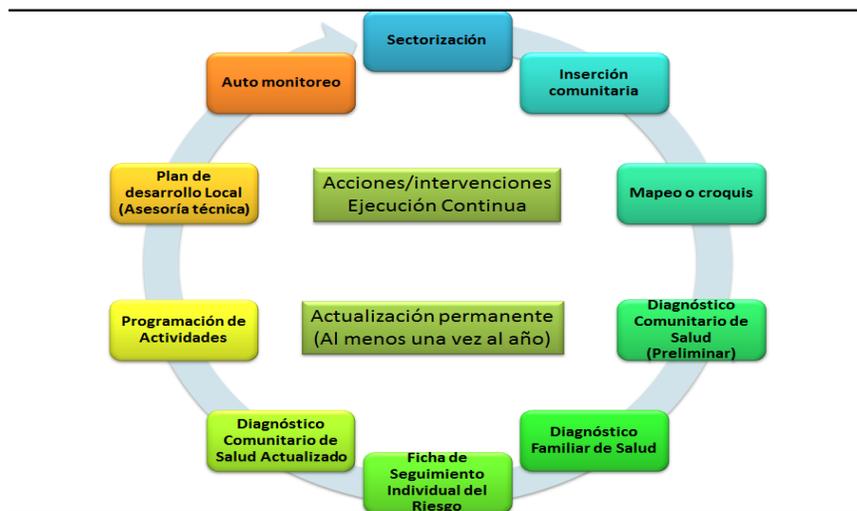
#### 5. Desarrollo de las 10 etapas establecidas en los Lineamientos Operativos para el Funcionamiento del Equipo de Salud Familiar

Los miembros del Equipo de Salud Familiar son co-responsables en el cuidado de la salud de las poblaciones a su cargo. Por lo que se han establecido las 10 etapas que deben planificarse, ejecutarse y evaluarse a fin de cumplir con las funciones de salud pública, participación comunitaria, atención directa, docencia e investigación, así como funciones administrativas y de evaluación [1].

Estas funciones serán desarrolladas focalizándose principalmente en la promoción de la salud, la prevención del riesgo y el daño a la salud. Las funciones de atención directa, serán realizadas de manera integral, programada o espontánea en el establecimiento de salud o a nivel domiciliario, cumpliendo con la distribución del tiempo que el equipo debe asignar para ejecutar dichas funciones [1].

Las 10 etapas para la operativización de las funciones del Equipo de Salud Familiar, constituyen el marco de referencia técnico-normativo fundamentado en los principios y estrategias establecidas en el Modelo Nacional de Salud (MNS). Orientan al funcionamiento eficaz de cada miembro del equipo en particular y del equipo completo en general en cada una de las comunidades asignadas. Adicionalmente, permite la articulación entre el primer nivel de atención con la comunidad.

**Figura 1. Etapas para el Funcionamiento del Equipo de Salud Familiar**



A fin de cumplir con las funciones establecidas y organizar el accionar del Equipo de Salud Familiar de una manera estandarizada y sistemática, a continuación, se detallan algunas definiciones, objetivos y actividades estratégicas de cada una de las etapas.



# **Etapas 1: Sectorización**

## 5.1 Sectorización

La etapa de Sectorización permite obtener valiosa información geográfica, poblacional y del territorio asignado al Equipo de Salud Familiar, quienes deben desempeñarse eficaz y eficientemente, según lo establecido en los Lineamientos Operativos para el Funcionamiento del Equipo de Salud Familiar y MNS.

La sectorización consiste en delimitar el territorio asignado a un Establecimiento de Salud (ES), según la particularidad geográfica, demográfica y con un determinado número de familias y comunidades. En cada área geográfica de influencia de los ES se delimitan sectores y zonas de intervención del promotor de atención primaria en salud (PAPS) de acuerdo a los siguientes criterios [1]:

- Concentración o dispersión poblacional: Número de habitantes y familias,
- Accidentes topográficos: elevaciones, ríos, lagunas, entre otros,
- Vías de comunicación: carreteras principales, secundarias, caminos, o aeropuertos.
- Culturales: costumbres, creencias, relaciones entre familias y comunidades.

La aplicación de estos criterios, aseguran una sectorización coherente, pero además prepara al equipo en el manejo de las facilitantes o barreras que se pueden presentar en el proceso. Un ES, podrá tener a su cargo uno o más sectores con sus correspondientes zonas de intervención PAPS (300 familias). La distribución de la población según ubicación en área rural y/o urbana el Equipo de Salud Familiar debe considerar lo definido en los Lineamientos Operativos para el Funcionamiento del Equipo de Salud Familiar [1].

**Tabla 1. Conformación del Equipo de Salud Familiar según área y población asignada**

TIPO DE EQUIPO SEGÚN ÁREA GEOGRÁFICA	CONFORMACIÓN	POBLACIÓN ASIGNADA POR SECTOR Y ZONA DE INTERVENCIÓN DEL PAPS
<b>Equipo de Salud Familiar del rural</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Médico</li><li>- Auxiliar de Enfermería</li><li>- Promotor/a de Salud</li></ul>	600 a 1, 200 familias (3,000 - 6,000 habitantes)  1 promotor/a por 300 familias
<b>Equipo de Salud Familiar del urbano</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Médico</li><li>- Licenciada en Enfermería</li><li>- Auxiliar de Enfermería</li><li>- Promotor/a de Salud</li></ul>	1,201 a 2000 familias (6,001- 10,000 habitantes)  1 promotor/a por cada 300 familias.

Es importante tomar en consideración que si al momento de la sectorización existen establecimientos de salud con AGI y auxiliar de enfermería con acuerdo, este establecimiento y el AGI, serán consideradas y nombradas Zonas de Promoción y Prevención (ZPP), las que estarán adscritas a la UAPS o al CIS más cercano. **Tendrá funciones específicas relacionadas únicamente a la promoción y prevención en su**



**AGI.** No obstante, el Medico del equipo será el responsable paulatinamente de la atención médica.

### Objetivo general

Delimitar el territorio asignado a un ES en sectores con su respectivo Equipo de Salud Familiar y zonas de intervención asignadas al promotor de atención primaria en salud (PAPS), con un determinado número de familias y comunidades según los criterios de concentración o dispersión poblacional, geográfica y vías de comunicación, con el propósito de organizar el espacio-población donde el Equipo de Salud Familiar desarrollará las acciones de promoción, prevención, atención integral y otras relacionadas con la investigación, docencia, salud pública, evaluación y administrativas.

### Objetivos específicos

- Establecer los límites geográficos de los sectores con su respectivo Equipo de Salud Familiar y las zonas de intervención asignadas al promotor de atención primaria en salud.
- Obtener el mapeo o croquis del área de influencia con la definición de sectores y zonas de intervención asignadas al promotor de atención primaria en salud.
- Identificar las brechas de recursos humanos para cubrir las necesidades de la población con el Equipo de Salud Familiar en los sectores y zonas de intervención del PAPS delimitadas.

### Utilidad

Los resultados obtenidos en la etapa de sectorización permitirán disponer de insumos e información valiosa que será utilizada en las siguientes etapas a desarrollar. Orientará la toma de decisión en la gestión de los recursos, facilitará el establecimiento de alianzas con autoridades locales, actores sociales y voluntarios de salud presentes en el área geográfica de influencia (AGI). Por esta razón, esta etapa debe realizarse de manera precisa, ordenada y responsable.

### Participantes

El Departamento de Redes Integradas de Servicios de Salud de la Región Sanitaria (RS), quien hará la definición inicial y final. El Equipo de Salud Familiar, Coordinador/a del ES y el Coordinador/a de la Red, como responsables de la verificación de la sectorización en el campo y hacen la propuesta a la Región Sanitaria.

En esta etapa es importante tener el acompañamiento de los actores clave y voluntarios de salud de cada comunidad lo que promoverá la participación social, empoderamiento y aceptación de los productos y resultados.

### Materiales e insumos

- Mapas o croquis
- Información sobre las poblaciones del INE o Alcaldía Municipal, censo de patronatos
- Lápiz de colores punta fina gráfico

- 
- Marcadores de colores
  - Matriz de sectorización
  - Convocatoria y agenda de la reunión.

#### Tiempo estimado:

- 1 a 2 meses aproximadamente con revisiones anuales según necesidades.

#### Actividades estratégicas:

Desarrollar la etapa de sectorización requiere de un Equipo de Salud Familiar con el conocimiento, habilidades, destrezas provistas en los diferentes procesos de entrenamientos, encuentros de experiencias y discusiones técnicas. También requiere, un nivel de organización, planificación, comprensión de los resultados esperados y actividades a realizar a fin de completar esta etapa.

En tal sentido, se plantean una serie de actividades estratégicas definidas según los Lineamientos Operativos para el Funcionamiento del Equipo de Salud Familiar que apoye la conducción de la sectorización. Las actividades son descritas en tres momentos, antes, durante y después lo que asegurará una buena organización y ejecución de las mismas.

#### 1. Antes:

**1.1 Reunión de organización del equipo de salud familiar.** En esta reunión se debe discutir la Guía Técnica para el Funcionamiento de los Equipos de Salud Familiar en el Primer Nivel de Atención, objetivos, productos esperados, principales actividades estratégicas a desarrollar en la etapa de sectorización. También permitirá la estandarización de conceptos, clarificar las dudas y la organización del equipo.

Para lo anterior, se debe utilizar la Programación Semanal de Actividades (Herramienta No. 1). Es importante tener en cuenta que esta herramienta será utilizada para la planificación de acciones en todas las etapas descritas en el presente documento.

Como parte de la planificación es necesario seleccionar el área donde se iniciarán las acciones de sectorización utilizando criterios de vulnerabilidad y postergación. El plan deberá describir las áreas seleccionadas y los tiempos requeridos en las actividades.

**1.2 Recolección de información.** Es importante solicitar al Departamento de Redes Integradas de Servicios de Salud de la Región Sanitaria, la sectorización inicial con el número de población y equipos de salud familiar definidos en el Área Geográfica de Influencia por Establecimiento de Salud y según se muestra en la herramienta No.2. Con esta información el Equipo de Salud Familiar realizará la verificación de la sectorización en el campo

También se debe hacer una búsqueda de la información poblacional, institucional y de otros proveedores del área geográfica asignada que se delimitará: censo municipal o la



estimación de población del Instituto Nacional de Estadística (INE), estudios y encuestas previas. Así como mapas o croquis actualizados, lo que permitirá el reconocimiento físico de la comunidad y sus zonas, sus límites o colindancias, colonias, aldeas y otros. Esta recolección, puede realizarse mediante visitas, solicitudes formales u otras acciones que el equipo defina y según corresponda.

El coordinador del Equipo de Salud Familiar, debe consolidar y resguardar la información obtenida; electrónica en carpetas, y física en folders o carpeta puesto que será utilizada en todas las etapas, pero también constituyen medios de verificación.

2. Durante:

**2.1 Análisis de la información obtenida según los criterios establecidos.** En una jornada de trabajo el Equipo de Salud Familiar realizará el llenado de la matriz donde se registrará el nombre de las comunidades y la cantidad de la población (Herramienta No.2), lo que permitirá agrupar la población en zona intervención asignadas al promotor de atención primaria en salud.

Posteriormente, se delimitarán los sectores según criterios de concentración o dispersión poblacional, así como el hábito de la población en dónde buscan atención de salud que favorezca la accesibilidad.

**2.2 Delimitación inicial de sectores y zonas de intervención asignadas al PAPS en el croquis** de cada comunidad según la sectorización realizada en la matriz. Esta actividad se realizará a mano alzada, de acuerdo a los criterios de accidentes topográficos y vías de comunicación.

Al hacer la delimitación a mano alzada en el croquis, deberá utilizarse colores que faciliten la diferenciación y visualización rápida de los sectores y zonas de intervención asignadas al PAPS. **El color azul se utilizará para trazar los sectores** y con **el color café se trazarán las zonas.**

**2.3 Denominación de los sectores y zonas de intervención asignadas al PAPS.** Se debe definir el nombre de los sectores y las zonas considerando los nombres más comunes, aceptados y fácil de recordar por la comunidad. De tener dificultades al nombrar los sectores y las zonas, como segunda opción es asignar un número correlativo a los sectores y una letra a la zona: **Sector 1, Zona A.**

Esta denominación deberá ser validada con los actores sociales y voluntarios de salud de cada comunidad para asegurar la aceptación y utilización de la misma.

**2.4 Verificación en el terreno de la delimitación inicial de sectores y zonas de intervención asignadas al PAPS.** Esta actividad se realizará para asegurar que la sectorización y delimitación inicial sea acertada. Es clave involucrar a las autoridades municipales, actores sociales, el Comité Comunitario y voluntarios de salud para asegurar la aceptación y pertinencia de la sectorización.



**2.4.1 Coordinación y planificación** de la verificación en el terreno con representantes de la municipalidad, los actores sociales y voluntarios de salud. Se debe definir la fecha y hora de la verificación de campo. Se recomienda preparar los materiales e insumos (matriz y los mapas y croquis, colores, tableros) que se requieren.

**2.4.2 Desplazamiento a las comunidades en la fecha y hora acordada.** Previo al inicio del trabajo, el Equipo de Salud Familiar debe reunirse con los voluntarios de salud de la comunidad para explicar el objetivo de la actividad y los pasos que se requieren desarrollar. Así como el rol que ellos tienen en esta actividad.

**2.4.3 Definición de la ruta a recorrer.** Debe identificarse los principales puntos de referencia en la comunidad, lo que ayudará a una mejor utilización del tiempo y de los recursos disponibles.

**2.4.4 Verificación de la delimitación de los sectores y zonas de intervención asignadas al PAPS** en el terreno siguiendo el recorrido definido. Debe señalarse los Establecimientos de Salud existentes, y otras referencias relevantes en la comunidad. Posteriormente, analizar en conjunto la propuesta de sectorización y realizar los ajustes pertinentes.

**2.4.5 Validación de los nombres propuesto en cada sector y zona de intervención del PAPS.** Con el propósito de obtener una retroalimentación de los voluntarios de salud y actores sociales.

**2.4.6 Si al momento de la sectorización existen establecimientos que no cumplen con el criterio de población** para re-categorizarlos según el Modelo de Salud actual, y que cuenta con auxiliar de enfermería. El equipo de salud familiar considerará este establecimiento y el AGI, como Zonas de Promoción y Prevención (ZPP), las que estarán adscritas a la UAPS o al CIS más cercano.

La ZPP tendrá funciones específicas relacionadas únicamente con la promoción y prevención. Mientras que el médico del equipo será el responsable paulatinamente de la atención directa a las personas del AGI.

**2.5 Ajuste a la sectorización y presentación de la propuesta modificada.** Con los resultados obtenidos en la verificación el Equipo de Salud Familiar realizará una jornada de trabajo en la cual efectuarán los cambios pertinentes en la matriz y en el croquis.

De requerirse **hacer una nueva delimitación de sectores y zonas de intervención asignadas al PAPS en el croquis** de la comunidad, el Equipo de Salud Familiar utilizará los mismos criterios descritos anteriormente.

**2.6 Preparación de la propuesta ajustada de sectorización.** Una vez ajustada la matriz y el croquis según la verificación de campo, el Equipo de Salud Familiar preparará la propuesta de sectorización que será presentada al Coordinador/a de la Red, Coordinador/a del ES, quien a su vez remitirá al Departamento de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) de la Región Sanitaria para su respectiva revisión y retroalimentación.



En caso que existan 2 o más equipos de Salud Familiar, el Coordinador/a del ES, deberá organizar en un solo documento de sectorización que incluya las propuestas de sectorización del AGI, describiéndose en el oficio de remisión el resumen de las conclusiones y recomendaciones. La propuesta de sectorización inicial, deberá desarrollarse según se muestra en la Herramienta No. 3, y adjuntar los insumos que comprueben y fundamenten dicha sectorización. En esta etapa es indispensable cumplir con los criterios en la conformación del Equipo de Salud Familiar según área geográfica y población asignada; ver Tabla 1 de la Guía Técnica para el Funcionamiento de los Equipos de Salud Familiar en el Primer Nivel de Atención, lo que permitirá la identificación de las brechas y necesidades.

Esta información es importante para la toma de decisiones, la planificación y gestión de los recursos necesarios. Por tanto, en este paso se debe completar e incluir las conclusiones en el documento de sectorización. Debe presentarse un cuadro resumen que visualice fácilmente los sectores o zonas de intervención asignadas al PAPS con el tamaño de población cubiertas o con déficit de Equipos de Salud Familiar.

3. Después:

**3.1 Revisión y retroalimentación a la propuesta ajustada de sectorización.** El equipo del Departamento de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) de la Región Sanitaria, realizará la revisión y retroalimentación a la propuesta de sectorización, y enviará al Coordinador/a de la Red, Coordinador/a del ES, el documento con las observaciones respectivas para que sean incorporadas. Esta revisión y retroalimentación, no deberá exceder a 10 días a partir de la fecha de recepción. Así mismo, deberá hacer el seguimiento respectivo a fin de confirmar que los cambios sugeridos hayan sido incorporados.

**3.2 Ajustes a la sectorización según revisión y retroalimentación de la Región Sanitaria.** El Equipo de Salud Familiar dedicará el tiempo necesario para incorporar las recomendaciones y hacer los ajustes finales. De ser necesario, puede realizar una reunión con el responsable del Departamento de RISS, que clarifique cualquier duda y llegar a consensos que permitan obtener una sectorización en la matriz y el croquis de la comunidad a satisfacción de las partes.

**3.3 Socialización de la sectorización final** a los actores sociales, los voluntarios de salud, así como las autoridades municipales, para darles a conocer los cambios finales y obtener la aprobación de la comunidad.

**3.3.1 Coordinación y planificación** de la reunión de socialización de resultados de la sectorización final con representantes de la municipalidad, los actores sociales y voluntarios de salud. Se debe definir la fecha, hora y definir agenda de la actividad. Se recomienda preparar los materiales e insumos (matriz y los croquis, colores, tableros) que se requieren.

**3.3.2 Reunión de socialización.** El propósito es obtener la aprobación de los representantes de la municipalidad, los actores sociales, voluntarios de salud de la



comunidad para explicar los cambios realizados según la revisión y retroalimentación de la Región Sanitaria.

**3.4 Ajustes a la sectorización según socialización.** El Equipo de Salud Familiar dedicará el tiempo necesario para incorporar las recomendaciones y hacer los ajustes según la socialización con los representantes de la municipalidad, los actores sociales, voluntarios de salud de la comunidad.

**3.5 Presentación de la sectorización final y aprobación.** El Equipo de Salud Familiar enviará la versión final de la sectorización al Coordinador/a de la Red, Coordinador/a del ES según la Herramienta No.3, para hacer el envío oficial al Departamento de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) de la Región Sanitaria, quienes emitirán un oficio de aprobación.

**3.6 Evaluación de la etapa de sectorización.** El Equipo de Salud Familiar deberá evaluar la actividad implementada, haciendo énfasis en el cumplimiento de los objetivos propuestos, cumplimiento de la planificación, y los productos alcanzados, las fortalezas, debilidades del proceso y aspectos que deben tener seguimiento de acuerdo al documento de sectorización. Esta evaluación servirá para próximas acciones de actualizar la sectorización, la cual puede realizarse anualmente según cambios que surjan en el trabajo que realice el Equipo de Salud Familiar.

#### Resultados esperados.

Al finalizar la etapa de sectorización se espera que:

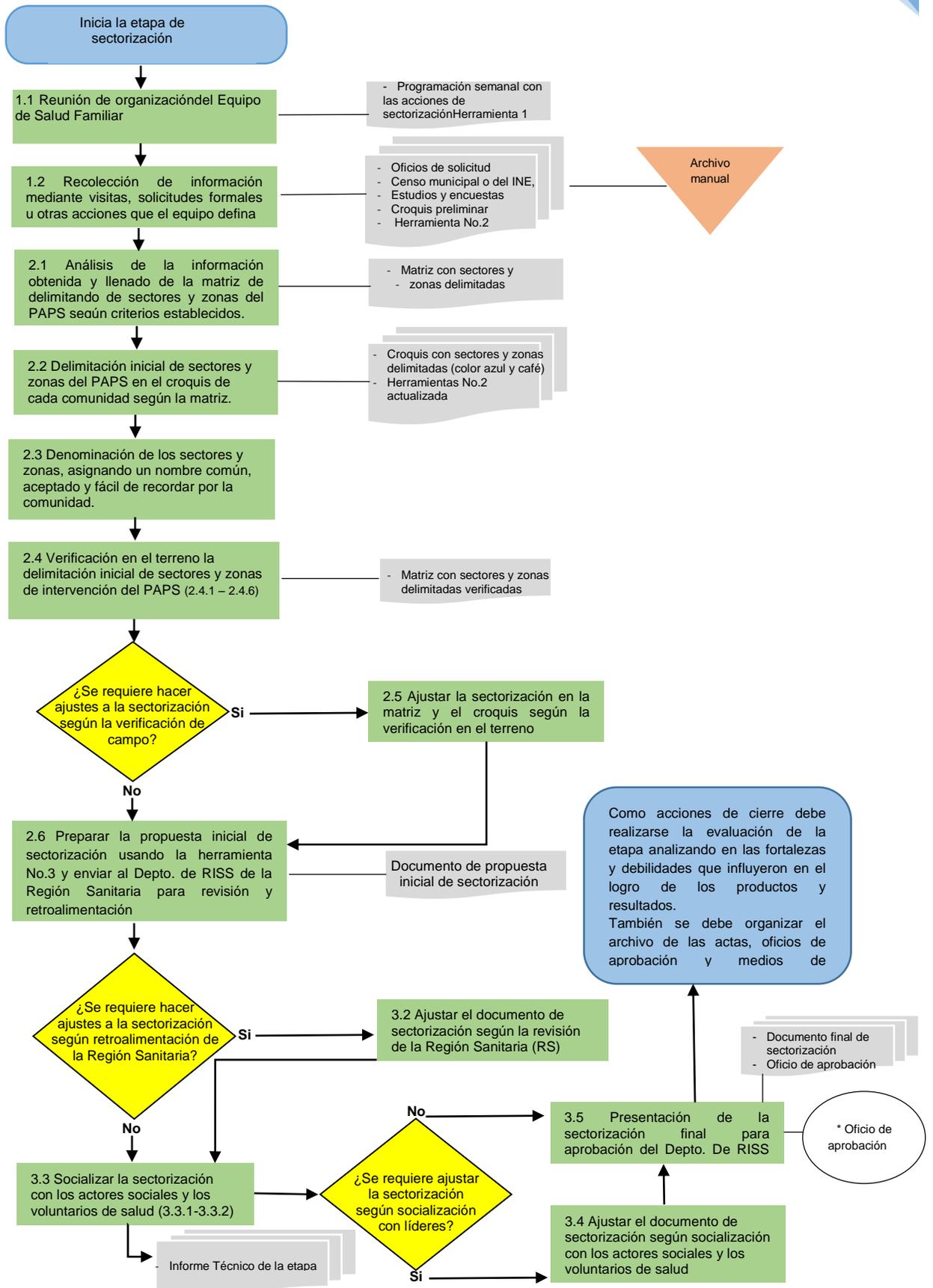
##### a) La Región:

- Documento de sectorización inicial revisado y entregado al Coordinador/a de la Red, quién a su vez remite el documento Coordinador/a del ES.
- Oficio de aprobación de la sectorización final enviada por el Coordinador/a de la Red, Coordinador/a del ES.

##### b) Coordinador/a de la Red, Coordinador/a del ES y Equipo de Salud Familiar:

- Documento de sectorización estableciendo los límites geográficos de los sectores asignadas a los Equipo de Salud Familiar y las zonas de intervención asignadas al PAPS según la población por cada ES.
- Croquis preliminar delimitando en sectores y zonas (usando los colores definidos).
- Identificadas las brechas de los recursos humanos a cubrir con los Equipos de Salud Familiar los sectores y zonas de intervención asignadas al PAPS.
- Oficio de aprobación de la sectorización final enviada por el Coordinador/a de la Red, Coordinador/a del ES.
- Informe Técnico de la etapa (Herramienta No. 8).

## Diagrama de flujo de actividades estratégicas en la etapa de "Sectorización"





# Herramientas de trabajo en la etapa de Sectorización





### Herramienta No. 3 Estructura del documento de sectorización

Carátula (una página)

Acrónimos, Símbolos y términos abreviados (una página).

Tabla de contenido (una página).

I. Introducción (una página).

II. Objetivo (una página).

III. Sectorización (el número de páginas es según necesidad).

- a) Descripción del área geográfica
- b) Información general de la sectorización; número de sectores, número de zonas de intervención del PAPS (presentar en tabla resumen)
- c) Descripción de cada sector: Total de población, población por curso de vida
- d) Describir las zonas de intervención por Promotor de Atención Primaria en Salud (PAPS).
- e) Presentar el croquis preliminar con los sectores y zonas delimitadas y con sus respectivas denominaciones
- f) Identificadas las brechas de los recursos humanos para cubrir con los Equipos de Salud Familiar los sectores y zonas de intervención del PAPS
- g) Actores que participaron
- h) Facilitantes y aspectos a mejorar en el proceso
- i) Compromisos y acciones de seguimiento

IV. Conclusiones (media página).

V. Recomendaciones (media página).

VI. Anexos



# **Etapa 2: Inserción Comunitaria**

## 5.2. Inserción Comunitaria

En esta segunda etapa se busca que el Equipo de Salud Familiar (ente externo a la comunidad), establezca el acercamiento con la población de las comunidades a su cargo y realice una articulación apropiada, que facilite el desarrollo de las acciones en conjunto con las autoridades municipales y la participación activa de instituciones (públicas y no públicas) u organizaciones (gubernamentales y no gubernamentales), los principales voluntarios de salud), organizaciones de base comunitaria, asociaciones de sociedad civil, e iglesias, quienes constituyen entre otros, los actores sociales de la comunidad.

La inserción comunitaria **representa el punto de partida** en la implementación de los Lineamientos Operativos para el Funcionamiento del Equipo de Salud Familiar y del MNS, por tanto, **es la etapa más importante en el inicio del trabajo del Equipo con las comunidades**. El propósito es que el Equipo de Salud Familiar sea reconocido por la población y los actores sociales de cada una de las comunidades, en su rol de promover y desarrollar acciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y otras relacionadas con la investigación, docencia, salud pública y evaluación.

La etapa de inserción comunitaria debe ser integradora; esto requiere involucrar **al menos un miembro de cada familia y todas las estructuras de liderazgos existentes en la comunidad**. Debe ser dinámica; en la medida que las acciones sean desarrolladas, se generarán otras según las necesidades y características de la comunidad, requiriéndose la aplicación de diferentes estrategias de participación comunitaria. En vista que la inserción comunitaria es un proceso, deben **planificarse y desarrollarse varias acciones para la inserción comunitaria** a fin de cumplir con el requerimiento que el Equipo de Salud Familiar sea reconocido por toda la comunidad, autoridades municipales y los actores sociales.

### Objetivo general

Asegurar el acercamiento, vinculación apropiada y reconocimiento del Equipo de Salud Familiar con la población, autoridades municipales y actores sociales en cada una de las comunidades asignadas, a fin de facilitar el desarrollo de las acciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y otras relacionadas con la investigación, docencia, salud pública y evaluación según los Lineamientos Operativos para el Funcionamiento del Equipo de Salud Familiar.

### Objetivos específicos

- Conocer las autoridades municipales y actores sociales existentes en el área geográfica de intervención asignada al Equipo de Salud Familiar.
- Presentar oficialmente al Equipo de Salud Familiar ante la población, autoridades municipales y actores sociales existentes en cada una de las comunidades.
- Establecer mecanismos de coordinación, comunicación, y acuerdos en la atención a la población, referencia respuesta y visitas domiciliarias.
- Definir los próximos pasos en la programación de actividades.

### Utilidad

La inserción comunitaria es la etapa que marca el punto de partida en la operativización de las funciones del Equipo de Salud Familiar. Realizar una inserción comunitaria apropiada, garantiza una mayor participación, involucración y empoderamiento de las autoridades municipales, y actores sociales teniendo como resultado una red comunitaria fortalecida, que asegure el desarrollo de las acciones y el logro de los resultados esperados. Por otra parte, la inserción comunitaria facilita la obtención de insumos para la coordinación, planificación y ejecución de las otras etapas.

### Participantes

El Coordinador/a de la red o su representante, Coordinador/a del Establecimiento de Salud, el Equipo de Salud Familiar, representante de la corporación municipal, actores sociales y la población de cada una de las comunidades.

### Materiales e insumos

- Presentación o rotafolio sobre el MNS, Atención Primaria y funciones del Equipo de Salud Familiar
- Convocatoria
- Agenda de reunión o asamblea
- Listado de participantes
- Libro de actas por cada comunidad y foliado por el establecimiento de salud respectivo.

### Tiempo estimado:

- 2 meses aproximado

### Actividades estratégicas:

La inserción comunitaria tiene objetivos claros y precisos, requiriéndose de un nivel de organización y planificación, puesto que es la primera aproximación con la comunidad. En este orden de ideas, el éxito en la interacción con cada comunidad dependerá de la capacidad del equipo en promover la participación de la población y los principales actores sociales asegurando una buena coordinación, dinámica de trabajo, mecanismos claros de comunicación, entre otros.

En tal sentido, se definieron las actividades estratégicas considerando los Lineamientos Operativos para el Funcionamiento del Equipo de Salud Familiar y las recomendaciones realizadas por dichos equipos. Estas actividades se describen en tres momentos, antes, durante y después.

#### 1. Antes:

**1.1 Reunión de organización del equipo de salud familiar.** Promueve la estandarización del conocimiento y procedimientos a realizar cuando todos los miembros del equipo discuten la Guía Técnica para el Funcionamiento de los Equipos de Salud Familiar en el Primer Nivel



de Atención, objetivos, productos esperados y principales actividades estratégicas a desarrollar en la etapa de inserción comunitaria.

Esta actividad permite clarificar las dudas, pero también organizarse de la mejor manera; identifican las necesidades, materiales, distribución de las actividades y tareas según corresponda. Debe utilizarse el formato de Programación Semanal de Actividades (Herramienta No. 1).

## **1.2 Planificación de la reunión con las autoridades municipales.**

**1.2.1 El Coordinador de la Red solicitará al Secretario Municipal** por oficio o correo electrónico, facilite un punto de agenda en la próxima reunión ordinaria de la corporación municipal. El propósito es socializar el Modelo Nacional de Salud, presentar al Equipo de Salud Familiar y las funciones que desempeñarán en el área asignada.

**1.2.2 En el caso que el secretario municipal no responda a la solicitud enviada,** el Equipo de Salud Familiar debe realizar visitas o llamadas al Secretario Municipal hasta obtener la respuesta deseada.

**1.3 Participación en la reunión ordinaria de la corporación municipal.** En esta reunión es importante discutir y acordar el apoyo y acompañamiento de las autoridades municipales en la inserción del Equipo de Salud Familiar con las comunidades. Se debe nombrar el punto focal o contraparte de la municipalidad que acompañará y apoyará al Equipo de Salud Familiar en todo el proceso de inserción.

Con el punto focal de la corporación municipal se definirá posteriormente el mecanismo de convocatoria a las comunidades. Se seleccionará en conjunto, la comunidad donde se iniciará la inserción del equipo y se programarán las fechas de la actividad en el resto de las comunidades hasta completar la etapa de inserción comunitaria. Por lo anterior, el Equipo de Salud Familiar desarrollará la reunión según agenda propuesta en Herramienta No. 4.

En todo este proceso, el Coordinador /a de la Red, el Coordinador/a del ES y el Equipo de Salud Familiar, estarán anuentes a la retroalimentación y ajustes necesarios que las autoridades municipales realicen, a fin de asegurar el desarrollo de las actividades en conjunto y que ellos perciban que como autoridades tienen la capacidad de decisión.

**1.4 Realizar la reunión de planificación de inserción comunitaria.** En conjunto con el punto focal de la corporación municipal se realizarán las acciones de inserción comunitaria según programación. Se definirá la modalidad de convocatoria a cada comunidad según las condiciones y características.

El número de reuniones de inserción comunitaria será de acuerdo al número de comunidades asignadas al Equipo de Salud Familiar. Asegurar la representatividad de la población en cada comunidad es de vital importancia para este proceso. La



representatividad de la población en la inserción comunitaria aceptada es la mitad más uno del número de familias de la comunidad; un miembro por familia, mayor de 18 años. De no completarse este requisito, se deberán planificar más reuniones con las comunidades hasta cumplirlo.

Para asegurar la representatividad de la población en cada comunidad en la inserción comunitaria, el Equipo de Salud Familiar deberá:

- Consultar los horarios a considerar en las convocatorias donde la mayoría de la población pueda asistir
- Conocer y respetar dinámica social de la comunidad
- Obtener previamente un listado de todos los actores sociales de cada comunidad
- Contactar a los actores sociales que podrían apoyar la convocatoria a la población
- Consultar con los actores sociales las acciones para garantizar la participación de hombres y mujeres en igualdad de oportunidades.
- Otras acciones que considere según las características de la población y la comunidad.

En todo este proceso, el Equipo de Salud Familiar estará anuente a la retroalimentación y ajustes necesarios que deberán hacer en el trabajo comunitario, a fin de asegurar el desarrollo de actividades en conjunto con las autoridades municipales, todos los actores sociales y miembros de la población.

**1.4.1 Elaboración y distribución de las convocatorias.** La convocatoria debe ser clara, sencilla y que explique el objetivo principal de la reunión, la fecha, hora y lugar.

La distribución de la convocatoria se realizará con una semana de anticipación en conjunto con los actores sociales, con el propósito de asegurar la participación de todos los miembros de la comunidad. En esta convocatoria se solicitará el apoyo de toda la población para socializar la actividad con vecinos, familiares y amigos.

Es imprescindible que, al momento de elaborar y enviar convocatorias a los actores sociales, se considere la inclusión de las lideresas, lo que permitirá y promoverá el involucramiento y participación activa en la toma de decisiones a las mujeres líderes de la comunidad: parteras, madres, consejeras, voluntarias, etc.

**1.4.2 Elaboración de la agenda para la inserción comunitaria.** Debe ser una agenda clara para realizar una reunión de una hora (máximo), que describa el objetivo, las actividades o temas a desarrollar con el tiempo estimado, dejar un espacio de preguntas, respuestas y compromisos (Herramienta No. 5). Es posible hacer ajustes a la agenda siempre y cuando el objetivo y acciones importantes se mantengan.

**1.4.3 Preparar las presentaciones en digital y/o papelógrafo.** Debe utilizarse palabras sencillas y describirse los temas del MNS y las funciones del Equipo de

Salud Familiar tal como lo estipula la agenda. Entre los principales temas a desarrollar están: la base legal, el propósito, las características y componente de atención

**Nota:** Es importante utilizar un material adecuado en la inserción con el lenguaje local y comprensible. Se recomienda uso de un rotafolio que se ilustran el Modelo Nacional de Salud y actividades de los Equipos de Salud Familiar o utilizar un material que tenga mismo contenidos, por ejemplo, dibujos y textos para narración..



**1.4.4 Foliar un libro único grande.** En cada comunidad asignada al Equipo de Salud Familiar utilizará un libro foliado por el ES, con el objetivo de redactar las actas de las actividades y/o reuniones que se desarrollen. Este libro ayudará a llevar la secuencia de las acciones realizadas, seguimiento a compromisos y es una fuente de verificación.

**1.4.5. Realizar las gestiones que asegure la logística** necesaria requerida en las reuniones de inserción comunitaria según fechas programadas, la que será presentada al Coordinador/a del ES, o Coordinador /a de la Red o Autoridades Municipales: Traslado, materiales, insumos, equipo, etc.

**Nota:** En caso que la coordinación con las autoridades municipales sea parcial, o no logre concretarse, El Equipo de Salud Familiar deberán hacer las coordinaciones con las estructuras comunitarias, líderes, iglesias, voluntarios de salud, ONG y otros, a fin de cumplir con el desarrollo de esta actividad de planificar la etapa de inserción comunitaria.

2. Durante:

**2.1 Desarrollar inserción comunitaria del Equipo de Salud Familiar, de acuerdo a las siguientes actividades:**

**2.1.1 Desplazarse a las comunidades** con suficiente tiempo de anticipación y así llegar temprano, hacer ajustes y arreglos del lugar de la reunión y convocatoria con



megáfono o unidad de sonido (recordatorio). El Equipo de Salud Familiar debe asegurarse de llevar consigo todos los materiales, insumos, listados necesarios para el desarrollo de una reunión exitosa. Es indispensable hacer una verificación con la lista de materiales antes de salir a la comunidad.

**2.1.2 Asegurar la representatividad de la población de cada comunidad en las reuniones de inserción comunitaria.** Se hará el levantamiento del listado de participantes y comprobación de quorum en cada reunión. El listado de participantes es un insumo importante para la verificación de la representatividad de la población en la reunión. Además, servirá en el diseño de un directorio de los actores sociales e instituciones presentes en cada comunidad (un directorio por comunidad).

**2.1.3 En la primera reunión de inserción comunitaria.** Es importante hacer la **verificación del quórum (la mitad más uno) entre los asistentes.** De no cumplirse este requisito, se deberá hacer **una segunda convocatoria** (en el momento), que asegure la participación de más miembros de la comunidad y **reiniciar la reunión una hora después.** Si a pesar de hacer una segunda convocatoria no se logra el quorum, el Equipo de Salud Familiar deberá desarrollar la reunión planificada con las personas que asistan y programar en conjunto con los presentes y los actores sociales, la fecha de una **segunda reunión de inserción comunitaria una semana después.** Deberá analizarse los factores que influyeron en la poca asistencia para considerarlos en las próximas convocatorias.

Para tener éxito en la convocatoria de la segunda reunión de inserción comunitaria, se debe organizar en equipos por manzana a los presentes, para la **entrega de convocatoria y la confirmación de asistencia por escrito** (Herramienta No. 6 ) a esa segunda reunión. En otras palabras, las personas de la comunidad que asistieron a la primera reunión harán el efecto multiplicador, entregando la convocatoria a cada familia (casa a casa) con el apoyo de otros actores sociales y el Equipo de Salud Familiar, lo que permitirá el cumplimiento del requisito de representatividad.

**2.1.4 El desarrollo de la segunda reunión de inserción comunitaria.** Debe realizarse siguiendo la misma agenda desarrollada en la primera reunión, esto con el propósito que todas las personas que asistieron a una u otra reciban la misma información. Si en esta segunda reunión, tampoco se logra el Quorum se deberá hacer una convocatoria en el momento, que asegure la participación de más miembros de la comunidad y reiniciar la reunión una hora después.

Si a pesar de este esfuerzo, no se logra la representatividad de la población en la inserción comunitaria, se planificará nuevamente una tercera reunión una semana después y se deberán desarrollar los pasos anteriormente descritos hasta cumplir con este requisito. Es indispensable que en esta reunión participe un representante de la coordinación de la RISS de Región Sanitaria (RS) o su representante.



Es importante que en cada reunión comunitaria se obtengan los listados de los representantes de cada familia con el nombre completo, número de identidad, dirección exacta y número de casa, a fin de utilizarlos como medios de verificación para el criterio de representatividad.

**2.1.5 Si en la tercera reunión de inserción comunitaria** no se logra la mitad más uno de los representantes de cada familia, se deberá programar y desarrollar una reunión con la coordinación de la RISS en la RS, con el propósito de revisar de los listados de asistencia de las tres reuniones, para verificar que no haya duplicidad de representantes de familia y concluir si la representatividad se logra sumando los **tres listados**; criterio requerido en esta etapa.

Todas las actividades para asegurar la representatividad de la comunidad en la reunión de inserción comunitaria deberán detallarse en el libro de actas que el Equipo de Salud Familiar llevará por cada comunidad.

**2.1.6 Si en la tercera reunión de inserción comunitaria,** no se logra la mitad más uno de los representantes de cada familia, se deberá realizar las gestiones con la Alcaldía Municipal para mejorar la participación de la comunidad a través de los medios pertinentes y válidos.

**2.2 Desarrollo de la reunión de inserción comunitaria según agenda.** El presidente del patronato o delegado por el Alcalde Municipal, conducirá la reunión en la parte inicial, quién hará la presentación de participantes, explicará los objetivos de la reunión y presentará a los miembros del Equipo de Salud Familiar a la comunidad.

Una vez que el Equipo de Salud Familiar sea presentado a la comunidad, el Coordinador /a del equipo, hará la presentación de los temas según agenda (Herramienta No. 5 y No.6), con el cuidado de disponer del tiempo para preguntas y respuestas.

**2.2.1 Se deberá discutir y analizar el mecanismo** de coordinación, comunicación ' utilizará el Equipo de Salud Familiar en el trabajo con las familias, comunidad, ambiente laboral y escuela y la utilización de la referencia respuesta.

**2.2.2 Planificar las actividades y establecer los acuerdos** de ejecución, sobre los horarios de atención y plan de visitas, puede utilizarse la Herramienta No. 1 (planificación de actividades semanales).

**Es imprescindible utilizar un lenguaje sencillo y comprensible** según la audiencia. Motivar a todos los y las participantes a realizar las preguntas, plantear dudas o expresar comentarios y sugerencias.

**2.2.3 Cerrar la reunión de inserción comunitaria** concluyendo que realizar un cambio en la situación de salud de la población se requiere del trabajo conjunto entre los actores sociales presentes en la comunidad y la población en general. Así como de las autoridades municipales y el Equipo de Salud Familiar, quienes proponen realizar acciones que mejore la situación de salud de la población.



**2.2.4 Elaboración del acta de la reunión en el libro foliado por el ES correspondiente a la comunidad.** Posteriormente, se debe dar lectura al acta y los compromisos establecidos. El acta debe describir los datos generales del lugar, fecha, hora, número de participantes, objetivos de la reunión, puntos abordados, compromisos establecidos.

La lista de participantes debe llevarse en un folder por comunidad con los siguientes datos: Nombre de la comunidad, fecha, número de acta (encabezado) y el nombre, número de identidad de los participantes y firma.

Como un mecanismo de validación de la reunión de inserción comunitaria, el Coordinador del Equipo de Salud Familiar, realizará la revisión y firma del acta como “aceptada”. Posteriormente se enviará una copia del acta a la coordinación de RISS de la Región Sanitaria.

**2.2.5 Rotación de un miembro del Equipo de Salud Familiar.** En caso que por la rotación constante, un miembro del equipo sea nuevo, este recurso deberá ser presentado en la reunión/ asamblea mensual que realizan en la comunidad. De ser dos miembros del equipo que sean nuevos, deberá realizarse un nuevo proceso de inserción comunitaria

**Nota:** Al ser la inserción comunitaria un proceso dinámico y continuo, es posible que se requiera más de una reunión para garantizar la representatividad de la población, líderes comunitarios, y actores sociales.

También será necesario hacer inserción comunitaria cuando se realicen cambios de miembros del Equipo de Salud Familiar, cambios de autoridades municipales, de actores sociales y otros cambios según considere el equipo.

3. Después:

**3.1 Seguimiento a los acuerdos establecidos en la reunión de inserción comunitaria.**

El Equipo de Salud Familiar deberá realizar el seguimiento a los acuerdos establecidos en cada reunión de inserción y asegurarse que dichos acuerdos están en la Planificación Semanal del equipo (Herramienta No. 1).

**3.2 Elaboración del directorio de la comunidad.**

Este directorio debe incluir las autoridades municipales, todos los actores sociales e instituciones presentes en cada comunidad (Herramienta No. 7). Es un insumo importante que facilita la comunicación al momento de planificar y ejecutar las acciones. También es útil en la identificación de nuevos voluntarios de salud quienes representarán y vigilarán el cumplimiento de los intereses de las comunidades y no solamente de “apoyo” al Equipo de Salud Familiar.

### **3.3 Evaluación y elaboración del informe técnico de la etapa de inserción comunitaria.**

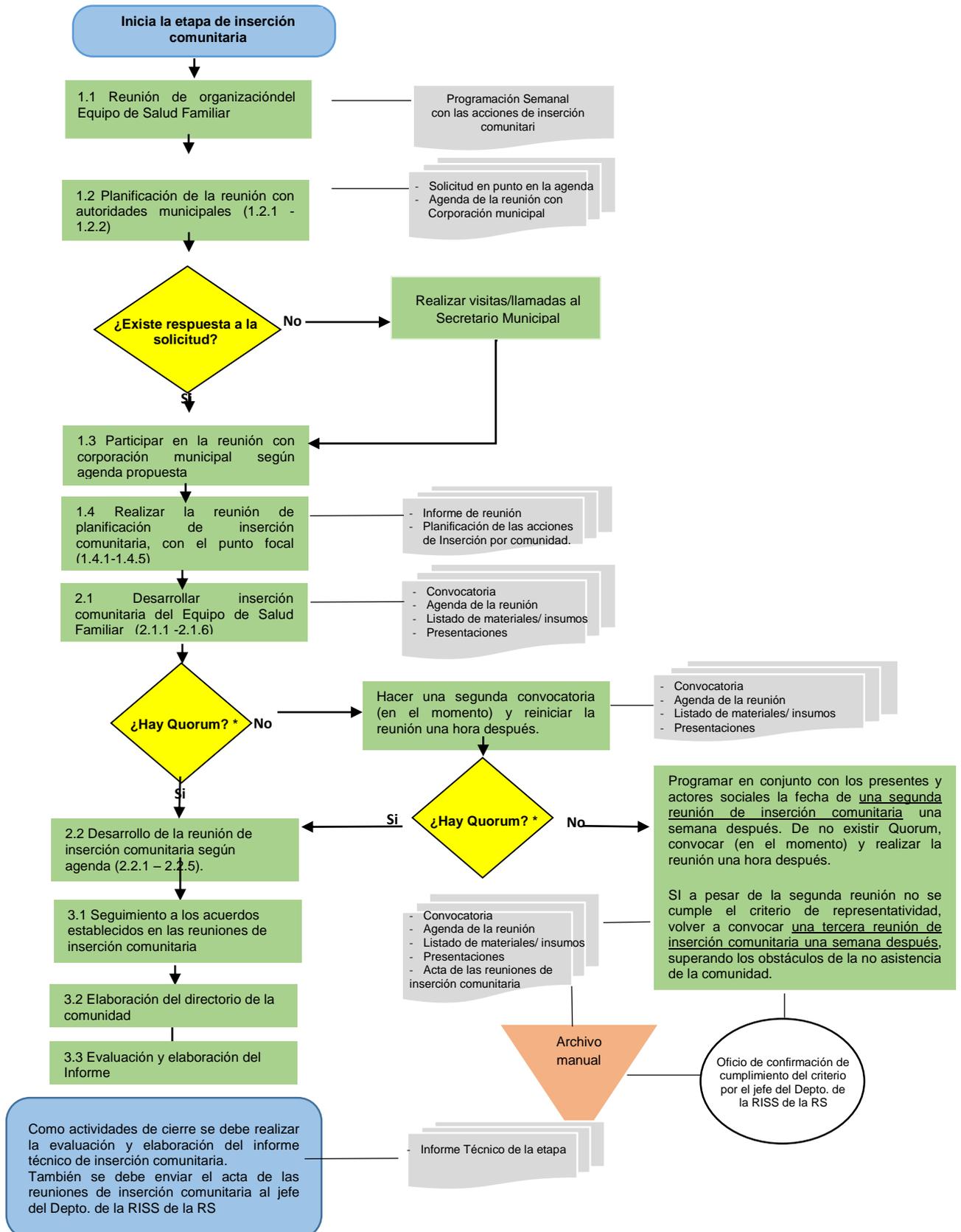
El Equipo de Salud Familiar evaluará el desarrollo de la etapa de inserción comunitaria y revisará el cumplimiento de los objetivos propuestos, y si los productos fueron alcanzados según los requerimientos establecidos. También identificarán las fortalezas, debilidades del proceso y aspectos para hacer el seguimiento. El informe estará estructurado según lo describe la Herramienta No. 8, anexándose los listados, copias de actas y fotografías obtenidas como respaldo y evidencia del proceso realizado.

#### Resultados esperados

Al finalizar la etapa de inserción comunitaria se espera:

- Presentados y conocidos los miembros del Equipo de Salud Familiar a las autoridades municipales, estructuras comunitarias, organizaciones del área geográfica de intervención asignada.
- Establecidos los mecanismos de coordinación, comunicación, y metodología de trabajo en la atención a la población (Lugar, días y horarios), utilización de la referencia y respuesta y visitas domiciliarias (acta de la reunión).
- Directorio de las autoridades municipales, estructuras comunitarias, organizaciones y otros actores sociales del área geográfica de intervención asignada.
- Identificada las necesidades de formar nuevos voluntarios de salud.
- Informe Técnico de la etapa (Herramienta No. 8)..

## Diagrama de flujo de actividades en la etapa de "Inserción comunitaria"





# Herramientas de trabajo en la etapa de Inserción Comunitaria

## Herramienta No. 4

### Agenda de reunión con autoridades municipales

#### I. Aspectos generales

**Fecha:** \_\_\_\_\_ **Lugar:** \_\_\_\_\_

**Duración:** 1 hora **Participantes:** Miembros de la corporación municipal, Equipo de Salud Familiar, Coordinador /a de la Red, Coordinador/a del ES

**Organizado por:** Coordinador de la Red

#### II. Objetivos:

**General:** Presentar el Modelo Nacional de Salud y al Equipo de Salud Familiar a los miembros de la corporación municipal que promueva el trabajo coordinado y con el liderazgo de las autoridades municipales en el mejoramiento de estado de salud de las poblaciones.

**Específicos:** Después de la reunión con autoridades municipales, se espera que todos los integrantes de la corporación sean capaces de:

- Conocer el Modelo Nacional de Salud, y los mecanismos de operacionalización a través de las funciones desempeñadas por el Equipo de Salud Familiar.
- Establecer el apoyo y acompañamiento de las autoridades municipales en la inserción del Equipo de Salud Familiar con las comunidades.
- Identificar el punto focal o contraparte de la municipalidad que acompañará y apoyará al Equipo de Salud Familiar en todo el proceso de inserción.
- Definir el mecanismo de convocatoria a las comunidades para realizar la inserción comunitaria.

#### III. Agenda de la reunión

Horario	Tema	Contenidos	Responsable
<b>Actividades introductoras</b>			
9:00 – 9:05 (5 minutos)	Bienvenida e introducción	■ Bienvenida	Secretario Municipal
9:05- 9:10 (5 minutos)	Presentación de los/as participantes	■ Presentación de las y los participantes	Secretario Municipal y Coordinador de la red
9:10-9:15 (5 minutos)	Objetivos de la reunión	■ Objetivos ■ Agenda	Coordinador de la red
9:15-9:30 (15 m)	Tema 1: El nuevo Modelo Nacional de Salud	■ Base legal ■ Propósito ■ Características ■ Componente de atención /provisión	Coordinador de la red
	Preguntas y respuestas al tema 1		
9:35 – 9:45 (10 m)	Tema 2: Equipo de Salud Familiar	■ Definiciones ■ Criterios para conformación del equipo ■ Funciones y las 10 etapas de trabajo ■ Definición del promotor de atención primaria en salud	Coordinador del Equipo de Salud Familiar
	Preguntas y respuestas al tema 2		
9:45-10:00 (15 m)	Tema 3: Rol de las autoridades municipales en la inserción del Equipo de Salud Familiar.	■ Nombrar punto focal ■ Definir fecha de reunión de planificación ■ comunidad	Coordinador de la red
	■ Preguntas y respuestas al tema 3		

## Herramienta No. 5 Agenda de reunión de inserción comunitaria

### I. Aspectos generales

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Comunidad:** \_\_\_\_\_

**Duración:** 1 a 3 horas cuando la convocatoria es óptima, de lo contrario será de tres horas

**Participantes:** Población de la comunidad, representante de la alcaldía municipal, actores sociales

**Organizado por:** Autoridades municipales y Equipo de Salud Familiar

#### IV. **Objetivos:**

**General:** Presentar el Equipo de Salud Familiar a los miembros de la comunidad, actores sociales que promueva el trabajo coordinado y con el liderazgo de las autoridades municipales en el mejoramiento de estado de salud de las poblaciones.

**Específicos:** Después de la reunión de inserción comunitaria, se espera que todos los habitantes de la comunidad conozcan:

- a) El Modelo Nacional de Salud, y los mecanismos de operacionalización a través de las funciones desempeñadas por el Equipo de Salud Familiar.
- b) Establecer el apoyo y acompañamiento de la comunidad para la inserción del Equipo de Salud Familiar.
- c) Al Equipo de Salud Familiar que desarrollará acciones de salud.

## V. Agenda de la reunión

Horario	Tema	Contenidos	Responsable
9:00 – 9:05 (5 minutos)	Bienvenida e introducción	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Bienvenida</li> </ul>	El presidente del patronato o delegado por el Alcalde Municipal
9:05- 9:15 (10 minutos, si hay Quórum)	Verificación de Quorum	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Levantar el listado y contar los participantes para determinar si existe representatividad de la comunidad</li> <li>■ Determinar si requiere una convocatoria e iniciar la reunión en una hora.</li> </ul>	Coordinador del Equipo de Salud Familiar o el representante
9:15-9:25 (10 minutos)	Objetivos de la reunión	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Objetivos</li> <li>■ Agenda</li> </ul>	El presidente del patronato o delegado por el Alcalde Municipal
9:25 – 9:35 (10 minutos)	Presentación del Equipo de Salud Familiar	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Nombre, cargo de cada integrante del Equipo de Salud Familiar</li> </ul>	El presidente del patronato o delegado por el Alcalde Municipal
9:35-9:50 (15 minutos)	Tema 1: El nuevo Modelo Nacional de Salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ ¿Qué es el Modelo Nacional de Salud?</li> <li>■ ¿Qué propósito tiene?</li> <li>■ ¿En que beneficia a las poblaciones?</li> <li>■ ¿A quiénes está enfocado el MNS?</li> <li>■ ¿Cómo se hará la entrega de los servicios de salud?</li> <li>■ ¿Cómo se articula la comunidad con el Establecimiento de Salud?</li> </ul>	Coordinador del Equipo de Salud Familiar o el representante
	Preguntas y respuestas al tema 1		
9:50 – 10:10 (20 minutos)	Tema 2: Equipo de Salud Familiar	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ ¿Quiénes forman el Equipo de Salud Familiar?</li> <li>■ ¿Qué significa tener un Equipos de Salud Familiar en la comunidad?</li> <li>■ ¿Cuáles son las funciones y que van a desarrollar?</li> <li>■ ¿Quién es el Promotor ¿Atención primaria en salud?</li> <li>■ ¿Cuáles son las principales acciones a realizar?</li> </ul>	Coordinador del Equipo de Salud Familiar o el representante
	Preguntas y respuestas al tema 2		
10:10-10:40 (30 minutos)	Tema 3: Rol de los actores sociales y de la población en el mejoramiento de la salud.	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Comunicación con la población</li> <li>■ Coordinación y apoyo en las actividades a realizar en la comunidad</li> <li>■ Vigilar el cumplimiento de los acuerdos del Equipo de Salud Familiar con la comunidad</li> </ul>	Coordinador del Equipo de Salud Familiar o el representante
	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Preguntas y respuestas al tema 3</li> </ul>		
10:40-10:50 (10 minutos)	Acuerdos y compromisos	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Planificación de la actividad de inserción comunitaria si es necesario</li> <li>■ Horarios de atención y plan de visitas</li> </ul>	Coordinador del Equipo de Salud Familiar o el representante
10:50– 11:00 (10 minutos)	Levantamiento, lectura y firma del acta de la reunión.	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Redacción</li> <li>■ Lectura</li> <li>■ Firma</li> <li>■ Cierre de la reunión</li> </ul>	Equipo de Salud Familiar o el representante







Herramienta No. 8  
**Informe técnico de la etapa**

**I. Carátula** (una página)

- Etapa que se informa
- Equipo de Salud Familiar que informa
- Establecimiento de Salud
- Región Sanitaria
- Período que se informa: De \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_

**II. Introducción** (una página).

**III. Objetivo del informe** (media página). Deben estar redactado en infinitivo

**IV. Descripción** (máximo 5 páginas):

- a) Objetivos propuestos en la etapa que se informa y el cumplimiento de los mismos
- b) Principales acciones realizadas según la planificación de la etapa ejecutada
- c) Productos alcanzados (incluir en anexos, en el orden que son mencionados)
- d) Actores que participaron
- e) Facilitantes y aspectos a mejorar en el proceso

**V. Compromisos y acciones de seguimiento** (una página).

**V. Anexos (incluye documentos producidos y fotografías)**



# **Etapa 3:**

# **Mapeo o Croquis**

### 5.3. Mapeo o croquis

Es la etapa donde el Equipo de Salud Familiar realizará la representación gráfica de las comunidades a través de la simbología establecida, se ubican las viviendas, parques, clubes, cabildos, escuelas, colegios, templos, iglesias, canchas deportivas, mercados, cementerios, viviendas de los voluntarios y autoridades, Establecimiento de Salud (ES) , Zona de Promoción de la Salud ZPP, Unidades Comunitarias de Salud (UCOS), fuentes de agua, ríos, vías de comunicación, así como lugares que pueden afectar la salud (bares, basureros, pozos de oxidación) entre otros. De igual manera se representará gráficamente las zonas de riesgo existentes en la comunidad [1].

Es una herramienta de trabajo que permite identificar de manera rápida y práctica información valiosa de los lugares importantes para la salud de cada comunidad donde el Equipo de Salud Familiar realizará sus actividades [1]. Se requiere del apoyo y conocimiento que las autoridades municipales, actores sociales y los voluntarios de salud, tienen respecto al espacio geográfico de la comunidad.

#### Objetivo general

Elaborar o actualizar el croquis general de la comunidad asignada al Equipo de Salud Familiar en coordinación con las autoridades municipales, actores sociales y voluntarios de salud, mediante la utilización de la simbología convencional para hacer la representación gráfica de los accidentes geográficos, áreas de riesgo, áreas ambientales, fuentes de agua, vías de comunicación y otros elementos estructurales del ecosistema que rodean, afectan y son parte de los individuos, familias y comunidades.

#### Objetivos específicos

- Visibilizar geográficamente el territorio asignado al Equipo de Salud Familiar y los accidentes geográficos, vías de comunicación, áreas ambientales, fuentes de agua que conforman las comunidades.
- Conocer la distribución y ubicación de las viviendas a cargo en cada zona y sector de la comunidad asignada al Equipo de Salud Familiar.

#### Utilidad

Permite la disposición de información gráfica de la comunidad con todos los elementos que la componen, y mejora el conocimiento sobre características geográficas y estructurales. Ayuda a la identificación de las amenazas y vulnerabilidad de la comunidad que deben ser considerados en la planificación y priorización de las acciones que el Equipo de Salud Familiar desempeñará lo que ayudará a orientar el trabajo comunitario.

#### Participantes

El Equipo de Salud Familiar y el Coordinador /a de la Red, son los responsables directos en la ejecución de la etapa de mapeo o croquis. Sin embargo, es de suma importancia incorporar activamente a las autoridades municipales, así como las instituciones (públicas y no públicas) u organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, los voluntarios de



salud, asociaciones de sociedad civil, e iglesias, quienes son los actores sociales de la comunidad y tienen mayor conocimiento de la misma.

#### Materiales e insumos

- Mapas y croquis previos
- Convocatoria y agenda de las reuniones
- Presentaciones electrónicas o papelógrafo con los temas a desarrollar
- Listado de participantes
- Lápices y marcadores de colores
- Papel bond blanco
- Papel rotafolio en blanco
- Libro de actas por cada comunidad y foliado por el establecimiento de salud respectivo.

#### Tiempo estimado:

- 1 mes aproximado

#### Actividades estratégicas:

El mapeo o croquis es una etapa que está íntimamente relacionada con la sectorización, por lo que se recomienda utilizar los insumos obtenidos en dicha etapa que facilite el trabajo. También fortalece la etapa de inserción comunitaria, en vista que el mapeo o croquis se realizará después de las reuniones con la comunidad y de haberse establecido la vinculación entre el Equipo de Salud Familiar y la población.

Por la importancia que tiene esta etapa, el nivel de detalle que requiere, así como las habilidades y conocimientos que se deben tener al elaborar el croquis, es necesario que el Equipo de Salud Familiar planifique de manera precisa las acciones que aseguren el cumplimiento de los objetivos y alcanzar los resultados esperados.

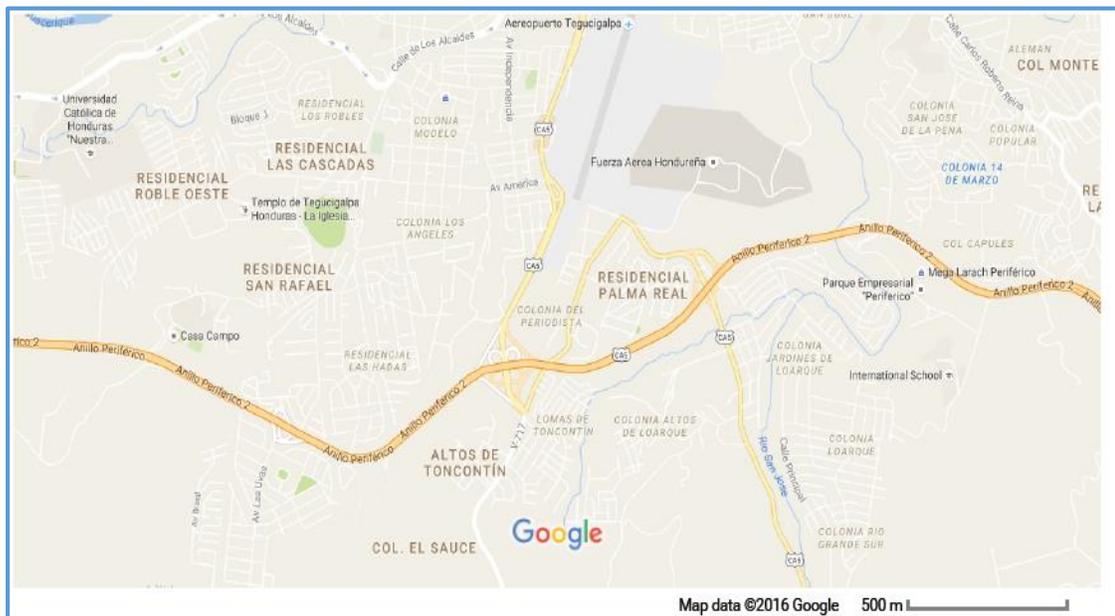
#### 1. Antes:

**1.1 Reunión de organización del equipo de salud familiar.** La organización y planificación es importante en el inicio de cada etapa, permite la identificación de necesidades, hacer la lista de materiales y realizar la distribución de las actividades entre los miembros del equipo las que estarán plasmadas en la Programación Semanal de Actividades (Herramienta No. 1).

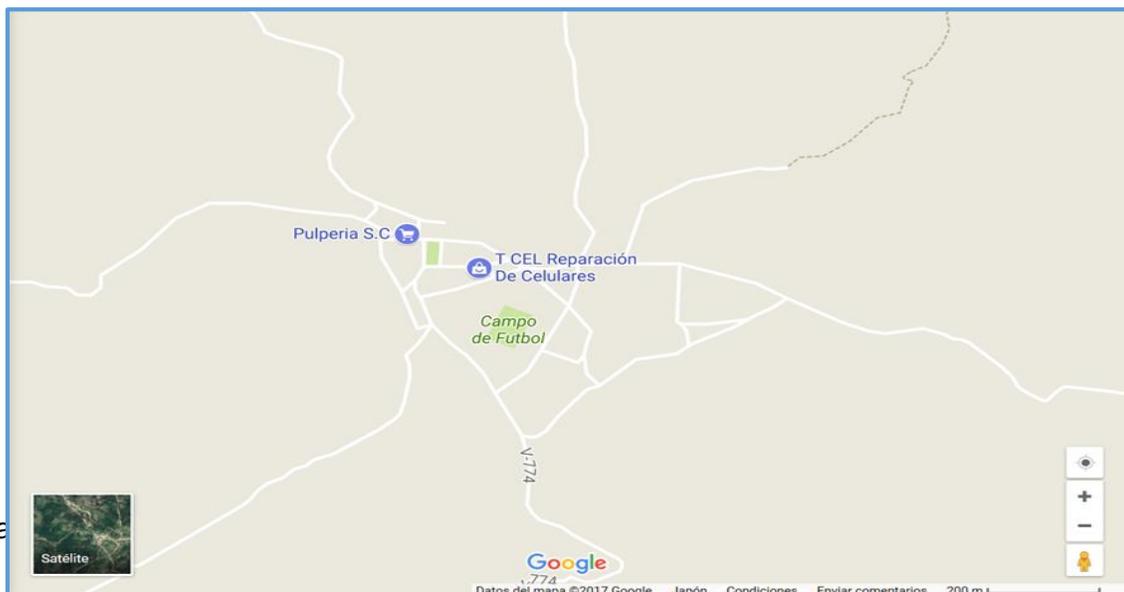
**1.2 Búsqueda de mapas o croquis existentes** con los ES, Organizaciones No Gubernamentales (ONG), Alcaldía, actores sociales, voluntarios de salud y personal de los programas sociales, lo que ayudará a reducir tiempos, utilizar mejor los recursos y esfuerzos puesto que solamente se haría una actualización. Esta búsqueda implica hacer solicitudes (oficios, correos), llamadas de consulta o visitas a las instituciones.

De no existir mapas o croquis anteriores, otra opción es realizar una búsqueda en Google Map o Google Earth de las comunidades asignadas al Equipo de Salud Familiar, obtener una captura de pantalla, y luego hacer impresiones y ampliaciones de los mapas satelitales. Se pueden utilizar computadoras, tabletas, iPads o teléfonos inteligentes con internet. Lo anterior facilitará la obtención de una imagen satelital de las comunidades que se utilizará para el trabajo de campo en la ubicación de las viviendas.

**Figura 2. Mapa de algunos Barrios de Comayagüela. Tomado de Google Map**



**Figura 3. Mapa de casco urbano de Santa Cruz, Departamento de Lempira. Tomado de Google Map.**



1.3  
Alca

la  
de



comunidades. Se debe contactar a los actores sociales y voluntarios de salud para comunicar y coordinar las fechas programadas.

También hará la lista de la logística necesaria en el trabajo de campo, tales como transporte impresión y ampliación de mapas o croquis en tamaño bond, lápices de colores, bolígrafos, marcadores, cuaderno de apuntes, tablero y papel rotafolio entre otros.

2. Durante Se realizarán actividades de trabajo de campo en la comunidad, pero también actividades de equipo posterior al trabajo de campo (consolidación), las que se complementan para obtener el croquis de la comunidad.

Desplazarse a la comunidad con suficiente tiempo de anticipación, para llegar a la hora acordada con los voluntarios de salud y actores sociales, hacer ajustes y arreglos antes de iniciar la actividad.

Previo al trabajo de campo, el Equipo de Salud Familiar, debe reunirse con los actores sociales, y los voluntarios de salud para explicar los objetivos de la actividad, en que consiste el mapeo o croquis; utilidad, pasos en la elaboración /actualización, organización del trabajo de campo y el rol de los actores sociales.

**2.1 Elaborar o actualizar el croquis general de la comunidad** realizando las siguientes acciones:

Antes de hacer el recorrido:

**2.1.1 Reconocimiento geográfico inicial.** De no tener un croquis previo, o ninguna referencia satelital (captura de pantalla), con los actores sociales y los voluntarios de salud se debe definir la delimitación de la comunidad, ubicándose en el punto más alto, identificar la entrada y salida, y los puntos de referencia más importantes. De no poder delimitar los bordes de la comunidad, el croquis puede quedar sin bordes. Lo más importante es conocer donde comienza y donde finaliza la comunidad.

A partir de este reconocimiento geográfico se inicia la identificación y ubicación de los sectores, manzanas y viviendas, según se detalla en las actividades subsiguientes:

**2.1.2 Copiar o calcar el croquis del sector en un papel rotafolio,** colocar nombre de cada sector hasta haber completado la comunidad. La posición de papel (vertical u horizontal), dependerá de la forma de la comunidad.

**2.1.3 Posteriormente, ubicar en el mapa o croquis ampliado los 4 puntos cardinales.** Una primera opción es utilizar una brújula, pero al ser un instrumento que no está disponible para el Equipo de Salud Familiar, se deberá ubicar los 4 puntos cardinales según se describe a continuación:

**Figura 4. Ubicación de los puntos cardinales en la comunidad.**

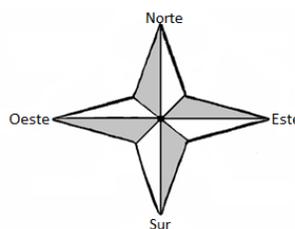


- Preguntar y conocer dónde nace o aparece el sol y solicitar a un voluntario que se pare con los brazos abiertos de frente donde nace el sol.
- El punto señalado con la mano izquierda será el “**NORTE**”, el “**SUR**” será el punto señalado con la mano derecha, el “**OESTE**” quedará detrás y el “**ESTE**” al frente.
- Anotar en el mapa o croquis los cuatro puntos cardinales incluyéndose además la Rosa Náutica o Rosa de los vientos en la parte superior derecha, señalando la parte norte hacia arriba.

Otra opción de ubicar los 4 puntos cardinales sin brújula es:

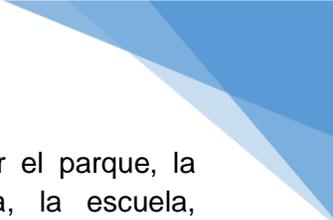
- Ubicar donde nace y se oculta el sol,
- Solicitar a un voluntario que se pare con los brazos abiertos señalando con brazo derecho donde nace el sol.
- El punto señalado con la mano derecha (donde nace sol), será el Este u Oriente
- El punto señalado con la mano izquierda (donde se oculta el sol), será el Oeste u Occidente.
- Al frente ubicamos el Norte y el punto que está en la espalda ubicamos el Sur.

**Donde se oculta el Sol**



**Donde nace o sale el Sol**





**2.1.4 Ubicar los lugares principales de la comunidad.** Como ser el parque, la iglesia, canchas, sitios de recreación, el edificio de la alcaldía, la escuela, establecimientos de salud, hospitales y lugares históricos entre otros. En esta actividad debe utilizar la simbología estandarizada según se detalla en la Herramienta No.9.

Lo anterior permitirá tener mejores referencias y una mejor orientación de los puntos importantes que existen en la comunidad antes de comenzar a ubicar las viviendas.

**2.1.5 Calcular o hacer la apreciación de distancias de 25 metros.** Se realizará mediante la aplicación de la siguiente metodología:

- Coloque un señalador (estacas, piedra, etc.), al inicio y al final donde se hará la medición.
- Recorra esa distancia con paso normal tanto de ida, como de vuelta y vaya contando cuantos pasos dio de ida y cuantos pasos de regreso. Suma los pasos de ida y de regreso y divide el resultado entre dos, para determinar el promedio de pasos que se caminan en una distancia de 25 metros.

*Ejemplo:* Sí al recorrer la distancia que hay entre los dos señaladores se dieron 36 pasos de ida y 38 de regreso, suma ambas cifras ( $36 + 38 = 74$  pasos) y éste resultado se divide entre 2 ( $74 \text{ pasos} / 2 = 37$  pasos); entonces el promedio de pasos en una distancia de 25 metros es de 37 pasos.

Cada equipo que hará el recorrido, debe seleccionar a la persona que hará la apreciación de las distancias, por lo que debe obtener y conocer el promedio de pasos que se utilizará en dicha medición según se indicó anteriormente.

Definir el punto de inicio del recorrido, organizar los equipos de trabajo, y hacer distribución de los sectores de la comunidad a cada equipo. Los miembros del Equipo de Salud Familiar, serán quienes conduzcan las actividades de campo con el apoyo y acompañamiento de los actores sociales y voluntarios de salud.

#### Hacer el recorrido en la comunidad para ubicar las viviendas

**2.1.6 Realizar el recorrido e identificar y ubicar en el mapa o croquis** otros elementos como ser calles, avenidas, caminos, puentes, viviendas, edificios etc. hasta completar en el croquis los sectores, zona de promotor y manzana (Mz, generalmente en la area urbana) donde se requiere de la comunidad.

Al momento de identificar y ubicar los diferentes elementos en el croquis, es imprescindible utilizar la simbología estandarizada según herramienta No.9. De requerirse ubicar un elemento que no se encuentra en la simbología, el equipo diseñará el símbolo y anotará el significado del mismo. Utilizar lápiz grafito y lápices de colores para representar cada elemento en el croquis.



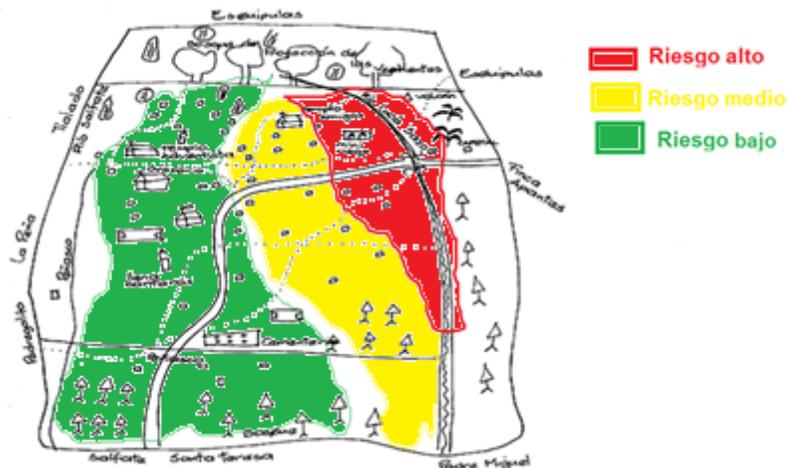
**2.1.7 Enumeración de las viviendas.** Desde que se inicia el recorrido se debe realizar la enumeración de las viviendas de manera sistemática según las manecillas del reloj. Se enumerarán las viviendas, edificaciones o construcciones donde las personas residan. Se identificarán y registrarán las viviendas ocupadas, desocupadas, abandonadas y los solares baldíos. El resto de elementos o estructuras se plasmarán utilizando la simbología (herramienta No.9) y se agregará sector, manzana, zona del promotor y las viviendas donde se requiera

- La numeración de las viviendas se hará de manera correlativa según las viviendas que se encuentren en el recorrido. La numeración de las viviendas se hará en orden ascendente iniciándose con el número 1 hasta completar las viviendas del sector asignado. La numeración siempre se inicia con la vivienda más próxima al lado derecho siguiendo las manecillas del reloj, por ello es importante definir el punto de inicio del recorrido. Esta enumeración es para uso exclusivo del Equipo de Salud Familiar.
- En la numeración de las viviendas se debe hacer la diferenciación según el área Geográfica Urbana y Rural, en cuanto a la primera si hay espacios baldíos, recordar que corresponde al numero correlativo (de la casa que en el futuro pudieran construir), sin embargo en el área Rural donde no hay manzanas y se construyen viviendas en los predios de las casas de los padres se coloca en No. de la Vivienda pleca (/) y la primera letra del alfabeto, Ej. casa No. 20 Si hay una nueva familia el No.- de la vivienda será 20/A; pero si la vivienda es nueva se coloca guión(-) después del último No. correlativo Ej. Si el espacio en que se construyó era 21 el nuevo numero de la vivienda será 21-A.
- Es importante llevar notas de campo con información del mapeo y croquis, con el propósito de registrar algunos datos que ayude a clarificar cualquier duda posterior al levantamiento del mismo.

**2.1.8 Identificación y delimitación de las zonas de riesgo.** Esta actividad se realizará al colorear las zonas del sector asignado que representan riesgos para la población. Para ello, se utilizará el color rojo que indicará un riesgo alto, el color amarillo que indica un riesgo medio y color verde es un riesgo bajo según se muestra en la Figura 5.

Ubicar otros lugares potenciales de riesgo a la salud: desechos comunes, industriales, lugar de conservación de pesticidas, deslaves, hundimientos, basureros al aire libre, lugares de acumulación de chatarras entre otros. Al disponer de un mapa existente, se puede utilizar dicha información.

**Figura 5. Identificación y delimitación de las zonas de riesgo**



**2.1.9 Sostener reuniones diarias durante el trabajo de campo.** El propósito es revisar los avances de la elaboración del croquis, hacer la retroalimentación sobre los datos registrados y recolectar la información completada. También se organizarán los equipos y distribución de áreas pendientes de recorrer cada día hasta finalizar el trabajo de campo.

**2.1.10 Cierre del trabajo de campo para la elaboración o actualización del croquis.** Deberá realizarse una reunión final, y recolectar todas las notas de campo y la información plasmada en los diferentes croquis de sectores completados. También se debe explicar cuáles serán los próximos pasos desde la consolidación de la información hasta la validación y finalización del croquis.

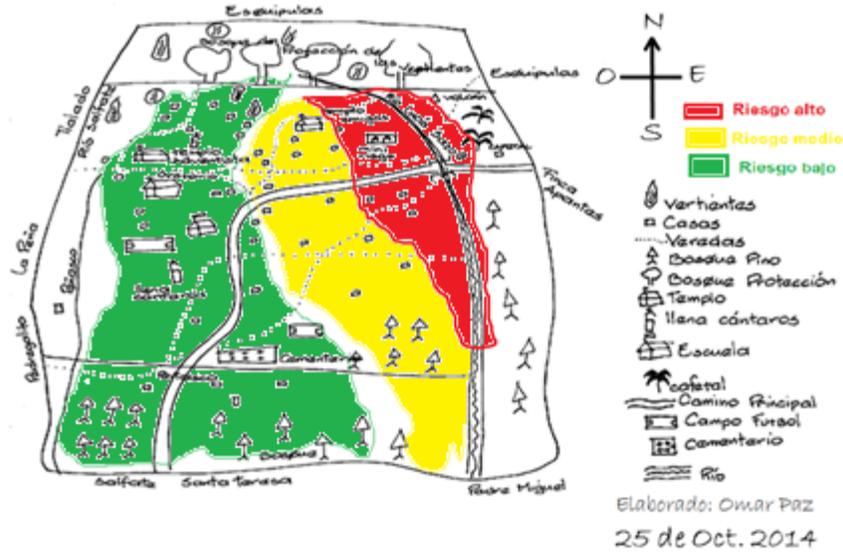
### **Consolidación de la información (post trabajo de campo).**

**2.2 Diseño del croquis general de la comunidad.** El Equipo de Salud Familiar consolidará la información de todos los equipos en un solo Croquis. Es posible que este momento requiera clarificarse o confirmar información, por lo que se deberá contactar a los actores sociales y voluntarios de salud que participaron en el trabajo de campo.

Es indispensable que el Equipo de Salud Familiar disponga de los croquis por sector, las notas de campo y tenga presente los pasos y lineamientos descritos anteriormente tales como; el uso de la simbología, el uso de los colores, la numeración de viviendas entre otros.

**2.2.1 Integración de los sectores en un solo croquis.** Se debe iniciar con los sectores que están en la parte norte de la comunidad y sucesivamente integrar los sectores de la parte sur, luego el este y oeste de la comunidad. Al finalizar esta actividad, se tendrá el croquis completo con todos los elementos según se muestra en la figura 6, pero también los croquis por sector.

Figura 6. Croquis completo de una comunidad.



**2.2.2 Anotar la fecha de elaboración/actualización y nombre de responsable.** En el extremo inferior derecho del croquis escribir la fecha de elaboración y el nombre de la persona (as) que elaboraron. Si fuese una actualización escribir la fecha en que fue actualizado el croquis y el nombre de la persona (as) que lo actualizaron, tal como se muestra en la Figura 6.

**2.3 Planificar y ejecutar una reunión con los actores sociales, los voluntarios de salud y la comunidad.** Esta actividad tiene el propósito de aprobar el croquis preliminar.

Por lo anterior, se convocará a la población y los voluntarios de salud a una reunión en la comunidad, donde se les presentará el producto final del croquis general de la comunidad, se explicarán los pasos que se realizaron y se someterá a votación la aprobación del mismo. Para considerar que el croquis es aprobado, deben haber votado como mínimo **la mitad más uno de la población > de 18 años que asistieron a la reunión**. Se debe asegurar la mayor participación de la comunidad en esta actividad, el Equipo de Salud Familiar en conjunto con los actores sociales y voluntarios de salud deben hacer una convocatoria colocando rótulos en lugares públicos y una convocatoria casa a casa por escrito y con firma de recibido. Un día antes de la reunión deben hacer un recordatorio usando el megáfono o carro parlantes.

**2.3.1 Ajustes al croquis y aprobación final del croquis por la comunidad.** De tener modificaciones que hacer en el croquis y que este no sea aprobado, el Equipo de Salud Familiar, tomará nota de las observaciones correspondientes y hará los ajustes necesarios, los que serán presentados nuevamente para su aprobación final en una segunda reunión comunitaria. Deberán desarrollarse



todas las actividades para asegurar una asamblea amplia y debidamente convocada a la reunión de aprobación 9595

**2.3.2** del croquis, las que serán registradas en el libro de actas que el Equipo de Salud Familiar llevará por cada comunidad.

Finalmente se debe levantar el acta de aprobación con el respectivo listado de asistencia, después de haberse obtenido la aprobación del croquis. En la parte inferior y central del croquis quedará plasmada la fecha de aprobación mediante la Leyenda de Visto Bueno (Vo. Bo.).

**2.4 La actualización del croquis general de la comunidad**, se realizará una vez al año (al inicio del mismo), por los cambios que puedan generarse. Por tanto, el Equipo de Salud Familiar realizará las actividades antes descritas y en la parte inferior central, se anotará la fecha de la actualización.

3. Después:

**3.1. Colocación del croquis general de la comunidad en un lugar adecuado.** De estar colocado en un lugar protegido del agua o exposición al sol, visible solamente para el Equipo de Salud Familiar y otro personal que requiera utilizarlo en beneficio de la comunidad. Nunca debe estar colocado en una sala de espera.

**3.2 Evaluación de la etapa de mapeo o croquis y elaboración del informe técnico.** El Equipo de Salud Familiar debe evaluar el desarrollo de la etapa identificándose las fortalezas y debilidades, así como los productos alcanzados según la herramienta No. 8.

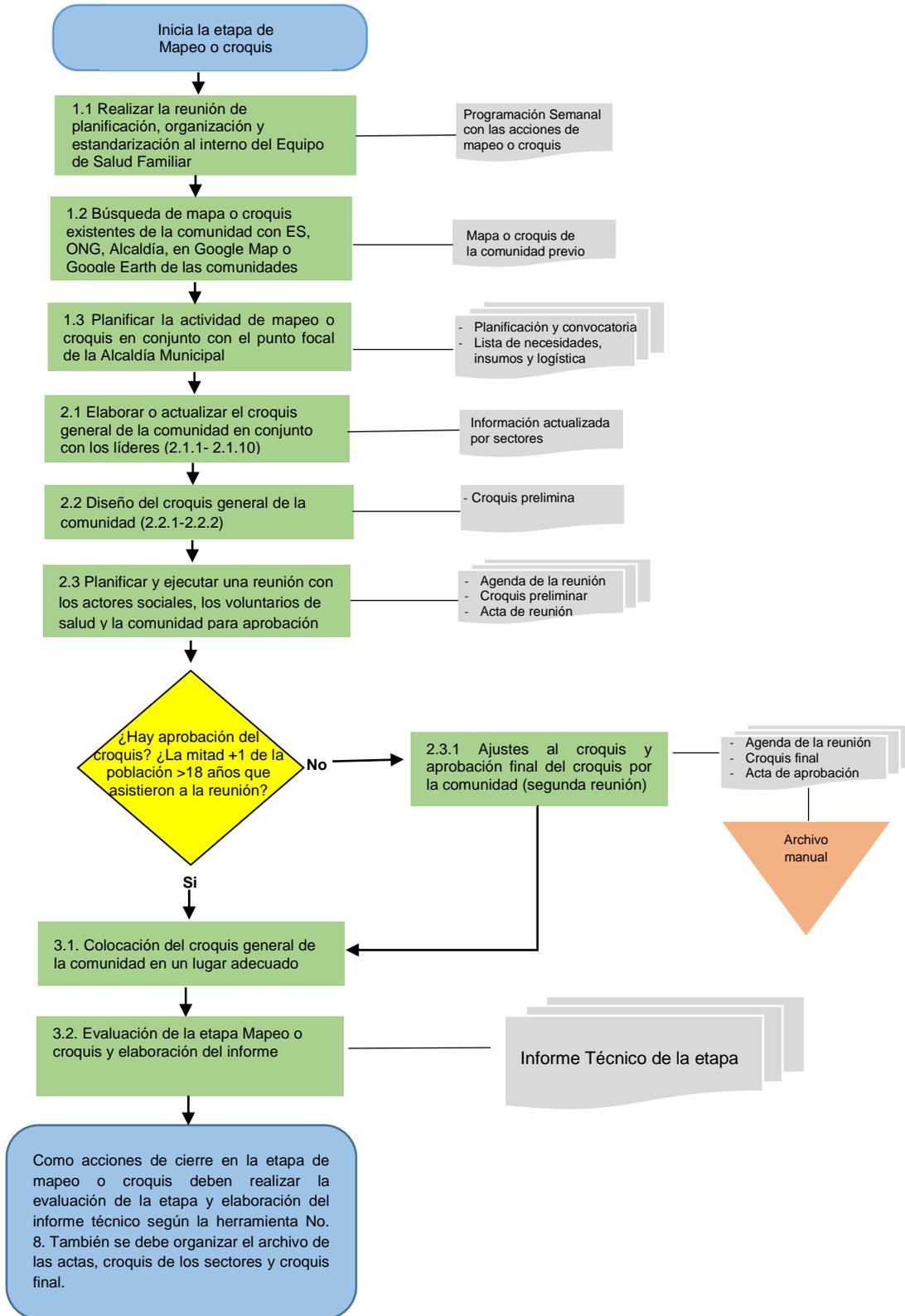
**Nota:** Se indica al Equipo de Salud Familiar, que, en el proceso de elaboración y actualización del Croquis General de la comunidad, **NO DEBE** graficarse o representarse los riesgos o situaciones de salud de personas y familias, en vista que se violenta el derecho humano a la privacidad.

### Resultados esperados.

Al finalizar la etapa de mapeo o croquis se espera obtener:

- Croquis general de la comunidad con la simbología y los requerimientos establecidos.
- Acta de la comunidad con la aprobación del croquis
- Informe Técnico de la etapa (herramienta No. 8)..

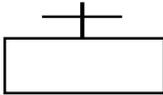
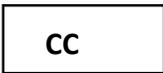
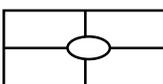
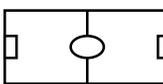
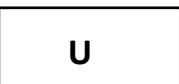
## Diagrama de flujo de actividades en la etapa de "Mapeo o croquis"

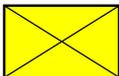
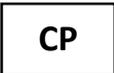


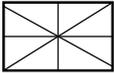
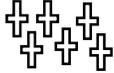
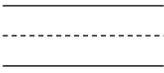
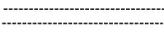
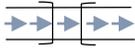


# Herramientas de trabajo en la etapa de Mapeo o Croquis

Herramienta No. 9 Simbología a utilizar en el croquis

Símbolo	Representa
	Iglesia
	Centro Comunal
	Registro Nacional de las Personas
	Municipalidad
	Parque o Plaza pública
	Cancha de football
	Jardín de niños/as o Kínder
	Escuela
	Instituto, colegio o C.E.B.
	Universidad
	Unidad de Atención Primaria en Salud
	Centro Integral de Salud (CIS). Nota: Debe señalarse si el CIS tiene adscrito una Servicio Materno Infantil (SMI)
	Policlínico Nota: Debe señalarse si el policlínico tiene adscrito una SMI

	Hospital
	Cruz Roja
	Clínica Privada
	Estación de bomberos
	Estación de gasolina
	Estación de policía
	Oficina de Hondutel
	Oficina de correo
	Farmacia
	Supermercado
	Mercado
	Casa habitada
	Casa con servicio sanitario
	Casa con letrina de cierre hidráulico
	Casa con letrina de foso simple

	Casa en construcción o deshabitada
	Cerro/montaña
	Árboles/bosques
	Tanque distribuidor de agua
	Cementerio
	Carretera asfaltada
	Carretera de tierra
	Camino real o de herradura
	Caminos
	Puente sobre río
	Rio
	Quebrada
	Zona de derrumbe
	Zona de deslizamiento
	Zona de hundimiento



**Etapa 4:**  
**Diagnóstico Comunitario**  
**de Salud (Preliminar)**

#### 5.4. Diagnóstico Comunitario de Salud (preliminar)

Es la etapa cuatro del proceso de operativización de las funciones del Equipo de Salud Familiar. Consiste en hacer un estudio objetivo del nivel de salud de una comunidad mediante el análisis de los problemas y las necesidades de cada población, así como de factores que influyen positiva y negativamente. Es un paso previo antes de planificar una intervención sanitaria, permite caracterizar, medir y explicar el perfil de salud de una población, los daños y sus determinantes [1]. Busca contextualizar una comunidad, haciendo una identificación de las características sociodemográficas, culturales, necesidades de salud, recursos y comportamientos [2].

Es un proceso que requiere de la búsqueda y recolección de información clave que disponen las autoridades municipales, instituciones (públicas y no públicas) u organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, los voluntarios de salud, y establecimientos de salud (ES), con el propósito de analizar e identificar las necesidades, priorizar las acciones sanitarias y caracterizar la demanda en salud, educación y otros sectores [2].

Desarrollar la etapa de Diagnóstico Comunitario de Salud Preliminar (DCSP), requiere que el Equipo de Salud Familiar realice una búsqueda exhaustiva y análisis de toda la información existente en la comunidad. La información a recolectar y analizar será selectiva, es decir, estará relacionada con el instrumento de Diagnóstico Comunitario de Salud, y otros según se definan en el presente documento.

Por tanto, la información recolectada en las etapas previas, así como las subsiguientes etapas, constituyen los insumos técnicos para elaborar el Plan de Desarrollo Comunitario (PDC) [1] y la línea de base para el seguimiento a la ejecución de dicho plan.

##### Objetivo general

Caracterizar el perfil de salud de una población, los daños y sus determinantes que afectan a las poblaciones de las comunidades asignadas al Equipo de Salud Familiar en coordinación con los voluntarios de salud, ONG y Autoridades Locales, con el propósito de obtener información que oriente la toma de decisión.

##### Objetivos específicos

- Recolectar información clave de la comunidad asignada al Equipo de Salud Familiar
- Identificar las necesidades de salud, las determinantes sociales que servirán para el diseño del Plan de Desarrollo Comunitario (PDC).

##### Utilidad

Desarrollar un DCS facilita la formulación de propuestas de desarrollo y alternativas de solución apegadas a la realidad de cada comunidad, considerándose sus características sociales, económicas, entre otras y a su vez, la aceptación y respaldo a todas las acciones sanitarias que se ejecuten. Debe hacerse uso de la metodología definida que permite la



recolección y evaluación de los datos de manera objetiva y sistemática utilizando el instrumento diseñado para tal fin, y posteriormente establecer la priorización e identificación de intervenciones en salud.

### Participantes

El médico o la Licenciada en Enfermería tienen la responsabilidad primaria de conducir la planificación y desarrollo del DCS (preliminar) con el apoyo del resto del Equipo de Salud Familiar. Es imprescindible involucrar activamente al punto focal o contraparte de la alcaldía municipal, así como el comité comunitario de salud, actores sociales y voluntarios de salud entre otros.

### Materiales e insumos

- Informes de investigaciones, evaluaciones, diagnósticos u otro documento que describa la comunidad
- Instrumento de Diagnóstico Comunitario de Salud
- Consolidado de registro de atenciones diarias (ATA)
- Análisis de situación de salud (anteriores)
- Mapas y croquis previos
- Convocatoria y agenda de las reuniones
- Presentaciones electrónicas o papelógrafo con los temas a desarrollar
- Listado de participantes
- Lápices y marcadores de colores
- Lápiz grafito
- Papel bond blanco y rotafolio

### Tiempo estimado

- Un mes aproximadamente

### Actividades estratégicas

La planificación, desarrollo y evaluación de la etapa de DCS, requiere de un Equipo de Salud Familiar empoderado en el desarrollo de sus funciones, pero también requiere de conocimiento, habilidades, destrezas que permita alcanzar los objetivos y resultados esperados. A continuación, se detallan las actividades estratégicas a realizar en los tres momentos; antes, durante y después.

#### 1. Antes:

**1.1 Reunión de organización del equipo de salud familiar.** La organización y planificación es importante en el inicio de cada etapa. Se debe realizar una reunión con el propósito de discutir la Guía Técnica para el Funcionamiento de los Equipos de Salud Familiar en el Primer Nivel de Atención, los objetivos, productos esperados, principales actividades estratégicas y hacer la distribución de las actividades entre los miembros del equipo. Las



actividades definidas quedarán plasmadas en la Programación Semanal de Actividades (Herramienta No. 1).

Como parte de la planificación es necesario seleccionar la comunidad donde se iniciará el diagnóstico comunitario de salud para lo cual se utilizarán los siguientes criterios: haberse finalizado las etapas anteriores y analizar las condiciones de vulnerabilidad y postergación. Posteriormente se definirán las fechas en que el DCS se llevará a cabo en el resto de las comunidades asignadas.

**1.2 Establecer la coordinación con las autoridades municipales**, instituciones (públicas y no públicas) u organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, voluntarios de salud, comité comunitario de salud y los establecimientos de salud (ES), con el propósito de promover una mayor participación, empoderamiento y respaldo al proceso.

Para ello, se deberá sostener una reunión inicial, donde el Equipo de Salud Familiar presentará de manera sencilla y clara los objetivos del DCS, la utilidad y los resultados. Se presentará la planificación, necesidades identificadas y se finalizará con la definición de acuerdos y compromisos para el apoyo respectivo.

**1.3 Búsqueda de información existente.** Hacer una búsqueda de la información selectiva dirigida a la descripción de la comunidad según el Anexo 2 de los Lineamientos Operativos para el Funcionamiento del Equipo de Salud Familiar y que en esta guía metodológica es la Herramienta No.10:

- Características del territorio
- Organización comunitaria y actores en la comunidad
- Características socioeconómicas
- Servicios de salud
- Educación
- Vulnerabilidad frente a desastres
- Infraestructura
- Principales problemas de salud
- Proyectos de desarrollo social
- Censos existentes.

Esta recolección puede realizarse mediante visitas, solicitudes formales u otras acciones que el equipo defina y según corresponda. Una vez obtenida la información, el coordinador del Equipo de Salud Familiar debe consolidar y resguardar la información obtenida; electrónica en carpetas, y física en folders o carpeta, puesto que será utilizada en todas las etapas, pero también constituyen medios de verificación.

**1.4 Verificar el cumplimiento de los tres criterios para el levantamiento del Diagnóstico Comunitario de Salud Preliminar (DCSP).** Con la información recolectada y la planificación realizada, antes de iniciar el análisis de la información sobre la comunidad, el Equipo de Salud Familiar debe revisar si se cumple con los siguientes criterios:

- 
- Involucramiento de voluntarios de salud y miembros de organismos de base comunitaria.
  - Disponer de la información existente mapa o croquis, censos, memorias, informes y otros documentos de análisis de situación de salud de años anteriores.
  - Considerar la programación de entrevistas con personal de Alcaldía, Educación, ONG o dirigentes de proyectos en la comunidad dependiendo de la información que se pretende recolectar.

**Nota:** El cumplimiento de los requisitos anteriores es de carácter obligatorio antes de iniciar el levantamiento de la información para el Diagnóstico Comunitario de Salud. El propósito de estos requisitos es garantizar el éxito de esta etapa.

## 2. Durante:

**2.1 Desarrollo de una jornada de análisis de información recolectada,** donde el Equipo de Salud Familiar llenará el instrumento Diagnóstico Comunitario de Salud Preliminar, según la Herramienta No.10.

Así mismo, hará el llenado en la base de datos del MNS, lo que facilitará la organización de los datos. De hacer falta información, se deberá identificar y buscar la información mediante la aplicación de entrevista a informantes clave.

**2.2 Recolección de información mediante entrevistas con informantes clave.** En una reunión con los actores sociales, autoridades municipales, comités comunitarios de salud y los voluntarios de salud, se revisará la información obtenida, y se completará la pendiente haciendo el uso del instrumento de DCS (Herramienta No.10).

La información que no sea posible completar, se identificará que personas de las instituciones u organizaciones de la comunidad podrían ser entrevistadas para obtenerla. Por ejemplo; la información relacionada con el sector de educación, posiblemente requiera hacer una entrevista a los directores (as) de los centros de educación, Pre-básica, Básica, Media y Superior. De igual manera puede ocurrir con la información sobre la vulnerabilidad frente a desastres naturales o situaciones de emergencia, de no disponer información escrita, se deberá hacer entrevistas con los miembros de los Comité de Emergencia Local (CODEL).

Para cada uno de los sectores que requieran hacer la entrevista, se elaborará la guía de preguntas según las variables del instrumento de DCS, por ejemplo, la información relacionada con el sector de educación, las preguntas serían las siguientes:

- ¿Cuántos centros educativos existen en esta comunidad?
- ¿Cuál es el número total de estudiantes?
- ¿Cuántos centros educativos privados y cuántos son públicos?
- ¿Cuál es el número total de estudiantes en centro privados y cuál es el número total de estudiantes en centros públicos?

- ¿Cuántos centros son de educación pre básico?
- ¿Cuál es el número total de estudiantes de educación pre básica?
- ¿Cuántos centros son de educación básica?
- ¿Cuál es el número total de estudiantes de educación básica?
- ¿Cuántos centros son de educación media?
- ¿Cuál es el número total de estudiantes de educación media?
- ¿Cuántos colegios nocturnos hay en la comunidad?
- ¿Cuál es el número total de estudiantes en colegios nocturnos?
- ¿Cuántas universidades existentes?
- ¿Cuál es el número total de estudiantes universitarios?
- ¿Cuál es el número de personas analfabetas?
- ¿Cuál es el número de personas en programas de alfabetización?
- ¿Existe algún proyecto o programa que apoye la educación en los diferentes niveles?,
- ¿Cuál es el enfoque del proyecto?
- ¿Cuál es el nombre de las organizaciones y personas que coordinan dicho proyecto o programa?

**Nota:** En todo el proceso de recolección de información el Equipo de Salud Familiar deberá solicitar los documentos o informes que constituyen la fuente primaria para el DCS. Así mismo, debe hacer la verificación y aseguramiento de la calidad de la información registrada.

**2.3 Análisis de las principales causas de morbilidad.** Para conocer la situación de salud de la comunidad, se revisará y consolidará la información del registro de atenciones diarias (ATA) del establecimiento de salud del año anterior. Por tanto, se debe disponer de los registros o consolidados mensuales y preparar la base de datos en Excel o Epi Info u otro programa de análisis de datos que permita la tabulación de la información.

Se deberá obtener las causas de morbilidad general de la comunidad distribuida en los 12 meses, por sexo y por curso de vida (niñez; 0 – 9 años, adolescencia; 10 – 19 años, adultos 20-60 años, adulto mayor 61 años y más), según se detalla en la Herramienta No.11. Este análisis, brinda una panorámica de las necesidades de la comunidad y servirá de insumo para la preparación de las acciones que realizará el Equipo de Salud Familiar.

**2.4 Elaboración del informe de DCSP.** Al finalizar la etapa de recolección, consolidación y análisis de la información, el Equipo de Salud Familiar elaborará el informe del Diagnóstico Comunitario de Salud Preliminar, el cual deberá tener el contenido de la Herramienta No. 10 y las principales causas de morbilidad de la comunidad según se muestra en la Herramienta No. 12

Uno de los aspectos importantes del informe de DCS son las conclusiones y recomendaciones que orientarán la elaboración de la intervención sanitaria. El informe de Diagnóstico Comunitario de Salud Preliminar (Herramienta No.12), será enviado al finalizar



la etapa al Coordinador de la Red, quién a su vez lo remitirá al Departamento de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) de la Región Sanitaria, para su respectiva revisión y retroalimentación.

3. Después:

**3.1 Revisión y retroalimentación al Diagnóstico Comunitario de Salud Preliminar.** El equipo del Departamento de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) de la Región Sanitaria, realizará la revisión y retroalimentación al informe, con la finalidad de asegurar que la etapa ha sido realizada según los lineamientos. Esta revisión no debe ser mayor a diez días hábiles después de la recepción del mismo, para acelerar el cierre de la etapa y continuar con las siguientes.

**3.2 Ajustes al informe de Diagnóstico Comunitario de Salud Preliminar.** El Equipo de Salud Familiar tendrá una jornada de trabajo para incorporar las recomendaciones y hacer los ajustes finales al documento según corresponda.

**3.3 Enviar nuevamente al Departamento de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS)** de la Región Sanitaria, la versión final del Diagnóstico Comunitario de Salud Preliminar, a fin de obtener la aprobación final de dicho producto.

**3.4 Socializar el informe del DCS Preliminar** con los actores sociales, autoridades municipales, comités comunitarios de salud y los voluntarios de salud. Para ello deberá programar y desarrollar una reunión donde se promoverá la discusión de los principales hallazgos, conclusiones y la identificación de las acciones de gestión local que se realizarán con los otros sectores para influir en las determinantes de la salud.

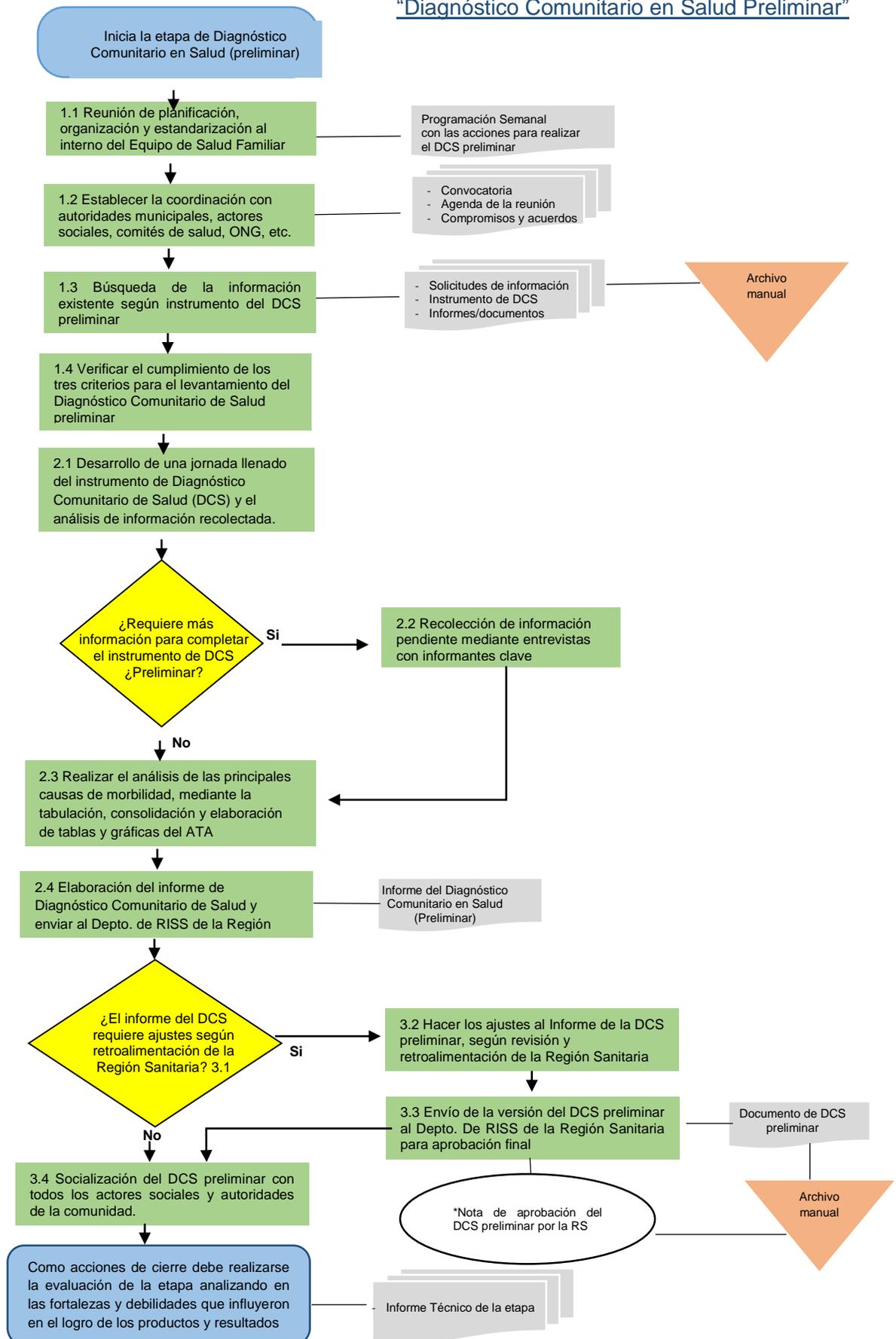
**3.5 Evaluación de la etapa y elaboración del informe técnico.** El Equipo de Salud Familiar debe evaluar el desarrollo de la etapa identificándose las fortalezas y debilidades, así como los productos alcanzados. También se debe organizar el archivo de las actas, oficios de aprobación y medios de verificación.

#### Resultados esperados

Al finalizar la etapa se espera:

- Documento de Diagnóstico Comunitario de Salud Preliminar con todos los elementos y aspectos que caracterizan y analizan la situación de salud y las determinantes sociales que afectan a las comunidades.
- Un Equipo de Salud Familiar que conoce las necesidades de la comunidad y los principales factores que inciden, lo que facilitará la planificación y ejecución de las acciones sanitarias.
- Informe Técnico de la etapa (Herramienta No. 8).

## Diagrama de flujo de actividades en la etapa de “Diagnóstico Comunitario en Salud Preliminar”





**Herramientas de trabajo en la  
etapa de Diagnóstico Comunitario  
en Salud Preliminar  
(DCS)**

## Herramienta No. 10

### Instrumento de Diagnóstico Comunitario de Salud

DIAGNOSTICO COMUNITARIO DE SALUD DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DEL PRIMER NIVEL DE ATENCION													
													
DATOS GENERALES													
Nombre de la Localidad (aldea, barrio o colonia):								Municipio:					
Nombre del Establecimiento de Salud(ES):								Nombre y/o Número del Sector:					
Elaborado por:								Fecha:					
I. CARACTERIZACION TERRITORIAL (información proporcionada por líderes comunitarios y la alcaldía municipal)													
Límites y/o referencias de la comunidad:		Norte:				Sur:				Este:		Oeste:	
Extensión territorial en Km²:				Población total:				Hombres:		Mujeres:			
				Población Urbana:				Población Rural:		Número de familias:			
Población por curso de vida:		0 a 28 días: H: M:		< 1 año: H: M:		1 a 4 años: H: M:		5 a 9 años: H: M:		> 65 años: H: M:			
		10 a 14 años: H: M:		15 a 19 años: H: M:		20 a 49 años: H: M:		50 a 64 años: H: M:					
No. de viviendas:	No. de viviendas con características físicas inadecuadas:	Techo inadecuado:	Piso inadecuado:	Paredes inadecuadas:	No. de viviendas que cuenta con energía eléctrica:	No. de viviendas a más de dos horas del ES:	A pie:	Bestia:	Vehículo:	Aéreo:	Marítimo:		
Abastecimiento de agua:	Pozo Público:		Pozo Domiciliar:		Carro Cisterna:		Corrientes superficiales: (Río, lago o canal):						
	Llave pública:		Conexión o llave domiciliar:		Agua para consumo:	No tratada:	Botellón:	Filtrada:	Herida:	Clorada:			
Eliminación de excretas:	Letrina de foso simple:		Inodoro o servicio sanitario:				Aire libre:		La quema:				
	Letrina de cierre hidráulico:		Aire libre:		No. de viviendas que botan la basura al:		Tren de aseo:		La entierra:				
II. ORGANIZACIÓN COMUNITARIA Y ACTORES EN LA COMUNIDAD													
Nombre de Organizaciones existentes en la comunidad:										Existe Junta de Agua:			
										Si		No	
No. Total de miembros de las Organizaciones Comunitarias:				No. de Voluntarios de Salud:		No. Parteras Tradicionales Capacitadas:		Parteras NO Capacitadas:					
Otros actores trabajando en la comunidad:													
Información que posee sus Líderes:			Censo de la Comunidad:			Croquis de la Comunidad:		Planes de la Comunidad:		Otra información:			
III. CARACTERISTICAS SOCIOECONÓMICAS													
Vías de Comunicación y Acceso				Medio de Transporte:		Medios de Comunicación e Información:		Actividad Económica Principal:					
Carretera de todo tiempo:				Bus:		Teléfono público:		Agricultura: (Especifique)					
Carretera de verano:				Taxi:		Celular:		Ganadería:					
Camino o Vereda:				Bestia:		Radio comunicador:		Pesca:					
Navegación por río:				Canoa/ Lancha:		Radio:		Granja: (Especifique)					
Calle asfaltada:				A pie:		Periódico/Televisión:		Comercio:					
Otros:				Otros:		Correo electrónico:		Otros:					
IV. EDUCACIÓN													
No. de Centros Educativos:		Centros de Prebásica:		Centros Básicos:		Centros de Media (especifique la modalidad):		Colegios Nocturnos:		Universidades:			
No. de Estudiantes:		Estudiantes Prebásica:		Estudiantes Centros Básicos:		Estudiantes Centros Medios:		Estudiantes Colegios Nocturnos:		Estudiantes Universitarios:			
No. de Centros Educativos Públicos:			No. de Centros Educativos Privados:			No. de Personas Analfabetas:		No. de Personas en Programas de Alfabetización:					
V. SERVICIOS DE SALUD													
No. Total de E.S. existentes:		No. de Establecimientos de Salud Públicos:		No. de Establecimientos de Salud No Públicos:		No. de Laboratorios Clínicos no Públicos:		No. de Venta de Medicinas:		No. de Ventas de Medicina Tradicional:			
VI. VULNERABILIDAD FRENTE A DESASTRES NATURALES O SITUACIONES DE EMERGENCIA													
Tipos de Riesgos		SI	NO	Tipos de Riesgos		SI	NO	Sistema de Prevención		SI	NO		
Incendios				Inundaciones				CODEL conformado					
Erupciones Volcánicas				Derrumbe				Plan de Emergencia Actualizado					
Sequias				Terremotos				Esta capacitada la comunidad para enfrentar los desastres					
Otros:								Cuenta con sistema de comunicación en caso de emergencia					
VII. OTRA INFRAESTRUCTURA:				VIII. PROYECTOS EN DESARROLLO A NIVEL DE LA COMUNIDAD									
No. de Casas Comunes:				No. de Proyectos en ejecución en la Comunidad:									
No. de Iglesias:				Nombre de los Proyectos y quiénes los están ejecutando:									
No. de Espacios Recreativos:													
Otros:													

## Herramienta No. 11

### Tablas resumen de principales causas de morbilidad en la comunidad

1. Nombre del coordinador /a de Equipo de Salud Familiar: \_\_\_\_\_
2. Nombre de la comunidad: \_\_\_\_\_
3. Zona de intervención del PAPS: \_\_\_\_\_
4. Establecimiento de Salud: \_\_\_\_\_ 5. Nombre de la red \_\_\_\_\_
6. Región Sanitaria: \_\_\_\_\_

Tabla No.1 Principales causas de morbilidad general distribuida en meses de la comunidad de \_\_\_\_\_, obtenido del registro de atenciones diarias del Establecimiento de Salud \_\_\_\_\_, para el año \_\_\_\_

N	Patologías	E		F		M		A		M		J		J		A		S		O		N		D		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
1																											
2																											
3																											
4																											
5																											
6																											
7																											
8																											
9																											
10																											
11																											
12																											
13																											
14																											
15																											
Total																											

Tabla No.2 Principales causas de morbilidad general diferenciado por sexo de la comunidad de \_\_\_\_\_, según el registro de atenciones diarias del Establecimiento de Salud \_\_\_\_\_, para el año \_\_\_\_

No.	Patologías	Hombres		Mujer		Total	
		No.	%	No.	%	No.	%
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

Tabla No.3 Principales causas de morbilidad en la niñez (0 -9 años) diferenciado por sexo de la comunidad de \_\_\_\_\_, según el registro de atenciones diarias del Establecimiento de Salud \_\_\_\_\_, para el año \_\_\_\_

No.	Patologías	Hombres		Mujer		Total	
		No.	%	No.	%	No.	%
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

Tabla No.4 Principales causas de morbilidad en los y las adolescentes (10 – 19 años) diferenciado por sexo de la comunidad de \_\_\_\_\_, según el registro de atenciones diarias del Establecimiento de Salud \_\_\_\_\_, para el año \_\_\_\_

No.	Patologías	Hombres		Mujer		Total	
		No.	%	No.	%	No.	%
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

Tabla No.5 Principales causas de morbilidad en los adultos (20 – 60 años) diferenciado por sexo de la comunidad de \_\_\_\_\_, según el registro de atenciones diarias del Establecimiento de Salud \_\_\_\_\_, para el año \_\_\_\_

No.	Patologías	Hombres		Mujer		Total	
		No.	%	No.	%	No.	%
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

Tabla No.6 Principales causas de morbilidad en los adultos mayores (61 años y más) diferenciado por sexo en la comunidad de \_\_\_\_\_, según el registro de atenciones diarias del Establecimiento de Salud \_\_\_\_\_, para el año \_\_\_\_

No.	Patologías	Hombres		Mujer		Total	
		No.	%	No.	%	No.	%
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							



Herramienta No. 12  
Informe del Diagnóstico Comunitario de Salud (preliminar)

Carátula (una página)

Acrónimos, Símbolos y términos abreviados (una página).

Tabla de contenido (una página).

I. Introducción (una página).

II. Objetivos (una página).

III. Caracterización de la comunidad (Las necesarias para desarrollar todas las secciones)

- a) Descripción del área geográfica: Hacer una descripción según la información obtenida y presentar tablas resumen donde aplique.

Limites y/o referencias de la comunidad (*Norte, Sur, Este y Oeste*), extensión territorial en Km<sup>2</sup>, población: total, por sexo, urbano y rural, población por grupos de edad: por sexo.

También se hará la descripción y características de las viviendas, No. de viviendas en total, No. de viviendas con características físicas inadecuadas, No. de viviendas con Techo inadecuado, No. de viviendas con Piso inadecuado, No. de viviendas con Paredes inadecuadas, No. de viviendas a más de dos horas del Establecimiento de Salud, No. de familias con la condición de abastecimiento de agua, No. de viviendas/familias con la condición higiene-sanitaria.

- b) Organización comunitaria y actores en la comunidad. Describa el Nombre de organizaciones existentes en la comunidad, si existe de Junta de Agua describa los nombres de las personas y cargos, No. Total de miembros de las organizaciones comunitarias.

Describa el No. de voluntarios de salud: Voluntarios, Parteras capacitadas, No capacitadas y Otros (Nombre y Número), si los voluntarios de salud poseen Censo, Croquis y Planes (hacer una tabla).

- c) Características socioeconómicas: Debe describirse las actividades económicas de la comunidad, principales vías de comunicación y acceso, medios de transporte, y los medios de comunicación e información existentes.

- d) Educación: Se requiere la descripción del número de centros educativos: pre básico, básico, medios (especifique, si es Técnico), colegios nocturnos y



universidades, todos los centros descritos deben tener el número de estudiantes, No. de centros educativos públicos y No. de no públicos. Pero también debe incluirse el número de de personas analfabetas y de personas en programas de alfabetización (hacer una tabla resumen)

- e) Principales problemas de salud según el registro de atenciones diarias (tablas de la herramienta 10). En esta sección se debe describir y graficar los problemas de salud que más afecta a la comunidad por sexo y curso de vida.
- f) Servicios de salud; en esta sección del informe se requiere la descripción del número total de Establecimiento de Salud existentes, cuántos son ppúblicos, cuantos son No públicos, No. de laboratorios clínicos no públicos, número de lugares con ventas de medicinas incluyendo las de medicina tradicional.
- g) Vulnerabilidad frente a desastres naturales o situaciones de emergencia: debe identificarse la existencia de seis tipos de riesgo. Y si existiera otro riesgo, describirlo. Describir la existencia de CODEL, Plan de emergencia local, personas comunitario entrenado en el abordaje y prevención de los desastres naturales y si tienen definido un sistema de comunicación en caso de emergencia.
- h) Otra infraestructura: Debe describirse la existencia de iglesias, las denominaciones, los responsables que las dirigen, casas comunales, centros de recreación y esparcimiento.
- i) Proyectos en desarrollo a nivel de la comunidad: Se requiere la descripción y el número de proyectos desarrollándose en la comunidad, el nombre de los proyectos y quiénes los realizan (instituciones, organizaciones y nombre de las personas responsables

IV. Conclusiones (media página).

V. Recomendaciones (media página).

VII. Bibliografía (una página).

VIII. Anexos



**Etapa 5:  
Diagnóstico Familiar  
de Salud**

## 5.5. Diagnóstico Familiar de Salud (Ficha Familiar de Salud)

Es la quinta etapa del proceso que realizan los Equipos de Salud Familiar y permite el levantamiento de la información según la Ficha Familiar de Salud, el cual es un instrumento para el registro y seguimiento del riesgo personal y familiar. Proporciona información clave de las condiciones de salud de las personas, las familias y su ambiente, lo que facilita el diagnóstico del riesgo familiar y orienta la planificación de las intervenciones sanitarias [1].

Por tanto, esta etapa guía y promueve la ejecución de intervenciones focalizadas según las necesidades de las familias en general y las personas específicamente, lo que permitirá la promoción y adopción de estilos de vida saludables, identificación y control de factores de riesgo, fomento de factores protectores, inducción, canalización a servicios de salud especialmente de promoción, prevención, curación y rehabilitación según necesidad de la persona y la familia mediante el Sistema de Referencia y Respuesta.

La Ficha Familiar de salud tiene características que los Equipos de Salud Familiar deben conocer y tener en cuenta:

- Es un registro de la información relevante y personal respecto a la salud de los miembros de cada familia.
- Está dividido en seis secciones que proporcionan información general o de identificación, información del hogar relacionada con la caracterización de las viviendas, abastecimiento de agua, fuentes de agua de consumo, eliminación de excretas, de basura y aspectos económicos.

La información de los miembros de la familia, permite registrar a las personas con las variables de identificación única (tarjeta de identidad), sexo, edad, parentesco, etnia, escolaridad, trabajo actual, ocupación, esquema de vacunación, clasificación del riesgo y grupo de riesgo. Datos de mortalidad en el último año, la evaluación del riesgo familiar y el familiograma

- Es un registro dinámico y permanente a lo largo del curso de vida de las personas y la familia, que se complementa con la historia clínica, nunca debe pensarse que la sustituye.

Es importante que el Equipo de Salud Familiar debe considerar que el Diagnóstico Comunitario de Salud (preliminar), el Diagnóstico Familiar de Salud y la Ficha de Seguimiento Individual de Riesgo constituyen los insumos técnicos necesarios en el diseño, ejecución y evaluación del Plan de Desarrollo Comunitario [1]. Por tanto, en su conjunto las tres etapas son la línea de base que permitirá conocer, caracterizar y abordar la problemática de salud de las personas, familias y comunidades de manera integral. Las mediciones posteriores que se realicen para conocer los logros a nivel de resultado e



impacto serán fácilmente realizables y objetivamente medibles, en vista que se dispone de la información previa a las intervenciones.

### Objetivo general

Identificar el riesgo a la salud en las personas y familias de las comunidades asignadas al Equipo de Salud Familiar, con el propósito de obtener información de la línea de base que oriente la planificación, ejecución y evaluación de acciones sanitarias basados en la Estrategia de Atención Primaria en Salud según lo plantea el Modelo Nacional de Salud.

### Objetivos específicos

- Recolectar información que facilite la identificación del riesgo personal y familiar y las necesidades de atención.
- Analizar la información sobre el riesgo a la salud de las personas y familias de las comunidades asignadas.
- Identificar las necesidades de salud y promover el desarrollo de planes de cuidado individual y familiar.
- Proporcionar información estratégica que complete el DCS y facilite el diseño del Plan de Desarrollo Comunitario (PDC).

### Utilidad

En la etapa de Diagnóstico Familiar de Salud se aplica la Ficha Familiar, que es una herramienta de la Salud Pública de uso permanente que permite la obtención de información específica de las personas y familias, clasificar el riesgo y conocer la situación de salud antes de una intervención sanitaria (Línea de base) para posteriormente planificar y evaluar las intervenciones según prioridades.

### Participantes

El médico, la licenciada en enfermería, auxiliar de enfermería y el promotor del Equipo de Salud Familiar tienen la responsabilidad de planificar, desarrollar y evaluar todas las acciones de esta etapa con la involucración activa de las autoridades municipales, el comité comunitario, actores sociales, voluntarios de salud entre otros.

### Materiales e insumos

- Informes del Diagnóstico Comunitario en Salud
- Fichas de Salud Familiar
- Instructivo de llenado de la ficha (una copia por cada entrevistador)
- Tablero
- Listado de participantes
- Lápiz grafito
- Base de datos
- Carné para los voluntarios.

## Tiempo estimado

- 6 a 12 meses aproximadamente por ES

## Actividades estratégicas

En la etapa de Diagnóstico Familiar de Salud se requiere que el Equipo de Salud Familiar tenga un conocimiento completo de la comunidad el cual ha sido proporcionado con la ejecución de las cuatro etapas anteriores. Además, se necesita disponer de los productos obtenidos en dichas etapas, especialmente del croquis y el informe del DCS, que facilite la planificación y ejecución del trabajo de campo para la recolección de información de la ficha.

A este nivel del proceso se espera un Equipo de Salud Familiar empoderado, reconocido por la comunidad y con facilidades en la gestión de procesos con los principales actores sociales de la comunidad. Sin embargo, y con el propósito de alcanzar los objetivos de esta etapa, se detallan las actividades estratégicas a realizar en los tres momentos; antes, durante y después.

### 1. Antes:

**1.1 Reunión de organización del equipo de salud familiar.** La organización y planificación es importante en el inicio de cada etapa, se realice una reunión de equipo que permita la discusión de la Guía Técnica para el Funcionamiento de los Equipos de Salud Familiar en el Primer Nivel de Atención, los objetivos, productos esperados, principales actividades estratégicas, distribución de las mismas entre los miembros del equipo según la Programación Semanal de Actividades (Herramienta No.1).

**1.2 Selección y distribución preliminar de las viviendas.** En el Establecimiento de Salud sede, el Equipo de Salud Familiar hará la distribución de las viviendas y la conformación de los equipos de trabajo según el número total de viviendas.

Es de carácter obligatorio que la conformación de los equipos para hacer el levantamiento de información en la Ficha Familiar de Salud se considere los siguientes aspectos:

- Debe realizarse en parejas para garantizar el correcto llenado de la Ficha Familiar de Salud y asegurar la calidad de los datos. Por ejemplo; el promotor y la auxiliar de enfermería o el promotor con el médico, o el promotor y la licenciada en enfermería.
- El ES no debe quedar cerrado, por tanto, la participación del médico en el levantamiento de la Ficha Familiar de Salud, dependerá de la demanda de atención de la población y según la programación de citas.
- En caso que el Equipo de Salud Familiar decida la inclusión de personal de salud como ser trabajador social, psicólogos, microbiólogo, odontólogo etc., para avanzar en el trabajo de llenado de la ficha, debe realizarse una inducción en el llenado de la ficha para garantizar la calidad del dato. Sin embargo, el médico, la licenciada en enfermería, o la auxiliar de enfermería debe revisar el llenado de las fichas.



**1.3 Coordinación y comunicación con los voluntarios de salud.** A fin de obtener el apoyo en el trabajo de recolección de información, se debe establecer la coordinación y comunicación con los ACS o voluntarios de salud u otros actores sociales. Para obtener mayor participación, siempre debe explicarse los objetivos de la actividad y los productos que se obtendrán.

2. Durante:

**2.1 Reunión con los voluntarios de salud para explicar los objetivos de la actividad,** en que consiste el levantamiento de información en la Ficha Familiar de Salud; utilidad, organización del trabajo de campo, entrega de los materiales a utilizar; tableros, croquis, fichas, etc., y el rol de los voluntarios de salud y líderes comunitarios en esta etapa. Un punto muy importante a considerar es la identificación del Equipo de Salud Familiar y los voluntarios de salud, quienes deberán portar su respectivo carnet.

En vista que la información a recolectar es individual y familiar se debe garantizar la confidencialidad de la misma, por tanto, el levantamiento de la información en la Ficha Familiar de Salud debe ser realizada **única y exclusivamente** por el Equipo de Salud Familiar.

El rol de los voluntarios de salud y líderes comunitarios está orientada a la introducción con las familias, orientación a las familias respecto a la preparación de los documentos que se requieren cuando el Equipo de Salud Familiar haga la visita a la vivienda tales como: Tarjeta de identidad, carné de vacunas, carné de las atenciones prenatales, actas de defunción, medicamentos que está prescritos para algún miembro de la familia.

**2.2 Recolección de información en las Ficha Familiar de Salud,** según organización de los equipos de trabajo (parejas) y distribución de las viviendas. Al llegar a cada vivienda el Equipo de Salud Familiar deberá realizar los siguientes pasos que garantice una entrevista efectiva y de calidad, en un ambiente de respeto, confidencial y confort principalmente para él y/o la jefa de familia.

**2.2.1 Saludo y auto presentación.** Los miembros del Equipo de Salud Familiar, deberán portar su uniforme de acuerdo a su disciplina y condición (permanente o de contrato y de servicio social) y carné de identificación personal, saludar amablemente y preguntar por el o la jefe de familia. Deberá presentarse, diciendo su nombre, institución con la que trabaja, cargo que ocupa. Es importante crear un ambiente positivo que facilite el desarrollo de la entrevista. En algunas comunidades y grupos de población puede encontrarse resistencia como medida de protección, por ello, es importante el acompañamiento con los voluntarios de salud y líderes comunitarios.

**2.2.2 Explicación clara del objetivo de la visita a la persona entrevistada.** Se debe explicar que todas las actividades realizadas en la comunidad como ser el croquis y esta visita del Equipos de Salud Familiar se deben al cambio en la atención a la población (Modelo Nacional de Salud), así como el



levantamiento de la Ficha Familiar de Salud para identificar el riesgo a la salud en las personas y familias de las comunidades asignadas a los Equipos de Salud Familiar, y se requiere de una recolección de información de todos los miembros de la familia casa por casa, asegurándoles la confidencialidad.

**2.2.3 Mencionar que se tomará el tiempo necesario en la entrevista** y que se requiere toda la colaboración para registrar la información completa y veraz, en vista que esta información permitirá programar los servicios de salud que la población necesita.

**2.2.4 Observación de la condición y reacción de la persona.** Todos los miembros del Equipo de Salud Familiar, deben estar atentos a las reacciones; verbales y no verbales que facilitará la identificación de sentimientos de miedo, rechazo, negativismo. De presentarse alguna de estas reacciones, debe tomarse el tiempo necesario para clarificar.

**2.2.5 Brindar ejemplos del contenido de preguntas.** Este ejemplo puede bajar la tensión y él o la jefa de familia aceptarán dar la información que se requiere. Siempre es necesario hacer énfasis que esta actividad servirá en la priorización de problemas de salud y programar los servicios de salud que deben recibir en toda la comunidad.

**2.2.6 Hacer énfasis que la entrevista no representa ningún riesgo** y que toda la información es totalmente confidencial, que solamente será manejada para fines de salud pública, y que puede hacer todas las preguntas o dudas que tenga durante la entrevista.

**2.2.7 Solicitar el consentimiento verbal previo a la realización de la entrevista.** Se debe solicitar al jefe o jefa de familia el consentimiento verbal antes de ser entrevistado, esto como un principio ético. Una vez haya aceptado la entrevista, solicitarle que busque la información como la tarjeta de identidad, carné de vacunas, carné de las atenciones prenatales, actas de defunción, medicamentos que está prescritos para algún miembro de la familia. Algunas consideraciones a tomar en cuenta.

- De existir un rechazo rotundo por parte del o la jefa de familia, el Equipo de Salud Familiar deberá obtener la información al menos de la sección de datos generales y de la información del hogar con otros informantes (vecinos, familiares y otras fuentes), y escribirle con lápiz grafito como incompleta por rechazo a la entrevista. Esta vivienda será visitada constantemente hasta convencer al jefe o jefa de familia para brindar la información de las siguientes secciones.
- Si en una vivienda hay varias familias, deberá aplicarse una Ficha Familiar de Salud por cada una de las familias, la cual se hará mediante entrevista al jefe o jefa de familia.

- 
- De encontrarse la casa cerrada, debe consultarse con los vecinos los horarios de cuando están las personas que habitan la vivienda y regresar. Pero además debe preguntarse el nombre del jefe o jefa de familia y registrar en las notas de campo, la dirección, el número de la casa donde se debe regresar. El Equipo de Salud Familiar, deberá regresar las veces que sean necesarias hasta obtener la información completa de la ficha.

**2.2.8 Seleccionar un lugar donde se pueda desarrollar la entrevista** con la comodidad y privacidad requerida. Nunca realizar la entrevista enfrente de personas particulares (visitas, vecinos, amistades, voluntarios de salud de la comunidad).

**2.2.9 Realizar la identificación de la Ficha Familiar de Salud** mediante el uso del mismo número de vivienda asignado en el croquis, facilitará el manejo de la información en el nivel local.

Sin embargo y conociendo el proceso que el país desarrolla para obtener un sistema de información ágil y amigable (Sistema de Base de Datos), se establecerá a futuro un código único de identificación de las personas en el Sistema de Salud. Por tanto, se requiere que el número de identidad sea claro y correcto ya que esta variable será el elemento principal de dicho código.

**2.2.10 Realizar la entrevista según las secciones de la Ficha Familiar de Salud** (Herramienta No 13), asegurándose que se incluya la información de todos los aspectos requeridos para cada tipo de riesgo a identificar en miembro de la familia. Debe iniciarse el llenado según la organización de cada sección, comenzando con los datos generales, información del hogar, identificación de los miembros de la familia, mortalidad del último año, evaluación del riesgo familiar, familiograma. Es importante seguir el orden definido y no saltarse secciones.

Es importante tener claridad que el seguimiento individual del riesgo que se desarrolla en la etapa 6, se inicia al finalizar el llenado de la ficha familiar de salud en la etapa cinco, esto debido a que es un proceso. De ahí la importancia de tener completa la información en la ficha familiar de salud y en la Ficha de Seguimiento Individual del Riesgo.

Por tanto, la clasificación del riesgo se realiza al momento de aplicar la ficha familiar de salud. Cuando existan dudas sobre como clasificar el riesgo, se hará una preclasificación del riesgo, escribiendo con lápiz grafito. Para confirmar si la preclasificación es correcta o no, se realizará la consulta al personal médico del establecimiento de salud, debido a que es el recurso humano calificado para confirmar si es apropiado o no.



Si durante el llenado de la Ficha Familiar de Salud, se identifica un riesgo que requiere de atención inmediata o se presta una urgencia o emergencia, se debe dar una atención para estabilizar y referirse inmediatamente al ES del primer o segundo nivel según corresponda utilizando el sistema de referencia y respuesta (SINARR).

La duración de la entrevista para el llenado de la Ficha Familiar de Salud dependerá de varios factores: el tamaño de la familia, la escolaridad, analfabetismo, disponibilidad de los documentos requeridos y calidad de la entrevista, y la empatía que se establezca. El Equipo debe ser paciente y creativo para recolectar información de calidad.

**2.2.11 Al finalizar la entrevista** y antes de retirarse de la vivienda, se debe expresar el agradecimiento por la colaboración en el llenado de la Ficha Familiar de Salud y que es posible se vuelva a visitar en caso de tener alguna duda.

**2.3 Asegurar la calidad de los datos recolectados.** El control de calidad de los datos recolectados debe quedar completamente llena, por tanto, no deben existir casillas sin responder, información incompleta o información incorrecta. El control de calidad del dato debe hacerse mediante los siguientes pasos:

- Confirmación de la exactitud de las anotaciones en cada sección, antes de pasar a otra sección de la ficha (primera revisión de calidad del dato).
- Hacer una revisión global de la ficha antes de salir de la vivienda (segunda revisión de calidad del dato).
- Antes de salir de la comunidad tercera revisión y al final del día de trabajo, el coordinador del Equipo de Salud Familiar realizará una cuarta revisión de la calidad del dato. Estas cuatro revisiones deben realizarse diariamente durante la recolección de la información.

Esta Guía contiene el instructivo de llenado de la Ficha Familiar de Salud inmediatamente después de la Herramienta 13 (Ficha Familiar de Salud), esto ayudará para clarificar las dudas que podrían presentarse. A pesar de considerar todos los aspectos anteriores, se reconoce que pueden existir casillas sin información en la sección de riesgos las que serán completadas en el ES el mismo día con el médico o licenciada en enfermería.

**2.4 Digitación de la información de la Ficha Familiar de Salud.** De acuerdo a la base de datos definida, el ECOR realizarán las gestiones respectivas según el contexto y recursos para que todas las Fichas de Salud Familiar que estén completas sean digitadas en su totalidad. Esta digitación debe ser diaria o recién sea finalizada la recolección de información en cada comunidad.

De no disponer de la base de datos para la digitación de la Ficha Familiar de Salud, el ECOR deberá definir el mecanismo factible según los recursos para realizar digitación respectiva (diseñar una plantilla en Excel o Epi Info, etc.) y así tener los datos consolidados



para el respectivo análisis que se realizará en la etapa de Diagnóstico Comunitario Actualizado (DCA).

### **2.5 Revisión de la base de datos que tengan la cantidad y calidad de los registros.**

Según el número de viviendas, personas entrevistadas y según los miembros de las familias registradas. Para ello, es posible solicitar al analista de datos, brinde una frecuencia de todas las variables y así comparar con la información de las notas de campo. De haber inconsistencias, debe clarificarse con las notas de campo, revisando las fichas en donde se genera la inconsistencia o como último recurso, regresar a la comunidad y visitar nuevamente la familia.

Al estar seguros que la base de datos no tiene inconsistencias, se procederá al análisis de los datos según las secciones de la ficha.

### 3. Después:

**3.1 Almacenamiento y manejo adecuado de la Ficha Familiar de Salud.** En vista que se recolectará información personal y familiar muy sensible, es responsabilidad del equipo asegurar el manejo apropiado y confidencialidad de las fichas. Todas las fichas deben guardarse en un **archivo** ubicado en un lugar específico dentro del Establecimiento de Salud, de esta manera se garantizará **la confidencialidad** de la información de las familias entrevistadas.

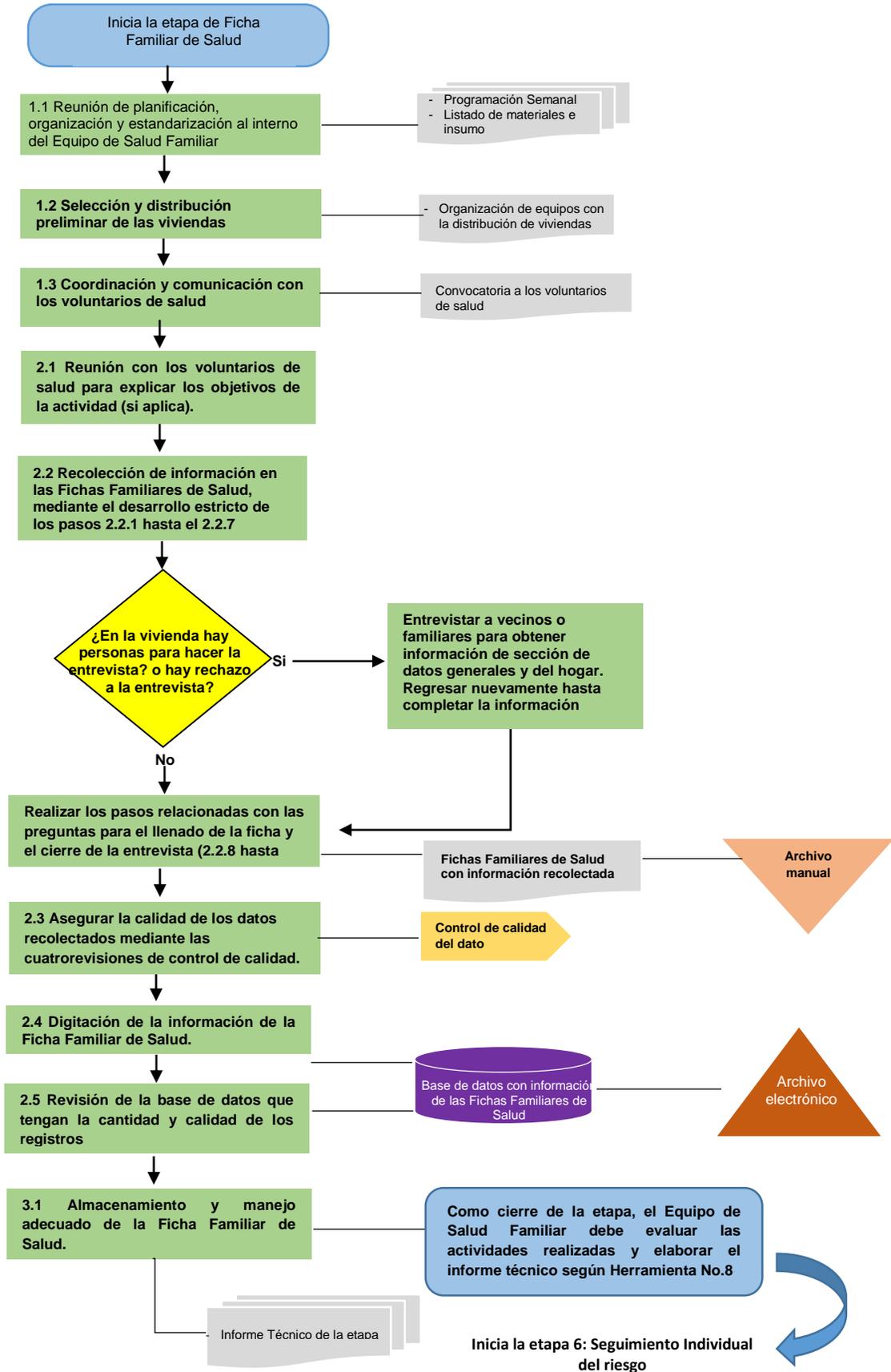
**3.2 Evaluación y elaboración del informe de la actividad.** El Equipo de Salud Familiar debe evaluar el desarrollo de la etapa Diagnóstico Familiar de Salud y elaborará el informe técnico detallándose las principales actividades realizadas según la Herramienta No. 8.

### Resultados esperados

Al finalizar la etapa de etapa Diagnóstico Familiar de Salud se espera:

- Fichas Familiares correctamente llenas, con la información sobre la situación de salud de las personas, las familias y la clasificación del riesgo.
- El Equipo de Salud Familiar conoce las prioridades de salud y plantea recomendaciones para el Plan de Desarrollo Comunitario.
- Informe Técnico de la etapa (Herramienta No. 8).

Diagrama de flujo de actividades en la etapa de  
“Diagnóstico Familiar de Salud “Ficha Familiar de Salud”





**Herramientas de trabajo  
en la etapa de  
Diagnóstico Familiar de Salud**



#### 4. MORTALIDAD EN EL ÚLTIMO AÑO

No	Nombre y Apellido	Edad	Causa
1			
2			
3			

Observaciones:

Riesgos GR: Grupo de Riesgo

Grupo I: Personas aparentemente sanas

Grupo II: Personas con riesgos

- 1 · Embarazo en adolescentes (menor de 18 años)
- 2 · Embarazo en mayores de 35 años
- 3 · Embarazada con intervalo < de 2 años
- 4 · Embarazada sin Atención prenatal
- 5 · Embarazada sin prueba de VIH y sífilis
- 6 · Embarazada sin esquema de vacuna
- 7 · Puerperio
- 8 · Cesárea anterior
- 9 · Parto difícil (distócico)
- 10 · Aborto a repetición
- 11 · Multiparidad (más de 3 partos)
- 12 · Appar bajo al minuto (menor de 6)
- 13 · Trauma Obstétrico
- 14 · Bajo peso al nacer
- 15 · Peso estacionario en niños menores de 3 años
- 16 · No Lactancia materna exclusiva (menores de 6 m)
- 17 · Contacto con personas que tienen alguna enfermedad transmisible
- 18 · Antecedentes de enfermedades respiratorias
- 19 · Antecedentes de Sepsis (Madre e hijo/a)
- 20 · Hijo/a de madre infectada por Hepatitis B ó VIH positivo

- 21 · Hijo/a de madre infectada por VIH que no recibe leche artificial (Menor de 1 año)
- 22 · Enfermedad diarreica a repetición
- 23 · IRA a repetición
- 24 · Retraso del desarrollo psicomotor
- 25 · Mordedura de animales
- 26 · No sabe leer ni escribir
- 27 · Deserción y retraso escolar
- 28 · Hábito de Bebida Alcohólica y otras adicciones
- 29 · Hábito de fumar
- 30 · Antecedentes de alérgicos
- 31 · Conductas inadecuadas
- 32 · Riesgos en el trabajo
- 33 · Antecedentes del intento de suicidio
- 34 · Hijo de madre adolescente ó de embarazo oculto ó rechazado
- 35 · Padres ausentes por mucho tiempo
- 36 · Violencia Domestica
- 37 · Madre o Padre soltero
- 38 · Otros riesgos

#### PF: Planificación Familiar

ACO = Anticonceptivos orales ("Pastilla")

Con=Condón

Iny= Inyección

DIU=Dispositivo Intrauterino

EsM=Esterilización masculina

EsF=Esterilización femenina

Abs=Abstinencia

MeN=Métodos naturales

Otr=Otros

#### \*Tabla de clasificación nacional de ocupaciones

1. Dirección de las empresas y de las administraciones públicas.
2. Técnicos y Profesionales Científicos e Intelectuales
3. Técnicos y Profesionales de apoyo
4. Empleados de tipo administrativo
5. Trabajadores de los Servicios de restauración, personales, protección y vendedores de los comercios
6. Trabajadores calificados en la agricultura y en la pesca
7. Artesanos y trabajadores calificados de las industrias manufactureras, la construcción, y la minería, excepto los operadores de instalaciones y maquinaria
8. Operadores de instalaciones y maquinaria y montadores
9. Trabajadores no calificados
10. Fuerzas armadas

#### \*\*\*Etnia ¿A qué pueblo pertenece?

- |                 |                           |
|-----------------|---------------------------|
| 1. Maya -Chortí | 7. Tawahka                |
| 2. Lenca        | 8. Garífuna               |
| 3. Miskito      | 9. Negro de habla inglesa |
| 4. Nahuá        | 10. Mestizo (a)/ladino(a) |
| 5. Pech         | 11. Otro                  |
| 6. Tolupán      |                           |

#### Grupo III: Personas enfermas

- 39 · Desnutrición infantil
- 40 · Desnutrición Materna
- 41 · Hipertensión arterial
- 42 · Enfermedad cerebrovascular
- 43 · Diabetes
- 44 · Diarrea crónica
- 45 · Tuberculosis
- 46 · Meningitis
- 47 · Malaria (Paludismo)
- 48 · Sarampión
- 49 · Hepatitis
- 50 · Epilepsia
- 51 · Asma Bronquial
- 52 · Infecciones de transmisión sexual (ITS)
- 53 · VIH/SIDA
- 54 · Neumonía
- 55 · Neoplasias (Cáncer)
- 56 · Otras enfermedades crónicas
- 57 · Multimedicado/a
- 58 · Obesidad

#### Grupo IV: Personas con discapacidad

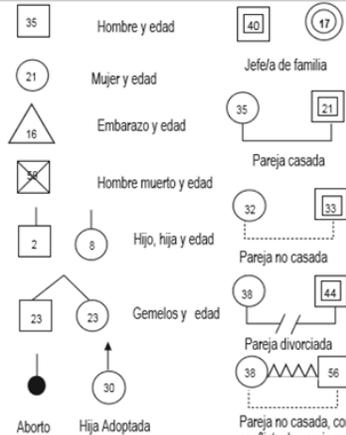
- 59 · Lepra
- 60 · Toxemia de embarazo (Embarazada con presión alta)
- 61 · Anemia de células falciformes
- 62 · Reumatismo
- 63 · Depresiones
- 64 · Esquizofrenia
- 65 · Otras enfermedades
- 66 · Discapacidad (secuelas) por accidentes
- 67 · Discapacidad (secuelas) por enfermedades
- 68 · Discapacidad (secuelas) por congénitas

**Importante:** • De encontrar en los miembros de la familia condiciones no específicas, como ser: otras enfermedades crónicas, enfermedades odontológicas, comportamientos inadecuados, antecedentes alérgicos, Riesgos en el trabajo u otros riesgos, favor especificar en OBSERVACIONES.  
• Hijo/a de madre infectada por VIH no debe recibir lactancia materna.

#### 5. EVALUACIÓN DEL RIESGO FAMILIAR

A) Biológicos	B) Higiénicos- Sanitarios	C) Socio-económicos
I. El (Los) miembro(s) está(n) en el Grupo III de Riesgo <input type="checkbox"/>	I. Con dos(2) ó más condiciones inadecuadas(Según sección No 2) <input type="checkbox"/>	① La vivienda tiene características físicas inadecuadas. <input type="checkbox"/>
II. El (Los) miembro(s) está(n) en el Grupo II de Riesgo <input type="checkbox"/>	II. Con una(1) condición inadecuada(Según sección No 2) <input type="checkbox"/>	② La vivienda tiene servicios inadecuados. <input type="checkbox"/>
III. El (Los) miembro(s) está(n) en el Grupo I de Riesgo <input type="checkbox"/>	III. Con ninguna condición inadecuada(Según sección No 2) <input type="checkbox"/>	③ El hogar se encuentra en un estado de hacinamiento crítico. <input type="checkbox"/>
IV. El (Los) miembro(s) está(n) en el Grupo IV de Riesgo <input type="checkbox"/>	IV. Está en otra condición inadecuada <input type="checkbox"/>	④ En el hogar existen niños (as) que no asisten a la escuela (6 a 12 años) <input type="checkbox"/>
		⑤ El hogar tiene una alta dependencia económica. <input type="checkbox"/>

#### 6. FAMILIOGRAMA



#### Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI)

La definición establece a un hogar como pobre si presenta una de las condiciones, ó en situación de extrema pobreza si presenta dos o más de las condiciones de C) Socio-económicos.

#### Observaciones:

Hogar pobre  Hogar con extrema pobreza

---



---



---



---



---



---



**Etapa 6:  
Seguimiento  
Individual del Riesgo**

## 5.6 Seguimiento Individual del Riesgo

Siendo la sexta etapa del trabajo que desempeñan los Equipos de Salud Familiar en los espacios-población asignados, el llenado de la Ficha Individual del Riesgo se realiza inmediatamente después que el equipo ha completado el registro de la Ficha Familiar de Salud, donde se han identificado los riesgos en las personas y familias.

Lo anterior indica que el Equipo de Salud Familiar realizará un trabajo con la persona, familia, y comunidad; de acuerdo al mandato del Modelo Nacional de Salud, con un enfoque de riesgo, el cual es un método que se emplea para medir la probabilidad que una persona, familia o comunidad sufra un daño. Este enfoque permite:

- Estimar las necesidades de la salud y la priorización de acciones.
- Atender y proteger a la población más susceptible, actuando sobre los factores de riesgo sentidos y no sentidos
- Optimiza el uso de los recursos disponibles
- Contribuye a la disminución de las brechas sobre el acceso a servicios de salud
- Fortalece el sistema de referencia respuesta.

En esta etapa el Equipo de Salud Familiar dirigirá sus acciones hacia las personas según riesgo identificado, anotando en la Ficha de Seguimiento individual del Riesgo la fecha de la cita al Establecimiento de Salud, o la fecha en la que se realizará la visita domiciliaria. A continuación, se detallan las características y objetivos de cada una de estas acciones:

- La visita domiciliaria tiene como objetivo realizar una valoración integral de la persona, la familia y su entorno, así como las condiciones de medio ambiente, la vivienda, relaciones interpersonales y la funcionalidad familiar en la cual se desarrollan sus integrantes [3]. La visita domiciliaria no sólo se orienta a la persona en riesgo, sino que se establece una relación con los miembros de la familia lo que facilita el desarrollo de las acciones sanitarias y la detección de otros problemas de salud [4]. Durante la visita se realizarán acciones de promoción, prevención y atención clínica en aquellas personas que no puedan movilizarse de su casa.
- La cita de la persona o familia al Establecimiento de Salud. Tiene como objetivo realizar una evaluación integral en condiciones de privacidad, iluminación, ventilación y utilización adecuada del método clínico para su correcta valoración y manejo según sea el caso.
- La decisión de citar a una persona / familia, o realizar una visita domiciliaria dependerá de la magnitud del problema de salud, nivel de riesgo y accesibilidad geográfica, información que el Equipo de Salud Familiar dispone con la Ficha Familiar de Salud y el croquis de la comunidad.

El desarrollo de ambas acciones demanda que el Equipo de Salud Familiar, planifique apropiadamente la cita o la visita, determinando el día, tiempo, lugar duración, agenda de actividades entre otros.

## Objetivo general

Planificar y desarrollar acciones integrales para la provisión de servicios de promoción, prevención, curación y rehabilitación de la persona y familia de acuerdo al riesgo identificado en la Ficha Familiar de Salud, con el propósito de contribuir al mejoramiento de la situación de salud y calidad de vida de la población a cargo del Equipo de Salud Familiar.

## Objetivos específicos

- Identificar de manera rápida las necesidades de la salud de la persona y familia.
- Planificar las visitas domiciliarias y/o citas al Establecimiento de salud de la persona y familia según riesgo identificado
- Definir la intervención individual, familiar y sanitaria que promueva el continuo de la atención según el riesgo identificado mediante la definición del plan de intervención y seguimiento a las acciones definidas.
- Realizar las referencias a los servicios de salud del primer o segundo nivel de atención según la necesidad de la persona y el nivel de riesgo.

## Utilidad

El seguimiento individual es la etapa donde se hace concreta y efectivamente la entrega de servicios de promoción, prevención, curación y rehabilitación a la población asignada al Equipo de Salud Familiar, lográndose de esta manera la implementación del Modelo Nacional de Salud, en el cual se planifica y gestiona según el riesgo identificado.

## Participantes

El médico, la Licenciada en Enfermería, auxiliar de enfermería y el promotor que integran el Equipo de Salud Familiar, tienen la responsabilidad de planificar, desarrollar y evaluar todas las acciones de esta etapa con la involucración activa de las autoridades municipales, el comité comunitario, actores sociales, voluntarios de salud entre otros, según sea el caso garantizándose en todo momento la confidencialidad de la información de cada persona y/o familia.

## Materiales e insumos

- Fichas de Salud Familiar
- Hoja de seguimiento a la familia
- Ficha de seguimiento individual del riesgo
- Libros de Citas y Visitas
- Instructivo de llenado de las fichas de seguimiento individual y de la familia
- Tablero
- Listado de participantes
- Lápiz grafito y tinta

## Tiempo estimado

- Permanente



## Actividades estratégicas

En vista que en la etapa de Seguimiento Individual está orientada a la planificación y gestión de los servicios de salud que serán entregados a la población asignada al Equipo de Salud Familiar en promoción, prevención, curación y rehabilitación, los que se planifican y gestionan según el riesgo identificado.

Es importante que el Equipo de Salud Familiar tenga claridad que en esta etapa se inicia el proceso de Gestión del paciente centrado en la familia y deben tener habilidades que les permita realizar acciones de educación de las personas según el curso de vida, considerando el nivel de escolaridad, etnia, costumbres locales entre otros. También se requiere de habilidades a ser utilizadas en las visitas domiciliarias, de organización y desarrollo de sesiones educativas, consejería, de ser posible intervención en crisis.

Para las acciones comunitarias, las habilidades de comunicación, coordinación y planificación con los actores sociales serán necesarias en el abordaje de problemas comunes que afectan a toda la población, las que serán abordadas en el Plan de Desarrollo Comunitario (PDC). Las actividades estratégicas que a continuación se detallan, están enfocadas hacia la persona y la familia en riesgo desarrollándose en tres momentos; antes, durante y después.

Recuerde: En la pre-clasificación del Riesgo: el Equipo de Salud Familiar al levantar la Ficha Familiar de Salud tiene una primera impresión del riesgo lo que se corrobora en el Establecimiento de Salud al prestar el servicio al usuario(a) y será el insumo para el llenado de la Ficha de Seguimiento Individual del Riesgo. Herramienta 14

### 1. Antes:

**1.1 Reunión de organización del Equipos de Salud Familia** . La organización y planificación es importante en el inicio de cada etapa, se debe realizar una reunión de equipo que permita la discusión de la Guía Técnica para el Funcionamiento de los Equipos de Salud Familiar en el Primer Nivel de Atención, los objetivos, productos esperados, principales actividades estratégicas y distribución de las mismas entre los miembros del equipo según la Programación Semanal de Actividades (Herramienta No.1).

### 2. Durante:

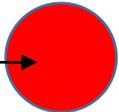
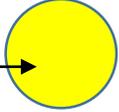
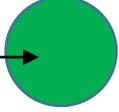
**2.1 Identificación del riesgo, priorización de la intervención y llenado de la ficha de seguimiento individual del riesgo.** Es el primer paso a realizar una vez se haya llenado la ficha familiar de salud. Para realizar los pasos de esta actividad estratégica, es indispensable tener organizado el fichero con la priorización de las citas y visitas según riesgo.

Es a partir de la priorización individual y familiar que se hará la planificación mensual y trimestral de los 2 tipos de intervenciones; visita o cita.

**2.1.1 En la vivienda cuando se ha completado el llenado de la Ficha Familiar de Salud.** Se realizará la identificación y priorización de la intervención, usando la Herramienta No. 15 y anotando en la Ficha de Seguimiento individual de Riesgo la planificación de la cita o visita.

Con la Ficha Familiar de Salud completa, se identificará y hará la selección de aquellas personas con riesgos biológicos en el grupo I, grupo II, grupo III y IV. De igual manera se hará la identificación y selección de las familias con riesgo higiénico – sanitario y socioeconómicos. La priorización estará estrechamente relacionada con el nivel de riesgo individual o familiar que se ha identificado, lo que asegurará que las intervenciones del Equipo de Salud Familiar sean oportunas y focalizadas.

La priorización de las intervenciones y frecuencia con que se realizarán, dependerá del nivel de riesgo identificado en las personas y familias con prioridad uno (color rojo), se iniciarán las intervenciones **de inmediato**, y el seguimiento se hará **mensualmente**. Mientras que las personas y familias con prioridad dos (color amarillo) se iniciarán las intervenciones **en menos de un mes** y el seguimiento se hace **cada tres meses**. Y finalmente las personas y familias con prioridad tres (color verde) se iniciarán las intervención **en un mes** y el seguimiento se hará una vez al año según se muestra a continuación:

Prioridad	Color que representa el riesgo	Frecuencia de intervención
Prioridad 1		Iniciar intervención de <b>inmediato</b> y el seguimiento se hace <u>mensualmente</u> .
Prioridad 2		Iniciar intervención <b>en menos de un mes</b> y el seguimiento se hace <u>cada tres meses</u> .
Prioridad 3		Realizar evaluación médica <u>una vez al año</u> .

Es importante tener en cuenta que con un miembro de la familia que tenga un riesgo alto, esa familia debe ser priorizada.

Inmediatamente de la priorización se debe **realizar el llenado de la Ficha de Seguimiento Individual del Riesgo** utilizando la Herramienta 15, una vez concertada la intervención con la persona, se debe utilizar lápiz grafito para anotar el



mes y día de la intervención. Se debe colocar una “C” si a la persona se le programa una cita en el ES sede del Equipo de Salud Familiar, o “V” si se planifica una visita domiciliaria.

**2.1.2 Programación de las citas al Establecimiento de Salud del Equipo de Salud Familiar o visitas domiciliarias.** Esta actividad incluye realizar la comunicación a la persona o familia y confirmar la aceptación y anuencia de atender la cita y/o visita. Deberá hacerse por escrito y se enfatizará la importancia para su salud el aceptar la visita o asistir a la cita. La cual se anotará en la Ficha de Seguimiento Individual de Riesgo (Herramienta 14) misma que será la base para el llenado de los libros de cita y visita.

El libro de visitas domiciliarias debe llevarse por ES y estará debidamente foliado con la información definida; Nombre de la comunidad, nombre de la familia/persona, riesgo detectado, fecha de la visita domiciliaria programada y recomendaciones.

Antes de realizar la cita a la persona y/o familia. Se debe establecer la coordinación con el médico del ES, definir el día y hora, comunicando el tipo de riesgo identificado y definir el servicio de atención que se debe brindar. Así mismo, deberá registrarse en el libro de citas del ES, el nombre de la persona, comunidad de procedencia, la fecha y hora acordada. Un día antes de la cita, se hará un recordatorio a través del promotor o el voluntario de salud con la utilización de la Tecnología de Información y Comunicación (TIC).

En caso de encontrar un riesgo familiar higiénico-sanitario y socioeconómico debe programarse las intervenciones sanitarias respectivas.

**2.1.3 Elaboración de la Agenda de la visita domiciliaria.** Cada visita domiciliaria debe tener los objetivos claros, lo que determinará las acciones sanitarias a desarrollar en cada una de ellas. En la primera visita, se deberá abordar el riesgo que expone a la persona y/o familia a enfermar o daño a la salud. En las subsiguientes visitas, se hará el seguimiento a los compromisos, acuerdos establecidos y planes de intervención individual y/o familiar. Para tal fin se utilizará la Herramienta No.17 que es la agenda e informe de la visita.

## **2.2 Diseño y seguimiento del plan de intervención individual y familiar.**

**2.2.1 Realizar las acciones sanitarias según agenda definida** y anotar los compromisos y acuerdos en el informe de la visita (Herramienta No.17) . Así mismo, se deberá plantear el plan de intervención individual y familiar el cual será monitoreado en las subsiguientes visitas (Herramienta No.16).

**2.2.2 Elaborar el plan de intervención individual y familiar.** De acuerdo a los riesgos encontrados y los compromisos y acuerdos establecidos, se deberá elaborar el plan de intervención con el objetivo de disminuir, controlar o modificar el riesgo. Las acciones ahí definidas, deben ser consensuadas con la persona o familia y estar acorde a sus capacidades de poderlas desarrollar.



De igual manera deberá realizarse el análisis del famiogram y de acuerdo a los riesgos familiares o individuales encontrados, deberá referirse según los casos y nivel de complejidad considerando el abordaje de otras instituciones o entes especializados.

Idealmente se entregará el original del plan de intervención al(a) jefe(a) de la familiar y una copia se llevará al ES para el respectivo seguimiento, deberá incluirse una copia en el expediente clínico.

**2.2.3 Seguimiento al plan de intervención individual del riesgo.** Según el riesgo identificado y la programación de citas o visitas el Equipo de Salud Familiar, deberá realizar el seguimiento al plan de intervención individual y familiar con el propósito de observar los cambios y plantear nuevos compromisos.

**2.3 Realizar referencia a Establecimientos de Salud del Primer o Segundo nivel de atención.** Sí al momento de la visita domiciliaria, alguna persona de la familia requiere de una atención más especializada, se deberá utilizar el sistema de referencia y respuesta (SINARR) y los mecanismos de comunicación, traslado y gestión del usuario a fin de asegurar la atención en el Establecimiento de Salud donde se refiere el usuario.

**2.4. Mapeo de riesgos biológicos y sociales.** Al finalizar la actualización y revisión del riesgo individual y después de actualizar el fichero, el equipo de salud familiar deberá hacer un mapeo de riesgos biológicos y sociales (individual y familiares). Para ello, hará una copia del croquis actualizado de la comunidad y mediante la simbología estandarizada sobre los riesgos a la salud de las personas y familiares en la Herramienta No.18 se hará el mapeo de riesgos encontrados en la Ficha Familiar de Salud.

Es importante que el equipo de salud recuerde que el croquis donde se realice el mapeo de los riesgos biológicos y sociales, ya sean individuales o familiares es de **uso restringido**, para asegurar la confidencialidad de los datos registrado de las personas y familias. Por tanto, deberá estar **guardado bajo llave y con acceso exclusivo para el equipo de salud familiar**, quienes lo utilizarán semanalmente al momento de hacer programaciones y actualización del croquis con el mapeo de los riesgos.

3. Después:

**3.1 Manejo adecuado de las Fichas de Seguimiento Individual del Riesgo y el plan de intervención.** En vista que se recolectará información personal y familiar muy sensible, es responsabilidad total del Equipo de Salud Familiar asegurar el manejo apropiado y confidencialidad de las fichas y los planes de intervención que se establezcan.

El almacenamiento de la Ficha de Seguimiento Individual del Riesgo será por comunidad y Zona de Promotor y deben mantenerse en el fichero, donde se colocarán según los meses del año en que serán atendidas las personas, ya sea por cita o visita Domiciliaria. Este

fichero estará a cargo de cada Promotor de Salud, por lo que debe existir un fichero por cada Equipo de Salud Familiar y estará ubicado en el Área de Promoción.

Las fichas estarán colocadas verticalmente dentro del fichero, clasificadas y ordenadas por mes según el riesgo, colocándolas según el semáforo: Primero las de prioridad 1, luego las de prioridad 2 y por último las de prioridad 3.

El fichero debe tener las siguientes características:

- Construido de madera o de otro material
- Dividido en doce casillas, una por mes.
- Cada una de estas casillas tendrá las siguientes medidas: 6 pulgadas de alto, 9 pulgadas de ancho y el largo dependerá de la cantidad de población a cargo del Equipo de Salud Familiar.

La ficha se ordenará en el fichero según la fecha programada, (cita o visita), para ello el Equipo de Salud Familiar sostendrá una reunión que facilitará la programación de actividades del mes siguiente. Pero, además, el médico debe consultar el fichero para conocer cuantas citas le van a llegar al día de manera previa. Así mismo, el promotor tendrá que conocer las familias a visitar, y ahí si programar las visitas por comunidad.

El Plan de Intervención (Herramienta No.- 16) deberá archiversse junto con la Ficha Familiar de Salud, puesto que se estarán utilizando y actualizando según los resultados de las citas o visitas.



**3.2 Evaluación de la etapa de Ficha de seguimiento individual.** El Equipo de Salud Familiar debe evaluar el desarrollo de la etapa Ficha de Seguimiento Individual del Riesgo focalizándose en las principales actividades realizadas, limitantes y facilitantes para continuar desempeñándose según lo establecido en los Lineamientos Operativos para el Funcionamiento del Equipo de Salud Familiar. Debe asegurarse que en cada visita que se



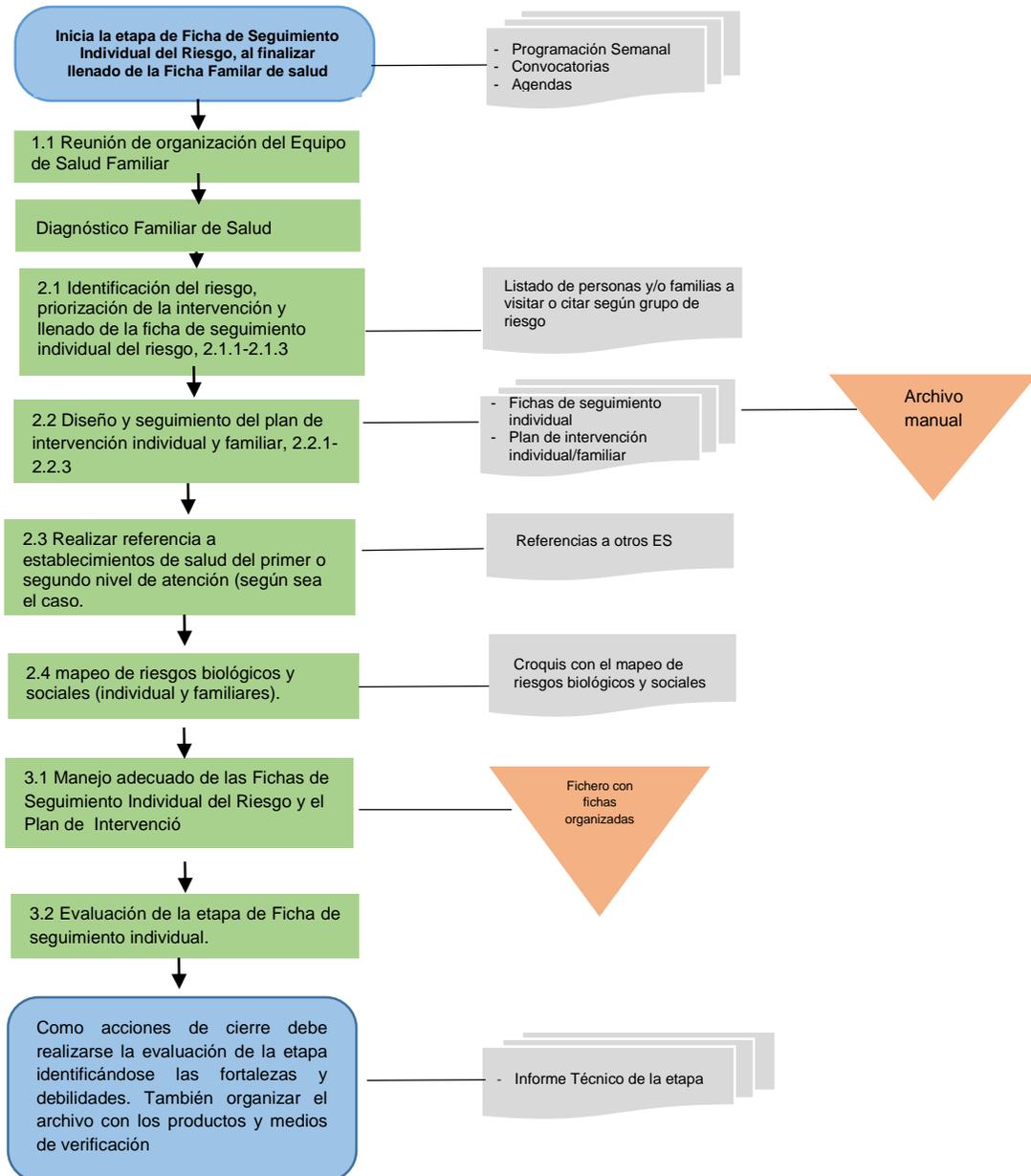
realicé se cuente con el plan de intervención y el informe de la visita de acuerdo a la Herramienta 16 y 17 respectivamente.

Resultados esperados

Al finalizar la etapa de Ficha de Seguimiento Individual del Riesgo se espera:

- Programación de visitas domiciliarias
- Ficha de Seguimiento Individual del Riesgo con definición de fecha para cita o visita
- Planes de intervención individual y familiar establecidos
- Informes de la visita domiciliaria.
- Informe Técnico de la etapa (Herramienta No. 8).

## Diagrama de flujo de actividades en la etapa de “Seguimiento Individual del Riesgo”





**Herramientas de trabajo  
en la etapa de  
Seguimiento Individual del Riesgo**

Herramienta No. 14  
Ficha de Seguimiento Individual



**SUBSECRETARIA DE REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD**  
**DIRECCIÓN GENERAL DE REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD**  
**DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE PRIMER NIVEL DE ATENCION**

**Ficha de Seguimiento individual del Riesgo**

Nombre del Establecimiento de Salud: \_\_\_\_\_ Región: \_\_\_\_\_  
 Nombre del Equipo de Salud Familiar: \_\_\_\_\_ Sector: \_\_\_\_\_  
 Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
 Número de Identidad: \_\_\_\_\_ Número de vivienda: \_\_\_\_\_  
 Número de teléfono fijo o Celular: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_  
 Grupo de Riesgo: \_\_\_\_\_ Fecha de Fallecimiento: \_\_\_\_\_

Año	Edad	Riesgo Nuevo	Antecedente de Riesgo	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
2015					V:09		C:17								
2016															
2017															
2018															
2019															
2020															
2021															

Cada persona deberá contar con una Ficha de Seguimiento Individual del Riesgo, la cuál será llenada en lápiz carbón, y organizada por meses en un tarjetero ubicado en el Establecimiento de Salud; el tarjetero estará a cargo de cada Promotor de Salud. Una vez se realice la actividad correspondiente, las fichas deberán ser organizadas en el mes correspondiente a la próxima actividad de visita domiciliaria o consulta que se realizará. Las actividades que se realicen serán encerradas en círculos una vez se vayan cumpliendo según lo planificado, ya sean consultas o visitas domiciliarias.

Las actividades serán planificadas según grupo de Riesgo, Colocándose una “C”: si le corresponde Cita en la sede del Equipo de Salud Familiar, o “V”: si se le planifica visita domiciliar a la persona, y debe anotar la fecha programada en la misma casilla.

**Riesgo Nuevo:** Persona que presenta o debuta con un nuevo grupo de riesgo o enfermedad crónica en el año actual.

**Antecedentes de Riesgo:** Son los grupos de riesgo o enfermedad crónica diagnosticados en años anteriores

## Herramienta No.15

### Crterios para priorizar las intervenciones según riesgo familiar

  				
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN				
Fecha de Actualización: Agosto, 2016				
CONDICIONES PARA PRIORIZAR LAS INTERVENCIONES SEGUN RIESGO FAMILIAR				
	CRITERIOS			FRECUENCIA DE INTERVENCIÓN
	BIOLOGICOS	✓ HIGIENICOS SANITARIOS Y SOCIO-ECONOMICOS	✓	
Priorización <b>1</b>	1) Embarazada sin atención prenatal o puerpera sin atención.	1) Hogar con extrema pobreza según NBI.		Inicia la intervención de inmediato, y el seguimiento las realiza mensualmente.  Las intervenciones se realizan según normativa nacional (Conjunto de prestaciones de servicios de salud)
	2) Embarazada sin esquema de vacuna.	2) Con exposición a riesgo ambiental (inundaciones, derrumbes, contaminación ambiental).		
	3) Embarazada sin pruebas de VIH o Sífilis.	3) Tienen perros y gatos sin vacuna.		
	4) Embarazada con hipertensión arterial.			
	5) Desnutrición infantil o materna.			
	6) Persona clasificada en el grupo <b>III</b> que abandonó tratamiento o sin tratamiento o del grupo <b>IV</b> .			
	7) Embarazo en menores de 18 años.			
	8) Mujer mayor de 30 años sin toma de citología cervical.			
	9) Niños o niñas con esquema de vacunación incompleto para edad.			
	10) Algún miembro de la familia con cualquier tipo de demencia.			
	11) Algún miembro de la familia en estado terminal de su enfermedad.			
	12) Intento y pensamiento de suicidio en cualquiera de los miembros de la familia.			
	13) Riesgos laborales peligrosos como: exposición a plaguicidas sin protección u otros.			
	14) Violencia doméstica, abuso, y uso de drogas o alcoholismo.			
Priorización <b>2</b>	1) Embarazada con atención prenatal incompleto o puerpera según la norma.	1) Hogar pobre según NBI.		Inicia la intervención en menos de un mes, y el seguimiento cada tres meses.  Las intervenciones se realizan según normativa nacional (Conjunto de prestaciones de servicios de salud)
	2) Mujer con vida sexual activa que no usa método de planificación familiar.	2) Consumo de agua tratada pero con almacenamiento		
	3) Mujer mayor de 30 años sin toma de citología cervical en último dos años.	3) Tiene criaderos de zancudos, chinches y otros vectores.		
	4) Niños o niñas menores de 5 años sin control de crecimiento y desarrollo.	4) Animales de crianza que no estén aislados de la vivienda.		
	5) Niños, niñas o adolescentes con ausentismo escolar.			
	6) Toda persona clasificada en el grupo <b>II</b> , y el grupo <b>III</b> con tratamiento y compensada (atención médica).			
	7) Un miembro de la familia con mala salud bucal.			
	8) Embarazada con esquema de vacuna incompleto			
Priorización <b>3</b>	1) Mujer embarazada con atención prenatal completo según norma	1) Familia sin exposición a riesgo ambiental (contaminante ambiental).		Inicia la intervención en un mes, y el seguimiento una vez al año.  Las intervenciones se realizan según normativa nacional (Conjunto de prestaciones de servicios de salud)
	2) Niños o niñas con control de crecimiento y desarrollo.	2) Familia que consume agua tratada, almacena, y manipula adecuadamente		
	3) Persona clasificada en el grupo <b>I</b> .	3) Familia con uso y mantenimiento adecuado de letrina o inodoro o servicio sanitario		
	4) Niños, niñas y adolescentes escolarizados.	4) Sin criaderos de vectores (incluye pila y/o barriles con tapadera y sin presencia de larvas)		
	5) Mujeres que se ha realizado la citología en el último año.	5) Cocina dentro o fuera de la casa con leña, estopa de coco o carbón con chimenea.		
		6) Manejo adecuado desecho o basura.		
		7) Perros o gatos vacunados.		

La definición establece a un hogar como pobre si presenta dos o tres de las condiciones, ó en situación de extrema pobreza si presenta más de cuatro condiciones de Socio-económicas como sigue. (vease parte posterior para más detalles)

- ① La vivienda tiene características físicas inadecuadas.
- ② La vivienda tiene servicios inadecuados.
- ③ El hogar se encuentra en un estado de hacinamiento crítico.
- ④ En el hogar existen niños (as) que no asisten a la escuela ( 6 a 12 años ).
- ⑤ El hogar tiene una alta dependencia económica.

**NBI CONSIDERADAS PARA EL CASO DE HONDURAS**

<u>Agua</u>									
	•	No tener acceso a agua potable dentro de la propiedad (viviendas urbanas)							
	•	No tener acceso a agua de un sistema de tubería o pozo (viviendas rurales)							
<u>Saneamiento</u>									
	•	No tener un servicio sanitario de fosa simple (vivienda urbana)							
	•	No tener por lo menos una letrina de fosa simple (vivienda rural)							
<u>Educación primaria</u>									
	•	Que los niños de edad primaria no estén matriculados en la escuela (hogares urbanos y rurales)							
<u>Capacidad de subsistencia</u>									
	•	Que el jefe del hogar tenga menos de tres años de educación escolar y no se encuentre empleado y que no exista por lo menos una persona ocupada para cada tres miembros del hogar. (urbano y rural)							
<u>Hacinamiento</u>									
	•	Que existan más de tres personas por habitación, excluyendo baños. (hogares urbanos y rurales)							
<u>Estado de la vivienda</u>									
	•	Que la vivienda sea improvisada y construida con desechos y que tenga piso de tierra. (vivienda urbana)							
	•	Que la vivienda sea improvisada y construida con desechos (vivienda rural).							

Fuente : República de Honduras (2005) Estrategia para la Reducción de la Pobreza, p10



## Herramienta No. 16

### Plan de intervención para la persona o familia

#### **I. Datos generales**

1.1 Nombre de la comunidad: \_\_\_\_\_ 1.2 Sector: \_\_\_\_\_ 1.3 Zona: \_\_\_\_\_ 1.4 No. Casa: \_\_\_\_\_

1.5 Establecimiento de Salud: \_\_\_\_\_ 1.6 Región Sanitaria: \_\_\_\_\_

1.7 Nombre del responsable del diseño del plan de intervención: \_\_\_\_\_

#### **II. Plan de intervención**

2.1 Nombre del usuario o familia a ser visitada: \_\_\_\_\_

2.2 Dirección completa: \_\_\_\_\_

2.3 Fecha de elaboración del plan: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

2.4 A quién está dirigido el plan de intervención (marcar X): Familia: \_\_\_\_\_ Persona: \_\_\_\_\_

2.5 Fortalezas de la familia o la persona: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2.6 Objetivo del plan de intervención a corto plazo: \_\_\_\_\_

Riesgo identificado	Área de intervención según riesgo identificado*	Acción a realizar acordadas con familia/persona**	Meta o compromiso de la familia/persona para próxima visita

\*Las áreas de intervención son: Promoción, Prevención, Curación, Rehabilitación

\*\* Acción a realizar debe ser según el Conjunto Garantizado de Prestaciones

Fecha de próxima visita: \_\_\_\_\_

**Nombre y firma de la persona visitada**

**Nombre y firma del responsable  
Del Equipo de Salud Familiar**



## Herramienta No. 17

### Agenda e informe de la visita domiciliaria

#### **I. Datos generales**

1.1 Nombre de la comunidad: \_\_\_\_\_ 1.2 Sector: \_\_\_\_\_ 1.3 Zona: \_\_\_\_\_ 1.4 No. Casa: \_\_\_\_\_

1.5 Establecimiento de Salud: \_\_\_\_\_ 1.6 Región Sanitaria: \_\_\_\_\_

1.7 Nombre del responsable en hacer la visita: \_\_\_\_\_

#### **II. Programación de la visita domiciliaria**

2.1 Nombre del usuario o familia a ser visitada: \_\_\_\_\_

2.2 Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora de llegada \_\_\_: \_\_\_ AM/PM Hora de finalización \_\_\_: \_\_\_ AM/PM

2.3 Dirección completa: \_\_\_\_\_

2.4 Riesgo Identificado (describir el grupo de riesgo (os): \_\_\_\_\_

2.5 Motivo de la visita: \_\_\_\_\_

2.5 A quién se dirige la visita (marcar X): Familia: \_\_\_\_\_ Persona: \_\_\_\_\_

2.7 Acciones a realizar (Dependerán del tipo de riesgo y los avances que se obtengan):

Promoción: \_\_\_\_\_

Prevención: \_\_\_\_\_

Curación: \_\_\_\_\_

Rehabilitación: \_\_\_\_\_

#### **III. Informe de la visita domiciliaria**

3.1 Se definió un plan de intervención (marcar X): Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

3.2 El plan de intervención es para (marcar X): la familia: \_\_\_\_\_ o la persona: \_\_\_\_\_

3.3 Acuerdos establecidos

Promoción: \_\_\_\_\_

Prevención: \_\_\_\_\_

Curación: \_\_\_\_\_

Rehabilitación: \_\_\_\_\_

**Nombre y firma de la persona visitada**

**Nombre y firma del responsable del  
Equipo de Salud Familiar**

**Herramienta No. 18**  
Simbología a utilizar en el croquis

Símbolo	Representa
Embarazadas	Rosado 
Personas Hipertensas	Amarillo 
Personas Diabeticas	Rojo 
Personas Asmáticas	Celeste 
Personas Epilépticas	Morado 
Persona con Discapacidad	Negro 
Personas con Tuberculosis	Anaranjado 
Niños (as) < 2 años con Diarrea	Verde limón 
Niños (as) < 5 años con desnutrición	Cafe 
Niños (as) < 5años con esquemas	Verde hoja 
Niños (as) < 2 años	Azul 
Personas violentadas	Lila 
Hogares con extrema pobreza	Gris oscuro 
Hogares con exposición a riesgo ambiental	Gris claro 



**Etapa 7:**  
**Diagnóstico Comunitario de Salud**  
**Actualizado**

## 5.7. Diagnóstico Comunitario Actualizado.

Para desarrollar la etapa siete; Diagnóstico Comunitario de Salud Actualizado, todas las etapas anteriores deben haberse ejecutado en su totalidad, debido que en esta etapa se finaliza el análisis de la situación de salud de las familias y comunidades; información clave para elaborar la programación de actividades del Equipo de Salud Familiar y brindar la asistencia técnica para el diseño del Plan de Desarrollo Comunitario (PDC).

Esta etapa consiste en consolidar toda la información obtenida, analizarla para finalmente describir las características de las viviendas; abastecimiento de agua, agua de consumo, eliminación de excretas, eliminación de basuras, escolaridad, así como las características de las personas y familias; sexo, parentesco, fecha de nacimiento, edad, etnia, escolaridad, ocupación, clasificación del riesgo, planificación familiar, antecedentes de enfermedades crónicas y la evaluación del riesgo.

La información recolectada en la Ficha Familiar de Salud cumple con los dos criterios de uso de los registros de datos en salud: individual y estadístico. El uso individual se cumple al obtener datos de las personas y familias para priorizar las necesidades de salud y asegurar la continuidad de la atención a través de las visitas domiciliarias o las citas al Establecimiento de Salud. Mientras que el uso estadístico se cumple cuando se hace manejo de los registros contenidos en la base de datos para obtener el panorama completo de una comunidad, lo cual se realizará en esta etapa mediante el análisis de información de la Ficha Familiar de Salud, pero además con la actualización de la información recolectada en la Herramienta No. 10 Diagnóstico Comunitario de Salud Preliminar y otras fuentes secundarias.

Este análisis representa la línea de base (ex ante) o punto de partida y permitirá establecer las metas que se deberán alcanzar con las intervenciones (medio término), así como la medición de los logros y el impacto en la salud de la comunidad asignada a los Equipos de Salud Familiar. Para llegar a este análisis, hay un paso previo que debe realizarse y es la revisión de la calidad del dato. Donde se busca asegurar que los registros cumplan con los criterios de completitud, validez y exactitud.

Se reconoce la importancia que tiene el disponer de información actualizada, pero también es importante que la comunidad conozca los resultados y se involucre en la búsqueda de soluciones a la problemática identificada, es decir, que exista una participación comunitaria real y efectiva.

### Objetivo general

Realizar la actualización y análisis de la información del Diagnóstico Comunitario en Salud preliminar con los datos obtenidos en la Ficha Familiar de Salud y con la participación activa de voluntarios de salud, ONG y Autoridades Locales, con el propósito de promover el empoderamiento de la comunidad.

### Objetivos específicos

- Analizar la información de la Ficha Familiar de Salud que permita actualizar el DCS
- Identificar las prioridades para las intervenciones sanitarias (salud pública) en base a la Herramienta No.16, de investigación y docencia que orientarán el diseño del Plan de Desarrollo Comunitario (PDC).

### Utilidad

La actualización del DCS permite confirmar y modificar la información sobre la situación de salud de la comunidad, lo que permitirá además plantear inicialmente las intervenciones sanitarias adecuadas para la población considerando el curso de vida.

### Participantes

El médico del Equipo de Salud Familiar tiene la responsabilidad primaria de conducir la planificación y desarrollo de la actualización del DCS con el apoyo del resto del equipo. Es imprescindible involucrar activamente al punto focal o contraparte de la alcaldía municipal, el comité comunitario, actores sociales, voluntarios de salud entre otros.

### Materiales e insumos

- Informe del Diagnóstico Comunitario en Salud Preliminar
- Base de datos con información de la Ficha Familiar de Salud
- Ficha Familiar de Salud
- Copia de croquis final de la comunidad
- Convocatoria y agenda de las reuniones
- Presentaciones o papelógrafo con los temas a desarrollar
- Listado de participantes
- Lápices y marcadores de colores
- Papel bond blanco y rotafolio

### Tiempo estimado

- Un mes aproximado

### Actividades estratégicas

En coherencia con los objetivos y resultados que se esperan a continuación se detallan las actividades estratégicas a realizar en los tres momentos definidos; antes, durante y después

1. Antes:

**1.1 Reunión de organización del Equipo de Salud Familiar .** De la misma manera que se han iniciado las etapas anteriores, el Equipo de Salud Familiar debe realizar la reunión en la cual discutirán la Guía Técnica para el Funcionamiento de los Equipos de Salud Familiar en el Primer Nivel de Atención, los objetivos, productos esperados, principales actividades estratégicas y harán la distribución de las actividades las que deberán describirse en la Programación Semanal de Actividades (Herramienta No.1).



**1.2 Establecer la coordinación con las Autoridades Municipales**, instituciones (pública y no pública) u organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, los voluntarios de salud, y Establecimientos de Salud (ES), con el propósito de programar la visita a las comunidades para confirmar y actualizar la información según la Herramienta No. 10 del DCSP, así como la programación de la reunión de socialización de resultados con la comunidad.

**1.3 Revisión de la base de datos según la Ficha Familiar de Salud, que asegure la calidad de la información.** Se busca asegurar que los registros cumplan con los criterios de completitud, exactitud y coherencia. La completitud está presente cuando en todas las casillas o espacios se registra la información solicitada [5]. La exactitud de la información producida, es el grado con el cual los datos entregados estiman o describen correctamente las cantidades o características que deben medir [6]. Y la coherencia se refiere cuando no hay contradicción entre los datos o conceptos utilizados [7].

La revisión de la calidad del dato se hará para reducir la posibilidad de errores en la base de datos, requiriéndose la disponibilidad de la Ficha Familiar de Salud con la información colectada.

**1.3.1 Se hará mediante la revisión de datos por dos personas de manera individual.** Estas personas pueden ser asignadas según la disponibilidad de personal que manejen base de datos en el Equipo Coordinador de la Red (ECOR) o se contratarán los servicios de un especialista para realizar el doble control de datos. El cual debe hacerse mediante una revisión automatizada obteniendo las frecuencias para cada variable contenida en la base de datos. De existir datos faltantes o inconsistencias, debe clarificarse con las notas de campo, revisando las fichas en donde se genera la inconsistencia o como último recurso regresar a la comunidad y visitar nuevamente la familia u otra acción que el Equipo de Salud Familiar determine siempre teniendo el cuidado de asegurar los aspectos éticos.

**1.3.2 Revisar el 20% de los registros en la base de datos.** Es importante señalar que, si los datos verificados por los evaluadores muestran grandes diferencias, se debe tomar el 20% de las fichas de manera aleatoria a fin de comparar la base de datos con cada Ficha Familiar de Salud seleccionada. Si las inconsistencias continúan, tendrá que hacerse una revisión cada una de las fichas y levantar una segunda digitación. Hasta estar seguros que la base de datos no tiene inconsistencias, se procederá al análisis de los datos según las secciones de la ficha.

2. Durante:

**2.1 Desarrollo de una jornada de análisis de información**, donde el Equipo de Salud Familiar realizará las siguientes acciones:



**2.1.1 Análisis de datos según las variables de cada sección contenidas en la Ficha Familiar de Salud,** utilizando el software disponible. Se obtendrán las frecuencias y porcentajes para cada categoría de las variables evaluadas. De tener datos de fichas familiar de años anteriores hacer análisis comparativo para ver tendencia.

**2.1.2 Elaborar una tabla por cada sección y hacer el llenado de los datos obtenidos** en el análisis según se muestra en la Herramienta No. 19. Posteriormente y al pie de cada tabla realizarán la descripción e interpretaciones de los resultados lo que permitirá realizar las conclusiones respectivas. Esta sección será incluida en el informe del DCS Actualizado.

**2.1.3. Identificar los principales problemas de salud.** Basado en los datos obtenidos con la Ficha Familiar de Salud, consolidados y analizados epidemiológicamente con apoyo de la Región Sanitaria, es necesario identificar los principales problemas de salud. Para ello, se revisará cada una de las tablas con la información obtenida en la herramienta No.18, y responder las siguientes preguntas que orientan a las conclusiones del Diagnóstico Comunitario de Salud Actualizado:

¿Qué problemas de salud muestran los datos obtenidos con la Ficha Familiar de Salud?

¿Cuáles son las características de las viviendas?

¿Cuáles son las características sociodemográficas de la población?

¿Cuáles con los riesgos presentes en la población?

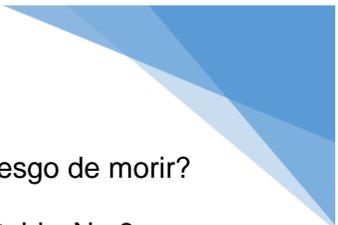
¿Cuáles son las enfermedades más prevalentes en la comunidad?, por sexo?  
¿Y por curso de vida?

¿Cuáles son los riesgos que representa peligro para la vida de las personas?  
(ver causas de mortalidad)

Este paso es muy necesario porque son los elementos clave para priorizar los problemas de salud las que se deberá incluir en la propuesta para el Plan de Desarrollo Comunitario. Para ello, se colocará en la lista de problemas de salud priorizados, los 10 problemas que afectan más a la población.

**2.1.4 Priorización de problemas de salud.** Posterior a identificar los problemas de salud, es necesario realizar una priorización de los problemas de salud según la información obtenida con la herramienta No.18. Para ello se responderá a dos preguntas

- ¿Cuáles son los 10 problemas de salud que más afectan a la comunidad? Colocar aquellas patologías o riesgos que tienen los mayores porcentajes en la población.



- ¿Cuáles son los problemas de salud que exponen a la población al riesgo de morir?

Posteriormente al contestar las preguntas, se procederá a llenar la tabla No.8 que está en la herramienta No. 18.

**2.1.5 Mapeo de los riesgos biológicos, higiénicos, sanitarios y socioeconómicos.** El Equipo de Salud Familiar, dispondrá del croquis de la comunidad; actualizado y finalizado, con el fin de hacer el mapeo de los riesgos identificados con la Ficha de Salud Familiar, herramienta que ayuda a la identificación de riesgos individuales y familiares, los cuales deben mapearse para generar un análisis espacio-población. Para ello se deberá realizar los siguientes pasos:

**a)** Usando el croquis final de la comunidad, se deberá obtener una copia completa de dicho croquis. Luego se revisará cada Ficha Familiar de Salud e identificarán los riesgos higiénicos sanitarios, biológicos y socio-económicos por cada familia.

**b)** De encontrar en la Ficha Familiar de Salud Riesgos Higiénicos Sanitarios marcar con lápiz grafito, el código R- HS, en la vivienda del croquis que corresponde al mismo número de casa escrito en la ficha. De la misma manera se realizará el mapeo de los otros riesgos: Biológicos (R-B) y Riesgos Socio-económicos (R- SE).

Si una familia tiene simultáneamente riesgos higiénicos-sanitarios, biológicos y socioeconómicos, se utilizará el código de RM, que significa la presencia de múltiples riesgos

**c)** Al modificarse el riesgo señalado, el Equipo de Salud Familiar podrá borrar o cambiar el tipo de riesgo. Por ello, es la importancia de escribir los códigos con lápiz grafito.

**d)** Debido al tipo de información individual y familiar que será mapeado en el croquis, es necesario asegurar, mantener y guardar este croquis en un lugar adecuado y de acceso restringido. El uso y manejo de este croquis es exclusivo para el Equipo de Salud Familiar al que corresponda.

**2.2 Completar el informe del DCS actualizado.** Al finalizar el análisis de las variables contenidas en la base de datos de la Ficha de Salud Familiar y la descripción e interpretación de datos, el Equipo de Salud Familiar debe:

**2.2.1 Utilizar la herramienta No. 12- A** y actualizar los datos descritos en la sección III. Caracterización de la Comunidad, específicamente las secciones a, b, c, y d.

**2.2.2** Agregar la información analizada y descrita en la herramienta No. 19, como una nueva sección al informe.

**2.2.3 Realizar una revisión de los principales problemas de salud de la comunidad** referidos en la herramienta No. 10 (Inciso e), con los principales



problemas de salud identificados en la tabla 4 de la herramienta No. 18 y hacer una conclusión que oriente si existe diferencias o similitudes entre ambas fuentes.

**2.3 Coordinar y planificar la reunión de socialización y discusión de datos DCS actualizado** con el responsable municipal, los voluntarios de salud y otros actores sociales. Se recomienda preparar los materiales, presentaciones, agenda, logística e insumos que se requieran para la actividad.

**2.4 Socializar los datos del DCSA con autoridades y actores sociales.** En esta actividad debe darse participación en la agenda, a las personas de la comunidad que han estado acompañando el proceso y que son parte de los actores sociales. Siempre debe dejarse el tiempo para preguntas, respuestas y sugerencias por los miembros de la comunidad y autoridades.

---

3. Después:

**3.1 Envío del DCSA al Coordinador de la Red, director/a de ES.** Con el propósito de realizar la revisión y retroalimentación al documento.

**3.2 Revisión y retroalimentación al Diagnóstico Comunitario de Salud Actualizado.** El Coordinador de la Red, director/a de ES, realizarán la revisión y retroalimentación al informe del Diagnóstico Comunitario en Salud actualizado en el término de 10 días a partir de la fecha de recepción. Esta revisión tiene como finalidad asegurar que la etapa se desarrolló según los lineamientos. Una vez revisado, deberá ser enviado al Equipo de Salud Familiar para su respectivo ajuste.

**3.3 Ajustes al informe de Diagnóstico Comunitario de Salud Actualizado según retroalimentación.** El Equipo de Salud Familiar tendrá una jornada de trabajo para incorporar las recomendaciones y hacer los ajustes finales al informe del DCS Actualizado según la revisión del Coordinador de la Red, director/a del ES (Herramienta No.20).

**3.4 Presentación del DCSA para aprobación.** El Equipo de Salud Familiar enviará la versión final del DCSA al Coordinador/a de la Red, director/a o del ES, quienes emitirán un oficio de aprobación.

**3.5 Evaluación de la etapa de Diagnóstico Comunitario Actualizado.** El Equipo de Salud Familiar debe evaluar el desarrollo de la etapa analizándose los logros obtenidos, las facilitantes y obstáculos presentados para tomar acciones correctivas en las acciones futuras.

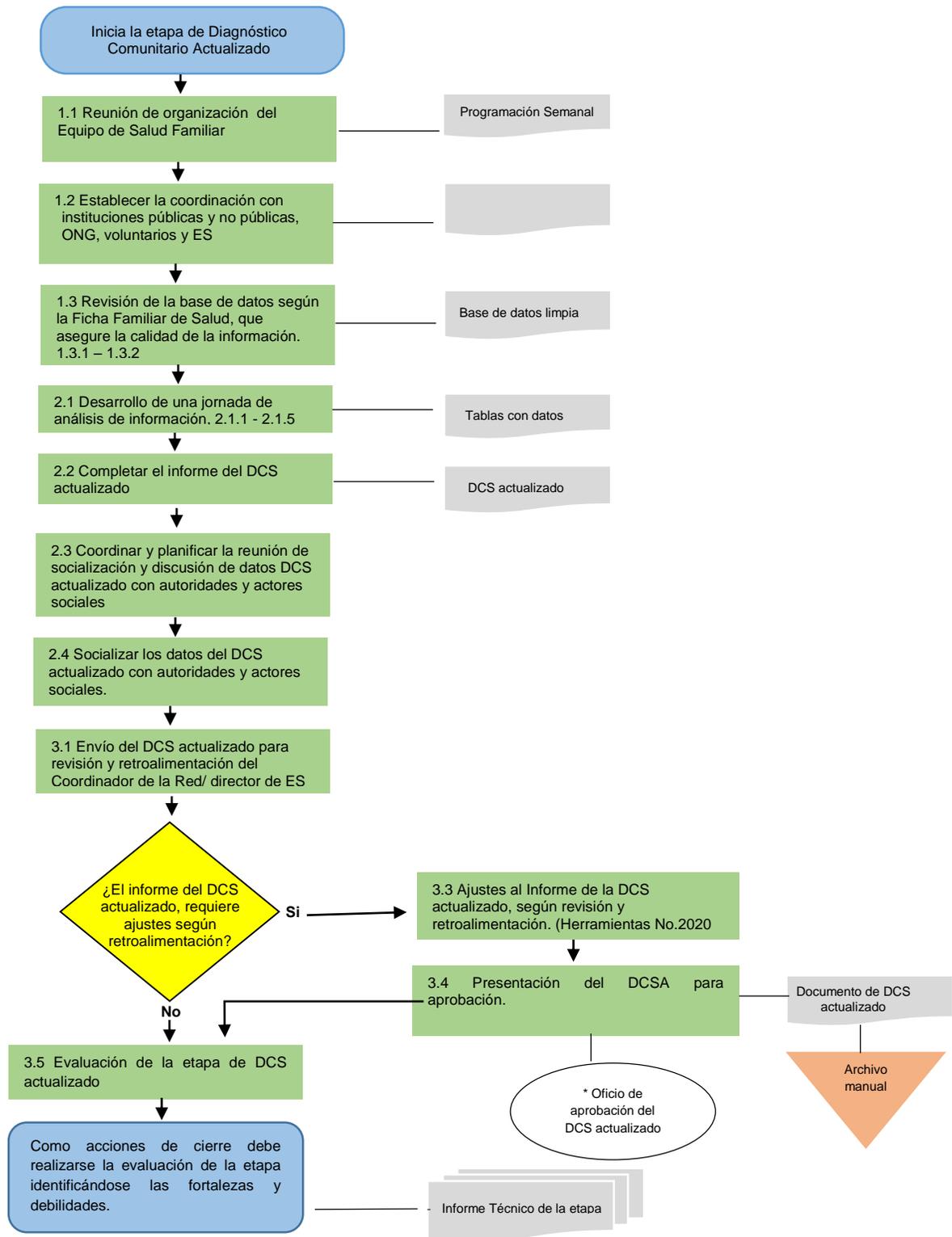


## Resultados esperados

Al finalizar la etapa se espera obtener:

- Documento de Diagnóstico Comunitario en Salud Actualizado con todos los elementos y aspectos descritos, analizados y discutidos con la comunidad.
- Mapeo de riesgos en el croquis de la comunidad.
- Población de las comunidades conocen el DCS actualizado y comprende la magnitud de los mismos. Oficio de aprobación del Coordinador/a de la Red/ director/a del ES.
- Informe técnico de la etapa (Herramienta No. 8)

## Diagrama de flujo de actividades en la etapa de “Diagnóstico Comunitario Actualizado”





**Herramientas de trabajo  
en la etapa de  
Diagnóstico Comunitario de Salud  
Actualizado**

## Herramienta No. 19

### Tablas con datos de la Ficha Familiar de Salud según base de datos

Tabla No1. Características de vivienda, abastecimiento de agua, agua para consumo, eliminación de excretas y eliminación de basura de la comunidad de \_\_\_\_\_, según las Fichas Familiares de Salud de la comunidad, para el año \_\_\_\_

Secciones/variables	n*	N**	%***
<b>Información del Hogar</b>			
Techo con materiales de desecho			
Paredes con materiales de desechos			
Pisos de tierra			
Fogón sin Chimenea dentro de la vivienda			
Criaderos de vectores			
Animales dentro de la vivienda			
<b>Abastecimiento de agua</b>			
Pozo público			
Pozo domiciliario			
Carro Cisterna			
Corrientes superficiales			
Llave pública			
Llave en domicilio			
<b>Agua para consumo</b>			
No tratada			
Purificada (botellón)			
Filtrada			
Hervida			
Clorada			
<b>Eliminación de excretas</b>			
Aire libre			
Letrina de fosa simple			
Letrina de cierre hidráulico			
Servicio sanitario			
<b>Eliminación de basuras</b>			
Tren de aseo			
La entierra			
Quema de basura			
Aire libre			
<b>Otros aspectos económicos</b>			
Energía eléctrica			
Hacinamiento			
Beneficiarios del bono			

\*n es el número de familias/personas que tienen la característica consultada

\*\* N es el total de familias/personas según la Ficha Familiar de Salud

\*\*\* %, es el porcentaje obtenido de dividir  $n/N \times 100$

Tabla No 2. Características sociodemográficas de la población de la comunidad de \_\_\_\_\_, según las Fichas Familiares de Salud de la comunidad, para el año \_\_\_\_

Secciones/variables	n*	N**	%***
<b>Sexo</b>			
Hombre			
Mujer			
<b>Edad por curso de vida</b>			
Niñez			
Adolescentes			
Adultos			
Adultos mayores			
<b>Etnia</b>			
Maya Chortís			
Lenca			
Misquito			
Nahua			
Pech			
Tolupan			
Tawahkas			
Garífuna			
Negro de habla inglesa			
Mestizo/Ladino			
Otro			
<b>Actualmente trabaja</b>			
Si			
No			
<b>Ocupación</b>			
Dirección de empresas/administración pública			
Técnicos y profesionales científicos e intelectuales			
Técnicos y profesionales de apoyo			
Empleados de tipo administrativo			
Trabajadores de servicios de restauración, personales, de protección y vendedores de los comercios			
Trabajadores calificados en la agricultura y pesca			
Artesanos y trabajadores calificados de las industrias manufactureras, la construcción, la minería, excepto los operadores de instalaciones y maquinarias			
Operadores de instalaciones y maquinaria y montadores			
Trabajadores no calificados			
Fuerzas armadas			
Ama de casa			
Estudiante			

\*n es el número de familias/personas que tienen la característica consultada

\*\* N es el total de familias/personas según la Ficha Familiar de Salud

\*\*\* %, es el porcentaje obtenido de dividir  $n/N \times 100$

Tabla No 3. Clasificación de personas según riesgos del grupo II en la población de la comunidad de \_\_\_\_\_, según las Fichas Familiares de Salud de la comunidad, para el año \_\_\_\_\_

Secciones/variables	n*	N**	%***
Embarazada adolescente(<18 <sup>a</sup> )			
Embarazada en mayores de 35 años			
Embarazada con intervalo < 2 años			
Embarazada sin atención prenatal			
Embarazada sin prueba de VIH y sífilis			
Embarazada sin esquema de vacuna			
Puerperio			
Cesárea anterior			
Parto difícil (distócico)			
Aborto a repetición			
Multiparidad			
Recién nacido con Apgar de 6 al primer minuto			
Trauma obstétrico			
Bajo peso al nacer			
Peso estacionario en niños/as <5 años			
No lactancia materna exclusiva en < 6 meses			
Contacto con persona que tiene alguna enfermedad transmisible			
Antecedentes de enfermedades respiratorias			
Antecedentes de sepsis (madre e hijo/a)			
Hijo/a de madre infectada con hepatitis B o VIH			
Hijo/a de madre con VIH que no recibe leche artificial (<1 año)			
Enfermedad diarreica a repetición			
IRA a repetición			
Retraso del desarrollo psicomotor			
Mordedura de animales			
No sabe leer, ni escribir			
Deserción y retraso escolar			
Hábito de bebida alcohólica y otras adicciones			
Hábito de fumar			
Antecedentes alérgicos			
Conductas inadecuadas			
Riesgos en el trabajo			
Antecedentes de intento de suicidio			
Hijo/a de madre adolescente o embarazo oculto o rechazado			
Padre/madres ausentes por mucho tiempo			
Violencia doméstica			
Madre o padre soltero			
Otros riesgos			

Tabla No 4. Clasificación de personas según riesgos del grupo III en la población de la comunidad de \_\_\_\_\_, según las Fichas Familiares de Salud de la comunidad, para el año \_\_\_\_

Secciones/variables	n*	N**	%***
Desnutrición infantil			
Desnutrición materna			
Hipertensión arterial			
Enfermedad cerebrovascular			
Diabetes			
Diarrea crónica			
Tuberculosis			
Meningitis			
Malaria			
Sarampión			
Hepatitis			
Epilepsia			
Asma bronquial			
Infecciones de transmisión sexual			
VIH/sida			
Neumonía			
Neoplasia (cáncer)			
Otras enfermedades crónicas			
Multimedicado/a			
Obesidad			
Lepra			
Toxemia de embarazo			
Anemias de células falciformes			
Reumatismo			
Depresiones			
Esquizofrenia			
Otras enfermedades			

\*n es el número de familias/personas que tienen la característica consultada

\*\*N es el total de familias/personas según la Ficha Familiar de Salud

\*\*\* %, es el porcentaje obtenido de dividir  $n/N \times 100$

Tabla No 5. Distribución de personas con discapacidad según sexo en la población de la comunidad de \_\_\_\_\_, según las Fichas Familiares de Salud de la comunidad, para el año \_\_\_\_

Secciones/variables	Hombres			Mujeres			Total		
	n*	N**	%***	n*	N**	%***	n*	N**	%***
Discapacidad por accidentes									
Discapacidad por enfermedad									
Discapacidad congénita									

\*n es el número de familias/personas que tienen la característica consultada

\*\* N es el total de familias/personas según la Ficha Familiar de Salud

\*\*\* %, es el porcentaje obtenido de dividir  $n/N \times 100$

Tabla No 6. Clasificación de grupos de riesgo y antecedentes de enfermedades crónicas por sexo en la población de la comunidad de \_\_\_\_\_, según las Fichas Familiares de Salud de la comunidad, para el año \_\_\_\_

Secciones/variables	Hombres			Mujeres			Total		
	n*	N**	%***	n*	N**	%***	n*	N**	%***
<b>Clasificación del riesgo</b>									
Grupo I: Personas aparentemente sana									
Grupo II: Personas con riesgos									
Grupo III: Personas enfermas									
Grupo IV: Personas con discapacidad									
<b>Reciben tratamiento de enfermedades crónicas</b>									
- Si									
- No									

\*n es el número de familias/personas que tienen la característica consultada

\*\*N es el total de familias/personas según la Ficha Familiar de Salud

\*\*\* %, es el porcentaje obtenido de dividir  $n/N \times 100$

Tabla No.7 Clasificación de riesgos higiénicos sanitarios y socioeconómicos de la comunidad de \_\_\_\_\_, según las Fichas Familiares de Salud de la comunidad, para el año \_\_\_\_

Secciones/variables	n*	N**	%***
<b>Riesgos higiénicos sanitarios</b>			
I: Dos o más condiciones inadecuadas (según Sección No.2)			
II: Una condición inadecuada (según Sección No.2)			
III: Ninguna condición inadecuada (según Sección No.2)			
IV: Está en otra condición inadecuada			
<b>Riesgos Socio-económicos</b>			
1. La vivienda con características físicas inadecuadas			
2. La vivienda con servicios sanitarios inadecuados			
3. El hogar con hacinamiento crítico			
4. El hogar con niños/niñas de 6 a 12 años que no asisten a la escuela			
5. El hogar con alta dependencia económica			
<b>Clasificación del hogar según nivel de pobreza</b>			
- Hogar con pobreza extrema			
- Hogar pobre			
- Hogar ninguno			

\*n es el número de familias/personas que tienen la característica consultada

\*\*N es el total de familias/personas según la Ficha Familiar de Salud

\*\*\* %, es el porcentaje obtenido de dividir  $n/N \times 100$

Tabla No.8 Priorización de problemas de salud según magnitud y el riesgo de morir de la comunidad de \_\_\_\_\_, según las Fichas Familiares de Salud de la comunidad, para el año \_\_\_\_

No.	10 problemas de salud	% (de ocurrencia)	Magnitud (grande, mediana, pequeña según el porcentaje encontrado)	Expone a la población al riesgo de morir	Clasificación de la prioridad del 1 al 10
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

Es importante que el Equipo de Salud Familiar analice los problemas e identifique determinantes o causas de los problemas. Luego se determinan necesidades para abordar los determinantes o causas. (Se ve el ejemplo en la siguiente Tabla No. 9.)

**Tabla No. 9**

No.	Problema	Determinantes o causas	Necesidades
	Multiparidad	Falta de planificación familiar	Promoción de métodos de planificación familiar



Herramienta No. 20  
Informe del Diagnóstico Comunitario de Salud Actualizado

Carátula (una página)

Acrónimos, Símbolos y términos abreviados (una página).

Tabla de contenido (una página).

I. Introducción (una página).

II. Objetivos (una página).

III. Caracterización de la comunidad (Las necesarias para desarrollar todas las secciones)

- a) Descripción del área geográfica: Hacer una descripción según la información obtenida y presentar tablas resumen donde aplique. (ACTUALIZAR)

Limites y/o referencias de la comunidad (*Norte, Sur, Este y Oeste*), extensión territorial en Km<sup>2</sup>, población: total, por sexo, urbano y rural, población por grupos de edad: por sexo. (ACTUALIZAR)

También se hará la descripción y características de las viviendas, No. de viviendas en total, No. de viviendas con características físicas inadecuadas, No. de viviendas con Techo inadecuado, No. de viviendas con Piso inadecuado, No. de viviendas con Paredes inadecuadas, No. de viviendas a más de dos horas del Establecimiento de Salud, No. de familias con la condición de abastecimiento de agua, No. de viviendas/familias con la condición higienico-sanitaria. (ACTUALIZAR)

- b) Organización comunitaria y actores sociales. Describa el Nombre de organizaciones existentes en la comunidad, si existe Junta de Agua describa los nombres de las personas y cargos, No. Total de miembros de las organizaciones comunitarias. (ACTUALIZAR)

Describa el No. de voluntarios de salud: Voluntarios, Parteras capacitadas, No capacitadas y Otros (Nombre y Número), si los voluntarios de salud poseen Censo, Croquis y Planes (hacer una tabla). (ACTUALIZAR)

- c) Características socioeconómicas: Debe describirse las actividades económicas de la comunidad, principales vías de comunicación y acceso, medios de transporte, y los medios de comunicación e información existentes. (ACTUALIZAR)

- d) Educación: Se requiere la descripción del número de centros educativos: pre básico, básico, media (especifique, si es Técnico), colegios nocturnos y universidades, todos



los centros descritos deben tener el número de estudiantes, No. de centros educativos públicos y No. de no públicos. También debe incluirse el número de personas analfabetas y de personas en programas de alfabetización (hacer una tabla resumen). (ACTUALIZAR)

#### **Análisis de situación de salud.**

- e) Principales problemas de salud según el registro de atenciones diarias (Herramienta 10). En esta sección se debe describir y graficar los problemas de salud que más afecta a la comunidad por sexo y curso de vida.
- f) Principales problemas de salud según la información de la tabla No. 8 de la Herramienta 19). En esta sección se debe describir y graficar los problemas de salud que más afecta a la comunidad por sexo y curso de vida.

Incluir una conclusión respecto a la revisión de los principales problemas de salud de la comunidad referidos en la herramienta No. 10 (Inciso e), con los principales problemas de salud identificados en la herramienta No. 19 (tabla No.8), destacando las similitudes y diferencias.

- g) Servicios de salud; en esta sección del informe se requiere la descripción del número total de Establecimiento de Salud existentes, cuántos son públicos, cuantos son No públicos, No. de laboratorios clínicos no públicos, número de lugares con ventas de medicinas incluyendo las de medicina tradicional.
- h) Vulnerabilidad frente a desastres naturales o situaciones de emergencia: debe identificarse la existencia de seis tipos de riesgo. Y si existiera otro riesgo, describirlo. Describir la existencia del CODEL, Plan de emergencia local, personal comunitario entrenado en el abordaje y prevención de los desastres naturales y si tienen definido un sistema de comunicación en caso de emergencia.
- i) Otra infraestructura: Debe describirse la existencia de iglesias, las denominaciones, los responsables que las dirigen, casas comunales, centros de recreación y esparcimiento.
- j) Proyectos en desarrollo a nivel de la comunidad: Se requiere la descripción y el número de proyectos desarrollándose en la comunidad, el nombre de los proyectos y quiénes los realizan (instituciones, organizaciones y nombre de las personas responsables)

IV. Conclusiones (media página).

V. Recomendaciones (media página).

VII. Bibliografía (una página).

VIII. Anexos (Agendas de las reuniones, croquis con el mapeo de los riesgos)



# **Etapa 8: Programación de Actividades**



## 5.8 Programación de Actividades

La programación de actividades que desarrollará el Equipo de Salud Familiar es la etapa 8 del proceso de operativización de los lineamientos para el funcionamiento del Equipo de Salud Familiar. Consiste en planificar y desarrollar las acciones sanitarias para resolver los problemas de salud identificados y los riesgos individuales y familiares según la información obtenida en las etapas anteriores; Diagnóstico Comunitario de Salud Preliminar, Diagnóstico Familiar de Salud (Ficha Familiar de Salud), Seguimiento Individual de Riesgo y el Diagnóstico Comunitario Actualizado.

Con la información obtenida, se requiere considerar las necesidades identificadas en cada una de las comunidades y hacer una priorización, para establecer los objetivos y estrategias de abordaje hasta obtener la lista de actividades a programar. Por tanto, el resultado que se obtendrá es una programación de actividades basada en evidencia; la cual fue obtenida con la participación de la población al expresar las necesidades sentidas, los actores sociales, autoridades municipales y el Equipo de Salud Familiar, saliéndose del estilo tradicional de planificación de acciones sanitarias.

En la definición de las estrategias y acciones sanitarias, es muy importante que el Equipo de Salud Familiar, tome decisiones según las necesidades identificadas y priorizadas, pero también oriente sus esfuerzos en la entrega de servicios descritos en el Conjunto Garantizado de Prestaciones de Servicios de Salud, por curso de vida, riesgo y ambiente de desarrollo humano según las áreas de intervención detalladas en el Anexo 5 de los Lineamientos Operativos para el funcionamiento del Equipo de Salud Familiar: Conjunto de Prestaciones y Servicios de Salud en el hogar

- Comunidad
- Hogar
- Ambiente escolar
- Ambiente laboral y,
- Establecimientos de salud

El desarrollo y éxito del cronograma de actividades es proporcional al compromiso que tenga el Equipo de Salud Familiar, así como de las personas, familias, comunidades, autoridades municipales, líderes y actores sociales. Por tanto, existe un nivel de corresponsabilidad de todas las partes en el mejoramiento del estado de salud de la población asignada. Lo anterior indica que la participación de todos los actores es clave (participación comunitaria e intersectorial) en el planteamiento de las estrategias y acciones sanitarias para lograr los cambios deseados en materia de salud.

El trabajo comunitario con la participación de todas las estructuras existentes es uno de los componentes fundamentales de la Atención Primaria de Salud (APS) para garantizar el acceso de la población a los servicios de salud. Así mismo, es importante considerar en la programación de actividades por tipo de intervención contenida en el Conjunto Garantizado



de Prestaciones y Servicios de Salud (CGPSS), los que están focalizado a la promoción, prevención, curación y rehabilitación.

### Objetivo general

Planificar la respuesta de las acciones sanitarias con el propósito de contribuir a un cambio a nivel comunitario en el mejoramiento de la situación de salud y calidad de vida de la población asignada, asegurando la participación de la persona, familia, comunidad, autoridades municipales, líderes y actores sociales mediante la aplicación del Conjunto Garantizado de Servicios de Salud de acuerdo a la capacidad resolutive de las Redes Integradas de Servicios de Salud.

### Objetivos específicos

- Analizar la problemática de salud de la comunidad y priorizar las intervenciones según los riesgos identificados.
- Clasificar y priorizar las intervenciones en salud según los riesgos individuales y familiares identificados
- Identificar las acciones sanitarias que serán ejecutadas en coordinación con los Comités Comunitarios de Salud, los voluntarios de salud, autoridades municipales y otros actores sociales.
- Contribuir al cumplimiento de metas que se establecen en las Redes Integradas de Servicios de Salud y de las Regiones Sanitarias de Salud.

### Utilidad

La programación de actividades sanitarias permite que el Equipo de Salud Familiar, se focalice en el abordaje de las necesidades de salud de la población asignada mediante la priorización de acciones basada en los riesgos individuales, familiares y comunitarios identificados, para mejorar la situación de salud y calidad de vida de la población asignada con la participación de la persona, familia, comunidad y autoridades municipales.

### Participantes

El coordinador/a del Equipo de Salud Familiar tiene la responsabilidad primaria de conducir la programación de actividades con el apoyo del resto del equipo. Es imprescindible involucrar activamente al punto focal o contraparte de la Alcaldía Municipal y que asuman la corresponsabilidad con , el Comité Comunitario de Salud, voluntarios de salud y actores sociales entre otros.

### Materiales e insumos

- Informe del Diagnóstico Comunitario de Salud Actualizado
- Mapas y croquis previos
- Presentaciones o papelógrafo con los temas a desarrollar
- Listado de participantes
- Lápices tinta, grafito, de colores y marcadores permanente de colores
- Papel bond blanco y rotafolio

## Tiempo estimado

- Dos o tres semanas para la planificación de actividades en el ES aproximadamente y un año para la ejecución.

## Actividades estratégicas

De acuerdo al análisis realizado en las otras etapas y la información estratégica que se ha obtenido, es importante que el Equipo de Salud Familiar comprenda y desarrolle acciones orientadas por dicha información (información para la acción) y enmarcadas en el quehacer establecido en los lineamientos. No obstante, existen otras acciones que van más allá y debe insertarse en un contexto más amplio como el Plan de Desarrollo Comunitario (PDC). Por tanto, se recomienda que, en esta etapa, se consideren las acciones asignadas a los equipos. A continuación, se detallan las actividades estratégicas a realizar en los tres momentos definidos; antes, durante y después.

### 1. Antes:

**1.1 Reunión de organización del equipo de salud familiar.** Se debe realizar la reunión con el fin de discutir la Guía Técnica para el Funcionamiento de los Equipos de Salud Familiar en el Primer Nivel de Atención, los objetivos, productos esperados, principales actividades estratégicas y realizar la distribución de las actividades que serán plasmadas en la Programación Semanal de Actividades (Herramienta No.1).

**1.2 Revisión y utilización de la información.** En las etapas anteriores el Equipo de Salud Familiar obtuvo información importante de la comunidad para la toma de decisiones basada en evidencia. Por ello, al realizar la programación de actividades se debe disponer de los insumos que se detallan:

- a) Ficha Familiar de Salud con la información recolectada y analizada de todas las familias de la comunidad
- b) Fichas de Seguimiento Individual de Riesgo
- c) Diagnóstico Comunitario de Salud Actualizado para revisar y utilizar dicha información

La revisión y utilización de la información obtenida en las etapas anteriores especialmente de la ficha familiar de salud y de seguimiento individual del riesgo, orientará al Equipo de Salud Familiar a tomar decisiones basados en la evidencia al momento de realizar la programación de actividades.

**1.3 Listado de necesidades priorizadas del AGI.** Considerando los resultados del análisis de la etapa de Diagnóstico Comunitario Actualizado, se debe realizar la lista de necesidades priorizadas del AGI para identificar alternativas de solución o satisfactores (Ver anexo 2).



2. Durante:

**2.1 Establecimiento de objetivos y estrategias.** De acuerdo a la priorización de necesidades, el Equipo de Salud Familiar deberá definir los objetivos y estrategias o acciones a desarrollar según el Conjunto Garantizado de Prestaciones y Servicios de Salud por curso de vida, riesgo y ambiente de desarrollo humano. En coherencia con lo anterior, el Equipo de Salud Familiar deberá utilizar la Herramienta No.21 para la definición de necesidades priorizadas, actividades (metodología), lugar, participante, recursos materiales responsable, resultado esperado y gastos/fuente de financiamiento.

**2.2 Elaboración de la programación de actividades.** De acuerdo al análisis anterior el Equipo de Salud Familiar debe realizar la programación de actividades utilizando el formato definido en los Lineamientos Operativos para el Funcionamiento del Equipo de Salud Familiar y que en esta guía se encuentra en la Herramienta No.22. Se requiere programar las acciones sanitarias en todos los meses del año, dependiendo de la priorización y la frecuencia con que se realizará el seguimiento. Esta programación debe hacerse por cada comunidad.

**2.3 Incorporación de la propuesta de programación de actividades con las alcaldías y actores sociales.** Considerando que en la respuesta a las necesidades de salud de la población existe una corresponsabilidad del individuo, familia, comunidad y otros actores sociales, el Equipo de Salud Familiar debe coordinar, apoyar técnicamente y solicitar junto con la comunidad a las autoridades municipales un punto de agenda para presentar el análisis realizado, con el propósito de incluir el Plan de Desarrollo Comunitario (PDC) al Plan de Desarrollo Municipal (PDM) de la alcaldía las acciones sanitarias identificadas y programadas.

Se debe realizar gestiones con otros actores sociales para incluir en los planes de intervención las necesidades de salud priorizadas y la respuesta local según corresponda. De esta manera se promoverá el enfoque de abordaje integral, coordinado y sectorial, lo que asegurará mejores resultados. Esta actividad requiere de hacer el seguimiento a las solicitudes, preparar y desarrollar las presentaciones y establecer los compromisos y acuerdos en el desarrollo de las intervenciones sanitarias.

**2.4 Socialización de la programación de actividades con los voluntarios de salud y otros actores sociales.** Es imprescindible que el Equipo de Salud Familiar coordine la fecha, hora y lugar de la reunión y preparen los materiales, presentaciones electrónicas, agenda, logística e insumos requeridos en la actividad. En esta actividad debe darse participación a las personas de la comunidad que acompañaron el proceso e identificar las acciones sanitarias que puedan desarrollar. La reunión debe finalizar, obteniendo las conclusiones y recomendaciones que contribuyan al mejoramiento de la situación de salud de la población en cada comunidad. Deberá levantarse un acta de la reunión que servirá como insumo en el seguimiento de los acuerdos, compromisos establecidos, y medio de verificación de la actividad realizada.



**2.5 Ajustar la programación de actividades según la reunión con las autoridades municipales, los voluntarios de salud y actores sociales.** Posterior a las discusiones el equipo de Salud Familiar hará el ajuste a la programación final de acciones sanitarias para incorporar las sugerencias o recomendaciones y principales acuerdos establecidos.

Es importante asegurar la inclusión de todas las acciones sanitarias en vista que esta programación es una herramienta para elaborar el POA presupuesto del ES, el cual está enmarcado en el Plan Estratégico y Operativo de la Red, donde se definen metas programáticas y presupuestarias.

**2.6 Implementación de acciones sanitarias según la programación.** Es importante evaluar cada actividad después de implementarla para planificar actividades de la siguiente etapa. Herramienta No. 22)

Se recomienda incluir durante el mes todas las acciones programadas en equipo, así como los eventos a nivel de la comunidad (asambleas comunitarias, reuniones de comités y otras) para compartir información y resultados de su accionar. Una vez desarrollada la actividad programada, el Equipo de Salud Familiar deberá describir en el libro de actas de la comunidad las actividades realizadas diariamente (incluyendo las que no tenían programadas), las limitantes presentadas, así como la reprogramación de actividades en caso de no haberlas ejecutado.

3. Después:

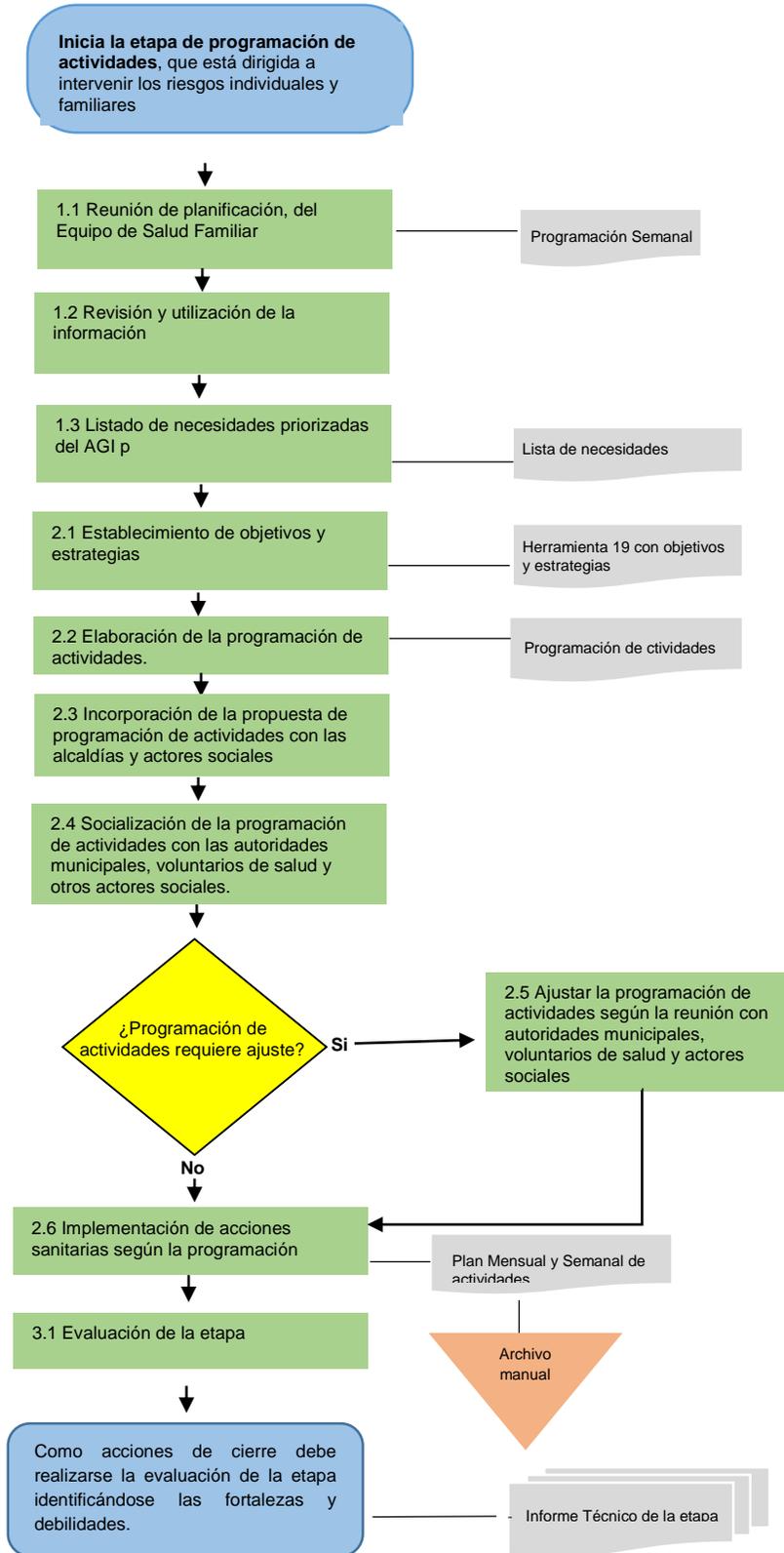
**3.1 Evaluación de la etapa.** El Equipo de Salud Familiar debe evaluar el desarrollo de la etapa, considerando las principales actividades realizadas, las limitantes y facilitantes que contribuyeron al logro de los resultados esperados en la misma.

#### Resultados esperados

Al finalizar la etapa se espera obtener:

- Programación de actividades sanitarias
- Informe técnico de la etapa (Herramienta No. 8)

## Diagrama de flujo de actividades en la etapa de "Programación de Actividades"





# Herramientas de trabajo en la etapa de Programación de Actividades



Herramienta No. 22

Cuadro de evaluación para una actividad

Cuadro de evaluación por actividad			
Nombre de actividad			
Nombre de evaluador(a)		Fecha de evaluación	/ /
Número de personas quienes participaron a la actividad y sus cargos	<b>Total ( ) personas</b> detalle: Equipo de Salud Familiar ( ) personas, Voluntarios de Salud ( ) personas, Municipalidad ( ) personas, Habitantes ( ) personas, Otros (detalle.: total :		
Resultado esperado			
¿Qué porcentaje logró si compara con el resultado esperado ?		( ) porcentajes (%)	
Razón de porcentaje			
Medidas para alcanzar 100 %			

Ejemplo de descripción

Cuadro de evaluación por actividad			
Nombre de actividad	Educación sobre la importancia del uso de letrina		
Nombre de evaluador(a)	Lic. OOOO OOOO	Fecha de evaluación	1 / Sep. / 2017
Número de personas quienes participaron a la actividad y sus cargos	<b>Total ( 88 ) personas</b> detalle: Equipo de Salud Familiar ( 3 ) personas, Voluntarios de Salud ( 0 ) personas, Municipalidad ( 0 ) personas, Habitantes ( 0 ) personas, Otros (detalle.: alumnos 80 personas, maestros 5 personas, total 85 personas)		
Resultado esperado	Que todos alumnos (100 personas) reciban la educación sobre la importancia del uso de letrina		
¿Qué porcentaje logró si compara con el resultado esperado ?		( 80 ) porcentajes (%)	
Razón de porcentaje	Aunque los alumnos quienes recibieron la educación entendieron la importancia del uso de letrina, todavía falta de educación para los alumnos de quinto año (20 personas).		
Medidas para alcanzar 100 %	Educación para los alumnos de quinto año en el 10 de Septiembre 2017.		



**Etapa 9**  
**Plan de Desarrollo Comunitario**  
**(Asesoría Técnica)**

## 5.9 Plan de Desarrollo Comunitario (Asistencia Técnica)

El Plan de Desarrollo Comunitario (PDC) es la etapa nueve en la Operativización de los Lineamientos para el Funcionamiento del Equipo de Salud Familiar, la cual brinda una serie de acciones para que el Equipo de Salud Familiar participe y facilite el abordaje sectorial a las determinantes de la salud identificadas en las etapas anteriores. El Plan de Desarrollo Comunitario (PDC), es una herramienta que permite atender las necesidades básicas insatisfechas, y los riesgos identificados en el individuo, la familia y comunidad que afectan la salud con el propósito de mejorar la calidad de vida de la comunidad y promover el desarrollo de un determinado territorio [1].

En una definición más amplia, el PDC representa uno de los medios para el empoderamiento de la gestión local por los actores sociales. El proceso de formulación debe ser un medio de reflexión y concientización para superar la cultura paternal y generar la solidaridad, la corresponsabilidad, la confianza, la tolerancia, la participación cívica y la identidad local; creando las bases para la ampliación y la mejora del vínculo social [8].

Para abordar las determinantes sociales y problemas de diversa índole y magnitud, **el PDC es de carácter multisectorial, siendo las autoridades municipales y locales quienes deben dirigir el proceso de la elaboración, la implementación y la evaluación, involucrando a todos los sectores.** Por ello, es necesario determinar cuáles problemas o determinantes requieren ser atendidos con mayor urgencia o son más importantes para mejorar la calidad de vida de la población y que serán incluidos en el PDC.

Es importante tener en cuenta que cada comunidad debe tener un PDC, debido a que los problemas son particulares y diferentes de una comunidad a otra. Por tanto, un municipio deberá tener el número de PDC proporcional al número de comunidades que lo integran, facilitando de esta manera el diseño y/o actualización del Plan de Desarrollo Municipal (PDM), basado en la demanda y la necesidad de las comunidades.

Es importante señalar que el proceso de elaboración de los PDC, es conducido por la Secretaría de Gobernación, Justicia, Derechos Humanos y Descentralización a través de una metodología que tiene por objetivo el Fortalecimiento de las Capacidades Locales (FOCAL), promoviendo la participación incluyente de todas las organizaciones civiles comunitarias e instituciones públicas y no públicas, que intervienen en el territorio municipal, para la formulación, promoción y participación del desarrollo local.

El Equipo de Salud Familiar como parte del engranaje comunitario, brindará la asesoría técnica y colaboración en el proceso del PDC y le dará seguimiento y apoyo técnico a la ejecución del PDC. **El Equipo de Salud Familiar debe ser capacitado por la instancia correspondiente (Alcaldías Municipales) en la metodología de la elaboración del PDC,** según la metodología enmarcados en la Ley de Municipalidades que define los servicios municipales en función de las necesidades básicas de la población con respecto a la higiene,



la salud, el medio ambiente, la educación, la cultura, el deporte, el ordenamiento urbano y rural, en general aquellos que se requieran [9].

### Objetivo general

Brindar asistencia técnica a la comunidad en la elaboración de PDC y darle seguimiento a la ejecución y la evaluación del mismo, mediante el empoderamiento de la comunidad, que facilite la formulación de programas y proyectos en mejora de la calidad de vida de la población según las necesidades y problemática de la salud identificada.

### Objetivos específicos

- Asegurar acompañamiento a la comunidad con la asistencia técnica del Equipo de Salud Familiar en la elaboración, ejecución y evaluación del Plan de Desarrollo Comunitario.
- Orientar sobre las acciones en salud pública que deben incluirse en el PDC para mejorar la situación de salud y calidad de vida de la población.
- Establecer el vínculo entre la programación de actividades del Equipo de Salud Familiar, el Plan de Desarrollo Comunitario y el Plan de Desarrollo Municipal

### Utilidad

La asistencia técnica que el Equipo de Salud Familiar brindará es de vital importancia para el diseño, ejecución y evaluación del Plan de Desarrollo Comunitario, generando la oportunidad para promover el desarrollo integral a través del empoderamiento del individuo, familia y comunidad. El PDC facilita la negociación y coordinación de las acciones en el abordaje de las determinantes que influyen en la salud y las necesidades identificadas anteriormente.

### Participantes

El Equipo de Salud Familiar tiene el rol de brindar la asistencia técnica en promover, coordinar y apoyar el desarrollo o la actualización del PDC para asegurar que en dicho plan se establece conforme a las necesidades de la población.

### Materiales e insumos

- Informe del Diagnóstico Comunitario de Salud Actualizado
- Copia del croquis actualizado de la comunidad
- Programación de actividades del Equipo de Salud Familiar

### Tiempo estimado

- Un mes y medio aproximadamente

### Actividades estratégicas:

Para llevar a cabo una asistencia técnica efectiva en el desarrollo del PDC, se requiere que el Equipo de Salud Familiar se prepare. A continuación, se detallan las actividades estratégicas a realizar en los tres momentos definidos; antes, durante y después.

#### 1. Antes:

**1.1 Planificación y organización de la etapa de Plan de Desarrollo Comunitario.** El Equipo de Salud Familiar debe realizar la reunión con el fin de discutir los Lineamientos y Guías técnicas para el funcionamiento de los Equipos de Salud Familiar, los objetivos, productos esperados, principales actividades estratégicas y realizar la distribución de las actividades que serán plasmadas en la Programación Semanal de Actividades (Herramienta No.1).

**1.2 Solicitar a la municipalidad los documentos utilizados en el diseño del Plan de Desarrollo Comunitario,** para que el Equipo de Salud Familiar pueda brindar asistencia técnica en la elaboración/actualización del PDC. Se debe disponer de los documentos que representan el marco legal y conceptual en la elaboración de dichos planes:

- Ley de Municipalidades
- Normativa para la elaboración de PDM
- Manual de proceso de levantamiento del Diagnóstico Municipal
- Planificación del desarrollo comunitario y municipal
- Informe municipal de línea base para PDC y PDM actualizado (en caso de que un municipio terminó la elaboración del informe).

**1.3 Revisión, actualización/elaboración del PDC según sea el caso de cada comunidad lo que corresponde a salud.**

**1.3.1 Analizar un PDM existente.** En caso que un municipio terminó la elaboración del PDM, el Equipo de Salud Familiar deberá analizarlo y revisar las recomendaciones conforme a las necesidades que anteriormente habían sido identificadas en las comunidades asignadas y las intervenciones fueron ejecutadas.

**1.3.2 Identificar la necesidad técnica en la elaboración de PDC.** En caso que comunidad no haya finalizado o está en proceso de la elaboración del PDC, se debe comparar los datos de línea base levantados con las necesidades que anteriormente habían sido identificadas en las comunidades asignadas al Equipo de Salud Familiar y las intervenciones fueron programadas en el PDC.

El Equipo de Salud Familiar identificará la necesidad de la asistencia técnica a los actores locales para el proceso de la elaboración del PDC



2. Durante:

**2.1 Dar a asistencia técnica y participar en el proceso de la elaboración y ejecución del PDC.** El Equipo de Salud Familiar tiene toda la información sobre la situación de salud actualizada, así como de las prioridades de necesidades de la población asignada. Esta información debe ser utilizada en la generación no solamente de las acciones sanitarias, sino también sociales al intervenir las determinantes. Es responsabilidad del Equipo de Salud Familiar asegurar la vinculación entre las necesidades de salud y el PDC para una respuesta amplia.

El Equipo de Salud Familiar debe preguntar a la municipalidad la fecha de reuniones de asamblea comunitaria y el Comité Sectorial de Salud, para solicitar su participación en el proceso de elaboración del PDC. En las primeras reuniones, el Equipo de Salud Familiar, deberá ser acompañado por un representante del ECOR. En el Comité Sectorial de Salud, tiene definido los siguientes procesos para elaborar el PDC:

1. Elaboración del plan de trabajo
2. Análisis de problemas de sector de salud en base a los datos de indicadores recolectados
3. Determinación de idea de proyectos
4. Priorización de proyectos
5. Programación de actividades y proyectos
6. Consolidados de costos del PDC por el sector de salud, la cual será realizada por quienes dirigen el proceso.

El Equipo de Salud Familiar debe acompañar en los 6 procesos descritos anteriormente. Dar la asistencia técnica en el proceso del análisis de problemas del sector salud, comparando los datos de indicadores recolectados por el comité y los datos obtenidos por el Equipo de Salud Familiar con el propósito de profundizar el análisis de situación de salud de la comunidad.

Durante la ejecución del PDC el Equipo de Salud Familiar se responsabilizará por las actividades de su dominio, es decir aquellas sobre las cuales tiene el control de los recursos, medios y bienes para realizarla, y orientará sobre las actividades de no dominio. Además, debe apoyar los esfuerzos de monitoreo y evaluación que realicen tanto la comunidad, como la municipalidad.

**2.2 Dar a asistencia técnica y participar en el proceso de la elaboración y ejecución del PDM.** El Coordinador/a de la Red (ECOR) o Coordinador/a del ES, debe gestionar la participación o atender la invitación para ser miembro en el Comité Temático Interinstitucional presidido por el alcalde, donde el Equipo de Salud Familiar recomendará los proyectos priorizados del PDC especialmente los relacionados con la salud, para ser incorporados al PDM y Plan de Inversión Municipal Anual (PIMA). Adicionalmente deben proporcionar apoyo técnico al seguimiento monitoreo y evaluación de proyectos efectuados plasmados en el PDM.



3. Después:

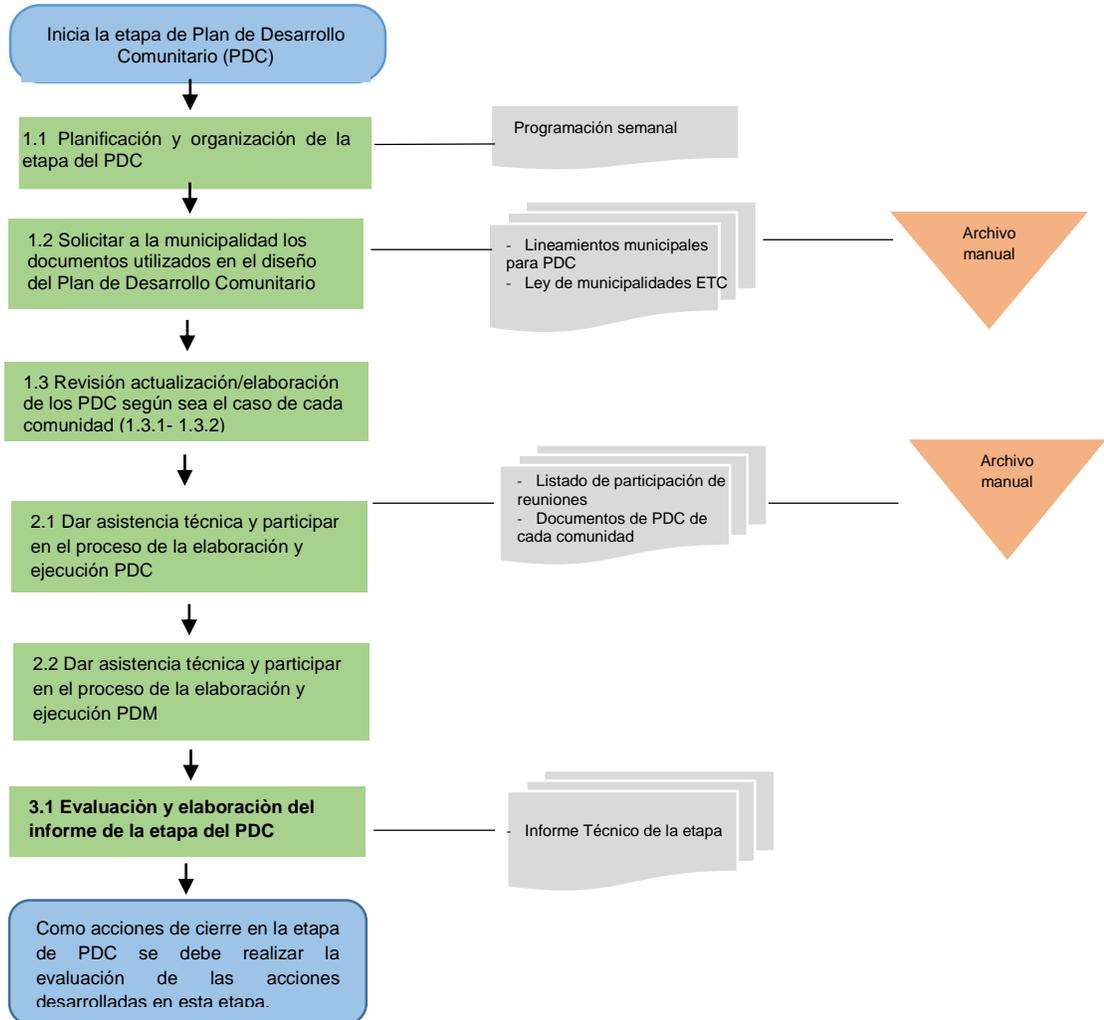
**3.1 Evaluación y elaboración del informe de la etapa.** El Equipo de Salud Familiar debe evaluar el desarrollo de la etapa y se elaborará el informe técnico detallándose las principales actividades realizadas según la Herramienta No.8, adjuntándose los documentos producidos, lista de asistencia, actas.

#### Resultados esperados

Al finalizar la etapa se espera obtener:

- La incorporación de las acciones sanitarias de abordaje sectorial en el PDC, ya sea en un documento preliminar o finalizado.
- Integración del Equipo de Salud Familiar en el proceso de elaboración/actualización del PDC, verificado mediante la lista de asistencia y actas de las reuniones.
- Informe técnico de la etapa (Herramienta No. 8).

## Diagrama de flujo de actividades en la etapa de “Plan de Desarrollo Comunitario”





# **Etapa 10**

## **Auto-monitoreo**



## 5.10 Auto-monitoreo

Es la última etapa del proceso de Operativización de los Lineamientos para el Funcionamiento del Equipo de Salud Familiar. El auto monitoreo es realizado por el Coordinador del Equipo de Salud Familiar para verificar las acciones sanitarias realizadas y si están de acuerdo a lo establecido en Lineamientos. Consiste en cuantificar y cualificar el desarrollo de las diferentes etapas realizadas, para tomar decisiones y hacer ajustes oportunos en el cumplimiento de su desempeño.

Para un mejor entendimiento de esta etapa, una definición que se debe clarificar es el monitoreo, considerado como *“un elemento administrativo, es decir realiza un control cronológico tanto del cumplimiento de las acciones previstas en el Plan Operativo como del ritmo de ejecución de las partidas del presupuesto. La información que se genera en el monitoreo con este enfoque, gira en torno a si realizaron o no una actividad. Por otra parte, el monitoreo con un enfoque estratégico es una herramienta de la coordinación del establecimiento que provee de insumos para la mejor utilización de los recursos, el cumplimiento óptimo de las actividades previstas en las mejores condiciones de calidad técnica y la satisfacción tanto del cliente como del trabajador [10].*

El propósito del auto monitoreo es promover el mejoramiento continuo del desempeño y los servicios que brinda el Equipo de Salud Familiar y mejore la calidad en la implementación de sus actividades programadas. Es un proceso sistemático, que pretende identificar los logros, cumplimiento de las acciones en cada etapa, así como los puntos críticos y obstáculos/barreras presentados para realizar los respectivos ajustes [1]. Las barreras pueden ser en el ámbito del conocimiento, de las actitudes, de las habilidades, pero también se pueden presentar barreras estructurales y externas sobre las cuales hay que intervenir [11].

El auto monitoreo, es el primer paso hacia el mejoramiento continuo de la calidad, porque permite desde la perspectiva interna del Equipo de Salud Familiar la revisión y análisis de las acciones realizadas promoviendo una crítica constructiva y la búsqueda de las posibles alternativas de solución en la mejora del desempeño. Requiere de la recopilación, sistematización, análisis y valoración de la información relativa al desarrollo de las acciones y los resultados obtenidos en las diferentes etapas de los Lineamientos Operativos para el Funcionamiento del Equipo de Salud Familiar.

Este proceso permite identificar las fortalezas y oportunidades, con lo que podrá definirse y poner en marcha un plan de mejora del desempeño del Equipo de Salud Familiar. Asimismo, el auto monitoreo cumple con una función esencial durante la aplicación del plan de mejora, en vista que, a través de éste, se podrá establecer qué tanto se ha avanzado, cuáles son los resultados y qué ajustes se requieren realizar.

## Objetivo general

Realizar el auto monitoreo con enfoque estratégico de las etapas y acciones realizadas según los Lineamientos Operativos para el Funcionamiento del Equipo de Salud Familiar que permita conocer los logros, resultados alcanzados y obstáculos en el desarrollo de dichos equipos, con el propósito de desarrollar un plan de mejora y asegurar el cumplimiento de las diferentes etapas y acciones sanitarias.

## Objetivos específicos

- Promover en el Equipo de Salud Familiar la revisión, análisis interno y crítica constructiva de las acciones realizadas en cada una de las etapas.
- Aplicar el instrumento de auto monitoreo en la operacionalización de las funciones del Equipo de Salud Familiar, para conocer los logros, resultados alcanzados y obstáculos/barreras, así como las causas que influyen en el cumplimiento del desempeño.
- Elaborar las conclusiones y recomendaciones según los resultados en la aplicación del instrumento de auto monitoreo las que serán consideradas en la planificación de medidas en la mejora del desempeño del Equipo de Salud Familiar.

## Utilidad

El auto monitoreo es una herramienta de evaluación interna útil para cuantificar y cualificar las fortalezas, obstáculos/barreras, causas y oportunidades del Equipo de Salud Familiar y promover la mejora en el desarrollo en cada una de las etapas en la Operativización de los Lineamientos para el Funcionamiento del Equipo de Salud Familiar.

## Participantes

El Equipo de Salud Familiar tiene la responsabilidad primaria de conducir el auto monitoreo con la participación activa de todos.

## Materiales e insumos

- Informes técnicos de todas las etapas realizadas
- Documento finalizado de las etapas anteriores
- Instrumento de auto monitoreo por etapa
- Lápices grafito y tinta
- Papel bond blanco y rotafolio
- Maskin tape

## Tiempo estimado

- 4 horas cada mes

## Actividades estratégicas

De acuerdo a los objetivos planteados en esta etapa, deben realizarse actividades estratégicas y tareas para llevar a cabo un auto monitoreo de las etapas implementadas por los Equipos de Salud Familiar. A continuación, se detallan las actividades estratégicas a realizar en los tres momentos definidos; antes, durante y después.



1. Antes:

**1.1 Planificar y organizar la etapa de auto monitoreo.** El Equipo de Salud Familiar debe realizar la reunión con el fin de discutir los Lineamiento Operativos para el Funcionamiento del Equipo de Salud Familiar y Guía Técnica para el Funcionamiento de los Equipos De Salud Familiar en el Primer Nivel de Atención, los objetivos, productos esperados, principales actividades estratégicas y realizar la distribución de las actividades que serán plasmadas en la Programación Semanal de Actividades (Herramienta No.1).

**1.2 Discusión y clarificación de las definiciones de supervisión, monitoreo y evaluación.** Para el desarrollo de esta etapa, el Equipo de Salud Familiar discutirá las diferencias entre las definiciones de supervisión y monitoreo, que puedan aclarar y mejorar la comprensión del porqué se hará un auto monitoreo.

**1.3 Organización y revisión de los documentos finalizados en cada una de las etapas.** En las etapas anteriores el Equipo de Salud Familiar obtuvo una serie de documentos o productos que fueron finalizados (fuentes de información y medios de verificación) durante la etapa de auto monitoreo. Es por ello, que es imprescindible disponer de cada uno de esos documentos o productos obtenidos para hacer la revisión respectiva.

2. Durante:

**2.1 Aplicación del instrumento de auto monitoreo.** Aplicando la Herramienta No.23 de la Guía Técnica para el Funcionamiento de los Equipos de Salud Familiar en el Primer Nivel de Atención, el equipo de Salud Familiar realizará el auto monitoreo. Se programará una reunión mensual y participarán todos los miembros del equipo, quienes realizarán el análisis y discusión según los objetivos de cada etapa y los resultados esperados.

Deberá seguir el orden del instrumento a fin de cubrir los aspectos de cada etapa, se harán las preguntas necesarias y el cumplimiento de los aspectos críticos (más relevantes y presentes), identificándose además el medio de verificación.

Al ser un auto monitoreo estratégico, el análisis estará enfocado hacia el cumplimiento de objetivos de cada etapa y los resultados esperados. De igual manera usará la planificación mensual y semanal que determine el nivel de cumplimiento de las actividades programadas y ejecutadas. Lo que permitirá el seguimiento en el siguiente mes, las actividades y procesos no finalizados

Se espera que el Equipo de Salud Familiar identifique los resultados alcanzados y obstáculos/barreras, así como las causas que influyeron en el cumplimiento del desarrollo en cada una de las etapas. Así como la redacción de las conclusiones y recomendaciones.



**2.2 Lista de acciones de mejora según los resultados de auto monitoreo.** Un proceso de auto monitoreo, conlleva un esfuerzo de revisión interna de los logros alcanzados, obstáculos y limitantes, pero además se debe identificar las acciones de mejora como equipo con el propósito de promover un mejor desempeño. Así mismo, identificar qué aspectos funcionaron bien y continuar con las buenas prácticas. Para ello, se deberá utilizar la Herramienta No.24.

3. Después:

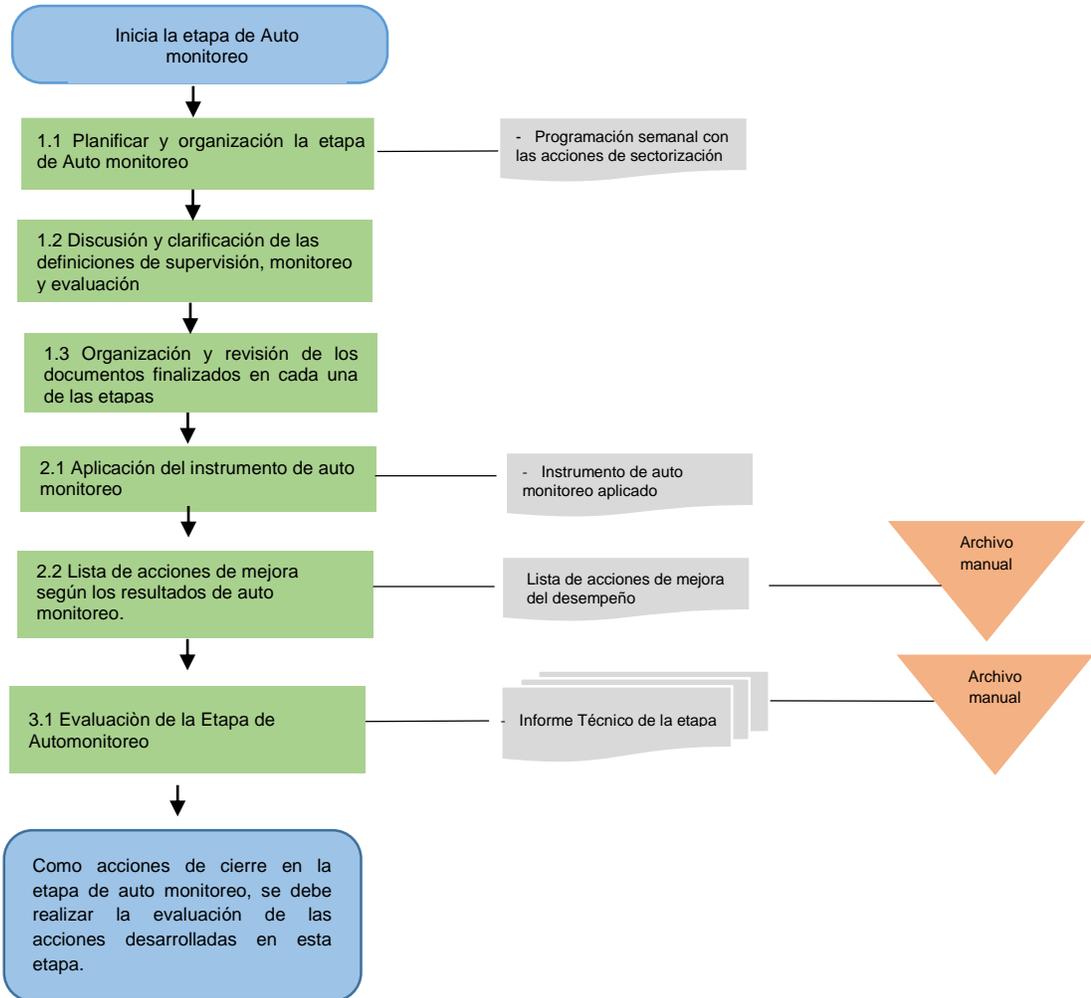
**3.1 Evaluación de la etapa de auto monitoreo.** El Equipo de Salud Familiar debe evaluar el desarrollo de la etapa y elaborará el informe técnico detallándose las principales actividades realizadas según la Herramienta No. 8.

#### Resultados esperados

Al finalizar la etapa se espera obtener:

- Instrumento de auto-monitoreo aplicado con las conclusiones y recomendaciones para mejorar el desempeño del Equipo de Salud Familiar.
- Lista de acciones de mejora del desempeño del Equipo de Salud Familiar
- Informe técnico de la etapa (Herramienta No. 8)

## Diagrama de flujo de actividades en la etapa de “Auto monitoreo”





**Herramientas de trabajo  
en la etapa de  
Auto monitoreo**

Herramienta No. 23

Instrumento de auto monitoreo de los Equipos de Salud Familiar

Mes: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_

Región Sanitaria		Red		
Municipio		Establecimiento de Salud		
Equipo de Salud Familiar (Sector)		Fecha de inicio del Equipo de Salud Familiar		
Integrantes del Equipo de Salud Familiar	Nombre	Profesión	Periodo de trabajo	“Capacitación recibida (Indicar número)”
			De: a	

**\*Capacitación en:**

1. Introducción de APS (Modelo Nacional de Salud y APS)
2. Lineamientos Operativos del Equipo de Salud Familiar
3. Guía Técnica para el funcionamiento del Equipo de Salud Familiar en el Primer Nivel de Atención.
4. Conjunto Garantizado de Prestaciones y Servicios de Salud.
5. Delimitación de Redes Integradas de Servicios de Salud (Gobernanza)
6. Categorización de Establecimientos de Salud.
7. Sistema Nacional de Referencia y Respuesta.
8. Otros relacionados con la APS.



✎ Coordinadores del Equipo de Salud Familiar, llenar los cuadros con lápiz o bolígrafo de color **NEGRO** o **AZUL**

	1er Trimestre			2do Trimestre			3er Trimestre			4to Trimestre		
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Fecha de Chequeo												
Nombre del Coordinador del Equipo de Salud Familiar												

Temas		ENERO	FEB.	MAR.	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGO.	SEP.	OCT.	NOV.	DIC.
<b>I. Presentación de los miembros de Equipo de Salud Familiar</b>		Completo ... X Incompleto...O			Completo ... X Incompleto...O			Completo ... X Incompleto...O			Completo ... X Incompleto...O		
1	Ropa adecuada para visita campo												
2	Vestuario correcto para atender usuario en el ES												
3	Carnè de Identificación correcto												
❖ Observación directa a todos los miembros del Equipo de Salud Familiar.													



II. Sectorización		Completo ... X Incompleto... O			Completo ... X Incompleto... O			Completo ... X Incompleto... O			Completo ... X Incompleto... O		
		ENERO	FEB.	MAR.	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGO.	SEP.	OCT.	NOV.	DIC.
1	Revisar procedimiento según Diagrama de Flujo en el <b>Antes</b> , con sus medios de verificación												
2	Revisar procedimiento según Diagrama de Flujo en el <b>Durante</b> , con sus medios de verificación												
3	Revisar procedimiento según Diagrama de Flujo en el <b>Después</b> , con sus medios de verificación												
❖ Confirmar con documento de sectorización, informe de verificación de la delimitación de los sectores y zonas, acta, ayuda memoria, lista de participantes etc.													
III. Inserción Comunitaria		Ejecutada ... X Pendiente ... O No hay necesidad ... N/N			Ejecutada ... X Pendiente ... O No hay necesidad ... N/N			Ejecutada ... X Pendiente ... O No hay necesidad ... N/N			Ejecutada ... X Pendiente ... O No hay necesidad ... N/N		
		ENERO	FEB.	MAR.	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGO.	SEP.	OCT.	NOV.	DIC.
1	Revisar procedimiento según Diagrama de Flujo en el <b>Antes</b> , con sus medios de verificación												
2	Revisar procedimiento según Diagrama de Flujo en el <b>Durante</b> , con sus medios de verificación												
3	Revisar procedimiento según Diagrama de Flujo en el <b>Después</b> , con sus medios de verificación												
❖ Confirmar plan de reunión, acta, ayuda memoria.													
❖ Confirmar documento sobre asignación de sector. (Archivado en de Equipo de Salud Familiar o Establecimiento de Salud)													



IV. Mapeo (Elaboración y/o modificación)		Completo ... X Incompleto...O			Completo ... X Incompleto...O			Completo ... X Incompleto...O			Completo ... X Incompleto...O		
Temas		ENERO	FEB.	MAR.	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGO.	SEP.	OCT.	NOV.	DIC.
1	Revisar procedimiento según Diagrama de Flujo en el Antes, con sus medios de verificación												
2	Revisar procedimiento según Diagrama de Flujo en el Durante, con sus medios de verificación												
3	Revisar procedimiento según Diagrama de Flujo en el Después, con sus medios de verificación												
❖ Confirmar plan de elaboración o modificación de mapa, solicitar el acta de la comunidad													
❖ Observación directa de mapa (Cumplimiento de Lineamiento)													
V. Elaboración y revisión del Diagnóstico Comunitario de Salud (DCS)		Completo ... X Incompleto...O			Completo ... X Incompleto...O			Completo ... X Incompleto...O			Completo ... X Incompleto...O		
1	Revisar procedimiento según Diagrama de Flujo en el Antes, con sus medios de verificación												
2	Revisar procedimiento según Diagrama de Flujo en el Durante, con sus medios de verificación												
3	Revisar procedimiento según Diagrama de Flujo en el Después, con sus medios de verificación												
❖ Confirmar plan de reunión, acta, ayuda memoria													
❖ Confirmar hoja o datos obtenidos de DCS													
❖ Observación directa de condición de archivo													



Temas		ENERO	FEB.	MAR.	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGO.	SEP.	OCT.	NOV.	DIC.
<b>VI. Levantamiento y actualización de Ficha Familiar y Ficha de seguimiento individual del riesgo</b>		Ejecutada ... <b>X</b> Pendiente ... <b>O</b> % de cumplimiento			Ejecutada ... <b>X</b> Pendiente ... <b>O</b> % de cumplimiento			Ejecutada ... <b>X</b> Pendiente ... <b>O</b> % de cumplimiento			Ejecutada ... <b>X</b> Pendiente ... <b>O</b> % de cumplimiento		
1	Revisar procedimiento según Diagrama de Flujo en el Antes, con sus medios de verificación												
2	Revisar procedimiento según Diagrama de Flujo en el Durante, con sus medios de verificación												
3	Revisar procedimiento según Diagrama de Flujo en el Después, con sus medios de verificación												
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Confirmar plan de visita (gira)</li> <li>❖ Observar la exactitud de anotación de "Evaluación del Riesgo Familiar e Individual" con 5 fichas seleccionadas al azar.</li> <li>❖ Observación directa de condición de archivo</li> <li>❖ Los Criterios de Adecuado y seguro: son las Fichas que están guardadas en orden, y solamente tiene acceso a ellas y la administra el personal de salud.</li> </ul>													
<b>VII. Programación de Actividades</b>		Ejecutada ... <b>X</b> Pendiente ... <b>O</b> % de cumplimiento			Ejecutada ... <b>X</b> Pendiente ... <b>O</b> % de cumplimiento			Ejecutada ... <b>X</b> Pendiente ... <b>O</b> % de cumplimiento			Ejecutada ... <b>X</b> Pendiente ... <b>O</b> % de cumplimiento		
1	Revisar procedimiento según Diagrama de Flujo en el Antes, con sus medios de verificación												
2	Revisar procedimiento según Diagrama de Flujo en el Durante, con sus medios de verificación												
3	Revisar procedimiento según Diagrama de Flujo en el Después, con sus medios de verificación												
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Confirmar Programación de Actividades y planificación mensual de actividades en físico o digital.</li> </ul> <p>* Ambiente de Desarrollo humano, y estrategia de intervención.</p>													



VIII. Plan de Desarrollo Comunitario (PDC)		Ejecutada ... X Pendiente ... O			Ejecutada ... X Pendiente ... O			Ejecutada ... X Pendiente ... O			Ejecutada ... X Pendiente ... O		
		ENERO	FEB.	MAR.	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGO.	SEP.	OCT.	NOV.	DIC.
1	Revisar procedimiento según Diagrama de Flujo en el Antes, con sus medios de verificación												
2	Revisar procedimiento según Diagrama de Flujo en el Durante, con sus medios de verificación												
3	Revisar procedimiento según Diagrama de Flujo en el Después, con sus medios de verificación												
❖ Confirmar plan de reunión, acta, ayuda memoria													
<b>Observación general por auto monitoreo</b>													
1er Trimestre:													
2do Trimestre:													
3er Trimestre:													
4to Trimestre:													



Tabla para cálculo de muestra (Chequeo del Tema VI – 3 para auto monitoreo)

Tamaño de Universo (N)	Tamaño de la Muestra (n)	Tamaño de Universo (N)	Tamaño de la Muestra (n)	Tamaño de Universo (N)	Tamaño de la Muestra (n)
1	1	17 al 19	12	72 al 81	24
2	2	20 al 21	13	82 al 94	25
3	3	22 al 24	14	95 al 110	26
4	4	25 al 27	15	111 al 130	27
5	4	28 al 30	16	131 al 158	28
6	5	31 al 34	17	159 al 195	29
7	6	35 al 38	18	196 al 251	30
8 al 9	7	39 al 43	19	252 al 343	31
10	8	44 al 48	20	344 al 526	32
11 al 12	9	49 al 55	21	527 al 1046	33
13 al 14	10	56 al 62	22	1047 en adelante	34
15 al 16	11	63 al 71	23		

N = Numero que se encuentra en el denominador de cada indicador a medir

n = Cantidad de expedientes a seleccionar para la medición



## 6. Bibliografía

- [1] Secretaría de Estado en el Despacho de Salud. Subsecretaría de Redes Integradas de Servicios de Salud, Lineamientos Operativos para el Funcionamiento del Equipo de Salud Familiar, Tegucigalpa, Honduras, 2016.
- [2] Arenales Callejas, E.O. Facultad de Ciencias Políticas y Sociales. Universidad Rafael Landívar , Guía de Estudio Semipresencial: Taller 1: Inserción Comunitaria y Mapeo Social, Guatemala, Guatemala.
- [3] M. d. f. d. d. S. P. y. B. S. D. G. d. A. P. d. Salud, Manual de funciones de las Unidades de Salud de la Familiar, Asunción, Paraguay: Ministerio de Salud Familiar, Diciembre, 2012.
- [4] Ministerio de Salud del Perú. Dirección Regional de Salud Cajamarca/ APRISABAC, Gestión de Servicios de Salud. Serie 3, Región de Cajamarca.
- [5] Organización Panamericana de la Salud (OPS), «Vigilancia de la infección por VIH basada en la notificación de casos: Recomendaciones para mejorar los Sistemas de Vigilancia,» Washington, DC. USA, 2012.
- [6] Departamento Investigación y Desarrollo. Instituto nacional de Estadísticas. , «Dimensiones de la Calidad según OECD y EUROSTAT,» Santiago de Chile, 2004.
- [7] Departamento Administrativo Nacional de Estadística, «Metodología para el aseguramiento de la calidad de la información estadística,» Bogotá, Colombia, 2011.
- [8] Cáliz H. Jorge Armando/ Proyecto FOCAL – JICA – FHIS / Consejo Intermunicipal El Higuito, Guía Metodológica: Elaboración Planes de Desarrollo Municipal (PDM) con un enfoque ordenamiento territorial, Tegucigalpa, MDC, 2010.
- [9] Congreso Nacional de la República de Honduras, Ley de Municipalidades: Decreto 134-90, Tegucigalpa, MDC. Honduras, 1990.
- [10] Ministerio de Salud del Perú, Programa de Fortalecimiento de Servicios de Salud: Supervisión, Monitoreo y Evaluación, Lima, Perú, 1998.
- [11] Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, Metodología: Elaboración de Planes de Mejora Continua de la Calidad, Santiago de Chile, 2009.
- [12] Secretaria de Relaciones Exteriores SRE, Guía técnica para la elaboración de manuales de procedimientos., Mexico, 2004.



[13] Secretaría de Salud de Honduras, Modelo Nacional de Salud. " Por una Honduras Saludable", Tegucigalpa, 2013.



## 7. Anexos

### Anexo 1.

Simbología del diagrama de flujo de actividades/proceso El diagrama de flujo es una herramienta fundamental en la elaboración de un procedimiento, proceso ya que a través de ellos podemos ver gráficamente y en forma consecutiva el desarrollo de las actividades determinadas [12].

Se ha diseñado un diagrama de flujo en cada una de las etapas a desarrollar en la implementación de los Lineamientos Operativos para el funcionamiento del Equipo de Salud Familiar. El diagrama de flujo es un árbol de decisión-acción y sirve de guía en la toma de decisiones. Cada acción o decisión está enmarcada en un símbolo y tiene una o dos rutas de salida hacia otro símbolo que encierra otra acción o decisión. A continuación, se describe cada símbolo del diagrama de flujo y lo que representa [12].

Símbolo	Representa	Descripción
	El inicio o finalización	Señal donde inicia o termina el proceso o etapa.
	Actividad	Representa la ejecución de una o más tareas de un procedimiento.
	Decisión	Indica las opciones que se puedan seguir en caso que sea necesario realizar actividades alternativas.
	Documento	Se refiere a un documento que surge de la actividad realizada
	Documentos	Es el conjunto de documentos que se obtienen de la actividad realizada
	Archivo Manual	Se utiliza para reflejar que la acción de archivo de documentos
	Archivo Electrónico	Se utiliza para reflejar que la acción de archivo de documentos en un disco duro

	Control de calidad del dato	Se utiliza para indicar la acción de realizar control de calidad del dato
	Base de datos	Indica que después de realizar la actividad se obtendrá una base de datos
	Revisión y firma de aceptado	Se utiliza para indicar la acción de revisión de documentos y firma como mecanismos de validación
	Flujo	Conecta símbolos, señala la secuencia en que deben realizarse las actividades y/o tareas

Anexo 2. Ejemplos de Criterios para la Priorización de Necesidades de Salud

Se muestra un ejemplo del análisis de las necesidades identificadas y crear referencias para determinar priorización de

las necesidades en las tablas siguientes. Método de FOCALII: Tabla A: Criterios para la priorización de necesidades de salud

BENEFICIARIOS (30%)			IMPACTO (25%)			SOSTENIBILIDAD ADM. Y FINANCIERA (15%)			IMPORTANCIA (30%)		
La necesidad de salud tendrá beneficios directos en el siguiente porcentaje de población directa....			La necesidad de salud genera beneficios para los hombres y las mujeres de comunidad que se mantendrán en el tiempo de manera...			La probabilidad de que en el municipio pueda disponer de los recursos financieros necesarios para dar continuidad al proceso y se tenga capacidad de gestionarlos es.....			Importancia que tiene la necesidad de salud para la población en la comunidad. Qué tan importante es la necesidad para el mejoramiento de la salud para la población que se convierte en ...		
*	PUNTOS	VALOR PONDERADO		PUNTOS	VALOR PONDERADO		PUNTOS	VALOR PONDERADO		PUNTOS	VALOR PONDERADO
Más de 76%	100 puntos	30	Permanente	100 puntos	25	Alta	100 puntos	15	Vital	100 puntos	30
Entre 51 y 75	75 puntos	22.5	Temporal. (hasta 5 años)	75 puntos	18.7	Media	75 puntos	11.3	Necesario	75 puntos	22.5



Entre 26 y 50	50 puntos	15	Puntual (no más de un año después de terminado el programa)	50 Puntos	12.5	Baja	50 puntos	7.5	Útil	50 puntos	15
Menos de 25 %	25 puntos	7.5	No se mantienen más allá del programa	25 puntos	6.3	Muy Baja	25 puntos	3.7	Aceptable	25 puntos	7.5

\* La escala de porcentaje se puede modificar según la circunstancia de beneficiarios.

Tabla B: Priorización de necesidades de salud

PRIORIZACIÓN DE NECESIDADES DE SALUD							
	NOMBRE DE LAS NECESIDADES DE SALUD	Beneficiarios 30%	Impacto 25%	Sostenibilidad Adm. y financ. 15%	Importancia 30%	SUMATORIA VALOR PONDERADO	ORDEN PRIO RIDAD
		VALOR PONDERADO	VALOR PONDERADO	VALOR PONDERADO	VALOR PONDERADO		
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

Para elaborar y llenar tabla No. 11 debe referirse al contenido de la tabla No. 10,.



Ejemplo

### PRIORIZACIÓN DE NECESIDADES DE SALUD

	NOMBRE DE LAS NECESIDADES DE SALUD	Beneficiarios 30%	Impacto 25%	Sostenibilidad Adm. y financ. 15%	Importancia 30%	SUMATORIA VALOR PONDERADO	ORDEN PRIO RIDAD
		VALOR PONDERADO	VALOR PONDERADO	VALOR PONDERADO	VALOR PONDERADO		
1	Charlas educativas sobre promoción de consumo de agua segura	30	12.5	15	30	87.5	1
2	Viviendas con piso de cemento	22.5	25	3.7	15	66.2	3
3	Captación temprana de embarazo (Construcción de un sistema de captación por voluntarios de salud)	7.7	25	15	30	77.7	2
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

## B. Método de Hanlon para la Priorización de Necesidades de Salud

1

### El método de Hanlon

Este método está basado en los 4 componentes siguientes:

- Magnitud: Componente A.
- Severidad: Componente B.
- Eficacia: Componente C.
- Factibilidad: Componente D

2

- Estos componentes se corresponden con los principales criterios que permiten decidir prioridades de salud. En el método de Hanlon, la clasificación ordenada de los problemas se obtiene por el cálculo de la siguiente fórmula que se aplica a cada problema que se ha considerado.
- Puntuación de prioridad:  $(A + B) C \times D$ .

3

#### *Estimación de la magnitud del problema a partir del número de personas*

Unidades por mil de población en porcentajes

Puntuación

- |             |    |
|-------------|----|
| • 50        | 10 |
| • 5 - 49,9  | 8  |
| • 0,5 - 4,9 | 6  |
| • 0,05 - 0  | 4  |

4

### Componente B: Severidad

- Este componente puede apoyarse para su evaluación en datos subjetivos y objetivos. Ejemplo de datos subjetivos: Carga social que genera un problema.
- Ejemplo de datos objetivos: Mortalidad.

5

### Componente C: Eficacia

- La eficacia permite valorar si los problemas son difíciles o fáciles de solucionar. Algunos autores sugieren otorgar a este componente una escala de 0,5 a 1,5.

Valoración

Difíciles 0,5      1      1,5 Fáciles

6

### Componente D: Factibilidad

- *Hanlon* describe este componente por las siglas PERLA, que corresponden con un grupo de factores que no están directamente relacionados con la necesidad actual o con la eficacia, pero que le permiten a la comunidad determinar si el problema tiene solución y si las acciones son aplicables. Estos factores son:
  - P = Pertinencia
  - E = Factibilidad económica
  - R = Disponibilidad de recursos
  - L = Legalidad
  - A = Aceptabilidad
  - Valoración 0 - 1

## Hanlon Modificado

- Magnitud (Frecuencia y demanda)  
Bajo=2 Medio=3 Alto=4 Muy Alto=5
- Trascendencia (Impacto)  
Bajo=2 Medio=3 Alto=4 Muy Alto=5
- Costo  
Muy alto=1 Alto=2 Medio=3 Bajo=4
- Vulnerabilidad (Disponibilidad tecnológica y de movilización)  
Bajo=1 Medio=2 Alto=3 Muy alto=4

