

PROGRAMA/PROYECTO	EJECUCION	BIENES		REQUISITOS	PROCEDIMIENTOS	FORMATOS
		SERVICIOS				
		ATENCIONES				
Programa Mejores Familias para una Vida Mejor: Es un modelo innovador de autogestión impulsado por mujeres, que promueve la Seguridad Alimentaria Nutricional - SAN- Con un enfoque de aprender haciendo.	El programa se enfoca en la organización, formación y educación de la mujer reconociendo en ella su capacidad como agente de cambio para mejorar el estado nutricional de sus hijos e hijas lo que propicia el desarrollo de individuos sanos y productivos en la familia y la comunidad. Los resultados del programa están vinculados a la voluntad y actitud comprometidas de las mujeres. Actualmente se están atendiendo a mas de 100,000 familias en los departamentos de Intibuca, Lempira, Copan, Ocotepeque, Francisco Morazan, La Paz, El Paraiso, Olanchito, Valle, Santa Barbara, Choluteca y Cortes	1. Levantamiento de Ficha RUP y Linea Base a las familias participantes		Mujeres en edad reproductiva participantes del programa	Focalización de las mujeres en edad reproductiva participantes de la metodología	Una vez realizada y recepcionada la encuesta al participante de la línea base y Ficha RUP, se remite a CENISS para la digitalización y crítica.
		2. Diagnóstico Comunitario		Comunidades focalizadas de acuerdo a índices de pobreza, extrema pobreza, vulnerabilidad y que cuenten con el número de participantes adecuados para la intervención. Aceptación del programa por parte de los líderes comunitarios	Levantamiento de diagnóstico comunitario a las comunidades focalizadas de acuerdo a los criterios dados	Una vez realizada y recepcionada la encuesta a la comunidad de la línea base, y la Ficha RUP se remite a CENISS para la digitalización y crítica.
		3. Conformación de grupos de mujeres participantes (36)		Mujeres en edad reproductiva participantes del programa	Conformación de las mujeres en edad reproductiva participantes de la metodología	Una matriz donde se enlistan los participantes.
		4. Capacitaciones		Personal de campo elegido de acuerdo a perfil y capacitados en la metodología. Mejores familias bajo convenios Mujeres en edad reproductiva participantes del programa	Capacitación in-situ de los ejes temáticos en forma cíclica de acuerdo a la metodología	Lista de asistencia
		5. Antropometría		Niños y niñas en edades de 0-6 años hijos e hijas de las mujeres en edad reproductiva participantes Viáticos aprobados y formatos de control	Coordinación y traslado de los menores de 6 años para el peso y tallado de los mismos	Formato 006 registro de datos antropométricos, supervisión visita domiciliaria.
		6. Supervisión y monitoreo		Unidad Técnica/personal de campo	Planificación de la ejecución de las supervisiones, monitoreo y evaluaciones	existen una serie de formatos de monitoreo para cada actividad en forma cíclica
		7. Evaluaciones		Unidad Técnica		
		8. Asambleas Comunitarias		Unidad Técnica/personal de campo	Convocatoria de los líderes comunitarios y exposición de resultados a los mismos.	

DIRECTOR DE MEJORES FAMILIAS PARA UNA VIDA MEJOR

Emilio Munguía

SECRETARIA DE DESARROLLO E INCLUSION SOCIAL

SEDIS

VI. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN

[illegible]

1. Descripción de la Familia		2. Tipo de Documento		3. Tipo de Documento		4. Tipo de Documento		5. Tipo de Documento		6. Tipo de Documento		7. Tipo de Documento		8. Tipo de Documento		9. Tipo de Documento		10. Tipo de Documento		11. Tipo de Documento		12. Tipo de Documento		13. Tipo de Documento		14. Tipo de Documento		15. Tipo de Documento		16. Tipo de Documento		17. Tipo de Documento		18. Tipo de Documento		19. Tipo de Documento		20. Tipo de Documento		21. Tipo de Documento		22. Tipo de Documento		23. Tipo de Documento		24. Tipo de Documento		25. Tipo de Documento		26. Tipo de Documento		27. Tipo de Documento		28. Tipo de Documento		29. Tipo de Documento		30. Tipo de Documento		31. Tipo de Documento		32. Tipo de Documento		33. Tipo de Documento		34. Tipo de Documento		35. Tipo de Documento		36. Tipo de Documento		37. Tipo de Documento		38. Tipo de Documento		39. Tipo de Documento		40. Tipo de Documento		41. Tipo de Documento		42. Tipo de Documento		43. Tipo de Documento		44. Tipo de Documento		45. Tipo de Documento		46. Tipo de Documento		47. Tipo de Documento		48. Tipo de Documento		49. Tipo de Documento		50. Tipo de Documento		51. Tipo de Documento		52. Tipo de Documento		53. Tipo de Documento		54. Tipo de Documento		55. Tipo de Documento		56. Tipo de Documento		57. Tipo de Documento		58. Tipo de Documento		59. Tipo de Documento		60. Tipo de Documento		61. Tipo de Documento		62. Tipo de Documento		63. Tipo de Documento		64. Tipo de Documento		65. Tipo de Documento		66. Tipo de Documento		67. Tipo de Documento		68. Tipo de Documento		69. Tipo de Documento		70. Tipo de Documento		71. Tipo de Documento		72. Tipo de Documento		73. Tipo de Documento		74. Tipo de Documento		75. Tipo de Documento		76. Tipo de Documento		77. Tipo de Documento		78. Tipo de Documento		79. Tipo de Documento		80. Tipo de Documento		81. Tipo de Documento		82. Tipo de Documento		83. Tipo de Documento		84. Tipo de Documento		85. Tipo de Documento		86. Tipo de Documento		87. Tipo de Documento		88. Tipo de Documento		89. Tipo de Documento		90. Tipo de Documento		91. Tipo de Documento		92. Tipo de Documento		93. Tipo de Documento		94. Tipo de Documento		95. Tipo de Documento		96. Tipo de Documento		97. Tipo de Documento		98. Tipo de Documento		99. Tipo de Documento		100. Tipo de Documento	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100																																																																																																				

VI. CARACTERÍSTICAS DE UN POSICIONADO

[illegible][illegible]



Programa Presidencial Mejores Familias
Encuesta Comunitaria para Mujeres Participantes -- (Línea Base)

PPMF-004

A. Sección de datos generales:				
Departamento _____		Cod _____	Fecha de la Encuesta ____ / ____ / 2015	
Municipio _____		Cód _____	Encuestador _____	
Comunidad _____		Cod _____	Cod ____ COD HOGAR _____	
B. Sección de miembros del hogar:				
1. ¿Quién es el jefe del hogar?		1. La entrevistada 2. Esposo o compañero 3. Padre de la entrevistada 4. Madre de la entrevistada 5. Hermano / hermana de la entrevistada 6. Otro miembro del hogar		
2. Nombre y apellido de la entrevistada _____ Edad ____ años				
# de Identidad _____ Teléfono: _____				
3. Nombre y apellido del cónyuge _____ Edad ____ años				
# de Identidad _____				
4. Estado civil de la Entrevistada:		1. Casada 2. Unida 3. Soltera 4. Viuda 5. Divorciada 6. Separada		
5. La entrevistada es: (Población Objetivo)		1. Madre con < 5 --- 2. Madre con > de 5 partic. --- 3. Madres con > 5 "cuidadoras" 4. No madres partic. 5. No madres "cuidadoras"		
(Si tiene más de un niño/a < de 6 años anexar en una hoja aparte la información de los ítems 6, 7 y 8 del resto de los niños)				
6. Nombre del niño/a < de 6 años: _____ (Un nombre y dos apellidos)				
7. Fecha de nacimiento del niño/a ____ / ____ / ____				
8. Edad del niño/a < de 6 años ____ meses				
9. Sexo del niño/a < de 6 años: M -- F				
10. Ocupación principal de la persona entrevistada:		Ocupación _____		Cod _____
11. Ocupación principal del esposo o compañero:		Ocupación _____		Cod _____
Si NO tiene esposo o compañero				
12. Ocupación principal del jefe del hogar; (Jefe masculino = JM)		Ocupación - JM _____		Cod _____
Jefe femenino = JF)		Ocupación - JF _____		Cod _____
13. Educación formal de la persona entrevistada:		Grado _____ Código _____ Nivel _____ Código _____		
14. Educación formal de su esposo o compañero:		Grado _____ Código _____ Nivel _____ Código _____		
15. Tamaño del hogar (Total de miembros en el hogar) ____ miembros [Hogar se define como las personas que viven bajo un mismo techo y comen de la misma olla]				
Número de personas	De 18 años y más (Adultos)	Entre 13 a menos de 18 años (Jóvenes)	Entre 6 a menores de 13 años (Niños/as escolares)	Menores de 6 años (Niños/niñas)
15.1. Sexo masculino				

Observación 2. ¿Cuál es el material predominante en las paredes?	1. Caña de maíz / tañil / bambú 2. Bahareque / Adobe 3. Madera rústica 4. Madera cepillada 5. Ladrillo o block 6. Concreto 7. Otro _____ (Especifique)	_____ B R M
Observación 3. ¿Cuál es el material predominante en el piso?	1. Tierra 2. Torta de cemento 3. Ladrillo de barro 4. Ladrillo de cemento 5. Cerámico 6. Otro _____ (Especifique)	_____ B R M
4. ¿Cuántos cuartos o ambientes tiene la vivienda? [Incluya cocina y sala]	_____ Cuartos [No incluya pasillos, garaje o bodegas informales]	
5. Del total de cuartos que tiene esta vivienda, ¿Cuántos ocupan solo (exclusivamente) para dormir? [Miembros del hogar]	_____ Cuartos (solo para dormir)	
6. ¿Ustedes tienen? (Lea opciones de respuestas 1 a 7)	1. Radio 2. Televisor 3. Bicicleta 4. Motocicleta 5. Vehículo 6. Teléfono fijo 7. Teléfono celular	1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7 _____
7. La vivienda cuenta con:	1. Letrina (todo tipo) 2. Inodoro lavable 3. No tiene	_____ _____
8. La vivienda cuenta con:	1. Energía eléctrica 2. Agua entubada	1 _____ 2 _____

INFORMACIÓN ESPECÍFICA

Preguntas	Opciones de respuesta	Códigos
SECCIÓN I: Comunidades / mujeres organizadas proyectos de SAN - Mujeres organizadas acciones de saneamiento		
1.1. Además de Mejores familias, ¿Participa usted en alguna otra organización comunitaria?	1. En Mejores Familias, únicamente Cajas Rurales de educación / padres de familia 4. Comité de salud 5. Comité de desarrollo 6. Comité de SAN 7. Otra organización de mujeres 8. Organización religiosa 9. Bancos Comunes (Cooperativas Comunes) 10. Otro _____ (Especifique)	2. _____ 3. Comité 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7 _____ 8 _____ 9 _____ 10 _____
1.2. En la organización/es en que usted participa (MF u otra), se gestionan o se solicitan proyectos de seguridad alimentaria, nutricional (SAN) tales como:	1. Siembra de huertos 2. Crianza de especies menores 3. Crianza de peces 4. Crianza de abejas	1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____

Preguntas	Opciones de respuesta	Códigos
I.4 En la organización/es en la que usted participa (<i>MF u otra</i>), ¿Se promueven acciones de saneamiento / limpieza de su comunidad?	1. Si 2. No → pase a la pregunta I.7	—
I.5 ¿Qué clase de acciones de saneamiento / limpieza se promueven en esa/esas organización comunitaria?	1. Jornadas de limpieza 2. Eliminación de reservorios 3. Eliminación de vectores 4. Campañas de promoción de la salud 5. Proyecto de educación en salud 6. Otra _____ (<i>Especifique</i>)	1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____
I.6 ¿Participa o ha participado usted en alguna de las acciones de saneamiento / limpieza que desarrolla la organización a la que usted pertenece?	1. Si 2. Si, a veces 3. No	—
I.7. De acuerdo con su lugar de nacimiento, idioma y costumbres, ¿Usted se considera... ? <i>Ladina, garífuna o indígena?</i> (<i>Lea opciones de respuesta 2 a 6</i>)	1. Ladina 2. Garífuna 3. Pech? 4. Lenca? 5. Chorti? 6. Otra _____ (<i>Especifique</i>)	—
I.8 ¿Tiene usted cédula de Identidad?	1. Si 2. No, en trámite 3. No	—
(<i>Chequear si ella tiene hijos/as</i>) I.9. ¿Tiene usted registrados o inscritos a todos sus hijos/as en el RNP, incluyendo al de menor edad?	1. Si, todos 2. No, algunos _____ hijos/as 3. No 4. No sabe/No responde 5. No tiene hijos/as	—
I.10. Si tomamos en cuenta a todos los miembros de su hogar, incluyéndola a usted, ¿A quién considera usted más importante aquí en su casa?	1. Ella 2. Esposo o compañero 3. Ella y su esposo o compañero, por igual 4. Ella y alguien más de su familia 5. Sus hijos/as 6. Sus padres 7. Todos por igual 8. Otra persona	—
I.11. En todos los hogares o familias se hacen gastos o compras, ¿Quién decide que gastos o compras se deben hacer aquí en su casa?	1. Ella 2. Esposo o compañero 3. Ella y su esposo o compañero, por igual 4. Ella y alguien más de su familia 5. Sus hijos/as 6. Sus padres 7. Todos por igual 8. Otra persona	—
I.12 ¿En cuáles de las siguientes decisiones de gastos o compras participa usted? (<i>Lea opciones de respuestas 1 a 5</i>)	1. Compra de alimentos? 2. Compra de ropa? 3. Compra de medicinas? 4. Gastos de mejoramiento de la vivienda? 5. Gastos en educación? 6. Otro _____ (<i>Especifique</i>)	1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____
<i>Higiene personal y del medio ambiente</i> I.13 ¿Sabe usted cuales son las principales prácticas de higiene personal?	1. Baño diario 2. Lavado de manos 3. Cepillado de dientes 4. Peinado 5. Cambio de ropa	1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____

Preguntas	Opciones de respuesta	Códigos
I.15 Observación A. Realice la observación de los siguientes aspectos fuera de la vivienda que se visita:	1. Ausencia de basura y/o chatarra 2. Patios "limpios y ordenados" 3. Animales domésticos encorralados 4. Presencia de sumideros para aguas grises 5. Letrina/inodoro tapada y limpia (<i>dentro y fuera</i>)	1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 ____
B. Realice la observación de los siguientes aspectos dentro de la vivienda que se visita: [Ítem 15a, se puede hacer por observación o por pregunta]	B. Dentro de la vivienda 1. Presencia de ambientes separados 2. Camas tendidas y ordenadas 3. Ropa limpia y ordenada 4. Cocina limpia y ordenada 5. Trastos limpios y tapados 6. Agua tapada y en lugar seguro 7. Alimentos tapados y en lugar seguro 8. No se pudo observar	1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 ____ 6 ____ 7 ____ 8 ____
I.15a En el caso de Fosa Séptica/Pozo Ciego, ¿Hay uso de cal, ceniza y aceite quemado?	1. Si 2. No	____
I.16 Observación ¿Hay heces visibles dentro y/o fuera de la casa o vivienda?	1. Si, de animales 2. Si, humanas 3. Si, de ambas 4. No hay	1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____
I.17 ¿Le "hacen algo ustedes" al agua que usan para beber?	1. Nada 2. Hierven 3. Cloran 4. Filtran (<i>Filtro formal</i>) 5. SODIS 6. Compra Agua Purificada	1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 ____ 6 ____
Prácticas en salud reproductiva I.18 ¿Sabe usted que es la Citología/Papanicolaou?	1. Si 2. No → pase a la sección II	____
I.19 ¿Sabe usted para qué sirve el Citología/Papanicolaou?	1. Prevenir / diagnosticar cáncer de matriz 2. Detectar alguna enfermedad 3. Otra respuesta / No sabe / No responde [→ Pase a la sección II, si ella no tiene pareja]	1 ____ 2 ____ 3 ____
[Chequear si ella tiene pareja] I.20 En el último año, ¿A usted le han hecho una Citología/Papanicolaou?	1. Si 2. No	____
SECCIÓN II: Salud y Alimentación		
Lactancia materna y alimentación del niño/as II.1 ¿Sabe usted hasta que edad se le debe dar solo leche materna (pecho) a un niño/a?	1. Hasta los seis meses 2. Otra respuesta [Sin darle algo más....]	____
II.2 ¿Sabe usted que gana un niño/a cuando solamente recibe leche materna?	1. Recibe todos los nutrientes que necesita 2. Recibe defensas para toda su vida 3. Disminuye la carga de infecciones /niño/a 4. Favorece el vínculo madre-niño/a 5. Otra / No sabe / No responde	1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 ____
II.3 ¿Sabe usted que gana una madre cuando le da a su niño/a solamente leche materna?	1. Siempre está disponible 2. No necesita de preparación previa 3. Favorece la economía familiar	1 ____ 2 ____ 3 ____

Preguntas	Opciones de respuesta	Códigos
II.5 ¿Sabe usted que gana un niño/a cuando además de leche materna recibe "otras comiditas"?	1. Recibe mayor cantidad de alimentos 2. Recibe nutrientes que le faltan a la LM 3. Conoce el sabor de otros alimentos 4. Conoce el olor y color de otros alimentos 5. Conoce la consistencia de otros alimentos 6. Otra / No sabe / No responde	1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____
II.6 Ahora quisiera hacer algunas preguntas a [NOMBRE DE LA PERSONA QUE COCINA] sobre los tipos de alimentos que usted o cualquiera de los miembros de su familia comieron durante el día y la noche de ayer . (Lea cada uno de los grupos de alimentos de la A hasta la M) [OJO •]		
Grupos de alimentos / [Diversidad dietética]	SI	NO
A. Cereales: Tortillas, pan, fideos, arroz, mosh, galletas u otro alimento de trigo, maíz o arroz?	1	2
B. Raíces: Papa, camote, yuca, ichintal u otro alimento en forma de raíz?	1	2
C. Verduras: Zanahoria, güicoy sazón u otras verduras anaranjadas por dentro?	1	2
D. Frutas: Frutas anaranjadas por dentro como mango maduro, papaya zapote?	1	2
E. Otras frutas: Otras frutas o verduras?	1	2
F. Carnes: Carne de res, de cerdo, de cordero, cabra, oveja, pollo o pato?	1	2
G. Visceras: Hígado, riñón corazón u otra clase de menudos de res o pollo?	1	2
H. Huevos: Huevo?	1	2
I. Pescados y mariscos: Pescado o marisco fresco, frito o seco	1	2
J. Leguminosas: Frijoles, lentejas, habas, manías o nueces	1	2
K. Leche y sus productos: Leche de vaca o cabra, queso, requesón, yogur, u otro alimento de leche	1	2
L. Aceites y grasas: Aceite, manteca, mantequilla o alimentos fritos con estas cosas	1	2
M. Azúcar y miel: Azúcar, miel o panela	1	2
II.7 Ejercicio con base en un caso supuesto: Supongamos que en su familia son cinco miembros , Su esposo, usted y tres hijos Juan de 16 años, Pablo de 10 y María de 12 meses . Supongamos además que usted ya preparó el almuerzo para su familia el día de hoy, y tiene las siguientes preparaciones: caldo de pollo (la pechuga, dos piernas y los menudos) , frijoles cocidos con bastante caldo , ensalada de frijolitos verdes y zanahoria , tortillas y fresco		
II.7. ¿Con qué orden <u>serviría</u> y como haría usted la <u>distribución</u> de estas preparaciones para cada uno de los miembros de su familia?	Orden al servir	Códigos de las preparaciones: Pollo / pechuga / pierna = 1, Pollo / menudos = 2, Caldo de pollo = 3; Frijoles = 4, Caldo frijoles = 5; Ensalada de frijolitos verdes y zanahoria = 6; Tortillas = 7 y fresco de naranja o limón = 8 [Anote los códigos de las preparaciones en los espacios que aplican]
• El (esposo o compañero)		_____
• Ella (la entrevistada)		_____
• Juan (16 años)		_____
• Pablo (10 años)		_____
• María (12 meses)		_____
II.8 ¿Por qué haría usted la distribución de las preparaciones de esta forma a cada uno?	1. Importancia de los miembros 2. Aporte económico al hogar 3. El trabajo que desempeñan 4. Edades de los miembros 5. Necesidades alimentarias y nutricionales 6. Gusto por determinados alimentos 7. Por costumbre	1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7 _____

Preguntas	Opciones de respuesta	Códigos
II.11 Sabe usted cómo prevenir / evitar en su comunidad, enfermedades tales como: Diarrea, gripe, enfermedades de la piel, dengue y enfermedad de Chagas?	1. Vivir en un ambiente limpio y sano <i>(sin basura, sin agua estancada / contaminada, sin presencia de vectores y sus refugios, sin excretas al aire libre, con animales encorralados)</i> 2. Realizar jornadas del limpieza 3. Practicar una buena higiene personal 4. Tener una buena alimentación y nutrición 5. Disponer de agua segura 6. Asistir a charlas educativas en los SS 7. Asistir a SS para exámenes y chequeos 8. No sabe / No responde	1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 ____ 6 ____ 7 ____ 8 ____
¿Sabe usted cómo prevenir / evitar las diarreas?	<u>Diarrea:</u> 1. Dar tratamiento al agua para beber 2. Eliminar reservorios y vectores 3. Buena disposición de aguas servidas 4. Buena disposición de excretas 5. Preparación higiénica de alimentos 6. Alimentos cubiertos y en lugar seguro 7. Agua para beber cubierta y en lugar seguro 8. Lavado oportuno de manos 9. No sabe / No responde	1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 ____ 6 ____ 7 ____ 8 ____ 9 ____
¿Sabe usted cómo prevenir / evitar la gripe?	<u>Gripe</u> 1. Vacunarse 2. Evitar el contacto excesivo con el polvo 3. Evitar el contacto excesivo con el humo 4. Protegerse del frío y la lluvia / usar zapatos 5. Evitar contacto con enfermos de IRA's 6. Evitar asistir a reuniones con mucha gente 7. No sabe / No responde	1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 ____ 6 ____ 7 ____
¿Sabe usted cómo prevenir / evitar las enfermedades de la piel?	<u>Enfermedades de la piel</u> 1. Practicar el baño diario 2. Cambio diario de ropa 3. Mantener ropa de cama limpia y ordenada 4. Evitar la picadura de moscas y mosquitos 5. Protegerse de exposición extrema al sol 6. Usar zapatos 7. No sabe / No responde	1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 ____ 6 ____ 7 ____
¿Sabe usted cómo prevenir / evitar la el Dengue?	<u>Dengue:</u> 1. Elimine el vector a través de la famosa "untadita", que es la limpieza de los depósitos, pilas y barriles con una mezcla de cloro y detergente. 2. Coloque abate en las pilas cada tres meses para evitar la proliferación del vector. 3. Se fumiga cuando la densidad vectorial es muy alta y se necesita cortar la transmisión para la eliminación del vector. 4. Evite la acumulación de agua y basura. 5. Tape los recipientes que contienen agua. 6. Atienda a los empleados de salud que llegan a su casa. 7. No sabe / No responde	1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 ____ 6 ____ 7 ____
¿Sabe usted cómo prevenir / evitar la enfermedad	<u>Enfermedad de Chagas:</u>	

Preguntas	Opciones de respuesta	Códigos
peligro (SP) en niños/as con: diarrea, catarro o gripe? enfermedades de la piel, dengue y enfermedad de chagas?	2. Presencia de sangres en las heces (disentería) 3. Mollera caída / ojos hundidos 4. Orina poco, no orina / llanto sin lágrimas 5. Presencia del signo del pliegue 6. Deposiciones a cada rato / deposiciones abundantes 7. No sabe / No responde	3 ____ 4 ____ 5 ____ 6 ____ 7 ____
	<u>Gripe</u> 1. Respiración rápida o entrecortada 2. Silbido al respirar 3. Hervor de pecho 4. Fiebre alta por más de 2 días 5. Tiraje intercostal 6. Dificultad para beber y/o comer 7. No sabe / No responde	1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 ____ 6 ____ 7 ____
	<u>Enfermedades de la piel</u> 1. Abundante piel reseca 2. Escozor o picazón constante 3. Presencia de erupciones o secreciones 4. Presencia de llagas 5. No sabe / No responde	1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 ____
	<u>Enfermedad de Dengue</u> 1 fiebre 2 Dolor de cabeza 3 Dolores de músculos y articulaciones 4 Náuseas y vómitos 5 Cansancio intenso. 6 Manchas en la piel, acompañadas de picazón.	1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 ____ 6 ____
	<u>Enfermedad de Chagas</u> 1. Agrandamiento de ganglios 2. Inflamación de párpados 3. Signo de Romaña 4. Disnea 5. Aumento de palpitaciones cardíacas 6. No sabe / No responde	1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 ____ 6 ____
II.13 ¿Sabe usted en qué momento se debe buscar ayuda en un servicio de salud en casos de diarrea, catarro o gripe, enfermedades de la piel o enfermedad de Chagas?	1. Con presencia de una o más SP 2. Desde el inicio de signos y síntomas 3. Al dar remedio y ver que no mejoran 4. Otra respuesta / No sabe / No responde	1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____
Alimentación del niño/a enfermo II.14 ¿Sabe usted que <u>cantidad de líquidos</u> se le deben dar a un niño/a cuando tiene diarrea?	1. Menos?, 2. Igual?, ó 3. Mas, que cuando está sano?	____

Preguntas	Opciones de respuesta	Códigos
2. NO ____ II20A. ¿Qué hacen ustedes para conseguirlos? ----- 20B. ¿Qué se podría hacer para conseguir alimentos variados y nutritivos en esta comunidad, en forma bastante rápida?	3. Obtención de donaciones → pase a sec. 3 4. Otra _____ (Especifique) → En opción "otra", pase a sección 3 _____ _____	3 ____ 4 ____
II.21 Para facilitar <u>la compra o la presencia</u> de estos alimentos aquí en su comunidad, ¿Qué cosas considera usted que se podrían hacer?	1. Organizarse en grupos 2. Averiguar dónde conseguirlos 3. Facilitar la llegada de los alimentos 4. Buscar ayuda para que lleguen 5. Otra _____ (Especifique)	1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 ____
Sección III y IV: Maternidad y Paternidad Responsable		
III.1 ¿Planifican o platican ustedes sobre cuánto van a gastar cada mes en su hogar o familia?	1. Si 2. No → pase a la pregunta IV.3 --	____
III.2 ¿Hicieron esta planificación en este último mes?	1. Si 2. No	____
→ [Haga esta pregunta solamente si las preguntas III.1y III.2 tienen respuesta positiva] IV.1 Usted ya me dijo que manejan una planificación o presupuesto familiar mensual, ¿En que gastaron o emplearon ustedes el dinero que toman en cuenta en esta planificación, durante el último mes?	1. Alimentación 2. Educación 3. Vivienda 4. Salud 5. Vestuario 6. Servicios básicos (agua y luz) 7. Otro _____ (Especifique)	1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 ____ 6 ____ 7 ____
IV.2 Si en este momento usted tuviera L. 840.00 como presupuesto mensual, ¿Cómo distribuiría este dinero de acuerdo a sus necesidades del mes anterior?	1. Cuanto para alimentación? L. ____ . ____ 2. Cuánto para educación? L. ____ . ____ 3. Cuánto para vivienda? L. ____ . ____ 4. Cuánto para salud? L. ____ . ____ 5. Cuanto para vestuario? L. ____ . ____ 6. Servicios básicos (agua y luz) L. ____ . ____ 7. Otro L. ____ . ____	
IV.3 ¿Sabe usted cuales son las necesidades básicas de una familia?	1. Alimentación 2. Salud y prevención de enfermedades 3. Estabilidad emocional 4. Vestuario 5. Vivienda 6. Educación 7. No sabe / No responde	1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 ____ 6 ____ 7 ____
IV.4 ¿Sabe usted cuales son las características que se deben tener para ser madres y padres responsables?	1. Madurez física 2. Madurez emocional 3. Madurez social 4. Madurez económica 5. Madurez intelectual	1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 ____

Preguntas	Opciones de respuesta	Códigos
	5. No puede cumplir con las tareas del hogar 6. Se le hace difícil llevar a sus hijos a SS 7. Se le hace difícil tener un trabajo 8. Tiene menos recursos para sus hijos/as 9. Tiene menos recursos para el hogar 10. Otra _____ (Especifique) 11. Nada / No sabe / No responde	5 ____ 6 ____ 7 ____ 8 ____ 9 ____ 10 ____ 11 ____
V.3 ¿Sabe usted que le puede pasar a los niños/as cuando una mujer los tiene muy seguidos, por ejemplo en espacios menores a tres años?	1. Pueden nacer prematuros 2. Pueden nacer con bajo peso 3. Pueden nacer con daños congénitos 4. Se pueden enfermar más 5. Se pueden desnutrir con mayor facilidad 6. Se pueden morir con mayor facilidad 7. Se les da menos atención y estimulación 8. Menor oportunidad de salud preventiva 9. Menor oportunidad de educación formal 10 Otra _____ (Especifique) 11. Nada / No sabe / No responde	1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 ____ 6 ____ 7 ____ 8 ____ 9 ____ 10 ____ 11 ____
V.4 ¿Sabe usted por qué es importante el uso de los métodos de planificación familiar (PF)? [Si la respuesta es si, pregunte ¿Por qué?]	1. Evitar embarazos no deseados 2. Espaciar los embarazos 3. Evitar contagiarse con Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) 4. Evitar contagiarse con VIH/SIDA 5. Que la mujer tenga más salud 6. Que los hijos/as tengan más salud 7. Cubrir las necesidades básicas del hogar 8. Otra _____ (Especifique) 9. No sabe / No responde	1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 ____ 6 ____ 7 ____ 8 ____ 9 ____
V.5 ¿Está usted casada o unida actualmente? [Tiene pareja?]	1. Si 2. No → pase a la pregunta V.8	____
V.6 ¿Su pareja o usted están usando algún método de PF?	1. Si 2. No → pase a la pregunta V.8	____
V.7 ¿Le encuentra usted ventajas al estar usando este método de PF?	1. Si 2. No 3. No sabe / No responde	____
→ Pase a la pregunta V.10		
V.8 Más adelante, ¿Estaría usted de acuerdo con usar un método de PF?	1. Si 2. No → pase a la V.10 3. No sabe / No responde	____
V.9 ¿Le encontraría usted ventajas al usar un método de PF?	1. Si 2. No 3. No Sabe / No responde	____
V.10 ¿Sabe usted cual es el número menor de visitas de control o chequeo que debe tener una mujer embarazada?	1. Cinco 2. Otra respuesta 3. No sabe / No responde	____
V.11 ¿Quién debe atender a la mujer embarazada en esas visititas de control o chequeo?	1. Médico, enfermera o partera CAT 2. Otra respuesta 3. No sabe / No responde	____
V.12 ¿Sabe usted que le podría pasar a	1. Ignora el crecimiento/desarrollo del niño/a	1 ____

Preguntas	Opciones de respuesta	Códigos
V.15 ¿Quién le atendió en esas visitas de control o chequeo durante el embarazo de su niño/a?	1. Médico, enfermera o partera CAT 2. Otra respuesta	—
V.16 ¿Sabe usted si es necesario que una mujer que “acaba de Parir” tenga visitas de control o chequeo?	1. Si 2. No → pase a la pregunta V.19 3. No sabe / No responde → pase a la pregunta V.19	—
V.17 ¿A los cuántos días de “Parir” se debe hacer la primera visita de control o chequeo?	1. Tres primeros días postparto 2. Otra respuesta / No sabe/No responde	—
V.18 ¿Quién debe atender a la mujer en esa primera visita de control o chequeo?	1. Médico, enfermera o partera CAT 2. Otra respuesta / No sabe/No responde	—
[Haga preguntas 19 y 20 si ella tiene un niño/a menor de 12 meses]	1. Si 2. No → pase a la pregunta V.21	—
V.19 ¿Tuvo usted una primera visita de control o chequeo en los tres primeros días del nacimiento de su hijo/a?		
V.20 ¿Quién le atendió durante esa visita de chequeo?	1. Médico, enfermera o partera CAT 2. Otra respuesta	—
V.21 ¿Sabe usted por qué es importante que una mujer busque quien le dé hierro y ácido fólico durante el embarazo?	1. Prevenir enfermedades ella /su niño/a 2. Evitar que a ella le dé anemia 3. Evitar que el niño/a nazca con anemia 4. Crecimiento normal de su niño/a 5. Desarrollo normal de niño/a 6. Otra respuesta / No sabe, no responde	1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 ____ 6 ____
[Haga preguntas 22 y 23 si ella tiene un niño/a menor de 12 meses]	1. Si 2. No → pase a la pregunta V.24	—
V.22 ¿Buscó usted a alguien para que le diera hierro y ácido fólico durante el embarazo de su hijo/a?		
V.23 A quien buscó usted para que le diera hierro y ácido fólico durante el embarazo de su niño/a?	1. Médico, enfermera o partera CAT 2. Otra respuesta	—
V.24 ¿Sabe usted por qué es importante que una mujer busque que le pongan la vacuna antitetánica durante el embarazo?	1. Para prevenir el tétano en ella 2. Para prevenir el tétano en el niño/a 3. Otra respuesta / No sabe / no responde	1 ____ 2 ____ 3 ____
[Haga preguntas 25 y 26 si ella tiene un niño/a menor de 12 meses]	1. Si 2. No → pase a la pregunta V.27	—
V.25 ¿Buscó usted a alguien para que le pusiera la vacuna antitetánica en el embarazo de su hijo/a?		
V.26 A quien buscó usted para que le pusiera la vacuna antitetánica durante el embarazo de su niño/a?	1. Médico, enfermera o partera CAT, FI 2. Otra respuesta [FI = Facilitador Institucional]	—
V.27 ¿Sabe usted por qué es importante que las mujeres se hagan ellas mismas el examen de sus mamas o pechos?	1. Si 2. No → pase a la pregunta V.31	—
V.28 ¿Por qué es importante que se hagan	1. Detectar presencia de quistes 2. Detección temprana del cáncer de mama	1 ____ 2 ____

Preguntas	Opciones de respuesta	Códigos
	5. Cólicos y dolor de espalda y muslos 6. Hinchazón de cara, manos y cuerpo 7. Convulsiones 8. Dificultad para respirar 9. Otra _____ (Especifique)	5 ____ 6 ____ 7 ____ 8 ____ 9 ____
[Haga preguntas 33 y 34 si ella tiene un niño/a menor de 12 meses] V.33 ¿Tuvo Usted alguna de estas señales de peligro durante el embarazo de su último hijo/a?	1. Si 2. No → pase a la V.35	____
V.34 ¿Qué hizo usted / o alguien de su familia cuando usted tuvo estas señales de peligro?	1. Busco ayuda inmediata con PSC 2. Otra respuesta • [PSC = personal de salud calificado]	____
V.35 ¿Conoce usted las señales de peligro en el recién nacido?	1. Si 2. No → pase a la pregunta V.39	____
V.36 ¿Cuáles son esas señales de peligro en el recién nacido?	1. Tiene dificultad para respirar 2. Está muy frío y tiembla 3. Está muy caliente 4. Es muy chiquito 5. Está moradito 6. No puede mamar 7. No llora 8. Tiene el ombligo rojo y/o con pus 9. Tiene los ojos rojos o y/o con secreciones 10 Otra _____ (Especifique)	1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 ____ 6 ____ 7 ____ 8 ____ 9 ____ 10 ____
[Haga preguntas 37 y 38 si ella tiene un niño/a menor de 12 meses] V.37 ¿Cuándo su niño/a nació tuvo alguna de estas señales?	1. Si 2. No → pase a la pregunta V.39	____
V.38 ¿Qué hizo usted / o alguien de su familia cuando su niño/a tuvo estas señales de peligro?	1. Busco ayuda inmediata con PSC 2. Otra respuesta • [PSC = personal de salud calificado]	____
V.39 ¿Conoce o ha oído sobre las infecciones de transmisión sexual (ITS)?	1. Si 2. No → pase a la pregunta V.41	____
V.40 ¿Qué infecciones de transmisión sexual o ITS conoce usted?	1. Gonorrea 2. Sífilis 3. Herpes genital 4. VIH/SIDA 5. Otra _____ (Especifique)	1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 ____
V.41 ¿Sabe usted o ha escuchado algo sobre el VIH/SIDA?	1. Si 2. No → pase a la pregunta VI.1	____
V.42 ¿Sabe usted en qué forma se transmite o contagia el VIH/SIDA?	Por medio de: 1. Relaciones sexuales 2. Transfusiones de sangre contaminada 3. Inyecciones contaminadas 4. Utensilios quirúrgicos contaminados 5. De la madre al niño (forma vertical)	1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 ____



MINISTERIO DE SALUD
GOBIERNO DE COLOMBIA



Pantaleon
Ingenio La Grecia



Preguntas	Opciones de respuesta	Códigos
VI.3 ¿Cuáles fueron los problemas o complicaciones que tuvo esta mujer?	1. Aborto no atendido y/o complicado 2. Hemorragia 3. Infección 4. Edema, dolor de cabeza intenso, fiebre 5. Feto en mala posición / placenta no nace	1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 ____
Mortalidad Infantil		
VI.4 Durante este año, ¿Ha muerto algún niño/a <u>menor de un año</u> en esta casa o vivienda?	1. Si 2. No → [Finaliza este cuestionario]	____
VI.5 ¿Cuál fue la causa de la muerte de este niño/a menor de un año?	1. Problemas durante el nacimiento 2. Problemas con que nació el niño/a 3. Tétanos neonatal 4. Sarampión / meningitis / tosferina 5. Desnutrición proteica calórica 6. Diarrea / disenteria 7. Influenza / Infecciones respiratorias 8. Enfermedades parasitarias 9. Otra respuesta / No sabe	1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 ____ 6 ____ 7 ____ 8 ____ 9 ____



FIRMA:



GOBIERNO DEL DEPARTAMENTO DE BOYACÁ



Pantaleon
Ingenio La Grecia



DIAGNÓSTICO COMUNITARIO PROGRAMA PRESIDENCIAL MEJORES FAMILIAS

PPMF-005

Correlativo No. _____

Latitud		Longitud		Altitud	
---------	--	----------	--	---------	--

SECCIÓN 1. DATOS GENERALES

Lugar de la encuesta	Nombre	Código
1. Departamento		
2. Municipio		
3. Comunidad		
4. Líder comunitario		
5. Cargo	No. Teléfono	
8. Fecha del Diagnóstico	Día	Mes
		Año

SECCIÓN 2. CARACTERÍSTICAS GEOGRÁFICAS

No.	ASPECTOS A OBSERVAR	CATEGORIA
9	TIPO DE COMUNIDAD	1. URBANA 2. SEMI-RURAL 3. RURAL 4. VIVIENDAS CONCENTRADAS 5. VIVIENDAS DISPERSAS
10	ACCESO A LA COMUNIDAD (MARCAR LAS VÍAS DE ACCESO QUE SE UTILIZAN PARA PODER LLEGAR A LA COMUNIDAD.)	1. ASFALTO 2. TERRACERÍA 3. AGUA 4. VEREDA 5. OTRO Especifique: _____
11	TRANSPORTE MÁS COMÚN QUE UTILIZA PARA LLEGAR A LA COMUNIDAD (MARCAR LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA EN EL TIPO DE TRANSPORTE QUE SE UTILIZA PARA LLEGAR A LA COMUNIDAD O LUGAR POBLADO)	1. BUS 2. VEHÍCULO 3. MOTO 4. CAMINADO 5. ANIMAL DE CARGA/ BESTIA 6. LANCHA



INGENIO DE LA GRACIA



Pantaleon
Ingenio La Gracia



31	¿Cuál es la fuente principal de agua en la comunidad?	1. Agua potable		
		2. Agua de pozo		
		3. Río		
		4. Lago		
		5. Nacimiento		
		6. Lluvia		
32	Si la comunidad no cuenta con servicio de agua, ¿A qué distancia de la comunidad queda la fuente de agua más cercana? ANOTAR EL NÚMERO EN KILÓMETROS.			
33	La comunidad cuenta con un sistema de drenajes. SI LA RESPUESTA ES NEGATIVA, PASE A LA PREGUNTA NÚMERO 35		SI	NO
34	Si la comunidad cuenta con sistema de drenajes, ¿Qué porcentaje de la población está conectada al sistema de drenaje?			
35	¿La comunidad cuenta con servicio de salud?	SI	NO	Si la respuesta es NO pase a la pregunta número 37
36	¿Qué nivel de atención presta el servicio de salud al que las participantes asisten? (DEBE SELECCIONAR EL NIVEL CORRESPONDIENTE)	1. Primer nivel de atención: centro comunitario de salud		
		2. Segundo nivel de atención: centro de salud		
		3. Tercer nivel de atención: hospital		
37	¿Qué distancia en kilómetros existe entre la comunidad y el servicio de salud más cercano?	_____ kilómetros		
No	PREGUNTA CON INFORMANTES CLAVE			
38	¿Tiempo que tarda en llegar al servicio de salud?	_____ horas _____ minutos		
39	¿Cuenta la comunidad con energía eléctrica?	SI	NO	Si la respuesta es NO pase a la pregunta No. 41
40	Porcentaje de la población que cuenta con el servicio de energía eléctrica	%		
41	¿Cuenta con un sistema de disposición de excretas?	SI	NO	
42	¿Qué sistema de disposición de excretas es el más utilizado en la comunidad? (Marcar el sistema de disposición de excretas más utilizado en la comunidad)	1. Inodoros conectados a alcantarillados		
		2. Inodoro conectado a fosas sépticas		
		3. Letrinas o pozos ciegos		



GOBIERNO DE LA REPÚBLICA DE GUATEMALA



Pantaleon
Ingenio La Grecia



21	REGIÓN A LA QUE MIGRAN	REGIÓN						
22	MESES EN LOS QUE MIGRAN	1	2	3	4	5	6	7
		8	9	10	11	12		
23	PORCENTAJE DE HOMBRES QUE TRABAJAN Y SON REMUNERADOS							
24	PORCENTAJE DE MUJERES QUE TRABAJAN Y SON REMUNERADAS							
25	¿Cuál es el ingreso diario promedio de las familias en la comunidad? (SELECCIONAR ENTRE LOS RANGOS)	<L 28.00						
		=L 28.00						
		>L 28.00						
		= o más de L 56.00						
No.	PREGUNTA CON INFORMANTES CLAVE	CATEGORIA						
26	¿Qué tipo de organización comunitaria funciona en la comunidad?	Cajas Rurales						
		Comité de educación/ Padres de Familia						
		Comité de Salud						
		Asociación de vecinos						
		Junta de Agua						
		Comité de Desarrollo						
		Organizaciones Religiosas						
		Otros Especifique _____						

SECCIÓN 4. SITUACIÓN DEMOGRÁFICA Y SOCIOECONÓMICA

No	PREGUNTA CON INFORMANTES CLAVE	CATEGORIA	
27	¿Hay escuelas?	SI	NO
28	¿Qué tipo de servicios educativos hay en la comunidad?	1. Oficial	
		2. Privado	
		3. No hay servicio educativo	
29	¿Qué niveles educativos hay en la comunidad?	1. Pre primaria	
		2. Primaria	
		3. Básico	
		4. Diversificado	
30	¿Qué porcentaje de la población sabe leer y escribir? %	COMUNIDAD	% GRUPO



7. AVIONETA

No.	ENTREVISTAS CON INFORMANTES CLAVE	
12	No. De kilómetros desde la cabecera municipal en el transporte más común:	
13	No. De Familias que viven en la comunidad	
14	No. De Casas en la comunidad	
15	No. De niñas (os) menores de 5 años	
16	No. De mujeres entre 15 y 49 años	
17	PRINCIPAL FUENTE DE INGRESOS EN LA COMUNIDAD (DEBE SELECCIONAR Y MARCAR UNA O VARIAS DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS)	1. CULTIVO EN PARCELAS PROPIAS /ARRENDADAS
		2. CULTIVO DE CAÑA DE AZÚCAR
		3. BANANO
		4. CAFÉ
		5. COOPERATIVA
		6. TRABAJOS EN FABRICA O INGENIO
		7. COMERCIO
		8. TRABAJOS DE OFICINA
		9. ARTESANÍA
		10. TURISMO
		11. ALBAÑILERÍA
		12. OTROS, ESPECIFIQUE _____

SECCIÓN 3. SITUACIÓN DEMOGRÁFICA Y SOCIOECONÓMICA

No.	PREGUNTA CON INFORMANTES CLAVE	CATEGORIA	
18	En la comunidad hay personas que migran duran te el año: (MIGRAN A TRABAJAR A OTRAS REGIONES O FUERA DEL PAÍS)	SI	NO
19	Porcentaje de personas que migran	COMUNIDAD: _____ %	GRUPO: _____ %
20	Integrantes de la familia que migran (DEBE MARCAR LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN)	1. Padres	
		2. Madres	
		3. Familias completas	



MINISTERIO DE SALUD



Pantaleon
Ingenio La Grecia



Codificación de literales para identificar causas de morbilidad y mortalidad materna e infantil:

MATERNA				INFANTIL			
Literal	Causa de morbilidad	Literal	Causa de mortalidad	Literal	Causa de morbilidad	Literal	Causa de mortalidad

SECCIÓN 8. PERCEPCION DEL TÉCNICO DE CAMPO

No.	Observación y Pregunta con informantes clave	CATEGORIA		
76	CONDICIONES HIGIÉNICAS DE LAS CASAS DE LA COMUNIDAD	1. Adecuado		
		2. Regular		
		3. Debe mejorar		
77	ENFERMEDADES PRESENTES EN LA COMUNIDAD	1. Diarreas		
		2. Infecciones respiratorias agudas		
		3. Parasitismo		
		4. Piel		
		5. Desnutrición		
78	FOCOS DE CONTAMINACIÓN	1. Basureros		
		2. Ríos contaminados		
		3. Drenajes a flor de suelo		
		4. Agua estancada		
79	ACEPTACIÓN DEL PROGRAMA EN LA COMUNIDAD		SI	NO

SECCIÓN 7. INDICADORES DE SALUD Y NUTRICION

NÚMERO DE CASOS REPORTADOS DURANTE LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS

Identifique con una literal mayúscula, la causa principal de morbilidad y mortalidad en madres y niños, por comunidad y grupo. El año 1 corresponde al año anterior al que se realiza la Línea de Base Comunitaria.

INDICADORES	MATERNO						INFANTIL					
	Comunidad			Grupo (causas, frecuencia)			Comunidad (causas, frecuencia)			Grupo (causas, frecuencia)		
	Año	Causa principal	Número	Año	Causa principal	Número	Año	Causa principal	Número	Año	Causa principal	Número
MORBILIDAD	1			1			1			1		
	2			2			2			2		
	3			3			3			3		
	4			4			4			4		
	5			5			5			5		
MORTALIDAD	Año	Causa principal	Número				Año	Causa principal	Número			
	1						1					
	2						2					
	3						3					
	4						4					
NO. NACIMIENTOS												
AÑOS	1	2	3	4	5							
DESNUTRICIÓN AGUDA												
LEVE												
MODERADA												
SEVERA												
DESNUTRICIÓN CRÓNICA												
FUENTES CONSULTADAS:												



MINISTERIO DE SALUD
REPUBLICA DE CUBA



Pantaleon
Ingenio La Grecia



56	Tipo de Intervención			
57	Tiempo de intervención en la comunidad		Años	Meses
58	Población beneficiada	1. Niños 2. Niñas	3. Mujeres 4. Hombres 5. Líderes	6. Organización comunitaria 7. Todos los anteriores
59	Nombre del contacto			
60	Números de teléfono			
No.	INSTITUCIO N 3		CATEGORIA	
61	Nombre de la organización			
62	¿Qué tipo de organización es?		1 ONG	
			2. OG	
			3 Organismo Internacional	
63	Nombre del Proyecto			
64	Tipo de Intervención			
65	Tiempo de intervención en la comunidad		Años	Meses
66	Población beneficiada	1. Niños 2. Niñas	3. Mujeres 4. Hombres 5. Líderes	6. Organización comunitaria 7. Todos los anteriores
67	Nombre del contacto			
68	Números de teléfono			

SECCIÓN 6. INDICADORES DE VULNERABILIDAD A LA INSEGURIDAD ALIMENTARIA NUTRICIONAL

No.	DIAGNÓSTICO SEGÚN INFORMANTES	MARQUE EL NIVEL DE VULNERABILIDAD IDENTIFICADO			
69	Inundaciones	Baja	Media	Alta	Muy alta
70	Sequías	Baja	Media	Alta	Muy alta
71	Heladas	Baja	Media	Alta	Muy alta
72	Maíz	Muy alta	Alta	Media	Baja
73	Frijol	Muy alta	Alta	Media	Baja
74	Pobreza Extrema	Baja	Media	Alta	Muy alta
75	Desnutrición crónica	Baja	Media	Alta	Muy alta



43	¿Cuenta la comunidad con servicio de recolección de basura?	SI	NO
44	¿Qué tratamiento le dan a la basura en la comunidad?	1. La queman	
		2. La entierran	
		3. Ninguno	

SECCIÓN 5. INTERVENCIÓN DE OG'S Y ONG'S Y OTROS

No	INSTITUCION 1	CATEGORIA			
45	Nombre de la organización				
46	¿Qué tipo de organización es?	1 Organización No Gubernamental	ONG		
		2. Organización Gubernamental	OG		
		3 Organismo Internacional			
47	Nombre del Proyecto				
48	Tipo de Intervención				
49	Tiempo de intervención en la comunidad	Años		Meses	
50	Población beneficiada	1. Niños 2. Niñas	3. Mujeres 4. Hombres 5. Líderes	6. Organización comunitaria 7. Todos los anteriores	
51	Nombre del contacto				
52	Números de teléfono				

No.	INSTITUCION 2	CATEGORIA	
53	Nombre de la organización		
54	¿Qué tipo de organización es?	1 ONG	
		2. OG	
		3. Organismo Internacional	
55	Nombre del Proyecto		



GOBIERNO DEL ESTADO DE QUINTANA ROO



Pantaleon
Ingenio La Grecia



Disponibilidad de alimentación en la comunidad

Indique el número de los puntos de venta de alimentación que encuentren la comunidad

No	Punto de ventas	No de Puntos de Ventas mas Común en la comunidad	No de días de la semana que esta abierto	*Codificación de los días de la Semana
1	Mercado			1
2	Tienda			2
3	Carnicería			3
4	Verdulería			4
5	Otros			5

Coloque el código correspondiente al punto de venta en donde se encuentra disponible cada uno de los alimentos

No	Cereales	Punto de venta mas común	No Disponible	No	Verduras y Hierbas	Puntos de Ventas Mas Común	No Disponible
1	Pan			42	Hoja de jocote		
2	Tortillas			43	Zanahoria		
3	Cereales preparados			44	Camote		
4	Atoles			45	Coliflor		
5	Arroz			46	Brócoli		
6	Tubérculos: Papa, yuca, Itchintal			47	Flores de Ayote		
7	Fideos			48	Yuca		
8	Plátanos			49	Tomate		

No	Carne, Pescado y Mariscos	Punto de venta mas común	No Disponible
9	Carne de res		
10	Carne de res, pollo o gallina		
11	Carne de cerdo		
12	Carne de otros animales		
13	Viseras/ Menudos		
14	Pescado		
15	Mariscos		
16	Embutidos		

No	Frutas	Puntos de Ventas Mas Común	No Disponible
52	Carne de coco maduro		
53	Jocote		
54	Mora		
55	Nance		
56	Papaya		
57	Naranja		
58	Mandarina		
59	Bananos		
60	Fresa		
61	Melón		
62	Anona		
63	Guanábana		
64	Guayaba		
65	Mata coyota		
66	Mango		
67	Ciruela pasa		
68	Sandía		
69	Melocotón		
70	Limón		
71	Tamarindo		
72	Pasa		
73	Zapote		
74	Piña		

No	Azúcares	Punto de venta mas común	No Disponible
17	Azúcar		
18	Miel		
19	Rapadura de Dulce		

No	Lácteos y Huevos	Punto de venta mas común	No Disponible
20	Leche		
21	Queso		
22	Requesón		
23			
24	Huevos de gallina		
25	Otra clase de huevos		

No	Leguminosas	Punto de venta mas común	No Disponible
26	Frijol: Rojo, negro, blanco		
27	Lentejas		
28	Soya		
29	Garbanzos		

No	Verduras y Hierbas	Punto de venta mas común	No Disponible
30	Lechuga		
31	Bledo		
32	Hojas de remolacha		
33	Espinaca		
34	Acelga		
35	Hojas de nabo		
36	Arveja china		
37	Berro		
38	Remolacha		
39	Chipilín		
40	Hojas de rábano		

No	Otros Alimentos y Bebidas	Puntos de Ventas	No Disponible
75	Sal Yodada		
76	Gaseosas		
77	Jugos envasados		
78	Helados, granizadas		
79	Cerveza, licores		
80	Golosinas		

No	Grasas	Puntos de Ventas	No Disponible
82	Aceite vegetal		
83	Manteca		
84	Mantequilla/ Crema		

Coloque el código del punto de venta que corresponde a cada alimento

*Codificación de puntos de venta

- 1/Mercado
- 2/Tienda en la comunidad
- 3/Tienda fuera de la comunidad
- 4/carnicería
- 5/Verdulería



GOBIERNO DE GUATEMALA



Pantaleon
Ingenio La Grecia



CROQUIS DE ACCESO A LA COMUNIDAD

CROQUIS COMUNITARIO

Código

Dep Mun					Com				

SÍMBOLOS

Nombre	Nomenclatura
Entrada Principal	
Ruta Principal	
Calle	
Casa	
Iglesia	
Escuela	
UVN	
Via del Tren	
Centro de Salud	
Centro de Convergencia	
Basurero	
Rio	
Vector de Contaminación	
Puente	
Mercado	
Tienda	
Terreno Baldío	
Toma Agua	
Pozo de Agua	

PROGRAMA PRESIDENCIAL MEJORES FAMILIAS

COMUNIDAD:

LISTADO DE ASISTENCIA DE PARTICIPANTES DEL PROGRAMA PRESIDENCIAL MEJORES FAMILIAS

TÉCNICO CAMPO:

GRUPO #;

PLANILLA No. _____ / _____

[illegible]



REGISTRO DE DATOS ANTROPOMÉTRICOS
PROGRAMA PREIDENCIAL MEJORES FAMILIAS



DEPARTAMENTO: _____
AÑO NO. _____

MUNICIPIO: _____
TRIMESTRE No.: _____

COMUNIDAD: _____
TÉCNICO DE CAMPO: _____

GRUPO #

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL NIÑO(A)

ANTROPOMETRIA No.:

FECHA: / /

[illegible]



GOBIERNO DEL ESTADO DE VERACRUZ



Pantaleon
Ingenio La Grecia



Supervisión de Capacitación. 1M-PPMF-015

Calificación de sección [1= 2 de 2 preguntase (3 y 4a)] - ¿Se cumple esta sección? : Si ☐ No ☐

5. ¿Cuál es la calidad con que se desarrolla cada actividad de la secuencia de procesos del plan de capacitación?
[Observe y registre con una X el cumplimiento de cada una de las siguientes actividades]

	D	N/M	B	MB	E		
1. Da la bienvenida con entusiasmo y calidez							
2. Presenta el eje temático							
3. Da a conocer las competencias de manera mediada							
4. Propicia intercambio de experiencias previas a través de la participación activa							
5. Desarrollo de nuevas ideas de manera clara y sencilla							
6. Propicia la aplicación de nuevas ideas							
7. Evalúa y redirecciona oportunamente							
¿Cuál es la calidad de toda la actividad de la secuencia de procesos desarrollada? [1 = Si cumple con al menos 5 criterios buenos (B, MB y E)]	Suma vertical de las 3 últimas columnas					Suma	

Calificación "C" = suma =

6. ¿Cuál es la calidad con que se desarrolla cada una de las actividades en función del desempeño andragógico de la capacitación Observe y registre con una X el cumplimiento de cada una de las siguientes actividades]

	D	N/M	B	MB	E		
1. Vincula el eje temático anterior							
2. Utiliza lenguaje coloquial							
3. Utiliza ejemplos de la vida cotidiana							
4. Llama a las personas por su nombre							
5. Tiene contacto con las participantes							
6. Atiende todas las preguntas							
7. Utiliza dinámicas oportunamente							
8. Propicia la participación activa							
9. Enfatiza con gestos/cambios de entonación							
10. Despierta el interés por el tema							
11. Trata con respeto a las participantes							
12. Refuerza el eje transversal de la autoestima							
13. Refuerza el eje transversal de la autogestión							
¿Cuál es la calidad de toda la actividad de desempeño andragógico desarrollada? [1 = Si cumple con al menos 8 criterios buenos (B, MB y E)]	Suma vertical de las 3 últimas columnas					Suma	

Calificación "D" = suma =

7. ¿Hizo el Guía Técnico de Campo una capacitación adecuada?

Suma de calificaciones: A + B + C + D =

1. Excelente: 24 a 26 puntos
2. Muy Bueno: 21 a 25 puntos
3. Bueno: 16 a 20 puntos
4. Debe Mejorar: 11 a 15 puntos
5. Deficiente: 0 a 10 puntos

1. Excelente 2. Muy Bueno 3. Bueno
4. Debe Mejorar 5. Deficiente

[Excelente, muy bueno, bueno → Calificación = 1]

1. Si
0. No

8. ¿Existe orden al momento de utilizar el material didáctico?

1. Si
0. No

2. No usó material didáctico — [1 = 1]

Calificación de sección [1= 4 de 4 preguntase (5, 6, 7 y 8)] - ¿Se cumple con esta sección? : Si ☐ No ☐

10. ¿La duración de la capacitación es la adecuada? Se considera adecuada en un margen de 2 a 2.5 horas de duración.

1. Si
0. No — [1 = 1]

11. ¿Cuál fue la duración de esta capacitación? — [Documentación]

Tiempo total ____ / ____ (h/m)

12. ¿Cuándo fue la fecha de la última capacitación? — [Documentación]

____ / ____ / ____ (Día / mes / año)

Supervisión de Capacitación. 1M-PPMF-015

Duración: inicio _____ Final _____ (h/m)		Año: _____	
Datos generales		Código	Código
1. Departamento		5. Guía Técnico de Campo	
2. Municipio:		6. Nombre del Evaluador	
3. Comunidad		7. Fecha de la capacitación: ____ / ____ / ____	
4. Grupo		8. Último Eje temático desarrollado: _____	

S	Preguntas	Opciones de respuesta	Códigos	CAL
A. Área de Programación				
S I: Mapa mental	1. ¿Cuenta el Guía Técnico de Campo/ con mapa mental?	1. Si → pregunta 1a 0. No → califique con "0" y pase al área de participación	_____	_____
	1a. ¿Este mapa mental incluye la secuencia y tiempos de las actividades a desarrollar en la sesión?	1. Si 0. No [1 = 1]	_____	
	Calificación de sección (1 = 1 de 1 pregunta) – ¿Se cumple esta sección?: Si ☐ No ☐			

Calificación del área de Programación (1 de 1 S) – ¿Se cumple con la sección de esta área?: SI ☐ NO ☐

B. Área de participación:				
S I: Participantes	1. De las participantes permanentes, ¿Cuántas asisten a la capacitación?	1. 70 % o más 2. Menos de 70% Número de participantes permanentes en el Programa (Apoyarse en listado impreso para conocer este dato)	_____	_____
	2. ¿La monitor(a) está presente en la capacitación?	1. Está presente 2. No está presente [1 = 1]	_____	
	Calificación de sección [(1 = 2 de 2 preguntase (1 y 2)) – ¿Se cumple esta sección? Si ☐ No ☐			

Calificación del área de Participación (1 de 1 S) – ¿Se cumple con la sección de esta área?: SI ☐ NO ☐

C. Área de ejecución				
S I: Preparación del evento	1. ¿El lugar donde se realiza la actividad presenta?	Ambientación 1. Si 0. No	Mobiliario	Espacio
				Iluminación
	Ambientación: Cartel de bienvenida, cartel con título del tema, otro cartel alusivo al evento Mobiliario y espacio: De cualquier clase, pero suficiente para todos Iluminación: de buena calidad para que todos puedan apreciar la actividad [1 = cumple con las cuatro características]			
S I: Preparación del evento	2. Existe una lista de control de asistencia de las participantes a la capacitación?	1. Si 0. No [1 = 1]	_____	_____
	Calificación de sección [(1 = 2 de 2 preguntase (1 y 2)) – ¿Se cumple sección?: Si ☐ No ☐			

S II	3. ¿Guía Técnico de Campo recuerda con facilidad al menos tres partes del eje temático? (nombre del eje temático, competencias y formas de evaluación)	1. Si 0. No [1 = menciona al menos estas 3 partes: nombre del eje temático, competencias y formas de evaluación] Calificación "A" = ____ x 3 = ____	_____	_____
	A			

S II: Desarrollo y orden del evento	4. Orden del desarrollo del eje temático que sigue el técnico durante la capacitación: (Observe y escriba en el espacio previo a cada actividad el número de orden en que ésta es desarrollada)	☐ Da la bienvenida ☐ Presenta el eje temático ☐ Da a conocer las competencias ☐ Propicia el intercambio de experiencias previas ☐ Desarrollo de nuevas ideas ☐ Propicia la aplicación de nuevas ideas ☐ Evalúa	_____	_____
	4a. ¿El orden del desarrollo del plan de capacitación fue el adecuado?	1. Si 0. No [1=1] Calificación "B" = ____ x 3 = ____	_____	_____
B				

Supervisión de Capacitación. 1M-PPMF-015

Calificación de sección 1 = 1 de 1 pregunta – ¿Se cumple sección?:		Si	☐	No	☐	
Calificación del área de Ejecución; ¿Se cumple con las 4 secciones de esta área?:		SI	☐	NO	☐	
D. Área de satisfacción (aplicar a 5 participantes y registrar en cada columna))						
S I: Satisfacción	1. ¿Entendió usted lo tratado en esta capacitación?	1. Si 0. No				
	2. ¿Considera usted que le va servir lo tratado en esta capacitación?	1. Si 0. No				
	3. ¿Está usted dispuesta a seguir participando en actividades como esta?	1. Si 0. No				
	Calificación de las participantes [1 = 3 de 3 preguntas (1, 2 y 3)]					
¿Se cumple con esa sección (4 participantes de cinco)?:		Si	☐	No	☐	
Calificación del área de Satisfacción (1 de 1 S) – ¿Se cumple con la sección de esta área?:		SI	☐	NO	☐	
E. Área de Indicadores de efecto						
S I: Efectos	1. ¿Las participantes y sus hijos/as se observan limpios? [Observe ropa, calzado y partes visibles del cuerpo]	1. La mitad o más de las participantes 2. Menos de la mitad de las participantes 0. Ninguna de las participantes [1 = 1]				
	2. ¿Las participantes y sus hijos/as se observan con calzado?	1. La mitad o más de las participantes 2. Menos de la mitad de las participantes 0. Ninguna de las participantes [1 = 1]				
	3. Cómo queda el local después de realizado el evento? [Después que los participantes se han ido y antes de que alguien haga limpieza]	1. Queda limpio 2. Queda ordenado 3. Queda limpio y ordenado [1 = 3]				
	Calificación de sección [1 = 3 de 3 preguntas (1, 2 y 3)] – ¿Se cumple esta sección?:		Si	☐	No	☐
Calificación del área de Efectos (1 de 1 S) – ¿Se cumple con la sección de esta área?:		SI	☐	NO	☐	

Parte F: Desarrollo del Programa en la Comunidad

F1 Preguntas a la Monitor(a)						
S I: RH a nivel local	1. ¿Cuántos grupos de participantes en el programa hay en esta comunidad?	1. Uno 2. Dos 3. Tres o más				
	2. ¿Cuántas madres guías hay en cada uno de estos grupos?	1. Una 2. Dos o más 3. Ninguna -- [1 = 1 ó 2]				
	Calificación de sección [1 = 1 de 1 pregunta] – ¿Se cumple esta sección?:		Si	☐	No	☐
S II: cumplimiento de criterios	3. ¿Es usted la misma monitor(a) de la última visita de monitoreo que se hizo a esta comunidad? [Comprobar en documento de la última visita]	1. Si → pase a la pregunta 5 Nombre de la Monitor(a) 0. No				
	4. Si no es la misma Monitor(a), proceda a tomar los siguientes datos: 0: ninguna 1: primaria 2: secundaria y diversificado	1. Nombre: _____ 2. Tipo de líder: 1. Comadróna 2. Promotor de salud 3. Líder religioso 4. Miembro del Patronato 5. Otro _____ 3. Escolaridad: Nivel _____ Grado _____ 4. Teléfono: _____				
	5. ¿Considera usted que tiene las siguientes características o condiciones? [1 = cumple con todos los anteriores]	1. Participa del programa 2. Fue electa en Asamblea 3. Sabe leer 4. Sabe escribir	1 2 3 4			



MINISTERIO DE AGRICULTURA, GANADERÍA Y FORESTACIÓN



Pantaleon
Ingenio La Grecia



Supervisión de Capacitación. 1M-PPMF-015

Calificación de sección [1 = 2 de 2 preguntas (7 y 8)] – ¿Se cumple esta sección?:		SI	☐	NO	☐			
Calificación del Área Preguntas al Líder – ¿Se cumple con las tres secciones de esta área?:		SI	☐	NO	☐			
F3 Preguntas a las participantes en el programa (5 participantes, seleccionadas en forma aleatoria)								
S I: Opinión sobre el personal del Programa	1. ¿Cómo considera usted que es el trabajo del Técnico de Campo/ Facilitador Social de este programa? (Lea opciones de respuesta 1 a 3)	Participantes	1	2	3	4	5	
		1. Es bueno						
		2. Es regular						
		3. Es malo						
		[Calificación de la pregunta por participante: 1 = 1 ó 2 de las opciones de respuesta]						
	2. ¿Cómo considera usted que es el trabajo de la Monitor(a)? (Lea opciones de respuesta 1 a 3)	1. Es bueno						
		2. Es regular						
		3. Es malo						
		[Calificación de la pregunta por participante: 1 = 1 ó 2 de las opciones de respuesta]						
		Si es malo, ¿Por qué?						
Calificación de las participantes [1 = 2 de 2 preguntas (1 y 2)]								
Calificación de Sección [1 = Al menos 4 de 5 participantes] ¿Se cumple con esta Sección?		SI	☐	NO	☐			
S II: Visitas del facilitador social/delegado municipal o gubernamental, asistencia a última reunión y beneficios del programa	3. ¿Cada cuánto la está visitando el Técnico de Campo/ Facilitador Social?	Participantes	1	2	3	4	5	
		1. Cada mes						
		2. Menos del mes						
		3. Más del mes						
		4. No la visita						
	4. ¿Recuerda usted cuál fue la última actividad de este programa a la que usted asistió	1. Capacitación						
		2. Asamblea						
		3. No sabe / No recuerda						
		[Calificación de la pregunta por participante: 1 = 1, 2 ó 3 de las opciones anteriores]						
		5. ¿Qué beneficios le ha traído este programa a usted y a su familia?	1. Aprendizaje					
	2. Mejor salud							
	3. Más higiene							
	4. Mejor saneamiento básico							
	5. Mejor autoestima							
	6. Mejor alimentación							
7 Otro								
Calificación de la pregunta por participante [1 = Al menos 4 de las 6 opciones anteriores]								
Calificación de las participantes [1 = 3 de 3 preguntas(3,4 y 5)]								
Calificación de Sección [1 = Al menos 4 de 5 participantes] ¿Se cumple con esta Sección?		SI	☐	NO	☐			
Calificación del Área Preguntas a Las participantes – ¿Se cumple con las dos secciones de esta área?:		SI	☐	NO	☐			



REPUBLICA DE GUATEMALA



Pantaleon
Ingenio La Grecia



Supervisión de Capacitación. 1M-PPMF-015

		5. Tiene liderazgo	5	
		6. Disponibilidad de tiempo para su formación	6	
Calificación de sección [1 = 2 de 2 preguntas (3 y 5)] – ¿Se cumple esta sección?: Si ☐ No ☐				
S III. Capacitaciones, relación con el facilitador social/delegado municipal o gubernamental y conocimiento del CR	6. ¿Recibe usted capacitaciones del Técnico de Campo/ Facilitador Social en los siguientes aspectos? [1 = De acuerdo con las etapas de capacitación]	1. Sobre autoestima 2. Sobre cómo prevenir enfermedades 3. Cómo dar una consejería a los participantes 4. Como tratar a las participantes del programa? 5. Otro: _____ (Especifique)	1 2 3 4 5	
	7. ¿Acompaña usted al Técnico de Campo/ Facilitador Social en las siguientes actividades?:	1. Visitas domiciliarias? 2. Capacitaciones in situ? 3. Asamblea [1 = cumple con las 3]	1 2 3	
	8. Para hacer su trabajo como Monitor(a), ¿Cómo considera usted que es el apoyo que le da el Técnico de Campo/ Facilitador Social?	1. Bueno 2. Muy Bueno 3. Excelente 4. Debe Mejorar 5. Regular	1. Si 0. No	
	Calificación de sección [1 = 3 de 3 preguntas (6, 7 y 8)] – ¿Se cumple esta sección?: Si ☐ No ☐			
Calificación del Área de Preguntas a la Monitor(a) – ¿Se cumple con las tres secciones de esta área? Si ☐ NO ☐				
F2 Preguntas al Líder				
S I ID	1. Datos o información del Líder Escolaridad (nivel): 0. ninguna 1. primaria 2. secundaria y diversificado	1. Nombre: _____ 2. Tipo de líder: 1. Comadrona 2. Promotor de salud 3. Líder religioso 4. Miembro del PATRONATO 5. Otro _____ 3. Escolaridad: Nivel _____ Grado _____ 4. Teléfono: _____		
S II. Conocimiento y alcances del programa	2. ¿Conoce usted el programa de MFVM que capacita mujeres?	1. Si –[1 = 1] 0. No → pase a la sección E		
	3. ¿A quién/es conoce usted que trabaja/n con este programa en esta comunidad?	1. Facilitador social/delegado municipal o gubernamental 2. Monitor(a) 3. Otro: _____ [1 = Al menos 1]	1 2 3	
	4. ¿Lo ha visitado alguna vez el Técnico de Campo/ Facilitador Social de este programa?	1. Si 0. No [1 = 1]		
	5. ¿Sabe usted que proyectos o actividades comunitarias se han realizado en esta comunidad como parte de este programa? [1 = 2 ó más]	1. Jornadas de limpieza 2. Capacitaciones 3. Promoción de la salud preventiva 4. Higiene y ordenamiento en las viviendas 5. Control de vectores 6. Otro (Especifique) _____ 7. No sabe / No responde	1 2 3 4 5 6 7	
	6. ¿Sabe usted que beneficios ha traído este programa a su comunidad? [1 = 1 ó más]	1. Aprendizaje 2. Mejor salud 3. Mejor autoestima 4. Mejor alimentación 5. Otro _____	1 2 3 4 5	
Calificación de sección [1 = 5 de 5 preguntas (2, 3, 4, 5 y 6)] – ¿Se cumple esta sección?: Si ☐ No ☐				
Participación en el	7. ¿Asiste o participa usted en las actividades de este programa?	1. Si 0. No [1 = 1]		
	8. ¿En qué actividades participa y/o promueve? [1 = 1 ó más de las mencionadas en la pregunta No. 5]			



GOBIERNO DEL ESTADO DE QUINTANA ROO



Pantaleon
Ingenio La Grecia



Programa Presidencial Mejores Familias
ACTA DE ASAMBLEA COMUNITARIA

TC-PPMF-026

Acta Número: _____

En la comunidad: _____

Departamento de _____ municipio: _____
horas del día _____ siendo las _____

del mes de _____ de dos mil quince _____

Reunidos en Asamblea Comunitaria, las madres participantes del Programa Mejores Familias –Unidad Ejecutora, líderes comunitarios, participantes en general y Personal Técnico para dejar constancia de lo siguiente: -----

PRIMERO: Se dio la bienvenida a la asamblea por el señor (a) _____ quien ocupa el cargo de: _____

SEGUNDO: El (la) Técnico de Campo se dirige a la asamblea agradeciendo su asistencia y participación, informando que el objetivo es dar a conocer los resultados del Programa Mejores Familias del trimestre No. _____

TERCERO: Se procede a dar la información a los presentes indicando que durante el trimestre se realizaron las siguientes actividades: a) Se desarrollaron dos eventos de capacitación in situ y reprogramaciones de las mismas que corresponden al _____ eje programático _____ y eje temático _____ con la participación de _____ mujeres; y eje temático _____ con la participación de _____ mujeres.

El total de mujeres inscritas al finalizar el trimestre es de: _____ b) Visitas Domiciliarias: en esta actividad se realizaron _____ visitas para brindar consejería a madres embarazadas, lactantes y mujeres priorizadas, repaso de las competencias de los ejes temáticos y se insistió en la permanencia de los cambios de hábitos higiénicos de las participantes; c) Antropometría: el (la) técnico informa a los presentes que al final del trimestre se encuentran inscritas _____ niñas y _____ niños. En el trimestre se realizaron dos tomas de peso y talla, en la primera se pesó y talló a _____ niñas y _____ niños y en la segunda a _____ niñas y _____ niños, las mismas sirvieron para identificar a los niños y niñas con algún grado de desnutrición que contaron con apoyo de seguimiento en las visitas domiciliarias. e) Participación comunitaria: Con la participación comunitaria se realizaron los proyectos:

y se planificaron los siguientes. _____



MINISTERIO DE LA SALUD



Pantaleon
Ingenio La Grecia



TC-PPMF-026

CUARTO: El (la) técnico también informa que durante el _____ trimestre de ejecución del programa se trabajaran dos ejes temáticos "_____ y "_____ cada eje con sus respectivas visitas y antropometría. **QUINTO:** El técnico(a) solicita el apoyo a las participantes, autoridades locales y demás miembros de la comunidad para el logro de los resultados y desarrollo de la comunidad **SEXTO:** Se concluye dando lectura a la presente y se procede a su firma en el mismo lugar y fecha a _____ después de su inicio, firmando los que en ella intervenimos.



DEFINIR LISTADO DE ASISTENCIA (PENDIENTE POR PANTALEON) SE ADJUNTA SUJERENCIA DE LISTADO OBSERVACION EN ESTE LISTADO SOLO DEBERIA CONTEMPLAR EL NOMBRE COMPLETO, IDENTIDAD, TELEFONO Y FIRMA

LISTADO DE ASISTENCIA ASAMBLEA COMUNITARIA DEL PROGRAMA MEJORES FAMILIAS

[illegible]



Pantaleon
Ingenio La Grecia



Supervisión de Asamblea Comunitaria. 4M-PPMF-018.

Duración: inicio	Final	(h/m)	Año:
Datos generales			
1. Departamento		5 Guía Técnico de Campo	Código
2. Municipio:		6. Nombre del evaluador	
3. Comunidad		7. Fecha de la asamblea	/ /
4. Grupo		8. Eje temático desarrollado:	

S	Preguntas	Opciones de respuesta	Códigos	CAL
A. Área de Programación:				
S I: Convocatoria	1a. ¿Cuándo se hizo la convocatoria?	1. El día de hoy 2. El día de ayer 3. Hace 3 días 4. Entre 4 a 5 días antes 5. Hace una semana o más 6. En la última actividad	—	
	1. ¿La convocatoria fue formal y oportuna? [Con al menos 3 días de anticipación]	1. Si 0. No [1=1]	—	—
Calificación de sección (1 = 1 de 1 pregunta) – ¿Se cumple esta sección?: Si ☐ No ☐				
S II: Programación general	2. La agenda considera los siguientes aspectos: (Pida al Guía Técnico de Campo o a la Monitora que lean los puntos considerados en la agenda)	1. Formativos: refuerzo de contenidos 2. De evaluación; logros 3. De planificación 4. No hay agenda [1 = Al menos 3 de las anteriores]	1 — 2 — 3 — 4 —	—
	3. ¿Existe un lugar determinado donde se llevará a cabo esta actividad?	1. Si 0. No [1=1]	—	—
	Documentación: 5. ¿Cuándo fue la última asamblea comunitaria realizada? [1 = dentro de los 3 últimos meses]	— / — / — Día mes año	—	—
Calificación de sección [2 de 2 preguntas ((2 y))] – ¿Se cumple esta sección?: Si ☐ No ☐				
Calificación del área de Programación (2 de 2 S) – ¿Se cumple con las 2 secciones de esta área?: Si ☐ NO ☐				
B. Área de participación:				
S I: Líderes y personas	1. ¿Cuántos miembros del Patronato o líderes asisten a la asamblea? (alcaldes, personal de salud, maestros, ONG, otros)	1. Dos o más 0. Uno o ninguno [1=1]	—	—
	2. ¿Cuántas personas mayores de 18 años asisten a la asamblea? [Pedir que levanten la mano]	1. Más del 50% 2. El 50% 3. Menos del 50% No de personas > de 18 años en la comunidad (Para esta información apoyarse con el GUÍA TÉCNICO DE CAMPO y/o la Monitora) [1 = Al menos 50% del total de personas mayores de 18 años] Se cumple esta sección: Si ☐ No ☐	—	—
Calificación de sección [1 = 2 de 2 preguntas (1 y 2)] – ¿Se cumple esta sección?: Si ☐ No ☐				
S II: De participación	4a. De las personas de la comunidad, ¿Cuántos están inscritos como participantes en el programa?	— participantes [Apoyarse en Facilitador y Madre guía]	—	—



Ministerio de Educación



Pantaleon
Ingenio La Grecia



Supervisión de Asamblea Comunitaria. 4M-PPMF-018.

4. ¿Cuántas de las personas que asisten a la asamblea son participantes en el programa de formación? [Pedir que levanten la mano]		(preg 4a / preg 3) _____ / _____ x 100 = _____ %					
5. ¿La monitora está presente en la asamblea comunitaria?		1. Si 0. No [1=1]					
Calificación de sección [1 = 2 de 2 preguntas (4 y 5)] – ¿Se cumple esta sección?: Sí ☐ No ☐							
Calificación del área de Participación (2 de 2 S) – ¿Se cumple con las dos secciones de esta área?: SI ☐ NO ☐							
C. Área de ejecución de la asamblea:							
S I: área física	1. ¿El lugar donde se realiza la actividad presenta?	Ambientación	Mobiliario	Espacio	Iluminación		
	1. Si 0. No [1 = cumple con las cuatro características]						
		Ambientación: Cartel de bienvenida, cartel con título del tema, otro cartel alusivo al evento Mobiliario y espacio: De cualquier clase, pero suficiente para todos Iluminación: de buena calidad para que todos puedan apreciar la actividad					
Calificación de sección (1= 1 de 1 pregunta) – ¿Se cumple sección?: Sí ☐ No ☐							
S II: Desarrollo de la asamblea	2. ¿Se aprueba la agenda, previa lectura de los puntos de la misma?	1. Si 0. No [1=1]					
	3. En la agenda y durante la ejecución de la asamblea se consideraron los siguientes aspectos?	1. Formativos (Uso de material didáctico) 2. De evaluación (presentación de metas alcanzadas en el trimestre) 3. De planificación (Involucramiento de la comunidad para lograr metas establecidas para el próximo trimestre) 4. Informativos [1 = Al menos 3]	1 2 3 4				
	4. Durante la ejecución de la asamblea se siguió la agenda establecida?	1. Si 0. No [1=1]					
	5. ¿Quién moderó la asamblea?	1. El Guía Técnico de Campo 2. Monitora 3. Líder comunitario 4. Otra persona [1 = 1]					
	6. Se suscribió un acta de la asamblea?	1. Si 0. No [1=1]					
	7. ¿El Guía Técnico de Campo respondió a las preguntas que le fueron planteadas?	1. Si 0. No [1=1]					
	8. ¿Hubo una participación activa de la Madre guía en la asamblea comunitaria? [1= Al menos 2, de 1 a 5]	1. Hace propuestas 2. Expresa sus opiniones 3. Motiva a las participantes 4. Promueve actividades para la autogestión 5. Responde preguntas 6. No participa activamente	1 2 3 4 5 6				
	Calificación de sección [1 = preguntas (2,3,4,5,6,7 y 8)] – ¿Se cumple esta sección?: Sí ☐ No ☐						
Calificación del área de Ejecución(2 de 2 S) – ¿Se cumple con las dos secciones de esta área?: SI ☐ NO ☐							
D. Área de satisfacción [Se aplicará a 5 participantes en la asamblea—selección aleatoria]							
1. ¿Entendió todo lo tratado en	Participantes 1 2 3 4 5						



MINISTERIO DE SALUD
REPUBLICA DE CUBA



Pantaleon
Ingenio La Grecia



Supervisión de Asamblea Comunitaria. 4M-PPMF-018.

esta asamblea?	1.Si 0.No [1=1] — [1=4 participantes de 5]	—	—	—	—	—
2. ¿Considera usted que le va a servir lo tratado en esta asamblea?	1.Si 0.No [1=1] — [1=4 participantes de 5]	—	—	—	—	—
3. ¿Está usted dispuesta a seguir participando en actividades como esta?	1.Si 0.No [1=1] — [1=4 participantes de 5]	—	—	—	—	—
Calificación de las participantes [1 = 3 de 3 preguntas (1, 2 y 3)]						
Calificación de sección [1 = Al menos 4 de 5 participantes] :— ¿Se cumple con esta sección?:		Si	☐	No	☐	
Calificación del área de Satisfacción (1 de 1 S) -- ¿Se cumple con la sección de esta área?		SI	☐	NO	☐	
E. Indicadores de resultados						
S I: De efectos [3 de 3]	1. ¿Las participantes y sus hijos/as se observan limpios? [Observe ropa, calzado y partes visibles del cuerpo]	1. La mitad o más de las participantes 2. Menos de la mitad de las participantes 0. Ninguna de las participantes [1=1]	—	—	—	—
	2. ¿Las participantes y sus hijos/as se observan con calzado?	1. La mitad o más de las participantes 2. Menos de la mitad de las participantes 0. Ninguna de las participantes [1=1]	—	—	—	—
	3. Cómo queda el local después de realizado el evento? [Después que los participantes se han ido y antes de que alguien haga limpieza]	1. Queda limpio 2. Queda ordenado 3. Queda limpio y ordenado [1=3]	—	—	—	—
¿Se cumple esta sección [1 = 3 preguntas (1,2, y 3)] :— ¿Se cumple con esta sección?:		Si	☐	No	☐	
Calificación del área de Resultados (1 de 1 S) -- ¿Se cumple con la sección de esta área?:		SI	☐	NO	☐	

Parte F: Desarrollo del Programa en la Comunidad

F1 Preguntas a la Madre guía						
S I: RH a nivel local	1. ¿Cuántos grupos de participantes en el programa hay en esta comunidad?	1. Uno 2. Dos 3. Tres o más	—	—	—	—
	2. ¿Cuántas monitoras hay en cada uno de estos grupos?	1. Una 2. Dos o más 3. Ninguna -- [1=1 ó 2]	—	—	—	—
		Calificación de sección [1 = 1 de 1 pregunta] :— ¿Se cumple esta sección?:		Si	☐	No ☐
S II: cumplimiento de criterios	3. ¿Es usted la misma monitora de la última visita de monitoreo que se hizo a esta comunidad? [Comprobar en documento de la última visita]	1. Si → pase a la pregunta 5 Nombre de la Madre guía _____ 0. No	—	—	—	—
	4. Si no es la misma Monitora, proceda a tomar los siguientes datos: 0: ninguna 1: primaria 2: secundaria y diversificado	1.Nombre: _____ 2.Tipo de líder: 1. Comadróna 2. Promotor de salud 3. Líder religioso 4. Miembro del COCODE 5. Otro _____ 3. Escolaridad: Nivel _____ Grado _____ 4. Teléfono: _____	—	—	—	—
	5. ¿Considera usted que tiene las siguientes características o condiciones? [1 = cumple con todos los anteriores]	1. Participa del programa 2. Fue electa en Asamblea 3. Sabe leer 4. Sabe escribir 5. Tiene liderazgo 6. Disponibilidad de tiempo para su formación	1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____	—	—	—



Ministerio de Salud
GOBIERNO DE LA GUAYANA FRANCESA



Pantaleon
Ingenio La Grecia



Supervisión de Asamblea Comunitaria. 4M-PPMF-018.

Calificación de sección [1 = 2 de 2 preguntas (3 y 5)] – ¿Se cumple esta sección?:				Si	☐	No	☐	
S III: Capacitaciones, relación con el facilitador social/delegado municipal o gubernamental y conocimiento del CR	6. ¿Recibe usted capacitaciones del Guía Técnico de Campo en los siguientes aspectos? [1 = De acuerdo con las etapas de capacitación]	1. Sobre autoestima 2. Sobre cómo prevenir enfermedades 3. Cómo dar una consejería a los participantes 4. Como tratar a las participantes en el programa? 5. Otro: _____ (Especifique)	1 2 3 4 5					
	7. ¿Acompaña usted al Guía Técnico de Campo en las siguientes actividades?	1. Visitas domiciliarias? 2. Capacitaciones in situ? 3. Asamblea [1 = cumple con las 3]	1 2 3					
	8. Para hacer su trabajo como Monitora, ¿Cómo considera usted que es el apoyo que le da el Guía Técnico de Campo?	1. Bueno 2. Muy Bueno 3. Excelente 4. Debe Mejorar 5. Regular	1. Si 0. No					
	Calificación de sección [1 = 3 de 3 preguntas (6,7 y 8)] – ¿Se cumple esta sección?:				Si	☐	No	☐
Calificación del Área de Preguntas a la Monitora — ¿Se cumple con las tres secciones de esta área?				Si	☐	NO	☐	

F2 Preguntas al Líder

S I / ID	1. Datos o información del Líder Escolaridad (nivel): 0: ninguna 1: primaria 2: secundaria y diversificado	1.Nombre: _____ Comadróna 2. Promotor de salud 3. Líder religioso 4. Miembro del COCODE 5. Otro 3. Escolaridad: Nivel _____ Grado _____ 4. Teléfono: _____	2.Tipo de líder: 1. _____					
S II: Conocimiento y alcances del programa	2. ¿Conoce usted el programa de MIDES que capacita mujeres usuarias de "Mi Bono Seguro" en su comunidad?	1. Si —[1 = 1] 0. No → pase a la sección E						
	3. ¿A quién/es conoce usted que trabaja/n con este programa en esta comunidad?	1. Guía Técnico de Campo 2. Monitora 3. Otro: _____ [1 = Al menos 1]	1 2 3					
	4. ¿Lo ha visitado alguna vez el Guía Técnico de Campo de este programa?	1. Si 0. No [1 = 1]						
	5. ¿Sabe usted que proyectos o actividades comunitarias se han realizado en esta comunidad como parte de este programa? [1 = 2 ó más]	1. Jornadas de limpieza 2. Capacitaciones 3. Promoción de la salud preventiva 4. Higiene y ordenamiento en las viviendas 5. Control de vectores 6. Otro (Especifique) _____ 7. No sabe / No responde	1 2 3 4 5 6 7					
	6. ¿Sabe usted que beneficios ha traído este programa a su comunidad? [1 = 1 ó más]	1. Aprendizaje 2. Mejor salud 3. Mejor autoestima 4. Mejor alimentación 5. Otro _____	1 2 3 4 5					
	Calificación de sección [1 = 5 de 5 preguntas (2,3,4,5 y 6)] – ¿Se cumple esta sección?:				Si	☐	No	☐
S III: Participación en el programa	7. ¿Asiste o participa usted en las actividades de este programa?	1. Si 0. No [1 = 1]						
	8. ¿En qué actividades participa y/o promueve? [1 = 1 ó más de las mencionadas en la pregunta No. 5]							
Calificación de sección [1 = 2 de 2 preguntas (7 y 8)] – ¿Se cumple esta sección?:				Si	☐	No	☐	



GOBIERNO DEL DEPARTAMENTO DE CAUCA



Pantaleon
Ingenio La Grecia



Supervisión de Asamblea Comunitaria. 4M-PPMF-018.

Calificación del Área Preguntas al Líder -- ¿Se cumple con las tres secciones de esta área?: SI ☐ NO ☐

F3 Preguntas a las participantes en el programa (5 participantes, seleccionadas en forma aleatoria)

S I: Opinión sobre el personal del Programa

1. ¿Cómo considera usted que es el trabajo del Guía Técnico de Campo de este programa?
(Lea opciones de respuesta 1 a 3)

- Participantes
- | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---------------|---|---|---|---|
| 1. Es bueno | | | | |
| 2. Es regular | | | | |
| 3. Es malo | | | | |

[Calificación de la pregunta por participante:
1 = 1 ó 2 de las opciones de respuesta]

Si es malo, ¿Por qué?

2. ¿Cómo considera usted que es el trabajo de la Monitora?

(Lea opciones de respuesta 1 a 3)

- Participantes
- | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---------------|---|---|---|---|
| 1. Es bueno | | | | |
| 2. Es regular | | | | |
| 3. Es malo | | | | |

[Calificación de la pregunta por participante:
1 = 1 ó 2 de las opciones de respuesta]

Si es malo, ¿Por qué?

Calificación de las participantes
[1 = 2 de 2 preguntas (1 y 2)]

Calificación de Sección [1 = Al menos 4 de 5 participantes] ¿Se cumple con esta Sección? SI ☐ No ☐

S II: Visitas del facilitador social/delegado municipal o gubernamental, asistencia a última reunión y beneficios del programa

3. ¿Cada cuanto la está visitando el Guía Técnico de Campo?

- Participantes
- | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|------------------|---|---|---|---|
| 1. Cada mes | | | | |
| 2. Menos del mes | | | | |
| 3. Más del mes | | | | |
| 4. No la visita | | | | |

[Calificación de la pregunta por participante:
1 = 1, 2 ó 3 de las opciones anteriores]

4. ¿Recuerda usted cuál fue la última actividad de este programa a la que usted asistió

- Participantes
- | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--------------------------|---|---|---|---|
| 1. Capacitación | | | | |
| 2. Asamblea | | | | |
| 3. No sabe / No recuerda | | | | |

[Calificación de la pregunta por participante:
1 = 1, 2 ó 3 de las opciones anteriores]

5. ¿Qué beneficios le ha traído este programa a usted y a su familia?

- Participantes
- | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|-----------------------------|---|---|---|---|
| 1. Aprendizaje | | | | |
| 2. Mejor salud | | | | |
| 3. Más higiene | | | | |
| 4. Mejor saneamiento básico | | | | |
| 5. Mejor autoestima | | | | |
| 6. Mejor alimentación | | | | |
| 7 Otro | | | | |

Calificación de la pregunta por participante [1 = Al menos 4 de las 6 opciones anteriores]

Calificación de las participantes [1 = 3 de 3 preguntas(3,4 y 5)]

Calificación de Sección [1 = Al menos 4 de 5 participantes] ¿Se cumple con esta Sección? SI ☐ No ☐

Calificación del Área Preguntas a Las participantes -- ¿Se cumple con las dos secciones de esta área?: SI ☐ NO ☐