

**REPÚBLICA DE PANAMÁ**  
**MINISTERIO DE SALUD**

**Reglamento Operativo para la ejecución de los  
Convenios de Gestión con las Regiones de Salud**

**Estrategia de Extensión de Cobertura  
Programa de Respuesta a COVID-19**

Panamá, enero 2023



**REPÚBLICA DE PANAMÁ**  
— GOBIERNO NACIONAL —

**MINISTERIO  
DE SALUD**

## **AUTORIDADES DEL MINSA**

Dr. Luis Francisco Sucre  
Ministro de Salud

Dra. Ivette Berrío  
Viceministra de Salud

Dr. José Baruco  
Secretario General

Dra. Ivone Villarreal.  
Directora de Provisión de Servicios de Salud

Dra. Norma De Gracia  
Sub Directora de Provisión de Servicios de Salud

Dra. Melva Cruz  
Directora General de Salud Pública

Dr. Félix Correa  
Director de Planificación en Salud

Dra. Gabriela García de Salazar  
Directora de Promoción de la  
Salud

Dr. Félix Filós  
Director Médico de la UGSAF

## **Participantes de la revisión y actualización de este Reglamento Operativo**

### **Por Dirección de Provisión de Servicios de Salud**

- a. Dra. María Victoria de Crespo. Jefa del Departamento Monitoreo y Evaluación.
- b. Dr. Jairo Osorio. Técnico de Monitoreo y Evaluación.
- c. Dra. Berlinda Morán. Técnica de Monitoreo y Evaluación.
- d. Lic. Celestina Delgado. Jefa del Departamento de Salud Nutricional
- e. Lic. Ángela Ortega. Departamento de Nutrición
- f. Asistentes técnicos, para el monitoreo y evaluación de la CPP:
  1. Dra. Laura Aguilar
  2. Dra. Analiz Arboleda
  3. Lic. Mayra Arjona
  4. Magistra. Zoraida Campo
  5. Dr. Ameth González
  6. Lic. Oderay González
  7. Dra. Yarelis Juárez
  8. Lic. Luisa Osorio
- g. Ing. José Ortega, Programador 1

### **Por la UGSAF**

- Dr. Félix Filós. Director Médico de UGSAF  
Lic. Jaime Tobán. Subdirector de UGSAF  
Lic. José Riquelme. Especialista en Finanzas  
Dra. Haidy Guerra. Asistente Técnica en Planificación  
Ing. Marta Bermúdez. Técnico Administrativo  
Lic. Mairie Valencia. Asistente Técnico en Monitoreo

### **Por el BID**

1. Lic. Emmanuelle Monin. Especialista Líder en Desarrollo Social- División de Protección Social y Salud
2. Dr. Alfredo Ortega Castro. Consultor del Equipo de Salud

## Tabla de Contenido

Participantes de la revisión y actualización de este Reglamento Operativo .....	3
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	6
<b>GLOSARIO</b> .....	8
<b>CAPÍTULO 1. GENERALIDADES DEL REGLAMENTO OPERATIVO DE LA EEC</b> .....	15
1.1 Propósito del Reglamento Operativo (RO).....	15
1.2 Alcance del Reglamento Operativo .....	15
1.3 Documentos Normativos de la Estrategia de Extensión de Cobertura.....	16
<b>CAPÍTULO 2. ALCANCE DE LOS SERVICIOS</b> .....	17
2.1 Población Beneficiaria .....	17
2.2 Descripción de la Cartera de Prestaciones Priorizadas, CPP.....	21
2.2.1 Criterios Técnicos .....	21
2.2.2 Fichas y microfichas.....	22
Nota: .....	23
2.3 Implementación de la EEC en la RISS.....	23
2.3.1 Actores, responsabilidades y organización .....	23
2.3.2 Red Comunitaria .....	27
<b>CAPÍTULO 3. PROVISIÓN DE LA CARTERA PRIORIZADA DE PRESTACIONES</b> .....	28
3.1.1 Organización de las comunidades céntricas vs periféricas.....	28
3.1.2 Planificación de las giras y rutas de acceso .....	29
3.1.3 Recursos humanos .....	29
1. Coordinador/a de Proyecto .....	31
2. Coordinador/a de Salud.....	32
3. Coordinador de Registros Médicos y Estadísticas.....	33
Responsabilidad .....	33
3.1.4 Gestión de los Recursos Humanos.....	36
3.1.5 Abastecimiento de medicamentos, equipos e insumos.....	37
3.2 Proceso de Atención: Rondas.....	37
3.2.1 Atención .....	37
3.2.2 Registro .....	39
3.2.3 Actualización del Sistema de Información .....	39
3.3 Gestión de población beneficiaria .....	39
3.3.1 Padrón de Población Beneficiaria (PPB).....	39
3.3.2 Nominalización del registro de atención a las Personas .....	39
3.3.3 Inscripción de nuevos beneficiarios durante el año de prestación: .....	40

3.3.4	Captación:.....	40
3.3.5	Seguimiento:.....	40
3.3.6	Criterios de altas y bajas de beneficiarios .....	40
<b>CAPÍTULO 4. EJECUCIÓN DE LOS CONVENIOS DE GESTIÓN.....</b>		<b>42</b>
4.1	Informe inicial (planificación estratégica) .....	42
4.1.1	Análisis de situación .....	42
4.1.2	Planificación del ciclo anual .....	42
4.2	Sistema de Información.....	43
4.3	Informes periódicos.....	44
4.3.1	Informes Mensuales .....	44
4.3.2	Informes de Rondas.....	45
Tabla No. 6: Contenido del Informe Administrativo de Ronda.....		46
a.	Informes de Cierre.....	47
b.	Pagos: .....	47
4.7.1	Faltas Leves:.....	52
4.7.2	Faltas Graves:.....	53
<b>CAPÍTULO 5. MONITOREO, SUPERVISIÓN Y EVALUACIÓN DE LA EEC.....</b>		<b>56</b>
5.1	Monitoreo o seguimiento .....	56
5.2	Supervisión .....	56
5.3	Evaluación .....	57
5.4	Auditoría Técnica Externa (ATE) .....	58
Apéndice 2A: Equipo, material médico, medicamentos y otros materiales, por sector .....		90
Apéndice 2A: Equipo, material médico, medicamentos y otros materiales, por sector (repetido).....		91
Apéndice 2B: Servicios, materiales de trabajo, formularios, material educativo .....		98
Protocolos de Atención, Prevención y Promoción en el Embarazo, Parto y Puerperio .....		118
Protocolos de Atención, Prevención Y Promoción para el Neonato, Recién Nacido, Niños de 2 a 5 años..		151
Protocolos de Atención, Prevención Y Promoción de la Población Adulta.....		202
Protocolos de Atención, Prevención Y Promoción Transversales .....		212
Anexo 1 .....		241
Conformación de los Sectores y Grupos Poblacionales por Región de Salud .....		241

## INTRODUCCIÓN

Debido a las dificultades de acceso de las áreas rurales pobres e indígenas de Panamá, el Ministerio de Salud (MINSAL) implementa la Estrategia de Extensión de Cobertura (EEC) que consiste en organizar la prestación de servicios esenciales de atención primaria en salud (APS) en estas áreas. Con el objetivo de fortalecer la capacidad operativa de los equipos de salud de las instalaciones para aumentar el acceso, cobertura, continuidad e integralidad de la atención a las personas y mitigar los efectos del Covid-19 en los servicios de salud. La Estrategia de Extensión de Cobertura oferta un conjunto de servicios definidos en la cartera de prestaciones priorizadas (CPP) que están organizadas por curso de vida y que las personas que viven en áreas comarcales y área rurales de difícil acceso deben recibir integralmente a lo largo de un (1) año mediante seis (6) rondas de atención. La EEC busca contribuir a cerrar la brecha de acceso a servicios de salud y proteger a residentes de sectores en condiciones de vulnerabilidad social a través de equipos de salud nucleares movilizados para ampliar la “Cartera de Prestaciones Priorizadas” (CPP).

La CPP está definida por curso de vida y a partir del análisis de los principales problemas de salud que afectan a la población.

Contempla 12 fichas integrales y 8 microfichas de atención, incluyendo el COVID-19, que recogen las intervenciones priorizadas que los proveedores deben ofertar a las personas del territorio para el cual suscriben Convenios de Gestión. Las fichas son un resumen ordenado del conjunto de actividades basadas en las normas de atención del Ministerio de Salud de Panamá.

La atención de salud se organiza según lugar de residencia de la población beneficiaria. Sin embargo, la misma no podrá ser negada a las personas que acudan a las giras o a cualquier instalación de salud por no pertenecer al área geográfica donde se está ofertando el servicio.

Los equipos de salud nuclear deben referir a los beneficiarios para su atención al Centro de Salud de Referencia ante señales de peligro o problemas que rebasen su capacidad resolutoria.

La población beneficiaria de la Estrategia de Extensión de Cobertura ha sido determinada aplicando criterios de sectorización relacionados con la accesibilidad y la condición de vulnerabilidad social con fundamento en el **Modelo de Atención de Salud de Panamá Individual, Familiar, Comunitaria y Ambiental**<sup>1</sup>. La población es organizada, según el territorio de residencia, agrupando comunidades en Sectores y Grupos Poblacionales (GP) atendidos por de Equipo de Salud Nuclear, bajo la autoridad del/la directora/a médico de un Centro de Salud de Referencia.

La población ha sido registrada en una base de datos de personas que recibieron atención en las prestaciones anteriores, lo que constituye en principio, la población beneficiaria nominalizada.

Bajo la estrategia de extensión de cobertura, el Ministro(a) de Salud, suscribe convenios con los Directores(as) de las Regiones de Salud para entregar los servicios definidos en la CPP. Cada Región de Salud es responsable del monitoreo y supervisión de la prestación de servicios en su área de competencia y de organizar la atención, de tal forma que las comunidades de los Sectores o GP reciban cada dos meses (rondas).

<sup>1</sup> Decreto Ejecutivo No. 420 del 12 de diciembre 2018. Que establece el Modelo de Atención de Salud de Panamá.

Reglamento Operativo de la Estrategia de Extensión de Cobertura  
Programa de Respuesta a COVID-19  
Direcciones Regionales de Salud, enero 2023

El monto de los convenios de gestión está determinado por un costo de operación para organizar la gira de atención asignado a cada Región de Salud que se distribuirá en cada una de las seis rondas y un pago por desempeño de cumplimiento de los indicadores al finalizar cada cuatrimestre.

El Sistema de Información de Registros Estadísticos de Salud (SIREGES) es la herramienta utilizada por la ECC del MINSA para ingresar las atenciones brindadas de los beneficiarios de dicha estrategia.

El propósito del presente Reglamento Operativo es establecer las pautas para la implementación de la Estrategia de Extensión de Cobertura (EEC). Este reglamento es aplicable a los proveedores de servicios de salud que implementan la Estrategia de Extensión de Cobertura del MINSA, en veintisiete (23) Grupos Poblacionales y 27 sectores de los cuales 12 tienen equipos itinerantes, distribuidos en once (11) de las 15 Regiones de Salud del país. Los Grupos Poblacionales de La Región de Salud de Veraguas estarán regidos por un Reglamento Operativo específico.

El Reglamento Operativo es un instrumento dinámico y el MINSA lo podrá actualizar para mantenerlo alineado con las políticas, planes de salud, estrategias y prioridades sanitarias o con la inclusión de nuevas disposiciones que permitan perfeccionar la implementación de la EEC. El Reglamento Operativo podrá ser modificado a iniciativa del Ministerio de Salud, y los cambios tomarán efecto una vez se cuente con la no objeción del Banco Interamericano de Desarrollo y la nueva versión esté publicada en la Web del MINSA<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> La versión actualizada del RO regirá la ejecución de convenios con las regiones de salud. Para ello, el MINSA Central notificará a cada DRS de los cambios, señalándolos claramente en la nueva versión vigente del RO. Es mandatorio para las Regiones de Salud manifestar por escrito que han tomado conocimiento de los cambios. Cuando los cambios propuestos tengan implicaciones sobre el plazo, monto del convenio, criterios de cumplimiento o alcance de los servicios, contando con la aceptación de la Región de Salud, el MINSA gestionará una enmienda al Convenio con cada Región, que indique las cláusulas que se ven modificadas por la entrada en vigor del nuevo RO.

## GLOSARIO

A continuación, se definen términos clave utilizados en el contexto de la Estrategia de Extensión de Cobertura (EEC).

Parte 1 – Términos relacionados con la EEC			
No.	Término	Sigla	Definición
1	Atención por Curso de vida	-	Enfoque del modelo de atención para organizar la prestación de servicios que conjuga acciones de promoción, prevención, atención de enfermedad, siguiendo el curso de vida de las personas desde antes de su concepción (buscando continuidad). Este enfoque es biopsicosocial y multidisciplinario (busca la integralidad), basado en la participación y la atención del primer nivel y difiere del modelo médico tradicional (medicalizado y enfocado en la atención de enfermedades). La Cartera de Prestaciones Priorizadas (CPP) de la Estrategia de Extensión de Cobertura (EEC) responde a este enfoque por curso de vida, de conformidad con el modelo de salud del MINSA.
2	Auditoría Técnica Externa	ATE	Revisión sistemática e independiente de los registros en los expedientes clínicos efectuados por los Proveedores para verificar y certificar la cantidad de atenciones y calidad en su prestación de acuerdo con las normas y protocolos de atención. En el Capítulo 4 y 5 del RO se describen los alcances y proceso de esta ATE.
3	Auditoría Focal		Acción periódica de la revisión sistemática de los registros en los expedientes clínicos, para verificar y certificar el cumplimiento de normas, protocolos y guías de atención según fichas de atención por curso de vida. La misma se realizará mediante los procesos de monitoreo y supervisión del nivel nacional, regional y local.
4	Banco o Banco Interamericano de Desarrollo	BID	Es el ente financiador que suscribió un contrato de préstamo con la República de Panamá para financiar parcialmente la EEC, y otras estrategias e intervenciones para mejorar el acceso a la salud y estado de salud de los más vulnerables, de acuerdo con las prioridades nacionales.
5	Captación Temprana del Embarazo para la EEC	-	Se refiere al ingreso de una Mujer Embarazada al Programa de Salud Integral de la Mujer (Atención del embarazo antes de la semana 13 de gestación contado desde la fecha desde última menstruación).
6	Cartera de Prestaciones Priorizadas.	CPP	Es un conjunto de atenciones esenciales priorizadas (servicios de promoción, prevención y atención de la salud) seleccionadas para mejorar la condición de salud y entregadas de acuerdo con las normas, guías y protocolos del Ministerio de Salud, a la población de las regiones de salud del país con mayores brechas de acceso a los servicios de salud. Los elementos principales de cada atención están descritos en “fichas integrales de atención por curso de vida”, y es lo mínimo que el Proveedor deberá entregar a las personas del territorio que está bajo su responsabilidad, según corresponda a su curso de vida
7	Casas Maternas	CM	Las Casas Maternas son un lugar de hospedaje temporal y voluntario cerca de una instalación de salud con capacidad de atención de parto, para las mujeres embarazadas y su acompañante (preferiblemente mujer), residentes en áreas de difícil acceso. Ambos pueden quedarse en la Casa Materna hasta por dos semanas antes del parto y una semana posterior al parto, reduciendo así la demora en su atención. El proveedor debe promocionar el uso de la Casa Materna, siempre y cuando el CSR cuente con una.

Reglamento Operativo de la Estrategia de Extensión de Cobertura  
Programa de Respuesta a COVID-19  
Direcciones Regionales de Salud, enero 2023

Parte 1 – Términos relacionados con la EEC			
No.	Término	Sigla	Definición
8	Centro de Salud de Referencia	CSR	<p>Es la instalación de la Red de Salud que cuenta con un equipo de salud con competencias para atender las necesidades de salud de la población, quien tiene bajo su responsabilidad sanitaria un territorio y una población definidos. El CSR es el responsable de gestionar la continuidad de la atención en salud de acuerdo con las necesidades de las personas, según curso de vida y están establecidas en la CPP.</p> <p>Además, tiene bajo su responsabilidad, distintas instalaciones satélites de menor capacidad resolutive de ese territorio (subcentros, puestos de salud) e infraestructura de apoyo (Casas Maternas, entre otros) y los Equipos de Salud Nuclear itinerantes institucionales. El CSR participa activamente en la coordinación de la atención, recibiendo los reportes de producción y epidemiológicos de los proveedores, supervisando su desempeño, y recibiendo y canalizando las observaciones, quejas y reclamos de la población respecto a los proveedores.</p> <p>Organiza la red de agentes comunitarios: los capacita, los supervisa y los retroalimenta para integrarlos efectivamente en el proceso de atención.</p>
9	Colaboradores Comunitarios de Malaria	ColCom	<p>En el contexto de malaria (paludismo), son personas que conocen y viven en la comunidad a la que representan, elegidos por ella (comunidad) o sus dirigentes. Son personas acreditadas por el Ministerio de Salud luego de un proceso de capacitación para brindar servicios de aplicación de pruebas rápidas para el diagnóstico de malaria, recolección de muestras para examen de gota gruesa, y el tratamiento inicial de los casos que resultan positivos. También en coordinación con el personal de salud, orientan a los individuos, la familia y la comunidad en medidas de protección y prevención de la malaria.</p>
10	Comunidad Beneficiaria	-	<p>Es aquella comunidad que debe recibir la CPP por parte del proveedor que corresponda. Es seleccionada mediante el proceso de sectorización, el cual está basado en criterios técnicos establecidos por el MINSa.</p>
11	Comunidad Céntrica	CC	<p>Es aquella comunidad geográficamente accesible (en términos relativos) desde la cual se atiende a la población tanto de dicha comunidad como de un grupo de comunidades llamadas “periféricas” (aledañas a la “céntrica”), que en su conjunto no agrupe a más de 600 personas. Es establecida por el proveedor, previa aprobación por DPSS Regional y puede modificarse cuando así se requiera.</p>
12	Comunidad Periférica	CP	<p>Es aquella comunidad geográficamente cercana a una comunidad céntrica, y cuya población debe acudir para recibir la atención ofertada por la EEC.</p>
13	Continuidad de la Atención	-	<p>La continuidad de la atención se refiere a los eventos relacionados con un mismo proceso de salud de una persona que puedan ocurrir en una sucesión ininterrumpida a lo largo del tiempo y cuando intervienen actores distintos (sea por el transcurso del tiempo o cuando se necesite de capacidades resolutive diferentes, en distintos momentos del proceso de atención). Requiere de mecanismos que aseguren la comunicación con el paciente beneficiario y entre estos actores, como el sistema de referencia y contra referencia (SURCO), uso compartido del expediente electrónico, entre otros.</p>

Reglamento Operativo de la Estrategia de Extensión de Cobertura  
Programa de Respuesta a COVID-19  
Direcciones Regionales de Salud, enero 2023

Parte 1 – Términos relacionados con la EEC			
No.	Término	Sigla	Definición
14	Controles Prenatales	CPN	Se entiende por control prenatal, la serie de entrevistas o visitas programadas de la embarazada con integrantes del equipo de salud, donde se realizan acciones esenciales y programadas con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza, y una madre y su recién nacido saludables (Normas Técnico-Administrativas y Protocolos de atención del Programa de Salud Integral de la Mujer).
15	Enfermedad por SARS-CoV-2	COVID-19	Enfermedad Infecciosa causada por el nuevo coronavirus SARS-CoV -2
16	Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales	CONE	Es una estrategia operativa para la salud materna y neonatal, que ha demostrado su efectividad para reducir la mortalidad materna y de los recién nacidos. El CONE define el rol de las instalaciones y proveedores integrantes de la red de servicios de salud, específicamente en cuanto a la atención materna y neonatal, según la capacidad de estas instalaciones y proveedores buscando la continuidad para la atención de las mujeres en estado grávido o puerperal y de los recién nacidos. Es la estrategia específica para la atención materna y neonatal de acuerdo con el Sistema de Referencia y Contra referencia (SURCO), empezando con atenciones en el ámbito de la comunidad, siguiendo con las instalaciones por nivel creciente de capacidad resolutive. Define tres tipos de capacidad resolutive para proveer atención materna y neonatal: instalaciones de tipo o nivel ambulatorio, básico o completo.
17	Cumplimiento de Ficha		Se logra cuando el beneficiario, según su curso de vida, recibe en el primer contacto con el proveedor, todas las actividades descritas en los protocolos de atención y que aplican al momento de dicho contacto. El cumplimiento de ficha por cada beneficiario servirá para calcular el pago de la parte fija.
18	Días de Atención	DA	Días dedicados a la atención directa de la población por el proveedor.
19	Días de Coordinación	DC	Tiempo designado para que el Equipo de Salud Nuclear y el Equipo de Gestión (EG) organicen todos sus insumos, equipos y materiales para garantizar la entrega de la CPP con calidad. También se utiliza para intercambiar y reforzar información entre el ESN y el EG.
20	Días de Traslado	DT	Tiempo destinado para la movilización del Equipo de Salud Nuclear (ESN) entre la sede y las comunidades beneficiarias o entre las comunidades beneficiarias durante la ronda.
21	Embarazada Captada		Embarazada que ha sido ingresada al Control Prenatal por el (la) médico o el (la) enfermero, según las Normas Técnico- Administrativas y Protocolos de Atención del Programa de Salud Integral de la Mujer.
22	Equipo de Salud Nuclear	ESN	Recurso humano nuclear que el MINSa destina para la provisión de la Cartera de Prestaciones Priorizadas (CPP). Está formado por un mínimo de cinco miembros: médico general, enfermera, técnico en enfermería o técnico en ciencias de la salud (salud ambiental, educación para la salud o desarrollo comunitario) y un conductor o motorista (que puede incluir un palanquero). Este término se actualizó en base al Decreto Ejecutivo 420 del 12 de diciembre de 2018 sobre el Modelo de Atención de Salud de Panamá Individual, Familiar, Comunitario y Ambiental.

Reglamento Operativo de la Estrategia de Extensión de Cobertura  
Programa de Respuesta a COVID-19  
Direcciones Regionales de Salud, enero 2023

Parte 1 – Términos relacionados con la EEC			
No.	Término	Sigla	Definición
23	Equipo Comunitario de Salud	ECS	En el contexto de la Estrategia de Extensión de Cobertura, miembros de la comunidad capacitados por el MINSA (Región de Salud) para contribuir a la efectiva provisión de la CPP y su mejor articulación con la comunidad y dar seguimiento de las intervenciones en salud en la comunidad.
24	Equipo de Gestión	EG	Es el personal asignado a la Jefatura Regional de Provisión de Servicios de Salud, para la gestión, monitoreo, supervisión y evaluación de la EEC, funciones que este equipo debe realizar en apoyo a los CSR y con los ESN y con el Equipo de promoción de la salud (ámbito local, regional) apoyándolos para la entrega de servicios. Está conformado por un Coordinador de Proyecto (para cada proveedor), un Coordinador de Salud por cada 5 sectores o grupos poblacionales, un Coordinador de Registros y Estadísticas de Salud por región de salud y un Captador de datos por cada sector o grupo poblacional.
25	Estrategia de Extensión de Cobertura	EEC	Es una línea de acción que responde al objetivo estratégico 3.3 de la Política 3, que es lograr el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud con equidad, eficiencia y calidad. Establece un conjunto de mecanismos vinculados a la atención primaria en salud (APS), a través del cual se busca mejorar la accesibilidad de la población con vulnerabilidad social a los servicios de salud y nutrición reduciendo las inequidades.
26	Evaluación	-	Es la apreciación sistemática de las actividades de extensión de cobertura desarrolladas en el marco de cada convenio. La evaluación se concentra en verificar el cumplimiento de las obligaciones, requisitos y estipulaciones establecidas en este Reglamento Operativo y el Convenio de Gestión que el Ministerio de Salud ha suscrito con cada Región de Salud para la extensión de cobertura. Para efectos de este Reglamento Operativo, tres tipos de evaluación serán llevados a cabo: (i) la Evaluación de cada una de las 6 rondas para efectos de pago del costo fijo por cumplimiento de cronograma de visita a las comunidades, (ii) pago por desempeño de indicadores que se realizará al final de cada cuatrimestre, y (iii) Auditoría técnica externa.
27	Expediente Clínico	-	Es el conjunto de documentos relativos al proceso asistencial de una persona, que identifica todo lo relevante del proceso de atención, en los contactos sucesivos del sistema de salud con esta persona. Debe existir un expediente (un solo expediente) para cada persona. Debe identificar el personal (médico y de otro perfil) que ha intervenido en dicho proceso incluyendo la firma de dicho personal, junto con la fecha correspondiente. Los alcances y el manejo del expediente clínico están normados. (Ley 68 20-nov-2003; Decreto Ejecutivo 1458-2012)
28	Ficha de atención integral por curso de vida	-	La ficha de atención es la herramienta donde se enumeran todas las actividades a realizar de acuerdo con las normas del MINSA y a la evidencia científica, deben entregarse a las personas por curso de vida durante un año de prestación, para lograr un resultado eficaz en términos de cambios positivos en su estado de salud
29	Focalización		Consiste en la selección de comunidades, dentro de una región de salud; basada en dos elementos de caracterización de sus poblaciones siendo estos elementos: i- Accesibilidad y ii- Condición de pobreza

Reglamento Operativo de la Estrategia de Extensión de Cobertura  
Programa de Respuesta a COVID-19  
Direcciones Regionales de Salud, enero 2023

Parte 1 – Términos relacionados con la EEC			
No.	Término	Sigla	
30	Grupo Institucional	GI	Denominación genérica que se le otorga a proveedores institucionales asignados a la Direcciones Regionales de Salud (DRS) para brindar la CPP.
31	Grupo Poblacional	GP	Para este Reglamento Operativo; este término ha sido sustituido por “Sector” en las Regiones de Guna Yala y Ngäbe Buglé, para estar alineado con el marco conceptual del Modelo de Atención de Salud de Panamá, específicamente en la definición del territorio y población que forman la base para la gestión en la Red Integrada de Servicios de Salud.
32	Historia Clínica	-	Es el registro cronológico de los estados de salud de una persona/paciente, que se levanta por interrogatorio, examen físico y diagnóstico con tratamiento en cada contacto con la persona.
33	Iniciativa Regional de Eliminación de la Malaria en Mesoamérica y República Dominicana	IREM	Es una iniciativa financiada por la Fundación Bill & Melinda Gates, el Fondo Mundial de Lucha contra el VIH/SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, la Fundación Carlos Slim, y administrada por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), en colaboración con 10 países de la región, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Clinton Health Access Initiative (CHAI), con el Consejo de Ministros de Centroamérica y República Dominicana incluyendo el Mecanismo Coordinador Regional (COMISCA) y con el Proyecto Mesoamérica. El objetivo de la IREM es la eliminación de la malaria en la Región Centroamericana, así como, consolidar las condiciones para evitar la reintroducción. La IREM a través de su modelo de financiamiento basado en resultados combina tres tipos de recursos y varias fuentes: un tramo de inversión con recursos frescos de donación (del Fondo de Eliminación de la Malaria) y recursos de contrapartida local, en este caso provenientes de la EEC, respaldan un programa de inversión en actividades clave para acelerar la eliminación de la malaria. Si el país alcanza las metas establecidas para los indicadores acordados en cada momento de medición, puede ganar una parte o todo el tramo de desempeño.
34	Monitoreo	-	Es el proceso continuo o sistemático de recolectar, analizar y utilizar información para hacer seguimiento al progreso del programa en pos de la consecución de sus objetivos, y para guiar las decisiones de gestión. El monitoreo generalmente se dirige a los procesos en lo que respecta a cómo, cuándo y dónde tienen lugar las actividades, quién las ejecuta y a cuántas personas (según su curso de vida) o comunidades beneficiarias. Que debe ser realizado por el equipo regional y nacional.

Reglamento Operativo de la Estrategia de Extensión de Cobertura  
Programa de Respuesta a COVID-19  
Direcciones Regionales de Salud, enero 2023

Parte 1 – Términos relacionados con la EEC			
No.	Término	Sigla	Definición
35	Nominalización de la Población	-	Es el proceso que consiste en llevar el registro individualizado de cada persona beneficiaria de la Estrategia de Extensión de Cobertura. El registro lleva información de identidad (nombres, apellidos, número de cédula, fecha de nacimiento), de residencia, y características demográficas. Es un proceso dinámico y consta de tres etapas: inscripción (identificación de la persona como beneficiaria), captación (primera atención) y seguimiento (atenciones subsecuentes, ver capítulo 3). El proveedor debe mantener actualizados estos registros nominales, a través de los distintos formatos del sistema de registro SIREGES (ver definición), llevando en particular un registro de posibles altas y bajas durante el período de prestación.
36	Orientación / Consejería	OC	Proceso de interacción con una comunicación bidireccional, entre un/a proveedor/a especializado con códigos de ética y práctica, y usuarios/as; que facilita la toma de decisiones y apoya la búsqueda de un consentimiento libre (voluntario) e informado por parte del usuario (o beneficiario) de la atención. Requiere empatía, autenticidad y ausencia de cualquier juicio moral o personal por parte del proveedor.
37	Padrón de Población Beneficiaria	PPB	Se refiere al listado nominal de personas identificadas por el MINSA como beneficiarias de la EEC, asociado a una comunidad y conjunto de comunidades (Sector). Se obtiene de la base de datos central luego de haber sido depurada. Proporciona el total y el detalle de personas beneficiarias de la CPP por ser residentes en comunidades focalizadas por el MINSA y asignadas, en Sectores, a un proveedor. El padrón se entregará al inicio de la relación contractual con los proveedores, estableciendo de forma fija la población beneficiaria para todo el periodo contractual. Al final de dicho periodo, el MINSA verificará posibles altas y bajas del padrón, reflejadas en la actualización periódica, ronda a ronda, del registro de personas atendidas (ver Nominalización).
38	Primer contacto en el año	-	Es la primera vez que, en el ciclo anual de rondas de atención, el beneficiario entra en contacto con el proveedor para recibir las actividades definidas en los protocolos de atención, según su curso de vida (ficha de atención integral).
39	Producto Integral	-	Describe las actividades de promoción, prevención y atención ofertados en la CPP y contenidas en las fichas y microfichas de atención integral que se entregarán al beneficiario por curso de vida, durante un año (seis rondas) de prestación. El producto contempla las actividades de primer contacto y las actividades de seguimiento, el producto es medido al finalizar el año de prestación.
40	Ronda de Atención	-	Se refiere a un período, que debe durar no más de dos meses, destinado para que los proveedores realicen la atención a todas las comunidades beneficiarias pertenecientes a un GP o Sector. La duración de una ronda será de un mínimo de cincuenta (50) días y máximo de sesenta (60) días. La ronda de atención incluye: día de traslado, día de capacitación, días libres, días de atención a los beneficiarios (cuya programación en cuanto a fecha y sitio de atención debe ser ampliamente difundida en las comunidades del Sector) y día de coordinación.

Reglamento Operativo de la Estrategia de Extensión de Cobertura  
Programa de Respuesta a COVID-19  
Direcciones Regionales de Salud, enero 2023

Parte 1 – Términos relacionados con la EEC			
Término	Sigla		Definición
41	Sector	-	Conjunto de comunidades que conforman un área sanitaria beneficiario de la Estrategia de Extensión de Cobertura, y que debe ser compatible con la organización RISS para atender a la población desde su territorio. Constituye el resultado del proceso de Sectorización y adscripción al agrupar sistemáticamente comunidades previamente focalizadas que mantienen características de accesibilidad y vías de comunicación en común en función del flujo de la demanda. A cada Sector se le asigna un CSR.
42	Sectorización		Es el proceso de agrupar aquellas comunidades focalizadas que mantienen características de accesibilidad y vías de comunicación en común, en función del flujo de la demanda de servicios de salud. Las comunidades agrupadas en este proceso conformarán el ámbito de alcance de la EEC denominadas Sectores.
43	Sistema de Información de Registros Estadísticos de Salud para la EEC	SIREGES	Es la herramienta utilizada por el MINSA para ingresar las atenciones brindadas de los beneficiarios de la EEC. A partir de esa información registrada, el proveedor organiza la provisión de la CPP durante el año de acuerdo con el Convenio de Gestión da seguimiento a la entrega de servicios, organiza búsqueda de inasistentes y monitorea el cumplimiento de coberturas e indicadores.
44	Supervisión	-	Es la interacción personal, individual o grupal, a través de la cual se desarrolla un proceso de enseñanza - aprendizaje entre supervisor y supervisado, con el propósito de generar, transferir o fortalecer capacidades orientadas a mejorar el desempeño de los Equipos Básicos de Salud y Equipos de Gestión, para la atención sanitaria y gestión de los servicios de salud que prestan, en el marco de la ejecución de los convenios de la Estrategia de Extensión de Cobertura. Para fines de este Reglamento Operativo, se entiende como el control o seguimiento técnico, financiero, contable y jurídico realizado por un funcionario del Ministerio de Salud (servidor público) y/o contratado por el Programa de Fortalecimiento de Redes Integradas de Salud para tal fin, al (i) cumplimiento de lo estipulado en el Contrato de Servicios y (ii) al Reglamento Operativo, (iii) a la aplicación de las normas y protocolos de atención del MINSA.

## CAPÍTULO 1. GENERALIDADES DEL REGLAMENTO OPERATIVO DE LA EEC

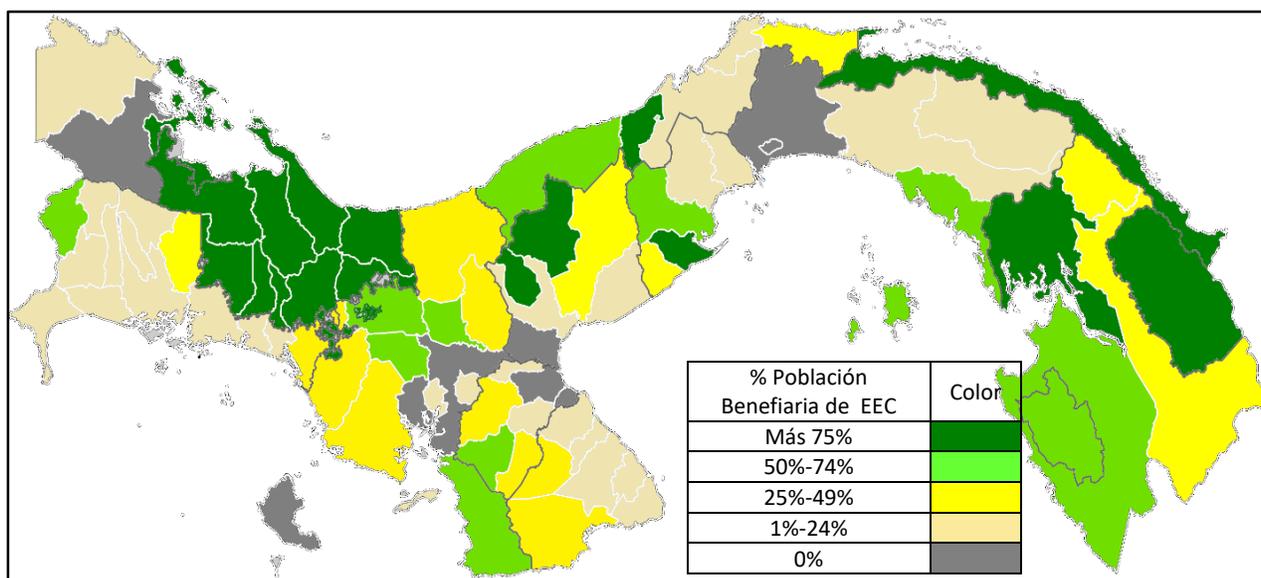
### 1.1 Propósito del Reglamento Operativo (RO)

El propósito del presente reglamento operativo es establecer las reglas para la implementación de la Estrategia de Extensión de Cobertura (EEC), y facilitar su ejecución por parte de las Regiones de Salud del MINSA. La EEC busca contribuir a cerrar la brecha de acceso a servicios de salud y proteger a residentes en condición de vulnerabilidad social de comunidades rurales indígenas y campesinas, mediante la provisión de un conjunto de atenciones de atención primaria, preventivas y de promoción llamado Cartera Priorizada de Prestaciones (CPP).

### 1.2 Alcance del Reglamento Operativo

Este reglamento es aplicable a las Regiones de Salud que implementan la Estrategia de Extensión de Cobertura del MINSA, excepto la Región de Salud de Veraguas que estará regida por su propio Reglamento Operativo.

**Mapa No. 1:** Porcentaje de Población Beneficiaria de la Estrategia de Cobertura por distrito, Ministerio de Salud, Panamá, 2023.



Los términos y condiciones establecidos en el presente RO aplican a los proveedores de las Regiones de Salud del MINSA de Panamá. Para el ciclo de convenios iniciado en el 2023, el RO refleja las mejoras en la organización de la oferta de servicios, de acuerdo con el desarrollo de nuevos instrumentos y mecanismos de planificación, financiamiento, evaluación de la prestación.

La actualización del RO en lo sucesivo reflejará el desarrollo de algunos procesos, como, por ejemplo:

- Mejorar la articulación de la red de servicios que asegure la continuidad, longitudinalidad, integralidad de la atención y acceso de las personas, a la CPP.
- Mejorar los criterios de focalización y sectorización de las comunidades, mejorar la metodología de comunidades céntricas y periféricas.
- Integrar a la comunidad con la gestión de la salud (fortalecer el vínculo entre la comunidad y

los servicios o equipos de salud). Como, por ejemplo: promover y apoyar el desarrollo de la red comunitaria para ejecutar las actividades de prevención, promoción de la salud, vigilancia en entrega de los servicios (control social sobre los servicios).

- Mejorar la capacidad de análisis, planificación, ejecución, supervisión, evaluación de los resultados y eficacia de las intervenciones que se han establecido en la CPP por curso de vida.
- Mejorar el sistema de información para obtener datos fiables y así evaluar los resultados de la prestación y la toma de decisiones: evaluación de ronda, evaluación cuatrimestral, evaluación anual, auditoría técnica externa.

### 1.3 Documentos Normativos de la Estrategia de Extensión de Cobertura

La EEC se rige por los documentos indicados abajo; **en caso de discrepancia entre estos documentos, prevalece lo establecido en el documento indicado primero, por sobre documentos indicados posteriormente en este orden de prelación.**

1. **Contrato de Préstamo** N°5299/OC-PN (PN-L1170) y N°3615/OC-PN (PN-L1115) suscrito entre el Gobierno de la República de Panamá y el BID.
2. **Convenio** de Gestión con cada Dirección de las Regiones Sanitarias (MINSА/DRS).
3. **Normas Técnicas-Administrativas y Protocolos de Atención** del MINSА.  
Los formularios del expediente clínico están incluidos en cada Norma del MINSА.  
Protocolos de atención por curso de vida.
4. **Reglamento Operativo de la EEC** (el presente documento) que incluye:
  - a. Fichas integrales de atención por curso de vida y microfichas, así como los protocolos de atención.
  - b. Manuales, guías, y materiales para el desarrollo de la EEC publicados en la página web del MINSА  
([http://appwESN.minsa.gob.pa/procedimientos/Frm\\_RedесIntegradas.aspx](http://appwESN.minsa.gob.pa/procedimientos/Frm_RedесIntegradas.aspx)).

## CAPÍTULO 2. ALCANCE DE LOS SERVICIOS

### 2.1 Población Beneficiaria

Las tablas No.1, 1.1 y 1.2, detallan los Veintitrés (23) Grupos Poblacionales y 27 Sectores distribuidos en 11 de las 15 Regiones de Salud del país que fueron Priorizadas.

La tabla No.1 detalla los 23 grupos poblacionales asignados a las Regiones de Salud para organizar los Equipos de Salud Nuclear que proveerán la CPP.

**Tabla No. 1** Resumen de los 23 Grupos Poblacionales por Región de Salud, Modalidad y Centro de Salud de Referencia, 2023.

Red de Servicio de Bocas del Toro	Grupo Poblacional	Instalación de Salud	Población/corte 31 oct-2022	Modalidad
Chiriquí Grande	BT 7	CS Rambala	5,300	Red Itinerante
Red de Servicio de Coclé	Grupo Poblacional	Instalación de Salud	Población/corte 31 oct-2022	Modalidad
Penonomé	CC 1	CS de Toabre/C:S Penonomé/ PS Río Indio	4,662	Red Itinerante
Penonomé	CC 2	CS de Toabre	4,875	Red Itinerante
Penonomé	CC 3	CS de Chiguirí Arriba	4,823	Red Itinerante
Natá-Olá-La Pintada	CC 4	CS Ola / CS La Pintada/P.S Natá- /CS Cloclesito/C.S.Copé	5,055	Red Itinerante
Red de Servicio de Chiriquí	Grupo Poblacional	Instalación de Salud	Población/corte 31 oct-2022	Modalidad
Tolé	CH 1	CS Tolé	7,678	Red Itinerante
Barú	CH 5	CS Puerto Armuelles- Policentro de Puerto Armuelles-CS Progreso- CS La Esmeralda- CS Paso Canoa	8,099	Red Itinerante
Bugaba-Renacimiento	CH 7	C.S.MI De Río Sereno	7,387	Red Itinerante
Red de Servicio de Colón	Grupo Poblacional	Instalación de Salud	Población/corte 31 oct-2022	Modalidad
Escobal, Buena Vista, Ciricito	Colón 3	C.S de Escobal C.S de Buena Vista, SC. de Cuipo	2,686	Red Itinerante
Red de Servicio de Darién	Grupo Poblacional	Instalación de Salud	Población/corte 31 oct-2022	Modalidad
Sambú	Darién 13	CS Sambú	2,698	Red Itinerante
Chepigana-Pinogana	Darién 14	CS Santa Fe	7,776	Red Itinerante
Chepigana-Pinogana-Cemaco	Darién 15,17,18,19	Boca De Cupe, Tucuti, Cucunati, Canglon	5,722	Red Itinerante
Pinogana-Cemaco	Darién 20	PS Unión Choco	2,919	Red Itinerante
Pinogana-Cemaco	Darién 21	PS Lajas Blanca	6,489	Red Itinerante

Reglamento Operativo de la Estrategia de Extensión de Cobertura  
Programa de Respuesta a COVID-19  
Direcciones Regionales de Salud, enero 2023

<b>Red de Servicio de Herrera</b>	<b>Grupo Poblacional</b>	<b>Instalación de Salud</b>	<b>Población/corte 31 oct-2022</b>	<b>Modalidad</b>
Las Minas-Los Pozos-Pesé-Santa María	HE 1	CS Las Minas-Los Pozos-Capsi Los Pozos-Capsi de Pesé- CS de Santa María	3,801	Red Itinerante
Las Minas-Ocú	HE 2	CS Las Minas- CS de Chepo-Capsi de Ocú- CS Los Llanos de Ocú	3,697	Red Itinerante
<b>Red de Servicio de Los Santos</b>	<b>Grupo Poblacional</b>	<b>Instalación de Salud</b>	<b>Población/corte 31 oct-2022</b>	<b>Modalidad</b>
Guararé-Macaracas-Las Tablas-Los Santos	LS 1	CS de Guararé- CS Llano de Piedra- CS La Colorada- CS Las Trancas- CS Bahía Honda	5,001	Red Itinerante
Las Tablas-Pedasí-Tonosí-Pocri-Guararé	LS 2	CS Valle Rico- CS Pedasí- CS Paritilla- CS Bayano- CS Isla Caña	5,145	Red Itinerante
<b>Red de Servicio de Panamá Este</b>	<b>Sector de Salud</b>	<b>Instalación de Salud</b>	<b>Población/corte 31 oct-2022</b>	<b>Modalidad</b>
Chepo	PE 9	Minsa Capsi de Tortí-CS Loma del Naranjo- CS Las Margaritas-Cs de Akua Yala - Chimán	2,946	Red Itinerante
<b>Red de Servicio de Panamá Oeste</b>	<b>Sector de Salud</b>	<b>Instalación de Salud</b>	<b>Población/corte 31 oct-2022</b>	<b>Modalidad</b>
Arraiján	PO 2	CS Nuevo Arraiján	5,104	Red Itinerante
Capira	PO 3	CS Feuillet	4,849	Red Itinerante
Capira	PO 4	CS Feuillet- CS Capira- CS Lidice	6,001	Red Itinerante
Chame-La Chorrera-Capira	PO 5	CS Feuillet- CS Altos De San Francisco- CS Bejuco- CS Magaly Ruiz- CS Rosa Tasón	4,046	Red Itinerante

Reglamento Operativo de la Estrategia de Extensión de Cobertura  
Programa de Respuesta a COVID-19  
Direcciones Regionales de Salud, enero 2023

**Tabla No. 1.1** Resumen de los Sectores bajo modalidad institucional de la Región de Salud de la Comarca de Kuna Yala, según padrón de población de octubre 2022:

Red de Servicios	Sector de Salud	Corregimiento	Instalación de Salud	Población	Modalidad
Cartí	1	Narganá (Cabecera)	CS de Cartí Sugdu CS Básico Wichub Huala	8,897	Red itinerante
Río Sidra	2	Narganá (Cabecera)	CS de Río Sidra	2,207	Red fija
Narganá	3	Narganá (Cabecera)	CS Narganá (Teresa López), CS Básico Río Tigre, CS Básico Río Azúcar, CS Básico Tikantiki	3,000	Red fija
Playón Chico	4	Ailigandí	CS Playón Chico, CS Básico S.I. Tupile, PS Ukupa (Cerrado)	3,777	Red fija
Ailigandí	5	Ailigandí	Hospital de Ailigandí (Marbel Iglesias) CS Básico Achutupu, CS Básico Mamitupu	4,389	Red fija
Ustupu	6	Ailigandí	CS Con Cama De Ustupu	3,517	Red fija
Mulatupu	7	Tubualá	Hospital de Mulatupu, CS Tubualá, PS Mansucum PS Carreto	4,965	Red fija
Puerto Obaldía	8	Puerto Obaldía	CS Puerto Obaldía, CS Básico de Armila, PS La Miel	1,795	Red fija

Reglamento Operativo de la Estrategia de Extensión de Cobertura  
Programa de Respuesta a COVID-19  
Direcciones Regionales de Salud, enero 2023

**Tabla No. 1.2** Resumen de los Sectores de la Región de Salud de la Comarca Ngäbe Buglé, según el padrón de población de octubre 2022.

Red de Servicios	Sector	Corregimiento	Instalaciones de salud	Población oct-2022	Modalidad
Besikó	1	Soloy (Cabecera)	CS Soloy	1,662	Red Fija
Jirondai	1	Buri	PS Pueblo Nuevo	3,997	Red Fija
Kankintú	1	Kankintú	CS Kankintú	4,223	Red Fija
Kankintú	2	Bisira, Calante	PS Calante, CS Bisira	1,805	Itinerante Institucional
Kankintu	3	1, Kankintu	PS Coronte, CS Kankintú	2,463	Itinerante Institucional
kusapin	1	Kusapin (Cabecera)	CS Kusapin	4,748	Red Fija
kusapin	5	RIO CHIRIQUI	C.S. Boca de Río Chiriquí, PS Muay, PS Burote, PS Vegay	2,681	Itinerante Institucional
Mironó	1	Hato Juli	C. S. Juli	1,633	Red Fija
Mironó	3	HATO CULANTRO	PS Cerro Otoe, PS Culantro	3,615	itinerante Institucional
	4	HATO PILON (CABECERA)	PS Hato Pilon, PS Kuerima		
Muna	1	Alto Caballero	CS. Llano Ñopo	14,070	Red Fija
		Cerro Iglesias	SCS de Alto Caballero		
		Chichica	PS de Chichica		
Muna	2	Pena Blanca	PS Peña Blanca	6,489	Itinerante Institucional
Nole Duima	1	Hato Chami	CS de Chami	4,296	Itinerante Institucional
	2	Jadaberi	PS Rincón, PS Ratón		
Nole Duima	3	Cerro Iglesias (Cabecera)	PS Cerro Iglesia	4,557	Itinerante Institucional
Nole Duima	4	Lajero	PS Lajero, PS Ola	6,576	Itinerante Institucional
	5	Susama	PS Oma		
Ñurum	1	Buenos aires, Agua de Salud (Tigre Abajo)	CS Buenos Aires	793	Red Fija
Ñurum	2	Buenos aires, El Bale	PS El Piro 1, PS El Bale	5,210	Itinerante Institucional
	3	El Peñón	PS El Peñón		
Santa Catalina	1	Calovébora o Santa Catalina	CS de Santa Catalina	987	Red Fija
Santa Catalina	2	Calovebora o Santa Catalina, San Pedrito, Loma Yuca	PS El Guabo, PS Caño Llano, PS San Pedrito, Segunda Corriente	3,021	itinerante Institucional
Santa Catalina	3	Valle Bonito, Alto Bilingüe, Calovebora	PS Valle Bonito, PS Alto Bilingüe, PS Rio Piedra, PS Rio Grande,	2,808	itinerante Institucional

## 2.2 Descripción de la Cartera de Prestaciones Priorizadas, CPP

La CPP es el conjunto de servicios que responden a las necesidades de salud de la población y son susceptibles de ser brindados en el primer nivel de atención, que los proveedores de la EEC deberán entregar a la población beneficiaria, como alcance mínimo de servicios, y están cubiertas por un costo operativo y pago por cumplimiento de indicadores. La CPP es única y aplica para todos los proveedores de la EEC.

### 2.2.1 Criterios Técnicos

Las Direcciones Regionales de Salud (DRS), a través de los ESN itinerantes, están obligadas a proveer la CPP conforme las disposiciones establecidas en el presente RO y en especial a cumplir y hacer cumplir los siete (7) principios descritos a continuación.

#### 1. Universalidad del derecho a la salud: La cartera no es exhaustiva, restrictiva, ni excluyente.

La CPP, según se indica en las fichas, incluye servicios mínimos a entregar; no obstante, esa indicación no es exhaustiva, porque recoge únicamente parte de la actividad asistencial, sin perjuicio de que, en cumplimiento de las leyes nacionales<sup>3</sup>, **el proveedor deba dar respuesta dentro de su capacidad de resolución, a los problemas de salud que surjan en la población bajo su responsabilidad**. Asimismo, los proveedores deben cumplir, respecto de la población bajo su responsabilidad, con todos los elementos normativos relacionados con enfermedades de vigilancia y notificación obligatoria y participar en las actividades que se programen durante estados de alerta o contingencia en materia de salud. Finalmente, la priorización de comunidades no es exclusiva, pues los proveedores deben atender dentro de su capacidad de resolución a las personas que se presenten en las giras sin excluir a nadie ni restringir la demanda.

#### 2. Atención intercultural

Los proveedores que brindan servicios en áreas de poblaciones indígenas deberán coordinar con la Región de Salud correspondiente y con las autoridades indígenas, los ajustes necesarios a la organización y entrega de los servicios, para mejorar la pertinencia cultural de la atención. De igual manera los proveedores deberán incorporar las lecciones aprendidas en la atención a la población campesina adoptando buenas prácticas ajustadas a la idiosincrasia de los pueblos.

#### 3. Calidad de la atención

El MINSA a través de la EEC otorga igual importancia al cumplimiento de estándares de calidad como al cumplimiento de indicadores (cobertura y calidad). Por ello, el respeto de los criterios de calidad establecidos en las normas será monitoreado por parte del MINSA (tanto a nivel regional como nacional) a través, entre otros, de la Auditoría Técnica Externa. Los resultados de estas auditorías están vinculados a lo pactado en el convenio de gestión.

---

<sup>3</sup> Por ejemplo, véase Decreto ejecutivo 1617 del 21 de octubre del 2014.

#### 4. Atención basada en Evidencia: La CPP se sustenta en las normas del MINSA

Los alcances de la CPP se resumen, para facilitar la ejecución de la EEC, en una serie de fichas integrales de atención (apéndice 1) y protocolos de atención (apéndice 2). Cada uno de estos elementos, se sustenta en las normas de atención del MINSA. Las estrategias de captación, desarrollo de las actividades, objetivos terapéuticos y manejo o derivación (referencia) del paciente deben responder a estas guías y protocolos. Ello debe quedar registrado en el expediente clínico del paciente, donde se evidencia el cumplimiento de las normas y protocolos y es el principal instrumento que asegura la continuidad de la atención.

#### 5. Efectividad: La CPP entrada a la atención progresiva y continua

La cartera consta de servicios de primer nivel y es el primer contacto que tiene el MINSA con la población para ofrecer la progresividad de los servicios (atenciones cada vez más complejas) de acuerdo con las necesidades del paciente. El sistema de referencia y contra referencia es el mecanismo por el cual los proveedores deben poner en contacto a los pacientes con el nivel de resolución adecuado a sus necesidades.

#### 6. Eficiencia: La CPP requiere de la gestión en redes con equipos multidisciplinarios

La responsabilidad en la provisión de los servicios de la cartera es compartida por los diferentes miembros del ESN, Equipo de Gestión y la DRS. El ESN tiene responsabilidad sobre la provisión de la atención y el cumplimiento de los indicadores. Dentro del mismo equipo de salud, la CPP requiere la aplicación del esfuerzo y conocimiento de todos. El carácter multidisciplinario del equipo debe permitir la adecuada articulación y cumplimiento de los objetivos. El Equipo de Gestión, por su parte, es responsable de garantizar la operación del proceso y proveer los insumos y recursos que requiera el ESN, así como de supervisarlos. La DRS, a su vez, supervisará a todos los proveedores Institucionales.

#### 7. Sostenibilidad ambiental: La CPP debe proveerse bajo criterios de buena gestión ambiental

Los proveedores deberán planificar y ejecutar las acciones necesarias para evitar o mitigar los impactos negativos de la prestación de la cartera sobre el medio ambiente, la salud ocupacional de su personal y las comunidades donde se entreguen los servicios.

### 2.2.2 Fichas y microfichas

Las fichas de atenciones se basan en los Normas, Protocolos y Guías de Atención por curso de vida”, que resumen las principales actividades a realizar para cada grupo de interés. Así mismo, se elaboraron microfichas que indican la atención a brindar por siete causas de morbilidad priorizadas (VIH, diabetes, hipertensión, leishmaniasis, malaria, sintomático respiratorio y Chagas). Resultaron 12 fichas integrales de atención y 8 microfichas. Estas fichas se presentan en el Apéndice 1.

**Tabla No. 1** Fichas de Atención Integral a la Población por curso de vida y Microfichas.

FICHA No.	CONTENIDO
1	Producto Integral No.1: Atención Integral de la Mujer Adulta de 15 a 49 años
2	Producto Integral No.2: Atención Integral de la Mujer Embarazada
3	Producto Integral No.3: Atención Integral del Parto
4	Producto Integral No.4: Atención Integral del Neonato

Reglamento Operativo de la Estrategia de Extensión de Cobertura  
Programa de Respuesta a COVID-19  
Direcciones Regionales de Salud, enero 2023

5	Producto Integral No.5: Atención Integral del Puerperio
6	Producto Integral No.6: Atención Integral del Menor de 2 años (niños entre 28 días y 24 meses)
7	Producto Integral No.7: Atención Integral del Menor entre 2 y 5 años
8	Producto Integral No.8: Atención Integral del Escolar 5 a 9 años
9	Producto Integral No.9: Atención Integral del Adolescente 10 a 19 años (mujeres de 10 a 14 años; hombres de 10 a 19 años)
10	Producto Integral No.10: Atención Integral del Adulto (Mujeres de 50 a 59 y Hombres de 20 a 59 años)
11	Producto Integral No.11: Atención Integral del Adulto Mayor 60 años y más
12	Producto Integral No.12: Atención Integral del Ambiente y Fortalecimiento de la red comunitaria
13	Microficha A: Promoción, Prevención y Detección Temprana del VIH
14	Microficha B: Atención Integral del Paciente con Diabetes
15	Microficha C: Atención integral del Paciente con Hipertensión Arterial
16	Microficha D: Identificación de Casos Sospechosos y Referencia del Paciente con Leishmaniasis
17	Microficha E: Diagnóstico y Control de la Malaria
18	Microficha F: Detección del Sintomático Respiratorio y Referencia
19	Microficha G: <b>Captación de Sintomáticos Respiratorios COVID-19</b>
20	Microficha H: Detección y Referencia de Casos Sospechosos de Enfermedad de Chagas

**Nota:**

**Eventos de Fuerza Mayor**

**Cuando ocurra** un acontecimiento que escapa al control de una de las partes y que hace imposible el cumplimiento de sus obligaciones convenidas en el presente reglamento, deberán adoptar todas las precauciones, tomados medidas alternativas (reprogramar) a fin de cumplir con los términos y condiciones que indica el Convenio de Gestión, e informar por escrito a la DPSS tan pronto como sea posible una vez se dé la ocurrencia de dicho evento fortuito.

## 2.3 Implementación de la EEC en la RISS

El Modelo de Salud de Panamá define las Redes Integradas de Servicios de Salud como la forma de organización de las instalaciones de salud y sus servicios, organizaciones comunitarias, gubernamentales y no gubernamentales y todas aquellas relacionadas a los determinantes sociales de salud; establecidas en un territorio y poblaciones definidas, que se complementan y coordinan de forma tal que se garantice el fortalecimiento de la promoción, prevención; enfatiza los factores protectores y limita los factores de riesgos para la salud; asegura los servicios integrales de diagnóstico y tratamiento, limita el avance de enfermedades o complicaciones, propicia la rehabilitación y los cuidados paliativos, a lo largo del curso de vida en el marco del derecho a la salud.

### 2.3.1 Actores, responsabilidades y organización

Para implementar la Estrategia de Extensión de Cobertura se requiere del conocimiento de la estructura organizacional del MINSa a nivel regional y del entendimiento claro de los roles de los actores involucrados. A continuación, se describen estos actores con sus funciones y responsabilidades, y cómo

deben interactuar para fines de implementar la EEC.

#### 2.3.1.1 Nivel local

Para efectos de este RO, el nivel operativo es el lugar donde se desarrollan las acciones de la Estrategia de Extensión de Cobertura, o sea, donde se atienden a las personas. Está representado por una o varias instalaciones de salud, sus respectivas organizaciones comunitarias, que forman parte de un distrito (o corregimiento en el caso de Guna Yala). Se constituye en el Centro de Salud de Referencia (CSR) el cual puede contar con uno o varios subcentros y/o puestos de salud, y unidades de apoyo comunitario como la casa materna. Los directores médicos de los CSR coordinan la acción de los equipos de salud, tanto fijos como itinerantes, de su territorio de responsabilidad.

### 1. Red comunitaria organizada

Está integrada por promotores y organizaciones comunitarios constituidas (comités de salud, JAAR, etc.), a quienes se les capacita en el desarrollo de habilidades y competencias a realizar y coordinar actividades de promoción y prevención; que se articulan como parte de la red de servicios del primer nivel en las comunidades, para que la población adopte estilos de vida saludables, incluyendo la búsqueda oportuna de atención.

Los colaboradores comunitarios ejercen una participación a través de la promoción de los servicios de la CPP, divulgación del calendario establecido para la atención de la red itinerante, vigilancia de la entrega de los servicios con calidad y calidez; asisten a los proveedores en la búsqueda de inasistentes.

### 2. Equipo de Salud Nuclear red fija e Itinerante

Son los proveedores, encargados de entregar la CCP a un Sector. **Responde técnica, administrativamente y rinde cuenta de sus acciones a la dirección del CSR.** El ESN es el primer contacto del sistema de salud con la población. El equipo de salud debe tener conocimiento detallado de su territorio-población de responsabilidad y su distribución por comunidad y grupos de edad. Debe garantizar el adecuado registro de todas las atenciones en los formularios normados por el MINSA, manejar apropiadamente el expediente, usar adecuadamente los equipos y reportar eventuales daños al CSR.

Los equipos de salud nuclear coordinan con Promotores Institucionales la articulación de la red comunitaria para la promoción de los servicios, la búsqueda de los inasistentes, la promoción de comportamientos saludables, contribuyendo a la prospección, selección y organización de los colaboradores comunitarios.

### 3. Centro de Salud de Referencia (CSR)

Es la instalación de salud cuyo equipo director tiene bajo su responsabilidad a la población de las comunidades de su territorio de influencia. **El/la director/a médico/a de esta instalación lidera un equipo de gestión local**, quien facilita los procesos de organización y atención, da seguimiento al cumplimiento de metas y sirve de enlace entre ésta y el nivel regional. Este equipo organiza y **supervisa** el trabajo de los Equipos de Salud tanto fijos como itinerantes para proveer la CPP en Sectores y Grupos Poblacionales dentro de su territorio de responsabilidad.

El Centro de Salud de Referencia, deberá realizar las siguientes actividades de articulación con los proveedores:

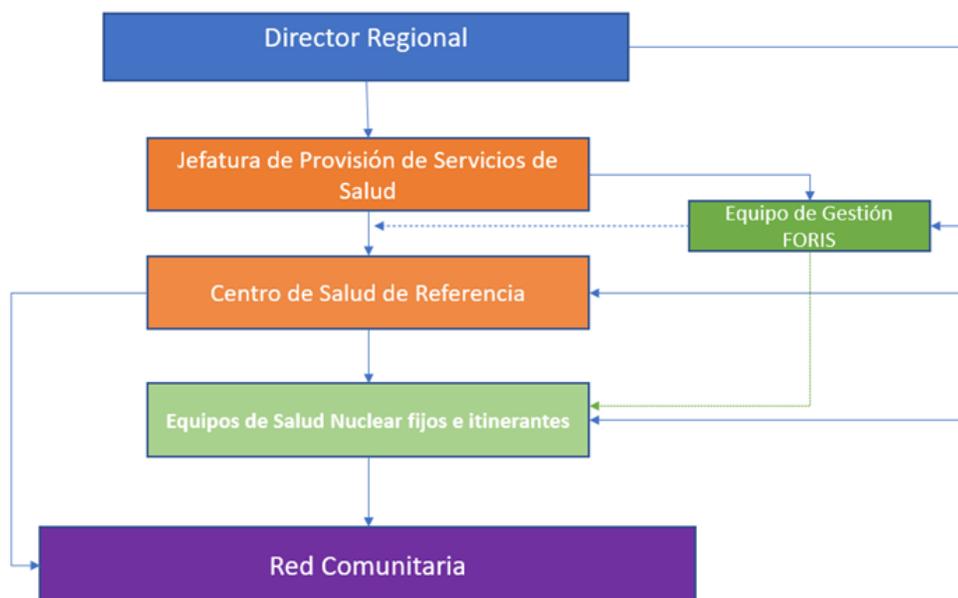
- i. Reunión inicial de coordinación y planificación con los ESN itinerantes para el ciclo de provisión de la CPP descrita más adelante.
- ii. Monitoreo periódico de las actividades de los grupos itinerantes.
- iii. Verifica que los ESN itinerantes cumplen con los acuerdos de la reunión inicial y de la planificación en general, para notificar al Departamento de Provisión de Servicios de Salud de la Región.
- iv. Mapea los recursos gubernamentales, no gubernamentales, sociales y comunitarios en todas las comunidades.
- v. Selecciona los colaboradores comunitarios por asamblea comunitaria de acuerdo con el perfil establecido.
- vi. Capacita a los colaboradores comunitarios para su apoyo en la promoción de la CPP, para la búsqueda de inasistentes, promoción de conductas saludables.
- vii. Evalúa la calidad de la referencia y contrareferencia.
- viii. Custodia y entrega los estipendios a Colaboradores Comunitarios de Malaria), en las áreas donde se llevan estas intervenciones.
- ix. Promueven con las embarazadas y sus familiares el servicio de las Casas Maternas cuando éstas estén disponibles cerca del CSR o el Hospital designado para el parto institucional.

### 2.3.1.2 Nivel Regional

Está constituido por la Región de Salud. Para efectos de la EEC, su principal función es operativizar los lineamientos establecidos por el Nivel Nacional para la correcta implementación de la EEC. Le corresponde la conducción técnica y administrativa de la ejecución de la EEC, apoyándose con el equipo Administrativo Regional compuesto por los departamentos de presupuesto, contabilidad, tesorería, recursos humanos, compras, almacén y bienes patrimoniales.

Los principales actores en este nivel son el Departamento de Provisión de Servicios y Coordinaciones Regionales de los programas de salud.

Organigrama del Nivel Regional para la implementación de la EEC



#### 4. Departamento Regional de Provisión de Servicios de Salud

Es el responsable en la Región de la organización de la EEC y de supervisar su ejecución con miras a asegurar el cumplimiento de los lineamientos establecidos en el RO para lo cual cuenta con un equipo de gestión.

En la implementación de la EEC los proveedores deben aplicar las normas, guías y protocolos de atención normados por el MINSA, para el manejo de las referencias y contrarreferencias (SURCO) a niveles de mayor y menor complejidad respectivamente, constituyéndose ésta en una herramienta importante para articular la red de servicios. El departamento regional de provisión debe propiciar la correcta aplicación del SURCO.

Entre las responsabilidades más importantes podemos mencionar:

- i. Solicita y justifica al nivel central la inclusión o exclusión de comunidades beneficiarias de EEC.
- ii. Da seguimiento y monitorea el Padrón de Población Beneficiaria, las coberturas analizando el cierre de brechas de acceso y uso de los servicios de la población de la Región de Salud.
- iii. Revisa, aprueba y acredita al personal del ESN y al Equipo de Gestión de acuerdo con lo establecido en el RO.
- iv. Realiza inducción a los ESN y al Equipo de Gestión sobre la gestión de EEC y capacita a los ESN con el fin de fortalecer sus competencias y conocimientos en las normas y protocolos de atención.
- v. Notifica a DPSS (Nacional), a más tardar (5) cinco días hábiles, cuando se haya reemplazado y/o acreditado nuevo personal técnico del ESN y evaluado sus conocimientos.
- vi. Da a conocer a todos los proveedores las comunidades adscritas a los Sectores y Grupos Poblacionales de los CSR a que pertenecen.
- vii. Identifica y se acerca a las autoridades locales y autoridades indígenas para darles a conocer las intervenciones comunitarias y su relación con la EEC y presentarles los equipos de gestión del/los proveedores que le corresponde/n.
- viii. Informa a los proveedores sobre el flujo de atención (rutas de referencia y contrarreferencias).
- ix. Establece un sistema de referencia y contrarreferencia comunitario, para que los ESN puedan articular la demanda desde las comunidades con los servicios de la CPP.
- x. Garantiza la entrega oportuna a los proveedores de aquellos insumos y medicamentos para la provisión de la CPP que corresponda suministrar al MINSA Regional.
- xi. Supervisa la entrega de la CPP, según lo que se establece en este RO y presenta informes de hallazgos a la DPPS (del Nivel Nacional).
- xii. Monitorea y supervisa el registro de las atenciones en el sistema de información del MINSA (SIREGES, PAI, SEIS, SIES, PATMI, etc.)
- xiii. Recibe del proveedor y distribuye a las jefaturas de programas de la Región de Salud los informes mensuales asociados a la producción de servicios, vigilancia epidemiológica y consumo de insumos entregados.
- xiv. Consolida la evaluación de los **informes mensuales** presentados por todos los proveedores, con insumos de las jefaturas de los programas correspondientes y remite las evaluaciones a la DPSS del Nivel Central y a los Proveedores.
- xv. Analiza el logro de las metas e indicadores establecidos por el MINSA en cada ronda, cuatrimestre, y anual y propone acciones de mejora.
- xvi. Supervisa al Equipo de Gestión.
- xvii. Recibe, analiza y retroalimenta el **informe de gestión** que prepara por cada ronda el equipo de gestión, basado en los informes de progreso por cada Sector o grupo poblacional y donde aplica; los avances de Casa Materna, los pone a disposición para la supervisión que realiza la DPSS del Nivel Central.

- xviii. Firma el acuerdo para la implementación de Malaria (IREM), que asegure su ejecución y seguimiento.
- xix. Realizar la adquisición de bienes y servicios directos para el fortalecimiento de la red de atención.

### **2.3.2 Red Comunitaria**

La Red Integrada de Servicios de Salud como política del MINSa de Panamá, se basa en la Atención Primaria en Salud y busca la articulación entre los servicios y la comunidad. La EEC bajo este marco de políticas contempla el desarrollo de los mecanismos que integren la prestación de la CPP con intervenciones comunitarias, contribuyendo a hacer realidad la integración entre servicios y comunidad.

#### **1. Casas Maternas.**

Las Casas Maternas son un hospedaje temporal y voluntario para la mujer embarazada y su acompañante residentes en áreas de difícil acceso, situado cerca de una instalación de salud con capacidad de atención de parto, de comunicación y traslado a una instalación de salud con capacidad resolutive, según sea el caso. Con la Casa Materna se facilita el acceso oportuno de la mujer embarazada a los servicios de salud, específicamente al parto institucional, cuidados del recién nacido y atención puerperal. La embarazada y su acompañante pueden llegar dos semanas antes de la fecha probable de parto y pueden quedarse después del parto, el tiempo considerado necesario por el personal médico de la instalación de salud adjunta.

En las Casas Maternas se brinda alimentación, acceso a servicios de salud materna, promoción y educación en salud en el marco de los derechos y la interculturalidad. Los ESN deben promover su utilización, así como la referencia de mujeres próximas a parir, durante las giras de atención. En la actualidad, el MINSa ha organizado Casas Maternas solamente en Veraguas, Chiriquí y las comarcas Ngäbe Buglé, Emberá Wounaan.

Además de formar parte de los servicios de salud, estas Casas Maternas son instancias insertas en la comunidad que facilitan en su interior los canales de comunicación y atención en salud. Si se toma en cuenta la influencia de los estilos de vida sobre la salud y la enfermedad, y las condicionantes sociales de la salud, es indispensable una participación de las comunidades y las personas para lograr cambios efectivos. La participación de la comunidad debe ser activa desde el primer momento en que se planeó el establecimiento de una acción en salud. En este caso la integración exitosa de la Casa Materna implica el compromiso de la comunidad de planificar, implementar, habilitar y evaluar el proyecto.

El Manual de Casas Maternas, presenta en mayor detalle las actividades y la metodología de trabajo.

#### **2. PEEM: Plan Estratégico de la Eliminación de la Malaria.**

El objetivo primordial del PEEM es la eliminación de la Malaria, pero también plantean objetivos que contribuyen al fortalecimiento del sistema de salud a través del Modelo de Atención Integral con el apoyo de la participación comunitaria (Colcom).

Entre las funciones de los Colcom, es mejorar la cobertura del acceso del diagnóstico, tratamiento y vigilancia de la malaria en las comunidades de difícil acceso. La estrategia busca aprovechar un enfoque culturalmente apropiado para la eliminación de la malaria a través de la participación comunitaria, colaboradores comunitarios.

## CAPÍTULO 3. PROVISIÓN DE LA CARTERA PRIORIZADA DE PRESTACIONES

### 3.1. Actividades preparatorias

Cada Sector y Grupo Poblacional está organizado bajo la dependencia de un Centro de Salud de Referencia (CSR) por lo cual la DRS correspondiente, deberá coordinar la provisión de la CPP con el CSR correspondiente, además del Departamento Regional de Provisión de Servicios.

#### 3.1.1 Organización de las comunidades céntricas vs periféricas

Los Sectores y Grupos Poblacionales comprenden comunidades que mantienen características de accesibilidad y vías de comunicación en común en función de la demanda del servicio de salud. Para optimizar las giras y garantizar la concentración de los beneficiarios en un punto de atención determinado y organizar la convocatoria de la población hacia los puntos de atención, el propondrá la designación de algunas comunidades por cada sector o grupo poblacional a su cargo como “Comunidad Céntrica” la cual puede ser reemplazada de acuerdo con la necesidad de cierre de brechas de accesibilidad al servicio. En estas comunidades deberá establecer un punto de atención para cada ronda. Se entiende por comunidad céntrica, aquella comunidad geográficamente accesible desde la cual se atiende a la población de dicha comunidad y a la población beneficiaria de un grupo de comunidades geográficamente cercanas (comunidades periféricas), que en su conjunto no agrupan a más de 600 personas.

La metodología de comunidad céntrica constituye un elemento de referencia para la organización y/o reorganización de los cronogramas de gira. Cuando se aplique esta metodología, debe consignarse la comunidad céntrica seleccionada para cada ronda en el cronograma de visita.

Para la organización de comunidades céntricas, el Proveedor deberá obtener la **aprobación del director médico del CSR y del Departamento Regional de Provisión de Servicios**. Para tal efecto, el Equipo de Salud Nuclear itinerante con apoyo del Equipo de Gestión presentará al Centro de Salud de Referencia y al departamento de Provisión Regional, un mapa o croquis por cada Sector o grupo poblacional a su cargo donde se represente los límites geográficos de provincia, distrito y corregimiento, la red de instalaciones de salud, el relieve, la hidrografía y la red vial. En este mapa indicarán su propuesta de puntos de atención, comunidad céntrica y comunidades periféricas a atender (señaladas con números). La leyenda del mapa debe permitir conocer el tipo de infraestructura de los puntos de atención (por ejemplo, Puesto de Salud, Escuela, Iglesia, espacio abierto como plaza u otro) y el nombre de comunidades periféricas correspondiente a la numeración indicada en el mapa. El departamento regional de Provisión enviará a la DPSS (Departamento de Monitoreo y Evaluación) copia del mapa de ubicación de los puntos de atención para efectos de supervisión.

El Equipo de Gestión deberá diseñar y ejecutar, con cada Equipo de Salud Nuclear, un Plan de Promoción y Comunicación para asegurar que la población de las comunidades periféricas pueda asistir a las giras conociendo el calendario y el punto de atención de la comunidad céntrica que le corresponda.

Para efectos de la supervisión y evaluación se considera que la comunidad céntrica ha sido efectivamente visitada cuando la población de las comunidades periféricas ha recibido atención durante la gira. **Si en una ronda no acuden beneficiarios de una comunidad, el proveedor está en la obligación de organizar atención en esta comunidad.**

### 3.1.2 Planificación de las giras y rutas de acceso

En cada periodo de prestación, los Equipos de Gestión y sus ESN correspondientes deben planificar las rondas de atención mediante las cuales se presten las atenciones de la CPP a la población a su cargo, garantizando para cada comunidad el acceso a un punto de atención y gira cada dos meses, es decir, completando no menos de seis (6) visitas anuales a cada comunidad céntrica. Cada ronda debe ser planificada y detallada en un cronograma bimestral. El cronograma debe ser entregado al Director Médico del CSR y al Departamento Regional de Provisión de Servicios y subirlo a la página del SIREGES-WEB del MINSA con quince (15) días de anticipación del inicio de cada ronda. El cronograma debe ser divulgado en las comunidades con tiempo suficiente para maximizar la asistencia de la población a la convocatoria.

Para programar las giras en cuanto a rutas, calendario y puntos de atención, es necesario considerar aspectos como:

- Época del año: estación seca o lluviosa; movimientos migratorios estacionales por cosecha/zafra, periodo escolar.
- Condiciones de acceso y estadía: situación de caminos, mareas, ríos y quebradas.
- Calendario de actividades regionales/locales: en cada región se realizan actividades culturales/tradicionales (ferias, patronales, fiestas, etc.) y políticas (congresos indígenas, etc.) que implican la movilización de personas. También hay que considerar, por ejemplo, las fechas de pago de las transferencias de la Red de Oportunidades o del Programa 120 a los 65, que se dan periódicamente y conllevan también el traslado de personas hacia los centros poblados.
- Clasificación de comunidades céntricas y periféricas cuando aplique.
- Las coberturas y metas por alcanzar por ronda, cuatrimestral y al término del año de prestación.
- La disponibilidad del Equipo de Salud Nuclear y los miembros de la red comunitaria.
- Manejo de desechos durante las rondas.

La logística de la ruta de acceso necesaria para realizar las giras involucra: medios de transporte, cargadores cuando aplique, contar con intérprete en las áreas indígenas, disposición de equipos e insumos en los puntos de atención, incluyendo aquellos adquiridos por el proveedor, como los suministrados por el MINSA (anticonceptivos, vacunas, crema nutricional fortificada, hierro, vitamina A, por ejemplo), equipo de cómputo con el sistema de información.

### 3.1.3 Recursos humanos

Para entregar la CPP, las Direcciones Regionales de Salud deberán contratar un “Equipo de gestión” y “Equipos de Salud Nuclear”. La organización de estos equipos debe cumplir con todos los elementos indicados en este reglamento en cuanto a selección, reclutamiento, contratación y gestión de recursos humanos en general. La DRS acreditará cada miembro del Equipo de Gestión, ESN y los Colaboradores Comunitarios involucrados en la EEC y llevará un registro único. Este registro comprenderá información relativa a la provincia, sector, un número correlativo para cada persona acreditada.

### 3.1.3.1 Equipo de Gestión

Para la modalidad institucional, **las DRS deberán conformar un Equipo de Gestión (EG)**. El jefe del Departamento de Provisión Regional verificará que el EG y los ESN cumplan con el perfil profesional estipulado en las tablas No. 2 y 3 y posteriormente se envía a la DPSS para su aprobación final.

**Tabla No. 2:** Requerimientos para el Equipo de Gestión contratado para la implementación de la EEC institucional.

FUNCIÓN	CANTIDAD	PERFIL DEL PROFESIONAL
Coordinador de Proyecto	1 para cada Región de Salud	Es un profesional de las ciencias sociales (economía, administración, ingeniería industrial, derecho o disciplinas afines) o de las ciencias de la salud (medicina, enfermería, odontología o disciplinas afines), con cinco (5) años de experiencia en gestión de servicios de naturaleza y volumen equivalentes y no menos de tres (3) años como director y / o Coordinador de Proyectos. De preferencia con postgrado y / o maestría en gerencia de servicios de salud, administración de servicios de salud, salud pública, gestión de servicios de salud y / o economía de la salud.
Coordinador de Salud	1 por cada 5 sectores o grupos poblacionales de la Región de Salud	Es un profesional de las ciencias de la salud (medicina, enfermería o disciplinas afines) con cinco (5) años de experiencia en gestión de servicios de salud y de preferencia no menos de tres (3) años en la provisión de servicios básicos de salud en áreas de difícil o muy difícil acceso. Con grado de licenciatura, de preferencia con postgrado y / o maestría en gerencia de servicios de salud, salud pública, gestión de servicios de salud y / o diplomados en atención primaria de salud. <b>El Coordinador(a) de Salud deberá ser una persona distinta al médico del ESN.</b>
Coordinador de Registros Médicos y Estadísticas	1 para cada Región de Salud	Es un profesional con Licenciatura en Registros Médicos y Estadísticos, con tres (3) años de experiencia en servicios de salud y no menos de (2) años de experiencia en trabajos de registros médicos y estadísticas en salud. De preferencia con postgrados y/o maestrías.
Captador de Datos	1 para cada Sector o grupo poblacional	Con grado académico mínimo de técnico en registros médicos o similares y preferiblemente con un (1) año de experiencia certificada en el manejo del Sistema de información de la Estrategia. Por cada Sector se deberá contar, como mínimo, con un (1) Captador(a) de Datos.

### 3.1.3.2 Funciones del Equipo de Gestión

#### 1. Coordinador/a de Proyecto

##### Responsabilidad

El Coordinador de Proyecto tendrá la responsabilidad de ejecutar la “Estrategia de Extensión de Cobertura (EEC),” en coordinación estrecha con el Coordinador de Salud y el Experto en Registros Médicos y Estadísticas de Salud de acuerdo con las herramientas del proyecto: Manual Operativo, Reglamento Operativo, Planificación estratégica con los Planes operativos.

##### Funciones

- Trabajar como parte de un equipo multidisciplinario y en estrecha coordinación con la Dirección Regional de Salud y Provisión Regional.
- Coordinar las acciones de la estrategia de extensión de coberturas con las diferentes unidades y departamentos de la Dirección Regional, asegurando la buena ejecución de la estrategia y cumplir con los objetivos previstos.
- Ejecutar de manera eficiente, eficaz y transparente las actividades de la estrategia, orientando al logro de resultados, monitoreando el logro en el cumplimiento de las coberturas e indicadores de resultados de la estrategia.
- Aportar su esfuerzo y conocimientos administrativos para lograr que el equipo comparta una metodología de trabajo que responda a los objetivos institucionales y de la estrategia de extensión de cobertura.
- Elaborar la planificación administrativa y financiera con la debida anticipación, para cumplir con las actividades de campo.
- Cumplir con los requisitos establecidos para el registro de firmas autorizadas ante las distintas instancias relacionadas con la ejecución de la cartera de prestaciones priorizada.
- Ejecutar los procesos administrativos para la adquisición de bienes y la contratación de servicios, de acuerdo con los procedimientos establecidos en el MINSa y RO.
- Establecer los mecanismos de sustitución en caso de renuncia o cese laboral de algún miembro del equipo de gestión, equipo básico de salud y captadores de datos, en coordinación con Provisión Regional y Recurso Humano Regional.
- Supervisar que el personal que integren los equipos de salud nuclear (ESN) cumplan con el perfil establecido, monitorear la vigencia de los permisos de trabajo.
- Establecer los mecanismos de solicitud de los medicamentos, equipos e insumos a los CSR.
- Mantener una coordinación con los distintos departamentos administrativos regionales y locales para la provisión de la CPP, que permita la ejecución del Programa.
- Elaborar y presentar a los CSR correspondiente, los informes bimestrales administrativos, financieros siete (7) días hábiles después de finalizado cada bimestre/ronda. El CSR remitirá a la DRS estos informes en un período de tres (3) días hábiles, quienes, posteriormente lo remitirán a la DPSS, dentro de los siguientes dos (2) días hábiles.
- Asegurará la coordinación con los CSR para el suministro de insumos, materiales, medicamentos y equipos que utilizará el ESN y los captadores de datos, durante el cumplimiento de las actividades de atención; así como del programa de mantenimiento preventivo para los equipos asignados.
- Realizar las coordinaciones necesarias para facilitar las salidas, visitas o giras de atención.

- Proveer de asistencia al Coordinador Salud en asuntos que requiera la normal implementación de las actividades propuestas y trabajo de campo del personal.
- Participar en las capacitaciones y evaluaciones de la EEC.
- Establecer y mantener sistemas de información financiero - contables de los recursos económicos invertidos en el desarrollo de la CPP, Igualmente deberá mantener archivos de documentos e informes disponibles y actualizados a disposición del DPSS, BID y de la UGSAF.
- Demostrar puntualidad, orden, organización, responsabilidad, compromiso, buena disposición y buen trato a todas las personas con las que se relacione en el desarrollo de sus labores.

## 2. Coordinador/a de Salud

### Responsabilidad

El Coordinador de Salud tendrá la responsabilidad de supervisar y monitorear el cumplimiento de la provisión de las actividades descritas en las fichas de atención integral que conforman la Cartera de Prestaciones Priorizadas.

### Funciones

- Trabajar como parte de un equipo multidisciplinario y en estrecha coordinación con la Dirección del CSR y Provisión de Servicios de Salud Regional.
- Coordinar las acciones de la Estrategia de Extensión de Coberturas con la Dirección del CSR y los diferentes departamentos de la Dirección Regional, asegurando la buena ejecución de la estrategia y cumplir con las metas establecidas.
- Dirigir la planificación, organización y la provisión de los servicios de la cartera de prestaciones priorizada con eficacia, eficiencia, calidad, calidez y equidad.
- Ejecutar de manera eficiente, eficaz y transparente las actividades, monitoreando el avance en el cumplimiento de las coberturas e indicadores de desempeño de la estrategia.
- Elaborar y entregar a el CSR los informes mensuales, según lo indica el RO.
- Elaborar y presentar a el CSR, dentro de los primeros siete (7) días hábiles de cada mes la evaluación del informe mensual, Casa Materna y Malaria (donde aplique), según lineamientos enmarcados en el RO.
- Al término de cada ronda debe elaborar un informe de progreso de la provisión de la CPP según lineamientos enmarcados en el RO, en conjunto con el Coordinador de Proyecto y Experta en Estadística.
- Realizar las reprogramaciones de los cronogramas de visitas, según necesidad.
- Verificar la existencia y uso del equipamiento básico definidos en el RO por los miembros del ESN durante las visitas de atención.
- Supervisar el cumplimiento de las normas y leyes sanitarias vigentes en la República de Panamá. Esto incluye las normas de vigilancia epidemiológica, farmacovigilancia y utilización del sistema de información del MINSAL.
- Tomar las medidas adecuadas para asegurar la eficiencia en el uso de los recursos que le han sido confiados.
- Participar en las capacitaciones y evaluaciones de la estrategia de extensión de cobertura en su ámbito de acción.
- Organizar, dirigir, apoyar, coordinar y monitorear las actividades de los miembros de los Equipos de Salud Nuclear bajo su cargo.

- Supervisar la entrega de la cartera de prestaciones priorizada a los beneficiarios de acuerdo con los mecanismos contemplados en el Plan de Monitoreo Interno y Manual de Supervisión, incluyendo el uso adecuado de los registros clínicos y del material didáctico y de soporte a la realización de sesiones de educación y promoción en salud, ambiente y nutrición.
- Monitorear la entrega oportuna de la cartera de prestaciones priorizadas a las comunidades beneficiarias de los Grupos Poblacionales o sectores asignados, en conjunto con el Coordinador de Proyecto, en las fechas previstas en los cronogramas de giras, los cambios, deberán ser informados por los canales previstos al CSR y poblaciones beneficiarias. El CSR lo hará a todos los actores involucrados como lo son las autoridades del MINSA (Nacional, Regional y Local) y poblaciones beneficiarias.
- Coordinar con Docencia Regional y Provisión de Servicios de Salud Regional el programa de educación continua en salud, orientado a los ESN bajo su responsabilidad, en cuanto a período a realizarse, calidad y pertinencia de los temas impartidos en concordancia con el plan de capacitación.
- Establecer y cumplir con la programación de reuniones periódicas (Salas de Situación) en el nivel local con los equipos de Salud Nuclear y con el nivel Regional con la finalidad de mantener el flujo de información y la comunicación para la integración de los ESN.
- Dar seguimiento a los avances en el cumplimiento de cobertura de acceso y calidad de la atención
- Supervisar en campo, el uso eficiente, efectivo y eficaz de los recursos que proporciona el Ministerio de Salud (tales como: Nutricereal enriquecido, vacunas, sales de hierro, ácido fólico.
- Aplicar los correctivos en coordinación con el Departamento de Recursos Humano Regional y de acuerdo con el Reglamento Interno para los servidores del MINSA en los casos en que se adviertan irregularidades o deficiencias en la realización de las actividades de administración y provisión de la cartera de prestaciones priorizadas.
- Desarrollar las estrategias para el alcance de las metas.
- Comprobar la existencia, uso y llenado correcto de los formularios exigidos por el MINSA con la finalidad de cumplir con las normativas existentes; estrategias a seguir para la consecución de estos en caso de agotarse o actualizarse

### **3. Coordinador de Registros Médicos y Estadísticas**

#### **Responsabilidad**

El Profesional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud dirige, coordina y supervisa las actividades concernientes al correcto uso de las herramientas establecidas para el sistema de información de la estrategia (SIREGES) y el SIES, así como el uso correcto de la hoja de registro diario hasta el procesamiento de la información y la producción de informes. Además del uso adecuado de los formularios provistos o normados por el MINSA, la administración de la base de datos de usuarios, el sistema de archivo de historias clínicas, de seguimiento de casos, el uso del sistema de referencia y contra referencia y los formatos de presentación de informes; supervisión de la entrega a tiempo de los informes de ronda, mensuales (altas y bajas; padrón de beneficiarios) y anuales.

#### **Funciones**

- Custodiar, conservar y distribuir los expedientes clínicos para los servicios de atención durante las visitas de atención por los equipos de Salud Nuclear.
- Coordinar, desarrollar, monitorear y ejecutar las etapas de registros, procesamiento, producción, análisis y divulgación de los datos e información de la producción, hallazgo y situación de salud que se generan durante la provisión.

Reglamento Operativo de la Estrategia de Extensión de Cobertura  
Programa de Respuesta a COVID-19  
Direcciones Regionales de Salud, enero 2023

- Colabora con el Departamento de Registros Médicos y Estadísticas en los niveles local y regional la gestión de los datos estadísticos de la EEC.
- Actualización a los ESN sobre la clasificación internacional de enfermedades (CIE-10) para la confección de registros estadísticos de morbilidad.
- Generar los reportes de información de la base de datos del SIREGES y datos presentados en el SIES.
- Atender, orientar y resolver las consultas de los captadores de datos, relacionadas con su función.
- Le corresponde ejercer supervisión sobre personal bajo su cargo (captadores de datos), por lo que es responsable por el eficaz y eficiente cumplimiento de las actividades asignadas.
- Velar porque las actividades de procesamiento de datos (para el SIREGES, SIES, herramienta informática del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)), se cumplan de acuerdo con las normas y procedimientos establecidos en el Sistema de Información de Salud.
- Garantizar la existencia de los formularios normados y actualizados para el registro de la atención contenidos en el expediente clínico.
- Preparar y presentar informes sobre las actividades realizadas.
- Es responsable por el adecuado empleo del equipo, los instrumentos, útiles y materiales asignados para el cumplimiento de sus actividades.

#### 4. Captadora de Datos

- El captador de datos estará adscrito a los CSR de los grupos que tenga asignado.
- Ingresa toda la información de la atención, registrada en los expedientes clínico a la herramienta SIREGES
- Ingresa a la herramienta SIREGES los beneficiarios nuevos inscritos en la hoja de censo de hogares en la comunidad.
- Mensualmente debe dar de Baja del PPB los beneficiarios inscritos difuntos, los que hayan presentado cambio de residencia y todos aquellos Provisión de Servicios de Salud Regional detecte hechos que lo invalidan (actualización del Padrón).
- Ingresar a la Herramienta SIREGES las hojas de inspección a las viviendas.

#### 3.1.3.3 Equipo de Salud Nuclear

La DRS deberán contratar los servicios de los Equipos de Salud Nuclear para ofertar la prestación de la CPP. El ESN estará conformado como mínimo por cinco profesionales.

**Tabla No. 3:** Conformación del Equipo de Salud Nuclear Completo para la implementación de la EEC.

PROFESIONAL	FUNCIONES	CANTIDAD
Médico (a) General	Brindar la Cartera de Prestaciones Priorizada a la población beneficiaria. Consignar las actividades realizadas y datos de salud en el expediente clínico (formularios normados por el MINSA). Coordinar con el EG la dotación de los medicamentos, insumos y equipos necesario para la prestación de los servicios de salud. Articular con la Red de servicio las acciones necesarias para garantizar la prestación de servicios y seguimiento de los beneficiarios en el marco de la normativa nacional e internacional, procurando reducir los efectos negativos en la salud.	1
Enfermera (o)	Velar por el cumplimiento de las normas de enfermería en la atención de los servicios asistenciales efectivos, con sentido humanitario dirigido al cuidado de salud de las personas y comunidades, otorgado por personal competente. Realizar los Controles de salud, según las normas vigentes a la población beneficiaria. Coordinar con los niveles locales (CSR) el suministro de biológicos (vacunas), de acuerdo con la programación. Elaborar y entregar al EG y nivel local los informes pertinentes.	1

Reglamento Operativo de la Estrategia de Extensión de Cobertura  
Programa de Respuesta a COVID-19  
Direcciones Regionales de Salud, enero 2023

Técnico (a) de enfermería	Forma parte del equipo interdisciplinario participando en la evaluación inicial de los beneficiarios (peso, talla, signos vitales, elaboración y entrega de los expedientes clínicos) Realiza funciones asistenciales, docentes, visitas domiciliarias.	1
Técnico (a) en Ciencias de la Salud (Salud Ambiental, Educación para la Salud o Desarrollo Comunitario)	Posee la función de proveer y gestionar programas de educación para la salud y ambiental proporcionando información que contribuya a la promoción, prevención y educación al individuo, familia, comunidad y ambiente para maximizar y mantener estilos de vida saludables. Apoyar técnica y metodológicamente el desarrollo de los procesos y estrategias de promoción de la salud ambiental en el nivel local, fortaleciendo la organización comunitaria y participación social. Verificar el cumplimiento de las actividades de los actores comunitario (Promotores) y desarrollarle sus competencias. Contribuir con las actividades descritas en la ficha de atención integral del ambiente y fortalecimiento de la Plataforma comunitaria (ficha 12).	1
Conductor (a) o Motorista (que incluirá un palanquero)	Proveer un servicio de transporte seguro y oportuno a los ESN, en cumplimiento de sus funciones al externo de su institución. Verificar el cumplimiento del mantenimiento preventivo de los vehículos a su cargo. Apoyar en las funciones del ESN cuando se requiera.	1
<b>TOTAL</b>		<b>5</b>

El personal contratado para conformar los ESN debe ser: Médico idóneo, Enfermera con idoneidad o permiso de trabajo vigente, Técnico de Enfermería con idoneidad o permiso de trabajo, conductor/ motorista con licencia de conducir/navegar vigente, Técnico en Ciencias de la Salud con idoneidad o permiso de trabajo vigente, según el cargo desempeñado para ejercer en la República de Panamá y **debe estar contratado a TIEMPO COMPLETO EXCLUSIVO, por la naturaleza del trabajo, para garantizar el cumplimiento de los objetivos del Programa.** En el caso de contingencia sanitaria, la Región de Salud podrá asignar otras funciones a este equipo.

La DRS deberá contar con un mínimo de un (1) ESN por cada Sector o Grupo Poblacional. En el caso sectores o grupos poblacionales pequeños (con poca población de responsabilidad) y alejados, se podrán agrupar 2 o más para que sean atendidos por un mismo Equipo de Salud Nuclear. El personal que ingrese por primera vez a la Estrategia de Extensión de Cobertura debe presentar una **certificación o constancia de haber recibido la inducción sobre la estrategia, expedida por el nivel regional del MINSA.**

Los miembros del ESN contratados deben usar chalecos, gafetes y/o gorras con el logo del MINSA durante sus funciones de servicio<sup>5</sup>.

#### 3.1.3.4 Colaboradores de la Red Comunitaria

Los ESN deberán identificar a los candidatos a colaboradores comunitarios donde no existan, e incorporar a los que ya han sido identificados, los que se les presentará a los líderes o autoridades comunitarias, quienes los seleccionarán. Los CSR tendrán la responsabilidad de capacitar a los colaboradores seleccionados para que se encarguen de las acciones de participación comunitaria necesarias para la implementación de la EEC. Estas acciones son: La promoción de los servicios de la CPP, según la planificación acordada por los Educadores para la salud/Saneamiento ambiental/ Desarrolladores comunitarios; apoyarán a los ESN en la organización del sitio de atención, apoyar durante la gira, convocar

a la población que asistan a las giras, búsqueda de pacientes inasistentes, recordar las citas a los pacientes, realizar visitas domiciliarias.

Los Equipos de Gestión deberán asegurar que estos colaboradores comunitarios estén articulados con el CSR que les corresponde, para que los Promotores Institucionales y otros responsables de intervenciones del MINSA en la comunidad (Técnicos de Vectores, DASI, etc.) puedan identificar y coordinar la Red Integrada de los Servicios de Salud (RISS), tal como establece el Modelo de Atención de Panamá.

### 3.1.4 Gestión de los Recursos Humanos

Antes de iniciar la primera Ronda de atención, las DRS deben enviar a la DPSS original y una copia de la documentación que sustenta el cumplimiento de los perfiles del Equipo de Gestión y los ESN.

**El Equipo de Gestión debe ser contratado de tiempo completo y exclusivo para la implementación EEC.**

La DRS debe asegurar que los equipos de gestión y de salud nuclear **cumplan con los perfiles establecidos en el presente RO.**

En caso de haber cambios en la conformación de un equipo, el **Coordinador de Proyecto** deberá notificar de inmediato, **al jefe del departamento regional de Provisión de Servicios de Salud**, quien dispone de cinco (5) días hábiles adicionales para acreditar al nuevo personal y notificar a la DPSS. **En estos casos, la DRS tendrá la responsabilidad de garantizar el continuo de la atención, asignando un personal de reemplazo hasta contratación del nuevo personal.**

La DRS debe organizar la inducción al inicio de cada período contractual a ~~de~~ los Equipos de Salud Nuclear/ Equipos de Gestión sobre las normas, Protocolos de atención de Atención y RO en coordinación con los jefes de programas a nivel regional y DME/DPSS.

Cuando haya cambios de personal en un Equipo de Salud Nuclear, este debe recibir la inducción, como está establecido, antes de comenzar a prestar servicios.

Las acreditaciones, serán responsabilidad del departamento de RRHH regional en coordinación con el coordinador de proyecto. La misma se codifican de la siguiente manera: número de provincia; grupo o sector asignado, número secuencial en el programa. Ejemplo: María Bolaño, ingresa al grupo H-1, y es la número 88 de ingreso a la EEC. Para ella le correspondería el siguiente número de acreditación: 06-01-088. Mientras el funcionario, permanezca en la estrategia, mantendrá el mismo número de acreditación, aunque cambie de GP/sector.

---

<sup>5</sup> Se exceptúan las DRS que, por razones de seguridad, no puedan estar identificadas con el logo del MINSA y dicha excepción será autorizada por el Nivel Nacional.

Los ESN son responsables de monitorear la ejecución de las actividades de los **colaboradores comunitarios** en coordinación con su equipo de gestión.

Los ESN deben darle seguimiento a esta red comunitaria y reforzar sus conocimientos y destrezas durante todo el año.

**Los ESN/EG durante el desarrollo de las giras no podrán realizar turnos (médicos ni de enfermería) fuera de la EEC, ya que, su contrato es de tiempo completo y exclusivo.**

### 3.1.5 Abastecimiento de medicamentos, equipos e insumos.

El Departamento Regional de Provisión de Servicios de Salud a través del Equipo de Gestión y siguiendo la “Guía para la Elaboración del Plan Logístico y Gestión del Abastecimiento”, deberá elaborar el “Plan logístico y gestión de abastecimiento de medicamentos e insumos” y el “Plan de adquisición, mantenimiento y reposición de activos”. Ambos estarán orientados a realizar las acciones que permitan que el abastecimiento sea oportuno y en cantidad suficiente para la población beneficiaria y cumplir con la calidad de la atención y continuidad de los tratamientos a la población.

Cada plan debe reflejar las actividades relativas a la gestión de inventarios, almacenamiento y reposición de los insumos esenciales para cubrir las actividades programadas en cada ronda.

El Equipo de Gestión debe elaborar en función de la población de responsabilidad, morbilidades más frecuentes y la CPP (ficha de atención} por curso de vida); ambos planes, para determinar la cantidad de medicamentos, insumos y activos requeridos durante un año de prestación, llevar un control de entradas, almacenamiento y salida de los medicamentos, insumos y activos.

También debe estimar la cantidad de insumos tales como anticonceptivos, vacunas, crema nutricional fortificada, con hierro y vitamina A, necesidades de micronutrientes (Megadosis de vitamina A, Hierro en diferentes presentaciones, multivitaminas, ácido fólico y complejo B), en función de las normas y protocolos de atención.

**La DME/DPSS revisará y aprobará ambos planes, que son parte del informe inicial de la planificación estratégica y la DRS, en conjunto con la DME/DPSS, serán responsables de dar seguimiento a su cumplimiento.** El monitoreo, será responsabilidad de la DRS y la DPSS para verificar la existencia de medicamentos en cantidades suficiente para cubrir las necesidades de la población en cada punto de entrega de servicio y en la sede regional (depósito).

## 3.2 Proceso de Atención: Rondas

### 3.2.1 Atención

Al inicio de una jornada de atención, el Técnico de Enfermería recibirá la población, establecerá el orden de prioridad de la atención (clasificación), informar a la población sobre la organización de la atención y colocar en un lugar visible la cartera de servicios ofertados, en la cual debe de aparecer el nombre y logo del Ministerio de Salud.

El equipo de salud, con la participación del promotor comunitario, debe hacer efectiva la convocatoria, organizar los puntos de atención, los espacios donde la población pueda esperar a ser atendida con privacidad y confidencialidad, igualmente, el lugar de espera protegida del sol y la lluvia; también deberá colaborar en organizar los espacios para colocar medicamentos, insumos, otros materiales y expedientes.

Al momento de iniciar las Rondas, el ESN debe tener claridad de los flujos de atención para cada tipo de beneficiario y poner en práctica un modelo de trabajo que permita organizar la atención según prioridad de beneficiario (grupo etario o curso de vida, procedencia, condición, etc.) y que le provea la comodidad y privacidad a la que tiene derecho.

El ESN debe estar capacitado en las normas y protocolos de atención y familiarizado con el contenido de las fichas de atención integral según curso de vida, para determinar las atenciones que le corresponden a cada beneficiario, evitando la pérdida de oportunidades.

Todo lo realizado en el proceso de atención debe ser consignado en el expediente clínico de cada beneficiario, incluyendo acciones de promoción, prevención y atención a la morbilidad. En este último caso, el personal que atienda al enfermo consignará el diagnóstico, según la CIE 10 en el expediente.

Durante el proceso de atención el proveedor debe tratar adecuadamente los desechos que genere, clasificándolos, según su tipo y peligrosidad. Al final de cada jornada deberá recoger todos los desechos generados para su disposición adecuada, según las normas de gestión ambiental.

El cumplimiento del cronograma es fundamental, **debe ser entregado al CSR y al departamento regional de provisión de servicios con al menos 15 días previos a cada ronda**. En caso de que se amerite movilizar a los ESN a otras localidades por solicitud del Director Regional de Salud con la aprobación de DPSS; este cambio deberá ser notificado al menos 5 días de anticipación y anunciando la fecha de reprogramación de las actividades suspendidas.

Antes de iniciar la atención y durante la misma, el ESN debe realizar actividades educativas grupales relacionadas a la Ficha 12(Salud Ambiental) y otros temas de salud.

El Técnico (a) en Ciencias de la Salud (Salud Ambiental, Educación para la Salud o Desarrollo Comunitario) realizará la inspección de los hogares para promover la correcta disposición de los residuos sólidos y líquidos, calidad del agua de consumo, identificar personas enfermas en las viviendas para referirlas a la gira o al CSR, educación para el control de vectores, etc. Con el fin de asegurar una mayor convocatoria.

Los Equipos de Salud Nuclear no le negará la atención a ninguna persona que demande el servicio, aunque no sea parte del Padrón de Beneficiarios.

### 3.2.2 Registro

Los servicios entregados de la CPP por los ESN deben ser registrados en los formularios normados por el MINSA para cada uno de los programas de salud. Cada beneficiario debe contar con un expediente clínico único, según la Ley 68 del 20 de noviembre del 2003 de la República de Panamá. Al expediente del jefe del hogar se le anexa el formulario 14 (Censo de Hogares en la Comunidad y actualización de Beneficiarios).

Una vez finalizada la gira, los expedientes clínicos deberán reposar en los CSR que correspondan, bajo la custodia de REGES. Los datos de la atención, tanto de la red fija e itinerante, deben registrarse en el SIREGES.

### 3.2.3 Actualización del Sistema de Información

El Experto en Registros Médicos y Estadísticos es el responsable del adecuado registro de la información en SIREGES por parte de los captadores de datos, conforme se den las atenciones. La actualización de la información se concreta cuando los datos son enviados del SIREGES local al SIREGES central vía web para ser consolidados. El proveedor debe coordinar que se registre la producción de servicios de cada gira en un plazo máximo de diez (10) días hábiles después de que ésta haya concluido y asegurar la sincronización periódica con el SIREGES Central, según la conectividad disponible. El uso del sistema está detallado en el Manual del Usuario de SIREGES.

## 3.3 Gestión de población beneficiaria

### 3.3.1 Padrón de Población Beneficiaria (PPB)

El Padrón de Población Beneficiaria se refiere a la lista nominal de personas identificadas por el MINSA como beneficiarias de la EEC, asociado a una comunidad o conjunto de comunidades (Sector o grupo poblacional) asignadas a un ESN.

Al inicio de cada ciclo de prestaciones, el equipo de salud nuclear recibirá del Equipo de Gestión un padrón denominado **Padrón de Población Beneficiaria Inicial (PPBI)** de las personas a las cuales debe brindar su atención. El PPBI se genera a partir de la base de datos del SIREGES central luego de ser depuradas al 31 de octubre del año anterior. El padrón quedará establecido de forma fija para todo el ciclo de prestaciones.

Al final del periodo contractual, el Ministerio de Salud verificará las posibles altas y bajas del padrón, producto de la actualización periódica, ronda a ronda, del registro de personas atendidas (ver, sección siguiente “Nominalización”), certificará un padrón final que servirá para realizar los ajustes de la población atendida y liquidación del Convenio de Gestión.

### 3.3.2 Nominalización del registro de atención a las Personas

La nominalización es el proceso mediante el cual se obtiene la información detallada de cada persona que habita en las comunidades beneficiarias de la EEC, con el objetivo de identificarlas y clasificarlas en grupo etario o de condición de salud, permitiendo organizar su atención de forma continua, siguiendo el curso de vida. La nominalización es indispensable para planificar la entrega de los servicios de la CPP que le corresponde recibir a cada persona y también para medir las coberturas alcanzadas y evaluar aspectos claves de la calidad de la atención como la longitudinalidad.

Se operativiza en las etapas de implementación de la EEC como se describe a continuación:

### 3.3.3 Inscripción de nuevos beneficiarios durante el año de prestación:

Aplica al identificar un beneficiario o varios, que no están en el PPBI. Se deben registrar los datos de identificación individualizados, relacionando a la persona con su hogar. La nominalización en la etapa de inscripción se operativiza mediante el registro primario (en papel) en el formulario Hoja de censo.

La inscripción de las personas será voluntaria. La persona debe mostrar su documento de identidad, con la cual el proveedor completará el formulario de inscripción, (hoja de censo). Entre otros datos, incluye: nombre completo, relación de parentesco con el/la jefe/a del hogar, edad, sexo, y residencia, entre otros. La ficha de inscripción debe ser fechada y firmada por el beneficiario responsable de brindar la información y el entrevistador.

Para el caso de menores de edad, uno de los representantes legales del menor (padre, madre o la persona legalmente habilitada) podrá inscribirlo. En el caso de los recién nacidos, podrán inscribirse con la denominación “Hijo/a de... [nombre de la madre]”, el representante legal del menor. Esta particularidad debe quedar registrada y tendrá una validez máxima de seis (6) meses, período dentro del cual deberá regularizarse la inscripción a través de la presentación de un documento legal de identificación del recién nacido. El paso final de inscripción, siempre nominal, es el registro en el sistema SIREGES de la información de la Hoja de Censo. Durante la ronda debe realizar el ingreso de los datos de la hoja de censo en el SIREGES.

### 3.3.4 Captación o Primer Contacto:

Se da, al momento de atender por primera vez a un beneficiario durante el ciclo de prestaciones. Se debe registrar la información del paciente y de la atención en el expediente clínico utilizando los formatos normados por el Ministerio de Salud para cada Programa, así como en los formularios específicos de la EEC.

El paso final de la captación se cumple al ingresar al SIREGES Local la información de la atención consignada en el expediente clínico.

### 3.3.5 Seguimiento:

Se da cuando un beneficiario es atendido en las visitas subsiguientes por su curso de vida (menores de dos años, de 2 a 5 años, embarazadas, etc.) o por su condición de salud (hipertensos, diabéticos, etc.) según la norma. Para cada beneficiario se debe actualizar el expediente clínico utilizando los formatos normados por el Ministerio de Salud para cada Programa. El paso final se cumple al ingresar al SIREGES Local la información de la atención subsiguiente consignada en el expediente.

### 3.3.6 Criterios de altas y bajas de beneficiarios

#### 3.3.6.1 Identificación de nuevos beneficiarios y criterios de altas

**El ESN tendrá la responsabilidad de informar a los beneficiarios inscritos sus derechos y deberes.**

El beneficiario inscrito o el representante del grupo familiar, deberá informar al ESN cualquier novedad

acerca de su situación personal o familiar que afecte su condición de beneficiario inscrito, en especial su cambio de zona de residencia. Además, deberá informar si existen miembros del hogar con algún tipo de discapacidad física o mental y la pertenencia al programa de la Red de Oportunidades. Asimismo, el equipo de salud deberá indagar sobre estos aspectos en sus interacciones con la población beneficiaria. En el expediente clínico del beneficiario, deberá dejarse constancia de su inscripción través del For-14 (Censo de la Comunidad) como beneficiario de la CPP.

Los momentos de inscripción pueden ser:

- La visita domiciliaria o asistencia del beneficiario al centro de salud o durante las rondas de atención.

La fecha de alta es la que consta como “fecha de inscripción” en el formulario fechado firmado por el beneficiario y entrevistador. En caso de que el beneficiario no tenga firma, se utilizará la huella digital.

Ante la ausencia de cédula, el ESN registrará los datos del beneficiario, y remitirá un listado de los beneficiarios bajo esta condición a la Región de Salud correspondiente para su investigación y resolución, en coordinación con la respectiva sede regional del Tribunal Electoral. Mientras se gestione la cédula del beneficiario, el MINSA utilizará el número de registro de la base de datos para su identificación. Esta condición tendrá una validez máxima de 6 meses para los niños menores de 5 años y un (1) año para los demás beneficiarios; antes del vencimiento de estos términos deberá regularizarse la inscripción con la presentación de la cédula de identidad u otro documento legalmente válido. Si no se ingresara el número de cédula del beneficiario al cabo de 6 meses para los menores de 5 años y de un año para los adultos, el SIREGES automáticamente les dará de baja.

### 3.3.6.2 Actualización del Padrón al final del ciclo anual de prestación

Una vez finalizado el año de prestación el MINSA entregará el PPB final depurado para el siguiente ciclo de prestaciones, constituido por las personas existentes en la base de datos (viejas y nuevas inscripciones). La no existencia de una persona en el padrón de beneficiarios o personas fuera de área (residen en comunidades de otro Sector o grupo poblacional) no exime al equipo de salud de la prestación de servicios a esta persona. **La atención a un beneficiario con estas características, según la normativa y regulaciones de Panamá y del MINSA, toda persona tiene derecho a recibir servicios de salud”.**

## CAPÍTULO 4. EJECUCIÓN DE LOS CONVENIOS DE GESTIÓN

En este capítulo se describen los informes que la DRS debe presentar para la ejecución del Convenio de Gestión durante el ciclo de prestaciones, así como el proceso de pago y el sistema de sanciones.

### 4.1 Informe inicial (planificación estratégica)

Las DRS a través de sus Equipos de Gestión en coordinación con los diferentes Departamentos de Salud que intervienen en la EEC, planifica la CPP durante el período contractual de un año. Este informe constituye una herramienta de gestión que debe ser entregados al Departamento Regional de Provisión de Servicios y cargados en la web del MINSA en los primeros **10 días hábiles** del segundo mes contado desde **la orden de inicio del convenio**.

#### 4.1.1 Análisis de situación

La primera parte del Informe Inicial es un **Análisis de la situación de salud por Sector**, enfocado en los problemas de salud relacionados con la CPP que le permita a la DRS planificar la entrega de la CPP.

#### 4.1.2 Planificación del ciclo anual

La segunda parte es la planificación en sí de la prestación de servicios y contiene los distintos planes para la movilización y gestión de recursos humanos, para la formación, para el aseguramiento logístico (insumos, medicamentos, equipamientos) y los aspectos financieros, según los formatos indicados en la Tabla No.4 “Lista de formularios para la planificación”.

Para realizar esta planificación se ha elaborado un conjunto de guías e instrumentos. Los mismos están disponibles en el sitio web del MINSA en la siguiente URL:

[http://appwESN.minsa.gob.pa/procedimientos/Frm\\_RedesIntegradas.aspx](http://appwESN.minsa.gob.pa/procedimientos/Frm_RedesIntegradas.aspx)

**Tabla No. 4:** Lista de formularios para la planificación 2023

1.	<b>Formulario 0.</b> Diagnóstico Situacional.
2.	<b>Formulario 1.</b> Descripción de la metodología y plan de trabajo para el abordaje integral de las personas, asignadas al oferente, por curso de vida.
3.	<b>Formulario 2.</b> Plan De Recursos Humanos Equipo de Salud Nuclear.
4.	<b>Formulario 3.</b> Plan De Recursos Humanos Equipo de Gestión.
5.	<b>Formulario 4.</b> Organización de la Prestación de Acuerdo con la Metodología de Comunidad Céntrica. <ul style="list-style-type: none"><li>– Elaboración del Plan de Comunicación y Promoción de la Salud.</li><li>– Plan estratégico para articular la Red comunitaria con la RISS y promover la demanda de servicios</li></ul>
6.	<b>Formulario 5.</b> Plan de comunicación y promoción de la salud.
7.	<b>Formulario 6.</b> Plan estratégico para la articulación de la red comunitaria con la RIS y Promover la demanda de los servicios.

8.	<b>Formulario 6<sup>a</sup>.</b> Planificación del personal comunitario.
9.	<b>Formulario 7.</b> Plan de Desarrollo de Competencias al equipo de salud y a la Red comunitaria con pertinencia cultural y metodologías participativas.
10.	<b>Formulario 8.</b> Cronograma de Ronda.
11.	<b>Formulario 9.</b> Registro de inventarios de activos.
12.	<b>Formulario 9<sup>a</sup>.</b> Plan de Adquisición, Mantenimiento y Reposición de Activos (giras de atención).
13.	<p><b>Formulario 10.</b> Plan Logístico para garantizar el Abastecimiento y la Calidad de los Medicamentos e Insumos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>Formulario 10<sup>a</sup>.</b> Planificación de Materiales Médico Quirúrgico.</li> <li>– <b>Formulario 10b.</b> Planificación de Insumos de Saneamiento Ambiental.</li> <li>– <b>Formulario 10c.</b> Planificación de Insumos y Materiales de Laboratorio.</li> <li>– <b>Formulario 10d.</b> Planificación de Medicamento.</li> <li>– <b>Formulario 10e.</b> Planificación de Métodos de Planificación Familiar.</li> <li>– <b>Formulario 10f.</b> Planificación de Suplementos Nutricionales.</li> <li>– <b>Formulario 10g.</b> Planificación de Vacunas.</li> <li>– <b>Formulario 10h.</b> Planificación de Material de Oficina.</li> <li>– <b>Formulario 10i.</b> Planificación de Papelería de Historia Clínica.</li> <li>– <b>Formulario 10j.</b> Planificación de Material Educativo.</li> </ul>
14.	<b>Formulario 12.</b> Declaración Jurada Red Institucional.
15.	<b>Formulario 13.</b> Presupuesto de Ingresos
16.	<b>Formulario 14.</b> Presupuesto de Gastos
17.	<b>Formulario 15.</b> Flujo de Caja de Ingresos Mensual Estimado
18.	<b>Formulario 16.</b> Flujo de Caja de Egresos Mensual Estimado
19.	<b>Formulario 17.</b> Plan de adquisición regional (digital)
20.	<b>Formulario 18.</b> Informe Financiero de cierre del año anterior (digital)
21.	<b>Formulario 19.</b> Informe pormenorizado de activos, amortizables al cierre del año anterior (de B/500 o mayor) y no amortizables (menores de B/.500.00) (digital)

## 4.2 Sistema de Información

Para gestionar la EEC se requiere de la recolección de información sobre las acciones de promoción, prevención y atención realizada a los beneficiarios. Las DRS deberán ingresar esta información al SIREGES y en el sistema de estadística de salud del MINSA (SIES, SEIS, PAI, Sistema de Vigilancia Epidemiológica) según esté registrada en el expediente clínico del beneficiario. En el caso del SIREGES, se cuenta con un módulo de sincronización que la DRS debe ejecutar para transmitir vía web, la información desde el nivel local al nivel central por cualquier mecanismo de conexión a internet, incluyendo data celular, en la URL a continuación: <https://ugsaf.minsa.gob.pa/foris/login/>

El MINSA entregará a las DRS un usuario y contraseña que permitirá el ingreso de la información proveniente de los ESN, así como la productividad de los CSR, por un captador de datos. Además, un ~~este~~ técnico de REGES alimentará el Sistema de Información de Estadística de Salud (SIES) con la información de la hoja de registro diario de actividades, información de PATMI, PAI, Planificación familiar.

**El Coordinador de Registros Médicos y Estadística es el supervisor directo de los captadores de datos de los sectores o grupos poblacionales bajo su cargo, les asignará metas de cumplimiento y evaluará su desempeño. De igual manera, será responsable de velar por la calidad, oportunidad y consistencia con los registros primario de la información.** Además, deberá generar las Hojas de Trabajo del Estadígrafo (HTE), las cuales deberán ser consolidadas a partir del SIES y entregadas a la Región de Salud correspondiente. Ver guía de usuario del SIREGES.

### 4.3 Informes periódicos

Los informes técnicos de salud tienen como propósito principal verificar el alcance de la prestación de la CPP. Son la fuente principal para que los proveedores rindan cuentas de sus actividades y para que el MINSA evalúe su desempeño. A continuación, se presentan los tipos de informes que se deben presentar, durante el período de prestación de la CPP:

#### 4.3.1 Informes Mensuales

El Equipo de Gestión elaborará y entregará a los **jefes de los Departamentos correspondientes (Provisión, PAI, Médico quirúrgico, Nutrición, epidemiología) informes mensuales generados por cada sector o grupo poblacional a su cargo, con copia al Director Médico del CRS correspondiente**, en los cinco (5) primeros días hábiles posteriores a la finalización de cada mes de prestación de servicios, la siguiente información:

**Tabla No. 5:** Listado de informes mensuales a presentar.

No.	Informe Mensual
1	Consolidados mensuales de vacunación.
2	Consolidados mensuales de las libras de complemento alimentario (Crema fortificada) distribuidas.
3	Consolidados mensuales de la distribución de micronutrientes.
4	Reportes de enfermedades de notificación obligatoria que les permitan solicitar nuevos insumos. Incluyendo los de las prevenibles por vacunas que haya sido detectadas.
5	Reportes de reacciones adversas a vacunas.
6	Análisis de insumos o medicamentos entregados por el MINSA y distribuidos.
7	Informe mensual de las actividades de las intervenciones de , Malaria y Casas Maternas

El Equipo de Gestión de las Regiones elaborará estos reportes mensuales en los formularios establecidos por el MINSA (SEIS, SIES, PAI y SIREGES). Este informe debe ser entregado a más tardar 5 días hábiles después de terminado el mes, en formato impreso al Departamento Regional Provisión de Servicios, que evaluará la información contenida en este informe y dará recomendaciones cuando sea necesario. La evaluación (en un instrumento diseñado para tal fin por el Departamento de M y E) por parte de la Región será remitida a más tardar 5 días hábiles a la DPSS para los hallazgos o incumplimientos durante el proceso de prestación.

#### 4.3.2 Informes de Rondas

Existen dos tipos de informes de ronda, los Informes Técnicos y los Informes Administrativos y Financieros de Ronda.

→ Informes Técnicos

Reporta la producción de los servicios de salud de la CPP entregados a la población de los Sectores o grupos poblacionales a cargo durante un período de dos meses. Este reporte se genera de forma automática desde el SIREGES, 10 días hábiles posterior al finalizar la ronda.

Contiene las secciones siguientes:

- Datos generales del proveedor de servicios de salud (Región de Salud).
- Datos generales de la ronda.
- Población beneficiaria.
- Resultados de Producción **Cobertura de Población Atendida** y Cumplimiento de la **calidad de la Atención** cumplimiento de Fichas (con su desglose de pago).
- Cumplimiento de Cronograma según la Planificación de Visitas de la Ronda.
- Entrega de Informes mensuales a la DRS.

**Cobra vital importancia el registro de la información que hace el “Captador de datos” para que se reflejen en los resultados de cumplimiento de indicadores de cobertura y calidad.**

Las rondas serán evaluadas en función de dos Indicadores:

Cobertura de Población Atendida (acceso): Número de beneficiarios atendidos de primer contacto entre la población de referencia.

Cobertura en la calidad de la Atención: el número de primeros contactos que han logrado recibir todas las actividades que se describen en cada ficha de atención integral por curso de vida (Ficha completa), por ronda.

El informe de ronda se utilizará para el pago de desempeño, del convenio. **Los datos que no hayan sido ingresados en este término no se contemplarán para el pago.**

Adicionalmente, para la evaluación de ronda se incluyen:

- Entrega de la planificación de la Prestación (para la primera ronda) y seguimiento en las subsiguientes.
- Los resultados de la Supervisión Técnica de Campo
- Los resultados de la Supervisión Técnica de CSR.
- Cuando amerite se supervisará la Región que cuenta con lugares de acopio de Medicamentos, Vacunas, Insumos, equipos.

Un equipo Regional designado y/o Coordinador de Salud Regional entregarán **un informe técnico de las intervenciones de Casa Materna y Malaria.**

→ Informes Administrativos y Financieros de Ronda

El informe administrativo y financiero de ronda será elaborado por el Equipo de Gestión y es responsabilidad directa del coordinador de proyecto. La información será enviada a través de su ingreso en el módulo de seguimiento en la plataforma SIREGES Central a más tardar dentro de los diez (10) primeros días hábiles, después de la

terminación de la ronda. La información que no se registra en el SIREGES, deberá ser entregado en formato digital en Excel y pdf a la Región de Salud, debidamente foliado y señalado al pie de las páginas por el coordinador de proyecto y este lo enviará a la UGSAF con copia a la DPSS, dentro de los dos (2) días hábiles, siguientes a la fecha entregada para su análisis y evaluación. Ambos informes se realizarán, según la “Guía de Elaboración de Informe Administrativo y Financiero”, cuyo resumen se presenta en la tabla 6.

Además de este Informe Administrativo de Ronda, cada Región que implementa las intervenciones de Malaria, y Casa Materna, deberá presentar los **informes administrativos de la ejecución de los fondos**.

**Tabla No. 6:** Contenido del Informe Administrativo de Ronda

Periodicidad de entrega	Plazo de entrega	Contenido
Bimestral	Dentro de los diez (10) primeros días hábiles después de la terminación de una ronda.	1- Portada. 2- Listado del Personal del Equipo de Gestión y Equipos de Salud Nuclear. 3- Constancia de pagos de estipendios al Equipo Comunitario de Salud. 4- Ejecución del Plan de Adquisición y Mantenimiento de Activos (giras de atención). 5- Informe pormenorizado de activos, amortizables y no amortizables. 6- Ejecución del Plan de Adquisición de Medicamentos, Materiales e Insumos. 7- Pólizas de seguro: vehículos. 8- Informes financieros 9-Informes presupuestarios 10- Flujos de ingresos y pagos 11.Declaración Jurada: Certificación de la integridad y veracidad de la información (administrativa y técnica) suministrada y el cumplimiento de todos los aspectos contractuales.

### 4.3.3 Informe de Progreso

Los equipos de gestión deben ejercer su papel como gestores del proyecto, lo cual es fundamental para cumplir con los indicadores de cobertura (acceso) y calidad. Para ello, será necesario que adicional a los informes descritos, realicen un análisis, monitoreo y seguimiento adecuado de sus equipos que hemos denominado **Informe de Progreso**.

Los Informes de Progreso tendrán como mínimo:

- 1 Análisis cuantitativo y cualitativo de los resultados de las coberturas de acceso.
- 2 Análisis cuantitativo y cualitativo de cumplimiento de atención con calidad
- 3 Limitantes para cumplir con los Indicadores de Cobertura y Calidad.

Los informes de progreso deben realizarlos al término de cada ronda y es responsabilidad de cada equipo de gestión. Aunque no son objeto de entrega si pueden ser solicitados en procesos de supervisión, evaluación para corroborar su existencia y su utilización adecuada en cuanto a la identificación oportuna de desviaciones o nudos críticos y la forma en que estos han sido abordados oportunamente para mejorar los procesos en el cumplimiento de los indicadores.

## 4.4. Informes de Cierre

### 4.4.1 Informe Técnico Final.

Al finalizar el ciclo de prestación (enero-diciembre 2023), los equipos de gestión deberán elaborar un **Informe Técnico Final**, comparativo con el análisis de situación del informe inicial (Form.0 de la Planificación Estratégica) según información indicada en la Tabla No.4, por sector o grupo poblacional).

Es muy importante que, tanto la planificación inicial, como la evaluación de sus planes al finalizar el ciclo se haga con la participación de la red de salud donde se brindaron los servicios. La entrega de este informe se dará dentro de los últimos 10 días hábiles antes de finalizada la última ronda y deberá contar con la firma de visto bueno del director regional correspondiente. Este informe es obligatorio para poder cerrar el año de prestaciones.

## 4.5 Pagos:

Esta sección describe las pautas y criterios para el pago del monto asignado a cada Región de Salud.

El monto total anual asignado a cada Región de Salud será dividido de la siguiente manera:

- a. Una parte que llamaremos **Gastos Operativos** y corresponde a la estimación del costo de operación histórica para organizar las seis rondas de atención más un porcentaje de imprevisto el cual se pagará por ronda.

Este gasto operativo por ronda será por cada grupo poblacional o sector donde se implementa la Estrategia de Extensión de Cobertura para este año 2023.

- b. Una parte que llamaremos **Pago por Desempeño (incentivo sujeto al cumplimiento de las metas de cobertura y calidad)**.

Este pago o incentivo por desempeño, a su vez se dividirá en dos (2) partes. Según tabla N°7.

- a). Un **ochenta por ciento (80%)**, para el logro de indicadores.  
 b). Un **Veinte por ciento (20%)**, para la Auditoría Técnica Externa (ATE).

**Tabla N°7. Desglose del Porcentaje por Indicadores de Desempeño**

Concepto de pago	Proporción del pago
Cumplimiento de Indicadores	<b>80%</b>
Cobertura	50%
Calidad	50%
Auditoría Técnica Externa	<b>20%</b>
<b>Total</b>	<b>100%</b>

- a. Un cincuenta por ciento (50%) del monto por cobertura (acceso), según tabla N°8
- b. El cincuenta por ciento (50%) restante, será pagada siempre y cuando se cumpla con todos los criterios de calidad (cumplimiento de todas las actividades descritas en las fichas de atención por curso de vida), según la escala de valoración descrita en la tabla N° 8.

**Tabla N° 8. Desglose del Pago del Porcentaje alcanzado por Indicadores de Desempeño**

Indicadores de Desempeño (80%)			
50%		50%	
Cobertura (acceso)		Calidad	
100-80%	100%	100-80%	100%
79-70%	90%	79-70%	90%
69-60%	80%	69-60%	80%
59-50%	70%	59-50%	70%
menor de 50	0	menor de 50	0

Un tercio de este pago por Cumplimiento de Indicadores se realizará **cuatrimestralmente** (segunda, cuarta y sexta ronda) distribuido por sector, que esté compuesto por ESN itinerante.

El pago por indicador de Desempeño deberá ser utilizado como incentivo hasta un 50%, para los miembros del ESN itinerante y el otro 50%, para el fortalecimiento de los CSR de cada sector.

- c. **Auditoría Técnica Externa:** corresponde a un veinte por ciento (20%) del monto total del pago por desempeño asignado a cada Sector o grupo poblacional.

#### 4.5.1. Cálculo del pago del Gastos Operativos por Ronda:

El cálculo del pago de los Gastos Operativos, se realizó en conjunto con el coordinador de proyecto de cada Región de Salud, estimando el costo de operación histórica para organizar la ejecución de las seis rondas de atención más un porcentaje de imprevisto; garantizando así, la parte operativa y que los equipos de salud nuclear acudan a brindar la CPP, de acuerdo con lo planificado en los cronogramas de ronda.

#### 4.5.2. Cálculo del pago por Desempeño

- a) El Cálculo para el **Pago por Desempeño de Indicadores**, está sujeto al cumplimiento de las metas establecidas para cobertura y calidad. Este pago será calculado, según la escala de valoración siguiente:

**Tabla N°9. Escala de Valoración para el pago por desempeño (80%)**

Indicadores de Desempeño (80%)			
50%		50%	
Cobertura (acceso)		Calidad	
100-80%	100%	100-80%	100%
79-70%	90%	79-70%	90%
69-60%	80%	69-60%	80%
59-50%	70%	59-50%	70%
menor de 50	0	menor de 50	0

- Para el **cálculo del Porcentaje de Cobertura (acceso)**, se tomará en cuenta como numerador a la Población del padrón que cumple con alguna actividad descrita en la CPP en el primer contacto y como denominador a la población total del PPB referencia para cada sector o grupo poblacional.
- **Para el Indicador de Calidad**, tomaremos como numerador a los beneficiarios que cumplan con las actividades de la ficha integral en cualquier momento de la atención, siempre y cuando el primer contacto sea en el cuatrimestre evaluado y todas las actividades se realizaron, según su requerimiento y como denominador, a todos los beneficiarios que han tenido acceso a la CPP durante el cuatrimestre evaluado.

### 4.5.3. Calculo para el pago de la Auditoría Técnica Externa

La **Auditoría Técnica Externa (ATE)** tiene la finalidad de verificar el cumplimiento de la CPP para la devolución de la ~~una~~ retención del veinte por ciento (**20%**) del monto total asignado a cada Sector o grupo poblacional.

La auditoría dará una puntuación que corresponderá al porcentaje del cumplimiento de indicadores de desempeño de cada uno de los aspectos auditados:

- (1) certificar la calidad de atención reportados en cada ronda, sustentados en los expedientes clínicos y estará constituido por todos los beneficiarios a quienes se les completó la ficha de atención integral por curso de vida, ya sea, en primer contacto o contactos subsiguientes.
- (2) la cobertura o acceso a los servicios de Salud de la EEC estará conformado por todos los primeros contactos.
- (3) las **Altas** registradas durante el año de prestación representada por la población que ingresan al padrón.

Para el cálculo de la muestra de la ATE, un consultor externo diseñará el marco muestral donde se incluirá expedientes de forma aleatoria de las rondas a auditar, para cada una de las tres muestras: calidad, acceso y altas.

Para la auditoría técnica externa, el consultor o firma consultora en consenso con el equipo técnico de DME/DPSS, serán los responsables de generar los instrumentos para la recolección de datos.

El MINSA entregará a cada Región de Salud los resultados de la ATE consolidados de los Sectores o grupos poblacionales bajo su responsabilidad.

El pago será calculado según la escala de valoración siguiente:

**Tabla No. 10. Porcentaje para pagar, según los resultados obtenidos en la ATE**

Puntuación obtenida en acceso (33%)	Puntuación obtenida en Calidad de la atención (34%)	Puntuación obtenida en Altas (33%)	Pago
100-95%	100-95%	100-95%	100%
94-90%	94-90%	94-90%	90%
89-80%	89-80%	89-80%	80%
79-70%	79-70%	79-70%	70%
69-60%	69-60%	69-60%	60%
Menor de 60%	Menor de 60%	Menor de 60%	0%

### 4.5.2 Calendarización de los pagos

#### 4.5.2.1 Pago de los Gastos Operativos

El pago se realizará una vez finalizada cada una de las seis rondas de atención previstas en el programa. Este pago por ronda, se realizará contra la evaluación del informe de cumplimiento del cronograma de visitas a las comunidades y en el que se haya cumplido, como mínimo el 80% de lo planificado (salvo casos de fuerza mayor) y con los datos generados del SIREGES según se estipula en el RO.

#### **4.5.2.2 Pago de Indicadores de Desempeño (incentivo sujeto al cumplimiento de las metas de cobertura y calidad)**

Al finalizar cada ronda la DRS tendrá 10 días hábiles para ingresar los datos de los expedientes clínicos de las personas atendidas durante la ronda. Al término de este plazo, el sistema de información (SIREGES WEB) hará el cierre automático del reporte de esta ronda, para que el MINSA (DME) genere la evaluación de la ronda, verificando los servicios entregados por el proveedor. El MINSA revisará y validará los datos recibidos (informes técnico y administrativo) en los días siguientes hasta el día 25 después de finalizada la ronda.

Los pagos por Cumplimiento de Indicadores se realizarán cuatrimestralmente, o sea, que se realizará una sumatoria del cumplimiento de cada dos (2) rondas, en consecuencia, los pagos se realizarán al finalizar la segunda, cuarta y sexta ronda del año de prestación.

Una vez realizada las verificaciones y evaluaciones el MINSA emitirá a las DRS, una gestión de cobro con el monto a facturar. Posterior a esta notificación, las DRS tendrá un tiempo de 10 días para la revisión y emitir reclamos y/o solicitudes de verificación. Sin embargo, esto no detendrá la emisión del pago y todo monto a resarcir a la Dirección de Salud se ajustará en los pagos sucesivos.

#### **4.5.2.3 Pago de la Auditoría Técnica Externa (ATE)**

La Auditoría Técnica Externa, a partir del 2023 se realizará anual y se realizarán los pagos al finalizar el año de prestación o cierre del Convenio de Gestión.

## **4.6 Transferencias**

### **4.6.1 Uso de las Transferencias**

La DRS es la responsable de asignar los fondos transferidos con las finalidades y restricciones previstas en el RO, CdG y las normas de administración del MINSA.

#### **a. Uso de las transferencias por Ronda (bimestrales): Gastos Operativos.**

El monto de las transferencias por ronda para la provisión de la CPP de la Estrategia de Extensión de Cobertura, con el objetivo de asegurar el acceso y calidad de la cartera ofertada a los beneficiarios en cada sector, podrá ser utilizado para:

- Transporte que incluye: mantenimiento, combustible, lubricantes y alquiler de medios (piraguas, caballo, mulas, otros).
- Viáticos de pernoctar para el Equipo de Salud Nuclear (ESN), Equipo de Gestión (EG) y Supervisores Regionales.
- Estipendios al Equipo Comunitario de Salud (ECS).
- Otros bienes y servicios directos para el fortalecimiento de la red de atención en salud (previa aprobación de la DPSS).

- b. Uso de los recursos de las transferencias cuatrimestrales: Pago por Desempeño** (sujeto al cumplimiento de las metas de cobertura y calidad).

El monto de las transferencias cuatrimestrales será libre de uso como incentivo para los miembros del equipo de salud nuclear itinerante; y para el fortalecimiento de instalaciones de salud de los sectores adscritos al Programa con previa autorización de la DPSS.

#### **4.7 Penalizaciones Administrativas y Técnicas:**

En cumplimiento de las leyes y normas nacionales, el MINSA, podrá aplicar sanción de acuerdo con el Reglamento Interno al funcionario responsables que cometiesen faltas de cualquier naturaleza (administrativas y técnicas) que hayan sido detectadas y debidamente demostradas. Las mismas serán tipificadas como faltas leves y faltas graves.

A continuación, se indica la tipificación de faltas leves y graves:

##### **4.7.1 Faltas Leves:**

###### **4.7.1.1 Vinculadas a la provisión directa de la CPP:**

- 1- Equipo de Salud Nuclear incompleto por ausencia de ~~sin~~ el conductor o motorista para su desplazamiento.
- 2- Incumplimiento en la hora de inicio de sus labores por parte de ESN. (Se determinará en el instrumento de supervisión).
- 3- No llenar adecuadamente el sistema de información (omisión del registro de información de los campos obligatorios del expediente clínico y tablas vinculadas al proceso de atención integral de las 19 fichas y microfichas).
- 4- No utilización de los formularios de expediente clínico establecidos por el MINSA. (Se determinará en el instrumento de supervisión).
- 5- Incumplimiento de los protocolos clínicos de atención establecidos por el programa. (Se determinará en el instrumento de supervisión).
- 6- Falta o insuficiencia de insumos y medicamentos para la población y equipamiento determinados en el reglamento operativo (Se determinará en el instrumento de supervisión).
- 7- Medicamentos no rotulados con las indicaciones para el paciente. (Se determinará en el instrumento de supervisión).
- 8- No utilización de los materiales educativos individuales, grupales, visuales que contribuyan a la promoción, prevención, atención de los servicios de salud. (Se determinará en el instrumento de supervisión).
- 9- Falta de organización y/o limpieza del área de atención. (Se determinará en el instrumento de supervisión).
- 10- Manejo inadecuado (segregación y disposición) de desechos biomédicos. (Se determinará en el instrumento de supervisión).

- 11- Desconocer el Protocolo en caso de accidente laboral por exposición a material potencial o conocidamente infeccioso. (Se determinará en el instrumento de supervisión).

#### **4.7.1.2 Vinculados a procesos administrativos:**

- 1- No notificación de los cambios del personal.
- 2- No certificación por Promoción de Salud Regional del personal del Equipo Comunitario de Salud.
- 3- No contar con un espacio adecuado para conservación, almacenamiento, organización y distribución de medicamentos e insumos en la sede administrativa. (Se determinará en el instrumento de supervisión).
- 4- No contar en la sede administrativa, con un sistema adecuado para el manejo de los Desechos Biomédicos, plan de emergencia en caso de accidentes y prevención de riesgos laborales en la sede administrativa. (Se determinará en el instrumento de supervisión).
- 5- Personal de nuevo ingreso no acreditado por la Región de Salud. (Se determinará en el instrumento de supervisión).
- 6- No contar con el reporte de ejecución del plan de adquisiciones de medicamentos, materiales e insumos que no muestra las entradas, salidas y saldo de cada renglón al cierre de cada ronda, (se determinará en el instrumento de supervisión).
- 7- No entregar a tiempo, y en el formato establecido, los informes mensuales solicitados por la Región de Salud.
- 8- Informe de Inventario de Activos sin la validación del responsable de Bienes Patrimoniales de la Región de Salud.
- 9- Informe Financiero y Presupuestario sin la firma del personal responsable.
- 10- Falta de los documentos sustentadores de las adquisiciones de los bienes y servicios.
- 11- Falta de los documentos sustentadores de los registros de las variaciones en el presupuesto.
- 12- Falta de los documentos de renovación inherentes al trámite anual de revisado y placa vehicular; y la incorporación del vehículo a la póliza estatal.

#### **4.7.2 Faltas Graves:**

##### **4.7.2.1 Vinculados al proceso de actualización del padrón de beneficiarios:**

- 1- Falsificar inscripciones de beneficiarios a la EEC.

- 2- Adulterar el número de identidad personal para registrar personas en las bases de datos locales. (El Tribunal Electoral será la instancia en donde se presentará el hallazgo y dará seguimiento al proceso judicial correspondiente).
- 3- Utilizar el padrón electoral para el registro de fichas de inscripción y/o para incorporar nuevas personas a la base de datos local del SIREGES, violentando el proceso de inscripción establecido por el MINSA, que implica la explicación detallada del programa para contar con la autorización de la persona a recibir los servicios ofertados de la CPP.
- 4- Duplicar el proceso de inscripción de las personas, mediante el llenado de dos o más fichas de inscripción para una misma persona.
- 5- Adulterar las Bases de Datos locales del SIREGES donde se almacena la información de la provisión de los servicios del programa.

Los puntos anteriores serán corroborados mediante la base de datos del SIREGES.

#### **4.7.2.2 Vinculadas a la provisión directa de la CPP que ponga en riesgo la salud pública de la población:**

- 1- Ausencia del equipo de salud nuclear en el lugar de la atención de acuerdo con el cronograma.
- 2- Tener en reserva o entregar a las personas medicamentos y/o suplementos nutricionales vencidos.
- 3- Tener en reserva o entregar medicamentos sin registro sanitario.
- 4- No contar con algún medicamento tipificado para el manejo de urgencias.
- 5- Portar en los lugares de atención y/o aplicar vacunas no conservadas en la cadena de frío o vencidas.
- 6- Incumplimiento de las normas y protocolos de atención incluyendo la referencia oportuna de los pacientes en situaciones que amenacen la vida.
- 7- Equipo de Salud Nuclear incompleto brindando atención (excepto si falta el conductor o motorista, ya catalogado como falta leve).

#### **4.7.2.3 Vinculados a procesos administrativos:**

- 1- Falta de acreditación de los miembros de los ESN y EG contratados por la EEC.
- 2- Presentación del informe administrativo de ronda sin folio y sin firma al pie de cada página, por el Coordinador del Proyecto, y en su ausencia, por el jefe del Departamento de Provisión Regional.
- 3- Atraso o entrega incompleta del informe administrativo por el EG de la DRS a DPSS.
- 4- No presentación del informe de ejecución del Plan de Adquisición de medicamentos,

- materiales e insumos por Sector.
- 5- No presentación del inventario de activos por Sector.
  - 6- No presentar informe de adquisición y descarte de activos; si ha ocurrido cambios en el inventario (sustitución por vida útil, sustitución por rotura, incorporación de nuevos activos).
  - 7- No presentar sustentadores o comprobantes del Plan de Mantenimiento de Activos por el responsable (biomédico, mecánico) de la DRS a la DPSS.
  - 8- Inconsistencia en el Informe Financiero y Presupuestario.
  - 9- Inconsistencia en el Flujo mensual de Caja y Pago.
  - 10- Uso de fondos del proyecto en gastos no elegibles.
  - 11- La declaración jurada (que certifique la integridad y veracidad de la información presentada y contenida en el informe administrativo) no está firmada por el jefe del Departamento de Provisión Regional.

## CAPÍTULO 5. MONITOREO, SUPERVISIÓN Y EVALUACIÓN DE LA EEC

### 5.1 Monitoreo o seguimiento

El Ministerio de Salud a través de la DRS (para la población de su región de responsabilidad sanitaria) y el Departamento de Monitoreo y Evaluación (M&E) de la DPSS realizará el monitoreo analizando la información entregada por las Regiones de Salud, en los informes de avance y resultados, los informes mensuales, los informes de ronda, entre otras fuentes, y a través de visitas a las sedes regionales y en los puntos de atención, así como la auditoría de expedientes (ATE). El monitoreo abarcará temas de prestación y temas de administración de recursos. El monitoreo se enfocará en el cumplimiento de la planificación inicial, principalmente pero no limitado a: el cumplimiento de los cronogramas, verificación de conformación de los ESN, verificación de que cada equipo de salud cuente en el punto de atención con los insumos, medicamentos y suministros necesarios para proveer los servicios a la población.

### 5.2 Supervisión

#### 5.2.1 Supervisión interna:

La Supervisión a los Equipos de Salud Nuclear se realizará a través de pares. El Departamento de Provisión de Servicio de Salud, liderizará las visitas a punto de atención de acuerdo con la programación señalada en el SIREGES web. estableciendo mecanismos de control de calidad de la prestación. Cada región de Salud deberá conformar su equipo de supervisión regional y cumplir con el cronograma previamente elaborado para tal fin.

#### 5.2.2 Supervisión externa a las Regiones de Salud.

El Departamento de M y E realizará visitas periódicas durante las rondas, para apoyar el desarrollo de competencias del personal asistencial en la entrega de los servicios y valorar *in situ* el desempeño de los ESN y la calidad de la atención brindada.

El monitoreo y la supervisión se consignará en los instrumentos correspondientes del Departamento de M&E y los hallazgos serán compartidos (copia) y discutidos con la persona o equipo supervisado, por ejemplo, el ESN, para provisión de la CPP, el equipo de Gestión, para lo referido a temas de organización, supervisión interna y gestión de recursos, supervisión de la sede, etc. El informe de los hallazgos será compartido con el responsable Regional de Provisión de Servicios, al director de la Región de Salud y al jefe del Departamento de M y E de la DPSS.

El Monitoreo y supervisión de la provisión de la CPP será desarrollada según se indica en la tabla a continuación (tabla N°10).

**Tabla No. 10:** Alcances del Monitoreo y la supervisión.

RESPONSABLE	ACTIVIDAD
DRS - Departamento de Provisión, incluye personal del nivel regional y local.	<p>→La DRS a través del departamento de provisión de servicios realizará supervisión al EG una(1) vez al mes, como mínimo; y a los ESN, un (1) monitoreo por ronda a cada Sector o grupo poblacional que atiendan en las áreas de su competencia o responsabilidad. Los supervisores le entregarán una copia de los hallazgos a los ESN el mismo día.</p> <p>→Los ESN revisarán los resultados de la supervisión y elaborarán con el Equipo de Gestión, un Plan de Mejoramiento de la provisión de la CPP (Plan de acción) de los hallazgos que deberá ser entregado a la DRS en los primeros 5 días hábiles posterior a la visita.</p> <p>Debe establecer como mínimo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●Situación encontrada.</li> <li>●Las acciones que se implementarán.</li> <li>●Los responsables.</li> <li>●Las fechas de cumplimiento de los correctivos.</li> </ul> <p>→Las DRS serán las encargadas de verificar el cumplimiento de los planes de acción Establecidos.</p> <p>Las DRS, deberán enviar los informes de supervisión en conjunto con su respectivo Plan de Acción al DME de la DPSS</p>
DPSS, incluye técnicos del nivel nacional.	<p>→La DPSS realizará como mínimo una (1) visita de supervisión de campo por ronda, a cada una de las Regiones de Salud que desarrollan la EEC. Esta supervisión tiene como objetivo garantizar el cumplimiento por parte de Las Regiones de Salud de las normas establecidas en el presente Reglamento Operativo y los alcances del CdG. Asimismo, los técnicos de la DPSS reportarán hallazgos que permitan la intervención oportuna del MINSA para apoyar a las Regiones de Salud asegurando la consecución de las metas de la EEC.</p> <p>→La DPSS realizará como mínimo una (1) visita de supervisión de sede por ronda a cada una de las Regiones de Salud que desarrollan la EEC.</p>

El MINSA podrá desarrollar mecanismos de monitoreo y supervisión adicionales a los indicados en la tabla 10, permanentes u ocasionales, para asegurar el óptimo desempeño de la provisión de la CPP.

### 5.3 Evaluación

La EEC está basada en un modelo de gestión por resultados que busca cuantificar el logro de cumplimiento de cobertura (acceso) y Calidad. El modelo establece la nominalización de los beneficiarios como base poblacional clave para el seguimiento del cumplimiento de las actividades vinculadas a los programas y que se organizan en las fichas de atención por curso de vida.

El proceso y criterios de evaluación están descritos en el capítulo 4, punto 4.5 “Pagos”, de este RO.

#### 5.4 Auditoría Técnica Externa (ATE)

El MINSA, de conformidad con las condiciones contractuales y buenas prácticas de gestión de los recursos públicos, organizará la auditoría técnica externa de la provisión de la CPP. Dicha auditoría cumplirá con los siguientes principios:

1. Integridad, honestidad y profesionalismo: Reportes justos e imparciales.
2. Objetividad: Reportar con veracidad y exactitud los hallazgos de la auditoría.
3. Confidencialidad: Discreción en el uso de la información recolectada durante la auditoría.
4. Independencia: Libre de sesgo y no tener conflictos de interés con el área, proceso o actividad que es auditada.
5. Enfoque basado en la evidencia: La evidencia de la auditoría debe ser verificable y estar basada en muestras de la información disponible.

A través de una muestra de expedientes clínicos se corroborará la calidad de atención y que los volúmenes de atención reportados en el SIREGES estén sustentados en los registros primarios nominales. Para tal fin, el MINSA contratará a consultores externos para coordinar la auditoría externa, y conformará un equipo auditor con profesionales del Nivel Nacional que realice la recolección de datos al finalizar el año contractual.

El 20% del monto total del contrato estará sujeto a los resultados de la ATE y se aplicará al finalizar el ciclo de prestaciones, debitando el porcentaje que corresponda.

El equipo auditor es responsable de generar los reportes de datos, levantar la información en campo mediante la revisión de expedientes y otra documentación de trabajo de las Regiones de Salud, mientras los consultores externos serán responsables de establecer la metodología de la auditoría, incluyendo la muestra de expedientes, y consensuar el diseño de los instrumentos de recolección de datos con el equipo de DME, cotejar la información recabada con la del SIREGES, así como de elaborar el "Informe de auditoría" que incluirá información de todo el ciclo de prestaciones.

# APÉNDICES Y ANEXOS

# Apéndice 1, Fichas y Microfichas de Atención Integral a la Población por Curso de Vida

<b>FICHA No.1: PRODUCTO INTEGRAL No.1: ATENCIÓN INTEGRAL DE LA MUJER ADULTA DE 15 A 49 AÑOS</b>		
1	Principal resultado al que contribuye el producto.	Mejoramiento de las condiciones de salud de las mujeres de 15 a 49 años.
2	Indicador de eficacia del producto.	<b>Periodo intergenésico; variación del periodo intergenésico promedio en el conjunto de la población de mujeres de 15 a 49 años.</b>
3	Nombre del producto.	Atención integral de la mujer adulta de 15 a 49 años.
4	Institución que entrega.	MINSA.
5	Unidad que entrega.	Equipos Básicos de Salud.
6	A-Código del producto.	Por Asignar / SIREGES.

**Reglamento Operativo de la Estrategia de Extensión de Cobertura  
Direcciones Regionales de Salud enero 2023**

	<b>B-Nombre del programa presupuestario.</b>	EFC-APS.
7	Descripción del producto durante un año de prestación.	<p>→La <u>inscripción</u> en el padrón de beneficiarios.</p> <p>→<u>Un control de salud anual</u> que incluya: examen físico completo, toma de signos vitales: presión arterial, pulso, temperatura, frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca; medición de peso y talla, cálculo del IMC, medición de circunferencia abdominal, evaluación y diagnóstico nutricional, examen de mamas (Inicio a los 20 años. De los 20 años hasta los 40 años, por lo menos cada 3 años y posteriormente 1 vez al año).</p> <p>→<u>Un control anual en salud sexual y reproductiva que incluya:</u> Consejería en salud sexual y reproductiva (los cinco pasos), entrega de anticonceptivos a solicitud y elección de la mujer, controles de acuerdo al método de elección y en uso al día de hoy. Anticonceptivo oral e inyectable (6 entregas), Inyectable trimestral (3 entregas), DIU (cada 5 años), Intradérmico (cada 3 años).</p> <p>→<u>Toma de muestra de Papanicolaou, a partir de los 20 años (Iniciar antes si la paciente tiene vida sexual activa), repetir cada dos años.</u></p> <p>→<u>Entrega de hierro y ácido fólico</u> para mujeres menstruantes con vida sexual activa: entregar 24 tabletas de 60 mg de hierro elemental y 2.8 mg de ácido fólico por año. (<b>suplementación semanal por tres meses seguidos y tres meses de pausa</b>)(Dividirlo en dos entregas anuales).</p> <p>→<u>Aplicación de vacunas</u> MR una dosis, vigente, única en la vida (criterio de cumplimiento haberla aplicado en algún momento del año si no la tenía) y TD vigente si no tiene una al momento de la consulta, debe aplicarse una al momento de la consulta, otra dosis al mes, y otra al año si cumple este esquema tendrá una vigencia de 10 años. Si son mujeres entre 15 a 19 años de edad aplicar hepatitis B (a los que no se les aplicó pentavalente o hepatitis B).</p> <p>→Atención de la morbilidad aguda.</p> <p>→<u>Referencia para exámenes de laboratorio y de gabinete por control de salud (hasta los 44 años según factores de riesgo y criterio médico).</u> A partir de los 45 años ordenar glicemia en ayunos y perfil de lípidos, cada 3 años sin factores de riesgo; y anualmente con factores de riesgo.</p> <p>→<u>Pesquisa por Cáncer a través de:</u> Referencia para mamografía, cada dos años empezando a partir de los 40 años (valorar factores de riesgo).</p> <p>→<u>Consejería para la realización de la prueba del VIH.</u></p> <p>→<u>Durante el control anual ante los casos sospechosos</u> (ver norma o protocolo) realizar acciones de detección, tratamiento y referencia para: malaria (prueba rápida), tuberculosis (esputo por BAAR), dengue, diabetes, zika, HTA, leishmaniasis, VIH y VDRL (realizar prueba rápida) y referir el paciente.</p> <p>→<u>Consejería individual sobre estilos de vida saludable</u> (alimentación, promoción de actividad física y prácticas sexuales seguras), prevención de la violencia, autocuidado, alcohol, tabaquismo y otras drogas.</p> <p>→<u>Notificación obligatoria de enfermedades.</u></p> <p>→<u>Aplicación de Hoja Filtro ((Comarcas Emberá Wounaan, Kuna Yala y Ngäbe Buglé).</u></p>
8	<b>A-Unidad de medida.</b>	Mujeres 15-49 años.
	<b>B-Medio de verificación.</b>	Expediente Clínico de la Mujer Adulta / Sistema de Información.
	<b>C-Unidad responsable de verificación del producto.</b>	→Dirección Regional de Salud y Equipo de Gestión, Equipo Local de Salud. →Departamento de Monitoreo – DPSS.
	<b>D-Desagregaciones del producto.</b>	→Por Región de Salud →Por Distrito →Por Corregimiento →Por Comunidad →Por Prestador →Por Etnia
9	<b>A-Población potencial.</b>	Todas las Mujeres de 15 a 49 años.
	<b>B-No Población potencial.</b>	
	<b>C-Medio de verificación de la población potencial.</b>	<b>Sistema de Información SIREGES.</b>
	<b>D-Unidad responsable verificación población potencial.</b>	Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INEC) / Departamento de registros médicos y estadísticas MINSA DIPLAN.
10	Territorio donde se entrega el producto.	A nivel Nacional, en las 12 regiones de intervención del programa de EFC-APS MINSA.

**FICHA No.2: PRODUCTO INTEGRAL No.2: ATENCIÓN INTEGRAL DE LA MUJER EMBARAZADA**

1	Principal resultado al que contribuye el producto.	Disminución de la mortalidad materna y perinatal.
2	Indicador de eficacia.	<b>Porcentaje de mujeres embarazadas captadas antes de la semana 13 de gestación. Porcentaje de mujeres que al concluir su embarazo recibieron 4 CPN o más.</b>
3	Nombre del producto.	Control integral de la mujer embarazada.
4	Institución que entrega.	MINSA.
5	Unidad que entrega.	Equipos Básicos de Salud.
6	<b>A-Código del producto.</b>	Por Asignar / SIREGES.

Reglamento Operativo de la Estrategia de Extensión de Cobertura  
Direcciones Regionales de Salud enero 2023

FICHA No.2: PRODUCTO INTEGRAL No.2: ATENCIÓN INTEGRAL DE LA MUJER EMBARAZADA		
7	<p><b>B-</b>Nombre del programa.</p> <p>Descripción del producto.</p>	<p>EFC-APS.</p> <p>→ <u>Inscripción de la mujer</u> al padrón de beneficiarios (nominalización).</p> <p>→ <u>Evaluación inicial rápida al momento de cada control prenatal</u>: Evaluación inicial rápida por fiebre, dolor de cabeza intenso, dolor abdominal, pérdida de líquido o sangre a través de la vagina, pérdida de la conciencia, no siente movimientos fetales o historia de convulsiones.</p> <p>→ <b>Cuatro (4) Controles Prenatales (como mínimo); 1 en cada trimestre del embarazo, que incluyan la captación temprana antes de las 13 semanas.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Apertura de expediente: llenado de HCPB, llenado y revisión de plan de parto en cada consulta para su actualización (Comarcas Emberá Wounaan, Kuna Yala y Ngäbe Buglé), tarjeta de control prenatal y tarjeta de seguimiento de caso.</li> <li>● Examen físico: toma de signos vitales: presión arterial, pulso, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, temperatura; peso y talla; inspección de las conjuntivas, inspección de la cavidad oral, palpación de la tiroides, auscultación cardíaca y pulmonar, examen de mamas, revisión de extremidades por alteraciones o edema.</li> <li>● Evaluación y diagnóstico del estado nutricional, de acuerdo a <u>IMC y edad gestacional</u> (realizar en cada control prenatal).</li> <li>● Evolución del Control Prenatal: medición de la altura uterina y llenado de la curva de ganancia de peso y AU, evaluación de la presentación y posición del producto (a partir de las 36 semanas), evaluación de los movimientos fetales (sí o no), frecuencia cardíaca fetal.</li> <li>● Examen de genitales y toma de Papanicolau. (Si no está vigente).</li> <li>● Prueba rápida de embarazo (captación).</li> </ul> <p>→ Realizar <b>pruebas rápidas Hemoglobina (Hemocue), Glicemia (glucómetro) y Glicosuria/proteinuria (tiras reactivas) durante el primer control (captación) y repetir en el tercer trimestre. Pruebas rápidas en el primer control para VIH y VDRL (en caso positivo prescribir estudio serológico). Evaluar los resultados y registrar en el expediente.</b></p> <p>→ <b>Referencia a laboratorio según norma a instalación más cercana. A la captación (Hemograma Completo, Tipaje y Rh, Glicemia, Uroanálisis, Urocultivo, VDRL, VIH, Serología por TORCH, Electroforesis de hemoglobina); repetir durante el 3er Trimestre (VIH, VDRL, Urinálisis, Hemograma).</b></p> <p>→ <b>Vacunación</b> según esquema actualizado: Vacunación con: Influenza estacional, TD o TdAP (según el esquema del PAI).</p> <p>→ <b>Desparasitación</b> a partir del segundo trimestre, <b>con Albendazol 400 mg vía oral dosis única.</b></p> <p>→ <b>Suplementación con sales de hierro y ácido fólico (1 por cada control prenatal): Suministrar un suplemento de hierro diario que contenga 60 mg de hierro elemental y 400 mcg de ácido fólico a toda embarazada a partir de la captación, hasta los tres meses post parto. Si la embarazada presenta anemia (Hb) menos de 11.0 g/dl se le debe administrar una dosis diaria de 120 mg de hierro elemental y 400 mcg de ácido fólico, por tres meses y reevaluar.</b></p> <p>→ <b>Atención del déficit nutricional o sobrepeso:</b> Debe referirse al Nutricionista o al auxiliar de nutrición o en su defecto para orientación a la enfermera.</p> <p>→ Entrega de complemento alimentario: Serán referidas todas las gestantes con bajo peso, desde su primer control prenatal o un bajo incremento de peso para su edad gestacional en sus controles. Para su seguimiento refiérase a las Normas del PATMI (Programa de Alimentación Temprana Materno Infantil).</p> <p>En los distritos con vulnerabilidad nutricional: Boquete, San Francisco, Sambú, Chepigana, Chimán, Donoso, Renacimiento, Bocas del Toro, Changuinola, Tolé, Santa Fe, Pinogana, Cañazas, Cémaco, Chiriquí Grande, Nole Duima, Mironó, Muna, Ñurum, Kankintu, Besiko y Kuna Yala, serán referidas, además de las gestantes de bajo peso, las que presentan estado nutricional normal. Se excluyen aquellas Mujeres Embarazadas que en sus controles de seguimiento presenten sobrepeso y obesidad.</p> <p>→ <b>Orientación sobre:</b> el PACO (donde corresponda, comarcas solamente). Orientación y referencia para el uso de casas maternas. Orientación sobre la Red de Servicios de Cuidados obstétricos y neonatales esenciales. <u>Orientación sobre NutriVidas.</u></p> <p>→ <b>Brindar consejería según hallazgos, y la edad gestacional de la embarazada sobre:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Reconocimiento de signos de peligro.</li> <li>● Importancia del control prenatal.</li> <li>● Molestias comunes durante el embarazo.</li> <li>● Prevención del consumo de alcohol, tabaco o drogas.</li> <li>● Beneficios para la embarazada y el niño del parto institucional.</li> <li>● Fomento del inicio de la lactancia materna precoz y exclusiva hasta los 6 meses del niño.</li> <li>● Derechos de la madre trabajadora. Ley 50.</li> <li>● Alimentación saludable durante el embarazo.</li> </ul> <p>→ <b>Actividades de vigilancia comunitaria (consejeras de NutriVidas)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Tres (3) visitas domiciliarias realizadas por las consejeras comunitarias, una en cada trimestre de embarazo, para la promoción de conductas sobre alimentación saludable y cuidados.</li> </ul> <p>→ <b>Actividades de vigilancia comunitaria (Promotores voluntarios adscritos a PACO)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Asegurar un plan para el traslado de emergencias en caso de presentarse signos de alarma en la mujer gestante o el recién nacido.</li> </ul> <p>→ <b>Atención de la morbilidad aguda.</b></p> <p>→ <b>Durante el control de salud, ante los casos sospechosos</b> (ver norma o protocolo): malaria, tuberculosis (esputo por BAAR), dengue, diabetes, Zika, HTA, leishmaniasis, VIH y VDRL (realizar prueba rápida) y referir al paciente.</p> <p>→ Prevención de la violencia intrafamiliar.</p> <p>→ <b>SURCO:</b> referir a la gestante por signos de alarma, y referir a la casa materna dos semanas antes del parto.</p> <p>→ <b>Notificación obligatoria de enfermedades.</b></p>
8	<b>A-</b> Unidad de medida.	Mujer Embarazada.

Reglamento Operativo de la Estrategia de Extensión de Cobertura  
Direcciones Regionales de Salud enero 2023

FICHA No.2: PRODUCTO INTEGRAL No.2: ATENCIÓN INTEGRAL DE LA MUJER EMBARAZADA		
	<b>B-Medio de verificación del producto con la unidad de medida definida.</b>	Expediente Clínico de la Mujer Embarazada / Sistema de Información.
	<b>C-Unidad responsable de verificación</b>	→Dirección Regional de Salud y Equipo de Gestión. →Departamento de Monitoreo – DPSS.
	<b>D-Desagregaciones del producto</b>	→Por Región de Salud →Por Distrito →Por Corregimiento →Por Comunidad →Por Prestador →Por Etnia
9	<b>A-Población potencial</b>	Todas las Mujeres Embarazadas.
	<b>B-Población potencial numero</b>	Nacimientos esperados medidos por el número de nacimientos del año anterior.
	<b>C-Medio de verificación de la población potencial</b>	<b>Sistema de Información SIREGES.</b>
	<b>D-Unidad responsable verificación de la población</b>	Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INEC) / Departamento de registros médicos y estadísticas MINSA DIPLAN.
10	Territorio donde se entrega el producto	A nivel Nacional, en las 12 regiones de intervención del programa de EFC-APS MINSA.

Reglamento Operativo de la Estrategia de Extensión de Cobertura  
Direcciones Regionales de Salud enero 2023

FICHA No.3: PRODUCTO INTEGRAL No.3: ATENCIÓN INTEGRAL DEL PARTO INMINENTE		
1	Principal resultado al que contribuye el producto.	<b>Disminución de la mortalidad materna y perinatal.</b>
2	Indicador de eficacia del producto:	<b>Porcentaje de partos institucionales con respecto a los partos registrados.</b>
3	Nombre del producto.	Atención Integral del Parto.
4	Institución que entrega.	MINSA.
5	Unidad de gestión que entrega.	CONE ambulatorio, CONE Básico, CONE Completo.
6	A-Código del producto.	Por Asignar / SIREGES.
	B-Nombre del programa presupuestario.	EFC-APS.
7	Descripción del producto.	<p>Las embarazadas en labor de parto serán atendidas <u>en los establecimientos de salud que brinden CONE Básico y CONE Completo.</u></p> <p>En cuanto a los equipos básicos de salud que forman parte de la red, clasificados como <u>CONE ambulatorio</u> las actividades serán las siguientes:</p> <p><u>Actividades Comunitarias:</u></p> <p>→<u>Vigilancia activa comunitaria:</u> prevención de la muerte materna y perinatal mediante una (1) visita domiciliaria de las mujeres en etapa final de la gestación (últimas dos semanas).</p> <p>→<u>Organizar y fortalecer los comités para el apoyo</u> a las sub-estrategias de salud materna y neonatal a nivel comunitario.</p> <p>→<u>Verificar</u>, previo a la fecha probable de parto, si la gestante tiene su <u>Plan de Parto</u> para proceder acorde a ello (transporte, acompañante, apoyo comunitario, etc.).</p> <p>→<b>Trasladar con apoyo familiar y comunitario a toda embarazada en labor o que presente signos de alarma o algún factor de riesgo para ella o el niño/a la institución más cercana de salud con capacidad para la atención del parto.</b></p> <p><u>Actividades del Equipo Básico.</u></p> <p>→<u>Detección</u> inmediata de embarazadas próximas a la FPP con signos de peligro / alarma o con riesgos obstétricos y neonatales (previo); así como la detección temprana, manejo inicial de estabilización y referencia inmediata de complicaciones obstétricas y del neonato (posterior).</p> <p>→<b>Referencia para el parto institucional.</b></p> <p>→<u>Atención excepcional del parto y del recién nacido:</u> cuando el parto es inminente o de embarazadas en trabajo de parto con dificultades de acceso a CONE básico de acuerdo a la norma.</p> <p>→<u>Atención del parto según la norma.</u> (Llenado completo de la HCPB).</p> <p>→<u>Aplicación de oxitocina según norma.</u></p> <p>→<u>Atención del recién nacido normal:</u> (Actividad ya contenida en el Producto Integral No. 4: Atención Integral del Recién Nacido y neonato según la norma).</p> <p>→<u>Referencia inmediata:</u> de la mujer y su recién nacido normal luego de un parto inminente o domiciliar.</p> <p>→<u>Detección y referencia inmediata</u> de casos con signos de peligro / de complicaciones obstétricas y/o neonatales.</p> <p>→<u>Notificación obligatoria de enfermedades.</u></p>
8	A-Unidad de medida.	Partos.
	B-Medio de verificación del producto con la unidad de medida definida.	Expediente Clínico de la Mujer Embarazada, HCPB/ Sistema de Información.
	C-Unidad responsable del medio de verificación del producto con la unidad de medida definida.	→Dirección Regional de Salud y Equipo de Gestión →Departamento de Monitoreo - DPSS
	D-Desagregaciones del producto.	→Por Región de Salud →Por Distrito →Por Corregimiento →Por Comunidad →Por Prestador →Por Etnia
9	A-Población potencial (descripción).	Mujer embarazada.
	B-Población potencial (número).	SIREGES.
	C-Medio de verificación de la población.	<b>Sistema de Información SIREGES.</b>
	D-Unidad responsable del medio de verificación de la población.	Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INEC) / Departamento de registros médicos y estadísticas MINSA DIPLAN.
10	Territorio donde se entrega el producto.	A nivel Nacional, en las 12 regiones de intervención del programa de EFC-APS MINSA.

Reglamento Operativo de la Estrategia de Extensión de Cobertura  
Direcciones Regionales de Salud enero 2023

FICHA No.4: PRODUCTO INTEGRAL No.4: ATENCIÓN INTEGRAL DEL NEONATO		
1	Principal resultado al que contribuye el producto.	Disminución de la mortalidad neonatal.
2	Indicador de eficacia del producto:	<b>Porcentaje de Recién Nacidos que recibieron al menos un control de salud antes de los 28 días.</b>
3	Nombre del producto.	Atención integral del Neonato.
4	Institución que entrega.	MINSA.
5	Unidad de gestión que entrega.	Equipos Básicos de Salud.
6	A-Código del producto.	Por Asignar / SIREGES.
	B-Nombre del programa presupuestario o fuente externa.	EFC-APS.
7	Descripción del producto	<p>→Inscripción del recién nacido al padrón de beneficiarios (nominalización).</p> <p><u>Actividades comunitarias:</u></p> <p>→<u>Vigilancia activa comunitaria:</u> prevención de la muerte neonatal, realizar dos (2) visitas domiciliarias al RN (7 primeros días y antes de finalizar los 28 días).</p> <p>→<b><u>Búsqueda activa de los RN por los voluntarios, promotores comunitarios.</u></b></p> <p><u>Actividades del Equipo Básico parto inminente.</u></p> <p>→<u>Atención excepcional del parto y del recién nacido:</u> cuando el parto es inminente o de embarazadas en trabajo de parto con dificultades de acceso a CONE básico de acuerdo a la norma.</p> <p>→<u>Atención del recién nacido normal:</u> (Atención Integral del Recién Nacido y neonato según la norma).</p> <p>→<u>Referencia inmediata:</u> del recién nacido normal luego de un parto inminente o domiciliar.</p> <p>→<u>Detección y referencia inmediata de casos con signos de peligro y/o complicaciones del neonato.</u></p> <p><u>Actividades del Equipo Básico.</u></p> <p>→Control de crecimiento y desarrollo antes de los 28 días. Este control incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●Historia Clínica</li> <li>●Examen Físico</li> <li>●Peso y longitud</li> <li>●Medición del perímetro cefálico</li> <li>●Evaluación nutricional</li> <li>●Evaluación del Desarrollo Psicomotor</li> <li>●Evaluación de la audición</li> <li>●Evaluación de la visión</li> <li>●<b><u>Evaluación de signos de alarma y referencia inmediata</u></b></li> </ul> <p>→La aplicación del esquema de vacunación BCG.</p> <p>→La atención de la morbilidad basada en el AIEPI.</p> <p>→La consejería sobre lactancia materna exclusiva.</p> <p>→Consejería sobre cuidados del RN o neonato.</p> <p>→<u>Notificación obligatoria de enfermedades.</u></p>
8	A-Unidad de medida.	Neonato.
	B-Medio de verificación del producto con la unidad de medida definida.	Expediente Clínico del Niño / Sistema de Información.
	C-Unidad responsable del medio de verificación del producto con la unidad de medida definida.	→Dirección Regional de Salud y Equipo de Gestión. →Departamento de Monitoreo – DPSS.
	D-Desagregaciones del producto.	→Por Región de Salud →Por Distrito →Por Corregimiento →Por Comunidad →Por Prestador →Por Sexo →Por Etnia
9	A-Población potencial (descripción).	Todos los Recién nacidos y neonatos (antes de los 28 días).
	B-Población potencial (número).	
	C-Medio de verificación de la población potencial.	<b>Sistema de Información SIREGES.</b>
	D-Unidad responsable del medio de verificación de la población potencial.	Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INEC) / Departamento de registros médicos y estadísticas MINSA DIPLAN.
10	Territorio donde se entrega el producto.	A nivel Nacional, en las 12 regiones de intervención del programa de EFC-APS MINSA.

Reglamento Operativo de la Estrategia de Extensión de Cobertura  
Direcciones Regionales de Salud enero 2023

FICHA No.5: PRODUCTO INTEGRAL No.5: ATENCIÓN INTEGRAL DEL PUERPERIO		
1	Principal resultado al que contribuye el producto.	Disminución de la mortalidad materna.
2	Indicador de eficacia del producto:	<b>Porcentaje de Puérperas que recibieron al menos un control puerperal entre los 7 y 15 días post-parto.</b>
3	Nombre del producto.	Control integral de la puérpera.
4	Institución que entrega.	MINSA.
5	Unidad de gestión que entrega.	Equipos Básicos de Salud.
6	A-Código del producto.	Por Asignar / SIREGES.
	B-Nombre del programa presupuestario.	EFC-APS.
7	Descripción del producto.	<p><u>Actividades Comunitarias:</u></p> <p>→<u>Vigilancia activa comunitaria:</u> prevención de la muerte materna por causas asociadas al puerperio realizar al menos dos (2) visitas domiciliarias a la puérpera entre los primeros 7 y 42 días.</p> <p>→<u>Búsqueda activa de las puérperas por las consejeras, promotores comunitarios voluntarios.</u></p> <p><u>Actividades del Equipo Básico de Salud:</u></p> <p>→<u>Puerperio -Control inmediato de puérpera de parto inminente o domiciliar y contiene:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●Inscripción de la puérpera (de ser requerido).</li> <li>●Revisión de los resultados del parto y del recién nacido de la tarjeta de control prenatal o de la referencia de la partera.</li> <li>●Tomar signos vitales: temperatura, pulso, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y presión arterial.</li> <li>●Vigilar por signos de alarma y referir a la instalación de mayor complejidad.</li> <li>●Vigilar rigurosamente la contracción uterina y el sangrado vaginal.</li> <li>●Realizar masaje uterino</li> <li>●Revisión de mamas</li> <li>●Revisión del canal del parto (por desgarros)</li> <li>●Referencia inmediata a servicio CONE Básico con formato SURCO y la HCPB incluyendo la información del RN</li> <li>●Coordinar con el Comité de traslado y activar Plan de Traslado.</li> </ul> <p>→<u>Puerperio Regular: realizar un control (entre los 7 días y los 15 días después del parto)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●Inscripción de la puérpera (de ser requerido).</li> <li>●Revisión de los resultados del parto y del recién nacido de la tarjeta de control prenatal o de la referencia de la partera.</li> <li>●Transcripción de los resultados del parto y del recién nacido de la tarjeta de control prenatal (HCPB ambulatoria) a la Historia Clínica Perinatal del expediente.</li> <li>●Tomar signos vitales: temperatura, pulso, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y presión arterial.</li> <li>●Anotar en la HCP puerperal los datos de la evaluación del puerperio.</li> <li>●Control de la retracción uterina (altura del fondo de útero).</li> <li>●Revisar sangrado vaginal (loquios).</li> <li>●Revisar mamas</li> <li>●Revisar periné: episiotomía, desgarros, hematomas, dehiscencias, edema.</li> </ul> <p>→<u>Administración de vitamina A: dosis única de 1 cápsula de 200,000 UI.</u></p> <p>→<u>Suplementación con hierro y ácido fólico:</u> Suministrar un suplemento de hierro diario que contenga 60 mg de hierro elemental y 400 mcg de ácido fólico, por 3 meses.</p> <p>→<u>Referencia al PATMI:</u> Toda madre recibirá el complemento alimentario hasta que el niño cumpla 6 meses de vida. Se excluyen las pacientes con sobrepeso y obesas según IMC después de los 40 días de puerperio.</p> <p>→<u>Vacunación</u> de acuerdo a esquema nacional. (Tdap en caso de no haber sido aplicada en el Tercer trimestre y MR en caso de no haber sido aplicada antes).</p> <p>→ Entregar método de planificación seleccionado según ficha Mi plan de Parto (APEO).</p> <p>→ Orientación sobre higiene personal (genitales y mamas).</p> <p>→ <u>Consejería sobre:</u> importancia del cuidado y control del recién nacido, lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses; inicio de la relaciones sexuales y planificación familiar.</p> <p>→<u>Notificación obligatoria de enfermedades.</u></p>
8	A-Unidad de medida.	Puérperas.
	B-Medio de verificación del producto con la unidad de medida definida.	Expediente Clínico de la Mujer Embarazada / Sistema de Información.
	C-Unidad responsable del medio de verificación del producto.	→Dirección Regional de Salud y Equipo de Gestión →Departamento de Monitoreo - DPSS
	D-Desagregaciones del producto.	→Por Región de Salud →Por Distrito →Por Corregimiento →Por Comunidad →Por Prestador →Por Etnia
9	A-Población potencial (descripción).	Puérperas.
	B-Población potencial (número).	Partos esperados medidos por el número de nacimientos del año anterior.
	C-Medio de verificación de la población.	<b>Sistema de Información SIREGES.</b>
	D-Unidad responsable verificación.	Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INEC) / Departamento de registros médicos y estadísticas MINSA DIPLAN.
10	Territorio donde se entrega producto.	A nivel Nacional, en las 12 regiones de intervención del programa de EFC-APS MINSA.

Reglamento Operativo de la Estrategia de Extensión de Cobertura  
Direcciones Regionales de Salud enero 2023

FICHA No.6: PRODUCTO INTEGRAL No.6: ATENCIÓN INTEGRAL DEL MENOR DE 2 AÑOS (NIÑOS ENTRE 28 DÍAS Y 24 MESES)		
1	Principal resultado al que contribuye el producto.	Niños entre 28 días y 24 meses que reciben servicios integrales de salud y están sanos.
2	Indicador de eficacia del producto:	<b>Porcentaje de niños menores de 24 meses que recibieron los controles de salud adecuados para su edad.</b> (Mínimo 4 Controles de salud antes de los 12 meses y 2 controles de salud entre los 12 y 24 meses).
3	Nombre del producto.	Control integral del niño menor de 2 años entregado.
4	Institución que entrega.	MINSA.
5	Unidad de gestión que entrega.	Equipos Básicos de Salud.
6	A-Código del producto.	Por Asignar / SIREGES.
	B-Nombre del programa.	EFC-APS.
7	Descripción del producto.	<p>→ <u>Inscripción</u> del niño o la niña al padrón de beneficiarios (Nominalización).</p> <p><u>Actividades de vigilancia comunitaria (colaboradores comunitarios) para los niños 28 días a 24 meses:</u> (32 en total).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 8 realizadas por el promotor de salud (una en cada trimestre) durante los dos primeros años de vida.</li> <li>● 24 realizadas por las consejeras comunitarias de NutriVidas (visitas domiciliarias mensuales) durante los primeros 2 años de vida para la promoción de conductas sobre alimentación saludable y cuidados.</li> <li>● Vigilancia de los signos de alarma (AIEPI) comunitario.</li> </ul> <p><u>Actividades del Equipo Básico:</u></p> <p>→ <u>Controles de crecimiento y desarrollo.</u> <b>4 controles (como mínimo) antes de cumplir el primer año de vida y 2 controles (como mínimo) antes de cumplir los 24 meses.</b> Estos controles incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Historia Clínica</li> <li>● <b>Examen físico completo; toma de signos vitales; medición de peso, longitud y perímetro cefálico; cálculo de IMC y evaluación y diagnóstico nutricional.</b> (Graficar curvas de evaluación antropométrica según Talla/Edad, Peso/Edad e IMC/Edad e interpretar los resultados).</li> <li>● Evaluación del Desarrollo Psicomotor.</li> <li>● <b>Evaluación auditiva. En todas las citas de control con el médico, se deben explorar los oídos. Debe complementarse con preguntas a la madre sobre la capacidad del niño (a) de escuchar y la respuesta ante sonidos de diferentes características.</b></li> <li>● <b>Evaluación ocular (Inspección detallada de los ojos en cada control de crecimiento y desarrollo).</b> (Referirse a las Guías para la Atención Integral de Niños y Niñas, 2013).</li> <li>● Detección y prevención del maltrato infantil.</li> </ul> <p>→ <b>Realizar pruebas rápidas de Hemoglobina (Hb/Hto con Hemocue) y glucosuria/proteinuria (tiras reactivas); a los 6 meses, 12 meses y 24 meses.</b></p> <p>→ <b>Referencia para exámenes de laboratorio a instalación de salud más cerca: Hemograma y Urinálisis (a los 6 meses, 12 meses y 24 meses).</b> (Enviar tipaje, RH y electroforesis de hemoglobina, si no se ha hecho antes).</p> <p>→ <b>Referencia para Odontología (a partir de los 6 meses, 1 vez al año).</b></p> <p>→ Vacunación, según Normas del PAI actualizadas.</p> <p>→ Consejería individual sobre: lactancia materna exclusiva, alimentación complementaria a partir de los 6 meses, cuidados especiales del niño menor de 2 años.</p> <p>→ Entrega de complemento alimentario (Vitacrema) a todos los niños desde los 6 a 24 meses, se excluyen a los que presenten riesgo de sobrepeso, sobrepeso u obesidad de acuerdo al indicador IMC/Edad (Norma del Programa de Alimentación Temprana Materno Infantil (PATMI), 2014).</p> <p>→ Entrega de Suplemento de hierro a partir de los 4 meses hasta 23 meses. <b>(2mg/kg diario)</b>(Norma Integral de Prevención y Control de las Deficiencias de Micronutrientes, 2017).</p> <p>→ <b>Administración Vitamina A (entre los 6 meses y 11 meses se da la primera dosis de 100,000 UI; y luego a partir de los 12 meses se da una dosis de 200,000 UI cada 6 meses).</b></p> <p>→ <b>Desparasitación bianual (se inicia a partir de los 12 meses).</b></p> <p>→ Atención de la morbilidad: IRA, EDA según norma.</p> <p>→ Referencia en caso de niños con cuadros que ameriten tratamiento en un nivel de mayor complejidad.</p> <p>→ <b>Notificación obligatoria de enfermedades.</b></p>
8	A-Unidad de medida.	Niños menores desde los 28 días hasta los 24 meses.
	B-Medio de verificación del producto.	Expediente Clínico del Niño / Sistema de Información.
	C-Unidad responsable del medio de verificación del producto.	→ Dirección Regional de Salud – Equipo de Gestión → Departamento de Monitoreo - DPSS
	D-Desagregaciones del producto.	→ Por Región de Salud → Por Prestador → Por Distrito → Por Sexo → Por Corregimiento → Por Etnia → Por Comunidad
9	A-Población potencial.	Todos los niños y niñas desde los 28 días hasta los 24 meses.
	B-Población potencial (número).	
	C-Medio de verificación población.	<b>Sistema de Información SIREGES.</b>
	D-Unidad responsable del medio de verificación de la población.	Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INEC) / Departamento de registros médicos y estadísticas MINSA DIPLAN.
10	Territorio donde se entrega el producto.	A nivel Nacional, en las 12 regiones de intervención del programa de EFC-APS MINSA.

Reglamento Operativo de la Estrategia de Extensión de Cobertura  
Direcciones Regionales de Salud enero 2023

<b>FICHA No.7: PRODUCTO INTEGRAL No.7: ATENCIÓN INTEGRAL DEL MENOR ENTRE 2 Y 5 AÑOS</b>	
Principal resultado al que contribuye el producto.	Niños de 2 a 5 años que reciben servicios integrales de salud y están sanos.
Indicador de eficacia del producto:	<b>Porcentaje de niños entre 2 y 5 años que recibieron los controles de salud adecuados para su edad. (Mínimo 2 Controles por año).</b>
Nombre del producto.	Control integral del niño entre 2 y 5 años.
Institución que entrega.	MINSA.
Unidad de gestión que entrega.	Equipos Básicos de Salud.
<b>A</b> -Código del producto	Por Asignar / SIREGES.
<b>B</b> -Nombre del programa presupuestario o fuente externa.	EFC-APS.
Descripción del producto.	<p>→ <u>Inscripción</u> del niño o la niña al padrón de beneficiarios (Nominalización).</p> <p>→ <u>6 actividades de vigilancia comunitaria</u>: las 6 realizadas por el promotor de salud (una en cada semestre) entre los 2 a 5 años de vida. Consejerías a la madre sobre la alimentación, AIEPI comunitario. Seguimiento de los(as) niños(as) que tengan algún padecimiento agudo en tratamiento.</p> <p>→ <u>Controles de crecimiento y desarrollo</u>. 2 controles de crecimiento y desarrollo cada año de vida.</p> <p>Estos controles incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Historia Clínica</li> <li>● <b>Examen físico completo, toma de signos vitales: pulso, temperatura, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, (presión arterial a partir de los 3 años); medición de peso y talla; cálculo del IMC, evaluación y diagnóstico nutricional. (Graficar curvas de evaluación antropométrica e interpretar los resultados).</b></li> <li>● Evaluación del Desarrollo Psicomotor.</li> <li>● <b>Evaluación ocular (Inspección detallada de los ojos en cada control de crecimiento y desarrollo). Referir en caso de alteraciones. (Referirse a las Guías para la Atención Integral de Niños y Niñas, 2013).</b></li> <li>● <b>Evaluación auditiva. En todas las citas de control con el médico, se deben explorar los oídos. Debe complementarse con preguntas a la madre sobre la capacidad del niño (a) de escuchar y la respuesta ante sonidos de diferentes características.</b></li> <li>● Consejería sobre prácticas adecuadas de alimentación.</li> <li>● Referencia en caso de niños con cuadros que ameriten tratamiento en un nivel de mayor complejidad.</li> <li>● Detección y prevención del maltrato infantil.</li> </ul> <p>→ <b>Realizar pruebas rápidas de Hemoglobina (Hb/Hto con Hemocue) y glucosuria/proteinuria (tiras reactivas); anualmente.</b></p> <p>→ <b>Referencia para exámenes de laboratorio a instalación de salud más cerca: Hemograma y Urinálisis (control anual).</b></p> <p>→ <b>Referencia para Odontología. (Control anual).</b></p> <p>→ <u>Vacunación</u>, según Normas del PAI actualizadas.</p> <p>→ <b>Entrega de suplemento de hierro (2 veces al año): Administración semanal del suplemento de 24 a 59 meses. (25mg de hierro elemental/5ml por semana) (3 meses consecutivos; descansar 3 meses y nuevamente administrar por 3 meses consecutivos, durante cada año cumplido). (Norma Integral de Prevención y Control de las Deficiencias de Micronutrientes, 2017).</b></p> <p>→ <u>Administración de Vitamina A</u>: desde los 24 a 59 meses, administrar 200,000 UI cada 6 meses.</p> <p>→ <u>Desparasitación 2 veces al año (cada 6 meses).</u></p> <p>→ <u>Entrega de complemento alimentario (Vitacrema)</u>: a niños de 25 a 59 meses con riesgo nutricional (&lt;-1 D.E. a -2 D.E.) y emaciados (&lt;-2 D.E.) según IMC/Edad. (Norma del Programa de Alimentación Temprana Materno Infantil (PATMI), 2014).</p> <p>→ <u>Atención de la morbilidad IRA y EDA, según norma y protocolos.</u></p> <p>→ <u>Referencia por signos de alarma.</u></p> <p>→ <u>Notificación obligatoria de enfermedades.</u></p>
<b>A</b> -Unidad de medida.	Niños y niñas entre los 2 y los 5 años de edad.
<b>B</b> -Medio de verificación del producto con la unidad de medida definida.	Expediente Clínico del Niño / Sistema de Información.
<b>C</b> -Unidad responsable del medio de verificación del producto con la unidad de medida definida.	Departamento de Monitoreo – DPSS.
<b>D</b> -Desagregaciones del producto.	<p>→ Por Región de Salud → Por Comunidad → Por Etnia → Por Sexo</p> <p>→ Por Prestador → Por Corregimiento → Por Distrito</p>
<b>A</b> -Población potencial (descripción).	Todos los niños y niñas de 2 a 5 años.
<b>B</b> -Población potencial (número).	Todos los niños y niñas de 2 a 5 años.
<b>C</b> -Medio de verificación de la población potencial.	<b>Sistema de Información SIREGES.</b>
<b>D</b> -Unidad responsable del medio de verificación de la población potencial.	Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INEC) / Departamento de registros médicos y estadísticas MINSA DIPLAN.
Territorio donde se entrega el producto.	A nivel Nacional, en las 12 regiones de intervención del programa de EFC-APS MINSA.

Reglamento Operativo de la Estrategia de Extensión de Cobertura  
Direcciones Regionales de Salud enero 2023

FICHA No.8: PRODUCTO INTEGRAL No.8: ATENCIÓN INTEGRAL DEL ESCOLAR DE 5 A 9 AÑOS		
1	Principal resultado al que contribuye el producto.	Niños en edad escolar que reciben servicios integrales de salud y están sanos.
2	Indicador de eficacia del producto:	<b>Porcentaje de niños en edad escolar que recibieron al menos un control de salud al año.</b>
3	Nombre del producto.	Control integral de escolares y adolescentes.
4	Institución que entrega.	MINSA.
5	Unidad de gestión que entrega.	Equipos Básicos de Salud.
6	A-Código del producto	Por Asignar / SIREGES.
	B-Nombre del programa presupuestario o fuente externa.	EFC-APS.
7	Descripción del producto.	<p>→ <u>Inscripción</u> del niño o la niña al padrón de beneficiarios (Nominalización).</p> <p>→ (1) <u>Control de Salud al año que incluye:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Historia clínica</li> <li>● <b>Examen físico completo, toma de signos vitales que incluya: temperatura, pulso, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, toma de presión arterial; medición de peso y talla, cálculo del IMC, evaluación y diagnóstico nutricional. (Graficar curvas de evaluación de crecimiento e IMC/Edad e interpretar los resultados).</b></li> <li>● Evaluación del desarrollo psicomotor.</li> <li>● <b>Evaluación auditiva. En todas las citas de control con el médico, se deben explorar los oídos.</b></li> <li>● Evaluación ocular y medición de la agudeza visual (Cartilla de Snellen, anualmente).</li> <li>● Evaluación psicosocial.</li> </ul> <p>→ <b>Referencia para Odontología, una vez al año.</b></p> <p>→ Referencia para exámenes de laboratorio a instalación de salud más cercana: BHC, urinálisis, heces generales (control anual); perfil lipídico si presenta factores de riesgo.</p> <p>→ <b>Entrega de suplemento de hierro: Administración semanal del suplemento (45mg de hierro elemental/ 1 tableta) (3 meses consecutivos; descansar 3 meses y nuevamente administrar por 3 meses consecutivos, durante cada año cumplido).</b> (Norma Integral de Prevención y Control de las Deficiencias de Micronutrientes, 2017).</p> <p>→ <u>Desparasitación</u> (anual) hasta los 9 años.</p> <p>→ <u>Vacunación</u>, según Normas del PAI actualizadas.</p> <p>→ <u>Atención de la morbilidad</u> a demanda.</p> <p>→ <u>Referencia</u> en caso necesario que requiera atención en una instalación con mayor capacidad resolutive. Se evaluará por auditoría focal.</p> <p>→ <u>Consejería sobre:</u> higiene personal, lavado de manos, alimentación saludable, ejercicio, estilos de vida, prevención de riesgos y abuso infantil, prevención de consumo de sustancias peligrosas para la salud, autoestima.</p> <p>→ <u>Durante el control anual ante los casos sospechosos</u> (ver norma o protocolo): malaria, tuberculosis (esputo por BAAR), dengue, diabetes, Zika, HTA, leishmaniasis, referir al paciente.</p> <p>→ <u>Notificación obligatoria de enfermedades.</u></p>
8	A-Unidad de medida.	Escolares de 5-9 años.
	B-Medio de verificación del producto con la unidad de medida definida.	Expediente Clínico de escolares / Sistema de Información.
	C-Unidad responsable del medio de verificación del producto con la unidad de medida definida.	→ Dirección Regional de Salud y Equipo de Gestión → Departamento de Monitoreo - DPSS
	D-Desagregaciones del producto.	→ Por Región de Salud → Por Distrito → Por Corregimiento → Por Comunidad → Por Prestador → Por Sexo → Por Etnia
9	A-Población potencial (descripción).	Escolares de 5-9 años.
	B-Población potencial (número).	
	C-Medio de verificación de la población potencial.	<b>Sistema de Información SIREGES.</b>
	D-Unidad responsable del medio de verificación de la población potencial.	Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INEC) / Departamento de registros médicos y estadísticas MINSA DIPLAN.
10	Territorio donde se entrega el producto.	A nivel Nacional, en las 12 regiones de intervención del programa de EFC-APS MINSA.

Reglamento Operativo de la Estrategia de Extensión de Cobertura  
Direcciones Regionales de Salud enero 2023

<b>FICHA No.9: PRODUCTO INTEGRAL No.9: ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADOLESCENTE DE 10 A 19 AÑOS (MUJERES DE 10 A 14 AÑOS Y HOMBRES DE 10 A 19 AÑOS)</b>		
1	Principal resultado al que contribuye el producto.	<b>Fortalecer la atención integral de servicios de salud a los adolescentes.</b>
2	Indicador de eficacia del producto:	<b>Porcentaje de adolescentes que recibieron al menos un control de salud al año.</b>
3	Nombre del producto.	Control integral del adolescente.
4	Institución que entrega.	MINSA.
5	Unidad de gestión que entrega.	Equipos Básicos de Salud.
6	A-Código del producto	Por Asignar / SIREGES.
	B-Nombre del programa presupuestario o fuente externa.	EFC-APS.
7	Descripción del producto.	<p>→ <u>Inscripción</u> del adolescente al padrón de beneficiarios (Nominalización).</p> <p>→ <u>(1)Control de Salud al año que incluye: (desde los 10 años hasta completar los 18 años y 11 meses)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Historia clínica</li> <li>● Evaluación de factores protectores y de riesgo.</li> <li>● Examen físico completo, toma de signos vitales: temperatura, pulso, frecuencia cardíaca y frecuencia respiratoria, presión arterial; medición de peso, talla y cálculo del IMC.</li> <li>● Evaluación y diagnóstico nutricional.</li> <li>● Evaluación del crecimiento. <b>(Graficar curvas de evaluación del crecimiento e interpretar).</b></li> <li>● Evaluación del desarrollo puberal (Prueba de Tanner)</li> <li>● <b>Referencia para Evaluación de la audición (A los 15 años, si la instalación de salud cuenta con el recurso).</b></li> <li>● <b>Evaluación ocular y medición de agudeza visual con Cartilla de Snellen (anual). Referencia a Oftalmología en caso de alteraciones.</b></li> <li>● Evaluación de salud sexual y reproductiva. Realización de <b>Papanicolau, en el caso de los adolescentes con inicio de vida sexual (población en riesgo).</b></li> <li>● Evaluación de la columna vertebral para la detección de posturas anormales.</li> <li>● Evaluación psicosocial</li> </ul> <p>→ Referencia para evaluación odontológica (anual).</p> <p>→ <u>Referencia para exámenes de laboratorio a instalación de salud más cercana:</u> BHC, Urinálisis y heces generales (a los 10 y 15 años); Perfil lipídico según factores de riesgo. <b>En caso que la niña menstrúe se realiza BHC anual.</b></p> <p>→ Pesquisa de ETS y VIH, según factores de riesgo.</p> <p>→ <u>Vacunación:</u> evaluar estado de sus inmunizaciones y actualizar según Normas del PAI.</p> <p>→ <u>Suplementación con hierro.</u> De acuerdo a Norma Integral de Prevención y Control de las Deficiencias de Micronutrientes, 2017.</p> <p>→ <u>Consejería sobre salud sexual.</u> VIH (incluyendo la pesquisa aplicación de prueba rápida de VIH), Embarazos, ETS, conductas de riesgo, tabaquismo, alcohol y drogas, estilos de vida saludable.</p> <p>→ <u>Disponibilidad de anticonceptivos</u> (adolescentes) (actividad ya contemplada en la Ficha N°1: Atención integral de la Mujer en edad fértil).</p> <p>→ <u>Atención de la morbilidad.</u></p> <p>→ <u>Referencia</u> en caso necesario por morbilidad o que requiera atención en una instalación con mayor capacidad resolutive.</p> <p>→ <u>Durante el control anual ante los casos sospechosos</u> (ver norma o protocolo) realizar acciones de detección, tratamiento y referencia para: malaria (prueba rápida), tuberculosis (esputo por BAAR), dengue, diabetes, Zika, HTA, leishmaniasis, VIH y VDRL realizar prueba rápida y referir el paciente.</p> <p>→ <u>Notificación obligatoria de enfermedades.</u></p>
8	A-Unidad de medida.	Adolescentes de 10 a 19 años.
	B-Medio de verificación del producto con la unidad de medida definida.	Expediente clínico del adolescente / Sistema de Información.
	C-Unidad responsable verificación del producto con la unidad de medida definida.	<p>→ Dirección Regional de Salud y Equipo de Gestión</p> <p>→ Departamento de Monitoreo - DPSS</p>
	D-Desagregaciones del producto.	<p>→ Por Región de Salud</p> <p>→ Por Distrito</p> <p>→ Por Corregimiento</p> <p>→ Por Comunidad</p> <p>→ Por Prestador</p> <p>→ Por Sexo</p> <p>→ Por Etnia</p>
9	A-Población potencial (descripción).	Adolescentes de 10-19 años.
	B-Población potencial (número).	
	C-Medio de verificación de la población.	<b>Sistema de Información SIREGES.</b>
	D-Unidad responsable del medio de verificación de la población potencial.	Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INEC) / Departamento de registros médicos y estadísticas MINSA DIPLAN.
10	Territorio donde se entrega el producto.	A nivel Nacional, en las 12 regiones de intervención del programa de EFC-APS MINSA.

Reglamento Operativo de la Estrategia de Extensión de Cobertura  
Direcciones Regionales de Salud enero 2023

FICHA No.10: PRODUCTO INTEGRAL No.10: ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO (MUJERES DE 50 A 59 AÑOS Y HOMBRES DE 20 A 59 AÑOS)		
1	Principal resultado al que contribuye el producto.	Han aumentado los años de vida sin discapacidad en la población adulta.
2	Indicador de eficacia del producto:	Variación del Índice de Masa Corporal.
3	Nombre del producto.	Atención integral de la mujer adulta de 50-59 años y del hombre adulto de 20-59 años.
4	Institución que entrega.	MINSA.
5	Unidad de gestión que entrega.	Equipos Básicos de Salud.
6	A-Código del producto	Por Asignar / SIREGES.
	B-Nombre del programa presupuestario o fuente externa.	EFC-APS.
7	Descripción del producto.	<p>→ <u>Inscripción al padrón de beneficiarios (Nominalización).</u></p> <p>→ (1) <u>Control de Salud anual que incluya:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Historia Clínica</li> <li>● Examen físico completo, toma de signos vitales: pulso, temperatura, presión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria. Medición de peso, talla y circunferencia abdominal. Cálculo del IMC.</li> </ul> <p>→ Evaluación y diagnóstico nutricional.</p> <p>→ <u>Evaluación ocular. Medición de agudeza visual (A partir de los 50 años), con Cartilla de Snellen.</u></p> <p>→ <u>Referencia a exámenes de laboratorio y de gabinete, según criterio médico y factores de riesgo. Glicemia en ayuna y perfil lípidos (a toda persona en sobrepeso u obesidad).</u></p> <p>→ <u>Pesquisa de ETS (VDRL, VIH, HBsAg), grupos de alto riesgo. (Orientación previa).</u></p> <p>→ <u>Pesquisa por Cáncer a través de:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <u>Examen de mamas y Referencia para Mamografía. (Cada 2 años). (Pacientes sin factores de riesgo).</u></li> <li>● <u>Toma de PAP. (Cada 2 años según antecedentes y factores de riesgo, después de 3 Papanicolaou negativos consecutivos se puede espaciar a cada 3 años).</u></li> <li>● <u>Realizar tacto rectal y referencia para PSA (hombres a partir de los 40 años).</u></li> <li>● <u>Referencia para prueba de sangre oculta en heces (adultos de 50 años y más).</u></li> </ul> <p>→ <u>Vacunación</u>, según esquema y Normas del PAI.</p> <p>→ Referencia a Odontología. (Anual).</p> <p>→ <u>Atención de la morbilidad aguda (microfichas).</u></p> <p>→ <u>Durante el control anual ante los casos sospechosos</u> (ver norma o protocolo) realizar acciones de detección, tratamiento y referencia para: malaria (prueba rápida), tuberculosis (esputo por BAAR), dengue, diabetes, Zika, HTA, leishmaniasis, VIH y VDRL realizar prueba rápida y referir el paciente.</p> <p>→ <u>Consejería</u> sobre estilos de vida saludable (alimentación, promoción de actividad física y prácticas sexuales seguras), prevención de la violencia, autocuidado, alcohol, tabaquismo y otras drogas.</p> <p>→ <u>Notificación obligatoria de enfermedades.</u></p>
8	A-Unidad de medida.	Población adulta (Mujeres de 50-59 años) y (Hombres de 20-59 años).
	B-Medio de verificación del producto con la unidad de medida definida.	Expediente Clínico del adulto / Sistema de Información.
	C-Unidad responsable verificación del producto con la unidad de medida definida.	<p>→ Dirección Regional de Salud y Equipo de Gestión, Equipo Local de Salud.</p> <p>→ Departamento de Monitoreo – DPSS.</p>
	D-Desagregaciones del producto.	<p>→ Por Región de Salud</p> <p>→ Por Distrito</p> <p>→ Por Corregimiento</p> <p>→ Por Comunidad</p> <p>→ Por Prestador</p> <p>→ Por Sexo</p> <p>→ Por Etnia</p>
9	A-Población potencial (descripción).	Hombres de 20 a 59 años y Mujeres de 50 a 59 años.
	B-Población potencial (número).	
	C-Medio de verificación de la población.	<b>Sistema de Información SIREGES.</b>
	D-Unidad responsable del medio de verificación de la población potencial.	Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INEC) / Departamento de registros médicos y estadísticas MINSA DIPLAN.
10	Territorio donde se entrega el producto.	A nivel Nacional, en las 12 regiones de intervención del programa de EFC-APS MINSA.

Reglamento Operativo de la Estrategia de Extensión de Cobertura  
Direcciones Regionales de Salud enero 2023

<b>FICHA No.11: PRODUCTO INTEGRAL No.11: ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR DE 60 AÑOS Y MÁS</b>		
1	Principal resultado al que contribuye el producto.	Garantizar el buen estado de salud general, física y mental de la población adulta mayor beneficiaria del programa.
2	Indicador de eficacia del producto:	Porcentaje de adultos mayores con >9 en la escala de Katz.
3	Nombre del producto.	Control integral del adulto mayor.
4	Institución que entrega.	MINSA.
5	Unidad de gestión que entrega.	Equipos Básicos de Salud.
6	A-Código del producto	Por Asignar / SIREGES.
	B-Nombre del programa presupuestario o fuente externa.	EFC-APS.
7	Descripción del producto.	<p>→ <u>Inscripción</u> al padrón de beneficiarios (Nominalización).</p> <p>→ <u>Control de Salud del adulto mayor que incluya evaluación geriátrica integral:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Historia Clínica</li> <li>● Examen físico completo, toma de signos vitales: pulso, temperatura, presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria; medición de peso, talla y circunferencia abdominal. Cálculo de IMC.</li> <li>● Evaluación y diagnóstico nutricional. (Nota: a partir de los 60 años el IMC varía en su interpretación: 24-28 kg/m2 normal, menor o igual a 23.9 kg/m2 bajo peso, mayor o igual a 28.1 kg/m2 sobrepeso. Norma de Atención del Adulto mayor MINSA).</li> <li>● Evaluación ocular y medición de agudeza visual (Cartilla de Snellen).</li> <li>● Referencia para tamizaje auditivo (de acuerdo al riesgo a partir de los 65 años, si la instalación de salud cuenta con el recurso).</li> </ul> <p>→ <u>Referencia a exámenes de laboratorio y de gabinete, según criterio médico y factores de riesgo :</u></p> <p><b>Glicemia en ayuna, perfil de lípidos (a toda persona en sobrepeso y obesidad).</b></p> <p>→ <u>Pesquisa de ETS (VDRL, VIH, HBsAg), grupos de alto riesgo. (Orientación previa).</u></p> <p>→ <u>Pesquisa por Cáncer:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Exámen de mamas y referencia para Mamografía (Cada 2 años en pacientes sin factores de riesgo. Hasta los 75 años).</b></li> <li>● <b>Toma de PAP (hasta los 70 años). Cada 2 años según los antecedentes y factores de riesgo, después de 3 Papanicolaou negativos consecutivos se puede espaciar a cada 3 años.</b></li> <li>● <b>Tacto rectal y referencia para prueba de PSA (tamizaje individualizado por CA de próstata).</b></li> <li>● <b>Referencia para prueba de sangre oculta en heces.</b></li> </ul> <p>→ <u>Vacunación</u>, evaluar estado de sus inmunizaciones y actualizar según Normas del PAI.</p> <p>→ <u>Valoración geriátrica integral que incluya:</u> valoración funcional, cognitiva, autovaloración de salud, valoración social y afectiva.</p> <p>→ <u>Atención de la morbilidad aguda y crónica (microfichas).</u></p> <p>→ <u>Durante el control anual ante los casos sospechosos</u> (ver norma o protocolo) realizar acciones de detección, tratamiento y referencia para: malaria (prueba rápida), tuberculosis (esputo por BAAR), dengue, diabetes, Zika, HTA, leishmaniasis, VIH y VDRL realizar prueba rápida y referir el paciente.</p> <p>→ <u>Consejería sobre estilos de vida saludable</u> (alimentación y promoción de actividad física), prevención de caídas en los adultos mayores, autocuidado.</p> <p>→ <u>Notificación obligatoria de enfermedades.</u></p>
8	A-Unidad de medida.	Población adulta mayor (60 años y más).
	B-Medio de verificación del producto con la unidad de medida definida.	Expediente Clínico del adulto mayor/ Sistema de Información.
	C-Unidad responsable verificación del producto con la unidad de medida definida.	→ Dirección Regional de Salud y Equipo de Gestión, Equipo Local de Salud. → Departamento de Monitoreo – DPSS.
	D-Desagregaciones del producto.	→ Por Región de Salud → Por Distrito → Por Corregimiento → Por Comunidad → Por Prestador → Por Sexo → Por Etnia
9	A-Población potencial (descripción).	Adultos mayores (hombres y mujeres de 60 años y más).
	B-Población potencial (número).	
	C-Medio de verificación de la población.	<b>Sistema de Información SIREGES.</b>
	D-Unidad responsable del medio de verificación de la población potencial.	Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INEC) / Departamento de registros médicos y estadísticas MINSA DIPLAN.
10	Territorio donde se entrega el producto.	A nivel Nacional, en las 12 regiones de intervención del programa de EFC-APS MINSA.

Reglamento Operativo de la Estrategia de Extensión de Cobertura  
Direcciones Regionales de Salud enero 2023

<b>FICHA No.12: PRODUCTO INTEGRAL No.12: ATENCIÓN INTEGRAL AL AMBIENTE Y FORTALECIMIENTO DE LA RED COMUNITARIA</b>		
1	Principal resultado al que contribuye el producto.	Se ha reducido la incidencia de enfermedades diarreicas, dengue, zika, malaria.
2	Indicador de eficacia del producto:	→Porcentaje de viviendas inspeccionadas (ficha de inspección completada 100%). →Porcentaje de muestras de agua con presencia de E. Coli (En función del territorio). →Porcentaje de voluntarios comunitarios prospectados. →Porcentaje de promotores voluntarios activos (incluye que estén formados). →Porcentaje de consejeras comunitarias prospectadas. →Porcentaje de consejeras comunitarias activas (incluye que estén formados). →Porcentaje de comités de traslados prospectados. →Porcentaje de Comités de Salud activos. →Porcentaje de JAAR activas. →Porcentaje de casos sospechosos con dengue detectados y referidos. →Porcentaje de casos sospechosos de Zika detectados y referidos. →Porcentaje de familias capacitadas en temas de saneamiento ambiental.
3	Nombre del producto.	→Prospección y formación del equipo de Red comunitaria de Salud. →Inspección de viviendas y seguimiento de sus factores de riesgo. →Consejerías a las familias en temas saneamiento ambiental. →Identificación y referencias de casos sospechosos de enfermedades endémicas.
4	Institución que entrega.	MINSA.
5	Unidad de gestión que entrega.	Equipos Básicos de Salud.
6	A-Código del producto.	Por Asignar / SIREGES.
	B-Nombre del programa presupuestario o fuente externa.	EFC-APS.
	Descripción del producto.	→ <u>Actividades de Prospección e Identificación Equipo</u> de Red comunitaria de Salud <u>CONTIGO y Grupos Organizados Comunitarios</u> (por comunidad que forma parte del Sector) <ul style="list-style-type: none"> <li>●Prospección e identificación de Colaboradores voluntarios adscritos a Nutrividas: consejeras comunitarias</li> <li>●Prospección e identificación de Colaboradores voluntarios adscritos al Programa de Apoyos comunitarios: Promotores de salud</li> <li>●Prospección e identificación de JAAR</li> <li>●Prospección e identificación de Comités de Salud</li> <li>●Prospección e identificación de Comités de Traslado de embarazadas</li> </ul> → <u>Actividades de formación y/ o capacitación a Colaboradores Comunitario y Grupos organizados de la comunidad:</u> (utilizar los materiales producidos por el MINSA- CONTIGO) <ul style="list-style-type: none"> <li>●Capacitación de Consejeras comunitarias</li> <li>●Capacitación de Promotores de salud: otros.</li> <li>●Capacitación de Parteras Comunitarias</li> <li>●Capacitación de médicos tradicionales</li> <li>●Capacitación de JAAR</li> <li>●Capacitación de Comités de Salud</li> <li>●Capacitación de Comités de traslado</li> </ul> → <u>Actividades de educación no formal en las comunidades céntricas por cada Sector en cada una de las seis visitas por año en:</u> Temas de Educación en Saneamiento Ambiental <ul style="list-style-type: none"> <li>●Educación sobre factores de riesgo de las viviendas</li> <li>●Educación sobre el control de la calidad del agua y las fuentes</li> <li>●Educación para la adecuada disposición de excretas y aguas residuales</li> <li>●Educación para la adecuada disposición de residuos sólidos-basura</li> <li>●Educación para el control de vectores en las viviendas por las familias (principalmente para la prevención de enfermedades transmisibles por vectores: dengue, malaria, Zika, Chikungunya, Chagas, Leptospirosis, Leishmaniasis, Encefalitis.</li> </ul> → <u>Inspección de todas las viviendas para Identificación de Factores de riesgo</u> (No viviendas por cada comunidad que conforma el Sector) <ul style="list-style-type: none"> <li>●Elaborar listado de las viviendas por cada comunidad</li> </ul>

Reglamento Operativo de la Estrategia de Extensión de Cobertura  
Direcciones Regionales de Salud enero 2023

<b>FICHA No.12: PRODUCTO INTEGRAL No.12: ATENCIÓN INTEGRAL AL AMBIENTE Y FORTALECIMIENTO DE LA RED COMUNITARIA</b>		
		<ul style="list-style-type: none"> <li>●Elaborar croquis en elaborar croquis y realizar un listado de las viviendas de la comunidad ubicando las casas, lugares importantes (Escuelas, Iglesias, Casa Comunal, Casa del Congreso, centro de salud, puesto de salud, ríos, caminos, tanque de agua, fuentes de agua</li> <li>●Elaborar un listado de los jefes de familia de las viviendas con factores de riesgo ambiental</li> <li>●Identificar la ubicación y condición sanitaria de las viviendas, así como los factores de riesgos ambientales que deben controlarse en las viviendas.               <ul style="list-style-type: none"> <li>●Elaborar ficha o formulario de Inspección de vivienda, colocar recomendaciones y compromisos para seguimiento de la vivienda</li> </ul> </li> <li>●Emitir informe de las actividades educativas sobre factores de riesgo ambiental en las viviendas realizadas en cada ronda.               <ul style="list-style-type: none"> <li>●Desarrollar sesiones educativas sobre, “viviendas saludables”</li> <li>●Elaborar Acta de Compromiso.</li> </ul> </li> </ul> <p>→Seguimiento de las viviendas que tienen nivel de riesgo</p> <p>→Referencias de <u>casos</u> sospechosos de dengue, malaria, Zika, Chikungunya, Chagas, Leptospirosis, Leishmaniasis, Encefalitis.</p> <p>→<u>Aplicación de prueba rápida de malaria por promotor voluntario capacitado para tal fin.</u></p>
8	<b>A-Unidad de medida.</b>	<p>→Número de viviendas inventariadas por Sector.</p> <p>→Número de viviendas inspeccionadas (ficha de inspección cumplimentada 100%).</p> <p>→Porcentaje de CS activos.</p> <p>→Porcentaje de JAAR activas.</p> <p>→Número de promotores voluntarios, voluntarios activos.</p> <p>→Número de consejeras comunitarias activas</p> <p>→Capacitaciones y formaciones no formales.</p> <p>→Referencias realizadas.</p> <p>→Número de consejerías (charlas) a las familias en temas de saneamiento ambiental respecto al total de familias censadas.</p>
	<b>B-Medio de verificación del producto con la unidad de medida definida.</b>	Sistema de Información SIREGES.
	<b>C-Unidad responsable de verificación</b>	<p>→Dirección Regional de Salud y Equipo de Gestión.</p> <p>→Departamento de Monitoreo – DPSS.</p>
	<b>D-Desagregaciones del producto</b>	<p>→Por Región de Salud</p> <p>→Por Distrito</p> <p>→Por Corregimiento</p> <p>→Por Comunidad</p> <p>→Por Prestador</p> <p>En el caso de aspectos relacionados con formación:</p> <p>→Por Sexo</p> <p>→Por Etnia</p>
9	<b>A-Población potencial (descripción).</b>	<p>Promotores, voluntarios prospectados en función del número de comunidades que conforman el Sector.</p> <p>Consejeras comunitarias prospectadas en función del número de embarazadas y niños menores de 2 años de las comunidades que conforman el Sector.</p> <p>Listado de viviendas.</p>
	<b>B-Población potencial (número).</b>	
	<b>C-Medio de verificación de la población.</b>	Sistema de Información SIREGES.
	<b>D-Unidad responsable del medio de verificación de la población potencial.</b>	Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INEC) / Departamento de registros médicos y estadísticas MINSA DIPLAN.
10	Territorio donde se entrega el producto	<p>A nivel Nacional, en las 12 regiones de intervención del programa de EFC-APS MINSA.</p> <p>Prospección y formación de consejeras comunitarias (NutriVidas) y Promotores de Salud (PACO), solo en las regiones de Darién (Emberá Wounaan), Kuna Yala y Ngäbe Buglé.</p>

Reglamento Operativo de la Estrategia de Extensión de Cobertura  
Direcciones Regionales de Salud enero 2023

FICHA No.13: MICROFICHA A: PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y DETECCIÓN TEMPRANA DEL VIH		
1	Principal resultado al que contribuye el producto.	Se ha reducido la incidencia de VIH.
2	Indicador de eficacia del producto:	Incidencia de VIH en pacientes de 15 a 49 años.
3	Nombre del producto.	Atención en promoción, prevención y detección temprana del VIH.
4	Institución que entrega.	MINSA.
5	Unidad de gestión que entrega.	Equipos Básicos de Salud.
6	A-Código del producto.	Por Asignar / SIREGES.
	B-Nombre del programa presupuestario o fuente externa.	EFC-APS.
7	Descripción del producto.	<p>→ <u>Inscripción</u> al padrón de beneficiarios (Nominalización).</p> <p>→ Hay que recordar que todo paciente con una morbilidad descrita en las microfichas forma parte de un grupo de edad y por tanto hay acciones de control de salud que siempre deberán realizarles (más de una ficha integral de atención, pero es la misma persona).</p> <p>→ <u>Actividades de educación</u> a la población sobre el VIH/SIDA, mecanismos de contagio, medidas preventivas, diagnóstico y tratamiento.</p> <p>→ <u>Pruebas rápidas de VIH</u> (previa orientación y consentimiento del paciente) todas las embarazadas y pacientes con TBC.</p> <p>→ <u>Realizar pruebas de esputo por BAAR</u> (todo paciente positivo conocido o sospechoso por prueba rápida).</p> <p>→ <u>Referencia de pacientes</u> con pruebas rápidas positivas y prescripción y seguimiento de resultados de pruebas confirmatorias.</p> <p>→ <u>Seguimiento para el tratamiento</u> de pacientes positivos (al menos tres controles anuales).</p> <p>→ <u>Referencia para exámenes de laboratorio y de gabinete por control de salud</u> requeridos pacientes positivos: hemograma, carga viral, prueba de función renal y hepática, uroanálisis.</p> <p>→ <u>Consejería sobre alimentación y cuidados</u>.</p> <p>→ <u>Realizar los controles de salud anual</u> que correspondan de acuerdo con su curso de vida (la ficha que le corresponda).</p> <p>→ <u>Consejería sobre estilos de vida saludable</u> (alimentación), prevención de caídas en los adultos mayores, autocuidado.</p> <p>→ <u>Durante el control anual ante los casos sospechosos</u> (ver norma o protocolo) realizar acciones de detección, tratamiento y referencia para: malaria (prueba rápida), tuberculosis (esputo por baar), dengue, diabetes, Zika, HTA, leishmaniasis, y DRL realizar prueba rápida y referir el paciente.</p> <p>→ <u>Notificación obligatoria de enfermedades</u>.</p>
8	A-Unidad de medida.	Todas las embarazadas y pacientes con TBC.
	B-Medio de verificación del producto con la unidad de medida definida.	Expediente Clínico- Sistema de Información.
	C-Unidad responsable de verificación	<p>→ Dirección Regional de Salud y Equipo de Gestión, Equipo Local de Salud.</p> <p>→ Departamento de Monitoreo – DPSS.</p>
	D-Desagregaciones del producto	<p>→ Por Región de Salud</p> <p>→ Por Distrito</p> <p>→ Por Corregimiento</p> <p>→ Por Comunidad</p> <p>→ Por Prestador</p> <p>→ Por Sexo</p> <p>→ Por Etnia</p>
9	A-Población potencial (descripción).	Todas las embarazadas y pacientes con TBC.

Reglamento Operativo de la Estrategia de Extensión de Cobertura  
Direcciones Regionales de Salud enero 2023

	<b>B-Población potencial</b> (número).	
	<b>C-Medio de verificación de la población.</b>	Sistema de Información SIREGES a diciembre de 2017 y Dpto. de Epidemiología del MINSA 2016.
	<b>D-Unidad responsable del medio de verificación de la población potencial.</b>	Departamento de Estadísticas y Registros Médicos, MINSA DIPLAN / Departamento de Epidemiología del MINSA.
10	Territorio donde se entrega el producto.	A nivel Nacional, en las 12 regiones de intervención del programa de EFC-APS MINSA.

<b>FICHA No.14: MICROFICHA B: ATENCIÓN INTEGRAL DEL PACIENTE CON DIABETES</b>		
1	Principal resultado al que contribuye el producto.	Incremento en el porcentaje de personas con diabetes con su enfermedad controlada.
2	Indicador de eficacia del producto:	→Porcentaje de adultos con diabetes que practican por lo menos 30 minutos de ejercicio 5 veces a la semana. →Porcentaje de adultos con diabetes con Hemoglobina glicosilada normal. →Listado de cualquier paciente que ha tenido un diagnóstico parecido a diabetes.
3	Nombre del producto.	Control integral del paciente diabético.
4	Institución que entrega.	MINSA.
5	Unidad de gestión que entrega.	Equipos Básicos de Salud.
6	<b>A-Código del producto.</b>	Por Asignar / SIREGES.
	<b>B-Nombre del programa presupuestario o fuente externa.</b>	EFC-APS.
7	Descripción del producto.	→ <u>Inscripción</u> al padrón de beneficiarios (Nominalización). → Hay que recordar que todo paciente con una morbilidad descrita en las microfichas forma parte de un grupo de edad y por tanto hay acciones de control de salud que siempre deberán realizarles (más de una ficha integral de atención, pero es la misma persona). → <u>Realizar los controles de salud anual</u> que correspondan de acuerdo con su curso de vida (la ficha que le corresponda). → <u>Atención y control integral del paciente diabético tres veces</u> al año que incluya: <ul style="list-style-type: none"> <li>● Historia Clínica (personales) familiares</li> <li>● Examen físico completo</li> <li>● Toma de PA</li> <li>● Toma de pulso. Toma de temperatura. Toma de frecuencia cardíaca y frecuencia respiratoria. Examen bucal completo. Peso y Talla. IMC. Medición de circunferencia abdominal. Evaluación nutricional. Agudeza visual. Audición. Evaluación del sistema nervioso y vascular periférico.</li> <li>● Toma de Glicemia por Glucómetro y Uroanálisis por tiras reactivas.</li> </ul> → <u>Tratamiento, según indica la norma:</u> hipoglicemiantes, metforminas. → <u>Referencia para exámenes de laboratorio</u> y de gabinete de control o especiales: hemoglobina glicosilada, glicemia en ayunas dos veces al año. → <u>Consejería sobre estilos de vida saludable</u> (alimentación, autocuidado, prevención de heridas, alcohol, tabaquismo y otras drogas). → <u>Durante el control anual ante los casos sospechosos</u> (ver norma o protocolo) realizar acciones de detección, tratamiento y referencia para: malaria (prueba rápida), tuberculosis (esputo por baar), dengue, Zika, HTA, leishmaniasis, VIH y VDRL realizar prueba rápida y referir el paciente. → <u>Notificación obligatoria de enfermedades.</u>
8	<b>A-Unidad de medida.</b>	Pacientes con Diagnóstico de Diabetes por historia o de nuevo.
	<b>B-Medio de verificación del producto con la unidad de medida definida.</b>	Expediente Clínico / Sistema de Información.
	<b>C-Unidad responsable de verificación</b>	→ Dirección Regional de Salud y Equipo de Gestión, Equipo Local de Salud. → Departamento de Monitoreo – DPSS.
	<b>D-Desagregaciones del producto</b>	→ Por Región de Salud → Por Distrito → Por Corregimiento → Por Comunidad

Reglamento Operativo de la Estrategia de Extensión de Cobertura  
Direcciones Regionales de Salud enero 2023

FICHA No.14: MICROFICHA B: ATENCIÓN INTEGRAL DEL PACIENTE CON DIABETES		
		→Por Prestador →Por Sexo →Por Etnia
9	A-Población potencial (descripción).	Pacientes con Diagnóstico de Diabetes por historia o de nuevo.
	B-Población potencial (número).	Prevalencia Nacional del 9.5% (Año 2016) <sup>9</sup> .
	C-Medio de verificación de la población.	Dpto. de Registros y Estadísticas del MINSA y Sistema de Información Base central MINSA a diciembre de 2017.
	D-Unidad responsable del medio de verificación de la población potencial.	Departamento de Estadísticas y Registros Médicos, MINSA DIPLAN / Departamento de Epidemiología del MINSA.
10	Territorio donde se entrega el producto.	A nivel Nacional, en las 12 regiones de intervención del programa de EFC-APS MINSA.

FICHA No.15: MICROFICHA C: ATENCIÓN INTEGRAL DEL PACIENTE CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL		
1	Principal resultado al que contribuye el producto.	Ha aumentado el porcentaje de personas hipertensas con su enfermedad controlada.
2	Indicador de eficacia del producto:	→Porcentaje de hipertensos con cifras de PA por debajo de 140/90. →Listado de pacientes que han tenido un diagnóstico de HTA.
3	Nombre del producto.	Control integral del paciente hipertenso.
4	Institución que entrega.	MINSA.
5	Unidad de gestión que entrega.	Equipos Básicos de Salud.
6	A-Código del producto.	Por Asignar / SIREGES.
	B-Nombre del programa presupuestario o fuente externa.	EFC-APS.
7	Descripción del producto.	→ <u>Inscripción</u> al padrón de beneficiarios (Nominalización). → Hay que recordar que todo paciente con una morbilidad descrita en las microfichas forma parte de un grupo de edad y por tanto hay acciones de control de salud que siempre deberán realizarles (más de una ficha integral de atención, pero es la misma persona). → <u>Realizar los controles de salud anual</u> que correspondan de acuerdo con su curso de vida (la ficha que le corresponda) → <u>Atención y control integral del paciente hipertenso</u> tres (3) veces por año y que incluya: <ul style="list-style-type: none"> <li>● Historia Clínica</li> <li>● Examen físico completo</li> <li>● Toma de PA</li> <li>● Toma de pulso</li> <li>● Toma de temperatura</li> <li>● Toma de frecuencia cardíaca y frecuencia respiratoria</li> <li>● Examen bucal completo</li> <li>● Peso y Talla</li> <li>● IMC</li> <li>● Medición de circunferencia abdominal.</li> <li>● Evaluación nutricional</li> <li>● Agudeza visual</li> <li>● Audición</li> <li>● Evaluación del sistema nervioso y vascular periférico</li> </ul> → <u>Tratamiento</u> , según indica la norma y medicamentos definidos en el protocolo de la CPP. → <u>Referencia para exámenes de laboratorio</u> y de gabinete de control o especiales hemograma, perfil lipídico, creatinina, nitrógeno de urea, uroanálisis una vez al año. Uroanálisis por tiras reactivas 3 veces al año. → <u>Consejería sobre estilos de vida saludable</u> (alimentación, autocuidado, alcohol, tabaquismo y otras drogas).

<sup>9</sup> De acuerdo al Departamento de Enfermedades No Transmisibles del MINSA Año 2016

Reglamento Operativo de la Estrategia de Extensión de Cobertura  
Direcciones Regionales de Salud, enero 2023

<b>FICHA No.15: MICROFICHA C: ATENCIÓN INTEGRAL DEL PACIENTE CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL</b>		
		<p>→Durante el control anual ante los casos sospechosos (ver norma o protocolo) realizar acciones de detección, tratamiento y referencia para: malaria (prueba rápida), tuberculosis (esputo por baar), dengue, Zika, Diabetes, leishmaniasis, VIH y VDRL realizar prueba rápida y referir el paciente.</p> <p>→<u>Notificación obligatoria de enfermedades.</u></p>
8	A-Unidad de medida.	Pacientes con Hipertensión arterial.
	B-Medio de verificación del producto con la unidad de medida definida.	Expediente Clínico / Sistema de Información.
	C-Unidad responsable de verificación	→Dirección Regional de Salud y Equipo de Gestión, Equipo Local de Salud. →Departamento de Monitoreo – DPSS.
	D-Desagregaciones del producto	→Por Región de Salud →Por Distrito →Por Corregimiento →Por Comunidad →Por Prestador →Por Sexo →Por Etnia
9	A-Población potencial (descripción).	Pacientes con Diagnóstico de Hipertensión Arterial por historia o paciente nuevo.
	B-Población potencial (número).	Prevalencia de 38.5 <sup>10</sup> .
	C-Medio de verificación de la población.	Dpto. de Registros y Estadísticas del MINSA y Sistema de Información Base central MINSA a diciembre de 2017.
	D-Unidad responsable del medio de verificación de la población potencial.	Departamento de Estadísticas y Registros Médicos, MINSA DIPLAN / Departamento de Epidemiología del MINSA.
10	Territorio donde se entrega el producto.	A nivel Nacional, en las 12 regiones de intervención del programa de EFC-APS MINSA.

<sup>10</sup> De acuerdo a los datos proporcionados por el Departamento de Estadísticas y Censo del MINSA AÑO 2012

Reglamento Operativo de la Estrategia de Extensión de Cobertura  
Direcciones Regionales de Salud, enero 2023

FICHA No.16: MICROFICHA D: IDENTIFICACIÓN DE CASOS SOSPECHOSOS Y REFERENCIA DE PACIENTES CON LEISHMANIASIS		
1	Principal resultado al que contribuye el producto.	Ha aumentado la atención precoz a personas con leishmaniasis.
2	Indicador de eficacia del producto:	→Porcentaje de personas con lesiones sospechosas de leishmaniasis remitidas oportunamente. →Listado de pacientes con diagnóstico de leishmaniasis.
3	Nombre del producto.	Identificación de casos sospechosos y referencia del paciente con Leishmaniasis.
4	Institución que entrega.	MINSA.
5	Unidad de gestión que entrega.	Equipos Básicos de Salud.
6	A-Código del producto.	Por Asignar / SIREGES.
	B-Nombre del programa presupuestario o fuente externa.	EFC-APS.
7	Descripción del producto.	<p>→<u>Inscripción</u> al padrón de beneficiarios (Nominalización).</p> <p>→Hay que recordar que todo paciente con una morbilidad descrita en las microfichas forma parte de un grupo de edad y por tanto hay acciones de control de salud que siempre deberán realizarles (más de una ficha integral de atención, pero es la misma persona).</p> <p>→<u>Realizar los controles de salud anual</u> que correspondan de acuerdo con su curso de vida (la ficha que le corresponda).</p> <p>→<u>Identificar</u> a los casos sospechosos de Leishmaniasis, según la siguiente definición: <u>pacientes con úlcera de más de 2 semanas de evolución, con bordes indurados y que pueden estar limpios o con infección sobreañadida.</u></p> <p>→<u>Referir</u>: Los pacientes identificados como sospechosos se deben referir a la unidad de salud con médico permanente más cercano. Se llena hoja de referencia por duplicado, una se entregará al paciente y la otra se entregará a la instalación donde se refirió al paciente, para seguimiento y llenado del <i>Formulario para la notificación obligatoria individual de eventos de salud pública.</i></p> <p>→<u>Dar seguimiento</u>: Deberá contactar con el médico para verificar que el paciente fue evaluado (desechado o confirmado), diagnosticado y si recibió tratamiento, en caso de ameritarlo.</p> <p>→Promover actividades de participación social comunitaria y reforzar las medidas de prevención individual y colectiva.</p> <p>→<u>Durante el control anual ante los casos sospechosos</u> (ver norma o protocolo) realizar acciones de detección, tratamiento y referencia para: malaria (prueba rápida), tuberculosis (esputo por baar), dengue, Zika, Diabetes, VIH y VDRL realizar prueba rápida y referir el paciente.</p> <p>→<u>Notificación obligatoria de enfermedades.</u></p>
8	A-Unidad de medida.	Pacientes con Leishmaniasis.
	B-Medio de verificación del producto con la unidad de medida definida.	Expediente Clínico / Sistema de Información.
	C-Unidad responsable de verificación	→Dirección Regional de Salud y Equipo de Gestión, Equipo Local de Salud. →Departamento de Monitoreo – DPSS.
	D-Desagregaciones del producto	→Por Región de Salud →Por Distrito →Por Corregimiento →Por Comunidad →Por Prestador →Por Sexo →Por Etnia
9	A-Población potencial (descripción).	Pacientes con Diagnóstico de Leishmaniasis.
	B-Población potencial (número).	1,084 casos de Leishmaniasis – año 2016.
	C-Medio de verificación de la población.	Departamento de Epidemiología del MINSA – Registros de casos año.
	D-Unidad responsable del medio de verificación de la población potencial.	Departamento de Estadísticas y Registros Médicos, MINSA DIPLAN / Departamento de Epidemiología del MINSA.
10	Territorio donde se entrega el producto.	A nivel Nacional, en las 12 regiones de intervención del programa de EFC-APS MINSA.

Reglamento Operativo de la Estrategia de Extensión de Cobertura  
Direcciones Regionales de Salud, enero 2023

FICHA No.17: MICROFICHA E: DIAGNOSTICO Y CONTROL DE LA MALARIA		
1	Principal resultado al que contribuye el producto.	Se ha reducido la incidencia de malaria.
2	Indicador de eficacia del producto:	Incidencia de malaria.
3	Nombre del producto.	Diagnóstico, tratamiento e investigación de malaria.
4	Institución que entrega.	MINSA.
5	Unidad de gestión que entrega.	Equipos Básicos de Salud.
6	A-Código del producto.	Por Asignar / SIREGES.
	B-Nombre del programa presupuestario o fuente externa.	EFC-APS.
7	Descripción del producto.	<p>→ <u>Inscripción</u> al padrón de beneficiarios (Nominalización).</p> <p>→ Hay que recordar que todo paciente con una morbilidad descrita en las microfichas forma parte de un grupo de edad y por tanto hay acciones de control de salud que siempre deberán realizarles (más de una ficha integral de atención, pero es la misma persona).</p> <p>→ <u>Detección de casos por los promotores de salud voluntarios (comunidades endémicas observar con mayor rigor).</u></p> <p>→ <u>Detección de casos de malaria, orientada por la vigilancia de febriles en áreas endémicas o Sospechosos (fiebre sin síntomas respiratorios) en áreas no endémicas.</u></p> <p>→ <u>Realizar Historia Clínica completa</u> y preguntar por historia de viaje a zonas endémicas o vive en área endémica: Región de Panamá Este, Región de la Comarca Ngäbe Buglé, Región de Darién, Región de Comarca Guna Yala y/o país endémico.</p> <p>→ <u>Caso sospechoso qué hacer:</u> Persona que presenta episodio de febril actual (1-3 días) o reciente (4-30 días), con periodos intermitentes de escalofríos y sudoración, residente o procedente de áreas endémicas de malaria. O persona con fiebre sin signos respiratorios en áreas no endémicas.</p> <p>→ <u>Tomar prueba rápida de malaria (PDR).</u></p> <p>→ <u>Iniciar tratamiento si diagnóstico</u> por prueba rápida es positivo (ver protocolo de la CPP).</p> <p>→ Tomar muestra de gota gruesa* a todo caso sospechoso, de acuerdo con la técnica y secuencia establecida en la norma; y/o.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Identifique la muestra</li> <li>● Llenar el formulario para la Notificación Obligatoria Individual de los eventos de Salud Pública, que debe ser entregado a Nivel Local/Regional.</li> <li>● Envuelva la placa utilizando el formulario de notificación, cuando ya esté seca</li> <li>● Se canalizan las muestras de gota gruesa al Laboratorio Local/Regional para malaria.</li> </ul> <p>→ Pacientes que presenten o sospechen malaria grave, (al menos unos de los signos clínicos de alarma) deben ser derivados inmediatamente a un establecimiento de mayor complejidad para manejo hospitalario.</p> <p>→ <u>Realizar los controles de salud</u> que correspondan de acuerdo con su curso de vida (la ficha que le corresponda).</p> <p>→ <u>Durante el control ante los casos sospechosos</u> (ver norma o protocolo) realizar acciones de detección, tratamiento y referencia para: tuberculosis (esputo por baar), dengue, Zika, Diabetes, VIH VDRL realizar prueba rápida y referir el paciente.</p> <p>→ <u>Notificación obligatoria de enfermedades.</u></p>
8	A-Unidad de medida.	Pacientes con Malaria.
	B-Medio de verificación del producto con la unidad de medida definida.	Expediente Clínico / Sistema de Información.
	C-Unidad responsable de verificación	<p>→ Dirección Regional de Salud y Equipo de Gestión, Equipo Local de Salud.</p> <p>→ Departamento de Monitoreo – DPSS.</p>
	D-Desagregaciones del producto	<p>→ Por Región de Salud</p> <p>→ Por Distrito</p> <p>→ Por Corregimiento</p> <p>→ Por Comunidad</p> <p>→ Por Prestador</p> <p>→ Por Sexo</p> <p>→ Por Etnia</p>
9	A-Población potencial (descripción).	Pacientes con Diagnóstico de Malaria.
	B-Población potencial (número).	1520 casos de malaria en 2019 <sup>11</sup> .

<sup>11</sup> De acuerdo a los casos registrados por el Departamento de Epidemiología del MINSA – año 2019 en todo el país.

Reglamento Operativo de la Estrategia de Extensión de Cobertura  
Direcciones Regionales de Salud, enero 2023

FICHA No.17: MICROFICHA E: DIAGNOSTICO Y CONTROL DE LA MALARIA		
	C-Medio de verificación de la población.	Departamento de Epidemiología del MINSA – Registros de casos.
	D-Unidad responsable del medio de verificación de la población potencial.	Departamento de Estadísticas y Registros Médicos, MINSA DIPLAN / Departamento de Epidemiología del MINSA.
10	Territorio donde se entrega el producto.	A nivel Nacional, en las 12 regiones de intervención del programa de EFC-APS MINSA. Áreas endémicas de malaria en Panamá (estratos 4) : Guna Yala, Darién, Panamá Este y Comarca Ngäbe Buglé.

FICHA No.18: MICROFICHA F: DETECCIÓN DE SINTOMÁTICO RESPIRATORIO Y REFERENCIA		
1	Principal resultado al que contribuye el producto.	Garantizar el abordaje de pacientes sintomáticos respiratorios para el diagnóstico y tratamiento oportuno de la Tuberculosis Pulmonar.
2	Indicador de eficacia del producto:	Pacientes con tuberculosis que recibieron Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado (TAES) Listado de pacientes con TBC
3	Nombre del producto.	Captación de Sintomático Respiratorio y tratamiento de personas afectadas por TBC
4	Institución que entrega.	MINSA
5	Unidad de gestión que entrega.	Equipos Básicos de Salud
6	A-Código del producto.	Por Asignar / SIREGES
	B-Nombre del programa presupuestario o fuente externa.	EFC-APS
7	Descripción del producto.	<p>→ <u>Inscripción</u> al padrón de beneficiarios (Nominalización)</p> <p>→ Hay que recordar que todo paciente con una morbilidad descrita en las microfichas forma parte de un grupo de edad y por tanto hay acciones de control de salud que siempre deberán realizarles (más de una ficha integral de atención, pero es la misma persona)</p> <p>→ Detección de casos de TBC a partir del abordaje efectivo de sintomáticos respiratorios: <i>Definición de sintomático respiratorio: paciente con tos y expectoración por más de 15 días.</i></p> <p><u>Que hacer:</u></p> <p>→ Obtener una Historia Clínica Adecuada: Preguntar al paciente por otros síntomas: fiebre vespertina, pérdida de peso y sudoración nocturna.</p> <p>→ Tomar 2 muestras de esputo, (la primera al momento de la consulta y la segunda a la mañana siguiente. Si la segunda no se puede tomarla 2 horas después de la primera), enviarla al laboratorio de referencia.</p> <p>→ Examen físico completo y anotar los hallazgos.</p> <p>→ Registrar y notificar todo caso diagnosticado como tuberculosis.</p> <p>→ Seguimiento y control con apoyo comunitario de los casos de tuberculosis desde su ingreso al programa hasta el alta del paciente.</p> <p>→ Referencia al hospital o centro de salud los casos de tuberculosis complicados (riesgo de muerte).</p> <p>→ <u>Realizar los controles de salud anual</u> que correspondan de acuerdo con su curso de vida (la ficha que le corresponda).</p> <p>→ <u>Durante el control anual ante los casos sospechosos</u> (ver norma o protocolo) realizar acciones de detección, tratamiento y referencia para: dengue, Zika, Diabetes, VHI y VDRL realizar prueba rápida y referir el paciente.</p> <p>→ <u>Notificación obligatoria de enfermedades.</u></p>
8	A-Unidad de medida.	Pacientes Sintomáticos Respiratorios.
	B-Medio de verificación del producto con la unidad de medida definida.	Expediente Clínico / Sistema de Información.
	C-Unidad responsable de verificación	→ Dirección Regional de Salud y Equipo de Gestión, Equipo Local de Salud. → Departamento de Monitoreo – DPSS.
	D-Desagregaciones del producto	→ Por Región de Salud → Por Distrito → Por Corregimiento → Por Comunidad → Por Prestador

Reglamento Operativo de la Estrategia de Extensión de Cobertura  
Direcciones Regionales de Salud, enero 2023

FICHA No.18: MICROFICHA F: DETECCIÓN DE SINTOMÁTICO RESPIRATORIO Y REFERENCIA		
		→Por Sexo →Por Etnia
9	<b>A-Población potencial (descripción).</b>	Pacientes Sintomáticos respiratorios esperados en la población de referencia.
	<b>B-Población potencial (número).</b>	Se espera que un 3% de los pacientes que acuden a la consulta sean sintomáticos respiratorios
	<b>C-Medio de verificación de la población.</b>	Departamento de Epidemiología del MINSA – Registros de casos año
	<b>D-Unidad responsable del medio de verificación de la población potencial.</b>	Departamento de Estadísticas y Registros Médicos, MINSA DIPLAN / Departamento de Epidemiología del MINSA
10	Territorio donde se entrega el producto.	A nivel Nacional, en las 12 regiones de intervención del programa de EFC-APS MINSA

Reglamento Operativo de la Estrategia de Extensión de Cobertura  
Direcciones Regionales de Salud, enero 2023

FICHA No.19: MICROFICHA G: DETECCIÓN DE SINTOMÁTICO RESPIRATORIO COVID-19 -		
1	Principal resultado al que contribuye el producto.	Garantizar el abordaje de pacientes sintomáticos respiratorios para el diagnóstico y tratamiento oportuno del COVID-19
2	Indicador de eficacia del producto:	Pacientes con COVID-19 que recibieron Tratamiento Listado de pacientes con COVID-19
3	Nombre del producto.	Captación de Sintomático Respiratorio COVID-19
4	Institución que entrega.	MINSA
5	Unidad de gestión que entrega.	Equipos de Salud Nuclear
6	A-Código del producto.	Sospecha B34S/ B34.2 Confirmado /919 Hisopado por COVID-19
	B-Nombre del programa presupuestario o fuente externa.	EEC-Respuesta Inmediata al COVID-19
7	Descripción del producto.	<p>→ <u>Inscripción</u> al padrón de beneficiarios (Nominalización)</p> <p>→ Hay que recordar que todo paciente con una morbilidad descrita en las microfichas forma parte de un grupo de edad y por tanto hay acciones de control de salud que siempre deberán realizarles (más de una ficha integral de atención, pero es la misma persona)</p> <p>→ Detección de casos de COVID-19 a partir del abordaje efectivo de sintomáticos respiratorios</p> <p><u>Que hacer:</u></p> <p>→ Obtener una Historia Clínica completa</p> <p>→ Investigue en la consulta para determinar si hay otros familiares con síntomas respiratorios.</p> <p>→ Examen físico completo y anotar los hallazgos</p> <p>→ Interrogar si el paciente presenta síntomas como.: fiebre, cefalea, cansancio, pérdida de apetito y gusto, Tos, dificultad para respirar.</p> <p>→ Si tiene criterios de COVID-19, realice hisopado nasal (prueba rápida),</p> <p>→ Si el resultado es positivo, proceda a efectuar la notificación obligatoria, comuníquese con el Centro de Salud de Referencia para coordinar los aislamientos y seguimiento.</p>
8	A-Unidad de medida.	Pacientes con Sospecha de COVID-19.
	B-Medio de verificación del producto con la unidad de medida definida.	Expediente Clínico / Sistema de Información.
	C-Unidad responsable de verificación	→ Dirección Regional de Salud y Equipo de Gestión, Equipo Local de Salud. → Departamento de Monitoreo – DPSS.
	D-Desagregaciones del producto	→ Por Región de Salud → Por Distrito → Por Corregimiento → Por Comunidad → Por Prestador

Reglamento Operativo de la Estrategia de Extensión de Cobertura  
Direcciones Regionales de Salud, enero 2023

FICHA No.20: MICROFICHA H: DETECCIÓN Y REFERENCIA DE PACIENTES SOSPECHOSOS DE ENFERMEDAD POR CHAGAS		
1	Principal resultado al que contribuye el producto.	Garantizar la detección oportuna y el manejo adecuado de la enfermedad de Chagas mediante acciones de prevención, promoción y atención que contribuyan a disminuir la transmisión y aparición de la enfermedad.
2	Indicador de eficacia del producto:	→Casos sospechosos de infección aguda por Enfermedad de Chagas. →Referencia efectiva. →Listado de pacientes con Chagas.
3	Nombre del producto.	Atención integral del paciente sospechoso por Chagas.
4	Institución que entrega.	MINSA.
5	Unidad de gestión que entrega.	Equipos Básicos de Salud.
6	A-Código del producto.	Por Asignar / SIREGES.
	B-Nombre del programa presupuestario o fuente externa.	EFC-APS.
7	Descripción del producto.	<p>→<u>Inscripción</u> al padrón de beneficiarios (Nominalización).</p> <p>→Hay que recordar que todo paciente con una morbilidad descrita en las microfichas forma parte de un grupo de edad y por tanto hay acciones de control de salud que siempre deberán realizarles (más de una ficha integral de atención, pero es la misma persona).</p> <p>→Identificación y Manejo de los casos sospechosos o confirmados por Chagas.</p> <p>→Realizar una adecuada historia clínica.</p> <p>→Identificar a los casos sospechosos de infección aguda de Enfermedad de Chagas, definidos como: casos que reúnen los <u>criterios clínicos</u> (persona con fiebre prolongada (superior a 7 días) y una o más de las siguientes manifestaciones clínicas: edema de cara o de miembros, exantema, adenomegalia, hepatomegalia, esplenomegalia, cardiopatía aguda, manifestaciones hemorrágicas, ictericia, signo de Romaña o Chagoma de inoculación. <u>Criterio epidemiológico</u>: Residente o visitante de área con ocurrencia de triatomíneos, haya pasado recientemente por una transfusión de sangre o trasplante de órgano, sospecha de la ingestión de alimento contaminado por el T. cruzi. Recién nacido de madre infectada (transmisión congénita). Riesgo laboral.</p> <p>→Identificar a los casos probables de Enfermedad de Chagas, definidos como: todo paciente sospechoso y /o con una prueba serológica positiva. <u>Caso probable de Chagas congénito</u>: niño de hasta 1 año de edad, hijo de madre con serología positiva por Chagas y serología positiva persistente más allá de los 6 meses de vida. <u>Caso probable de transmisión oral</u>: persona que haya ingerido alimento sospechoso de contaminación por el T. cruzi. Con prueba serológica positiva.</p> <p>→Identificar a los casos confirmados de Enfermedad de Chagas, definidos como: todo caso sospechoso o probable con: Parasitemia (positiva) por metodología parasitológica directa o dos pruebas serológicas de principios activos diferentes positivos (ELISA, IFI, HAI, Western blot, etc.).</p> <p>→Orientar al paciente.</p> <p>→Referir de forma efectiva al paciente sospechoso para toma de muestras de sangre para diagnóstico serológico.</p> <p>→Para pacientes pediátricos o de áreas muy alejadas, de ser posible tomar una muestra de “sangre seca” en papel filtro.</p> <p>→Ante resultado serológico positivo referir a Especialista (Cardiología, Infectología, Pediatría o Medicina Interna).</p> <p>→Registrar el caso según el CIE 10.</p> <p>→Los pacientes identificados como sospechosos se deben referir a la unidad de salud con médico permanente.</p> <p>→Realizar investigación perifocal.</p> <p>→En lo posible identificar al vector y enviar (vivo) al Instituto Conmemorativo Gorgas Investigación/evaluación).</p> <p>→<u>Realizar los controles de salud anual</u> que correspondan de acuerdo con su curso de vida (ficha que le corresponda).</p> <p>→<u>Durante el control anual ante los casos sospechosos</u> (ver norma o protocolo) realizar acciones de detección, tratamiento y referencia para: dengue, Zika, Diabetes, VHI y VDRL realizar prueba rápida y referir.</p> <p>→<u>Llenar formulario de notificación obligatoria de enfermedades.</u></p>
8	A-Unidad de medida.	Pacientes sospechosos o con Diagnóstico de Enfermedad por Chagas.
	B-Medio de verificación del producto con la unidad de medida definida.	Expediente Clínico / Sistema de Información.
	C-Unidad responsable de verificación	→Dirección Regional de Salud y Equipo de Gestión, Equipo Local de Salud. →Departamento de Monitoreo – DPSS.

Reglamento Operativo de la Estrategia de Extensión de Cobertura  
Direcciones Regionales de Salud, enero 2023

<b>FICHA No.20: MICROFICHA H: DETECCIÓN Y REFERENCIA DE PACIENTES SOSPECHOSOS DE ENFERMEDAD POR CHAGAS</b>	
	<b>D-Desagregaciones del producto</b> →Por Región de Salud      →Por Corregimiento      →Por Prestador      →Por Etnia →Por Distrito              →Por Comunidad          →Por Sexo
9	<b>A-Población potencial (descripción).</b> Pacientes con Diagnóstico de Enfermedad de Chagas.
	<b>B-Población potencial (número).</b> 25 casos de Chagas – Año 2016.
	<b>C-Medio de verificación de la población.</b> Reportes Epidemiológicos del MINSA Año 2016.
	<b>D-Unidad responsable del medio de verificación de la población potencial.</b> Departamento de Estadísticas y Registros Médicos, MINSA DIPLAN / Departamento de Epidemiología del MINSA.
10	<b>Territorio donde se entrega el producto.</b> A nivel Nacional, en las 12 regiones de intervención del programa de EFC-APS INSA.

# Apéndice 2A: Equipo, material médico, medicamentos y otros materiales, por sector

Apéndice 2A: Equipo, material médico, medicamentos y otros materiales, por sector

EQUIPO MÉDICO		
Tipo equipo	Descripción	Unidades
Equipo médico	Porta algodón	2
Equipo médico	Balanza de peso y tallímetro	1
Equipo médico	Cajas porta expedientes /bolsas resistentes al agua, impermeables (Equipos itinerantes)	3
Equipo médico	Cajas porta medicamentos.	3
Equipo médico	Camilla o catre	1
Equipo médico	Cinta métrica	4
Equipo médico	Cubre bocas	Cajas
Equipo médico	Diapasón	1
Equipo médico	Doppler	1
Equipo médico	Equipo de partos (instrumental)	1
Equipo médico	Equipo de sutura	2
Equipo médico	Equipo estándar atención parto (Ropa desechable)	1
Equipo médico	Esfigmomanómetro	3
Equipo médico	Estetoscopio	3
Equipo médico	Foco de cabeza	1
Equipo médico	Foco de mano	3
Equipo médico	Equipo para Glucómetro	1
Equipo médico	Infantómetro	1
Equipo médico	Martillo de reflejos	1
Equipo médico	Pesa infante con tallímetro	1
Equipo médico	Pesa Salter con calzones	1
Equipo médico	Pinza porta-esponjas	2
Equipo médico	Pinzas hemostáticas	5
Equipo médico	Tenáculo	2
Equipo médico	Portaobjetos	2
Equipo médico	Set diagnóstico (incluye Otoscopio. Oftalmoscopio)	1
Equipo médico	Sillas plegables (Equipo itinerante)	4
Equipo médico	Termómetro digital	2
Equipo médico	Termómetro para termo porta vacunas y cajas frías	4
Equipo médico	Termo portavacunas	3
Equipo médico	Cajas frías de Poliuretano	1
Equipo médico	Paquetes Fríos	8

Reglamento Operativo de la Estrategia de Extensión de Cobertura  
Direcciones Regionales de Salud, enero 2023

<b>TRANSPORTE, DE ACUERDO CON ÁREA OPERATIVA</b>		
Vehículos	Vehículo tipo Pick-up 4X4 Diesel Doble cabina	1
Vehículos	Lancha marítima/fluvial o contratar servicio de transporte	1
<b>MATERIAL MEDICO QUIRÚRGICO</b>		
Solución antiséptica	Toallitas Antisépticas impregnadas con Alcohol Isopropílico al 70%	Frasco
Insumo médico quirúrgico	Torundas de Algodón	Paquete/500 Uds.
Insumo médico quirúrgico	Catéteres intravenosos para niños y adultos (tamaños 18, 2022, 24).	Unidad
Insumo médico quirúrgico	Aplicador de algodón/ Hisopos	Paquete/100 Uds.
Material odontológico	Cepillo dental para demostración	unidad
Material odontológico	Tipodonto	unidad
Insumo médico quirúrgico	Clamp/Pinza Umbilical desechable	Uds.
Material	Cinta métrica	unidad
Insumo médico quirúrgico	Cito Kit: Espéculo desechable, espátula exfoliativa de cuello uterino, espátula de Ayre, portaobjeto y cajilla porta placa.	Unidad
Insumo	Fijador citológico	Frasco
Solución desinfectante	Solución desinfectante a base de hipoclorito de sodio al 5% (cloro)	unidad
Insumo	Depresores de lengua	Unidad
Insumo médico quirúrgico	Esparadrapo 4 pulgadas	Unidad
Insumo	Espéculo vaginal (suelos Tamaños S, M, L)	Unidad
Insumo	Férulas	Unidad
Insumo médico quirúrgico	Gasa 2X2	unidad
Insumo médico quirúrgico	Gasa 4X4	unidad
Insumo médico quirúrgico	Gasa 4X8	unidad
Solución Antiséptico	Gel antibacterial alcoholado	Frasco
Insumo médico quirúrgico	Guantes descartables	Cajas
Insumo médico quirúrgico	Guantes estériles (tamaños S, M, L)	Cajas
Solución antiséptica	Jabón líquido antiséptico	Unidad

Reglamento Operativo de la Estrategia de Extensión de Cobertura  
Direcciones Regionales de Salud, enero 2023

<b>MATERIAL MEDICO QUIRÚRGICO</b>			
Insumo quirúrgico	médico	Jeringa de 10 cc con aguja No. 21 tribiselada y siliconizada	unidad
Insumo quirúrgico	médico	Jeringa de 1cc con aguja No. 24 tribiselada y siliconizada	unidad
Insumo quirúrgico	médico	Jeringa de 20 cc con aguja No. 21 tribiselada y siliconizada	Unidad
Insumo quirúrgico	médico	Jeringa de 3cc con aguja No. 22 tribiselada y siliconizada	Unidad
Insumo quirúrgico	médico	Jeringa de 5cc con aguja No. 21 tribiselada y siliconizada	Unidad
Insumo quirúrgico	médico	Jeringa de insulina de 1 c.c.	Unida
Insumo quirúrgico	médico	Jeringa de Tuberculina de 1 c.c.	Unida
Insumo de Laboratorio		Laminillas	unidad
Insumo de Laboratorio		Lancetas	Unidad
Insumo		Lubricante hidrosoluble	Tubo
Material quirúrgico	médico	Mascarilla	unidad
Material quirúrgico	médico	Cinta médica hipo alérgica de papel (Micropore/esparadrapo)	Unidad
Insumo		Papel Toalla	unidad
Insumo		Pinza hemostática	unidad
Insumo		Portaobjetos	Unidad
Insumo quirúrgico	médico	Sonda Urinaria tipo Foley (14, 16, 18 Fr)	Unidad
Insumo quirúrgico	médico	Sondas nasogástricas (Levin niños y adultos)	unidad
Material quirúrgico	médico	Bolsa recolectora de orina	Unidad
Insumo quirúrgico	médico	Tapón venoso con heparina (lock venoso)	Unidad
Insumo		Venda de gasa (Kerlix)	Unidad
Insumos		Colector de punzocortante con capacidad de 22.7 L	Unidad
Insumo		Bolsa roja impermeable, para desechos peligrosos	Unidad
Insumo		Bolsas plásticas biodegradable para desechos comunes	unidad
Insumo		Papel desechable para camilla	Rollo
<b>INSUMOS SANEAMIENTO BÁSICO</b>			
Insumo		Pastillas de cloro	Unidad
Insumo		Kit medidor de cloro	Unidad

<b>EQUIPOS, MATERIALES Y PRUEBAS DE LABORATORIO</b>			
Laboratorio		Glicemia Venosa*	Prueba
Laboratorio		Gota gruesa (procesamiento)*	Prueba
Laboratorio		Gradilla para reposo de muestras*	Unidad
Laboratorio		Prueba rápida para sífilis (lúes)*	Unidad
Laboratorio		Prueba rápida para VIH*	Unidad
Laboratorio		Pruebas rápidas de Chagas*	cassetes

Reglamento Operativo de la Estrategia de Extensión de Cobertura  
Direcciones Regionales de Salud, enero 2023

<b>EQUIPOS, MATERIALES Y PRUEBAS DE LABORATORIO</b>		
Laboratorio	Pruebas rápidas de malaria	cassetes
Laboratorio	Tiras reactivas para pruebas de orina	Unidad
Laboratorio	Tiras reactivas de glicemia	Unidad
Laboratorio	Tubos de química sanguínea *	Unidad
Laboratorio	Tubos de hemograma*	Unidad
Laboratorio	Lancetas	Unidad
Laboratorio	Equipo para la determinación cuantitativa de hemoglobina en sangre (Hemocue)	Unidad
Laboratorio	Microcubetas para la extracción de sangre capilar.	Unidad
Laboratorio	Set de pruebas de embarazo por aglutinación	Unidad
Laboratorio	Envases para muestra de orina	Unidad
Laboratorio	Envases para muestras de esputo	Unidad

\*Aplica únicamente para las instalaciones de la Red Fija.  
Aquellos renglones sin \* aplican para red fija e itinerante.

<b>MEDICAMENTOS</b>	
<b>ANALGÉSICOS, ANTIPIRÉTICOS, ANTIINFLAMATORIOS</b>	
Acetaminofén: jarabe 120 mg/5 ml	Frasco
Acetaminofén: gotas 80 – 100 mg	Frasco
Acetaminofén: tabletas de 500 mg	Tabletas 500 mg
Corticoide tópico (Betametasona crema 1%)	Tubo
Prednisona: tabletas 5 mg	Unidad
Antiespasmódico con analgésico comprimido: antiespasmódico: pitofenona hcl 5 mg con fempiverinio bromuro 0.1 mg. O pramiverina 2 mg. O n-butilbromuro de hioscina 10 mg. Analgésico: dipirona (metamizol) sódico 250-500 mg.	comprimido
Antiespasmódico con analgésico ampolla: antiespasmódico: butilescopolamina 20 mg. O pitofenona hcl 10 mg con fempiverinio bromuro 0.1mg o pramiverina 2.25ml. Analgésico: dipirona (metamizol) sódico 2.5 g. Ampolla de 2-5 ml.	Ampollas
Diclofenaco potásico tabletas 50 mg	Tableta
Diclofenaco sódico: ampolla 75 mg/3ml	ampolla
<b>ANTIBIÓTICOS, ANTIPARASITARIOS, ANTIFÚNGICOS</b>	
Amoxicilina: suspensión de 250 mg/5 ml	Frasco
Amoxicilina: 500mg	Tableta/cápsula/comprimido
Antibiótico ótico en gotas (de acuerdo a catálogo) Polimixina B, Neomicina, Hidrocortisona, 1%, suspensión, vía ótica.	Frasco
Antibiótico tópico (de acuerdo a catálogo) Fusidato 2% unguento	Unidad/tubo
Benzoato de Bencilo 1 % loción	Frasco
Claritromicina 125 mg/5ml o Claritromicina 250 mg/5ml	Frasco
Claritromicina 500mg	cápsula/comprimido
Dicloxacilina suspensión 250mg/5 ml	Frasco
Dicloxacilina 500mg	cápsula
Gentamicina: solución oftálmica al 3%	Frasco
Metronidazol: comprimidos 500mg	Comprimido
Metronidazol: suspensión de 125mg/5 ml	Frasco

Reglamento Operativo de la Estrategia de Extensión de Cobertura  
Direcciones Regionales de Salud, enero 2023

<b>MEDICAMENTOS</b>	
METRONIDAZOL 500 mg, óvulo, vía vaginal.	Óvulos
Trimetropin /sulfametoxazol: Comprimido 160 mg/800mg	Comprimido
Trimetropim/sulfametoxazol: suspensión pediátrica 40mg/200mg/5 ml	Frasco
Clotrimazol tópicos crema 1-2%	Tubo
Imidazoles: Clotrimazol o Isoconazol o Miconazol 1-2 %, crema o jalea, tubo con aplicador, vía vaginal.	Tubo con aplicador
Albendazol: suspensión de 20 mg/ml o 40 mg/ml	Frasco
Albendazol: 200 mg	Comprimido
Pamoato de pirantel/ oxantel: 250mg/250 mg/5 ml	Frasco
Penicilina Benzatínica: frasco de 1,200,000 UI	Frasco
Bencilpenicilina Procaínica, 600,000 -800,000 UI, Polvo liofilizado, vial I.M.	Frasco
<b>ANTICONVULSIVANTES, ANTIEPILEPTICOS</b>	
Fenobarbital 32 mg*	Tableta
Fenobarbital 64 mg*	Tableta
Carbamazepina 200mg	Tableta
Acido Valproico 500mg	Tableta
Acido Valproico 250mg/5ml	Frasco
<b>ANTIHIPERTENSIVOS, CARDIOVASCULARES</b>	
Acido Acetil Salicílico (75-100 mg)	Tableta
Carvedilol 6.25 mg	Comprimido
Besilato de Amlodipina: comprimido 5 mg	Comprimido
Captopril comprimido de 25 mg	Tableta
Enalapril o Lisinopril: comprimido 20 mg	Comprimido
Hidroclorotiazida con triamtereno 25 mg / 50 mg	Tableta
Indapamida 1.5mg	Tableta
<b>MEDICAMENTOS PARA MANEJO DE DIABETES</b>	
Glibenclamida de 5mg	Tabletas
Glicazide de 60mg	Cápsula/comprimido
Metformina: comprimido 850 mg	Comprimido
<b>ANTIHISTAMÍNICOS, ANTIALÉRGICOS</b>	
Clorfeniramina tabletas de 4 mg	Tableta
Difenhidramina jarabe 12.5 mg/ 5 ml	Frasco
<b>MEDICAMENTOS PARA TRATAMIENTO DE MORBILIDADES ESPECÍFICAS (Malaria, Leishmaniasis, TBC, de acuerdo al Programa, los proveerá MINSA)</b>	
Cloroquina: tableta 150 mg	Tableta
Primaquina: tableta 5 mg	Tableta
Primaquina: tableta 15 mg	Tableta
Glucantime (Antimoniato de meglumina) ampollas de 1.5 gr*	Ampollas
Fase intensiva TB: diario HRZE: Isoniacida rifampicina piracinamida etambutol*	Tabletas
<b>ANTITUSIVOS, EXPECTORANTES, MUCOLÍTICOS</b>	
Dextrometorfano jarabe 10 mg/5 ml	Frasco

Reglamento Operativo de la Estrategia de Extensión de Cobertura  
Direcciones Regionales de Salud, enero 2023

<b>MEDICAMENTOS</b>	
Guayacolato de glicerilo líquido 100 mg/ 5ml	Frasco
<b>BRONCODILADORES</b>	
Salbutamol 100MCG/aerosol	Inhalador
Salbutamol 2mg/5ml	Frasco
Beclometasona Dipropionato 50mcg/inhalación	Inhalador
<b>GASTROPROTECTORES</b>	
Hidróxido de aluminio y magnesio 5.9-8.3% suspensión	Frasco
Omeprazol 20mg	Cápsula
Ruibarbo 1.5% y sodio 3.5%	Frasco
Dimenhidrinato 50mg	Tableta
Dimenhidrinato 10/mg/ml	Frasco
<b>MEDICAMENTOS PARA MANEJO DE URGENCIAS</b>	
Adrenalina 1 mg/ ml amp. de 1cc	Ampolla
Captopril sublingual de 25 mg	Tableta
Dexametasona ampolla de 4mg/ml	Ampollas
Dextrosa al 50% vial 50-100ml	Vial
Diazepam: 5mg/ml ampolla 2ml	Unidad
Fenobarbital ampolla de 65 mg/ml )*	Ampollas
Furosemida vial de 20 mg/2 ml	Ampolla
Hidrocortisona de 50 mg/ml polvo liofilizado	Ampolla
Metroclorpramida ampollas 5 mg/ml	ampolla
Oxitocina 5-10 UI/1ml solución ampolla	vial
Salbutamol: inhalador 100 mcg/dosis	unidad
Sales de rehidratación oral	Sobre/líquido
Solución Lactato de Ringer 500-1000 ml	Bolsa/frasco
Solución salina normal 500- 1000 ml	Bolsa/frasco
Suero Antiofídico polivalente amp o polvo liofilizado (provisto por el MINSA)	Frasco
Sulfato de Atropina vial de 1 mg/1ml	ampolla
Fitomenadiona (Vitamina K) 10mg/ml	Ampolla
Xilocaina 2% vial	Frasco
Sulfadiazina de plata crema 1%	Tubo/pote
Dextrosa en agua al 10 % (500 y 1000 ml)	Bolsa
Dextrosa en agua al 5 % (500 y 1000 ml)	Bolsa
Solución salina normal al 0.9 % (500 y 1000 ml)	Bolsa
Dextrosa en agua 5% en solución salina normal 0.9 % (500 y 1000 ml)	Bolsa
<b>MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR (Los proveerá el MINSA. En el caso que exista desabastecimiento, el proveedor deberá garantizar la provisión de estos insumos al beneficiario)</b>	
Anticonceptivos inyectables combinados	Unidad
Medroxiprogesterona, larga Acción 150 Mg / Ml, Solución, Vial, I.M. / 150 mg/ml suspensión inyectable, frasco ampolla (vial) 1 ml	Medroxiprogesterona Acetato Unidad
Anticonceptivos orales combinados: blíster	Caja de 21 u/n
Condomes de látex	unidad
DIU: tipo T de cobre 380 A*	Unidad

Reglamento Operativo de la Estrategia de Extensión de Cobertura  
Direcciones Regionales de Salud, enero 2023

<b>SUPLEMENTOS/COMPLEMENTOS NUTRICIONALES, ANTIANÉMICOS (Los proveerá el MINSA)</b>		
Sulfato zinc jarabe 120 ml (Zinc elemental 10mg/5ml)		frasco
Vitacrema (complemento alimentario fortificado) paquete 1lb		unidad
Ácido Fólico: tabletas 5 mg		Unidad
Fumarato ferroso: tabletas 135-140 mg		Unidad
Fumarato ferroso 180-200 mg más ácido fólico 400 microgramos		Unidad
Fumarato ferroso 180-200 mg más ácido fólico 2.8 mg.		Unidad
Fumarato ferroso en suspensión 75mg/5ml		Frasco
Hidróxido de hierro polimaltosado 50 mg / 30ml		Frasco
Vitamina A: capsula de 100.000 UI		cápsula
Vitamina A: capsula de 200.000 UI		cápsula
<b>VACUNAS (Las proveerá el MINSA)</b>		
Vacuna	Vacuna Hepatitis B	dosis
Vacuna	Vacuna BCG	dosis
vacuna	Vacuna Neumococo Conjugado 13 Valente	dosis
Vacuna	Vacuna HEXAVALENTE (DPT-HIB-HPB-IPV)	dosis
Vacuna	Vacuna Rotavirus	dosis
Vacuna	Vacuna Influenza	dosis
Vacuna	Vacuna Triple viral (MMR o SPR)	dosis
Vacuna	vacuna Hepatitis A	dosis
Vacuna	Vacuna Fiebre amarilla (Darién, Kuna Yala y Panamá Este)	dosis
vacuna	Vacuna para VARICELA	dosis
Vacuna	Vacuna Tetraxim	dosis
Vacuna	Vacuna TDAP	dosis
Vacuna	Vacuna MR	dosis
vacuna	Vacuna VPH	dosis
vacuna	Vacuna Neumococo Polisacárido	dosis
Vacuna	Vacuna Tétanos-Difteria (TD)	dosis

Apéndice 2B: Materiales de trabajo, formularios, material educativo

MATERIALES DE TRABAJO	Unidad de medida
Banner con el logo del MINSA	Unidd
Banners de la Cartera de Servicios	unidad
Hojas bond carta blancas	Ciento
Cuaderno de 100 hojas de líneas	Unidad
Cartulina	pliego
Marcador permanente	Unidad
Cinta adhesiva	rollo
Clipsadora con sus clips	Unidad
Baterías AA	Unidad
Borrador	Unidad
Saca punta Manual	Unidad
Hojas bond oficio blancas	Ciento
Tóner o tinta para impresora	Unidad
Hojas periódico (para papelógrafo)	Unidad
Lápices	Unidad
Plumas	Unidad
Tijera	Unidad
USB	Unidad

Tipo	FORMULARIOS Y TARJETAS	Unidad de medida
Ficha N°1 - Atención Integral de la Mujer en Edad Fértil	Formulario de anamnesis y examen físico ginecológico-planificación familiar, Papel bond 81/2 X 11 (tiro y retiro)	unidad
	Formulario de examen ginecológico y seguimiento ginecología y planificación familiar, Papel bond 81/2 X 11 (tiro y retiro)	unidad
	Formulario de inscripción	unidad
	Formulario de solicitud de evaluación citológica ( Pap, Papel bond 81/2 X 11 )	unidad
	Tarjetas de Vacunas adulto. Papel bond 81/2 X 11	unidad
	Tarjetas de control de citas para toma de Papanicolau. Cartoncillo blanco 7" x 6 ",Tiro y retiro	unidad
	Formulario del SURCO	unidad
Ficha N°2 - Atención Integral de la Embarazada	Formulario de inscripción	unidad
	Formulario historia clínica perinatal Form. N°1. , 2 colores, Papel bond 81/2 X 11 ( tiro y retiro)	unidad
	Formulario Materno Infantil seguimiento, Papel bond 81/2 X 11 ( tiro y retiro)	unidad
	Formulario Monitoreo de ganancia de peso embarazadas. Papel bond 81/2 X 14 ( tiro y retiro)	unidad
	Formulario seguimiento de caso, Papel bond 81/2 X 11 ( tiro y retiro)	unidad
	Formulario de seguimiento odontológico	unidad
	Grafica de evaluación de altura uterina edad gestacional y Incremento de peso materno en Kilogramos para semana de edad gestacional. Papel bond 81/2 X 11 ( tiro y retiro)	unidad
Tarjetas Programa Maternal (Embarazo), Seguimiento de caso. Cartoncillo rosado 7" x 6", tiro y retiro"	unidad	
Ficha N°3 Y 4- Atención Integral del Parto Y Neonato	Formulario de Partograma Papel bond 81/2 X 11 ( tiro y retiro)	unidad

Reglamento Operativo de la Estrategia de Extensión de Cobertura  
Direcciones Regionales de Salud, enero 2023

Ficha N°3 Y 4- Atención Integral del Parto	Formulario hcp14 Y 15, Papel bond 81/2 X 11 ( tiro y retiro)	unidad
Ficha N°5 - Atención Integral del Puerperio	Formulario de anamnesis y examen físico ginecológico-planificación familiar, Papel bond 81/2 X 11 ( tiro y retiro)	unidad
	Formulario de examen ginecológico y seguimiento ginecología y planificación familiar, Papel bond 81/2 X 11 ( tiro y retiro)	unidad
	Formulario de inscripción	unidad
	Formulario de solicitud de evaluación citológica ( Pap, Papel bond 81/2 X 11 )	unidad
	Tarjetas de control de distribución de alimentos, Madre Lactante. Cartoncillo 7" x 6 "color rosado, tiro y retiro	unidad
	Tarjetas de control de citas para toma de Papanicolau. Cartoncillo blanco 7" x 6 ",Tiro y retiro	Unidad
	Tarjetas de control de planificación familiar. Cartoncillo blanco 5" x 4 ", tiro y retiro	unidad
	Formulario de control puerperal ,Papel bond 81/2 X 11 ( tiro y retiro)	unidad
Ficha N°6 - Atención Integral del Menor de 24 Meses	Formulario de curva para niñas , Papel bond 81/2 X 11 ( tiro y retiro) (HCP 18 a)C31:C36	
	Formulario de anamnesis pediátrica menores de 5 años niños. Papel bond 81/2 X 11 ( tiro y retiro)	unidad
	Formulario de curva para niños , Papel bond 81/2 X 11 ( tiro y retiro) (HCP 18b)	unidad
	Formulario de evaluación del desarrollo del niño menor de 1 año niños y niñas, Papel bond 81/2 X 11 (tiro y retiro)	unidad
	Formulario de inscripción	unidad
	Tarjeta de control de salud de la niña cartoncillo blanco 81/2 x 14, a 4 colores. Tiro y retiro	unidad
	Tarjetas de control de distribución de alimentos Programa Infantil. Cartoncillo color amarillo 7" x 6 ", Tiro y retiro	Unidad
Ficha N°7 - Atención Integral del Niño de 2 a 5 años	Formulario de curva para niñas , Papel bond 81/2 X 11 ( tiro y retiro) (HCP 18 a)	Unidad
	Formulario de inscripción	Unidad
	Formulario de anamnesis pediátrica menores de 5 años niños. Papel bond 81/2 X 11 ( tiro y retiro)	Unidad
	Formulario de curva para niños , Papel bond 81/2 X 11 ( tiro y retiro) (HCP 18b)	Unidad
	Formulario de grafica de estado nutricional según índice de masa corporal hombres de 5-19 años. Papel bond 81/2 X 11 ( tiro y retiro)	Unidad
	Formulario de grafica de estado nutricional según índice de masa corporal mujeres de 5-19 años. Papel bond 81/2 X 11 ( tiro y retiro)	Unidad
	Formulario de seguimiento niño fuera de programa 5-19 años. Papel bond 81/2 X 11 ( tiro y retiro)	Unidad
Ficha N°8 - Atención Integral del del Escolar de 5 a 9 años	Formulario de curva para niñas , Papel bond 81/2 X 11 ( tiro y retiro) (HCP 18 a)	
	Formulario de anamnesis pediátrica menores de 5 años niños. Papel bond 81/2 X 11 ( tiro y retiro)	
	Formulario de inscripción	
	Formulario de curva para niños , Papel bond 81/2 X 11 ( tiro y retiro) (HCP 18b)	
	Formulario de grafica de estado nutricional según índice de masa corporal hombres de 5-19 años. Papel bond 81/2 X 11 ( tiro y retiro)	
	Formulario de grafica de estado nutricional según índice de masa corporal mujeres de 5-19 años. Papel bond 81/2 X 11 ( tiro y retiro)	
	Formulario de seguimiento niño fuera de programa 5-19 años. Papel bond 81/2 X 11 ( tiro y retiro)	
	Tarjeta de control de salud de la niña cartoncillo blanco 81/2 x 14, a 4 colores. Tiro y retiro	
Ficha N°9 - Atención Integral del del Adolescente 10 a 19 años	Formulario de grafica de estado nutricional según índice de masa corporal hombres de 5-19 años. Papel bond 81/2 X 11 ( tiro y retiro)	
	Formulario de inscripción	
	Formulario de grafica de estado nutricional según índice de masa corporal mujeres de 5-19 años. Papel bond 81/2 X 11 ( tiro y retiro)	

Reglamento Operativo de la Estrategia de Extensión de Cobertura  
Direcciones Regionales de Salud, enero 2023

Ficha N°9 - Atención Integral del Adolescente 10 a 19	Formulario de Monitoreo de ganancia de peso en menores de 24 meses. Papel bond 81/2 X 14 ( tiro y retiro)	
	Formulario de seguimiento niño fuera de programa 5-19 años. Papel bond 81/2 X 11 ( tiro y retiro)	
	Formularios historia clínica de adolescente 12-19 años #1, Papel bond 81/2 X 11 ( tiro y retiro)	
	Formulario de seguimiento de caso adolescente	
Ficha N°10 - Atención Integral del del Adulto	Formulario de seguimiento de atención 20 y más, Papel bond 81/2 X 11 ( tiro y retiro)	
	Formulario de inscripción	
	Tarjetas de Vacunas adulto. Papel bond 81/2 X 11 Tarjetas de control de citas para toma de Papanicolau. Cartoncillo blanco 7" x 6 ",Tiro y retiro	
	Historia clínica para personas de 20 y más, página 1, Papel bond 81/2 X 11 ( tiro y retiro)	
Ficha N°11 - Atención Integral del del Adulto Mayor 60 años	Formulario de seguimiento de atención 20 y más, Papel bond 81/2 X 11 ( tiro y retiro)	
	Formulario de inscripción	
	Carpetas de atención	
	Historia clínica para personas de 20 y más, página 1, Papel bond 81/2 X 11 ( tiro y retiro)	
	Tarjetas de Vacunas adulto. Papel bond 81/2 X 11	
	Tarjetas de control de citas para toma de Papanicolau. Cartoncillo blanco 7" x 6 ",Tiro y retiro	
<b>Tipo</b>	<b>FORMULARIOS</b>	<b>Unidad de medida</b>
Insumos	Grafica de evaluación de altura uterina edad gestacional e Incremento de peso materno en Kilogramos para semana de edad gestacional. Papel bond 81/2 X 11 (tiro y retiro)	Unidad
Insumos	Historia clínica para personas de 20 y más, página 1, Papel bond 81/2 X 11 (tiro y retiro)	Unidad
Insumos	Hoja de inspección sanitaria de edificios. Papel bond 81/2 X 14 (tiro y retiro)	Unidad
Insumos	Hoja de promoción y educación en salud. Papel bond 81/2 X 14 (tiro y retiro)	Unidad
Insumos	Hoja de registro de Sales de Hierro. Papel bond 81/2 X 14 (tiro y retiro)	Unidad
Insumos	Hoja de registro de vacunación. Papel bond 81/2 X 14 (tiro y retiro)	Unidad
Insumos	Hoja de registro diario de Actividades. Papel bond 81/2 X 14 (tiro y retiro)	Unidad
<b>Tipo</b>	<b>FORMULARIOS</b>	<b>Unidad de medida</b>
Insumos	Hoja del registro diario de distribución del alimento complementario PATMI. Papel bond 81/2 X 14 (tiro y retiro)	Unidad
Insumos	Registro de vacunación del adulto 5 ¼x 4 ¼ cartulina celeste	Unidad
Insumos	Tarjeta de control de salud de la niña cartoncillo blanco 81/2 x 14, a 4 colores. Tiro y retiro	Unidad
Insumos	Tarjetas de control de citas para toma de Papanicolau. Cartoncillo blanco 7" x 6 ", Tiro y retiro	Unidad
Insumos	Tarjetas de control de distribución de alimentos del PATMI, (Niños). Cartoncillo color amarillo 7" x 6 ", Tiro y retiro	Unidad
Insumos	Tarjetas de control de distribución de alimentos del PATMI, (Embarazada y Madre Lactante). Cartoncillo 7" x 6 "color rosado, tiro y retiro	Unidad
Insumos	Tarjetas de control de planificación familiar. Cartoncillo blanco 5" x 4 ", tiro y retiro	Unidad
Insumos	Tarjetas de Vacuna de Niño menor de 5 años. Papel bond 81/2 X 11	Unidad
Insumos	Tarjetas de Vacunas adulto. Papel bond 81/2 X 11	Unidad
Insumos	Tarjetas de Vacunas Niño fuera de programa. Papel bond 81/2 X 11	Unidad
Insumos	Tarjetas Programa Maternal (Embarazo), Seguimiento de caso. Cartoncillo rosado 7" x 6", tiro y retiro"	Unidad
Insumos	Trípticos de alimentación preescolar	Unidad
Insumos	Registro diario de toma de muestra de sangre para malaria	Unidad
Insumos	Hoja de investigación de caso primario de malaria	Unidad
Insumos	Formularios, tarjetas y hojas a modo general	Unidad
Insumos	Carpetas de atención	Unidad

Reglamento Operativo de la Estrategia de Extensión de Cobertura  
Direcciones Regionales de Salud, enero 2023

<b>MATERIAL EDUCATIVO</b>	<b>Unidad de medida</b>
Inicio de Relaciones Sexuales	unidad
alimentación saludable	unidad
Cartilla de Consejería sobre parto	unidad
Cartilla informativa ácido fólico	unidad
Manual del Promotor Comunitario	unidad
Manual de Manejo de Desechos Sólidos Hospitalarios (DSH)	unidad
Cuidado y Control del Recién nacido	unidad
Esquema de la Red de Atención del CONE	unidad
Estilo de vida saludable	unidad
Guía para principales morbilidades	unidad
Guías alimentarias para Panamá	unidad
Lactancia materna	unidad
Lamina agudeza visual	unidad
Afiche o volante del plato de la alimentación	unidad
Manejo agua segura manual educativo	unidad
Manual de Casas Maternas	unidad
Manual de capacitación de comités de salud	unidad
Manual de capacitación de parteras	unidad
Manual del promotor Comunitario del MINSA	unidad
Manual Educación bucal	unidad
Manuales de capacitación de Juntas Administradoras de acueductos rurales	unidad
Normas AIEPI	unidad
Plan de Parto	unidad
Planificación Familiar	unidad
Manual educativo para la prevención cáncer	unidad
Manual para la Prevención de la parasitosis	unidad
Rotafolio de educación para la salud	unidad
Rotafolio Educación bucal	unidad
Manual Educativo de Salud Sexual	unidad
Trípticos sobre amamantamiento	unidad
Manual Educativo sobre ITS/ VIH/SIDA	unidad

# Apéndice 3: Protocolos de Atención, Prevención y Promoción por curso de vida

**Apéndice 3A: Protocolos de Atención, prevención y promoción para las mujeres en edad fértil (MEF)**

<b>Nº 1</b>	<b>SERVICIO: Promoción de la Salud</b> Consejería individualizada en planificación familiar
<b>OBJETIVO</b>	Orientar a la población general y sobre todo a las mujeres en edad fértil y los hombres, las embarazadas y sus parejas sobre salud sexual y reproductiva, para lograr que las personas en general puedan tomar sus propias decisiones en cuanto a aceptar o no un método anticonceptivo y el más adecuado para ellas.
<b>RESPONSABLE</b>	Personal de salud en general (Médicos Generales, Enfermeras, Trabajadores Sociales, Educadores para la Salud). Promotores Comunitarios capacitados en los criterios de elegibilidad de los métodos de planificación familiar.
<b>POBLACIÓN OBJETIVO</b>	Población general priorizando las mujeres en edad fértil y los hombres, las embarazadas y sus parejas, mujeres en postparto, mujeres en lactancia, mujeres en postaborto, adolescentes, personas que viven con VIH/SIDA.

<b>¿Qué hacer?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Identificar a las MEF, los hombres, las embarazadas y sus parejas u otro grupo objetivo en cualquier actividad que se realice en el centro de salud o extramuros para una sesión educativa grupal.</li> <li>● Confeccionar un listado de participación en la actividad que incluya nombre, apellido, cédula y firma del beneficiario.</li> <li>● Seleccionar el material de apoyo sobre planificación familiar. Debe utilizar los materiales educativos: rotafolio, muestrario de métodos anticonceptivos, guías de género derechos diseñado por DIPROM y validados por la DIGESA y DPSS.</li> <li>● Orientar y conducir la sesión educativa según los 5 pasos de la intervención “Modelo de orientación y consejería en planificación familiar”. Los temas de orientación deben basarse en el respeto a los derechos de salud sexual y reproductiva y a la igualdad de género, respondiendo a las necesidades de las mujeres, estimulando sus decisiones autónomas y la responsabilidad y participación de los hombres.</li> <li>● Brindar información correcta y actualizada sobre los métodos anticonceptivos.</li> <li>● Mantener actualizados los registros de las de las actividades de información, comunicación, educación y participación social realizadas por las instalaciones de salud tanto intramuros como extramuros.</li> <li>● Ofrecer motivaciones y respuestas de acuerdo con las inquietudes o necesidades identificadas y a los comportamientos o prácticas basados en los criterios de elegibilidad de los métodos anticonceptivos.</li> <li>● Revisar y dialogar sobre conocimientos adquiridos en sesiones previas.</li> <li>● Asegurarse que la persona entendió la información recibida y que hizo la selección del método basado en una decisión informada.</li> <li>● Registrar en el expediente, Hoja de registro diario de actividades y Tarjeta de Seguimiento de Caso; la orientación y consejería individualizada brindada a la persona o pareja.</li> </ul>
<b>¿Con qué frecuencia se realiza?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Durante las consultas específicas de todas las usuarias del programa de planificación familiar.</li> <li>● Durante las consultas de atención en general como valor adicional</li> <li>● A demanda específica de los /as interesados/as.</li> <li>● En las consultas de giras itinerantes en las comunidades</li> <li>● En visitas domiciliarias</li> </ul>

## ¿Cómo hacerlo?

### ●Orientar la consejería:

- De manera individual a cada MEF/ hombre o embarazadas u otra persona del grupo objetivo en los procesos de atención, considerar una duración mínima de 15 minutos.
- Utilizando manuales, guías y materiales de apoyo (láminas, rotafolio, material demostrativo o trípticos) sobre planificación familiar establecidos por el MINSA.

●En los momentos de la orientación/consejería en anticoncepción el/la orientador/a debe desarrollar los 5 pasos del Modelo de orientación y consejería en PF siguiendo la Guía:

#### PRIMER PASO: ESTABLECE UNA RELACIÓN CORDIAL

- Reciba amablemente a la persona, siguiendo las maneras de saludo locales.
- Invítele a tomar asiento.
- Preséntese e identifíquese: ... (Me llamo, mi nombre es...)
- Pregunte/llame por su nombre: ¿...?
- Cree un ambiente de confianza y agradable: ¿de dónde vienes?
- Hable de la privacidad de lo conversado y de la confidencialidad, acordando con el/la usuario/a algunas acciones, como el cierre de la puerta, la protección con biombos, u otro.

#### SEGUNDO PASO: IDENTIFICA SUS NECESIDADES

- Hable en el idioma del lugar o facilite la presencia autorizada por el o la usuaria de un intérprete (puede ser un familiar de su confianza o algún funcionario/a del establecimiento).
- Pregunte el motivo de la consulta o visita. Anime a la persona a que exprese sus necesidades y deseos con preguntas sencillas y tono de voz amigable: ¿Acude usted por primera vez?
- Profundice las informaciones (Por ejemplo: pregunte por su salud en general, intenciones reproductivas, actitud de la pareja, experiencias con métodos anticonceptivos, etc.).
- Aclare y repita para verificar si ha comprendido bien la información.
- Practique la escucha activa. Muestre interés por lo que la persona dice.

#### TERCER PASO: RESPONDE A SUS NECESIDADES

- Responda adecuadamente a las necesidades ofreciendo información actualizada, clara y precisa.
- Ofrezca información detallada sobre el método anticonceptivo que la persona tiene en mente o sobre las opciones de anticonceptivos que pueden satisfacer sus necesidades.
- Use el material visual de apoyo: Rotafolio, muestrario de métodos anticonceptivos.
- Describa qué es el método, efectividad, mecanismo de acción, modo de uso, señales de alarma, retorno de la fertilidad. Verifique los criterios médicos de elegibilidad para el anticonceptivo seleccionado.
- Facilite la reflexión sobre el método elegido y las características de la persona para poder usar o no el método.
- Aclare las dudas y conceptos erróneos, usando el material educativo de apoyo.

#### CUARTO PASO: VERIFICA LA COMPRESIÓN

- Pida que la persona repita la información dada. Para el método elegido, verifique el modo de uso, los posibles efectos secundarios y las señales de alarma.
- Solicite la demostración de cualquier habilidad o procedimiento que se le haya enseñado (por ejemplo: la colocación del condón).
- Aclare dudas con ejemplos sencillos

#### QUINTO PASO: MANTIENE LA RELACIÓN CORDIAL

- Colóquese a disposición de el/la usuaria.
- Programe fechas para la visita de control o de reabastecimiento.
- Asegure la disponibilidad de los/as proveedores en caso de presentarse efectos secundarios o señales de alarma.
- Refiera a otros servicios o profesionales cuando sea necesario.
- Registre la orientación/consejería en el Expediente, en la Hoja de Registro Diario de Actividades y Tarjeta de Seguimiento de Caso.

●En toda orientación enfatice que la anticoncepción es un derecho que salva vidas. Además, el espaciamiento de embarazos ayuda a que las mujeres, los niños y toda la familia estén más sanos.

●Motivar e insistir a las personas a seguir y cumplir con las recomendaciones dadas.

<b>¿Dónde hacerlo?</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>● Instalaciones de Salud.</li><li>● Local extramuros habilitado para dar atención (ej. ferias de salud, giras y jornadas)</li><li>● Escuelas</li><li>● Casas (visita domiciliaria)</li></ul>
<b>¿Con qué hacerlo?</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>● Utilizar para las sesiones educativas los materiales diseñados y validados por el MINSA:</li><li>● Manuales y Guías de Orientación Consejería en anticoncepción para proveedores.</li><li>● Manuales y Guías de Orientación Consejería en anticoncepción para promotores.</li></ul>
<b>Información que genera</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>● Número de OC individualizadas y grupales en PF según grupos de población objetivo en instalaciones de salud.</li><li>● Número de OC individualizadas y grupales en PF según grupos de población objetivo en giras itinerantes.</li></ul>
<b>Referencia y contrareferencia</b>
<p>SURCO aplica para derivar pacientes hacia instalaciones de mayor capacidad resolutive. Ej. Pacientes que seleccionan esterilización quirúrgica.</p> <p>Tarjeta de Seguimiento de Caso.</p>

Reglamento Operativo de la Estrategia de Extensión de Cobertura  
Direcciones Regionales de Salud, enero 2023

<b>N° 2</b>	<b>SERVICIO: Promoción de la Salud</b> Acciones Grupales Educativas en-Planificación Familiar
<b>OBJETIVO</b>	Orientar a las MEF y los hombres, embarazadas, adolescentes u otros grupos objetivo sobre planificación familiar mediante una estrategia educativa grupal de participación-acción con diferentes grupos de la comunidad, que mejora el conocimiento, el acceso a los servicios de SS y R y coadyuva a la orientación en anticoncepción.
<b>RESPONSABLE</b>	Personal de salud en general (Médicos Generales, Enfermeras, Educador para la Salud y Promotores capacitados en los criterios de elegibilidad en PF).
<b>POBLACIÓN OBJETIVO</b>	Población general sobre todo MEF y los hombres, embarazadas, adolescentes u otros grupos.

<b>¿Qué hacer?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Identificar a las MEF, los hombres, las embarazadas y sus parejas u otro grupo objetivo en cualquier actividad que se realice en el centro de salud o extramuros para una sesión educativa grupal.</li> <li>● Confeccionar un listado de participación en la actividad que incluya nombre, apellido, cédula y firma del beneficiario.</li> <li>● Seleccionar el material de apoyo sobre planificación familiar. Debe utilizar los materiales educativos: rotafolio, muestrario de métodos anticonceptivos, guías de género derechos diseñado por DIPROM y validados por la DIGESA y DPSS.</li> <li>● Requiere del personal encargado preparación técnica en:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Metodologías y técnicas participativas.</li> <li>- Educación Andragógica.</li> <li>- Manejo de métodos anticonceptivos y otros contenidos de Salud Sexual y Reproductiva (SSR).</li> <li>- Sensibilidad y habilidades en los enfoques de DSDR, género, interculturalidad y participación.</li> <li>- Conocimiento de las características de las personas del lugar: idioma, cosmovisión, simbología, intereses y necesidades.</li> <li>- Manejo de materiales educativos de apoyo.</li> </ul> </li> <li>● Organice o planifique las acciones educativas a largo plazo, según la realidad y aceptación local (grupos separados por género u otro criterio o mixtos).</li> <li>● Desarrolle las acciones educativas propiamente dichas.</li> <li>● Finalice la acción educativa y regístrela</li> <li>● Evalúe el desarrollo de la misma con el ESN.</li> </ul>
<b>¿Con qué frecuencia se realiza?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Durante las visitas a las comunidades.</li> <li>• A demanda específica de los /as interesados/as.</li> <li>• Es un proceso programado, por tanto, deben realizarse al menos 4 sesiones al mes.</li> </ul>

## ¿Cómo hacerlo?

- Considerar Orientar toda acción educativa colectiva:
- De manera grupal según sea el grupo objetivo para la actividad programada, considerar duración es de 1 a 2 horas.
- Utilizando material de apoyo (manuales, guías, láminas, rotafolios, material demostrativo o trípticos) sobre el tema.
- Personal encargado preparación técnica en:
  - Metodologías y técnicas participativas.
  - Educación Andragógica.
  - Manejo de métodos anticonceptivos y otros contenidos de SSR.
- PASO 1: Organice la acción educativa
  - a) Programe la acción educativa con anticipación:

Esta programación debe ser parte de las actividades rutinarias del equipo básico. Es fundamental que los temas sobre anticoncepción a desarrollarse sean conocidos anticipadamente con los grupos a quienes se dirigen.
  - b) Defina los objetivos de la acción educativa:

Estos se plantean de acuerdo con el o los temas seleccionados. Contar con dos objetivos como máximo ayuda a que la acción educativa se cumpla y sea ágil.
  - c) Prepare los contenidos de la acción educativa:

Tome en cuenta las características de las personas que participaran en la acción educativa. Tenga en cuenta las características del Modelo para transmitir mensajes claves sobre género, derechos y calidad de la atención.
  - d) Prepare los materiales educativos de apoyo (láminas, muestrarios de métodos anticonceptivos).
  - e) Adecue el ambiente seleccionado para el número de participantes (entre 7 a 15 personas). Utilice sillas, bancos u otros elementos para sentarse, dispóngalos en semicírculo.

¡Recuerde! Utilice las Guías de Apoyo y revise la Guía de Ejemplo de una acción educativa grupal.
- PASO 2: Desarrolle la acción educativa
  - a) Establezca una buena interacción con el grupo:

Realice una técnica de presentación integradora (dinámica de grupos) al inicio, por ejemplo “la telaraña”. Establezca las reglas de la acción educativa (tiempo, participación y confidencialidad). Mantenga la integración y la relación cordial con el grupo.
  - b) Parta del conocimiento del grupo:

Identifique la información que tienen sobre los métodos anticonceptivos. Escuche con atención.

¡Recuerde! Es importante conocer los saberes locales para desarrollar la mejor forma de poder ayudar. Identifique rumores o creencias erróneas sobre los métodos. Indague sobre el origen de estos rumores o creencias.
  - c) Corrija la información no adecuada (creencias y rumores)

Responda en forma directa, enfocándose en las dudas de las personas.
  - d) Brinde información correcta, clara y objetiva:

Profundice las informaciones.

Use apoyo visual.

Use técnicas de comunicación verbal y no verbal.

¡Recuerde! Durante su capacitación usted adquiere habilidades de comunicación y técnicas para el manejo de grupo. Elogie e incentive la participación.

Transmita mensajes claves sobre derechos e igualdad de género.

Verifique la comprensión.
- PASO 3: Finalización de la acción educativa

Agradezca la participación.

Póngase a disposición de quien lo necesite.

Estimule la búsqueda de una orientación/consejería en anticoncepción individual o en pareja.

Tome en cuenta otros temas de interés del grupo para próximas acciones educativas.

Registre la acción educativa en el Registro Diario de Actividades.

Finalmente, evalúe la AEG con los asistentes y luego con el ESN.

<b>¿Dónde hacerlo?</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>● Instalaciones de Salud en general, en sala de espera u otros ambientes disponibles y adecuados para esto.</li><li>● En la Comunidad en la Sala del Congreso Local o en la Escuela.</li></ul>
<b>¿Con qué hacerlo?</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>● Materiales educativos de apoyo como Láminas de consejería o material demostrativo o muestrarios de métodos anticonceptivos</li><li>● Manual y Guía de Consejería Salud Sexual y Reproductiva</li><li>● Utilice sillas, bancos u otros elementos para sentarse, dispóngalos en semicírculo</li></ul>
<b>Información que genera</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>● Número de Acciones Educativas Grupales en PF en general en instalaciones de salud.</li><li>● Número de AEG en PF y otros temas según grupos de población objetivo (hombres, mujeres, mixtos, embarazadas, adolescentes, otros) en instalaciones de salud.</li><li>● Número de Acciones Educativas Grupales en PF y otros temas en general en la comunidad.</li></ul>
<b>Referencia y contrareferencia</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>● Notas de referencia para sesiones de Orientación Consejería individualizada en SSR.</li></ul>

<b>N° 3</b>	<b>SERVICIO: Prevención de la Salud</b> Inmunizaciones en las mujeres en edad fértil
<b>OBJETIVO</b>	Promover en las mujeres en edad fértil la importancia de las inmunizaciones y el control de las enfermedades prevenibles por vacunas.
<b>RESPONSABLE</b>	La enfermera
<b>POBLACIÓN OBJETIVO</b>	Mujeres en edad fértil

<b>¿Qué hacer?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollar sesiones educativas para promover la vacunación en mujeres en edad fértil.</li> <li>• Visitar las viviendas de las comunidades beneficiarias para identificar aquellas en que hay mujeres en edad fértil, para sesiones educativas individuales.</li> <li>• Administrar las vacunas a mujeres en edad fértil según normas de vacunación del PAI.</li> <li>• Registro y notificaciones de reacciones adversas supuestamente atribuibles a vacunación.</li> <li>• Registro, notificación y seguimiento de las enfermedades prevenibles por vacuna detectadas.</li> <li>• Orientación sobre la próxima dosis de vacunación.</li> </ul>
<b>¿Con qué frecuencia se realiza?</b>	<p>Según el esquema nacional del Programa Ampliado de Inmunización así:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 15 a 19 años de edad HEPATITIS B (a los que no se les aplicó PENTAVALENTE O HEPATITIS B) y de MMR si no recibió ninguna dosis.</li> <li>• Mujeres en edad fértil entre 15 y 49 años de edad: MR y TD.</li> </ul>

<b>¿Cómo hacerlo?</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordinar con el PAI del nivel regional el despacho de vacunas e insumos con una frecuencia mensual. Los despachos de vacunas e insumos serán contra entrega de informes.</li> <li>• La cantidad de vacunas a solicitar debe ser calculada según la población estimada utilizando el formulario de solicitud de biológicos.</li> <li>• Revisar la norma de vacunación y el esquema de vacunación vigente el cual se actualiza cada año.</li> <li>• Revisar el esquema de vacunación del paciente en la tarjeta de vacunación.</li> <li>• Orientar a la mujer en edad fértil sobre la importancia de la inmunización y el cumplimiento de las citas para la aplicación de las dosis subsecuentes.</li> <li>• Lavarse las manos y preparar el material necesario.</li> <li>• Utilizar la técnica aséptica durante la aplicación de dosis oral e inyectable.</li> <li>• Mantener vigilancia de la cadena de frío. Utilizar termos porta vacunas regulados por el PAI.</li> <li>• Aplicar las dosis de vacunas correspondientes de acuerdo con las normas de vacunación, anotando la fecha actual con tinta y la fecha de la próxima cita con lápiz. Cuando se participe de una actividad extramuros se utilizará pluma roja. (ferias, visitas domiciliarias, jornadas o campañas de vacunación).</li> <li>• Explicar a la mujer en edad fértil, las características de la enfermedad que se va a prevenir y de la vacuna que se administra y sus posibles efectos adversos.</li> <li>• Supervisar la captura de la información en el software del PAI.</li> </ul>

<b>¿Dónde hacerlo?</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Instituciones de salud</li> <li>• Escuelas</li> <li>• En el hogar durante las visitas domiciliarias</li> <li>• Puestos móviles en las comunidades</li> </ul>

<b>¿Con qué hacerlo?</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Hojas de registro diarios de vacunación.</li><li>• Tarjeta de vacuna y el archivo de vacuna.</li><li>• Expediente clínico</li><li>• Tarjeta de seguimiento de caso</li><li>• En caso de presentar reacciones adversas supuestamente atribuidas a la vacuna, debe ser registrado en el formulario reglamentado para este fin.</li></ul> <p><b>Materiales e Insumos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• biológicos (Vacunas)</li><li>• Jeringuillas con agujas,</li><li>• cajas de seguridad</li><li>• Algodón impregnado en agua</li><li>• Termo porta vacunas</li><li>• Neveras de acuerdo con las especificaciones técnicas del PAI</li><li>• Paquetes fríos</li><li>• Cajas frías de poliuretano</li></ul>
<b>Información que genera</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Informe diario de registro de vacunas.</li><li>• Notificación inmediata de reacciones adversas a vacunas.</li><li>• Notificación inmediata de casos de enfermedades prevenibles por vacuna.</li><li>• Número de primeras, segundas, terceras y refuerzos dosis aplicadas por tipo de vacunas y grupos priorizados.</li></ul> <p><b>Información generada por REGES bajo supervisión de enfermería:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Informe mensual de vacunas</li><li>○ Coberturas de vacunación alcanzados MEF, tipo de vacunas, por corregimiento y por distrito. (trimestrales, semestrales y anuales).</li><li>○ Análisis de las coberturas alcanzadas según la información generada por REGES</li><li>○ Número de MEF sensibilizadas en las sesiones educativas sobre importancia de las inmunizaciones para lograr un estilo de vida saludable.</li></ul>
<b>Referencia y contrareferencia</b>
Referencia en caso de que existe alguna reacción adversa.

<b>N° 4</b>	<b>SERVICIO: Prevención de la Salud</b> Atención integral para las mujeres en edad fértil, toma de muestra para PAP y examen de mama
<b>OBJETIVO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Detectar tempranamente el cáncer cérvico uterino, a través de la muestra de citología exfoliativa (PAP).</li> <li>• Identificar precozmente la presencia de signos sospechosos de cáncer mamario mediante el examen de mamas.</li> </ul>
<b>RESPONSABLE</b>	Médico(a), Enfermera(o)
<b>POBLACIÓN OBJETIVO</b>	Mujeres a partir de los 15 años (que hayan iniciado vida sexual activa).

<b>¿Qué hacer?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promoción y Educación a las mujeres en edad fértil en especial sobre la importancia de la toma periódica del PAP</li> <li>• Información y Consejería individual</li> <li>• Examen físico de mamas, para detectar nódulos o lesiones ulcerativas.</li> <li>• Promoción y educación a las mujeres en edad fértil, sobre la importancia del examen y auto examen de mamas</li> <li>• Toma de la muestra de citología cervicovaginal</li> <li>• Evaluación clínica del cuello uterino</li> <li>• Registro de la toma de PAP en el carné de PAP y la Tarjeta de Seguimiento de Caso y el Cuaderno de PAP.</li> <li>• Envío de la muestra al laboratorio debidamente fijada, rotulada y embalada acompañada del Formulario de Citología</li> <li>• Recibir los resultados, anotarlos en el Cuaderno de PAP</li> <li>• Entrega de los resultados a las pacientes.</li> <li>• Localización de casos que requieran seguimiento o referencia.</li> </ul>
<b>¿Con qué frecuencia se realiza?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen de mamas y toma de PAP al momento de la captación de la usuaria independientemente del motivo de la consulta.</li> <li>• Control anual de PAP</li> <li>• Examen de mama en cada contacto con la paciente.</li> <li>• Resultado de PAP con procesos inflamatorios específicos e inespecíficos (tricomonas, monilias, herpes, clamidia, amebas, radiación, deficiencia de ácido fólico), cada seis meses.</li> <li>• Observación: Con dos o más PAP inflamatorio a pesar del tratamiento, referir a la clínica de patología cervical y colposcopia.</li> </ul>

### ¿Cómo hacerlo?

- Instruir a la paciente sobre el examen que se le realizará
- Colocar a la paciente en decúbito dorsal, explorar visualmente las mamas y luego palpar suavemente desde el pezón hacia los extremos.
- Colocar a la paciente en posición ginecológica
- Introducir el espéculo sin lubricar. Visualizar el cuello.
- En caso de vaginitis atrófica o muy poca lubricación, mojar un poco la punta del espéculo en solución salina normal o agua corriente.
- Identificar la placa con el número de cédula con lápiz de cera o marcador especial directamente sobre el portaobjetos.
- Recoger la muestra con espátula tipo Ayre, Rubin, depresor de lengua y/o citobrocha según el caso.
- 2. Recoger la muestra de la unión escamo columnar y del fondo de saco vaginal.
  - Cuando la unión escamo columnar es endocervical, deberá tomarse la muestra con citobrocha. El depresor de lengua sólo debe utilizarse cuando la unión escamo columnar es visible en su totalidad.
  - Cuando existe un ectropión, hay que recordar que la unión escamo columnar se encuentra en la periferia y que es en ese nivel donde debe tomar la muestra, usando la parte roma de la espátula.
  - El raspado se hará con un movimiento giratorio de la espátula de 360° sobre la unión escamo columnar.
  - Repartir la muestra al revés o en sentido contrario. Distribuir de manera uniforme y fina con la misma espátula o citobrocha sobre el portaobjetos limpio previamente rotulado.
  - Fijar inmediatamente a una distancia de 25 a 30 cm con un fijador adecuado y colocar en posición horizontal hasta que se seque el extendido cervicovaginal. Se fija en el menor tiempo posible, a fin de evitar que se seque el material para estudio citológico.
  - Si no hay spray, colocar la lámina en un frasco que contenga alcohol etílico al 95%. El alcohol debe quedar por encima del extendido. En el borde de las laminillas se colocará un “clip” para evitar que se adhieran unas a otras. Los frascos deben transportarse cerrados. Los frotis deben permanecer en el líquido fijador durante media hora mínimo y no más de dos semanas. No se deben sacar las placas del líquido fijador hasta que vayan a ser teñidas en el laboratorio.
  - Enviar las muestras fijadas, rotuladas y embaladas al laboratorio de citología semanalmente, acompañadas de los correspondientes formularios de Citología y del cuaderno para el registro de placas.
  - El Laboratorio de Citología devolverá en un tiempo no mayor de una semana el resultado del PAP. El reporte debe hacerse utilizando el sistema de Bethesda.
  - En los casos de frotis no satisfactorio el PAP deberá repetirse lo antes posible.

### ¿Dónde hacerlo?

Casa habilitada, albergue materno, domicilio u otro lugar habilitado que ofrezca la debida privacidad a la paciente.

### ¿Con qué hacerlo?

- |  |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Portaobjetos</li> <li>• Espátulas de Madera (Ayre, Rubis, depresor de lengua), citobrochas.</li> <li>• Fijador aerosol (citospray) y alcohol etílico al 95%. En caso de no contar con los fijadores anotados se sugiere como alternativa fijadora de cabello sin laca y sin olor.</li> <li>• Guantes</li> <li>• Espéculos vaginales</li> <li>• Lápiz de cera o marcador especial (Edding 3,000)</li> <li>•</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cajillas para portar las placas fijadas.</li> <li>• Carnet de Papanicolau para la paciente. Formularios de solicitud de Citodiagnóstico.</li> <li>• Tarjeta de seguimiento de caso.</li> <li>• Cuaderno especial para el registro de las placas enviadas y recibidas del laboratorio de citología.</li> <li>• Camilla, rollo de papel desechable.</li> <li>• Lámpara de pie</li> <li>• Banquillo.</li> </ul> |
|--|---|

**Información que genera**

- Cobertura de examen de mama.
- Cobertura de toma de Papanicolau global y parcial.
- Porcentaje de mujeres con PAP por primera vez en su vida o con más de dos años del último examen
- Toma de PAP según la edad
- Incidencia de lesiones premalignas y malignas de cáncer del cuello uterino

**Referencia y contrareferencia**

- Formularios del SURCO
- Se referirá a una Unidad de Patología Cervical y Colposcopia toda paciente con citología cérvico vaginal que indique alguna anomalía: Atipias epiteliales escamosas y glandulares de origen no determinado; infección por el Virus de Papiloma Humano; Displasias o Lesiones de Bajo o Alto Grado; Cáncer.
- La paciente con lesión clínica sospechosa o franca se referirá directamente a una Unidad de Patología Cervical y Colposcopia.
- La paciente con presencia de masa, protuberancia en el seno, lesiones ulcerativas y secreción se referirá al médico y para mamografía.

<b>N° 5</b>	<b>SERVICIO: Prevención de la salud</b> Planificación familiar y salud reproductiva (atención integral para las mujeres en edad fértil y administración de anticonceptivos para mujeres de 15 y 49 años en unión)
<b>OBJETIVO</b>	Proporcionar a la población información, consejería en salud reproductiva y regulación de la fecundidad. También deberá proveer los métodos para la regulación de la fecundidad previa decisión y elección informada.
<b>RESPONSABLE</b>	Médico(a), Enfermera (o), Promotor(o) de Salud.
<b>POBLACIÓN OBJETIVO</b>	Mujeres en edad reproductiva, hombres.

<b>¿Qué hacer?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promoción, difusión del Programa de Planificación Familiar</li> <li>• Información y educación individual y grupal</li> <li>• Consejería</li> <li>• Selección, prescripción y aplicación del método según disponibilidad</li> <li>• Referencia según el caso</li> <li>• Competencias y responsabilidad:</li> <li>• El Médico General, la Enfermera o el Promotor o Educador para la Salud, capacitado en atención de planificación familiar, brindarán atención y orientación a toda persona que solicite un método de planificación familiar.</li> <li>• Competencia según tipo de personal en los servicios de planificación familiar:</li> </ul>
--------------------	---

MÉTODO	PROFESIONAL RESPONSABLE		
	Médico (a)	Enfermera(o)	Técnico(a) en Salud, Promotor(a) y Partera (capacitada)
Consejería y Orientación	X	X	X
Métodos naturales	X	X	X
MELA	X	X	X
Condón	X	X	X
Espermicidas	X	X	X
Anticonceptivos orales	X	X	X (2)
Hormonales inyectables	X	X	-----
DIU	X	X (1)	-----

Enfermera entrenada para aplicación del DIU.

Técnico en Salud, Promotor o Partera capacitados en la identificación de factores de riesgo.

<b>¿Con qué frecuencia se realiza?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Al momento de la captación de la usuaria.</li> <li>• Controles según el método y acceso al área.</li> </ul>
--	--

### ¿Cómo hacerlo?

- Abrir un expediente y llenar Tarjeta de Seguimiento de Caso
- Interrogatorio. Identificación de factores de riesgo y valoración del riesgo reproductivo.
- Examen físico
- Consejería para la selección y decisión informada
- Señalamiento de la efectividad, duración de la protección anticonceptiva, efectos colaterales, indicaciones sobre el uso correcto del método.
- De ser factible iniciar el método enseguida.
- Referir a una instalación de Salud accesible cuando no existe la posibilidad de proporcionar el método seleccionado o existen factores de riesgo.
- En la consulta subsiguiente se evaluará probables complicaciones por el uso del método, determinación de cambio del método de ser necesario.

Para identificar contraindicaciones al uso de anticonceptivos orales se aplicará el siguiente cuestionario:

<ul style="list-style-type: none"> <li>- FUM; interrogar por signos y síntomas sugestivos de embarazo y si existe duda realizar prueba de embarazo en orina.</li> <li>- Problemas presentes o pasados relacionados a trombosis, embolismos, cardiopatía.</li> <li>- Edad mayor de 40 años</li> <li>- Hábito de fumar</li> <li>- Antecedente de cáncer de mama</li> <li>- Enfermedades activas del hígado, tumores hepáticos, antecedente de ictericia durante el embarazo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lactancia materna actual.</li> <li>- Diabetes Mellitus</li> <li>- Hipertensión arterial</li> <li>- Sangrado vaginal anormal o post coito</li> <li>- Ingesta de Rifampicina o anticonvulsivantes.</li> </ul>
---	--

### ¿Dónde hacerlo?

Casa habilitada, albergue materno, domicilio, Puesto de Salud

### ¿Con qué hacerlo?

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expediente clínico</li> <li>• Tarjeta de Seguimiento de Caso</li> <li>• Esfigmomanómetro</li> <li>• Camilla, rollo de papel desechable</li> <li>• Material Educativo</li> <li>• Guantes</li> <li>• Gasas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tenáculo</li> <li>• Pinza porta-esponjas</li> <li>• Espéculos vaginales</li> <li>• Tijeras</li> <li>• Lámpara de pie</li> <li>• Tinaco de acero inoxidable</li> <li>• Banquillo giratorio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insumos de métodos anticonceptivos</li> <li>• Anticonceptivos orales combinados</li> <li>• Hormonales inyectables combinados</li> <li>• Hormonales inyectables sólo de progestina</li> <li>• Dispositivos intrauterinos tipo T de Cobre 380 A</li> <li>• Condones de Látex</li> </ul>
--	---	--

### Información que genera

- Hoja de Registro Diario
- Número de usuarios según método, edad, sexo.
- Meta: Población de usuaria subsecuente el 100%; 15% y más de las usuarias nuevas.

### Referencia y contrareferencia

- Formularios del SURCO
- Hoja de Referencia

<b>N° 6</b>	<b>SERVICIO: Prevención de la salud</b> Provisión preventiva de hierro y ácido fólico para mujeres menstruantes
<b>OBJETIVO</b>	Prevenir la deficiencia de hierro y ácido fólico.
<b>RESPONSABLE</b>	Médico, Enfermera y Técnico de Enfermería
<b>POBLACIÓN OBJETIVO</b>	Mujeres menstruantes.

<b>¿Qué hacer?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Entregar los suplementos de hierro preventivo y ácido fólico para mujeres menstruantes, de acuerdo a lo establecido en las Normas Técnicas Administrativas y Protocolos de Atención del Programa de Salud Integral de la Mujer, y anotar en el expediente.</li> <li>Dar consejería individual motivacional acerca del consumo adecuado del suplemento de hierro y ácido fólico en cada cita y verificar si lo ha recibido en citas anteriores y si lo toma según el esquema establecido.</li> </ul>
<b>¿Con qué frecuencia se realiza?</b>	Según el esquema preventivo de hierro y ácido fólico para mujeres menstruantes.

### ¿Cómo hacerlo?

- Promover el uso del suplemento de hierro y ácido fólico a partir de la primera atención.
- Mujeres menstruantes: Entregar 12 ó 24 tabletas de 60 mg de hierro elemental y 2.8 mg de ácido fólico. La mujer debe tomarse una tableta una vez por semana por tres meses consecutivos, seguido por un período de no suplementación de 3 meses. Después de este período, la mujer debe reanudar el consumo semanal del suplemento por 3 meses más y así sucesivamente.
- Llenar correctamente el Formulario de entrega de los suplementos de hierro y ácido fólico y entregarlo a la mujer para su retiro en farmacia.
- Explicar a la mujer menstruante, que debe escoger un día a la semana que le sea fácil recordar para tomar el suplemento de hierro y de ácido fólico; y que debe tomarlo una hora antes de cualquier alimento, preferiblemente con agua (no tomarlo con preparaciones que contengan leche y/o café).
- Registrar la dosis del suplemento, una vez entregada, en el expediente
- Administrar de la siguiente forma:

#### **Esquema de administración intermitente de suplementos de hierro y ácido fólico a mujeres menstruantes**

Grupo objetivo	Todas las mujeres menstruantes
Composición	Hierro: 60 mg de hierro elemental <sup>1</sup> Ácido fólico: 2800 µg (2.8 mg)
Frecuencia	Una vez por semana
Duración e intervalo de tiempo entre los períodos de suplementación	Administración trimestral de suplementos (3 meses sí y 3 meses no), de forma que la administración se reinicie cada 6 meses
Entorno	En todo el país
Oportunidad de entrega	-En cada control anual de Papanicolaou -En el Programa de Adolescente
Administración operativa	Mujeres menstruantes: 1 tableta por semana por 12 semanas, dos veces al año. Se deben entregar 24 tabletas anuales.

Fuente: Norma Integral de Prevención y Control de las Deficiencias de Micronutrientes. MINSA, 2017.

<sup>1</sup>60 mg de hierro elemental equivalen a 300 mg de sulfato ferroso heptahidratado, 180 mg de fumarato ferroso o 500 mg de gluconato ferroso.

### ¿Dónde hacerlo?

Lugar donde se desarrolla la atención.
<b>¿Con qué hacerlo?</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Suplemento de hierro y ácido fólico</li><li>• Expediente</li><li>• Formulario de registro diario de entrega de suplemento de hierro</li><li>• Formulario de ENTREGA de los suplementos preventivos de hierro y ácido fólico</li><li>• Material educativo</li></ul>
<b>Información que genera</b>
Número y porcentaje de mujeres menstruantes que recibió dosis preventiva en un período determinado
<b>Referencia y contrareferencia</b>
Tarjeta de control de salud.
<b>¿Documentos de referencia?</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Normas Técnicas- Administrativas y Protocolos de Atención del Programa de Salud Integral de la Mujer. MINSA/CSS, 2015.</li><li>• Norma Integral de Prevención y Control de las Deficiencias de Micronutrientes. MINSA, 2017.</li><li>• Normas de Parteras Tradicionales</li><li>• Manual de Enfermería “El Trabajo coordinado con Parteras Tradicionales en Panamá”, 2006.</li><li>• Normas de Atención de Embarazo de Alto Riesgo. Volumen 2, Año 2000</li></ul>

<b>N° 7</b>	<b>SERVICIO: Promoción de la Salud</b>
Promoción de los controles prenatales	
<b>OBJETIVO</b>	Promover el control de salud precoz, oportuno, continuo y completo de las mujeres en estado de embarazo.
<b>RESPONSABLE</b>	Todo el equipo de salud.
<b>POBLACIÓN OBJETIVO</b>	Mujeres en edad fértil.

<b>¿Qué hacer?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Visitar las viviendas de las comunidades beneficiarias de la CPP para identificar aquellas en donde hay mujeres en edad fértil o embarazadas.</li> <li>● Desarrollar actividades educativas para promover el control prenatal en las mujeres en edad fértil y embarazada, que contribuya a detectar y prevenir oportunamente problemas que pudieran darse durante el embarazo y parto.</li> <li>● Las actividades educativas se realizarán de forma individual o en grupos y la duración de las mismas no será inferior a 1 hora.</li> <li>● En las visitas domiciliarias, la distribución del material educativo debe ser preferiblemente con ilustraciones. Las actividades de capacitación dirigidas a parteras o promotores sobre la importancia del control prenatal, plan de parto y parto institucional, su duración no serán inferior a 5 horas.</li> <li>● Se emitirá un informe con el listado de participantes a las actividades, igualmente para las visitas domiciliarias que se realicen y para el material educativo distribuido. El informe debe contener como mínimo los temas tratados, fecha, dedicación en horas, copia de material distribuido, listado de participantes con nombre, apellido y su respectiva firma, número de cédula y grupo poblacional al que pertenece. En caso que las personas no sepan firmar, se presentará en el renglón adyacente a su nombre la huella de su pulgar derecho.</li> </ul>
<b>¿Con qué frecuencia se realiza?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● En cada visita a las comunidades aprovechando las citas de control del embarazo o de crecimiento y desarrollo de los niños.</li> <li>● Durante visitas domiciliarias.</li> </ul>

<b>¿Cómo hacerlo?</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Invite a las embarazadas y mujeres en edad fértil a las jornadas educativas para explicar los cuidados y controles que se deben seguir durante el período de embarazo.</li> <li>● Invite a las parteras y a los promotores a participar en las actividades de capacitación sobre estos temas.</li> <li>● Promueva el diálogo participativo, permitiendo la intervención de todos los participantes, de manera que puedan hacer preguntas, aclarar dudas, mitos, etc.</li> <li>● Realice visitas domiciliarias, de ser requerido, a las viviendas de las embarazadas inasistentes o con factores de riesgo para concienciarlas sobre el control prenatal.</li> </ul>

<b>¿Dónde hacerlo?</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Instalaciones de Salud</li> <li>● Actividades extramuros (ferias, jornadas, giras, etc.)</li> <li>● Casa Comunal.</li> <li>● Escuelas.</li> <li>● Visitas domiciliarias.</li> </ul>

<b>¿Con qué hacerlo?</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>● Debe utilizar los materiales (Rotafolios, afiches, formularios, fichas), elaboradas por el MINSA.</li><li>● Brinde información específica sobre el control prenatal.</li></ul>
<b>Información que genera</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>● Número de sesiones educativas con mujeres embarazadas.</li><li>● Número de embarazadas que se beneficiaron de las sesiones educativas.</li><li>● Número de visitas domiciliarias a embarazadas con fines educativos.</li></ul>
<b>Referencia y Contrareferencia</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>● Referir a las embarazadas al centro de salud para realizar su control prenatal, si la sesión educativa es realizada durante una visita domiciliaria o actividades extramuros tipo ferias.</li></ul>

<b>N° 8</b>	<b>SERVICIO: Educación para la Salud</b>
Promoción de los Controles Prenatales, del Plan de Parto y del Parto Institucional	
<b>OBJETIVO</b>	Promover el control de salud precoz, oportuno y completo de las mujeres en estado de embarazo. Orientar a la paciente sobre su Plan de Parto y su Parto Institucional.
<b>RESPONSABLE</b>	Todo el equipo de salud.
<b>POBLACIÓN OBJETIVO</b>	Mujeres en edad fértil (15 a 49 años), embarazadas, parteras y promotores.

<b>¿Qué hacer?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Visitar las viviendas de las comunidades beneficiarias de la CPP para identificar mujeres embarazadas.</li> <li>• Desarrollar actividades educativas para promover la atención sobre el control prenatal en embarazadas, con el propósito de detectar y prevenir problemas que pudieran darse durante el embarazo, parto y puerperio.</li> <li>• Sensibilizar sobre el Plan de Parto y el Parto Institucional a las mujeres embarazadas, con el propósito que soliciten los mismos desde la fase más temprana del embarazo y logren su parto en un servicio CONE básico. Enfatice que es un Derecho.</li> <li>• Las actividades educativas y de sensibilización se realizarán en grupos no menores de 10 mujeres y la duración de las mismas no será inferior a 1 hora.</li> <li>• Realizar visitas domiciliarias y distribución de material educativo.</li> <li>• Se emitirá un informe con el listado de participantes a las actividades, igualmente para las visitas domiciliarias que se realicen y para el material educativo distribuido. El informe debe contener como mínimo los temas tratados, fecha, dedicación en horas, copia de material distribuido, listado de participantes con nombre, apellido y su respectiva firma, número de cédula y grupo poblacional al que pertenece. En caso que las personas no sepan firmar, se presentará en el renglón adyacente a su nombre la huella de su pulgar derecho.</li> </ul>
<b>¿Con qué frecuencia se realiza?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En cada visita a las comunidades aprovechando las citas de control de los niños/as o en los circuitos de atención a la población en general.</li> <li>• Durante las visitas domiciliarias.</li> </ul>

<b>¿Cómo hacerlo?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Invite sobre todo a las señoras embarazadas a las jornadas educativas y explique los cuidados y controles que deben seguir durante el período de embarazo, como preparar su plan de parto concertado con su familia y el ESN, y programar su parto institucional.</li> <li>• Promueva el diálogo participativo, permitiendo la intervención de todas las señoras y sus acompañantes (de ser posible), de manera que puedan hacer preguntas y aclaren dudas, mitos, etc. Enfatice los beneficios y que son un derecho.</li> <li>• Realice visitas domiciliarias, de ser posible, a las viviendas de las embarazadas para concienciarlas sobre el control prenatal, plan de parto y parto institucional. Haga partícipe a la familia y a la partera capacitada. Prográmelas de ser necesario.</li> </ul>
-----------------------	---

<b>¿Dónde hacerlo?</b>
------------------------

- Las asambleas o reuniones y las sesiones educativas o capacitaciones se realizan generalmente en los lugares que los grupos utilizan para brindar atención.
- Las asambleas de la comunidad donde puedan agruparse los participantes, escucharse y comunicarse.
- Las sesiones de capacitación u orientación donde haya un mínimo de comodidad y poca distracción.
- Escuelas y Centros de Salud.

#### ¿Con qué hacerlo?

- Realizar las presentaciones con método audiovisual, por ejemplo proyector, de ser posible.
- Utilizar rotafolio, panfletos, etc.
- Aplicar lista de asistencia
- Registro fotográfico, de ser posible
- Utilizar el formulario “conformación de comité de traslado de emergencia”
- Utilizar guías, protocolos, manuales, etc.
- Utilizar el formulario de “plan comunitario de emergencia por signos de alarma”

#### Información que genera

- Número de miembros del Comités de traslado de emergencias.
- Miembros del comité de traslado de emergencia capacitados
- Promotores capacitados
- Informes de giras de seguimiento

#### Referencia y Contrareferencia

- Coordina con el CSR de referencia de la comunidad, para que brinde seguimiento a los planes de parto comunitarios.
- Comunicar, con formatos de referencia, a la instalación resolutive respectiva cuando una mujer está iniciando el trabajo de parto o en casos de emergencias obstétricas o neonatales.
- Referir a las embarazadas a los centros de salud para su control prenatal y elaborar su Plan de Parto inicial con programación de su Parto Institucional.
- Referir a la embarazada de Alto Riesgo.

<b>N° 9</b>	<b>SERVICIO: Promoción de la Salud</b>
	Promoción de los controles puerperales
<b>OBJETIVO</b>	Orientar a las mujeres embarazadas y sus familias sobre la importancia del control después del parto.
<b>RESPONSABLE</b>	Médico, enfermera, técnicos de enfermería, promotores.
<b>POBLACIÓN OBJETIVO</b>	Mujeres en edad fértil, embarazadas y sus acompañantes, parteras y promotores.

<b>¿Qué hacer?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Visitar las viviendas de las comunidades beneficiarias de la CPP para identificar aquellas en las que hay mujeres en edad fértil o embarazadas y elaborar un listado vinculado al padrón de población beneficiaria.</li> <li>● Desarrollar actividades educativas para promover el control de la puérpera desde el alumbramiento hasta la sexta semana, con el propósito de detectar y prevenir complicaciones que pudieran darse durante el puerperio.</li> <li>● Las actividades educativas se realizarán de forma individual o en grupos y la duración de las mismas no será inferior a 1 hora.</li> <li>● Si se realizan actividades de capacitación dirigidas a parteras o promotores sobre la importancia del control prenatal, plan de parto y parto institucional, su duración no será inferior a 5 horas.</li> <li>● Se emitirá un informe con el listado de participantes a las actividades, igualmente para las visitas domiciliarias que se realicen y para el material educativo distribuido. El informe debe contener como mínimo los temas tratados, fecha, dedicación en horas, copia de material distribuido, listado de participantes con nombre, apellido y su respectiva firma, número de cédula y grupo poblacional al que pertenece. En caso que las personas no sepan firmar, se presentará en el renglón adyacente a su nombre la huella de su pulgar derecho.</li> </ul>
<b>¿Con qué frecuencia se realiza?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● En cada visita a las comunidades.</li> <li>● Aprovechando las citas de control prenatal.</li> <li>● Durante visitas domiciliarias.</li> </ul>

<b>¿Cómo hacerlo?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Elabore un programa de capacitación para un mínimo de una hora.</li> <li>● Brindar la capacitación de forma individual o en grupos pequeños.</li> <li>● Utilice un rotafolio de complicaciones del parto y el puerperio para las sesiones educativas diseñado y validado por el MINSA.</li> <li>● Promueva la participación y discusión durante la capacitación.</li> <li>● Realice visitas domiciliarias a las embarazadas y puérperas inasistentes; documente las que rehúsan la atención.</li> <li>● Distribuya material educativo durante las visitas domiciliarias, con información sobre la importancia del control puerperal, preferiblemente con ilustraciones.</li> <li>● Elabore un informe de las actividades de capacitación en promoción del control puerperal y que contenga el listado de participantes.</li> <li>● Elabore un listado de las mujeres visitadas a domicilio</li> <li>● Cuantifique y lleve un registro del material distribuido</li> <li>● De ser posible, emitir mensajes radiales con cápsulas educativas y solicite cooperación de las radioemisoras locales para divulgarlos.</li> <li>● Mantener suficiente material educativo para evitar el desabastecimiento.</li> </ul>
<b>¿Dónde hacerlo?</b>	

- En los hogares
- Casa comunal
- Casa habilitada
- Lugares donde brinda la atención el ESN

#### ¿Con qué hacerlo?

- Realizar las presentaciones con método audiovisual, por ejemplo proyector, de ser posible.
- Utilizar rotafolio, panfletos, etc.
- Aplicar lista de asistencia
- Si es posible registro fotográfico
- Utilizar el formulario “conformación de comité de traslado de emergencia”
- Utilizar guías, protocolos, manuales, etc.
- Utilizar el formulario de “plan comunitario de emergencia por signos de alarma”

#### Información que genera

- Número de miembros del Comité de traslado de emergencias.
- Miembros capacitados del Comité de traslado de emergencia
- Promotores capacitados
- Informes de giras de seguimiento

#### Referencia y Contrareferencia

- Coordinar el CSR de referencia de la comunidad, para que brinde seguimiento a los planes de parto comunitarios.
- Comunicar, con formatos de referencia, a la instalación resolutive respectiva cuando una mujer está iniciando el trabajo de parto, o en casos de emergencias obstétricas o neonatales.

<b>N° 10</b>	<b>SERVICIO: Promoción de la Salud</b>
Identificación de signos de alarma durante el embarazo, parto, puerperio, recién nacido y factores de riesgo asociados al embarazo	
<b>OBJETIVO</b>	Orientar a la población y al equipo comunitario sobre la importancia de identificar oportunamente algunos signos de alarma durante el embarazo, que pueden poner en riesgo la vida del paciente.
<b>RESPONSABLE</b>	Equipo de salud y equipo comunitario.
<b>POBLACIÓN OBJETIVO</b>	Población en general

<b>¿Qué hacer?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●Desarrollar actividades educativas en la población beneficiaria y personal comunitario, para enseñar en la identificación de signos de alarmas d u r a n t e el embarazo; con el propósito de detectar tempranamente y/o prevenir situaciones que pueden poner en riesgo la vida.</li> <li>●Las actividades educativas se realizarán en grupos no menores de 10 personas y la duración de las mismas no será inferior a 1 hora.</li> <li>●Si la actividad está dirigida a parteras, promotores o consejeras, su duración no será inferior a 5 horas.</li> <li>●Adicionalmente se realizará la distribución de material educativo preferiblemente con ilustraciones.</li> <li>●Se emitirá un informe con el listado de participantes a las actividades y del material educativo distribuido.</li> <li>● Se emitirá un informe con el listado de participantes a las actividades, igualmente para las visitas domiciliarias que se realicen y para el material educativo distribuido. El informe debe contener como mínimo los temas tratados, fecha, dedicación en horas, copia de material distribuido, listado de participantes con nombre, apellido y su respectiva firma, número de cédula y grupo poblacional al que pertenece. En caso que las personas no sepan firmar, se presentará en el renglón adyacente a su nombre la huella de su pulgar derecho.</li> </ul>
<b>¿Con qué frecuencia se realiza?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●En cada visita a las comunidades</li> <li>●Durante visitas domiciliarias (si fuese el caso).</li> </ul>

## ¿Cómo hacerlo?

- Utilice un rotafolio sobre signos de alarma
- Organice los grupos con un mínimo de 10 personas para desarrollar la sesión.
- Para cada uno de los temas destaque como mínimo la siguiente información relacionada con signos de peligro:

Del Recién Nacido, resultado de parto inminente o dentro de los primeros 7 días de vida (aunque sea de parto institucional):

- Su piel cubierta con meconio.
- El RN con llanto débil o con dificultad para respirar (esfuerzo respiratorio visible).
- El RN no tiene buen tono muscular (hipotonía, flacidez).
- El RN no está rosado (cianosis, palidez).
- El RN no nació a término (es pretérmino o postérmino)
- El RN tiene Bajo Peso o Muy Bajo Peso según norma MINSA
- Llanto incontrolable
- Rechazo a la lactancia o no lacta (no puede mamar).
- Hipoactivo, muy somnoliento
- Convulsiones o ataques
- Fiebre
- Ictericia generalizada
- Ombligo con secreción purulenta, rojizo o con mal olor.

### Embarazo

Las embarazadas y sus familiares, deben ser alertadas para acudir inmediato a una instalación de salud, si presentan algunos de los siguientes signos o síntomas: ● Sangrado vaginal, en cualquier etapa del embarazo ● Contracciones uterinas no fisiológicas, antes del término del embarazo ● Pérdida de líquido amniótico ● Aumento rápido de peso (2 libras o más por semana) ● Dolor de cabeza frontal o sobre los ojos ● Trastornos de la visión (visión doble, borrosa, manchas o “luces”) ● Zumbido en los oídos ● Edema (particularmente si es en la cara y las manos) ● Dolor epigástrico, especialmente asociado a vómitos en el tercer trimestre ● Ausencia de movimientos fetales ● Cambios en el aspecto del flujo vaginal ● Ardor al orinar ● Distribuya material educativo con información e ilustraciones sobre los temas. ● Elabore un informe de la actividad de capacitación que contenga el listado de participantes con nombre, cédula y firma. ● De ser posible, emitir mensajes radiales con cápsulas educativas y solicite cooperación de las radioemisoras locales para divulgarlos.

### Parto

- Hemorragia
- Bebe presenta a través del introito vaginal alguna parte del cuerpo diferente a la cabeza
- Placenta no sale o placenta retenida
- Labor de parto prolongada
- Ataques o convulsiones
- La mujer presenta desgarro

### Después del Parto

- Hemorragia
- Fiebre alta
- Secreciones vaginales con mal olor
- Dolor fuerte en el vientre
- La mujer queda muy pálida
- Ataques o convulsiones

Factores de Riesgo Asociado al Embarazo, para enfatizar mayor vigilancia y seguimiento:

- Embarazo no deseado
- Embarazo en adolescente

- Gestante de menos de 15 años o más de 35 años
- Residencia lejana o de difícil acceso
- Pobreza y/o analfabetismo
- Nulípara o Multípara
- Antecedentes patológicos de carácter general
- Antecedentes obstétricos patológicos

#### ¿Dónde hacerlo?

- Casa comunal
- Escuelas o iglesias
- Casa habilitada

#### ¿Con qué hacerlo?

- Utilice el rotafolio para presentar y discutir los temas educativos.
- Oriente sobre los signos y síntomas de peligro y utilice láminas para orientar a la población.

#### Información que genera

- Número de personas capacitadas en signos y síntomas de alarma durante el embarazo.

#### Referencia y Contrareferencia

Orientar a la población para realizar la referencia de todas las pacientes con algún signo o síntoma de alarma asociado al embarazo, que pueda poner en riesgo su vida.

<b>Nº 11 y 12</b>	<b>SERVICIO: Promoción</b>
<b>Talleres grupales para embarazadas y madres de niños menores de 24 meses</b>	
<b>OBJETIVO</b>	Promover las conductas clave de NutriVidas para mujeres embarazadas y niños menores de 24 meses durante sesiones grupales con la población objetivo.
<b>RESPONSABLE</b>	Nutricionista o técnico de enfermería con asignaciones de NutriVidas. Si no estuviera disponible este personal, el auxiliar o técnico de enfermería, el técnico de salud o el promotor institucional debidamente capacitado.
<b>POBLACIÓN OBJETIVO</b>	Mujeres embarazadas y madres de niños menores de 24 meses de las regiones donde se ejecute la Iniciativa NutriVidas.

<b>¿Qué hacer?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Programar talleres grupales con las embarazadas y madres de niños menores de 24 meses atendidas por el equipo de salud.</li> <li>● Los temas de los talleres son los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Taller de Alimentación saludable durante el embarazo, dirigido a mujeres embarazadas.</li> <li>- Taller de Lactancia Materna, dirigido a mujeres embarazadas en el tercer trimestre de embarazo y madres de niños menores de 5 meses.</li> <li>- Taller de Alimentación saludable del niño de 6 meses a 2 años, dirigido a madres o cuidadores de niños de 4 a 24 meses.</li> <li>- Taller de Cuidados especiales del niño menor de 2 años, dirigido a madres o cuidadores de niños menores de 24 meses</li> </ul> </li> <li>● Durante el desarrollo de esta actividad se promoverá las conductas clave de NutriVidas, relacionadas con las prácticas de alimentación durante el embarazo y de alimentación y cuidados del niño menor de 24 meses, a través de una metodología participativa para el intercambio de ideas, consejos, experiencias y reflexiones que apoyen la adopción de estas conductas por la población objetivo.</li> </ul>
<b>¿Con qué frecuencia se realiza?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Cada taller debe ofrecerse 6 veces al año, en el caso de la red fija.</li> <li>● En el caso del equipo itinerante, cada taller debe ofrecerse 3 veces al año durante las rondas de atención.</li> </ul>

<b>¿Cómo hacerlo?</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Programe los talleres que vaya a realizar durante el año, tomando en cuenta la modalidad de entrega de los servicios: <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Red fija:</b> cada tema de los talleres debe ofrecerse 6 veces al año. En total al año se brindarán 24 sesiones de cada uno de los temas; es decir, que por mes se realizarán 2 talleres distintos.</li> <li>- <b>Red itinerante:</b> en cada comunidad céntrica atendida deberá ofrecerse 3 veces cada tema durante el año de prestación. En total al año se brindarán 12 sesiones de cada uno de los temas; es decir, que por ronda se realizarán 2 talleres distintos.</li> </ul> </li> <li>● Estime el número de embarazadas y madres de niños atendidas por el equipo de salud y programe el número de talleres mínimos necesarios para cubrir el 100% de la población objetivo.</li> <li>● El número de participantes por taller debe contar con un mínimo de 90% de la población objetivo (mujeres embarazadas y madres o cuidadores de niños menores de 24 meses), sin exceder el número de 12 participantes. En caso de que el número de participantes sea mayor de 12 personas se requiere programar otras sesiones hasta cubrir el total de la población objetivo.</li> </ul>
<b>¿Cómo hacerlo?</b>

- Invite con anticipación a las mujeres que forman parte de la población a la cual va dirigido el taller programado. Elabore una lista de invitación con el nombre del participante, fecha y hora del taller programado.
- Prepare dentro de la instalación de salud un espacio para brindar los talleres.

- En algunas ocasiones, se podrán programar los talleres en escuelas u otros lugares habilitados dentro de la comunidad con el apoyo de las consejeras.
- Considere que el tiempo de duración de la actividad no sea inferior a 1 hora.
- Revise y estudie con anticipación, el contenido del rotafolio de taller que vaya a utilizar.
- Prepare los materiales que se requieran para las actividades (demostraciones) del taller.
- Salude y explique el propósito del taller a las participantes.
- Utilice la lámina frontal del rotafolio de taller para comentar sobre las conductas clave, motivar y conducir a las participantes a la acción.
- Emplee el reverso de la lámina del rotafolio como guía en caso que necesite recordar la información y actividades que debe realizar al comentar la lámina frontal.
- Agradezca la asistencia a las participantes.
- Lleve un control de asistencia a la actividad, llenando los datos solicitados en el Registro de Promoción y Educación en Salud.

#### ¿Dónde hacerlo?

- Centro de Salud
- Casa habilitada.
- Casa comunal
- Escuela

#### ¿Con qué hacerlo?

- Rotafolios de taller de NutriVidas:
  - Alimentación saludable durante el embarazo
  - Lactancia materna
  - Alimentación saludable del niño de 6 meses a 2 años
  - Cuidados especiales del niño menor de 2 años
- Lista de invitación a los talleres de NutriVidas
- Materiales para las sesiones demostrativas (preparación de Vitacrema): olla, agua previamente hervida, paquete de Vitacrema con su cuchara medidora, cucharón para revolver, platitos y cucharitas para degustar.
- Formulario del Registro de Promoción y Educación en Salud

#### Información que genera

- Número de embarazadas que asistieron al Taller de alimentación saludable durante el embarazo.
- Número de mujeres que asistieron al Taller de Lactancia materna.
- Número de madres que asistieron al Taller de alimentación saludable del niño de 6 meses a 2 años.
- Número de madres que asistieron al Taller de cuidados especiales del niño menor de 2 años.
- Número de talleres de Alimentación saludable durante el embarazo, impartidos en un período determinado.
- Número de talleres de Lactancia Materna impartidos en un período determinado.
- Número de talleres de Alimentación saludable del niño de 6 meses a 2 años, impartidos en un período determinado.
- Número de talleres de Cuidados especiales del niño menor de 2 años, impartidos en un período determinado.

#### Referencia y Contrareferencia

Visita domiciliaria a embarazadas	
<b>OBJETIVO</b>	Brindar consejería individual sobre prácticas de alimentación y cuidado durante el embarazo.
<b>RESPONSABLE</b>	Consejera comunitaria
<b>POBLACIÓN OBJETIVO</b>	Embarazadas de las regiones donde se ejecute la Iniciativa NutriVida.

<b>¿Qué hacer?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Realizar visitas a los hogares de las embarazadas para promover las conductas clave de NutriVida, a través de la consejería individual.</li> </ul>
<b>¿Con qué frecuencia se realiza?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Una vez en cada trimestre del embarazo.</li> </ul>

<b>¿Cómo hacerlo?</b>	
<p>La visita domiciliaria tiene 4 pasos:</p> <p><b>Paso 1. Saludo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Salude cordialmente a los miembros del hogar y coménteles sobre el motivo de su visita.</li> <li>-Asegúrese que la mujer embarazada esté en casa. Si no está, pregunte cuando regresará y acuerde con los miembros del hogar el día y hora para visitarla nuevamente.</li> <li>-Invite a la mujer a sentarse en un lugar cómodo y hágale de forma clara, cordial y con respeto.</li> </ul> <p><b>Paso 2. Registro inicial</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Registre la información solicitada en el formulario de la embarazada, de acuerdo con el tipo de visita que se le realiza.</li> </ul> <p><b>Paso 3. Consejería sobre alimentación y cuidados de la embarazada.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Si ésta no es su primera visita al hogar, pregúntele “¿Cómo le fue con los compromisos acordados en la visita anterior?”</li> <li>-Escuche atentamente la respuesta de la mujer.</li> <li>-Felicitela en caso que haya cumplido con los compromisos adquiridos en la visita anterior y motívela a que adopte los consejos promovidos en esta visita.</li> <li>-Seleccione las láminas, de acuerdo al trimestre de embarazo.</li> <li>-Entregue las láminas a la mujer para que ella las observe y refuércela los consejos, con la información de la guía motivacional para la consejería comunitaria.</li> <li>-Tome un tiempo para escuchar los comentarios de la embarazada sobre lo que usted le está proponiendo.</li> <li>-Apoye a la embarazada a identificar los consejos que pueda realizar. Pregúntele “¿En qué puede comprometerse para mejorar su alimentación?”.</li> <li>-Negocie y motívela para que adopte los consejos brindados (máximo 2).</li> <li>-Solicite que le repita los consejos que va a realizar para mejorar su alimentación.</li> <li>-En algunos casos, es posible que la embarazada tenga dudas o no haya entendido algunos de los mensajes de las láminas. En esos casos, vuelva a revisar las láminas con ella y explíquelas de forma clara y sencilla.</li> </ul> <p><b>Paso 4. Registro y agradecimiento</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Registre en el formulario de la embarazada los consejos acordados durante la visita.</li> <li>-Acuerde con la embarazada la fecha y hora de la próxima visita y anótela en el formulario.</li> <li>-Agradézcale su tiempo y su atención brindada.</li> </ul>	

<b>¿Dónde hacerlo?</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Hogares de las mujeres embarazadas</li> </ul>
<b>¿Con qué hacerlo?</b>

- Láminas de consejería
- Libreta de la consejera comunitaria (Formulario de la embarazada)
- Guía motivacional para la consejería comunitaria
- Guía de la consejera comunitaria

**Información que genera**

- Número de mujeres embarazadas que recibieron un mensaje clave sobre alimentación saludable en el embarazo, durante al menos una visita domiciliaria de la consejera.

<b>N° 14</b>	<b>SERVICIO: Organización y capacitación para la participación comunitaria</b>
Plan de Parto Comunitario (incluye plan de traslado)	
<b>OBJETIVO</b>	Fortalecer la organización y participación comunitaria para el apoyo a las mujeres embarazadas para el parto institucional y al neonato.
<b>RESPONSABLE</b>	Centro de Salud, PVS, CTE.
<b>POBLACIÓN OBJETIVO</b>	Grupos organizados de la comunidad y mujeres embarazadas.

<b>¿Qué hacer?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informar y explicarle a la comunidad sobre la necesidad de dar apoyo a las mujeres embarazadas y neonatos, para atender oportunamente alguna complicación durante y después del parto.</li> <li>• Convocar a la comunidad para conformar el comité de traslado de emergencias (CTE) por signos de alarma.</li> <li>• Capacitar a los miembros del CTE en la identificación de signos de alarma y traslado seguro de pacientes.</li> <li>• Capacitar al promotor sobre el flujo operativo del plan comunitario de traslado de emergencia.</li> <li>• Dar seguimiento y apoyo al CTE.</li> </ul>
<b>¿Con qué frecuencia se realiza?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mensualmente se debe informar a la comunidad si hubo necesidad de realizar traslados de mujeres embarazadas y neonatos por signos de alarma.</li> <li>• Hacer al menos una visita de seguimiento mensual a los CTE.</li> </ul>

<b>¿Cómo hacerlo?</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Convocar la(s) asamblea(s) general(es) de la comunidad y sus organizaciones comunitarias.</li> <li>• El ECS organizará y capacitará al CTE y pondrá en marcha del Plan de Parto Comunitario y los Planes de Traslado.</li> <li>• El promotor hace giras de seguimiento y genera informes.</li> </ul>

<b>¿Dónde hacerlo?</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Las asambleas o reuniones y las sesiones educativas o capacitaciones se realizan en los lugares que los grupos utilizan generalmente.</li> <li>• Las asambleas de la comunidad donde puedan agruparse los participantes, escucharse y comunicarse.</li> <li>• Las sesiones de capacitación u orientación donde haya un mínimo de comodidad y poca distracción.</li> <li>• Escuelas y Centros de Salud.</li> </ul>

<b>¿Con qué hacerlo?</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si hay facilidades, hacer presentación con data show.</li> <li>• Utilizar rotafolio, panfletos, etc.</li> <li>• Aplicar lista de asistencia</li> <li>• Si es posible registro fotográfico</li> <li>• Utilizar el formulario “conformación de comité de traslado de emergencia”</li> <li>• Utilizar guías, protocolos, manuales, etc.</li> <li>• Utilizar el formulario de “plan comunitario de emergencia por signos de alarma”.</li> </ul>

<b>Información que genera</b>
-------------------------------

La activación de la comunidad generará la siguiente información:

- Número de miembros del Comités de traslado de emergencias.
- Miembros capacitados del comité de traslado de emergencia
- Promotores capacitados
- Informes de giras de seguimiento

#### **Referencia y Contrareferencia**

- Coordina el CSR de referencia de la comunidad para que brinde seguimiento a los planes de parto comunitarios.
- Comunicar, con formatos de referencia, a la instalación resolutive respectiva cuando una mujer está iniciando el trabajo de parto o en casos de emergencias obstétricas o neonatales.

Reglamento Operativo de la Estrategia de Extensión de Cobertura  
Direcciones Regionales de Salud, enero 2023

<b>N° 15</b>	<b>SERVICIO: Prevención</b>
	Inmunizaciones
<b>OBJETIVO</b>	Disminuir la morbimortalidad por causa de enfermedades prevenibles por vacunas en el menor de un año, 1 a 4 años, 5 a 14 años, mujeres en edad fértil, embarazadas, adultos mayores de 60 años y pacientes con necesidades especiales en todos los distritos del país con 95% de cobertura.
<b>RESPONSABLE</b>	Enfermera
<b>POBLACIÓN OBJETIVO</b>	Menores de un año, 1 a 4 años, 5 a 14 años, mujeres en edad fértil, embarazadas, adultos mayores de 60 años y pacientes con necesidades especiales.

<b>¿Qué hacer?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Administrar las vacunas a los niños menores de un año, 1-4 años y de 5 - 14 años para prevenir enfermedades, según las normas de vacunación del PAI.</li> <li>● Administrar las vacunas a mujeres en edad fértil y embarazadas, según normas de vacunación del PAI.</li> <li>● Administrar las vacunas a adultos mayores de 60 años y personas con necesidades especiales, según normas de vacunación del PAI.</li> <li>● Registro y notificaciones de reacciones adversas supuestamente atribuibles a vacunación.</li> <li>● Registro, notificación y seguimiento de las enfermedades prevenibles por vacuna detectadas.</li> <li>● Búsqueda de desertores e inasistentes mediante llamadas telefónicas y/o visitas domiciliarias.</li> <li>● Orientación sobre la próxima dosis de vacunación.</li> </ul>
<b>¿Con qué frecuencia se realiza?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Administrar las vacunas a los niños menores de un año, 1-4 años y de 5 - 14 años para prevenir enfermedades según las normas de vacunación del PAI.</li> <li>● Administrar las vacunas a mujeres en edad fértil y embarazadas según normas de vacunación del PAI.</li> <li>● Administrar las vacunas a adultos mayores de 60 años y personas con necesidades especiales según normas de vacunación del PAI.</li> <li>● Registro y notificaciones de reacciones adversas supuestamente atribuibles a vacunación.</li> <li>● Registro, notificación y seguimiento de las enfermedades prevenibles por vacuna detectadas.</li> <li>● Búsqueda de desertores e inasistentes mediante llamadas telefónicas y/o visitas domiciliarias.</li> <li>● Orientación sobre la próxima dosis de vacunación.</li> </ul>

### ¿Cómo hacerlo?

- Coordinar con el PAI del nivel regional el despacho de vacunas e insumos con una frecuencia mensual. Los despachos de vacunas e insumos serán contra entrega de informes.
- La cantidad de vacunas a solicitar debe ser calculada según la población estimada, utilizando el formulario de solicitud de biológicos.
- Revisar la norma de vacunación y el esquema de vacunación vigente, el cual se actualiza cada año.
- Revisar el esquema de vacunación del paciente en la tarjeta de vacunación.
- Orientar a los padres y madres sobre la importancia de la inmunización y el cumplimiento de las citas para la aplicación de las dosis subsecuentes.
- Lavarse las manos y preparar el material necesario.
- Utilizar la técnica aséptica durante la aplicación de dosis oral e inyectable.
- Mantener vigilancia de la cadena de frío (entre +2 y +8 °C). Utilizar termos porta vacunas regulados por el PAI.
- Aplicar las dosis de vacunas correspondientes de acuerdo con las normas de vacunación, anotando la fecha actual con tinta y la fecha de la próxima cita con lápiz. Cuando se participe de una actividad extramuro se utilizará pluma roja. (Ferias, visitas domiciliarias, jornadas o campañas de vacunación).
- Explicar a los padres de forma clara y concisa las características de la enfermedad que se va a prevenir y de la vacuna que se administra y sus posibles efectos adversos.
- Supervisar la captura de la información en el software del PAI.

### ¿Dónde hacerlo?

- Instituciones de salud
- Escuelas
- En el hogar durante las visitas domiciliarias
- Lugares donde brinda la atención el ESN

### ¿Con qué hacerlo?

- |  |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● Hojas de registro diarios de vacunación.</li> <li>● Tarjeta de vacuna y el archivo de vacuna.</li> <li>● Expediente clínico</li> <li>● Tarjeta de seguimiento de caso</li> <li>● En caso de presentar reacciones adversas supuestamente atribuidas a la vacuna, debe ser registrado en el formulario reglamentado para este fin.</li> <li>● Materiales e Insumos:<br/>- biológicos (Vacunas)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Jeringuillas con agujas</li> <li>-Cajas de seguridad para descarte de punzocortantes</li> <li>-Algodón impregnado en agua</li> <li>-Termo porta vacunas</li> <li>-Neveras de acuerdo con las especificaciones técnicas del PAI</li> <li>-Frigos o paquetes fríos adecuados</li> <li>-Cajas frías de poliuretano.</li> </ul> |
|--|---|

### Información que genera

- Informe diario de registro de vacunas
- Notificación inmediata de reacciones adversas a vacunas
- Notificación inmediata de casos de enfermedades prevenibles por vacuna
- Número de primeras, segundas, terceras dosis y refuerzos aplicados por tipo de vacunas y grupos priorizados.
- Información generada por REGES bajo supervisión de enfermería:
  - Informe mensual de vacunas
  - Coberturas de vacunación alcanzados por grupo de edad, tipo de vacunas, por corregimiento y por distrito. (trimestrales, semestrales y anuales).
- Análisis de las coberturas alcanzadas según la información generada por REGES

<b>N° 16</b>	<p><b>SERVICIO: Prevención de la salud</b></p> <p>Control prenatal, educación y orientación a la mujer embarazada, plan de parto individual y referencia para la atención institucional del parto</p>
<b>OBJETIVO</b>	<p>Vigilar la evolución del embarazo, identificando los factores condicionantes de la morbimortalidad materna y perinatal mediante una atención integral.</p> <p>Promover prácticas de alimentación saludable y cuidados durante el embarazo.</p> <p>Elaborar de modo concertado el Plan de Parto Individual.</p>
<b>RESPONSABLE</b>	Médico (primer y último control), enfermera, equipo de puestos, sub-centros y centros de salud (controles intermedios).
<b>POBLACIÓN OBJETIVO</b>	Mujeres embarazadas, sus acompañantes y parteras tradicionales.

<b>¿Qué hacer?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ESN, promotor y parteras de las comunidades captan a la embarazada para el ingreso al control prenatal y levantan un listado vinculado al padrón de población beneficiaria.</li> <li>• La primera consulta puede ser realizada por personal capacitado disponible, según la complejidad del equipo.</li> <li>• El médico priorizará atención de los embarazos de riesgo y procurará la referencia de estas pacientes a la instalación de salud con capacidad resolutive adecuada al caso.</li> <li>• El médico, enfermera y otros miembros del ESN, así como los promotores y parteras promocionarán la atención prenatal y el parto institucional, sus ventajas e importancia para la prevención de la mortalidad materna.</li> <li>• Elaborar el Plan de Parto con la participación de la mujer, su familia y el personal de salud según lineamientos del MINSA. Explicar al acompañante sobre el tipo de parto y el plan de traslado.</li> <li>• El Nutricionista atenderá los casos de déficit y/o riesgo de bajo peso, sobrepeso u obesidad.</li> <li>• Captación de la embarazada en cualquier mes de embarazo, al primer contacto</li> <li>• Se abrirá el expediente con: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 2px;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Historia clínica perinatal base ambulatoria, Plan de Parto</li> </ul> </td> <td style="width: 50%; padding: 2px;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Solicitudes de exámenes de laboratorio</li> </ul> </td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tarjeta de control prenatal, Plan de Parto</li> </ul> </td> <td></td> </tr> </table> </li> <li>• Pesar, tallar, medir la presión arterial, pulso y temperatura en todas las visitas y anotar.</li> <li>• Anamnesis completa, identificación de factores de riesgo materno- fetales.</li> <li>• Determinar la edad gestacional y calcular la fecha probable de parto</li> <li>• Evaluación del estado físico-materno y estado bucal.</li> <li>• Examen de mamas para detectar patologías y tipo de pezones.</li> <li>• Educación continua a la madre sobre la importancia de: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 2px;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Importancia y beneficios de la lactancia materna</li> </ul> </td> <td style="width: 50%; padding: 2px;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La alimentación saludable durante el embarazo</li> </ul> </td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ventajas del plan de parto y del parto institucional</li> </ul> </td> <td style="padding: 2px;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cumplir con los controles</li> </ul> </td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Planificación familiar</li> </ul> </td> <td style="padding: 2px;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Signos de alarma en el embarazo</li> </ul> </td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidado del recién nacido y estimulación del niño.</li> </ul> </td> <td style="padding: 2px;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidado durante el puerperio</li> </ul> </td> </tr> </table> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Historia clínica perinatal base ambulatoria, Plan de Parto</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solicitudes de exámenes de laboratorio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tarjeta de control prenatal, Plan de Parto</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Importancia y beneficios de la lactancia materna</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La alimentación saludable durante el embarazo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ventajas del plan de parto y del parto institucional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cumplir con los controles</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Planificación familiar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Signos de alarma en el embarazo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidado del recién nacido y estimulación del niño.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidado durante el puerperio</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Historia clínica perinatal base ambulatoria, Plan de Parto</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solicitudes de exámenes de laboratorio</li> </ul>												
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tarjeta de control prenatal, Plan de Parto</li> </ul>													
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Importancia y beneficios de la lactancia materna</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La alimentación saludable durante el embarazo</li> </ul>												
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ventajas del plan de parto y del parto institucional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cumplir con los controles</li> </ul>												
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Planificación familiar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Signos de alarma en el embarazo</li> </ul>												
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidado del recién nacido y estimulación del niño.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidado durante el puerperio</li> </ul>												

Reglamento Operativo de la Estrategia de Extensión de Cobertura  
Direcciones Regionales de Salud, enero 2023

<p><b>¿Qué hacer?</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen ginecológico y realización de Papanicolaou según corresponda.</li> <li>• Realizar exámenes de laboratorio según norma.</li> <li>• Evaluación del estado fetal: (crecimiento fetal, evaluación de los movimientos, frecuencia cardiaca, presentación, posición y altura uterina).</li> <li>• Evaluación del estado nutricional, registro de la ganancia de peso materno y de la altura uterina.</li> <li>• Vacunación con TT, Td o Tdap al momento de la captación (esquema del PAI), Vacuna de la Influenza.</li> <li>• Prescribir y suministrar hierro y ácido fólico.</li> <li>• Referir al PATMI, de acuerdo a los criterios de inclusión establecidos en la norma.</li> <li>• Toda embarazada que clasifique como riesgo obstétrico, debe ser referida al Centro de Salud más cercano, con capacidad resolutoria, adecuada al caso y de ser posible para atención por un especialista.</li> <li>• Ubicar a la embarazada en el mapa de riesgo</li> <li>• Registro de la información en la Hoja de Registro Diario de Consulta.</li> <li>• Vigilancia y vinculación de la partera tradicional al sistema de salud (ver Norma de Parteras).</li> <li>• Revisar el Plan de Parto elaborado para confirmar información y decisiones</li> </ul>																
<p><b>¿Con qué frecuencia se realiza?</b></p>	<p>Se adaptará según el número de visitas programadas al área, el esquema de control del embarazo de bajo riesgo, según la edad gestacional al momento de la captación de acuerdo a la Norma:</p> <table border="1" data-bbox="505 921 1474 1192"> <thead> <tr> <th>Control</th> <th>Periodo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1°</td> <td>Antes de 13 semanas</td> </tr> <tr> <td>2°</td> <td>13-19 semanas</td> </tr> <tr> <td>3°</td> <td>20-24 semanas</td> </tr> <tr> <td>4°</td> <td>25-28 semanas</td> </tr> <tr> <td>5°</td> <td>29-32 semanas</td> </tr> <tr> <td>6°</td> <td>33 a 36 semanas</td> </tr> <tr> <td>7°</td> <td>37 a 41 semanas</td> </tr> </tbody> </table> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Referir pacientes de 41 y más semanas de edad gestacional.</li> </ul> <p>Luego de la captación de la embarazada, la UBA deberá realizar el control prenatal a la misma en cada visita que realice a la comunidad. Se considera como óptimo 7 controles prenatales, adecuado 5 controles prenatales y como aceptable un mínimo de 4 controles durante el embarazo, (por lo menos 1 por cada trimestre de gestación).</p>	Control	Periodo	1°	Antes de 13 semanas	2°	13-19 semanas	3°	20-24 semanas	4°	25-28 semanas	5°	29-32 semanas	6°	33 a 36 semanas	7°	37 a 41 semanas
Control	Periodo																
1°	Antes de 13 semanas																
2°	13-19 semanas																
3°	20-24 semanas																
4°	25-28 semanas																
5°	29-32 semanas																
6°	33 a 36 semanas																
7°	37 a 41 semanas																
<p><b>¿Cómo hacerlo?</b></p>																	

Reglamento Operativo de la Estrategia de Extensión de Cobertura  
Direcciones Regionales de Salud, enero 2023

- Abrir el expediente clínico de la embarazada con los formularios, según la norma.
- Llenar la Historia Clínica Perinatal Base, tarjeta de control prenatal y tarjeta de seguimiento de caso.
- Abrir, llenar y/o completar la Ficha de Plan de Parto Individual de la mujer con su acompañante y/o familiar
- Medir la presión arterial, signos vitales, tallar y pesar, anotar el estado nutricional y ganancia de peso y registrar en la gráfica, administrar el toxoide tetánico de acuerdo con las normas del PAI y vacuna de la Influenza
- Interrogar y revisar por signos o síntomas de alarma
- Realizar anamnesis completas y examen clínico general
- Hacer examen clínico de mamas
- Medir, anotar y graficar la altura uterina; frecuencia cardiaca fetal, registrar presentación y movimientos fetales.
- Ordenar Hemoglobina-Hematocrito (un primer control al captarla y un segundo control a las 28 semanas), glicemia, tipo de sangre y Rh, proteinuria y glucosuria. Las muestras para examen de VDRL y VIH se realizarán si se tiene la disponibilidad de enviar a un laboratorio. Evaluar los resultados.
- Suministrar un suplemento de hierro diario que contenga 60 mg de hierro elemental y 400 mcg de ácido fólico a toda embarazada a partir de la captación, hasta los tres meses post parto. Si la embarazada presenta anemia (Hb) menos de 11.0 g/dl se le debe administrar una dosis diaria de 120 mg de hierro elemental y 400 mcg de ácido, por tres meses y reevaluar. Entregar el recordatorio para la toma de hierro y ácido fólico (NutriVidas).

### ¿Cómo hacerlo?

- Entregar 9 libras del complemento alimentario (Vitacrema) a la embarazada que le corresponda, de acuerdo a la norma. Utilice el protocolo normado.
- Realizar actividades educativas sobre cuidados del embarazo, signos de alarma, preparación para el parto (plan de parto) y cuidados del recién nacido.
- Dar consejería individual sobre 1) la ganancia adecuada de peso durante el embarazo, 2) la alimentación saludable durante el embarazo, 3) el consumo adecuado del suplemento de hierro y ácido fólico y 4) la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida; utilice el rotafolio de consejería de NutriVidas. Entregar el recordatorio de consejos de alimentación de la embarazada y registrar en el expediente las conductas promovidas.
- Revisar o completar la elaboración concertada del Plan de Parto Individual.

### ¿Dónde hacerlo?

- Instalación de salud
- Casa
- Escuela
- Local habilitado

### ¿Con qué hacerlo?

- |   |   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Balanza</li> <li>• Tallímetro.</li> <li>• Cinta métrica.</li> <li>• Fetoscopio o Doppler</li> <li>• Historia clínica, formularios y gráficas.</li> <li>• Tabla de peso para la talla según la edad gestacional</li> <li>• Tabla de incremento de peso y altura uterina según edad gestacional.</li> <li>• Tarjeta de control prenatal.</li> <li>• Tarjeta de seguimiento de caso.</li> <li>• Camilla, rollos de papel desechable.</li> <li>• Esfigmomanómetro y estetoscopio</li> <li>• Suplemento de hierro y ácido fólico</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Crema nutricional (Vitacrema)</li> <li>• Vacuna TT o Td o Tdap. Esquema completo = 2 dosis y 1 refuerzo.</li> <li>• Vacuna Influenza</li> <li>• Material educativo</li> <li>• Rotafolio de consejería de NutriVidas</li> <li>• Recordatorio de consejos para embarazadas (NutriVidas)</li> <li>• Recordatorio para la toma de hierro y ácido fólico (NutriVidas)</li> <li>• Papelería para solicitud de Papanicolaou.</li> <li>• Materiales y Ficha de Mi Plan de Parto</li> <li>• Guantes estériles.</li> </ul> |
|---|---|

Reglamento Operativo de la Estrategia de Extensión de Cobertura  
Direcciones Regionales de Salud, enero 2023

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Espéculos.</li> <li>• Equipo para examen de PAP (Portaobjetos, hisopos, espátula de Ayre o Rubin, citobrocha y fijador citológico)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lámpara de pie o tipo minero</li> <li>• Tinaco de acero inoxidable.</li> <li>• Banquillo.</li> <li>• Hemocue, lancetas y microcuvetas</li> </ul>
<b>Información que genera</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Captación del embarazo según trimestre de gestación</li> <li>• Cobertura de atención prenatal (Embarazadas con 4 y más controles recibidos)</li> <li>• Cobertura de embarazadas por trimestre de gestación (al menos 1 control por trimestre)</li> <li>• Número y porcentaje de embarazadas con bajo peso</li> <li>• Número y porcentaje de embarazadas con anemia</li> <li>• Embarazadas con Plan de Parto Individual acordado y firmado con el ESN</li> <li>• Número de controles prenatales (Producción)</li> <li>• Concentración promedio de control prenatal</li> <li>• Número y porcentaje de Informe de Registro de vacunas (primera, segunda dosis y refuerzos e Influenza)</li> <li>• Base de datos del sistema informático perinatal.</li> </ul>	
<b>Referencia y Contrareferencia</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tarjeta de control prenatal.</li> <li>• Formularios de Plan de Parto</li> <li>• Formularios de SURCO</li> <li>• Hoja de referencia CONE: en casos necesarios por evaluación o signos de alarma.</li> </ul>	

<b>N° 17</b>	<p><b>SERVICIO: Prevención de la salud</b></p> <p>Referencia para la atención del parto hacia instalación de salud con capacidad para atención de partos (CONE Básico)</p>
<b>OBJETIVO</b>	Lograr un parto limpio y seguro a la embarazada y al recién nacido.
<b>RESPONSABLE</b>	ESN de la UBA, Partera tradicional capacitada, Equipo Comunitario de Salud.
<b>POBLACIÓN OBJETIVO</b>	Mujeres embarazadas, familiares y acompañante de la comunidad (parteras y promotores).

<b>¿Qué hacer?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se trasladará con apoyo familiar y comunitario a toda embarazada en labor o que presente signos de alarma o algún factor de riesgo para ella o el niño/a.</li> <li>Verificar si tiene su Plan de Parto para proceder acorde a ello (transporte, acompañante, apoyo comunitario, etc.).</li> <li>Se trasladará a la institución más cercana de salud con capacidad para la atención del parto.</li> <li>Solo se trasladará la paciente, si el tiempo requerido para el traslado permite tener su parto en la instalación de salud de referencia.</li> </ul>
<b>¿Con qué frecuencia se realiza?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>En caso de embarazadas que vivan muy distantes a las instalaciones de referencia, se referirán con dos semanas de anticipación a la fecha probable de parto (anotada en la tarjeta de control prenatal y/o Ficha de Plan de Parto), para su hospedaje en el albergue más próximo.</li> <li>En caso extremo, cuando se inicia la labor de parto (trabajo de parto)</li> <li>En caso de embarazadas que viven cercanas a la instalación CONE Básico de referencia, cuando se inicia la labor de parto (trabajo de parto).</li> <li>En caso de embarazos de alto riesgo, se referirá con dos semanas de anticipación a la fecha probable de parto, al establecimiento de salud más próximo con capacidad para atender el parto.</li> <li>Cuando ocurra muerte materna y perinatal.</li> </ul>

<b>¿Cómo hacerlo?</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Revise la tarjeta de control prenatal para evaluar los datos anotados y ver si no es paciente de riesgo.</li> <li>Evaluar por signos o síntomas de riesgo o alarma presentes para considerar si se requiere traslado oportunamente.</li> <li>Ofrecer los cuidados que se requieren en la labor de parto.</li> <li>Estimar o calcular el número y duración de contracciones.</li> <li>Evalué la presentación.</li> <li>Dar apoyo y orientación general para disminuir la ansiedad y lograr su cooperación.</li> <li>Revisar el Plan de Parto si lo tuviese, para proceder a ACTIVARLO con los acuerdos y consideraciones del mismo, con la familia y la comunidad.</li> <li>Llenar los formularios de referencia del SURCO y CONE</li> <li>Coordinar con la comunidad y el Comité Comunitario del Plan de Parto y Traslado, para realizar el transporte con las consideraciones, acompañamiento, apoyo y soporte requeridos.</li> </ul>

<b>¿Dónde hacerlo?</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>En la vivienda de la gestante.</li> <li>Albergue comunitario.</li> <li>Casa habilitada.</li> <li>Instalación de Salud CONE Ambulatorio (puesto de salud / subcentro de salud).</li> </ul>

**¿Con qué hacerlo?**

- Hojas de Referencia SURCO y CONE.
- Ficha de Mi Plan de Parto Individual de la mujer

**Información que genera**

- Numero de embarazadas referidas para atención del parto a institución adecuada (CONE Básico).
- Número de partos atendidos por personal profesional en CONE Básico.
- Número de pacientes referidos.
- Número de nacimientos vivos.
- Número de nacimientos muertos.
- Número de muertes maternas y perinatales.

**Referencia y Contrareferencia**

- Hoja de referencia SURCO y CONE
- Tarjeta de control prenatal.

**¿Documentos de referencia?**

- Normas Técnicas - Administrativas y Protocolos de Atención, Programa de Salud Integral de la Mujer, 2015.
- Normas de Parteras Tradicionales
- Manual de Enfermería “El Trabajo coordinado con Parteras Tradicionales en Panamá”, 2006.
- Guías de Manejo de las Complicaciones en el Embarazo. Año 2015

<b>N° 18</b>	<p><b>SERVICIO: Atención de la Salud</b> Atención del Parto Normal y Atención Inmediata del Recién Nacido en Servicios CONE Básico / Completo</p>
<b>OBJETIVO</b>	<p>Brindar atención institucional del parto y nacimiento, incluyendo los aspectos de interculturalidad, con calidad y calidez. Vigilar activamente a la mujer y el recién nacido en su evolución por alteraciones durante el parto, posparto y primeras horas de vida.</p>
<b>RESPONSABLE</b>	Equipo Básico de Salud, con la partera tradicional capacitada de ser posible.
<b>POBLACIÓN OBJETIVO</b>	Mujeres embarazadas y sus recién nacidos.

<b>¿Qué hacer?</b>	<p>Brindar la atención considerando:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Admisión y recibo de la paciente en labor de parto para ser evaluada.</li> <li>● Atención en la sala de labor y parto.</li> <li>● Uso del partograma.</li> <li>● Atención del período expulsivo con nacimiento del bebe</li> <li>● Atención del período placentario o de alumbramiento.</li> <li>● Reparación de desgarros y la episiotomía, en caso de darse.</li> </ul> <p>La atención clínica del recién nacido se realizará según las guías de AIEPI neonatal de OPS/OMS, que han sido adecuadas para el país:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Evaluación y atención inmediata del recién nacido</li> <li>● Evaluación y cuidados rutinarios del recién nacido</li> <li>● Atención médica.</li> <li>● Pruebas de Tamizaje metabólico neonatal</li> <li>● Después del parto estando todo normal, se referirá a la paciente y su recién nacido/a para control en la instalación de salud que le corresponda.</li> <li>● Toda embarazada en labor y/o recién nacido que presente signos de alarma o algún factor de riesgo, será trasladada en compañía de familiar y con apoyo calificado a la instalación con capacidad resolutive acorde al caso (CONE Completo).</li> <li>● Vigilancia de la muerte materna y perinatal en especial en las primeras 48 horas.</li> </ul>
<b>¿Con qué frecuencia se realiza?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Cuando llega la embarazada en labor de parto sea referida o no</li> <li>● En caso de embarazos de alto riesgo que lleguen referidos o no</li> <li>● En caso de embarazadas que vivan en áreas muy alejadas que lleguen referidas o no.</li> </ul>

## ¿Cómo hacerlo?

### Admisión - Recibo de la paciente en labor de parto

- Revise la tarjeta de control prenatal para evaluar los datos anotados y verificar si no es paciente de riesgo.
- Evaluar con examen físico general y obstétrico según norma; y por signos o síntomas de alarma o de riesgo presentes, para considerar si se requiere traslado oportunamente (referencia).
  - ✓ Ofrecer los cuidados que se requieren en la labor de parto
  - ✓ La embarazada debe preferiblemente darse un baño completo
  - ✓ Procure que la embarazada evacúe al inicio de la labor.
  - ✓ Procure que orine con frecuencia durante la labor. Mantener limpio los genitales.
- Estimar o calcular el número y duración de contracciones (dinámica uterina).
- Evalúe la presentación fetal, dilatación y borramiento.
- Registrar toda la evaluación en la historia clínica perinatal y partograma
- Dar apoyo y orientación general para disminuir la ansiedad y lograr su cooperación.
- Anotar ordenes médicas, y otras acciones según norma.

### Atención en la sala de parto

En caso de evaluar como **"Fase activa de labor"** proceder a considerar:

- El lugar donde se atenderá el parto debe estar ventilado, iluminado y limpio.
- Proteger la camilla o cama con un plástico y cubrir con sábanas limpias. Es recomendable elevar respaldo a 45 grados o contar con dos almohadas para recostar a la embarazada.
- Si la embarazada va a parir en el suelo, debe prepararse el área con un petate o una gruesa capa de papel periódico limpio y encima colocar una sábana o toallas.
- Durante el período expulsivo, orientar como relajarse y respirar entre contracciones.
- El personal de salud debe utilizar vestimenta limpia y adecuada para la atención del parto, lavado de manos, uñas y brazos hasta los codos con agua y jabón, debe tener las uñas cortas.
- El mismo se protegerá con un delantal plástico y siempre que sea posible utilizará guantes estériles para atender el parto y otro par de guantes estériles para atender al recién nacido.
- Al trasladar la paciente a la camilla de expulsivo, debe ser vestida con ropa estéril para la atención del parto.
- Preparar una mesa con el equipo necesario para la asistencia del parto y atención inmediata del recién nacido.
- El equipo necesario para la atención del parto debe ser estéril.
- Proteger el periné adecuadamente para evitar los desgarros.
- Atender el parto
- Realizar pinzamiento tardío del cordón umbilical (a los 3 minutos o hasta que deje de latir). El pinzamiento tardío del cordón umbilical, no aplica en casos de circular de cordón tensa al cuello, Rh negativa sensibilizada, placenta previa sangrante o desprendimiento prematuro de placenta normoinserta (DPPNI) y asfisia perinatal.

- Coloque al bebe sobre el abdomen de la madre

### Periodo placentario o de alumbramiento

- Realizar Manejo Activo del Tercer Periodo del Parto en el 100% de los casos, parto vaginal o por cesárea, según norma.
- En la expulsión de la placenta, recibirla con las manos, hacerla girar con delicadeza hasta que salga y revisarla para confirmar que está completa en membranas y cotiledones.
- Vigilar a la puérpera observando color de la piel, involución del útero y cantidad de sangrado.
- Ante la presencia de aumento del sangrado se debe estimular los pezones, dar masaje uterino y atender la hemorragia oportunamente para evitar shock.
- Vigilar que orine.

### Reparación de desgarros y episiotomía

- Examinar a la madre cuidadosamente y repare cualquier desgarro del cuello uterino, vagina, periné o la episiotomía, previa hemostasia, sin dejar planos de clivaje o espacios muertos. Es importante que se utilicen suturas absorbibles

### Evaluación y Atención inmediata del Recién Nacido

- Cambiarse de guantes para atender al recién nacido. Secar y limpiar las secreciones de la nariz y boca del bebé con una gasa limpia.
- Evaluar el llanto, frecuencia cardiaca, respiración espontánea, color de piel y el tono muscular del recién nacido, APGAR al minuto y cinco minutos después del nacimiento, según norma.
- Si el niño lo requiere, dar masajes en la planta de los pies o en la espalda para estimularlo.
- Pinzar, ligar y cortar el cordón umbilical proximal.
- Mantener el niño tibio y en contacto piel a piel con la madre.
- Colocar al recién nacido sobre el pecho de la madre e iniciar la lactancia (estímulo del pezón), fomentando el

apego precoz.

- Educar sobre la lactancia materna exclusiva.
- Llenar el libro de partos, partograma, la HCPB y las hojas de registro de parto que correspondan.
- Referir e informar a la instalación de salud de referencia para control del puerperio y del recién nacido.
- Usar hoja de referencia, llenar el formulario para el registro del nacimiento e informar para el llenado del certificado de nacimiento vivo.

#### Evaluación y Cuidados rutinarios del recién nacido

- Identificar al recién nacido, realizar examen físico, evaluar edad gestacional en semanas, antropometría (peso, talla y perímetro cefálico) y clasificación según el peso y edad gestacional.
- Anotar en HCPB intrahospitalaria los datos del recién nacido y transcribir los mismos a la tarjeta de control prenatal.
- Administración de vitamina K, intramuscular según norma.
- Realizar profilaxis oftálmica, según norma.
- Limpiar las plantas de los pies antes de tomar las huellas plantares del recién nacido y huellas pulgares de manos de la madre.
- Baño y aseo del recién nacido. “No debe realizarse inmediatamente al parto”. Énfasis en la vigilancia por sangrado del muñón umbilical y la limpieza del mismo con alcohol al 70%.
- Procurar alojamiento conjunto madre – niño/a, brindar apoyo psicosocial en situaciones especiales.
- Procurar dar vigilancia al recién nacido durante las primeras 48 horas de vida.
- Pruebas de tamizaje metabólico y auditivo según Norma del MINSa o referencia específica para las mismas.

#### **Información que genera**

- Notificación obligatoria, investigación y análisis de toda muerte materna y perinatal a las autoridades correspondientes de donde procede la muerte.

#### **Referencia y Contrareferencia**

- En caso que la mujer y/o el recién nacido presentaran signos y/o síntomas de alarma, prepare inmediato los formularios de referencia del SURCO CONE.
- Avisar y coordinar con la instalación de salud el destino de la referencia (CONE Completo).
- Coordinar con el acompañante o familiar y el CTE para realizar el transporte con las consideraciones, acompañamiento y soporte calificado requeridos.

<b>N° 19</b>	<b>SERVICIO: Atención de salud</b>
	Programa de Alimentación Temprana Materno Infantil (PATMI) (Embarazadas y Madres lactantes)
<b>OBJETIVO</b>	Contribuir a mejorar el estado nutricional de embarazadas y madres lactantes que acuden a sus controles de salud en la red de servicios del Ministerio de Salud.
<b>RESPONSABLE</b>	Médico, enfermera, nutricionista, técnico en enfermería, asistente de Salud.
<b>POBLACIÓN OBJETIVO</b>	Embarazadas y madres lactantes que acuden a sus controles de salud en la red de servicios del Ministerio de Salud, según los criterios de inclusión.

<b>¿Qué hacer?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Distribuir en forma eficiente y oportuna la crema nutricional de acuerdo con las normas técnicas establecidas.</li> <li>• Informar acerca de la importancia de la crema nutricional, su almacenamiento y preparación.</li> <li>• Verificar si el beneficiario recibió la crema nutricional en la visita anterior, si la consume adecuadamente y cómo es la forma de preparación.</li> </ul>
<b>¿Con qué frecuencia se realiza?</b>	Entregar de acuerdo con la Norma del Programa de Alimentación Temprana Materno Infantil (PATMI).

<b>¿Cómo hacerlo?</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pesar y tallar a los beneficiarios del PATMI.</li> <li>• Graficar el estado nutricional en las gráficas correspondientes según la norma</li> <li>• Registrar el estado nutricional en la hoja de registro diario de consulta.</li> <li>• Llenar la tarjeta de control de distribución de alimentos del PATMI.</li> <li>• Llenar el formulario del Registro diario de distribución de la crema nutricional (Anexo 3 de las Normas del PATMI).</li> <li>• Llenar el Formulario de ingreso y salida de alimentos (Anexo 5 de las Normas del PATMI).</li> <li>• Entregar 9 libras de la crema nutricional cada mes a:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Todas las mujeres embarazadas en los distritos vulnerables del país. Se excluyen a las que tienen un incremento de peso excesivo para su edad gestacional.</li> <li>○ Mujeres embarazadas con bajo peso o un bajo incremento de peso para su edad gestacional en el resto de los distritos del país. Se dará de alta a aquellas embarazadas que en sus controles de seguimiento se determine que tienen un incremento de peso excesivo para su edad gestacional.</li> <li>○ A todas las madres lactantes hasta los 6 meses de vida del niño. Se excluyen las madres lactantes que después de los cuarenta días del puerperio presenten sobrepeso (IMC <math>\geq</math> 25.0 a 29.9) u obesidad (IMC <math>\geq</math> 30.0).</li> </ul> </li> <li>• Reunir a grupos de padres, madres, embarazadas y parteras en la comunidad para desarrollar sesiones educativas sobre:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Orientar sobre la importancia y beneficios de la crema nutricional para mejorar el estado nutricional de la población en riesgo.</li> <li>○ Orientar sobre el uso y preparación adecuada de la crema nutricional.</li> <li>○ Hacer demostración de la preparación y el uso de la crema nutricional, según la norma.</li> </ul> </li> <li>• Llenar y enviar el consolidado mensual de distribución de la crema nutricional. (Anexo 4 de las Normas del PATMI).</li> </ul> <p>Esquema de priorización. En caso que la cantidad de crema nutricional entregada por el MINSA, sea insuficiente para toda la población programada, lo cual debe estar certificado por el coordinador nacional del PATMI, se priorizará la entrega de la crema nutricional a las embarazadas con bajo peso.</p>

<b>¿Dónde hacerlo?</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Lugar donde se brinda la atención.</li> </ul>
<b>¿Con qué hacerlo?</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Balanza (pesa)</li> <li>Tallímetro.</li> <li>Infantómetro.</li> <li>Gráfica de estado nutricional.</li> <li>Expediente.</li> <li>Formularios de registro de información del PATMI</li> <li>Registro diario de consulta.</li> <li>Crema nutricional entregada por el MINSA</li> <li>Utensilios para preparar y degustar el complemento</li> </ul>
<b>Información que genera</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Número de embarazadas con riesgo nutricional que ingresan al Programa</li> <li>Número de madres lactantes que ingresan al Programa</li> <li>Libras de crema nutricional entregada a embarazadas con riesgo nutricional</li> <li>Libras de crema nutricional entregada a embarazadas con déficit nutricional</li> <li>Libras de crema nutricional entregada a madres lactantes</li> <li>Existencia de crema nutricional a nivel de instalación de salud</li> <li>Existencia de crema nutricional a nivel distrital</li> <li>Existencia de crema nutricional a nivel regional</li> </ul>
<b>Referencia y Contrareferencia</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Referencia al médico(a), enfermera(o) o nutricionista.</li> <li>Referencia al centro de salud.</li> </ul>

<b>Nº 20</b>	<b>SERVICIO: Atención de salud</b>
	Prevención y atención de la deficiencia de hierro en embarazadas y puérperas
<b>OBJETIVO</b>	Prevenir y corregir la deficiencia de hierro.
<b>RESPONSABLE</b>	Médico, enfermera
<b>POBLACIÓN OBJETIVO</b>	Embarazadas, madres lactantes y puérperas que acuden a sus controles de salud en la red de servicios del Ministerio de Salud, según los criterios de inclusión.

<b>¿Qué hacer?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Entregar los suplementos de hierro y ácido fólico preventivo y terapéutico a toda embarazada que acuden a control prenatal, según la norma.</li> <li>Entregar los suplementos de hierro y ácido fólico preventivo y terapéutico a toda puérpera que acude a control puerperal, según la norma.</li> <li>Registrar la dosis prescrita en el expediente.</li> <li>Llenar correctamente el Formulario de entrega de los suplementos de hierro y ácido fólico y entregarlo a la embarazada para su retiro en farmacia.</li> <li>Promocionar el uso adecuado de los suplementos de hierro y ácido fólico durante la consejería individual de la embarazada en los controles prenatales y verificar si lo ha recibido en citas anteriores y si lo toma</li> </ul>
--------------------	--

¿Con qué frecuencia se realiza?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Según la dosis preventiva, de acuerdo con la norma.</li> <li>Según la dosis terapéutica prescrita por el médico, en caso de deficiencia</li> </ul>
---------------------------------	---

### ¿Cómo hacerlo?

- Entregar el hierro y ácido fólico en dosis preventiva a toda embarazada según la norma.
- Entregar el hierro y ácido fólico en dosis terapéutica a toda embarazada según prescripción médica.
- Entregar a la embarazada, el recordatorio para la toma de hierro y ácido fólico y explicar su uso.
- Entregar a toda mujer puerpera el suplemento de hierro y ácido fólico hasta tres (3) meses posparto.
- Registrar la dosis del suplemento, una vez entregada, en el expediente.

Motivar a la mujer y darle recomendaciones para el consumo adecuado del hierro y ácido fólico, según el esquema establecido, y dar recomendaciones para el manejo de efectos secundarios en caso que los refiera. Utilizar el rotafolio de consejería de NutriVidas.

#### Esquema de la suplementación diaria con hierro y ácido fólico a mujeres embarazadas y puérperas

<b>Grupo objetivo</b>	Embarazadas y puérperas
<b>Composición</b>	Hierro: 60 mg de hierro elemental <sup>1</sup> Ácido fólico: 400 µg
<b>Frecuencia</b>	Una vez por día
<b>Duración</b>	Durante todo el embarazo. La suplementación con hierro y ácido fólico debe comenzar tan pronto como sea posible, hasta los tres (3) meses post – parto
<b>Entorno</b>	En todo el país
<b>Oportunidad de entrega</b>	A partir de la captación del embarazo y en cada control prenatal y puerperal
<b>Administración operativa</b>	Embarazadas: 1 tableta por día, durante todo el embarazo (280 días). Entregar 280 tabletas. Puerperio: 1 tableta por día, por tres meses. Entregar 90 tabletas.

Fuente: Norma Integral de Prevención y Control de las Deficiencias de Micronutrientes. MINSA, 2017.

### ¿Cómo hacerlo?

#### Esquema del tratamiento de anemia por deficiencia de hierro

<b>Grupo objetivo</b>	Embarazadas y puérperas
<b>Dosificación</b>	Entre 100 a 150 mg de hierro elemental diaria fraccionada en dos dosis. O según prescripción médica.
<b>Frecuencia</b>	Diariamente hasta 2 meses, después normalizada la concentración de hemoglobina

Fuente: Norma Integral de Prevención y Control de las Deficiencias de Micronutrientes. MINSA, 2017.

#### Observación:

Los suplementos de hierro deben tomarse una hora antes de cualquier alimento, preferiblemente con agua.

### ¿Dónde hacerlo?

- Lugar donde se brinda la atención.

### ¿Con qué hacerlo?

- Suplemento de hierro y ácido fólico.
- Expediente clínico.
- Formulario de registro diario de entrega de suplemento de hierro.
- Formulario de despacho de los suplementos preventivos de hierro y ácido fólico
- Rotafolio de consejería de NutriVidas.
- Recordatorio para la toma de hierro y ácido fólico (NutriVidas).

<b>Información que genera</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Número y porcentaje de embarazadas con dosis preventiva y terapéutica.</li><li>• Número y porcentaje de puérperas con dosis preventiva y terapéutica.</li></ul>
<b>Referencia y Contrareferencia</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Tarjeta de control de salud</li><li>• Norma Integral de Prevención y Control de las Deficiencias de Micronutrientes. MINSA, 2017.</li></ul>

<b>N° 21</b>	<b>SERVICIO: Atención de salud</b>
Abordaje de la Enfermedad de Chagas en mujeres embarazadas	
<b>OBJETIVO</b>	Captar oportunamente los casos sospechosos de Enfermedad de Chagas en mujeres embarazadas.
<b>RESPONSABLE</b>	Médico, enfermera
<b>POBLACIÓN OBJETIVO</b>	Mujeres embarazadas
<b>¿Qué hacer?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar a las embarazadas sospechosas de ser un caso de infección aguda de Enfermedad de Chagas, y que reúnen los criterios clínicos con o sin los criterios epidemiológicos.</li> <li>• Identificar a los casos probables de Enfermedad de Chagas, definidos como: todo paciente sospechoso y /o con una prueba serológica positiva.</li> <li>• Identificar a los casos confirmados de Enfermedad de Chagas, definidos como: todo caso sospechoso o probable con: Parasitemia (positiva), por metodología parasitológica directa o dos pruebas serológicas de principios activos diferentes positivos (ELISA, IFI, HAI, Western blot, etc.).</li> <li>• Orientar a la paciente embarazada y puérpera sobre qué hacer.</li> <li>• Llenar formulario de notificación obligatoria individual de eventos de salud pública.</li> <li>• Tomar muestras de sangre para obtención de suero en tubos sin anticoagulante para diagnóstico serológico, tubo Vacutainer 5cc, mantener en frío y enviar al Laboratorio Central de Referencia de Salud Pública del Instituto Gorgas para ser investigado.</li> <li>• Llenar el formulario para la toma de muestra de Chagas (debe ser enviado junto a la muestra sanguínea).</li> <li>• Realizar investigación perifocal.</li> <li>• En lo posible identificar al vector y enviar (vivo) al Instituto Conmemorativo Gorgas para ser investigado y/o evaluado.</li> <li>• Ante un resultado serológico positivo referir a Especialista (Cardiología, Infectología, o Medicina Interna), para evaluación si lo amerita el paciente.</li> <li>• Registrar el caso según el CIE 10.</li> </ul> <p>Los pacientes identificados como sospechosos, se deben referir a la unidad de salud con médico permanente más cercana (modalidad itinerante).</p>
<b>¿Con qué frecuencia se realiza?</b>	Cada vez que se examina al paciente por morbilidad o control salud.

## ¿Cómo hacerlo?

**Realizar Historia Clínica y examen físico completa:** Se interroga al paciente, si ha sido picado por “chinche mamón”, “chinche besador” o “chinche de Chagas. Si el paciente conoce algún otro caso sospechoso o confirmado en familia, vecino o compañero de trabajo. Preguntar por historia de viaje.

### Cuadro Clínico

#### Fase Aguda:

- Paciente con alta parasitemia la cual puede ser detectada por métodos directos.
- Fase asintomática: es más frecuente en niños
- Fase sintomática, dura de 4-8 semanas y se caracteriza por:
  - Fiebre
  - Hepatomegalia, esplenomegalia
  - Adenopatías
  - Miocarditis aguda
  - Meningoencefalitis
  - Edema palpebral unilateral o bpalpebral + Adenopatía Satélite, “Signo de Romaña” (poco frecuente en Panamá)
  - Chagoma (puede durar hasta 8 semanas). Muy poco frecuente en Panamá.

#### Fase latente o indeterminad:

- Se considera que padecen la forma indeterminada de la enfermedad de Chagas, aquellas personas positivas en la serología que no presentan manifestaciones clínicas características de la enfermedad de Chagas y que no presentan alteraciones en el electrocardiograma de reposo y en la radiografía de tórax.

#### Fase Crónica:

- La desarrollan un 20% a 30% de los pacientes luego de un variable período de años, aproximadamente de 10-15 años de haber adquirido la infección. Se caracteriza por presentar alguna manifestación orgánica, tales como: afectación cardíaca (forma cardíaca o miocardiopatía chagásica crónica), Forma digestiva

## DIAGNÓSTICO CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO

### Caso Sospechoso de Infección aguda por Chagas

#### Criterios clínicos:

- Persona con fiebre prolongada (superior a 7 días) y una o más de las siguientes manifestaciones clínicas:
  - Edema de cara o de miembros
  - Exantema
  - Adenomegalia
  - Hepatomegalia
  - Esplenomegalia
  - Cardiopatía aguda
  - Manifestaciones hemorrágicas
  - Ictericia
  - Signo de Romaña o Chagoma de inoculación.
- Criterios epidemiológicos:
  - Residente o visitante de área con ocurrencia de triatominos.
  - Haya pasado recientemente por una transfusión de sangre o trasplante de órgano.
  - Sospecha de la ingestión de alimento contaminado por el *Tripanosoma Cruzi*.
  - Recién nacido de madre infectada (transmisión congénita).
  - Riesgo laboral.

**Caso Probable de Chagas:** Puede asociarse con alteraciones cardíacas no explicables, visceromegalia, encefalitis con antecedentes de contacto con sangre (transfusiones, drogadicción IV, accidentes de trabajo) u otro material biológico.

- Caso probable de transmisión oral: persona que haya ingerido alimento sospechoso de contaminación por el *Tripanosoma cruzi*. Con prueba serológica positiva.
- Caso Confirmado de Chagas: Todo caso sospechoso o probable con: Parasitemia (positiva) por metodología parasitológica directa, o dos pruebas serológicas de principios activos diferentes positivos (ELISA, IFI, HAI, Western blot, etc.).

#### **Enfermedad de Chagas y Embarazo**

- En áreas endémicas se debe efectuar una prueba serológica para la infección por *Tripanosoma cruzi*, junto con el tamizaje en el primer trimestre del embarazo y un seguimiento de los casos positivos, hasta confirmar o descartar el diagnóstico de infección congénita.
- Esta actividad debe realizarse en toda mujer en edad fértil o en embarazadas de zonas endémicas y en mujeres con el antecedente de haber vivido en ellas.
- El diagnóstico precoz de la gestante con serología positiva, tiene suma importancia para la detección de casos de transmisión materno-fetal y el posterior seguimiento de la curva serológica en el recién nacido en su primer año de vida, que permita su diagnóstico y tratamiento.
- El diagnóstico de la infección se realiza a través de la detección de anticuerpos específicos en la embarazada y por métodos directos en recién nacidos hijos de madres chagásica.

La paciente debe ser referida a Obstetricia para manejo integral, de ser posible ordene un electrocardiograma.

#### **¿Dónde hacerlo?**

En el área de atención y en cualquier área donde se examine a una persona adulto o niño, que presente los criterios clínicos con o sin los criterios epidemiológicos para Enfermedad de Chagas.

#### **¿Con qué hacerlo?**

- A través de historia clínica completa y examen físico.
- Registro en la historia clínica individual
- Anotar en el registro diario de atención como caso sospechoso de Enfermedad de Chagas.

#### **Información que genera**

- Número de casos sospechosos de Infección Aguda de Enfermedad de Chagas.
- Número casos probables de Enfermedad de Chagas.
- Número de casos confirmados de Enfermedad de Chagas.
- Número de casos de Chagas en embarazadas.
- Informe de áreas geográficas con casos registrados de Enfermedad de Chagas.

#### **Referencia y Contrareferencia**

- Referir a los pacientes sospechosos a la unidad de salud con médico permanente más cercano. (Recordar informar al médico, para que dé seguimiento).
- Deberá contactar con el médico para verificar que el paciente fue evaluado (desechado o confirmado), diagnosticado y si recibió tratamiento, en caso de ameritarlo.

Reglamento Operativo de la Estrategia de Extensión de Cobertura  
Direcciones Regionales de Salud, enero 2023

Protocolos de Atención, Prevención Y Promoción para el Neonato, Recién Nacido, Niños de 2 a 5 años

<b>Nº 22</b>	<b>SERVICIO: Promoción</b>  Promoción de los controles de salud en menores de 59 meses
<b>OBJETIVO</b>	Promover la importancia de los controles de crecimiento y desarrollo en los niños y niñas menores de 59 meses para la buena salud de los mismos.
<b>RESPONSABLE</b>	Todo el equipo de salud.
<b>POBLACIÓN OBJETIVO</b>	Niños y niñas menores de 59 meses residentes en comunidades beneficiarias por la CPP.

<b>¿Qué hacer?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Mantener un listado actualizado de todos los niños menores de 59 meses existentes en las comunidades bajo la responsabilidad del equipo.</li> <li>● Desarrollar actividades educativas para promover la importancia de los controles de crecimiento y desarrollo en los niños y niñas menores de 59 meses, con el propósito de garantizar un adecuado estado de salud de los mismos y detectar tempranamente problemas asociados a su desarrollo o crecimiento.</li> <li>● Las actividades educativas se realizarán en grupos no menores de 10 mujeres u hombres de la comunidad, que tengan hijos menores de 59 meses y la duración de cada actividad no será inferior a 1 hora.</li> <li>● Si la actividad está dirigida a la capacitación de parteras, promotores de salud o consejeras comunitarias, su duración no será inferior a 5 horas.</li> <li>● Adicionalmente se pueden desarrollar actividades educativas durante visitas domiciliarias y distribución de material educativo de preferencia con ilustraciones.</li> <li>● Se emitirá un informe con el listado de participantes a las actividades e igualmente para las visitas domiciliarias que se realicen y para el material educativo distribuido.</li> <li>● El informe debe contener, como mínimo, el tema tratado, la fecha, dedicación en horas, copia de material distribuido y listado de participantes nombre con su respectiva firma, número de cédula y grupo poblacional al que pertenece. En caso de que las personas no sepan firmar se presentará en el renglón adyacente a su nombre la huella de su pulgar derecho.</li> </ul>
<b>¿Con qué frecuencia se realiza?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● En cada visita a las comunidades aprovechando las citas de control de los niños(as).</li> <li>● Durante visitas domiciliarias.</li> </ul>

### ¿Cómo hacerlo?

- Invite a los padres de familia con hijos menores de 59 meses a las jornadas educativas para explicar la importancia de mantener un adecuado control del crecimiento y desarrollo de sus hijos.
- Desarrolle y explique a los padres como mínimo lo siguiente:
  - 1-Explique la importancia de iniciar los controles de crecimiento y desarrollo tempranamente.
  - 2-Repase con los padres de familia el listado de habilidades y destrezas propias para cada etapa del desarrollo del niño durante los primeros cinco años. Estos son evaluados por el médico o el personal de salud en cada cita y sirve para conocer el desarrollo psicomotor de los niños.
  - 3-Hable con los padres de la periodicidad de los controles.
  - 4-Destaque algunos elementos valorados durante las citas de controles de crecimiento especialmente la alimentación, el estado nutricional del niño y sus inmunizaciones.
  - 5-Enfoque sus orientaciones en la importancia de la prevención de dificultades asociadas al crecimiento y desarrollo del niño, en la mejora de la calidad del vínculo entre padres e hijos y en la promoción de una conciencia sanitaria entre los padres para con sus hijos.

### ¿Cómo hacerlo?

- 6-Resalte la importancia de la interacción biológica, psicológica y socio-cultural en el crecimiento y desarrollo del niño
  - Promueva el diálogo participativo, permitiendo la intervención de todos los presentes, de manera que puedan hacer preguntas y aclaren dudas, mitos, etc.
  - Si la actividad se realiza durante una visita domiciliaria, haga partícipe al equipo comunitario (partera, promotor, consejera capacitada).

### ¿Dónde hacerlo?

- Casa Comunal.
- Escuelas o iglesias.
- Visitas a los hogares.

### ¿Con qué hacerlo?

- Utilice láminas que destaquen la importancia de realizar los controles de crecimiento y desarrollo a los niños y niñas menores de 59 meses y los problemas que pueden evitarse al hacerlos.
- Dé información específica sobre todos los elementos que se valoran en el niño o la niña durante un control de crecimiento y desarrollo.

### Información que genera

- Listado actualizado de menores de 59 meses por comunidad.
- Número de padres de menores de 59 meses que asistieron a las jornadas educativas.
- Número de visitas domiciliarias a hogares con menores de 59 meses.
- Número de jornadas educativas de promoción del crecimiento y desarrollo en menores de 59 meses realizadas.

### Referencia y Contrareferencia

Reglamento Operativo de la Estrategia de Extensión de Cobertura  
Direcciones Regionales de Salud, enero 2023

- Referir a las madres y padres con niños menores de 59 meses a las charlas y sesiones educativas sobre la importancia de los controles de crecimiento y desarrollo
- Referir a las madres y padres con niños menores de 59 meses a los respectivos CSR para su captación y controles de crecimiento y desarrollo con el ESN responsable.

<b>Nº 23</b>	<b>SERVICIO: Educación para la Salud</b>
Identificación de signos de alarmas por IRA's y EDA's	
<b>OBJETIVO</b>	Orientar a la población y al equipo comunitario sobre la importancia de identificar prontamente algunos signos de alarma en IRA's y EDA's que pueden poner en riesgo la vida del paciente.
<b>RESPONSABLE</b>	Equipo de salud y equipo comunitario.
<b>POBLACIÓN OBJETIVO</b>	Menores de 5 años.

<b>¿Qué hacer?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Desarrollar actividades educativas para enseñar a la población beneficiaria y al personal comunitario, en la identificación de signos de alarmas asociados a IRA's (Infecciones respiratorias agudas) y EDA's (Enfermedad diarreica aguda); con el propósito de detectar tempranamente y/o prevenir situaciones que pueden poner en riesgo la vida de los pacientes con alguna de estas condiciones.</li> <li>● Las actividades educativas se realizarán en grupos no menores de 10 personas y la duración de las mismas no será inferior a 1 hora.</li> <li>● Si la actividad está dirigida a parteras, promotores o consejeras comunitarias, su duración no será inferior a 5 horas.</li> <li>● Adicionalmente se realizará la distribución de material educativo de preferencia con ilustraciones.</li> <li>● Se emitirá un informe con el listado de participantes a las actividades y del material educativo distribuido.</li> <li>● El informe debe contener, como mínimo, los temas tratados, fecha, dedicación en horas, copia de material distribuido y listado de participantes (nombre con su respectiva firma, número de cédula y grupo poblacional al que pertenece). En caso de que las personas no sepan firmar se presentará en el renglón adyacente a su nombre la huella de su indicador derecho.</li> </ul>
<b>¿Con qué frecuencia se realiza?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● En cada visita a las comunidades</li> <li>● Durante visitas domiciliarias (si fuese el caso).</li> </ul>

### ¿Cómo hacerlo?

- Utilice un rotafolio sobre signos de alarma.
- Organice los grupos con un mínimo de 10 personas para desarrollar la sesión.
- Para cada uno de los temas destaque como mínimo la siguiente información relacionada con signos de peligro:  
**A- IRA's: Infección Respiratoria Aguda**  
Los principales signos de peligro son los siguientes:
  - Dificultad respiratoria evidente
  - Respiración acelerada (taquipnea)
  - Hundimiento de los espacios intercostales (tiraje)
  - Hipotermia principalmente en menores de 2 meses
  - Somnolencia o insomnio
  - Quejido respiratorio
  - Fiebre de más de tres días
  - Rechazo a los líquidos y alimentos
  - Cianosis peri-bucal y distal.
- B- EDA's: Enfermedad Diarreica Aguda**  
Los principales signos de peligro están asociados a la deshidratación por la diarrea. Por tanto, ante un cuadro por enfermedad diarreica aguda los signos o síntomas de peligro más evidentes son los siguientes:
  - Está letárgico o inconsciente
  - Vomita todo
  - Tiene convulsiones
  - Bebe con avidez o por el contrario, no puede beber o comer
  - Tiene ojos hundidos o llora sin lágrimas
  - Su boca y su lengua están secas o la saliva es espesa
  - Está respirando muy rápido
  - Cuando se peñizca el lienzo de la piel demora más de dos segundos en volver a su estado normal (pérdida de elasticidad)
  - Su pulso es débil
  - Cuando se presiona sobre el pulpejo de los dedos demora más de 5 segundos el llenado capilar
  - Muestra ausencia o disminución de los ruidos intestinales
  - En los lactantes verificar si la fontanela está hundida.Elementos a considerar que condicionan de forma negativa el estado del paciente.  
Estos son: ● Si el paciente además es un menor de 2 meses ● Si es un menor de un año con antecedentes de bajo peso al nacer ● Si tiene un cuadro de desnutrición grave ● Si presenta alguna inmunodeficiencia ● En el caso de los niños; si la madre es analfabeta o menor de 17 años ● Si hay dificultad para el traslado.
- Distribuya material educativo con información (si posible ilustrado) sobre los temas.
- Elabore un informe de la actividad de capacitación que contenga el listado de participantes con nombre, cédula, firma.
- Puede desarrollar mensajes radiales y solicitar cooperación de las radioemisoras para divulgarlas.

### ¿Dónde hacerlo?

- Casa comunal.
- Escuelas o iglesias.
- Casa habilitada.

### ¿Con qué hacerlo?

- Utilice el rotafolio para presentar y discutir los temas educativos.
- Oriente sobre los signos y síntomas de peligro y utilice láminas para orientar a la población.

### Información que genera

- Número de personas capacitadas en signos y síntomas de peligro en IRA's, EDA's.

### Referencia y Contrareferencia

- Orientar a la población para realizar la Referencia de todos los pacientes con algún signo o síntoma de peligro asociado a IRA's, y EDA's, que pueda poner en riesgo su vida.

<b>Nº 24 y 25</b>	<b>SERVICIO: Promoción</b>
<b>Talleres grupales para embarazadas y madres de niños menores de 24 meses</b>	
<b>OBJETIVO</b>	Promover las conductas clave de NutriVidas para mujeres embarazadas y niños menores de 24 meses durante sesiones grupales con la población objetivo.
<b>RESPONSABLE</b>	Nutricionista o técnico de enfermería con asignaciones de NutriVidas. Si no estuviera disponible este personal, el auxiliar o técnico de enfermería, el técnico de salud o el promotor institucional debidamente capacitado.
<b>POBLACIÓN OBJETIVO</b>	Mujeres embarazadas y madres de niños menores de 24 meses de las regiones donde se ejecute la Iniciativa NutriVidas.

<b>¿Qué hacer?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Programar talleres grupales con las embarazadas y madres de niños menores de 24 meses atendidas por el equipo de salud.</li> <li>● Los temas de los talleres son los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>-Taller de Alimentación saludable durante el embarazo, dirigido a mujeres embarazadas.</li> <li>-Taller de Lactancia Materna, dirigido a mujeres embarazadas en el tercer trimestre de embarazo y madres de niños menores de 5 meses.</li> <li>-Taller de Alimentación saludable del niño de 6 meses a 2 años, dirigido a madres o cuidadores de niños de 4 a 24 meses.</li> <li>-Taller de Cuidados especiales del niño menor de 2 años, dirigido a madres o cuidadores de niños menores de 24 meses</li> </ul> </li> <li>● Durante el desarrollo de esta actividad se promoverá las conductas clave de NutriVidas, relacionadas con las prácticas de alimentación durante el embarazo y de alimentación y cuidados del niño menor de 24 meses, a través de una metodología participativa para el intercambio de ideas, consejos, experiencias y reflexiones que apoyen la adopción de estas conductas por la población objetivo.</li> </ul>
<b>¿Con qué frecuencia se realiza?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Cada taller debe ofrecerse 6 veces al año, en el caso de la red fija.</li> <li>● En el caso del equipo itinerante, cada taller debe ofrecerse 3 veces al año durante las rondas de atención.</li> </ul>

<b>¿Cómo hacerlo?</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Programe los talleres que vaya a realizar durante el año, tomando en cuenta la modalidad de entrega de los servicios: <ul style="list-style-type: none"> <li>-<b>Red fija:</b> cada tema de los talleres debe ofrecerse 6 veces al año. En total al año se brindarán 24 sesiones de cada uno de los temas; es decir, que por mes se realizarán 2 talleres distintos.</li> <li>-<b>Red itinerante:</b> en cada comunidad céntrica atendida deberá ofrecerse 3 veces cada tema durante el año de prestación. En total al año se brindarán 12 sesiones de cada uno de los temas; es decir, que por ronda se realizarán 2 talleres distintos.</li> </ul> </li> <li>● Estime el número de embarazadas y madres de niños atendidas por el equipo de salud y programe el número de talleres mínimos necesarios para cubrir el 100% de la población objetivo.</li> <li>● El número de participantes por taller debe contar con un mínimo de 90% de la población objetivo (mujeres embarazadas y madres o cuidadores de niños menores de 24 meses), sin exceder el número de 12 participantes.</li> <li>● En caso de que el número de participantes sea mayor de 12 personas se requiere programar otras sesiones hasta cubrir el total de la población objetivo.</li> </ul>

- Invite con anticipación a las mujeres que forman parte de la población a la cual va dirigido el taller programado. Elabore una lista de invitación con el nombre del participante, fecha y hora del taller programado.
- Prepare dentro de la instalación de salud un espacio para brindar los talleres.
- En algunas ocasiones, se podrán programar los talleres en escuelas u otros lugares habilitados dentro de la comunidad con el apoyo de las consejeras.
- Considere que el tiempo de duración de la actividad no sea inferior a 1 hora.
- Revise y estudie con anticipación, el contenido del rotafolio de taller que vaya a utilizar.
- Prepare los materiales que se requieran para las actividades (demostraciones) del taller.
- Salude y explique el propósito del taller a las participantes.
- Utilice la lámina frontal del rotafolio de taller para comentar sobre las conductas clave, motivar y conducir a las participantes a la acción.
- Emplee el reverso de la lámina del rotafolio como guía en caso que necesite recordar la información y actividades que debe realizar al comentar la lámina frontal.
- Agradezca la asistencia a las participantes.
- Lleve un control de asistencia a la actividad, llenando los datos solicitados en el Registro de Promoción y Educación en Salud.

#### ¿Dónde hacerlo?

- Centro de Salud
- Casa habilitada.
- Casa comunal
- Escuela

#### ¿Con qué hacerlo?

- Rotafolios de taller de NutriVidas:
  - Alimentación saludable durante el embarazo
  - Lactancia materna
  - Alimentación saludable del niño de 6 meses a 2 años
  - Cuidados especiales del niño menor de 2 años
- Lista de invitación a los talleres de NutriVidas
- Materiales para las sesiones demostrativas (preparación de Vitacrema): olla, agua previamente hervida, paquete de Vitacrema con su cuchara medidora, cucharón para revolver, platitos y cucharitas para degustar.
- Formulario del Registro de Promoción y Educación en Salud

#### Información que genera

- Número de embarazadas que asistieron al Taller de alimentación saludable durante el embarazo.
- Número de mujeres que asistieron al Taller de Lactancia materna.
- Número de madres que asistieron al Taller de alimentación saludable del niño de 6 meses a 2 años.
- Número de madres que asistieron al Taller de cuidados especiales del niño menor de 2 años.
- Número de talleres de Alimentación saludable durante el embarazo, impartidos en un período determinado.
- Número de talleres de Lactancia Materna impartidos en un período determinado.
- Número de talleres de Alimentación saludable del niño de 6 meses a 2 años, impartidos en un período determinado.
- Número de talleres de Cuidados especiales del niño menor de 2 años, impartidos en un período determinado.

#### Referencia y Contrareferencia

<b>N° 26</b>	<b>SERVICIO: Promoción</b>  Visitas de seguimiento a niños menores de 24 meses
<b>OBJETIVO</b>	Realizar visitas a los hogares de niños menores de 24 meses con diarrea o con señales de peligro para promover 1) el uso del Suero de Rehidratación Oral (SRO) y zinc para el tratamiento de la diarrea y 2) la alimentación adecuada durante la enfermedad.
<b>RESPONSABLE</b>	Consejera comunitaria
<b>POBLACIÓN OBJETIVO</b>	Madres o cuidadores de niños menores de 24 meses de las regiones donde se ejecute la Iniciativa NutriVidas.

<b>¿Qué hacer?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Visitar los hogares de los niños menores de 24 meses que durante la visita mensual fueron identificados con diarrea o con señales de peligro ( niño muy dormido, mirada perdida o desorientada, no quiere tomar el pecho o beber líquido, vomita todo lo que le dan, ha tenido ataques o convulsiones, respira cansado, se le hunde la piel debajo de las costillas al respirar, tiene ruidos al respirar, tiene mucha sed, presenta heces con sangre, fiebre en los últimos dos días); o que fueron referidos por la consejera cuando la madre acudió a buscar el SRO y zinc.</li> </ul> <p>En estas visitas, la consejera dará mensajes clave para promover:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- El uso del suero y zinc durante todo el período recomendado.</li> <li>- Las prácticas de alimentación del niño menor de 6 meses y del niño de 6-24 meses durante la enfermedad.</li> </ul>
<b>¿Con qué frecuencia se realiza?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● En el niño con señales de peligro y con diarrea, la visita de seguimiento se realizará 2 días después de emitida la referencia.</li> </ul>

**¿Cómo hacerlo?**

Para la visita de seguimiento siga estos pasos:

**Paso 1. Saludo**

- Salude cordialmente a los miembros del hogar y coménteles sobre el motivo de su visita.
- Invite a la madre a sentarse con el niño en un lugar cómodo donde puedan conversar.

**Paso 2. Diagnóstico de seguimiento**

- Utilice el formulario de diagnóstico para la visita de seguimiento e identifique según la respuesta de la madre, la condición del niño y las actividades que debe hacer durante la visita.

**Paso 3. Consejería sobre alimentación y cuidados del niño.****-Condición “El niño está en recuperación”:**

- Solicítele la contrareferencia a la madre o cuidador, para reforzar las recomendaciones que brindó el personal de salud.
- Seleccione las láminas de niño enfermo (color celeste) de acuerdo a la edad del niño.
- Entregue las láminas a la madre para que ella las observe y refuerce los consejos con ayuda de la guía motivacional para la consejería comunitaria.
- Si el niño se encuentra en recuperación por diarrea, se debe motivar a la madre para que continúe brindando el zinc por los días indicados.**
- Escuche los comentarios de la madre sobre lo que usted le está proponiendo.
- Apoye a la madre a identificar los consejos que pueda realizar. Pregúntele “¿En qué puede comprometerse para mejorar la salud y alimentación de su niño?”.
- Motive y negocie con la madre para que adopte los consejos brindados (máximo 2).
- Solicite a la madre que le repita los consejos que va a realizar para mejorar la alimentación y salud de su niño.
- Para reforzar el compromiso adquirido, llene y entréguele el recordatorio de consejos sobre alimentación y cuidados del niño menor de 2 años.
- Registre en la tarjeta de control comunitario, los consejos que la madre se comprometió a realizar.

**- Condición “El niño continúa con diarrea”:**

- Solicite la contrareferencia a la madre o cuidador, para reforzar las recomendaciones que brindó el personal de salud.
- Pida a la madre el recordatorio para el tratamiento de la diarrea y revise si ha seguido el tratamiento.
- De no tener disponible, entregue el suero de rehidratación oral.
- Refiera al niño al centro de salud de referencia más cercano, al no observar mejoría en el niño.
- Llene el formulario del Sistema de Referencia y Contrareferencia Comunitaria y entrégueselo a la madre.
- Si entregó SRO, regístrelo en el informe mensual de entrega de insumos-comunitario.
- Programe una visita de seguimiento en los próximos 2 días.

**-Condición “El niño tiene diarrea”:**

- Entregue el suero de rehidratación oral y zinc.
- Motive a la madre para que ofrezca y cumpla el tratamiento de forma adecuada.
- Solicite a la madre que le brinde al niño, la primera dosis de SRO y zinc en su presencia.
- Registre la entrega del SRO y zinc en el informe mensual de entrega de insumos-comunitario.
- Refiera al niño al centro de salud de referencia.
- Llene el formulario del Sistema de Referencia y Contrareferencia Comunitaria y entrégueselo a la madre.
- Programe una visita de seguimiento en los próximos 2 días.

**-Condición “El niño muestra señales de peligro”:**

- Refiera al niño al centro de salud de referencia.
- Llene el formulario del Sistema de Referencia y Contrareferencia comunitaria y entrégueselo a la madre.
- Programe una visita de seguimiento en los próximos 2 días.

**Paso 4. Registro y agradecimiento**

- Registre en el formulario del niño menor de dos años, las actividades que realizó en la visita.
- Si el niño está en recuperación, acuerde con la madre la fecha y hora de la próxima visita mensual y anótela en el formulario del niño.
- Si el niño fue referido, acuerde con la madre la fecha y hora de la visita de seguimiento.

**Si en el hogar hay otro niño menor de 5 años con diarrea:**

- Recuerde entregarle a la madre el SRO y Zinc.
- Motive a la madre para que ofrezca y cumpla el tratamiento de forma adecuada.

- Registre la entrega en el informe mensual de entrega de insumos-comunitario.
- Recomiende a la madre que lleve al niño al centro de salud de referencia para que sea atendido por el personal de salud.
- Agradézcale su tiempo y atención brindada.

**¿Dónde hacerlo?**

- En la casa del menor de 24 meses.

**¿Con qué hacerlo?**

- Formulario del niño menor de 2 años (libreta de la consejera comunitaria).
- Guía de la consejera comunitaria NutriVidas o de NutriVidas con peso.
- Láminas de consejería NutriVidas o de NutriVidas con peso.
- Guía motivacional para la consejería comunitaria NutriVidas o de NutriVidas con peso.
- Formulario de diagnóstico para la visita de seguimiento.
- Recordatorio de consejos sobre alimentación y cuidados del niño menor de 2 años.
- Tarjeta de control comunitario.
- Suero oral.
- Zinc.
- Formulario del Sistema de Referencia y Contrareferencia Comunitaria.
- Informe mensual de entrega de insumos-comunitario.

**Información que genera**

- Número y porcentaje de madres o cuidadores de niños referidos por diarrea o señales de peligro que recibieron visitas de seguimiento.

**Referencia y Contrareferencia**

- Formulario del Sistema de Referencia y Contrareferencia Comunitaria.

<b>N° 27</b>	<p><b>SERVICIO: Promoción de salud</b> <b>Educación sobre alimentación y nutrición</b></p> <p>Promoción de la alimentación saludable en niños entre los 2 y 5 años de edad</p>
<b>OBJETIVO</b>	Promover prácticas de alimentación saludable en niños entre los 2 y 5 años de edad.
<b>RESPONSABLE</b>	Médico, enfermera, nutricionista, técnico en enfermería, promotor de salud y asistente de salud.
<b>POBLACIÓN OBJETIVO</b>	Madres, padres, abuelas y cuidadores de niños entre los 2 y 5 años de edad.

<b>¿Qué hacer?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Desarrollar actividades para promover la alimentación apropiada para niños de 2 a 5 años entre las madres y cuidadores de los niños.</li> <li>● En esta actividad se promoverá:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- La alimentación saludable del preescolar en calidad y cantidad de acuerdo a los alimentos existentes en la comunidad.</li> <li>- La importancia de consumir alimentos fuentes de hierro y vitamina A en la alimentación diaria de niños y niñas.</li> <li>- Cómo alimentar a los niños cuando se estén recuperando de una enfermedad.</li> <li>- Las prácticas de higiene y manipulación de alimentos.</li> </ul> </li> </ul>
<b>¿Con qué frecuencia se realiza?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Periódicamente en la instalación de salud o durante las rondas de atención.</li> </ul>

<b>¿Cómo hacerlo?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Desarrolle sesiones educativas o demostrativas con las madres o cuidadores de los niños de 2 a 5 años para promover una alimentación saludable (cantidad y calidad) para prevenir enfermedades. Puede utilizar algunos de los siguientes temas: Alimentación del preescolar, Importancia de la suplementación con hierro, Consumo de alimentos fuentes de vitamina A y hierro, Importancia de la crema nutricional y su preparación, Alimentación y cuidados del niño enfermo y en recuperación, Prácticas de higiene y manipulación de alimentos en el hogar, entre otros.</li> <li>● Los grupos de participantes de las sesiones educativas estarán integrados por un mínimo de 10 personas y la duración de la actividad no será inferior a 1 hora.</li> <li>● Utilice material educativo de acuerdo al tema seleccionado y distribúyalo entre los participantes.</li> <li>● Lleve un control de asistencia a la actividad, llenando los datos solicitados en el Registro de Promoción y Educación en Salud.</li> </ul>
-----------------------	---

<b>¿Dónde hacerlo?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Unidades de salud</li> <li>● Local habilitado para ofrecer los servicios de salud.</li> <li>● Escuela, casa comunal u otro lugar habilitado para sesiones educativas.</li> </ul>
------------------------	---

<b>¿Con qué hacerlo?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Material educativo diseñado por el Depto. de Salud Nutricional del MINSA (trípticos).</li> <li>● Formulario del Registro de Promoción y Educación en Salud.</li> </ul>
--------------------------	---

<b>Información que genera</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Número de sesiones educativas brindadas a madres o cuidadores de niños de 2 a 5 años en un período determinado.</li> <li>● Número de madres o cuidadores que asisten a las sesiones educativas.</li> </ul>
-------------------------------	---

<b>N° 28</b>	<b>SERVICIO: Promoción</b>  Organización y Capacitación para la Participación Comunitaria Prospección y selección de las consejeras comunitarias
<b>OBJETIVO</b>	1. Identificar las candidatas a consejeras que cumplan con el perfil establecido. 2. Seleccionar a las consejeras de la comunidad.
<b>RESPONSABLE</b>	Personal del ESN, líderes comunitarios y la comunidad.
<b>POBLACIÓN OBJETIVO</b>	Toda la comunidad, incluyendo a las embarazadas y madres de niños menores de 24 meses de las regiones donde se ejecute la Iniciativa NutriVidas.

<b>¿Qué hacer?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Apoyar a la comunidad en la identificación y selección de las consejeras que cumplan con el siguiente perfil:             <ul style="list-style-type: none"> <li>-Que respete las tradiciones y creencias de la gente.</li> <li>-Que tenga deseos de servir a la comunidad.</li> <li>-Ser panameña o naturalizada panameña, mayor de 18 años con cédula de identificación vigente.</li> <li>-Que sepa leer y escribir en español.</li> <li>-Que esté dispuesta a participar en capacitaciones y asistir a reuniones fuera de la comunidad.</li> <li>-Preferiblemente las consejeras deben ser madres con niños/as menores de 2 años.</li> <li>-Que cuente con el apoyo de su familia y de la comunidad para cuidar de su hogar y de todas sus pertenencias mientras esté fuera.</li> <li>-Que esté dispuesta a realizar consejería individual una vez al mes en las casas de las madres o cuidadores de niños/as menores de 2 años y cada 3 meses a las mujeres embarazadas.</li> <li>-Que pueda realizar visitas de seguimiento a las madres cuyos niños fueron referidos por diarrea o signos de peligro al centro de salud de referencia.</li> <li>-Que pueda dedicar a la Iniciativa NutriVidas, al menos 7 días al mes.</li> <li>- La consejera comunitaria no podrá participar en programas comunitarios de otras instituciones del Estado o de organizaciones no gubernamentales (ONGs).</li> </ul> </li> </ul>
<b>¿Con qué frecuencia se realiza?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Durante la primera ronda de atención.</li> <li>● Cuando se requieran nuevas consejeras (en caso de cambio de residencia, renuncia, etc.), el equipo básico realizará la selección junto con la comunidad.</li> </ul>

### ¿Cómo hacerlo?

- En una asamblea comunitaria convocada ampliamente, incluyendo a las organizaciones existentes, se solicita que propongan y elijan a sus consejeras. La cantidad de consejeras dependerá del número de niños menores de 24 meses y embarazadas. Cada consejera tendrá bajo su cargo un total de 15 personas entre niños y embarazadas.
- Se genera un listado de las consejeras seleccionadas y se firma un acta.
- Cuando haya que seleccionar a nuevas consejeras, la comunidad junto con el equipo básico de salud se encargará de buscar candidatas y la comunidad aprobará la selección en una reunión comunitaria.
- El ESN informa al equipo de capacitación nacional y regional, las consejeras seleccionadas.

**¿Dónde hacerlo?**

- En las comunidades donde la iniciativa se está implementando.
- Las asambleas se realizan en los lugares que los grupos comunitarios utilizan generalmente.

**¿Con qué hacerlo?**

- Perfil para la selección de las consejeras comunitarias.
- Formato del acta de la asamblea.

**Información que genera**

- Listado de consejeras seleccionadas
- Acta de la asamblea

<b>N° 29</b>	<p><b>SERVICIO: Promoción de salud</b> <b>Organización y Capacitación para la Participación Comunitaria</b></p> <p style="text-align: center;">Charlas comunitarias de NutriVidas</p>
<b>OBJETIVO</b>	<p>1. Difundir los mensajes de NutriVidas tanto a la audiencia primaria (embarazadas y madres de niños menores de 24 meses) como la audiencia secundaria (parejas de las embarazadas, abuelas, padres o cuidadores de los menores de 24 meses y líderes comunitarios)</p> <p>2. Sensibilizar a los actores comunitarios sobre las conductas clave que se promueven de NutriVidas para fortalecer las normas sociales y valores culturales asociados.</p>
<b>RESPONSABLE</b>	Nutricionista y técnico de enfermería con asignaciones de NutriVidas con el apoyo de consejeras.
<b>POBLACIÓN OBJETIVO</b>	Audiencia primaria (embarazadas y madres de niños menores de 24 meses) y audiencia secundaria (parejas de las embarazadas, abuelas, padres o cuidadores de los menores de 24 meses y líderes comunitarios), de las regiones donde se ejecute la Iniciativa NutriVidas.

<b>¿Qué hacer?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Promover la participación de las organizaciones civiles y sociales a nivel comunitario, para mejorar la salud y nutrición durante el embarazo y primeros años de vida.</li> </ul>
<b>¿Con que frecuencia?</b>	En cada ronda de atención (Una charla por bimestre).

<b>¿Cómo hacerlo?</b>
<p>Las charlas comunitarias se pueden realizar siguiendo 3 pasos básicos:</p> <p><b>Paso 1. Planificar la charla comunitaria.</b></p> <p>-Se selecciona el tema a discutir en la charla según los resultados del diagnóstico de situación inicial e información generada en el centro de atención. Ej. En la comunidad, los menores de 5 años están presentando diarrea; en este caso se debe promover el uso del SRO y zinc.</p> <p>-Además, hay cuatro temas claves que se deben abordar por lo menos una vez al año: Alimentación saludable durante el embarazo, Lactancia materna, Alimentación saludable del niño de 6 meses a 2 años y Cuidados especiales del niño menor de 2 años.</p> <p>-El nutricionista o técnico de enfermería capacitado se apoya con las consejeras para la convocatoria y adecuación del lugar para desarrollar la actividad.</p> <p><b>Paso 2. Conducir la charla comunitaria.</b></p> <p>-Se promueve un ambiente agradable y se introduce el tema de la charla, sensibilizando a los asistentes sobre su importancia.</p> <p>-Se identifica junto con la comunidad las prácticas comunes y problemas relacionados con el tema.</p> <p>-Se da información que ayuda a identificar las opciones para resolver el problema.</p> <p>-Se apoya a la comunidad a identificar los compromisos que adquirirá para resolver el problema.</p> <p>-Se motiva a la comunidad a adoptar y llevar a cabo dichos compromisos.</p> <p>-Se lleva un control de asistencia de los participantes, llenando el formulario de registro de promoción y educación en salud.</p> <p><b>Paso 3. Dar seguimiento a las acciones acordadas.</b></p> <p>-En la siguiente charla o en algún momento previo, se retoman los acuerdos de la charla pasada con el fin de darle seguimiento.</p> <p>- Se felicita a la comunidad en caso de haber logrado avances y motiva a la acción, en caso contrario.</p>

<b>¿Dónde hacerlo?</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Lugar asignado para las reuniones en la comunidad.</li> </ul>
<b>¿Con qué hacerlo?</b>

- Rotafolios de los talleres de NutriVidas.
- Formulario del Registro de promoción y educación en salud.

**INFORMACIÓN QUE GENERA**

Lista de participantes a la actividad

<b>Nº 30</b>	<b>SERVICIO: Prevención de la salud</b>
	Inmunizaciones
<b>OBJETIVO</b>	Disminuir la morbilidad por causa de enfermedades prevenibles por vacunas en el menor de un año, 1 a 4 años, 5 a 14 años.
<b>RESPONSABLE</b>	Enfermera
<b>POBLACIÓN OBJETIVO</b>	Menores de un año, 1 a 4 años, 5 a 14 años.

<b>¿Qué hacer?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Administrar las vacunas a los niños menores de un año, 1-4 años y de 5 - 14 años para prevenir enfermedades según las normas de vacunación del PAI.</li> <li>● Registro y notificación de reacciones adversas supuestamente atribuibles a vacunación.</li> <li>● Registro, notificación y seguimiento de las enfermedades prevenibles por vacuna detectadas.</li> <li>● Búsqueda de desertores e inasistentes mediante llamadas telefónicas y/o visitas domiciliarias.</li> <li>● Orientación sobre la próxima dosis de vacunación.</li> </ul>
<b>¿Con que frecuencia?</b>	<p>Según el esquema nacional del Programa Ampliado de Inmunización así:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Recién nacido: HEPATITIS B y BCG.</li> <li>● 2 y 4 meses de edad NEUMOCOCO CONJUGADO Y ROTAVIRUS.</li> <li>● 2, 4 y 6 meses de edad: HEXAVALENTE</li> <li>● 6 a 12 meses de edad INFLUENZA</li> <li>● 12 meses de edad MMR, HEPATITIS A y REFUERZO DE NEUMOCOCO CONJUGADO</li> <li>● 12 a 23 meses de edad INFLUENZA</li> </ul> <p>5 meses de edad VARICELA Y FIEBRE AMARILLA (*Sólo en regiones de Darién, Panamá Este y Kuna Yala)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 18 meses edad: POLIO, TETRAVALENTE, REFUERZO DE MMR y HEPATITIS A</li> <li>● Entre 4 y 5 años de edad Refuerzo: POLIO y DPT</li> <li>● 10 años VIRUS DE PAPILOMA HUMANO y TDap</li> <li>● 15 a 19 años de edad HEPATITIS B (a los que no se les aplicó PENTAVALENTE O HEPATITIS B) y de MMR si no recibió ninguna dosis.</li> </ul>

### ¿Cómo hacerlo?

- Coordinar con el PAI del nivel regional el despacho de vacunas e insumos con una frecuencia mensual. Los despachos de vacunas e insumos serán contra entrega de informes.
- La cantidad de vacunas a solicitar debe ser calculada según la población estimada utilizando el formulario de solicitud de biológicos.
- Revisar la norma de vacunación y el esquema de vacunación vigente el cual se actualiza cada año.
- Revisar el esquema de vacunación del paciente en la tarjeta de vacunación.
- Orientar a los padres y madres sobre la importancia de la inmunización y el cumplimiento de las citas para la aplicación de las dosis subsecuentes.
- Lavarse las manos y preparar el material necesario.
- Utilizar la técnica aséptica durante la aplicación de dosis oral e inyectable.
- Mantener vigilancia de la cadena de frío. Utilizar termos porta vacunas regulados por el PAI.
- Aplicar las dosis de vacunas correspondientes de acuerdo con las normas de vacunación, anotando la fecha actual con tinta y la fecha de la próxima cita con lápiz. Cuando se participe de una actividad extra-muro se utilizará pluma roja. (Ferias, visitas domiciliarias, jornadas o campañas de vacunación).
- Explicar a los padres de forma clara y concisa, las características de la enfermedad que se va a prevenir y de la vacuna que se administra y sus posibles efectos adversos.
- Supervisar la captura de la información en el software del PAI.

### ¿Dónde hacerlo?

- Instituciones de salud
- Escuelas
- En el hogar durante las visitas domiciliarias
- Puestos móviles en las comunidades

### ¿Con qué hacerlo?

- Hojas de registro diarios de vacunación.
- Tarjeta de vacuna y el archivo de vacuna.
- Expediente clínico.
- Tarjeta de seguimiento de caso.
- En caso de presentar reacciones adversas supuestamente atribuidas a la vacuna, debe ser registrado en el formulario reglamentado para este fin.
- Materiales e Insumos:
  - Biológicos (Vacunas).
  - Jeringuillas con agujas.
  - Cajas de seguridad.
  - Algodón impregnado en agua.
  - Termo porta vacunas.
  - Neveras de acuerdo con las especificaciones técnicas del PAI.
  - Paquetes fríos.
  - Cajas frías de poliuretano.

### Producto que genera

- Informe diario de registro de vacunas.
- Notificación inmediata de reacciones adversas a vacunas.
- Notificación inmediata de casos de enfermedades prevenibles por vacuna.

Reglamento Operativo de la Estrategia de Extensión de Cobertura  
Direcciones Regionales de Salud, enero 2023

- Número de primeras, segundas, terceras y refuerzos dosis aplicadas por tipo de vacunas y grupos priorizados.
- Información generada por REGES bajo supervisión de enfermería:
  - Informe mensual de vacunas.
  - Coberturas de vacunación alcanzados por grupo de edad, tipo de vacunas, por corregimiento y por distrito. (trimestrales, semestrales y anuales).
- Análisis de las coberturas alcanzadas según la información generada por REGES.

<b>Nº 31</b>	<b>SERVICIO: Prevención</b>
Control de crecimiento y desarrollo (0-59 meses)	
<b>OBJETIVO</b>	Brindar atención integral a niños y niñas de 0 a 59 meses de manera que tengan un control de su crecimiento y desarrollo lo más completo posible. Promover la alimentación saludable y cuidados durante la niñez para el crecimiento y desarrollo óptimo del niño.
<b>RESPONSABLE</b>	Médico y Enfermera
<b>POBLACIÓN OBJETIVO</b>	Niños y niñas de 0 a 59 meses.

<b>¿Qué hacer?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●Control de Crecimiento físico</li> <li>●Evaluación de talla/edad</li> <li>●Evaluación del peso/edad</li> <li>●Evaluación de IMC/edad</li> <li>●Evaluación de perímetro cefálico hasta los 2 años</li> <li>●Control y estimulación del desarrollo</li> <li>●Control de enfermedades prevenibles por vacunas, administrar:</li> </ul> <p><b>Menor de 1 año:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Hep. B. 1 dosis</li> <li>● BCG. 1 dosis</li> <li>• Rotavirus. 2 dosis</li> <li>•Neumococo Conjugado. 2 dosis</li> <li>• Hexavalente. 3 dosis</li> <li>•Influenza</li> </ul> <p><b>1 a 4 años</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hep.A. 2 dosis</li> <li>• MMR. 2 dosis</li> <li>•Tetraivalente.1 refuerzo</li> <li>•Neumococo Conjugado. 1 refuerzo</li> </ul> <p>Neumococo Polisacárido (sólo para niños de alto riesgo)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Varicela .1 dosis y 1 refuerzo</li> <li>•Influenza. 1 dosis</li> <li>•Polio. 2 refuerzos</li> <li>•DPT. 1 Refuerzo</li> <li>•Fiebre Amarilla. 1 dosis (sólo en Darién, Kuna Yala y Panamá Este).</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Detección temprana de las pérdidas auditivas</li> <li>● Brindar consejería individual a la madre o cuidador sobre alimentación saludable, según la edad del niño</li> <li>●Administración una sola mega dosis de vitamina A de 100,000 U.I a los niños entre 6 y 11 meses de edad, anotar en la tarjeta de vacuna y en el formulario de vacuna.</li> <li>●Administrar cada seis meses una mega dosis de vitamina A de 200,000 U.I a los niños de 12 a 59 meses, anotar en la tarjeta de vacuna y en el formulario de vacuna.</li> <li>●Entrega del suplemento de hierro, en dosis preventiva, a niños de 4 a 59 meses.</li> <li>●Entrega bianual del desparasitante a niños de 1 a 9 años de edad.</li> </ul>
--------------------	---

<p><b>¿Con qué frecuencia se realiza?</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Las citas serán según el siguiente esquema por edades:</li> <li>● Recién nacido, 3 días, 15 días                         <ul style="list-style-type: none"> <li>● 1 mes</li> <li>● 2 meses</li> <li>● 3 meses</li> <li>● 4 meses</li> <li>● 6 meses</li> <li>● 8 meses</li> <li>● 10 meses</li> <li>● 12 meses</li> <li>● 15 meses</li> <li>● 18 meses</li> <li>● 2 años</li> <li>● 2 años y 6 meses</li> <li>● 3 años</li> <li>● 3 años y 6 meses</li> <li>● 4 años</li> <li>● 4 años y 6 meses</li> <li>● 5 años</li> </ul> </li> </ul> <p>Hep. B. RN. Hasta las 12 horas de nacido (en casos de partos fortuitos o fuera de la institución se podrá aplicar hasta las <b>24 horas de vida</b>).</p> <p>BCG. RN independientemente de su peso, (aplicar al primer contacto desde el nacimiento hasta los 15 años de edad).</p> <p>Rotavirus. A los 2 y 4 meses de edad (puede aplicarse hasta los 11 meses 29 días).</p> <p>Neumococo Conjugada. A los 2 y 4 meses.</p> <p>Hexavalente. A los 2-4 y 6 meses.</p> <p>Influenza. A partir de los 6 a 11 meses con un intervalo de 1 mes entre cada dosis.</p> <p><b>1-4 años</b></p> <p>Hep.A. primera dosis a los 12 meses de edad, 2 dosis a los 6 meses posterior a la primera. Después de los dos años, aplicar sólo 1 dosis.</p> <p>MMR .primera dosis a los 12 meses de edad y refuerzo a los 18 meses.</p> <p>Tetravalente. Aplicar refuerzo a los 18 meses de edad.</p> <p>Neumococo Conjugada. Refuerzo a los 12 meses de edad.</p> <p>Neumococo Polisacárida a partir de los 24 meses de edad.</p> <p>Varicela. 1 dosis a partir de los 15 meses de edad y un refuerzo a los 30 meses de la primera dosis.</p> <p>Influenza. 1 dosis anualmente.</p> <p>Polio. Primer refuerzo a los 18 meses, dosis meses después de la tercera dosis de hexavalente y segundo refuerzo de 21/2 a 3 años posterior al primer refuerzo.</p> <p>DPT. de 21/2 a 3 años posterior al primer refuerzo de tetra.</p> <p>Fiebre Amarilla a partir de los 15 meses de edad (dosis única).</p>
---	---

### ¿Cómo hacerlo?

- Confeccionando la historia clínica para la atención de la población infantil menor de 5 años.
- Verificar si tiene la tarjeta perinatal de la maternidad o de la hoja de referencia de la partera capacitada.
- Revisar y llenar la historia clínica completa y la libreta del niño y la niña.
- Preguntando a la madre acerca del estado de salud del niño (a), o de los síntomas que presenta y sobre la alimentación habitual que recibe.
- Efectuar el examen físico completo.
- Toma del peso corporal, la talla, perímetro cefálico, temperatura. (Transferir estos datos a la hoja de evaluación).
- Realizar la evaluación nutricional según los indicadores peso/edad, talla/edad e IMC/edad y explicar el resultado a la madre.
- Brindar consejería individual a la madre o cuidador sobre la alimentación saludable y cuidado del niño menor de 2 años, según edad. Utilice el Rotafolio de Consejería de NutriVidas, en las regiones donde se implementa esta intervención (comarcas indígenas de Ngöbe Buglé, Kuna Yala y Emberá Wounaan); y en el resto de las regiones, utilice las Guías Alimentarias para los menores de 2 años de Panamá.
- Entregar el plato graduado a la madre o cuidador, a partir de los 6 meses del niño. Resaltar la importancia de su uso durante la consejería.
- Consignar en el expediente la consejería ofrecida a la madre o cuidador: lactancia materna, alimentación, etc. (NutriVidas).
- Ofrecer consejería a la madre o cuidador del niño de 25 a 59 meses sobre la importancia de una alimentación saludable en la etapa preescolar.
- Desarrollar sesiones grupales con las madres o cuidadores del niño para promover prácticas de cuidado y alimentación saludable, de acuerdo a los protocolos correspondientes. (Talleres grupales para embarazadas y madres de niños menores de 24 meses o Promoción de la alimentación saludable en niños entre los 2 y 5 años de edad).
- Anotar los diagnósticos y tratamientos indicados en el expediente clínico y en la hoja de registro diario.
- Evaluar el desarrollo psicomotor de acuerdo con el perfil para la evaluación del niño (a).
- Brindar la orientación a los padres / cuidadores sobre el cuidado y estimulación.
- Si se observa o sospecha, alteraciones, se referirá utilizando el formulario para niños y niñas con alteración del desarrollo.
- Revisar y anotar las vacunas administradas según esquema de vacunación.
- Indicarle a los padres / cuidadores cuando debe regresar para su próxima cita de control y vacunación.
- Anotar los diagnósticos y tratamientos indicados en el expediente clínico y en la hoja de registro diario.
- Referir al PATMI según criterios de inclusión establecidos en la norma. Utilice el protocolo correspondiente.
- Entregar el suplemento de hierro y el recordatorio para la toma de hierro. Utilice el protocolo correspondiente.
- Orientación a la madre o al acompañante sobre:
  - La importancia de los controles de crecimiento y desarrollo.
  - Cuidados generales del niño.
- Orientación a la madre cuando buscar atención de inmediato:
  - Si no puede beber, ni tomar el pecho.
  - Si tiene fiebre.
  - Si tiene dificultad para respirar.
  - Si tiene diarrea.
  - Si presenta sangre en las heces.
- Entrega bianual del desparasitante a niños de 1 a 9 años de edad.
- Revisar la tarjeta de vacuna para verificar su estado vacunal.
  - Anotar las vacunas administradas según esquema en la tarjeta de vacuna, expediente clínico (hoja de seguimiento, copia de tarjeta de vacuna), archivo de vacuna, hoja de registro diario.
- Indicarles a los padres / cuidadores sobre: vacuna administrada y posibles efectos secundarios esperados, reacciones adversas y próxima cita de control y vacunación.

### ¿Dónde hacerlo?

<ul style="list-style-type: none"> <li>● Instalaciones de Salud en general</li> <li>● Sub-Centro de Salud</li> <li>● Puesto de Salud</li> <li>● Casa habilitada</li> <li>● Casa comunal</li> <li>● Escuela</li> </ul>	
<p><b>¿Con qué hacerlo?</b></p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Vacunas</li> <li>● Jeringuillas con agujas.</li> <li>● Algodón impregnado en agua.</li> <li>● Termo porta vacunas.</li> <li>● Caja de seguridad para jeringuillas</li> <li>● Cajas frías.</li> <li>● Termómetros.</li> <li>● Tarjetas de vacunas y copias.</li> <li>● Hojas de registro diario</li> <li>● gel alcoholado.</li> <li>● Vitamina A de 100,000 UI y 200,000 UI.</li> <li>● Suplemento de hierro.</li> <li>● Crema nutricional (Vitacrema).</li> <li>● Infantómetro.</li> <li>● Tallímetro.</li> <li>● Balanzas.</li> <li>● Cinta Métrica.</li> <li>● Termómetro.</li> <li>● Camilla.</li> <li>● Historia Clínica.</li> <li>● Tarjeta de control de salud para niño y para niña. Libreta del niño y la niña.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Tarjeta de seguimiento de caso.</li> <li>● Gráficas de Peso/Edad, Talla/Edad e IMC/Edad.</li> <li>● Hojas de registro de actividades diaria.</li> <li>● Material para la estimulación y guías del desarrollo.</li> <li>● Guías alimentarias para los menores de 2 años de Panamá.</li> <li>● Rotafolios de consejería de NutriVidas.</li> <li>● Recordatorio para la toma de hierro (NutriVidas).</li> <li>● Plato graduado.</li> <li>● Vacunas.</li> <li>● Jeringuillas con agujas.</li> <li>● Algodón impregnado en agua.</li> <li>● Termo porta vacunas.</li> <li>● Caja de seguridad para jeringuillas.</li> <li>● Cajas frías.</li> <li>● Termómetros.</li> <li>● Tarjetas de vacunas y copias.</li> <li>● Hojas de registro diario.</li> <li>● gel alcoholado.</li> <li>● Desparasitante.</li> </ul>
<p><b>Información que genera</b></p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Producción diaria del servicio de control de crecimiento y desarrollo.</li> <li>● Número de niños (as) recién nacidos captados.</li> <li>● Número de niños (as) menores de 1 año: <ul style="list-style-type: none"> <li>● En control de crecimiento y desarrollo con un mínimo de 4 controles anuales.</li> <li>● Con por lo menos dos (2) controles anuales para los niños y niñas de un año a 5 años.</li> </ul> </li> </ul>	
<p><b>Referencia y Contrareferencia</b></p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Formularios del SURCO.</li> <li>● Tarjeta de control de Salud.</li> <li>● Hoja de referencia y contra-referencia.</li> <li>● Tarjeta de seguimiento de caso.</li> </ul>	

<b>N° 32</b>	<b>SERVICIO: Promoción de la Salud</b>
	Brindar atención integral preventiva a la población infantil en edad escolar
<b>OBJETIVO</b>	Brindar atención integral preventiva a la población infantil en edad escolar.
<b>RESPONSABLE</b>	Médico(a), Enfermera(o).
<b>POBLACIÓN OBJETIVO</b>	La población infantil comprendida en las edades de 5 a 14 años.

<b>¿Qué hacer?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●Control de crecimiento y desarrollo</li> <li>●Vacunación. Polio. Segundo Refuerzo TDap Papiloma Virus. 2 dosis</li> <li>●Constancia de salud en sexto grado.</li> </ul>
<b>¿Con qué frecuencia se realiza?</b>	<p><u>1 vez al año</u></p> <p>Polio. Refuerzo. Si no ha recibido segundo refuerzo antes de los 5 años. TDap. Un refuerzo a los seis años de edad si el niño no ha completó el esquema con DPT. Niños y niñas de 10 años Papiloma Virus. Primera dosis a partir de los 10 años de edad, 2 dosis seis meses posterior a la aplicación de la primera dosis. TDap.1 refuerzo única.</p>

**¿Cómo hacerlo?**

- Examen físico
- Evaluación del estado nutricional (IMC/edad)
- Examen de la visión
- Examen de la audición
- Exámenes de laboratorio (hemoglobina, hematocrito). Se deberá practicar prueba de solubilidad de hemoglobina, a todo niño/a de primer ingreso que no tenga el examen realizado. Asimismo, deberá practicársele a escolares de años superiores que no la tengan. La posibilidad de actividad de este examen implica realizar electroforesis de hemoglobina.
  1. Los laboratorios que la UBA no se encuentre en capacidad de realizar lo debe referir a la instalación de salud más cercana con servicio de laboratorio.
- Completar el esquema de vacuna a cada escolar:
- Coordinar con la maestra encargada del programa escolar de cada escuela
- Solicitar a la maestra el listado de niños y las tarjetas de vacunas
- Aplicación de vacunas correspondiente a la edad.
  3. Alumnos en Sexto Grado:
    - Td adulto refuerzo a niños/as
    - Anti rubéola: a todas las niñas en 6to grado
- Entregar el suplemento de hierro, de acuerdo a la norma. Utilice el protocolo correspondiente.
- Constancia de control de salud: Todos los escolares que egresan del 6to grado, por la etapa especial en la que se encuentran (pre adolescencia, adolescencia); la evaluación de su crecimiento y desarrollo adquiere especial importancia. Esta evaluación debe quedar registrada en un documento (Certificado del estado de salud del escolar) el cual será de gran utilidad al personal de salud que continuará asistiéndolo, en los establecimientos de otro nivel o sector y en el Programa de Atención Integral del Adolescente.

**¿Dónde hacerlo?**

- Instalaciones de Salud en general
- Puesto de Salud
- Casa habilitada
- Casa comunal
- Escuela

**¿Con qué hacerlo?**

- |   |   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Tallímetro</li><li>• Balanzas</li><li>• Cinta Métrica</li><li>• Termómetro</li><li>• Camilla</li><li>• Diapasón</li><li>• Hemocue</li><li>• Historia Clínica</li><li>• Tarjeta de control de salud para niño y para niña</li><li>• Tarjeta de seguimiento de caso</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Tarjeta de vacunación</li><li>• Gráfica IMC/Edad</li><li>• Hojas de registro de actividades diaria</li><li>• Vacunas</li><li>• Jeringuillas con agujas</li><li>• Alcohol</li><li>• Algodón</li><li>• Termo porta vacunas</li><li>• Suplemento de hierro</li><li>• Certificado del estado de salud del escolar</li></ul> |
|---|---|

**Información que genera**

Producción diaria del servicio de control de salud de los escolares.

**Referencia y Contrareferencia**

<b>N° 33 y 34</b>	<p><b>SERVICIO: Promoción</b></p> <p><b>Visita domiciliaria a madres de niños menores de 24 meses:</b></p> <p>A. NutriVidas: aplica en las comunidades de la Comarca Kuna Yala, Emberá Wounaan y en Ngöbe Buglé aquellas asignadas a la intervención sin medición de peso para la Evaluación de Impacto.</p>
<b>OBJETIVO</b>	Promover la adopción de conductas clave sobre alimentación y cuidados del niño menor de 24 meses.
<b>RESPONSABLE</b>	Consejera comunitaria
<b>POBLACIÓN OBJETIVO</b>	Madres o cuidadores de niños menores de 24 meses de las regiones donde se ejecute la Iniciativa NutriVidas.

<b>¿Qué hacer?</b>	<p>Realizar visitas a los hogares de niños menores de 24 meses para:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Promover las conductas clave de NutriVidas, a través de la consejería individual.</li> <li>● Entregar el SRO y zinc a los niños con diarrea.</li> <li>● Referir al centro de salud de referencia al niño con diarrea o si está enfermo con señales de peligro: (niño muy dormido, mirada perdida o desorientada, no quiere tomar el pecho o beber líquido, vomita todo lo que le dan, ha tenido ataques o convulsiones, respira cansado, se hunde la piel debajo de las costillas al respirar, tiene ruidos al respirar, tiene mucha sed, presenta heces con sangre, fiebre en los últimos dos días).</li> </ul>
<b>¿Con qué frecuencia se realiza?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Cada mes a las madres o cuidadores de niños menores de 24 meses.</li> </ul>

<b>¿Cómo hacerlo?</b>	
<p>La visita domiciliaria tiene 4 pasos:</p> <p><b>Paso 1. Saludo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Salude cordialmente a los miembros del hogar y coménteles sobre el motivo de su visita.</li> <li>-Asegúrese que el niño esté en casa. Si no está, pregunte cuando regresará y acuerde con los miembros del hogar el día y hora para visitarlo nuevamente.</li> <li>-Invite a la madre a sentarse con el niño en un lugar cómodo y pregúntele si tiene tiempo para atenderla.</li> <li>-Háblele de forma clara, cordial y con respeto.</li> </ul>	
<p><b>Paso 2. Diagnóstico inicial</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Registre la información solicitada en el formulario del niño menor de 2 años.</li> <li>-Realice las preguntas que están en el formulario hasta la pregunta "¿está recibiendo Vitacrema?" y anote las respuestas que le dé la madre.</li> <li>- Utilice el formulario de diagnóstico para la visita domiciliaria e identifique de acuerdo a las respuestas de la madre, la condición del niño; lo que le servirá para conocer cuáles son las actividades que debe hacer durante la visita.</li> </ul>	
<p><b>Paso 3. Consejería sobre alimentación y cuidados del niño.</b></p> <p><b>-Condición" El niño está sano":</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Si esta, no es su primera visita al hogar, pregúntele a la madre ¿Cómo le fue con los compromisos acordados en la visita anterior?"</li> <li>● Escuche atentamente la respuesta de la madre.</li> <li>● Felicítela en caso que haya cumplido los compromisos adquiridos en la visita anterior y motívela a que adopte las conductas clave promovidas en esta visita.</li> <li>● Seleccione las láminas de consejería, de acuerdo a la edad del niño.</li> <li>● Entregue las láminas a la madre para que ella las observe y refuércele los consejos, con la información de la guía motivacional para la consejería comunitaria.</li> </ul>	

## ¿Cómo hacerlo?

- Escuche los comentarios de la madre sobre lo que usted le está proponiendo.
- Apoye a la madre a identificar los consejos que pueda realizar. Pregúntele “¿En qué puede comprometerse para mejorar la salud y alimentación de su niño?”.
- Negocie y motive a la madre para que adopte los consejos brindados (máximo 2).
- Solicite a la madre que le repita los consejos que va a realizar para mejorar la alimentación y salud de su niño.
- Para reforzar el compromiso adquirido, entréguele el recordatorio de consejos sobre alimentación y cuidados del niño menor de 2 años.
- Registre en la tarjeta de control comunitario, los consejos que la madre se comprometió a realizar.
- A partir de los 6 meses, entregue el plato graduado al niño si no lo ha recibido en el centro de salud de referencia.

### -Condición “El niño está enfermo”

- Seleccione las láminas de niño enfermo de acuerdo a la edad del niño.
- Entregue las láminas a la madre para que ella las observe y refuércela los consejos, con la información de la guía motivacional para la consejería comunitaria.
- Escuche los comentarios de la madre sobre lo que usted le está proponiendo.
- Apoye a la madre a identificar los consejos que pueda realizar. Pregúntele “¿En qué puede comprometerse para mejorar la salud y alimentación de su niño?”.
- Negocie y motive a la madre para que adopte los consejos brindados (máximo 2).
- Solicite a la madre que le repita los consejos que va a realizar para mejorar la alimentación y salud de su niño.
- Para reforzar el compromiso adquirido, entréguele el recordatorio de consejos sobre alimentación y cuidados del niño menor de 2 años.
- Registre en la tarjeta de control comunitario, los consejos que la madre se comprometió a realizar.

### -Condición “El niño tiene diarrea”

- Entréguele el suero de rehidratación oral y zinc.
- Motive a la madre para que ofrezca y cumpla el tratamiento de forma adecuada.
- Solicite a la madre que le brinde al niño, la primera dosis de SRO y zinc en su presencia.
- Registre la entrega del SRO y zinc en el Informe mensual de entrega de insumos-comunitario.
- Refiera al niño al centro de salud de referencia.
- Llene el formulario del Sistema de Referencia y Contrareferencia comunitaria y entrégueselo a la madre.
- Programe una visita de seguimiento en los próximos 2 días.

### -Condición “El niño muestra señales de peligro”:

- Refiera al niño centro de salud de referencia.
- Llene el formulario del Sistema de Referencia y Contrareferencia Comunitaria y entrégueselo a la madre.
- Programe una visita de seguimiento en los próximos 2 días.

## Paso 4. Registro y agradecimiento

- Registre en el formulario del niño a partir de la pregunta “¿Está enfermo el niño?”, todas las actividades que realizó en la visita.
- Anote los compromisos que acordó la madre durante la visita, de acuerdo a la condición del niño.
- Si el niño está sano, acuerde con la madre la fecha y hora de la próxima visita mensual y anótela en el formulario del niño y en la tarjeta de control comunitario.
- Si el niño fue referido, acuerde con la madre la fecha y hora de la visita de seguimiento, y anótela en la tarjeta de control comunitario.
- Agradézcale su tiempo y su atención brindada.

### Si en el hogar hay otro niño menor de 5 años con diarrea:

- Recuerde entregarle a la madre el SRO y Zinc.
- Motive a la madre para que ofrezca y cumpla el tratamiento de forma adecuada.
- Registre la entrega en el Informe mensual de entrega de insumos-comunitario.
- Recomiende a la madre que lleve al niño al centro de salud de referencia para que sea atendido por el personal de salud.

## ¿Dónde hacerlo?

- Hogares de los niños menores de 24 meses.

<b>¿Con qué hacerlo?</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Libreta de la consejera comunitaria (Formulario del niño menor de 2 años)</li> <li>● Formulario de diagnóstico para la visita domiciliaria</li> <li>● Láminas de consejería</li> <li>● Recordatorios de consejos sobre alimentación y cuidados del niño menor de 2 años.</li> <li>● Tarjeta de control comunitario ● Formulario del Sistema de Referencia y Contrareferencia Comunitaria</li> <li>● Informe mensual de entrega de insumos-comunitario.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Suero oral</li> <li>● Zinc</li> <li>● Plato graduado</li> <li>● Guía de la consejera comunitaria</li> <li>● Guía motivacional para la consejería comunitaria</li> <li>● Lápiz</li> <li>● Borrador</li> <li>● Sacapuntas</li> <li>● Tabla plástica de soporte</li> </ul>
<b>Información que genera</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Número de madres o cuidadores que recibieron una visita domiciliaria mensual.</li> <li>● Consejos que las madres se comprometieron a realizar durante la consejería individual.</li> <li>● Número de niños que recibieron el tratamiento de SRO y zinc durante la visita domiciliaria.</li> <li>● Número de niños que fueron referidos al centro de salud de referencia.</li> </ul>	
<b>Referencia y Contrareferencia</b>	
<p>Se referirá a los niños con diarrea y con signos de peligro al centro de salud de referencia, utilizando el formulario del Sistema de Referencia y Contrareferencia comunitaria.</p>	

<b>N° 35 y 36</b>	<b>Visita domiciliaria a madres de niños menores de 24 meses:</b>
	B. NutriVidas con peso: solo aplica en las comunidades de la Comarca Ngöbe Buglé asignadas a la intervención con medición de peso para la Evaluación de Impacto.
<b>OBJETIVO</b>	Promover un crecimiento y desarrollo adecuado del niño mediante el monitoreo mensual de la tendencia de crecimiento y la adopción de conductas clave sobre alimentación y cuidados del niño menor de 24 meses.
<b>RESPONSABLE</b>	Consejera comunitaria
<b>POBLACIÓN OBJETIVO</b>	Madres o cuidadores de niños menores de 24 meses de las regiones donde se ejecute la Iniciativa NutriVidas.

<b>¿Qué hacer?</b>	Realizar visitas a los hogares de niños menores de 24 meses para: <ul style="list-style-type: none"> <li>● Monitorear la tendencia de crecimiento.</li> <li>● Promover las conductas clave de NutriVidas, a través de la consejería individual.</li> <li>● Entregar el SRO y zinc a los niños con diarrea.</li> <li>● Referir al centro de salud de referencia al niño con diarrea o si está enfermo con señales de peligro: (niño muy dormido, mirada perdida o desorientada, no quiere tomar el pecho o beber líquido, vomita todo lo que le dan, ha tenido ataques o convulsiones, respira cansado, se hunde la piel debajo de las costillas al respirar, tiene ruidos al respirar, tiene mucha sed, presenta heces con sangre, fiebre en los últimos dos días).</li> </ul>
<b>¿Con qué frecuencia se realiza?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Cada mes a las madres o cuidadores de niños menores de 24 meses.</li> </ul>

<b>¿Cómo hacerlo?</b>
<p>La visita domiciliaria tiene 6 pasos:</p> <p><b>Paso 1. Saludo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Salude cordialmente a los miembros del hogar y coménteles sobre el motivo de su visita.</li> <li>-Asegúrese que el niño esté en casa. Si no está, pregunte cuando regresará y acuerde con los miembros del hogar el día y hora para visitarlo nuevamente.</li> <li>-Invite a la madre a sentarse con el niño en un lugar cómodo y pregúntele si tiene tiempo para atenderla.</li> <li>-Háblele de forma clara, cordial y con respeto.</li> </ul> <p><b>Paso 2. Diagnóstico inicial</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Registre la información solicitada en el formulario del niño.</li> <li>-Realice las preguntas que están en el formulario hasta la pregunta "¿está recibiendo Vitacrema?" y anote las respuestas que le dé la madre.</li> <li>-Utilice el formulario de diagnóstico para la visita domiciliaria e identifique de acuerdo a las respuestas de la madre, la condición del niño; lo que le servirá para conocer cuáles son las actividades que debe hacer durante la visita.</li> </ul> <p><b>Paso 3. Pesar al niño y convertir el peso de kilogramos a libras y onzas. (Sólo aplica si el niño está sano o enfermo sin diarrea o sin señales de peligro)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuelgue la balanza en un sitio adecuado y seguro (una viga resistente del techo o una rama fuerte de un árbol), utilizando una sogá; asegúrese de que no toque ningún objeto.</li> <li>-Cerciórese de que la balanza le quede de frente a la altura de sus ojos, de manera que pueda mirar la aguja y los números sin problemas.</li> <li>-Coloque el calzón y calibre la balanza colocando la aguja en el punto cero, antes de cada toma de peso.</li> <li>-Pida a la madre que le quite al niño toda la ropa y zapatos. En el caso de las niñas, pida a la madre o cuidador que le</li> </ul>
<b>¿Cómo hacerlo?</b>
<p>Retire adornos del pelo: ganchos, colas, binchas y otros.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Meta sus manos en los orificios de las piernas del calzón y agarre los pies del niño que se encuentra cargado por la mamá o cuidador. Vaya halando suavemente hasta que el cuerpo del niño quede adentro del calzón.</li> <li>-Pida a la madre que levante al niño para colgarlo en la balanza. Para que el niño mantenga el equilibrio, asegúrese</li> </ul>

que la posición de sus brazos quede uno por delante del tirante y el otro por detrás.

- Baje suavemente al niño y permita que cuelgue libremente y mire que no esté tocando ningún objeto.
- Lea el peso en la balanza hacia la derecha como la manecilla del reloj, buscando los números más grandes que son los kilogramos y cada rayita representa 100 gramos.
- Haga la lectura del peso en voz alta, después que la aguja deje de moverse.
- Registre el peso en kilogramos en el formulario del niño, antes de bajar al niño de la balanza.
- Entregue al niño a su madre.
- Realice la conversión del peso de kilogramos a libras, utilizando la tabla de conversión de peso; anótelos en la tarjeta de control comunitario e infórmeleselo a la madre.

#### **Paso 4. Conocer la tendencia de crecimiento del niño**

- Grafique el peso del niño en la gráfica de la tarjeta de control comunitario.
- Una el punto del peso actual con el del peso anterior para valorar la tendencia de crecimiento.
- Anote en el formulario del niño y en la tarjeta de control comunitario, en la columna correspondiente un gancho (V) si la tendencia de crecimiento es adecuada para el niño, y una equis (X), si es inadecuada.
- Explique a la madre la situación de la tendencia de crecimiento del niño.

#### **Paso 5. Consejería sobre alimentación y cuidados del niño.**

##### **-Condición "El niño está sano":**

- Si esta, no es su primera visita al hogar, pregúntele a la madre ¿Cómo le fue con los compromisos acordados en la visita anterior?"
- Escuche atentamente la respuesta de la madre.
- Felicítela en caso que haya cumplido los compromisos adquiridos en la visita anterior y motívela a que adopte los consejos en esta visita.

- Seleccione las láminas de consejería, de acuerdo a la edad del niño.
- Entregue las láminas a la madre para que ella las observe y refuércela los consejos, con la información de la guía motivacional para la consejería comunitaria.
- Escuche los comentarios de la madre sobre lo que usted le está proponiendo.
- Apoye a la madre a identificar los consejos que pueda realizar. Pregúntele "¿En qué puede comprometerse para mejorar la salud y alimentación de su niño?".
- Negocie y motive a la madre para que adopte los consejos brindados (máximo 2).
- Solicite a la madre que le repita los consejos que va a realizar para mejorar la alimentación y salud de su niño.
- Para reforzar el compromiso adquirido, entréguele el recordatorio de consejos sobre alimentación y cuidados del niño menor de 2 años.
- Registre en la tarjeta de control comunitario, los consejos que la madre se comprometió a realizar.
- A partir de los 6 meses, entregue el plato graduado al niño si no lo ha recibido en el centro de salud de referencia.

##### **-Condición "El niño está enfermo"**

- Seleccione las láminas de niño enfermo de acuerdo a la edad del niño.
- Entregue las láminas a la madre para que ella las observe y refuércela los consejos, con la información de la guía motivacional para la consejería comunitaria.
- Escuche los comentarios de la madre sobre lo que usted le está proponiendo.
- Apoye a la madre a identificar los consejos que pueda realizar. Pregúntele "¿En qué puede comprometerse para mejorar la salud y alimentación de su niño?".
- Negocie y motive a la madre para que adopte los consejos brindados (máximo 2).
- Solicite a la madre que le repita los consejos que va a realizar para mejorar la alimentación y salud de su niño.
- Para reforzar el compromiso adquirido, entréguele el recordatorio de consejos sobre alimentación y cuidados del niño menor de 2 años.

#### **¿Cómo hacerlo?**

- Registre en la tarjeta de control comunitario, los consejos que la madre se comprometió a realizar.

##### **-Condición "El niño tiene diarrea"**

- Entréguele el suero de rehidratación oral y zinc.
- Motive a la madre para que ofrezca y cumpla el tratamiento de forma adecuada.
- Solicite a la madre que le brinde al niño, la primera dosis de SRO y zinc en su presencia.
- Registre la entrega del SRO y zinc en el Informe mensual de entrega de insumos-comunitario.
- Refiera al niño al centro de salud de referencia.

- Llene el formulario del Sistema de Referencia y Contrareferencia comunitaria y entrégueselo a la madre.
- Programe una visita de seguimiento en los próximos 2 días.

**-Condición "El niño muestra señales de peligro":**

- Refiera al niño centro de salud de referencia.
- Llene el formulario del Sistema de Referencia y Contrareferencia Comunitaria y entrégueselo a la madre.
- Programe una visita de seguimiento en los próximos 2 días.

**Paso 6. Registro y agradecimiento**

- Registre en el formulario del niño a partir de la pregunta "¿Está enfermo el niño?", todas las actividades que realizó en la visita.
- Anote los compromisos que acordó la madre durante la visita, de acuerdo a la condición del niño.
- Si el niño está sano, acuerde con la madre la fecha y hora de la próxima visita mensual y anótela en el formulario del niño y en la tarjeta de control comunitario.
- Si el niño fue referido, acuerde con la madre la fecha y hora de la visita de seguimiento, y anótela en la tarjeta de control comunitario.
- Agradézcale su tiempo y su atención brindada.

**Si en el hogar hay otro niño menor de 5 años con diarrea:**

- Recuerde entregarle a la madre el SRO y Zinc.
- Motive a la madre para que ofrezca y cumpla el tratamiento de forma adecuada.
- Registre la entrega en el Informe mensual de entrega de insumos-comunitario.
- Recomiende a la madre que lleve al niño al centro de salud de referencia para que sea atendido por el personal de salud.

**¿Dónde hacerlo?**

- Hogares de los niños menores de 24 meses

**¿Con qué hacerlo?**

- |  |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● Balanza de reloj (tipo Salter)</li> <li>● Calzón</li> <li>● Soga</li> <li>● Libreta de la consejera comunitaria NV con peso (Formulario del niño menor de 2 años)</li> <li>● Formulario de diagnóstico para la visita domiciliaria</li> <li>● Tabla de conversión de kilogramos a libras</li> <li>● Tarjeta de control comunitario</li> <li>● Láminas de consejería NutriVidas con peso</li> <li>● Recordatorios de consejos sobre alimentación y cuidados del niño menor de 2 años</li> <li>● Formulario del Sistema de Referencia y Contrareferencia comunitaria</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Suero oral</li> <li>● Zinc</li> <li>● Informe mensual de entrega de insumos-comunitario.</li> <li>● Plato graduado</li> <li>● Guía de la consejera comunitaria NV con peso</li> <li>● Guía motivacional para la consejería comunitaria NV con peso</li> <li>● Lápiz</li> <li>● Borrador</li> <li>● Sacapuntas</li> <li>● Tabla plástica de soporte.</li> </ul> |
|--|---|

**Información que genera**

- Número de madres o cuidadores que recibieron una visita domiciliaria mensual.
- Consejos que las madres se comprometieron a realizar durante la consejería individual.
- Número de niños con tendencia de crecimiento adecuada.
- Número de niños con tendencia de crecimiento inadecuada.
- Número de niños con tendencia de crecimiento inadecuada en 2 meses seguidos.
- Número de niños que recibieron el tratamiento de SRO y zinc durante la visita domiciliaria.
- Número de niños que fueron referidos al centro de salud de referencia.

**Referencia y Contrareferencia**

Se referirá a los niños con diarrea y con señales de peligro a la instalación de salud, utilizando el formulario del Sistema de Referencia y Contrareferencia comunitaria.

Reglamento Operativo de la Estrategia de Extensión de Cobertura  
Direcciones Regionales de Salud, enero 2023

<b>N° 37</b>	<b>SERVICIO: Atención de salud</b>
<p>Atención de las morbilidades agudas como IRA's (Episodio agudo menos de 30 días) *Fuente: Guía para la atención integral del niño de 0 a 9 años</p>	
<b>OBJETIVO</b>	Reducir la gravedad y complicaciones de las infecciones respiratorias en menores de cinco (5) años.
<b>RESPONSABLE</b>	Médico(a)
<b>POBLACIÓN OBJETIVO</b>	Menores de 5 años

<b>¿Qué hacer?</b>	Para atender al niño con IRA deben seguirse tres (3) pasos: 1. Evaluar 2. Clasificar la enfermedad 3. Tratar al niño
<b>¿Con qué frecuencia se realiza?</b>	En cada caso de consulta por cuadro respiratorio encontrado en las visitas de la UBA.  En cada caso atendido por el Promotor de Salud.

<b>¿Cómo hacerlo?</b>		
Logrando la cooperación de la madre con una buena historia de la enfermedad del niño Realizar un examen físico completo, donde para evaluar al niño se debe:		
<b>Preguntar:</b>		
¿Qué edad tiene?	¿Está tosiendo?, La tos productiva? ¿Cómo es la secreción? Desde cuándo?	¿Tiene dificultad para respirar?, ¿Lo ha tenido otras veces?
¿Ha tenido fiebre?, ¿Desde cuándo?	¿Ha tenido convulsiones?	¿Tiene dolor de oído?, ¿Se frota la oreja?
¿Le está supurado el oído?, ¿Desde cuándo?	¿Ha dejado de comer?	¿Tiene dolor de garganta?
<b>Observar:</b>		
Estado de conciencia	Frecuencia respiratoria (sin llanto). ● Observar y escuchar si hay estridor, sibilancia.	
Presencia o ausencia de tiraje intercostal, retracción xifoidea y supra esternal.	Estado de hidratación y nutrición.	
<b>Realizar examen físico:</b>		
Tomar temperatura, peso, contar la Frecuencia respiratoria.	Examen oral: Buscar pus en la garganta. Palpar ganglios cervicales.	
Examen de los oídos: Buscar secreción óptica, ver membrana timpánica, palpar hueso mastoides.	Auscultar los pulmones buscando sibilancias y ruidos pulmonares agregados.	
<b>Clasificar la enfermedad:</b>		
Dolor de garganta	Faringitis viral ● Infección de la garganta (estreptocócica) ● Absceso de garganta	

<b>¿Cómo hacerlo?</b>	
Dolor de oído	● Infección aguda ● Infección crónica ● Mastoiditis
Tos o dificultad para respirar en niños menores de 2 meses	● Tos o resfriado (no es neumonía) ● Neumonía grave ● Neumonía muy grave
Tos o dificultad para respirar en niños de 2 meses a 4 años	● Tos o resfriado (no es neumonía) ● Neumonía ● Neumonía grave ● Enfermedad muy grave
<b>Para clasificar las enfermedades respiratorias, se debe revisar los síntomas y signos clínicos en cada una de ellas:</b>	
Faringitis viral	● Secreción u obstrucción nasal ● Faringe hiperémica ● Dolor de garganta
Infección de la garganta (estreptocócica)	Ganglios linfáticos de los cuellos sensibles y aumentados de tamaño Exudado blanco en la garganta
Absceso de garganta	● No puede beber ● Tumefacción de la faringe ● Febril ● Puede verse tóxico ● Mal estado general
Otitis aguda	Supuración del oído desde hace menos de 2 semanas ● Dolor de oído ● Membrana timpánica roja y pérdida del triángulo luminoso
Otitis crónica	Oído supurando desde hace dos semanas o más
Mastoiditis	Inflamación sensible dolorosa detrás de la oreja
Tos o resfriado	● No hay tiraje ● En niño (a) de 2 a 11 meses frecuencia respiratoria menor de 50 por minuto y en niños de 1 a 4 años frecuencia respiratoria menor de 40 por minutos
Neumonía (niños mayores de 2 meses)	● No hay tiraje ● Taquipnea de 2 a 11 meses frecuencia respiratoria 50 o más por minuto, de 1 a 4 años frecuencia respiratoria 40 o más por minuto
Neumonía grave	● Tiraje ● Retracción subcostal ● Estridor en reposo. ● Taquipnea de 2 a 11 meses frecuencia respiratoria 50 o más por minuto, de 1 a 4 años frecuencia respiratoria 40 o más por minuto.
<b>Para tratar la enfermedad:</b>	
Faringitis viral	● Tratar la fiebre con acetaminofén a 10 mg/Kg/dosis cada 4 horas ● Brindar más líquidos al niño (a) ● Dígale a la madre que regrese con el niño (a) si empeora
Infección de la garganta	● Penicilina benzatínica a 50000 u/Kg dosis I.M.#1 o claritromicina 15mg/Kg/día dividido en dos dosis (cada 12 horas) ● Medidas físicas para disminuir la fiebre, en caso de fiebre mayor de 38 grados indicar acetaminofén.
Absceso de garganta	● Penicilina benzatínica a 50000 u/Kg dosis I.M.#1 o claritromicina 15mg/Kg/día dividido en dos dosis (cada 12 horas) ● Referir al centro de salud ● Medidas físicas para disminuir la fiebre, en caso de fiebre mayor de 38 grados indicar acetaminofén
Otitis aguda	● Antibiótico: Trimetropin-sulfametoxazol 60mg/80mg suspensión (primera elección): Lactantes de 2 meses hasta 5 años la dosis es 8 a 10mg /kg día dividida en dos dosis (cada 12 horas), por 7 días o amoxicilina 50-100 mg/Kg/día vo dividido en tres dosis ●Dar medicamento para el dolor y la fiebre ●Reevaluar en 5 días

<b>¿Cómo hacerlo?</b>	
Tos o resfriado (no es neumonía)	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Dar medicamento para la fiebre: Acetaminofén</li> <li>● Recordar aumento de la ingesta de agua y líquidos</li> <li>● En niños menores de 2 meses mantener la nariz des congestionada con solución salina (gotas nasales).</li> <li>● En niños menores de 2 meses alerte a la madre para que regrese por atención médica si el lactante respira con dificultad, rápido y si es difícil alimentarlo (se ahoga con la leche).</li> </ul>
Neumonía, Neumonía grave, Enfermedad muy grave	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Dar antibiótico Amoxicilina 50-100 mg/Kg/día dividido en tres dosis</li> <li>● Medidas físicas para disminuir la fiebre, en caso de fiebre mayor de 38 grados indicar acetaminofén 10mg/kg cuatro veces al día</li> <li>● Tratar el broncoespasmo si lo tiene con inhalador de salbutamol 100mcg por dosis administrar dos puf cuatro veces al día</li> <li>● Reevaluar al niño en 2 días o antes si empeora o referir de inmediato</li> </ul>

<b>¿Dónde hacerlo?</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● En las giras programadas a las comunidades bajo la cobertura de la CPP.</li> </ul>
<b>¿Con qué hacerlo?</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Estetoscopio ● Foco de mano ● Otoscopio ● Reloj</li> </ul>
<b>Información que genera</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Prevalencia de infecciones respiratorias agudas en niños (as) menores de 5 años de edad en las comunidades cubiertas.</li> <li>● Casos de infecciones respiratorias agudas complicadas y referidas al centro de salud.</li> </ul>
<b>Referencia y Contrareferencia</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Formularios del SURCO</li> <li>● Se debe trasladar a una instalación de mayor complejidad: <ul style="list-style-type: none"> <li>● Todos los casos de Neumonía, Neumonía grave</li> <li>● Absceso de garganta</li> <li>● Otitis crónicas</li> </ul> </li> <li>● Enfermedad muy grave</li> </ul>

<b>N° 38</b>	<b>SERVICIO: Atención en salud</b>
Atención de las morbilidades agudas como EDA's (termino agudo viene dado de ser un proceso de carácter auto limitado, con una duración menor de dos semanas)	
<b>OBJETIVO</b>	Disminuir la morbimortalidad por diarrea mediante el manejo oportuno de la deshidratación, dado el desenlace fatal de esta enfermedad
<b>RESPONSABLE</b>	Médico(a), Enfermera, técnico o auxiliares de enfermería
<b>POBLACIÓN OBJETIVO</b>	Menores de cinco (5) años

<b>¿Qué hacer?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Obtener una historia clínica que nos permita conocer el tiempo de evolución, para determinar si es aguda o crónica.</li> <li>● Examen físico buscando signos deshidratación.</li> <li>● Clasificar el grado de deshidratación: leve, moderada o grave</li> <li>● Iniciar el tratamiento.</li> <li>● Consignar en el expediente la consejería ofrecida para orientar a la madre en el uso del SRO y Zinc, alimentación, lactancia materna, etc. (NutriVidas).</li> </ul>
<b>¿Con qué frecuencia se realiza?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Todo paciente que esté recibiendo hidratación oral y parenteral debe ser reevaluado.               <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Si el paciente tolera la vía oral se indica manejo ambulatorio.</li> <li>2. Si no tolera la vía oral y/o presenta signos de deshidratación realizar traslado.</li> </ol> </li> </ul>

**¿Cómo hacerlo?**

● Interrogar al paciente:

<ul style="list-style-type: none"> <li>● ¿Hace cuánto tiempo se inició la diarrea?</li> <li>● ¿Cuántas veces ha evacuado en el día de hoy?</li> <li>● ¿Las evacuaciones son líquidas o pastosas?</li> <li>● ¿Las evacuaciones tienen moco o sangre?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>¿Ha presentado fiebre?</li> <li>● ¿Ha presentado vómitos?</li> <li>● ¿Cuántos vómitos ha presentado en las últimas horas?</li> <li>● ¿Tiene sed?</li> <li>● ¿Está orinando?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ¿Acepta los líquidos que se le ofrecen?</li> <li>● ¿Se mantiene activo?</li> </ul>
--	---	---

● Observar y realizar examen físico:

<ul style="list-style-type: none"> <li>● Tomar signos vitales: peso sin pañal, talla, temperatura.</li> <li>● Fontanela hundida.</li> <li>● Ojos hundidos.</li> <li>● Ausencia de lágrimas.</li> <li>● Bebe mal o no puede beber.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Mucosa oral seca, saliva en la boca, ¿ésta es espesa o normal?</li> <li>● Signos del pliegue cutáneo: la piel vuelve lentamente al estado anterior.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Estado de alerta: activo o letárgico.</li> <li>● Inquieto e irritable.</li> <li>● Inconsciente.</li> <li>● Hipotónico.</li> </ul>
--	---	--

● Clasificar el grado de deshidratación e iniciar tratamiento.

**Deshidratación Leve:** El paciente no tiene signos evidentes de deshidratación.

**Tratamiento: Plan A**

● **Aumentar la ingesta de líquidos tanto como el niño quiera tomar**

- Amamantar al niño con más frecuencia y durante más tiempo en cada toma.
- Si el niño es amamantado exclusivamente, administrarle SRO además de leche materna.
- Si no es amamantado exclusivamente, administrarle uno o más de estos líquidos: SRO, agua de arroz, agua hervida (limpia).

● **Tratamiento conjunto de Zinc con SRO**

Está comprobado que la administración en conjunto del SRO y Zinc disminuye la severidad y duración de la diarrea:

- Enseñar a la madre cómo preparar y administrar el SRO y el Zinc. Darle 2 sobres ó 2 botellas de SRO y la cantidad correcta de zinc para 10 días según la edad del niño, para usar en casa.
  - Mostrar a la madre como dar las SRO: ofrezca ½ a 1 taza después de cada deposición o vómito; en sorbos pequeños y frecuentes. Si el niño vomita, esperar 10 minutos y luego continuar más lentamente. Siga dándole más líquidos que lo usual hasta que cese la diarrea.
  - Mostrar a la madre como dar el zinc:
    - Si el niño tiene de 2 a 5 meses cumplidos: ofrecer 5ml o ½ vaso dosificador por vía oral cada día por 10 días consecutivos junto con SRO, este último mientras persista la diarrea.
    - Si el niño tiene de 6 a 59 meses cumplidos ofrecer 10 ml o 1 vaso dosificador de solución de zinc por vía oral cada 10 días consecutivos junto con SRO, este último mientras persista la diarrea.

**Recomendaciones generales:**

1. Utilizar el rotafolio de consejería para orientar a la madre en el uso del SRO y Zinc y promover dar más leche materna y alimentos durante la enfermedad al niño de 6 a 24 meses y animar al niño a comer (NutriVidas).
2. Entregar a la madre el recordatorio para el tratamiento de diarrea (NutriVidas).
3. Durante el periodo de diarrea suspender otros medicamentos.
4. Si el niño está tomando hierro en el mismo periodo, se recomienda dejar un intervalo de 4 horas entre los dos tratamientos para asegurar que el organismo obtenga el beneficio completo de ambos productos.

**Deshidratación moderada:** presencia de dos o más signos

**Tratamiento Plan B**

- Ofrecer SRO durante 4 horas en el servicio de salud a libre demanda.
- Administrar Zinc en solución oral
- Reevaluar al niño (a) y clasificar la deshidratación y seleccionar el plan apropiado:
  - Si el niño mejora:
    - Comenzar a alimentar al niño (a) en la instalación de salud
    - Dar de alta y continuar con el Plan A
  - Si el niño no mejora o no tolera la vía oral
    - Organizar traslado para iniciar Plan C

**Deshidratación severa, grave o en shock:** presencia de signos evidentes de hipotonía, hipoactivos, letárgicos, etc.

**Tratamiento Plan C:**

- Si tenemos acceso venoso, iniciamos con lactato o solución salina a 20cc por Kg de peso por hora hasta estabilizar y referir a un establecimiento de mayor complejidad.
- Si no tenemos acceso endovenoso, dar suero oral por jeringa o sonda naso- gástrica a razón de 20-30 cc por Kg de peso por hora y referir inmediatamente a un centro de salud, recibiendo suero oral en el camino.
- Enviar urgentemente a una instalación de mayor complejidad.

**Tratamiento de diarrea con sangre**

- Si se cuenta con laboratorio clínico dar tratamiento específico según la identificación del parásito:
  - Metronidazol (suspensión 125/5ml).
  - Amebiasis: 35mg/Kg/día dividido en 3 dosis por 6 días.
  - Giardiasis: Metronidazol 25 mg/Kg/día dividido en 3 dosis por 6 días.
  - Continuar con SRO más zinc (Plan A o Plan B).
- Si no cuenta con laboratorio clínico dar tratamiento empírico según las características epidemiológicas del área.
- Dar madre o acompañante las recomendaciones generales descritas anteriormente.

<b>¿Dónde hacerlo?</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• En las giras programadas a las comunidades bajo la cobertura de la CPP.</li><li>• Orientando y haciendo partícipe al promotor.</li></ul>
<b>¿Con qué hacerlo?</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Estetoscopio • Foco de mano • Otoscopio • Reloj.<ul style="list-style-type: none"><li>• Sales de Rehidratación Oral (SRO).</li><li>• Suplementos de Zinc.</li><li>• Rotafolio de consejería de NutriVidas.</li><li>• Recordatorio para el tratamiento de la diarrea (NutriVidas).</li></ul></li></ul>
<b>Información que genera</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Casos de enfermedad diarreica aguda por grupo de edad.</li></ul>
<b>Referencia y Contrareferencia</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Referir a un centro de salud, si no mejora con las sales de hidratación.</li><li>• En el paciente con deshidratación grave, <b>referir</b>, de forma inmediata, a una instalación de salud para estabilizarse.</li><li>• Utilizar los formularios del SURCO.</li></ul>

<b>N° 39</b>	<b>SERVICIO:</b> Atención de salud	
	Atención de las morbilidades infectocontagiosas de la piel	
<b>OBJETIVO</b>	Disminuir la morbilidad de la piel en la población infantil de extrema pobreza en áreas rurales e indígenas.	
<b>RESPONSABLE</b>	Médico(a), Enfermera, Auxiliares o Técnicos de Salud.	
<b>POBLACIÓN OBJETIVO</b>	Niños y niñas menores de cinco (5) años.	

<b>¿Qué hacer?</b>	Para atender al niño con IRA deben seguirse tres (3) pasos: 1. Evaluar 2. Clasificar la enfermedad 3. Tratar al niño
<b>¿Con qué frecuencia se realiza?</b>	● En cada caso de consulta por afección en la piel.

**¿Cómo hacerlo?**

Lo más importante es una buena comunicación con el familiar del niño (a), para realizar una buena historia clínica y examen físico.

**Preguntar:**

Edad del niño o niña.	¿Le produce picazón en el día o en la noche?	¿Le ha ocurrido anteriormente?
¿Desde cuándo tiene el problema?	¿Tiene fiebre?, ¿Desde cuándo?	¿Dónde tiene las lesiones?

**Signos a buscar:**

<b><u>Escabiasis:</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lesiones en la piel que van desde pápulas sobre base eritematosa, escoriaciones e impétigo por rascado.</li> <li>Predominio en el área axilar, genital, glúteos, brazos y dedos.</li> <li>Se caracteriza por la picazón que intensifica en horas de la noche y el niño se vuelve irritable, pues no puede dormir bien por la comezón.</li> <li>El niño/a se rasca la piel produciéndose entonces la infección bacteriana agregada.</li> <li>En lactantes es frecuente la aparición de pápulas o vesículas en las palmas o plantas de los pies.</li> <li>Es una de las enfermedades más contagiosas, por lo que vamos a ver afectados a varios o a todos los miembros de una familia. El tratamiento debe indicar a todos los miembros de la familia.</li> </ul>
<b><u>Impétigo contagioso:</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Es producido por el Estreptococo Beta hemolítico del grupo A, y puede producir una bacteriemia.</li> <li>Generalmente, la enfermedad inicia en un área y se va diseminando al resto del cuerpo.</li> <li>Lesiones que inician como una pápula, que se llena de líquido y se rompen quedando como una quemadura de cigarrillo.</li> <li>Por la bacteremia y el rascado se va diseminando a todo el cuerpo.</li> <li>Es contagioso por lo que veremos a varios miembros de la familia afectados y tratándose de una infección bacteriana, puede repetir si el tratamiento no es completo y si no se trata a todos los niños de la familia afectada.</li> </ul>

Reglamento Operativo de la Estrategia de Extensión de Cobertura  
Direcciones Regionales de Salud, enero 2023

<b>Abscesos en la piel generalmente:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Secundarios a una herida o “grano infectado”.</li> <li>• Es una tumoración en la piel con signos inflamatorios: rubor, calor local y flogosis.</li> </ul>
<b>Tratamiento:</b>	
<b><u>Escabiasis:</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lindano o gamexol en champú cada día durante 3 noches seguidas.</li> <li>• Lindano o gamexol tópico debe aplicársele por las noches en las áreas del cuerpo afectadas evitando el contacto con el medicamento en la cara y ojos del paciente. Debe indicársele a la madre la importancia del lavado de la ropa.</li> <li>• Vaselina azufrada 6% (para lactantes, mujeres, embarazadas y madres en lactancia): se aplica durante tres noches consecutivas en las áreas afectadas y se enjuaga al día siguiente.</li> <li>• Ivermectina gotas (niños mayores de 2 años). Se da una gotita por kilo de peso, dosis única y se repite en unas semanas.</li> <li>• Ivermectina tabletas de 6mg: (para adultos) tomar dos tabletas una sola toma y repetir en una semana.</li> </ul>
<b><u>Impétigo contagioso:</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dicloxacilina suspensión 250mg por 5 ml. Dosis es 12.5mg/ kg día cada 8 horas durante 7 días.</li> <li>• Antibiótico en crema (fusidin): aplicar en el área afectada dos veces al día durante 1 semana.</li> </ul>
<b><u>Abscesos en la piel</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dicloxacilina suspensión 250mg por 5 ml. Dosis es 12.5mg/ kg día cada 8 horas durante 7 días.</li> </ul>
<b>Piodemitis o prurigo infectado:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dicloxacilina suspensión 250mg por 5 ml. Dosis es 12.5mg/ kg día cada 8 horas durante 7 días.</li> <li>• Antibiótico en crema (fusidin): aplicar en el área afectada dos veces al día durante 1 semana.</li> </ul>
<b>Celulitis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dicloxacilina suspensión 250mg por 5 ml. Dosis es 12.5mg/ kg día cada 8 horas durante 7 días.</li> </ul>

**¿Dónde hacerlo?**

- En las comunidades de cobertura de la CPP.
- Instalaciones o puestos de atención.

**¿Con qué hacerlo?**

- Examen visual de las lesiones en la piel.

**Información que genera**

- Con los datos recopilados se hace un diagnóstico que permita diferenciar clínicamente las siguientes patologías:  
Escabiasis  
Impétigo contagioso  
Abscesos
  - Número de casos por enfermedades.

**Referencia y Contrareferencia**

Reglamento Operativo de la Estrategia de Extensión de Cobertura  
Direcciones Regionales de Salud, enero 2023

Para referencias utilizar formularios del SURCO

- En casos de que comprometa el rostro, articulaciones (tobillo y / o rodillas), piernas con síndrome compartamental.
- Impétigo, asociados a edemas en miembros inferiores, oliguria y cefalea, pues se trata de una glomerulonefritis aguda secundaria a la infección estreptocócica.
- Se refieren los casos de impétigo generalizado en niños menores de 2 meses de edad por el peligro de una septicemia.
- Se refieren los casos de abscesos que no mejoran o se resuelven con tratamiento médico o de incisión y drenaje.

<b>N° 40</b>	<b>SERVICIO: Atención en salud</b>
	Captación y notificación de las enfermedades inmunoprevenibles
<b>OBJETIVO</b>	Disminución de las enfermedades inmunoprevenibles en la población beneficiaria. Captación, notificación y seguimiento para disminuir complicaciones de las enfermedades.
<b>RESPONSABLE</b>	Médico(a).
<b>POBLACIÓN OBJETIVO</b>	Toda la población en especial los menores de 5 años

<b>¿Qué hacer?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Conocer la epidemiología de las enfermedades inmunoprevenibles en Panamá y estar en capacidad de diagnosticarlas y tratarlas de forma adecuada.</li> <li>● Realizar la notificación obligatoria de cualquier caso sospechoso por alguna de estas enfermedades.</li> <li>● Realizar el perifoco con el equipo básico de salud en caso de encontrar alguna de estas enfermedades.</li> <li>● Referir a todos los pacientes con riesgo a una instalación de mayor complejidad.</li> </ul>
<b>¿Con qué frecuencia se realiza?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● En cada caso de consulta por cuadros sospechosos de alguna de las enfermedades inmunoprevenibles, encontrado en las visitas del equipo básico a las comunidades.</li> <li>● En cada caso atendido referido por el personal comunitario de salud.</li> </ul>

<b>¿Cómo hacerlo?</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Realizando una buena historia clínica.</li> <li>● Realizar un examen físico completo.</li> <li>● Registrando adecuadamente en el expediente clínico del paciente los hallazgos</li> <li>● Realizando la notificación obligatoria por sospecha.</li> <li>● Realizar el perifoco en las primeras 48 horas de la notificación y evaluar un radio de 30 a 40 casas buscando los niños insistentes, a los posibles contactos.</li> <li>● Para cada una de las enfermedades siguientes, se considera importante que el médico y el equipo básico manejen la siguiente información: <ul style="list-style-type: none"> <li><b><u>1-Poliomielitis:</u></b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● El hombre es el único reservorio del virus y la vía de transmisión es la fecal-oral</li> <li>● Los síntomas de la enfermedad menor coinciden con la primera viremia. Son inespecíficos: fiebre, vómitos, diarrea, cefalea y malestar.</li> <li>● El período de incubación va de 7 a 12 días, el período de transmisibilidad es de una semana antes del inicio del cuadro hasta 3 a 10 días después de la aparición de los signos y síntomas.</li> </ul> </li> <li><b><u>2-Tuberculosis:</u></b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● La detección de la enfermedad por lo general está relacionada con la captación de sintomáticos respiratorios (Tos con flema por más de 14 días, fiebre vespertina y pérdida de peso).</li> <li>● La probabilidad de transmisión aumenta cuando el paciente es bacilífero y tiene producción excesiva de esputo y tos intensa; esta forma se observa en adultos.</li> <li>● Los niños generalmente no contagian debido a que tienen escasa cantidad de bacilos en sus esputos y su tos es escasa sin fuerzas al toser lo que hace que no haya cantidad suficiente de partículas infectantes.</li> <li>● La vacunación con BCG sólo interviene en el control de la enfermedad en menos del 30%, sin embargo sí reduce las formas graves de la enfermedad.</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>
<b>¿Cómo hacerlo?</b>

### **3-Difteria:**

- La difteria es una enfermedad infecciosa, transmisible, causada por la cepa toxigénica de *Corynebacterium diphtheriae* que a través de la toxina produce la enfermedad.
  - Tiene varias formas de presentación en mucosas (nariz, faringe y laringe) o en piel.
  - El tratamiento se basa en la erradicación del *C. diphtheriae* mediante la administración de antibióticos y la neutralización de la toxina circulante.
  - La prevención radica en una correcta administración de la vacuna antidiftérica.
- El hombre es el único reservorio, el período de incubación es de 2 a 5 días y el período de transmisibilidad es de 2 a 3 semanas.

### **4-Tétanos:**

- La enfermedad es producida por el *Clostridium tetani*, germen anaerobio, que produce dos toxinas, una tetanolisina, que no tiene acción patógena importante y la otra llamada tetanospasmína, potente neurotoxina, responsable de la enfermedad y que no es transmisible.
- Debuta con un cuadro de hipertonia y de contracturas musculares generalizadas y dolorosas que predominan en mandíbula y cuello y que se incrementan con los estímulos externos.
- El reservorio puede ser el hombre o los animales, quienes albergan al agente en sus intestinos; al ser eliminados por las heces pueden preservarse en la tierra (esporas que eclosionan con la humedad y así contaminan objetos punzantes (clavos, astillas, otros).
- El período de incubación es de 3-21 días.
- Se ha clasificado según la edad, como tétanos neonatal y no neonatal; el primero ocurre por contaminación al cortar el cordón umbilical o en el manejo posterior con sustancias no estériles, el factor coincidente es que el 100% de estas madres no están inmunizadas con toxoide tetánico.
- El tétanos no neonatal, (mayores de 28 días), generalmente ocurre por accidentes debido a heridas penetrantes causadas con objetos contaminados, o por inyecciones no estériles, incluyendo el uso de drogas ilegales por vía parenteral.
- El tratamiento se basa en limpieza de la herida, antibióticos y medidas de apoyo sintomático.

### **5-Tosferina:**

- Es una enfermedad contagiosa, el hombre es el único reservorio.
- El grupo de edad más afectado es de los menores de 5 años con mayor riesgo en los lactantes menores.
- Tras el periodo catarral, en el que el paciente es especialmente infectante, aparece una tos paroxística, emetizante, seguida de estridor espiratorio típico que se conoce como “gallo”, o por vómitos.
- En los lactantes son características las crisis de estornudos. Estas crisis producen en los niños pequeños cuadros de apnea y cianosis. En las fases intercríticas suele observarse hemorragias subconjuntivales y petequias en la parte superior del cuerpo.
- En sangre es típica la presencia de leucocitosis con marcada linfocitosis.
- El tratamiento consiste en la administración de Eritromicina u otros macrólidos, broncodilatadores, fluidificación de secreciones, alimentación correcta y medidas ambientales.

### **6-Rubéola:**

- Es una enfermedad exantemática de origen viral.
- El hombre es el único huésped natural del virus, cuya vía de trasmisión es a través del contacto directo o por gotas de las secreciones nasofaríngeas de una persona infectada, o por vía transplacentaria en los casos de infección congénita por diseminación hematológica, durante la viremia materna.
- El período de incubación es de 2 a 3 semanas y el de transmisibilidad es aproximadamente de 1 semana antes del inicio del cuadro y por lo menos de 4 a 7 días después del inicio de los síntomas.
- Los recién nacidos afectados continúan excretando el virus durante meses, por secreciones nasofaríngeas, orina y heces; por tanto actúan como fuente de infección incluso para el personal de salud que los atiende. La susceptibilidad a la rubéola es general desde que se extingue la inmunidad pasiva transplacentaria, procedente de la madre inmune, la cual dura de 6 a 9 meses.

### **7-Parotiditis:**

- El único reservorio es el hombre y su transmisión es a través de las gotas de secreciones infectadas, saliva y fomites contaminados.
- El período de incubación es de 2 a 3 semanas y el virus se ha aislado desde 7 días antes del inicio del cuadro clínico hasta 1 semana después, pero el mayor período de contagio es de 1 a 2 días antes y 4 días después de la aparición de tumefacción.
- Este virus también se ha aislado en orina durante los primeros 14 días después del inicio.
- La enfermedad es más grave en los adultos, por las complicaciones severas que se pueden presentar como encefalitis y pancreatitis, lo cual puede aumentar la mortalidad.

### **8-Haemophilus influenzae tipo B:**

- De todos los tipos de Haemophilus influenzae (Hi), el tipo b (Hib) produce por lo menos el 95% de los cuadros infecciosos invasivos en niños menores de 5 años.
- El ser humano es el único reservorio y este agente puede formar parte de la flora normal, en un 2%-5% de niños sanos.
- Su forma de transmisión más frecuente es el contacto directo o inhalación de microgotas respiratorias infectadas.
- El período de incubación de la enfermedad invasora es variable y el período de transmisibilidad se desconoce.
- La mayoría de los niños con la enfermedad invasora por Hib tiene la nasofaringe colonizada antes del inicio del tratamiento antimicrobiano y de un 25% a un 40% puede persistir colonizado hasta las primeras 24 horas del inicio del tratamiento.
- La enfermedad tiene un patrón bimodal con un pico entre marzo y mayo que luego desciende para aumentar de nuevo entre septiembre y noviembre, lo cual lo diferencia de otros agentes productores de enfermedad invasiva.

### **9-Hepatitis B:**

- Es hepatotropo pero no citopático y es posible que la lesión se produzca por mecanismos inmunológicos.
- Se han descrito tres tipos de partículas que son, el antígeno de superficie (HBsAg), el antígeno del core (HBcAg) y el antígeno e (HBeAg). El primero le da la condición de portador si el organismo no se defiende formando anticuerpos de superficie.
- Se considera como un problema de salud pública a nivel mundial, además es el hombre el único reservorio del virus de la hepatitis B.
- El período de incubación es de 30 a 160 días con un período de transmisibilidad no definido, porque depende del tiempo que persista el antígeno de superficie. El virus se encuentra en altas concentraciones en sangre, suero y exudados serosos, saliva, líquido vaginal y semen, lo que explica la vía de transmisión de la enfermedad.
- El factor de riesgo más importante en cuanto a la adquisición de la hepatitis B en niños es la exposición perinatal con una madre positiva al HBsAg y es mucho mayor el riesgo si tiene positivo HBeAg. Si no se tratan estos niños, más del 60% presentará enfermedad crónica.
- Otro mecanismo de transmisión es el contagio intravenoso por derivados hemáticos no evaluados previamente, contactos sexuales y contacto con portadores.
- No existe, por el momento, un tratamiento específico ni eficaz en la forma aguda de hepatitis B, por lo que en esta fase sólo se hará un tratamiento de apoyo y se evitará la administración de producto hepatotóxico. Se recomienda evitar el consumo de alcohol durante 1 año tras la enfermedad.

### **10-Hepatitis A:**

- El hombre es el principal reservorio del virus y algunos primates (chimpancé), la transmisión es por contacto directo, vía fecal-oral. Se desconoce la efectividad de la saliva, orina y el semen.
- La excreción del virus comienza al final del período de incubación, que es de unas 2-6 semanas. La transmisión máxima ocurre entre las 2 a 3 últimas semanas del período de incubación y la primera semana después de la aparición de la ictericia.
- Generalmente el riesgo de infección está en el grupo familiar y en guarderías; sin embargo, ocurren brotes por alimentos comunes contaminados sobre todo moluscos crudos.
- La mayoría de las infecciones son asintomáticas sobre todo en niños menores.

- El tratamiento de la enfermedad no complicada está limitado a los cuidados de soporte junto a la prevención de la diseminación de la enfermedad.

#### **11-Fiebre Amarilla:**

- Los mosquitos son los vectores, y existen dos ciclos de la enfermedad, el selvático y el urbano.
- En el ciclo selvático el huésped principal es el mono, manteniéndose el ciclo con monos susceptibles y entra el hombre como huésped accidental. El vector principal es el Haemagogus y el Aedes. Entre 12 y 21 días después de la picada con un infectado, el mono o el hombre que sufre una infección accidental, queda infectado durante toda la vida.
- En el ciclo urbano la transmisión ocurre a partir de un hombre enfermo con fiebre alta (final del período de incubación y 3 primeros días de la enfermedad). El vector es usualmente el Aedes aegypti (vive alrededor de las viviendas), la hembra puede transmitir el virus por vía trans ovárica a una parte de su descendencia, y se mantiene en los huevos.
- La fiebre amarilla es una enfermedad hemorrágica, cuya letalidad, varía de 20% a 80% en casos hospitalizados y entre el 5% y el 50% del total de casos incluyendo la forma benigna, la asintomática

#### **12-Varicela:**

- La varicela, sería la infección primaria del virus de la varicela zoster.
- Es una enfermedad de la infancia caracterizada por un exantema vesicular, en diferentes estados de evolución, que a veces se acompaña de fiebre.
- El período de incubación es de 2 a 3 semanas, el periodo de contagio es el comprendido entre 1-3 días antes de la aparición del exantema hasta 5 días después de que aparezca el primer brote de vesículas cutáneas.
- Generalmente la infección ocurre por contacto directo, por secreciones de las vías respiratorias o por líquido de vesículas sobre todo cuando hay un adulto con herpes zoster, que contagia a un niño susceptible.
- La gravedad de la enfermedad depende de factores del huésped (edad, condiciones inmunológicas) y no de los cambios de virulencia de las cepas.
- Hoy se sabe que la varicela contraída durante el primer o el segundo trimestre de embarazo puede producir el síndrome de varicela congénita (lesiones o cicatrices en la piel, anomalías oculares, deformaciones del paladar, retraso mental y muerte precoz).
- Por el contrario, reviste gravedad la varicela perinatal, que es cuando la madre contrae la enfermedad en los últimos días de embarazo y la contagia al feto que carece de inmunidad pasiva transplacentaria.
- La mayor incidencia de la enfermedad es en niños menores de 5 años (preescolares), sin complicaciones, sin embargo, a medida que aumenta la edad, aumenta el riesgo de ellas.

#### **¿Dónde hacerlo?**

- En las giras programadas a las comunidades bajo cobertura de la EEC

#### **¿Con qué hacerlo?**

- Equipo diagnóstico de apoyo
- Expediente clínico
- Formulario de Notificación obligatoria
- Exámenes clínicos de soporte

#### **Información que genera**

- Prevalencia de infecciones respiratorias agudas en niños (as) menores de 5 años de edad en las comunidades cubiertas.
- Casos de infecciones respiratorias agudas complicadas y referidas al Centro de Salud.

#### **Referencia y Contrareferencia**

Reglamento Operativo de la Estrategia de Extensión de Cobertura  
Direcciones Regionales de Salud, enero 2023

- Formularios del SURCO
- Se debe referir a todos los pacientes con sospecha de enfermedad a la UBA más cercana.
- Se debe dar seguimiento a cada paciente a través de la contra referencia.

<b>N° 41</b>	<p><b>SERVICIO: Atención de salud</b></p> <p>Programa de Alimentación Temprana Materno Infantil (PATMI)</p>
<b>OBJETIVO</b>	Contribuir a mejorar el estado nutricional de niños de 6 a 59 meses de edad, embarazadas y madres lactantes que acudan a sus controles de salud en la red de servicios del Ministerio de Salud.
<b>RESPONSABLE</b>	Médico, enfermera, nutricionista, técnico en enfermería, asistente de Salud.
<b>POBLACIÓN OBJETIVO</b>	Niños entre 6 y 59 meses que acudan a sus controles de salud en la red de servicios del Ministerio de Salud, según los criterios de inclusión.

<b>¿Qué hacer?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Distribuir en forma eficiente y oportuna la crema nutricional de acuerdo con las normas técnicas establecidas.</li> <li>● Informar acerca de la importancia de la crema nutricional, su almacenamiento y preparación.</li> <li>● Verificar si el beneficiario recibió la crema nutricional en la visita anterior, si la consume adecuadamente y cómo es la forma de preparación.</li> </ul>
<b>¿Con qué frecuencia se realiza?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Entregar de acuerdo con la norma del Programa de Alimentación Temprana Materno Infantil (PATMI)</li> </ul>

<b>¿Cómo hacerlo?</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Pesar y tallar a los beneficiarios del PATMI (niños de 6 a 59 meses).</li> <li>● Graficar el estado nutricional.</li> <li>● Registrar el estado nutricional en la hoja de registro diario de consulta.</li> <li>● Llenar la tarjeta de control de distribución de alimentos del PATMI.</li> <li>● Llenar el formulario del Registro diario de distribución del alimento complementario fortificado (Anexo 3 de las Normas del PATMI).</li> <li>● Llenar el Formulario de ingreso y salida de alimentos (Anexo 5 de las Normas del PATMI).</li>   <li>● Entregar 9 libras de la crema nutricional cada mes a:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Todos los niños de 6 a 24 meses. Se excluyen los que están en riesgo de sobrepeso, sobrepeso u obesidad de acuerdo al indicador IMC/Edad.</li> <li>○ Niños de 25 a 59 meses clasificados en riesgo nutricional y emaciado (desnutrición) de acuerdo al indicador IMC/Edad. Se excluyen a los niños con estado nutricional normal, riesgo de sobrepeso, sobrepeso u obesidad de acuerdo al indicador IMC/Edad.</li> </ul> </li>   <li>● Reunir en la comunidad a grupos de madres, padres, abuelas u otros cuidadores del niño; para desarrollar sesiones educativas sobre:             <ul style="list-style-type: none"> <li>– Orientar sobre la importancia y beneficios de la crema nutricional para mejorar el estado nutricional de la población en riesgo.</li> <li>– Orientar sobre el uso y preparación adecuada de la crema nutricional.</li> <li>– Hacer demostración de la preparación y el uso de la crema nutricional, según la norma.</li> </ul> </li> </ul>

Reglamento Operativo de la Estrategia de Extensión de Cobertura  
Direcciones Regionales de Salud, enero 2023

- Llenar y enviar el consolidado mensual de distribución de alimento complementario fortificado. (Anexo 4 de las Normas del PATMI).
- Esquema de priorización. En caso que la cantidad de alimento complementario entregado por el MINSA sea insuficiente para toda la población programada, lo cual debe estar certificado por el coordinador nacional del PATMI, se priorizará la entrega de la crema nutricional a los niños de 6-59 meses con desnutrición (emaciados), según IMC/Edad.

**¿Dónde hacerlo?**

- Lugar donde se brinda la atención.

**¿Con qué hacerlo?**

- Balanza (pesa)
- Tallímetro.
- Infantómetro.
- Gráfica de estado nutricional.
- Expediente.
- Formularios de registro de información del PATMI
- Registro diario de consulta.
- Crema nutricional (Vitacrema)
- Utensilios para preparar y degustar el complemento

**Información que genera**

- Número de niños de 6-24 meses que ingresan al Programa
- Número de niños de 25-59 meses que ingresan al Programa
- Número de embarazadas con riesgo nutricional que ingresan al Programa
- Número de embarazadas con déficit nutricional que ingresan al Programa
- Número de madres lactantes que ingresan al Programa
- Libras de crema nutricional entregada a niños de 6-24 meses
- Libras de crema nutricional entregada a niños de 25-59 meses
- Libras de crema nutricional entregada a embarazadas con riesgo nutricional
- Libras de crema nutricional entregada a embarazadas con déficit nutricional
- Libras de crema nutricional entregada a madres lactantes
- Libras de crema nutricional entregada a otros beneficiarios
- Existencia de crema nutricional a nivel de instalación de salud
- Existencia de crema nutricional a nivel distrital
- Existencia de crema nutricional a nivel regional

**Referencia y Contrareferencia**

- Referencia al médico(a), enfermera(o) o nutricionista.
- Referencia al centro de salud.

<b>Nº 42</b>	<b>SERVICIO: Atención en salud</b>
Prevención y atención de la deficiencia de hierro en niños menores de 5 años y escolares.	
<b>OBJETIVO</b>	Prevenir y corregir la deficiencia de hierro.
<b>RESPONSABLE</b>	Médico y Enfermera (o)
<b>POBLACIÓN OBJETIVO</b>	Niños con bajo peso al nacer (menor de 2500g), prematuros ( menor de 37 semanas de gestación), niños de 4 a 59 meses y escolares.

<b>¿Qué hacer?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Entregar el suplemento de hierro preventivo o terapéutico a los niños menores de 59 meses que acuden a control de crecimiento y desarrollo y/o morbilidad, según la norma.</li> <li>● Registrar la dosis prescrita en el expediente.</li> <li>● Llenar correctamente el <b>Formulario de entrega de los suplementos preventivos de hierro y ácido fólico</b> y entregarlo a la madre del niño para su retiro en farmacia.</li> <li>● Promocionar el uso adecuado del suplemento de hierro durante la consejería individual del niño de 4-24 meses en los controles de salud y verificar si lo ha recibido en citas anteriores y si lo toma.</li> <li>● Si el niño en edad escolar no asiste a la escuela, se le debe entregar la dosis de hierro según la norma.</li> </ul>
<b>¿Con qué frecuencia se realiza?</b>	● Según la dosis preventiva por grupo de edad, de acuerdo con la norma.

#### ¿Cómo hacerlo?

- Orientar a la madre sobre el inicio de la suplementación preventiva a partir del cuarto mes de edad. Recordar a las madres que la administración del suplemento es directamente a la boca del niño.
- Orientar a la madre para el inicio de la suplementación, a partir de los 2 meses y mantenerla hasta los 23 meses, en niños de bajo peso al nacer y prematuros.
- Entregar los frascos necesarios para la suplementación durante todo el año, según la norma.
- Entregar a la madre de niños entre 4 a 24 meses, el recordatorio para la toma de hierro y explicar su uso (NutriVidas).
- Registrar la dosis del suplemento, una vez entregada, en el expediente.
- Durante la consejería individual a la madre de niños entre 4 a 24 meses, promover el consumo adecuado del suplemento de hierro, utilizando el rotafolio de consejería de NutriVidas.
- Orientar a las madres de niños de 2 a 5 años para que escojan un día de la semana y le brinden el suplemento de hierro a sus niños, una hora antes de cualquier alimento preferible con agua.

#### Esquema de la suplementación diaria de hierro a niños con Bajo Peso al Nacer y recién nacido pretérmino

<b>Grupo objetivo</b>	Bajo Peso al nacer (<2,500 gramos) Recién nacido pre término (< 37 semanas de gestación)
<b>Dosificación</b>	Hierro: 2 mg de hierro elemental/kg de peso/día
<b>Frecuencia</b>	Diario
<b>Duración</b>	A partir de 2 meses hasta los 23 meses
<b>Entorno</b>	En todo el país
<b>Oportunidad de entrega</b>	A partir de su cita de control a los dos meses y en cada control de crecimiento y desarrollo hasta los dos años de edad
<b>Administración operativa</b>	El cálculo de la dosificación y prescripción debe ser realizado en cada control de Crecimiento y Desarrollo por el personal médico.

Fuente: Norma Integral de Prevención y Control de las Deficiencias de Micronutrientes. MINSA, 2017.

**Esquema de la suplementación diaria de hierro a niños nacidos a término de 4 a 23 meses de edad**

<b>Grupo objetivo</b>	4 a 23 meses
<b>Dosificación</b>	Hierro: 2 mg de hierro elemental/kg de peso/día
<b>Frecuencia</b>	Diario
<b>Duración</b>	A partir del 4to mes hasta los 23 meses
<b>Entorno</b>	En todo el país
<b>Oportunidad de entrega</b>	A partir de los cuatro meses en cada control de crecimiento y desarrollo
<b>Administración operativa</b>	De 4 a 11 meses: 7 gotas por día por 240 días. Entregar 3 frascos. De 12 a 17 meses: 8 gotas por día por 180 días. Entregar 3 frascos. De 18 a 23 meses: 9 gotas por día por 180 días. Entregar 3 frascos.

Fuente: Norma Integral de Prevención y Control de las Deficiencias de Micronutrientes. MINSA, 2017.

**Esquema de la suplementación intermitente con hierro a niños de edad preescolar**

<b>Grupo objetivo</b>	Niños de edad preescolar (24 a 59 meses de edad)
<b>Composición</b>	25 mg de hierro elemental <sup>1</sup>
<b>Forma del suplemento</b>	Gotas/Jarabe
<b>Frecuencia</b>	Una vez por semana
<b>Duración e intervalo de tiempo entre los períodos de suplementación</b>	Administración trimestral de suplementos (3 meses sí y 3 meses no), de forma que la administración se reinicie cada 6 meses
<b>Entorno</b>	En todo el país
<b>Oportunidad de entrega</b>	En citas de control de crecimiento y desarrollo
<b>Administración operativa</b>	Opciones: a. 10 gotas de Hidróxido de hierro (III) Poli-maltosa o Polimaltosado por semana por 12 semanas, dos veces al año. Se debe entregar 1 frasco anual. b. 5 ml (1 cucharadita) de fumarato ferroso por semana por 12 semanas, dos veces al año. Se deben entregar 2 frascos anuales

Fuente: Norma Integral de Prevención y Control de las Deficiencias de Micronutrientes. MINSA, 2017.

<sup>1</sup>25 mg de hierro elemental equivalen a 75 mg de fumarato ferroso, 125 mg de sulfato ferroso heptahidratado o 210 mg de gluconato ferroso.

**Esquema de la suplementación intermitente con hierro a niños de edad escolar**

<b>Grupo objetivo</b>	Niños en edad escolar (5 a 12 años de edad)
<b>Composición</b>	45 mg de hierro elemental <sup>1</sup>
<b>Forma del suplemento</b>	Tabletas
<b>Frecuencia</b>	Una vez por semana
<b>Duración e intervalo de tiempo entre los períodos de suplementación</b>	Administración trimestral de suplementos (3 meses sí y 3 meses no), de forma que la administración se reinicie cada 6 meses
<b>Entorno</b>	En todo el país
<b>Oportunidad de entrega</b>	-En citas de control de crecimiento y desarrollo -Atención a la población escolar de primaria
<b>Administración operativa</b>	1er Trimestre escolar: 1 tableta por semana por 12 semanas. Entregar 12 tabletas. 2do Trimestre escolar: no suplementar 3er Trimestre escolar: 1 tableta por semana por 12 semanas. Entregar 12 tabletas.

Fuente: Norma Integral de Prevención y Control de las Deficiencias de Micronutrientes. MINSA, 2017.

<sup>1</sup>45 mg de hierro elemental equivale a 135 mg de fumarato ferroso, 225 mg de sulfato ferroso heptahidratado o 375 mg de gluconato ferroso.

**Esquema del tratamiento de anemia por deficiencia de hierro**

<b>Grupo objetivo</b>	Niños hasta los 30 kg de peso	Niños de más de 30 kg
<b>Dosificación</b>	5 mg/kg hierro elemental diaria fraccionado en dos dosis.	Entre 100 a 150 mg de hierro elemental diaria fraccionada en dos dosis.
<b>Frecuencia</b>	Diariamente hasta 2 meses, después normalizada la concentración de hemoglobina	

Fuente: Norma Integral de Prevención y Control de las Deficiencias de Micronutrientes. MINSA, 2017.

**¿Dónde hacerlo?**

- Lugar donde se brinda la atención.

**¿Con qué hacerlo?**

- Suplementos de hierro.
- Expediente clínico.
- Formulario de entrega de los suplementos preventivos de hierro y ácido fólico
- Formulario de registro diario de entrega de suplemento de hierro.
- Rotafolio de consejería de NutriVidas
- Recordatorio para la toma de hierro NutriVidas (Niños 4-24 meses)

**Información que genera**

- Número y porcentaje de niños de 2 a 59 meses con dosis preventiva y terapéutica.
- Número y porcentaje de escolares con dosis preventiva y terapéutica.

**Referencia y Contrareferencia**

Formulario SURCO.

<b>N° 43</b>	<b>SERVICIO: Atención de salud</b>
Atención del niño con sibilancias (asma, bronquiolitis, influenza, neumonías)	
<b>OBJETIVO</b>	Realizar el diagnóstico diferencial de las sibilancias para reducir las complicaciones en menores de cinco (5) años.
<b>RESPONSABLE</b>	Médico(a).
<b>POBLACIÓN OBJETIVO</b>	Menores de 5 años.

<b>¿Qué hacer?</b>	Para atender al niño(a) con IRA deben seguirse tres (3) pasos: <ul style="list-style-type: none"> <li>● Evaluar</li> <li>● Clasificar la enfermedad</li> <li>● Tratar al niño(a)</li> </ul>
<b>¿Con qué frecuencia se realiza?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● En cada caso de consulta por cuadro respiratorio.</li> <li>● En cada caso atendido por el Promotor de Salud.</li> </ul>

**¿Cómo hacerlo?**

- Logrando la cooperación de la madre con una buena historia de la enfermedad del niño/a.
- Realizar un examen físico completo, donde para evaluar al niño(a) se debe:

● Preguntar:

● ¿Qué edad tiene?	● ¿Es la primera crisis de sibilancia? ¿Alguien en su familia sufre de asma?	● ¿Alguna vez ha estado hospitalizado por asma? ● ¿Se despierta en la noche con tos o agitado?
--------------------	--	---

● Realizar examen físico:

● Tomar temperatura, peso, contar la Frecuencia respiratoria	● Examen oral: Buscar pus en la garganta. Palpar ganglios cervicales
● Examen de los oídos: Buscar secreción óptica, ver membrana timpánica, palpar hueso mastoides	
● Auscultar los pulmones buscando sibilancias y ruidos pulmonares agregados	
● Ver presencia de tiraje intercostal, retracción xifoidea y supra esternal	

● Clasificar la enfermedad: se debe revisar los síntomas y signos clínicos en cada una de ellas

● Sibilancias leves	● Frecuencia Respiratoria 30 – 45 Tiraje intercostal leve
● Sibilancias moderada	● Frecuencia Respiratoria entre 45 – 60 Tiraje generalizado
● Sibilancia Severa	● Frecuencia Respiratoria mayor 60 tiraje y aleteo nasal
● Signos de alarma o de peligro	● Letárgico, inconsciente, irritable, o habla solo palabras aisladas, tiraje generalizado o estridor en reposo, saturación de oxígeno menor de 90%

● Para tratar la enfermedad según clasificación de la sibilancia:

● Sibilancias leves	<ul style="list-style-type: none"> <li>● En caso de fiebre manejar con acetaminofén a 10 mg/Kg/dosis cada 4 horas día por una semana</li> <li>● Tratar el broncoespasmo si lo tiene con inhalador de salbutamol 100 mcg por dosis administrar dos puf cuatro veces al día</li> <li>● Brindar más líquidos al niño (a)</li> <li>● Continuar la lactancia materna</li> <li>● Dígale a la madre que si el niño (a) empeora lo lleve al establecimiento de salud más cercano</li> </ul>
● Sibilancias moderada	<ul style="list-style-type: none"> <li>● En caso de fiebre manejar con acetaminofén a 10 mg/Kg/dosis cada 4 horas día por una semana</li> <li>● Tratar el broncoespasmo moderado de la siguiente manera:</li> </ul>

Reglamento Operativo de la Estrategia de Extensión de Cobertura  
Direcciones Regionales de Salud, enero 2023

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dosis de rescate: inhalador de salbutamol 100 mcg por dosis administrar dos puff cada 15 minutos en tres ocasiones. Si mejora enviar a casa con recomendaciones. Si no mejora referir a la instalación más cercana.</li> <li>• Manejo ambulatorio:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Inhalador de salbutamol 100 mcg por dosis administrar dos puff cuatro veces al día por una semana.</li> <li>○ inhalador de Beclometazona 50 mcg por dosis administrar dos puff cada cuatro veces al día por 4 semanas. Si mejora enviar a casa con recomendaciones. Si no mejora referir a la instalación más cercana</li> <li>○ Brindar más líquidos al niño (a)</li> <li>○ Continuar la lactancia materna</li> <li>○ Dígale a la madre que si el niño (a) empeora lo lleve al establecimiento de salud más cercano</li> </ul> </li> </ul>
●Sibilancia Severa	<ul style="list-style-type: none"> <li>●En caso de fiebre manejar con acetaminofén a 10 mg/Kg/dosis cada 4 horas día</li> <li>●Tratar el broncoespasmo severo de la siguiente manera: inhalador de salbutamol 100 mcg por dosis administrar dos puff cada 15 minutos en tres ocasiones y trasladar de inmediato instalación más cercana.</li> <li>●Brindar más líquidos al niño (a)</li> <li>●Continuar la lactancia materna</li> </ul>
●Recomendaciones para casa	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Enseñar a la madre o acompañante a administrar los medicamentos inhalados en casa</li> <li>● Informar a la madre la razón por la cual debe administrar los medicamentos al niño (a)</li> <li>● Demostrar a la madre como utilizar correctamente es espaciador y el inhalador</li> <li>● Asegurarse que la madre entendió todos los procesos anteriores antes que ella deje el servicio de salud</li> </ul>
●Recomendaciones ambientales	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Evitar el humo del fogón, cigarrillos, humo de las quemas</li> <li>● Limpiar la casa evitando levantar polvo, realizar limpieza húmeda</li> <li>● Evitar pelos de animales, o todo lo que acumule polvo cerca de donde duerma el niño (a)</li> </ul>
●Cuidados posteriores	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Mantener un seguimiento médico periódico</li> </ul>

**¿Dónde hacerlo?**

- En las giras programadas a las comunidades bajo la cobertura de la CPP
- Orientando y haciendo partícipe al promotor.

**¿Con qué hacerlo?**

- Reloj.
- Foco de mano.
- Otoscopio.
- Estetoscopio

**Información que genera**

- Prevalencia de infecciones respiratorias agudas en niños (as) menores de 5 años de edad en las comunidades cubiertas.
- Casos de infecciones respiratorias agudas complicadas y referidas al centro de salud.

**Referencia y Contrareferencia**

- Formularios del SURCO
- Se debe trasladar a una instalación de mayor complejidad:
- Sibilancias moderada que ha empeorado
- Sibilancia severa

Reglamento Operativo de la Estrategia de Extensión de Cobertura  
Direcciones Regionales de Salud, enero 2023

Protocolos de Atención, Prevención Y Promoción de la Población Adulta

<b>Nº 44</b>	<b>SERVICIO: Prevención de la Salud</b> Control de salud de la población adulta
<b>OBJETIVO</b>	Mejorar las condiciones de salud de los adultos mediante un conjunto de acciones integrales de prevención.
<b>RESPONSABLE</b>	Médico(a), Enfermera(o)
<b>POBLACIÓN OBJETIVO</b>	La población mayor de 19 años de edad.

<b>¿Qué hacer?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Brindar a los adultos servicios de atención integral y adecuada a su condición de salud, de acuerdo con las normas, guías y protocolos vigentes, y referirlos oportunamente al nivel correspondiente, según sea necesario.</li> <li>● Evaluación clínica</li> <li>● Evaluación del estado nutricional</li> <li>● Promoción de la salud sexual y reproductiva</li> <li>● Identificación de factores y conductas de riesgo para la salud</li> <li>● Prevención y control de enfermedades crónicas</li> <li>● Vacunación</li> </ul> <p><u>Población General</u> Vacuna TD 2 dosis 1 refuerzo (si nunca ha sido vacunado) Vacuna MR 1 dosis si nunca sido vacunado</p> <p><u>Población de 60 años y más</u> Vacuna TD/TDap 2 dosis 1 refuerzo (la vacuna TDap puede sustituir a cualquiera dosis de la vacuna TD en los adultos) Vacuna Influenza 1 dosis anual Vacuna Neumococo Conjugada 1 dosis Vacuna Neumococo Polisacárido 1 dosis y 1 refuerzo</p> <p><u>Para grupos de Riesgo (comorbilidad)</u> Vacuna Hepatitis B 2 dosis 1 refuerzo Vacuna TD adulto 2 dosis 1 refuerzo Vacuna Influenza 1 dosis anual Vacuna Hepatitis A 1 dosis (contacto con los casos sospechoso de Hepatitis A y pacientes de riesgo) Vacuna Neumococo Conjugada 1 dosis Vacuna Neumococo Polisacárido 1 dosis</p>
--------------------	---

<p><b>¿Con qué frecuencia se realiza?</b></p>	<p>Vacuna TD se aplica con espacio de cuatro (4) semanas entre primera y segunda dosis y un (1) refuerzo al año de aplicada la segunda dosis. Si tiene dosis previa, completar esquema al primer contacto, según normas del PAI.</p> <p>Vacuna MR se aplica dosis única al primer contacto.</p> <p>Para mayores de 60 años:</p> <p>Vacuna Influenza Anual</p> <p>Vacuna Neumococo Conjugada se aplica dosis única (un año y más después de neumococo polisacárido).</p> <p>Vacuna Neumococo Polisacárido se aplica una dosis 1 año o más después de haber recibido neumococo conjugado con un refuerzo a los 5 años.</p> <p>Paciente con comorbilidad</p> <p>Vacuna Hepatitis B se aplica 4 semanas entre la primera y la segunda dosis y 1 refuerzo 6 meses de aplicada la segunda.</p> <p>Vacuna TD se aplica con espacio de cuatro (4) semanas entre primera y segunda dosis y un (1) refuerzo al año de aplicada la segunda dosis. Si tiene dosis previa, completar esquema al primer contacto, según normas del PAI.</p> <p>Vacuna Influenza Anual</p> <p>Hepatitis A dosis única</p> <p>Neumococo Conjugada se aplica dosis única (si ya recibió neumococo polisacárido, un año o más entre las dos vacunas).</p> <p>Neumococo Polisacárido se aplica 1 dosis única, 1 año o más de intervalo entre la vacuna conjugada y la vacuna neumococo polisacárido, comenzando siempre con la conjugada. Para pacientes con alto riesgo, 1 dosis 8 semanas después de la vacuna neumococo conjugada con un refuerzo a los 5 años.</p>
---	---

### ¿Cómo hacerlo?

- Historia clínica y examen físico completo.
- Exámenes de laboratorio y gabinete según necesidad.
  - Los exámenes de laboratorio y gabinete que el equipo básico no se encuentre en capacidad de realizar lo debe referir a la instalación de salud más cercana con capacidad instalada.
- Toma de medidas antropométricas: peso y talla.
- Recomendaciones básicas para una buena nutrición y actividad física habitual.
- Recomendaciones sobre métodos de planificación familiar, cuidado de salud sexual y reproductiva.
- Consejería para la realización de la prueba del VIH.
- Detección de infertilidad, tumores del aparato reproductor (próstata, mama, cervicouterino) y disfunciones sexuales.
- Promover la participación del adulto en la identificación de riesgos y daños a su salud.
- Prevención del alcoholismo, tabaquismo y consumo de sustancias psicoactivas.
- Referencia de los adultos con factores de riesgo para la salud a los niveles correspondientes y seguimiento a los mismos.
- Promoción de actitudes y prácticas responsables para la prevención de enfermedades crónicas, así como ante el diagnóstico de la morbilidad para la prevención de complicaciones.
- Dar seguimiento a las referencias y contrareferencias correspondientes.

### ¿Dónde hacerlo?

- Instalación de Salud
- Casa habilitada
- Casa comunal
- Escuela

<b>¿Con qué hacerlo?</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Estetoscopio</li> <li>● Esfigmomanómetro</li> <li>● Set de diagnóstico</li> <li>● Balanza de peso con tallímetro</li> <li>● Cinta métrica</li> <li>● Camilla</li> <li>● Guantes</li> <li>● Gel lubricante</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Espéculo</li> <li>● Kit de Papanicolau</li> <li>● Recipiente con tapa para guardar los depresores</li> <li>● Depresores</li> <li>● Foco de mano</li> <li>● Hoja de referencia y contrareferencia</li> <li>● Papelería</li> </ul>
<b>Información que genera</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Producción diaria del servicio de control de salud de los adultos.</li> </ul>	
<b>Referencia y contrareferencia</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Hoja de referencia y contrareferencia (SURCO)</li> </ul>	

<b>Nº 45</b>	<p><b>SERVICIO: Atención de salud</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Atención a la morbilidad</b></p> <p style="text-align: center;">Detección y captación de personas con riesgo de enfermedades crónicas: Diabetes Mellitus</p>
<b>OBJETIVO</b>	Disminuir la morbimortalidad causada por la diabetes mellitus y sus complicaciones. Disminuir las complicaciones de la diabetes mellitus a través de la captación temprana y el tratamiento oportuno y eficaz.
<b>RESPONSABLE</b>	Equipo Básico de Salud de la Unidad Básica de Atención y Red Comunitaria
<b>POBLACIÓN OBJETIVO</b>	Hombres y mujeres de 20 años y más

<b>¿Qué hacer?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Se realizarán acciones de prevención a toda persona con o sin factores de riesgo, en la comunidad como en las instalaciones de salud, con la participación social y los equipos de salud.</li> <li>● Se investigará por diabetes mellitus a toda persona de 20 años y más que manifieste los síntomas de la enfermedad (polifagia, polidipsia, poliuria, pérdida de peso, astenia), o que se considera de alto riesgo, a saber:             <ul style="list-style-type: none"> <li>● Individuo con antecedentes familiares de diabetes mellitus en primer grado de consanguinidad.</li> <li>● Personas con sobrepeso y obesidad.</li> <li>● Personas con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular o con enfermedad cardiovascular.</li> <li>● Gestante con antecedentes patológicos:                 <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Abortos espontáneos a repetición</li> <li>○ Toxemia</li> <li>○ Polihidramnios</li> <li>○ Macrosomía fetal (de 4.5Kg o más)</li> <li>○ Mortalidad fetal perinatal (4 semanas antes o una semana después).</li> <li>○ Malformaciones congénitas de los hijos.</li> <li>○ Obesidad durante o después del embarazo.</li> </ul> </li> <li>● Personas con dislipidemia comprobadas.</li> <li>● Mujeres con vulvovaginitis recurrentes (moniliasis).</li> </ul> </li> </ul>
<b>¿Con qué frecuencia se realiza?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Para la captación temprana se investigará durante el control de salud rutinario en la instalación de salud y deberá investigarse también durante las giras de atención en la comunidad.</li> <li>● El seguimiento y control de las personas con diabetes mellitus, deberá realizarse cada tres o cuatro meses, según el control metabólico; los pacientes deberán ser referidos por el médico que realizó el diagnóstico a las siguientes disciplinas: enfermería, medicina general, nutrición, trabajo social, odontología y salud mental.</li> </ul> <p><b>OBSERVACIÓN:</b> En el caso de las áreas de cobertura de la CPP, la consulta será cada dos (2) rondas.</p>

### ¿Cómo hacerlo?

#### Captación temprana y Diagnóstico

● Criterios para el diagnóstico de diabetes mellitus: Existen tres (3) métodos para el diagnóstico de la diabetes mellitus de los cuales utilizaremos cualquiera de los (2) dos abajo descritos:

- Glicemia en ayunas  $\geq$  de 126mg/dl (el ayuno tiene que ser al menos 8 horas), verificada en dos (2) ocasiones.
- En un paciente con las manifestaciones clásicas de diabetes (poliuria, polidipsia, polifagia y pérdida de peso inexplicable) y una glicemia  $\geq$  de 200mg/dl en una prueba de glicemia realizada en cualquier hora del día.
- Los casos de hiperglicemia deben ser confirmados repitiendo la prueba seleccionada en un día diferente.
- El uso de la hemoglobina glicosilada (HbA1c) no se recomienda para el diagnóstico de diabetes.

**OBSERVACIÓN:** Código para el registro de la diabetes mellitus según la clasificación internacional de enfermedades: Código de CIE: E.14

## ¿Cómo hacerlo?

- Primeras Consultas post diagnóstico:

- **1ª Consulta:**

**a. Evaluación clínica:** • Historia clínica y examen físico completo: con énfasis en presión arterial, evaluación cardiovascular, examen del fondo de ojo, pulsos periféricos, examen neurológico (trastornos en la sensibilidad, reflejos, etc.), examen de los pies (pie diabético), infecciones o lesiones en la piel • Peso • Talla • Registro del índice de masa corporal • Diagnóstico del estado nutricional • Diámetro de cintura • Solicitud de electrocardiograma • Solicitud de radiografía de tórax.

**b. Pruebas de laboratorio:** • Biometría hemática completa (BHC) • Solicitud de glucemia en ayunas • HbA1c (Hemoglobina glicosilada) • Solicitud de perfil lipídico completo (colesterol, triglicéridos, HDL, LDL) • Solicitud de creatinina plasmática y nitrógeno de urea • Uroanálisis completo • Microalbuminuria en una muestra de orina al azar • Transaminasas, CPK y fosfatasa alcalina • Ácido úrico • Amilasa • Electrolitos

**c. Manejo interdisciplinario:** En la primera consulta médica debe constar registro en el expediente que el paciente ha sido referido a los servicios de enfermería, odontología, salud mental, trabajo social, nutrición y oftalmología para de esta forma recibir una atención integral.

- **2ª Consulta:**

**a. Evaluación clínica:** • Historia clínica y examen físico dirigido, con énfasis en presión arterial, evaluación cardiovascular, examen de los pies (pie diabético), infecciones o lesiones en la piel • Peso • Registro del índice de masa corporal • Registro del diámetro de cintura • Diagnóstico del estado nutricional.

**b. Pruebas de laboratorio:** • Solicitud de glucemia (en ayuno) • HbA1c (Hemoglobina glicosilada) • Otros exámenes determinados por la condición del paciente.

- Educación Diabetológica: Se realizará en cada Consulta.

- Educación de estilo de vida saludable: Temas sugeridos • Alimentación saludable • Habilidades para la vida • Autocuidado y autocontrol • Actividad física y sedentarismo • Manejo del estrés • Prevención de la depresión • Prevención del tabaquismo • Prevención del consumo de alcohol y otras drogas • Prevención de la violencia. Se realizará en cada Consulta.

- Seguimiento y Control

- Según el control metabólico se realizará:

**a. Evaluación clínica:** • Historia clínica y examen físico dirigido, con énfasis en presión arterial, examen cardiovascular, examen de los pies (pie diabético) • Peso • Registro del índice de masa corporal • Registro del diámetro de cintura • Diagnóstico del estado nutricional.

**b. Pruebas de laboratorio en ayunas:** • Solicitud de glucemia • HbA1c (Hemoglobina glicosilada) • Solicitud de perfil lipídico completo (colesterol, triglicéridos, HDL, LDL), si el resultado del que fue solicitado en la primera consulta fue anormal. Si el resultado fue normal, debe repetirse al año • Solicitud de creatinina plasmática y nitrógeno de urea si el resultado del que fue solicitado en la primera consulta fue anormal. Si el resultado fue normal, debe repetirse al año • Uroanálisis completo.

**c. Educación diabetológica y de estilo de vida saludable.**

Exámenes de laboratorio y de gabinete para el seguimiento y control	
Glicemia en ayunas de ocho horas	En cada consulta
Hemoglobina glicosilada	Cada cuatro meses
Perfil lipídico completo	Una vez en el año y según criterio médico.
Creatinina y nitrógeno de urea	Una vez en el año y según criterio médico.
Amilasa	Una vez en el año y según criterio médico.
Microalbuminuria	Una vez en el año y según criterio médico.
Radiografía de tórax	Una vez en el año y según criterio médico los años subsiguientes.
Electrocardiograma	Una vez en el año y según criterio médico los años subsiguientes.

- Tratamiento:

- Tratamiento No Farmacológico

### ¿Cómo hacerlo?

- Deberá recomendarse a todos los pacientes, el cambio de su estilo de vida (véase las “Guía para la atención integral de las personas con diabetes”).
- Tratamiento Farmacológico
- (Véase las “Guía para la atención integral de las personas con diabetes”).

### ¿Dónde hacerlo?

- En las instalaciones de salud que cumplan con los estándares de habilitación y que tienen bajo su responsabilidad población beneficiaria de la Cartera de Prestaciones Priorizadas.
- En las visitas de las giras médicas se realizará la Captación temprana.

### ¿Con qué hacerlo?

- |   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Estetoscopio</li> <li>- Esfigmomanómetro</li> <li>- Balanza con tallímetro</li> <li>- Cinta métrica</li> <li>- Set diagnóstico con Oto-oftalmoscopio (para fondo de ojo).</li> <li>- Glucómetro</li> <li>- Lancetas</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tiras reactivas</li> <li>- Camilla</li> <li>- Martillo de reflejos</li> <li>- Escritorios</li> <li>- Sillas</li> <li>- Hoja de referencia</li> <li>- Papelería</li> </ul> |
|---|--|

### Información que genera

- Consultas:
- Porcentaje de personas con diabetes mellitus captados.
- Porcentaje de personas con diabetes mellitus referidas a otro nivel de atención.
- Porcentaje de personas con diabetes mellitus en control.
- Porcentaje de personas con diabetes mellitus captados que reciben tratamiento según la Norma del Ministerio de Salud.

### Referencia y contrareferencia

Es el conjunto de actividades administrativas y asistenciales mediante las cuales se facilita la continuidad en la atención del paciente, transfiriéndolo en los servicios de salud de un mismo o diferentes niveles de atención o grados de complejidad, con el retorno del paciente a la instalación de origen.

- Criterios de referencia para hospitalización:
  - Descompensación metabólica aguda hiperosmolar o cetoacidosis diabética.
  - Hipoglucemia en pacientes con DM Tipo 2 tratados con sulfonilureas.
  - Sospecha de acidosis láctica.
  - Primer diagnóstico de la DM Tipo 1.
  - Pie diabético con osteomielitis, Gangrena o absceso.
  - Sepsis.
  - Patología aguda asociada (colecistitis, Infarto Agudo al Miocardio, etc.).
- Criterios de contrareferencia:
  - Diabéticos tipo 2 sin complicaciones una vez compensado (todo paciente diabético referido del nivel primario una vez compensado debe ser contra referido al médico que lo refirió).
  - ● Todas las referencias deberán ser contestadas con las sugerencias y tratamiento legibles, así como con otros diagnósticos.

Reglamento Operativo de la Estrategia de Extensión de Cobertura  
Direcciones Regionales de Salud, enero 2023

<b>N° 46</b>	<b>SERVICIO: Atención de salud</b> <b>Atención a la morbilidad</b> Detección y captación de personas con riesgo de enfermedades crónicas: Hipertensión Arterial
<b>OBJETIVO</b>	Disminuir la morbimortalidad causada por la hipertensión arterial y sus complicaciones, a través de la captación temprana de personas con riesgo y el tratamiento oportuno y eficaz.
<b>RESPONSABLE</b>	Equipo Básico de Salud de la Unidad Básica de Atención y Red Comunitaria
<b>POBLACIÓN OBJETIVO</b>	Hombres y mujeres de 20 años y más

<b>¿Qué hacer?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Medir la presión arterial a todo paciente que acude a la consulta médica y registrar los valores encontrados en el expediente clínico.</li> <li>● Se investigará por hipertensión a toda la población con antecedentes hereditarios, mujeres con antecedentes de toxemia, personas obesas, personas con diabetes mellitus y toda la población expuesta a factores de riesgo como lo son el tabaquismo, alcoholismo, uso de drogas, sedentarismo, estrés y hábitos alimentarios inadecuados.</li> </ul>
<b>¿Con qué frecuencia se realiza?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Pacientes en seguimiento durante el primer año de control:             <ul style="list-style-type: none"> <li>● Medicina General: Mínimo seis (6) controles durante un año. Primera consulta: Diagnóstico e inicio del tratamiento. Segunda consulta: Una o dos semanas después del inicio del tratamiento, según gravedad del paciente y criterio médico. Tercera y demás consultas en un año: Cada dos (2) meses, si no hay complicaciones.</li> <li>● Enfermería y Nutrición: Mínimo dos (2) controles al año.</li> </ul> </li> <li>● Odontología: Mínimo dos (2) controles al año.</li> <li>● Trabajo Social: Dos (2) controles al año.</li> <li>● Salud Mental: Mínimo dos (2) controles al año.</li> <li>● Medicina Especializada (Cardiología, Medicina Interna, Oftalmología, Nefrología, etc.): Mínimo una (1) consulta anual.</li> </ul>

<b>¿Cómo hacerlo?</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Llenado de la Historia clínica para personas de 20 años y más.</li> <li>● Examen físico</li> <li>● Exámenes de laboratorio y de gabinete</li> </ul> <p><b>OBSERVACIÓN:</b> Los exámenes se ordenarán de acuerdo con su importancia, recursos económicos del paciente y de instalación de salud y evolución de la enfermedad.</p> <p>● Evaluación integral: Se realizará con el equipo de salud disponible en la instalación de salud. Todo paciente con hipertensión arterial deberá ser referido por el médico que le hizo el diagnóstico para la evaluación, tratamiento y seguimiento a las siguientes disciplinas: Enfermería, Nutrición, Trabajo social, Salud bucal y Salud mental</p> <p>● <b>Diagnóstico:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Se considera hipertensa a toda persona mayor de 18 años, que presente cifras tensionales sanguíneas elevadas, a partir de 140mmHg de presión sistólica y/o 90mmHg de presión diastólica, en dos o tres mediciones de presión arterial bajo condiciones normales (reposo sin estrés, con una buena técnica en la toma). (Ver tabla de Clasificación de la Hipertensión arterial según niveles de presión arterial, riesgo y según etiología en la “Guía para atención integral de las personas con Hipertensión arterial”).</li> </ul> <p><b>OBSERVACIÓN:</b> Código para el registro de la Hipertensión Arterial según la CIE 10: I.10</p> <p>● <b>Tratamiento:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tratamiento No Farmacológica Deberá recomendarse a todos los pacientes, independientemente del grado de severidad de su hipertensión arterial, cambio de su estilo de vida (véase la “Guía para atención integral de las personas con Hipertensión arterial”).</li> <li>- Tratamiento Farmacológico</li> </ul>

### ¿Cómo hacerlo?

Véase la “Guía para atención integral de las personas con Hipertensión arterial”.

### ¿Dónde hacerlo?

- En las instalaciones de salud que cumplan con los estándares de habilitación y que tienen bajo su responsabilidad población beneficiaria de la Cartera de Prestaciones Priorizadas.
- En las visitas de las giras médicas se realizará la Captación temprana.

### ¿Con qué hacerlo?

- |  |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>- Estetoscopio</li><li>- Esfigmomanómetro</li><li>- Balanza de peso con tallímetro</li><li>- Cinta métrica</li><li>- Camilla</li><li>- Banquillo para subir</li><li>- Guantes</li><li>- Escritorio</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>- Sillas (2)</li><li>- Lavamanos</li><li>- Toalla y jabón</li><li>- Recipiente con tapa para guardar los depresores</li><li>- Depresores</li><li>- Foco de mano</li><li>- Hoja de referencia y contrareferencia</li><li>- Papelería</li></ul> |
|--|---|

### Información que genera

- Porcentaje de personas con hipertensión arterial captadas.
- Porcentaje de personas con hipertensión arterial en control.
- Porcentaje de Personas con hipertensión arterial con tratamiento farmacológico según norma.
- Porcentaje de Personas con hipertensión arterial con tratamiento no farmacológico indicado según norma.
- Porcentaje de personas con hipertensión arterial referidas a otro nivel de atención.

### Referencia y contrareferencia

Debe realizarse referencia del paciente a la instalación de salud de mayor capacidad resolutive en el formulario correspondiente cuando sea necesario.

Reglamento Operativo de la Estrategia de Extensión de Cobertura  
Direcciones Regionales de Salud, enero 2023

<b>Nº 47</b>	<b>SERVICIO: Atención de salud</b> Atención de las morbilidades generales
<b>OBJETIVO</b>	Proporcionar atención médica integral de calidad y calidez a los pacientes en el servicio de Atención a la Morbilidad, a fin de contribuir al restablecimiento de su salud.
<b>RESPONSABLE</b>	Médico(a).
<b>POBLACIÓN OBJETIVO</b>	Toda la población beneficiaria de la CPP.

<b>¿Qué hacer?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Proporcionar atención médica a los pacientes mediante valoración y diagnóstico oportuno.</li> <li>● Solicitar estudios de laboratorio y gabinete para valorar el estado de salud de los pacientes.</li> <li>● Establecer el tipo de atención que requiere el paciente para su tratamiento y en su caso, efectuar la canalización oportuna del mismo a otros servicios.</li> <li>● Informar y concientizar al acompañante del paciente, sobre la importancia de su participación en la recuperación de su padecimiento.</li> <li>● Dar información suficiente, oportuna, clara y veraz, al paciente y/o familiares o representante legal.</li> <li>● Determinar si amerita consulta subsecuente o referencia a otro nivel de atención.</li> <li>● Brindar un trato digno y respetuoso al paciente</li> </ul>
<b>¿Con qué frecuencia se realiza?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Cada vez que el paciente tenga la necesidad de acudir a recibir atención médica por alguna morbilidad.</li> </ul>

<b>¿Cómo hacerlo?</b>
-----------------------

<b>¿Cómo hacerlo?</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Realizando la historia clínica para la atención de la población con morbilidad.</li> <li>● Tomando el peso corporal, la talla, índice de masa corporal y temperatura para luego transferir estos datos a la hoja de atención.</li> <li>● Revisar y llenar la anamnesis del paciente.</li> <li>● Preguntando al paciente los síntomas o signos que lo llevaron a recibir atención médica, el tiempo de duración de los síntomas y signos, y su relación con otros factores.</li> <li>● Realizar interrogatorio por sistemas.</li> <li>● Efectuar el examen físico completo a través de la inspección, auscultación, palpación y percusión regional (cabeza, cuello, tórax, columna vertebral, abdomen y extremidades).</li> <li>● Debe anotar la impresión diagnóstica en el expediente luego de realizar la historia clínica y el examen físico.</li> <li>● Realizar los exámenes de laboratorio necesarios (BHC, Uroanálisis, Heces) para confirmar el diagnóstico presuntivo y referir al paciente a otros niveles de atención en caso de que amerite otros exámenes complementarios (Radiografías, Ultrasonidos).</li> <li>● Utilizar el sistema de referencia y contra referencia en caso de que el paciente requiera evaluación médica especializada según la patología encontrada durante la historia clínica y el examen físico.</li> <li>● Anotar en el expediente el tratamiento con la dosis, presentación y número de tabletas, comprimidos o jarabes prescrito al paciente en evaluación.</li> <li>● Anotar en el expediente si el paciente es citado para dar seguimiento a su patología.</li> </ul> <p><b>OBSERVACIÓN:</b> Los exámenes de laboratorio y gabinete que el equipo básico no se encuentre en capacidad de realizar se deben referir a la instalación de salud más cercana con la capacidad instalada.</p>

<b>¿Dónde hacerlo?</b>
------------------------

<b>¿Dónde hacerlo?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Centro de Salud</li> <li>- Subcentro de Salud</li> <li>- Puesto de Salud</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Casa habitada</li> <li>- Casa comunal</li> <li>- Escuela</li> </ul>
------------------------	--	--

Reglamento Operativo de la Estrategia de Extensión de Cobertura  
Direcciones Regionales de Salud, enero 2023

<b>¿Con qué hacerlo?</b>	
<ul style="list-style-type: none"><li>- Linterna o foco</li><li>- Depresores</li><li>- Especulo nasal</li><li>- Oftalmoscopio</li><li>- Otoscopio</li><li>- Estetoscopio</li><li>- Esfigmomanómetro</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Alcohol</li><li>- Algodón</li><li>- Diapasón</li><li>- Apósitos desechables</li><li>- Guantes</li><li>- Gel lubricante</li><li>- Termómetro</li></ul>
<b>Información que genera</b>	
<ul style="list-style-type: none"><li>● Producción diaria del servicio de atención a la morbilidad.</li></ul>	
<b>Referencia y contrareferencia</b>	
<ul style="list-style-type: none"><li>● Hoja de referencia y contra referencia (SURCO)</li></ul>	

<b>Nº 48</b>	<b>SERVICIO:</b> Educación en Saneamiento Ambiental Factores de riesgo en las viviendas
<b>OBJETIVO</b>	Identificar la ubicación y condición sanitaria de las viviendas de la población que debe recibir los servicios básicos de salud y nutrición, así como los factores de riesgos ambientales que deben controlarse en las viviendas.
<b>RESPONSABLE</b>	Técnico en Saneamiento Ambiental o Educador para la Salud y Promotores de Salud.
<b>POBLACIÓN OBJETIVO</b>	Toda la población.

<b>¿Qué hacer?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Capacitar a los promotores de salud de la comunidad en elaborar croquis y realizar un listado de las viviendas de la comunidad.</li> <li>● Elaborar en conjunto con los promotores de salud de la comunidad el croquis de la comunidad, ubicando las casas, lugares importantes (Escuelas, Iglesias, Casa Comunal, Casa del Congreso, centro de salud, puesto de salud, ríos, caminos, tanque de agua, fuentes de agua, otros.</li> <li>● Al ubicar la vivienda se debe enumerar, esta numeración debe coincidir con el listado de los jefes de familia de las viviendas.</li> <li>● En la ficha técnica de Inspección de vivienda, parte posterior, colocar recomendaciones y compromisos.</li> <li>● Elaborar un listado de los jefes de familia de las viviendas con factores de riesgo ambiental.</li> <li>● Desarrollar actividades de educación no formal por cada grupo poblacional en cada una de las seis visitas por año de CDG, contrato en donde se incluyan a los jefes de familia y mayores de 6 años de las viviendas con factores de riesgo ambiental.</li> <li>● Emitir un informe con las actividades de educación sobre factores de riesgo ambiental en las viviendas realizadas durante cada ronda. El informe debe contener, como mínimo, los temas tratados, fecha, dedicación en horas, copia de material distribuido y listado de participantes nombre con su respectiva firma, número de cédula y grupo poblacional al que pertenece. En caso de que las personas no sepan firmar se presentará en el renglón adyacente a su nombre la huella de su pulgar derecho.</li> <li>● Desarrollar sesiones educativas sobre, “viviendas saludables”</li> <li>● Se considerarán sesiones educativas sobre, “viviendas saludables” aquellas en que participen un mínimo de 10 personas.</li> <li>● Se incorpora Acta de Compromiso.</li> </ul>
<b>¿Con qué frecuencia se realiza?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Cada vez que el equipo realice visita a la comunidad, se comunicará con los promotores de salud y se revisará los listados de viviendas y se seleccionará las viviendas con problemas sanitarios o con factores de riesgo ambiental.</li> <li>● La educación sobre “viviendas saludables” se realizará en cada visita que haga a la comunidad.</li> <li>● Cada vez que sea necesario para obtener información sobre los cambios en las condiciones sanitarias de las viviendas.</li> </ul>

### ¿Cómo hacerlo?

- Participe en la asamblea que organizará el CSR en la comunidad para la presentación del Equipo Básico de Salud.
- Dialogue con los líderes de la comunidad para obtener información referente al croquis existente de la comunidad (si se ha elaborado anteriormente).
- Solicite orientación a los líderes de la comunidad antes de iniciar la convocatoria de los promotores de salud.
- Prepare la lista de promotores de salud y reúnalos para capacitarlos.
- Revise, con los promotores de salud, la Guía Elaboración del Croquis de la Comunidad que se le entregará.
- A cada promotor se le solicitará que siga las instrucciones de la guía e inicie el recorrido por la comunidad.
- Dibuje el croquis de la comunidad siguiendo las indicaciones de la guía e identificando claramente las viviendas con factores de riesgo ambiental.
- Visite cada vivienda con factor de riesgo y desarrolle una sesión educativa con el jefe o jefa de familia.
- Las sesiones educativas que se desarrollen incluirán como mínimo los temas siguientes: agua segura para el consumo humano, disposición adecuada de la basura en las viviendas, orientación para el uso de letrinas, vivienda saludable.
- Utilice técnicas educativas no formales (demostraciones, relatos de historias con moralejas, entre otros, para incorporar a la población al proceso de compromiso para el cambio.
- Utilice principalmente materiales didácticos con ilustraciones.
- Distribuya material educativo preferentemente gráfico con recomendaciones para reducir el impacto de los factores de riesgo ambiental identificados durante el diagnóstico inicial.

### ¿Dónde hacerlo?

- En las viviendas identificadas con factores de riesgo ambiental de las comunidades beneficiarias.
- En la escuela y en la institución de salud.

### ¿Con qué hacerlo?

- |   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Utilice como referencia el croquis existente en la comunidad (si ya existe uno).</li> <li>- Rota folios</li> <li>- Hojas blancas.</li> <li>- Cuaderno para anotar cualquier información de interés.</li> <li>- Cartulina.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Marcadores de diferentes colores.</li> <li>- Cinta adhesiva.</li> <li>- Guía educativa, Compromiso de trabajo.</li> <li>- Material educativo que oriente el compromiso de vigilancia por tener una vivienda saludable.</li> </ul> |
|---|--|

### Información que genera

- Número de viviendas con factores de riesgo ambiental.
- Número de viviendas con factores de riesgo ambiental visitadas para sesiones educativas
- Número de jefes o jefas de familia que recibieron al menos una sesión educativa en saneamiento de las viviendas.
- Número de viviendas ocupadas y desocupadas.
- Ubicación de lugares importantes de la comunidad, tales como: escuela, puesto de salud, iglesia, centro de salud, casa comunal, ríos, Caminos, tanque de agua, fuentes de agua, otros.
- Condiciones sanitarias de las viviendas.
- Número de familias por vivienda que proponen su plan de compromiso para la vigilancia de tener una “vivienda saludable”.

### Referencia y contrareferencia

- Se refiere al centro de salud de la jurisdicción a los jefes o jefas de familia de las viviendas con factores de riesgo ambiental que puedan constituirse en un foco de epidemia.
- El centro de salud de referencia mantiene un listado de las viviendas inspeccionadas por personal, y lo actualiza periódicamente.
- Coordine con el equipo básico de salud el seguimiento a las sesiones educativas con la población.

Reglamento Operativo de la Estrategia de Extensión de Cobertura  
Direcciones Regionales de Salud, enero 2023

<b>N° 49</b>	<b>SERVICIO:</b> Educación en Saneamiento Ambiental Vigilancia de la calidad del agua y las fuentes
<b>OBJETIVO</b>	Capacitación de la población en identificar fuentes de agua potable y protección de las fuentes.
<b>RESPONSABLE</b>	Educador para la Salud o Técnico en Saneamiento Ambiental y Promotores de Salud.
<b>POBLACIÓN OBJETIVO</b>	Toda la población.

<b>¿Qué hacer?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Ubicar en el croquis de la comunidad los diferentes tipos de abastecimiento de agua de la comunidad.</li> <li>● Promover que la comunidad investigue la calidad del agua (agua para consumo humano).</li> <li>● Toma de muestras y análisis de la fuente de agua.</li> <li>● Ubicar en el croquis las posibles fuentes de contaminación del agua.</li> <li>● Promover proyectos de protección de las microcuencas.</li> <li>● Educar y organizar a la comunidad para administrar los recursos hídricos, por medio de la implementación de la guía de compromiso de trabajo.</li> <li>● Se considerarán sesiones educativas sobre identificación de fuentes de agua potable y protección de fuentes aquellas en que participe un máximo de 25 y un mínimo de 10 personas, con una duración no inferior a 2 horas y para las cuales exista un listado de asistencia con nombre, firma, cédula, dirección de los participantes y grupo poblacional al que pertenece. Además, se elaborará un informe de la capacitación con estos datos y se le agregará el programa y el material educativo utilizado.</li> <li>● Aplicación de la guía sobre Compromiso de Trabajo colectivo e individual para hacerle frente al problema de salud.</li> <li>● Para las sesiones educativas se debe contemplar los temas o módulos definidos por la Dirección del subsector de Agua potable y alcantarillado sanitario (DISAPAS) en el departamento de Participación comunitaria y Pueblos indígenas y en el Departamento de agua potable y obras sanitarias (DAPOS Regional).</li> <li>● Se incorpora el Acta de Compromiso.</li> <li>● Promueva la organización de las Juntas Administradoras de Acueductos Rurales.</li> </ul>
<b>¿Con qué frecuencia se realiza?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Inicialmente se hará la evaluación de las casas con mayor problema de acuerdo con lo investigado por el promotor con respecto a la necesidad de suministro de agua.</li> <li>● Cada vez que el equipo realice giras a la comunidad, se trabajará en las actividades prioritarias para lograr el abastecimiento de agua, su desinfección y la protección de las fuentes.</li> <li>● En cada intervención con las familias se orienta sobre el compromiso de vigilancia de tener agua apta para el consumo humano y protección de las fuentes de agua.</li> <li>● Cada vez que sea necesario para obtener cambios.</li> </ul>

### ¿Cómo hacerlo?

- Participe en las asambleas que organizarán los CSR en la comunidad.
- Dialogue con líderes y organizaciones de la comunidad que puedan dar información sobre el suministro y las fuentes de agua.
- Solicite a los líderes de la comunidad que le guíen en su recorrido a las fuentes de agua.
- Ubique en el croquis de la comunidad las viviendas con problemas de suministro de agua y los sistemas de dotación de agua
- Oriente a la JAAR en la toma de muestra de agua para su análisis bacteriológico.
- Inspección con la comunidad a los acueductos.
- Observe los riesgos epidemiológicos por causa del agua. Alerta a las autoridades sanitarias y a la comunidad.
- Oriente a la comunidad sobre la desinfección del agua y protección de las fuentes. Utilice técnicas no formales de educación para incorporar a la población al proceso de compromiso para el cambio.
- Organizar las Juntas Administradoras de Acueductos Rurales de acuerdo a las guías y procedimientos establecidos por el Ministerio de Salud.

### ¿Dónde hacerlo?

- En la comunidad, casa por casa.
- En las reuniones del ESN con la comunidad.
- Durante las giras de inspección a los sistemas de suministro de agua.
- Durante la ejecución de actividades especiales.
- En las escuelas y centro de salud.

### ¿Con qué hacerlo?

- |  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Utilice el croquis de la comunidad.</li> <li>- Hoja de inspección a edificios.</li> <li>- Cuaderno o libretas para anotar cualquier información de interés.</li> <li>- Cartulina o papel periódico.</li> <li>- Láminas ilustrativas.</li> <li>- Normas sobre administración de acueductos.</li> <li>- Tablero.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Marcadores y tiza.</li> <li>- Cinta adhesiva.</li> <li>- Hojas de papel blanco.</li> <li>- Guía educativa Compromisos de Trabajo.</li> <li>- Material educativo que oriente el compromiso de vigilancia de tener agua apta para el consumo humano y protección de las fuentes de agua.</li> </ul> |
|--|--|

### Información que genera

- Número de vivienda con suministro de agua.
- Viviendas con suministro de agua deficiente.
- Mapa con la ubicación de lugares de alto riesgo en los sistemas de suministro de agua.
- Muestras de agua analizadas.
- Juntas Administradoras de Acueductos Rurales organizadas.
- Número de sesiones educativas sobre protección de fuentes de agua y desinfección de agua.

### Referencia y contrareferencia

Reglamento Operativo de la Estrategia de Extensión de Cobertura  
Direcciones Regionales de Salud, enero 2023

- Entregue al director médico del CSR el croquis con la ubicación de las casas sin suministro de agua y de los sitios de alto riesgo en el sistema de suministro de agua.
- Entregue el resultado de su investigación y análisis sobre el suministro de agua y puntos de riesgo que deben controlarse.
- Entregue a la comunidad e instalación de salud, los análisis sobre los problemas de suministro de agua segura y puntos críticos de riesgos.
- Notifique a la comunidad la fuente de agua identificada y su calidad. Coloque su información en un mural, ubicado en el lugar destinado para ofrecer los servicios de salud (Giras itinerantes), para conocimiento de todas las personas de la comunidad.
- Coordine con el CSR el proceso de seguimiento a las sesiones educativas con la población.
- Coordine con el CSR más cercana a la comunidad para dar seguimiento a los compromisos de trabajo de la población.

Reglamento Operativo de la Estrategia de Extensión de Cobertura  
Direcciones Regionales de Salud, enero 2023

<b>Nº 50</b>	<b>SERVICIO:</b> Educación en Saneamiento Ambiental Adecuada disposición de excretas y aguas residuales
<b>OBJETIVO</b>	Promover la disposición adecuada de excretas y aguas servidas.
<b>RESPONSABLE</b>	Educador para la Salud o Técnico en Saneamiento Ambiental y Promotores de Salud.
<b>POBLACIÓN OBJETIVO</b>	Toda la población.

<b>¿Qué hacer?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Identificar las casas con problemas sanitarios de excretas y aguas servidas, con base a los informes de los promotores de salud.</li> <li>● Ubicar en el croquis de la comunidad las casas con mala disposición de las excretas y aguas servidas (colocar un punto rojo).</li> <li>● Coordinar con las autoridades de salud (centro de salud de las comunidades de su jurisdicción) para que dé seguimiento a los casos y minimicen los riesgos de salud.</li> <li>● Educar a la comunidad sobre el riesgo a la salud de la población y el ambiente ocasionando por la mala disposición de las excretas y aguas servidas.</li> <li>● Promover talleres demostrativos sobre construcción de unidades básicas sanitarias (inodoro, ducha o baño, lavamanos, tanque séptico y resumidero).</li> <li>● Se considerarán sesiones educativas sobre adecuada disposición sanitaria de excretas y aguas servidas aquellas en que participe un máximo de 25 y un mínimo de 10 personas, con una duración no inferior a 2 horas y para las cuales exista un listado de asistencia con nombre, firma, cédula, dirección de los participantes y grupo poblacional al que pertenece. Y el Compromiso de Trabajo colectivo e individual para hacerle frente al problema. Además, se elaborará un informe de la capacitación con estos datos y se le agregará el programa y el material educativo utilizado.</li> <li>● Se incorpora el Acta de Compromiso de Vivienda.</li> <li>● Para las sesiones educativas se deben contemplar los temas o módulos definidos por la Dirección del Sub Sector de Agua potable y alcantarillado sanitario (DISAPAS), Departamento de Participación comunitaria y Pueblos indígenas y en el Departamento de agua potable y obras sanitarias (DAPOS Regional).</li> </ul>
<b>¿Con qué frecuencia se realiza?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● El equipo deberá dar seguimiento a las viviendas identificadas con mala disposición de excretas y aguas servidas cada 2 meses para ver las adecuaciones del sistema.</li> <li>● En cada intervención con las familias se orienta sobre el compromiso en la disposición correcta de las excretas (unidades básicas sanitarias) y la construcción de sumidero para canalizar las aguas servidas.</li> <li>● Cada vez que sea necesario para obtener cambios.</li> </ul>

<b>¿Cómo hacerlo?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Participe en las asambleas comunitarias convocadas por el CSR.</li> <li>● Cuando visite las casas, identifique los lugares con problemas de mala disposición de excretas y aguas servidas. Evalúe su impacto para la salud y el ambiente.</li> <li>● Ubique en el croquis de la comunidad los sitios identificados con problemas de disposición de excretas y aguas servidas.</li> <li>● Eduque y oriente a la población sobre la disposición sanitaria de excretas y aguas servidas. Haga talleres demostrativos para incorporar a la población al proceso del compromiso para el cambio.</li> <li>● Oriente a la comunidad sobre la coordinación con autoridades tradicionales, autoridades locales u organizaciones que puedan apoyarle en realizar un proyecto de construcción de letrinas y sumideros.</li> <li>● Coordine y dialogue con las autoridades tradicionales, autoridades y líderes locales.</li> </ul>
-----------------------	--

<b>¿Dónde hacerlo?</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- En la comunidad, casa por casa.</li> <li>- En reuniones y conversas informales con moradores de la comunidad.</li> <li>- En reuniones con la comunidad.</li> <li>- En la escuela y en el centro de salud</li> <li>- Casa del Congreso.</li> </ul>	
<b>¿Con qué hacerlo?</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Utilice el croquis de la comunidad.</li> <li>- Hoja de inspección sanitaria de vivienda.</li> <li>- Cuaderno o libreta para anotar las informaciones de interés.</li> <li>- Cartulina o papel periódico.</li> <li>- Láminas ilustrativas.</li> <li>- Tablero.</li> <li>- Marcadores o tiza.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cinta adhesiva.</li> <li>- Cinta métrica.</li> <li>- Acta de Compromiso de Trabajo</li> <li>- Material educativo que oriente el uso adecuado de la letrina y la construcción del sumidero para canalizar las aguas servidas.</li> <li>- Equipo multimedia.</li> </ul>
<b>Información que genera</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Número de casas con buena disposición de excretas.</li> <li>- Número de casas sin letrina.</li> <li>- Número de casas con buena disposición de las aguas servidas.</li> <li>- Número de casas con deficiente disposición de las aguas servidas.</li> <li>- Número de unidades básicas sanitarias/ letrinas con deficiencias, (estructura, aseo, ubicación, otros).</li> <li>- Número de sesiones educativas sobre disposición higiénica de las excretas y aguas servidas, aseo y mantenimiento de los mismos.</li> <li>- Número de casas que mejoran su sistema de disposición de excretas y aguas servidas.</li> <li>- Número de familias por vivienda que proponen su plan de compromisos para mejorar la disposición de las excretas y las aguas servidas.</li> </ul>	
<b>Referencia y contrareferencia</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entregue al director médico del CSR el croquis con la ubicación de las casas con deficiencias en la disposición de excretas y aguas servidas.</li> <li>- Entregue a la autoridad local del CSR el resultado de su investigación.</li> <li>- Presente la información a la comunidad y analice con ellos los factores de riesgos a la salud del ambiente y de la gente, para que ellos determinen la acción a seguir.</li> <li>- En un mural de la instalación de salud, coloque información sobre la problemática de la comunidad y posibles alternativas.</li> <li>- Coordine con el equipo de salud el proceso de seguimiento a las sesiones educativas con la población.</li> <li>- Coordine con el equipo de salud de la institución de salud más cercana a la comunidad para dar seguimiento a los compromisos de trabajo de la población.</li> </ul>	

Reglamento Operativo de la Estrategia de Extensión de Cobertura  
Direcciones Regionales de Salud, enero 2023

<b>N°51</b>	<b>SERVICIO:</b> Educación en Saneamiento Ambiental Adecuada disposición de excretas y aguas residuales
<b>OBJETIVO</b>	Promover el adecuado manejo y disposición de los residuos sólidos.
<b>RESPONSABLE</b>	Técnico en Saneamiento Ambiental o Educador para la Salud y Promotores de Salud.
<b>POBLACIÓN OBJETIVO</b>	Toda la población.

<b>¿Qué hacer?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Identificar las casas con mal manejo y disposición de los residuos sólidos, en base al informe del promotor de salud.</li> <li>● Ubicar en el croquis (Con un punto rojo) de la comunidad, los vertederos a cielo abierto comunales.</li> <li>● Promover compromisos en la población hacia el manejo y disposición sanitaria de los residuos sólidos por medio de un material educativo que describa cual es la alternativa para el manejo de la basura.</li> <li>● Orientar a la comunidad en la ejecución de proyectos de aprovechamiento y reciclaje de los residuos sólidos.</li> <li>● Se considerarán sesiones educativas sobre adecuado manejo y disposición sanitaria de los residuos sólidos aquellas en que participe un máximo de 25 y un mínimo de 10 personas, con una duración no inferior a 2 horas y para las cuales exista un listado de asistencia con nombre, firma, cédula, dirección de los participantes y grupo poblacional al que pertenece. Y el Compromiso de Trabajo colectivo e individual para hacerle frente al problema. Además, se elaborará un informe de la capacitación con estos datos y se le agregará el programa y el material educativo utilizado.</li> <li>● Se incorpora el Acta de Compromiso de Vivienda.</li> <li>● Para las sesiones educativas se deben contemplar los temas o módulos definidos por la Dirección del Sub Sector de Agua potable y alcantarillado sanitario (DISAPAS), Departamento de Participación comunitaria y Pueblos indígenas y en el Departamento de agua potable y obras sanitarias (DAPOS Regional).</li> <li>● Se incorpora el Acta de Compromiso.</li> </ul>
<b>¿Con qué frecuencia se realiza?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● El equipo de salud deberá dar seguimiento a las viviendas identificadas con mal manejo y disposición de los residuos sólidos, cada 2 meses para ver las adecuaciones del sistema.</li> <li>● En cada intervención con las viviendas se orienta sobre el compromiso en el manejo y disposición de la basura y su utilización como producción de abono orgánico.</li> <li>● Cada vez que sea necesario para obtener cambios.</li> </ul>

<b>¿Cómo hacerlo?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Participe en las asambleas comunitarias convocadas por el CSR.</li> <li>● Dialogue con los líderes tradicionales y de la comunidad para obtener información referente al manejo y disposición de los residuos sólidos en la comunidad y sobre experiencias anteriores en programas de este tipo.</li> <li>● Cuando visite las casas, ubique en el croquis aquellas que presenten problemas de manejo y disposición de los residuos sólidos, para incorporarla al proceso de compromiso para el cambio.</li> <li>● Observe los tipos de residuos sólidos y el riesgo epidemiológico que representan, para así alertar a la autoridad sanitaria cuando se requiera.</li> <li>● Eduque a la población sobre el manejo y disposición de los residuos sólidos. Utilice técnicas educativas no formales.</li> <li>● Sugiera a la comunidad la coordinación con organizaciones que tengan experiencias en proyectos de aprovechamiento de residuos sólidos.</li> </ul>
-----------------------	--

<b>¿DÓNDE HACERLO?</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- En la comunidad, casa por casa.</li> <li>- En reuniones educativas con la comunidad.</li> <li>- En la escuela y el centro de salud.</li> <li>- Casa de Congreso.</li> </ul>	
<b>¿CON QUÉ HACERLO?</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Utilice el croquis de la comunidad.</li> <li>- Hoja de inspección de edificios.</li> <li>- Cuaderno o libreta para anotar cualquier información de interés.</li> <li>- Cartulina o papel periódico.</li> <li>- Láminas ilustrativas.</li> <li>- Tablero.</li> <li>- Marcadores de colores y tiza.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cinta adhesiva.</li> <li>- Hojas de papel blanco.</li> <li>- Guía educativa compromiso de trabajo</li> <li>- Material educativo, cómo hacer abono orgánico, aprovechando la basura.</li> <li>- Equipo multimedia.</li> </ul>
<b>INFORMACIÓN QUE GENERA</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Número de casas con adecuado manejo y disposición de los residuos sólidos.</li> <li>- Número de casas con problemas sanitarios por el mal manejo y disposición de los residuos sólidos.</li> <li>- Número y ubicación de los vertederos a cielo abierto y otros sitios de descarga de residuos que constituyen un riesgo para la salud y el ambiente.</li> <li>- Número de sesiones educativas sobre manejo y disposición de residuos sólidos.</li> <li>- Número de casas que han mejorado su sistema de manejo y disposición de residuos sólidos.</li> <li>- Número de vertederos y sitios de descargas de residuos sólidos eliminados.</li> <li>- Número de familias por vivienda que proponen su plan de compromiso para mejorar el problema de la basura.</li> <li>- Número de residentes de la comunidad que adoptan nuevos compromisos por mejorar el problema de la basura.</li> </ul>	
<b>REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entregue el resultado de su investigación y análisis en el campo al centro de salud de la jurisdicción.</li> <li>- Presente su investigación a la asamblea comunitaria y analizar con ellos los factores de riesgos a la salud y el ambiente que deben controlarse.</li> <li>- Coloque información impresa en un mural de la casa habilitada para ofrecer servicios de salud para conocimiento de todas las personas de la comunidad.</li> <li>- Coordine con el equipo de salud el proceso de seguimiento a las sesiones educativas con la población.</li> <li>- Coordine con el CSR más cercana a la comunidad para dar seguimiento a los compromisos de trabajo de la población.</li> </ul>	

Reglamento Operativo de la Estrategia de Extensión de Cobertura  
Direcciones Regionales de Salud, enero 2023

<b>Nº 52</b>	<b>SERVICIO:</b> Educación para la Salud Promoción de las Inmunizaciones
<b>OBJETIVO</b>	Promover en las madres y padres la importancia de las inmunizaciones y el control de las enfermedades prevenibles por vacunas.
<b>RESPONSABLE</b>	Todo el equipo multidisciplinario. La enfermera es la responsable de la sesión educativa. Podrá delegar esta actividad al auxiliar de enfermería y/o promotor de salud.
<b>POBLACIÓN OBJETIVO</b>	Madres y padres de niños menores de 60 meses.

<b>¿Qué hacer?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Desarrollar sesiones educativas para promover la vacunación con las madres y padres de niños menores de 60 meses.</li> <li>● Visitar las viviendas de las comunidades beneficiarias para identificar aquellas en que hay mujeres en edad fértil, embarazadas, lactantes, niños, personas con necesidades especiales y adultos mayores de 60 años para sesiones educativas individuales.</li> <li>● En las visitas domiciliarias se debe distribuir material educativo de preferencia con ilustraciones.</li> <li>● Capacitar a educadores al respecto para sensibilizarlos y poder lograr su apoyo.</li> <li>● Las actividades educativas grupales se realizarán con un mínimo de 10 personas y la duración de las mismas será igual o mayor a 1 hora.</li> <li>● Si las actividades educativas están dirigidas a promotores la duración de las mismas será mínimo 5 horas.</li> <li>● Se emitirá un informe con el listado de participantes a las actividades e igualmente para las visitas domiciliarias que se realicen y el material educativo distribuido. El informe debe contener como mínimo: temas tratados, fecha, tiempo utilizado, copia de material distribuido y listado de participantes con nombre completo, cédula, firma y grupo priorizado al que pertenece. Debe incluir evidencia fotográfica.</li> <li>● En caso de que las personas no sepan firmar se presentará en el renglón adyacente a su nombre la huella de su pulgar.</li> </ul>
<b>¿Con qué frecuencia se realiza?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Durante las visitas programadas a las comunidades beneficiarias.</li> </ul>

<b>¿Cómo hacerlo?</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Invite a los padres y madres de niños y niñas menores de 60 meses a las sesiones educativas para orientarlos sobre las vacunas o inmunizaciones para la protección contra las diferentes enfermedades prevenibles por vacunas.</li> <li>● Solicite las tarjetas de control de vacunación a todos los que acudan por una atención (si es posible incluir a los acompañantes) para revisar el esquema de vacunación.</li> <li>● Solicite apoyo a los maestros y profesores del área para solicitar las tarjetas de vacunación para el programa escolar.</li> <li>● Utilice metodología participativa para el intercambio de ideas, relato de experiencias, anécdotas, reflexión para lograr apoyo mutuo.</li> <li>● Realice visitas domiciliarias a madres y padres de niños menores de 60 meses.</li> <li>● Distribuya material educativo con predominio de ilustraciones durante las visitas domiciliarias con información sobre la importancia de la vacunación para todo el núcleo familiar.</li> <li>● Elabore un informe de las actividades de capacitación en promoción de la vacunación que contenga el listado de participantes.</li> <li>● Elabore un informe de los visitados a domicilio y del material distribuido.</li> <li>● Desarrolle mensajes radiales y solicite cooperación de las radioemisoras para divulgarlos.</li> </ul>	

**¿Dónde hacerlo?**

- En las instalaciones de salud.
- En la escuela.
- Casa comunal.
- Otro lugar habilitado.

**¿Con qué hacerlo?**

- Tarjeta de control de vacunación y de seguimiento de caso.
- Láminas de cuadros con los nombres de las vacunas más importantes, de qué enfermedades los protegen y cuándo deben vacunarse (edad).
- Banner, trípticos y esquemas de bolsillo sobre la importancia de las inmunizaciones.
- Es importante que se contemple la comunidad en general, en estas orientaciones.

**Producto que genera**

- Número de sensibilizados en las sesiones educativas sobre importancia de las inmunizaciones para lograr un estilo de vida saludable.

<b>Nº 53</b>	<b>SERVICIO: Promoción</b> Promoción de la salud bucal
<b>OBJETIVO</b>	Disminuir las enfermedades bucales más comunes en la población infantil y mujeres embarazadas.
<b>RESPONSABLE</b>	Auxiliar/Técnico de Enfermería y promotores de salud.
<b>POBLACIÓN OBJETIVO</b>	Población mayor de 6 meses y mujeres embarazadas.

<b>¿Qué hacer?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Educar a la comunidad en la importancia de practicar buenos hábitos de higiene bucal y de recibir acciones de promoción y prevención específicas para evitar las enfermedades más comunes de la cavidad bucal.</li> <li>● Desarrollar sesiones de práctica de higiene bucal, técnica de cepillado y uso del hilo dental a todos los pobladores.</li> <li>● Se emitirá un informe con el listado de participantes a las sesiones de demostración que se realicen y para el material educativo distribuido. El informe debe contener, como mínimo, los temas tratados, fecha, tiempo en horas, copia de material distribuido y listado de participantes nombre con su respectiva firma, número de cédula y grupo poblacional al que pertenece. En caso de que las personas no sepan firmar se presentará en el renglón adyacente a su nombre la huella de su pulgar derecho.</li> </ul>
<b>¿Con qué frecuencia se realiza?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● La educación en salud bucal se realizará dos veces al año en cada grupo poblacional.</li> <li>● Las sesiones de práctica de higiene bucal, técnica de cepillado y uso hilo de dental se realizarán tres (3) veces al año en cada grupo poblacional.</li> </ul>

<b>¿Cómo hacerlo?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● La educación a todos los pacientes sobre higiene bucal se realizará mediante exposiciones dialogadas, utilizando rotafolio, folletos tipodonto y otros.</li> <li>● Las prácticas de técnicas de cepillado se realizarán utilizando cepillos de dientes, hilos y cremas dentales.</li> </ul>
-----------------------	--

<b>¿Dónde hacerlo?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Centro de Salud</li> <li>- Casa habilitada.</li> <li>- Casa comunal</li> <li>- Escuela</li> </ul>
------------------------	--

<b>¿Con qué hacerlo?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hojas de registro diario de actividades</li> <li>- Materiales educativos</li> <li>- Tipodonto, cepillos dentales, hilos, y folletos de cuidados bucales.</li> </ul>
--------------------------	--

<b>Información que genera</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Número de pacientes orientados en salud bucal</li> </ul>
-------------------------------	---

<b>Referencia y contrareferencia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hoja de referencia y contra referencia (SURCO)</li> <li>- Centro de salud o instalaciones de salud.</li> </ul>
--------------------------------------	---

Reglamento Operativo de la Estrategia de Extensión de Cobertura  
Direcciones Regionales de Salud, enero 2023

<b>N° 54</b>	<b>SERVICIO: Promoción</b> Comités de Salud y Juntas Administradoras de Acueducto Rural
<b>OBJETIVO</b>	Incrementar el nivel de organización y participación de las comunidades, en la toma de decisiones con miras al mejoramiento de la situación de salud.
<b>RESPONSABLE</b>	Educador para la salud.
<b>POBLACIÓN OBJETIVO</b>	Grupos organizados de la Comunidad y toda la población.

<b>¿Qué hacer?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Realizar una reunión en las comunidades para activar a las organizaciones comunitarias pro-servicios básicos de salud. La activación consiste en un ejercicio que combina la experiencia y la motivación hasta alcanzar un nivel adecuado de participación comunitaria en las actividades organizativas y de capacitación.</li> <li>● Capacitar a los líderes y dirigentes que se activarán en la comunidad, apoyando en la utilización de los servicios de atención.</li> <li>● Capacitar a los directivos y usuarios de las Juntas Administradoras de Acueductos Rurales (JAAR) de las comunidades bajo la temática establecidas por DISAPAS.</li> <li>● Para la capacitación de los Comités de Salud se utiliza las normas vigentes que rigen la organización (Decreto de gabinete 40 de 1970 y la Reglamentación 389 de 1994). y los manuales de participación comunitaria y Manual de Promotores</li> <li>● Realizar un inventario de las diferentes organizaciones civiles existentes en el área de su responsabilidad.</li> <li>● Realizar un análisis funcional de los diferentes grupos inventariados.</li> <li>● Realizar una jornada de planeamiento de actividades con cada grupo identificado en la comunidad.</li> <li>● Realizar sesiones educativas dirigidas a líderes, directivos y miembros de las comunidades sobre la temática de organización y participación comunitaria.</li> <li>● En el caso de las Juntas Administradoras de Acueductos Rurales (JAAR), se utilizan los módulos sobre los temas establecidos por DISAPAS.</li> <li>● Se considerarán sesiones educativas sobre participación comunitaria aquellas en que participe un máximo de 25 y un mínimo de 10 personas representando a diferentes grupos comunitarios, debe ser 75% práctico y 25% teórico con una jornada de duración no inferior a 5 horas. Debe aplicar metodología anagógica.</li> <li>● El informe debe contener, como mínimo, los temas tratados, fecha, tiempo en horas, copia de material distribuido y listado de participantes nombre con su respectiva firma, número de cédula y grupo poblacional al que pertenece. En caso de que las personas no sepan firmar se presentará en el renglón adyacente a su nombre la huella de su pulgar derecho.</li> <li>● Además, se elaborará un informe de la capacitación con estos datos y se le agregará el programa y el material educativo utilizado.</li> </ul>
<b>¿Con qué frecuencia se realiza?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Se debe realizar cada seis (6) meses, asambleas generales para revisar los avances de la organización y participación comunitaria, sobre compromisos adquiridos.</li> <li>● Para las JAAR se deberá dar seguimiento cada dos meses a lo establecido en el marco legal, Decreto No. 1839 del 5 de diciembre de 2014.</li> </ul>

<b>¿Cómo hacerlo?</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● El Educador para la Salud realiza las siguientes acciones:</li> <li>● Una asamblea general de la comunidad y sus organizaciones comunitarias.</li> <li>● Elaborar un plan o calendario de actividades, en conjunto con la comunidad en donde se plasma las actividades a realizar en cada una de las organizaciones (Comités de Salud y JAAR).</li> <li>● Realizar una encuesta para conocer el número de actores sociales y su grado de funcionamiento efectivo. Puede servir de diagnóstico preliminar la prospección realizada antes de iniciar cada contrato.</li> </ul>	

<b>¿Dónde hacerlo?</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Las asambleas y las sesiones educativas se realizan en los lugares que los grupos utilizan generalmente.</li><li>- Las asambleas de la comunidad donde puedan agruparse los participantes, escucharse y comunicarse.</li><li>- Las sesiones de capacitación u orientación donde haya un mínimo de comodidad y poca distracción.</li><li>- Si se trata de agrupar a varias organizaciones y comunidades, que sea en un lugar más accesible para todos los participantes.</li><li>- Escuelas y Centros de Salud.</li></ul>
<b>¿Con qué hacerlo?</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Para efectos de la asamblea general de la comunidad, de las reuniones de la organización comunitaria adscrita y de las sesiones de capacitación, el Trabajador (a) de la Salud necesitará algunos recursos indispensables para alcanzar el éxito. Entre éstos están los siguientes:</li><li>- Si el lugar donde se realiza tiene paredes, se puede utilizar un papelógrafo para anotar los aspectos que se discuten y se aprueban, deberá incluir sus respectivos marcadores gruesos y papel engomado.</li><li>- Si la reunión se hace en la escuela, se puede usar el tablero del aula de clases.</li><li>- Además de algunos de los recursos señalados, es conveniente que una persona hombre o mujer asuma el papel de secretario o secretaria, quien tomará notas de las propuestas, acuerdos y recomendaciones para la elaboración del acta de la reunión y de un plan de actividades.</li><li>- Las reuniones o sesiones se desarrollan con técnicas de reflexión en las que predomina el diálogo, el análisis de problemas, propuestas de solución grupal y toma de decisiones por consenso o mayoría.</li><li>- Para la capacitación como parte y/o efecto de los servicios, se utiliza la información proveniente de la atención y de la situación de salud de la comunidad, que incluye enfermedades prevenibles y muertes evitables.</li><li>- Material Educativo que oriente la participación de la comunidad, las familias y su compromiso por mejorar las condiciones de salud.</li></ul>
<b>Información que genera</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- La activación de la comunidad generará la siguiente información: La organización adscrita a la CPP, número de participantes en la organización adscrita, líderes y miembros de la comunidad que han recibido capacitación en la modalidad de los servicios de atención, prevención y promoción de la salud.</li><li>- El plan o calendario de actividades de la organización adscrita, que incluye en su contenido acciones relacionadas con los controles de salud, atención de las enfermedades y otras relacionadas con las actividades de la CPP.</li><li>- Grado de funcionamiento efectivo de los grupos.</li><li>- Números de grupos participantes.</li><li>- Número de familias que proponen su plan de compromisos para mejorar la organización y participación de la comunidad.</li></ul>
<b>Referencia y contrareferencia</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- El Educador para la Salud recibe los planes e informes de la organización adscrita a la CPP.</li><li>- El ESN refiere al Centro de Salud, los casos o problemas de salud de la población y del ambiente.</li><li>- Coordine con el CSR el proceso de seguimiento a las sesiones educativas con la población</li><li>- Coordine con el CSR que organice el seguimiento a los compromisos de trabajo de la población.</li></ul>

Reglamento Operativo de la Estrategia de Extensión de Cobertura  
Direcciones Regionales de Salud, enero 2023

<b>Nº 55</b>	<b>SERVICIO: Promoción de la Salud</b> Identificación y capacitación de los promotores de salud
<b>OBJETIVO</b>	Identificar y capacitar al personal de Promoción (existentes y nuevos) de la comunidad para que cumpla con las aptitudes y habilidades para promotor comunitario descrito en el Manual del Promotor del MINSA en las áreas beneficiadas con la EEC para dar seguimiento y sostenibilidad a las intervenciones de salud de los ESN en los centros de salud de referencia.
<b>RESPONSABLE</b>	Personal del ESN y la comunidad.
<b>POBLACIÓN OBJETIVO</b>	Promotores comunitarios y población en general.

<b>¿Qué hacer?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Verificar la existencia de promotores activos en las comunidades bajo la responsabilidad de la instalación de Salud.</li> <li>● Realizar una reunión en las comunidades que no tienen Promotores, en las cuales la comunidad propondrá candidatos para el cargo. Debe participar la comunidad en general y sus autoridades.</li> <li>● Entrevistas a personal clave de la comunidad, quienes informaran sobre los candidatos que cumplen con el perfil (mínimo que sepa leer y escribir) para Promotores Comunitarios.</li> <li>● Escoger a los Promotores con la participación de las comunidades correspondientes, cumpliendo con lo establecido en el Manual del Promotor Comunitario del MINSA.</li> <li>● Capacitar a los Promotores Comunitarios en los temas definidos en el Manual del Promotor Comunitario, como en el conocimiento de la CPP, de tal forma que desarrollen las destrezas requeridas para el desempeño de las actividades y obligaciones del cargo.</li> <li>● Entrega de material impresos sobre los temas tratados</li> <li>● Realizar un inventario de los Promotores Comunitario-formados.</li> <li>● Planificar las actividades de seguimiento de los temas sanitarios prioritarios de su comunidad, encaminado a fortalecer la accesibilidad y aceptación de los servicios brindados en la CPP por los beneficiarios.</li> <li>● El responsable de la capacitación debe elaborar informe de la capacitación, el informe debe contener, como mínimo, los temas tratados, fecha, tiempo en horas, copia de material distribuido y listado de participantes con el nombre y su respectiva firma, número de cédula y grupo poblacional al que pertenece. En caso de que las personas no sepan firmar se presentará en el renglón adyacente a su nombre la huella de su pulgar derecho.</li> </ul>
<b>¿Con qué frecuencia se realiza?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Se espera como mínimo se realice durante las dos primeras rondas de prestación, sin embargo, de requerirse más intervenciones de capacitación se deberá programar a los promotores en todas las comunidades del GP.</li> </ul>

<b>¿Cómo hacerlo?</b>	<p>El ESN realiza las siguientes acciones</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Una reunión general de la comunidad y sus organizaciones comunitarias (Debe participar comunidad en general y sus autoridades) para identificar los promotores comunitarios reconocidos y activos actualmente y la selección de estos en las comunidades que no tienen.</li> <li>● Elaborar una planificación de las actividades de capacitación, incluyendo los temas prioritarios de promoción de la CPP, las mismas deben realizarse en dos sesiones educativas con una duración mínima de 8 horas por sesión.</li> <li>● Se debe incluir los temas legales tales como el compendio de normas de tabaco y decretos que rigen las organizaciones que están dentro de su comunidad y las políticas de salud que rigen las líneas de acción de promoción de la salud (Política 4).</li> <li>● Al finalizar la capacitación de los Promotores, se le debe dar una certificación, la misma debe ser solicitada a la instalación de salud de su área, previa entrega de documentación sustentadora.</li> <li>● Una capacitación con técnicas participativas siguiendo los parámetros establecidos en el Manual del Promotor Comunitario.</li> </ul>
-----------------------	---

### ¿Dónde hacerlo?

- Las reuniones y las sesiones educativas se realizan en los lugares destinados para tal fin.
- Las reuniones de la comunidad donde puedan agruparse los participantes, escucharse y comunicarse.
- Las sesiones de capacitación u orientación donde haya un mínimo de comodidad y poca distracción.
- Escuelas y Centros de Salud.

### ¿Con qué hacerlo?

- Para efectos se necesitará algunos recursos indispensables para alcanzar el éxito. Entre éstos están los siguientes:
- Si el lugar donde se realiza tiene paredes, se puede utilizar un papelógrafo para anotar los aspectos que se discuten y se aprueban, deberá incluir sus respectivos marcadores gruesos y papel engomado.
- Si la reunión se hace en la escuela, se puede usar el tablero del aula de clases.
- Para la capacitación se utilizarán las Guías descritas en el Manual del Promotor Comunitario del MINSA, en cuanto a las actividades a desarrollar por el promotor.
- Guía Educativa Compromisos de Trabajo.
- Equipos y materiales a utilizar por los promotores durante el desarrollo de sus actividades, descritos en los protocolos del Manual del Promotor Comunitario.

### Información que genera

- Listado de Promotores Comunitarios activos y formadas en las comunidades protegidas.
- El plan o calendario de actividades conjuntas a desarrollar por los Promotores Comunitarios y el ESN correspondiente.
- Listado de Promotores certificados.

### Referencia y contrareferencia

- El ESN recibe los planes e informes solicitados al Promotor Comunitario.
- Coordine con el CSR que organice el seguimiento a los compromisos de trabajo de la población.

Reglamento Operativo de la Estrategia de Extensión de Cobertura  
Direcciones Regionales de Salud, enero 2023

<b>N° 56</b>	<b>SERVICIO: Atención de salud</b> Atención primaria de las urgencias incluyendo obstétricas y neonatales
<b>OBJETIVO</b>	Proporcionar la atención oportuna a las personas en situaciones de emergencia de salud o riesgo de vida, sobre todo para las mujeres embarazadas, parturientas, puérperas y recién nacidos; en línea con la capacidad resolutive.
<b>RESPONSABLE</b>	ESN (eventualmente basado en una referencia comunitaria)
<b>POBLACIÓN OBJETIVO</b>	Toda la población residente en las comunidades del GP, énfasis en las mujeres embarazadas, parturientas, puérperas y recién nacidos.

<b>¿Qué hacer?</b>	Identificar signos patológicos de enfermedades o estados que ponen en riesgo la vida de las personas.
<b>¿Con qué frecuencia se realiza?</b>	Cada vez que surja la necesidad en la comunidad y/o en las instalaciones de salud (puesto de salud, subcentro de salud, centro de salud).

**¿Cómo hacerlo?**

- Acostarlo cómodamente evitando que se lastime, dándole espacio para que ventile.
- Dar respaldo
- Hacer la evaluación inicial y manejo inicial según normas MINSA
- En los casos obstétricos y/o neonatales además verificar si tienen Plan de Parto Individual
- Llenar el formulario de SURCO y referencia CONE
- Activar Plan de Traslado - Referencia.
- De no poder trasladar vía terrestre, comunicarse con el centro de recepción de llamada de emergencias del MINSA - Salud 0.
- 

**Signos patológicos de enfermedades que ponen en riesgo la vida de las personas:**

- Dificultad respiratoria
- Dolor precordial
- Pérdida del conocimiento e Ictus
- Convulsiones (ataques)
- Mordeduras de ofidios
- Picadura o mordeduras por insectos ponzoñosos.
- Niños con cuadros diarreicos severos y deshidratación.
- Heridas con hemorragias abundante.
- Traumas con o sin fracturas visibles.

<b>Estados que ponen en riesgo la vida de las personas:</b>	
Embarazadas con Signos de Alarma (protocolo 10):	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sangrado vaginal, en cualquier etapa del embarazo</li> <li>- Contracciones uterinas no fisiológicas antes del término del embarazo (antes de las 37 semanas de gestación)</li> <li>- Pérdida vaginal de líquido amniótico-ruptura prematura de membranas</li> <li>- Aumento rápido de peso (2 libras o más por semana)</li> <li>- Fiebre</li> <li>- Dolor de cabeza frontal o sobre los ojos intenso o permanente</li> <li>- Trastornos de la visión (visión doble, borrosa, manchas, “luces” o “cocuyos”)</li> <li>- Zumbido en los oídos</li> <li>- Edema (particularmente si es en la cara y las manos o por encima de los pies)</li> <li>- Dolor epigástrico, especialmente asociado a vómitos en el tercer trimestre</li> <li>- Disminución o ausencia de movimientos fetales</li> <li>- Cambios en el aspecto del flujo vaginal</li> <li>- Ardor al orinar</li> <li>- Náuseas y vómitos intensos</li> <li>- Desmayo o mareos</li> <li>- Convulsiones</li> <li>- Ser objeto de violencia</li> </ul>
Parturientas con Signos de Alarma (protocolo 10):	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hemorragia</li> <li>- Bebe asoma otra cosa que no es la cabeza</li> <li>- Placenta no sale o placenta retenida</li> <li>- El niño no nace o el parto no se da</li> <li>- Ataques o convulsiones</li> <li>- La mujer se unió o se desgarró</li> </ul>
Puérperas con Signos de Alarma (protocolo 10):	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hemorragia</li> <li>- Fiebre alta</li> <li>- Secreciones vaginales con mal olor</li> <li>- Dolor fuerte en el vientre</li> <li>- La mujer queda muy pálida</li> <li>- Ataques o convulsiones</li> </ul>
Recién Nacido con Signos de Alarma (protocolo 10), sea de parto inminente o dentro de los primeros 7 días de vida (aunque sea de parto institucional)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Su piel cubierta con meconio</li> <li>- El RN respira muy débil o llora muy apagado o con dificultad para respirar (esfuerzo respiratorio visible)</li> <li>- El RN no tiene buen tono muscular (hipotonía, flaccidez, flojito)</li> <li>- El RN no está rosado (cianosis, palidez, moradito)</li> <li>- El RN no nació a término (es pretérmino o posttérmino)</li> <li>- El RN es de Bajo Peso o Muy Bajo Peso según norma MINSA</li> <li>- Llanto incontrolable</li> <li>- Rechazo a o no lacta (no puede mamar)</li> <li>- Hipoactivo, muy somnoliento</li> <li>- Convulsiones o ataques</li> <li>- Fiebre</li> <li>- Ictericia generalizada</li> <li>- Ombligo con secreción purulenta, rojizo, huele mal</li> </ul>
<b>Tratamiento:</b>	
<b>Canalizar vía venosa segura y administrar medicamentos indicados según el cuadro</b>	
<b><u>Convulsiones</u></b>	Diazepam: diluir la ampolla en 10 cc de SSN, administrar 1 cc IV esperar 2 minutos, si se detiene el cuadro convulsivo trasladar al centro hospitalario más cercano.

<b>Tratamiento:</b> <b>Canalizar vía venosa segura y administrar medicamentos indicados según el cuadro</b>	
<p><b><u>Mordedura de Ofidio</u></b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar y verificar la mordedura.</li> <li>• Si es posible identificar el tipo de ofidismo</li> <li>• Limpiar el área de la mordida</li> <li>• Circunscribe el área si existe equimosis</li> <li>• Trasladar al Hospital más cercano del área.</li> </ul> <p>Diluir 5 frascos de suero antiofídico en 500cc de SSN en adulto y en 250cc de SSN en pacientes pediátricos. Se inicia la administración lentamente verificando que no ocurra ninguna reacción alérgica; luego de transcurrir 20 minutos, si no ha ocurrido alergia, aumentar el goteo para pasar el contenido en 1 hora.</p> <p>Si no puede ser trasladado por vía terrestre, comunicarse al centro de recepción de llamada de emergencia del MINSA.</p>
<p><b><u>Embarazadas en labor de parto o con signos de alarma identificados en la mujer (embarazo, parto o postparto):</u></b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tomar signos vitales de la madre</li> <li>• Verificar frecuencia cardiaca fetal (excepto en la puerpera)</li> <li>• Soporte ABC</li> <li>• Administrar tratamiento inicial según Norma SAIM y CONE</li> </ul> <p>Realizar la valoración obstétrica y decidir:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención del parto en Caso Inminente o no referible según lo estricto de la Norma SAIM</li> <li>• Traslado (Referencia) con soporte y acompañante a Centro resolutivo adecuado al caso: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Complicación Obstétrica y Parto Distócico hacia servicio CONE Completo según Norma SAIM Vol2</li> <li>- Atención de Parto Normal en servicio CONE Básico según Norma SAIM Vol1</li> </ul> </li> </ul>
<p><b><u>Recién Nacido con Signos de Alarma identificados según protocolo 11, sea de parto inminente o parto normal o dentro de los primeros 7 días de vida (aunque sea de parto institucional):</u></b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tomar signos vitales del RN.</li> <li>• Valoración Clínica Neonatal con historia perinatal.</li> <li>• Soporte ABC, de temperatura (incubadora o madre canguro) y de glicemia (lactancia materna según condición u otro aporte).</li> <li>• Canalizar Vía EV segura de ser posible (programar requerimientos hidroelectrolíticos por peso – edad).</li> <li>• Administrar tratamiento inicial según diagnóstico y Norma del Atención Integral del Niño/a.</li> <li>• Traslado (Referencia) con: Soporte y acompañante a Centro resolutivo adecuado al caso: <input type="checkbox"/> Complicación Neonatal hacia servicio CONE Completo</li> </ul>
<p><b><u>Niños con cuadros de Diarrea severa y deshidratación:</u></b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Canalizar Vena</li> <li>• Administrar Lactato de Ringer a razón 20 cc/kg de peso, pasar en 2 horas.</li> <li>• Trasladar a centro hospitalario más cercano</li> </ul>
<p><b><u>Traumas Heridas y Fracturas:</u></b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación inicial del A B C</li> <li>• Si está bien valoración secundaria de heridas o fracturas</li> <li>• Heridas: hacer compresión del área</li> <li>• Fractura: inmovilizar</li> <li>• Traslado al centro hospitalario más cercano</li> </ul>
<p><b>Los cuadros de Dolor Precordial sugestivo de síndrome coronario agudo, trasladar al centro hospitalario más cercano.</b></p>	

<b>Otras recomendaciones</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Mantener conocimiento de personas de la comunidad que mantienen cuadros patológicos propensos a complicarse y ponerse en contacto inmediatamente con el personal comunitario al llegar a la comunidad.</li><li>• Mantener el conocimiento de las embarazadas que están próximas a la fecha de parto, en las comunidades bajo su responsabilidad y en coordinación comunicación periódica con los CCPPT y Equipo de traslado.</li><li>• Comunicarse al Centro de recepción de llamadas Salud 0/SISED vía telefónica al 512-9608/09 o por radio de telecomunicación o el medio de comunicación existente en la comunidad.</li><li>• Solicitar activar el Plan de Traslado con soporte y acompañamiento según sea necesario para la persona afectada por la urgencia médica.</li></ul>
<b>¿Dónde hacerlo?</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• En todas las comunidades beneficiarias.</li><li>• En las instalaciones de salud (puesto de salud, subcentro de salud, centro de salud).</li></ul>
<b>¿Con qué hacerlo?</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Estetoscopio</li><li>- Esfigmomanómetro</li><li>- Guantes</li><li>- Maletín para emergencias</li><li>- Foco de mano</li><li>- Hoja de referencia y contra referencia y expediente clínico</li><li>- Papelería</li></ul>
<b>Información que genera</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Número de personas que ameritaron atención, estabilización y traslado de emergencias de las comunidades beneficiarias.</li></ul>
<b>Referencia y contrareferencia</b>
Debe realizarse referencia del paciente a la instalación de salud con capacidad resolutoria adecuada al caso; con los formularios, soporte y acompañamiento correspondientes que sean necesarios.

Reglamento Operativo de la Estrategia de Extensión de Cobertura  
Direcciones Regionales de Salud, enero 2023

<b>Nº 57</b>	<b>SERVICIO:</b> Atención de salud Captación de sintomáticos respiratorios y tratamiento de personas afectadas por tuberculosis
<b>OBJETIVO</b>	Prevenir y controlar los casos de tuberculosis pulmonar. Garantizar el diagnóstico y el control bacteriológico oportuno de calidad. Brindar el tratamiento adecuado a los casos existentes de tuberculosis pulmonar.
<b>RESPONSABLE</b>	Médico(a), enfermera(o), técnico(a) de enfermería promotores(a) y ayudantes comunitarios.
<b>POBLACIÓN OBJETIVO</b>	Población en general.

<b>¿Qué hacer?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Obtener una historia clínica adecuada. <ul style="list-style-type: none"> <li>Tos con flema por más de 15 días (Sintomático Respiratorio mayor de 15 días)</li> <li>Fiebre vespertina</li> <li>Pérdida de peso</li> <li>Sudoración nocturna</li> <li>Contacto con enfermos de tuberculosis.</li> </ul> </li> <li>● Realizar examen físico completo</li> <li>● Tomar dos muestras de esputo (la primera al momento de la consulta y la segunda a la mañana siguiente. Para los casos que por diferentes factores la segunda muestra no pueda ser tomada a la mañana siguiente, se podrá realizar la toma de la misma a las 2 horas después de la recolección de la primera muestra) <ul style="list-style-type: none"> <li>● Entregar las muestras al laboratorio de referencia para baciloscopía o prueba molecular</li> <li>● Diagnóstico oportuno y tratamiento estrictamente supervisado (TAES)</li> <li>● Notificar el caso en el orden normado (Centro de Salud de referencia y Depto. de Epidemiología Regional).</li> <li>● Garantizar el tratamiento normado</li> <li>● Estudio de contactos</li> </ul> </li> <li>● Toma de medidas de Bioseguridad y control de infecciones, por parte del personal de salud</li> <li>● Visita Domiciliaria</li> <li>● Entrevista y atención, citas de control</li> <li>● Educación a la familia sobre la enfermedad y cómo prevenirla.</li> </ul>
<b>¿Con qué frecuencia se realiza?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Diariamente ante cada caso de consulta que sea un sintomático respiratorio; que presente síntomas principalmente de tos con flema de más de 15 días de duración.</li> </ul>

<b>¿Cómo hacerlo?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Realizar un examen físico completo y anotar los hallazgos.</li> <li>● Tomar dos muestras de esputo y enviarlas al laboratorio de referencia.</li> <li>● Registrar y notificar todo caso diagnosticado como tuberculosis utilizando el formulario normado.</li> <li>● Garantizar la administración del tratamiento normado por un personal de salud, o con la ayuda del promotor de salud capacitado.</li> <li>● Dar seguimiento y control de los casos de tuberculosis desde su ingreso al Programa hasta el alta del paciente (Baciloscopias mensuales, indicando el número (#) de la muestra de seguimiento).</li> <li>● Administración del tratamiento estrictamente supervisado, diariamente durante la primera y la segunda fase.</li> </ul>
-----------------------	--

<b>¿Dónde hacerlo?</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- En las comunidades bajo cobertura, en las casas habilitadas, escuelas.</li><li>- Instalaciones de salud</li><li>- En la comunidad</li><li>- En las casas comunales</li><li>- Centros Religiosos</li><li>- Albergues de apoyo a paciente con TBC y TBC / VIH-SIDA</li></ul>
<b>¿Con qué hacerlo?</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Estetoscopio.</li><li>- Envase para muestras de esputo.</li><li>- Bolsas plásticas desechables para depositar los envases con las muestras de esputo.</li><li>- Formulario de Solicitud para baciloscopia.</li><li>- Registros de atención: expediente clínico, tarjeta de registro y control de tuberculosis con su instructivo para el llenado, formulario de referencia para el control del tratamiento con su instructivo para el llenado, esquemas de tratamiento infantil y adulto para casos nuevos y retratamiento, libros de registro y seguimiento de pacientes, libro de registro de laboratorio.</li><li>- Termómetro.</li><li>- Pesas con tallímetro.</li><li>- Medicamentos normados del Programa Nacional de Tuberculosis.</li><li>- Guía de procedimiento para la toma, almacenamiento y transporte de las muestras.</li><li>- Material educativo.</li></ul>
<b>Información que genera</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Casos de sintomáticos respiratorios</li><li>- Muestras de esputo realizadas</li><li>- Casos de tuberculosis diagnosticadas</li><li>- Casos de tuberculosis tratados</li><li>- Casos de tuberculosis curados</li></ul>
<b>Referencia y contrareferencia</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Se debe referir al Hospital o Centro de Salud los casos de tuberculosis complicados (riesgo de muerte).</li><li>- El Hospital o Centro de Salud debe referir los casos diagnosticados en esas instancias o dados de alta a la instalación de salud correspondiente.</li></ul>

Reglamento Operativo de la Estrategia de Extensión de Cobertura  
Direcciones Regionales de Salud, enero 2023

<b>Nº 58</b>	<b>SERVICIO: Atención de salud</b> Diagnóstico y control de la Leishmaniasis
<b>OBJETIVO</b>	Captar oportunamente los casos sospechosos de Leishmaniasis.
<b>RESPONSABLE</b>	Equipo Básico de Salud
<b>POBLACIÓN OBJETIVO</b>	Población en general.

<b>¿Qué hacer?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Identificar a los casos sospechosos de Leishmaniasis, definidos como; persona con lesión asintomática (ej. no dolorosas o pruriginosas), que inician en forma de pápulas con progresión a lesiones ulcerativas o ulcero costrosas, generalmente de bordes bien definidos, aspecto redondeado; que puede presentar adenopatías en la proximidad de la lesión, con tiempo de evolución mayor de 4 semanas, procedente o residente en área endémica de Leishmaniasis.</li> <li>● Los pacientes identificados como sospechosos se deben referir a la unidad de salud con médico permanente más cercana.</li> <li>● Llenar el Formulario para la Notificación Obligatoria Individual de los Eventos de Salud Pública, que debe ser entregado al Nivel Local/Regional.</li> <li>● Realizar la Investigación de campo (Perifoco).</li> <li>● Si se confirma el diagnóstico de Leishmaniasis, dar seguimiento.</li> </ul>
<b>¿Con qué frecuencia se realiza?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Cada vez que se examina al paciente por morbilidad o control salud.</li> </ul>

<b>¿Cómo hacerlo?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Realizar Historia Clínica completa:</b> se debe consignar datos personales de edad, género, procedencia, escolaridad y ocupación, tiempo de exposición, características de las lesiones, tiempo de evolución y complicaciones del cuadro clínico. Se interroga al paciente, si ha sido picado por <i>Lutzomyia</i> (la chitra o ha tenido picada de bejuco) y verificar el probable foco de infección según ubicación geográfica. Interrogar si el paciente conoce algún otro caso sospechoso o confirmado en familia, vecino o compañero de trabajo.</li> </ul> <p>Nota: Preguntar por historia de viaje. Es importante preguntarle al paciente si se ha automedicado con algún producto ya sea comercial o a base de hierbas naturales. El uso de cremas con corticoides tiende a deformar la lesión al cambiar sus características,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Examen Físico</b></li> </ul> <p>Se hace por inspección en todo el cuerpo haciendo énfasis en las partes descubiertas; y se interroga al paciente, si ha sido picado por la chitra o ha tenido picada de bejuco y verificar el probable foco de infección según ubicación geográfica. Interrogar si el paciente conoce algún otro caso sospechoso o confirmado en familia, vecino o compañero de trabajo.</p>
-----------------------	---

<b>¿Dónde hacerlo?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- En el área de atención y en cualquier área donde visualice a una persona adulto o niño que presente una úlcera con las características mencionadas.</li> </ul>
<b>¿Con qué hacerlo?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Registro en el expediente clínico individual</li> <li>- Anotar en el registro diario de atención como caso sospechoso de Leishmaniasis.</li> </ul>
<b>Información que genera</b>	

Reglamento Operativo de la Estrategia de Extensión de Cobertura  
Direcciones Regionales de Salud, enero 2023

- Número de personas sospechosas de la Leishmaniasis.
- Número de personas recibiendo tratamiento para Leishmaniasis
- Número de persona referida con diagnóstico de sospecha por Leishmaniasis.
- Informe de Áreas geográficas con probable generación de casos de Leishmaniasis.

**Referencia y contrareferencia**

- Referir a los pacientes sospechosos a la unidad de salud con médico permanente más cercano. (Recordar informar al médico, para que dé seguimiento).
- Deberá contactar con el médico para verificar que el paciente fue evaluado (desechado o confirmado), diagnosticado y si recibió tratamiento, en caso de ameritarlo.

Reglamento Operativo de la Estrategia de Extensión de Cobertura  
Direcciones Regionales de Salud, enero 2023

<b>Nº 59</b>	<b>SERVICIO: Atención de salud</b> Diagnóstico y control de la Malaria
<b>OBJETIVO</b>	Detectar casos sospechosos de malaria para que reciban tratamiento oportuno.
<b>RESPONSABLE</b>	Médico(a), enfermera(o), auxiliar/técnico(a) de enfermería, técnico(a) en salud o promotor(a) comunitario capacitado.
<b>POBLACIÓN OBJETIVO</b>	Población en general.

<b>¿Qué hacer?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Identificar casos sospechosos de malaria.</li> <li>● <b>Caso sospechoso:</b> Toda persona que presenta episodio febril actual (1-3 días) o historia de fiebre (4 a 30 días), con períodos intermitentes de escalofríos y sudoración, residente o procedente de áreas endémicas de malaria (Comarca Ngäbe Buglé, Kuna Yala, Emberá Wounaan, Darién y Panamá Este).</li> <li>● Tomar muestra de gota gruesa o prueba rápida si dispone, a todo caso sospechoso sintomático o asintomático y enviar la gota gruesa al laboratorio correspondiente. Previa aprobación realizar Prueba Rápida de Malaria.</li> <li>● Administrar tratamiento de ser necesario.</li> <li>● El personal que atienda el caso deberá llenar el Formulario para la Notificación Obligatoria Individual de los Eventos de Salud Pública, que debe ser entregado al Nivel Local/Regional. El reporte es obligatorio e inmediato a Epidemiología de la Región Sanitaria.</li> <li>● Realizar la Investigación de caso (se debe realizar en un radio de 500 m a la redonda de la vivienda del caso sospechoso) y completar el formulario correspondiente. Realizar muestras de gota gruesa o Pruebas Rápidas a convivientes y febriles que se encuentren durante la investigación del caso</li> <li>● Si se confirma el diagnóstico de Malaria, dar seguimiento. El ESN estará en capacidad de dar tratamiento.</li> </ul>
<b>¿Con qué frecuencia se realiza?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Cada vez que el ESN realice una visita a la comunidad o el paciente acuda por atención médica.</li> </ul>

<b>¿Cómo hacerlo?</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● La detección de casos de malaria, orientada por la vigilancia de febriles, se realiza a través de: <ul style="list-style-type: none"> <li>● Búsqueda Pasiva: tiene lugar en todas las instalaciones del sector salud (público y privado) y/o giras integrales, a las que asisten rutinariamente los miembros de la población en busca de atención.</li> <li>● Búsqueda Activa: es efectuada por el personal de salud que visita los domicilios de los habitantes de las localidades en busca de enfermos sospechosos para su diagnóstico y tratamiento curativo.</li> </ul> </li> <li>● Realizar Historia Clínica completa: los signos y síntomas de malaria son inespecíficos. La sospecha clínica de malaria está basada en la presencia de fiebre asociada a la procedencia de zonas endémicas. Otras posibles causas de fiebre también deben ser consideradas. <ul style="list-style-type: none"> <li>● Signos y síntomas inespecíficos: <ul style="list-style-type: none"> <li>● Cefalea</li> <li>● Debilidad</li> <li>● Fatiga</li> <li>● Malestar abdominal</li> <li>● Mialgias</li> <li>● Artralgias</li> <li>● Fiebre</li> <li>● Escalofríos</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul> <p><b>Nota: Preguntar por historia de viaje a zonas endémicas: Región de Panamá Este, Región de la Comarca Ngäbe Buglé, Región de Darién, Región de Comarca Guna Yala y/o país endémico.</b></p>	

### ¿Cómo hacerlo?

- Tomar muestra de gota gruesa a todo caso sospechoso, de acuerdo a la técnica y secuencia establecida en la norma.
- Tomar Prueba de Diagnóstico Rápido (PDR)
- Identifique la muestra
- Envuelva la placa utilizando el formulario de notificación, cuando ya esté seca (verificar procedimiento con Tecnólogo médico).

**OBSERVACIÓN:** Colóquela en la cajilla de reposo.

- Se canalizan las muestras al Laboratorio Local/Regional para malaria.

● **Signos Clínicos de Alarma de malaria grave por *P. falciparum***

- Palidez marcada
- Debilidad para caminar
- Dificultad para respirar
- Vómitos frecuentes
- Confusión o somnolencia
- Signos de deshidratación
- Hipotensión arterial
- Ictericia u orinas oscuras
- Trastornos de coagulación
- Disminución en el volumen urinario
- Convulsiones

**Todos los pacientes que presenten al menos unos de los signos clínicos de alarma deben ser derivados inmediatamente a un establecimiento de mayor complejidad para manejo hospitalario.**

● **Asegurar el tratamiento supervisado**

- Prescriba el tratamiento según el caso (P. Vivax, P. Falciparum, Mixto) apegado a la norma (7 o 14 días)
- Puede apoyarse de un Colaborador Comunitario Capacitado para el Diagnóstico y Tratamiento de la malaria.

### ¿Dónde hacerlo?

- En las comunidades bajo responsabilidad de ESN (es decir, las comunidades del Grupo Poblacional).

### ¿Con qué hacerlo?

- Historia Clínica
- Formulario de Notificación de los eventos de salud pública
- Toma de la muestra:
  - Láminas porta objetos
  - Lancetas estériles
  - Gasas pequeñas
  - Alcohol
  - Gradilla para reposo de muestras
  - PDR
- Tratamiento Antimalárico:
  - Cloroquina en tabletas de 150 mg
  - Primaquina en tabletas de 5 y 15 mg.
  - Artemether/Lumefantine 20/120 mg (Coartem).

### Información que genera

- Número de casos sospechosos por malaria.
- Número de casos diagnosticados con malaria según sexo, edad y especie.
- Número de casos tratados por malaria.

### Referencia y contrareferencia

- Se debe referir y trasladar a todo Caso de Malaria Grave para atención inmediata.

Reglamento Operativo de la Estrategia de Extensión de Cobertura  
Direcciones Regionales de Salud, enero 2023

<b>Nº 60</b>	<b>SERVICIO: Atención de salud</b> Abordaje de la Enfermedad de Chagas
<b>OBJETIVO</b>	Captar oportunamente los casos sospechosos de Enfermedad de Chagas.
<b>RESPONSABLE</b>	Equipo Básico de Salud.
<b>POBLACIÓN OBJETIVO</b>	Población Beneficiaria de la Cartera de Prestaciones Priorizadas.

<b>¿Qué hacer?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Identificar a los casos sospechosos de infección aguda de Enfermedad de Chagas, definidos como: casos que reúnen los criterios clínicos con o sin los criterios epidemiológicos.</li> <li>● Identificar a los casos probables de Enfermedad de Chagas, definidos como: todo paciente sospechoso y /o con una prueba serológica positiva.</li> <li>● Identificar a los casos confirmados de Enfermedad de Chagas, definidos como: todo caso sospechoso o probable con: Parasitemia (positiva) por metodología parasitológica directa o dos pruebas serológicas de principios activos diferentes positivos (ELISA, IFI, HAI, Western blot, etc.).</li> <li>● Orientar al paciente.</li> <li>● Llenar formulario de notificación obligatoria individual de eventos de salud pública.</li> <li>● Tomar muestras de sangre para obtención de suero en tubos sin anticoagulante para diagnóstico serológico tubo Vacutainer 5cc, mantener en frío y enviar al Laboratorio Central de Referencia de Salud Pública del Instituto Gorgas para ser investigado.</li> <li>● Llenar el formulario para la toma de muestra de Chagas (debe ser enviado junto a la muestra sanguínea).</li> </ul> <p>Realizar investigación perifocal.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Para pacientes pediátricos o de áreas muy alejadas, de ser posible tomar una muestra de “sangre seca” en papel filtro.</li> <li>● En lo posible identificar al vector y enviar (vivo) al Instituto Conmemorativo Gorgas para ser investigado y/o evaluado.</li> <li>● Ante resultado serológico positivo referir a Especialista (Cardiología, Infectología, Pediatría o Medicina Interna) para evaluación si lo amerita el paciente.</li> <li>● Registrar el caso según el CIE 10.</li> <li>● Los pacientes identificados como sospechosos se deben referir a la unidad de salud con médico permanente más cercana (modalidad itinerante).</li> </ul>
<b>¿Con qué frecuencia se realiza?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Cada vez que se examina al paciente por morbilidad o control salud.</li> </ul>

**¿Cómo hacerlo?**

- Realizar Historia Clínica completa
  - Se interroga al paciente, si ha sido picado por “chinche mamón”, “chinche besador” o “chinche de Chagas. Si el paciente conoce algún otro caso sospechoso o confirmado en familia, vecino o compañero de trabajo. Preguntar por historia de viaje.
- Realizar Examen Físico completo
- Cuadro Clínico
  - **Fase Aguda:**  
Paciente con alta parasitemia la cual puede ser detectada por métodos directos.
    - **Fase asintomática:** es más frecuente en niños
    - **Fase sintomática** dura de 4-8 semanas y se caracteriza por:
      - Fiebre
      - Hepatomegalia, esplenomegalia

## ¿Cómo hacerlo?

Adenopatías

Miocarditis aguda

Meningoencefalitis

Edema bupalpebral unilateral + Adenopatía Satélite "Signo de Romaña" (poco frecuente en Panamá)

Chagoma (puede durar hasta 8 semanas). Muy poco frecuente en Panamá.

### • Fase latente o indeterminada

Se considera que padecen la forma indeterminada de la enfermedad de Chagas aquellas personas positivas en la serología que no presentan manifestaciones clínicas características de la enfermedad de Chagas y que no presentan alteraciones en el electrocardiograma de reposo y en la radiografía de tórax.

### • Fase Crónica:

La desarrollan un 20 a 30% de los pacientes luego de un período de años variable (aproximadamente 10-15 años) de haber adquirido la infección. Se caracteriza por presentar alguna manifestación orgánica, tales como:

#### • Afectación cardíaca (forma cardíaca o miocardiopatía chagásica crónica)

##### • Forma digestiva

#### • Enfermedad de Chagas Congénita:

Se asocia principalmente a presentaciones asintomáticas o sintomáticas, con febrícula inespecífica. Excepcionalmente se asocia con:

- Prematurez
- Bajo peso al nacer
- Hepatomegalia
- Esplenomegalia
- Miocarditis
- Meningoencefalitis

### • Diagnóstico Clínico epidemiológico

#### • Caso Sospechoso de Infección aguda por Chagas

##### • Criterios clínicos:

• Persona con fiebre prolongada (superior a 7 días) y una o más de las siguientes manifestaciones clínicas:

- Edema de cara o de miembros
- Exantema
- Adenomegalia
- Hepatomegalia
- Esplenomegalia
- Cardiopatía aguda
- Manifestaciones hemorrágicas
- Ictericia
- Signo de Romaña o Chagoma de inoculación.

##### • Criterios epidemiológicos:

- Residente o visitante de área con ocurrencia de triatominos.
- Haya pasado recientemente por una transfusión de sangre o trasplante de órgano.
- Sospecha de la ingestión de alimento contaminado por el *T. cruzi*.
- Recién nacido de madre infectada (transmisión congénita).
- Riesgo laboral.

#### • Caso Probable de Chagas

Puede asociarse con alteraciones cardíacas no explicables, visceromegalia, encefalitis con antecedentes de contacto con sangre (transfusiones, drogadicción IV, accidentes de trabajo) u otro material biológico.

• **Caso probable de Chagas Congénito:** Niño de hasta 1 año, hijo de madre con serología positiva por Chagas y serología positiva persistente más allá de los 6 meses de vida.

• **Caso probable de transmisión oral:** persona que haya ingerido alimento sospechoso de contaminación por el *T. cruzi*. Con prueba serológica positiva.

#### • Caso Confirmado de Chagas

Todo caso sospechoso o probable con: Parasitemia (positiva) por metodología parasitológica directa o dos pruebas serológicas de principios activos diferentes positivos (ELISA, IFI, HAI, Western blot, etc.).

#### • Enfermedad de Chagas y Embarazo

### ¿Cómo hacerlo?

- En áreas endémicas se debe efectuar una prueba serológica para la infección por *T. cruzi* junto con el tamizaje en el primer trimestre del embarazo y un seguimiento de los casos positivos, hasta confirmar o descartar el diagnóstico de infección congénita.
- Esta actividad debe realizarse en toda mujer en edad fértil o en embarazadas de zonas endémicas y en mujeres con el antecedente de haber vivido en ellas.
- El diagnóstico precoz de gestante con serología positiva tiene suma importancia para la detección de casos de transmisión materno-fetal y el posterior seguimiento de la curva serológica en el recién nacido en su primer año de vida que permita su diagnóstico y tratamiento.
- El diagnóstico de la infección se realiza a través de la detección de anticuerpos específicos en la embarazada y por métodos directos en recién nacido hijos de madres chagásica.
- La paciente debe ser referida a Obstetricia para manejo integral, de ser posible ordene un electrocardiograma.

### ¿DÓNDE HACERLO?

- En el área de atención y en cualquier área donde se examine a una persona adulto o niño que presente los criterios clínicos con o sin los criterios epidemiológicos para Enfermedad de Chagas.

### ¿CON QUÉ HACERLO?

- A través de historia clínica completa y examen físico.
- Registro en el expediente clínico individual
- Anotar en el registro diario de atención como caso sospechoso de Enfermedad de Chagas.

### INFORMACIÓN QUE GENERA

- Número de casos sospechosos de Infección Aguda de Enfermedad de Chagas.
- Número casos probables de Enfermedad de Chagas.
- Número de casos confirmados de Enfermedad de Chagas.
- Número de casos de Chagas en embarazadas.
- Número de casos de Chagas congénito.
- Informe de Áreas geográficas con casos registrados de Enfermedad de Chagas.

### REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

- Referir a los pacientes sospechosos a la unidad de salud con médico permanente más cercano. (Recordar informar al médico, para que dé seguimiento).
- Deberá contactar con el médico para verificar que el paciente fue evaluado (desechado o confirmado), diagnosticado y si recibió tratamiento, en caso de ameritarlo.

# Anexo 1

## Conformación de los Sectores y Grupos Poblacionales por Región de Salud

**Anexo 1 A: GRUPO POBLACIONAL DE BOCAS DEL TORO**

<b>BOCAS DEL TORO – GRUPO POBLACIONAL BOCAS DEL TORO Nº7</b>				
<b>PROVINCIA</b>	<b>DISTRITO</b>	<b>CORREGIMIENTO</b>	<b>COMUNIDAD</b>	<b>POBLACIÓN – OCTUBRE 2022</b>
BOCAS DEL TORO	CHIRIQUI GRANDE	PUNTA PEÑA	CAÑAZA	1,094
BOCAS DEL TORO	CHIRIQUI GRANDE	PUNTA PEÑA	CAÑAZAS No.2	137
BOCAS DEL TORO	CHIRIQUI GRANDE	PUNTA PEÑA	ENTRADA DE PUEBLO NUEVO	141
BOCAS DEL TORO	CHIRIQUI GRANDE	PUNTA PEÑA	HIGUERON (P)	477
BOCAS DEL TORO	CHIRIQUI GRANDE	PUNTA PEÑA	LOS ALVARADOS	23
BOCAS DEL TORO	CHIRIQUI GRANDE	PUNTA PEÑA	PASO CATALINA	124
BOCAS DEL TORO	CHIRIQUI GRANDE	PUNTA PEÑA	PUNTA PEÑA	1,012
BOCAS DEL TORO	CHIRIQUI GRANDE	PUNTA PEÑA	QUEBRADA CAMARON	101
BOCAS DEL TORO	CHIRIQUI GRANDE	PUNTA PEÑA	RAMBALA (P)	48
BOCAS DEL TORO	CHIRIQUI GRANDE	RAMBALA	CHIRIQUICITO No.2	322
BOCAS DEL TORO	CHIRIQUI GRANDE	RAMBALA	EL GUARUMO	91
BOCAS DEL TORO	CHIRIQUI GRANDE	RAMBALA	GUARUMITO No.2 O CHIRIQUICITO No.1 (P)	394
BOCAS DEL TORO	CHIRIQUI GRANDE	RAMBALA	LA MILAGROSA	138
BOCAS DEL TORO	CHIRIQUI GRANDE	RAMBALA	NUEVA ESTRELLA	626
BOCAS DEL TORO	CHIRIQUI GRANDE	RAMBALA	RAMBALA (P)	508
BOCAS DEL TORO	CHIRIQUI GRANDE	RAMBALA	BOCA DE GUARUMITO	64
<b>TOTAL</b>				<b>5,300</b>

**Anexo 1 B: GRUPO POBLACIONAL DE COCLÉ**

<b>COCLÉ – GRUPO POBLACIONAL COCLÉ N°1</b>				
<b>PROVINCIA</b>	<b>DISTRITO</b>	<b>CORREGIMIENTO</b>	<b>COMUNIDAD</b>	<b>POBLACIÓN – OCTUBRE 2022</b>
COCLE	PENONOME	RIO INDIO	COQUILLO DE URACILLO	270
COCLE	PENONOME	RIO INDIO	PUEBLO NUEVO	49
COCLE	PENONOME	RIO INDIO	QUEBRADA LA CONGA	35
COCLE	PENONOME	RIO INDIO	SILENCITO	9
COCLE	PENONOME	RIO INDIO	LA MINA	109
COCLE	PENONOME	RIO INDIO	LA SARDINA	20
COCLE	PENONOME	RIO INDIO	SAN CRISTOBAL	271
COCLE	PENONOME	RIO INDIO	LAS POSTRERAS	17
COCLE	PENONOME	RIO INDIO	LA MONA	13
COCLE	PENONOME	RIO INDIO	EL LIMITE	53
COCLE	PENONOME	RIO INDIO	COQUILLO CENTRO	103
COCLE	PENONOME	RIO INDIO	LAS PALMAS	228
COCLE	PENONOME	RIO INDIO	LOS ELEGIDOS	40
COCLE	PENONOME	RIO INDIO	VALLE DE PLATANAL	160
COCLE	PENONOME	RIO INDIO	BOCA LA ENCANTADA (P)	277
COCLE	PENONOME	RIO INDIO	LOS ZULES	196
COCLE	PENONOME	RIO INDIO	ALTOS DE RIECITOS	204
COCLE	PENONOME	RIO INDIO	CERRO MIGUEL	261
COCLE	PENONOME	RIO INDIO	LA NEGRITA	27
COCLE	PENONOME	RIO INDIO	LA PUENTE	57
COCLE	PENONOME	RIO INDIO	CIGUA	6
COCLE	PENONOME	RIO INDIO	BOQUILLA DE LA MINA	1
COCLE	PENONOME	RIO INDIO	EL AJI	17
COCLE	PENONOME	RIO INDIO	LOMA ALTA	50
COCLE	PENONOME	RIO INDIO	PASO CARNAL	18
COCLE	PENONOME	RIO INDIO	LA GUINEA	18
COCLE	PENONOME	RIO INDIO	LAS MARIAS	460
COCLE	PENONOME	RIO INDIO	BOCA DEL SILENCIO	45
COCLE	PENONOME	RIO INDIO	URACILLO DE LAS MARIAS	27
COCLE	PENONOME	RIO INDIO	ALTO DE URACILLO	191
COCLE	PENONOME	RIO INDIO	CABECERA DE LAS MARIAS	11
COCLE	PENONOME	RIO INDIO	EL VALLECITO (P)	6
COCLE	PENONOME	RIO INDIO	QUEBRADA LA PALMA	9
COCLE	PENONOME	TOABRE	U CENTRO	267
COCLE	PENONOME	RIO INDIO	LA CALABAZA	2
COCLE	PENONOME	RIO INDIO	LAS CANOAS	8
COCLE	PENONOME	RIO INDIO	URACILLO CENTRO	185
COCLE	PENONOME	RIO INDIO	SABANETA DE U (P)	141

Reglamento Operativo de la Estrategia de Extensión de Cobertura  
 Direcciones Regionales de Salud, enero 2023

<b>COCLÉ – GUPO POBLACIONAL COCLÉ Nº1</b>				
<b>PROVINCIA</b>	<b>DISTRITO</b>	<b>CORREGIMIENTO</b>	<b>COMUNIDAD</b>	<b>POBLACIÓN – OCTUBRE 2021</b>
COCLE	PENONOME	RIO INDIO	SAN PEDRO	540
COCLE	PENONOME	RIO INDIO	SAN PEDRO ARRIBA	132
COCLE	PENONOME	RIO INDIO	ZAPOTAL	4
COCLE	PENONOME	RIO INDIO	SAN PEDRO ABAJO	14
COCLE	PENONOME	RIO INDIO	BRAZO DE U	93
COCLE	PENONOME	RIO INDIO	BRAZO CHICO	18
TOTAL				4,662

Reglamento Operativo de la Estrategia de Extensión de Cobertura  
Direcciones Regionales de Salud, enero 2023

<b>COCLÉ – GRUPO POBLACIONAL COCLÉ N°2</b>				
<b>PROVINCIA</b>	<b>DISTRITO</b>	<b>CORREGIMIENTO</b>	<b>COMUNIDAD</b>	<b>POBLACIÓN – OCTUBRE 2022</b>
COCLE	PENONOME	TOABRE	ALTO DE LOS DARIELES	269
COCLE	PENONOME	TOABRE	BANACITO	261
COCLE	PENONOME	TOABRE	EL GUAYABO	191
COCLE	PENONOME	TOABRE	BOCA DE TULU	118
COCLE	PENONOME	TOABRE	ALTOS DEL COCO	278
COCLE	PENONOME	TOABRE	LOURDES	150
COCLE	PENONOME	TOABRE	BOCA DE LURA	150
COCLE	PENONOME	TOABRE	SANTA ANA ABAJO	341
COCLE	PENONOME	TOABRE	BOCA DE SAN MIGUEL	11
COCLE	PENONOME	TOABRE	SANTA ANA ARRIBA	52
COCLE	PENONOME	TOABRE	BAJITO DE SAN MIGUEL	193
COCLE	PENONOME	TOABRE	ALTO DE SAN MIGUEL	36
COCLE	PENONOME	TOABRE	BOCA DE TUCUE	294
COCLE	PENONOME	TULÚ	NUEVO SAN ANTONIO	181
COCLE	PENONOME	TULÚ	SAN ISIDRO	230
COCLE	PENONOME	TULÚ	SAN VICENTE	94
COCLE	PENONOME	TULÚ	LA UNION SANTEÑA	88
COCLE	PENONOME	TULÚ	BOCA DE CUIRIA (P)	78
COCLE	PENONOME	TULÚ	EL LIMON	412
COCLE	PENONOME	TULÚ	TULU CENTRO	520
COCLE	PENONOME	TULÚ	LA TULUA	104
COCLE	PENONOME	TULÚ	TULU ABAJO	5
COCLE	PENONOME	TULÚ	SAN PABLO	22
COCLE	PENONOME	TULÚ	NUEVO SAN PABLO	152
COCLE	PENONOME	TULÚ	LURA CENTRO	462
COCLE	PENONOME	TULÚ	LURA ARRIBA	47
COCLE	PENONOME	TULÚ	LA MARINA	136
<b>TOTAL</b>				4,875

Reglamento Operativo de la Estrategia de Extensión de Cobertura  
Direcciones Regionales de Salud, enero 2023

<b>COCLÉ – GRUPO POBLACIONAL COCLÉ N°3</b>				
<b>PROVINCIA</b>	<b>DISTRITO</b>	<b>CORREGIMIENTO</b>	<b>COMUNIDAD</b>	<b>POBLACIÓN – OCTUBRE 2022</b>
COCLE	PENONOME	CHIGUIRI ARRIBA	BOCA LA MINA	336
COCLE	PENONOME	CHIGUIRI ARRIBA	CHIGUIRI CENTRO	209
COCLE	PENONOME	CHIGUIRI ARRIBA	OAJACA	359
COCLE	PENONOME	CHIGUIRI ARRIBA	LOMA GRANDE	337
COCLE	PENONOME	CHIGUIRI ARRIBA	CABECERA DE ZARATI	9
COCLE	PENONOME	CHIGUIRI ARRIBA	LA SUBIDA DE COQUILLO	7
COCLE	PENONOME	CHIGUIRI ARRIBA	SAN MIGUEL ARRIBA	289
COCLE	PENONOME	CHIGUIRI ARRIBA	SAN MIGUEL CENTRO	690
COCLE	PENONOME	CHIGUIRI ARRIBA	LARGUILLO CENTRO	101
COCLE	PENONOME	CHIGUIRI ARRIBA	LARGUILLO ABAJO	23
COCLE	PENONOME	CHIGUIRI ARRIBA	RENACIMIENTO DE U	216
COCLE	PENONOME	CHIGUIRI ARRIBA	COCOBARI	23
COCLE	PENONOME	CHIGUIRI ARRIBA	CERRO CHICA	5
COCLE	PENONOME	CHIGUIRI ARRIBA	QUEBRADA GRANDE	173
COCLE	PENONOME	PAJONAL	ATRE N°1	89
COCLE	PENONOME	PAJONAL	ATRE ARRIBA	13
COCLE	PENONOME	PAJONAL	CABECERA DE ATRE	19
COCLE	PENONOME	PAJONAL	LARGUILLO ABAJO	27
COCLE	PENONOME	EL HARINO	RIO BLANCO DEL NORTE	70
COCLE	PENONOME	EL HARINO	LA RICA	45
COCLE	PENONOME	EL HARINO	CEDRO HUECO	26
COCLE	PENONOME	EL HARINO	GUABALITO	4
COCLE	PENONOME	EL HARINO	CAÑO SUCIO	21
COCLE	PENONOME	EL HARINO	EL TIGRE	5
COCLE	PENONOME	EL HARINO	GUABAL	9
COCLE	PENONOME	EL HARINO	LIMON	91
COCLE	PENONOME	EL HARINO	CERRO HACHA	43
COCLE	PENONOME	EL HARINO	EL FALDAR	12
COCLE	PENONOME	EL HARINO	LA CHICHICA	14
COCLE	PENONOME	EL HARINO	LA JUNTA	26
COCLE	PENONOME	EL HARINO	SAN JUAN	25
COCLE	PENONOME	EL HARINO	BATATA	3
COCLE	PENONOME	EL HARINO	LOS BATEOS N°2	7
COCLE	PENONOME	EL HARINO	LAS CUEVAS	43
COCLE	PENONOME	EL HARINO	SAN JUAN DE TURBE	45
COCLE	PENONOME	EL HARINO	LOS MOLEJONES	174
COCLE	PENONOME	EL HARINO	LOS PALOS	4
COCLE	PENONOME	EL HARINO	LA TOLLOSA	3
COCLE	PENONOME	EL HARINO	POZO REDONDO N°1	12
COCLE	PENONOME	EL HARINO	PRIMER PASO	5

Reglamento Operativo de la Estrategia de Extensión de Cobertura  
 Direcciones Regionales de Salud, enero 2023

<b>COCLÉ – GRUPO POBLACIONAL COCLÉ N°3</b>				
<b>PROVINCIA</b>	<b>DISTRITO</b>	<b>CORREGIMIENTO</b>	<b>COMUNIDAD</b>	<b>POBLACIÓN – OCTUBRE 2022</b>
COCLE	PENONOME	EL HARINO	QUEBRADA PIEDRA AMARILLA	7
COCLE	PENONOME	EL HARINO	SALTILLO	8
COCLE	PENONOME	EL HARINO	EL PORVENIR	6
COCLE	PENONOME	LLANO GRANDE	COQUILLO	137
COCLE	PENONOME	LLANO GRANDE	AHOGADA DE LAS YUCAS	13
COCLE	PENONOME	LLANO GRANDE	LOS TICOCLES	8
COCLE	PENONOME	LLANO GRANDE	LAGARTERITA	35
COCLE	PENONOME	LLANO NORTE	SANTA CECILIA	98
COCLE	PENONOME	LLANO NORTE	EL ESPINO	5
COCLE	PENONOME	LLANO NORTE	CUTEVILLA ARRIBA	6
COCLE	PENONOME	EL HARINO	ARENAL GRANDE	175
COCLE	PENONOME	EL HARINO	EL MERO	18
COCLE	PENONOME	EL HARINO	BATATILLAL	75
COCLE	PENONOME	EL HARINO	LA PERDIZ	12
COCLE	PENONOME	EL HARINO	CANOA	70
COCLE	PENONOME	PIEDRAS GORDAS	COROZAL	112
COCLE	PENONOME	PIEDRAS GORDAS	EL BATEAL	19
COCLE	PENONOME	PIEDRAS GORDAS	SARDINA	169
COCLE	PENONOME	PIEDRAS GORDAS	JUAN JULIO	30
COCLE	PENONOME	PIEDRAS GORDAS	PLATANAL	61
COCLE	PENONOME	PIEDRAS GORDAS	ZANCUDO	11
COCLE	PENONOME	PIEDRAS GORDAS	LAS LAJAS	100
COCLE	PENONOME	PIEDRAS GORDAS	BUENA VENTURA	26
COCLE	PENONOME	PIEDRAS GORDAS	JESUS MARIA	2
COCLE	PENONOME	PIEDRAS GORDAS	SAN LUCAS	1
COCLE	PENONOME	PIEDRAS GORDAS	MANGUESAL	2
COCLE	PENONOME	PIEDRAS GORDAS	EL RAYADO	5
<b>TOTAL</b>				<b>4,823</b>

Reglamento Operativo de la Estrategia de Extensión de Cobertura  
Direcciones Regionales de Salud, enero 2023

COCLÉ- GRUPO POBLACIONAL COCLÉ N°4				
PROVINCIA	DISTRITO	CORREGIMIENTO	COMUNIDAD	POBLACIÓN – OCTUBRE 2022
COCLE	OLÁ	EL PALMAR	LA ZANCONA	128
COCLE	OLÁ	EL PALMAR	PEÑA BLANCA	11
COCLE	OLÁ	EL PALMAR	LAS BARRETAS	108
COCLE	OLÁ	EL PALMAR	GETULIO	50
COCLE	OLÁ	EL PALMAR	EL NARANJAL	11
COCLE	OLÁ	EL PALMAR	EL ZAPATO	70
COCLE	OLÁ	EL PALMAR	EL HELECHAL	72
COCLE	OLÁ	EL PALMAR	CERRO PAJA	24
COCLE	OLÁ	EL PALMAR	EL CACAO	2
COCLE	OLÁ	EL PALMAR	LAS SABANAS	75
COCLE	OLÁ	EL PALMAR	PACORAL	10
COCLE	OLÁ	EL PALMAR	EL PALMAR	121
COCLE	OLÁ	EL PALMAR	LOS MACHOS	115
COCLE	OLÁ	EL PALMAR	CHILIBRE	9
COCLE	OLÁ	EL PALMAR	EL CENIZO	8
COCLE	OLÁ	EL PALMAR	EL PEDREGOSO	25
COCLE	OLÁ	EL COPÉ	LUISA	147
COCLE	OLÁ	EL COPÉ	LA MESA	60
COCLE	OLÁ	EL COPÉ	LA CABIMA	2
COCLE	OLÁ	EL COPÉ	MACANO	23
COCLE	OLÁ	EL COPÉ	LOS CARACOLES	49
COCLE	OLÁ	EL COPÉ	LA CHUMICOSA	100
COCLE	OLÁ	EL COPÉ	HIJO DE DIOS N°1	58
COCLE	OLÁ	EL COPÉ	HIJO DE DIOS N°2	71
COCLE	OLÁ	EL COPÉ	LA MATA	26
COCLE	OLÁ	EL COPÉ	LA TRINA	1
COCLE	OLÁ	EL COPÉ	LAS TIBIAS	48
COCLE	OLÁ	EL COPÉ	LLANO CONCHO	6
COCLE	OLÁ	EL COPÉ	LLANO LAS MULAS	3
COCLE	OLÁ	EL COPÉ	LOMA BLANCA O CHUMICOSA	103
COCLE	OLÁ	EL COPÉ	PONTON	4
COCLE	OLÁ	EL PICACHO	LOMA CHATA	44
COCLE	OLÁ	EL PICACHO	QUEBRADA EL CALABAZO	7
COCLE	NATÁ	LAS HUACAS	LAS HUACAS DEL QUIJE	377
COCLE	NATÁ	LAS HUACAS	EL QUIJE	444
COCLE	NATÁ	LAS HUACAS	LA SARDINOSA	25
COCLE	NATÁ	LAS HUACAS	LOS CERRITOS	55

Reglamento Operativo de la Estrategia de Extensión de Cobertura  
Direcciones Regionales de Salud, enero 2023

COCLE	NATÁ	LAS HUACAS	PASO CANOA	109
COCLE	NATÁ	LAS HUACAS	RIO CO	120
COCLE	NATÁ	LAS HUACAS	SABANETA	22
COCLE	NATÁ	LAS HUACAS	BAJO AGUACATE	15

COCLÉ- GRUPO POBLACIONAL COCLÉ N°4				
PROVINCIA	DISTRITO	CORREGIMIENTO	COMUNIDAD	POBLACIÓN – OCTUBRE 2022
COCLE	NATÁ	LAS HUACAS	LA YEGUADA	71
COCLE	NATÁ	LAS HUACAS	CAMPANARIO	40
COCLE	NATÁ	LAS HUACAS	COIBITA	16
COCLE	NATÁ	LAS HUACAS	DON JUAN	44
COCLE	NATÁ	LAS HUACAS	CERRO O LOMA REDONDA	17
COCLE	NATÁ	LAS HUACAS	EL RINCON	18
COCLE	NATÁ	LAS HUACAS	LAS LAJAS	17
COCLE	NATÁ	LAS HUACAS	LLANO CONCHO	6
COCLE	NATÁ	LAS HUACAS	LOMA LARGA	11
COCLE	NATÁ	LAS HUACAS	COROTU	1
COCLE	NATÁ	LAS HUACAS	PLAN DE COLON	10
COCLE	NATÁ	LAS HUACAS	ROJITO	6
COCLE	NATÁ	LAS HUACAS	SALITRAL	10
COCLE	NATÁ	GUZMÁN	EL OTOAL	90
COCLE	NATÁ	GUZMÁN	LOS PAULINOS	137
COCLE	NATÁ	GUZMÁN	LLANOS DEL FLAIRE	8
COCLE	NATÁ	GUZMÁN	SALITRAL	55
COCLE	NATÁ	GUZMÁN	CAIMITILLO	173
COCLE	NATÁ	GUZMÁN	EL ESPAVE	25
COCLE	NATÁ	GUZMÁN	EL FLAIRE	7
COCLE	NATÁ	GUZMÁN	SAPILLO ARRIBA O CARACUCHA	74
COCLE	NATÁ	GUZMÁN	CHIRVA	11
COCLE	NATÁ	GUZMÁN	GARICIN	3
COCLE	NATÁ	GUZMÁN	LA YEGUADA	6
COCLE	NATÁ	GUZMÁN	MATA HAMBRE	21
COCLE	NATÁ	GUZMÁN	SAPILLO ABAJO O MATA ARROZ	38
COCLE	NATÁ	GUZMÁN	GUZMAN	229
COCLE	NATÁ	GUZMÁN	EL VALLE	20
COCLE	NATÁ	GUZMÁN	HONDURAS N°2	29
COCLE	NATÁ	TOZA	SAN ANTONIO	71
COCLE	LA PINTADA	EL HARINO	SANTA MARTA	537
COCLE	LA PINTADA	EL HARINO	PALMARAZO	65
COCLE	LA PINTADA	EL HARINO	LOS BATEALES	7

Reglamento Operativo de la Estrategia de Extensión de Cobertura  
 Direcciones Regionales de Salud, enero 2023

COCLE	LA PINTADA	EL HARINO	LOS TRES BRAZOS DE TURBE	12
COCLE	LA PINTADA	EL HARINO	ACLOSA	11
COCLE	LA PINTADA	EL HARINO	LOS SALTILLOS	18
COCLE	LA PINTADA	EL HARINO	LOS BATEOS N°1	4
COCLE	LA PINTADA	EL HARINO	POZO REDONDO	6
COCLE	LA PINTADA	LLANO GRANDE	CUTEVA	167

<b>COCLÉ- GRUPO POBLACIONAL COCLÉ N°4</b>				
<b>PROVINCIA</b>	<b>DISTRITO</b>	<b>CORREGIMIENTO</b>	<b>COMUNIDAD</b>	<b>POBLACIÓN – OCTUBRE 2022</b>
COCLE	LA PINTADA	LLANO GRANDE	EMBARCADERO DE CASCAJAL	169
COCLE	LA PINTADA	LLANO GRANDE	RIO CLARO	6
COCLE	LA PINTADA	LLANO GRANDE	QUEBRADA DE ZAPOTE	31
<b>TOTAL</b>				<b>5,055</b>

**Anexo 1 C: GRUPO POBLACIONAL DE COLÓN**

<b>COLÓN –GRUPO POBLACIONAL COLÓN Nº3</b>				
<b>PROVINCIA</b>	<b>DISTRITO</b>	<b>CORREGIMIENTO</b>	<b>COMUNIDAD</b>	<b>POBLACIÓN – OCTUBRE 2022</b>
COLÓN	COLÓN	ESCOBAL	VINO TINTO (P)	146
COLÓN	COLÓN	ESCOBAL	CAMPO ALEGRO (P)	41
COLÓN	COLÓN	CIRICITO	ARAÑAGATAL(P)	4
COLÓN	COLÓN	ESCOBAL	CAÑO VICTORIO(P)	1
COLÓN	COLÓN	CIRICITO	LA HUMILDAD(P)	155
COLÓN	COLÓN	CIRICITO	CAÑO DE CIRICITO	1
COLÓN	COLÓN	CIRICITO	LOS LAGITOS	359
COLÓN	COLÓN	CIRICITO	TRINIDAD DE LOS LAGOS	5
COLÓN	COLÓN	CIRICITO	LOS CHORROS DE CIRI GRANDE(P)	97
COLÓN	COLÓN	CIRICITO	EL CONGAL(P)	112
COLÓN	COLÓN	CIRICITO	EL PEPINO	15
COLÓN	COLÓN	CIRICITO	LA CAUCHERA	207
COLÓN	CHAGRES	LA ENCANTADA	LOS CEDROS	352
COLÓN	CHAGRES	LA ENCANTADA	NUEVA ARENOSA	291
COLÓN	CHAGRES	EL GUABO	EL PEPINO (P)	86
COLÓN	COLÓN	BUENA VISTA	LA ESCANDALOSA/NUEVO VERAGUAS	59
COLÓN	COLÓN	LIMÓN	CHORRO EMBERÁ	239
COLÓN	DONOSO	GUASIMO	BOCA DE CONGAL	516
<b>TOTAL</b>				<b>2,686</b>

**Anexo 1 D: GRUPOS POBLACIONALES DE CHIRIQUÍ**

<b>CHIRIQUI –GRUPO POBLACIONAL CHIRIQUÍ Nº1</b>				
<b>PROVINCIA</b>	<b>DISTRITO</b>	<b>CORREGIMIENTO</b>	<b>COMUNDDAD</b>	<b>POBLACIÓN – OCTUBRE 2022</b>
CHIRIQUI	TOLE	BELLA VISTA	DESEMBOCADURA DE ULE	5
CHIRIQUI	TOLE	BELLA VISTA	LA COROCITA	70
CHIRIQUI	TOLE	BELLA VISTA	LA FILA	1
CHIRIQUI	TOLE	BELLA VISTA	QUEBRADA ARENA	1
CHIRIQUI	TOLE	BELLA VISTA	QUEBRADA YEGUA	29
CHIRIQUI	TOLE	BELLA VISTA	SANTA ROSA (P)	27
CHIRIQUI	TOLE	BELLA VISTA	TABASARA	390
CHIRIQUI	TOLE	BELLA VISTA	TABASARA ABAJO	20
CHIRIQUI	TOLE	BELLA VISTA	ULE	5
CHIRIQUI	TOLE	BELLA VISTA	BOCA DE RIO VIGUÍ	1
CHIRIQUI	TOLE	JUSTO FIDEL PALACIOS	ALGARROBO O NOMOGUDIESI (P)	19
CHIRIQUI	TOLE	JUSTO FIDEL PALACIOS	ALTO ALGARROBO (P)	154
CHIRIQUI	TOLE	JUSTO FIDEL PALACIOS	ALTO GUAYABO O MIYARIDI (P)	351
CHIRIQUI	TOLE	JUSTO FIDEL PALACIOS	BAJO SOLIS	219
CHIRIQUI	TOLE	JUSTO FIDEL PALACIOS	CERRO CHUZO (P)	38
CHIRIQUÍ	TOLÉ	LAJAS DE TOLÉ	CABECERA DE RÍO ULE	1
CHIRIQUI	TOLE	LAJAS DE TOLÉ	CAÑA BLANCA DE GUABINO	23
CHIRIQUI	TOLE	LAJAS DE TOLÉ	CHACARERO	8
CHIRIQUI	TOLE	LAJAS DE TOLÉ	EL GUABINO	213
CHIRIQUI	TOLE	LAJAS DE TOLÉ	EL HATO DEL GUABINO	5
CHIRIQUI	TOLE	LAJAS DE TOLÉ	JIBIRA	6
CHIRIQUI	TOLE	LAJAS DE TOLÉ	LA ALBINA	4
CHIRIQUI	TOLE	LAJAS DE TOLÉ	LA GORGONA	8
CHIRIQUI	TOLE	LAJAS DE TOLÉ	LAJAS DE TOLÉ	156
CHIRIQUI	TOLE	LAJAS DE TOLÉ	PEDREGOSO	2
CHIRIQUI	TOLE	LAJAS DE TOLÉ	QUEBRADA LAJAS	99
CHIRIQUI	TOLE	LAJAS DE TOLÉ	ULE ABAJO	6
CHIRIQUI	TOLE	CERRO VIEJO	ALTO DE CERRO VIEJO (P)	18
CHIRIQUI	TOLE	CERRO VIEJO	CALABACITO (P)	93
CHIRIQUI	TOLE	CERRO VIEJO	CALDERON	17
CHIRIQUI	TOLE	CERRO VIEJO	CERRO BRUJO	31
CHIRIQUI	TOLE	CERRO VIEJO	CERRO CABALLO (P)	240
CHIRIQUI	TOLE	CERRO VIEJO	CERRO GALINDO (P)	69
CHIRIQUI	TOLE	CERRO VIEJO	CERRO IGLESIA (P)	117
CHIRIQUI	TOLE	CERRO VIEJO	CERRO MANGLE (P)	59
CHIRIQUI	TOLE	CERRO VIEJO	CERRO PIPA O QUEBRADA ESCOBA	10
CHIRIQUI	TOLE	CERRO VIEJO	CERRO PLATA	32
CHIRIQUI	TOLE	CERRO VIEJO	CERRO REDONDO (P)	25
CHIRIQUI	TOLE	CERRO VIEJO	CERRO VIEJO	567
CHIRIQUI	TOLE	CERRO VIEJO	COMUNIDAD HUMILDE (P)	8
CHIRIQUI	TOLE	CERRO VIEJO	EL CAPACHO	6

Reglamento Operativo de la Estrategia de Extensión de Cobertura  
Direcciones Regionales de Salud, enero 2023

CHIRIQUI	TOLE	CERRO VIEJO	EL GALLOTE	19
CHIRIQUI	TOLE	CERRO VIEJO	EL LLANO	247
CHIRIQUI	TOLE	CERRO VIEJO	EL VIGÜI	91
CHIRIQUI	TOLE	CERRO VIEJO	LA ISLETA	5
CHIRIQUI	TOLE	CERRO VIEJO	LA TRINIDAD	49
CHIRIQUI	TOLE	CERRO VIEJO	LLANO BONITO	7
CHIRIQUI	TOLE	CERRO VIEJO	LOS CASTILLO	8
CHIRIQUI	TOLE	CERRO VIEJO	NANCITO (P)	83
CHIRIQUI	TOLE	CERRO VIEJO	NUEVA ESPERANZA	90
<b>CHIRIQUI – GRUPO POBLACIONAL CHIRIQUÍ N°1</b>				
<b>PROVINCIA</b>	<b>DISTRITO</b>	<b>CORREGIMIENTO</b>	<b>COMUNIDAD</b>	<b>POBLACIÓN – OCTUBRE 2022</b>
CHIRIQUI	TOLE	CERRO VIEJO	PIEDRA PINTADA (P)	2
CHIRIQUI	TOLE	CERRO VIEJO	QUEBRADA ARENA O VILLA ARENA	26
CHIRIQUI	TOLE	CERRO VIEJO	QUEBRADA COMUN	11
CHIRIQUI	TOLE	CERRO VIEJO	QUEBRADA HONDA	2
CHIRIQUI	TOLE	CERRO VIEJO	SAN MIGUEL	88
CHIRIQUI	TOLE	CERRO VIEJO	TABASARA ABAJO	1
CHIRIQUI	TOLE	EL CRISTO	BAJO COROZAL	6
CHIRIQUI	TOLE	EL CRISTO	BAJO DE CERRO NEGRO	32
CHIRIQUI	TOLE	EL CRISTO	BAJO HONDO DE CULEBRA	134
CHIRIQUI	TOLE	EL CRISTO	BAJO LEON	109
CHIRIQUI	TOLE	EL CRISTO	BAJO MARAÑON	32
CHIRIQUI	TOLE	EL CRISTO	BELLA VISTA	13
CHIRIQUI	TOLE	EL CRISTO	CERRO BOLLO (P)	22
CHIRIQUI	TOLE	EL CRISTO	CERRO CLARIN	46
CHIRIQUI	TOLE	EL CRISTO	CERRO GALLOTE	167
CHIRIQUI	TOLE	EL CRISTO	GUAYABAL	89
CHIRIQUI	TOLE	EL CRISTO	LA BRAMONA	58
CHIRIQUI	TOLE	EL CRISTO	LLANO CULEBRA	762
CHIRIQUI	TOLE	EL CRISTO	PEDREGOSA	96
CHIRIQUI	TOLE	EL CRISTO	TAMBOR O RUGUARIGOT	315
CHIRIQUI	TOLE	POTRERO DE CAÑA	ALTO CABALLERO (P)	2
CHIRIQUI	TOLE	POTRERO DE CAÑA	BUENOS AIRES (P)	132
CHIRIQUI	TOLE	POTRERO DE CAÑA	CERRO ARMADO (P)	42
CHIRIQUI	TOLE	POTRERO DE CAÑA	CERRO CABALLO (P)	10
CHIRIQUI	TOLE	POTRERO DE CAÑA	CERRO SOMBRERO (P)	2
CHIRIQUI	TOLE	POTRERO DE CAÑA	GUAYABAL (P)	2
CHIRIQUI	TOLE	POTRERO DE CAÑA	POTRERO DE CAÑA (P)	395
CHIRIQUI	TOLE	POTRERO DE CAÑA	QUEBRADA CAÑA	8
CHIRIQUI	TOLE	POTRERO DE CAÑA	QUEBRADA ESCOBA	1
CHIRIQUI	TOLE	POTRERO DE CAÑA	QUEBRADA LORO (P)	2
CHIRIQUI	TOLE	QUEBRADA DE PIEDRA	ALTO LAGUNA	98
CHIRIQUI	TOLE	QUEBRADA DE PIEDRA	ALTO PANAMA (P)	4
CHIRIQUI	TOLE	QUEBRADA DE PIEDRA	CAMARON	91
CHIRIQUI	TOLE	QUEBRADA DE PIEDRA	EL MORRO NEGRITO O MORRO NEGRO	68
CHIRIQUI	TOLE	QUEBRADA DE PIEDRA	ISLA CONEJO	1
CHIRIQUI	TOLE	QUEBRADA DE PIEDRA	LA ARENA	17
CHIRIQUI	TOLE	QUEBRADA DE PIEDRA	LA POPA	3
CHIRIQUI	TOLE	QUEBRADA DE PIEDRA	LA PORCADA	1
CHIRIQUI	TOLE	QUEBRADA DE PIEDRA	MAMEY	8
CHIRIQUI	TOLE	QUEBRADA DE PIEDRA	MORRO NARANJO	2
CHIRIQUI	TOLE	QUEBRADA DE PIEDRA	NATA DE TOLE	295
CHIRIQUI	TOLE	QUEBRADA DE PIEDRA	PELON	17

Reglamento Operativo de la Estrategia de Extensión de Cobertura  
Direcciones Regionales de Salud, enero 2023

CHIRIQUI	TOLE	QUEBRADA DE PIEDRA	QUEBRADA DE PIEDRA	592
CHIRIQUI	TOLE	QUEBRADA DE PIEDRA	TINTA ABAJO	66
CHIRIQUI	TOLE	QUEBRADA DE PIEDRA	TINTA ARRIBA	20
CHIRIQUI	TOLE	QUEBRADA DE PIEDRA	TRES HERMANOS	3
CHIRIQUI	TOLE	QUEBRADA DE PIEDRA	YURRE	34
<b>TOTAL</b>				<b>7,678</b>

CHIRIQUI – GRUPO POBLACIONAL CHIRIQUÍ N°5				
PROVINCIA	DISTRITO	CORREGIMIENTO	COMUNIDAD	POBLACIÓN – OCTUBRE 2022
CHIRIQUI	BARÚ	LIMONES	BELLA VISTA	199
CHIRIQUI	BARÚ	LIMONES	BURICA	17
CHIRIQUI	BARÚ	LIMONES	CANEGUA	14
CHIRIQUI	BARÚ	LIMONES	BOCA DEL MEDIO	35
CHIRIQUI	BARÚ	LIMONES	LA RESBALOSA	6
CHIRIQUI	BARÚ	LIMONES	BAULES	2
CHIRIQUÍ	BARÚ	LIMONES	COROTU	37
CHIRIQUI	BARÚ	LIMONES	LOS LIMONES	315
CHIRIQUI	BARÚ	LIMONES	CALABAZO	17
CHIRIQUI	BARÚ	LIMONES	CAÑA BLANCA	39
CHIRIQUI	BARÚ	LIMONES	MELLICITA	49
CHIRIQUI	BARÚ	LIMONES	YERBAZALES ARRIBA	2
CHIRIQUI	BARÚ	LIMONES	YERBAZALES	51
CHIRIQUI	BARÚ	LIMONES	BACO	172
CHIRIQUI	BARÚ	LIMONES	PUERTO BALSA	59
CHIRIQUI	BARÚ	LIMONES	QUEBRADA TALLO	26
CHIRIQUI	BARÚ	RODOLFO AGUILAR	CAÑAZAS	113
CHIRIQUI	BARÚ	RODOLFO AGUILAR	CAÑAZAS ARRIBA	27
CHIRIQUI	BARÚ	RODOLFO AGUILAR	EL COCO	197
CHIRIQUI	BARÚ	RODOLFO AGUILAR	BURICA CENTRO	353
CHIRIQUI	BARÚ	RODOLFO AGUILAR	BURICA SUR	768
CHIRIQUI	BARÚ	RODOLFO AGUILAR	FINCA COROZO	251
CHIRIQUI	BARÚ	RODOLFO AGUILAR	ACUEDUCTO ALMENDRO	154
CHIRIQUI	BARÚ	RODOLFO AGUILAR	EL MURO O EL ALMENDRO	33
CHIRIQUI	BARÚ	RODOLFO AGUILAR	ASENTAMIENTO	508
CHIRIQUI	BARÚ	RODOLFO AGUILAR	FINCA BALSA	502
CHIRIQUI	BARÚ	RODOLFO AGUILAR	FINCA BONGO	178
CHIRIQUI	BARÚ	RODOLFO AGUILAR	FINCA SIGUA	341
CHIRIQUI	BARÚ	BACO	EL SALADO DE LOS GUABOS	126
CHIRIQUI	BARÚ	BACO	CHIRIQUÍ VIEJO	98
CHIRIQUI	BARÚ	BACO	FINCA BACO	445
CHIRIQUI	BARÚ	BACO	FINCA TECA	460
CHIRIQUI	BARÚ	BACO	MAJAGUAL	521
CHIRIQUI	BARÚ	BACO	SANTA ROSA DE LIMA	153
CHIRIQUI	BARÚ	BACO	COROTÚ CIVIL	396
CHIRIQUI	BARÚ	PUERTO ARMUELLES	GUANABANITO	45
CHIRIQUI	BARÚ	PUERTO ARMUELLES	MELLIZA ARRIBA	30
CHIRIQUI	BARÚ	PUERTO ARMUELLES	MELLIZA ABAJO	31
CHIRIQUI	BARÚ	PUERTO ARMUELLES	CERRO LLORÓN	2
CHIRIQUI	BARÚ	PUERTO ARMUELLES	CABECERA DE MERIDA	2
CHIRIQUI	BARÚ	PUERTO ARMUELLES	GUANABANO	139

Reglamento Operativo de la Estrategia de Extensión de Cobertura  
Direcciones Regionales de Salud, enero 2023

CHIRIQUI	BARÚ	PUERTO ARMUELLES	QUEBRADA DE PIEDRA	62
CHIRIQUI	BARÚ	PUERTO ARMUELLES	RABO DE PUERCO ABAJO	5
CHIRIQUI	BARÚ	PUERTO ARMUELLES	MARGENES DE COCOTU	114
CHIRIQUI	BARÚ	PUERTO ARMUELLES	CABECERA DE COCOTU	8
CHIRIQUI	BARÚ	PUERTO ARMUELLES	RIO CHIQUITO	45
CHIRIQUI	BARÚ	PUERTO ARMUELLES	CHOROCA	17

<b>CHIRIQUI – GRUPO POBLACIONAL CHIRIQUÍ N°5</b>				
<b>PROVINCIA</b>	<b>DISTRITO</b>	<b>CORREGIMIENTO</b>	<b>COMUNIDAD</b>	<b>POBLACIÓN – OCTUBRE 2022</b>
CHIRIQUI	BARÚ	PUERTO ARMUELLES	BOQUILLA	50
CHIRIQUI	BARÚ	PUERTO ARMUELLES	LOS PLANES	67
CHIRIQUI	BARÚ	PUERTO ARMUELLES	AGUA FRÍA	9
CHIRIQUI	BARÚ	PUERTO ARMUELLES	BLANCO ARRIBA	1
CHIRIQUI	BARÚ	PUERTO ARMUELLES	DIVISA	21
CHIRIQUI	BARÚ	PUERTO ARMUELLES	COROTU LA UNIÓN	5
CHIRIQUI	BARÚ	PUERTO ARMUELLES	QUEBRADA SABALO	31
CHIRIQUI	BARÚ	PUERTO ARMUELLES	SAN BARTOLO LIMITE	58
CHIRIQUI	BARÚ	PUERTO ARMUELLES	SAN BARTOLO LINEA	693
<b>TOTAL</b>				<b>8,099</b>

Reglamento Operativo de la Estrategia de Extensión de Cobertura  
Direcciones Regionales de Salud, enero 2023

CHIRIQUI – GRUPO POBLACIONAL CHIRIQUÍ N°7				
PROVINCIA	DISTRITO	CORREGIMIENTO	COMUNIDAD	POBLACIÓN – OCTUBRE 2022
CHIRIQUI	BUGABA	GOMEZ	ALTO JACU (P)	112
CHIRIQUI	BUGABA	GOMEZ	CIMARRON	135
CHIRIQUI	BUGABA	GOMEZ	LA MESETA	264
CHIRIQUI	BUGABA	SAN ANDRES	EL CEDRO	1
CHIRIQUI	BUGABA	SAN ANDRES	QUEBRADA LLANA	67
CHIRIQUI	RENACIMIENTO	BREÑON	LIMONCITO	12
CHIRIQUI	RENACIMIENTO	BREÑON	QUEBRADA DE VUELTAS (P)	209
CHIRIQUI	RENACIMIENTO	BREÑON	LA POTRA	20
CHIRIQUI	RENACIMIENTO	BREÑON	SALSIPUEDES	156
CHIRIQUI	RENACIMIENTO	BREÑON	BAJO HORNITO	43
CHIRIQUI	RENACIMIENTO	CAÑAS GORDAS	ALTO QUIEL	864
CHIRIQUI	RENACIMIENTO	CAÑAS GORDAS	BAJO CHIRIQUI O BAJOS DE CHIRIQUI	294
CHIRIQUI	RENACIMIENTO	CAÑAS GORDAS	CAÑAS GORDAS	344
CHIRIQUI	RENACIMIENTO	CAÑAS GORDAS	COPAL (P)	239
CHIRIQUI	RENACIMIENTO	CAÑAS GORDAS	LAS DELICIAS	45
CHIRIQUI	RENACIMIENTO	CAÑAS GORDAS	LOS PLANES	373
CHIRIQUI	RENACIMIENTO	CAÑAS GORDAS	MOSQUITO O PORVENIR	243
CHIRIQUI	RENACIMIENTO	CAÑAS GORDAS	NUEVA DELHI	189
CHIRIQUI	RENACIMIENTO	CAÑAS GORDAS	QUEBRADA DE VUELTAS (P)	461
CHIRIQUI	RENACIMIENTO	RIO SERENO (CABECERA)	BAJO CERRÓN	207
CHIRIQUI	RENACIMIENTO	RIO SERENO (CABECERA)	COPAL (P)	71
CHIRIQUI	RENACIMIENTO	RIO SERENO (CABECERA)	JURUTUNGO	34
CHIRIQUI	RENACIMIENTO	RIO SERENO (CABECERA)	PIEDRA CANDELA (P)	858
CHIRIQUI	RENACIMIENTO	SANTA CLARA	COTITO (P)	114
CHIRIQUI	RENACIMIENTO	SANTA CLARA	RÍO GUIADO	380
CHIRIQUI	RENACIMIENTO	SANTA CLARA	RÍO GUIADO ARRIBA	12
CHIRIQUI	RENACIMIENTO	SANTA CLARA	SANTA CLARA (P)	1640
<b>TOTAL</b>				7,387

**Anexo 1E: GRUPOS POBLACIONALES DE DARIÉN**

<b>DARIÉN- GRUPO POBLACIONAL DARIÉ N°13</b>				
<b>PROVINCIA</b>	<b>DISTRITO</b>	<b>CORREGIMIENTO</b>	<b>COMUNIDAD</b>	<b>POBLACIÓN – OCTUBRE 2022</b>
COMARCA EMBERA	SAMBU	RIO SABALO	PUERTO INDIO	496
COMARCA EMBERA	SAMBU	RIO SABALO	DAIPURÚ	122
DARIÉN	CHEPIGANA	SAMBU	SAMBÚ	743
COMARCA EMBERA	SAMBU	JINGURUDO	BOCA GÜINA	64
COMARCA EMBERA	SAMBU	JINGURUDO	CHURUCO	75
COMARCA EMBERA	SAMBU	JINGURUDO	CONDOTE	68
COMARCA EMBERA	SAMBU	JINGURUDO	JINGURUDO	79
COMARCA EMBERA	SAMBU	JINGURUDO	MORROVIC O BELEN O BORROVICHE	83
COMARCA EMBERA	SAMBU	JINGURUDO	PAVARANDO O RÍO CLARITO	97
COMARCA EMBERA	SAMBU	RIO SABALO	BAYAMON	457
COMARCA EMBERA	SAMBU	RIO SABALO	BOCA DE TRAMPA	110
COMARCA EMBERA	SAMBU	RIO SABALO	LA CHUNGA (P)	198
COMARCA EMBERA	SAMBU	RIO SABALO	VILLA KEDESIA O RÍO TIGRE	106
<b>TOTAL</b>				<b>2,698</b>

<b>DARIÉN- GRUPO POBLACIONAL DARIÉ N°14</b>				
<b>PROVINCIA</b>	<b>DISTRITO</b>	<b>CORREGIMIENTO</b>	<b>COMUNIDAD</b>	<b>POBLACIÓN – OCTUBRE 2022</b>
DARIÉN	CHEPIGANA	AGUA FRIA	AGUA FRIA No.1 (P)	193
DARIÉN	CHEPIGANA	AGUA FRIA	AGUA FRIA No.2	465
DARIÉN	CHEPIGANA	AGUA FRIA	EL TIRAO	455
DARIÉN	CHEPIGANA	AGUA FRIA	EMBERÁ PURÚ	322
DARIÉN	CHEPIGANA	RIO IGLESIAS	LA MONEDA (P)	256
DARIÉN	CHEPIGANA	RIO IGLESIAS	ENTRADA DE ARRETI O LAMATOZA	12
DARIÉN	CHEPIGANA	RIO IGLESIAS	ALTO DEL CRISTO (P)	25
DARIÉN	CHEPIGANA	SANTA FE	ALTO DEL CRISTO (P)	325
DARIÉN	CHEPIGANA	SANTA FE	LA CANTERA	1280
DARIÉN	CHEPIGANA	SANTA FE	LA LOMITA O LA LOMA	180
DARIÉN	CHEPIGANA	SANTA FE	LA VILLA	126
DARIÉN	CHEPIGANA	SANTA FE	LOS MONOS O ARIMAE	792
DARIÉN	CHEPIGANA	SANTA FE	PUEBLO NUEVO No.1	226
DARIÉN	CHEPIGANA	SANTA FE	PUERTO DE SANTA FE	33
DARIÉN	CHEPIGANA	SANTA FE	QUEBRADA CAÑAZAS	24
DARIÉN	CHEPIGANA	SANTA FE	QUEBRADA HONDA	434
DARIÉN	CHEPIGANA	SANTA FE	QUEBRADA MUERTO O SANTA MARTA	47
DARIÉN	CHEPIGANA	SANTA FE	SANTA FE	1640
DARIÉN	CHEPIGANA	SANTA FE	TUMAGANTI	53
DARIÉN	CHEPIGANA	SANTA FE	ZAPALLAL	888
<b>TOTAL</b>				<b>7,776</b>

Reglamento Operativo de la Estrategia de Extensión de Cobertura  
Direcciones Regionales de Salud, enero 2023

<b>DARIÉN- GRUPO POBLACIONAL DARIÉ N°15-17-18-19</b>				
<b>PROVINCIA</b>	<b>DISTRITO</b>	<b>CORREGIMIENTO</b>	<b>COMUNIDAD</b>	<b>POBLACIÓN – OCTUBRE 2022</b>
DARIÉN	CHEPIGANA	CUCUNATI	CUCUNATÍ	532
DARIÉN	CHEPIGANA	CUCUNATI	ESTOPILLAN	13
DARIÉN	CHEPIGANA	CUCUNATI	QUEBRADA CAÑA BLANCA ARRIBA	11
DARIÉN	CHEPIGANA	CUCUNATI	SANTA ROSA	116
DARIÉN	CHEPIGANA	CUCUNATI	CALLE LIMÓN	30
DARIÉN	CHEPIGANA	TUCUTI	CHULETI	85
DARIÉN	CHEPIGANA	TUCUTI	MANENE	225
DARIÉN	CHEPIGANA	TUCUTI	TUCUTI	536
DARIÉN	CHEPIGANA	TUCUTI	GALILEA	138
DARIÉN	CHEPIGANA	TUCUTI	PUEBLO NUEVO O MAPUCHICA	57
DARIÉN	CHEPIGANA	TUCUTI	LLANO BONITO O CARACUCHAL	144
DARIÉN	CHEPIGANA	TUCUTI	PIHUILA LA INDIA (P)	7
DARIÉN	CHEPIGANA	BOCA DE CUPE	BOCA DE CUPE	610
DARIÉN	PINOGANA	BOCA DE CUPE	EL BALSAL	128
DARIÉN	PINOGANA	BOCA DE CUPE	BAJO LEPE	89
DARIÉN	PINOGANA	BOCA DE CUPE	MI PUEBLITO	31
DARIÉN	PINOGANA	METETI	CANGLON (P)	224
DARIÉN	PINOGANA	METETI	CANGLON ARRIBA (P)	84
DARIÉN	PINOGANA	METETI	QUEBRADA FELIX	160
DARIÉN	PINOGANA	PAYA	SOBIAQUIRUA	243
DARIÉN	PINOGANA	PAYA	MATURGANTI O MATUGANTI	203
DARIÉN	PINOGANA	PAYA	PAYA	340
DARIÉN	PINOGANA	PUCURO	PUCURO	386
DARIÉN	PINOGANA	YAVIZA	NUEVO PROGRESO	338
DARIÉN	PINOGANA	YAVIZA	NUEVO BIJAO	121
DARIÉN	PINOGANA	YAVIZA	EL TOTUMO	52
DARIÉN	PINOGANA	YAVIZA	SANTA LIBRADA	544
DARIÉN	PINOGANA	YAVIZA	ENTRADA A EL SALTO	12
DARIÉN	PINOGANA	YAVIZA	ALIGANDI	13

Reglamento Operativo de la Estrategia de Extensión de Cobertura  
 Direcciones Regionales de Salud, enero 2023

DARIÉN	PINOIANA	YAVIZA	BETZAIDA	72
DARIÉN	PINOIANA	YAVIZA	CANGLÓN (P)	4
DARIÉN	PINOIANA	YAVIZA	CRISTO VIENE O CANGLÓN No.2 O EL PORVENIR	174
<b>TOTAL</b>				5,722

DARIÉN- GRUPO POBLACIONAL DARIÉ N°20				
PROVINCIA	DISTRITO	CORREGIMIENTO	COMUNIDAD	POBLACIÓN – OCTUBRE 2022
COMARCA EMBERA	CEMACO	CIRILO GUAINORA (CABABECERA)	CAPETI O CAPETUIRA	834
COMARCA EMBERA	CEMACO	CIRILO GUAINORA (CABABECERA)	EL PUENTE	180
COMARCA EMBERA	CEMACO	CIRILO GUAINORA (CABABECERA)	UNION CHOCOE	1048
COMARCA EMBERA	CEMACO	CIRILO GUAINORA (CABABECERA)	VISTA ALEGRE	504
COMARCA EMBERA	CEMACO	CIRILO GUAINORA (CABABECERA)	YAPE	138
DARIÉN	PINOIANA	YAPE	BOCA DE ARUZA	5
DARIÉN	PINOIANA	YAPE	ARUZA	210
<b>TOTAL</b>				2,919

Reglamento Operativo de la Estrategia de Extensión de Cobertura  
Direcciones Regionales de Salud, enero 2023

<b>DARIÉN- GRUPO POBLACIONAL DARIÉ N°21</b>				
<b>PROVINCIA</b>	<b>DISTRITO</b>	<b>CORREGIMIENTO</b>	<b>COMUNIDAD</b>	<b>POBLACIÓN – OCTUBRE 2022</b>
COMARCA EMBERA	CEMACO	LAJAS BLANCAS	ALTO PLAYONA	301
COMARCA EMBERA	CEMACO	LAJAS BLANCAS	BAJO CHIQUITO	280
COMARCA EMBERA	CEMACO	LAJAS BLANCAS	CANAN	510
COMARCA EMBERA	CEMACO	LAJAS BLANCAS	EL SALTO	540
COMARCA EMBERA	CEMACO	LAJAS BLANCAS	LAJAS BLANCAS (P)	956
COMARCA EMBERA	CEMACO	LAJAS BLANCAS	MARRAGANTI	627
COMARCA EMBERA	CEMACO	LAJAS BLANCAS	MOGOTE O LOS MOGOTES (P)	75
COMARCA EMBERA	CEMACO	LAJAS BLANCAS	NUEVO VIGIA	413
COMARCA EMBERA	CEMACO	LAJAS BLANCAS	PEÑA BIJAGUAL (P)	56
COMARCA EMBERA	CEMACO	LAJAS BLANCAS	DODAUQUE PURO O RIOLITO	144
COMARCA EMBERA	CEMACO	LAJAS BLANCAS	SINAI	485
COMARCA EMBERA	CEMACO	LAJAS BLANCAS	TORTUGA	178
COMARCA EMBERA	CEMACO	LAJAS BLANCAS	VILLA CALETA	201
COMARCA EMBERA	CEMACO	MANUEL ORTEGA	BARRANQUILLITA	108
COMARCA EMBERA	CEMACO	MANUEL ORTEGA	COMUN	99
COMARCA EMBERA	CEMACO	MANUEL ORTEGA	COROZAL	294
COMARCA EMBERA	CEMACO	MANUEL ORTEGA	EL TIGRE	110
COMARCA EMBERA	CEMACO	MANUEL ORTEGA	NUEVA ESPERANZA	110
COMARCA EMBERA	CEMACO	MANUEL ORTEGA	LA PULIDA	123
COMARCA EMBERA	CEMACO	MANUEL ORTEGA	NARANJAL	96
COMARCA EMBERA	CEMACO	MANUEL ORTEGA	NAZARET	318
COMARCA EMBERA	CEMACO	MANUEL ORTEGA	NUEVO BELEN	86
COMARCA EMBERA	CEMACO	MANUEL ORTEGA	PUNTA GRANDE	100
COMARCA EMBERA	CEMACO	MANUEL ORTEGA	VILLA NUEVA	137
DARIÉN	PINOANA	EL REAL DE SANTA MARIA (CABECERA)	PIJIVASAL (P)	101
DARIÉN	PINOANA	EL REAL DE SANTA MARIA (CABECERA)	PIRRE NO.2	41
TOTAL				6,489

**Anexo 1F: GRUPOS POBLACIONALES DE HERRERA**

<b>HERRERA- GRUPO POBLACIONAL HERRERA N°1</b>				
<b>PROVINCIA</b>	<b>DISTRITO</b>	<b>CORREGIMIENTO</b>	<b>COMUNIDAD</b>	<b>POBLACIÓN – OCTUBRE 2022</b>
HERRERA	LAS MINAS	QUEBRADA DEL CIPRIAN	QUEBRADA EL CIPRIAN	120
HERRERA	LAS MINAS	QUEBRADA DEL CIPRIAN	EL CIPRIAN	54
HERRERA	LAS MINAS	QUEBRADA DEL CIPRIAN	QUEBRADA RAMOS (P)	25
HERRERA	LAS MINAS	QUEBRADA DEL CIPRIAN	RIO LA VILLA (P)	29
HERRERA	LAS MINAS	CHEPO	LAS LLANITAS	17
HERRERA	LAS MINAS	CHEPO	QUEBRADA RAMOS (P)	4
HERRERA	LAS MINAS	CHEPO	RIO LA VILLA (P)	2
HERRERA	LAS MINAS	QUEBRADA EL CIPRIAN	LOS VIOTALES	76
HERRERA	LAS MINAS	QUEBRADA EL CIPRIAN	LOMA AZUL	31
HERRERA	LAS MINAS	QUEBRADA EL CIPRIAN	QUEBRADA PIFA	27
HERRERA	LAS MINAS	QUEBRADA EL CIPRIAN	LAS MATAS O MATAS ARRIBA	97
HERRERA	LAS MINAS	QUEBRADA EL CIPRIAN	LOMA DEL RANCHITO	59
HERRERA	LAS MINAS	QUEBRADA EL CIPRIAN	QUEBRADA EL LIMON	7
HERRERA	LAS MINAS	QUEBRADA EL CIPRIAN	QUEBRADA HERNANDEZ	9
HERRERA	LAS MINAS	QUEBRADA EL CIPRIAN	DIVISA	4
HERRERA	LAS MINAS	QUEBRADA EL CIPRIAN	EL PARQUE	5
HERRERA	LAS MINAS	QUEBRADA EL CIPRIAN	EL COPE	68
HERRERA	LAS MINAS	QUEBRADA EL ROSARIO	QUEBRADA DEL ROSARIO	144
HERRERA	LAS MINAS	QUEBRADA EL ROSARIO	MACANO	9
HERRERA	LAS MINAS	QUEBRADA EL ROSARIO	CUCHARETA	14
HERRERA	LAS MINAS	QUEBRADA EL ROSARIO	QUEBRADA DEL ROSARIO ABAJO (P)	35
HERRERA	LAS MINAS	QUEBRADA EL ROSARIO	LA PACORA N°2	4
HERRERA	LAS MINAS	QUEBRADA EL ROSARIO	EL NANZAL	184
HERRERA	LAS MINAS	QUEBRADA EL ROSARIO	LAS YESCAS	36
HERRERA	LAS MINAS	QUEBRADA EL ROSARIO	EL GALLO	1
HERRERA	LAS MINAS	QUEBRADA EL ROSARIO	EL PROGRESO O EL GUINEO	29
HERRERA	LAS MINAS	QUEBRADA EL ROSARIO	LA COLORADA	7
HERRERA	LOS POZOS	CAPURI	RIO ABAJO	17
HERRERA	LOS POZOS	CAPURI	ALTO PANAMA	5
HERRERA	LOS POZOS	CAPURI	RIO ARRIBA (P)	49
HERRERA	LOS POZOS	EL CEDRO	EL CEDRO	115
HERRERA	LOS POZOS	CERROS DE PAJA	EL PEDERNAL ARRIBA	2
HERRERA	LOS POZOS	EL CEDRO	EL CACAO	3
HERRERA	LOS POZOS	EL CEDRO	EL ALTO	34
HERRERA	LOS POZOS	EL CEDRO	EL MARAÑON	24
HERRERA	LOS POZOS	EL CEDRO	EL PEDERNAL ABAJO	2

Reglamento Operativo de la Estrategia de Extensión de Cobertura  
Direcciones Regionales de Salud, enero 2023

HERRERA	LOS POZOS	EL CEDRO	EL PEDERNAL ARRIBA	21
HERRERA	LOS POZOS	EL CEDRO	LOS JOBOS	7
HERRERA	LOS POZOS	EL CEDRO	TIERRAS BLANCAS	47
HERRERA	LOS POZOS	EL CEDRO	ALTO DEL RIO (P)	13

HERRERA- GRUPO POBLACIONAL HERRERA Nº1				
PROVINCIA	DISTRITO	CORREGIMIENTO	COMUNIDAD	POBLACIÓN – OCTUBRE 2022
HERRERA	LOS POZOS	EL CEDRO	BAJO DEL CAJETO (P)	13
HERRERA	LOS POZOS	CERRO DE PAJA	ALTO DEL RÍO (P)	2
HERRERA	LOS POZOS	CAPURI	BAJO DEL CAJETO (P)	2
HERRERA	LOS POZOS	LA PITALOZA	PITALOZA ARRIBA	143
HERRERA	LOS POZOS	LA PITALOZA	LA ZAHINOSA	18
HERRERA	LOS POZOS	LA PITALOZA	LA BEJUCOSA	3
HERRERA	LOS POZOS	LA PITALOZA	PITALOZA ABAJO	33
HERRERA	LOS POZOS	LA PITALOZA	EL CAÑAFISTULO	79
HERRERA	LOS POZOS	LA PITALOZA	QUEBRADA DE PIEDRA (P)	1
HERRERA	LOS POZOS	LA PITALOZA	EL VIEJO	1
HERRERA	LOS POZOS	LA PITALOZA	HONDO DEL ÑIGUITO (P)	1
HERRERA	LOS POZOS	LA PITALOZA	EL CARACUCHO (P)	36
HERRERA	LOS POZOS	LAS LLANAS	CARACUCHO (P)	3
HERRERA	LOS POZOS	LA PITALOZA	LA HONDA DE LOS ÑOPOS	34
HERRERA	LOS POZOS	LA PITALOZA	CERRO PELUDO	8
HERRERA	LOS POZOS	LA PITALOZA	LA BRAVITA	2
HERRERA	LOS POZOS	LA PITALOZA	LA RIALEJA (P)	5
HERRERA	LOS POZOS	LA PITALOZA	TULU ARRIBA (P)	23
HERRERA	LOS POZOS	LA PITALOZA	TUMACO ARRIBA (P)	1
HERRERA	LOS POZOS	LA PITALOZA	CHIROTE	19
HERRERA	LOS POZOS	LA PITALOZA	EL CRUCE DE SANTA CLARA	25
HERRERA	LOS POZOS	LA PITALOZA	LA LLANITA	19
HERRERA	LOS POZOS	LA PITALOZA	LOS ÑOPOS	7
HERRERA	LOS POZOS	LA PITALOZA	SANTA CLARA	32
HERRERA	LOS POZOS	LA PITALOZA	RINCON SANCHEZ	11
HERRERA	LOS POZOS	LAS LLANAS	LOS PELADEROS	109
HERRERA	LOS POZOS	LAS LLANAS	ALTOS DE LOS PELADEROS	8
HERRERA	LOS POZOS	LAS LLANAS	PALO ALTO O PALO MAMEY O EL MAMEY	13
HERRERA	LOS POZOS	LAS LLANAS	LAS MATAS ABAJO (P)	11
HERRERA	LOS POZOS	LAS LLANAS	LAS LLANAS ARRIBA	131
HERRERA	LOS POZOS	LAS LLANAS	QUEBRADA DE PIEDRA (P)	24
HERRERA	LOS POZOS	LAS LLANAS	LLANA ABAJO	103
HERRERA	LOS POZOS	LAS LLANAS	TRES QUEBRADAS	2
HERRERA	LOS POZOS	LAS LLANAS	PALO AMARILLO	12
HERRERA	LOS POZOS	QUEBRADA EL CIPRIAN	MATAS ABAJO (P)	4

Reglamento Operativo de la Estrategia de Extensión de Cobertura  
Direcciones Regionales de Salud, enero 2023

HERRERA	LOS POZOS	LOS CERROS DE PAJA	EL SALITRE ARRIBA	116
HERRERA	LOS POZOS	LOS CERROS DE PAJA	EL SALITRE ABAJO	34
HERRERA	LAS MINAS	QUEBRADA EL CIPRIAN	LA CUTARRA	3
HERRERA	LOS POZOS	LOS CERROS DE PAJA	EL TEMBLOSO	11
HERRERA	LOS POZOS	LOS CERROS DE PAJA	LOMA DEL COPE (P)	9
HERRERA	LOS POZOS	LOS CERROS DE PAJA	QUEBRADA DEL ROSARIO ABAJO (P)	82
HERRERA	LOS POZOS	LOS CERROS DE PAJA	LA CUTARRA (P)	18
HERRERA	LAS MINAS	CHEPO	LAS PIPAS (P)	1
HERRERA	LAS MINAS	QUEBRADA DEL ROSARIO	LAS PIPAS (P)	3
HERRERA	LOS POZOS	LOS CERROS DE PAJA	LAS PIPAS (P)	154

HERRERA- GRUPO POBLACIONAL HERRERA N°1				
PROVINCIA	DISTRITO	CORREGIMIENTO	COMUNIDAD	POBLACIÓN – OCTUBRE 2022
HERRERA	LOS POZOS	LOS CERROS DE PAJA	LA YEGUA	11
HERRERA	LOS POZOS	LOS CERROS DE PAJA	EL CHORRILLO	46
HERRERA	LOS POZOS	LOS CERROS DE PAJA	BAJOS DEL NARANJO	11
HERRERA	LOS POZOS	LOS CERROS DE PAJA	LOS TORNOS (P)	14
HERRERA	LOS POZOS	LAS LLANAS	EL CHUMICO	1
HERRERA	LOS POZOS	LOS CERROS DE PAJA	PAN DE AZUCAR	73
HERRERA	LOS POZOS	LOS CERROS DE PAJA	EL GUABO	2
HERRERA	LOS POZOS	LOS CERROS DE PAJA	LA REQUINTA	22
HERRERA	LOS POZOS	LOS CERROS DE PAJA	LOS CERROS DE PAJA	26
HERRERA	LOS POZOS	LOS CERROS DE PAJA	GUARARE	6
HERRERA	LOS POZOS	LOS CERROS DE PAJA	CHUMICO	1
HERRERA	LOS POZOS	LOS CERROS DE PAJA	MANANTIALES	1
HERRERA	LOS POZOS	LOS CERROS DE PAJA	LA CHORRERITA	3
HERRERA	LOS POZOS	LOS CERROS DE PAJA	LA SABANETA	3
HERRERA	LOS POZOS	LOS CERROS DE PAJA	EL CALVARIO	3
HERRERA	LOS POZOS	LOS CERROS DE PAJA	EL PIÑAL	2
HERRERA	LOS POZOS	LOS CERROS DE PAJA	EL JAGUITO (P)	3
HERRERA	LOS POZOS	LOS CERROS DE PAJA	LAS LAGUNITAS (P)	1
HERRERA	PESÉ	EL CIRUELO	LAS MESITAS	69
HERRERA	PESÉ	EL CIRUELO	EL BALILLO	28
HERRERA	PESÉ	EL CIRUELO	EL PILON	3
HERRERA	PESÉ	LAS CABRAS	LA ARENITA	109
HERRERA	PESÉ	LAS CABRAS	EL VASCO	6
HERRERA	PESÉ	LAS CABRAS	EL CIRUELITO	34
HERRERA	PESÉ	LAS CABRAS	LA CRIOLLA	5
HERRERA	PESÉ	LAS CABRAS	LLANO BARRERO	1
HERRERA	PESÉ	LAS CABRAS	LLANO DEL RIO	2
HERRERA	PESÉ	LAS CABRAS	LOS VELASQUEZ	2
HERRERA	PESÉ	EL PAJARO	EL JAZMIN	135
HERRERA	PESÉ	EL PAJARO	EL CAPACHO O LA VALDESA	1
HERRERA	PESÉ	EL PAJARO	EL JAZMINCITO	15
HERRERA	PESÉ	EL PAJARO	LA ARENITA	11

Reglamento Operativo de la Estrategia de Extensión de Cobertura  
Direcciones Regionales de Salud, enero 2023

HERRERA	SANTA MARTA	EL LIMÓN	VALDIVIESO	12
HERRERA	SANTA MARTA	CHUPAMPA	LOS PANAMAES	56
HERRERA	SANTA MARTA	CHUPAMPA	CAÑACILLAS (P)	5
HERRERA	SANTA MARTA	EL LIMÓN	EL OLIVO	176
HERRERA	SANTA MARTA	LOS CANELOS	CAÑACILLAS (P)	10
HERRERA	LOS POZOS	CAPURI	LAS LAGUNITAS	33
HERRERA	LAS MINAS	EL CHUMICAL	MEJIAS ABAJO	34
HERRERA	LAS MINAS	EL CHUMICAL	MEJIAS ARRIBA	20
TOTAL				3,801

HERRERA- GRUPO POBLACIONAL HERRERA N°2				
PROVINCIA	DISTRITO	CORREGIMIENTO	COMUNIDAD	POBLACIÓN - OCTUBRE 2022
HERRERA	LAS MINAS	LEONES	LEONES ABAJO	44
HERRERA	LAS MINAS	LEONES	LEONES ARRIBA	43
HERRERA	LAS MINAS	LEONES	BUENA VISTA	2
HERRERA	LAS MINAS	LEONES	CERRO LA VACA	2
HERRERA	LAS MINAS	LEONES	EL CIRUELO	4
HERRERA	LAS MINAS	LEONES	LAS LAJAS	33
HERRERA	LAS MINAS	LEONES	EL SUAY	109
HERRERA	LAS MINAS	LEONES	CALABACITO	5
HERRERA	LAS MINAS	LEONES	EL SUAY ABAJO	6
HERRERA	LAS MINAS	LEONES	EL SUAY ARRIBA	5
HERRERA	LAS MINAS	LEONES	LLANO AMADOR	5
HERRERA	LAS MINAS	LEONES	LOS HELECHALES	60
HERRERA	LAS MINAS	LEONES	SALERO N° 1	4
HERRERA	LAS MINAS	LEONES	LOS PICACHOS	5
HERRERA	LAS MINAS	LEONES	LOS VALDESES	1
HERRERA	LAS MINAS	LEONES	RIO PARITA (P)	2
HERRERA	LAS MINAS	LAS MINAS CABECERA	EL GUANABANO	2
HERRERA	LAS MINAS	LAS MINAS CABECERA	CERRO COLORADO O LA CORDILLERA	8
HERRERA	LAS MINAS	CERRO LARGO	CERRO COLORADO	1
HERRERA	LAS MINAS	LEONES	LA PEÑA	29
HERRERA	LAS MINAS	LEONES	RINCON DEL GATO	11
HERRERA	LAS MINAS	LEONES	EL ÑUCO	8
HERRERA	LAS MINAS	LEONES	LA TORRE	11
HERRERA	LAS MINAS	LEONES	LOS CEIBOS	15
HERRERA	LAS MINAS	LEONES	EL SALERO	10
HERRERA	LAS MINAS	CHEPO	HONDO EL LIMON	4
HERRERA	LAS MINAS	CHEPO	LA SONADORA	45
HERRERA	LAS MINAS	CHEPO	LOS MACANITOS	52
HERRERA	LAS MINAS	CHEPO	EL JACINTO (P)	48
HERRERA	LAS MINAS	CHEPO	RIO MANGLILLO O MANGUILLO (P)	4
HERRERA	LAS MINAS	CHEPO	LA MANGLILLOSA O LOS PLANETAS	2
HERRERA	LAS MINAS	CHEPO	LOS BARTOLOS O LOMA REDONDA	6
HERRERA	LAS MINAS	CHEPO	EL CACAO	1
HERRERA	LAS MINAS	CHEPO	EL SALTO	25

Reglamento Operativo de la Estrategia de Extensión de Cobertura  
Direcciones Regionales de Salud, enero 2023

HERRERA	LAS MINAS	CHEPO	RÍO JACINTO	3
HERRERA	LAS MINAS	CHEPO	LAS PLAYITAS	117
HERRERA	LAS MINAS	CHEPO	QUEBRADA LA LLANITA O LA LLANITA	5

HERRERA- GRUPO POBLACIONAL HERRERA N°2				
PROVINCIA	DISTRITO	CORREGIMIENTO	COMUNIDAD	POBLACIÓN – OCTUBRE 2022
HERRERA	LAS MINAS	CHEPO	ALTO DEL CANTARO O QUEBRADA EL CANTARO	50
HERRERA	LAS MINAS	CHEPO	QUEBRADA CHEPO	3
HERRERA	LAS MINAS	CHEPO	RIO NEGRO	33
HERRERA	LAS MINAS	CHEPO	FLORIDA	1
HERRERA	LAS MINAS	CHEPO	RIO NEGRO ARRIBA O LAS MATIAS	8
HERRERA	LAS MINAS	CHEPO	RIO NEGRO ABAJO	2
HERRERA	LAS MINAS	CHEPO	MACARAQUITA	5
HERRERA	LAS MINAS	CHEPO	LA DESBARRANCADA	80
HERRERA	LAS MINAS	CHEPO	LOMA DEL TIGRE	5
HERRERA	LAS MINAS	CHEPO	TRES CASAS	5
HERRERA	LAS MINAS	CHEPO	FILO LLANO	39
HERRERA	LAS MINAS	CHEPO	RIO VIEJO ARRIBA	15
HERRERA	LAS MINAS	CHEPO	BARRERO AMARILLO	19
HERRERA	LAS MINAS	CHEPO	RIO VIEJO ABAJO	14
HERRERA	LAS MINAS	CHEPO	RIO VIEJO	40
HERRERA	LAS MINAS	CHEPO	RIO MARIATO	12
HERRERA	LAS MINAS	EL TORO	EL TORO	158
HERRERA	LAS MINAS	EL TORO	EL BARNIZ	21
HERRERA	LAS MINAS	EL TORO	ARRAIJAN	12
HERRERA	LAS MINAS	EL TORO	LOMA DEL MONTUOSO	42
HERRERA	LAS MINAS	EL TORO	RINCON DE JUAN DIAZ	3
HERRERA	LAS MINAS	EL TORO	LA CENIZA	9
HERRERA	LAS MINAS	EL TORO	EL PLATITO	46
HERRERA	LAS MINAS	EL TORO	LA CULEBRA	1
HERRERA	LAS MINAS	EL TORO	ALTO AMBROSIO	4
HERRERA	LAS MINAS	EL TORO	EL TIESTAL	1
HERRERA	LAS MINAS	EL TORO	LA MARGAJA	17
HERRERA	LAS MINAS	EL TORO	LA PEÑA DE TEBARIO O LA PEÑA	3
HERRERA	LAS MINAS	EL TORO	EL COCUYO	1
HERRERA	LAS MINAS	EL TORO	ALTO EL MARTIN	12
HERRERA	LAS MINAS	EL TORO	EL CASTILLO	81
HERRERA	LAS MINAS	EL TORO	LAS HUERTAS	1
HERRERA	LAS MINAS	EL TORO	EL MAURE	40
HERRERA	LAS MINAS	EL TORO	LA MIEL	22

Reglamento Operativo de la Estrategia de Extensión de Cobertura  
Direcciones Regionales de Salud, enero 2023

HERRERA	LAS MINAS	EL TORO	LA RAYA	18
HERRERA	LAS MINAS	EL TORO	QUEBRITO	1
HERRERA	LAS MINAS	EL TORO	EL MARIN	7
HERRERA	OCÚ	CERRO LARGO	CERRO LARGO	100
HERRERA	OCÚ	CERRO LARGO	LA FRAGUA	42

HERRERA- GRUPO POBLACIONAL HERRERA N°2				
PROVINCIA	DISTRITO	CORREGIMIENTO	COMUNIDAD	POBLACIÓN – OCTUBRE 2022
HERRERA	OCU	CERRO LARGO	RIO PARITA ABAJO	1
HERRERA	OCU	CERRO LARGO	LA SABANETA	19
HERRERA	OCU	CERRO LARGO	CC EL BEJUCAL	49
HERRERA	OCU	CERRO LARGO	QUEBRADA RISACUA	36
HERRERA	OCU	CERRO LARGO	CERRO PRIETO	5
HERRERA	OCU	CERRO LARGO	<b>CC. LOS ASIENTOS</b>	52
HERRERA	OCU	CERRO LARGO	RIO SEÑALES	11
HERRERA	OCU	CERRO LARGO	EL AVE MARÍA	27
HERRERA	OCU	CERRO LARGO	EL AVE MARÍA ABAJO	4
HERRERA	OCU	CERRO LARGO	<b>CC. ENTRADERO DEL CASTILLO</b>	70
HERRERA	OCU	CERRO LARGO	LOS NEGROS	4
HERRERA	OCU	CERRO LARGO	EL BORRIGUERO	13
HERRERA	OCU	CERRO LARGO	LOS CAÑAFISTULOS O LOS CALABACITOS	18
HERRERA	OCU	CERRO LARGO	<b>CC. EL PÁJARO</b>	53
HERRERA	OCU	CERRO LARGO	CERRO AGUDO	35
HERRERA	OCU	CERRO LARGO	LAS VUELTAS	2
HERRERA	OCU	CERRO LARGO	ALTO LOS MONTENEGROS	1
HERRERA	OCU	CERRO LARGO	<b>CC. EL RASCADOR</b>	40
HERRERA	OCU	CERRO LARGO	LOS YERBOS	1
HERRERA	OCU	CERRO LARGO	EL ZAPOTAL	33
HERRERA	OCU	CERRO LARGO	<b>CC. GUARUMAL</b>	110
HERRERA	OCU	EL TIJERA	<b>CC LIMÓN DE TIJERA</b>	61
HERRERA	OCU	EL TIJERA	TIJERAS	13
HERRERA	OCU	EL TIJERA	PASO HONDO	7
HERRERA	OCU	EL TIJERA	EL PEÑON	1
HERRERA	OCU	EL TIJERA	CERRO DE PAJA	30
HERRERA	OCU	EL TIJERA	<b>C.C LOS SALITRES</b>	75
HERRERA	OCU	EL TIJERA	EL CEBADERO	14
HERRERA	OCU	EL TIJERA	EL DESBARRANCADO	9
HERRERA	OCU	EL TIJERA	LOS ARENALES	21
HERRERA	OCU	EL TIJERA	EL GUASIMO	5
HERRERA	OCU	EL TIJERA	<b>CC. BOQUERÓN</b>	96
HERRERA	OCU	EL TIJERA	LA CULEBRA	21
HERRERA	OCU	EL TIJERA	LOMA LARGA	4
HERRERA	OCU	EL TIJERA	LOS PLANES	23

Reglamento Operativo de la Estrategia de Extensión de Cobertura  
Direcciones Regionales de Salud, enero 2023

<b>HERRERA- GRUPO POBLACIONAL HERRERA N°2</b>				
<b>PROVINCIA</b>	<b>DISTRITO</b>	<b>CORREGIMIENTO</b>	<b>COMUNIDAD</b>	<b>POBLACIÓN – OCTUBRE 2022</b>
HERRERA	OCU	LOS LLANOS	<b>CC. SAN JOSE</b>	199
HERRERA	OCU	LOS LLANOS	EL RODEO DE LAS HUACAS	8
HERRERA	OCU	LOS LLANOS	LA ARENA O LA ARENITA	2
HERRERA	OCU	LOS LLANOS	EL BARRIGON	4
HERRERA	OCU	LOS LLANOS	<b>C. C RINCON SANTO</b>	116
HERRERA	OCU	LLANO GRANDE	CC LAS MANUELAS	31
HERRERA	OCU	MENCHACA	<b>CC. LOS BAJOS DEL CUSCU</b>	99
HERRERA	OCU	MENCHACA	ELAINA	1
HERRERA	OCU	MENCHACA	ALTOS DE LOS GRINGOS	9
HERRERA	OCU	MENCHACA	LA ARENA	54

<b>PROVINCIA</b>	<b>DISTRITO</b>	<b>CORREGIMIENTO</b>	<b>COMUNIDAD</b>	<b>POBLACIÓN – OCTUBRE 2022</b>
HERRERA	OCU	CHEPO	DOS BOCAS	6
HERRERA	OCU	PEÑAS CHATAS	LAS PAREDES	139
HERRERA	OCU	PEÑAS CHATAS	LAS DOS BOCAS	70
HERRERA	OCU	MENCHACA	GUAZAMBA	8
HERRERA	OCU	MENCHACA	EL YERBO	16
HERRERA	OCU	MENCHACA	MENCHACA	82
HERRERA	OCU	MENCHACA	MENCHAQUITA	16
HERRERA	OCU	MENCHACA	EL POTRERO	90
HERRERA	OCU	MENCHACA	VALLE RICO	38
HERRERA	OCU	MENCHACA	VALLE RICO ABAJO	12
HERRERA	OCU	MENCHACA	LAS LAJAS	16
HERRERA	OCU	MENCHACA	LA GAITANA	7
<b>TOTAL</b>				<b>3,697</b>

**Anexo 1G: GRUPOS POBLACIONALES DE LOS SANTOS**

<b>LOS SANTOS- GRUPO POBLACIONAL LOS SANTOS N°1</b>				
<b>PROVINCIA</b>	<b>DISTRITO</b>	<b>CORREGIMIENTO</b>	<b>COMUNIDAD</b>	<b>POBLACIÓN – OCTUBRE 2022</b>
LOS SANTOS	MACARACAS	BAHÍA HONDA	Bahía Honda	166
LOS SANTOS	MACARACAS	BAHÍA HONDA	Bahía Honda Abajo	8
LOS SANTOS	MACARACAS	BAHÍA HONDA	El Pontón	38
LOS SANTOS	MACARACAS	BAHÍA HONDA	Loma los Corozos	20
LOS SANTOS	MACARACAS	BAHÍA HONDA	Loma Redonda	25
LOS SANTOS	MACARACAS	BAHÍA HONDA	Botoncillo	249
LOS SANTOS	MACARACAS	BAHÍA HONDA	Pacorita	10
LOS SANTOS	MACARACAS	BAHÍA HONDA	Río Arriba	37
LOS SANTOS	MACARACAS	BAHÍA HONDA	El Jobo	8
LOS SANTOS	MACARACAS	BAHÍA HONDA	Los Jacintos	78
LOS SANTOS	MACARACAS	COROZAL	Corozal	290
LOS SANTOS	MACARACAS	COROZAL	El Bijao o Corozal Arriba	21
LOS SANTOS	MACARACAS	COROZAL	Corozal Abajo P	62
LOS SANTOS	MACARACAS	COROZAL	El Castillo	19
LOS SANTOS	MACARACAS	COROZAL	El Pantano	25
LOS SANTOS	MACARACAS	COROZAL	La Sabaneta del Pontón	19
LOS SANTOS	MACARACAS	COROZAL	Loma Panamá	15
LOS SANTOS	MACARACAS	COROZAL	Palenque	36
LOS SANTOS	MACARACAS	EL CEDRO	Cedro Arriba	212
LOS SANTOS	MACARACAS	EL CEDRO	El Guayacan	8
LOS SANTOS	MACARACAS	EL CEDRO	El Hato	15
LOS SANTOS	MACARACAS	EL CEDRO	La Meca	23
LOS SANTOS	MACARACAS	EL CEDRO	El Bravo	32
LOS SANTOS	MACARACAS	EL CEDRO	Cedro Abajo (P)	51
LOS SANTOS	MACARACAS	ESPINO AMARILLO	Espino Amarillo	79
LOS SANTOS	MACARACAS	ESPINO AMARILLO	Alto de Las Margaritas	3
LOS SANTOS	MACARACAS	ESPINO AMARILLO	Las Margaritas	6
LOS SANTOS	MACARACAS	ESPINO AMARILLO	Loma Azul	5
LOS SANTOS	MACARACAS	ESPINO AMARILLO	Espino Prieto	1
LOS SANTOS	MACARACAS	ESPINO AMARILLO	Paradero (P)	5
LOS SANTOS	MACARACAS	ESPINO AMARILLO	Los Palacios	5
LOS SANTOS	MACARACAS	ESPINO AMARILLO	Quebrada Fría	14
LOS SANTOS	MACARACAS	ESPINO AMARILLO	Sabaneta De León	14
LOS SANTOS	MACARACAS	LA MESA	La Mesa	390
LOS SANTOS	MACARACAS	LA MESA	El Balso	14

Reglamento Operativo de la Estrategia de Extensión de Cobertura  
Direcciones Regionales de Salud, enero 2023

<b>LOS SANTOS- GRUPO POBLACIONAL LOS SANTOS N°1</b>				
<b>PROVINCIA</b>	<b>DISTRITO</b>	<b>CORREGIMIENTO</b>	<b>COMUNIDAD</b>	<b>POBLACIÓN – OCTUBRE 2022</b>
LOS SANTOS	MACARACAS	LA MESA	El Pedrito	7
LOS SANTOS	MACARACAS	LA MESA	Hondo del Naranjo	5
LOS SANTOS	MACARACAS	LA MESA	Hondo del Niguito (P)	51
LOS SANTOS	MACARACAS	LA MESA	La Lajita (P)	19
LOS SANTOS	MACARACAS	LA MESA	La Mesita	31
LOS SANTOS	MACARACAS	LA MESA	Las Benitas	19
LOS SANTOS	MACARACAS	LA MESA	Tumaco Abajo	20
LOS SANTOS	MACARACAS	LA MESA	Tumaco Arriba (P)	6
LOS SANTOS	MACARACAS	LA MESA	Quito	34
LOS SANTOS	MACARACAS	LAS PALMAS	El Pájaro	99
LOS SANTOS	MACARACAS	LAS PALMAS	Loma Secreta o Las Lomas	8
LOS SANTOS	MACARACAS	LAS PALMAS	El Caratillo	23
LOS SANTOS	MACARACAS	LAS PALMAS	Quebrada del Calabazo	48
LOS SANTOS	MACARACAS	LAS PALMAS	El Manglillo	2
LOS SANTOS	MACARACAS	LAS PALMAS	La Guachara	3
LOS SANTOS	MACARACAS	LAS PALMAS	Las Palmas	6
LOS SANTOS	MACARACAS	LAS PALMAS	La Laguna	11
LOS SANTOS	MACARACAS	LAS PALMAS	Los Negros	4
LOS SANTOS	MACARACAS	LAS PALMAS	Los Rastrojo	31
LOS SANTOS	MACARACAS	LAS PALMAS	Los Guayabo	22
LOS SANTOS	MACARACAS	LAS PALMAS	Buena Vista	2
LOS SANTOS	MACARACAS	LAS PALMAS	Los Bajitos Arriba	29
LOS SANTOS	MACARACAS	LAS PALMAS	Picacho	5
LOS SANTOS	MACARACAS	LAS PALMAS	Los Bajitos Abajo	5
LOS SANTOS	MACARACAS	LLANO DE PIEDRA	Bombachito	170
LOS SANTOS	MACARACAS	LLANO DE PIEDRA	Las Llanitas	6
LOS SANTOS	MACARACAS	LLANO DE PIEDRA	Mongoy	1
LOS SANTOS	MACARACAS	LLANO DE PIEDRA	Los Ajjes	18
LOS SANTOS	MACARACAS	LLANO DE PIEDRA	Bombacho	55
LOS SANTOS	MACARACAS	LLANO DE PIEDRA	Corralito	21
LOS SANTOS	MACARACAS	LLANO DE PIEDRA	San Antonio	40
LOS SANTOS	MACARACAS	LLANO DE PIEDRA	Río Arriba	9
LOS SANTOS	MACARACAS	LLANO DE PIEDRA	Platanal (P)	2
LOS SANTOS	MACARACAS	MOGOLLÓN	Mogollón	46
LOS SANTOS	MACARACAS	MOGOLLÓN	Cariaco	16
LOS SANTOS	MACARACAS	MOGOLLÓN	La Loma de la Palma	3
LOS SANTOS	MACARACAS	MOGOLLÓN	Quema	86
LOS SANTOS	MACARACAS	MOGOLLÓN	La Rana	14
LOS SANTOS	MACARACAS	MOGOLLÓN	Río Abajo (P)	11
LOS SANTOS	MACARACAS	MOGOLLÓN	La Raíz	3
LOS SANTOS	MACARACAS	BAJOS DE GUERRA	Guerita	88
LOS SANTOS	MACARACAS	BAJOS DE GUERRA	El Cántaro	10
LOS SANTOS	MACARACAS	BAJOS DE GUERRA	La Paula	22
LOS SANTOS	MACARACAS	BAJOS DE GUERRA	La Colorada	14
LOS SANTOS	MACARACAS	LLANO DE PIEDRA	El Pixvae (P)	16
LOS SANTOS	MACARACAS	BAJOS DE GUERRA	Tulú Abajo	75
LOS SANTOS	MACARACAS	BAJOS DE GUERRA	La Higuera	7
LOS SANTOS	MACARACAS	BAJOS DE GUERRA	El Tallo	35
LOS SANTOS	MACARACAS	BAJOS DE GUERRA	La Pita	2
LOS SANTOS	MACARACAS	BAJOS DE GUERRA	Tulú Arriba (P)	5
LOS SANTOS	MACARACAS	BAJOS DE GUERRA	Bajo de Guera (P)	130
LOS SANTOS	MACARACAS	BAJOS DE GUERRA	El Comejen	14
LOS SANTOS	MACARACAS	BAJOS DE GUERRA	El Pixvae (P)	3
LOS SANTOS	MACARACAS	BAJOS DE GUERRA	La Pifa N 2	2
LOS SANTOS	MACARACAS	BAJOS DE GUERRA	El Hortigo (P)	1

Reglamento Operativo de la Estrategia de Extensión de Cobertura  
Direcciones Regionales de Salud, enero 2023

<b>LOS SANTOS- GRUPO POBLACIONAL LOS SANTOS N°1</b>				
<b>PROVINCIA</b>	<b>DISTRITO</b>	<b>CORREGIMIENTO</b>	<b>COMUNIDAD</b>	<b>POBLACIÓN – OCTUBRE 2022</b>
LOS SANTOS	MACARACAS	BAJOS DE GUERRA	Paso Hondo (P)	9
LOS SANTOS	MACARACAS	BAJOS DE GUERRA	Los Gatos	4
LOS SANTOS	GUARARÉ	EL MACANO	El Macano	52
LOS SANTOS	GUARARÉ	EL MACANO	Nalú	5
LOS SANTOS	GUARARÉ	EL MACANO	La Guinea	14
LOS SANTOS	GUARARÉ	EL MACANO	Los Calabacitos	6
LOS SANTOS	GUARARÉ	EL MACANO	Santa Ana	27
LOS SANTOS	GUARARÉ	EL MACANO	Cuculita	17
LOS SANTOS	GUARARÉ	EL MACANO	Cucula	71
LOS SANTOS	GUARARÉ	EL MACANO	Canajagua	1
LOS SANTOS	GUARARÉ	EL MACANO	Los Toretos	11
LOS SANTOS	GUARARÉ	EL ESPINAL	La Albina Grande	135
LOS SANTOS	GUARARÉ	EL ESPINAL	Lagartillo	159
LOS SANTOS	GUARARÉ	EL ESPINAL	Chumajal	101
LOS SANTOS	GUARARÉ	EL ESPINAL	Tierra Blanca	28
LOS SANTOS	GUARARÉ	EL ESPINAL	El Nanzal (P)	1
LOS SANTOS	GUARARÉ	EL ESPINAL	La Loma	34
LOS SANTOS	GUARARÉ	LAS TRANCAS	El Rodeo	27
LOS SANTOS	GUARARÉ	LAS TRANCAS	Chumical (P)	2
LOS SANTOS	GUARARÉ	LAS TRANCAS	Giron	11
LOS SANTOS	GUARARÉ	LAS TRANCAS	La Flor	36
LOS SANTOS	GUARARÉ	LAS TRANCAS	La Pita	3
LOS SANTOS	GUARARÉ	LLANO ABAJO	Llano de La Palma	18
LOS SANTOS	GUARARÉ	LLANO ABAJO	La Peña	140
LOS SANTOS	GUARARÉ	EL HATO	La Horquetilla	13
LOS SANTOS	LOS SANTOS	LA VILLA DE LOS SANTOS	Caña Brava N° 2	38
LOS SANTOS	LOS SANTOS	LA VILLA DE LOS SANTOS	Caña Brava N° 3	7
LOS SANTOS	LOS SANTOS	LA VILLA DE LOS SANTOS	Colón N° 1	23
LOS SANTOS	LOS SANTOS	LA VILLA DE LOS SANTOS	Colón N° 2	6
LOS SANTOS	LOS SANTOS	LA COLORADA	Atalayita	149
LOS SANTOS	LOS SANTOS	LA COLORADA	Cansino	25
LOS SANTOS	LOS SANTOS	LA COLORADA	Las Monas	19
LOS SANTOS	LOS SANTOS	LA COLORADA	Rodeito	102
LOS SANTOS	LOS SANTOS	LA COLORADA	Los Picadores	22
LOS SANTOS	LOS SANTOS	LAS CRUCES	Guarareito	118
LOS SANTOS	LOS SANTOS	LAS CRUCES	La Limona	140
LOS SANTOS	LOS SANTOS	LAS CRUCES	La Galera	9
<b>TOTAL</b>				<b>5,001</b>

LOS SANTOS- GRUPO POBLACIONAL LOS SANTOS N°2				
PROVINCIA	DISTRITO	CORREGIMIENTO	COMUNIDAD	POBLACIÓN – OCTUBRE 2022
LOS SANTOS	LAS TABLAS	BAYANO	QUEBRADA GRANDE	40
LOS SANTOS	LAS TABLAS	BAYANO	EL FERMIN	12
LOS SANTOS	LAS TABLAS	BAYANO	MARIN	2
LOS SANTOS	LAS TABLAS	BAYANO	EL MESO	23
LOS SANTOS	LAS TABLAS	BAYANO	EL SALITRE	6
LOS SANTOS	LAS TABLAS	BAYANO	LAS LAJITAS	6
LOS SANTOS	LAS TABLAS	BAYANO	LOS BORRIGUEROS	16
LOS SANTOS	LAS TABLAS	BAYANO	LOS PIROS	11
LOS SANTOS	LAS TABLAS	BAYANO	EL CORO	2
LOS SANTOS	LAS TABLAS	BAYANO	ALTO DE LOS GONZALEZ	7
LOS SANTOS	LAS TABLAS	BAYANO	LAS PLACETAS	2
LOS SANTOS	LAS TABLAS	BAYANO	LOS YERBOS	3
LOS SANTOS	LAS TABLAS	BAYANO	ORIA ARRIBA	6
LOS SANTOS	LAS TABLAS	BAYANO	QUEMA (P)	2
LOS SANTOS	LAS TABLAS	BAYANO	ORIA ABAJO	61
LOS SANTOS	LAS TABLAS	BAYANO	TABOGA	26
LOS SANTOS	LAS TABLAS	BAYANO	LA CANOA	42
LOS SANTOS	LAS TABLAS	BAYANO	BAYANO	238
LOS SANTOS	LAS TABLAS	BAYANO	EL CIRUELITO	17
LOS SANTOS	LAS TABLAS	BAYANO	LA CANOA	42
LOS SANTOS	LAS TABLAS	BAYANO	BAYANO	238

Reglamento Operativo de la Estrategia de Extensión de Cobertura  
Direcciones Regionales de Salud, enero 2023

LOS SANTOS	LAS TABLAS	BAYANO	EL CIRUELITO	17
LOS SANTOS	LAS TABLAS	BAYANO	FLOR AMARILLA	49
LOS SANTOS	LAS TABLAS	BAYANO	CRUCE DE FLOR AMARILLA	8
LOS SANTOS	LAS TABLAS	BAYANO	CANAJAGUA (P)	38
LOS SANTOS	LAS TABLAS	RÍO HONDO	MONAGRILLO	18
LOS SANTOS	LAS TABLAS	NUARIO	NUARIO	83
LOS SANTOS	LAS TABLAS	NUARIO	LOS PLANES	3
LOS SANTOS	LAS TABLAS	NUARIO	MADROÑO (P)	16
LOS SANTOS	LAS TABLAS	NUARIO	LOS MEDIOS	10
LOS SANTOS	LAS TABLAS	NUARIO	LA LOMA	8
LOS SANTOS	LAS TABLAS	NUARIO	LOS CERRITOS	1
LOS SANTOS	LAS TABLAS	NUARIO	LOS BUHOS	24

LOS SANTOS- GRUPO POBLACIONAL LOS SANTOS N°2				
PROVINCIA	DISTRITO	CORREGIMIENTO	COMUNIDAD	POBLACIÓN – OCTUBRE 2022
LOS SANTOS	LAS TABLAS	BAYANO	LOS MUÑOCES	8
LOS SANTOS	PEDASI	ORIA ARRIBA	ORIA ARRIBA	123
LOS SANTOS	PEDASI	ORIA ARRIBA	CALABACITO	7
LOS SANTOS	PEDASI	ORIA ARRIBA	LA SECA	1
LOS SANTOS	PEDASI	ORIA ARRIBA	EL CIRUELO	8
LOS SANTOS	PEDASI	ORIA ARRIBA	LOS ALGODONES	13
LOS SANTOS	PEDASI	LOS ASIENTOS	COBACHON	68
LOS SANTOS	PEDASI	PURIO	BUENOS AIRES	68
LOS SANTOS	PEDASI	PURIO	LOS CERRITOS	4
LOS SANTOS	PEDASI	PURIO	PUEBLO NUEVO	5
LOS SANTOS	PEDASI	PURIO	PALACIOS	11
LOS SANTOS	TONOSÍ	ALTOS DE GUERRA	RIO QUEMA	191
LOS SANTOS	TONOSÍ	ALTOS DE GUERRA	AGUAS CLARAS	5
LOS SANTOS	TONOSÍ	ALTOS DE GUERRA	BAJOS DE GÜERA (P)	1
LOS SANTOS	TONOSÍ	ALTOS DE GUERRA	EL CARRION	8
LOS SANTOS	TONOSÍ	ALTOS DE GUERRA	EL BAJO DE LA PINTADA	1
LOS SANTOS	TONOSÍ	ALTOS DE GUERRA	BOCA DE QUEMA	97
LOS SANTOS	TONOSÍ	ALTOS DE GUERRA	SALAMIN	3
LOS SANTOS	TONOSÍ	ALTOS DE GUERRA	BAJO BONITO	10
LOS SANTOS	TONOSÍ	ALTOS DE GUERRA	QUEBRADA DE QUEMA ARRIBA	1
LOS SANTOS	TONOSÍ	ALTOS DE GUERRA	ESPAVEITO	65
LOS SANTOS	TONOSÍ	ALTOS DE GUERRA	MANO DE PIEDRA	7
LOS SANTOS	TONOSÍ	ALTOS DE GUERRA	PASO HONDO (P)	3
LOS SANTOS	TONOSÍ	ALTOS DE GUERRA	BOCA DE TORO	4
LOS SANTOS	TONOSI	ALTOS DE GUERRA	LOS ATRALES	25
LOS SANTOS	TONOSI	ALTOS DE GUERRA	ALTOS DE GÜERA	3
LOS SANTOS	TONOSI	EL CORTEZO	EL CORTEZO	218
LOS SANTOS	TONOSI	EL CORTEZO	EL CORTEZO ABAJO	10
LOS SANTOS	TONOSI	EL CORTEZO	EL SUAY (P)	4
LOS SANTOS	TONOSI	EL CORTEZO	EL SILENCIO	8
LOS SANTOS	TONOSI	EL CORTEZO	LA ANGUILLA	10
LOS SANTOS	TONOSI	EL CORTEZO	BARRO PRIETO	4
LOS SANTOS	TONOSI	EL CORTEZO	PROVINCIA	9
LOS SANTOS	TONOSI	EL CORTEZO	LAS VIDAS	7
LOS SANTOS	TONOSI	EL CORTEZO	AGUAS CALIENTE (P)	4

Reglamento Operativo de la Estrategia de Extensión de Cobertura  
Direcciones Regionales de Salud, enero 2023

LOS SANTOS	TONOSI	EL CORTEZO	AGUAS TIBIAS	3
LOS SANTOS	TONOSI	EL CORTEZO	LOS CHIQUEROS	2
LOS SANTOS	TONOSI	EL CORTEZO	LA PINTADA	148
LOS SANTOS	TONOSI	EL CORTEZO	LOS AROMOS	11
LOS SANTOS	TONOSI	EL CORTEZO	LA PINTADITA	37
LOS SANTOS	TONOSI	EL CORTEZO	EL QUIRA	23
LOS SANTOS	TONOSI	EL CORTEZO	GUANIKUITO ARRIBA (P)	1
LOS SANTOS	TONOSI	FLORES	JOAQUIN	68
LOS SANTOS	TONOSI	FLORES	MONTOSO	5
LOS SANTOS	TONOSI	FLORES	LA PALMOSA (P)	4
LOS SANTOS	TONOSI	FLORES	LA PRIETA	2
LOS SANTOS	TONOSI	FLORES	DESEMBOCADURA DE QUEBRADA PRIETA	2
LOS SANTOS	TONOSI	FLORES	OLIVITA	3
LOS SANTOS	TONOSI	FLORES	LA TOTUMITA	2
LOS SANTOS	TONOSI	FLORES	OLIVITA ABAJO	3

LOS SANTOS- GRUPO POBLACIONAL LOS SANTOS N°2				
PROVINCIA	DISTRITO	CORREGIMIENTO	COMUNIDAD	POBLACIÓN – OCTUBRE 2022
LOS SANTOS	TONOSI	FLORES	COIBA	32
LOS SANTOS	TONOSI	FLORES	JOAQUIN ARRIBA	3
LOS SANTOS	TONOSI	LA TRONOSA	LA TRONOSA	66
LOS SANTOS	TONOSI	LA TRONOSA	PLAN BONITO	22
LOS SANTOS	TONOSI	LA TRONOSA	AGUAS CALIENTES	21
LOS SANTOS	TONOSI	LA TRONOSA	QUEBRADA LA MIELITA	9
LOS SANTOS	TONOSI	LA TRONOSA	BARRANCON	21
LOS SANTOS	TONOSI	LA TRONOSA	GÜERA	183
LOS SANTOS	TONOSI	LA TRONOSA	LA REDONDA	6
LOS SANTOS	TONOSI	LA TRONOSA	EL CASTILLO	3
LOS SANTOS	TONOSI	LA TRONOSA	EL SUAY (P)	1
LOS SANTOS	TONOSI	LA TRONOSA	EL GUAYABO	8
LOS SANTOS	TONOSI	LA TRONOSA	GUANIKUITO ARRIBA	81
LOS SANTOS	TONOSI	ISLA CAÑA	ISLA CAÑAS	314
LOS SANTOS	TONOSI	ISLA CAÑA	EL BANCO	1
LOS SANTOS	TONOSI	ISLA CAÑA	LA ALBINA	4
LOS SANTOS	TONOSI	ISLA CAÑA	LOS TRABAJADEROS PUNTA CAÑA	5
LOS SANTOS	TONOSI	ISLA CAÑA	VENANCIO	4
LOS SANTOS	TONOSI	CAÑAS	<b>CAÑAS</b>	255
LOS SANTOS	TONOSI	CAÑAS	BELLA VISTA	7
LOS SANTOS	TONOSI	CAÑAS	BUENA VISTA	4
LOS SANTOS	TONOSI	CAÑAS	AGUA DE LA LOMA	2
LOS SANTOS	TONOSI	CAÑAS	EL PARADERO	1
LOS SANTOS	TONOSI	CAÑAS	LA COLORADA	4
LOS SANTOS	TONOSI	CAÑAS	LA MINA	5
LOS SANTOS	TONOSI	CAÑAS	LA SAINA (P)	4
LOS SANTOS	PEDASÍ	ORIA ARRIBA	PLAYA VENADO	4
LOS SANTOS	TONOSI	CAÑAS	OJO DE AGUA	85
LOS SANTOS	TONOSI	CAÑAS	AGUA BUENA	114
LOS SANTOS	TONOSI	CAÑAS	EL CIGÜA (P)	18
LOS SANTOS	TONOSI	CAÑAS	PUEBLO NUEVO	10
LOS SANTOS	TONOSI	CAÑAS	LA RAIZOSA	3
LOS SANTOS	TONOSI	CAÑAS	CAÑA BRAVA	16
LOS SANTOS	TONOSI	CAÑAS	EL CEDRO DE AGUA BUENA (P)	2
LOS SANTOS	TONOSI	CAMBUTAL	HORCONES	52
LOS SANTOS	TONOSI	CAMBUTAL	HORCONES ARRIBA	5

Reglamento Operativo de la Estrategia de Extensión de Cobertura  
Direcciones Regionales de Salud, enero 2023

LOS SANTOS	TONOSI	CAMBUTAL	LA CUCHILLA	4
LOS SANTOS	TONOSI	CAMBUTAL	PEDREGAL ARRIBA	7
LOS SANTOS	TONOSI	CAMBUTAL	PEDREGAL	4
LOS SANTOS	TONOSI	CAMBUTAL	PIEDRA CARETA	11
LOS SANTOS	TONOSI	CAMBUTAL	PORTOBELO	8
LOS SANTOS	TONOSI	CAMBUTAL	PUNTA BLANCA	6
LOS SANTOS	POCRI	LAJAMINA	ENTRE DOS RIOS	45
LOS SANTOS	POCRI	LAJAMINA	CALIFORNIA	14
LOS SANTOS	POCRI	LAJAMINA	LA MADERA	28
LOS SANTOS	PEDASÍ	ORIA ARRIBA	EL TORO	59
LOS SANTOS	PEDASÍ	ORIA ARRIBA	LA VACA (P)	1
LOS SANTOS	POCRI	PARITILLA	EL LIMONCITO	13
LOS SANTOS	POCRI	PARITILLA	EL TABANO	15
LOS SANTOS	POCRI	PARITILLA	CARRICILLAL O CARRILLAL	70
LOS SANTOS	TONOSI	EL BERBEDERO	EL BEBEDERO (P)	381
LOS SANTOS	TONOSI	EL BERBEDERO	LA CULEBRA	35

LOS SANTOS- GRUPO POBLACIONAL LOS SANTOS Nº2				
PROVINCIA	DISTRITO	CORREGIMIENTO	COMUNIDAD	POBLACIÓN – OCTUBRE 2022
LOS SANTOS	TONOSI	EL BEBEDERO	MONTEVIDEO O AGUAS AZULES	31
LOS SANTOS	TONOSI	EL BEBEDERO	BIJAGUALES	26
LOS SANTOS	TONOSI	EL BEBEDERO	LA JOBA	37
LOS SANTOS	TONOSI	EL BEBEDERO	LAS ZAHUMERIA	32
LOS SANTOS	TONOSI	GUANICO	JOBERO	100
LOS SANTOS	TONOSI	GUANICO	CAÑA BLANCAL	40
LOS SANTOS	TONOSI	GUANICO	LA ARENOSA	6
LOS SANTOS	TONOSI	GUANICO	LA PALMA	4
LOS SANTOS	TONOSI	GUANICO	GUANICO ABAJO	361
LOS SANTOS	TONOSI	GUANICO	AVE MARIA	120
LOS SANTOS	TONOSI	GUANICO	LIBORIA	29
LOS SANTOS	TONOSI	GUANICO	FINCA EL JOBO	1
LOS SANTOS	TONOSI	GUANICO	OSTIONAL	3
LOS SANTOS	TONOSI	GUANICO	GUANICO ARRIBA	151
LOS SANTOS	TONOSI	GUANICO	LA ZAPATOSA	81
<b>TOTAL</b>				<b>5,145</b>

**Anexo 1H: SECTOR COMARCA DE KUNA YALA**

SECTOR	CORREGIMIENTO	COMUNIDAD	POBLACIÓN 31 OCTUBRE 2022
<b>SECTOR 1 CARTI</b>	NARGANA (CABECERA)	ACUATUPU O ISLA PIEDRA	456
	NARGANA (CABECERA)	ARRITUPU O ISLA IGUANA	325
	NARGANA (CABECERA)	CARTI MULATUPU	504
	NARGANA (CABECERA)	CARTI SUGTUPU	1,231
	NARGANA (CABECERA)	CARTI YANTUPU O ISLA PUERCO DE MONTE	345
	NARGANA (CABECERA)	CORBISKI	321
	NARGANA (CABECERA)	ISLA COIBITA O SADUGUA	111
	NARGANA (CABECERA)	ISLA NUEVO MAMITUPU	236
	NARGANA (CABECERA)	MANDINGA UBIGANTUPU O SOLEDAD MANDINGA	438
	NARGANA (CABECERA)	MANDIYALA	300
	NARGANA (CABECERA)	NALUNEGA	512
	NARGANA (CABECERA)	NARANJOS GRANDES O NARBAGANDUP DUMMAD	561
	NARGANA (CABECERA)	NUEVO TUPILE O ISLA CARTI TUPILE	535
	NARGANA (CABECERA)	NUGNUGTUPU	42
	NARGANA (CABECERA)	OGOBSIPUDUP O ISLA COCO BLANCO	19
	NARGANA (CABECERA)	OROSTUPU O ISLA DEL ARROZ	98
	NARGANA (CABECERA)	RIO CANGANDI	398
	NARGANA (CABECERA)	TUBUALA No.1	30
	NARGANA (CABECERA)	TUPSUIT CHICO	120
	NARGANA (CABECERA)	TUPSUIT GRANDE O ISLA AILITUPO	273
NARGANA (CABECERA)	WICHUB-HUALA O TRONCO DE HICACO	222	
NARGANA (CABECERA)	WAGSAILATUPU O CAYOS PELO LATINO (GUAISAILADUP)	2	
<b>SECTOR 2 RÍO SIDRA</b>	NARGANA (CABECERA)	ISLA SAPO O NADUP	5
	NARGANA (CABECERA)	MAMARTUPU	748
	NARGANA (CABECERA)	MIRIA UBIGANTUPU O SOLEDAD MIRIA	1033
	NARGANA (CABECERA)	MORMAQUETUPU O ISLA MAQUINA	418
	NARGANA (CABECERA)	NARVA GANDU PIPI O NARANJOS CHICOS	367
	NARGANA (CABECERA)	NUSATUPU O ISLA RATON	362
	NARGANA (CABECERA)	RIO SIDRA	1092
<b>SECTOR 3 NARGANÁ</b>	NARGANA (CABECERA)	CORAZON DE JESUS O AKUANUSATUPU	362
	NARGANA (CABECERA)	ISLA TIGRE	641
	NARGANA (CABECERA)	MAGUEBGANDI O ACHIOTE O ACHIOTAL	206
	NARGANA (CABECERA)	NARGANA O YANTUPU	793
	NARGANA (CABECERA)	RIO AZUCAR O CUEPTI	339
	NARGANA (CABECERA)	TIKANTIQUI O NIATUPO (ISLA DEL DIABLO)	659

Reglamento Operativo de la Estrategia de Extensión de Cobertura  
Direcciones Regionales de Salud, enero 2023

<b>SECTOR 4 PLAYON CHICO</b>	AILIGANDI	AIRDIRGANDI O PIEDRA DE AMOLAR (COSTA)	89
	AILIGANDI	IRGANDI	49
	AILIGANDI	PLAYON CHICO O UKUPSENI	2,191
	AILIGANDI	PLAYON GRANDE O UKUPA (COSTA)	90
	AILIGANDI	SAN IGNACIO DE TUPILE O KANIR-DUP O ISLA GALLINA	1,358
<b>SECTOR 5 AILIGANDÍ</b>	AILIGANDI	ACHUTUPU O ISLA PERRO	1818
	AILIGANDI	AILIGANDI O MANGLAR	1,268
	AILIGANDI	WAGUITUPU O ISLA PERICO	33
	AILIGANDI	MAMITUPU O ISLA MAMEY	1,270
<b>SECTOR 6 USTUPU</b>	AILIGANDI	OGOBSUCUM O ENSENADA DE COCO	1,357
	AILIGANDI	USTUPU O ISLA CONEJO PINTADO O ÑEQUE	2,160
<b>SECTOR 7 MULATUPU</b>	TUBUALÁ	CARRETO O YANCIR DIVAR	177
	TUBUALÁ	COETUPU O ISLA VENADO/CALEDONIA	762
	TUBUALÁ	ISLA PINO	163
	TUBUALÁ	MANSUCUM	574
	TUBUALÁ	MULATUPU	1283

Reglamento Operativo de la Estrategia de Extensión de Cobertura  
 Direcciones Regionales de Salud, enero 2023

SECTOR	CORREGIMIENTO	COMUNIDAD	POBLACIÓN 31 OCTUBRE 2022
	TUBUALÁ	NABADUB O ISLA CUBA	281
	TUBUALÁ	NAVAGANDI	577
	TUBUALÁ	SASARDI	328
	TUBUALÁ	TUBUALA	820
<b>SECTOR 8 PUERTO OBALDÍA</b>	PUERTO OBALDIA	LA MIEL	76
	PUERTO OBALDIA	PUERTO OBALDIA	398
	TUBUALA	ANACHUCUNA (COSTA) ASUEMULU	462
	TUBUALA	PERME PUEBLO NUEVO	109
	TUBUALA	ARMILA	751
<b>TOTAL</b>			32,547

**Anexo 1I: SECTORES DE LA COMARCA NGÓBE BUGLÉ**

SECTOR	DISTRITO	CORREGIMIENTO	COMUNIDAD	POBLACIÓN 31 OCTUBRE 2022
<b>SECTOR BESIKO 1</b>	BESIKO	SOLOY (CABECERA)	BARRIADA 2000	404
	BESIKO	SOLOY (CABECERA)	BOCA DE CAÑA	35
	BESIKO	SOLOY (CABECERA)	BOCA DE JEBAY	474
	BESIKO	SOLOY (CABECERA)	BOCA DE QUEBRADA DE HACHA (P)	31
	BESIKO	SOLOY (CABECERA)	BOCA DE SOLOY	389
	BESIKO	SOLOY (CABECERA)	MORACHO O EL JACINTO	51
	BESIKO	SOLOY (CABECERA)	ALTO SOLOY	124
	BESIKO	SOLOY (CABECERA)	GARICHO	106
	BESIKO	SOLOY (CABECERA)	BARRIADA SAN FRANCISCO	7
	BESIKO	SOLOY (CABECERA)	CABECERA DE CORRAL	41
<b>SECTOR JIRONDAI 1</b>	KANKINTU	BURI	ALTOS DEL VALLE	212
	KANKINTU	BURI	BARRANQUILLA No.3	8
	KANKINTU	BURI	CAÑIZO	54
	KANKINTU	BURI	CARACOL O GUARI	223
	KANKINTU	BURI	EL GUABO	46
	KANKINTU	BURI	EL VALLE	46
	KANKINTU	BURI	GUABITO O PALMITA ARRIBA	14
	KANKINTU	BURI	GUALAQUITA O NUTIVI (P)	53
	KANKINTU	BURI	GUARUMITO (P)	314
	KANKINTU	BURI	GUAYABAL	46
	KANKINTU	BURI	LA LOMITA	204
	KANKINTU	BURI	LA PALMITA	8
	KANKINTU	BURI	LA VERRUGOSA	1
	KANKINTU	BURI	LAJAS	5
	KANKINTU	BURI	MALI	451
	KANKINTU	BURI	MEDIO ORIENTE	46
	KANKINTU	BURI	NUEVA ESTRELLA ARRIBA	258
	KANKINTU	BURI	<b>ORIENTE</b>	684
	KANKINTU	BURI	PALMITO	52
	KANKINTU	BURI	PUEBLO NUEVO	1482
KANKINTU	BURI	TOLOTE	185	
KANKINTU	BURI	VALLE ABAJO	278	
KANKINTU	BURI	ZULIARI	11	

Reglamento Operativo de la Estrategia de Extensión de Cobertura  
Direcciones Regionales de Salud, enero 2023

SECTOR	DISTRITO	CORREGIMIENTO	COMUNIDAD	POBLACIÓN 31 OCTUBRE 2022
SECTOR KANKINTÚ 1	KANKINTU	KANKINTU	KANKINTÚ	1489
	KANKINTU	BISIRA (CABECERA)	BECATIVÍ (P)	142
	KANKINTU	BISIRA (CABECERA)	BISIRA	1778
	KANKINTU	BISIRA (CABECERA)	ÑO TOLENTE	123
	KANKINTU	KANKINTU	NUTIVI OCCIDENTE	516
	KANKINTU	BISIRA (CABECERA)	POMAN CREEK	79
	KANKINTU	KANKINTU	BECATIVI (P)	8
	KANKINTU	KANKINTU	SIRAIN ABAJO	88
SECTOR KANKINTÚ 2	KANKINTU	BISIRA (CABECERA)	BOCA DE JALI	2
	KANKINTU	BISIRA (CABECERA)	CITATE	70
	KANKINTU	BISIRA (CABECERA)	BOCA DEL RIO CRICAMOLA	63
	KANKINTU	BISIRA (CABECERA)	CATAVELA	88
	KANKINTU	BISIRA (CABECERA)	PUNTA CUACO	78
	KANKINTU	BISIRA (CABECERA)	PUNTA ESTRELLA	43
	KANKINTU	BISIRA (CABECERA)	QUERAMI	13
	KANKINTU	BISIRA (CABECERA)	RIO TOBORI	168
	KANKINTU	BISIRA (CABECERA)	RIO TORI O TORO	154
	KANKINTU	BISIRA (CABECERA)	ÑURI O LLUVIA	105
	KANKINTU	BISIRA (CABECERA)	BOCA DE QUENANI	26
	KANKINTU	BISIRA (CABECERA)	DRIGARI	20
	KANKINTU	BISIRA (CABECERA)	EL CANAL	6
	KANKINTU	BISIRA (CABECERA)	EL CANAL No.2	52
	KANKINTU	BISIRA (CABECERA)	ISLA DE MACHAPIN O GATO SOLO	3
	KANKINTU	BISIRA (CABECERA)	JURARI	54
	KANKINTU	BISIRA (CABECERA)	LA ISLA	8
	KANKINTU	BISIRA (CABECERA)	MANANTÍ CENTRO (P)	135
	KANKINTU	BISIRA (CABECERA)	PAISANA	11
	KANKINTU	BISIRA (CABECERA)	PUERTO No.2	148
	KANKINTU	BISIRA (CABECERA)	SIBIN (P)	68
	KANKINTU	BISIRA (CABECERA)	ÑO TOLENTE No.2	135
	KANKINTU	CALANTE	CALANTE	292
	KANKINTU	CALANTE	AGUA BUENA	75
KANKINTU	CALANTE	QUEBRADA GRANDE	11	
KANKINTU	CALANTE	SOLAITE	97	
KANKINTU	CALANTE	ODOBATE	28	
KANKINTU	CALANTE	KWITE	81	
SECTOR KANKINTU 3	KANKINTU	GUORONI	BUIGOTE	25
	KANKINTU	GUORONI	COINGOTE O RÍO BUENO	242
	KANKINTU	GUORONI	COMUNIDAD CARACOL	75
	KANKINTU	GUORONI	COMUNIDAD DE KUTE O QUITE	103
	KANKINTU	GUORONI	CORONTE (P)	324
	KANKINTU	GUORONI	CREMANTUVITE	116
	KANKINTU	GUORONI	MUNUNI	379
	KANKINTU	GUORONI	MUTARI	351
	KANKINTU	GUORONI	OLABOTA	35
	KANKINTU	GUORONI	QUEBRADA FRIJOLES	21
	KANKINTU	GUORONI	QUEBRADA GUANABANA O SORONI	134
	KANKINTU	GUORONI	QUEBRADA TIGRE	78
	KANKINTU	GUORONI	TIBITE	99
	KANKINTU	GUORONI	TRENENTE	7
KANKINTU	KANKINTU	ALTO MONO	181	

Reglamento Operativo de la Estrategia de Extensión de Cobertura  
Direcciones Regionales de Salud, enero 2023

SECTOR	DISTRITO	CORREGIMIENTO	COMUNIDAD	POBLACIÓN 31 OCTUBRE 2022
	KANKINTU	KANKINTU	BUROTE	1
	KANKINTU	KANKINTU	CHIVOTE	31
	KANKINTU	KANKINTU	COCOITUBIDE	12
	KANKINTU	KANKINTU	CUMINGOTE	35
	KANKINTU	KANKINTU	GUATIVI	117
	KANKINTU	KANKINTU	LOMA ARENA	21
	KANKINTU	KANKINTU	NUGLITE	32
	KANKINTU	KANKINTU	OCUGONTE	8
	KANKINTU	KANKINTU	OLARI	46
	KANKINTU	KANKINTU	PARAÍSO	113
KANKINTU	KANKINTU	QUICATUBITE	37	
SECTOR KUSAPIN 1	KUSAPIN	KUSAPIN (CABECERA)	PUNTA AVISPA	75
	KUSAPIN	KUSAPIN (CABECERA)	ISLA AVISPA	11
	KUSAPIN	KUSAPIN (CABECERA)	MIRADOE O QUEBRADA AYER	10
	KUSAPIN	KUSAPIN (CABECERA)	KUSAPIN	2130
	KUSAPIN	KUSAPIN (CABECERA)	LOMA TUCAN O CUERETUBITI	9
	KUSAPIN	KUSAPIN (CABECERA)	PLAYA Balsa	138
	KUSAPIN	KUSAPIN (CABECERA)	PLAYA BASTON	3
	KUSAPIN	KUSAPIN (CABECERA)	QUEBRADA NASA	83
	KUSAPIN	KUSAPIN (CABECERA)	NORINTUBOTO	10
	KUSAPIN	KUSAPIN (CABECERA)	PUNTA UVA O GUACAMAYA	407
	KUSAPIN	KUSAPIN (CABECERA)	ENSENADA O QUENAMOY	91
	KUSAPIN	KUSAPIN (CABECERA)	PUNTA VALIENTE	199
	KUSAPIN	KUSAPIN (CABECERA)	QUEBRADA HILO	15
	KUSAPIN	KUSAPIN (CABECERA)	CAYO PALOMA O PIGEON CAY	178
	KUSAPIN	KUSAPIN (CABECERA)	PUNTA ALEGRE	152
	KUSAPIN	KUSAPIN (CABECERA)	CAYO GUANTE	2
	KUSAPIN	KUSAPIN (CABECERA)	CUARIGONTE O QUEBRADA CACAO	39
	KUSAPIN	RIO CHIRIQUI	ARIONDA	50
	KUSAPIN	RIO CHIRIQUI	BOCA DE RÍO CHIRIQUÍ	634
	KUSAPIN	RIO CHIRIQUI	BONGLÓN	161
	KUSAPIN	RIO CHIRIQUI	CAÑO LAGARTO	29
	KUSAPIN	RIO CHIRIQUI	LIBRATE	95
	KUSAPIN	RIO CHIRIQUI	NIDANGOTE	8
KUSAPIN	RIO CHIRIQUI	NUDODUVIDI	4	
KUSAPIN	RIO CHIRIQUI	ÑODOLENTE	4	
KUSAPIN	RIO CHIRIQUI	SAN PEDRO ABAJO	271	
SECTOR KUSAPIN 5	KUSAPIN	RIO CHIRIQUI	ALTO PITA	3
	KUSAPIN	RIO CHIRIQUI	BEGABUDI	6
	KUSAPIN	RIO CHIRIQUI	BITIGARU	39
	KUSAPIN	RIO CHIRIQUI	BUROTE	315
	KUSAPIN	RIO CHIRIQUI	BUROTONI	13
	KUSAPIN	RIO CHIRIQUÍ	CABECERA DE DORORI	9
	KUSAPIN	RIO CHIRIQUI	CABECERA DE RIO CAYUCO	16
	KUSAPIN	RIO CHIRIQUI	CABEZA DE CAÑO	4
	KUSAPIN	RIO CHIRIQUI	CAMARON No.2	20
	KUSAPIN	RIO CHIRIQUI	CAÑA BLANCA	20
	KUSAPIN	RIO CHIRIQUI	CAÑAVERAL (P)	65
	KUSAPIN	RIO CHIRIQUI	CERRO MONO	24
	KUSAPIN	RIO CHIRIQUI	CLEATE	3
	KUSAPIN	RIO CHIRIQUI	CUIRATE	12
	KUSAPIN	RIO CHIRIQUI	DOGUARIGOTE	28
KUSAPIN	RIO CHIRIQUI	CERRO MONO	24	

Reglamento Operativo de la Estrategia de Extensión de Cobertura  
Direcciones Regionales de Salud, enero 2023

SECTOR	DISTRITO	CORREGIMIENTO	COMUNIDAD	POBLACIÓN 31 OCTUBRE 2022
SECTOR KUSAPIN 5	KUSAPIN	RIO CHIRIQUI	JOROTANE	3
	KUSAPIN	RIO CHIRIQUI	JUVARI	36
	KUSAPIN	RIO CHIRIQUI	KARIGUIDETE	24
	KUSAPIN	RIO CHIRIQUI	KIKAROGOTE	4
	KUSAPIN	RIO CHIRIQUI	KIKATE	8
	KUSAPIN	RIO CHIRIQUI	DORORI	48
	KUSAPIN	RIO CHIRIQUI	LOMA DE RIO CAÑA	7
	KUSAPIN	RIO CHIRIQUI	MAINA	230
	KUSAPIN	RIO CHIRIQUI	MAINA ARRIBA	5
	KUSAPIN	RIO CHIRIQUI	MANGO	327
	KUSAPIN	RIO CHIRIQUI	MENANYCUDETE	20
	KUSAPIN	RIO CHIRIQUI	MIRAMAR	13
	KUSAPIN	RIO CHIRIQUI	MOROBOTO	23
	KUSAPIN	RIO CHIRIQUI	MUAY ABAJO	133
	KUSAPIN	RIO CHIRIQUI	DUÑUY O QUEBRADA CAYUCO	28
	KUSAPIN	RIO CHIRIQUI	DURY O NORORY	15
	KUSAPIN	RIO CHIRIQUI	NURINDE	4
	KUSAPIN	RÍO CHIRIQUÍ	IBARI O QUEBRADA PICANTO	32
	KUSAPIN	RIO CHIRIQUI	ODOBANCUDETE	9
	KUSAPIN	RIO CHIRIQUI	ODOBARI	18
	KUSAPIN	RIO CHIRIQUI	ORORI	8
	KUSAPIN	RIO CHIRIQUI	PALO BLANCO	28
	KUSAPIN	RIO CHIRIQUI	PANTAN O BOCA DE RIO CAÑA (P)	14
	KUSAPIN	RIO CHIRIQUI	PLAYA DE SAN PEDRO	36
	KUSAPIN	RIO CHIRIQUI	PLAYA TIGRE	67
	KUSAPIN	RIO CHIRIQUI	QUEBRADA BONITA	107
	KUSAPIN	RIO CHIRIQUI	QUEBRADA CAMARÓN	39
	KUSAPIN	RIO CHIRIQUI	QUEBRADA CEDRO	198
	KUSAPIN	RIO CHIRIQUI	QUEBRADA MONO	36
	KUSAPIN	RIO CHIRIQUI	QUIMPANPAN	26
	KUSAPIN	RIO CHIRIQUI	RAMAS DEL GUABO	12
	KUSAPIN	RIO CHIRIQUI	RIO PIEDRA	107
	KUSAPIN	RIO CHIRIQUI	JODROTE o BOCA DURII	27
	KUSAPIN	RIO CHIRIQUI	SAMINDI	16
KUSAPIN	RIO CHIRIQUI	SARDINA	23	
KUSAPIN	RIO CHIRIQUI	SIROTE (P)	1	
KUSAPIN	RIO CHIRIQUI	SORONI	13	
KUSAPIN	RIO CHIRIQUI	TORONTE (P)	12	
KUSAPIN	RIO CHIRIQUI	TUBITU	80	
KUSAPIN	RIO CHIRIQUI	VEGAY	149	

Reglamento Operativo de la Estrategia de Extensión de Cobertura  
Direcciones Regionales de Salud, enero 2023

SECTOR	DISTRITO	CORREGIMIENTO	COMUNIDAD	POBLACIÓN 31 OCTUBRE 2022
SECTOR MIRONO 1	MIRONO	HATO JULI	ALTO LIMON (P)	152
	MIRONO	HATO JULI	ALTO NANCITO	289
	MIRONO	HATO JULI	BAJO CHIVIRÉ	83
	MIRONO	HATO JULI	BAJO LIMÓN	138
	MIRONO	HATO JULI	BAJO MAÍZ	76
	MIRONO	HATO JULI	CALABAZAL	326
	MIRONO	HATO JULI	HATO JULI (P)	569
SECTOR MIRONO 3	MIRONO	HATO CULANTRO	CABUYA	18
	MIRONO	HATO CULANTRO	BIJAO	33
	MIRONO	HATO CULANTRO	CABECERA DE GUABO (P)	98
	MIRONO	HATO CULANTRO	CACICON	67
	MIRONO	HATO CULANTRO	CALABAZAL	84
	MIRONO	HATO CULANTRO	CARRIZAL (P)	14
	MIRONO	HATO CULANTRO	CERRO MAMITA	129
	MIRONO	HATO CULANTRO	CERRO PIEDRA	243
	MIRONO	HATO CULANTRO	GATO	94
	MIRONO	HATO CULANTRO	GUABO	104
	MIRONO	HATO CULANTRO	HATO LORO	121
	MIRONO	HATO CULANTRO	LIMÓN	9
	MIRONO	HATO CULANTRO	LLANO CULANTRO	196
	MIRONO	HATO CULANTRO	NARANJAL NO.1	3
MIRONO	HATO CULANTRO	PLAN DEL GUÁSIMO	6	
SECTOR MIRONO 4	MIRONO	HATO PILON (CABECERA)	BAJO PILON	25
	MIRONO	HATO PILON (CABECERA)	BOCA DEL MONTE O CERRO VACA (P)	209
	MIRONO	HATO PILON (CABECERA)	BUENOS AIRES O CERRO BOLO	34
	MIRONO	HATO PILON (CABECERA)	CERRO CAÑA O GUARANÍ No.2	9
	MIRONO	HATO PILON (CABECERA)	CERRO COROZO	253
	MIRONO	HATO PILON (CABECERA)	CERRO GATO	7
	MIRONO	HATO PILON (CABECERA)	CERRO MAJAGUA	293
	MIRONO	HATO PILON (CABECERA)	CERRO MESA	105
	MIRONO	HATO PILON (CABECERA)	CERRO PITA	23
	MIRONO	HATO PILON (CABECERA)	CIANCA	173
	MIRONO	HATO PILON (CABECERA)	COCUYO	59
	MIRONO	HATO PILON (CABECERA)	GUARANI	108
	MIRONO	HATO PILON (CABECERA)	HATO PILON (P)	484
	MIRONO	HATO PILON (CABECERA)	HORMIGA O QUEBRADA CAMARÓN	7
	MIRONO	HATO PILON (CABECERA)	KUERIMA	479
	MIRONO	HATO PILON (CABECERA)	MARACA	9
	MIRONO	HATO PILON (CABECERA)	NANCITO	6
	MIRONO	HATO PILON (CABECERA)	QUEBRADA CANDELA	2
MIRONO	HATO PILON (CABECERA)	QUEBRADA CARACOL	182	
MIRONO	HATO PILON (CABECERA)	QUEBRADA FRIJOLAS	24	

Reglamento Operativo de la Estrategia de Extensión de Cobertura  
Direcciones Regionales de Salud, enero 2023

SECTOR	DISTRITO	CORREGIMIENTO	COMUNIDAD	POBLACIÓN 31 OCTUBRE 2022
SECTOR MÜNA 1	MÜNA	ALTO CABALLERO	ALTO CABALLERO (P)	612
	MÜNA	ALTO CABALLERO	ALTO DE QUEBRADA PITA	29
	MÜNA	ALTO CABALLERO	CERRO SOMBRERO (P)	795
	MÜNA	ALTO CABALLERO	GUAYABAL (P)	353
	MÜNA	ALTO CABALLERO	ALTO SALDAÑA	651
	MÜNA	ALTO CABALLERO	CABECERA DE PITA	53
	MÜNA	ALTO CABALLERO	CERRO MONO	229
	MÜNA	ALTO CABALLERO	CERRO MOSQUITO O SKORIA	421
	MÜNA	ALTO CABALLERO	CERRO ÑAME DE QUEBRADA PITA	131
	MÜNA	ALTO CABALLERO	LLANO IGUANA	7
	MÜNA	ALTO CABALLERO	MELON (P)	166
	MÜNA	ALTO CABALLERO	POTRERO DE CAÑA (P)	5
	MÜNA	ALTO CABALLERO	RINCON MORO	27
	MÜNA	ALTO CABALLERO	CERRO CACICÓN (P)	3
	MÜNA	CHICHICA (CABECERA)	CHUZO O PEDREGOSO	3
	MÜNA	CHICHICA (CABECERA)	CHICHICA	683
	MÜNA	CHICHICA (CABECERA)	ALTO ARENA	33
	MÜNA	CHICHICA (CABECERA)	CERRO CRUZ	173
	MÜNA	CHICHICA (CABECERA)	CERRO GRANDE	45
	MÜNA	CHICHICA (CABECERA)	CERRO YUCA	40
	MÜNA	CHICHICA (CABECERA)	PIEDRA GRANDE	54
	MÜNA	CHICHICA (CABECERA)	PORTORICA	359
	MÜNA	CHICHICA (CABECERA)	QUEBRADA ARENA	52
	MÜNA	CHICHICA (CABECERA)	QUEBRADA OTOE	8
	MÜNA	ROKA	ALTO CIENEGA (P)	42
	MÜNA	ROKA	ALTO ALU	1
	MÜNA	ROKA	ALTO JAVILLA	64
	MÜNA	ROKA	BAJO BAÑO	2
	MÜNA	ROKA	CERRO GAGO	76
	MÜNA	ROKA	LLANO DE IGUANA	3
	MÜNA	ROKA	LLANO ESPAVÉ	2
	MÜNA	ROKA	LLANO GAGO	15
	MÜNA	ROKA	LLANO LODO	41
MÜNA	ROKA	PIEDRA PINTADA No.1	10	
MÜNA	ROKA	QUEBRADA SARDINA	10	
MÜNA	ROKA	SITIO CAÑA	2	

Reglamento Operativo de la Estrategia de Extensión de Cobertura  
 Direcciones Regionales de Salud, enero 2023

SECTOR	DISTRITO	CORREGIMIENTO	COMUNIDAD	POBLACIÓN 31 OCTUBRE 2022
SECTOR MÜNA 1	MÜNA	ROKA	ALTO CONEJO	303
	MÜNA	ROKA	BAJO GAGO	42
	MÜNA	ROKA	CALABAZO	25
	MÜNA	ROKA	CERRO AGUACATE	24
	MÜNA	ROKA	CERRO GUARUMO	1
	MÜNA	ROKA	CONEJITO	116
	MÜNA	ROKA	COROTU	37
	MÜNA	ROKA	JAVILLA	282
	MÜNA	ROKA	LLANO CABALLO	2
	MÜNA	ROKA	LLANO CIRUELA	16
	MÜNA	ROKA	LLANO JOBO	11
	MÜNA	ROKA	LLANO JUJULI	1
	MÜNA	ROKA	LLANO LOPEZ	38
	MÜNA	ROKA	LLANO MAJAGUA	94
	MÜNA	ROKA	LLANO PITA	2
	MÜNA	ROKA	LLANO PIÑUELA	14
	MÜNA	ROKA	LLANO SONSO O VISTA ALEGRE	139
	MÜNA	ROKA	LLANO YEGUA	45
	MÜNA	ROKA	PIEDRA PINTADA No.2	4
	MÜNA	ROKA	QUEBRADA TIGLA	3
	MÜNA	ROKA	CRISTO REY	4
	MÜNA	ROKA	EL KREMLIN	2
	MÜNA	ROKA	LLANO BONITO	135
	MÜNA	ROKA	LLANO REY	79
	MÜNA	ROKA	LLANO ÑOPO	302
	MÜNA	ROKA	CERRO CONCHA	27
	MÜNA	ROKA	ALTO BAÑO	2
	MÜNA	ROKA	BAJO MONO	3
	MÜNA	ROKA	BARRANCO	6
	MÜNA	ROKA	CABECERA DE QUEBRADA GUACAMAYA	21
	MÜNA	ROKA	CERRO BOBA	32
	MÜNA	ROKA	CERRO PATON	7
	MÜNA	ROKA	GUACAMAYA	227
MÜNA	ROKA	LLANO CARRIZO	16	
MÜNA	ROKA	QUEBRADA TRISTE	5	
MÜNA	SITIO PRADO	ALTO ARENA O LLANO ARENA	4	
MÜNA	SITIO PRADO	CERRO JOBO	11	
MÜNA	SITIO PRADO	LLANO Balsa	33	

Reglamento Operativo de la Estrategia de Extensión de Cobertura  
Direcciones Regionales de Salud, enero 2023

SECTOR	DISTRITO	CORREGIMIENTO	COMUNIDAD	POBLACIÓN 31 OCTUBRE 2022
SECTOR MÚNA 1	MÚNA	SITIO PRADO	LLANO BUENO	1
	MÚNA	SITIO PRADO	LLANO GATO	3
	MÚNA	SITIO PRADO	MÉXICO	69
	MÚNA	SITIO PRADO	SALITRE N°1	37
	MÚNA	SITIO PRADO	ALTO LLANO VENADO	26
	MÚNA	SITIO PRADO	BAJO HIGUERON	36
	MÚNA	SITIO PRADO	BAJO MONO O NOMIGUIA	34
	MÚNA	SITIO PRADO	BAJO MOSQUITO	253
	MÚNA	SITIO PRADO	BUENA VISTA	147
	MÚNA	SITIO PRADO	BUENOS AIRES	242
	MÚNA	SITIO PRADO	CALABAZO	6
	MÚNA	SITIO PRADO	CERRO MOSQUITO	99
	MÚNA	SITIO PRADO	CERRO NANCE	216
	MÚNA	SITIO PRADO	CERRO PAPAYA	314
	MÚNA	SITIO PRADO	EL PIRAL	41
	MÚNA	SITIO PRADO	LLANO JEJEN	3
	MÚNA	SITIO PRADO	LLANO SINA O LLANO BANCO	96
	MÚNA	SITIO PRADO	PIEDRA GRANDE	26
	MÚNA	SITIO PRADO	QUEBRADA BUENOS AIRES	45
	MÚNA	SITIO PRADO	QUEBRADA CARAÑA	29
	MÚNA	SITIO PRADO	QUEBRADA NANCE	23
	MÚNA	SITIO PRADO	SALITRE	24
	MÚNA	SITIO PRADO	SAN CRISTOBAL	256
	MÚNA	SITIO PRADO	ALTO COBRE	15
	MÚNA	SITIO PRADO	ALTO CRUZ	62
	MÚNA	SITIO PRADO	DUBARI	8
	MÚNA	SITIO PRADO	LLANO LARGO NO. 1	127
	MÚNA	SITIO PRADO	NUEVO AMANECER	113
	MÚNA	SITIO PRADO	ALTO ALGARROBO	241
	MÚNA	SITIO PRADO	ALTO HIGUERON	111
	MÚNA	SITIO PRADO	CERRO CHUZO (P)	23
	MÚNA	SITIO PRADO	CERRO GRANDE	158
	MÚNA	SITIO PRADO	CERRO TETA	208
	MÚNA	SITIO PRADO	DUGAGUIA	2
MÚNA	SITIO PRADO	GAVILAN O JIROGUIAUDI	21	
MÚNA	SITIO PRADO	LLANO LIMON	39	
MÚNA	SITIO PRADO	NUEVO SAN CRISTOBAL	217	
MÚNA	SITIO PRADO	PEDREGOSO O BORO	125	
MÚNA	SITIO PRADO	PIE DE CERRO BANCO	46	

Reglamento Operativo de la Estrategia de Extensión de Cobertura  
Direcciones Regionales de Salud, enero 2023

SECTOR	DISTRITO	CORREGIMIENTO	COMUNIDAD	POBLACIÓN 31 OCTUBRE 2022
SECTOR MÚNA 1	MÚNA	SITIO PRADO	QUEBRADA FLECHA	17
	MÚNA	SITIO PRADO	SITIO PRADO	540
	MÚNA	SITIO PRADO	OJO DE AGUA	10
	MÚNA	SITIO PRADO	LLANO ZORRA	53
	MÚNA	SITIO PRADO	PEDREGAL	2
	MÚNA	CHICHICA (CABECERA)	CERRO GAVILAN (P)	105
	MÚNA	CHICHICA (CABECERA)	ALTO CEDRO	112
	MÚNA	CHICHICA (CABECERA)	ALTO ESTRELLA	344
	MÚNA	CHICHICA (CABECERA)	BAJO HONDO O QUEBRADA ARENA	1
	MÚNA	CHICHICA (CABECERA)	CALABACITO DE MIRANDA	50
	MÚNA	CHICHICA (CABECERA)	CERRO ALGODON (P)	538
	MÚNA	CHICHICA (CABECERA)	CERRO COCO	84
	MÚNA	CHICHICA (CABECERA)	CERRO CONEJITO	44
	MÚNA	CHICHICA (CABECERA)	CERRO GRITO	94
	MÚNA	CHICHICA (CABECERA)	CERRO MIEL (P)	205
	MÚNA	CHICHICA (CABECERA)	CERRO PLATA	99
	MÚNA	CHICHICA (CABECERA)	CERRO TIJERA	322
	MÚNA	CHICHICA (CABECERA)	LAS LAJITAS	159
	MÚNA	CHICHICA (CABECERA)	LLANO MESA	10
	MÚNA	CHICHICA (CABECERA)	LLANO MIRANDA	67
	MÚNA	CHICHICA (CABECERA)	LLANO PALMA	200
	MÚNA	CHICHICA (CABECERA)	LOS ZURDOS	2
	MÚNA	CHICHICA (CABECERA)	QUEBRADA CAMA	3
	MÚNA	CHICHICA (CABECERA)	SIMGLIMBADA	42
	MÚNA	CHICHICA (CABECERA)	TORTUGA	23
	MÚNA	CHICHICA (CABECERA)	COROTÚ	2
	MÚNA	CHICHICA (CABECERA)	HORCÓN	55
	MÚNA	CHICHICA (CABECERA)	QUEBRADA CAÑA	29
	MÚNA	PEÑA BLANCA	ALTO AGUACATE	93
	MÚNA	PEÑA BLANCA	ALTO CIENEGA MONO	40
	MÚNA	PEÑA BLANCA	BAJO AGUACATE	89
	MÚNA	PEÑA BLANCA	CERRO GATO DE CAÑA	26
	MÚNA	PEÑA BLANCA	CIENEGA MONO	41
	MÚNA	PEÑA BLANCA	LLANO AGUACATE	21
	MÚNA	PEÑA BLANCA	LLANO TUGRI	833
	MÚNA	PEÑA BLANCA	AGUA SALUD O ÑURRUNDE	317
MÚNA	PEÑA BLANCA	ALTO MONO	1	
MÚNA	PEÑA BLANCA	ALTO VENADO O BURABADI	37	
MÚNA	PEÑA BLANCA	BAJO GUAYABAL	106	
MÚNA	PEÑA BLANCA	BIOTAL	20	
MÚNA	PEÑA BLANCA	CIMA DE CERRO VENADO	23	

Reglamento Operativo de la Estrategia de Extensión de Cobertura  
Direcciones Regionales de Salud, enero 2023

SECTOR	DISTRITO	CORREGIMIENTO	COMUNIDAD	POBLACIÓN 31 OCTUBRE 2022
SECTOR MÜNA 2	MÜNA	PEÑA BLANCA	FRIJOLES O MUMANIN	82
	MÜNA	PEÑA BLANCA	GITDERI	1
	MÜNA	PEÑA BLANCA	GUAYABAL	406
	MÜNA	PEÑA BLANCA	HIGUERÓN	24
	MÜNA	PEÑA BLANCA	LLANO LIMON	2
	MÜNA	PEÑA BLANCA	LLANO VENADO	480
	MÜNA	PEÑA BLANCA	PEÑA BLANCA O KINGUIMBADA	1005
	MÜNA	PEÑA BLANCA	PIEDRA GRANDE	9
	MÜNA	PEÑA BLANCA	RIO REY	6
	MÜNA	PEÑA BLANCA	UNINDA	35
	MÜNA	PEÑA BLANCA	ALTO CAPACHO	20
	MÜNA	PEÑA BLANCA	ALTO CIENEGA (P)	608
	MÜNA	PEÑA BLANCA	ALTO CULEBRA	8
	MÜNA	PEÑA BLANCA	ALTO EL COMUN	234
	MÜNA	PEÑA BLANCA	ALTO SALDAÑA	5
	MÜNA	PEÑA BLANCA	BAJO CAPACHO	6
	MÜNA	PEÑA BLANCA	CERRO CONGO	22
	MÜNA	PEÑA BLANCA	CERRO FLORES O SOBLEIDI	10
	MÜNA	PEÑA BLANCA	CERRO GAVILAN (P)	721
	MÜNA	PEÑA BLANCA	CERRO IGUANA	1
	MÜNA	PEÑA BLANCA	CERRO MAJAGUA	24
	MÜNA	PEÑA BLANCA	CERRO PUERCO	7
	MÜNA	PEÑA BLANCA	CERRO SALITRE O CERRO MEJICO	498
	MÜNA	PEÑA BLANCA	CERRO SANTO	6
	MÜNA	PEÑA BLANCA	GAVILAN	383
	MÜNA	PEÑA BLANCA	LLANO AVION	4
	MÜNA	PEÑA BLANCA	LLANO ESPALDA	2
	MÜNA	PEÑA BLANCA	LLANO GRANDE	5
	MÜNA	PEÑA BLANCA	QUEBRADA Balsa	53
	MÜNA	PEÑA BLANCA	QUEBRADA CASA	6
	MÜNA	PEÑA BLANCA	QUEBRADA CHICHA	11
	MÜNA	PEÑA BLANCA	SALITRE	42
MÜNA	PEÑA BLANCA	SALITRE No.2	5	
MÜNA	PEÑA BLANCA	CERRO MIEL (P)	111	

Reglamento Operativo de la Estrategia de Extensión de Cobertura  
Direcciones Regionales de Salud, enero 2023

SECTOR	DISTRITO	CORREGIMIENTO	COMUNIDAD	POBLACIÓN 31 OCTUBRE 2022
SECTOR NOLE DUIMA 1	NOLE DUIMA	HATO CHAMI	ALGARROBO (P)	31
	NOLE DUIMA	HATO CHAMI	ALTO CAÑA	3
	NOLE DUIMA	HATO CHAMI	ALTO CRUZ	22
	NOLE DUIMA	HATO CHAMI	ALTO MEMBRILLO	2
	NOLE DUIMA	HATO CHAMI	BOCA CULANTRO	6
	NOLE DUIMA	HATO CHAMI	BOCA DE HORMIGA	2
	NOLE DUIMA	HATO CHAMI	BOCA DEL MONTE	439
	NOLE DUIMA	HATO CHAMI	BODOCO O BODOCA	18
	NOLE DUIMA	HATO CHAMI	CANOA	90
	NOLE DUIMA	HATO CHAMI	CARACOL	249
	NOLE DUIMA	HATO CHAMI	CERRO BALSÓ	34
	NOLE DUIMA	HATO CHAMI	CERRO CULANTRO	14
	NOLE DUIMA	HATO CHAMI	CERRO FLORES	227
	NOLE DUIMA	HATO CHAMI	CERRO GAVILAN	43
	NOLE DUIMA	HATO CHAMI	CERRO TULA	317
	NOLE DUIMA	HATO CHAMI	COGOYO	3
	NOLE DUIMA	HATO CHAMI	GUACA	148
	NOLE DUIMA	HATO CHAMI	HATO CHAMI	768
	NOLE DUIMA	HATO CHAMI	LECHUZA	263
	NOLE DUIMA	HATO CHAMI	LLANO POZO	9
	NOLE DUIMA	HATO CHAMI	MAIZ TOSTADO	7
	NOLE DUIMA	HATO CHAMI	MEMBRILLO	44
	NOLE DUIMA	HATO CHAMI	MOCO	9
	NOLE DUIMA	HATO CHAMI	MORONDO	57
NOLE DUIMA	HATO CHAMI	QUEBRADA HORMIGA O CABECERA DE HORMIGA	15	
NOLE DUIMA	HATO CHAMI	QUEBRADA MURCIELAGO	8	
NOLE DUIMA	HATO CHAMI	QUEBRADA SALITRE O SALADO	18	
SECTOR NOLE DUIMA 2	NOLE DUIMA	JADABERI	ALTO ARRIERA	8
	NOLE DUIMA	JADABERI	ALTO GENGIBRE	79
	NOLE DUIMA	JADABERI	ARRIERA	84
	NOLE DUIMA	JADABERI	CAMPAMENTO ESCOPETA	83
	NOLE DUIMA	JADABERI	CAÑA BRAVA	59
	NOLE DUIMA	JADABERI	CUERNA VACA	211
	NOLE DUIMA	JADABERI	HATO RINCON	273
	NOLE DUIMA	JADABERI	HORCONCITO	26
	NOLE DUIMA	JADABERI	JÁDEBERI O CERRO BALSÓ	148
	NOLE DUIMA	JADABERI	JAGUA	52
	NOLE DUIMA	JADABERI	LAS NUBES	10
	NOLE DUIMA	JADABERI	LLANO DE OLLA	8
	NOLE DUIMA	JADABERI	RATON	406
	NOLE DUIMA	JADABERI	BELLA VISTA	3
SECTOR NOLE DUIMA 3	NOLE DUIMA	CERRO IGLESIAS (CABECERA)	ACHIOTE	64
	NOLE DUIMA	CERRO IGLESIAS (CABECERA)	ALTO NUBE	62
	NOLE DUIMA	CERRO IGLESIAS (CABECERA)	BRIGUNY	211
	NOLE DUIMA	CERRO IGLESIAS (CABECERA)	CABECERA QUEBRADA GUABO	53
	NOLE DUIMA	CERRO IGLESIAS (CABECERA)	CALABAZAL	576
	NOLE DUIMA	CERRO IGLESIAS (CABECERA)	CERRO AGUACATE	144

Reglamento Operativo de la Estrategia de Extensión de Cobertura  
Direcciones Regionales de Salud, enero 2023

SECTOR	DISTRITO	CORREGIMIENTO	COMUNIDAD	POBLACIÓN 31 OCTUBRE 2022
	NOLE DUIMA	CERRO IGLESIAS (CABECERA)	CERRO CONCHA	449
	NOLE DUIMA	CERRO IGLESIAS (CABECERA)	CERRO IGLESIA NO.1 (P)	566
	NOLE DUIMA	CERRO IGLESIAS (CABECERA)	CERRO IGLESIA NO.2 (P)	905
	NOLE DUIMA	CERRO IGLESIAS (CABECERA)	DUIMA	389
	NOLE DUIMA	CERRO IGLESIAS (CABECERA)	GUARY	423
	NOLE DUIMA	CERRO IGLESIAS (CABECERA)	PAVÓN	32
	NOLE DUIMA	CERRO IGLESIAS (CABECERA)	QUEBRADA CARACOL	103
	NOLE DUIMA	CERRO IGLESIAS (CABECERA)	QUEBRADA GATO	167
	NOLE DUIMA	CERRO IGLESIAS (CABECERA)	QUEBRADA GUABO (P)	14
	NOLE DUIMA	CERRO IGLESIAS (CABECERA)	QUEBRADA PAVON	198
NOLE DUIMA	CERRO IGLESIAS (CABECERA)	QUIRATE	401	
SECTOR NOLE DUIMA 4	NOLE DUIMA	LAJERO	CERRO MAQUENQUE	52
	NOLE DUIMA	LAJERO	CERRO VACA	87
	NOLE DUIMA	LAJERO	EL GUAYABAL O GUAYABAL	123
	NOLE DUIMA	LAJERO	HATO HORCON	147
	NOLE DUIMA	LAJERO	LAJERO ARRIBA	566
	NOLE DUIMA	LAJERO	OLA (P)	262
	NOLE DUIMA	LAJERO	POTRERO DE OLLA (P)	8
	NOLE DUIMA	LAJERO	QUEBRADA CANDELA	36
	NOLE DUIMA	LAJERO	QUEBRADA HONDA	268
	NOLE DUIMA	LAJERO	QUEBRADA HONDA ABAJO	66
	NOLE DUIMA	LAJERO	RIO SANTIAGO	151
	NOLE DUIMA	LAJERO	RIO SANTIAGO ARRIBA (P)	9
	NOLE DUIMA	LAJERO	SABANA CHIQUITA	296
	NOLE DUIMA	LAJERO	SALADO ARRIBA (P)	61
NOLE DUIMA	LAJERO	SARDINA O LAJERO ABAJO (P)	391	
SECTOR NOLE DUIMA 5	NOLE DUIMA	SUSAMA	CABECERA DE QUEBRADA GUABO	110
	NOLE DUIMA	SUSAMA	QUEBRADA SALADO O BOCA SALADO	86
	NOLE DUIMA	SUSAMA	RIO SANTIAGO	117
	NOLE DUIMA	SUSAMA	ALTO MOLEJON	1,553
	NOLE DUIMA	SUSAMA	CABECERA DE QUEBRADA ARENAS	35
	NOLE DUIMA	SUSAMA	CABECERA DE RIO SANTIAGO	102
	NOLE DUIMA	SUSAMA	JADERBERI O CERRO BALSA	477
	NOLE DUIMA	SUSAMA	OMA	970
	NOLE DUIMA	SUSAMA	SARDINA	451
	NOLE DUIMA	SUSAMA	TIBIDE O ALTO REY	135
NOLE DUIMA	SUSAMA	CERRO MESA	17	

Reglamento Operativo de la Estrategia de Extensión de Cobertura  
Direcciones Regionales de Salud, enero 2023

SECTOR	DISTRITO	CORREGIMIENTO	COMUNIDAD	POBLACIÓN 31 OCTUBRE 2022
SECTOR ÑURUM 2	ÑURUM	BUENOS AIRES (CABECERA)	BUENOS AIRES	646
	ÑURUM	AGUA DE SALUD	EL TIGRE ABAJO	147
	ÑURUM	BUENOS AIRES (CABECERA)	EL CHUMICO	326
	ÑURUM	BUENOS AIRES (CABECERA)	EL GARRIL	27
	ÑURUM	BUENOS AIRES (CABECERA)	EL PIRO	225
	ÑURUM	BUENOS AIRES (CABECERA)	QUEBRADA JAGUA	162
	ÑURUM	BUENOS AIRES (CABECERA)	SITIO VIEJO	36
	ÑURUM	EL BALE	ALTO EL BALE	10
	ÑURUM	EL BALE	CALABRA (P)	10
	ÑURUM	EL BALE	EL BAJO (P)	4
	ÑURUM	EL BALE	EL BALE	193
	ÑURUM	EL BALE	EL CONEJO (P)	73
	ÑURUM	EL BALE	EL CORTEZO (P)	12
	ÑURUM	EL BALE	EL FLOR	4
	ÑURUM	EL BALE	LA MATA (P)	45
	ÑURUM	EL BALE	LAS MESITAS No.1 (P)	75
	ÑURUM	EL BALE	LOS LAZAROS	56
	ÑURUM	EL BALE	ALTO DEL CULANTRO	13
	ÑURUM	EL BALE	EL HIGUITO (P)	8
	ÑURUM	EL BALE	LA MISERICORDIA (P)	5
	ÑURUM	EL BALE	PUEBLO NUEVO (P)	118
	ÑURUM	BUENOS AIRES (CABECERA)	ALTO TOLICA	132
	ÑURUM	BUENOS AIRES (CABECERA)	CABUYA	245
	ÑURUM	BUENOS AIRES (CABECERA)	GEME (P)	25
	ÑURUM	BUENOS AIRES (CABECERA)	QUEBRADA BOLANGO	14
	ÑURUM	BUENOS AIRES (CABECERA)	QUEBRADA MONO	9
	ÑURUM	BUENOS AIRES (CABECERA)	QUEBRADA SATRA	83
	ÑURUM	BUENOS AIRES (CABECERA)	TIERRA BLANCA	243
ÑURUM	BUENOS AIRES (CABECERA)	TOLICA	52	
SECTOR ÑURUM 3	ÑURUM	AGUA DE SALUD	EL JACINTO	136
	ÑURUM	AGUA DE SALUD	EL ROSARIO (P)	23
	ÑURUM	AGUA DE SALUD	EL TIGRE CENTRO	23
	ÑURUM	AGUA DE SALUD	LA VIGIA (P)	6
	ÑURUM	AGUA DE SALUD	LOMA LARGA	34
	ÑURUM	AGUA DE SALUD	LOS BERNARDINOS	9
	ÑURUM	AGUA DE SALUD	QUEBRADA MOJARRA O MOJARRA	121
	ÑURUM	AGUA DE SALUD	CORRAL DE VENADO	29
	ÑURUM	AGUA DE SALUD	EL COPE	384
	ÑURUM	AGUA DE SALUD	EL PEÑON	326
	ÑURUM	AGUA DE SALUD	EL ROBLE	3
	ÑURUM	AGUA DE SALUD	GUACAMAYA	78
	ÑURUM	AGUA DE SALUD	GUAYABAL	111
	ÑURUM	AGUA DE SALUD	LLANO GUABAL	12
	ÑURUM	AGUA DE SALUD	PEÑON ABAJO	7
	ÑURUM	AGUA DE SALUD	PEÑON ARRIBA	28
	ÑURUM	AGUA DE SALUD	QUEBRADA EL COCO	19
	ÑURUM	AGUA DE SALUD	QUEBRADA HONDA	19
	ÑURUM	AGUA DE SALUD	SAN ANTONIO ABAJO	110
	ÑURUM	AGUA DE SALUD	ALTO DE PALO VERDE (P)	17
	ÑURUM	AGUA DE SALUD	ALTO DEL CIRUELITO	4

Reglamento Operativo de la Estrategia de Extensión de Cobertura  
Direcciones Regionales de Salud, enero 2023

SECTOR	DISTRITO	CORREGIMIENTO	COMUNIDAD	POBLACIÓN 31 OCTUBRE 2022
SECTOR ÑURUM 3	ÑURUM	AGUA DE SALUD	CABECERA DE VIRIGUA (P)	5
	ÑURUM	AGUA DE SALUD	CORRAL DE PIEDRA	2
	ÑURUM	AGUA DE SALUD	MONTE SILENCIO (P)	16
	ÑURUM	AGUA DE SALUD	PALO VERDE	335
	ÑURUM	AGUA DE SALUD	BAJO PALO VERDE (P)	17
	ÑURUM	AGUA DE SALUD	AGUA DE SALUD (P) CABECERA	389
	ÑURUM	AGUA DE SALUD	ALTO LIRI	47
	ÑURUM	AGUA DE SALUD	EL NARANJAL	111
	ÑURUM	AGUA DE SALUD	GUAYABALITO	65
	ÑURUM	AGUA DE SALUD	PIEDRA GRANDE	375
	ÑURUM	AGUA DE SALUD	TAGUERA	10
	ÑURUM	AGUA DE SALUD	EL TIGRE ARRIBA	104
	ÑURUM	AGUA DE SALUD	SAN ANTONIO ARRIBA	28
SECTOR SANTA CATALINA 1	KUSAPIN	SANTA CATALINA	AGUACATE	244
	KUSAPIN	SANTA CATALINA	AGUACATE ARRIBA	47
	KUSAPIN	SANTA CATALINA	AGUACATE No.2	1
	KUSAPIN	SANTA CATALINA	BOCA DE AGUACATE	46
	KUSAPIN	SANTA CATALINA	BOCA DE TONCRI O TONCRI	278
	KUSAPIN	SANTA CATALINA	CAHUITA	106
	KUSAPIN	SANTA CATALINA	CAÑO ESCONDIDO	3
	KUSAPIN	SANTA CATALINA	CERRO MARAÑON	1
	KUSAPIN	SANTA CATALINA	LA LAJA	32
	KUSAPIN	SANTA CATALINA	LA PISTA	2
	KUSAPIN	SANTA CATALINA	LLANO PIÑA	35
	KUSAPIN	SANTA CATALINA	LOMA DE CHELELE O CHELELE	1
	KUSAPIN	SANTA CATALINA	SANTA CATALINA O CALOVBORA	189
KUSAPIN	SANTA CATALINA	LA ZARAGOZA	24	
SECTOR SANTA CATALINA 2	KUSAPIN	SAN PEDRITO	ALTO GUAYABO	42
	KUSAPIN	SAN PEDRITO	BARRANCON	2
	KUSAPIN	LOMA YUCA	BELLA CRUZ	0
	KUSAPIN	CALOVBORA O SANTA CATALINA	BOCA CHUCARA	271
	KUSAPIN	CALOVBORA O SANTA CATALINA	BOCA DE CHONTE	39
	KUSAPIN	LOMA YUCA	BOCA DE CHONTE ARRIBA	8
	KUSAPIN	SAN PEDRITO	CABEZA DE CAÑO	4
	KUSAPIN	SAN PEDRITO	CAMARON No.2	30
	KUSAPIN	SAN PEDRITO	CAÑA BLANCA	325
	KUSAPIN	SAN PEDRITO	CAÑA VISTO	38
	KUSAPIN	SAN PEDRITO	CARACOL N°1	23
	KUSAPIN	LOMA YUCA	CARACOL No.2 O CHELELE	36
	KUSAPIN	CALOVBORA O SANTA CATALINA	SANTA CATALINA ARRIBA O QUEBRADA CATALINA	35
	KUSAPIN	CALOVBORA O SANTA CATALINA	SEGUNDA CORRIENTE	108

Reglamento Operativo de la Estrategia de Extensión de Cobertura  
Direcciones Regionales de Salud, enero 2023

SECTOR	DISTRITO	CORREGIMIENTO	COMUNIDAD	POBLACIÓN 31 OCTUBRE 2022
SECTOR SANTA CATALINA 2	KUSAPIN	CALOVEBORA O SANTA CATALINA	CASA GRANDE O CERRO CASA	3
	KUSAPIN	LOMA YUCA	CERRO COCUYO	5
	KUSAPIN	LOMA YUCA	CERRO GLORIA	7
	KUSAPIN	LOMA YUCA	CERRO LUCERO	21
	KUSAPIN	LOMA YUCA	CERRO TULIVIEJA	99
	KUSAPIN	SAN PEDRITO	CHELELE	164
	KUSAPIN	SAN PEDRITO	CHELELE ARRIBA	1
	KUSAPIN	LOMA YUCA	EL COMUN	2
	KUSAPIN	SAN PEDRITO	EL GUABO	76
	KUSAPIN	SAN PEDRITO	GUABO ARRIBA	261
	KUSAPIN	CALOVEBORA O SANTA CATALINA	LA ZARAGOZA	22
	KUSAPIN	CALOVEBORA O SANTA CATALINA	LIMONCITO	56
	KUSAPIN	LOMA YUCA	LLANO ARENA O LLANO ARENAL	7
	KUSAPIN	LOMA YUCA	LLANO BONITO	2
	KUSAPIN	SAN PEDRITO	LLANO GATO	16
	KUSAPIN	LOMA YUCA	LLANO MACHO O LLANO CAÑO	112
	KUSAPIN	LOMA YUCA	LLANO MORA O LLANO MORALES	7
	KUSAPIN	LOMA YUCA	LLANO NARANJAL O NARANJO	5
	KUSAPIN	LOMA YUCA	LLANO PIRAGUA O JUJUQUE	5
	KUSAPIN	CALOVEBORA O SANTA CATALINA	LOMA CHUCARA	63
	KUSAPIN	LOMA YUCA	LOMA YUCA	49
	KUSAPIN	SAN PEDRITO	MIRAMAR	17
	KUSAPIN	SAN PEDRITO	PALO BLANCO	33
	KUSAPIN	LOMA YUCA	PASO CHONTE	18
	KUSAPIN	CALOVEBORA O SANTA CATALINA	PEDREGOSO	97
	KUSAPIN	LOMA YUCA	PIEDRA FOGON O LLANO FOGON	4
	KUSAPIN	LOMA YUCA	PIEDRA GRANDE	6
	KUSAPIN	LOMA YUCA	QUEBRADA CASA	1
	KUSAPIN	SAN PEDRITO	QUEBRADA GUABO ARRIBA	54
	KUSAPIN	CALOVEBORA O SANTA CATALINA	QUEBRADA HACHA	3
	KUSAPIN	SAN PEDRITO	QUEBRADA MONO	46
	KUSAPIN	LOMA YUCA	QUEBRADA PAJARO O LOMA MACHO	1
	KUSAPIN	SAN PEDRITO	QUEBRADA PEÑA	89
KUSAPIN	SAN PEDRITO	QUIMPANPAN	48	
KUSAPIN	SAN PEDRITO	RAISAL	154	
KUSAPIN	SAN PEDRITO	RAMAS DEL GUABO	11	
KUSAPIN	LOMA YUCA	RIO CORRALES O ALTO CORRALES	211	
KUSAPIN	CALOVEBORA O SANTA CATALINA	RIO MURCIELAGO	7	
KUSAPIN	SAN PEDRITO	SAN PEDRITO ABAJO	177	
KUSAPIN	SAN PEDRITO	SAN PEDRITO ARRIBA	157	
SECTOR SANTA CATALINA 3	KUSAPIN	ALTO BILINGÜE	. ALTO BILINGÜE	302
	KUSAPIN	CALOVEBORA O SANTA CATALINA	ALTO CUAY	109
	KUSAPIN	VALLE BONITO	ALTO JUJUCO	2
	KUSAPIN	CALOVEBORA O SANTA CATALINA	ALTO PIÑA	5
	KUSAPIN	CALOVEBORA O SANTA CATALINA	BOCA DE CALOVEBORITA	5

Reglamento Operativo de la Estrategia de Extensión de Cobertura  
Direcciones Regionales de Salud agosto 2020

SECTOR	DISTRITO	CORREGIMIENTO	COMUNIDAD	POBLACIÓN 31 OCTUBRE 2022
SECTOR SANTA CATALINA 3	KUSAPIN	VALLE BONITO	BOCA DE RIO GRANDE	121
	KUSAPIN	CALOVBORA O SANTA CATALINA	BOCA DEL CAÑO	30
	KUSAPIN	CALOVBORA O SANTA CATALINA	BOCA DEL MANGO	22
	KUSAPIN	CALOVBORA O SANTA CATALINA	CAHUITA ARRIBA	122
	KUSAPIN	CALOVBORA O SANTA CATALINA	CERRO MONO	33
	KUSAPIN	ALTO BILINGÜE	CERRO PAPAYO	12
	KUSAPIN	ALTO BILINGÜE	CHELESITO	1
	KUSAPIN	VALLE BONITO	DAJAO O QUEBRADA DAJAO	7
	KUSAPIN	VALLE BONITO	DOGUIRA	17
	KUSAPIN	CALOVBORA O SANTA CATALINA	EL CUAY	17
	KUSAPIN	CALOVBORA O SANTA CATALINA	EL TERRON O TERRON	239
	KUSAPIN	VALLE BONITO	GUACAMAYA O RIO GUACAMAYA	173
	KUSAPIN	CALOVBORA O SANTA CATALINA	LOS PRIMITIVOS	35
	KUSAPIN	VALLE BONITO	PALMAR O RIO PALMAR	18
	KUSAPIN	VALLE BONITO	PASO GATUS	2
	KUSAPIN	VALLE BONITO	PASO VIDRIO	4
	KUSAPIN	ALTO BILINGÜE	PEDREGAL	18
	KUSAPIN	CALOVBORA O SANTA CATALINA	QUEBRADA AHOGADA	3
	KUSAPIN	CALOVBORA O SANTA CATALINA	QUEBRADA CERCA	4
	KUSAPIN	CALOVBORA O SANTA CATALINA	REMOLINO	4
	KUSAPIN	ALTO BILINGÜE	RIO CHELELE O JIROTE	174
	KUSAPIN	VALLE BONITO	RIO GRANDE O PAJONAL	196
	KUSAPIN	ALTO BILINGÜE	RIO PIEDRA O BOCA DE RIO PIEDRA	179
	KUSAPIN	ALTO BILINGÜE	RIO TALLO	15
KUSAPIN	CALOVBORA O SANTA CATALINA	SAN SOLEDAD O SOLEDAD	601	
KUSAPIN	CALOVBORA O SANTA CATALINA	TERRÓN ARRIBA	13	
KUSAPIN	VALLE BONITO	VALLE BONITO	325	
TOTAL				75,834

**Anexo 1J: GRUPO POBLACIONAL DE PANAMÁ ESTE**

<b>PANAMÁ ESTE GRUPO POBLACIONAL PANAMÁ ESTE Nº9</b>				
<b>PROVINCIA</b>	<b>DISTRITO</b>	<b>CORREGIMIENTO</b>	<b>COMUNIDAD</b>	<b>POBLACIÓN – OCTUBRE 2022</b>
PANAMÁ ESTE	CHEPO	EL LLANO	MAJE CORDILLERA	160
PANAMÁ ESTE	CHEPO	EL LLANO	PUEBLO NUEVO Nº1	36
PANAMÁ ESTE	CHEPO	EL LLANO	PUEBLO NUEVO Nº2	51
PANAMÁ ESTE	CHEPO	SANTA CRUZ DE CHININA	TORIN	199
PANAMÁ ESTE	CHEPO	CHEPILLO	CHEPILLO	184
PANAMÁ ESTE	CHEPO	TORTI	CATRIGANDI	351
PANAMÁ ESTE	CHEPO	TORTI	CURTI (P)	410
PANAMÁ ESTE	CHEPO	TORTI	IPETI CHOCO	381
PANAMÁ ESTE	CHEPO	TORTI	PIGANDÍ GRANDE	56
PANAMÁ ESTE	CHEPO	TORTI	PIRIATI O PIRIATÌ EMBERÀ	421
PANAMÁ ESTE	CHIMAN	CHIMAN (CABECERA)	MAJE	638
PANAMÁ ESTE	CHIMAN	CHIMAN (CABECERA)	MIRAMAR O CERRO HUMO	27
PANAMÁ ESTE	CHIMAN	GONZALO VASQUEZ	PUEBLO NUEVO	32
PANAMÁ ESTE	CHEPO	SANTA CRUZ DE CHININA	TORIN	199
PANAMÁ ESTE	CHEPO	CHEPILLO	CHEPILLO	184
PANAMÁ ESTE	CHEPO	TORTI	CATRIGANDI	351
<b>TOTAL</b>				<b>2,946</b>

**Anexo 1K: GRUPOS POBLACIONALES DE PANAMÁ OESTE**

PANAMÁ OESTE- GRUPO POBLACIONAL PANAMÁ OESTE N 2				
PROVINCIA	DISTRITO	CORREGIMIENTO	COMUNIDAD	POBLACIÓN – OCTUBRE 2022
PANAMA	ARRAIJAN	BURUNGA	BARRIADA NUEVA LUZ	1,773
PANAMA	ARRAIJAN	BURUNGA	LA ALAMEDA	1,192
PANAMA	ARRAIJAN	BURUNGA	LLUVIA DE BENDICIONES	742
PANAMA	ARRAIJAN	BURUNGA	NUEVA JERUSALEN	927
PANAMA	ARRAIJAN	CERRO SILVESTRE	LA PLAYITA DE BIQUE	470
<b>TOTAL</b>				<b>5,104</b>

PANAMÁ OESTE- GRUPO POBLACIONAL PANAMÁ OESTE N°3				
PROVINCIA	DISTRITO	CORREGIMIENTO	COMUNIDAD	POBLACIÓN – OCTUBRE 2022
PANAMA	CAPIRA	CIRI DE LOS SOTOS	CIRI DE LOS SOTOS	292
PANAMA	CAPIRA	CIRI DE LOS SOTOS	QUEBRADA BATEAL	21
PANAMA	CAPIRA	CIRI DE LOS SOTOS	LA ENCANTADA	18
PANAMA	CAPIRA	CIRI DE LOS SOTOS	PUERTO CIRICITO	6
PANAMA	CAPIRA	CIRI DE LOS SOTOS	LA HAMACA	10
PANAMA	CAPIRA	CIRI DE LOS SOTOS	LAS LAJAS (P) CIRI DE LOS SOTOS	187
PANAMA	CAPIRA	SANTA ROSA	LAS LAJAS (P) SANTA ROSA	38
PANAMA	CAPIRA	CIRI DE LOS SOTOS	LOS UVEROS	143
PANAMA	CAPIRA	CIRI DE LOS SOTOS	EL HINOJAL ARRIBA	7
PANAMA	CAPIRA	CIRI DE LOS SOTOS	LOS UVEROS ARRIBA	64
PANAMA	CAPIRA	CIRI DE LOS SOTOS	CERRO EL CLAVO	7
PANAMA	CAPIRA	CIRI DE LOS SOTOS	LOS CHORROS DE CIRÍ GRANDE (P)	7
PANAMA	CAPIRA	CIRI DE LOS SOTOS	LOS CHORROS O LOS CHORRITOS	176
PANAMA	CAPIRA	CIRI DE LOS SOTOS	NUEVO PARAISO	223
PANAMA	CAPIRA	CIRI DE LOS SOTOS	QUEBRADA LA CANDILERA	3
PANAMA	CAPIRA	CIRI DE LOS SOTOS	VENADO	
PANAMA	CAPIRA	CIRI DE LOS SOTOS	NUEVO PROGRESO	144
PANAMA	CAPIRA	CIRI DE LOS SOTOS	DOS AGUAS	74
PANAMA	CAPIRA	CIRI DE LOS SOTOS	CIRICITO ARRIBA	5
PANAMA	CAPIRA	CIRI DE LOS SOTOS	EL ZAHINO	31
PANAMA	CAPIRA	CIRI DE LOS SOTOS	C.C QUEBRADA LA CONGA ARRIBA	77
PANAMA	CAPIRA	CIRI DE LOS SOTOS	QUEBRADA LA CONGA ABAJO	32
PANAMA	CAPIRA	CIRI DE LOS SOTOS	C.C TRES HERMANAS	262
PANAMA	CAPIRA	CIRI DE LOS SOTOS	TERIA N°3 (P)	14
PANAMA	CAPIRA	CIRI DE LOS SOTOS	ALTO DEL NARANJO	51
PANAMA	CAPIRA	CIRI DE LOS SOTOS	TRES HERMANAS ARRIBA	6
PANAMA	CAPIRA	LA TRINIDAD	EL AGUACATE	86
PANAMA	CAPIRA	LA TRINIDAD	ESCOBAL O ESCOBALITO	4
PANAMA	CAPIRA	LA TRINIDAD	LAJA LISA O EL CARAÑO	59
PANAMA	CAPIRA	LA TRINIDAD	QUEBRADA GRANDE (P)	10
PANAMA	CAPIRA	LA TRINIDAD	C.C HONDA ARRIBA	17
PANAMA	CAPIRA	LA TRINIDAD	LA HONDA ABAJO O LA SONADORA	249
PANAMA	CAPIRA	LA TRINIDAD	EL MAMEY	13
PANAMA	CAPIRA	LA TRINIDAD	C.C LOS CAÑONES	245
PANAMA	CAPIRA	LA TRINIDAD	LOS ORTIGALES	6
PANAMA	CAPIRA	LA TRINIDAD	LA TAGUA	10
PANAMA	CAPIRA	LA TRINIDAD	LA HUMILDAD	121
PANAMA	CAPIRA	LA TRINIDAD	LOS FALDARES	111

Reglamento Operativo de la Estrategia de Extensión de Cobertura  
Direcciones Regionales de Salud agosto 2020

<b>PANAMÁ OESTE GRUPO POBLACIONAL PANAMÁ OESTE N°3</b>				
<b>PROVINCIA</b>	<b>DISTRITO</b>	<b>CORREGIMIENTO</b>	<b>COMUNIDAD</b>	<b>POBLACIÓN – OCTUBRE 2022</b>
PANAMA	CAPIRA	SANTA ROSA	LAS PETRAS	67
PANAMA	CAPIRA	SANTA ROSA	QUEBRADA LAS PETRAS	11
PANAMA	CAPIRA	SANTA ROSA	ARENAS BLANCAS (P)	100
PANAMA	CAPIRA	SANTA ROSA	QUEBRADA BEJUCO	6
PANAMA	CAPIRA	SANTA ROSA	QUEBRADA AMARILLA	8
PANAMA	CAPIRA	CIRI GRANDE	ARENAS BLANCAS (P)	3
PANAMA	CAPIRA	SANTA ROSA	BELLA VISTA O LA SANGUIJUELA	24
PANAMA	CAPIRA	SANTA ROSA	EL CEDRO	2
PANAMA	CAPIRA	SANTA ROSA	EL AHOGADO CENTRO	114
PANAMA	CAPIRA	SANTA ROSA	LOS ALMENDROS	2
PANAMA	CAPIRA	SANTA ROSA	LAS CLARAS ABAJO	260
PANAMA	CAPIRA	SANTA ROSA	SAN JUAN	24
PANAMA	CAPIRA	SANTA ROSA	LA PITA	7
PANAMA	CAPIRA	SANTA ROSA	RIECITO ARRIBA	10
PANAMA	CAPIRA	SANTA ROSA	LAS CLARAS CENTRO	3
PANAMA	CAPIRA	SANTA ROSA	QUEBRADA BONITA	36
PANAMA	CAPIRA	SANTA ROSA	SANTA ROSA No.2	277
PANAMA	CAPIRA	SANTA ROSA	NUEVO LIMON O ALTOS DE NUEVO LIMÓN	26
PANAMA	CAPIRA	SANTA ROSA	QUEBRADA LIMON	7
PANAMA	CAPIRA	SANTA ROSA	SANTA ROSA No.1 (P)	163
PANAMA	CAPIRA	CIRI DE LOS SOTOS	SANTA ROSA NO.1 (P)	22
PANAMA	CAPIRA	SANTA ROSA	RIECITO ABAJO	132
PANAMA	CAPIRA	CAIMITO	CAÑAZAS (P)	150
PANAMA	CAPIRA	CAIMITO	FLORIDA ARRIBA	2
PANAMA	CAPIRA	CAIMITO	LA GLORIA	54
PANAMA	CAPIRA	CERRO CAMPANA	CERRO CAMPANA	390
PANAMA	CAPIRA	CERMEÑO	QUEBRADA GRANDE	103
PANAMA	CAPIRA	CERMEÑO	MANDINGA	9
PANAMA	CAPIRA	CERMEÑO	CRUCES	3
PANAMA	CAPIRA	CAPIRA (CABECERA)	EL RODEO	5
TOTAL				4,849

Reglamento Operativo de la Estrategia de Extensión de Cobertura  
Direcciones Regionales de Salud agosto 2020

<b>PANAMÁ OESTE- GRUPO POBLACIONAL PANAMÁ OESTE N°4</b>				
<b>PROVINCIA</b>	<b>DISTRITO</b>	<b>CORREGIMIENTO</b>	<b>COMUNIDAD</b>	<b>POBLACIÓN – OCTUBRE 2022</b>
PANAMA	CAPIRA	CIRI GRANDE	RIO INDIO CENTRO	253
PANAMA	CAPIRA	CIRI GRANDE	ARENILLA	128
PANAMA	CAPIRA	CIRI GRANDE	TERIA	164
PANAMA	CAPIRA	CIRI GRANDE	BAJO GRANDE	91
PANAMA	CAPIRA	CIRI GRANDE	ESCOBALITO	15
PANAMA	CAPIRA	CIRI GRANDE	PACORITA	23
PANAMA	CAPIRA	CIRI GRANDE	BOCA DE ESCOBAL	9
PANAMA	CAPIRA	CIRI GRANDE	TERIACITO	9
PANAMA	CAPIRA	CIRI GRANDE	EL HARINO	169
PANAMA	CAPIRA	CIRI GRANDE	CIRICITO ABAJO	130
PANAMA	CAPIRA	CIRI GRANDE	CIRICITO ARRIBA	343
PANAMA	CAPIRA	CIRI GRANDE	QUEBRADA LA PITA	7
PANAMA	CAPIRA	CIRI GRANDE	JORDANAL	226
PANAMA	CAPIRA	CIRI GRANDE	LA BONGA ARRIBA LOS NEGROS	108
PANAMA	CAPIRA	CIRI GRANDE	LA CONGA	53
PANAMA	CAPIRA	CIRI GRANDE	LA CONGA ARRIBA	63
PANAMA	CAPIRA	CIRI GRANDE	LA GAITA ABAJO	11
PANAMA	CAPIRA	CIRI GRANDE	C.C LA GAITA ARRIBA	190
PANAMA	CAPIRA	CIRI GRANDE	MEMBRILLAR (P)	33
PANAMA	CAPIRA	CIRI GRANDE	LA BONGA CENTRO	85
PANAMA	CAPIRA	CIRI GRANDE	LA BONGA ABAJO	31
PANAMA	CAPIRA	CIRI GRANDE	LA BONGUITA	15
PANAMA	CAPIRA	CIRI GRANDE	LAS CLARAS ARRIBA	238
PANAMA	CAPIRA	CIRI GRANDE	MALGANAO	92
PANAMA	CAPIRA	CIRI GRANDE	RIO INDIO DE LOS CHORROS	197
PANAMA	CAPIRA	CIRI GRANDE	CARACOLAR	119
PANAMA	CAPIRA	CIRI GRANDE	RIO INDIO NACIMIENTO	184
PANAMA	CAPIRA	EL CACAO	EL CAUCHAL O LOS CAUCHALES (P)	69
PANAMA	CAPIRA	EL CACAO	BAJO BONITO	348
PANAMA	CAPIRA	EL CACAO	LA TAMBORA	7
PANAMA	CAPIRA	EL CACAO	CIRI GRANDE (P)	365
PANAMA	CAPIRA	EL CACAO	CIRI GRANDE ARRIBA	8
PANAMA	CAPIRA	EL CACAO	CIRICITO ARRIBA NO. 1	9
PANAMA	CAPIRA	EL CACAO	CIRICITO ARRIBA NO.2	6
PANAMA	CAPIRA	EL CACAO	TERIA NACIMIENTO (P)	14
PANAMA	CAPIRA	EL CACAO	EL CHILENO	156
PANAMA	CAPIRA	EL CACAO	ALTO DE CIRI	3
PANAMA	CAPIRA	EL CACAO	EL JAGUA	82
PANAMA	CAPIRA	EL CACAO	PIRAGUAL	8
PANAMA	CAPIRA	EL CACAO	LAS NEGRITAS (P)	162
PANAMA	CAPIRA	EL CACAO	LOS RAUDALES	37
PANAMA	CAPIRA	EL CACAO	VISTA ALEGRE	257
PANAMA	CAPIRA	EL CACAO	MATA PALO O ALTAMIRA	68
PANAMA	CAPIRA	EL CACAO	YERBA BUENA	38
PANAMA	CAPIRA	EL CACAO	NUEVA PEÑA BLANCA	124
PANAMA	CAPIRA	EL CACAO	PEÑA BLANCA	117
PANAMA	CAPIRA	EL CACAO	QUEBRADA EL NANCE	38
PANAMA	CAPIRA	EL CACAO	TRINIDAD DE LOS CERROS O EL CRUCE	186
PANAMA	CAPIRA	EL CACAO	CERRO TRINIDAD O ALTOS DE CERRO TRINIDAD	3
PANAMA	CAPIRA	EL CACAO	EL ARENAL	7
PANAMA	CAPIRA	EL CACAO	TRINIDAD ARRIBA	20
PANAMA	CAPIRA	EL CACAO	AGUACATE ARRIBA	52

Reglamento Operativo de la Estrategia de Extensión de Cobertura  
Direcciones Regionales de Salud agosto 2020

PANAMÁ OESTE- GRUPO POBLACIONAL PANAMÁ OESTE Nº4				
PROVINCIA	DISTRITO	CORREGIMIENTO	COMUNIDAD	POBLACIÓN – OCTUBRE 2022
PANAMA	CAPIRA	EL CACAO	TRINIDAD DE LAS MINAS (P)	436
PANAMA	CAPIRA	EL CACAO	EL NAZARENO O LOS RINCONES	20
PANAMA	CAPIRA	LIDICE	LAS FILIPINAS	80
PANAMA	CAPIRA	LIDICE	EL CAMPANILLO	2
PANAMA	CAPIRA	LIDICE	MAJARA	229
PANAMA	CAPIRA	LIDICE	CAIMITILLO (P)	64
<b>TOTAL</b>				6,001

PANAMÁ OESTE- GRUPO POBLACIONAL PANAMÁ OESTE Nº5				
PROVINCIA	DISTRITO	CORREGIMIENTO	COMUNIDAD	POBLACIÓN – OCTUBRE 2022
PANAMA	CAPIRA	SORA	FILIPINA	55
PANAMA	CHAME	SORA	NARANJAL	15
PANAMA	CHAME	SORA	EL NANZAL	49
PANAMA	CHAME	SORA	EL NANZAL ARRIBA	13
PANAMA	CHAME	SORA	EL TABIRAL	17
PANAMA	CHAME	SORA	EL MANGLARITO	63
PANAMA	CHAME	SORA	AROMO	17
PANAMA	CHAME	SORA	CHICHIVALI	11
PANAMA	CHAME	SORA	MANGLARITO CHICO	28
PANAMA	CHAME	SORA	LA CORTADERA	4
PANAMA	CHAME	SORA	RAYA BLANCA	2
PANAMA	CHAME	SORA	TOSANTO	16
PANAMA	CHAME	SORA	SORA	216
PANAMA	CHAME	SORA	BAJO DEL HIGO	2
PANAMA	CHAME	SORA	OJO DE AGUA	2
PANAMA	CHAME	SORA	BAJO VERDE	5
PANAMA	CHAME	SORA	LOMA LARGA	36
PANAMA	CHAME	SORA	EL TIROL	2
PANAMA	CHAME	SORA	LA RIOCA	2
PANAMA	CHAME	SORA	LA LAGUNITA (P)	43
PANAMA	CHAME	SORA	PUNTA ARENA	4
PANAMA	CHAME	BUENOS AIRES	LA CHEPA O SAN JOSE	74
PANAMA	CHAME	BUENOS AIRES	LA LAGUNITA	33
PANAMA	CHAME	BUENOS AIRES	MALGANAO (P)	2
PANAMA	CHAME	SORA	LA HUACA	19
PANAMA	CHAME	BUENOS AIRES	BUENA VISTA	220
PANAMA	CHAME	PUNTA CHAME	PUNTA CHAME	176
PANAMA	CHAME	PUNTA CHAME	CLARIDAD	1
PANAMA	CHAME	PUNTA CHAME	ENTRADA DE PUNTA CHAME	15
PANAMA	CHAME	PUNTA CHAME	LAS PAVAS	148
PANAMA	CHAME	PUNTA CHAME	LAGARTERA	102
PANAMA	CHAME	PUNTA CHAME	AMADOR O LAGARTERITA	54
PANAMA	CHAME	CABUYA	C.C LA LOMA DEL GUAYABO	66
PANAMA	CHAME	CABUYA	LOS CERRITOS	6
PANAMA	CHAME	CHICA	C.C CHICA	299
PANAMA	CHAME	CHICA	BAJO GRANDE (P)	41
PANAMA	CHAME	CHICA	BAJO LAS MATAS	10
PANAMA	CHAME	CHICA	BOCA DE VIENTO	38

PANAMÁ OESTE- GRUPO POBLACIONAL PANAMÁ OESTE N°5				
PROVINCIA	DISTRITO	CORREGIMIENTO	COMUNIDAD	POBLACIÓN – OCTUBRE 2022
PANAMA	LA CHORRERA	AMADOR	LOS HULES ABAJO	198
PANAMA	LA CHORRERA	AMADOR	LOS HULES CENTRO	44
PANAMA	LA CHORRERA	AMADOR	TINAJONES ARRIBA	154
PANAMA	LA CHORRERA	AMADOR	TINAJONES ABAJO (p)	3
PANAMA	LA CHORRERA	AMADOR	LOS HULES ABAJO	198
PANAMA	LA CHORRERA	MENDOZA	TINAJONES ABAJO (p)	5
PANAMA	LA CHORRERA	ROSEMENA	EL CRUCE DE ROSEMENA	55
PANAMA	LA CHORRERA	ROSEMENA	ROSEMENA	122
PANAMA	LA CHORRERA	ROSEMENA	DIVISA (P)	14
PANAMA	LA CHORRERA	EL ARADO	EL LIRIO	275
PANAMA	LA CHORRERA	LA REPRESA	EL CAÑITO O CERRO CAÑITO	6
PANAMA	LA CHORRERA	LA REPRESA	EL CUIPAL (p)	1
PANAMA	LA CHORRERA	EL ARADO	MOSCU (P)	1
PANAMA	LA CHORRERA	EL ARADO	LA CELESTINA	3
PANAMA	LA CHORRERA	LOS HURTADOS	LA NONECA O LLANITO VERDE	162
PANAMA	LA CHORRERA	LOS HURTADOS	DIVISA (P)	6
PANAMA	LA CHORRERA	LOS HURTADOS	IGUANO	2
PANAMA	LA CHORRERA	LOS HURTADOS	EL SAINO O COROZALES ADENTRO (p)	8
PANAMA	LA CHORRERA	LOS HURTADOS	LAS LAJAS	74
PANAMA	LA CHORRERA	ITURRALDE	C.C LA ARENOSA	86
PANAMA	LA CHORRERA	ITURRALDE	COCA COLA	6
PANAMA	LA CHORRERA	LA REPRESA	C.C ALTO DEL JOBO	132
PANAMA	LA CHORRERA	LA REPRESA	EL JOBO ARRIBA	3
PANAMA	LA CHORRERA	LA REPRESA	C.C LA LAGUNA	147
PANAMA	LA CHORRERA	OBALDIA	C.C PUEBLO NUEVO O HUESITAL	269
PANAMA	LA CHORRERA	OBALDIA	GATO DE AGUA	20
PANAMA	LA CHORRERA	OBALDIA	SAN SEBASTIAN	9
PANAMA	CAPIRA	LA TRINIDAD	PUEBLO NUEVO O HUESITAL (P)	1
PANAMA	LA CHORRERA	PLAYA LEONA	C.C PLAYA LEONA	334
TOTAL				4,046