



Gobierno de Reconciliación
y Unidad Nacional

El Pueblo, Presidente!

MINISTERIO DE SALUD

Texto de Capacitación Materno-Infantil

Elaboración y utilización del Censo Gerencial



Agencia de Cooperación
Internacional del Japón

Noviembre, 2022



PROYECTO VIDA, SALUD Y FUERZA
Fortalecimiento de la Salud Familiar y Comunitaria
(MOSAFC)

Presentación

Este módulo fue elaborado y actualizado por los Comité Técnico de Salud Materno-Infantil de los SILAIS Chontales y Zelaya Central y la Dirección General de Servicios de Salud, basado en las Normativas Vigentes del MINSA, con el apoyo Técnico y Financiero de la Agencia de Cooperación Internacional del Japón (JICA), con el fin de ser utilizado en las capacitaciones sobre Salud Materno Infantil.

Para elaborar los Textos de capacitación se tomó en consideración la “Política Nacional de Salud de Nicaragua”, el Modelo de Salud Familiar y Comunitario (en adelante referido como MOSAFC), las normas de atención, los resultados de los talleres de análisis de problemas realizados en diferentes municipios y hospitales primarios y las experiencias de otros proyectos de JICA, se diseñó el programa de capacitación de SMI basado en el concepto de Atención Continua y las Normativas del MINSA. Los Textos de capacitación elaborados en seis temas prioritarios de SMI, son “I Censo Gerencial”, “II Actividades Básicas durante la Atención Prenatal”, “III Síndrome Hipertensivo Gestacional”, “IV Hemorragia Post-parto”, “V Atención del Recién Nacido”, “VI Atención Integral a la Niñez”.

Está destinado a las Licenciados/as Enfermeros/as General, Auxiliares en Enfermería, Auxiliar MOSAFC, Escuela Formadora de Auxiliares (MOSAFC) Médico General, Médico Servicio Social, como material de consulta durante las jornadas de trabajo, constituyéndose así en un instrumento para contribuir a mejorar la calidad y calidez de atención en los servicios de salud.

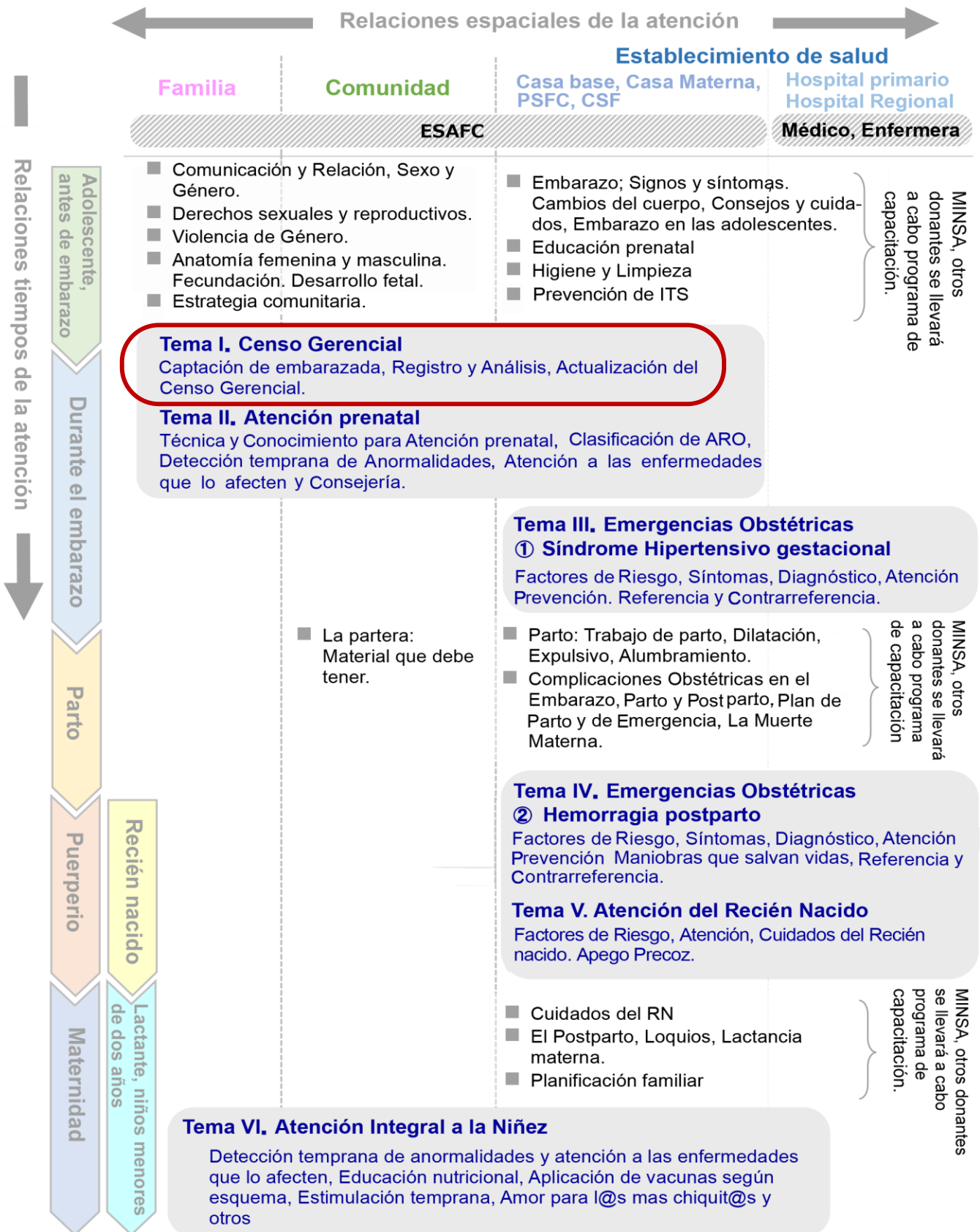
Este documento no sustituye las normas del MINSA, es un material de apoyo para desarrollar procesos de capacitación. Fue elaborado en forma sencilla, concreta, con ilustraciones apropiadas que faciliten su comprensión y aplicación.

Esperamos que sea de utilidad para los participantes de la capacitación, a fin de ofrecer una atención de calidad al niño-niña y madre contribuyendo de esta manera al mejoramiento de la Salud Materno Infantil en el marco del MOSAFC.

A continuación, se muestra un esquema sobre el **“Programa de capacitación”** que explica los temas de capacitación de SMI basado en el concepto de la atención continua por ciclo de vida de las mujeres y las Normativas del MINSA.



Programa de capacitación en salud materno infantil basado en el concepto de atención continua y las Normativas del MINSA (Tema I - VI)



Índice

Introducción	1
Acrónimos	4
1. Llenado correcto de la Boleta de Censo Gerencial	8
1.1 Datos del encabezado de la boleta de Censo Gerencial	8
1.2 Datos de filiación	11
1.3 Riesgos	12
1.4 Fechas Importantes	15
1.5 Atención Prenatal.....	17
1.6 Plan de Parto/Ingreso a Casa Materna	20
1.7 Parto	21
1.8 Atención Puerperal (desde el parto hasta 42 días posteriores)	22
1.9 Atención Postnatal (desde el día 43 posterior al parto hasta 1 año)	24
2. Acciones de prevención y búsqueda de inasistentes	26
2.1 Identificar sistemáticamente las pacientes con próximas citas	26
2.2 Evidencia del uso de medios de comunicación y tecnología	28
3. Control semanal de las embarazadas próximas a parir	30
3.1 Confirmación del llenado correcto	30
3.2 Chequeo de actualización	33
3.3 Verificar ubicación en un lugar accesible al ESAFC	33
3.4 Verificar evidencias de seguimiento de las mujeres embarazadas próximas a parir.	33
4. Reporte mensual de inasistentes embarazadas, puérperas y postnatales	34
4.1 Confirmación de llenado correcto del Reporte mensual de las inasistentes embarazadas, puérperas y postnatales	35
4.2 Envío del reporte mensual de inasistentes embarazadas, puérperas y postnatales.	40
4.3 Verificar evidencias de elaboración y ejecución de Plan de Mejora	40
4.4 Análisis de próximas a parir y reporte mensual de inasistentes.....	40
5. Retroalimentación comunitaria e inter-institucional	42
5.1 Realización de reuniones mensuales con la red-comunitaria	42
5.2 Entrega de lista de embarazadas.....	42
5.3 Petición de cooperación para búsqueda y contactos.....	42

5.4 Actualización del formato de registro de las embarazadas, puérperas y postnatales, con datos de plan de parto y viceversa 42

5.5 Confirmación de existencia de evidencia de acuerdos asumidos en las reuniones (comunitarias e interinstitucionales)..... 43

5.6 Recopilación de información de atención de embarazadas, puérperas y postnatales en instituciones Privadas 43

5.7 Monitoreo de actividades planeadas (de Municipio a ESAFC, de SILAIS a Municipio y ESAFC) 43

6. Anexos..... 45



I. Elaboración y utilización del Censo Gerencial

Introducción

■ ¿Qué es el Censo Gerencial de Embarazadas, Puérperas y Postnatales?

Es un conjunto de herramientas útiles, dinámicas y ágiles, dirigidas al personal de salud, que permite identificar el universo de mujeres embarazadas, puérperas y postnatales, para realizar el seguimiento y reconociendo a las que tienen factores de riesgo obstétrico y reproductivo, facilitando la toma de decisiones oportunas, desde su embarazo hasta un año posterior al parto.

(Normativa No.101 Manual Metodológico Censo Gerencial de Embarazadas, Puérperas y Postnatales, septiembre 2012, página 14)

■ Objetivo General

Proporcionar al personal de salud los instrumentos gerenciales para el seguimiento nominal de cada mujer durante el embarazo, el parto, puerperio y postnatal; a través del llenado de la Boleta del Censo Gerencial; permitiendo la detección temprana de la inasistencia la toma de decisiones oportunas.

■ Objetivos Específicos

- Estandarizar el llenado correcto, la interpretación de los datos, las acciones de prevención y búsqueda de inasistentes en el periodo de embarazo, parto, puerperio y postnatal con la participación activa de la red comunitaria y demás establecimientos del sector salud.
- Identificar a las mujeres con factores de riesgos obstétricos y reproductivos, su seguimiento médico especializado y la referencia oportuna a la Casa Materna u otro establecimiento de salud público o privado.
- Evaluar la cobertura por comunidades y barrios, de los servicios ofrecidos por el Sector Salud para la atención de las mujeres en periodo de

embarazo, parto institucional, planificación familiar y lactancia materna.

- Notificar al Sistema de Vigilancia de la Embarazada (SIVIEMB) implementado en los establecimientos de salud a nivel nacional de acuerdo a la actualización.

(Normativa No.101 Manual Técnico Operativo del Censo Gerencial de Embarazadas, Puérperas y Postnatales, noviembre 2019, página 6)

■ **Políticas de Operación**

El Censo Gerencial de Embarazadas, Puérperas y Postnatales deberá ser aplicado en todos los establecimientos de salud públicos y privados, que atienden mujeres en el embarazo, parto, puerperio y postnatal. La gerencia de esta herramienta, será responsabilidad del director/a de los establecimientos de salud públicos y privados.

El Censo Gerencial cuenta con cinco instrumentos que son:

1. Boleta del Censo Gerencial.
2. Control semanal para las embarazadas próximas a parir.
3. Reporte mensual de las Inasistentes embarazadas, puérperas y postnatales.
4. Guía para el monitoreo y evaluación.
5. Sistema de Vigilancia de la Embarazada (SIP Plus)

El resultado del llenado correcto de los instrumentos y el análisis de la información permitirán el alcance de los siguientes aspectos:





- Cumplimiento de las metas mensuales y lo que se va acumulando al año.
- Identificar los riesgos obstétricos y reproductivos que presenta cada mujer en sus diferentes etapas reproductivas, para su seguimiento.
- Proximidad y cumplimiento a las citas programadas (cita a APN, Parto Institucional, Puerperio y Postnatal).
- Prevención de Inasistentes a las atenciones prenatales, parto institucional, puerperio y postnatal.
- Identificar Inasistentes para la búsqueda activa, embarazadas que han sido referidas a otro servicio o institución (casa materna, hospital) y/o que

han emigrado del barrio o la comunidad, a fin de proporcionarle seguimiento a través de la red de servicios.

- Seguimiento de los niños pre términos para disminuir los riesgos neonatales

(Normativa No.101 Manual Metodológico Censo Gerencial de Embarazadas, Puérperas y Postnatales, septiembre 2012, página 18-19)

■ **Ubicación de embarazadas y MEF en el Croquis**

- El croquis del barrio o comunidad permite la ubicación de las mujeres embarazadas, lo cual facilita atender de forma inmediata cualquier emergencia que se presente.
- El ESAFC señala el número de casa en el croquis del barrio o comunidad y registra en la HSF donde hay una mujer embarazada o MEF planificando o no.
- La simbología para identificar en el croquis a las embarazadas y MEF planificando o sin método, es la siguiente:
- Si en la casa donde hay una embarazada se dibujará un cuadrado , y cuando se identifica una con Alto Riesgo se trazará el cuadrado en color rojo  .
- En la casa donde haya una MEF planificando se coloca un círculo  , y donde haya MEF sin planificar, se pone un triángulo  .

(Normativa No.101 Manual Técnico Operativo del Censo Gerencial de Embarazadas, Puérperas y Postnatales, noviembre 2019, página 23)

Acrónimos

AIMNA	-----	Atención integral a la Mujer y la Niñez
APN	-----	Atención Prenatal
ACO	-----	Anticonceptivos Orales
ARO	-----	Alto Riesgo Obstétrico
CG	-----	Censo Gerencial
Cd	-----	Cambio de domicilio
CSF	-----	Centro de Salud Familiar
CS	-----	Centro de Salud
CM	-----	Casa Materna
CMP	-----	Clínica Médica Previsional
DIU	-----	Dispositivo Intrauterino
ECMAC	-----	Entrega Comunitaria de Métodos Anticonceptivos
EQV	-----	Esterilización Quirúrgica Voluntaria
ES AFC	-----	Equipo de Salud Familiar y Comunitario
EPN	-----	Etapa Post Natal
FPP	-----	Fecha Probable de Parto
FUM	-----	Fecha de la Última Menstruación
HCP	-----	Historia Clínica Perinatal
H	-----	Hospital
HSF	-----	Historia de Salud Familiar
INIDE	-----	Instituto Nicaragüense de Estadísticas
IPSS	-----	Institución Prestadora de Servicios de Salud
JABA	-----	Jornada de Análisis y Balance

JAR	-----	Jornadas de Análisis y Reflexión
JICA	-----	Agencia de Cooperación Internacional del Japón
LME	-----	Lactancia Materna Exclusiva.
MAC	-----	Métodos Anticonceptivos
MELA	-----	Método de Lactancia-Amenorrea
MDF	-----	Método del collar o método de días fijos
MINSA	-----	Ministerio de Salud
MNP	-----	Muerte Neonatal Precoz
MOSAFC	-----	Modelo de Salud Familiar y Comunitario
N	-----	Normal
NLM	-----	No práctica la lactancia materna
No AC	-----	No usa ningún método anticonceptivo
NR	-----	No Reactor
P	-----	Puerperio
PF	-----	Planificación Familiar
PSFC	-----	Puesto de Salud Familiar y Comunitario
R	-----	Reactor
RC	-----	Red Comunitaria
RN	-----	Recién Nacido
SMI	-----	Salud Materno Infantil
SILAIS	-----	Sistema Local de Atención Integral en Salud
TIC	-----	Tecnologías de Información y Comunicación
VE	-----	Valoración por Especialista
VIH	-----	Virus de Inmunodeficiencia Adquirido
VPCD	-----	Vigilancia y Promoción del Crecimiento y Desarrollo

SILAIS: _____ Mur: **1. - 1) - (1)**
 Sector: _____ Comunidad/Barrio: _____

1. Datos de Filiación						2. Riesgo	3. Fechas importantes									
No.	Nombre y Apellidos	Número de Cédula	Teléfono	Dirección exacta y No. Casa	No. Expediente	Edad	Antecedente Riesgo Obst.	Valoración especial (VE)	Captación	FUM	FPP	VIH				
												1ra. Prueba/ Sem Gest			2da. Prueba VIH	
	1. - 2) - (1)	1. - 2) - (2)										I Trim	II Trim	III Trim		
1																
2																
3																
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																
11																
12																
13																
14																
15																
16																
17																
18																
19																
20																

9

(Normativa No.101 Manual Técnico Operativo del Censo Gerencial de Embarazadas, Puérperas y Postnatales, noviembre 2019, página 39)

- (2) Casilla de “**Año**”: Es el año en que se está captando a las mujeres en el registro. (Ver Foto 3 y 4)
- (3) Casilla de “**Cohorte**”: Este término se utiliza para identificar el año en que las embarazadas registradas tienen estimada su fecha probable de parto. Corresponde al año en que parirán todas las mujeres que se registran de acuerdo a su fecha probable de parto. (Ver Foto 3 y 4)

Ejemplo de tres cohortes

Año de captación de las embarazadas 2021

Cohorte (2020-2021): las mujeres embarazadas que se captan en el año 2020 y que parirán en el 2021.

Cohorte (2021-2021): las mujeres embarazadas que se captan en el 2021 y que parirán en el 2021.

Cohorte (2021-2022): las mujeres embarazadas que se captan a mediados del 2021 y que parirán en el 2022.

Cada ESAFC deberá garantizar 3 cohortes activas por cada comunidad o barrio perteneciente al sector bajo su responsabilidad, para la prevención y el seguimiento de las inasistentes a la APN, parto, puerperio y postnatales.

Las mujeres puérperas o postnatales que no fueron captadas durante su embarazo, serán anotadas en el año y cohorte en que fueron captadas, por ejemplo: en marzo 2021 se capta una postnatal que tuvo su parto en diciembre 2020, se registrará en la boleta de censo con año 2021 y cohorte 2021-2021.

- (4) Casilla de “**Meta Anual**”: el número de embarazos esperados en el año según estimaciones INIDE o captaciones del año anterior y que serán atendidas por el ESAFC correspondiente.

La casilla “meta anual” se llena con el número de embarazos esperados para esa comunidad o barrio del sector de salud durante todo el año en base a estimaciones de población de INIDE o dividiendo el número de nacidos vivos registrados en cada comunidad en el año anterior entre 0.85.

Por ejemplo, si los nacidos vivos de una localidad fueron 15, los embarazos esperados serían: $15/0.85= 18$. (Ver Foto 3 y 4)

(5) Casilla de **“Meta Mensual”**: Debe tenerse en cuenta la tendencia de captación por mes del año anterior y por cada comunidad puede variar en casos de metas mayores de 12. Por ejemplo, si la meta anual fuera 15 captaciones, en la meta mensual debe registrar 5 captaciones por cuatrimestre.

Cuando una comunidad tiene una meta anual menor de 12, la meta mensual se programará de la siguiente manera. Por ejemplo, si la meta anual fuera 8 captaciones, en la meta mensual debe registrar 2 captaciones por trimestre para no colocar decimales en la meta mensual de la boleta del censo. (Ver Foto 3 y 4)

(Normativa No.101 Manual Metodológico Censo Gerencial de Embarazadas, Puérperas y Postnatales, septiembre 2012, página 25-26)

Foto 3. Ejemplo de llenado correcto de Año, Cohorte y Meta.

Foto 4

Ampliación

1.2 Datos de filiación

- **No:** Anotar el número en orden ascendente en que cada mujer se va captando.
- **Nombres y apellidos:** Anotar los dos nombres y dos apellidos de la mujer captada, de acuerdo a la cedula de identidad si tuviese. (Embarazada, puérpera, o madre en el período postnatal). Ver Foto 5 y 6.
- **Número de cédula:** Anotar el número de la cédula de identidad cuando corresponda, en caso de no tenerla, poner la fecha de nacimiento en la casilla. (Ver Foto 5 y 6)
- **Número de teléfono:** Número de teléfono ya sea celular o convencional de la paciente, algún familiar, vecino o líderes comunitarios. En el que sea más fácil localizarla en cualquier momento. (Ver Foto 5 y 6)
- **Dirección exacta y No de casa:** El No. de casa es extraído del croquis de la comunidad y es la vivienda donde habita la mujer. Este debe coincidir con la información recolectada en la dispensarización de las familias (HSF). Además, se debe escribir la dirección exacta donde habita la mujer. (Ver Foto 5 y 6)
- **Número de expediente:** Anotar con tinta azul el número de expediente según el sistema de codificación normado o fecha de nacimiento de la mujer registrada. (Ver Foto 5 y 6)
- **Edad:** Se anota con **tinta roja** si es **menor de 20 ó mayor de 35 años** a más y con tinta azul si la edad de la embarazada está entre los 20 a 34 años. (Ver Foto 5 y 6)

(Normativa No.101 Manual Metodológico Censo Gerencial de Embarazadas, Puérperas y Postnatales, septiembre 2012, página 26)

(Normativa No.101 Manual Técnico Operativo del Censo Gerencial de Embarazadas, Puérperas y Postnatales, noviembre 2019, página 14)

A continuación, se muestra hoja de resumen de Riesgos (Tabla No.1) y abreviaturas para el registro de riesgos (Tabla No.2).

Tabla No.1 **Hoja Resumen de Riesgos**

Ministerio de Salud			
HOJA RESUMEN DE RIESGOS			
Riesgo	Características	Si	No
Muerte Fetal o Neonatal Previa 28 semanas - 7 días de vida	Considerar la edad gestacional de Muerte de feto o Recién nacido previo		
Antecedente de 3 o más abortos consecutivos (Pérdida gestacional recurrente antes de las 22 semanas)	No incluye ectópico ni Enfermedad Trofoblástica gestacional No incluir pacientes con 1 o 2 abortos con parejas diferentes		
Peso del recién nacido menor a 2000 gramos	Peso de gestaciones previas		
Peso del recién nacido mayor a 4000 gramos	Peso de gestaciones previas		
Tuvo una hospitalización por hipertensión o Pre eclampsia/eclampsia en el último embarazo	Enfermedad Hipertensiva en Embarazo previo	Cualquier expresión clínica de enfermedad hipertensiva previa	
	Enfermedad Renal Crónica	Enfermedad incipiente o crónica ya conocida de forma pre existente	
	Enfermedad Autoinmune SAAF o LES	Enfermedad autoinmune primaria o secundaria con diagnóstico de laboratorio	
	Diabetes Mellitus	Cualquier tipo de diabetes	
	Período Intergenésico mayor a 10 años	Independiente del evento obstétrico	
	Índice de masa corporal > 29 Kg/m²	Calculado pregestacional o en las primeras 12 SG	
	Historia familiar de Preeclampsia: Madre o hermana	Presencia de un evento hipertensivo previo	
Cirugía en el tracto reproductivo	Su importancia está relacionada con la finalización de la gestación. Cesárea previa referir hasta las 36 SG.		
Embarazo múltiple	Cualquier embarazo múltiple constituye alto riesgo		
Extremos de edad: Menor a 20 o mayor a 35 + 1 o más de los factores de riesgo	Los extremos de edades deben de estar asociadas a un factor de riesgo		

Isoinmunización Rh negativo en segundo evento obstétrico	Coombs después de las 19 semanas reportado como positivo en evento obstétrico previo No clasifica como ARO con Anti D aplicada y Coombs negativo		
Sangrado vaginal	Todo sangrado es ARO y se debe de manejar de acuerdo a características clínicas y Protocolo N-109		
Masa pélvica	Con sospecha o no de malignidad debe de ser referida para valoración		
Presión arterial diastólica > 90 mmHg	Con o sin otra sintomatología		
Cualquier patología crónica (Asma, Cardiopatía, Nefropatía, Diabetes)	Estable o con datos de descompensación		
Uso de Drogas	Licor, cigarrillos o Psicotrópicos		
Cualquier enfermedad o condición médica severa (Especifique cuál)	Especificar condición clínica y afectación fetal		

(Normativa No.077 segunda edición PROTOCOLOS PARA EL ABORDAJE DEL ALTO RIESGO OBSTÉTRICO, febrero 2020, página 17)

Tabla No.2 **Abreviaturas para el registro de riesgos**



Celeste: Bajo Riesgo



Amarillo: Alto Riesgo

Registro del Riesgo	Abreviatura	Registro del Riesgos	Abreviatura
Edad < de 19 años o > de 35 años	<19 ó > 35	Hiperémesis gravídica no controlable	Hiperémesis
Analfabeta	Analf	Antecedentes de aborto y muerte fetal ante parto	Ab/MF
Soltera	Soltera	Anemia	Anemia
Vive sola	Vive sola	IMC >29 kg/m2	IMC >
Talla baja, menor de 1.5 mts	Talla b.	Infecciones de vías urinarias	IVU
Antecedentes familiares y Personales (HCP y N.106)	A.Fam	Poca o excesiva ganancia de peso	Poco/Exc peso
Paridad en edad extrema (nuli o multiparidad)	Nuli o Multi	HTA inducida por el embarazo	HTA Emb
Esp.Intergénésico < 2 años o > 5 años	EIG <2 o > 5 años	Embarazo Múltiple	EM
Trabajo con predominio físico	TPF	Hemorragia	Hem
Violencia en el embarazo	VIF	Restricción del Crecimiento Intrauterino	RCIU
Multiparidad > de 4	>4 p	Rotura Prematura de Membranas	RPM
Antecedentes de MFC	MFC	Enfermedades Endémicas y Embarazo	EEE
Diabetes M.	DM	Psicopatologías	Psico
Hipertensión Gestacional	HTA	Personas que vive con el virus del Sida	PVVS

Tuberculosis	TB	Infección Ovular	Inf Ovu
Nefropatías	Nefro	Presentación pélvica o transversa + las 36 semanas	Pelv/Trans
Amenaza de parto prematuro	APP	Rh negativo sensibilizado	Rh - sensib
Cardiopatías	Cardiop.	Antecedente oncológico; leucemia, cacu y mama	Ant. Ca.
Hepatopatías	Hepat	Embarazo prolongado	EP
Endocrinopatías	Endocrin	Diabetes en el embarazo	DM
Trastornos psiquiátricos	Tpsiq.	Cesárea anterior	C.A
Infecciones ITS, VIH/Sida	ITS, Vih, Sida	Macrosomía fetal	Macrosómico
Otras patologías ginecológicas	O P Ginec	Alcoholismo y drogadicción	Alcoh/droga
Várices de miembros inferiores	Varices	Toxoplasmosis	Toxop
Hábitos: Fumar, alcohol, droga	Fuma. Alcoh. droga	Chagas	Chagas
Factor Rh (-)	Rh -		

Tabla Construida: con la Normativa 011. Norma y protocolo para la atención prenatal, parto, recién nacido y puerperio de bajo riesgo. Normativa 077 protocolo para el abordaje del alto riesgo obstétrico.

(Normativa No.101 Manual Técnico Operativo del Censo Gerencial de Embarazadas, Puérperas y Postnatales, noviembre 2019, página 15)

Valoración por especialista: Cuando en la captación se identifiquen factores de riesgo se debe referir al especialista. Registrar en lápiz de grafito la visita por el especialista (VE). Cuando la embarazada recibió la atención por el especialista y regresa a la siguiente cita, se coloca la fecha en que fue realizada la consulta por el especialista (**VE/Fecha**), con tinta azul. Si no hay factores de riesgo colocar un guion, con tinta azul.

(Normativa No.101 Manual Metodológico Censo Gerencial de Embarazadas, Puérperas y Postnatales, septiembre 2012, página 27)

(Normativa No.101 Manual Técnico Operativo del Censo Gerencial de Embarazadas, Puérperas y Postnatales, noviembre 2019, página 14-15)

1.4 Fechas Importantes

- (1) **Captación:** Anote la fecha de captación con tinta azul si la mujer es captada en el primer trimestre y con *tinta roja las captadas en el segundo y tercer trimestre. Si la captación se realiza en el puerperio o en la etapa postnatal, registre "P" o "EPN" con tinta roja.* Si la mujer está incorporada en el SIP Plus anote con tinta azul o negro. **Recordar que esta fecha de captación debe corresponder con el año que está en el encabezado de**

registro “Año”. (Ver Foto 7 y 8)

- (2) **Fecha de Última Menstruación (FUM):** se anota con tinta azul el primer día, mes y año de la última menstruación referida por la mujer; **si el dato se desconoce colocar un guion con tinta roja.** (Ver Foto 7 y 8)
- (3) **Fecha Probable de Parto (FPP):** registra con tinta azul, la fecha obtenida del cálculo en base a la FUM, es decir sumar 7 días a los días, restar 3 meses a los meses y sumar 1 año al año (cuando corresponda) o a la fecha obtenida con el uso del Gestograma. **Se anotará con tinta roja cuando no hay FUM y la FPP se obtenga por otro método:** SIEMPRE DEBERÁ LLENAR ESTA CASILLA CON UNA FECHA.
- (4) **Pruebas de VIH:** La primera prueba debe registrarse según el trimestre que se realice (debe realizarse el mismo día de la captación), en caso de la segunda prueba registre en la casilla de segunda prueba. Se registrará fecha/NR, si el resultado de la prueba es No Reactor, y fecha/R, si el resultado es Reactor, para ambas pruebas. En caso que no se realice, la segunda prueba o ambas, se debe colocar un guion con tinta roja.
- (5) **Pruebas de Sífilis:** La primera prueba debe registrarse según el trimestre que se realice (debe realizarse el mismo día de la captación), en caso de la segunda prueba registre en la casilla de segunda prueba. Se registrará fecha/NR, si el resultado de la prueba es No Reactor, y fecha/R, si el resultado es Reactor, para ambas pruebas. En caso que no se realice, la segunda o ambas, se debe colocar un guion con tinta roja. (Ver Foto 7 y 8)

(Normativa No.101 Manual Metodológico Censo Gerencial de Embarazadas, Puérperas y Postnatales, septiembre 2012, página 28)

(Normativa No.101 Manual Técnico Operativo del Censo Gerencial de Embarazadas, Puérperas y Postnatales, noviembre 2019, página 16)

(2) Llenado correcto de la casilla de APN

En la casilla No.1 anotar “**N**” si es normal con tinta azul, **si se detectara una enfermedad registrar las siglas establecidas en la tabla No. 1 (Descrito anteriormente) en tinta roja, además anotar en la misma casilla el día y mes en todos los APN.** Ej. Si tiene Infección de **Vías Urinarias** reflejaríamos “**IVU**”. En la casilla número 2 reflejaremos con grafito la fecha de su próxima cita. Si presentara más de una patología, seleccionar la patología de mayor riesgo y anotar las siglas de los diagnósticos y su abordaje integral en el expediente clínico de la embarazada.

Para las consultas subsecuentes, se reemplazará la fecha de la cita (que estaba en lápiz de grafito) colocando con lapicero de tinta azul la fecha que llega a su APN subsecuente, en la casilla que corresponda. Colocando en la casilla subsecuente la fecha de la próxima cita nuevamente en lápiz de grafito. (Ver Foto 9 y 10).

NOTA: Registrar día y mes utilizando 4 dígitos con lapicero tinta azul (ejemplo, 0409: cuatro de septiembre).

(3) Análisis y toma de decisión según riesgo, cita o referencia a la Casa Materna o Unidad de Salud.

Si la embarazada acude a su cita de APN y se detecta una complicación que amerite referencia a cualquier nivel, anotar con **tinta roja** las siglas por la cual fue referida y en la siguiente casilla anotar en grafito las siglas del establecimiento de salud donde se hace la referencia.

Cuando a la embarazada del área rural se le realice el último APN a las 36SG, se debe referir a **Casa Materna**, anotando “**N**” si es normal, en la casilla que corresponde a la APN que se realiza y en la casilla siguiente las iniciales “**CM**” o del establecimiento de salud según corresponda. Encerrar con un círculo “**CM**” cuando se confirme que la embarazada ingresó a Casa Materna, esto será a través de la verificación del instrumento de Control Semanal de Embarazadas Próximas a Parir, el cual se actualiza con frecuencia semanal.

Cuando se realice el último APN y es un embarazo a término, si la paciente es referida al hospital, anotar “**H**” en tinta azul, en la misma casilla donde se

está anotando el APN, y dibujar un círculo alrededor de la "H" para indicar que la paciente acudió a esa unidad.

Cuando la embarazada anotada en el Censo Gerencial cambia de domicilio, anotar con lápiz de grafito como "Cambio de domicilio" (**Cd**) en la casilla de la APN correspondiente y, en el resto de las casillas; anotar en grafito la dirección exacta a donde se trasladó; realizando el reporte al nivel correspondiente (Sector, Municipio, SILAIS o viceversa)

(4) Seguimiento para las próximas atenciones prenatales

En la revisión diaria identifique las embarazadas próximas a ser atendidas para contactarlas vía celular, correo o mensaje de texto, mensajeros de la comunidad, RC, etc., a fin de prevenir la inasistencia.

Coloque **un asterisco con tinta roja** en la parte superior izquierda de la casilla que le corresponde, cuando la embarazada no acude a su cita programada, al finalizar la jornada laboral es inasistente. Cuando la embarazada acude registre la fecha en que acude, conservando el asterisco para tener un historial o considerar acciones para prevenir nuevas inasistencias.

(Normativa No.101 Manual Metodológico Censo Gerencial de Embarazadas, Puérperas y Postnatales, septiembre 2012, página 28-29)

(Normativa No.101 Manual Técnico Operativo del Censo Gerencial de Embarazadas, Puérperas y Postnatales, noviembre 2019, página 17-18)

implementación de la estrategia y asegurando que todas las mujeres tengan negociado su plan de parto y su llegada al establecimiento de salud o a la Casa Materna.

Fecha de ingreso a Casa Materna: Se anotará la fecha verificando que la mujer ingreso a Casa Materna y no si no se comprueba su ingreso se deberá anotar un guion con **tinta roja (-)**, en la casilla correspondiente.

(Normativa No.101 Manual Metodológico Censo Gerencial de Embarazadas, Puérperas y Postnatales, septiembre 2012, página 29)

(Normativa No.101 Manual Técnico Operativo del Censo Gerencial de Embarazadas, Puérperas y Postnatales, noviembre 2019, página 18-19)

1.7 Parto

- (1) **Fecha** (del parto): en esta casilla se anota la fecha (día y mes) de término del embarazo, si este es “a término” se registra con tinta azul y cuando sucede “antes o después” del periodo de término, se anota con **tinta roja (Aborto, Pretérmino o Postérmino)**, Ver Foto 11 y 12.
- (2) **Recién nacido/a:** colocar “**V**” con tinta azul si nació **Vivo**, y con **tinta roja; AB aborto, MF Muerte Fetal** (lo que antes era conocido como óbito), **MNP (Muerte Neonatal Precoz)** si falleció en los primeros 7 días de nacido y **MNT (Muerte Neonatal Tardía)** si falleció **después de los 7 días y antes de los 28 días** de nacidos. (Ver Foto 11 y 12).
- (3) **Edad gestacional/Peso del RN:** Anotar la edad gestacional del recién nacido y su peso en gramos al momento del nacimiento. Ejemplo, 39.6/3600 (Bebé que nació a las 39 semanas y 6 días, con peso de 3,600 gr). Estos dos datos permiten establecer la relación peso para la edad gestacional pudiendo el recién nacido ser: AEG (adecuado para la edad gestacional), PEG (pequeño para la edad gestacional) y GEG (Grandes para la edad gestacional). Se anota en tinta roja cuando no es AEG.
- (4) **Vía:** Colocar “**V**” vaginal (con tinta azul) y “**C**” si fue **Cesárea** (con tinta roja). Ver Foto 11 y 12
- (5) **Lugar de ocurrencia del parto:** Se anota “**H**” si aconteció en el Hospital. “**CS**” si fue en el Centro de Salud. “**PS**” Puesto de Salud, “**D**” Domicilio, “**O**” en Otro lugar, como vehículo, vía pública, etc. Se anotará “**OI**” en los casos en que el nacimiento haya ocurrido en Otra Institución diferente al MINSA (CMP, IPSS,

Hospitales Privados), cuyo personal esté debidamente calificado para la atención de parto. Los partos atendidos en las instituciones (**H, CS, PS, OI**) se anotan con tinta azul. **El parto domiciliar** y **“otros”** con tinta roja. (Ver Foto 11 y 12)

Si el parto fue domiciliar (en rojo), con Recién Nacido Vivo se le deberá hacer un círculo a la “D” cuando la madre porte la constancia de nacimiento del bebé, ejemplo, **(D)**, no se debe encerrar en círculo cuando el Bebé nace muerto, pero debemos garantizar el llenado de Ficha de Vigilancia de la Mortalidad Perinatal.

(Normativa No.101 Manual Metodológico Censo Gerencial de Embarazadas, Puérperas y Postnatales, septiembre 2012, página 29)

(Normativa No.101 Manual Técnico Operativo del Censo Gerencial de Embarazadas, Puérperas y Postnatales, noviembre 2019, página 19-20)

1.8 Atención Puerperal (desde el parto hasta 42 días posteriores)

- (1) **Captación:** está reservada para las atenciones realizadas en los primeros 7 días postparto institucional y en los primeros 3 días a las que tuvieron parto domiciliar. Anote la fecha (día, mes) y Si es normal, anote **“N”** con tinta azul y si se detectó una enfermedad se anota con tinta roja las siglas respectivas de la enfermedad detectada, Ej. Hemorragia: **“Hem”**, Sepsis: **“Sepsis”**, etc.; y las siglas del lugar donde fue referida.

Si la captación es después de los 7 días, marque un asterisco con tinta roja y queda como inasistente al puerperio mediato y anotar **la fecha (día, mes)**. Ver Foto 11 y 12.

- (2) **Subsecuente:** Una segunda atención se programará antes de cumplir los 42 días post parto, siempre y cuando no existan complicaciones en este período que obliguen a más atenciones. Se anotará en la casilla “Subsecuente” la fecha de la próxima cita en grafito, cuando regrese a la cita programada anotar **“N”** u otra sigla según corresponda en la atención subsecuente. En el caso que la captación a la atención puerperal sea realizada después de los 7 días y no pudiera realizarse la atención subsecuente dentro de los 42 días, se deberá anotar la fecha de próxima cita en la primera casilla de Atención Postnatal. (Ver Foto 11 y12)

NOTA: Toda puérpera debe recibir 2 Atenciones Puerperales (AP), la primera en los primeros 7 días cuando es parto institucional o primeros 3 días cuando es parto domiciliario y la segunda entre los 30 y los 42 días postparto. En el caso que quede hospitalizada después del parto y acude al establecimiento de salud sin ninguna patología, se anota “N” en captación en color Rojo, lo que indica que llegó después de los días normados.

(3) **Vitamina A:** Se marcará con una “X” la casilla correspondiente, cuando se le administra a la puérpera la dosis de Vitamina A correspondiente a 200,000 UI, según presentación (frasco o perla). (Ver Foto 11 y 12)

(Normativa No.101 Manual Metodológico Censo Gerencial de Embarazadas, Puérperas y Postnatales, septiembre 2012, página 29-30)

Foto 11. Ejemplo de llenado correcto de Plan de parto, Parto y Atención Puerperal

The form includes fields for:

- Nombre y Apellido: Masaya
- Nombre de la Madre: Niqunohomo
- Edad: 2021 - 2021
- Comunidad: PSEFC Las Cruces
- Sexo: Femenino
- Residencia: Rural
- Comunidad: Comunidad Las Cruces, Zona #4

The grid contains columns for:

- 1. Datos de filiación
- 2. Parto
- 3. Factores importantes
- 4. Atención puerperal Normal (Riesgo P) Fecha
- 5. Parto Ingreso Casa Materna
- 6. Parto
- 7. Atención puerperal Normal (Riesgo P) Fecha
- 8. Atención Puerperal (M) Fecha

Si o No	5. Parto Ingreso Casa Materna		6. Parto		7. Atención puerperal Normal (Riesgo P) Fecha		X	LME	EQV			
	Fecha de Ingreso	Fecha	Condición	Edad gestacional	Edad materna	Subestable				U.A.		
SI	1809	2010	V	42	V	H	N	2610	2511	X	LME	EQV
SI	1512	2212	V	37	V	H	N	2712	0212	X	LME	Iny3
-	-	0412	V	39	V	CS	N	1012	1501	X	LME	EQV
NO	2102	2510	V	40	V	H	IN	2910	0311	X	LME	16 ^{AC}

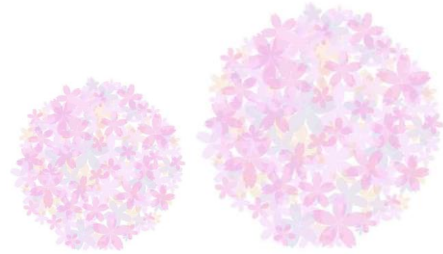


Foto 12

1.9 Atención Postnatal (desde el día 43 posterior al parto hasta 1 año)

- (1) **LM** (Lactancia **M**aterna): En los primeros seis meses, anotar con tinta azul “**LME**” si la mujer está dando Lactancia **M**aterna **E**xclusiva y con tinta roja “**LM**” si da el pecho pero no de forma exclusiva o “**NLM**” si no da el pecho.

(Ver Foto 13 y 14)

Después de los seis meses, anotar con tinta azul “**LM**” si da el pecho más alimentación complementaria y con tinta roja “**NLM**” si la mujer **No practica la Lactancia Materna**, en este caso fortalezca la consejería para la alimentación adecuada del lactante. Se recomienda realizar una atención mensual para evaluar la lactancia materna y brindar consejería necesaria para mejorar esta práctica

- (2) **MAC** (Métodos Anticonceptivos): Colocar con tinta azul las siglas del método anticonceptivo que la pareja esté utilizando y en diagonal el día y mes (MAC/Fecha, INY3/0406): “**DIU**” para dispositivo intrauterino (T de cobre).

Hombres y mujeres deben ser informados sobre la protección dual. Las mujeres necesitan acceso a una protección dual: anticonceptivos efectivos y opciones para prevenir ITS y el VIH.

“**ACO**” anticonceptivos orales. “**INY3**” si es el anticonceptivo parenteral trimestral, “**INY1**” para el anticonceptivo parenteral mensual, “**C**” para los condones, “**MELA**” si practica el método lactancia – amenorrea, “**EQV**” si la mujer ha sido esterilizada, “**VAS**” si el hombre ha sido esterilizado, “**MDF**” si utiliza el método del collar o método de días fijos y “**Nat**” si utiliza otros métodos naturales (RECORDANDO QUE LOS MÉTODOS NATURALES SON MENOS EFECTIVOS). Escriba con tinta roja “**No AC**” si la paciente no está utilizando ningún método anticonceptivo y bríndele la consejería en PF y en cada consulta se debe anotar **la fecha (día, mes), lo cual debe coincidir con el expediente clínico.**

En las casillas a la derecha de la atención postnatal realizado, se deberá anotar con grafito la fecha de la próxima cita, las que deben programarse de acuerdo a las normas de planificación familiar según el método elegido, como mínimo toda mujer deberá recibir 4 atenciones en este período. Cuando la paciente ha decidido no utilizar un método, (“**No AC**”) ofrezca citas mensuales para brindar mayor número de sesiones de consejería. (Ver Foto 13 y 14)

2. Acciones de prevención y búsqueda de inasistentes

2.1 Identificar sistemáticamente las pacientes con próximas citas

- Identificación diaria de las mujeres con próximas citas.
- En la revisión diaria identifique las embarazadas próximas a ser atendidas y contáctelas vía celular, correo electrónico, mensajes de texto, mensajeros de la comunidad u otra alternativa disponible a fin de prevenir la inasistencia.
- Seleccionar con antelación los expedientes clínicos a utilizar durante el día, según las mujeres citadas
- Establecer contacto con las inasistentes y programar su búsqueda inmediata, en el menor tiempo posible, en un máximo de 3 días; auxiliándose de la red comunitaria y los medios disponibles (vía celular, mensajes de texto, WhatsApp, correo electrónico, mensajeros de la comunidad u otra alternativa disponible a fin de prevenir la inasistencia).
- Identificar y referir a la Casa Materna o establecimiento de salud a las mujeres que estén próximas a parir, con o sin factores de riesgo para garantizarles un parto institucional.
- Retroalimentar el “Censo de Planificación Familiar” con los datos registrados en el Censo Gerencial, de igual manera completar con la información generada en la ECMAC para el caso que la mujer obtenga el método de un consejero comunitario en PF en su comunidad. A nivel de municipio la revisión debe realizarse semanalmente.

■ **Mujeres inasistentes**

Para fines de este texto, este término se aplicará a las siguientes situaciones:

- Mujeres que ya fueron captadas y que no asistan a su cita programada, en los establecimientos de salud para su atención prenatal, parto institucional, puerperio y atención postnatal.

- Las puérperas de parto domiciliario que no han sido valoradas en los primeros tres días postparto. Tomar de referencia la fecha probable de parto para su búsqueda.
- Las puérperas de parto institucional que no han sido valoradas en los primeros siete días posparto.
- Puérperas que no han acudido a su atención subsecuente entre los 30 y 42 días postparto.
- Postnatales que no han acudido a su atención subsecuente programada o que no han recibido atención después de los 42 días de finalizado su embarazo. Para el caso de esterilización quirúrgica voluntaria o inserción del DIU, se deberá consignar en el espacio correspondiente a PF y el seguimiento para lactancia materna se realizará según citas de VPCD (Evitar la pérdida de oportunidades).

No son inasistentes

- La diferencia entre el número de mujeres captadas y la población de embarazos esperados, según proyecciones de INIDE. Aunque estas diferencias deberán ser analizadas en la gerencia del censo.
- Las mujeres que por acceso geográfico se realicen sus atenciones en otro establecimiento de salud. Para estos casos, los responsables de establecimientos de salud deberán de garantizar las coordinaciones necesarias con otros establecimientos de salud. Estas mujeres deberán ser anotadas en la boleta de censo del establecimiento de salud a que corresponde y a la par del nombre, se anotará esta situación en la fila correspondiente, identificando el establecimiento de salud que le brinda el servicio. Por tanto, no se incluyen en la revisión diaria, control semanal y el reporte mensual de las inasistentes embarazadas, puérperas y postnatales.
- Las embarazadas que emigran hacia otro país y regresan posteriormente a realizarse sus atenciones postnatales.
- Las de ingreso comunitario: Las embarazadas previamente reportadas por la red comunitaria y que no han sido atendidas por el personal de salud. Aunque se constituyen en foco de atención para la captación y seguimiento, motivando la organización de visitas a estas comunidades o estimulando a la Red Comunitaria para su referencia al establecimiento de salud.

- Para el contacto y búsqueda de próximas citas o inasistentes priorice las mujeres que tienen mayor riesgo.

Inasistencia superada:

Es cuando una mujer inasistente a la atención prenatal, atención del parto, atención del puerperio y atención postnatal regresa a la unidad de salud para recibir atención o en la búsqueda activa de inasistentes es atendida por el personal de salud. De igual manera, cuando se constata que ha recibido la atención en otra unidad de salud.

Ejemplo:

- ✓ Mujer inasistente a la APN el 20 de octubre y acude espontáneamente el 23 de octubre.
- ✓ Mujer inasistente a la atención del parto que acude a la atención puerperal y en la HCP se puede constatar que el parto fue institucional.
- ✗ No es inasistente superada si una mujer citada al puerperio, regresa a los 43 días o más, ya que se incluye como una atención postnatal, por ende, no recibió la atención puerperal.

(Normativa No.101 Manual Metodológico Censo Gerencial de Embarazadas, Puérperas y Postnatales, septiembre 2012, páginas 16-17)

(Normativa No.101 Manual Técnico Operativo del Censo Gerencial de Embarazadas, Puérperas y Postnatales, noviembre 2019, página 24-25)

2.2 Evidencia del uso de medios de comunicación y tecnología

- (1) Utilización de teléfono, mensaje de textos y correo electrónico.
- (2) Verificación mediante expediente clínico y libro de actas o cuaderno de registro.

Hacer uso de los medios y tecnologías disponibles a nivel institucional para la prevención de inasistentes en las atenciones prenatales, puerperales y postnatales: llamadas telefónicas, mensajes de texto, correos electrónicos, y otros similares donde esté disponible.

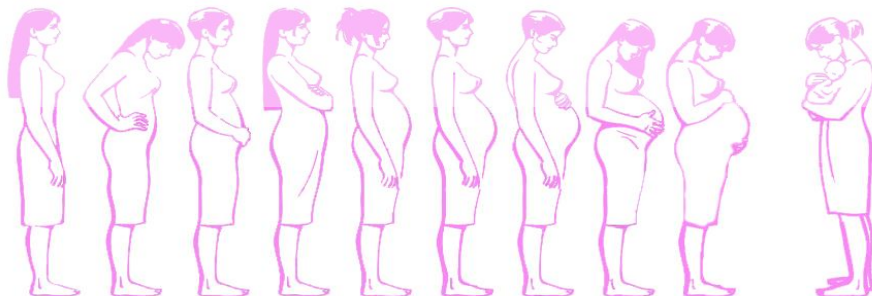
Mantener comunicación telefónica y/o mensajería de texto o electrónica (en la medida de las posibilidades), con las pacientes citadas, familiares, vecinos o líderes comunitarios de la presente semana.

(Normativa No.101 Manual Metodológico Censo Gerencial de Embarazadas, Puérperas y Postnatales, septiembre 2012, página 37)

(3) Acciones para la prevención de inasistentes

- Negociar la próxima cita de acuerdo a la conveniencia de la paciente y su cónyuge a un día conveniente para los dos (horarios escalonados y recordar que muchas de ellas tienen que caminar largas distancias en su condición).
- Apoyarse de la red comunitaria (parteras, BS, Líderes comunitarios, Col-Vol, GPC, CPC), para recordar a las embarazadas, puérperas y postnatales de su cita próxima.
- El director/a del establecimiento de salud deberá coordinar con otros recursos/áreas de las unidades de salud, la priorización de la atención de las embarazadas, puérperas y postnatales que llegan a su cita.
- Realizar reuniones mensuales con líderes comunitarios para intercambio de información: actualizar el censo gerencial de embarazadas, puérperas y postnatales con la información registrada en plan de parto, además de facilitar al comunitario el/los nombres de las mujeres registradas en el censo gerencial (próximas citas y próximas a parir).
- Planificar las salidas dirigidas para la búsqueda de inasistentes (Embarazadas, puérperas y postnatales).

(Normativa No.101 Manual Metodológico Censo Gerencial de Embarazadas, Puérperas y Postnatales, septiembre 2012, página 31 y 37)




3. Control semanal de las embarazadas próximas a parir

- Con los datos de la Boleta del Censo Gerencial se elaborará el “Control Semanal de las Embarazadas Próximas a Parir”. (Ver. Figura 1 y Foto 15).
- El objetivo de este instrumento, es identificar fácilmente a las embarazadas próximas a parir por semana, para realizar actividades de promoción y aseguramiento del parto institucional, llenándose en orden cronológico en cuatro segmentos distribuidos por semana para visualizar mejor las mujeres próximas a parir.

(Normativa No.101 Manual Metodológico Censo Gerencial de Embarazadas, Puérperas y Postnatales, septiembre 2012, página 31-32)

Figura 1 **Control Semanal de Embarazadas Próximas a Parir**



Gobierno de Reconciliación
y Unidad Nacional
22 Pueblo, 22 Presidentes!

Ministerio de Salud

Control Semanal de Embarazadas Próximas a Parir

SILAIS _____
Sector _____

Municipio _____
Mes y Año _____

Establecimiento de Salud _____

SEMANA DEL _____ AL _____									
No.	Nombre y apellido	Edad	No. Teléfono	Comunidad/Barrio	FPP	No. APN	Riesgo	Plan de Parto	Observaciones

3.1 Confirmación del llenado correcto

- (1) Encabezado
 - a. Nombre del SILAIS
 - b. Nombre del Municipio
 - c. Nombre del Establecimiento de Salud
 - d. Número del Sector según el MOSAFC
 - e. Mes y año

(2) Semana del _____al_____: anotar el periodo que corresponde a la semana del control. Esta semana bien puede coincidir con la Semana Epidemiológica correspondiente.

(3) Datos de filiación

a. Nombres y Apellidos: se registrará los nombres y apellidos de la paciente que aparece en el Censo Gerencial.

b. Edad: anotar la edad exacta de la paciente, registrada en la Boleta del Censo Gerencial.

c. Número teléfono: se anotará el número de teléfono convencional o celular de la paciente, familia, vecino o red comunitaria. En el que sea más fácil localizarla en cualquier momento.

d. Comunidad/Barrio: se anotará el nombre de la comunidad o barrio donde habita.

e. FPP: registrar la fecha probable de parto anotada en la Boleta del Censo Gerencial.

f. Número de APN: anotar el número de atenciones prenatales que la mujer recibió.

g. Riesgo: anotar los riesgos identificados en la Boleta del Censo Gerencial, o el riesgo actual, en el caso que no se haya identificado ningún riesgo a la captación.


h. Plan de parto/Casa Materna: anote “Si” cuando la mujer tiene negociadas las principales actividades de su **plan de parto** (quien la acompañará al establecimiento de salud, durante el parto, quien cuidará su casa, enseres e hijos, tener disponible dinero en caso de emergencia, identificado como salir de su comunidad en caso de emergencia, que nombre tendrá el bebé, que método anticonceptivo utilizará después del parto). Si a la mujer se le orientó y fue referida a la **CM** se debe dar seguimiento para asegurar su asistencia oportuna y registrar la fecha de su ingreso a CM. Ejemplo: embarazada con estrategia de Plan de Parto, referida el 05/07 del año en curso a CM, se da seguimiento y se comprueba su ingreso a CM el 12/07; se deberá registrar esta casilla de la siguiente manera: **SI/1207**.

- i. Observación: se recomienda anotar en grafito cualquier dato relevante para el seguimiento de la embarazada. Ubicación en tiempo real (domicilio rural, domicilio urbano, Casa Materna, Hospital). Otros datos relevantes: si ya parió, anotar la fecha del parto, peso del bebé, fecha de atención puerperal, etc.).

En el Sector de Salud el seguimiento de las próximas a parir, ya sea del área urbana o rural debe realizarse con frecuencia semanal por parte del ESAFC. Cuando la próxima a parir está ubicada en Casa Materna u Hospital el seguimiento debe ser diariamente por parte del Municipio u Hospital; de haber alguna eventualidad deberá retroalimentar al ESAFC correspondiente. Este seguimiento debe quedar evidenciado en la columna de observaciones.

(Normativa No.101 Manual Metodológico Censo Gerencial de Embarazadas, Puérperas y Postnatales, septiembre 2012, página 32)

Foto 15. Ejemplo de llenado correcto de Control Semanal de Embarazadas Próximas a Parir

 Gobierno de Reconciliación y Unidad Sectorial
El Pueblo, Participando!

Ministerio de Salud
Control Semanal de Embarazadas Próximas a Parir

SILAIS Masaya Municipio Niquinohomo Establecimiento de Salud PSFC Las Cruceitas
Sector #6 Las Cruceitas Mes y Año Diciembre 2021

SEMANA DEL 5 AL 11 Diciembre 2021									
No	Nombre y apellido	Edad	No. Teléfono	Comunidad/Barrio	FPP	No. APN	Riesgo	Plan de Parto	Observaciones
1	Fátima Evangelina Ruiz Ruiz	43	8612 2357	Las Cruceitas	051221	6	>35a	-	ESFC 9412 Bebé: 2590gr Puerperal: 10/21 H: 2811 Puerperal Bebé 2500gr
2	Flor de María Estrada Rodríguez	23	8135 7451	Las Cruceitas	081221	6	-	-	
3	Rosa María López Muñoz	15	7537 4186	Las Cruceitas	101221	6	<20	-	
SEMANA DEL 12 AL 18 Diciembre 2021									
No	Nombre y apellido	Edad	No. Teléfono	Comunidad/Barrio	FPP	No. APN	Riesgo	Plan de Parto	Observaciones
									No hay próximas a parir en esta semana
SEMANA DEL 19 AL 25 de Diciembre									
No	Nombre y apellido	Edad	No. de Teléfono	Comunidad/Barrio	FPP	No. APN	Riesgo	Plan de Parto	Observaciones
									No hay próximas a parir en esta semana
SEMANA DEL AL									
No	Nombre y apellido	Edad	No. De Teléfono	Comunidad/Barrio	FPP	No. APN	Riesgo	Plan de Parto	Observaciones
									No hay próximas a parir en esta semana

3.2 Chequeo de actualización

La elaboración del Control Semanal de las Embarazadas Próximas a Parir, se debe realizar el último viernes del mes correspondiente para reportar al Municipio y continuar el seguimiento y actualización semanalmente. Por ejemplo, el viernes 28 de mayo de 2021 se realiza el llenado del control semanal del mes de junio 2021.

Además, se debe dar seguimiento al Control Semanal de las Embarazadas próximas a parir de las últimas 2 semanas del mes correspondiente.

El control semanal de embarazadas próximas a parir incluye 2 semanas del mes correspondientes y 4 semanas del próximo mes, total 6 semanas a vigilar.

3.3 Verificar ubicación en un lugar accesible al ESAFC

El listado de embarazadas próximas a parir deberá estar ubicado en un lugar accesible al personal asistencial ya sea en la sala de partos de la sede municipal y consultorios o clínicas de las sedes de sectores.

3.4 Verificar evidencias de seguimiento de las mujeres embarazadas próximas a parir.

Verificar evidencias en la Boleta del Censo Gerencial, reporte semanal (en la columna de observación), en libro de actas de reuniones mensual del Sector de Salud, cuaderno de registro de visitas domiciliarias, libro de registro de uso medios de comunicación, etc.

(Normativa No.101 Manual Metodológico Censo Gerencial de Embarazadas, Puérperas y Postnatales, septiembre 2012, página 32)



4. Reporte mensual de inasistentes embarazadas, puérperas y postnatales

- El personal de salud deberá utilizar un formato (Ver Figura 2 y Foto 16) donde reflejará solo los datos correspondientes a la red MINSA y si en el Sector existen otros establecimientos de salud que no son de la Red MINSA, utilizar otro formato del Reporte Mensual de Inasistentes, en donde reflejarán exclusivamente a las embarazadas atendidas en cada establecimiento privado.
- Si son sectores cubiertos por establecimientos del MINSA, se colocará en cada columna el nombre del barrio o comunidad atendido y si son embarazadas atendidas por otros establecimientos de salud colocar en cada columna el nombre del establecimiento de salud.
- Los municipios donde hay establecimientos de salud que no son del MINSA deben enviar al SILAIS dos formatos del Reporte Mensual de Inasistente cada mes, uno con información MINSA y otro con los establecimientos privados.
- El municipio al cual le sean reportadas embarazadas, puérperas y postnatales que están siendo atendidas en establecimientos de otros municipios las deberán registrar en una Boleta del Censo Gerencial aparte y en un formato independiente del Reporte Mensual de Inasistentes.
- Para el informe mensual de SILAIS a MINSA Central, se reflejará en el reporte mensual, el número de embarazadas, puérperas y postnatales captadas y escribir una nota aclaratoria al pie de este, que número de estas fueron captadas por el propio SILAIS, cuantas por otros establecimientos de salud (IPSS y CMP) y cuantas fueron reportadas por otros SILAIS.
- En el caso que los establecimientos de salud atiendan mujeres de otros municipios, estas no serán incorporadas en sus coberturas y deberá notificarse al municipio correspondiente.
- Le corresponde a la dirección municipal, orientar la utilización de la Boleta del censo gerencial, como herramienta de los establecimientos de salud (públicos y privados) y solicitar el reporte mensual para integrarlo en el análisis de la cobertura de servicios municipal, retroalimentando a las unidades de

salud correspondientes.

(Normativa No.101 Manual Metodológico Censo Gerencial de Embarazadas, Puérperas y Postnatales, septiembre 2012, página 34)

4.1 Confirmación de llenado correcto del Reporte mensual de las inasistentes embarazadas, puérperas y postnatales

Figura 2 Reporte mensual de las Inasistentes embarazadas, puérperas y postnatales


Ministerio de Salud

Reporte mensual de las Inasistentes embarazadas, puérperas y postnatales

SILAIS: _____ Municipio: _____ Establecimiento de Salud: _____
 Mes: _____ Año: _____ Meta anual: _____

No.	Indicadores	Comunidades/Establecimientos de Salud/Municipios												
1	No. de Embarazos Esperados al año (Meta Anual)													
2	No. de Embarazadas captadas y acumulados al período.													
3	% de Embarazadas captadas al período (anotadas en la boleta del censo gerencial)													
4	Total de mujeres mayores de 19 años, embarazadas puerpéras y postnatales existentes en el territorio (Captadas + No Captadas, pero reportadas)													
5	No. de Embarazadas mayores de 19 años Inasistentes													
6	No. de Puérperas mayores de 19 años Inasistentes													
7	No. de Postnatales mayores de 19 años Inasistentes													
8	Total de mujeres mayores de 19 años Inasistentes (5 + 6 + 7)													
9	% de mujeres mayores de 19 años Inasistentes (8 / 4)													
10	Total de adolescentes embarazadas, puerpéras y postnatales existentes en el territorio (Captadas + No Captadas, pero reportadas)													
11	No. de Adolescentes Embarazadas Inasistentes													
12	No. de Adolescentes Puérperas Inasistentes													
13	No. de Adolescentes Postnatales Inasistentes													
14	Total de Adolescentes Inasistentes (11 + 12 + 13)													
15	% de Adolescentes Inasistentes (14/ 10)													
16	% Total de Inasistentes (8 + 14 /4 + 10)*100													

(Normativa No.101 Manual Metodológico Censo Gerencial de Embarazadas, Puérperas y Postnatales, septiembre 2012, página 33)

(1) Encabezado

- Nombre del SILAIS
- Nombre del Municipio
- Nombre del Establecimiento de Salud
- Mes
- Año
- Meta Anual

(2) Indicadores

- ① **No. de embarazos esperados al año (Meta Anual):** Anotar los embarazos esperados según estimación para cada comunidad o barrio, establecimiento de salud, municipio y SILAIS según corresponda.
- ② **No. de embarazadas captadas y acumuladas al período:** Anotaremos el número de embarazadas captadas desde enero hasta el mes reportado. Por ej. Si en enero fueron captadas 5 embarazadas, se reportan este mismo número. Si en febrero son captadas 4, entonces se reflejan 9 (porque se suman las 5 captadas en enero más las captadas en febrero) y así se irá realizando el acumulado en el transcurso del año.
- ③ **% de embarazadas captadas al periodo en el registro:** Resulta de la formula; Embarazadas captadas (fila N°. 2) entre el número de embarazos esperados del año (fila N°. 1) por 100. Este porcentaje le dará una idea del cumplimiento de metas, que en promedio es de 8.3% por mes. Este porcentaje le dará una idea del cumplimiento de la meta mensual. Ej. Si en el mes de enero el porcentaje de embarazadas captadas al periodo es de 4%, esto nos indica que pueden haber embarazadas que no estamos captando y hay que buscarlas. Si el porcentaje es mayor de 8.3%, esto nos indicará un sobrecumplimiento de nuestra meta programada, podríamos preguntarnos *¿Está funcionando nuestro programa de planificación familiar?* También podrán establecerse metas mensuales de acuerdo al histórico de captaciones en el primer trimestre, considerando que no todos los meses hay un mismo número de nuevos embarazos.
- ④ **Total, de mujeres mayores de 19 años embarazadas, puérperas y postnatales existentes en el territorio:** Es la suma de las mujeres mayores de 19 años embarazadas, puérperas y postnatales captadas, más las que han sido reportadas por la red comunitaria y que aún no han sido captadas por

el personal de salud e indica el total de mujeres del Censo Gerencial a quienes se les brinda seguimiento. Se debe considerar los registros del año anterior del Censo Gerencial, es decir, se incluirán las que aún no han cumplido un año desde el parto, más las registradas en la cohorte actual.

- ⑤ **No. de embarazadas mayores de 19 años inasistentes:** anotar el número de embarazadas mayores de 19 años, que no asistieron a su cita programada.
- ⑥ **No. de puérperas mayores de 19 años inasistentes:** anotar el número de puérperas mayores de 19 años que no han asistido a sus atenciones puerperales según el lugar del parto.
- ⑦ **No. de postnatales mayores de 19 años inasistentes:** se anotará el número de postnatales mayores de 19 años, que no han acudido a sus citas programadas según método anticonceptivo elegido hasta un año de seguimiento posterior a su parto o aquellas que sabemos su fecha de parto pero que no han acudido a su atención postnatal en el periodo correspondiente.
- ⑧ **Total de mujeres mayores de 19 años inasistentes:** anotar el número que resulte de la sumatoria de todas las inasistentes (filas N° 5 + 6 +7).
- ⑨ **% de mujeres mayores de 19 años inasistentes:** anotar el número que resulte de la división del número de mujeres mayores de 19 años inasistentes (fila 8) entre el Total de mujeres mayores de 19 años, embarazadas puérperas y postnatales registradas en el Censo Gerencial existentes en el territorio (fila 4) multiplicado por 100. Este valor revela el grado de seguimiento brindado a las mujeres mayores de 19 años registradas en el Censo Gerencial. Es decir; entre menor sea el porcentaje demostrará un mayor o mejor seguimiento a las pacientes. Seleccionar la comunidad, barrio o empresa beneficiaria (CMP o IPSS) que presenta el mayor número de inasistentes para priorizar su visita o identificar cual comunidad tiene el mayor número de mujeres con factores de riesgo para priorizar su visita.
- ⑩ **Total, de adolescentes embarazadas, puérperas y postnatales existentes en el territorio (Captadas + No Captadas, pero reportadas):** Es la suma de las embarazadas, puérperas y postnatales captadas, más las que han sido reportadas por la red comunitaria y que aún no han sido captadas por el personal de salud e indica el total de las mujeres del Censo Gerencial a

quienes se les brinda seguimiento. Se debe considerar los registros del año anterior del Censo Gerencial, es decir, se incluirán las que aún no han cumplido un año desde el parto, más las registradas en la cohorte actual.

- ⑪ **No. de adolescentes embarazadas inasistentes:** anotar el número de adolescentes embarazadas, que no asistieron a su cita programada.
- ⑫ **No. de adolescentes puérperas inasistentes:** anotar el número de adolescentes puérperas, que no han asistido a sus atenciones puerperales según el lugar del parto.
- ⑬ **No. de adolescentes postnatales inasistentes:** se anotará el número de adolescentes postnatales, que no han acudido a sus citas programadas según método anticonceptivo elegido hasta un año de seguimiento posterior a su parto o aquellas que sabemos su fecha de parto pero que no han acudido a su atención postnatal en el periodo correspondiente.
- ⑭ **Total, de adolescentes inasistentes:** anotar el número que resulte de la sumatoria de todas las inasistentes (filas No.11+ 12 + 13).
- ⑮ **% de adolescentes inasistentes:** se registrará el porcentaje que resulte de dividir la Diferencia entre el Total de Inasistentes (fila No. 14) entre el Total de embarazadas, puérperas y postnatales adolescentes registradas en el Censo Gerencial existentes en el territorio (fila No. 10) multiplicado por 100. Este valor revela el grado de seguimiento brindado a las adolescentes registradas en el Censo Gerencial.
- ⑯ **% Total de inasistentes:** se registrará el porcentaje que resulte de dividir la suma de las celdas total de mujeres mayores de 19 años inasistentes más total de adolescentes inasistentes (fila No.8 + la fila 14) entre la sumatoria de las celdas de Total de mujeres mayores de 19 años y adolescente puérperas y postnatales existentes en el territorio (fila No. 4 + No. 10) multiplicado por 100 $(8 + 14) / (4 + 10) \times 100$. Este valor revela el grado de seguimiento brindado al total de mujeres anotadas en el Censo Gerencial.

(Normativa No.101 Manual Metodológico Censo Gerencial de Embarazadas, Puérperas y Postnatales, septiembre 2012, página 35-37)

4.2 Envío del reporte mensual de inasistentes embarazadas, puérperas y postnatales.

El reporte mensual debe ser elaborado con la información disponible en el establecimiento de salud el último viernes de cada mes y entregarlo al municipio a más tardar el lunes de la semana siguiente. Luego los municipios deberán enviar esta información al SILAIS a más tardar el 4 del mes siguiente y estos remitirlo al nivel Central el día 5.

Los municipios deberán elaborar un reporte adicional de los establecimientos de salud privados y en el nivel SILAIS consolidarse de manera independiente para remitir ambos reportes (institucional y alternativo) al Nivel Central.

(Normativa No.101 Manual Metodológico Censo Gerencial de Embarazadas, Puérperas y Postnatales, septiembre 2012, página 34)

4.3 Verificar evidencias de elaboración y ejecución de Plan de Mejora

Revise la existencia de un plan de mejora y la evidencia de su ejecución por sectores y municipio.

Evaluación del plan a través de análisis de metas de captación, número de controles, ingreso de las pacientes a la estrategia ECMAC, atención de adolescentes, seguimiento de inasistentes, etc.

Para verificar revisar el libro de actas e instrumentos del Censo Gerencial.

(Normativa No.101 Manual Metodológico Censo Gerencial de Embarazadas, Puérperas y Postnatales, septiembre 2012, En anexos. Instructivo para el llenado de la Guía para el monitoreo y evaluación del Censo Gerencial)

4.4 Análisis de próximas a parir y reporte mensual de inasistentes

De carácter mensual, los responsables de analizar el software del SIP Plus deberán enviar un reporte mensual de Inasistentes embarazadas, puérperas y postnatales a los responsables de analizar la información en los SILAIS; así como las acciones que están realizando para la prevención de las inasistentes en sus establecimientos de salud.

(Normativa No.101 Manual Metodológico Censo Gerencial de Embarazadas, Puérperas y Postnatales, septiembre 2012, página 38)

Durante los Consejos Técnicos o Jornadas de Análisis y Balance (JABA) por Nivel, Municipios y SILAIS, el/la director/a del SILAIS/Municipal deberá garantizar el análisis del reporte mensual y control semanal de embarazadas próximas a parir, (quincenal o mensual según la distancia entre la vivienda de la paciente y el establecimiento de salud) a fin de identificar limitantes y proponer alternativas de solución en la retroalimentación entre los establecimientos de salud.

(Normativa No.101 Manual Metodológico Censo Gerencial de Embarazadas, Puérperas y Postnatales, septiembre 2012, página 34)

(1) Información cuali-cuantitativa:

El resultado del llenado correcto de los instrumentos y el análisis de la información permitirán el alcance de los siguientes aspectos:

- Cumplimiento de las metas mensuales y lo que se va acumulando al año.
- Identificar los riesgos obstétricos y reproductivos que presenta cada mujer en sus diferentes etapas reproductivas, para su seguimiento.
- Proximidad y cumplimiento a las citas programadas (cita a APN, parto institucional, puerperio y postnatal).
- *Prevención de Inasistentes* a las atenciones prenatales, parto institucional, puerperio y postnatal.
- Identificar *Inasistentes* para la búsqueda activa, embarazadas que han sido referidas a otro servicio o institución (casa materna, hospital) y/o que han emigrado del barrio o la comunidad, a fin de proporcionarle seguimiento a través de la red de servicios.

(Normativa No.101 Manual Metodológico Censo Gerencial de Embarazadas, Puérperas y Postnatales, septiembre 2012, página 19)



5. Retroalimentación comunitaria e inter-institucional

La retroalimentación es el acto de validación de los datos registrados en el Censo Gerencial con los datos disponibles en la comunidad.

5.1 Realización de reuniones mensuales con la red-comunitaria

El propósito de esta reunión es verificar y asegurar que las embarazadas, puérperas y postnatales registradas en la estrategia de plan de parto, correspondan a las anotadas en la Boleta del Censo Gerencial y viceversa.

5.2 Entrega de lista de embarazadas

El personal de salud deberá entregar una lista de las mujeres inasistentes de la comunidad/barrio para ser contactada por los líderes comunitarios.

5.3 Petición de cooperación para búsqueda y contactos

Identificar las embarazadas próximas a parir y las de próximas citas, para realizar acciones de promoción y aseguramiento del parto institucional mediante la utilización de las Casas Maternas y la prevención de la inasistencia a las atenciones, mediante el uso de medios de comunicación disponibles, contactos o búsqueda activa.

5.4 Actualización del formato de registro de las embarazadas, puérperas y postnatales, con datos de plan de parto y viceversa

Para realizarla, se aprovecha la reunión mensual del establecimiento de salud con su red comunitaria o con los establecimientos privados, utilizando la Boleta del Censo Gerencial, el control semanal y el reporte mensual de las inasistentes embarazadas, puérperas y postnatales por parte del establecimiento de salud y el Registro de plan de parto por parte de los voluntarios (en lugares que aplique).

5.5 Confirmación de existencia de evidencia de acuerdos asumidos en las reuniones (comunitarias e interinstitucionales)

Deberá quedar registrado en el libro de actas de reuniones con la Red Comunitaria e interinstitucional del establecimiento de salud, las acciones tomadas y acuerdos asumidos con la red comunitaria e instituciones, a fin de darle seguimiento al cumplimiento de los mismos, en las próximas reuniones mensuales.

El cumplimiento de acuerdos, serán asumidos como prioridad para garantizar su colaboración y participación.

5.6 Recopilación de información de atención de embarazadas, puérperas y postnatales en instituciones Privadas

El responsable de AIMNA del municipio debe garantizar que los establecimientos privados (CMP/IPSS) entreguen al municipio el registro de atenciones de embarazadas, puérperas y postnatales según boleta de censo gerencial, con la lista de las mujeres inasistentes; y este remitirá la información a los sectores correspondientes para su búsqueda inmediata, utilizando medios de comunicación antes mencionados; en coordinación con la RC.

5.7 Monitoreo de actividades planeadas (de Municipio a ESAFC, de SILAIS a Municipio y ESAFC)

El Ministerio de Salud realizará monitoreo al desarrollo del Censo Gerencial en los diferentes niveles: MINSA Central a SILAIS; SILAIS a Municipios; Municipios a los ESAFC y/o Puestos de Salud Familiar y Comunitario y establecimientos de salud privados utilizando la "Guía para el monitoreo y evaluación" (Ver Anexo No. 2 y 3), dicha guía tiene cuatro columnas para igual número de visitas.

(Normativa No.101 Manual Metodológico Censo Gerencial de Embarazadas, Puérperas y Postnatales, septiembre 2012, página 38)

NORMATIVAS UTILIZADAS:

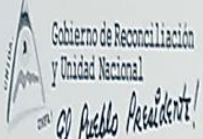
1. *Normativa No.101 Manual Metodológico Censo Gerencial de Embarazadas, Puérperas y Postnatales, septiembre 2012.*
2. *Normativa No.101 Manual Técnico Operativo del Censo Gerencial de embarazadas, puérperas y Postnatales, noviembre 2019.*
3. *Normativa No.077 segunda edición PROTOCOLOS PARA EL ABORDAJE DEL ALTO RIESGO OBSTÉTRICO, febrero 2020*

6. Anexos

- Anexo N° 1 Ejemplo de llenado Boleta de Censo gerencial Cohorte 2021-2021
- Anexo N° 2 Guía para el monitoreo y evaluación
- Anexo N° 3 Instructivo para el llenado de la Guía para el monitoreo y Evaluación del Censo Gerencial



Ejemplo de llenado Boleta de Censo gerencial Cohorte 2018-2018



MINISTERIO DE SALUD
BOLETA CENSO GERENCIAL

Estado: Mosaya Municipio: Niquinohomo Establecimiento de salud: PSFC Las Cruces

Sector: #6 Las Cruces Comunal: Comunidad Las Cruces, Zona #4 Tipo: Rural

Mes: 2021
Cohorte: 2021 - 2021
Mes mens: 2
Mes an: 8

No.	1. Datos de Filiación				2. Riesgo	3. Fechas importantes						4. Alocaciones por actividad Normal (N) (Resepi P) y Fecha	5. Puntaje por Ingreso Case (B) y Fecha	6. Fecha	7. Atención por actividad Normal (N) (Resepi P) y Fecha	8. Atención Prevalente (B) y Fecha																																	
	Censos y Apaltes	Número de Cédula	Fecha	Dirección exacta y No. Casa		No. Expediente	VH									Atención Prevalente																																	
							Ingreso Prevalente			Salida Prevalente						1		2		3		4		5		6																							
							I	II	III	I	II					III	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																							
1	Maria Concepcion Dávalos Alvarado	407-150180-0001A	88 00-5775	14: Igl. Católica 1.e. Este	407MCOA F43088001	41	35	0509	200321	010121	140121	R	200721	R	200321	NR	050721	N	0703	N	0405	N	0707	N	0508	N	0309	N	0109	51	1809	2010	V	42	2500	V	H	N	2610	N	2511	X	LME	EQV	LME	LME	LM	LM	LM
2	Rosa María López Muñoz	20-06-2007	75 37-4186	35: Alcañal 2.e. S	20-06-2007	15	20	3004	310321	030321	030321	NR	050721	NR	200521	NR	050421	N	0305	N	0307	N	0509	N	0810	N	0111	N	0512	51	1812	2212	V	H	N	2112	N	0102	X	LME	EQV	LME	EQV	LM	EQV	LM	EQV	LM	EQV
3	Fátima Guebara Ruiz Ruiz	407-110119-00031	8612-2357	26: Parque Costado NE 1.e. Norte	407FERR F16019101	43	35	0509	300421	210221	051221	NR	200821	NR	200521	NR	300821	N	0304	N	0107	N	3008	N	2109	N	0510	N	0411	-	-	0412	V	H	N	0412	N	1501	X	LME	EQV	LME	LME	LM	LM	LM			
4	Martha Lorena Pantayo Cruz	407-280390-00071	7537-9536	01: Comunal 3.e. Oeste	407M LFC F28039001	33	-	000321	010121	031021	NR	200821	NR	200521	NR	210721	N	0003	N	0101	N	2007	N	0808	N	1009	N	0210	10	2102	2510	V	H	N	2102	N	0311	X	LME	EQV	LME	C	LME	C	LM	DIU	LM	DIU	LM
5	Maria Gabriela Ramos Carranza	407-240195-0010G	7146-3153	16: Alcañal 1.e. Este	407HGR F24019501	27	-	050321	180121	050521	NR	200821	NR	200521	-	050321	-	050321	N	0404	N	0907	N	0108	N	0109	N	0210	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
6	Aracely Mercedes García Villalobos	406-190294-0002H	7144-3242	47: Igl. Evangélica 1.e. al Sur	406AMGV F19029401	18	20	0501	220321	041221	NR	200821	NR	200521	-	041221	-	041221	N	0501	N	0501	N	0501	N	0501	N	0501	-	-	2403	MF	V	H	N	0501	N	0501	X	LME	EQV	LME	EQV	LM	EQV	LM	EQV	LM	EQV
7	Gabriela Alejandra González Galbar	407-250435-0014I	7676-4313	28: Cementerio 1.e. al Sur	407GAGGF F25043501	37	35	050121	210321	230721	En Posnatal	NR	200821	NR	050121	En posnatal	NR	050121	NR	050121	N	0501	N	0501	N	0501	N	0501	N	-	-	310221	V	H	N	0501	N	0501	X	LME	EQV	LME	EQV	LM	EQV	LM	EQV	LM	EQV
8	Diana del Socorro Maltez Urbina	407-270197-0005E	7613-0012	15: Comunal 3.e. al Sur	407JSMU F27019701	25	-	000321	010121	040721	NR	200821	NR	200521	NR	010121	NR	010121	N	0101	N	0101	N	0101	N	0101	N	0101	N	-	-	2604	V	H	N	0101	N	0101	X	LME	EQV	LME	EQV	LM	EQV	LM	EQV	LM	EQV
9	Isabella Patricia Duarte Castro	407-010401-0003J	5563-4321	45: Pasa 2.e. al Sur	407JPDUF F01040101	21	01	0101	100921	010121	091021	NR	200821	NR	010121	NR	010121	N	0101	N	0101	N	0101	N	0101	N	0101	N	-	-	1109	1010	V	H	N	1109	N	1010	X	LME	EQV	LME	EQV	LM	EQV	LM	EQV	LM	EQV
10	Florencia María Estrada Rodríguez	407-110199-00071	8135-7451	14: Los cogitos 1.e. al Sur	407FMER F11019901	23	-	010321	010321	081121	110521	NR	200821	NR	010321	NR	010321	N	0103	N	0103	N	0103	N	0103	N	0103	N	-	-	1211	2811	V	H	N	1211	N	2811	X	LME	EQV	LME	EQV	LM	EQV	LM	EQV	LM	EQV

Anexo No.2



Guía para el monitoreo y evaluación

Ministerio de Salud

Guía para el monitoreo y evaluación

SILAIS: _____ Municipio: _____

Establecimiento de Salud: _____ ESAFC: _____

Items Evaluados		Visitas Realizadas				Escala de Valoración	Recomendaciones / Acuerdos
		1	2	3	4		
1. Llenado Correcto de la Boleta del Censo Gerencial (20 puntos)							
1	Encabezado					Calificar con 2 cuando esta correctamente llenado, de lo contrario asigne 0	Visita 1 Fecha:
2	Datos de Filiación						
3	Riesgos						
4	Fechas Importantes						
5	Atenciones Prenatales						
6	Plan de Parto						
7	Parto						
8	Atención Puerperal						
9	Atención Postnatal						
10	Utilización de los colores						
Total							
2. Acciones de Prevención y Búsqueda de Inasistentes (20 puntos)							
11	Identifica sistemáticamente las pacientes con próximas citas					Calificar con 10 cuando es Si de lo contrario asigne 0	Visita 2 Fecha:
12	Evidencia de Uso de Medios de Comunicación y Tecnología (TICs)						
Total							
3. Control Semanal de las Embarazadas Próximas a Parir (20 puntos)							
13	Está llenado correctamente					Calificar con 5 cuando es Si de lo contrario asigne 0	Visita 3 Fecha:
14	Está actualizado						
15	Está ubicado en un lugar accesible al prestador de servicios						
16	¿Hay evidencia que se utilizó para el seguimiento de las mujeres?						
Total							
4. Reporte Mensual de Inasistentes embarazadas, puerperas y postnatales (20)							
17	Llenado correcto					Calificar con 5 cuando es Si de lo contrario asigne 0	Visita 4 Fecha:
18	Enviado al nivel correspondiente						
19	Evidencia que existe un Plan de Mejora y se ha implementado en un 80%					Calificar con 10 cuando es Si, 5 si hay un plan pero no implementado y 0 si no hay plan	
Total							
5. Retroalimentación comunitaria e inter-institucional (20 puntos)							
20	Evidencia de Reuniones mensuales (comunitarias e inter-institucionales)					Calificar con 5 cuando es Si de lo contrario asigne 0	Visita 4 Fecha:
21	Evidencia de Actualización del formato de registro de las embarazadas, puerperas y postnatales, con datos de Plan de Parto y viceversa						
22	Evidencia de Acuerdos asumidos en las Reuniones (comunitarias e inter-institucionales) y Cumplidos en un 80%					Calificar con 10 cuando es Si, 5 si hay acuerdos pero no cumplidos y 0 si no hay evidencia	
Total							
Total General							
Observaciones:							

(Normativa No.101 Manual Metodológico Censo Gerencial de Embarazadas, Puérperas y Postnatales, septiembre 2012, página 51)

Instructivo para el llenado de la Guía para el monitoreo y Evaluación del Censo Gerencial

Encabezado: Anotar el nombre SILAIS, municipio, comunidad, barrio, Empresa Beneficiaria o establecimiento de salud correspondiente, así como el ESAFC que está monitoreando (omitido en caso de establecimientos de salud privados). La fecha en que se realiza el monitoreo se establece en la columna de recomendaciones/acuerdos.

1. **Llenado Correcto de la Boleta del Censo Gerencial (20 puntos):** Seleccione al azar el censo de tres comunidades o barrios. Verifique el llenado correcto según el instructivo y califique con 2 puntos cuando las 3 boletas del censo estén llenadas correctamente, de lo contrario asigne 0.

Crterios de Puntuación:

- o Cumple los 20 puntos cuando están llenos en las Boletas del Censo Gerencial. Es decir de la siguiente manera:
 - o **Llenado completo del encabezado:** SILAIS, Municipio, Establecimiento de Salud, Sector, Comunidad/Barrio, área, año, Cohorte, Meta anual y Meta mensual.
 - o **Datos de Filiación:** Nombre y Apellidos, Teléfono, No. de casa, No. de expediente y Edad.
 - o **Riesgos:** en caso de no tener se dejará un guión.
 - o **Fechas importantes:** Captación, FUM y FPP.
 - o **Atenciones Prenatales:** hasta un total de 9 APN.
 - o **Plan de parto:** en caso de no tener se dejará un guión.
 - o **Parto:** Fecha, RN, Vía del parto y Lugar.
 - o **Atención Puerperal:** Captación, Subsecuente y Vitamina A.
 - o **Atención Postnatal:** seis atenciones postnatales, valorando LM y uso del MAC.
 - o **Utilización de los Colores:** observar el llenado y descripción correcta de los ítems con los colores negro, rojo, azul o lápiz de grafito.
2. **Acciones de Prevención y Búsqueda de Inasistentes (20 puntos):** si se identifican sistemáticamente las pacientes con sus próximas citas y hay evidencia del uso de medios de comunicación y tecnología (TIC) para la prevención de la inasistencia. Medio de verificación: Libro de actas cuando se tenga, caso contrario, un cuaderno de registro destinado para tal fin.

Crterios de Puntuación:

- o Califique con 10 puntos cuando cumpla con los requisitos, de lo contrario asigne 0 puntos.
 - o Identifica sistemáticamente las pacientes con próximas citas.
 - o Evidencia de Uso de medios de comunicación y tecnología (TIC).
3. **Control Semanal de las Embarazadas Próximas a Parir (20 puntos):** solicite al responsable del establecimiento de salud que le muestre los últimos 2 "Controles Semanales", a fin de verificar el llenado correcto,

actualización del mismo, si está accesible al proveedor de servicios y si ha sido utilizado para contactar y referir a las embarazadas. Calificará con 5 puntos para cada Ítem cuando es Si de lo contrario calificar con 0. Relacionar datos con el libro de actas o cuaderno de registro destinado para tal fin.

Crterios de Puntuación:

- o Esta llenado correctamente (llenado de los 10 ítems).
 - o Esta actualizado (ver Control Semanal de las Embarazadas próximas a parir de las últimas 2 semanas (si aplica).
 - o Está ubicado en un lugar accesible al prestador de servicios.
 - o ¿Hay evidencia que se utilizó para el seguimiento de las mujeres?
4. **Reporte Mensual de las Inasistentes embarazadas, puérperas y postnatales (20 puntos):** revisar el último reporte y verificar el llenado calificando con 5 puntos cuando sea correcto de acuerdo al instructivo y de lo contrario asignar 0 puntos. Verifique que haya sido enviado al nivel superior que le corresponde, calificando con 5 puntos, de lo contrario asigne 0 puntos. Revise la existencia de un Plan de Mejora y la evidencia de su implementación. Califique con 10 puntos cuando se haya implementado en al menos un 80%, con 5 puntos si hay un plan pero no implementado y 0 puntos cuando no haya plan.

Crterios de Puntuación:

- o Llenado correcto (Cálculo adecuado de los indicadores).
 - o Enviado al nivel correspondiente (firma de recibido).
 - o Evidencia que existe un Plan de Mejora y se ha implementado en un 80% (libro de actas).
5. **Retroalimentación comunitaria e inter-institucional (20 puntos):** verifique en libro de actas, la realización de reuniones mensuales, retroalimentación de la boleta del censo con los registros de plan de parto y calificar con 5 puntos cuando existe evidencia y de lo contrario asigne 0 puntos. Se valorará la evidencia de Acuerdos asumidos en las Reuniones (Comunitarias e Institucionales) asignado 10 puntos cuando se verifique el cumplimiento de al menos un 80%, con 5 puntos si hay acuerdos pero no cumplidos y 0 puntos si no hay evidencia de acuerdos asumidos. En caso de que no aplique lo de plan de parto, adicionar ese puntaje a la evaluación de los otros ítems.

Crterios de Puntuación:

- o Evidencia de reuniones mensuales con la red comunitaria (Número de reuniones).
- o Evidencia de actualización de la Boleta del Censo Gerencial, con los datos de Plan de Parto y viceversa. (en caso de que aplique).
- o Evidencia de acuerdos asumidos en las reuniones (comunitarias e Institucionales) y cumplidos en un 80%.

(Normativa No.101 Manual Metodológico Censo Gerencial de Embarazadas, Puérperas y Postnatales, septiembre 2012, página 52)

El presente documento, fue elaborado por el Comité Técnico de Salud Materno-Infantil en SILAIS Chontales y Zelaya Central en el marco del proyecto SAMANI (2015 - 2019) y ha sido revisado y actualizado con el Comité Técnico de Salud Materno-Infantil de La Dirección General de Servicios de Salud basado en las Normativas Vigentes del MINSA, con el apoyo Técnico y Financiero de la Agencia de Cooperación Internacional del Japón (JICA)

Proyecto de Mejoramiento de la Atención Primaria de Salud mediante el
Fortalecimiento del Modelo de Salud Familiar y Comunitaria
Proyecto Vida, Salud y Fuerza

Agencia de Cooperación Internacional del Japón (JICA)

