**Ministerio de Salud del Poder Ciudadano**

**ACUERDO SOCIAL POR LA SALUD Y EL BIENESTAR, 2022**

**Entre**

**SILAIS XXXXXXXXXX**

**Y**

**DIRECCIÓN DE SALUD DEL MUNICIPIO DE:**

**XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**

Managua, Abril 2022

**Índice**

[**Índice** 2](#_Toc65160850)

[I. INTENCIONES 3](#_Toc65160851)

[II. ACUERDO SOCIAL POR LA SALUD Y EL BIENESTAR 3](#_Toc65160852)

[**Definición** 3](#_Toc65160853)

[**III.** **RESPONSABILIDADES Y COMPROMISOS DEL SILAIS.** 5](#_Toc65160854)

[VI. AUDITORIA SOCIAL 8](#_Toc65160855)

[**VII.SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PROGRESO Y CUMPLIMIENTO DEL ASSB** 8](#_Toc65160856)

[**VIII. PERIODO DE ENTREGA DE INFORMES** 10](#_Toc65160857)

[**Tipos de Incentivos a Considerar** 10](#_Toc65160858)

[**Indicadores comprometidos en el ASSB** 13](#_Toc65160859)

[**Metas de Seguimiento a Indicadores de Salud Priorizados** 15](#_Toc65160860)

[**Nivel de Gestión: Hospital Primario** 15](#_Toc65160861)

[**Ficha de Indicadores de Acuerdos Sociales por la Salud y el Bienestar** 16](#_Toc65160862)

**Ministerio de Salud del Poder Ciudadano**

**ACUERDO SOCIAL POR LA SALUD Y EL BIENESTAR, 2022**

# INTENCIONES

Nosotros (Nombre Director/a de SILAIS \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ en carácter de Director/a de SILAIS, debidamente autorizado para tal efecto por el Ministro de Salud y el (Nombre Director Municipal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_), en carácter de Director/a del municipio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y que forman parte de la red integrada del Sistema Local de Atención Integral de Salud del departamento de **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, nos comprometemos en celebrar el presente Acuerdo Social por la Salud y el Bienestar 2022, en el cuál se establece el compromiso institucional para mejorar la atención de salud a la población que reside en los diferentes sectores del municipio de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_cumpliendo con la prioridades de políticas en materia de salud establecidas por el Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional.

# ACUERDO SOCIAL POR LA SALUD Y EL BIENESTAR

**Definición**

El Acuerdo Social por la Salud y el Bienestar (ASSB) es el arreglo o entendimiento que se firma entre el MINSA Central y los Sistemas Locales de Atención Integral en Salud (SILAIS), entre éstos y las unidades de salud (centros y puestos de salud, hospitales)[[1]](#footnote-1), y entre las Unidades de salud del Municipio y la comunidad, en los que se expresa la confianza mutua y el compromiso para el cumplimiento del deber, fortaleciendo la conciencia, los valores cristianos, solidarios y socialistas que aseguren la transformación social, económica, así como del Sistema Nacional de Salud donde el Pueblo, representado en las estructuras de los Gabinetes de la Familia, la Comunidad y la Vida ejerzan sus derechos y asuman sus deberes y responsabilidades para restituir el derecho a la salud y proteger la salud de los ciudadanos, las familias y la comunidad.

**Considerandos**

Considerando que:

1. El Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional se ha comprometido a garantizar salud al pueblo, a través de la organización de los servicios públicos de salud denominado SISTEMAS LOCALES DE ATENCION INTEGRAL EN SALUD - SILAIS, ejerciendo su nuevo rol.
2. La ley General de Salud, Ley No. 423, y las Políticas del Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional orientan al Ministerio de Salud liderar y conducir el sector para construir un Sistema Nacional de Salud que organice los establecimientos en redes de servicios de salud, de forma que se garantice acceso a toda la población, la continuidad y complementariedad de la atención, particularmente de los grupos menos favorecidos.
3. El Ministerio de Salud para garantizar el cumplimiento de la prestación de servicios integrales de salud implementará como estrategia central el Modelo de Salud Familiar y Comunitario, asegurando el cumplimiento de principios de Gratuidad, Accesibilidad a los Servicios de Salud, Integralidad de las acciones, Continuidad en el proceso de la atención, Coordinación entre los niveles de atención, que aunados a la participación social contribuya a la mejora de la salud de la población con énfasis en los sectores vulnerables.
4. El desarrollo de la gestión de las unidades de salud en forma descentralizada, que contribuye al desarrollo territorial contemplando la amplia participación de: Alcaldías, Población mediante sus organismos representativos[[2]](#footnote-2), trabajadores de la salud y funcionarios del Ministerio de Salud[[3]](#footnote-3), es garantía de un nuevo modelo de democracia directa, que fortalecerá la profundización del Modelo de Salud Familiar y Comunitario.
5. La intersectorialidad e interinstitucionalidad debe dirigirse a las prioridades sectoriales establecidas y reforzar las estrategias globales del país en el campo de la salud, incluyendo la soberanía y seguridad alimentaria y nutricional, el desarrollo territorial, el mejoramiento de las condiciones ambientales, la protección del medio ambiente, la provisión y calidad de agua potable y el establecimiento de una política poblacional acorde con las características culturales de los nicaragüenses.
6. La Estrategia de Atención Primaria en Salud, que implica establecer un primer nivel de contacto entre las familias, la comunidad y el ambiente mediante la plena participación de las personas, con un espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación, llevando así la atención de salud lo más cerca posible al lugar donde residen.
7. El MOSAFC destaca el enfoque de la estrategia de Atención Primaria en Salud y orienta la organización de los establecimientos de salud en redes articuladas para brindar los servicios integralmente y garantizar la continuidad de la atención, la priorización de grupos desprotegidos en base a criterios de riesgo, el fomento de la protección y promoción de la salud con acciones preventivas tanto a nivel individual, familiar y comunal fortaleciendo la participación de la ciudadanía. En este contexto el Hospital como establecimiento de salud de mayor resolución, deberá ir articulando sus funciones de cara a las necesidades de las comunidades/sectores/municipios que se identifiquen a partir del proceso de dispensarización.
8. La necesidad de una conducción institucional hacia objetivos y metas comunes del Sector Salud.

**Por lo tanto, se acuerda:**

Suscribir el presente ***Acuerdo Social por la Salud y el Bienestar 2022***, que se regirá por las cláusulas que siguen.

1. **RESPONSABILIDADES Y COMPROMISOS DEL SILAIS.**

Los Sistemas Locales de Atención Integral en Salud tienen la misión de garantizar los más altos niveles de salud a la población mediante la provisión de servicios de salud de calidad, gratuitos, dirigidos a las personas, las familias y las comunidades, cuidando de la preservación de un medio ambiente saludable, aplicando en todas sus acciones un enfoque preventivo que contemple en forma equilibrada la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, la curación y tratamiento de enfermedades y padecimientos, así como la rehabilitación ante problemas de discapacidad temporal o permanente.

**Son funciones del SILAIS:**

1. Aplicar el marco regulatorio.
2. Garantizar la implementación y desarrollo del Modelo de Salud Familiar y Comunitario
3. Desarrollar la vigilancia de la salud pública.
4. Organizar la red de servicios de salud del MINSA y articularla con los otros proveedores en el SILAIS.
5. Desarrollar el proceso de mejoramiento de la calidad de los servicios de salud de la red (pública y privada) en su SILAIS.
6. Coordinar con otros SILAIS los procesos de articulación de los establecimientos hospitalarios para el desarrollo de los servicios especializados a través de la regionalización funcional de los mismos, así como la atención de poblaciones limítrofes entre municipios.
7. Organizar el sistema de abastecimiento y la disponibilidad de insumos para las unidades de salud de su SILAIS de acuerdo con la capacidad de resolución, la población y los principales problemas y necesidades de salud de la población a su cargo.
8. Tramitar los recursos humanos, físicos y tecnológicos necesarios para el desarrollo prospectivo de la red de servicios de salud a su cargo.
9. Gestionar los recursos financieros necesarios para el adecuado funcionamiento de los servicios de salud públicos en su SILAIS.
10. Realizar el control de la gestión de las unidades de manera jerárquica subordinadas a ella.
11. Garantizar oportunamente la información estadística necesaria, los reportes e informes establecidos al nivel superior.
12. Conducir los procesos de integración y articulación interinstitucional e intersectorial en el Departamento.
13. Fortalecer los procesos de participación ciudadana en la construcción social de la salud y en la gestión de los servicios de salud.
14. Garantizar la participación y coordinación del SILAIS en el Centro de Operaciones de Desastre (CODE) del Departamento.
15. Movilizar recursos del SILAIS a las prioridades establecidas y para el abordaje de emergencias y riesgos detectados.
16. Velar por el buen funcionamiento de la infraestructura, los equipos y del mantenimiento de los mismos.
17. Participar en los Consejos de Dirección Ampliados del Ministerio.

En la Costa Caribe Nicaragüense:

1. Facilitar el proceso de Regionalización de la Salud en la Costa Caribe Nicaragüense.
2. Impulsar el Modelo de Salud de la Costa Caribe, el cual, al constituirse en la adecuación cultural del MOSAFC.
3. Garantizar la observación de las particularidades del Modelo de Atención de Salud Intercultural de las Regiones Autónomas de Nicaragua (MASIRAAN-MASIRAAS) como elementos constitutivos del MOSAFC.

**IV. RESPONSABILIDADES Y COMPROMISOS DEL SISTEMA MUNICIPAL DE SALUD**

**Componentes**

En el avance del desarrollo del Modelo de salud Familiar y Comunitario del Poder Ciudadano y de la organización de Redes Integradas de Salud, se hace necesaria la ordenación de los Sistemas Municipales de Salud. En este proceso se deben organizar los servicios de salud de acuerdo con el estado de salud de la población y las características epidemiológicas de cada municipio. Para ello, el Sistema Municipal de Salud es responsable de:

1. La definición de prioridades en armonía con el perfil epidemiológico de cada territorio, a fin de determinar los programas e intervenciones de salud que en forma priorizada se implementarán en su territorio.
2. Mejorar el estado de salud de la población a su cargo y la situación higiénico sanitaria del municipio.
3. Elevar la capacidad gerencial, estándares de calidad, y sobre todo la satisfacción de los pacientes que acuden a demandar servicios de salud de calidad.
4. Profundizar la implementación del Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFC) de forma tal que se garantice la universalización de la atención con calidad, llegando a poblaciones que actualmente no tienen acceso a los servicios de salud o que dicho acceso es muy difícil.
5. Organizar los establecimientos de salud (públicos, privados y comunitarios) en redes de servicios de salud.
6. Fortalecer las acciones de promoción, prevención, protección de la salud, y rehabilitación de enfermedades.
7. Garantizar que la provisión de servicios de salud de calidad alcance niveles que protejan a la población de los principales daños, en especial aquellos evitables con medidas eficaces, tecnológicamente aceptadas y de costo relativamente bajo.
8. Continuar garantizando el acceso gratuito de la población a los servicios ambulatorios y hospitalarios de alta calidad incluido sus medicamentos, exámenes de laboratorio y especializados.
9. Promover la asignación y uso eficiente de los recursos disponibles para asegurar una gestión institucional efectiva y transparente que asegure el cumplimiento de metas de política.
10. Fomentar la Auditoria Social a través de la realización de la Jornada de Análisis y Reflexión (JAR) en todos los niveles (sector, municipios y SILAIS), que le brinda a los Gabinetes de la Familia, la Comunidad y la Vida el derecho de participar activamente en todo el proceso gerencial, desde la planificación, organización y ejecución de las intervenciones, hasta el control de la gestión, tanto de los planes institucionales como de los presentes ASSB.

**V. INDICADORES DE CUMPLIMIENTO DEL ASSB**

El presente Acuerdo Social incluye como base para su cumplimiento de los indicadores definidos para cada nivel de gestión: Sede SILAIS, Sistema Municipal de Salud y Hospital.

Previo a la suscripción de los ASSB, se realizará proceso de inducción al personal de nuevo ingreso y la asignación de metas para cada uno de los indicadores.

# VI. AUDITORIA SOCIAL

Para dar cuenta de los avances en la transformación social del Sistema Nacional de Salud, de la restitución de los derechos de los ciudadanos y la eliminación de las inequidades de acceso a la salud, los SILAIS, a través de los diferentes espacios de gestión y participación ciudadana, deberán promover y llevar a cabo como mínimo dos veces en el año las Jornadas de Análisis y Reflexión (JAR), mecanismo de rendición de cuentas al Pueblo de las acciones y metas alcanzadas por el MINSA en cumplimiento

**VII.SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PROGRESO Y CUMPLIMIENTO DEL ASSB**

El Director de SILAIS y el equipo de Dirección son los responsables de asegurar el seguimiento y evaluación del Acuerdo Social suscrito con el Equipo de Dirección Municipal.

Los procesos de seguimiento y evaluación, son responsabilidad de ambas partes (Equipo de Dirección SILAIS y Municipio) debiéndose realizar sesiones conjuntas de revisión para su efecto conforme metodología del ASSB aprobada.

El SILAIS realizará a través de los equipos técnicos de supervisión[[4]](#footnote-4) una revisión mensual y una evaluación trimestral para constatar la validez y confiabilidad de la información reportada por los municipios de los medios de verificación y datos estadísticos, constatar la labor y coordinación de las actividades realizadas a nivel de la comunidad, así mismo verificará la calidad de los servicios de salud entregados y la eficiencia lograda en la prestación de los mismos.

La misión del equipo de dirección municipal debe ser la ejecución de estrategias que permitan el cumplimiento de objetivos, compromisos y metas convenidas.

Por su parte, el Municipio realizará a su red de servicios de salud supervisión[[5]](#footnote-5), monitorización/evaluación, para constatar la validez y confiabilidad de la información, la calidad y eficiencia lograda de los servicios de salud entregados a la población y acordar el apoyo necesario para superar dificultades.

En este proceso se debe considerar la coordinación y participación de estructuras de los Gabinetes de la familia, la comunidad y la vida en los procesos de evaluación, así como promover la Auditoria Social.

Las metas del Acuerdo Social por la Salud y el Bienestar Municipal deben darse a conocer a todo el personal involucrado, principalmente a los Equipos de Salud Familiar y comunitarios / Equipos de Apoyo y Gabinetes del Poder Ciudadano, Red Comunitaria. Deberán establecerse los mecanismos para asignar las metas correspondientes a los diferentes sectores conformados del MOSAFC y actores involucrados.

El Director Municipal enviará al SILAIS mensualmente a más tardar el día 03 de cada mes, los datos de producción de servicios y de notificación obligatoria del mes anterior, así como las estadísticas vitales (nacimientos y defunciones) tanto las ocurridas en instituciones públicas o privadas como las ocurridas en el domicilio. Cada Trimestre enviará al SILAIS un informe de avance del cumplimiento de las metas y una valoración de la gestión que describa logros, limitaciones y Plan de Mejora.

De forma conjunta el municipio y su Red de Servicios realizarán evaluación trimestral, semestral y anual del cumplimiento del Acuerdo Social por la Salud y el Bienestar, conforme metodología aprobada por el nivel rector.

Igualmente, de forma conjunta el SILAIS con el municipio y Hospital, realizarán evaluación trimestral, semestral y anual del cumplimiento del Acuerdo Social por la Salud y el Bienestar, conforme metodología establecida por el Nivel Rector.

Se establece como umbral mínimo de cumplimiento para cada uno de los indicadores el *90% de la meta definida*. Para valorar el cumplimiento global del Acuerdo Social por la Salud y el Bienestar como satisfactorio, debe haber cumplido al menos 11 de los 15 indicadores.

**VIII. PERIODO DE ENTREGA DE INFORMES**

El nivel Municipal deberá preparar y remitir a la Sede del SILAIS informes de evaluación del cumplimiento de los objetivos, compromisos y metas establecidas, conforme al siguiente calendario:

* 1º Período: Enero a marzo, con corte al 31 de marzo, Informe a remitirse al **09 de abril de 2022.**
* 2º Período: Abril a junio y semestre, con corte al 30 de junio, Informe a remitirse al **09 de Julio de 2022.**
* 3º Período: Julio a septiembre y nonestre, con corte al 30 de septiembre, Informe a remitirse al **11 de octubre de 2022**.
* 4º Período: Octubre a diciembre, con corte al 31 de diciembre, Informe a remitirse al **11 de febrero del año siguiente**. En esta Fecha se presentará la Evaluación Anual del año evaluado.

Aunque las evaluaciones se realizan trimestralmente, su seguimiento debe ser mensual.

En base a esta información el SILAIS dará seguimiento al cumplimiento de lo establecido en el Acuerdo Social departamental y realizará la evaluación del mismo de forma trimestral, enviando los Informes especificados en la cláusula VII del Acuerdo Social entre el ente Rector y el SILAIS.

**IX. INCUMPLIMIENTO Y SANCIONES**

**Aplicación de Incentivos en cada SILAIS**

En el marco del presente ASSB, los SILAIS deberán impulsar una política de incentivos que promueva el reconocimiento colectivo e individual de los equipos de dirección, equipos de salud y personal administrativo de la red de servicios de salud. Tiene como finalidad mejorar los resultados del desempeño de los recursos humanos, atendiendo necesidades básicas de éstos en pro de su desarrollo personal y del cumplimiento de las metas de la institución.

**Tipos de Incentivos a Considerar**

1. ***Apoyo a la superación técnica profesional.*** Capacitación a trabajadores destacados para fortalecer y mejorar sus competencias, promoviendo en ellos la superación técnica y profesional a futuros puestos de trabajo. Para ello las unidades de docencia deben organizar un plan de capacitación.
2. ***Desarrollo de los Recursos Humanos.*** Promover a los mejores trabajadores tanto administrativos como de servicios (médicos, enfermeras, técnicos de salud), para participar en actividades de capacitación, actualización científica, formación técnica y de nivel profesional.
3. ***Promoción de Cargos.*** Se aplicará a los trabajadores que cumplan con el principio del mérito de la capacidad productiva, equidad, eficiencia laboral, mayor experiencia y calificación técnica o profesional. El incentivo consiste en que dichos trabajadores tendrán prioridad para llenar vacantes.
4. ***Reconocimiento público a trabajadores y equipos de trabajo.*** Aquellos que se destaquen en el cumplimiento de sus metas de producción y en el buen trato a los pacientes. Se considerará como criterio el trabajo con eficacia, la iniciativa de mejora, valores de respeto, disciplina, motivación, igualdad de oportunidades y compromiso social.
5. ***Distribución Geográfica de Recursos Humanos.*** Urbana y Rural de acuerdo a su nivel de desempeño.

La aplicación de estos incentivos se hará conforme al cumplimiento progresivo de las metas de cada SILAIS, Sistema Municipal de Salud y Hospital.

1. **Desempeño Excelente: 11 o más indicadores cumplidos**
2. **Desempeño Bueno: 7 o 10 indicadores cumplidos.**
3. **Desempeño no satisfactorio: Cumplimiento menor o igual de 6 indicadores.**

**X. VIGENCIA**

El presente ASSB tendrá validez durante el año calendario 2022 (Enero-Diciembre). Una vez concluido él mismo, se deberá firmar uno nuevo, de acuerdo con los resultados de la evaluación y las orientaciones nacionales de desarrollo del sector salud.

**XI. AJUSTES AL ASSB**

Este Acuerdo Social Por la Salud y el Bienestar estará sujeto a modificaciones, siempre que exista justificación documentada, toda vez que sea aprobado por la Dirección Superior del MINSA.

**XII. CONFORMIDAD DE LAS PARTES**

Estando de acuerdo las partes con el contenido del Acuerdo Social 2022 y sus anexos, procedemos a suscribirlo en dos tantos de un mismo tenor, a los xx días del mes de XXXXX del año dos mil veintiuno.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **XX** |  | **XX** |
| **Director General del SILAIS**  |  | **Director Municipal** |

**ANEXO 1**

**Indicadores comprometidos en el ASSB**

A continuación, se presenta un conjunto de compromisos que contribuyan a la calidad de la atención, organización y participación comunitaria y gestión de los servicios que los municipios **(Hospitales Primarios)** deben cumplir sistemáticamente.

**Indicadores comprometidos**:

1. Porcentaje de familias en seguimiento (que ya han sido Dispensarizadas).
2. Porcentaje de mujeres embarazadas en las que en su atención prenatal (APN) se le llenó su Historia Clínica Perinatal (HCP) y se registraron e interpretaron las 12 actividades normadas.
3. Porcentaje de embarazadas inasistentes a control prenatal.
4. Porcentaje de uso de métodos anticonceptivos post evento obstétrico.
5. Porcentaje de pesquisa de factores de riesgo para diabetes (IMC).
6. Porcentaje de pesquisa de hipertensos.
7. Porcentaje de niños (as) que acude a su VPCD y fueron atendidos de acuerdo a lo establecido en los cuadros de procedimiento de AIEPI.
8. Porcentaje de egresos institucionales por asfixia neonatal en partos institucionales que fueron atendidos según protocolo de atención establecido.
9. Porcentaje de parturientas (partos vaginales y cesáreas) a quienes se les realizo manejo activo del tercer periodo del parto (MATEP) a fin de reducir la hemorragia post-parto según protocolo.
10. Porcentaje de embarazadas a quienes se les vigiló e interpretó el trabajo de parto correctamente mediante el Partograma.
11. Porcentaje de embarazadas con complicaciones obstétricas (hemorragias post parto, síndrome hipertensivo gestacional, sepsis puerperal y aborto) que recibieron tratamiento según protocolo.
12. Porcentaje de recién nacidos entre 24 y menos de 35 semanas de gestación a cuyas madres presentaron Amenaza de Parto Pre término (APP) y se le aplicó el esquema completo de corticoides antenatal.
13. Porcentaje de recién nacido a quién se le aplicó el protocolo de atención inmediata establecido.

**Anexo 2**

**Metas de Seguimiento a Indicadores de Salud Priorizados**

**Nivel de Gestión: Hospital Primario**

| **Indicadores Comprometidos**  | **Meta 2022** |
| --- | --- |
| **Indicador****(Meta)** | **Numerador** | **Denominador** |
| 1 | Porcentaje de familias en seguimiento (que ya han sido Dispensarizadas) |  |  |  |
| 2 | Porcentaje de mujeres embarazadas en las que en su atención prenatal (APN) se le llenó su Historia Clínica Perinatal (HCP) y se registraron e interpretaron las 12 actividades normadas. |  |  |  |
| 3 | Porcentaje de embarazadas inasistentes a control prenatal. |  |  |  |
| 4 | Porcentaje de uso de métodos anticonceptivos post evento obstétrico. |  |  |  |
| 5 | Porcentaje de pesquisa de factores de riesgo para diabetes (IMC). |  |  |  |
| 6 | Porcentaje de pesquisa de hipertensos. |  |  |  |
| 7 | Porcentaje de niños (as) que acude a su VPCD y fueron atendidos de acuerdo a lo establecido en los cuadros de procedimiento de AIEPI. |  |  |  |
| 8 | Porcentaje de egresos institucionales por asfixia neonatal en partos institucionales que fueron atendidos según protocolo de atención establecido. |  |  |  |
| 9 | Porcentaje de parturientas (partos vaginales y cesárea) a quienes se les realizo manejo activo del tercer periodo del parto (MATEP) a fin de reducir la hemorragia post-parto según protocolo |  |  |  |
| 10 | Porcentaje de embarazadas a quienes se les vigiló e interpretó el trabajo de parto correctamente mediante el Partograma. |  |  |  |
| 11 | Porcentaje de embarazadas con complicaciones obstétricas (hemorragias post parto, síndrome hipertensivo gestacional, sepsis puerperal y aborto) que recibieron tratamiento según protocolo. |  |  |  |
| 12 | Porcentaje de recién nacidos entre 24 y menos de 35 semanas de gestación a cuyas madres presentaron Amenaza de Parto Pre término (APP)y se le aplicó el esquema completo de corticoides antenatal. |  |  |  |
| 13 | Porcentaje de recién nacido a quién se le aplicó el protocolo de atención inmediata establecido. |  |  |  |

**Anexo 3**

**Ficha de Indicadores de Acuerdos Sociales por la Salud y el Bienestar**

|  |  |
| --- | --- |
| **Componente** | **Indicador, Descripción** |
| **Denominación del Indicador** | **Porcentaje de familias en seguimiento (Dispensarizadas)**  |
| Objetivo | Conocer la eficacia lograda con el Modelo de Salud Familiar y Comunitario en la identificación y seguimiento de condiciones de salud de las familias para el diseño de intervenciones adecuadas que prevengan o mitiguen riesgos y eviten daños en la familia y sus miembros. |
| Numerador | Número de familias en seguimiento (que ya han sido dispensarizadas) |  |
| Fuente del numerador | Historias de Salud Familiar |
| Denominador | Número de familias dispensarizadas en el municipio/distrito. |  |
| Fuente del denominador | Calculado en base a población estimada según INIDE del periodo (Número de Familia=Población municipal INIDE entre 5)  |
| Constante utilizada | 100 |
| Fórmula de cálculo | El número de familias en seguimiento se multiplica por 100 y se divide entre el número de familias que ha sido dispensarizada. |
| Valoración | La dispensarización de todas las familias es el instrumento más eficaz para conducir la promoción de la salud de los individuos, familias y de la comunidad. Su valoración se hará mensualmente. |
| Medios de verificación | Informe Estadístico de Dispensarización |
| Observaciones | *Familia Dispensarizada, es la que ha sido evaluada, y se le ha asignado grupo dispensarial a cada miembro de la familia.*El Indicador debe calcularse para el total de las familias, desagregándolas en urbanas y rurales.  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Componente** | **Indicador, Descripción** |
| **Denominación del Indicador** | **Porcentaje de mujeres embarazadas en las que en su atención prenatal (APN) se le llenó su Historia Clínica Perinatal (HCP) y se registraron e interpretaron las 12 actividades normadas.** |
| Objetivo | Valorar la calidad de la atención prenatal. |
| Numerador | Número de expedientes muestreados de embarazadas en APN que cumplen con las 12 actividades normadas. |  |
| Fuente del numerador | Expediente clínico |
| Denominador | Número de embarazadas a las que se les valoró el llenado e interpretación de la HCP en el periodo  |  |
| Fuente del denominador | Expediente clínico |
| Constante utilizada | 100 |
| Fórmula de cálculo | Número de embarazadas que acudieron a su APN y se les llenó su HCP y se registró e interpretó las 12 actividades normadas entre Número de embarazadas a las que se les valoró el llenado e interpretó la HCP en el periodo x 100 |
| Valoración | Todas las embarazadas que acuden a APN deben tener su HCP correctamente llenada. |
| Medios de verificación | Informe de muestreo (Hoja de Estándares de Calidad que se monitorean mensualmente en APN) |
| Observaciones | Se realiza de acuerdo con lo estipulado para los instrumentos para el monitoreo de indicadores de la calidad de procesos de atención de salud en la Norma para la Atención Prenatal, Parto, Puerperio y Recién Nacido/a de bajo riesgo.Los resultados presentados por los municipios deben ser verificados por Responsables de AIMNA. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Componente** | **Indicador, Descripción** |
| **Denominación del Indicador** | **Porcentaje de embarazadas inasistentes al control prenatal.** |
| Objetivo | Conocer el grado de ausencia/interrupción de la atención prenatal para identificar fallas en el proceso de atención prenatal. |
| Numerador | Numero de embarazadas inasistentes. |  |
| Fuente del numerador | Censo de embarazadas y estimaciones de grupos especiales de población. |
| Denominador | Total de embarazadas captadas al periodo |  |
| Fuente del denominador | Serie cronológicas. |
| Constante utilizada | 100 |
| Fórmula de cálculo | Numero de embarazadas inasistentes entre el total de embarazadas captadas por 100 |
| Valoración | El indicador debe acercarse a cero para asegurar la cobertura del control prenatal y con ello contribuir a la reducción de la Mortalidad Materna. |
| Medios de verificación | Series cronológicas, Censo gerencial de embarazadas, expedientes clínicos. |
| Observaciones | Las embarazadas inasistentes se calculan de la siguiente manera: Número de embarazadas captadas que no asisten a su cita al periodo.Para la construcción del indicador, en el dato del denominador se excluyen abortos y embarazadas con cambio permanente de domicilio. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Componente** | **Indicador, Descripción** |
| **Denominación del Indicador** | **Porcentaje de uso de métodos anticonceptivos post evento obstétrico** |
| Objetivo | Contribuir a la prolongación del espacio intergenésico  |
| Numerador | Número de mujeres post evento obstétrico que egresan con método anticonceptivo |  |
| Fuente del numerador | Libro Atención Post Evento Obstétrico |
| Denominador | Total de mujeres egresadas post evento obstétrico en el periodo |  |
| Fuente del denominador | Libro Atención Post Evento Obstétrico |
| Constante utilizada | 100 |
| Fórmula de cálculo | Número de mujeres post evento obstétrico que egresan con método anticonceptivo entre Total de mujeres egresadas post evento obstétrico en el periodo por 100 |
| Valoración |  |
| Medios de verificación | Libro Atención Post Evento Obstétrico |
| Observaciones |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Componente** | **Indicador, Descripción** |
| **Denominación** | **Porcentaje de pesquisa de factores de riesgo para diabetes (IMC)** |
| Objetivo | Conocer el grado en que el personal de salud está buscando factores de riesgo de enfermedades crónicas como la diabetes mellitus para poder intervenir oportunamente y evitar o postergar la aparición de daños o complicaciones. |
| Numerador | Número de pacientes mayores de 35 años a los que se investigó (y se consignó en el expediente) el Índice de Masa Corporal (IMC) |  |
| Fuente del numerador | Expedientes clínicos. |
| Denominador | Total de expedientes clínicos de mayores de 35 años seleccionados en la muestra. |  |
| Fuente del denominador | Expedientes clínicos de mayores de 35 años seleccionados en la muestra. |
| Constante utilizada | 100 |
| Fórmula de cálculo | El número de pacientes a los que se investigó el IMC se multiplica por 100 y se divide por el número de expedientes seleccionados para la muestra. |
| Valoración | Se debe alcanzar el 100 por ciento. |
| Medios de verificación | Informes del municipio/distritoInformes de supervisiones del SILAIS. |
| Observaciones | Este indicador se construye seleccionando al azar una muestra de pacientes que han acudido a los servicios de salud durante el mes.Mensualmente se identifican 20 pacientes de los listados de registro diario de las atenciones ambulatorias y se estudian sus expedientes. **No se incluyen expedientes de embarazadas**. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Componente** | **Indicador, Descripción** |
| **Denominación** | **Porcentaje de pesquisa de hipertensos** |
| Objetivo | Conocer el grado en que el personal de salud está buscando factores de riesgo de enfermedades crónicas como la hipertensión arterial para poder intervenir oportunamente y evitar o postergar la aparición de daños o complicaciones. |
| Numerador | Número de pacientes mayores de 35 años a los que se investigó (y se consignó en el expediente) la presión arterial. |  |
| Fuente del numerador | Expedientes clínicos. |
| Denominador | Total de expedientes clínicos de mayores de 35 años seleccionados en la muestra. |  |
| Fuente del denominador | Expedientes clínicos de mayores de 35 años seleccionados en la muestra. |
| Constante utilizada | 100 |
| Fórmula de cálculo | El número de pacientes a los que se investigó la presión arterial se multiplica por 100 y se divide por el número de expedientes seleccionados para la muestra. |
| Valoración | Se debe alcanzar el 100 por ciento. |
| Medios de verificación | Informes del municipio/distritoInformes de supervisiones del SILAIS. |
| Observaciones | Este indicador se construye seleccionando al azar una muestra de pacientes que han acudido a los servicios de salud durante el mes.Mensualmente se identifican 20 pacientes de los listados de registro diario de las atenciones ambulatorias y estudias sus expedientes. No se incluyen expedientes de embarazadas. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Componente** | **Indicador, Descripción** |
| **Denominación** | **Porcentaje de niños(as) que acudieron a VPCD y fueron atendidos de acuerdo a lo establecido en los cuadros de procedimientos de AIEPI** |
| Objetivo | Garantizar que el personal de salud del primer nivel de atención brinde una atención integral al niño(a) que acude a Vigilancia y Promoción de Crecimiento y Desarrollo (VPCD) |
| Numerador | Número de niños(as) que acuden a su VPCD atendidos de acuerdo con el protocolo establecido. |  |
| Fuente del numerador | Informe de análisis del cumplimiento de protocolos de VPCD |
| Denominador | Total de casos de niños(as) que acudieron a VPCD revisados en el período de tiempo estudiado. |  |
| Fuente del denominador | Informe de análisis del cumplimiento de protocolos de VPCD |
| Constante utilizada | 100 |
| Fórmula de cálculo | Número de niños(as) que acuden a su VPCD atendidos de acuerdo con el protocolo establecido multiplicado por 100 y dividido por el total de casos de niños(as) que acudieron a VPCD revisados en el período de tiempo estudiado. |
| Valoración | SE espera que se logre el 100 por ciento |
| Medios de verificación | Expedientes clínicos, listas de chequeo. |
| Observaciones | Se debe realizar mensualmente |

|  |  |
| --- | --- |
| **Componente** | **Descripción** |
| **Denominación del Indicador** | **Porcentaje de egresos institucionales por asfixia neonatal en partos institucionales que fueron atendidos según protocolo de atención establecido.** |
| Objetivo | Monitorear que se cumpla el protocolo de atención. |
| Numerador | Número de egresos por asfixia neonatal (CIE 10 - P21). |  |
| Fuente del numerador | Registro de admisión y egreso hospitalario / Sistema Informático Peri natal |
| Denominador | Número total de partos (CIE 10 – O60 al O84). |  |
| Fuente del denominador | Registro de admisión y egreso hospitalario – Sistema Informático Perinatal |
| Constante utilizada | 100 |
| Fórmula de cálculo | Numerador / Denominador x 100 |
| Valoración | Debe ser el 100 por ciento |
| Medios de verificación | Expedientes clínicos – Listas de Chequeo |
| Observaciones | Registrar los diagnósticos de egresos adecuadamente de acuerdo a lo establecido en la CIE-10. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Componente** | **Descripción** |
| **Denominación del Indicador** | **Porcentaje de parturientas (partos vaginales y cesáreas) a las que se les realizó manejo activo del tercer periodo del parto (MATEP) según protocolo.** |
| Objetivo | Monitorear que se cumpla el protocolo de atención, valorar la calidad de atención del parto en el tercer periodo del parto. |
| Numerador | Número de parturientas a las que se les realizó MATEP |  |
| Fuente del numerador | Expediente clínico  |
| Denominador | Número total de parturientas (partos vaginales y cesáreas) atendidas en el periodo analizado. |  |
| Fuente del denominador | Expediente clínico |
| Constante utilizada | 100 |
| Fórmula de cálculo | Numerador / Denominador x 100 |
| Valoración | Debe alcanzarse el 100% |
| Medios de verificación | Lista de chequeo. Informes de supervisión del SILAIS. |
| Observaciones |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Componente** | **Descripción** |
| **Denominación del Indicador** | **Porcentaje de embarazadas a quienes se les vigiló e interpretó el trabajo de parto correctamente mediante el Partograma** |
| Objetivo |

|  |
| --- |
| Valorar la calidad del Parto Institucional durante el trabajo de parto.  |

 |
| Numerador | Numero de embarazadas en trabajo de parto con partograma llenado e interpretado correctamente. |  |
| Fuente del numerador | Partograma/Expediente Clínico |
| Denominador | Total de embarazadas en trabajo de parto revisadas en el periodo. |  |
| Fuente del denominador | Partograma / Expediente Clínico |
| Constante utilizada | 100 |
| Fórmula de cálculo | Numero de embarazadas a quienes se les vigiló el trabajo de parto (partograma) e Interpreto correctamente entre Total de embarazadas en trabajo de parto revisadas en el periodo multiplicado por 100 |
| Valoración | Partograma bien llenado y bien interpretado se considera cuando al aplicar la lista de chequeo (instrumento de monitoreo) se obtiene en promedio de todos los 17 ítems al menos el 90%. |
| Medios de verificación | Listas de Chequeos, Unidades de Salud donde atienden partos,  |
| Observaciones | Periodicidad de levantamiento del dato es mensual. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Componente** | **Descripción** |
| **Denominación del Indicador** | **Porcentaje de embarazadas con complicaciones obstétricas (hemorragias post parto, síndrome hipertensivo gestacional, sepsis puerperal y aborto) que recibieron tratamiento según protocolo.** |
| Objetivo | Monitorear que se cumpla el protocolo de atención. |
| Numerador | Número de embarazadas atendidas y clasificadas como Alto Riesgo Obstétrico (ARO) a las que se aplica correctamente el protocolo de complicaciones obstétricas. |  |
| Fuente del numerador | Expediente clínico  |
| Denominador | Total de embarazadas atendidas y clasificadas como ARO |  |
| Fuente del denominador | Registro diario de atenciones ambulatorias |
| Constante utilizada | 100 |
| Fórmula de cálculo | El número de embarazadas clasificadas como ARO y que se les ha aplicado correctamente las norma y protocolos de complicaciones obstétricas se multiplica por cien y se divide por el total de mujeres embarazadas clasificadas como ARO. |
| Valoración | Debe alcanzarse el 100% |
| Medios de verificación | Informes de supervisión del SILAIS |
| Observaciones | Se revisarán todos los expedientes de embarazadas que se clasifican como ARO. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Componente** | **Descripción** |
| **Denominación del Indicador** | **Porcentaje de recién nacidos entre 24 y menos de 35 semanas de gestación a cuyas madres presentaron Amenaza de Parto Pre término (APP)y se le aplicó el esquema completo de corticoides antenatal.** |
| Objetivo | Monitorear que se cumpla el protocolo de atención. |
| Numerador | No. de Recién Nacidos entre 24 y menos de 35 SG a cuyas madres se les aplicó el esquema completo de corticoides antenatal. |  |
| Fuente del numerador | Expediente clínico - HCPB |
| Denominador | Total de Recién Nacidos entre 26 y menos de 35 SG. |  |
| Fuente del denominador | Expediente Clínico - HCPB |
| Constante utilizada | 100 |
| Fórmula de cálculo | Numerador / Denominador x 100 |
| Valoración | Debe alcanzarse el 100% |
| Medios de verificación | Lista de chequeo. Informes de supervisión del SILAIS. |
| Observaciones |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Componente** | **Descripción** |
| **Denominación del Indicador** | **Porcentaje de recién nacido a quién se le aplicó el protocolo de atención inmediata establecido.** |
| Objetivo | Monitorear que se cumpla el protocolo de atención. |
| Numerador | Número de recién nacidos a quienes se les aplicó el protocolo de atención inmediata establecido |  |
| Fuente del numerador | Expediente clínico  |
| Denominador | Total de casos de recién nacidos revisados en el mes. |  |
| Fuente del denominador | Expediente clínico |
| Constante utilizada | 100 |
| Fórmula de cálculo | Numerador / Denominador x 100 |
| Valoración |  |
| Medios de verificación |  |
| Observaciones |  |

1. Resolución Ministerial No 452-2011 del 28 de Septiembre del 2011. [↑](#footnote-ref-1)
2. NICARAGUA. Ley 40, Ley de Municipios y Ley de Participación Ciudadana. [↑](#footnote-ref-2)
3. NICARAGUA. Ley 423. Ley General de Salud [↑](#footnote-ref-3)
4. Equipos de Supervisión conformados por el equipo técnico y de Dirección del SILAIS. [↑](#footnote-ref-4)
5. Equipos de Supervisión conformados por las diferentes Direcciones Generales. [↑](#footnote-ref-5)