



MINISTERIO DE SALUD

Normativa No. 101

MANUAL METODOLÓGICO

Censo Gerencial de Embarazadas, Puérperas y Postnatales

Managua, septiembre de 2012

N
WQ
39
0155
2012

Nicaragua. Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional
Ministerio de Salud. Dirección General Extensión de la
Calidad de la Atención/ **Manual Metodológico: Censo Gerencial
de Embarazadas, Puérperas y Postnatales.** Managua: MINSA
nov. 2012

40 p.; tab

(Normativa 101, contiene soporte jurídico Acuerdo Ministerial
No.950-2012)

1. **Análisis de Datos**
2. **Atención Prenatal - normas**
3. **Atención Postnatal- normas**
4. **Toma de Decisiones**
5. **Evaluación**
6. **Monitoreo**
7. **Atención de la Mujer Embarazada (descriptor local)**
8. **Sistema de Vigilancia de la Mujer Embarazada (descriptor local)**
9. **Registro y Actualización de la Boleta del Censo Gerencial
(descriptor local)**

Ficha Bibliográfica elaborada por la Biblioteca Nacional de Salud
© MINSA. 2012



Gobierno de Reconciliación
y Unidad Nacional

El Pueblo, Presidente!



Acuerdo Ministerial No. 950-2012

ACUERDO MINISTERIAL

No. 950 - 2012

SONIA CASTRO GONZALEZ, Ministra de Salud, en uso de las facultades que me confiere la Ley No. 290 "Ley de Organización, Competencia y Procedimientos del Poder Ejecutivo", publicada en La Gaceta, Diario Oficial, No. 102 del tres de Junio de mil novecientos noventa y ocho, Decreto No. 25-2006 "Reformas y Adiciones al Decreto No. 71-98, Reglamento de la Ley No. 290, "Ley de Organización, Competencia y Procedimientos del Poder Ejecutivo", publicado en La Gaceta, Diario Oficial, Nos. 91 y 92 del once y doce de Mayo, respectivamente, del año dos mil seis, la Ley No. 423 "Ley General de Salud", publicada en La Gaceta, Diario Oficial, No. 91 del diecisiete de mayo del año dos mil dos, el Decreto No. 001-2003, "Reglamento de la Ley General de Salud", publicado en La Gaceta, Diario Oficial, Nos. 7 y 8 del diez y trece de Enero del año dos mil tres, respectivamente.

CONSIDERANDO

I

Que la *Constitución Política de la República de Nicaragua*, en su Arto. 59, partes conducentes, establece que: "Los nicaragüenses tienen derecho, por igual, a la salud. El Estado establecerá las condiciones básicas para su promoción, protección, recuperación y rehabilitación. Corresponde al Estado dirigir y organizar los programas servicios y acciones de salud".

II

Que la Ley No. 290 "Ley de Organización, Competencia y Procedimientos del Poder Ejecutivo", en su arto. 26, incisos b), d) y e), establece que al Ministerio de Salud le corresponde: b) Coordinar y dirigir la ejecución de la política de salud del Estado en materia de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud; d) Organizar y dirigir los programas, servicios y acciones de salud de carácter preventivo y curativo y promover la participación de las organizaciones sociales en la defensa de la misma; y e) Dirigir y administrar el sistema de supervisión y control de políticas y normas de salud."

III

Que la Ley No. 423 "Ley General de Salud", en su Artículo 1, Objeto de la Ley, establece que la misma tiene por objeto "tutelar el derecho que tiene toda persona de disfrutar, conservar y recuperar su salud, en armonía con lo establecido en las disposiciones legales y normas especiales, y que para tal efecto regulará: a) Los principios, derechos y obligaciones con relación a la salud; y b) Las acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud".

IV

Que la Ley No. 423 "Ley General de Salud", en su Artículo 2, Órgano Competente, establece que el Ministerio de Salud es el órgano competente para aplicar, supervisar, controlar y evaluar el cumplimiento de la presente Ley y su Reglamento; así como para elaborar, aprobar, aplicar, supervisar y evaluar normas técnicas, formular políticas, planes, programas, proyectos, manuales e instructivos que sean necesarios para su aplicación.

  **MINISTRA
DE SALUD**

**NICARAGUA
DE VICTORIA
EN VICTORIA!**

CRISTIANA, SOCIALISTA, SOLIDARIA¹!

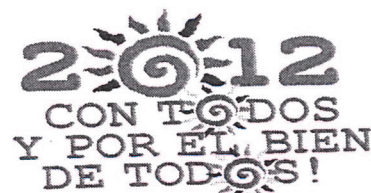
MINISTERIO DE SALUD

Complejo Nacional de Salud "Dra. Concepción Palacios", costado oeste Colonia Iero
Mayo, Managua, Nicaragua. FAX (505) 22897483 Apartado Postal 107. Web
www.minsa.gob.ni



Gobierno de Reconciliación
y Unidad Nacional

El Pueblo, Presidente!



Acuerdo Ministerial No. 950-2012

V

Que la Ley No. 423 *"Ley General de Salud"*, en su Artículo 4, Rectoría, señala que: "Corresponde al Ministerio de Salud como ente rector del sector, coordinar, organizar, supervisar, inspeccionar, controlar, regular, ordenar y vigilar las acciones en salud, sin perjuicio de las funciones que deba ejercer frente a las instituciones que conforman el sector salud, en concordancia con lo dispuesto en las disposiciones legales especiales"; y el Decreto No. 001-2003, *"Reglamento de la Ley General de Salud"*, en su Arto. 19, numeral 17, establece: "Artículo 19.- Para ejercer sus funciones, el MINSA desarrollará las siguientes actividades: 17. Elaborar las políticas, planes, programas, proyectos nacionales y manuales en materia de salud pública en todos sus aspectos, promoción, protección de la salud, prevención y control de las enfermedades, financiamiento y aseguramiento."

VI

Que la Ley No. 423, *"Ley General de Salud"* en su Artículo 32, establece que: "La atención en salud de la mujer, la niñez y la adolescencia será de acuerdo al Programa de Atención Integral a la Mujer, la Niñez y la Adolescencia del Ministerio de Salud" y el Decreto No. 001-2003, *"Reglamento de la Ley General de Salud"*, en su Arto. 211 establece: "Artículo 211.- De la Atención Integral a la Mujer, la Niñez y la Adolescencia.- La atención a la mujer, la niñez y la adolescencia se proveerá según lo dispuesto en los programas de atención integral a los grupos poblacionales de acuerdo a su ciclo de vida, según manuales y demás disposiciones complementarias."

VII

Que el Ministerio de Salud, en virtud de las facultades dadas en los Artos. 2 y 4 de la Ley No. 423, *Ley General de Salud*, ha elaborado el documento **"Manual Metodológico Censo Gerencial de Embarazadas, Puérperas y Postnatales"**, con el propósito de estandarizar el llenado correcto y la interpretación de los datos del registro de las mujeres en el periodo de embarazo, parto, puerperio y postnatal con la participación activa de la comunidad y demás establecimientos del sector salud.

VIII

Que con fecha 22 de Noviembre del 2012, la Dirección General de Regulación Sanitaria, solicitó se elaborara el Acuerdo Ministerial que aprobara el documento denominado **"Manual Metodológico Censo Gerencial de Embarazadas, Puérperas y Postnatales"**, cuyo objetivo es proporcionar al personal de salud, una herramienta gerencial actualizada y contextualizada en el marco del MOSAFC, para estandarizar el seguimiento y llenado correcto del Censo Gerencial, poniéndole énfasis a las acciones de la prevención de las inasistentes en la atención prenatal, atención del parto, atención puerperal y atención postnatal, para la toma de decisiones y acciones oportunas que contribuyan a la reducción de la morbi-mortalidad materna y perinatal.



**NICARAGUA
DE VICTORIA
EN VICTORIA!**

CRISTIANA, SOCIALISTA, SOLIDARIA!

MINISTERIO DE SALUD

Complejo Nacional de Salud "Dra. Concepción Palacios", costado oeste Colonia Iero
Mayo, Managua, Nicaragua. PBX (505) 22897463 Apartado Postal 107. We
www.minsa.gob.ni



Gobierno de Reconciliación
y Unidad Nacional

El Pueblo, Presidente!



Acuerdo Ministerial No. 950-2012

Por tanto, esta Autoridad,

ACUERDA

PRIMERO: Se aprueba el documento denominado *"Manual Metodológico Censo Gerencial de Embarazadas, Puérperas y Postnatales"*, el cual forma parte integrante del presente Acuerdo Ministerial.

SEGUNDO: Se designa a la Dirección General de Regulación Sanitaria, para que dé a conocer el presente Acuerdo Ministerial y el referido documento a los Directores de SILAIS y a los Directores de establecimientos de salud públicos, que desarrollan acciones de seguimiento y llenado correcto del Censo Gerencial de la prevención de las inasistentes en la atención prenatal, atención del parto, atención puerperal y atención postnatal, para la toma de decisiones y acciones oportunas que contribuyan a la reducción de la morbi-mortalidad materna y perinatal.

TERCERO: Se designa a la Dirección General de Extensión y Calidad de la Atención, para la implementación y monitoreo del cumplimiento del *"Manual Metodológico Censo Gerencial de Embarazadas, Puérperas y Postnatales"*, estableciendo en todo caso las coordinaciones necesarias con los SILAIS y directores de establecimientos de salud públicos, que realizan acciones de seguimiento y llenado correcto del Censo Gerencial de la prevención de las inasistentes en la atención prenatal, atención del parto, atención puerperal y atención postnatal, para la toma de decisiones y acciones oportunas que contribuyan a la reducción de la morbi-mortalidad materna y perinatal.

CUARTO: El presente Acuerdo Ministerial entrará en vigencia a partir de su firma.

Comuníquese el presente, a cuantos corresponda conocer del mismo.

Dado en la ciudad de Managua, a los veintiséis días del mes de Noviembre del año dos mil doce.


SONIA CASTRO GONZALEZ
MINISTRA DE SALUD

**NICARAGUA
DE VICTORIA
EN VICTORIA!**

CRISTIANA, SOCIALISTA, SOLIDARIA³!

MINISTERIO DE SALUD

Complejo Nacional de Salud "Dra. Concepción Palacios", costado oeste Colonia Iero
Mayo, Managua, Nicaragua. PBX (505) 22897483 Apartado Postal 107. We
www.minsa.gob.ni

Contenido

INTRODUCCION.....	7
LISTA DE ACRÓNIMOS	8
OBJETIVOS	9
Objetivo General.....	9
Objetivos Específicos	9
MARCO LEGAL.....	11
GLOSARIO DE TÉRMINOS.....	15
POLITICAS DE OPERACION	19
LISTADO DE PROCEDIMIENTOS.....	21
DESCRIPCION DE LOS PROCEDIMIENTOS.....	23
1. Registro y actualización de la Boleta del Censo Gerencial	23
2. Actualización del Croquis	30
3. Análisis e interpretación de los datos	31
a) Revisión Diaria de la Boleta del Censo Gerencial	31
b) Control Semanal de Embarazadas Próximas a Parir	31
c) Reporte mensual de las Inasistentes embarazadas, puérperas y postnatales.....	33
d) Inasistentes; prevención y búsqueda.....	37
4. Retroalimentación comunitaria e inter-institucional	38
5. Monitoreo y Evaluación	38
BIBLIOGRAFÍA.....	42
ANEXOS	43

Identificación Del Manual

Ministerio de salud

Manual Metodológico para el Censo Gerencial de Embarazadas, Puérperas y Postnatales

Dirección General de Extensión y Calidad de la Atención.

Registro y actualización de las embarazadas, puérperas y postnatales

Análisis e interpretación de los datos.

Inasistentes; prevención y búsqueda.

Retroalimentación

Monitoreo y Evaluación

Managua Noviembre 2012

Introducción

La muerte materna continúa siendo un problema de salud pública en este siglo XXI para la mayoría de países Latinoamericanos. Cada día existe más evidencia científica de cómo el Estado, a través de su Ministerio de Salud, otros ministerios, sociedades científicas y grupos comunitarios organizados, pueden implementar estrategias que prevengan la muerte materna.

A nivel nacional, se registraron 1,338 muertes maternas en el período 2000-2011, concentrándose el 62% (724) en 5 SILAIS: RAAN (15%), Matagalpa (15%), Jinotega (12%), RAAS (10%) y Managua (10%), 570 de las muertes (52%) ocurrieron a nivel institucional (hospitales, centros y puestos de salud familiar y comunitario), 397 (40%) en domicilio y 79 muertes (8%) tuvieron como lugar de ocurrencia la vía pública y otros. Un 68% (906) de estas muertes maternas fueron obstétricas directas siendo las principales causas las Hemorragias (retención placentaria, atonía uterina, placenta previa, ruptura uterina), Síndrome Hipertensivo Gestacional (Pre-eclampsia/Eclampsia) y Sépsis Puerperal.

El Ministerio de Salud en su calidad de ente rector del sector salud, a fin de dar cumplimiento a uno de los compromisos del Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional de restituir el derecho a la salud de toda la población nicaragüense con gratuidad y calidad, ha venido desarrollando una serie de intervenciones que están orientadas a mejorar la calidad y cobertura de los servicios de salud que fortalecen la atención de las mujeres durante el embarazo, parto, puerperio y atención postnatal, así como la atención del recién nacido/a.

Estas intervenciones requieren para su mejor efectividad una buena y sostenida coordinación y participación activa entre la institución y los líderes comunitarios. Una intervención que ha demostrado ser de gran utilidad es el “**Censo Gerencial**”, el cual se denominaba en el año 2003 como “Disposiciones para el seguimiento de mujeres inasistentes a la atención prenatal, al parto institucional y a la atención postnatal” y al cual se le realizaron ajustes para contextualizarlo al Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFC), y a partir de la fecha se llamará “Manual Metodológico para el Censo Gerencial de Embarazadas, Puérperas y Postnatales”, en el que se establecen los lineamientos y actividades para la estandarización de los diferentes procedimientos que se deben realizar para garantizar la captación y seguimiento de embarazadas, puérperas y postnatales desde que inician su embarazo hasta un año posterior a la finalización del mismo, así mismo la prevención de las inasistencias, todo ello en estrecha coordinación con la comunidad organizada haciendo uso de los medios de comunicación y tecnológicos disponibles para facilitar la toma de decisión oportuna; esto con el propósito de mejorar la calidad y cobertura de la atención prenatal, del parto, puerperio y postnatal, así como la mejoría en los diferentes indicadores relacionados a la salud materna, fundamentalmente la reducción de la morbi-mortalidad Materna y Perinatal, lo cual es una de las prioridades del Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional.

Las orientaciones del “Manual Metodológico del Censo Gerencial de Embarazadas, Puérperas y Postnatales”, son de cumplimiento obligatorio para todo el personal de salud que brinda atención directa a las embarazadas, puérperas y postnatales, del Sector Salud (establecimientos públicos y privados).

Lista de Acrónimos

AIEPI	Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes en la Infancia
APN	Atención Prenatal
ACO	Anticonceptivos Orales
ARO	Alto Riesgo Obstétrico
BS	Brigadista de Salud
Col. Vol.	Colaboradores Voluntarios
CMP	Clínica Médica Previsional
DIU	Dispositivo Intrauterino
ECMAC	Entrega Comunitaria de Métodos Anticonceptivos
ETV	Enfermedades de Transmisión Vectorial
FPP	Fecha Probable de Parto
EQV	Esterilización Quirúrgica Voluntaria
FUM	Fecha de la Última Menstruación
GRUN	Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional
HCP	Historia Clínica Perinatal
IPSS	Institución Prestadora de Servicios de Salud
JABA	Jornada de Análisis y Balance
LME	Lactancia Materna Exclusiva.
MAC	Métodos Anticonceptivos
MEF	Mujeres en Edad Fértil
MELA	Método de Lactancia-Amenorrea
MDF	Método del collar o método de días fijos
MFC	Malformación Congénita
MFT	Muerte Fetal Tardía
MINSA	Ministerio de Salud
MNP	Muerte Neonatal Precoz
NLM	No practica la lactancia materna
No AC	No usa ningún método anticonceptivo
PF	Planificación Familiar
PN	Postnatal
PNI	Programa Nacional de Inmunizaciones
PROCOSAN	Programa Comunitario de Salud y Nutrición
RAAN	Región Autónoma del Atlántico Norte
RAAS	Región Autónoma del Atlántico Sur
RN	Recién Nacido
RSJ	Río San Juan
SILAIS	Sistema Local de Atención Integral en Salud
TIC	Tecnologías de Información y Comunicación

Objetivos

Objetivo General

Proporcionar al personal de salud, una herramienta gerencial actualizada y contextualizada en el marco del MOSAFC, para estandarizar el seguimiento y llenado correcto del Censo Gerencial, poniéndole énfasis a las acciones de Prevención de la inasistencia a la atención prenatal, atención del parto, atención puerperal y atención postnatal, para la toma de decisiones y acciones oportunas que contribuyan a la reducción de la morbi-mortalidad materna y perinatal.

Objetivos Específicos

1. Estandarizar el llenado correcto y la interpretación de los datos del registro de las mujeres en el periodo de embarazo, parto, puerperio y postnatal con la participación activa de la comunidad y demás establecimientos del sector salud.
2. Disponer de información actualizada, completa, oportuna y aplicable en la planificación de acciones para la prevención y búsqueda de Inasistentes a la Atención Prenatal, Parto Institucional, Atención Puerperal y Atención Postnatal.
3. Identificar las mujeres con factores de riesgos obstétricos y reproductivos, para la toma de decisiones oportunas.
4. 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.
5. Alimentar el Sistema de Vigilancia de la Embarazada (SIVIEMB) implementado en los establecimientos de salud a nivel nacional.

Marco Legal

Constitución política de la República de Nicaragua. Título IV, Capítulo 3. "Derechos sociales".

Arto.59.- "Los nicaragüenses tienen derecho, por igual, a la salud. El estado establecerá las condiciones básicas para su promoción, protección, recuperación y rehabilitación. Corresponde al estado dirigir y organizar los programas, servicios y acciones de salud y promover la participación popular en defensa de la misma. Los ciudadanos tienen la obligación de acatar las medidas sanitarias que se determinen".

Ley General de Salud. Ley No. 423. En el título I Disposiciones Fundamentales, Capítulo I Disposiciones Generales:

Arto.2.- "El Ministerio de Salud es el órgano competente para aplicar, supervisar, controlar y evaluar el cumplimiento de la presente Ley y su Reglamento; así como elaborar, aprobar, aplicar, supervisar y evaluar normas técnicas, formular políticas, planes, programas, proyectos, manuales e instructivos que sean necesarios para su aplicación"

En el título II Competencias, Derechos y obligaciones, Capítulo I De las competencias del ministerio de salud:

El Arto.7 "Son competencias y atribuciones del Ministerio de Salud..." En su numeral 6.- "Expedir las normas de organización y funcionamiento técnico administrativo, operativo y científico de las instituciones proveedoras de servicios de salud de naturaleza pública".

Numeral 12.- "Regular, cuando resulte necesario para los principios de esta Ley, las actividades con incidencia directa o indirecta sobre la salud de la población, que realice o ejecute toda persona natural o jurídica, pública o privada". Y

Numeral 29.- "Promover la colaboración de las instituciones de los sectores públicos, sociales y privados, así como de los profesionales, técnicos y auxiliares de la salud y de la población en general, para el óptimo desarrollo de los programas y actividades".

Reglamento de la ley general de salud. Decreto No. 001 – 2003. En el título II Principios, Derechos y Obligaciones, Capítulo I de los principios y de la aplicación de los derechos de los usuarios:

Arto.6.- "De acuerdo a los principios establecidos en la ley, la provisión pública de los servicios de salud estará dirigida a los sectores vulnerables de la población, entre los cuales se dará prioridad a la población materno infantil..."

En el título IV Ministerio de Salud, Capítulo único:

Arto.19.- "Para ejercer sus funciones el MINSA desarrollará las siguientes actividades" numeral 1. "Regular la provisión los servicios de Salud".

En el título VII, Capítulo II, Sección 1:

Arto.45.- “En el primer nivel de atención, la red de servicio se organiza de acuerdo con lo siguiente:
Numeral 6. “Los manuales operativos y procedimientos en salud pública”.

Arto. 49.- “Para el primer nivel de atención, se define el siguiente paquete básico de servicios de salud... el que deberá contener acciones en los siguientes ámbitos: **Numeral 1** “Atención prenatal, parto y puerperio”.

Arto.50 Para el cumplimiento del paquete básico de servicios de salud, el primer nivel de atención, se registrará conforme los programas, manuales y protocolos de atención, definidos por el MINSA.

Ley de promoción, protección y mantenimiento de la lactancia materna y regulación de la comercialización de sucedáneos de la leche materna, Ley 295 (Junio de 1999). Establece un conjunto de conceptos y procedimientos, con fines de proteger, promover y mantener la lactancia materna, así como regular el uso correcto de los sucedáneos de la leche materna en los lactantes.

Ley de Participación Ciudadana, Ley 475. (22 de octubre del 2003): Conjunto de normas y regulaciones fundamentadas en los artículos 7 y 50 de la Constitución Política de la República, cuyo propósito es la promoción del ejercicio pleno de la ciudadanía en el ámbito político, social, económico y cultural, mediante la creación y operación de mecanismos institucionales que permitan una interacción fluida entre el Estado y la sociedad nicaragüense.

Decreto 112-2007 CREACIÓN DE LOS CONSEJOS Y GABINETES DEL PODER CIUDADANO. Publicado en La Gaceta No. 230 del 29 de Noviembre del 2007: Que la Constitución Política de 1987 estableció en el Título I, Capítulo Único, artículo 2 como un Principio Fundamental que “La soberanía nacional reside en el pueblo y la ejerce a través de los instrumentos democráticos, decidiendo y participando libremente en la construcción y perfeccionamiento del sistema económico, político y social de la nación” y que “El Poder Político lo ejerce el pueblo por medio de sus representantes... y que también podrá ejercerlo de manera directa”, Principios fundamentales del carácter representativo y participativo de nuestro sistema democrático constitucional. Esta voluntad se expresa en toda nuestra Ley Suprema de la República, concretamente en sus artículos 2, 7, 30, 46, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 69, 81, 99, 101, 118, 131, 150 numeral 13; y 158 Cn. que configuran este carácter democrático representativo y participativo de nuestro sistema político.

Acuerdos Sociales Año 2012: Destaca elementos que fortalecen el desempeño institucional para el logro de los lineamientos de la Política Nacional de Salud. Los indicadores se definen acorde al perfil epidemiológico y estado de salud de cada territorio (Porcentaje de mujeres embarazadas con HCPB con llenado completo e interpretación de las 13 actividades normadas y Cobertura de la población atendida por los equipos de salud familiar).

Plan Institucional de Corto Plazo Orientado a Resultados Año 2012: en su Lineamiento de Trabajo No. 3 establece el “Combate a la Mortalidad Materna e Infantil”, en su objetivo 3.1.4.3 capacitar al personal de salud en la estrategia de Plan de Parto y el Censo Gerencial.

El Plan Plurianual de Salud, 2011-2015: define que además de los servicios referidos a la mujer, en función de la reproducción, hay que realizar como acción estratégica la educación en salud sexual y reproductiva a la población, y dentro de la misma la sexualidad responsable, desde la niñez a la ancianidad, mediante procesos de educación tanto a nivel formal en los centros educativos, como en espacios de educación popular dirigidos a hombres y mujeres, y población en general fuera de las escuelas.

Política Nacional de Salud 2008: se formuló en función de las necesidades de las personas, familias y comunidades; que garanticen el servicio gratuito y universal a los servicios de salud. De igual manera se ha equilibrado la prevención y promoción con la atención curativa, enfatizando en el trato respetuoso, cálido y humano que debe recibir la población en los servicios de salud, sobre todo en condiciones de equidad, solidaridad, participación social y acceso a la atención de la salud.

Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva: En el 2008, el MINSA emite la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, como instrumento normativo y orientador que permita reducir las brechas existentes de atención en SSR.

Modelo de Salud Familiar y Comunitario. (MOSAFC): En cumplimiento de sus atribuciones, en consonancia con la Política Nacional de Salud, y con el objeto de restituir el derecho a la salud de la población, el MINSA diseñó el Modelo de Salud Familiar y Comunitario, (MOSAFC), el que se espera, contribuya a propiciar un cambio de actitud en la población, respecto a la salud, en donde ésta deje de verse y abordarse como un problema exclusivamente individual, sino como un fenómeno colectivo y multifactorial, siendo responsabilidad de todos y todas, mantenerla y mejorarla. Debe generar iniciativas de cambio en la cultura y estructura del sector salud para satisfacer las necesidades y el ejercicio de los derechos humanos, contribuyendo a mejorar su calidad de vida durante todo el ciclo vital”.

Norma para la Atención Prenatal, parto, Recién Nacido/a y Puerperio de Bajo Riesgo, Normativa 0-11: Dirigidas al personal de salud en los diferentes niveles de atención, con el propósito de poner en práctica una serie de acciones que permitan mejorar la calidad de atención prenatal, parto, recién nacido/a y puerperio con el fin de incidir en la identificación de factores de riesgo para reducir las muertes maternas e infantiles.

Glosario de Términos

Antitetánica: Se refiere a las mujeres que requieren inmunización antitetánica. Si existe un esquema respaldado de 6 dosis previas a embarazo, la mujer se considera inmunizada, y se marcará como esquema vigente en la Historia Clínica Perinatal (HCP). Y en el caso de las mujeres que no poseen documentación de haber recibido inmunización antitetánica al momento de la primera atención prenatal o durante la atención de emergencia en una mujer que acude para la atención de un parto o de un aborto, se marcará como esquema no vigente según el Programa Nacional de Inmunizaciones (PNI). Recordar que esta información se registra en la HCP, se deberá ingresar al Sistema Informático Perinatal (SIP).

Atención prenatal: Es un paquete de servicios que se le entrega a la embarazada por el personal de salud con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo, prevenir posibles complicaciones, brindar consejería en lactancia materna y planificación familiar, lograr una adecuada preparación para el parto y cuidados del recién nacido/a.

Atención puerperal: Se entenderá por Atención Puerperal a los contactos, entrevistas, visitas o consultas que las mujeres realicen con los integrantes del sistema de salud con el objetivo de observar la evolución y atender a la mujer durante el periodo del puerperio (desde el parto hasta los 42 días después de este evento).

Atención postnatal: Se refiere a los contactos, entrevistas, visitas o consultas que recibe la mujer de parte del personal de salud, especialmente para el fortalecimiento de las prácticas de lactancia materna y el uso de métodos anticonceptivos, desde los 43 días postparto hasta cumplido un año.

Fecha de última menstruación (FUM): Es la fecha en que la mujer tuvo su último sangrado menstrual normal, antes de quedar en estado de gravidez, se obtiene por interrogatorio, preguntando a la gestante cuando fue el primer día de su último sangrado menstrual. Para fines de estas disposiciones se puede obtener copiándola de la Historia Clínica Perinatal (HCP).

Fecha probable de parto (FPP): Es la fecha de referencia para esperar el parto de la embarazada. Se puede calcular tomando como referencia la FUM que nos refiere la embarazada y para lo cual a los días se le sumará 7 días, a los meses se le restarán 3 meses y al año se le sumará un año. Según la FPP existen tres cohortes y de igual manera deberán existir por comunidad, 3 Boletas de Censo. Ejemplo: Si una mujer tiene FUM: 15/07/12 entonces la FUM será: 22/04/13. En este caso la embarazada estará registrada en la Boleta del Censo Gerencial que corresponde al AÑO: 2012 (año en que está siendo captada) con Cohorte: 2013 (año en el que parirá).

Censo Gerencial para las Embarazadas, Puérperas y Postnatales (Censo Gerencial): 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.

Por cada comunidad, barrio o establecimiento de salud, existirá una carpeta (folders) que deberá contener:

- Boleta del Censo Gerencial.

- Control Semanal de las Embarazadas Próximas a Parir.
- Reporte Mensual de las Inasistentes Embarazadas, Puérperas y Postnatales.
- Croquis actualizado.

Establecimiento de Salud: Se entiende como una unidad territorial epidemiológica social y de producción de la salud pública o privada donde se desarrollan acciones de promoción y prevención en coordinación con la red de agentes comunitarios.

Captación: Toda mujer que recibe una atención de primera vez en los establecimientos de salud, es considerada como captación.

Cohorte: Período de un año calendario en el que está previsto que suceda el parto.

Croquis: Es una representación gráfica aproximada del sector, es un dibujo donde se identifican fácilmente las viviendas, instituciones públicas, privadas, pulperías, iglesias, personal comunitario, fuentes de agua, vías de acceso, caminos, cementerios, campos deportivos, centros deportivos, centros productivos y otros puntos relevantes a considerar. Si el establecimiento de salud ya cuenta con un croquis de la comunidad actualizarlo de forma sistemática.

Croquis Actualizado: Un croquis se define actualizado, cuando se incorporan periódicamente, las casas nuevas o se borran las casas que hubiesen sido desmanteladas o destruidas, por esta razón el croquis debe estar elaborado en lápiz de grafito. El período máximo para considerarlo actualizado es de un año. Para actualizarlo, el personal de salud se apoya en los agentes comunitarios.

Inasistencia Superada: Para efectos de este manual, se considerará “Inasistencia Superada” cuando la mujer que es considerada como inasistente a la atención prenatal, atención del parto, atención del puerperio o atención postnatal, acude o regresa al establecimiento para recibir la atención; o en la búsqueda activa de inasistentes, la mujer es atendida por el ESAFC o se corrobora información de un establecimiento de salud que la mujer recibió la atención en un período razonable de tiempo y comprendido en el período de tiempo estipulado en cada atención, por ejemplo: 1)-mujer inasistente a la APN que fue citada en 20 de octubre y acude espontáneamente el 23 de octubre, 2)-mujer registrada como inasistente a la atención del parto que acude a la atención puerperal y en la HCP se puede constatar que el parto fue institucional. Por lo contrario, 3)-no es inasistencia superada si una mujer inasistente a la atención puerperal, regresa a los 43 días o más, se incluye como atención postnatal pero no como inasistencia superada.

Mujeres Inasistentes: Para fines de este manual, 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 domiciliar 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 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 lo 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.

Monitoreo: Es la vigilancia continua y periódica de los objetivos, procesos y actividades pre-establecidas, que permiten detectar oportunamente los factores facilitadores y obstaculizadores para la toma de las decisiones inmediatas.

Muerte materna: Se define como la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causa accidentales o incidentales. Las defunciones maternas se dividen a su vez en “Obstétricas directas” y “Obstétricas indirectas”.

Muerte perinatal: Se registran como tales los fallecimientos fetales ocurridos en la cavidad intrauterina en el periodo después de las 28 semanas de gestación o mayor de 1000 gramos de peso (Muerte Fetal Tardía) y los fallecimientos de recién nacidos que ocurren dentro de los primeros seis días después del nacimiento (Muerte Neonatal Precoz).

Muerte Neonatal Tardía: Las ocurridas entre los 7 días de nacido y hasta los 28 días de vida.

Muerte Infantil: las muertes ocurridas entre los 0 días de nacido hasta los 11 meses 29 días, es decir, un día antes de cumplir un año.

Riesgo Obstétrico: Cuando existen condiciones que podrían comprometer la salud o la vida de la madre embarazada y/o su bebé; el riesgo de sufrir complicaciones se puede presentar por primera vez durante el embarazo en mujeres perfectamente sanas o se puede predecir para un embarazo futuro en mujeres portadoras de enfermedades.

Riesgo Reproductivo: Es la probabilidad variable que tiene la mujer en cada embarazo o su futuro embarazo, de sufrir un fenómeno adverso durante el proceso reproductivo (complicación, secuela o muerte)

Riesgo Potencial: Es aquel riesgo, que a pesar de su presencia no produce daños directos, pero que de no tomar precauciones de forma oportuna, puede vincularse a un daño.

Riesgo Real: Aquellos cuya presencia se asocia de forma directa con un daño específico en base a evidencia científica disponible.

Sistema de Vigilancia de la Embarazada (SIVIEM): Sistema automatizado en línea que es utilizado para registrar todos los datos del Censo Gerencial en el sistema de información del MINSA, es una herramienta que sirve para conocer en tiempo real y en cualquier lugar con acceso a internet, la situación de cada mujer que es atendida en los establecimientos de salud del país, favorece el seguimiento a distancia y la utilización de la información para la toma de decisiones en todos los niveles.

Supervisión capacitante: Es el proceso de ayuda y capacitación realizada al personal, donde se asegura el cumplimiento adecuado de las normas para la atención que se brinda.

TIC: Tecnologías de información y comunicación para establecer contacto con las pacientes, familiares y/o líderes comunitarios, por ejemplo utilización de celular, Internet, GPS, etc. con el propósito de prevenir las inasistencias y contactar a las pacientes.

Es importante recordar que el censo gerencial es responsabilidad del Equipo de Salud Familiar y Comunitario y este debe ser manejado y del dominio de todo el ESAFC; esto incluye a médicos generales, médicos en servicio social, personal de enfermería u otro perfil que este conformando el ESAFC y NO ÚNICAMENTE DE UN RECURSO.

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 (SIVIEMB).

Del análisis diario de la información contenida en la Boleta del Censo Gerencial, el personal de salud deberá elaborar un listado de mujeres que serán atendidas en el siguiente periodo: próxima semana para las áreas urbanas y periurbanas; dos semanas para comunidades que tengan distancias medianas (dos horas de camino hacia el establecimiento de salud, en medios de transporte convencionales) y un mes para comunidades de difícil acceso (mayores de dos horas a pie).

En cada Salida Integral el personal de salud deberá actualizar la Boleta de Censo.

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.

Para garantizar el seguimiento de las mujeres del territorio del MINSA, es primordial que exista una buena articulación con la red comunitaria del sector (brigadistas, colaboradores voluntarios, GPC, parteras, promotoría solidaria), así como contar con el apoyo de la gerencia del establecimiento de salud.

Se recomienda que se programen reuniones mensuales o bimensuales con la red comunitaria y con los establecimientos de salud privados, para intercambiar y homogenizar información de los instrumentos del censo gerencial a fin de brindar un seguimiento sistemático a las mujeres, así mismo se aprovechará las visitas por brigadas médicas móviles a las comunidades para realizar esta tarea.

El seguimiento a las pacientes captadas debe ser garantizado por cada establecimiento de salud (por ejemplo: las aseguradas y beneficiarias deberán estar registradas en la Boleta del Censo Gerencial/SIVIEMB de la CMP o IPSS y el personal de salud deberá realizar las acciones descritas en este Manual para el seguimiento adecuado y la prevención de inasistencias), remitiendo la información al nivel municipal del MINSA que le corresponde; de esta manera, el MINSA municipal retroalimenta a los establecimientos privados en función de garantizar la cobertura total de las embarazadas, puérperas y postnatales del territorio. El MINSA municipal derivará la información de las mujeres atendidas en los establecimientos privados hacia los municipios de procedencia de las mujeres cuando corresponda en una hoja de Reporte Mensual aparte.

En el caso de los establecimientos de salud CMP e IPSS, cuyas pacientes son beneficiarias y están cubiertas hasta los 45 días postparto, se tendrá presente que cuando dejan de cotizar, será responsabilidad de la CMP e IPSS retroalimentar estos datos al MINSA municipal para el seguimiento y búsqueda de las mismas.

Según la disponibilidad de computadores conectados a internet, el personal de salud deberá ingresar la información contenida en la Boleta del Censo Gerencial en el Sistema de Vigilancia de las Embarazadas (SIVIEMB), de la plataforma electrónica del MINSA. Para los establecimientos privados deberán solicitar por escrito a la Dirección de Sistema de Información del MINSA Central un “usuario” y contraseña para ingresar y gestionar los datos.

Con el Sistema de Vigilancia de las Embarazadas (SIVIEMB), se pueden generar los informes del “Control Semanal para Embarazadas Próximas a Parir” y “Reporte Mensual de Inasistentes de las Embarazadas, Puérperas y Postnatales”, además pueden anotarse todos los factores de riesgo que se identifiquen en las atenciones prenatales.

Listado de Procedimientos

Se realizarán las siguientes acciones:

- 1. Llenado y actualización de la Boleta del Censo Gerencial.**
- 2. Actualización del Croquis**
- 3. Análisis e interpretación de los datos**
 - a) Revisión Diaria del Censo Gerencial
 - b) Llenado del Control Semanal de Embarazadas Próximas a Parir
 - c) Llenado del Reporte mensual de las Inasistentes
 - d) Inasistentes; prevención y búsqueda
- 4. Retroalimentación, en coordinación con la red comunitaria**
- 5. Monitoreo y Evaluación**
 1. Lista de Chequeo

Descripción de los Procedimientos

1. Registro y actualización de la Boleta del Censo Gerencial

Este instrumento está constituido, además del encabezado, por 40 columnas y 20 filas, que se agrupan en 8 secciones; y servirá como fuente de información primaria para alimentar el Sistema de Vigilancia de las Embarazadas (SIVIEMB). Su llenado correcto permitirá la actualización sistemática del croquis de la comunidad o sector.

Para el registro y actualización de la Boleta del Censo Gerencial (Anexo No. 1), el personal de salud anotará y completará permanentemente los datos de todas las embarazadas, puérperas y postnatales captadas es decir; las embarazadas que acuden por demanda espontánea o son referidas por la red comunitaria pero no captadas por el personal de salud. Cuando un miembro de la red comunitaria notifica la existencia de una embarazada, puérpera o postnatal, que no ha sido captada, esta deberá anotarse en la Boleta del Censo Gerencial (pero continúa como inasistente) por lo que se debe garantizar posteriormente su búsqueda.

Cuando se capte una embarazada cuyas atenciones prenatales se las realiza en otro establecimiento de salud, deberá anotarse en la Boleta del Censo Gerencial del establecimiento de salud que corresponde; se les debe visitar y anotarlas para constatar que están recibiendo sus APN.

Cuando la embarazada anotada en la Boleta del Censo Gerencial, emigre hacia otro país para la atención de su parto, se registrará en la Boleta que se “Trasladó”, y no se toma como inasistente durante el periodo que esté fuera del territorio nacional.

El personal de salud debe actualizar todos los datos de la paciente, en el censo gerencial y el croquis, cada vez que le realice una atención prenatal, puerperal, postnatal o bien no asista a su cita.

Por cada barrio, comunidad o empresa beneficiaria (CMP, IPSS), debe haber una Boleta del Censo Gerencial por cohorte. Si existen otros establecimientos de salud en el sector que no son del MINSA, se deberá llevar una Boleta para cada establecimiento (privados).

Cuando el seguimiento culmine, al cumplir un año posterior al parto, se le dará salida a la paciente en la Boleta del Censo Gerencial anotando un círculo en el número de la fila que corresponde.

Ninguna casilla de este formato puede quedar vacía, cuando no aplica el ítem valorado, se deberá colocar un guión en la casilla correspondiente.

En anexos se presenta el Censo Gerencial con su instructivo, como será impreso (página 46).

Ministerio de Salud
Boleta del Censo Gerencial

STLATS:	Municipio:	Establecimiento de Salud:	Año
			Cohorte
			Meta Anual
Sector:	Comunidad/Barrio:	Área:	Meta Mensual

[illegible]

Instrucciones para el llenado correcto de la Boleta del Censo Gerencial

Datos Generales

- **Encabezado:** llenar con los datos correspondientes al SILAIS, Municipio, nombre de la comunidad, barrio, Empresa Beneficiaria (CMP, IPSS) Establecimiento de salud, Sector (según MOSAFC) y área (Rural o Urbano). También se anotarán aquí los datos de:
- **Año:** Es el año en que se está captando a las mujeres en el registro.
- **Cohorte:** Este término se utiliza para identificar el año en que las embarazadas registradas tienen programada 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.

Considerando lo anterior, para una comunidad debe existir un folder que contenga un censo gerencial donde se anotan mujeres captadas o reportadas por líderes comunitarios en un año determinado y que parirán en ese mismo año, por ejemplo: se utiliza una hoja para las mujeres captadas en el año 2012 y que parirán en el mismo 2012 (Cohorte); y otra hoja para las mujeres captadas en el mismo 2012 y que parirán en el 2013 (Cohorte), a mediados del 2013 habrá mujeres que parirán en el 2014 (cohorte).

Por tal razón, para cada comunidad, deberán existir 3 censos activos con cohortes diferentes: El año anterior, el año presente y el siguiente año, para poder garantizar el seguimiento a las de APN, parto, puerperio y las post natales. (Ejemplo: evaluando cuantas boletas por comunidad se encuentran en el 2013, deberán existir: 2012 cohorte 2013, 2013 cohorte 2013 y 2013 cohorte 2014).

Las mujeres puérperas o postnatales que no fueron captadas en el embarazo, serán anotadas en el año y cohorte en que fueron captadas, por ejemplo: en marzo 2013 se capta una postnatal que tuvo su parto en diciembre 2012, se registrará en la boleta de censo con año 2013 y cohorte 2013.

- **Meta anual:** Debe entenderse por el número de embarazos esperados en el año según estimaciones INIDE y que serán atendidas por los ESAFC del establecimiento de salud, ambiente o clínica correspondiente.

La casilla “meta anual” se llena con el número de embarazos esperados para esa comunidad o barrio durante todo el año en base a estimaciones de población de INIDE. Además esta estimación se puede formular dividiendo el número de nacidos/as vivos/as registrados/as en esa comunidad el año anterior entre 0.85. Por ejemplo si los nacidos/as vivos/as de una localidad fueron 28, los embarazos esperados serían: $28/0.85 = 33$.

- **Meta mensual:** Se obtiene dividiendo la Meta Anual entre 12, lo cual nos dará como resultado un promedio del número de embarazadas que deberíamos captar cada mes.

Es importante recordar que el censo gerencial es responsabilidad del Equipo de Salud Familiar y Comunitario y este debe ser manejado y del dominio de todo el ESAFC; esto incluye a médicos generales, médicos en servicio social, personal de enfermería u otro perfil que este conformando el ESAFC y NO ES RESPONSABILIDAD ÚNICAMENTE DE UN RECURSO.

Columnas o Casillas

El instrumento cuenta con 8 secciones que son:

1. Datos de Filiación

- **No:** anotar el número de orden ascendente en que cada mujer se va captando.
- **Nombre y apellidos de la Mujer:** Anotar los dos nombres y dos apellidos de la mujer captada. (Embarazada, puérpera, o madre en el período postnatal). De acuerdo a la cédula de identidad si tuviese.
- **Número de Cédula:** Anotar el número de la cedula de identidad cuando corresponda, en caso de no tenerla, asignar un guión en la casilla.
- **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.
- **No. de Casa:** Es extraído del croquis de la comunidad y es la vivienda donde habita la mujer. Esto debe coincidir con la información recolectada en la dispensarización del MOSAFC.
- **Expediente:** Anotar con tinta azul o negra el número de expediente (o cédula si tiene) de la mujer registrada.
- **Edad:** Se anota con tinta Roja si es igual o menor de 20 ó mayor de 35 años y con tinta azul o negra si la edad de la embarazada está entre los 20 a 34 años.

2. Riesgos

Se llena la primera vez que es atendida la paciente y se anotarán con tinta ROJA, las siglas o iniciales de los antecedentes de riesgo obstétricos y los factores de riesgo reproductivo identificados en la embarazada (ver en la tabla No. 1 o norma de atención prenatal de bajo riesgo). Ej. Multiparidad, Adolescentes o mayores de 35 años, Enfermedades crónicas, Antecedentes de Abortos, etc. Seleccione el antecedente o factor de Riesgo más importante cuando exista más de uno. Ejemplo: mujer diabética con antecedentes de aborto, seleccionar diabetes como mayor riesgo. Si no se identifican riesgos, colocar un guión en tinta azul o negro.

**Tabla No. 1 Factores de Riesgo
Abreviaturas para el registro de riesgos**

Riesgos Potenciales	Abreviaturas	Riesgos Reales: Preconcepcionales	Abreviaturas
Edad menor de 20 ó mayor de 35 años	<20 ó > 35	Hiperemesis gravídica no controlable	Hiperemesis
Analfabeta	Analf	Antecedentes de aborto y muerte fetal ante parto	Ab
Soltera	Solt	Anemia	Anemia
Vive sola	Vive sola	Preclampsia / Eclampsia	PreE/Ecl
Talla baja, menor de 1.5 mts	baja	Infecciones de vías urinarias	IVU
Antecedentes familiares	AF	Poca o excesiva ganancia de peso	Poc/Exc peso
Paridad (nuli o multiparidad), en edades extremas o antecedentes de cesárea	Nuli / Multi	Hipertensión inducida por el embarazo	HTA Embara
Espacio Inter genésico menor de 2 y mayor de 5 años	EIG	Embarazo Múltiple	EM
Trabajo con predominio físico	TPF	Hemorragia	Hem
Violencia en el embarazo	VIF	Retardo del Crecimiento Intrauterino	RCIU
Multiparidad	>4p	Rotura Prematura de Membranas	RPM
Antecedentes de MFC	MFC	Enfermedades Endémicas y Embarazo	EEE
Riesgos Reales: Preconcepcionales	Abreviaturas	Psicopatologías	Psico
Diabetes	DM	Personas que vive con el Virus del Sida	PVVS
Hipertensión	HTA	Infección Ovular	Inf Ovu
Tuberculosis	TB	Presentacion pélvica o situación transversa despues de las 36 semanas	Pelv/Trans
Nefropatías	Nefro	Rh negativo sensibilizado	Rh - sensib
Amenaza de parto prematuro	APP	Antecedentes oncológicos (leucemia, cacu y mama)	Ant. Ca.
Cardiopatías	Cardio	Embarazo prolongado	EP
Hepatopatías	Hepatop	Diabetes en el embarazo	DM
Endocrinopatías	Endocrin	Cesárea anterior	Ces Ant
Transtornos Psiquiátricos	Tpsiq.	Macrosomía fetal	Macrosomico
Infecciones de transmisión sexual, VIH/Sida	ITS/VIH	Alcoholismo y drogadicción	Alcoh/droga
Otras patologías ginecológicas	OPGine	Toxoplasmosis	Toxop
Várices de miembros inferiores	Varices	Chagas	Chagas
Habitos: Fumar, alcoholismo, drogadicción	Fuma/Alcoh/droga	Nota: Estos factores de riesgo se basan en la Normas y Protocolos para la Atención Prenatal, pág 98 y 99. Marque los riesgos identificados de color amarillo en la HCP y	
Factor Rh (-)	Rh -		

3. Fechas importantes: Esta columna contiene tres casillas:

- **Captación.** Anote la fecha de captación con tinta azul o negro 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” en color rojo. **Recordar que esta fecha de captación debe corresponder con el año que está en el encabezado de registro “Año”.**
- **FUM:** (Fecha de última Menstruación) se anota con tinta azul o negra el primer día, mes y año de la última regla referida por la mujer; si el dato se desconoce colocar un guión con tinta roja.
- **FPP:** (fecha probable de parto) registre con tinta azul o negra, la fecha obtenida del cálculo en base al FUM, es decir sumar 7 días a los días, restar 3 meses a los meses y sumar 1 año al año 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. Atenciones prenatales: Esta sección tiene 9 columnas.

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

Para las consultas subsecuentes, se remplazará la fecha de cita (que estaba en lápiz de grafito) con lapicero de tinta en la casilla que corresponda. Colocando en la casilla subsecuente la fecha de la próxima cita nuevamente en lápiz de grafito.

En la revisión diaria identifique las embarazadas próximas a ser atendidas para contactarlas vía celular, correo electrónico, mensajes de texto, mensajeros de la comunidad u otra alternativa disponible a fin de prevenir la inasistencia.

Coloque un asterisco con color rojo en la parte superior izquierda de la casilla que le corresponde, cuando la embarazada no acudió a su cita programada. Identificándose como inasistente; por lo cual deberá realizar acciones para la búsqueda o contacto de la paciente (vía celular, correo electrónico, mensajes de texto, mensajeros de la comunidad u otra alternativa). Cuando la embarazada acude registre según lo descrito anteriormente conservando el asterisco para tener un historial o considerar acciones para prevenir nuevas inasistencias.

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.

Para las embarazadas que cambiaron de domicilio, consignar que se gestionó el seguimiento al establecimiento de salud donde se trasladó, utilizando el resto de la fila que corresponde a su registro.

Cuando se realice el último APN y es un embarazo a término se refiere a Casa Materna, entonces se anotará “N” si es normal en la casilla que corresponde y en la casilla siguiente las iniciales “CM” o del establecimiento de salud según corresponda.

Si la paciente es referida al hospital, anotar “H” en la misma casilla donde se está anotando el APN, y dibujar un círculo al rededor de la “H” para indicar que la paciente acudió a esa unidad.

5. Plan de Parto: En el caso de que la comunidad o sector no está implementando esta estrategia, se deberá anotar un guión (-) en la casilla correspondiente, aun cuando el personal de salud negocie con la embarazada estos aspectos. Sin embargo se escribirá “NO” cuando en la comunidad se implementa el Plan de Parto y el personal de salud no está negociando los procesos para ingresar a esta mujer al Plan de Parto. Durante las visitas de monitoreo del Censo Gerencial, el personal técnico dará especial atención a estos casos, buscando como mejorar la implementación de la estrategia y asegurando que todas las mujeres tengan negociado su plan de parto.

6. Parto: Esta sección cuenta con cuatro columnas:

- **Fecha** (del Parto): en esta casilla se anota la fecha de término del embarazo, si este es “a término” se registra en tinta azul o negro y cuando sucede “antes o después” del periodo de término, se anota en tinta roja (Abortos, Inmaduros, Prematuros o Postérminos).
- **RN:** (Recién Nacido): colocar “V” en azul si nació Vivo, y en rojo; 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.
- **Vía:** Colocar “V” vaginal (en azul) y “C” si fue cesárea (en rojo).
- **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 en Azul. El parto domiciliar y “otros” en tinta roja.

7. Atención Puerperal: (desde el parto hasta 42 días posteriores). La casilla “Captación” está reservada para las atenciones realizadas en los primeros 10 días postparto institucional y en los primeros 3 días a las que tuvieron parto domiciliar. Anote la fecha y Si es normal, anote “N” en azul o negro y si se detectó una enfermedad se anota con tinta roja las siglas respectivas de la enfermedad detectada, Ej. Hemorragia: “Hg”, Infección: “Inf”, etc. Si la captación es después de los 10 días, marque con un asterisco de color rojo y queda como inasistente.

Una segunda atención se programará antes de cumplir los 42 días post parto, siempre y cuando no existan complicaciones en este período que obliguen más atenciones. Se anotará en la casilla “Subsecuente” la fecha de la próxima cita en grafito y las siglas del lugar donde fue referida, si fuese necesario. 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 10 días y no pudiera realizarse la atención subsecuente, se deberá anotar la fecha de próxima cita en la primera casilla de Atención Postnatal.

Nota: toda puérpera debe recibir 2 atenciones puerperales (AP), la primera en los primeros siete días

cuando es parto institucional o primeros tres 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.

Vitamina A: se marcará con una “X” la casilla correspondiente, cuando se le administra a la puérpera la dosis de Vitamina A correspondiente. Dosis: 4 perlas de Vitamina A equivalente a 200,000 UI u 8 gotas en su presentación en frasco.

8. Atención postnatal: (desde el día 43 posterior al parto hasta 1 año). El censo presenta 6 casillas para el registro de las atenciones postnatales, en donde se evaluarán dos aspectos:

- **LM (Lactancia Materna):** En los primeros seis meses, anotar en azul “LME” si la mujer está dando Lactancia Materna Exclusiva y en tinta roja “LM” si da el pecho pero no de forma exclusiva o “NLM” si no da el pecho. Después de los seis meses, anotar en tinta azul “LM” si da el pecho más alimentación complementaria y en 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.
- **MAC (Métodos Anticonceptivos):** Colocar con tinta azul las siglas del método anticonceptivo que la pareja esté utilizando: “DIU” para dispositivo intrauterino (T de cobre). “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 METODOS NATURALES SON MENOS EFECTIVOS). Escriba en tinta roja “No AC” si la paciente no está utilizando ningún método anticonceptivo y bríndele la consejería en PF.

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.

Una vez que la mujer cumple un año postparto, se debe ingresar al censo de planificación familiar para su adecuado seguimiento.

2. Actualización del Croquis

No es necesario elaborar un croquis específico para el censo gerencial, en el establecimiento de salud debe existir al menos un croquis por cada comunidad o barrio; ya sea del PNI, ECMAC, PROCOSAN, AIEPI Comunitario, Plan de Parto o ETV. Este croquis debe ser actualizado periódicamente, al menos una vez al año con la red comunitaria y será utilizado para ubicar a las pacientes embarazadas, puérperas y postnatales.

Se escogerán códigos o claves para plasmar los datos relevantes del censo gerencial, por ejemplo: en la casa hay una embarazada se dibujará un “Cuadrado” y en la casa donde haya una MEF planificando se coloca un “Círculo”, donde hayan MEF sin planificar, se pone un “Triángulo”. Cuando se identifica una embarazada con Alto Riesgo Obstétrico se trazará el “cuadrado en color rojo”. Indicando en el croquis; esta o cualquier otra simbología.

3. Análisis e interpretación de los datos

a) Revisión Diaria de la Boleta del Censo Gerencial

- Conocer las mujeres citadas.
- Seleccionar con antelación los expedientes clínicos a utilizar durante el día.
- Establecer contacto confirmando la cita. Recordar hacer uso de los medios de comunicación e información existentes o disponibles.
- Identificar las inasistentes (embarazadas, puérperas y postnatales), para atención prenatal, puerperal y postnatal.
- Establecer contacto con las inasistentes y programar su búsqueda, auxiliándose de la red comunitaria y los medios disponibles (vía celular, correo electrónico, mensajes de texto, 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.

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

b) Control Semanal de Embarazadas Próximas a Parir



Control Semanal de Embarazadas Próximas a Parir

Establecimiento de Salud

[illegible]

Con los datos de la Boleta del Censo Gerencial se elaborará el “Control Semanal de las Embarazadas Próximas a Parir”, el cual deberá estar ubicado en un lugar accesible al personal asistencial ya sea en la sala de partos, consultorio o clínica.

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.

La elaboración del Control Semanal de las Embarazadas Próximas a Parir, se debe realizar el último viernes del mes precedente. Por ejemplo el viernes 26 de octubre de 2012 se realiza el llenado del control semanal del mes de noviembre 2012.

Llenado del Control Semanal de Embarazadas Próximas a Parir

Encabezado: anotar el nombre SILAIS, Municipio y el nombre de la comunidad, barrio, Empresa Beneficiaria (CMP, IPSS) o establecimiento de salud correspondiente, así como el mes y año. El control se realizará de forma semanal para dar un mejor seguimiento a estas pacientes.

Las variables a registrar son:

- **Semana del ____ al ____:** anotar el periodo que corresponde a la semana del control. Esta semana bien puede coincidir con la Semana Epidemiológica correspondiente.
- **No.:** se registrará el número que le corresponde a la paciente en la boleta del censo gerencial.
- **Nombre y Apellidos:** se registrará el nombre y apellido de la paciente que aparece en el censo gerencial.
- **Edad:** anotar la edad exacta de la paciente, registrada en la Boleta del Censo Gerencial.
- **No. 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.
- **Comunidad/Barrio:** se anotará el nombre de la comunidad o barrio donde habita.
- **FPP:** registrar la fecha probable de parto anotada en la boleta del censo gerencial.
- **No. APN:** anotar el número de atenciones prenatales que la mujer recibió.
- **Riesgos:** 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.
- **Plan de Parto:** anote “Si” cuando la mujer tiene negociadas las principales actividades de su plan de parto (quien la acompañará al establecimiento de salud, quien la acompañará 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).
- **Observaciones:** cualquier dato relevante para el seguimiento.



Reporte mensual de las Inasistentes embarazadas, puérperas y postnatales

SILAIS: _____ Municipio: _____ Establecimiento de Salud: _____

Mes: _____ Año: _____ Meta anual: _____

[illegible]

Para el Reporte Mensual de Inasistentes embarazadas, puérperas y postnatales, el personal de salud deberá utilizar un formato 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.

En el formato de Reporte Mensual de Inasistentes Embarazadas, Puérperas y Postnatales, 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 solo con estos otros establecimientos.

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, puede sumarlas a las captaciones totales para obtener su cobertura real como municipio. Para el informe mensual de SILAIS a MINSA Central, se reflejará en incluir 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.

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.

Le corresponderá a la dirección municipal, orientar y facilitar la utilización de la Boleta del Censo Gerencial, como herramienta por parte 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. 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.

El reporte mensual debe ser elaborado con la información disponible en el establecimiento de salud hasta el día 25 de cada mes y entregarlo al municipio a más tardar el día 28. 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.

En anexos se presenta el reporte mensual de inasistente con su instructivo, como será impreso (página 51).

Instructivo para el llenado

Encabezado:

Cuerpo del reporte:

Primera fila: Anotar el nombre de la comunidad, barrio, Empresa Beneficiaria (CMP, IPSS) correspondientes para los establecimientos de salud.

En esta misma fila se anotarán nombres de los establecimientos de salud del municipio. Se anotarán nombres de los municipios para el reporte que elabora el SILAIS para el Nivel central y de nombre de los SILAIS para el nivel Central. Dejando la última columna para un "Total". Si la unidad que está realizando el reporte tiene más comunidades o barrios bajo su responsabilidad, deberá utilizar un formato más para poder reflejar todas sus comunidades o barrios.

Indicadores: Los indicadores de esta herramienta son: % de embarazadas captadas en el registro y % de mujeres inasistentes, el resto, son variables que son utilizadas para la construcción de los mismos.

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 No. 2) entre el número de embarazos esperados del año (fila No. 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 (indicadores No. 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 (indicador 8) entre el Total de mujeres mayores de 19 años, embarazadas puerpéras y postnatales existentes en el territorio (fila no. 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 (indicadores 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 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 más 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 más fila 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.

d) Inasistentes; prevención y búsqueda

Este análisis se realiza mediante la revisión diaria de la Boleta del Censo Gerencial y el control semanal de mujeres próximas a parir, enfocándose siempre en el seguimiento de las citas programadas. Se sugieren las siguientes acciones para la prevención de inasistentes:

- Hacer uso de los medios y tecnologías posibles de disponer 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.
- 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).
- 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.
- Apoyarse de la red comunitaria (parteras, BS, Líderes comunitarios, ColVol, 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).

Inasistencia Superada: Son todas aquellas mujeres que acuden o regresaron al establecimiento para recibir la atención o fueron atendidas en la búsqueda activa de inasistente por el ESAFC o se corrobora información de un establecimiento de salud que la mujer recibió la atención en un período razonable de tiempo y comprendido en el período de tiempo estipulado en cada atención. Excluir estas mujeres del grupo de INASISTENTES.

4. 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. 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). 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.

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

Deberá quedar registrado en el libro de actas de reuniones con la red comunitaria del establecimiento de salud, las acciones tomadas y acuerdos asumidos con la red comunitaria, a fin de darle seguimiento al cumplimiento de los mismos, en las próximas reuniones mensuales. El cumplimiento de acuerdos con la comunidad, serán asumidos como prioridad para garantizar su colaboración y participación.

Con los establecimientos de salud privados se deberá capacitar al personal de salud e implementar el software del SIVIEMB, que facilite el seguimiento de las embarazadas, puérperas y postnatales, que son atendidas en dichos establecimientos. Dejar registrada dichas reuniones en libros de actas.

De carácter mensual, los responsables de analizar el software del SIVIEMB 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.

5. Monitoreo y Evaluación

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”, dicha guía tiene cuatro columnas para igual número de visitas.

Para la realización del monitoreo se hará uso del entrenamiento en servicio o supervisión capacitante, esta consiste en aprovechar el monitoreo y evaluación para reforzar el conocimiento y las habilidades del personal que emplea el censo, haciendo uso de la guía de monitoreo y evaluación. En anexos se presenta la guía de monitoreo y evaluación con su instructivo, como será impreso (página 51).

Instructivo del llenado de la Guía de Monitoreo y Evaluación del Censo Gerencial de las Embarazadas, Puérperas y Postnatales

Para el llenado de este instrumento, se deberá seleccionar un ESAFC del establecimiento de salud o tres establecimientos de salud o ESAFC para el nivel municipal, del cual se extraerán al azar tres Boletas del Censo Gerencial de tres comunidades o sectores. Son cinco aspectos a evaluar y cada uno tiene un valor de 20 puntos. Este instrumento se aplicará por cada visita realizada al mismo establecimiento, para un total de 4 visitas al año (Una visita por trimestre), esto con el fin de dar secuencia a las limitantes encontradas en cada visita. Se evaluará cada aspecto de forma integral, colocando en la columna correspondiente a cada visita; el valor del consolidado de las tres comunidades, es decir con una comunidad que no cumpla el llenado correcto de la Boleta del Censo Gerencial, pierde el puntaje para ese ítem.



SILAIS: _____ Municipio: _____
 Establecimiento de Salud: _____ ESAFC _____

Items Evaluados		Visitas Realizadas				Escala de Valoracion	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 puntos)								
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. Retroalimentacion 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		
21	Evidencia de Actualizacion 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:								

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 llenados correctamente, de lo contrario asigne 0.

Criterios 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.

Criterios 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.

Criterios 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.

Criterios 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.

Criterios 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%.

Bibliografía

1. Disposiciones para el Seguimiento de Mujeres Inasistentes a la Atención Prenatal, al Parto Institucional y a la Atención Post-natal. Dirección General de Extensión y Calidad de la Atención. Ministerio de Salud. Managua. Nicaragua. Año 2010.
2. Estrategia Nacional de Salud Sexual Reproductiva. Ministerio de Salud. Managua. Nicaragua. Agosto 2008.
3. Guía para la Organización del Modelo de Atención de Salud Intercultural de las Regiones Autónomas de la Costa Caribe Nicaragüense MASIRAAN- MASIRAAS. Consejo Regional Autónomo Atlántico Norte, Comisión de Salud (CRAAN) y Consejo Regional Autónomo Atlántico Sur, Comisión de Salud (CRAAS). Mayo del 2009.
4. Ley General de Salud. Ley No. 423 y su Reglamento. Managua. Nicaragua. Año 2003.
5. Marco conceptual Modelo de Salud Familiar y Comunitario. Ministerio de Salud. Managua. Nicaragua. Año 2008.
6. Normativa para el Seguimiento de Mujeres Inasistentes al Control Prenatal, a la Atención del Parto, del Puerperio y del Postnatal Prolongado. Dirección de Primer Nivel de Atención. Ministerio de Salud. Managua. Nicaragua Año 2003.
7. Normativa – 070 “Norma Metodológica para la Elaboración de Normas, Manuales, Guías y Protocolos del Sector Salud. Ministerio de Salud. Managua. Nicaragua. Año 2011.
8. Normativa – 011 “Normas y Protocolos para la Atención Prenatal, Parto, Puerperio y Recién Nacido/a de Bajo Riesgo. Ministerio de Salud. Managua. Nicaragua. Año 2008.
9. Plan Plurianual de Salud 2011-2015. Ministerio de Salud. Managua. Nicaragua. Año 2011.
10. Plan Institucional a Corto Plazo orientado a Resultados Año 2012. Ministerio de Salud. Managua, Nicaragua.
11. Política Nacional de Salud. MINSA. Nicaragua. Año 2008.
12. Prevención de la Muerte Materna en Áreas Marginadas y Zonas de Mayor Riesgo en Latino América a través de un Diagnóstico y Referencia Oportuna. Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG). Lima, Perú, Octubre 2010.

ANEXOS



SILAIS:

Municipio:

Sector:

Comunidad/Barrio:

[illegible]

Año	
Cohorte	
Meta Anual	
Meta Mensual	

Instrucciones para el llenado correcto de la Boleta del Censo Gerencial

Datos Generales

- **Encabezado:** llenar con los datos correspondientes al SILAIS, Municipio, nombre de la comunidad, barrio, Empresa Beneficiaria (CMP, IPSS) Establecimiento de salud, Sector (según MOSAFC) y área (Rural o Urbano). También se anotarán aquí los datos de:
- **Año:** Es el año en que se está captando a las mujeres en el registro.
- **Cohorte:** Este término se utiliza para identificar el año en que las embarazadas registradas tienen programada 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.

Considerando lo anterior, para una comunidad debe existir un fólder que contenga un censo gerencial donde se anotan mujeres captadas o reportadas por líderes comunitarios en un año determinado y que parirán en ese mismo año, por ejemplo: se utiliza una hoja para las mujeres captadas en el año 2012 y que parirán en el mismo 2012 (Cohorte); y otra hoja para las mujeres captadas en el mismo 2012 y que parirán en el 2013 (Cohorte), a mediados del 2013 habrá mujeres que parirán en el 2014 (cohorte).

Por tal razón, para cada comunidad, deberán existir 3 censos activos con cohortes diferentes: El año anterior, el año presente y el siguiente año, para poder garantizar el seguimiento a las de APN, parto, puerperio y las post natales. (Ejemplo: evaluando cuantas boletas por comunidad se encuentran en el 2013, deberán existir: 2012 cohorte 2013, 2013 cohorte 2013 y 2013 cohorte 2014).

Las mujeres puerperas o postnatales que no fueron captadas en el embarazo, serán anotadas en el año y cohorte en que fueron captadas, por ejemplo: en marzo 2013 se capta una postnatal que tuvo su parto en diciembre 2012, se registrará en la boleta de censo con año 2013 y cohorte 2013.

- **Meta anual:** Debe entenderse por el número de embarazos esperados en el año según estimaciones INIDE y que serán atendidas por los ESAFC del establecimiento de salud, ambiente o clínica correspondiente.

La casilla "meta anual" se llena con el número de embarazos esperados para esa comunidad o barrio durante todo el año en base a estimaciones de población de INIDE. Además esta estimación se puede formular dividiendo el número de nacidos/as vivos/as registrados/as en esa comunidad el año anterior entre 0.85. Por ejemplo si los nacidos/as vivos/as de una localidad fueron 28, los embarazos esperados serían: $28/0.85 = 33$.

- **Meta mensual:** Se obtiene dividiendo la Meta Anual entre 12, lo cual nos dará como resultado un promedio del número de embarazadas que deberíamos captar cada mes.

Columnas o Casillas

El instrumento cuenta con 8 secciones que son:

1. Datos de Filiación

- **No:** anotar el número de orden ascendente en que cada mujer se va captando.
- **Nombre y apellidos de la Mujer:** Anotar los dos nombres y dos apellidos de la mujer captada. (Embarazada, puerpera, o madre en el período postnatal). De acuerdo a la cédula de identidad si tuviese.
- **Número de Cédula:** Anotar el número de la cédula de identidad cuando corresponda, en caso de no tenerla, asignar un guión en la casilla.
- **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.

- **No. de Casa:** Es extraído del croquis de la comunidad y es la vivienda donde habita la mujer. Esto debe coincidir con la información recolectada en la dispensarización del MO-SAFC.
- **Expediente:** Anotar con tinta azul o negra el número de expediente (o cédula si tiene) de la mujer registrada.
- **Edad:** Se anota con tinta Roja si es igual o menor de 20 ó mayor de 35 años y con tinta azul o negra si la edad de la embarazada está entre los 20 a 34 años.

2. Riesgos

Se llena la primera vez que es atendida la paciente y se anotarán con tinta ROJA, las siglas o iniciales de los antecedentes de riesgo obstétricos y los factores de riesgo reproductivo identificados en la embarazada (ver en la tabla No. 1 o norma de atención prenatal de bajo riesgo). Ej. Multiparidad, Adolescentes o mayores de 35 años, Enfermedades crónicas, Antecedentes de Abortos, etc. Seleccione el antecedente o factor de Riesgo más importante cuando exista más de uno. Ejemplo: mujer diabética con antecedentes de aborto, seleccionar diabetes como mayor riesgo. Si no se identifican riesgos, colocar un guión en tinta azul o negro.

Tabla No. 1 Factores de Riesgo
Abreviaturas para el registro de riesgos

3. Fechas importantes: Esta columna contiene tres casillas:

- **Captación.** Anote la fecha de captación con tinta azul o negro 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" en color rojo. **Recordar que esta fecha de captación debe corresponder con el año que está en el encabezado de registro "Año".**
- **FUM:** (Fecha de última Menstruación) se anota con tinta azul o negra el primer día, mes y año de la última regla referida por la mujer; si el dato se desconoce colocar un guión con tinta roja.
- **FPP:** (fecha probable de parto) registre con tinta azul o negra, la fecha obtenida del cálculo en base al FUM, es decir sumar 7 días a los días, restar 3 meses a los meses y sumar 1 año al año 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. Atenciones prenatales: Esta sección tiene 9 columnas.

En la casilla número 1 anotar la fecha de captación. Anotar "N" si es normal con tinta azul o negra, si se detecta una enfermedad anotando las siglas establecidas en la tabla No. 1 (Descrito anteriormente) en tinta roja. Ej. Si tiene Infección de Vías Urinarias reflejaríamos "IVU" y en la casilla número 2 reflejaremos con grafito la fecha de su próxima cita. Si presentara más de una patología, seleccionar la principal 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 cita (que estaba en lápiz de grafito) con lapicero de tinta en la casilla que corresponda. Colocando en la casilla subsecuente la fecha de la próxima cita nuevamente en lápiz de grafito.

En la revisión diaria identifique las embarazadas próximas a ser atendidas para contactarlas vía celular, correo electrónico, mensajes de texto, mensajeros de la comunidad u otra alternativa disponible a fin de prevenir la inasistencia.

Coloque un asterisco con color rojo en la parte superior izquierda de la casilla que le corresponde, cuando la embarazada no acudió a su cita programada. Identificándose como inasistente; por lo cual

deberá realizar acciones para la búsqueda o contacto de la paciente (vía celular, correo electrónico, mensajes de texto, mensajeros de la comunidad u otra alternativa). Cuando la embarazada acude registre según lo descrito anteriormente conservando el asterisco para tener un historial o considerar acciones para prevenir nuevas inasistencias.

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.

Para las embarazadas que cambiaron de domicilio, consignar que se gestionó el seguimiento al establecimiento de salud donde se trasladó, utilizando el resto de la fila que corresponde a su registro. Cuando se realice el último APN y es un embarazo a término se refiere a Casa Materna, entonces se anotará “N” si es normal en la casilla que corresponde y en la casilla siguiente las iniciales “CM” o del establecimiento de salud según corresponda.

Si la paciente es referida al hospital, anotar “H” en la misma casilla donde se está anotando el APN, y dibujar un círculo al rededor de la “H” para indicar que la paciente acudió a esa unidad.

5. Plan de Parto: En el caso de que la comunidad o sector no está implementando esta estrategia, se deberá anotar un guión (-) en la casilla correspondiente, aun cuando el personal de salud negocie con la embarazada estos aspectos. Sin embargo se escribirá “NO” cuando en la comunidad se implementa el Plan de Parto y el personal de salud no está negociando los procesos para ingresar a esta mujer al Plan de Parto. Durante las visitas de monitoreo del Censo Gerencial, el personal técnico dará especial atención a estos casos, buscando como mejorar la implementación de la estrategia y asegurando que todas las mujeres tengan negociado su plan de parto.

6. Parto: Esta sección cuenta con cuatro columnas:

- **Fecha** (del Parto): en esta casilla se anota la fecha de término del embarazo, si este es “a término” se registra en tinta azul o negro y cuando sucede “antes o después” del periodo de término, se anota en tinta roja (Abortos, Inmaduros, Prematuros o Postérminos).
- **RN:** (Recién Nacido): colocar “V” en azul si nació Vivo, y en rojo; 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.
- **Vía:** Colocar “V” vaginal (en azul) y “C” si fue cesárea (en rojo).
- **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 en Azul. El parto domiciliario y “otros” en tinta roja.

7. Atención Puerperal: (desde el parto hasta 42 días posteriores). La casilla “Captación” está reservada para las atenciones realizadas en los primeros 10 días postparto institucional y en los primeros 3 días a las que tuvieron parto domiciliario. Anote la fecha y Si es normal, anote “N” en azul o negro y si se detectó una enfermedad se anota con tinta roja las siglas respectivas de la enfermedad detectada, Ej. Hemorragia: “Hg”, Infección: “Inf”, etc. Si la captación es

después de los 10 días, marque con un asterisco de color rojo y queda como inasistente.

Una segunda atención se programará antes de cumplir los 42 días post parto, siempre y cuando no existan complicaciones en este período que obliguen más atenciones. Se anotará en la casilla “Subsecuente” la fecha de la próxima cita en grafito y las siglas del lugar donde fue referida, si fuese necesario. 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 10 días y no pudiera realizarse la atención subsecuente, se deberá anotar la fecha de próxima cita en la primera casilla de Atención Postnatal.

Nota: toda puérpera debe recibir 2 atenciones puerperales (AP), la primera en los primeros siete días cuando es parto institucional o primeros tres 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.

Vitamina A: se marcará con una “X” la casilla correspondiente, cuando se le administra a la puérpera la dosis de Vitamina A correspondiente. Dosis: 4 perlas de Vitamina A equivalente a 200,000 UI u 8 gotas en su presentación en frasco.

8. Atención postnatal: (desde el día 43 posterior al parto hasta 1 año). El censo presenta 6 casillas para el registro de las atenciones postnatales, en donde se evaluarán dos aspectos:

- **LM (Lactancia Materna):** En los primeros seis meses, anotar en azul “LME” si la mujer está dando Lactancia Materna Exclusiva y en tinta roja “LM” si da el pecho pero no de forma exclusiva o “NLM” si no da el pecho. Después de los seis meses, anotar en tinta azul “LM” si da el pecho más alimentación complementaria y en 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.
- **MAC (Métodos Anticonceptivos):** Colocar con tinta azul las siglas del método anticonceptivo que la pareja esté utilizando: “DIU” para dispositivo intrauterino (T de cobre). “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 METODOS NATURALES SON MENOS EFECTIVOS). Escriba en tinta roja “No AC” si la paciente no está utilizando ningún método anticonceptivo y bríndele la consejería en PF.

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.

Una vez que la mujer cumple un año postparto, se debe ingresar al censo de planificación familiar para su adecuado seguimiento.

GOBIERNO DE RECONCILIACIÓN
Y UNIDAD NACIONAL
El Pueblo, Presidente!

Reporte mensual de las Inasistentes embarazadas, puérperas y postnatales

Mes: Año: Meta anual:

[illegible]

Instructivo para el llenado

Encabezado:

Cuerpo del reporte:

Primera fila: Anotar el nombre de la comunidad, barrio, Empresa Beneficiaria (CMP, IPSS) correspondientes para los establecimientos de salud.

En esta misma fila se anotarán nombres de los establecimientos de salud del municipio. Se anotarán nombres de los municipios para el reporte que elabora el SILAIS para el Nivel central y de nombre de los SILAIS para el nivel Central. Dejando la última columna para un "Total". Si la unidad que está realizando el reporte tiene más comunidades o barrios bajo su responsabilidad, deberá utilizar un formato más para poder reflejar todas sus comunidades o barrios.

Indicadores: Los indicadores de esta herramienta son: % de embarazadas captadas en el registro y % de mujeres inasistentes, el resto, son variables que son utilizadas para la construcción de los mismos.

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 No. 2) entre el número de embarazos esperados del año (fila No. 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 (indicadores No. 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 (indicador 8) entre el Total de mujeres mayores de 19 años, embarazadas puerperas y postnatales existentes en el territorio (fila no. 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 (indicadores 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 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 más 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 más fila 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.

Anexo No. 3

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)							Visita 1 Fecha:
1	Encabezado					Calificar con 2 cuando esta correctamente llenado, de lo contrario asigne 0	
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)							Visita 2 Fecha:
11	Identifica sistemáticamente las pacientes con próximas citas					Calificar con 10 cuando es Si de lo contrario asigne 0	
12	Evidencia de Uso de Medios de Comunicación y Tecnología (TICs)						
Total							
3. Control Semanal de las Embarazadas Próximas a Parir (20 puntos)							Visita 3 Fecha:
13	Está llenado correctamente					Calificar con 5 cuando es Si de lo contrario asigne 0	
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 puntos)							Visita 4 Fecha:
17	Llenado correcto					Calificar con 5 cuando es Si de lo contrario asigne 0	
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)							Visita 4 Fecha:
20	Evidencia de Reuniones mensuales (comunitarias e inter-institucionales)					Calificar con 5 cuando es Si de lo contrario asigne 0	
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:							

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 llenados correctamente, de lo contrario asigne 0.

Criterios 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.

Criterios 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.

Criterios 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.

Criterios 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.

Criterios 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%.



USAID HEALTH CARE
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS IMPROVEMENT
UNIDOS DE AMÉRICA PROJECT



**Organización
Panamericana
de la Salud**
Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

