MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

DIRECCIÓN DE REGULACIÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD

UNIDAD DE SALUD COMUNITARIA

MANUAL DEL SISTEMA GERENCIAL PARA EL PROMOTOR DE SALUD

San Salvador, Diciembre 2008

CRÉDITOS:

UNIDAD DE SALUD COMUNITARIA

JEFATURA

Dra. Eva María Mateu de Mayorga

COLABORADORES TÉCNICOS

Lic. Balmore Baires

Lic. David López

Lic. Emma Lilian Membreño de Cruz

COLABORADORES TÉCNICOS REGIONALES

Dra. Hazell de Coto

Lic. Miguel Angel Baires

SUPERVISORES DE SIBASI Y SUPERVISORES ESPECÍFICOS

Lic. José Luis Rodríguez

Sra. Elizabeth de Ticas

Sr. Amadeo Pacheco

Sra. Maribel Ruiz

Sr. Santiago Alfaro

Sr. Juan José Herrera

PROMOTORES DE SALUD.

Sra. Lorena de Ayala

Sr. Luis Lindomar

Sr. Juan García Zamora

Sra.Maria Guadalupe Girón

Sr. César Gámez

ASISTENCIA TÉCNICA

Ing. Elsy Avilés

Direccion de Regulación

AUTORIDADES DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

DR. JOSÉ GUILLERMO MAZA BRIZUELA
MINISTRO

DR. JOSÉ ERNESTO NAVARRO MARÍN
VICE MINISTRO

DR. HUMBERTO ALCIDES URBINA
DIRECTOR GENERAL DE SALUD

DR. JOSÉ ROBERTO RIVAS AMAYA
DIRECTOR DE REGULACIÓN

DRA. ENA CONCEPCIÓN GARCÍA
DIRECTORA DE PLANIFICACIÓN

DR. MARIO VICENTE SERPAS
DIRECTOR DE VIGILANCIA DE LA SALUD

LICDA. JUDITH ZÁRATE DE LÓPEZ
DIRECTORA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS

PRESENTACIÓN

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, presenta el **"Manual del Sistema Gerencial del Promotor de Salud"**, con el propósito de brindar al Promotor de Salud herramienta auxiliar que fortalezca sus capacidades y competencias para realizar exitosamente los procesos de análisis de los problemas de salud con participación de las comunidades, y que en consecuencia, los lleven a identificar oportunamente las alternativas de solución que se requieran para mejorar el estado de salud y el desarrollo humano en las comunidades en el marco de un concertado esfuerzo intersectorial.

La Planificación de Intervenciones de Salud y Desarrollo Local con Participación Comunitaria es un proceso de evolución constante fundamentado en la organización y participación comunitaria como componentes estratégicos de la Atención Primaria en Salud. Incluye bases técnicas de la Planificación Local Participativa, proceso que hoy, más que nunca, se está potenciando dentro del modelo de salud con enfoque familiar.

Con la aplicación práctica del presente Manual se espera que todos los Promotores de Salud y sus comunidades, apoyados por sus respectivos niveles locales, puedan ampliar y fortalecer las iniciativas de "evaluación–acción" participativas, tan fundamentales para conseguir la corresponsabilidad de la comunidad en el cuidado de su salud, mejorar la prestación de servicios de salud, sistematizar apropiadamente sus logros y fortalecer la coordinación con los diferentes sectores vinculados al desarrollo social, para agregar valor a las condiciones de vida de la población, por lo cual se insta a todos los niveles del Ministerio a apoyar las iniciativas comunitarias producto de la aplicación pertinente de este Manual.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL
SAN SALVADOR, EL SALVADOR, C.A.

DIOS, UNIÓN, LIBERTAD

Dr. José Guillermo Maza Brizuela
Ministro de Salud

INDICE

INTRODUCCIÓN **1**

OBJETIVOS **2**

OBJETIVO GENERAL 2

OBJETIVOS ESPECÍFICOS 2

EL SISTEMA GERENCIAL DEL PROMOTOR DE SALUD **3**

PROPÓSITO DEL SISTEMA GERENCIAL 3

ETAPAS DE LA GESTIÓN O GERENCIA DE LA SALUD COMUNITARIA 3

INSTRUCCIONES PARA LLENAR LOS FORMULARIOS DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN GERENCIAL DEL PROMOTOR DE SALUD **13**

GLOSARIO **31**

ABREVIATURAS Y SIGLAS **33**

ANEXOS **35**

BIBLIOGRAFÍA **81**

INTRODUCCIÓN

Independientemente del área geográfica donde los Promotores de Salud se encuentren trabajando, habrá desarrollo local si los procesos que deben realizarse ocurren de una forma ordenada y apropiada. Para esto es imprescindible contar con un método para identificar necesidades, definir prioridades, organizar respuestas a las situaciones encontradas, monitorearlas y evaluarlas permanente hasta lograr los cambios deseados.

Las determinantes de la salud en sus diferentes dimensiones necesitan ser abordadas de manera integral, y eso solo se logra cuando la comunidad se responsabiliza de su propio desarrollo, incluido el autocuidado de la salud, para lograr convertirse en una comunidad saludable, objeto último de las acciones de salud, educación y desarrollo comunitario en general.

Por ello es muy importante que los Promotores y Promotoras de Salud cuenten con un mecanismo general y sus respectivas herramientas para implementarlo, que les sirva para desempeñarse exitosamente como facilitadores y animadores del desarrollo local y la promoción de un estado de salud integral de todas las familias de la comunidad.

El presente Manual se divide en dos partes. La primera que incluye la descripción del proceso a implementar para conseguir una apropiada gestión de la salud en el microespacio de la comunidad que atiende, con el apoyo de varias herramientas que se agregan en el espacio de anexos. La segunda parte, desarrolla lo relacionado al sistema de información que utilizan los promotores y promotoras de salud.

Es importante que todo el contenido de este Manual, principalmente lo relativo a la primera parte, se lleve a la práctica, se pruebe en la comunidad una y otra vez y se vaya mejorando cada vez más. Es preciso disminuir la distancia que generalmente se da entre lo que se sabe y lo que se hace: no servirá de mucho aprendérselo si no se pone en práctica.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Fortalecer a los Promotores de Salud en su función de organizar a su comunidad y motivar su empoderamiento, con el fin de conseguir su participación activa en la identificación, priorización de problemas y necesidades de salud y planificación de las intervenciones a implementar, las cuales se ejecuten y finalmente las evalúen de manera participativa, en coordinación con otros actores sociales.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Fortalecer la capacidad del Promotor de Salud y las comunidades para elaborar diagnósticos situacionales, priorizar problemas y necesidades en salud y diseñar planes comunitarios de intervenciones.
- Orientar al Promotor de Salud y las comunidades hacia el uso óptimo de los recursos disponibles, en función del mejoramiento de su salud.
- Desarrollar en las comunidades la capacidad de análisis e interpretación de la situación de salud, mediante el uso de herramientas sencillas y prácticas.

PRIMERA PARTE

EL SISTEMA GERENCIAL DEL PROMOTOR DE SALUD

PROPÓSITO DEL SISTEMA GERENCIAL

El Sistema Gerencial del Promotor de Salud pretende resolver dos aspectos básicos: Poner la atención de la salud y el grado de responsabilidad al alcance de cada familia y comprometer a la comunidad organizada en el esfuerzo de buscar el bienestar.

ETAPAS DE LA GESTIÓN O GERENCIA DE LA SALUD COMUNITARIA

Las etapas de la gestión o gerencia de la salud en el trabajo comunitario incluyen: A) la planificación, B) la ejecución y C) el control.

A. LA PLANIFICACIÓN

Esta etapa tiene como propósito determinar qué se quiere lograr y cuál es la forma más adecuada para alcanzarlo, lo que nos permite racionalizar el análisis de los problemas y las acciones en materia de salud; ahorrar tiempo y recursos y facilitar el alcance de los objetivos, ya que representa una guía para la evaluación periódica de las metas.

Dentro de la planificación en general, se pueden distinguir tres elementos básicos a tomar en cuenta:

1. Levantamiento de un Diagnóstico Comunitario de Salud

La gestión de la salud comunitaria debe iniciar siempre con la elaboración de un diagnóstico situacional, que se define como el proceso mediante el cual el Promotor de Salud y la comunidad, recolectan, procesan, analizan y comparten información específica sobre su situación de salud.

La información que se recogerá es la siguiente:

Situación del grupo familiar:	Total de personas en cada familia, total de población por grupos de edad y sexo, por nivel educativo, por presencia de enfermedades crónicas y discapacidades, total de defunciones.
Situación de las viviendas:	Total de viviendas que tienen acceso a agua apta para consumo humano, proporción de las que tienen letrina y la usan adecuadamente, situación de la higiene, disposición final de la basura, presencia de perros y gatos y su estado vacunal.
Situación de la salud de las mujeres en edad fértil:	Proporción de mujeres con compañero de vida, de familias que usan métodos para el espaciamiento de hijos, proporción de mujeres con citología vigente, condiciones de salud de las mujeres embarazadas y puérperas y su estado vacunal.
Situación de la salud de niños y niñas menores de cinco años:	Proporción de niños que tienen esquema de vacunación completo para su edad, estado nutricional, incidencia de enfermedades diarreicas y respiratorias.
Condiciones de salud de otros grupos de población:	Adolescentes, adultos masculinos y adultos mayores, con o sin enfermedades crónico – degenerativas.
Organización y existencia de recursos de la comunidad:	Número de grupos organizados, número de líderes y voluntarios y otros agentes comunitarios activos.
Riesgos a la comunidad:	Sitios colectivos, industrias, botaderos de basuras, zonas de riesgo a desastres por fenómenos naturales.

1.a. Pasos para el levantamiento del Diagnóstico Comunitario de Salud

- Cuando un Promotor de Salud llegue por primera vez a una comunidad, deberá contactar a los líderes comunales para darles a conocer cuál será su área de trabajo y sus funciones.
- También les explicará que comenzará a levantar un Registro Familiar (Anexo 1) en cada una de las viviendas de la comunidad, por lo que visitará a todas las familias de la comunidad para recoger los datos requeridos en el Registro Familiar.
- Diariamente, el Promotor de Salud consolidará la información del Registro Familiar en el Consolidado de Diagnóstico Comunitario de Salud (Anexo 2).

Los Promotores de Salud que ya levantaron un censo anteriormente, lo único que tienen que hacer es actualizar los datos de los Registros Familiares y actualizar cada año el Consolidado Diagnóstico Comunitario.

1.b. Preparación de los resultados del Diagnóstico Comunitario de Salud

Se procederá a elaborar la presentación del diagnóstico comunitario, en los que se presentarán los resultados de las variables de salud, población y saneamiento básico y medio ambiente, según los cuadros del anexo 3 y las preguntas del anexo 4.

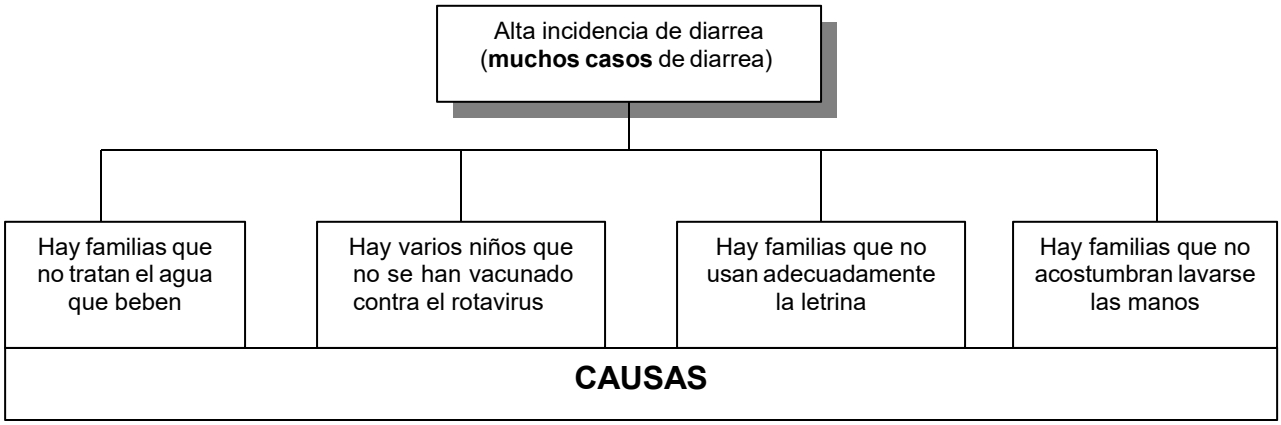
Simultáneamente, y con el apoyo de voluntarios con habilidades para dibujar, elaborarán un croquis de la comunidad en el que se dibujen las viviendas y se identifiquen los riesgos familiares y los recursos con que cuenta la comunidad, por ejemplo: viviendas de líderes y voluntarios, iglesias, escuela(s), casa comunal, vías de acceso, canchas, fuentes de agua, etc.; así como lugares que representen riesgos, tales como criaderos de moscas y zancudos, basureros, quebradas, Industrias, granjas, beneficios de café, ingenios azucareros, etc., según anexo 5.

2. Priorización de problemas y necesidades

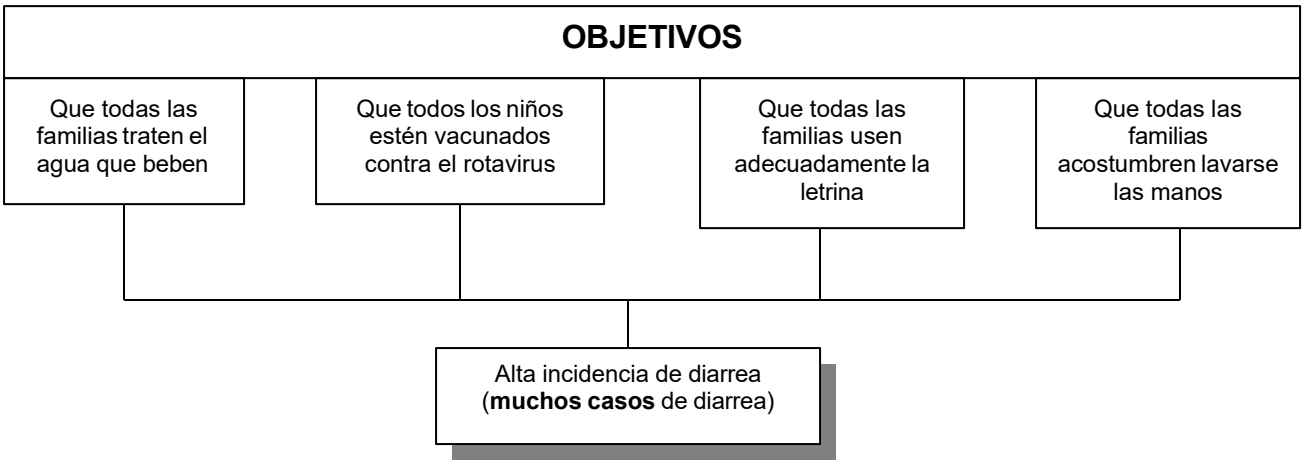
Luego de haber preparado la presentación de diagnóstico comunitario, los miembros del Comité de Salud de la Comunidad analizarán y presentarán las conclusiones de los principales problemas y determinarán provisionalmente un listado de problemas a presentar a la comunidad en una Asamblea Comunal.

A este listado de problemas y necesidades de salud se le aplicará un proceso de priorización para llegar a un listado pequeño que contenga no más de tres problemas o necesidades de salud importantes para la comunidad. Para esto se utilizará el modelo según anexo 6.

Lo ideal es centrarse en 3 problemas como máximo. Con el Comité de Salud de la Comunidad se definirán las posibles soluciones a los problemas identificados y priorizados, utilizando un formulario como el del anexo 7. Por ejemplo, el problema es que ocurre un gran número de casos de diarrea en niños menores de cinco años. Entonces, mediante una lluvia de ideas se sacará las principales causas que podrían estar relacionadas con la diarrea: 1) las familias hacen uso de agua no apta para el consumo humano; 2) varios niños no se han vacunado contra el rotavirus; 3) muchas familias no usan la letrina adecuadamente y 4) muchas familias no practican el lavado de manos.



Así, a partir de este análisis se determinarán las conductas que se pretenden conseguir, las que se convierten en los objetivos a lograr; por ejemplo, que todas las familias (100%) de la comunidad traten el agua para beber.



3. Devolución del Diagnóstico Comunitario de Salud

Finalmente, y en conjunto con los líderes de la comunidad y el Comité de Salud, se deberá planificar una asamblea comunitaria para realizar la Devolución del Diagnóstico Comunitario de Salud, los problemas que se han priorizado y los objetivos que han resultado del análisis. Es importante que los miembros del equipo local de salud y otros actores sociales asistan a la actividad para apoyar al Promotor de Salud y a los líderes para determinar en qué se pueden comprometer para ayudar a resolver la problemática de salud encontrada.

Sin embargo, hay que advertir que la Devolución del Diagnóstico Comunitario de Salud debe ser una reunión conducida principalmente por los líderes comunales y los miembros del Comité de Salud y el Promotor de Salud. Se recomienda utilizar un modelo de agenda (anexo 8) y los pasos para la conducción efectiva de la reunión (anexo 9).

Durante la reunión, se deberá propiciar un ambiente democrático de Asamblea General, en la que todos tengan acceso a los resultados del Diagnóstico Comunitario de Salud, es decir, a los datos de población y otros hallazgos encontrados, a las conclusiones a las que el grupo de trabajo llegó y los tres problemas priorizados más importantes y sus posibles medidas de solución.

En alguna medida, esta reunión es una validación del proceso de Diagnóstico Comunitario de Salud y la priorización de los problemas, realizado por el Promotor de Salud y el grupo de líderes y voluntarios. Es importante que se someta a votación si la Asamblea Comunal está de acuerdo con lo presentado. Siempre se debe dejar constancia de lo sucedido, por medio de un acta (ver anexo 10).

4. Plan Comunitario de Intervenciones

Con el Plan Comunitario de Intervenciones se determina qué cambios se quiere lograr y cuáles son las acciones necesarias para alcanzarlos.

Hacer un Plan Comunitario de Intervenciones, en conjunto con la comunidad, asegurará la mejor utilización del Diagnóstico Comunitario de Salud. De este modo las soluciones a los problemas quedarán organizadas en actividades concretas a realizar, los tiempos para desarrollarlas y las fechas de cumplimiento; los recursos disponibles o por conseguir y las personas o grupos responsables de su cumplimiento; dejando claro los compromisos que adquieren las personas o grupos organizados que participan.

Elaboración del Plan Comunitario de Intervenciones

Una vez autorizados por la Asamblea Comunal, en una reunión con los líderes más importantes de la comunidad, se procederá a elaborar el Plan Comunitario de Intervenciones, siguiendo un modelo de cuadro que tiene cinco columnas (ver anexo 11), en el orden que se describe a continuación:

1. **Necesidad de atención.** Se detalla el problema o necesidad de salud que amerita una atención, lo que a la vez conduce a determinar un objetivo. Recuérdese el ejemplo de la diarrea: una de las causas era que habían varias viviendas que no contaban con letrina. Esta situación necesita de atención inmediata por parte de los miembros de las familias afectadas pero también ayuda de parte de la comunidad y el Promotor de Salud y otras instancias gubernamentales y no gubernamentales. El objetivo sería que todas las viviendas cuenten con una letrina.

2. **Intervenciones que se realizarán para alcanzar cada objetivo.** Estas son las actividades que se harán para conseguir los objetivos propuestos. Las preguntas que se deben hacer acá es ¿**qué** haremos? y ¿**cómo** lo haremos?

3. **Definir los resultados.** Esto se refiere a lo que se pretende conseguir por medio de las actividades que se realizarán. Siguiendo el ejemplo de las letrinas, en esta parte se tiene que definir el número de letrinas que se necesitará construir para conseguir el objetivo de que todas las viviendas cuenten con una letrina.

4. **Determinar la fecha de realización (tiempo en que se deben realizar las actividades).** Este dato puede escribirse en términos de fechas específicas si es posible hacerlo, sino, pueden definirse los períodos (durante el mes de _____; durante el primer trimestre; durante el segundo semestre, durante todo el año, cada quince días, etc.).

5. **Definir democráticamente a los y las responsables de realizar las actividades**, es decir, las personas, equipos de trabajo, grupos, comités, instituciones u organizaciones que estarán a cargo de coordinar, realizar, monitorear, supervisar y rendir cuentas de cada una de las actividades comprendidas en el Plan Comunitario de Intervenciones.

B. EJECUCIÓN DEL PLAN COMUNITARIO DE INTERVENCIONES

La ejecución tiene como propósito poner en marcha las actividades del Plan Comunitario de Intervenciones para lograr alcanzar los objetivos, en el tiempo establecido, con los recursos existentes, la participación de las personas, los comités, los equipos de salud y los organismos o instituciones.

Acciones clave para la ejecución participativa del Plan Comunitario de Intervenciones

- Dar a conocer el Plan Comunitario de Intervenciones a directivos y líderes.
- Aprovechar los comités ya existentes, y crear nuevos equipos para distribuirse el trabajo, si es necesario.
- Desarrollar programas de capacitación a los diferentes comités encargados de la ejecución de las actividades.
- Verificar en el terreno la ejecución de las actividades para identificar limitantes y oportunidades de mejora, definiendo oportunamente los ajustes a realizar. Para dejar constancia de los hallazgos encontrados puede usar un diario de campo u otro tipo de ayuda memoria (ver anexo 12).
- Estimular a la comunidad para el trabajo en equipo, la participación activa en la planificación, ejecución y evaluación del plan de intervenciones comunitario y la resolución de conflictos.

C. EVALUACIÓN

La evaluación no está destinada a calificar de bueno o malo el trabajo realizado, sino que debe entenderse como el análisis del por qué no se pudo alcanzar los objetivos o no se realizaron las actividades, o por qué si se pudo y que fue lo que facilitó su ejecución. La evaluación se hace para aprender y para mejorar.

Para evaluar el desarrollo del Plan Comunitario de Intervenciones

La evaluación se lleva a cabo en una reunión con el Comité de Salud o en asamblea comunitaria con la participación del equipo de salud y otros actores sociales. Para este momento se recomienda la utilización de métodos participativos como la discusión de grupo, estudios de casos, uso de tarjetas o fichas reflexivas para lluvia de ideas, entre otros. Igualmente se sugiere utilizar preguntas sencillas que faciliten el análisis de los resultados para determinar si se cumplió lo planificado, identificando lo que facilitó o dificultó el logro de los objetivos (ver anexos 13 y 14) y definir qué se debe hacer para superar las limitantes. Finalmente se debe tomar acuerdos sobre lo que se agregará para un próximo plan de intervenciones comunitario.

El Promotor de Salud deberá hacer un resumen para darlo a conocer al personal de salud utilizando los productos ya elaborados con la comunidad.

SEGUNDA PARTE

INSTRUCCIONES PARA LLENAR LOS FORMULARIOS DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN GERENCIAL DEL PROMOTOR DE SALUD

Por la naturaleza de su trabajo, el Promotor de Salud hace acciones en dos ambientes muy importantes: en el ambiente familiar, vigilando la salud de cada uno de los miembros de los hogares de la Comunidad; y en el ambiente comunitario, fomentando en los pobladores de la Comunidad la responsabilidad por su propia salud, por medio de la organización y realización de acciones para mantener o mejorar la salud de la población, evitar enfermedades y problemas de salud en general y fomentar el desarrollo comunitario.

Por eso se puede afirmar que los Promotores de Salud, en esencia, son administradores del estado de salud de sus Comunidades, y estas a su vez están bajo la responsabilidad de un establecimiento de salud del MSPAS. Los Promotores de Salud, entonces, son los representantes comunitarios de la institución, y juegan un papel importante en la atención en salud de las personas porque generalmente son ellos el primer eslabón en ese proceso de atención.

Las Unidades de Salud se apoyan en los Promotores para detectar precozmente a las embarazadas y las referirán para que puedan ser inscritas en el Programa de atención Prenatal y las animen activamente para que su parto sea atendido en un hospital. Pero esto es apenas solo un ejemplo de las muchas actividades que los Promotores de Salud realizan a diario.

Esto hace necesario disponer de una serie de formularios para registrar, organizar, monitorear y evaluar las actividades que los Promotores de Salud hacen como parte de sus funciones. Los formularios son:

- Plan Anual de Actividades Preventivas del Promotor de Salud
- Plan Mensual de Actividades del Promotor de Salud
- Registro Diario de Actividades realizadas por Promotor de Salud
- Hoja de Vigilancia Comunitaria de la Embarazada, la Puérpera y el Recién Nacido
- Listado de Niños y Niñas menores de cinco años para Control de Tendencia de Ganancia de Peso, Estado Nutricional, Control Infantil y Lactancia Materna Exclusiva
- Listado Único para el Monitoreo de los Esquemas de Vacunación
- Registro de Vigilancia Comunitaria de Mujeres en Edad Fértil que utilizan algún método de Planificación Familiar
- Control de Entradas y Salidas de Medicamentos e Insumos por el Promotor de Salud
- Tarjeta de Referencia Comunitaria

Todos los formularios se describen a continuación.

PLAN ANUAL DE ACTIVIDADES PREVENTIVAS DEL PROMOTOR DE SALUD

IMPORTANCIA Muy Alta
FRECUENCIA DE USO Elaboración anual, revisión mensual.

Se necesitarían muchas hojas para nombrar todas las actividades que los Promotores de Salud realizan a diario en sus comunidades. Sin embargo, es preciso destacar con prioridad las más importantes actividades preventivas que se deben programar para realizarlas durante todo el año, por su importancia para garantizar la detección precoz de embarazos, puérperas y sus recién nacidos, a fin de identificar tempranamente signos de peligro y referir de inmediato a un hospital si los casos lo ameritan; o para vigilar que los niños no lleguen a un estado de desnutrición; o para mantener a la comunidad libre de vectores o condiciones que favorezcan el aparecimiento de enfermedades.

Este formulario no es nuevo, pero presenta algunos cambios como el número de columnas por mes, en las que se debe anotar lo programado (columna P), lo realizado (columna R) y el porcentaje de lo realizado en relación con lo programado (columna %). Se debe llenar al inicio del año laboral y se revisará cada mes.

Ver anexo 15.

PLAN MENSUAL DE ACTIVIDADES DEL PROMOTOR DE SALUD

IMPORTANCIA Muy Alta
FRECUENCIA DE USO Elaboración mensual, revisión diaria.

El Plan Mensual de Actividades debe elaborarse todos los meses, el mismo día en que se entrega la información al Establecimiento de Salud.

Es una guía de las acciones preventivas a realizarse en los hogares y la comunidad durante el mes. Dichas acciones pueden ser: la vigilancia comunitaria de las embarazadas, de las puérperas y sus recién nacidos; la vigilancia comunitaria de la tendencia del crecimiento, del estado nutricional y las prácticas alimentarias de los niños menores de 5 años; la vigilancia comunitaria de las MEF, principalmente de las que utilizan algún método de planificación que el Promotor de Salud le está proporcionando; la vigilancia comunitaria de los adultos mayores, los adolescentes, jóvenes y adultos con enfermedades crónicas o algún problema al que hay que dar seguimiento de acuerdo a los planes de intervenciones familiares elaborados por los Equipos de Salud Familiar.

También es una ayuda para programar las campañas y otras actividades de promoción y prevención que haya que realizar en la comunidad bajo la coordinación del Promotor de Salud.

Primero, identifique los días feriados, si es que los hubiese, y márquelos. Luego, en una hoja aparte, determine los números de los hogares que visitará para desarrollar las actividades preventivas (de vigilancia comunitaria) agrupándolos por rutas geográficas o sectores, según el mapa o croquis de su comunidad. En cada día del formato del Plan Mensual se debe escribir el nombre del caserío o sector que se va a visitar, el tipo de actividad principal a realizar ese día, por ejemplo, visitas domiciliares o vacunación, y a continuación escribir cada uno de los números de las viviendas que

se visitarán. Si se hace de esta manera, no habrá necesidad de dejar una Ruta Diaria de Trabajo, ya que el Plan Mensual de Actividades determinará lo que se realizará a diario. Recuerde que en el Plan Anual de Actividades Preventivas del Promotor de Salud se adquiere el compromiso de llevar a cabo este tipo de actividades.

Se debe dejar copia del Plan Mensual de Actividades del Promotor de Salud en la Unidad de Salud sede del Supervisor Específico o, en su defecto, en la Dirección del establecimiento sede. El Director o Directora del establecimiento de salud firmará y sellará el Plan Mensual de Actividades de cada promotor y será responsable de que se respete dicha programación mensual, a fin de que los Promotores de Salud puedan cumplir efectivamente con lo estipulado en el Manual de Procedimientos Administrativos, en el Manual de Funciones Técnicas del Promotor de Salud y en la Ley del Servicio Civil.

Ver anexo 16.

REGISTRO DIARIO DE ACTIVIDADES REALIZADAS POR PROMOTOR DE SALUD

IMPORTANCIA	Muy Alta
FRECUENCIA DE USO	Diariamente y de inmediato después de realizar cada actividad.

Este formulario es el más importante de todos porque en él se registran todas las actividades que el Promotor de Salud realiza durante cada día de trabajo. Esto quiere decir que deberán anotarse las atenciones a cada una de las personas en una vivienda; las vacunas que se apliquen; las visitas para inspeccionar específicamente los depósitos de agua o la letrina de una vivienda; las reuniones con el Comité de Salud; y en fin, cualquier actividad relacionada con el trabajo que se haga durante el día. Incluso, si acompaña a una embarazada o un niño grave al hospital, esa actividad debe anotarla. Tiene que anotar todas y cada una de las actividades realizadas.

El formulario se llenará luego de realizar cada actividad ya sea en la vivienda de la familia, la sede de trabajo u otro lugar, completando cada fila con la información que se requiera para cada columna.

Generalmente, el Promotor de Salud realiza casi todas las actividades preventivas y de promoción durante la mañana. Por la tarde, durante la labor administrativa diaria o al final del día, debe convertir a datos numéricos las actividades del Registro Diario. Una buena parte de estos datos le servirán para llenar el Tabulador Diario de Actividades. Sin embargo, hay que advertir que no todos los datos del Registro Diario de Actividades serán útiles para llenar dicho tabulador.

En relación al formato antiguo, se han reducido el número de columnas.

Columna de Hallazgos: se tiene que escribir todos los hallazgos importantes que puedan servir para tomar la decisión sobre cómo clasificar el caso y qué se hará. Esto es esencialmente valedero para cuando se da una atención a la persona o al medio. Por ejemplo, se visita una vivienda donde hay un niño o niña menor de cinco años para pesarlo y encuentra que el niño tiene una adecuada ganancia de peso, y al continuar con la aplicación de AIEPI se concluye que el niño no está enfermo. Entonces se escribirá abreviadamente que hay ganancia adecuada de peso y niño sano.

Columna de Clasificación: En esta casilla se debe registrar la clasificación de la atención brindada. Por ejemplo, en el caso de los niños menores de 5 años se clasifica de acuerdo al cuadro de procedimientos de AIEPI comunitario. Así, un niño de 11 meses con tos y mocazón, al examinarlo se le encuentra: FR=30 rpm, no tiraje, no ruidos raros, y tendencia de crecimiento adecuada, la clasificación será de **Crecimiento adecuado y No Neumonía: Tos o resfriado**.

En el caso de una mujer embarazada, si no hay hallazgos negativos, se clasificaría como **Embarazada sin signos de peligro**.

Todo lo que no caiga dentro de la clasificación de AIEPI comunitario, se debe registrar de manera simple (por ejemplo, infección de la garganta, dolor de cabeza, etc.).

Columna de Acciones Ejecutadas: Se debe registrar en forma concreta lo que se hizo o recomendó ante la situación de la que se trató. Por ejemplo, si durante una visita domiciliar se atendió a una señora embarazada y por la presencia de algún signo de peligro se realizó una referencia a un establecimiento de salud, en esta casilla debe escribirse: Referencia a _____ (escribir el nombre del establecimiento de salud). Escriba la palabra Consejería si sólo se necesitó negociar las acciones a realizar en el hogar para mantener o mejorar la situación encontrada.

Si el promotor da un medicamento, de los que está autorizado a distribuir, por ejemplo Sulfato ferroso en jarabe, tiene que anotar el nombre del medicamento y la cantidad

entregada. Este dato le servirá para llenar más tarde de ese mismo día, la hoja de entradas y salidas de medicamentos.

En el caso de acciones más amplias como una campaña de limpieza, también tiene que anotarla en el Registro Diario de Actividades porque es una actividad relacionada con el trabajo de Promotor de Salud. Solo que en este caso, la columna de hallazgos queda vacía, en la de Clasificación anotará Campaña y en las acciones ejecutadas lo que haya hecho, por ejemplo: “coordinación de campaña de limpieza”. Esta misma explicación aplica para las reuniones con Comités, ADESCO y otros actores sociales; a las capacitaciones que el promotor da a los voluntarios, etc.

Este instrumento de registro se presentará al Supervisor Específico al final de cada mes, para su revisión.

Estos documentos deberán ser archivados ordenadamente por meses y años, y no deben ser destruidos, ya que son la evidencia del trabajo diario del Promotor de Salud.

Ver anexo 17.

HOJA DE VIGILANCIA COMUNITARIA DE LA EMBARAZADA, LA PUÉRPERA Y EL RECIÉN NACIDO

IMPORTANCIA Muy Alta
FRECUENCIA DE USO Cada vez que sea necesario.

Este formulario sirve para registrar de manera detallada los hallazgos que se encuentren durante la visita para vigilancia comunitaria a embarazadas, puérperas y recién nacidos.

Se debe llenar con bolígrafo y de manera clara, registrando toda la información solicitada. **De ninguna manera deberán registrarse datos que no sean obtenidos directamente por el Promotor de Salud**, principalmente en lo que se refiere a toma de presión arterial, temperatura y presencia de signos de peligro. La única excepción a esta regla son los datos relacionados a los exámenes de orina y sangre cuyos resultados los debe conseguir del carnet materno.

El cambio más importante en relación a la versión anterior de este formulario es que ahora se ha incorporado la vigilancia comunitaria de la embarazada y la de la puérpera y su recién nacido, en una sola hoja.

Parte correspondiente a la vigilancia comunitaria de la embarazada. A continuación se encontrarán las explicaciones para las modificaciones o agregados que podrían dar lugar a confusión en la hoja actualizada:

- Fecha Probable de Parto (FPP) por ultrasonografía (USG), para que se registre dicho dato en los casos en que así se requiera por no contar con fecha de última regla (FUR) u otra razón importante. Si tiene duda con este dato, consulte con el Supervisor Específico o con el médico Director del Establecimiento de Salud. Este dato puede ser tomado del carnet materno, pero preferentemente hágalo de la respuesta de la USG que la embarazada tiene.

- En el bloque de los antecedentes de embarazos, se seguirá registrando la información que se pedía investigar antes; sin embargo, ahora se hará en las respectivas casillas. Cuando se habla de antecedentes se quiere decir que son todos los datos de los embarazos previos. El actual no se debe incluir aquí.
- Se rediseñó lo relacionado con los exámenes de laboratorio. Por ejemplo, en el caso del examen general de orina (Ex. Gral. de Orina) se pregunta si de acuerdo al resultado del examen tiene infección urinaria o no. Se marcará la casilla "Sí", cuando en el carnet materno aparezca "Bacteriuria" marcada como "Anormal". Investigar activamente y registrar este dato es importante porque si la embarazada tiene infección se le debe buscar de inmediato para referirla al establecimiento de salud para que le den el tratamiento lo más pronto posible. Recuerde que la infección de vías urinarias es una de las primeras causas de partos prematuros.

  En cuanto a los demás exámenes, se debe insistir en la importancia de conseguir la información sobre el Grupo sanguíneo y el Factor Rh. El Promotor de Salud tiene que averiguar si en el carnet materno, en el resultado del examen de la Hemoglobina aparece un dato menor a 11 g., por la importancia que esto tiene a la hora del parto en que usualmente la mujer pierde una considerable cantidad de sangre.

- En cuanto al bloque de la Visita Domiciliaria, se debe registrar los datos de las mediciones hechas directamente por el Promotor de Salud. Para evitar problemas en futuras auditorías de este documento, si no se cuenta con báscula, tensiómetro y termómetro, no registre datos del carnet materno o de otro documento. Sólo anote "no báscula", "no tensiómetro", "no termómetro", según sea el caso.
- Sobre los Signos de Peligro, se mantienen los del formulario antiguo, haciendo énfasis en que la detección de la disminución de los movimientos fetales tiene que ser más activa por parte del Promotor de Salud, quien tiene que educar a la embarazada para que ella esté más pendiente de ese signo.
- Con relación a la presión arterial, hay que mencionar que se seguirá considerando como signo de peligro cuando la presión arterial **mínima** esté por arriba de 90 mm

Hg., aunque también se debe considerar que el embarazo se está complicando si la presión arterial **máxima** está por arriba de 160 mm Hg.

- Finalmente, se agregó una casilla para que los Promotores de Salud determinen si a la embarazada se le notan evidencias de maltrato físico (como moretones o golpes y otras señales de violencia), ya que esta situación es muy importante detectarla a tiempo, principalmente en las adolescentes.

Parte correspondiente a la vigilancia comunitaria de la puérpera y su recién nacido. Prácticamente, la información requerida, sigue siendo la misma que la solicitada en el formulario antiguo.

Ver anexo 18.

LISTADO DE NIÑO MENOR DE 5 AÑOS PARA LA VIGILANCIA DE ESTADO NUTRICIONAL, TENDENCIA DE LA GANANCIA DE PESO, LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO

IMPORTANCIA Muy Alta

FRECUENCIA DE USO Diariamente y cada vez que sea necesario.

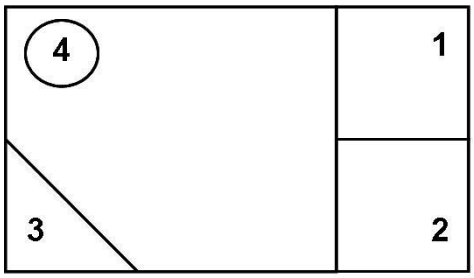
El listado debe llenarse a bolígrafo y con letra clara con todos los datos correspondientes a cada niño o niña registrada.

Se registrarán todos los niños y niñas menores de cinco años de edad, cuyos nombres y fechas de nacimiento se obtienen del Registro Familiar. El dato de peso al nacer aplica sólo para los que nacen durante el año en curso y se obtendrá únicamente de la constancia de parto hospitalario o del Carnet infantil.

Para cada mes, los datos se deben registrar de la siguiente manera:

Al centro del cuadro anote el dato del peso en Kilogramos. Luego, calcule para el cuadrito 1 la tendencia de la ganancia de peso y coloréelo azul si la tendencia es adecuada (TA), o rojo si la tendencia es inadecuada (TI).

En el cuadrito 2: anotará la sigla del estado nutricional determinado en la curva del gráfico de crecimiento: **O**= Obesidad; **SP**= Sobrepeso; **N**=Normal, **D**=Desnutrición, **DS**= Desnutrición Severa.



El triángulo, marcado con el No. 3, sólo se llenará para los niños y niñas menores de 6 meses y corresponde a la lactancia materna. Si es exclusiva (LME), el triángulo se pintará de color azul, en caso contrario debe pintarse de rojo.

El círculo, marcado con el No. 4, le servirá para vigilar si al niño o niña menor de 5 años lo llevan puntualmente a su control infantil. Si ha sido puntual, colorear el círculo de color azul, si está atrasado coloréelo de rojo.

Este listado debe cargarlo siempre en las visitas y lo tiene que actualizar durante la atención para utilizar los colores (azul o rojo) con el fin de felicitar a la madre o para invitar gentilmente a la madre o la persona responsable del niño o niña a que ponga en práctica algunos consejos sobre cómo mejorar la tendencia del peso, el estado nutricional y lo relacionado con el control infantil. En caso de los menores de 6 meses, también se le dará consejería sobre la lactancia materna, utilizando siempre los colores del listado para llamar la atención de la madre.

Este listado se debe renovar cada año, momento para sacar a los niños y niñas que cumplieron 5 años. Siempre debe dejarse una cantidad de filas solas para ir registrando a los que vayan naciendo.

Ver anexo 19.

LISTADO ÚNICO PARA EL MONITOREO DE LOS ESQUEMAS DE VACUNACIÓN (TODAS LA EDADES)

IMPORTANCIA Muy Alta

FRECUENCIA DE USO Cada vez que sea necesario, indispensablemente en los días en que se dedica a vacunar.

El listado Único de Vacunación es el instrumento en el que se deben registrar las fechas en que se aplican las respectivas dosis de vacunas a todas las personas de la comunidad. Es el registro vacunal de toda la vida de las personas.

Incluye todas las vacunas que están dentro del esquema nacional de vacunación vigente al 2008. No se registrarán acá las vacunas que se tengan que renovar cada año, como por ejemplo la vacuna contra la influenza (gripe), ni otras que usualmente se aplican en campañas como la de Sarampión y Rubéola (SR) en jóvenes y adultos.

Deberá llevarse en un libro del tipo “Order Book”, pues de esta manera se garantizará la mejor conservación del mismo. Es obligatorio que se respete el orden de las columnas del presente modelo, así como que no se destruya nunca el Order Book.

Cuando se vacune a una persona, la dosis aplicada se registrará, como siempre, en los formatos establecidos por el Programa Nacional de Vacunas e Inmunizaciones. Inmediatamente después, registrará la misma información en el Registro Diario de Actividades del Promotor de Salud y continuará haciendo sus actividades. Por la tarde, al llegar a la sede, pasará al Libro único de vacunación todos los datos de las dosis aplicadas ese día, asegurándose que cada dato quede bien registrado en el nombre al que corresponde.

Este Libro, que deberá estar foliado y sellado por la Unidad de Salud, permanecerá siempre en la sede del Promotor de Salud, ya que dicho listado es un Instrumento de

Registro Legal propiedad del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (como el tarjetero o libro que hay en la Unidad de Salud, que nadie puede sacarlo del establecimiento). En caso que el Promotor llegara a cesar en sus funciones, es su obligación entregarlo a la Unidad de Salud correspondiente al igual que todas las demás pertenencias que le han sido asignadas para desarrollar su labor.

Ver anexo 20.

REGISTRO DE LA VIGILANCIA COMUNITARIA DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL QUE UTILIZAN ALGÚN MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

IMPORTANCIA Muy Alta

FRECUENCIA DE USO Cada vez que sea necesario.

Con bolígrafo y letra clara, se registrarán los datos que el formulario requiere de todas las mujeres en edad fértil de 10 a 49 años que estén utilizando algún método temporal o permanente, incluyendo los naturales.

Un dato muy importante es el relacionado con la citología cérvico vaginal. Se debe escribir con bolígrafo la fecha en que se realizó por última vez el examen y con lápiz la fecha en que le tocará practicársela de nuevo.

En relación a la Columna de “Fechas de abastecimiento de métodos de P. F., se procederá igual, es decir, la fecha en que abasteció con métodos de P. F. la registrará con bolígrafo y la fecha de la próxima entrega la anotará con lápiz.

Mantendrá este registro en la sede y lo actualizará durante el tiempo de labor administrativa diaria. Al final de cada mes se presentarán al Supervisor para su revisión.

Este formulario no sustituye a los formularios requeridos por el Programa de Planificación Familiar.

Ver anexo 21.

CONTROL DE ENTRADAS Y SALIDAS DE MEDICAMENTOS E INSUMOS POR EL PROMOTOR DE SALUD

IMPORTANCIA	Muy Alta
FRECUENCIA DE USO	Mensualmente

En este formulario se registrarán las entradas y salidas de medicamentos y otros insumos de uso del Promotor de Salud. Gerencialmente hablando, este es uno de los formularios más importantes, por lo que se debe llenar con mucho cuidado. Todos los datos deben ser anotados con bolígrafo y letra clara.

Se llenará un formulario por medicamento o insumo.

La fecha de entrada corresponde al día en que la Unidad de Salud hace la entrega del medicamento y los descargos (salidas) se deberán hacer diariamente en base a las entregas que aparezcan en el Registro Diario de Actividades, para establecer el nuevo saldo.

No debe olvidar registrar el lote, las fechas de fabricación y vencimiento y la procedencia del medicamento. En relación a la procedencia, al final del formulario aparece una lista de códigos que le servirá para llenar este apartado.

Los formularios se deben mantener en un fólder debidamente ordenado y debe ser revisado mensualmente por el Supervisor Específico.

Ver anexo 22.

TARJETA DE REFERENCIA COMUNITARIA

IMPORTANCIA Muy Alta

FRECUENCIA DE USO Cada vez que sea necesario.

Es el documento donde se anotan los datos de una persona y del motivo por el cual se le envía a un establecimiento de salud,

Debe ser llenada con bolígrafo, completando todos los datos según lo pide el formato de la tarjeta, escribiendo de manera clara y resumida la acción realizada por el promotor a la persona al momento de ser referida.

Al recibir la nota de retorno debe archivarla ordenándolas por meses, para tener evidencias de la coordinación de su trabajo con el nivel local.

Ver anexo 23.

GLOSARIO

Atención Primaria de Salud: "Atención esencial en salud basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundamentadas y socialmente aceptables, accesible a los individuos y a las familias en la comunidad, a través de su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan asumir para mantenerla…"

Enfoque Familiar y Comunitario: La salud comunitaria en el marco de la APS, concibe la atención de las personas en el contexto más amplio de sus familias y su ambiente. Los servicios sociales y de salud que satisfacen las necesidades de la población se deben basar en información local y deben ser brindados dentro de la realidad social y cultural de la familia, del individuo y otras situaciones sociales relevantes que afectan indirectamente desde el nivel nacional e internacional.

Factor Rh: Una de las dos clasificaciones que describe el grupo sanguíneo al que pertenece una persona. El factor Rh es una proteína que se encuentra en la cubierta de los glóbulos rojos. Si esta proteína está presente en las células, la persona es factor Rh positivo. En cambio, si la proteína del factor Rh está ausente, la persona es factor Rh negativo.

Grupo (sanguíneo): Es una de las dos clasificaciones importantes para describir el tipo de sangre que una persona posee. Existen cuatro grupos: A, B, AB y O.

Intervenciones Integrales de Salud: Son todas aquellas que están orientadas a lograr un estado de bienestar ideal, en el cual se logra un equilibrio entre los factores físicos, biológicos, emocionales, mentales, espirituales y sociales, que permiten un adecuado crecimiento y desarrollo en todos los ámbitos de la vida de las personas.

Modelo de Salud Familiar: Es el conjunto de métodos y prácticas, que permiten abordar de una forma incluyente y participativa a la familia, sus miembros y el personal de salud en las comunidades, para interactuar corresponsablemente en el auto

cuidado, por medio de prácticas saludables para el control de riesgos, prevención y tratamiento oportuno de daños en el contexto socio ambiental en el cual existen.

Organización comunitaria: Es la definición de cargos y responsabilidades individuales y de grupos de trabajo para la unificación de ideas, esfuerzos y recursos de la comunidad, para realizar acciones colectivas que solucionan sus necesidades y problemas.

Promoción de la Salud: Proceso donde se faculta a los individuos para el aumento del control sobre los determinantes de salud y, de esta forma, se mejora su salud. Involucra a la población como un todo en el contexto de su vida cotidiana y está dirigido a la acción sobre los determinantes y causas de salud, más que en el enfoque de riesgos de las personas frente a enfermedades específicas.

Salud Familiar: Es la capacidad de la familia de cumplir con sus funciones de facilitar el desarrollo de sus miembros, afrontar constructivamente las crisis en determinada situación social, cultural y económica de su existencia.

ABREVIATURAS Y SIGLAS

ADESCO: Asociación de Desarrollo Comunal

AIEPI: Atención Integrada a las Enfermedades prevalentes de la infancia

BCG: Vacuna de Bacilo de Calmette - Guerin, contra la Tuberculosis.

c. m.: Centímetro

DPT: Vacuna Triple contra la Difteria, la Tosferina y el Tétanos.

DT: Toxoide Diftérico Tetánico.

FPP: Fecha Probable de Parto

FUR: Fecha de Última Regla.

IRA: Infección Respiratoria Aguda.

LME: Lactancia Materna Exclusiva.

MEF: Mujeres en Edad Fértil.

MSPAS: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

OPV: Vacuna oral contra la poliomielitis.

PF: Planificación Familiar.

SIBASI: Sistema Básico de Salud Integral

SPR: Vacuna triple contra el Sarampión, las Paperas y la Rubéola.

SR: Vacuna contra el Sarampión y la Rubéola.

TA: Tendencia Adecuada (de ganancia de peso)

TI Tendencia Inadecuada (de ganancia de peso)

rpm: Respiraciones por minuto.

URC: University Research Co., LLC

USG: Ultrasonografía

ANEXOS

Anexo 1. REGISTRO FAMILIAR

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD
UNIDAD DE SALUD COMUNITARIA

REGISTRO FAMILIAR

Vivienda No.: _____ Familia/Hogar No.: _____ Teléfono: _____ Región: _____ Departamento _____

Fecha de Llenado: _____ Municipio: _____

Canton: _____ Caserío/Colonia: _____

CARACTERISTICAS DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR

No.	Nombre	Sexo		Fecha de nacimiento	Edad	Cód. Lugar nacto.	Sabe leer		Último grado de estudios	¿Está enfermo(a)?		¿Qué enfermedad padece?	Discapacitado		Tipo de discapacidad
		F	M				Sí	No		Sí	No		Sí	No	

SINTESIS DEL HOGAR

Fecha	< 1		1 - 2		2 - 4		5 - 9		10 - 14		15 - 19		20 - 29		30 - 39		40 - 49		50 - 59		>60		TOTAL		TOTAL POR FAMILIA	Jefe del hogar		Defunciones en el último año				
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F		M	F	< 1 año	1-4 años	MEF	Otros	Total

Código de lugar de nacimiento: Anotar este dato para todo niño menor de 5 años: 1= Hospital (MSPAS, ISSS, Privado), 2=Unidad de Salud, 3=Casa, 4=Cualquier otro lugar

ASPECTOS RELACIONADOS A LA VIVIENDA

Fecha	Material de las paredes				Material del piso				Material del techo			Limpieza en general		Servicio sanitario								
														Tiene		Inodoro	Letrina (Tipo)				Mantenimiento	
	Ladrillo, bloque, loseta	Adobe	Bahareque	Otros	Ladrillo, Cerámica	Cemento	Tierra	Otros	Duralita, lámina, Zinc alum	Teja	Otros	Buena	Mala	Sí	No		Fosa	Abonera	Lavar	Otro	Adecuado	Inadecuado

Fecha	Cocina adentro de la casa o muy cerca		Fuente de abastecimiento de agua										A más de 300 metros		Trata el agua para beber		Método que usa						Conexión eléctrica propia		Disposicion final de la basura										Presencia de vectores					
			Cañeria intradomiciliar propia		Cantarera		Pozo Protegido		Vertiente/Rio		Otra						Cloro/ Puriagua		Hierve el agua		Otro				La tiran a campo abierto		La entierran		La dan al tren de Aseo		La queman		Otros		Zancudos		Chinches		Roedores	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No

FACTORES DE RIESGO SOCIAL

Fecha	Total de habitantes en la vivienda	No. de Habitaciones	No. de habitantes por habitación	Fuente de Ingreso Económico												Se sabe si al menos un miembro de la familia consume:				Se percibe violencia intra familiar		Participan en grupos sociales		Tenencia de mascotas					
				Empleo Formal (fábrica, Almacén, Gobierno)		Empleo Informal		La familia tiene:																Perros			Gatos		
								Cultivo Agricola		Aves de corral		Ganado vacuno/ porcino		Negocio propio (tienda, otros)		Alcohol		Tabaco						Total	Vacunados		Total	Vacunados	
				Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No		Sí	No		Sí	No

El Registro Familiar, en general:

Es importante señalar que muchos datos del Registro Familiar antiguo no se han incluido en el nuevo formato pero tampoco se han perdido. Los Promotores de Salud los tienen ya registrados en otros formularios y listados. Lo que se pretende es que no haya más duplicación de esfuerzos registrando los mismos datos en varios instrumentos.

***Bloque de Características de los miembros del hogar*.**

1. Se debe anotar todos los datos que se solicitan, utilizando una fila para cada miembro de la familia. Los niños que nazcan en el transcurso del año se irán anotando inmediatamente después que el promotor se entere del nacimiento. La fecha de nacimiento, para calcular la edad, debe obtenerse de algún documento como la partida de nacimiento o el Carnet Infantil para los menores de 18 años y del DUI para los mayores. El lugar de nacimiento para los menores de cinco años, debe obtenerse del Carnet Infantil.
2. El último grado de estudios es el último grado aprobado efectivamente en la escuela. En el caso de los adultos escríbalo con lapicero, pero en el caso de los niños, escríbalo con lápiz, a fin de ir actualizando ese dato, si cambia en el lapso de la duración del Registro Familiar (cinco años).
3. En la columna de ¿Está enfermo?, se obtendrá un Sí o un No. Pero lo más importante es preguntar inmediatamente después ¿Qué enfermedad padece? ¿azúcar en la sangre?, ¿de la presión?, ¿cáncer?, a manera de ejemplos. Enfermedades agudas (pasajeras como catarro, diarrea y otras, no se anotarán acá, solo las crónicas).
4. Los tipos de discapacidad que se manejarán en el Registro Familiar, serán en general: físicas y mentales.

***Bloque de Síntesis del hogar*.**

Este bloque cuenta con cinco filas. Cada fila corresponde a un año. Por lo tanto, cada nuevo año se debe actualizar la fila subsiguiente con los datos de los miembros que componen la familia (cambiarían si es que hubiese nuevos datos, sino se mantienen igual, pero en diferente fila). Estos datos servirán para elaborar el Consolidado Diagnóstico Comunitario, cada año.

Bloque de Aspectos relacionados a la vivienda.

Este bloque también cuenta con cinco filas y cada fila corresponde a un año. Por lo tanto, en cada nuevo año se deben actualizar todos estos datos.

Bloque de Factores de riesgo social.

Este último bloque también cuenta con cinco filas y cada fila corresponde a un año.

En el caso que si percibe la práctica de violencia contra alguien de la familia, principalmente ancianos, niños y mujeres, es precisamente escribir si el Promotor de Salud PERCIBE esa situación. Este dato es muy delicado preguntarlo directamente a las víctimas por las consecuencias que les puede traer, y el victimario muy raras veces contestará afirmativamente. En todo caso, si el Promotor percibe esta situación o se entera por medio de las víctimas u otros informantes clave, lo mejor es remitir el caso al Director del Establecimiento de Salud para que éste haga las gestiones para la intervención de una Trabajadora Social, Psicólogo o un mediador, quienes tienen la formación profesional para tratar este tipo de casos sin complicarlos.

En el caso de la disponibilidad de cultivo agrícola, aves de corral, de ganado vacuno o porcino o de un negocio propio, se refiere a que si la familia es propietaria de lo mencionado.

Anexo 2. ***CONSOLIDADO DIAGNÓSTICO DE LAS COMUNIDADES ATENDIDAS POR PROMOTOR DE SALUD***

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD

CONSOLIDADO DIAGNÓSTICO DE LAS COMUNIDADES ATENDIDAS POR PROMOTOR DE SALUD

Región: _____ Municipio: _____ Cantón: _____

No. correlativo	No. de Vivienda	Características de los miembros del hogar																										
		Grupos de Edad en Años																						TOTAL		TOTAL POR FAMILIA	Jefe de Hogar	
		< 1 año		1 a 2 años		2 a 4 años		5 a 9 años		10 a 14 años		15 a 19 años		20 a 29 años		30 a 39 años		40 a 49 años		50 a 59 años		> 60 años						
		M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F		M	F

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD

CONSOLIDADO DIAGNÓSTICO DE LAS COMUNIDADES ATENDIDAS POR PROMOTOR DE SALUD

No. correlativo	Situación de la educación y la salud en general																						Fuente de Ingreso Económico											
	Sabe leer		Personas con estudios menos de Séptimo grado		Personas con estudios de séptimo a noveno grado		Personas con estudios de 1ro. a 3er. año de Bachillerato		Personas con estudios técnicos o universitarios		Personas con enfermedad crónica		Personas con Discapacidad		Se sabe si al menos un miembro de la familia consume:				Se percibe violencia intra familiar		Participan en grupos sociales		Empleo Formal (fábrica, Almacén, Gobierno)		Empleo Informal		La familia tiene:							
															Alcohol		Tabaco										Cultivo Agricola		Aves de corral		Ganado vacuno/ porcino		Negocio propio (tienda, otros)	
	Si	No	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD

CONSOLIDADO DIAGNÓSTICO DE LAS COMUNIDADES ATENDIDAS POR PROMOTOR DE SALUD

No. correlativo	No. de habitaciones	No. de habitantes por habitación	Aspectos relacionados a la vivienda																					
			Material de las paredes				Material del piso				Material del techo			Limpieza en general		Servicio sanitario								
																Tiene		Inodoro	Letrina (Tipo)				Mantenimiento	
			Ladrillo, bloque, loseta	Adobe	Bahareque	Otros	Ladrillo, Cerámica	Cemento	Tierra	Otros	Duralita, lámina, Zincalum	Teja	Otros	Buena	Mala	Sí	No		Fosa	Abonera	Lavar	Otro	Adecuado	Inadecuado

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD

CONSOLIDADO DIAGNÓSTICO DE LAS COMUNIDADES ATENDIDAS POR PROMOTOR DE SALUD

No. correlativo	Características de la vivienda que influyen en la salud de quienes la habitan																							
	Cocina adentro de la casa o muy cerca	Fuente de abastecimiento de agua					A más de 300 metros	Trata el agua para beber	Método que usa			Conexión eléctrica propia	Disposicion final de la basura					Presencia de vectores			Tenencia de animales domésticos			
		Cañeria intradomiciliar propia	Cantarera	Pozo Protegido	Vertiente/Rio	Otra			Cloro/ Puriagua	Hierve el agua	Otro		La tiran a campo abierto	La entierran	La dan al tren de Aseo	La queman	Otros	Zancudos	Chinches	Roedores	Perros		Gatos	
																					Total	Vacunados	Total	Vacunados

Anexo 3. ***DATOS DEL DIAGNÓSTICO COMUNITARIO DE SALUD***

DATOS DEL DIAGNÓSTICO COMUNITARIO DE SALUD

Nombre de la comunidad: _____ Fecha: _____
Promotor de Salud: _____

DATOS DE POBLACION

POBLACIÓN	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
Total de menores de 1 año			
Total de menores de 1 a 2 años			
Total de menores de 2 a 4 años			
Total de menores de 5 años			
Total de menores de 5 a 9 años			
Total de jóvenes de 10 a 19 años			
Total de jóvenes de 20 a 29 años			
Total de adultos de 30 a 39 años			
Total de adultos de 40 a 49 años			
Total de adultos de 50 a 59 años			
Total de adultos mayores (> 60 años)			
POBLACIÓN TOTAL			
Total de embarazadas			
Total de MEF (10 a 49 años)			
Total de personas con discapacidad			

SITUACIÓN DE LAS VIVIENDAS

Total de viviendas	
Sin letrina	
Con uso adecuado de la letrina (limpia y en orden)	
Con uso inadecuado de la letrina	
Donde usan agua purificada con algún tratamiento	
Con cocina de leña adentro de la casa	
Con criaderos de zancudos	
Con patios sucios y llenos de basura regada	
Con conexión eléctrica	
No. De perros	

SITUACIÓN DE LAS MUJERES Y NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS

Total de Embarazadas	
Embarazadas en control prenatal a tiempo	
Partos Hospitalarios	
Total puérperas	
Puérperas en control post parto en los primeros 7 días	
Recién nacidos	
Recién nacidos inscritos en los primeros 7 días post parto	
Menores de 1 año en control infantil a tiempo	
Menores de 1 año vacunados con tercera dosis de vacuna pentavalente	
Menores de 5 años con desnutrición moderada y severa	

MORBILIDAD Y MORTALIDAD

Casos de diarrea en menores de 5 años	
Casos de IRA en menores de 5 años	
Muerte materna	
Muerte fetal	
Muerte neonatal	
Muerte de menor de 1 año	
Muertes de 1 a 4 años	
Muertes de otros grupos	

RECURSOS

No de escuelas	
No de iglesias	
No de ADESCO y directivas comunales	
No de Parteras	
No. de Consejeras de Nutrición	
No. de líderes y voluntarios	

Anexo 4. ***GUIA DE ANÁLISIS PARA LA DEVOLUCION COMUNITARIA DE RESULTADOS DE EVALUACIÓN***

GUÍA DE ANÁLISIS PARA LA DEVOLUCIÓN COMUNITARIA DE RESULTADOS DE EVALUACIÓN

La devolución de resultados debe ser un proceso abierto a las opiniones para identificar problemas, a partir de la revisión y análisis conjunto de los datos sobre cobertura de los servicios y la relación de estos con los datos de los problemas o daños a la salud que ocurren en la comunidad.

Salud de la madre y el (la) recién nacido(a)

Control Prenatal	Primeros meses	Parto Hospital	Control después del parto	Control desde los primeros 7 días de nacido
#	#	#	#	#

Recién nacidos con bajo peso
#

1. ¿Han sabido de algún problema en alguna embarazada y su “tierno”? ¿durante el embarazo? ¿en el parto? ¿después del parto? (presión alta en la mujer, infección urinaria, sangrado, debilidad o palidez en la mujer, niño prematuro o de bajo peso, aborto, alguna muerte, otros).
2. Según las opiniones o respuestas, destaque la importancia de la prevención y la protección que dan los servicios de atención prenatal, parto hospitalario, post parto y del recién nacido que han sido controlados en la comunidad. Destaque con sus números de resultados la continuidad de la atención desde la detección del embarazo, la atención del parto, el post parto y la atención del recién nacido. Es importante enfatizar la continuidad en el sentido de que las embarazadas de la comunidad, tuvieron acceso al control prenatal, al parto hospitalario, a la atención después del parto y a la inscripción del recién nacido. Las diferencias entre los

números para control prenatal, parto hospitalario, atención post parto y control del recién nacido deben ser mínimas y explicadas con propiedad durante la evaluación.

3. Aproveche para informar sobre casos exitosos de la atención materna y peri natal en términos de prevención de daños, vidas salvadas, madres y recién nacidos que están saludables en la comunidad.
4. ¿Cuál es la diferencia en los números del total de las embarazadas en control y las que se pusieron en control en los primeros tres meses de embarazo? ¿Hay diferencia? ¿Por qué esa diferencia? ¿Por qué no se pusieron en control en los primeros tres meses?
5. Si mencionan algún caso de recién nacido muy pequeño o pechito (prematuro ó con bajo peso) pregunte ¿Por qué nació así? ¿Se pudo evitar que ocurriera? ¿Cómo?
6. ¿Qué problemas les impiden asistir al control prenatal en la Unidad de Salud? Destaque la importancia del control de peso de la madre, el crecimiento y los movimientos del niño o niña dentro del “estómago”.
7. ¿Cual es la relación entre el número de niños chiquitos o muy pechitos y el número de controles prenatales desde los primeros tres meses?
8. ¿Los partos que se atendieron en la comunidad por qué no pudieron ir al hospital para su atención? ¿hubo problemas en la atención de los partos en la casa?
9. ¿Hubo alguna muerte prevenible? ¿Por qué ocurrió la muerte? ¿Algún problema en el embarazo, el parto o después del parto? ¿Qué pasó en la comunidad? ¿En el hospital?, ¿Cómo era la salud de la madre? ¿Cómo nació el niño o niña? ¿Cómo se puede prevenir un caso así para que no vuelva a ocurrir en el futuro?

Vacunación del menor de 1 año

Menores de 1 año	Protegidos con vacuna tercera dosis de vacuna pentavalente
#	#

Guía de análisis:

1. ¿Han visto problemas de sarampión, tétano o parálisis en niños de la comunidad?
2. Destacar el número de niños menores de un año con el número de niños protegidos o vacunados con la vacuna (pentavalente 3) ¿Hay alguna diferencia?

3. Salud del niño y niña menor de 5 años

Menores de 5 años	Desnutridos	Menores de 2 años	Menores de 2 años que están creciendo bien
#	#	#	#

1. Compare el número de niños menores de 5 años con el número de niños que tienen desnutrición.
2. Pregunte ¿qué les llama la atención de la comparación del número de niños menores de 5 años con el número de niños que tienen desnutrición? ¿Son pocos o bastantes?, ¿Por qué están desnutridos? ¿Hay alimentos suficientes en la comunidad? ¿Hay dinero para comprar? ¿Se comen los alimentos adecuados o se compran golosinas que no nutren bien a los niños? ¿Por qué?
3. Compare el número total de niños menores de 2 años con el número de niños que tienen crecimiento adecuado. ¿Qué está pasando con los niños que no están creciendo bien? ¿Son pocos o bastantes? ¿Están todos en control de su peso? Si no es así ¿Por qué no?

Salud del niño y niña menor de 5 años

Menores de 5 años	Con diarrea	Con diarrea con deshidratación	Con resfriado	Con neumonía
#	#	#	#	#

Total de viviendas	Con letrina limpia y en orden	Usan agua purificada	Libre de humo	Sin criaderos de zancudos
#	#	#	#	#

1. Compare el número de casos de diarrea con el número de casos de resfriado que se dan en la comunidad. ¿Cuál es la diferencia? ¿Cuál se da más seguido?, ¿En qué tiempo del año se dan más? ¿Por qué? ¿Cuáles son las causas?
2. Relacione el total de casos de diarrea con las condiciones de la vivienda. Del total de viviendas ¿Cuántas tienen la letrina limpia y ordenada? ¿La usan bien?, ¿Cómo está el agua que usan para tomar? ¿La purifican? Ubique en el Mapa de Riesgo de la comunidad en qué sector se dan más los casos de diarrea.
3. De los casos de diarrea ¿Cuántos se complicaron con deshidratación? ¿Por qué se complicaron?
4. Relacione el total de casos de resfriado con las condiciones de la vivienda. Del total de viviendas ¿Cuántas están libres de humo y contaminación? Ubique en el Mapa de Riesgo de la comunidad en qué sector se dan más los casos de niños con tos y resfriado.
5. De los casos de resfriado ¿Cuántos se complicaron con neumonía? ¿Por qué se complicaron?

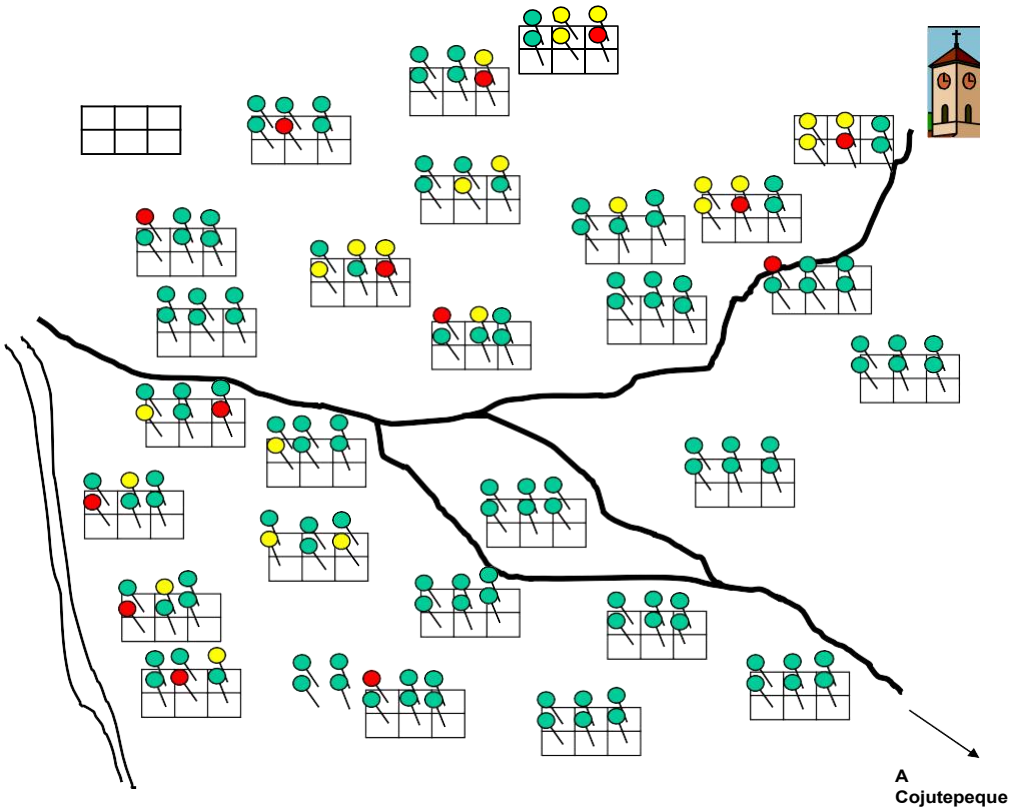
   ¿Hay casos de enfermedad que puedan ser causados por el número de viviendas que tienen criaderos de zancudos? ¿Se dan casos de fiebre sin diarrea ni resfriado? Ubique en el mapa de riesgo donde se están dando más, los casos de fiebre.

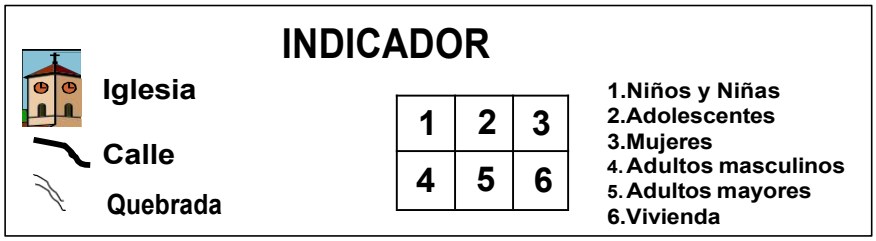
Anexo 5. ***MAPA DE RIESGOS SEGÚN CLASIFICACIÓN DE RIESGOS FAMILIARES***

MAPA DE RIESGOS

Un **mapa de riesgos** es la representación geográfica de una comunidad, en la que se ubican los puntos en donde existe la posibilidad de que pueda ocurrir, o que esté ya ocurriendo, un daño o una situación especial. A la vez, ubica dónde se cuenta con recursos importantes para la dinámica social y de salud.

CASERÍO EL NANCE





Utilidad de los Mapas de Riesgos

1. Proporcionan una visión más clara, rápida y objetiva de la situación que existe en una determinada área geográfica, para la toma de decisiones.
2. Facilitan la priorización de las actividades a realizar, a partir de la identificación de los sitios con mayor cantidad de factores de riesgo.
3. Facilitan el monitoreo de un plan de trabajo, a la vez que permite evaluar los logros alcanzados.
4. Potencian y estimulan la participación comunitaria en la resolución de todo tipo de problemas o en el fortalecimiento de medidas ya instaladas.

Pasos para elaborar un Mapa de Riesgos

1. Esta es una buena oportunidad para comenzar a involucrar a las personas de la comunidad, ya que si el Promotor de Salud no tiene la habilidad para dibujar, el croquis puede ser elaborado por alguien de la comunidad que sepa hacerlo. Primeramente se debe dibujar un croquis en un pliego de cartulina blanca o papel bond, ubicando el punto cardinal correspondiente al Norte. Cada vivienda en la comunidad se debe representar por un **rectángulo** con **seis divisiones**. Los establecimientos públicos como escuelas, casas comunales, etc., no tienen que ser divididas en los seis cuadrantes, a menos que en dichos sitios residan personas de manera permanente. Estos establecimientos deben ser distinguidos del resto por algún símbolo en particular, tal como se ha estado haciendo hasta la fecha. El mapa de riesgos y recursos debe tener como título el nombre del cantón o caserío. Se debe valorar la pertinencia de hacer diferente mapa para cada uno de los caseríos, en caso de que se atienda más de un caserío o no se pueda agrupar los caseríos correspondientes a todo el cantón que se atiende. El mapa debe contar también con un indicador sobre lo que se representa en el mapa.
2. A continuación se debe numerar cada una de las viviendas. Se iniciará el proceso en la entrada principal que da acceso al municipio del cantón o caserío

3. Posteriormente se procede —idealmente junto con los líderes de la Comunidad— a colocar los alfileres en cada uno de los cuadraditos de las viviendas, de acuerdo a los riesgos determinados según la información contenida en las carpetas familiares, los registros familiares, y alguna otra, obtenida a través de los diferentes instrumentos de registro del Promotor de Salud.

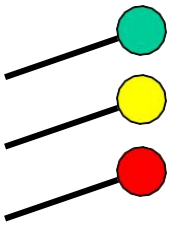
Criterios para clasificación de los riesgos, según etapa del ciclo de vida y situación del saneamiento ambiental, en cada vivienda[1].

Los criterios serán los que usted ya conoce y practica:

Sin riesgo : representado por el color verde.

Bajo riesgo : representado por el color amarillo.

Alto riesgo : representado por el color rojo.



Estos criterios se aplican a los seis componentes prioritarios que el Equipo Básico de Salud Familiar debe considerar de manera especial, aunque no por eso de forma absoluta.

Los componentes son:

1) Niños y niñas menores de 10 años,
2) Adolescentes (10 a 19 años)
3) Mujeres en edad fértil
4) Adultos masculinos
5) Adultos mayores (hombres y mujeres)
6) Vivienda.

1. Niños/as	**2.** Adolescentes	**3.** Mujeres
4. Adultos masculinos	**5.** Adultos mayores	**6.** Vivienda

[1] Guía para la operativización del modelo de atención en salud con enfoque familiar, en prensa. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, El Salvador, 2008.

1. **Niños/as menores de 10 años:**

   a) ***Verde***. Todos los niños/as que residen en la vivienda están inscritos en el programa de atención a la niñez, tienen completo su esquema de vacunación a la fecha, tienen estado nutricional adecuado, asisten a la escuela (aplica para escolares), no realizan actividades laborales de riesgo, no hay signos de maltrato y que padecen alguna discapacidad en control.

   b) ***Amarillo***. Al menos uno de los niños residentes en la vivienda presenta una de las siguientes condiciones: está inscrito pero sin control periódico, esquema de vacunación incompleto, ha sido clasificado como con estado nutricional inadecuado por primera vez, asiste a la escuela pero se ausenta con frecuencia, con padecimiento relacionado a su salud bucal, que padecen de alguna discapacidad o enfermedad crónica y no reciben control periódico.

   c) ***Rojo***. Al menos uno de los niños residentes en la vivienda presenta una de las siguientes condiciones: recién nacido, bajo peso al nacer, no inscrito al programa de atención a la niñez, sin esquema de vacunación, con estado nutricional inadecuado por segunda ocasión consecutiva, no asiste a la escuela, realiza actividades laborales de riesgo, presentan signos o síntomas de maltrato, padecen alguna enfermedad crónica o discapacidad sin control o rehabilitación.

2. **Adolescentes (10 a 19 años):**

   a) ***Verde***. Todos los/las adolescentes que residen en la vivienda tienen estado nutricional adecuado, asisten a un Centro Escolar, no realiza actividades laborales peligrosas, han iniciado relaciones sexuales pero utilizan algún método de planificación familiar sistemático, sin conductas sexuales de riesgo, no presentan signos o síntomas de violencia, no consumen alcohol, tabaco o cualquier sustancia psicoactiva; si padecen alguna discapacidad y está en control.

b) ***Amarillo.*** Al menos uno de los/las adolescentes residentes en la vivienda presenta una de las siguientes condiciones: malnutrición en su primera evaluación, asiste a la escuela pero se ausenta con frecuencia, realiza actividad laboral que no compromete su salud o educación, con padecimiento relacionado a su salud bucal, padecen de alguna discapacidad y no reciben control periódico.

c) ***Rojo.*** Al menos uno de los/las adolescentes residentes en la vivienda presenta una de las siguientes condiciones: malnutrición en las evaluaciones consecutivas, no asiste a la escuela, realiza actividades laborales peligrosas, han iniciado relaciones sexuales no se protegen de las ITS/VIH/SIDA y no utilizan un método de planificación familiar, está embarazada o ha dejado embarazada a su pareja, presentan signos de violencia, consume tabaco, alcohol u otra sustancia psicoactiva, padecen alguna discapacidad o enfermedad crónica sin control o rehabilitación.

3. Mujer (20 a 59 años):

a) ***Verde***. Todas las mujeres residentes en la vivienda presentan una de las siguientes condiciones: se protege de ITS/VIH/SIDA y utilizan algún método de planificación familiar, sin conductas sexuales de riesgo, se han realizado la citología en el último año, están debidamente vacunadas con toxoide tetánico, no presentan signos o síntomas de violencia, no están embarazadas ni en etapa de puerperio, con cuidados de su salud bucal, si alguna padece enfermedades crónicas (Diabetes, hipertensión, Cáncer de cérvix, Cáncer de mama, VIH/SIDA) o alguna discapacidad, está en control o rehabilitación.

b) ***Amarillo***. Al menos una de las mujeres sexualmente activa no se protege de ITS/VIH/SIDA y no utiliza método de Planificación familiar o es faltista, historia de ITS, sospecha de embarazo, con padecimiento relacionado a su salud bucal, padece de una enfermedad crónica (Diabetes, hipertensión, Cáncer de cérvix, cáncer de mama) y VIH positivo o sida sin control periódico.

c) ***Rojo.*** Al menos una de las mujeres está embarazada o puérpera, ha sufrido maltrato o abuso sexual, con conductas sexuales de riesgo, nunca se han tomado la citología o tiene dos o más años de habérsela tomado, consume tabaco, alcohol u otra sustancia psicoactiva, padecen alguna discapacidad sin control o rehabilitación, presenta complicaciones de enfermedades crónicas, VIH/SIDA.

4. Hombre (20 a 59 años):

a) ***Verde***. Todos los hombres que residen en la vivienda tienen estado nutricional adecuado, con prácticas de sexo seguro y protegido, no presentan signos o síntomas de violencia, no consumen alcohol, tabaco o cualquier sustancia psicoactiva; problemas de salud actual bajo control y tratamiento, con cuidados de su salud bucal, si alguno padece enfermedades crónicas (Diabetes, hipertensión, patología prostática, VIH/SIDA) o alguna discapacidad, está en control.

b) ***Amarillo***. Al menos uno de los hombres residentes en la vivienda presenta una de las siguientes condiciones: malnutrición en su primera evaluación, con padecimiento relacionado a su salud bucal, padecen de enfermedad crónica o alguna discapacidad y no reciben control periódico.

c) ***Rojo***. Al menos uno de los hombres residentes en la vivienda presenta una de las siguientes condiciones: malnutrición en las evaluaciones consecutivas, han iniciado relaciones sexuales no se protegen de las ITS/VIH/SIDA y no utilizan un método de planificación familiar, presentan signos de violencia, o ser violentadores, consume tabaco, alcohol u otra sustancia psicoactiva, padecen alguna discapacidad sin control o rehabilitación. Presenta complicaciones de enfermedades crónicas, VIH/SIDA.

5. Adultos mayores (mayores de 60 años):

a) ***Verde***. Todos los/las adultos mayores que residen en la vivienda tienen estado nutricional adecuado, no presentan signos o síntomas de violencia o abandono,

no consumen alcohol, tabaco o cualquier sustancia psicoactiva; problema de salud crónico bajo control y tratamiento, si padecen alguna discapacidad y está en control, tiene evaluación de patología prostática sin anormalidades.

b) ***Amarillo***. Al menos uno de los/las adultos mayores residentes en la vivienda presenta una de las siguientes condiciones: malnutrición en su primera evaluación, con padecimiento relacionado a su salud bucal, con problema de salud crónicos o padecen de alguna discapacidad y no reciben control periódico.

c) ***Rojo***. Al menos uno de los/las adultos mayores residentes en la vivienda presenta una de las siguientes condiciones: malnutrición en las evaluaciones consecutivas, no se protegen de las ITS/VIH/SIDA, presentan signos de violencia y abandono, consume tabaco, alcohol u otra sustancia psicoactiva, padecen alguna discapacidad sin control o rehabilitación, presentan enfermedades crónicas, VIH/SIDA con complicaciones.

6. Condiciones básicas de la vivienda.

a) ***Verde***. Cumple con todos los siguientes criterios:

1) Sin riesgo estructural (techo, piso, paredes, ventilación) y no expuesta a inundaciones o derrumbes
2) El agua que se usa para beber es tratada por algún método para su desinfección.
3) La letrina está limpia y en orden. Todos los residentes de la vivienda hacen uso de ella, incluyendo los niños.
4) Cuenta con tratamiento de aguas grises y negras. (pozo resumidero, sistema de alcantarillado, fosa séptica)
5) Almacenamiento sanitario de desechos sólidos (recipiente en buen estado, con tapadera, rígido, la entierra en forma controlada, posee servicio de recolección)
6) No hay criaderos de mosquitos, zancudos, chinches, moscas, cucarachas y otros vectores ni dentro ni en los alrededores de la vivienda.

7) No hay humo dentro de la vivienda (ni por cocina de leña dentro de la casa).
8) No tiene animales domésticos (perros, gatos) o animales de crianza (aves de corral, cerdos, otros) y si tiene están vacunados o ubicados fuera de la vivienda en corral respectivamente.

b) ***Amarillo.*** Cumple con todos los criterios siguientes:

1) Con estructuras seguras pero expuesta a inundaciones o derrumbes.
2) El agua que se usa para beber es tratada por algún método para su desinfección, pero está expuesta a factores de recontaminación (almacenamiento y manipulación inadecuada).
3) Tienen letrina pero no tiene adecuado uso y mantenimiento.
4) Poseen materiales inservibles potenciales criaderos de vectores.
5) Hay cocina de leña separada o fuera de la vivienda.
6) Tiene animales de crianza (aves de corral, cerdos, otros) y no están en corral.

c) ***Rojo.*** Cumple con los siguientes criterios:

1) Con daños estructurales (techo, piso, paredes, ventilación), expuesta a inundaciones, derrumbes o a puntos de riesgo cercanos: vertidos industriales, bodegas de sustancias peligrosas, botaderos de desechos sólidos, otros
2) El agua que se usa para beber no es segura para consumo y no usa método de desinfección.
3) No cuentan con letrina.
4) No cuenta con tratamiento de aguas grises y negras. (pozo resumidero, sistema de alcantarillado, fosa séptica), y son descargadas al terreno o aguas superficiales.
5) No realiza almacenamiento sanitario de desechos, los quema o son expuestos a la intemperie.

6) Hay criaderos de mosquitos, zancudos, chinches, moscas, cucarachas y otros vectores.
7) Hay humo dentro de la vivienda a causa de cocina de leña.
8) Tiene animales domésticos (perros, gatos) o animales de crianza (aves de corral, cerdos, otros) y no están vacunados o ubicados en corral respectivamente.

Anexo 6. ***CUADRO DE PRIORIZACION DE PROBLEMAS***

CUADRO DE PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS

No.	LISTA DE PROBLEMAS	Medición: Poco +; Medio ++; Bastante +++				
		¿Qué tan seguido ocurre?	¿Qué tan grave es?	¿Qué tanto preocupa a la comunidad?	¿Cuánto podríamos hacer en la comunidad para solucionarlo?	No. Total de cruces

Los problemas con mayor número de cruces serán los prioritarios.

Anexo 7. ***CUADRO DE POSIBLES SOLUCIONES A LOS PROBLEMAS IDENTIFICADOS Y PRIORIZADOS***

CUADRO DE POSIBLES SOLUCIONES A LOS PROBLEMAS IDENTIFICADOS Y PRIORIZADOS

No.	Lista de problemas priorizados	Lista de posibles soluciones

Anexo 8. ***MODELO DE AGENDA***

MODELO DE AGENDA

Objetivo de la Reunión:_____

LUGAR: _____ FECHA: _____

No.	Punto de agenda	Responsable	Tiempo
1	Asistencia de los participantes y saludo de bienvenida.	Secretario	30 minutos
2	Presentar el censo de la comunidad.	Presidente	10 minutos
3	Presentar la situación de los servicios de salud (a las embarazadas, recién nacidos, menores de 1 año y la situación de las enfermedades y muerte de las madres y los niños menores de 5 años).	Promotor de Salud	30 minutos
4	Discusión de los problemas relacionados con los datos del censo, y las causas de los problemas identificados sobre los servicios, las enfermedades y las muertes ocurridas.	Promotor de Salud y participantes	20 minutos
5	Proponer soluciones a los problemas identificados en la comunidad, programación de los siguientes pasos y de próxima reunión.	Promotor de Salud y participantes	20 minutos
6	Acuerdos y compromisos.	Presidente Promotor de Salud y participantes	15 minutos

La agenda puede someter a aprobación puntos varios que sean de interés de la comunidad e incluirlos por consenso.

Anexo 9. ***PASOS PARA LA ORGANIZACIÓN Y CONDUCCIÓN DE UNA REUNIÓN EFECTIVA***

Pasos para la organización y conducción de una reunión efectiva

Para la preparación o planificación de la reunión:

1. Definir el objetivo de la reunión.
   Es importante tener bien claro para qué se van a reunir, por ejemplo: tratar problemas de salud de la comunidad, organizar el comité de salud, conocer el censo y la situación de salud de la comunidad, elaborar un plan para mejorar las viviendas, introducción de agua potable, letrinización, organizar campaña de limpieza etc.
2. Definir los puntos de la agenda para cumplir con el objetivo.
3. Preparar la información que se va a necesitar para respaldar los puntos de agenda. Ejemplo: actas o memorias previas relacionadas con el tema y el objetivo de la reunión, cuadro de población, coberturas, enfermedades y muertes comunitarias, viviendas sin agua ni letrina, problemas de saneamiento etc.
4. Preparar los materiales a utilizar. (carteles, cuadros de datos, papelones y plumones o libretas para tomar notas).
5. Definir responsables de moderar y presentar los puntos de la agenda.
6. Preparar el lugar, donde se hará la reunión.
7. Definir día, hora adecuados para asegurar la asistencia requerida.
8. Convocar a la comunidad (personalmente, con carteles, cartas, perifoneo, otras formas).

Durante la reunión:

1. Tomar Control de la asistencia.
2. Saludo y apertura de la reunión con la presentación del objetivo.
3. Presentación de los puntos de agenda para aprobación de los participantes.
4. Aprobación y/o ajuste de agenda aprobada.
5. Tratar los puntos de la agenda en el orden establecido.
6. Coordinar el uso de la palabra para comentarios.
7. Anotar acuerdos.
8. Cerrar la reunión.

Anexo 10. ***MODELO DE ACTA***

MODELO DE ACTA

Reunión de: (Comité de salud, madres, jóvenes, ADESCO, asamblea, otros).

Lugar y fecha: _____

Hora de inicio: _____ Hora de finalización: _____

Participantes: (No. en caso de asamblea, ó lista si es posible, en caso de comités y/o directivas)

Objetivos de la reunión:

_____
_____
_____

Puntos de agenda:

_____
_____
_____

Acuerdos:

_____
_____
_____
_____

Nombres y firma de los participantes:

_____ _____

_____ _____

_____ _____

_____ _____

Anexo 11. ***FORMATO PARA LA ELABORACIÓN DE UN PLAN COMUNITARIO DE INTERVENCIONES***

FORMATO PARA LA ELABORACIÓN DE UN PLAN COMUNITARIO DE INTERVENCIONES

Región/SIBASI: _____

Establecimiento de salud: _____

Comunidad: _____

Promotor de Salud: _____

NECESIDAD DE ATENCIÓN	INTERVENCIONES	RESULTADOS ESPERADOS	FECHA DE REALIZACIÓN	RESPONSABLES

Anexo 12. ***DIARIO DE CAMPO PARA EL SEGUIMIENTO DEL PLAN***

DIARIO DE CAMPO PARA EL SEGUIMIENTO DEL PLAN.

La información anotada en el diario de campo le será muy útil para respaldar con hechos específicos el seguimiento de las actividades.

Los datos sugeridos para su llenado son:

Fecha y hora. _____

Lugar: _____

Situación(es) encontrada(s):

_____

_____

_____

_____

Acción(es) realizada(s) respecto a la situación encontrada.

_____

_____

_____

_____

_____

Conducta (s) a seguir:

_____

_____

_____

_____

Anexo 13. ***CUADRO DE EVALUACION***

CUADRO DE EVALUACIÓN

No.	Actividad planificada	Resultado	Por qué no se logró	Qué haremos para mejorar

Anexo 14. ***GUIA DE PREGUNTAS DE EVALUACIÓN***

GUÍA DE PREGUNTAS DE EVALUACIÓN QUE PUEDEN HACERSE CON LOS PARTICIPANTES, PARA EXPLICAR LOS RESULTADOS Y LAS ACTIVIDADES REALIZADAS

1. ¿Se cumplieron los objetivos propuestos?
2. ¿Qué dificultades se presentaron?
3. ¿Qué cosas ayudaron a que se cumplieran los objetivos/meta?
4. ¿Se cumplieron otros objetivos no incluidos en el plan?
5. ¿Las actividades contribuyeron al logro de los resultados?
6. ¿Cómo fue la organización comunitaria para ejecutar el plan?
7. ¿Participaron todos en las actividades?
8. ¿Los responsables cumplieron con sus actividades?
9. ¿Se cumplieron los tiempos fijados?
10. ¿Cómo se usaron los materiales?
11. ¿Faltaron materiales o se desperdiciaron?
12. ¿Se usaron materiales de la comunidad?
13. ¿Cuáles fueron los costos económicos y humanos?
14. ¿Qué experiencia se ganó en los equipos de trabajo?
15. ¿Valió la pena el esfuerzo realizado? (Experiencias, atención oportuna, control de riesgos, prevención de daños, vidas salvadas, recuperación de la salud, partos exitosos, referencias exitosas y otras)

Las respuestas servirán para explicar las razones de porqué se cumplió o no el objetivo/meta o las actividades planificadas y para sistematizar la experiencia y sugerir mejoras en el siguiente plan de intervenciones.

Anexo 15. PLAN ANUAL DE ACCIONES PREVENTIVAS DEL PROMOTOR DE SALUD

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL
DIRECCIÓN GENERAL

PLAN ANUAL DE ACCIONES PREVENTIVAS DEL PROMOTOR DE SALUD

Región de Salud:_____ **Establecimiento de salud:**_____ **Promotor de Salud:**_____

Actividades a programar	ENE			FEB			MAR			ABR			MAY			JUN			JUL			AGO			SEP			OCT			NOV			DIC			TOTAL		
	P	R	%	P	R	%	P	R	%	P	R	%	P	R	%	P	R	%	P	R	%	P	R	%	P	R	%	P	R	%	P	R	%	P	R	%	P	R	%
Embarazadas a detectar																																							
Visitas de vigilancia comunitaria a embarazadas																																							
Partos a ser atendidos en hospital																																							
Puerperas a detectar																																							
Visitas de vigilancia comunitaria a puérperas																																							
Recien nacidos a detectar																																							
Visitas de vigilancia comunitaria a Recién nacidos																																							
Niños de 1 año vacunados con vacuna SPR																																							
Visitas de vigilancia comunitaria a niños menores de 2 años																																							
Visitas de vigilancia comunitaria a niños de 2 a 4 años																																							
Visitas de vigilancia comunitaria a MEF (para monitorear Citología y P. F.)																																							
Visitas de vigilancia comunitaria a personas de la tercera edad																																							
Visitas domiciliares																																							
Charlas comunitarias																																							
Campañas de Salud																																							
Asambleas Comunitarias para Devolución Diagnóstico Comunitario																																							

Anexo 16. ***PLAN MENSUAL DE ACTIVIDADES DEL PROMOTOR DE SALUD***

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD
UNIDAD DE SALUD COMUNITARIA
PLAN MENSUAL DE ACTIVIDADES DEL PROMOTOR DE SALUD

Nombre del Promotor de Salud: _____ Mes: _____ Año: _____

LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	

Anexo 17. REGISTRO DIARIO DE ACTIVIDADES REALIZADAS POR PROMOTOR DE SALUD

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD
UNIDAD DE SALUD COMUNITARIA

REGISTRO DIARIO DE ACTIVIDADES REALIZADAS POR PROMOTOR DE SALUD

Región: _____ Unidad de Salud: _____ Promotor: _____ Cantón: _____

Fecha	No. Viv.	Nombre del Usuario	Edad	Hallazgos	Clasificación	Acciones Ejecutadas

Anexo 18. HOJA PARA LA VIGILANCIA COMUNITARIA DE LA EMBARAZADA, PUÉRPERA Y RECIÉN NACIDO

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL (MSPAS)

HOJA PARA LA VIGILANCIA COMUNITARIA DE LA EMBARAZADA, PUERPERA Y RECIEN NACIDO

REGIÓN: _____ MUNICIPIO: _____

ESTABLECIMIENTO DE SALUD: _____ PROMOTOR: _____

FECHA DE INSCRIPCION Y CONTROL
Inscripción: _____
Lugar: _____

NOMBRE DE LA EMBARAZADA: _____
CANTON: _____
CASERIO: _____
VIVIENDA No.: _____

EDAD ____ años

SABE LEER Y ESCRIBIR: SI ☐ NO ☐

ESTUDIOS: NO ☐
1er. y 2do. Ciclo. ____
3er. Ciclo..... ____
Bachillerato..... ____
Superior..... ____

ESTADO CIVIL: casada ☐ acomp. ☐ soltera ☐ otra ☐

Control 1 _____
Control 2 _____
Control 3 _____
Control 4 _____
Control 5 _____

Ante un signo de peligro, la referencia debe ser inmediata

ANTECEDENTES FAMILIARES	SI	NO	ANTECEDENTES PERSONALES	SI	NO	ANTECEDENTES DE EMBARAZOS		
Azúcar en la sangre.....			Azúcar en la sangre.....			No. de embarazos anteriores		No. Hijos vivos
Tuberculosis.....			Tuberculosis.....			No. de abortos		No. Hijos muertos en primera semana
Presión arterial alta.....			Presión arterial alta.....			No. de partos		No. Hijos muertos después de primera semana
Ataques o convulsiones....			Ataques o convulsiones....			Vaginales		
Gemelos.....			Operación en la matríz.....			Cesárea		Fecha del fin de embarazo anterior
Otros problemas.....			Partos gemelares.....			No. de hijos nacidos vivos		
Violencia Intrafamiliar.....			Asma			No. de hijos nacidos muertos		

EMBARAZO ACTUAL		FUR				FPP por Ultrasonografía	FUMA SI ☐ NO ☐	Consume bebidas alcohólicas SI ☐ NO ☐	**Resultado de exámenes de laboratorio según datos del carnet materno:**
PESO ANTERIOR	TALLA (cm)		DIA	MES	AÑO		Cigarrillos/día ☐		Según Ex. Gral. de Orina, tiene Infección SI ☐ NO ☐
		FPP					Fuma alguien en casa SI ☐ NO ☐		Tipo de sangre _____ Rh ____
									Según examen, la Hemoglobina es menor de 11 g. SI ☐ NO ☐

FECHA DE VISITA DOMICILIARIA	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Semanas de embarazo									
Peso									
Temperatura (en grados)									
Presión Arterial [máxima / mínima]									
SIGNOS DE PELIGRO (Escribir si o no)									
+ Convulsiones o ataques									
+ Presión arterial mínima > 90 ó máxima >160									
+ Dolor de cabeza, fuerte y continuo									
+ Mira chispazos, oscuro o borroso									
+ Dolor en "la boca del estómago"									
+ Hinchazón de manos y cara									
+ Disminución de movimientos fetales									
+ Sangramiento vaginal									
+ Salida de líquido por vagina									
+ Dolores de parto antes de 38 semanas									
+ Ardor o dolor al orinar (mal de orín)									
+ Fiebre o escalofríos									
+ Se le notan evidencias de maltrato físico.									
REFERENCIA									

TERMINACIÓN DEL EMBARAZO

ABORTO ☐ PARTO VAGINAL ☐ CESÁREA ☐ **FECHA DEL PARTO:** _____

Parto en Establecimiento de Salud ☐ Parto domiciliar ☐ Parto en otro lugar

Parto en otro lugar, atendido por: _____

DATOS DEL RECIÉN NACIDO

Nació vivo SI ☐ NO ☐

Peso al nacer: _____ Kg.

Prematuro / Bajo Peso: SI ☐ NO ☐

INSCRIPCIÓN DEL RECIÉN NACIDO Y CONTROL POST PARTO Fecha de inscripción: _____ Lugar de inscripción: _____

	Fecha de la visita	1	2	3	4	5
PUÉRPERA	**Días Postparto**					
	Temperatura (en grados)					
	Pulso (latidos por minuto)					
	Presión Arterial					
	Tiene algún signo de peligro (Escribir sí o no)					
	+ Convulsiones o ataques					
	+ Presión arterial mínima > 90 ó máxima >160					
	+ Mira chispazos, oscuro o borroso					
	+ Sangramiento vaginal mayor que una regla					
	+ Flujo vaginal maloliente					
	+ Dolor fuerte en el vientre					
	+ Fiebre o escalofríos					
	+ Dolor o ardor para orinar					
	+ Mamas enrojecidas, sensibles y duras					
	Suministro de Vitamina A (Sí o No)					
	Referencia (Sí o No)					
RECIÉN NACIDO	**Edad (en días)**					
	Temperatura (PELIGRO: si es > 37.5° C ó < 36.5° C)					
	Frecuencia respiratoria (PELIGRO: si es > 60 ó < 40 resp. por min.)					
	Lactancia materna exclusiva (Sí o No)					
	Tiene algún signo de peligro (Escribir sí o no)					
	+ Movimientos anormales o convulsiones					
	+ Letárgico o se mueve menos de lo normal					
	+ No puede mamar o tomar el pecho					
	+ Vómitos persistentes					
	+ Quejumbroso, llanto contínuo (inconsolable)					
	+ Color amarillento de la piel					
	+ Cianosis (lengua, labios, palma de manos y planta de pies azulados)					
	+ Palidez					
	+ Secreción con pus en los ojos					
	+ Enrojecimiento y supuración de ombligo					
	+ Sangramiento del cordón umbilical					
	+ Tiene diarrea o hace pupú con sangre					
	+ No ha orinado luego del primer día de nacido					
	+ No ha hecho pupú luego del primer día de nacido					
	Referencia (Si o No)					

Anexo 19. ***LISTADO DE NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE CINCO AÑOS PARA CONTROL DE TENDENCIA DE GANANCIA DE PESO, ESTADO NUTRICIONAL, CONTROL INFANTIL Y LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA***

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

LISTADO DE NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE CINCO AÑOS PARA CONTROL DE TENDENCIA DE GANANCIA DE PESO, ESTADO NUTRICIONAL, CONTROL INFANTIL Y LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

AÑO: _____

REGIÓN: _____ MUNICIPIO: _____ ESTABLECIMIENTO DE SALUD: _____ CANTÓN: _____ PROMOTOR: _____

No.	Viv.	Nombre del niño o de la niña	Fecha de nacimiento	Peso al nacer	ENERO	TC	FEBRERO	TC	MARZO	TC	ABRIL	TC	MAYO	TC	JUNIO	TC	JULIO	TC	AGOSTO	TC	SEPTIEMBRE	TC	OCTUBRE	TC	NOVIEMBRE	TC	DICIEMBRE	TC	NOMBRE DE LA MADRE O RESPONSABLE
					Peso actual	EH	Peso actual	EH	Peso actual	EH	Peso actual	EH	Peso actual	EH	Peso actual	EH	Peso actual	EH	Peso actual	EH	Peso actual	EH	Peso actual	EH	Peso actual	EH	Peso actual	EH	
					○		○		○		○		○		○		○		○		○		○		○		○		
					○		○		○		○		○		○		○		○		○		○		○		○		
					○		○		○		○		○		○		○		○		○		○		○		○		
					○		○		○		○		○		○		○		○		○		○		○		○		
					○		○		○		○		○		○		○		○		○		○		○		○		
					○		○		○		○		○		○		○		○		○		○		○		○		
					○		○		○		○		○		○		○		○		○		○		○		○		
					○		○		○		○		○		○		○		○		○		○		○		○		
					○		○		○		○		○		○		○		○		○		○		○		○		
					○		○		○		○		○		○		○		○		○		○		○		○		
					○		○		○		○		○		○		○		○		○		○		○		○		
					○		○		○		○		○		○		○		○		○		○		○		○		
					○		○		○		○		○		○		○		○		○		○		○		○		
					○		○		○		○		○		○		○		○		○		○		○		○		
					○		○		○		○		○		○		○		○		○		○		○		○		
					○		○		○		○		○		○		○		○		○		○		○		○		
					○		○		○		○		○		○		○		○		○		○		○		○		
					○		○		○		○		○		○		○		○		○		○		○		○		

Símbolos: O Control Infantil: a tiempo, color azul; atrasado o no va, rojo. △ Lactancia Materna Exclusiva (sólo en < 6 meses): sólo pecho, color azul; LM combinada, rojo. ☐ de arriba: tendencia de la ganancia de peso: adecuada, azul; inadecuada, rojo. ☐ de abajo: escribir sigla de clasificación.

Anexo 20. LISTADO ÚNICO DE VACUNACIÓN

Formato para el Listado Unico de Vacunacion

AÑO: _____

No. Viv.	Nombre	Fecha de nacimiento	BCG	Rotavirus		Pentavalente (DPT/DT)			DPT (DT)		OPV					SPR		Refuerzos DT (TT)							
			Dosis única	1a.	2a.	1a.	2a.	3a.	R1	R2	1a.	2a.	3a.	R1	R2	1a.	Refuerzo								

Anexo 21. ***REGISTRO DE VIGILANCIA COMUNITARIA DE MUJERES EN EDAD FERTIL QUE UTILIZAN ALGÚN MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR***

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD

REGISTRO DE VIGILANCIA COMUNITARIA DE MUJERES EN EDAD FERTIL QUE UTILIZAN ALGÚN MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Región de Salud: _____ Municipio: _____ Unidad de Salud: _____

Cantón: _____ Promotor(a) de Salud: _____

No. Viv.	Nombre	Edad	Compañero de vida		Fecha de última citología	Fecha de próxima citología	¿Qué método utiliza?	Fechas de abastecimiento de métodos de P. F.											
			Sí	No															

Anexo 22. ***CONTROL DE ENTRADAS Y SALIDAS DE MEDICAMENTOS EN INSUMOS MÉDICOS POR EL PROMOTOR DE SALUD***

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

CONTROL DE ENTRADAS Y SALIDAS DE MEDICAMENTOS E INSUMOS
POR EL PROMOTOR DE SALUD

REGION/SIBASI:				UNIDAD DE SALUD:			SELLO
CÓDIGO		DESCRIPCIÓN:					
Presentacion:		Concentración:			Unidad de medida:		
FECHA	PROCEDENCIA	LOTE	FECHA DE FABRICACION	FECHA DE VENCIMIENTO	ENTRADAS	SALIDAS	SALDOS
					CANTIDAD	CANTIDAD	

SIGUE →

CÓDIGOS DE PROCEDENCIA DEL MEDICAMENTO O INSUMO

1. GOES	5. APSISA (P1o / C)	9. PLANIFICACIÓN FAMILIAR	13. PL / 480-91
2. PL 480-90	6. MATERNO INFANTIL	10. EPIDEMIOLOGÍA	14. DONATIVOS
3. O. P. S.	7. MALARIA	11. SUPERVIVENCIA INFANTIL	15. UNICEF
4. RHESSA	8. FOSALUD	12. PATRONATOS	16. OTROS

FECHA	PROCEDENCIA	LOTE	FECHA DE FABRICACION	FECHA DE VENCIMIENTO	ENTRADAS	SALIDAS	→ VIENE SALDOS
					CANTIDAD	CANTIDAD	

Anexo 23. ***TARJETA DE REFERENCIA COMUNITARIA***

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

Referencia Comunitaria

Fecha _____ Hora: _____

Cantón: _____

Nombre: _____ Edad: _____

Referido(a) a: _____

Motivo: _____

_____

Acción realizada por Promotor: _____

_____

Promotor de Salud: _____

Respuesta a la Referencia Comunitaria

Fecha _____ Hora: _____

Establecimiento _____

Atendió: _____

Reseña de la atención: _____

_____

_____

Recomendación al _____

_____

_____

BIBLIOGRAFÍA

1. Asociación Equipo Maíz, Guía Metodológica para la Capacitación y Organización de Asociaciones Comunales, 2000.
2. Caja Costarricense de Seguro Social, Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISSS), Proyecto Fortalecimiento y Modernización del Sector Salud, Universidad de Costa Rica, Vicerrectoría de Acción Social Facultad de Medicina, Escuela de Salud Pública, 2004.
3. Coordinación Operativa de la Red Argentina de Municipios y Comunidades Saludables, Subsecretaría de Relaciones Sanitarias e Investigación en Salud, Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, Municipios y Comunidades Saludables, Herramientas metodológicas, Noviembre 2004.
4. COMUS, Manual de Salud Comunitaria para Promotores y Promotoras de Salud.
5. Fondo de Inversión Social FIS Módulo I, “Organización Comunitaria de Apoyo a la Escuela”, El Salvador octubre de 1995.
6. Gallardo Leonel, Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá, (INCAP), Unidad de Educación Alimentaria Nutricional (UEAN), Método Reflexión Acción, Aplicado en la Planificación y Desarrollo de Proyectos Comunitarios de Atención Primaria de Salud, Guatemala, julio de 1982.
7. Instituto de Educación y Salud, Lima Perú, “La Comunidad en Acción” herramientas para el diagnóstico participativo comunitario en salud, 2003.
8. Materiales de enseñanza sobre el uso de la epidemiología en la programación de los Servicios Locales de Salud, según evidencia científica, 1994.
9. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Fundación Seraphym, Plan El Salvador, Manual de Organización y Funcionamiento, Comité de Consulta y Gestión Social, Noviembre de 2003.
10. Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Sistema Nacional de Salud SNS, Consejo Nacional de Salud CONASA, Guía Metodológica, Elaboración de los Planes Cantorales y Provinciales de Salud, Agosto 2007.

11. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Programa Nacional de Atención Integral de la salud de adolescentes, Módulo I, Diagnóstico de la Demanda, Mayo 2004.
12. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Manual del proceso metodológico del trabajo comunitario, Agosto 1996.
13. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guía de contenido Curso de Organización y Gerencia de Programas y Proyectos para líderes juveniles: Una herramienta para el empoderamiento de la población adolescente y joven, Noviembre 2001.
14. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. SILOGUIA, 1989.
15. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Modelo de Salud Familiar, Agosto 2007.
16. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Manual del Sistema Gerencial del Promotor de Salud, 1994.
17. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Manual del Sistema Gerencial del Promotor y la Promotora de Salud, noviembre de 2002.
18. Werner David, Bower Bill; “Aprendiendo a Promover la Salud”; sexta reimpresión, 1993.