



## MINISTERIO DE SALUD

Normativa No.

# MANUAL TÉCNICO OPERATIVO

PLAN DE PARTO PARA LA MATERNIDAD SEGURA

Managua, Marzo 2019

# **MINISTERIO DE SALUD**

**Normativa No.**

## **MANUAL TÉCNICO OPERATIVO**

### **PLAN DE PARTO PARA LA MATERNIDAD SEGURA**

**Managua, Marzo 2019**

**MINISTERIO DE SALUD**

*Centro de Salud*

## **Plan de Parto para la Maternidad Segura**



**UNA RESPONSABILIDAD  
COMPARTIDA**

# **Manual Técnico Operativo**

**Ficha catalográfica**

**N**                    **Nicaragua. Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional**  
**WQ**                    **Ministerio de Salud. Normativa No. 104: Manual técnico**  
**200**                    **operativo: plan de parto para la maternidad segura. Managua**  
**0029**                    **marzo 2019. MINSA. 53 pág. Tab, graf, ilus. Actualización**  
**2019**

- 1.- Guía de Capacitación**
- 2.- Manual Técnico Operativo**
- 3.- Material de apoyo para la Red Comunitaria**
- 4.- Maternidad Segura**
- 5.- Tres Demoras**
- 6.- Metodología de Capacitación**
- 7.- Plan de Parto**
- 8.- Red Comunitaria**
- 9.- Personal de Salud**

Ficha Bibliográfica Elaborada por la Biblioteca Nacional de Salud

## Índice

I. Introducción	2
II. Objetivos del Plan de parto	3
III. Marco Legal	3
IV. Política de Operación	5
V. Listado de los Pasos para implementar el Plan de parto	7
VI. Descripción de los Pasos	7
Paso 1: Reunión intersectorial municipal	7
Paso 2: Coordinar la asamblea comunitaria.	7
Paso 3: Realizar la Asamblea comunitaria.	8
Paso 4: Capacitar a los Líderes comunitarios	9
Paso 5: Organización de la comunidad.	9
Paso 6: Captación, Negociación y Referencia:	11
Paso 7: Seguimiento al Plan de Parto.	12
Paso 8: Evaluación del Plan de Parto en la comunidad	13
A. Funciones y responsabilidades por Nivel	13
B. Registro de la Información y Seguimiento del Plan de parto	18
a. Indicadores de la Intervención:	18
b. Flujo de información del Plan de Parto:	19
c. Acompañamiento de la intervención	20
VII. Diagramas de Flujo	22
VIII. Formatos e instructivos	25

## I. Introducción

El Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional, a través del Ministerio de Salud, implementa el Modelo Salud Familiar y Comunitaria (MOSAFC), para restituir el derecho a la salud de las familias nicaragüenses; contando con la participación de la Red comunitaria; para la promoción, prevención y educación de la salud, conformado por líderes comunitarios, consejos, comités, redes de organizaciones, promotores, brigadistas, parteras, colaboradores voluntarios, curanderos, miembro de los Gabinete de la Familia, Comunidad y Vida (GFVC), además apoyan una serie de intervenciones de mejora de acceso a la salud en sus comunidades como el Plan de parto.

El Plan de Parto para la Maternidad Segura (PPMS) es una intervención comunitaria dirigida a la mujer, su pareja y familia, con la participación activa de la comunidad; los cuales preparan las condiciones para el cuidado del embarazo, parto, puerperio y del recién nacido/a, apoyados por el personal de salud y la red comunitaria.

El Plan de Parto, se desarrolló en Jinotega y Matagalpa desde el año 2001, con la finalidad de mejorar el acceso del parto asistido de las mujeres de las comunidades rurales, institucionalizándose en el año 2012, con dos documentos normativos 104 y 105. La primera normativa 104 correspondía al Manual para la organización y funcionamiento del Plan de parto y guía de capacitación para personal de salud. La segunda normativa 105, correspondía a la Guía de capacitación y material de apoyo para la red comunitaria.

El Manual ha tenido actualizaciones acordes al marco de desarrollo del MOSAFC, desde la sectorización tales como la mejor visibilización de estrategias complementarias al PPMS, las Casas maternas, la planificación familiar y el registro en el SICO. Además, se actualizó la Ficha de negociación y se adecuó las temáticas de capacitación sobre el Manual realizándose ajustes en su diseño metodológico. Dentro del proceso de información y seguimiento de esta estrategia, se han actualizado 07 instrumentos de registro y sus instructivos, concordantes al sistema de monitoreo en línea, de las estrategias comunitarias del MINSA, según la Normativa 102 (SICO); con el fin de registrar la información básica de las actividades preventivas y de promoción que realizan los líderes comunitarios en el marco del Plan de parto. La actualización del presente Manual fue realizada por medio de un proceso consultivo, inclusivo y representativo con responsables de estrategias comunitarias, docentes y jefes de enfermería de los SILAIS.

El Manual del Plan de Parto está dirigido al personal de salud del primer nivel de atención, en él se describen los ocho pasos para implementar la intervención; desde la sensibilización hasta la organización en las comunidades; la definición de los temas de capacitación para los líderes comunitarios y los instrumentos de registro del Plan de parto.

Para la aplicación del Manual por el personal de salud, se han desarrollado dos guías de capacitación dirigidas; una al personal y otra a los líderes comunitarios, con su material de apoyo para ser utilizado y consulta durante y posterior a las capacitaciones de los líderes comunitarios. Las guías han sido revisadas y autorizadas por la Dirección General de docencia.

## II. Objetivos del Plan de parto

### Objetivo General

Proporcionar al personal de salud una herramienta técnica para desarrollar el Plan de parto con la embarazada, su familia y la comunidad en el marco del MOSAFC.

### Objetivos específicos:

1. Estandarizar al personal de salud los procesos contenidos en el manual técnico operativo del Plan de parto.
2. Promover la organización comunitaria para asegurar en las acciones de promoción en salud contenidas en el Plan de parto y en las decisiones sobre la salud reproductiva.
3. Facilitar el acceso al parto institucional de las embarazadas, mediante la negociación del Plan de Parto en las comunidades seleccionadas.
4. Asegurar el monitoreo, supervisión y evaluación de la intervenciones contenidas en el Plan de parto por el personal de salud, en la comunidad.

## III. Marco Legal

### 1. Constitución Política de la República de Nicaragua

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.

### Ley 290 Ley de Organización, Competencia y Procedimientos del Poder Ejecutivo

**Arto. 26.-** Al Ministerio de Salud le corresponde “Coordinar y dirigir la ejecución de la política de salud del Estado en materia de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud”.

### 2. Ley No. 423, Ley General de Salud, publicada en la Gaceta No. 91 del 17 de mayo de 2002.

**Artículo 1.- Objeto de la Ley:** La presente Ley 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. Para tal efecto regulará:

- a. Los principios, derechos y obligaciones con relación a la salud.
- b. Las acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud.

**Artículo 2.- Órgano Competente:** 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.

**Artículo 4.- Rectoría:** 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.

**Artículo 5.- Principios Básicos:** Son principios de esta Ley:

10. Responsabilidad de los Ciudadanos: Todos los habitantes de la República están obligado a velar, mejorar y conservar su salud personal, familiar y comunitaria, así como las condiciones de salubridad del medio ambiente en que viven y desarrollan sus actividades.

#### **Ley No. 423 Ley General de Salud.**

**Arto. 32.-** La atención en salud de la mujer, la niñez y la adolescencia será de acuerdo al Área de Atención Integral a la Mujer, la Niñez y la Adolescencia del Ministerio de Salud. Este programa incluirá las acciones de atención prenatal, atención del parto, del puerperio, del recién nacido, detección precoz del cáncer de cuello uterino y mamas.

#### **3. Decreto No. 001-2003, Reglamento de la Ley General de Salud, publicado en La Gaceta No. 7 y No. 8 del 10 y 13 de enero del 2003.**

**Artículo 6.-** “De acuerdo a los principios establecidos en la Ley, la provisión publica 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...”

**Artículo 15.-** Corresponde al MINSA, proponer normas técnicas para la aplicación de la Ley y de este Reglamento, de conformidad a la Ley de Normalización Técnica y Calidad, Ley No. 219, publicada en La Gaceta No. 123, del dos de Julio de mil novecientos noventa y seis y su Reglamento.

Así mismo podrá establecer los manuales y demás disposiciones complementarias para la aplicación de la Ley y del Presente Reglamento.

**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.

## IV. Política de Operación

El Objetivo 01 del Marco conceptual del MOSAFC, define el siguiente compromiso: “Mejorar las condiciones de salud de la población, generando actividades oportunas, eficaces, de calidad y con calidez, capaces de generar cambios personales, familiares y comunales, con énfasis en la prevención y la promoción de la salud”.

En este contexto, se desarrolla el Plan de Parto, con base en los cuatros pilares de la “Maternidad Segura<sup>1</sup>” y “Las Tres Demora”. Basado en la prevención de los embarazos no deseados, atención con calidad a las embarazadas para identificar y corregir complicaciones, atendido por personal calificado y proveer servicios especializados para atender complicaciones.

Los cuatro pilares de la maternidad segura son; La planificación familiar, la atención prenatal, el parto limpio y los cuidados obstétricos y neonatales esenciales, los cuales tienen su base en la organización y participación de la comunidad, tal como se ilustra en el recuadro:



### El Modelo las Tres Demoras

Es una guía que facilita el análisis de los factores asociados a la muerte materna desde el ámbito familiar, comunitario hasta el institucional. Ayuda a identificar acciones para la prevención de muertes maternas. Esta modalidad se utiliza en los SILAIS. (Flujograma. Anexo 1)

#### Primera Demora: Demora en identificar el problema y toma de decisión

<sup>1</sup> " iniciativa dada a conocer mundialmente desde 1987 en Nairobi; y el Modelo de la Tres Demora.

La decisión de buscar ayuda es el primer paso, si una mujer necesita recibir cuidados obstétricos. Esta decisión está influenciada por muchos factores: La mujer, su familia o la partera, tengan la capacidad de reconocer una complicación que amenaza la vida de la mujer (Señales de Peligro). También debe saber dónde acudir con confianza en busca de ayuda. La accesibilidad geográfica de los servicios de salud, el respaldo de su familia, el transporte, los costos, influyen en la decisión de buscar ayuda. Esta demora puede abordarse con acciones de promoción y comunicación para la mujer, su pareja y su familia.

### **Segunda Demora: Demora en llegar al establecimiento de salud**

Una vez tomada la decisión de buscar ayuda, la mujer y su familia debe disponer de los medios que utilizará para trasladarse y llegar al establecimiento de salud donde se le pueda brindar ayuda obstétrica. La accesibilidad está en función de la distancia al establecimiento de salud, la disponibilidad y eficiencia del transporte, los medios telefónicos y aspectos económicos de la familia. La accesibilidad puede depender también; de la capacidad resolutoria del establecimiento de salud. Para incidir en esta demora es necesaria la organización de medios de transporte, las brigadas de traslado y la comunicación telefónica con personal de salud en los sectores y el municipio.

### **Tercer Demora: Demora en recibir atención de calidad**

Para resolver su problema de salud, la mujer o persona debe acudir a un establecimiento de salud donde se le brinde atención de calidad. La provisión de la atención obstétrica y neonatal de emergencia depende de uno o varios factores, incluyendo el número de personal capacitado, su actitud y aptitud, la disponibilidad de medicamentos y suministros, la condición general del servicio y el funcionamiento adecuado del sistema de referencia y contra referencia entre establecimientos de salud.

**Aspectos técnicos a considerar:** En cada comunidad donde se desarrolla el Plan de parto, el personal de salud debe brindar acompañamiento a la red comunitaria, para organizar:

- El seguimiento a las embarazadas y sus familias hasta lograr el parto institucional
- La integración del comité comunitario
- La organización de una Brigada de traslados de las emergencias
- La promoción de ahorros familiares de las embarazadas y su familia
- La promoción de los beneficios de la casa materna
- La promoción de la planificación familiar inmediata al parto.

**La Ficha de Plan de parto** es el instrumento que guía el proceso de negociación o dialogo entre la embarazada y su familia con el personal de salud o el líder comunitario. Sirve para facilitar la toma de decisiones en conjunto de las actividades contenidas en el Plan de parto. **La ficha permite el seguimiento** del proceso de negociación en las visitas subsecuentes, tratando de verificar que la mujer tiene planeada la mayoría de actividades propuestas en la Ficha, en especial la salida oportuna hacia la casa materna o el establecimiento de salud.

**Las y los:** En este manual se usará de forma genérica “Los participantes, el personal de salud etc.”, con el fin de evitar el desdoblamiento lingüístico y el principio de economía del lenguaje.

**Los criterios de selección de los facilitadores del proceso de capacitación son los siguientes:**

- **Conocimientos** del Modelo de salud; MOSAFC, MASIRAAS y MASIRAAN y sus estrategias comunitarias: Casas maternas, ECMAC y PROCOSAN.

- **Habilidades:** En desarrollar procesos de capacitación para la red comunitaria, manejo del manual y guía de capacitación. Liderazgo, motivador y entusiasta.
- **Actitudes:** Colaborador, respeto a la cultura, proactivo, sociable y tolerante.

**La selección de las comunidades:** se sugiere el cumplimiento de al menos 2 de los siguientes criterios:

- Ocurrencia de muerte materna, perinatal. o partos domiciliarios en los últimos 3 años.
- Ruralidad o difícil acceso de las comunidades a los establecimientos de salud.
- Prevalencia de embarazos en adolescentes.
- Aceptación y voluntad de la comunidad para trabajar con la intervención.

## V. Listado de los Pasos para implementar el Plan de parto

Paso 1: Reunión intersectorial municipal

Paso 2: Coordinar la asamblea comunitaria con los Líderes o actores sociales.

Paso 3: Realización de la asamblea comunitaria

Paso 4: Capacitación a los líderes comunitarios

Paso 5: Organización de la comunidad para el plan de parto

Paso 6: Captación, negociación y referencia

Paso 7: Seguimiento al plan de parto

Paso 8: Evaluación del plan de parto en la comunidad

## VI. Descripción de los Pasos

### Paso 1: Reunión intersectorial municipal

El equipo facilitador municipal convoca a reunión a las autoridades municipales y representantes de instituciones y organizaciones para presentar la intervención con el fin de integrarlos en el plan de parto, para lo cual se debe preparar una agenda para dos horas promedios, con los siguientes puntos:

- Situación de salud materna municipal.
- Presentación del Plan de Parto.
- Participación del plenario y acuerdos.

### Paso 2: Coordinar la asamblea comunitaria.

El personal de salud debe visitar en la comunidad a los Líderes comunitarios (brigadistas de salud, parteras, grupos de mujeres, grupos de adolescentes, líderes religiosos, representantes de empresas privadas e instituciones estatales, maestros, sukias o curanderos, jueces comunales, etc.) para explicar y la estrategia de Plan de parto con la participación de la comunidad.

Se pretende que los Líderes y la comunidad reflexionen sobre los problemas de salud que afectan a la mujer embarazada y el recién nacido/a, cuáles son las consecuencias, identificar que se hace en la comunidad cuando ocurren estos problemas y como pueden mejorar el nivel de respuesta de la familia y la comunidad ante los mismos. Posterior a esto, se exponen los objetivos del Plan de parto, los beneficios de las Casas maternas y como se beneficia la comunidad. El personal de salud debe

en conjunto con los Líderes, elaborar la agenda para la asamblea comunitaria de sensibilización y conformación de comités comunitarios.

### **Paso 3: Realizar la Asamblea comunitaria.**

Esta la conduce el personal de salud en coordinación con los Líderes comunitarios, los puntos de agenda para esta deben incluir los siguientes aspectos:

- Situación de salud de la comunidad.
- Identificación de problemas de salud
- Presentación de la intervención
- Selección de Líderes comunitarios para el plan de parto
- Conformación de comités comunitarios

#### **a) Situación de Salud de la comunidad.**

Presentando los indicadores de salud materna infantil del municipio: coberturas de atención prenatal, parto institucional, planificación familiar, atención del puerperio, los egresos de la Casa materna y si es el caso muertes maternas y perinatales. Estos datos pueden ser del municipio, si no se pueden obtener por comunidad y se utilizarán para la reflexionar sobre la salud en su comunidad, porque están así y como pueden mejorar. Sea breve y claro en su presentación.

#### **b) Identificación de Problemas de Salud.**

Después de una breve presentación, se motiva a comentar experiencias vividas sobre la salud materna-neonatal, identificando los problemas de salud en la embarazada y el recién nacido. Debe motivarse a la comunidad acerca de la necesidad de organizarse para evitar complicaciones en las embarazadas y los recién nacidos.

#### **c) Presentación de la Intervención.**

Este es un espacio para reflexionar sobre acciones desde la comunidad para evitar que se presenten problemas o complicaciones: ¿qué puede hacer la mujer embarazada, la familia y la comunidad?, presentarles en que consiste el Plan de Parto, relacionando el modelo de las Tres demoras, retomando las acciones que los participantes han mencionado. En el dialogo se promueven las Casas maternas y la ECMAC, que son ejes del plan de parto. Se debe reafirmar siempre sobre los beneficios de la participación comunitaria.

#### **d) Selección de los Líderes y conformación de comité comunitario**

Si la comunidad cuenta con alguna forma de organización, los esfuerzos deben estar dirigidos a fortalecer esta organización, complementándolo con estructuras que respondan a la intervención de plan de parto, incluyendo al líder, brigadista y la partera. Si no existe organización comunitaria, le invitamos a conformar: un Comité comunitario de salud, la Brigada de traslados de las emergencias (BTE) donde sea necesario, orientando también la comunicación telefónica con el personal de salud en diferentes niveles y promover con cada familia donde viva una embarazada o personas en condición de riesgo para su salud, tenga los “Ahorros familiares”. Las personas seleccionadas como líderes del plan de parto por sus comunidades, serán capacitadas y mantendrán las coordinaciones permanentes con el personal de salud.

### **e) El Comité Comunitario**

El comité comunitario forma parte de la organización de la comunidad y debe ser la instancia responsable, en conjunto con el equipo de salud ESAFC o GISI de promover y coordinar las acciones orientadas a mejorar el estado de salud y el desarrollo social comunitario. La acreditación o reconocimiento oficial del Comité comunitario por las autoridades municipales y departamentales de la salud se considera el inicio para la sostenibilidad del plan de parto.

Los miembros del comité deben ser electos por la comunidad e integrado por personas respetadas, motivadas y con tiempo disponible para colaborar. El comité ayudará a mediar y servir de enlace entre la comunidad, y el ESAFC o GISI, que les capacita y brinda acompañamiento en sus comunidades. El comité debe tener presidente, vicepresidente, secretario, responsable de traslado, mediador y fiscal. Es necesaria la participación de al menos 04 personas por comunidad.

### **Paso 4: Capacitar a los Líderes comunitarios**

Para la comprensión del Plan de parto y su sostenibilidad, los comunitarios electos serán capacitados en 6 temas de la intervención; que les permita identificar el rol que juegan. Como involucrar a la comunidad en las diversas actividades planteadas, por ejemplo: ¿Qué es un comité comunitario?, ¿Que es una brigada de traslados y cuál es la función de sus miembros?, ¿Cómo se puede apoyar a la embarazada para que tenga su Plan de parto?, ¿Cuáles son los beneficios de la Casa materna y de la planificación familiar? Etc.

Esta capacitación se desarrollará siguiendo la “Guía de capacitación para la red comunitaria”, se sugiere que se haga en sesiones continuas o por encuentros, acordadas con la red comunitaria, por cada uno de los 6 temas. La capacitación se fortalecerá en las reuniones mensuales de los ESAFC o GISI con los Líderes comunitarios.

### **Paso 5: Organización de la comunidad.**

Luego de la capacitación, el comité comunitario realizará las siguientes actividades:

- Organizar el grupo responsable de la BTE
- Localización de las embarazadas.
- Participar con el ESAFC o GISI en la actualización del croquis comunitario
- Elaboración del Registro comunitario del plan de parto.
- Promover el Fondo de ahorro familiar.
- Elaboración del plan de promoción de la Casa materna.

#### **a) Brigada de Traslados de Emergencia (BTE):**

Las Brigadas de traslados de emergencias (BTE): Son las personas interesadas en servir a la comunidad, organizadas, que están dispuestas a coordinar con el personal de salud, autoridades y otros líderes para movilizarse en cualquier momento y trasladar a una persona enferma o embarazada, desde la comunidad hasta una unidad de salud. La BTE debe estar constituida por las siguientes personas: Encargada de la coordinación; responsable de sector; enlace y miembros (6 a 10 personas) que se turnan para cargar y trasladar, el numero estará en correspondencia con las distancias de las comunidades.

La persona responsable de la BTE, forma parte del Comité comunitario. La BTE es una respuesta oportuna, debido que un porcentaje significativo de mujeres presentan complicaciones graves o

mueren durante el embarazo, el parto o después del parto, algunas de ellas porque no tienen acceso a comunicarse con personas claves como el personal de salud, para coordinar su traslado o no tienen acceso a los medios de transporte que puedan llevarlas rápidamente al lugar donde ofrezcan el nivel de cuidado médico adecuado para sus problemas. La BTE debe funcionar en cualquier momento, porque las emergencias son difícilmente previsibles. Es recomendable siempre recordar a las mujeres la llegada oportuna (un mes antes) a las casas maternas para evitar traslados de urgencia.

Los equipos de salud ESAFC o GISI, las parteras, los brigadistas, líderes y los comités de salud trabajarán juntos para organizar las BTE en las comunidades. Toda comunidad debe contar con una BTE y cada familia de embarazada ha de tener un plan para tener acceso a ella si presentara complicaciones.

El objetivo de organizar la BTE es disminuir el tiempo en que estas personas se ponen de acuerdo para salir a buscar ayuda. El personal de salud en coordinación con las organizaciones locales o la misma comunidad; debe de apoyar a la BTE para que cuenten con el equipamiento necesario para sacar de la comunidad las emergencias (hamacas, mecates, linternas, capotes, teléfonos celulares) y disponer de una lista con los números telefónicos de las personas claves de la comunidad y del personal de salud.

- b) Identificación y localización de las embarazadas:** Como parte del proceso educativo, los Líderes comunitarios tienen como primera tarea determinar cuántas embarazadas hay en la comunidad y donde están ubicadas, este es el Registro comunitario de plan de parto y ubicarlas en el **mapa o croquis** de la comunidad. Por tal razón, durante la capacitación en la unidad de Plan de parto, se debe programar esta actividad y asegurar su cumplimiento en la sesión siguiente. Si el taller es un solo encuentro de 3 días, se asigna la tarea y se solicita que el brigadista lleve el Registro comunitario completado al ESAFC o GISI con el propósito de compararlo con el Censo de embarazadas que lleva el Sector.
- c) Elaboración del Registro comunitario del plan de parto (Anexo 3):** El Registro comunitario es un instrumento en el que se anota la información de cada mujer embarazada de la comunidad, lo elabora el voluntario de salud. Este se actualiza periódicamente en cada comunidad o barrio y se hace a través de visitas casa a casa. El ESAFC o GISI debe apoyar a los Líderes comunitarios para que lleven este registro de forma adecuada. Para el llenado del Registro comunitario el voluntario se guiará del respectivo Instructivo. Los resultados nos permiten conocer:
- Cuántas embarazadas y puérperas hay en la comunidad y su correspondencia con las registradas en el Censo del establecimiento de salud.
  - La cobertura de atención prenatal y control puerperal de la comunidad.
  - Las fechas probables de parto de cada embarazada para referenciarla a la Casa materna.
  - La utilización de las brigadas para el traslado de las emergencias.
  - Cuántas mujeres usan un método anticonceptivo después del parto. (para la promoción de la ECMAC)

Para el levantamiento de la información se requiere: El Registro comunitario, el croquis o mapa de la comunidad, para organizar y orientar el trabajo de campo, además de borrador, lápices y tajador.

- d) Elaboración del Croquis o Mapa de la Comunidad:** El objetivo del mapa es plasmar la ubicación de las embarazadas en la comunidad para su fácil localización, captación y seguimiento. El ESAFC o GISI es responsable de esta tarea y el líder colabora para concretarla.

Cuando se tenga el registro de las embarazadas, los Líderes comunitarios procederán a escribir en el croquis, con lápiz de grafito una “E” sobre la casa donde existan. Después que las mujeres terminan su embarazo la “E” es borrada y se circula la casa con lápiz de grafito, para saber que en esa casa hay una puérpera. El ESAFC o GISI deberá asegurar que existan los croquis.

- e) **Promover el Fondo de Ahorro familiar:** El personal de salud de cada Sector debe coordinar con los líderes la salida a tiempo de las mujeres para asegurar la gratuidad de los servicios tal como establece el Modelo de salud. Sin embargo, si se presentara una emergencia, la familia debe tener las previsiones para salir sin demora al establecimiento de salud, este es el propósito del ahorro en cada familia. Esta actividad debe estar a cargo del comité comunitario y de los Líderes que apoyan el plan de parto. El objetivo de tener estos fondos es que la familia disponga de una cantidad de dinero para que las embarazadas puedan utilizarlo para costear su viaje oportuno a la casa materna, alistarse para el nacimiento o en caso de una emergencia del embarazo evite las demoras. Los elementos importantes cuando se promueve un fondo familiar son:
- Cada familia tendrá su forma de recaudar ahorros (crianza de aves, animales, venta de porciones de la cosecha, dinero etc.)
  - Los Líderes y el personal de salud alentarán este ahorro familiar.
  - En cada visita se revisa los avances en el ahorro que hay en la familia de la mujer.
  - Alentar que la mujer llegue a la Casa materna a tiempo.
- f) **Elaboración del plan de promoción de la Casa materna:** Durante una asamblea comunitaria, el personal de salud debe acompañar a los Líderes a presentar el “Plan de promoción de la Casa materna” que ellos iniciaron durante la capacitación. Este debe de completarse con las ideas de toda la comunidad. Se espera que las personas de la comunidad puedan asumir algunos compromisos y tareas en apoyo a la promoción de la Casa materna, la referencia a la casa materna de las mujeres a un mes de parir. La seguridad que sus hijos y bienes quedaron resguardados por su familia o vecinos. (Lamina 23. Guía de capacitación de la red comunitaria).

## Paso 6: Captación, Negociación y Referencia:

- a) **La captación:** la captación se puede realizar durante la elaboración del Registro comunitario en los hogares; durante las visitas domiciliarias (vd) realizada por las parteras, brigadistas o líderes comunitarios y por el personal de salud, durante la atención prenatal o durante las visitas a la comunidad que se hacen las salidas integrales.

En el proceso de captación, se realiza el llenado de la Ficha del plan de parto (Formatos e instructivos: Anexo 4) según el instructivo de la ficha. Se debe procurar que en el primer contacto la mujer hable libremente, exprese sus dudas e inquietudes sin sentirse obligada a responder “lo que la persona que dirige la negociación quiere” y que ella misma descubra cuales actividades importantes no ha planificado para su parto y el nacimiento de su niño. En este momento la información se vuelve crucial y las ideas y respuestas que le demos a la embarazada para tomar decisiones o pensar en ellas se vuelve decisivo.

- b) **Negociación:** Es importante recordar que el plan de parto es desarrollar con la mujer y su familia, un proceso de diálogo y negociación para facilitar la toma de decisiones conjuntas encaminadas a disminuir los riesgos y a la buena evolución del embarazo, el parto y el puerperio y no solamente llenar la ficha.

Desde este momento se debe promover el alojamiento de las embarazadas en la Casa materna más cercana un mes antes de la fecha probable de parto y promover la ECMAC.

**c) Referencia:** para darle continuidad al proceso de negociación:

Si la captación y negociación se ha iniciado en la comunidad, los Líderes comunitarios deben referir a la embarazada y su pareja al establecimiento de salud apoyándose en la hoja de referencia comunitaria y el personal de salud debe atender y enviar la contra referencia para informar sobre los avances del mismo. El voluntario debe de anotar en el “Registro diario de actividades y referencias comunitarias del SICO” (Anexo 6), las visitas o actividades realizadas, anotando “Plan de Parto” en la casilla Embarazo y en la casilla referido.

Si la negociación se inició durante la atención prenatal u otra consulta que motivó a la embarazada; el personal de salud debe recomendar a la embarazada ponerse en contacto con la partera o líder a cargo del Plan de parto en la comunidad para el seguimiento al plan.

## **Paso 7: Seguimiento al Plan de parto.**

Después de realizar la captación, el personal de salud del ESAFC o GISI y los Líderes comunitarios continúan conversando y negociando sobre las decisiones claves que ha tomado o debe tomar la embarazada y su familia; a estas actividades se le denomina seguimiento.

El seguimiento a las decisiones de la mujer debe darse tanto en el establecimiento de salud como en la comunidad, la comunicación y coordinación son fundamentales. Es probable que la mujer durante la visita no pueda decidir qué hacer, sobre algunas actividades del Plan de parto, porque necesita contar con el apoyo de su compañero o la familia.

El personal de salud, deberá darles seguimiento a los acuerdos en cada visita para la atención prenatal; reforzando las decisiones que protegen la vida de la mujer y brindándole la información necesaria y de calidad para que pueda asumir o considerar otras alternativas que conlleve a una toma de decisión segura y responsable. Por ejemplo, muchas mujeres desean atender su parto en el establecimiento de salud, la mejor alternativa a recomendarle son las Casas maternas.

En la comunidad, los líderes realizan seguimiento a la mujer embarazada, apoya a la familia en esta toma de decisiones y promueve los ahorros familiares y fortalece las BTE. Una de las actividades principales de los Líderes comunitarios son las **Visitas Domiciliares**, éstas se facilitan cuando existen vínculos de confianza con la familia. Para el seguimiento a las embarazadas, el voluntario hace uso del Registro comunitario, de la Ficha del plan de parto y del Croquis.

En el anexo 11, se presenta una “Lista de chequeo” en el periodo puerperal, para la visita del comunitario y los ESAFC o GISI, dirigido a las púerperas en los primeros tres días post parto, con el fin de identificar algún riesgo en la madre o el niño. Es exitoso que en la negociación la mujer decida quedarse con su bebé en la casa materna al menos 3 días posteriores al parto.

En algunas comunidades el voluntario es el vínculo permanente entre la embarazada, su familia y el personal de salud y en este sentido su actividad educativa y de comunicación es vital en el seguimiento de cada mujer con Plan de parto.

## Paso 8: Evaluación del plan de parto en la comunidad

El ESAFC o GISI en coordinación con el comité, evaluará en la asamblea comunitaria los avances del plan de parto cada cuatro meses. Los líderes comunitarios informan a la comunidad el funcionamiento de las brigadas de traslados, sobre el avance de los ahorros familiares, las referencias comunitarias y sobre los logros de Plan de parto. Se dirige un proceso reflexivo en el que se analiza esta información y las actividades que se pueden realizar ante los problemas específicos. El ESAFC o GISI debe felicitar siempre a los comunitarios y poner a la vista de la comunidad la importancia de su trabajo. Los indicadores que se pueden analizar en la comunidad son:

- Porcentaje de embarazadas adolescentes en seguimiento al Plan de Parto
- Porcentaje de embarazadas en seguimiento al Plan de parto
- Porcentaje de mujeres que atendieron su parto en el establecimiento de salud
- Porcentaje de mujeres que fueron trasladadas a la unidad de salud por la BTE
- Porcentaje de puérperas con Plan de Parto que utilizan un método anticonceptivo
- Porcentaje de mujeres que acudieron a la casa materna.

En esta reunión se debe dar seguimiento y mantener actualizado el plan de promoción de la Casa materna. Para elaborarlo, se toma como punto de partida la “Matriz del plan de promoción de la Casa materna” que los Líderes comunitarios completaron durante la capacitación y luego analizar con la comunidad sobre las actividades que se pueden realizar para promover el uso de la Casa materna, según su normativa. Los ESAFC o GISI debe tener la información necesaria sobre la Casa materna para proporcionarla a las embarazadas y a los líderes comunitarios. (Dirección de la Casa, nombre y teléfono de la persona que coordina, cuando llegar, como son las visitas, que aportar, etc.)

### A. Funciones y responsabilidades por Nivel

#### Nivel Central

##### Principales actores

- a) Dirección General de Servicios de Salud (DGSS)
- b) Dirección General de Docencia (DGD)

##### Principales Funciones y responsabilidades

La principal responsabilidad de este equipo es coordinar las acciones necesarias para la implementación y el seguimiento de la intervención a nivel nacional, lo que será reflejado en los Planes operativos respectivos. Desde la DGSS, se solicitará a los SILAIS, que envíen información relacionada a los indicadores y al proceso de implementación del Plan de parto.

#### Nivel SILAIS

##### Principales actores

- a) Director(a) del SILAIS.
- b) Responsables de: Salud Materna, Infantil y Adolescentes, Docencia, Estrategia Comunitaria y. Enfermería.

## Principales Funciones y Responsabilidades

- ✓ Implementar el plan de parto en su territorio.
- ✓ Monitorear y supervisar el desarrollo de la intervención en los municipios.
- ✓ Revisar los informes provenientes del nivel municipal, consolidarlos enviarlos al nivel central.
- ✓ Dirigir y apoyar las actividades de capacitación del nivel municipal y comunitario.
- ✓ Asegurar los recursos humanos, materiales y financieros del plan de parto
- ✓ Monitorear sistemáticamente los indicadores y el avance en general de la intervención.
- ✓ Crear actividades de estímulos y motivación para los voluntarios.

## Nivel Municipal

### Principales actores

El personal del centro de salud: el Director (a), responsable de enfermería, responsable de trabajo comunitario, el o la Educador/a en Salud, y médicos ESAFC.

### Principales Funciones y responsabilidades

Tienen la responsabilidad de organizar el proceso de implementación y seguimiento del Plan de parto con el personal del ESAFC o GISI, en cada sector y darles un apoyo continuo. La organización se realizará de acuerdo a la sectorización normada en el Modelo de salud.

- ✓ Planificar anualmente las actividades y metas de plan de parto.
- ✓ Capacitar y acompañar a los sectores en las actividades de inicio.
- ✓ Asegurar los recursos para el acompañamiento de los Líderes comunitarios.
- ✓ Participar en las actividades de supervisión, monitoreo y evaluación de la intervención.
- ✓ Informar sobre plan de parto en los Consejos técnicos ampliados y otras instancias de dirección.
- ✓ Asegurar la atención del parto, de preferencia adecuados culturalmente.
- ✓ Gestionar la ampliación de las capacidades de las Casas maternas (camas, alimentos, ropería) para atender la demanda generada en la comunidad.
- ✓ Promover la participación de los actores en la sostenibilidad del plan de parto

Actividades en la planificación del PPMS:

- ✓ Seleccionar las comunidades según los criterios.
- ✓ Determinar número de líderes comunitarios necesarios.
- ✓ Planificar las actividades de capacitación.
- ✓ Identificar acciones para mantener motivada la red comunitaria y la comunidad.

## Los Sectores.

### Principales actores

Los ESAFC o GISI responsables de cada Sector son el primer contacto de la comunidad con el MINSA, es el nivel que implementa el plan de parto y el acompañamiento en las comunidades: La puesta en marcha, la capacitación y el acompañamiento. A este nivel se puede identificar: al médico y personal de enfermería. Dependiendo del número de comunidades en las que se inicie el Plan de parto, la carga de tiempo para supervisar y acompañar la intervención puede variar; en algunos casos las brigadas móviles de salud pueden contribuir en este esfuerzo apoyando las reuniones planificadas en cada comunidad.

## Principales Funciones y Responsabilidades

- ✓ Conocer las normativas de Plan de parto y Casa materna.
- ✓ Elaborar anualmente, el Censo gerencial de las embarazadas, puérperas y postnatales.
- ✓ Acompañar a los Líderes en las visitas domiciliarias de negociación y seguimiento del plan parto.
- ✓ Promover el ahorro familiar.
- ✓ Realizar visitas a las inasistentes junto con los comunitarios de salud
- ✓ Reunirse sistemáticamente con la comunidad y las autoridades municipales
- ✓ Llenar y enviar al nivel superior el Consolidado mensual.
- ✓ Participar en el seguimiento y evaluación de la intervención.

## Nivel de la Comunidad:

### Principales actores

**La embarazada o puérpera y su pareja:** son los actores principales del proceso debido que el Plan de parto depende de ellos y de cómo se organizan los recursos con que cuentan para el cuidado de la mujer y el recién nacido. Se debe incorporar a los hombres en las sesiones de negociación para que respalde las decisiones tomadas por la mujer y se comprometa con la realización de acciones claves. Ellos podrían participar en la atención prenatal, parto y puerperio y contribuir en la búsqueda de posibles soluciones. (Ver en anexo 11).

**Los líderes de la comunidad:** Son los personajes clave de este proceso, su trabajo debe nutrirse de mucha motivación y vocación de ayuda para que el éxito sea el producto final de todo este esfuerzo; los comunitarios son parteras, brigadistas, líderes, maestros, etc. Ellos deben pertenecer a las comunidades y ser elegidos o ratificados por la comunidad debido a que:

- ✓ Si todos participan en la selección, es más probable que se respalde a los líderes.
- ✓ El hecho de tomar parte en la selección es un paso hacia una mayor responsabilidad de la gente sobre los factores que afectan la salud de su comunidad.
- ✓ Es probable que el brigadista elegido sienta que su principal responsabilidad es su comunidad.

## Principales Funciones y Responsabilidades

- ✓ Fortalecer el comité comunitario,
- ✓ Hacer funcionar las Brigadas de traslado de emergencia (BTE).
- ✓ Gestionar los recursos para el equipamiento de las BTE.
- ✓ Promover los ahorros familiares.
- ✓ Acompañar al ESAFC o GISI en la elaboración del croquis de la comunidad
- ✓ Negociar con la embarazada y su familia la aceptación de su Plan de Parto
- ✓ Captar y referir a la embarazada para la atención prenatal, parto y puerperio
- ✓ Realizar visitas domiciliarias a la embarazada para negociación y seguimiento
- ✓ Elaborar los reportes mensuales del Plan Parto

En la Tabla 3, se resumen las responsabilidades de los diferentes actores involucrados en el desarrollo y sostenibilidad del plan parto según las tres demoras. Los actores principales son los siguientes: Comunidad, gobiernos locales, la unidad de salud, hospital, SILAIS y Nivel Central.

## Las funciones y responsabilidades de los actores involucrados en el Plan de Parto

Se presenta en la tabla 3, una síntesis sobre las responsabilidades de los actores involucrados en el Plan de Parto, dependiendo del nivel del sistema, según la metodología por demoras. El cual se describe desde el nivel central hasta la comunidad, considerando la importancia de la gestión administrativa del MINSA y la activa participación de la comunidad.

**Tabla 3. Responsabilidades de los actores involucrados en el Plan de Parto  
Según demoras**

	Comunidad	Gobiernos Locales e instituciones	Unidad de Salud	Hospital	SILAIS	Nivel Central
Primera Demora	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Participa en las actividades de IEC sobre signos de peligro en el embarazo, parto puerperio y recién nacido</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Brinda asistencia técnica, financiera y logística para las actividades de IEC a las comunidades, para la implementación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Capacita y promueve la participación de la red comunitaria, así como intercambios de experiencias.</li> <li>✓ Atiende con calidad a toda embarazada.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Capacita al personal.</li> <li>✓ Atiende con calidad, a las Mujeres y educa en señales de peligro.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Acompaña e implementa el PPMS</li> <li>✓ Gestiona recursos.</li> <li>✓ Sistematiza las experiencias.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Plan de implementación y gestión de recursos financieros y técnicos.</li> <li>✓ Realiza visitas de acompañamiento.</li> </ul>
Segunda Demora	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Organiza Brigadas de Traslados. BTE</li> <li>✓ Busca apoyo para equipar las BTE.</li> <li>✓ Promueve el ahorro familiar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Incorpora en el Plan Municipal recursos logísticos y para equipar la BTE.</li> <li>✓ Apoyo de las consejeras de liderazgo.</li> <li>✓ Mejora los caminos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Capacita a las BTE</li> <li>✓ Articula las estrategias.</li> <li>✓ Asegura la comunicación.</li> <li>✓ Cumple las normas de referencia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Cumple las normas de referencia y contra referencia</li> <li>✓ Promueve el acceso al COE.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Coordina y monitorea los traslados oportunos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Promueve la sistematización de Experiencias.</li> <li>✓ Gestiona recursos</li> </ul>

Tercera Demora	✓ Gestiona apoyo con Empresas privadas locales para adquisición de insumos médicos y no médicos.	✓ Realiza mejoramiento de la infraestructura y equipamiento básico a las unidades de salud.	✓ Aplica normativa de atención de la mujer y el recién nacido.	✓ Sensibiliza al personal de salud en Plan de Parto.	✓ Monitorea del funcionamiento de la Red de Servicios.	✓ Norma los procesos de atención del parto según preferencias culturales seguras.
			✓ Asegura insumos médicos y no médicos.	✓ Organiza la Ruta Crítica	✓ Análisis de estándares de calidad, y búsqueda de soluciones.	✓ Establece las alianzas interinstitucionales.
			✓ Asegura las referencias oportunas y articulación entre I y II Nivel toma de decisiones.	✓ Capacita en COE. ✓ Realiza articulación entre I y II nivel.		

## B. Registro de la Información y Seguimiento del Plan de parto

El sistema de información y seguimiento permite medir los avances y resultados del Plan de Parto en la utilización de los servicios de salud. Los establecimientos de salud deben tener disponibles los datos establecidos en la presente normativa, incluyendo de las menores de 19 años, ya que esto permitirá la construcción de los indicadores para el análisis y toma de decisiones, en la prevención del siguiente embarazo y la postergación del intervalo intergenésico en las adolescentes. Los datos para la construcción de los indicadores del PPMS se obtienen de los siguientes instrumentos:

- ✓ Registro comunitario plan de parto (Anexo 3).
- ✓ Ficha de Plan de parto (Anexo 4.)
- ✓ Matriz para construir Indicadores (Anexo 5.)
- ✓ Registro diario de actividades y referencias comunitarias (Anexo 6).
- ✓ Reporte mensual de Plan de parto (Anexo 7).
- ✓ Resumen cronológico de Plan de parto (Anexo 8)
- ✓ Guía para la visita de acompañamiento (Anexo 9).
- ✓ Lista de verificación del llenado de la ficha (Anexo 10).
- ✓ Boleta de referencia y contra referencia (Anexo 13).

Los instructivos para el llenado de cada instrumento se encuentran en el reverso. En el plan de parto se retoman 3 formatos del SICO, estos son: Registro comunitario, Registro diario de actividades y referencias comunitarias y la Boleta de referencias comunitarias, utilizada por los líderes.

El SICO sirve para identificar las actividades realizadas por la red comunitaria con la embarazada, su familia y la comunidad, el registro diario de actividades y referencias comunitarias, alimenta al reporte mensual de Plan de Parto que el líder envía a su ESAFC o GISI. (Anexo 7)

La ficha de Plan de Parto: Es el instrumento para realizar y registrar el proceso de negociación con la embarazada (Anexo 4). En ella aparecen gráficamente, las principales actividades que contribuyen a realizar un parto institucional y es complementaria a la HCP. Cuando la mujer acuda para la atención del parto, el personal de salud deberá revisar la ficha para verificar el MAC que la mujer ha decidido usar cuando finalice su embarazo. La ficha impresa en colores debe ser entregada a la embarazada y una copia debe estar en el expediente clínico, esta será actualizada cada vez que la mujer llegue a la APN.

De los instrumentos anteriores de recolección de información, se obtienen los indicadores que responden al sistema automatizado SICO, los cuales se describen a continuación (Ver Anexo 5).

### a. Indicadores de la Intervención:

1. Número de mujeres anotadas en el registro comunitario de plan de parto
2. Número de embarazadas a las que se les ha dado seguimiento al plan de parto.
3. Número de embarazadas que atendieron su parto en un establecimiento de salud.
4. Número de mujeres que fueron trasladadas a la unidad de salud por la Brigada de traslado
5. Número de puérperas registradas.
6. Número de mujeres que atendieron su puerperio en el establecimiento de salud.
7. Número de puérperas con Plan de Parto que utilizan un método de planificación familiar.
8. Número de embarazadas que ingresaron en el mes.

## **b. Flujo de información del Plan de Parto:**

Para tener un esquema del uso y llenado apropiado de los instrumentos que forman parte del sistema de información y seguimiento, se propone a continuación el flujo que debe tener la información, análisis y retroalimentación desde la comunidad hasta el nivel central. (Flujograma Básico. Anexo 2.1.)

### **Primer momento**

El líder comunitario anota día a día las actividades realizadas, en el Registro diario de Actividades y referencias comunitarias (Anexo 6) y en el Registro Comunitario de Plan de Parto” (Anexo 3).

### **Segundo momento**

El líder envía cada mes al ESAFC de su Sector, los datos del “Registro diario de actividades y referencias comunitarias” (Anexo 6). Además, llenará el “Reporte Mensual Plan de Parto” (Anexo 7). Y el “Registro Comunitario Plan de Parto” (Anexo 3). Estos dos formatos, Anexos 3 y 7 son entregados al establecimiento de salud de su área. Esta es la información que se comparte en las asambleas comunitarias cada cuatro meses.

### **Tercer momento**

El responsable del puesto de salud consolida la información del “Registro Diario de actividades y referencias comunitarias (Anexo 6). Además, consolida el “Reporte Mensual de Plan de Parto” (Anexo 7) enviado por los líderes, en el “Resumen Cronológico de Plan de Parto” (Anexo 8).

Los datos del resumen cronológico deben ser incorporados al “Registro de Seguimiento a inasistentes a la atención prenatal, parto y puerperio” que se conoce como Censo Gerencial.

### **Cuarto Momento**

El personal de salud en la reunión mensual con la red comunitaria, analiza la información con los Líderes de las comunidades con Plan de Parto y realiza las recomendaciones, anotándolas en el cuadro “Observaciones” del Reporte Mensual del Plan de Parto y lo envía al Centro de Salud.

### **Quinto Momento**

En el Centro de Salud, la persona responsable del seguimiento de las estrategias comunitarias (Enfermería, AIM, Docencia, etc.), consolida la información del “Reporte Mensual de Plan de Parto”, de cada Puesto de Salud, una vez consolidada se introduce en el sistema en línea. Esta información mensual se entrega al SILAIS una vez que ha sido analizado, se comparte y retroalimenta los consejos técnicos ampliados y en las instancias de análisis.

### **Sexto Momento**

Los responsables de llevar el SICO a nivel de SILAIS, consolidan los “Reportes mensuales de Plan de Parto” de cada uno de los municipios e introduce los datos al sistema en línea para los SILAIS. En este nivel analizan la información comparándola con la producción de servicios y metas del SILAIS con el propósito de medir resultados. Anotan los aspectos relevantes en el cuadro de “Observaciones” del reporte mensual de PPMS y lo remite al nivel central.

## Retroalimentación

Una vez que cada momento se concluye, debe realizarse el proceso de devolución e intercambio denominado retroalimentación, esta actividad es educativa y forma parte de la metodología de aprendizaje en la acción basada en los principios del AMATE. En el Centro de Salud la retroalimentación es facilitada por la persona a cargo del Plan de parto. La finalidad es la toma de decisiones oportunas, para el acompañamiento de los ESAFC o GISI y estos con la red comunitaria. En el SILAIS de igual forma debe retroalimentar a los municipios.

### c. Acompañamiento de la intervención

El acompañamiento es un proceso a desarrollar en cada nivel de intervención: nacional, SILAIS, municipal, el Sector y la comunidad. El propósito apoyar al personal de salud de los establecimientos, para que estos apoyen a los líderes comunitarios en el desarrollo de las actividades del plan de parto en la comunidad tales como: seguimiento al sistema de capacitación, el funcionamiento de las estructuras organizativas, la negociación de la ficha del Plan de parto, el uso oportuno de los servicios de salud y de las Casas maternas.

Este se inicia, entonces, a partir de la capacitación a los facilitadores de los municipios del plan parto y en cada una de las fases de la cascada de la capacitación, acompañando siempre el proceso, el personal de mayor jerarquía. Una vez capacitado todo el personal, sigue el acompañamiento en la comunidad, se realiza utilizando la “Guía para la visita de acompañamiento” (Anexo 9).

El acompañamiento permitirá verificar hasta el nivel de comunidad: la programación de actividades y sus metas, la existencia y uso apropiado de los insumos, el funcionamiento de las comisiones y las destrezas en la ejecución de las actividades. Es pues un conjunto de actividades y procesos realizados por el personal de salud para garantizar el plan de parto con la embarazada y sus familias, las actividades son de: sensibilización, organización, capacitación y comunicación.

Antes de realizar la visita, el personal de salud responsable de garantizar el acompañamiento debe estudiar y conocer los siguientes instrumentos de Plan de Parto:

- ✓ El Manual de Plan de Parto y las Guías de capacitación.
- ✓ Guía para la visita de acompañamiento.
- ✓ Los instrumentos del sistema de información de Plan de parto: Registro diario de actividades y referencias comunitarias, Resumen mensual, Resumen cronológico, Registro comunitario Lista de verificación del llenado de la ficha. (Anexo 10) y la lista de chequeo para el cuidado de la mujer y el niño en el periodo puerperal. (Anexo 11)

**¿Cómo se hace el acompañamiento?** El acompañamiento se realiza principalmente a través de tres actividades: Entrevista, Observación y la indagación documental.

**Entrevista:** es una conversación del personal y los líderes de la comunidad para indagar sobre las actividades en desarrollo del Plan de parto. Para esto debe usarse la Guía para la Visita de Acompañamiento en la que se debe registrar la información que proporcionan los informantes.

**Observación:** puede emplearse cuando el voluntario conversa con la embarazada, púérpera o familiar durante una visita domiciliar.

**Indagación documental:** revisar los instrumentos, la manera de registrar, limitaciones, etc.

## ¿Cómo organizar el acompañamiento?

Cuando una comunidad inicia el plan de parto, el acompañamiento a los líderes debe brindarse mensualmente, al menos en los primeros 6 meses, debido a que en este período se deben fortalecer las bases organizativas de la comunidad para desarrollar las actividades. En cada visita el personal de salud hará uso de la “Guía para la visita de acompañamiento”. (Anexo 9)

**Primera visita de acompañamiento.** En esta visita se debe verificar que:

- ✓ La comunidad conoce sobre el plan de parto.
- ✓ Existe el comité comunitario. (revisar las actas de reuniones o plan de trabajo).
- ✓ Existe un responsable para el plan de parto.
- ✓ Los Líderes comunitarios han sido capacitados y conocen sus responsabilidades.
- ✓ Existe croquis o mapa y Registro comunitario de plan de parto (actualizado)
- ✓ Verificar los materiales: Ficha, boleta de referencia, registro diario de actividades y referencias comunitarias, reporte mensual y el material de apoyo de la red comunitaria,

**Segunda visita de acompañamiento.** En esta visita se debe asegurar que:

- ✓ La comunidad ha establecido la Brigada de traslados y su responsable.
- ✓ Tienen los números telefónicos del personal de salud y otros actores claves.
- ✓ Definidos los vehículos, los cargadores, los medios (lámparas, hamacas, baterías, etc.).
- ✓ Se está promoviendo en cada familia donde hay plan de parto, los ahorros familiares
- ✓ Las embarazadas de la comunidad tienen su ficha de plan de parto.
- ✓ Los comunitarios están refiriendo mujeres a la atención prenatal, parto o puerperio al establecimiento de salud y espera de su parto en la Casa materna.
- ✓ Se realiza seguimiento a las referencias de la comunidad.

**Tercera visita de acompañamiento.** En esta visita se debe asegurar que los comunitarios:

- ✓ Participan en las reuniones con el equipo de salud.
- ✓ Están refiriendo oportunamente a las embarazadas a la Casa materna y a la unidad de salud.
- ✓ Están aconsejando a las embarazadas sobre planificación familiar y los ahorros familiares.
- ✓ Han recibido la capacitación de seguimiento.

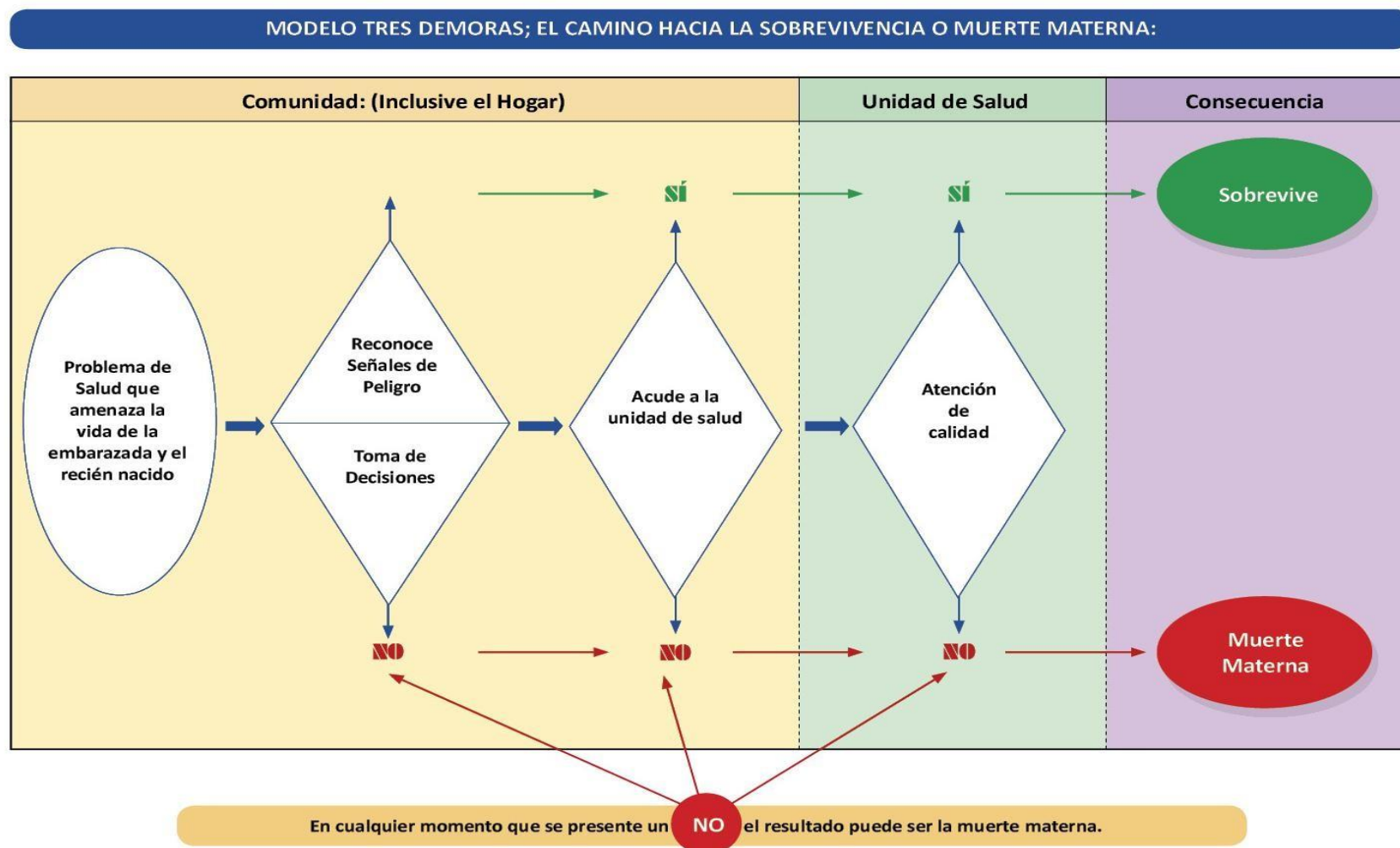
No debe esperarse que las actividades se desarrollen en el orden expuesto en las visitas, puede que algunas comunidades desarrollen más rápidamente las actividades de la tercera visita que de la segunda. Es por esto que el acompañamiento en los primeros meses es muy importante, dado que en conjunto con el comité se identifican las limitaciones y las posibles respuestas para superarlas.

## ¿Qué hacer con los resultados del Acompañamiento?

El responsable del acompañamiento debe comentar los resultados de la visita con los líderes de la comunidad, con el fin de reflexionar y tomar decisiones que conduzcan al logro de los resultados que se esperan alcanzar. Ejemplo: Si los comunitarios aún no han sido capacitados, se debe programar y realizar su capacitación de acuerdo a la Guía de capacitación para la red comunitaria. Así mismo, se puede detectar la necesidad de reforzar en algunos temas, entonces deben incluirse como parte de la Educación continua en la reunión mensual con los Líderes comunitarios.

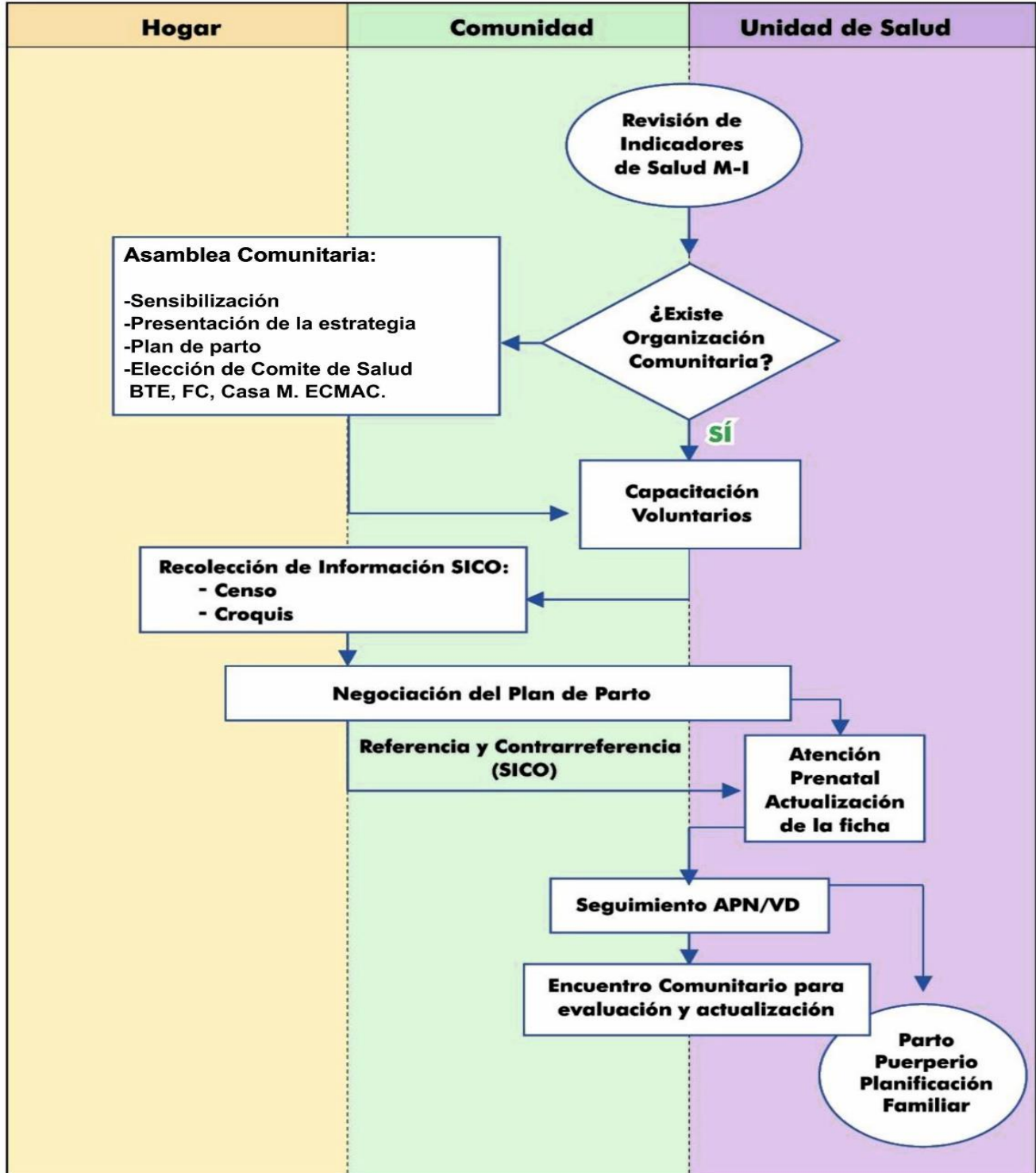
## VII. Diagramas de Flujo

### Anexo 1. Modelo tres demoras; el camino hacia la sobrevivencia o muerte materna.

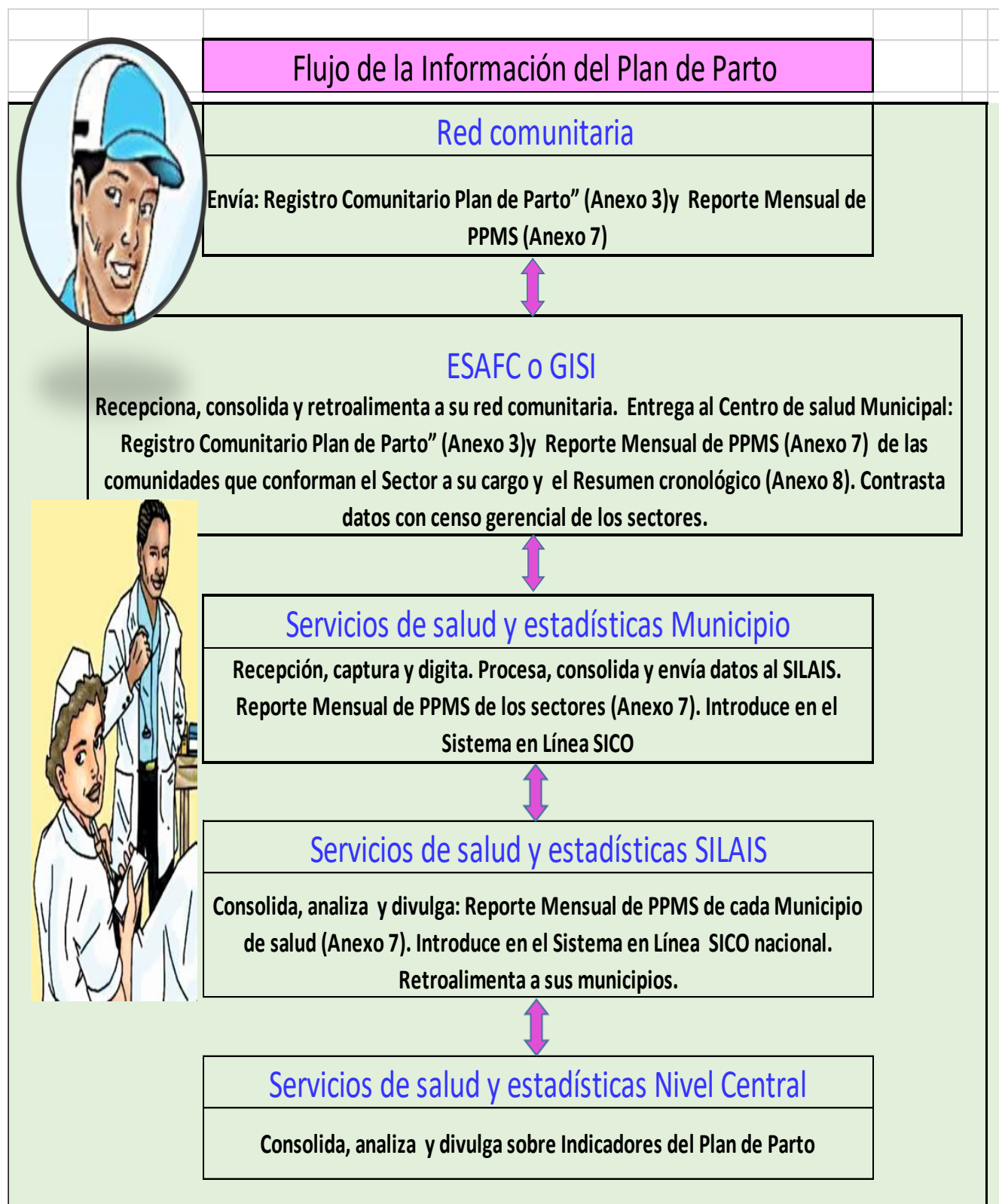


## Anexo 2. Flujograma del Plan de Parto para una maternidad segura

### Flujograma del Plan de Parto para una Maternidad Segura



## Anexo 2.1. Flujo de la información del Plan de Parto



## VIII. **Formatos e instructivos**

Anexo 3. Registro comunitario plan de parto

Anexo 4. Ficha de Plan de parto para la maternidad segura

Anexo 5. Indicadores de la estrategia Plan de parto

Anexo 6. Registro diario de actividades y referencias comunitarias

Anexo 7. Reporte mensual de Plan de parto

Anexo 8. Resumen cronológico de Plan de parto

Anexo 9. Guía para la visita de acompañamiento

Anexo 10. Lista de verificación para el llenado de la ficha de Plan de parto

Anexo 11. Lista de chequeo de la mujer y del recién nacido en los primeros tres días

Anexo 12. Láminas de negociación con hombres

Anexo 13. Boleta de referencia comunitaria

### Anexo 3. Registro comunitario Plan de Parto

Ministerio de Salud



#### Plan de Parto para Maternidad Segura REGISTRO COMUNITARIO PLAN DE PARTO

SILAIS: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_ Unidad de Salud: \_\_\_\_\_  
Comunidad: \_\_\_\_\_ Periodo: \_\_\_\_\_

Nº Casa	Nombres y Apellidos*	Inicio de Plan de Parto							Resultado del Pan de Parto											
		Edad	Fecha de Inicio del Plan de Parto	Controles Prenatales					Fecha Probable del Parto	Donde fue atendido su parto (Escriba fecha)			Recibió atención puerperal en la Unidad de Salud		Utiliza un método de planificación familiar		Fué trasladada por la brigada de transporte		Acudió a la Casa Materna	
				1	2	3	4	+do a		Unidad de Salud	Casa	Otros	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No

\* Marcar con un asterisco en la parte externa de la fila del nombre de la mujer que ya tiene mas de 60 días o que se fue de la unidad

Nombre del Voluntario : \_\_\_\_\_ Perfil: \_\_\_\_\_

Nombre del Responsable de la unidad de salud: \_\_\_\_\_

### Anexo 3. Instructivo del Registro comunitario de Plan de Parto

Este instrumento lo llenan los líderes comunitarios, registran a todas las embarazadas de la comunidad, con o sin APN, después de iniciar el llenado de la ficha de Plan de Parto. La fecha probable de parto la llena el ESAFC o GISI. Cuando el embarazo termine, se llenarán las otras casillas. Este registro se actualiza en cada visita a la embarazada. Una mujer sale del registro cuando haya cumplido 60 días después del parto. El personal de salud acompañará al comunitario que tenga dificultades para su llenado.

#### Datos generales:

- ✓ **SILAIS**, anotar el nombre del SILAIS al que pertenece la comunidad y establecimiento de salud.
- ✓ **Municipio**, anotar el municipio al cual pertenece la comunidad. ejemplo: San Rafael del Norte.
- ✓ **Comunidad**, anotar el nombre de la comunidad y sector especificar, por ejemplo: Los Mena Sector 1.
- ✓ **Establecimiento de salud**, anotar el nombre al cual pertenece la comunidad, por ejemplo: El Plantel.
- ✓ **Periodo**, anotar el periodo de vigente actualizando año con año, ejemplo julio 2019 a junio 2020.

#### Inicio del Plan de Parto:

- ✓ **No de casa**: anotar el número de casa según croquis comunitario.
- ✓ **Nombre y apellidos**: anotar los dos nombres y los dos apellidos de la embarazada. Si es posible verificar cédula de identidad.
- ✓ **Edad**: anotar la edad en años cumplidos de la embarazada.
- ✓ **Fecha de inicio del Plan Parto**: anotar la fecha en la cual se inicia el llenado y negociación de la ficha.
- ✓ **Ha recibido Atención prenatal**: marcar con una x y verificar a través del carné perinatal, sino referir al E/S.
- ✓ **Fecha probable de parto**: es anotado por el personal de salud de acuerdo al carné perinatal.

#### Resultados del plan del parto:

- ✓ **Donde fue atendido su parto**: anote la fecha del parto en la casilla y Otros cuando no haya sido en el E/S o en el domicilio.
- ✓ **Recibió atención puerperal en un E/S**: marcar con una x la casilla **SÍ**, cuando fue atendido en E/S público o privado, en caso contrario marque con una X en la casilla **NO**.
- ✓ **Utiliza un método de planificación familiar**: marcar con una x la casilla **SÍ**, cuando la mujer después del parto está utilizando un método después del embarazo, en caso contrario marcar con una x **NO**.
- ✓ **Fue trasladada por la brigada de traslado**: se marcará con una x la casilla **SÍ**, cuando la mujer fue trasladada al E/S por la BTE de su comunidad, en caso contrario marcar con una x la casilla **NO**.
- ✓ **Acudió a la Casa materna**: se marcará con una x la casilla **SÍ**, cuando la mujer acudió a la Casa materna, en caso contrario marcar con una x la casilla **NO**.

## Anexo 4. Ficha de Plan de Parto para la maternidad segura

## Señales de Peligro del Embarazo

## Señales de Peligro del Parto

## Señales de Peligro después de Parto (Cuarentena)

## Señales de Peligro en el Recién Nacido

La vida de la madre y el recién nacido se cuidan mejor cuando se asiste oportunamente al control prenatal y el parto se atiende en el hospital o unidad de salud.

Gobierno de Reconciliación  
y Unidad Nacional  
*El Pueblo, el Presidente!*

Ministerio de Salud

## Ficha de Plan de Parto para la Maternidad Segura

Nº de Ficha: \_\_\_\_\_

Nombre de la Embarazada: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Nombre del marido o Familiar: \_\_\_\_\_

Municipio: \_\_\_\_\_ Comunidad: \_\_\_\_\_

Unidad de Salud: \_\_\_\_\_

Fecha de Inicio de Plan de Parto: \_\_\_\_\_

Quien lo Inicia: \_\_\_\_\_

Nº de Teléfono personal de Salud: \_\_\_\_\_

### Seguimiento al Plan de Parto:

Fecha	Quien lo realiza

**EMERGENCIA**

## Control de Embarazo

Fecha de mi Embarazo: \_\_\_\_\_

Día	Mes	Año

Controles de Embarazo

Día	Mes	Año

Fecha de mi Primer Control: \_\_\_\_\_

Vacunas Amnitécnicas

Día	Mes	Año

Fecha de mi Parto: \_\_\_\_\_

1 2 3 4 5 6

¿Su compañero le ayuda en los cuidados de usted y de su bebé?

Observaciones

### Preparativos para el Parto

¿Quién la acompañará?

Observaciones

¿Quién la atenderá?

¿Dónde la atenderán?

## Otros Preparativos del Parto

¿Cuanto piensa que debe de ahorrar para alistar su parto? \_\_\_\_\_

¿Que nombre le pondrán al bebé? \_\_\_\_\_

¿Que hará usted y su familia para recoger el dinero? \_\_\_\_\_

¿piensa salir días nates de su comunidad? ¿Donde? \_\_\_\_\_

Observaciones

Observaciones

## ¿Como piensa salir de la comunidad para la atención de su parto o en caso de emergencia?

TRANSPORTE	Familia	Casa Materna
	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6

Cuidado de la familia  
Quien cuidará a los hijos, casa y animales, cuando llegue el momento del parto

Después del parto  
Que método de planificación familiar usará

## Anexo 4. Instructivo de llenado de la ficha de Plan de Parto

La ficha es un instrumento diseñado para facilitar y guiar el proceso de negociación de las actividades relevantes del Plan de parto con la mujer y su familia. Permite al personal de salud y líderes comunitarios; orientarles anticipadamente la planificación de la atención del embarazo, parto y puerperio. Las actividades que deben realizar y tomar decisiones que favorezcan la atención del parto y puerperio en condiciones seguras.

El personal de salud asegura el llenado de 2 fichas, una de color se le entrega a la embarazada y otra en blanco y negro queda en el expediente de la mujer.

### Lado I.

#### A. Datos Generales

- ✓ **Número de Ficha:** El personal de salud deberá anotar el número de expediente.
- ✓ **Nombre de la embarazada:** Escriba los nombres y apellidos de la embarazada.
- ✓ **Edad:** Escriba la edad en años cumplidos.
- ✓ **Dirección:** Escribir de forma clara la dirección habitual, anotando puntos de referencias.
- ✓ **Nombre de su marido o familiar:** Escriba el nombre y apellidos.
- ✓ **Municipio:** Escriba el nombre del municipio donde reside habitualmente la embarazada.
- ✓ **Comunidad:** Escriba el nombre de la comunidad donde reside habitualmente la embarazada.
- ✓ **Unidad de salud:** Escriba el nombre del establecimiento de salud que corresponda a la comunidad
- ✓ **Fecha de inicio de plan de parto:** Escriba la fecha que inicia el llenado de la ficha.
- ✓ **Quien lo inicia:** Escriba el nombre y apellido de la persona que inicia el llenado de la ficha.
- ✓ **No. de teléfono del personal de salud:** Anotar el número de teléfono y el nombre de la persona identificada como contacto clave para asegurar los traslados a la unidad de salud de forma adecuada.

#### B. Seguimiento al Plan de parto

- ✓ **Fecha:** Anote la fecha en que se realiza los seguimientos a la embarazada en su plan de parto ya sea realizado por el personal de salud o líderes comunitarios capacitados.
- ✓ **Quien lo realiza:** Anote el nombre y apellido de la persona que realiza el seguimiento de la ficha de Plan de parto ya sea que se realice en la unidad de salud o la comunidad.
- ✓ **Teléfonos de emergencias MINSA:** se informará a la red comunitaria que existen números de emergencia en el SILAIS ( ) a los cuales se marca las 24 horas del día, ya que desde allí, ellos localizan al personal y autoridades de salud.

### Lado II y III.

Contiene la información relativa a los acuerdos al plan de parto. En la primera visita o captación asegúrese de únicamente recoger la información que brinda la mujer, en los controles o visitas posteriores irá negociando las actividades claves de esta sección y que se subdivide en 4 incisos.

#### A. Control del Embarazo

- ✓ **Fecha de mi embarazo:** esta información la anotará el personal de salud; anotar en las casillas el día, mes y año de la fecha de la última regla y luego se hará el cálculo de la fecha probable del parto.
- ✓ **Controles de embarazo:** Señale con una "X" el círculo con el número que corresponda a la cantidad de atenciones prenatales que ha recibido la embarazada al momento del inicio del llenado de la ficha y en las visitas de seguimiento y negociación.
- ✓ **Vacunas Antitetánicas:** Este ítems lo llenará el personal de salud, según su carné de atención prenatal y llene los casilleros correspondientes.

#### B. ¿Su compañero le ayuda en los cuidados de usted y de su bebé?

- ✓ Señale con una "X" el círculo correspondiente al número de la visita de negociación en la que hace la pregunta y en observaciones anotar la respuesta de la mujer. Realizar actividades de sensibilización y negociación con el compañero de la embarazada. Los comportamientos a negociar con el hombre deben contemplar, al menos: ¿Se involucra en las tareas del hogar?, ¿Colabora con los cuidados de sus hijos e hijas?, ¿Muestra cariño, afecto y respeto hacia su compañera?

### C. Preparativos para el parto.

- ✓ **¿Quién la acompañará?:** Señale con una "X" el círculo que corresponde al número de la visita de negociación, debajo de la figura ilustrativa que corresponda, a la persona(s) que planea la mujer la acompañaran al momento del parto. En la línea de «Observaciones», anote los avances de cambios negociados con la embarazada, pareja y familia. Promueva que el marido acompañe a la mujer.
- ✓ **¿Quién le atenderá?:** Señale con una "X" el círculo correspondiente al número de la visita de negociación debajo de la figura ilustrativa que corresponda a la persona(s) que planea la mujer le atenderá su parto. Motive a la mujer a ser atendida por un personal de salud. En el caso que la mujer refiera que desea ser atendida por la partera, anote el nombre de la partera con el propósito de contactar a dicha partera y que sea ella quien promueva el parto institucional con la mujer.
- ✓ **¿Dónde le atenderán?:** Señale con una "X" el círculo correspondiente al número de la visita de negociación debajo de la figura ilustrativa que corresponda al lugar en el que planea la mujer atender su parto. Motive a la mujer a atender su parto institucional y llegar a la Casa materna oportunamente.

### D. Otros preparativos del parto.

- ✓ **¿Cuánto piensa que debe ahorrar para alistar su parto?:** Anote en el espacio la cantidad de dinero referida por la embarazada y su familia. Haga un ejercicio con la mujer para estimar los costos para alistar el parto. (considere el transporte y alimentación para ella y su acompañante)
- ✓ **¿Qué hará usted, su pareja y su familia para recoger el dinero?:** Anote todas las actividades que planean realizar para recoger el dinero. Estimule acciones para recaudar fondos en la familia.
- ✓ **¿Qué nombre le pondrá a su bebé al nacer?:** Anote en las líneas en blanco el nombre que planea poner a su bebé. Invítelos a buscar un nombre de niño y uno de niña con su pareja o su familia.
- ✓ **¿Piensa que tendrá que salir días antes de su comunidad? ¿Dónde?:** Señale con una "X" el círculo correspondiente al número de la visita de negociación, debajo de la figura ilustrativa que represente el lugar donde la mujer planea salir antes de su parto. En «Observaciones», anote los avances de cambios negociados con la embarazada y su familia. Promueva la Casa materna.
- ✓ **¿Cómo piensa salir de la comunidad para la atención de su parto (casa materna), o en caso de emergencias?:** Escriba debajo de la figura que representa el medio de transporte que planea usar la mujer, la persona dueña del medio, donde está localizado el medio, cuánto tiempo tardará el medio en llegar a su casa y cuánto tiempo tardará en llegar de la casa a la unidad de salud. En «Observaciones», anote los avances de cambios negociados con la embarazada y su familia. Asegúrese que la mujer haya contactado al dueño de medios y que conozca al Líder de la BTE su comunidad.
- ✓ **¿Quién cuidará a sus hijos, casa o animales cuando llegue el momento del parto?:** Señale con una "X" el círculo el número de la visita de negociación debajo de la figura ilustrativa que corresponda a la persona/as que cuidará sus hijos, familia y animales domésticos. En «Observaciones», registrar los nombres de estas personas. Asegúrese que la persona está dispuesta a apoyarla.
- ✓ **¿Qué método de planificación familiar planea usar después del parto?:** Marque con una X el círculo debajo de la figura representativo del método que usará al terminar el embarazo. El personal de salud debe asegurar la consejería de calidad para que la mujer acepte el método y mantenga el uso.
- ✓ **Observaciones:** Anote cualquier información relevante sobre la embarazada, su pareja o familia.

### Lado IV.

#### Señales de Peligro

Esta parte de la ficha contiene una serie de ilustraciones que reflejan las señales de peligro del embarazo, parto, puerperio y recién nacido, que le servirá al personal de salud y voluntario, como guía para la educación de la mujer, pareja y su familia sobre este tema. En el caso que la mujer presente una señal de peligro durante el embarazo, existe la opción de marcar con una "X" el círculo correspondiente al número de visita de negociación en la figura ilustrativa que corresponda a la señal de peligro presentada.

### Anexo 5. Indicadores Plan de Parto

No.	Indicadores/ Variables	Definición	Fuente de información	Procedimiento	Responsables	Periodicidad	Construcción
1	Porcentaje de mujeres anotadas en el registro comunitario de Plan de Parto.	Mujeres registradas en el Censo Comunitario de Plan de Parto.	Registro diario de actividades y referencias comunitarias del SICO.	Revisión documental	Coordinador del Sector.	Mensual Trimestral Semestral Anual	No de mujeres que fueron incorporadas en el registro comunitario de Plan de Parto / Total de embarazadas x100
2	Porcentaje de embarazadas a las que se les da seguimiento de Plan de Parto.	Proporción de mujeres embarazadas que recibieron una visita por parte del líder comunitario o del personal de salud para negociar las actividades de Plan de Parto	Registro diario de actividades y referencias comunitarias del SICO.	Revisión documental	Responsable de ESAFC o GISI	Mensual Trimestral Semestral Anual	No de mujeres que fueron contactadas y/o visitadas para negociar las actividades de Plan de Parto en el periodo / Total de embarazadas anotadas en el registro comunitario de Plan de Parto en el periodo * 100
3	Porcentaje de embarazadas que atendieron su parto en establecimiento de salud.	Mujeres con Plan de Parto negociado a quienes se les atendió su parto en el establecimiento de salud	Registro comunitario de Plan de Parto. Reporte mensual comunitario y Reporte institucional mensual de Plan de Parto.	Revisión documental	Responsable del ESAFC GISI y comunitario de PPMS	Mensual Trimestral Semestral Anual	No de mujeres con Plan de Parto que atendieron su parto en la unidad de salud en el periodo / Total de puerperas en el periodo*100
4	Porcentaje de mujeres que fueron trasladadas a la unidad de salud por la Brigada de Traslado.	Mujeres a quienes se les trasladó a la unidad de salud por la brigada de traslado.	Registro comunitario de Plan de Parto. Reporte mensual	Revisión documental	Responsable de puesto de salud Responsable municipal de Plan de Parto Responsable de AIM SILAIS	Mensual Trimestral Semestral Anual	No de mujeres que fueron trasladadas a la unidad de salud por la brigada de traslado en el periodo / Total de embarazadas con Plan de Parto *100

### Anexo 5. Indicadores Plan de Parto

No.	Indicadores/ Variables	Definición	Fuente de información	Procedimiento	Responsables	Periodicidad	Construcción
5	Porcentaje de púrpas registradas	Mujeres púrpas registradas en Plan de Parto en el período comprendido	Registro Comunitario de Plan de Parto, Reporte Mensual Comunitario	Revisión documental	ESAFC o GISI Responsable municipal de Plan de Parto. Responsable de AIM SILAIS	Mensual, Trimestral, Semestral y Anual	No. De púrpas registradas en el período /Total de embarazadas anotadas en el registro comunitario de Plan de Parto en el período *100
6	Porcentaje de mujeres que atendieron su puerperio en el establecimiento de salud.	Mujeres con Plan de parto negociado a quienes se les atendió su puerperio en la unidad de salud al menos en una ocasión durante el periodo comprendido entre los 7 a los 42 días pos parto.	Reporte mensual comunitario y Reporte institucional mensual de Plan de Parto.	Revisión documental	ESAFC o GISI Responsable municipal de Plan de Parto Responsable de AIM SILAIS	Mensual, Trimestral, Semestral y Anual	No de mujeres con Plan de Parto con atención puerperal en la unidad de salud en el periodo / Total de púrpas en el periodo * 100
7	Porcentaje de púrpas con Plan de Parto que utilizan un método de Planificación familiar.	Mujeres con Plan de Parto negociado que durante el puerperio están utilizando un método de planificación familiar para espaciar los embarazos.	Registro comunitario de Plan de Parto. Reporte mensual comunitario y Reporte institucional mensual de Plan de Parto.	Revisión documental	ESAFC o GISI Responsable municipal de Plan de Parto Responsable de AIM SILAIS	Mensual, Trimestral, Semestral y Anual	No de púrpas con Plan de Parto del periodo que utilizan un método anticonceptivo / Total de púrpas con Plan de Parto del periodo * 100
8	Porcentaje de embarazadas que ingresaron en el mes	Mujeres incorporadas en el registro del Plan de Parto	Registro comunitario de Plan de Parto. Reporte mensual	Revisión documental	ESAFC o GISI Responsable municipal de Plan de Parto y Responsable de AIM SILAIS	Mensual, Trimestral, Semestral y Anual	No de mujeres que ingresaron al Plan de Parto en el período / Total de embarazadas * 100

## Anexo 6. Registro diario de actividades y referencias comunitarias

[illegible]

## Anexo 6. Instructivo para el llenado del registro diario de actividades y referencias comunitarias del SICO

Este instrumento es llenado por el Líder de salud, quien anota diariamente todas las actividades comunitarias realizadas. Cada mes consolida la información y con ella elabora el Resumen mensual de actividades. Ayuda a llevar un control de las embarazadas, puérperas y recién nacidos; conocer las causas de referencia e informar al ESAFC o GISI y a la comunidad sobre.

### Datos generales:

- ✓ **Comunidad;** anotar el nombre de la comunidad y especificar el Sector.
- ✓ **Municipio;** anotar el nombre del municipio al cual pertenece el sector por ejemplo: San Rafael del Norte, Centro Salud.
- ✓ **SILAIS;** anotar el nombre del SILAIS al que pertenece la comunidad.
- ✓ **Mes Reportado;** anotar el mes en que se realizaron las actividades, por ejemplo, julio 2020.
- ✓ **Nombre del Comunitario;** Anotar nombre, apellidos y el cargo o función en la comunidad, por ejemplo: María Elena Aguilar/Partera o Misael Vega, Líder.
- ✓ **Número (No.);** Está enumerada del 1 al 10. Si se hacen más de 10 actividades en el mes, se debe ocupar otra página.
- ✓ **Fecha;** Anotar la fecha en la que se realiza cualquier actividad para mejorar la salud de la comunidad.
- ✓ **Nombre y apellidos;** Anotar el nombre y apellidos de la persona atendida o visitada, incluyendo actividades grupales.
- ✓ **Sexo;** Señala con una "X" si la persona atendida es hombre (H) o mujer (M)
- ✓ **Edad;** Escribir la edad cumplida de la persona atendida, si tiene años con una (a), meses (m) y días (d). Por ejemplo: 5a (Significa 5 años), 1m (Significa 1 mes), 15d (Significa 15 días). El brigadista deberá ponerle un círculo a la edad de las embarazadas o puérperas que se atendieron para incluirlas en el Resumen Mensual del Plan de Parto.
- ✓ **Actividades Realizadas;** Marcar con una "X", en el lugar correspondiente, de acuerdo con el tipo de actividad que se realiza de la siguiente manera:
- ✓ **Otras Actividades;** Marcar con una "X", debajo de esta columna cuando se realice cualquier actividad sea con una persona o con un grupo de personas, ejemplo: Jornadas de Limpieza, Encuentros Comunitarios, actividades de promoción: actividad grupal, actividades de gestión con información: reuniones comunitarias de Plan de Parto, etc.
- ✓ **Referido;** Marcar con "X" si la persona fue referida "Sí" o "No".
- ✓ **Actividades Educativas;** Marque con una "X" el tipo de actividad realizada con cada persona.

**Anexo 7. Reporte mensual de Plan de Parto**

Ministerio de Salud

**Plan Parto para la Maternidad Segura**  
**REPORTE MENSUAL DE PLAN DE PARTO**

SILAIS: \_\_\_\_\_ Establecimiento de Salud (E/S): \_\_\_\_\_  
 Municipio \_\_\_\_\_ Comunidad (es) con Plan de parto: \_\_\_\_\_  
 Mes Reportado: \_\_\_\_\_ Nombre del que Reporta \_\_\_\_\_

Nº	Variables	Numero
1	Número de mujeres anotadas en el registro comunitario de plan parto	
2	Número de embarazadas a las que se les ha dado seguimiento a su plan de parto	
3	Número de mujeres que atendieron su parto en un establecimiento de salud	
4	Número de mujeres que fueron trasladadas al establecimiento de salud por la brigada de traslado	
5	Número de mujeres puérperas registradas	
6	Número de mujeres que atendieron su puerperio en un E/S	
7	Número de puérperas con plan de parto que utilizan un método anticonceptivo	
8	Número de mujeres embarazadas que ingresaron en el mes.	

Observaciones : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## Anexo 7. Instructivo para el llenado del reporte mensual de Plan de Parto

Este reporte tiene el mismo contenido para el nivel comunitario y del personal de salud. El objetivo es consolidar los datos procedentes de la comunidad a nivel de los E/S municipales. Lo elaboran mensualmente tanto el comunitario en su territorio y a su vez de forma consolidada lo realiza el responsable de Plan de Parto del establecimiento de salud. Cada uno en su nivel de actuación.

**Para el llenado del reporte del líder comunitario** se utilizará el registro comunitario de Plan de Parto. El último día de cada mes se contabilizarán los datos que alimentan las variables y en los primeros 5 días del mes siguiente el voluntario lo enviará al puesto de salud. El ESAFC asegura la calidad del informe mensual.

**Para el llenado del reporte a nivel institucional** se presenta el consolidado de todos los reportes comunitarios mensuales de cada comunidad y sector. Es importante que en el momento de elaborarlo tenga a mano las metas de las comunidades a trabajar en Plan de parto y las guías de las visitas de acompañamiento aplicadas en las comunidades.

Nota: Siguiendo estas mismas instrucciones se llena el Resumen Cronológico de Plan de Parto.

### Datos generales:

- **SILAIS:** anotar el nombre del SILAIS al que pertenece la comunidad y el establecimiento de salud.
- **Municipio:** anotar el nombre del municipio al cual pertenece la comunidad y el Establecimiento.
- **Mes reportado:** anotar el mes y año del presente reporte. Ejemplo: agosto 2020.
- **Establecimiento de salud:** anotar el nombre de la unidad de salud y Sector al cual pertenece la comunidad. Ejemplo: Puesto de salud familiar y comunitario La Tronca. Sector 3.
- **Comunidad (s) con Plan de Parto:** el líder comunitario anotará el nombre de la comunidad con Plan de Parto que está reportando. Ejemplo: Valle Los Mairena.
- En tanto el personal de salud anotará el número de comunidades del Sector que ya iniciaron el proceso de implementación de Plan de Parto, independientemente de los pasos cumplidos o del tiempo que lleven en ello. Ejemplo: 7 comunidades.
- **Responsable de reportar:** anotar el nombre de la persona responsable de reportar sea líder comunitario o responsable del establecimiento de salud que está reportando.

### Variables:

1. Número de mujeres anotadas en el registro comunitario de Plan de parto: anotar el número de la sumatoria de mujeres registradas en el mes del reporte. Sin incluir las puérperas de más de 60 días.
2. Número de embarazadas a las que se les ha dado seguimiento a su Plan de parto. Anotar el número de la sumatoria a las que se les inició PPMS en el mes de reporte.
3. Número de mujeres que atendieron su parto en un Establecimiento de Salud. Anotar el número de la sumatoria de las mujeres que atendieron su parto en el E/S en el mes reportado.
4. Número de mujeres que fueron trasladadas al establecimiento de salud por la brigada de traslados. Anotar el número de mujeres que, según el registro comunitario de Plan de Parto, fueron trasladadas por la brigada de traslado al E/S en el mes de reporte.
5. Número de mujeres puérperas registradas. Anotar el número de la sumatoria de las puérperas en el mes de reporte. No incluir las del reporte del mes anterior para no duplicar la información.
6. Número de mujeres que atendieron su puerperio en un Establecimiento de Salud. Anotar el número de la sumatoria de las puérperas en el mes reportado.
7. Número de puérperas con Plan de parto que utilizan un método anticonceptivo. Anotar el número de la sumatoria de las puérperas con un método de Planificación Familiar, después de la terminación del embarazo, en el mes de reporte.
8. Número de mujeres embarazadas que ingresaron en el mes: Anotar el número de mujeres nuevas que fueron captadas por el Plan de parto para el mes del reporte (ingresos).

### Observaciones

Los Líderes anotaran en este espacio aquellas consideraciones del mes que se está reportando. Por ejemplo: En este mes la comunidad de La Ceiba, reportó el traslado de una mujer por la brigada de traslado de emergencias. Wasaca Sur ya está organizada y reportó este mes por primera vez. Se le ha solicitado al brigadista que, en coordinación con el ESAFC o GISI, haga búsqueda de las inasistentes a la APN.

## Anexo 8. Resumen cronológico de Plan de Parto

### ANEXO 8 Plan Parto para la Maternidad Segura RESUMEN CRONOLOGICO DE PLAN DE PARTO

SILAIS: \_\_\_\_\_ Establecimiento de Salud (E/S): \_\_\_\_\_  
 Municipio \_\_\_\_\_ N° de Comunidades con plan de parto: \_\_\_\_\_  
 Año: \_\_\_\_\_ Responsable de E/S: \_\_\_\_\_

N°	Variables	Ene.	Feb.	Mar	1Trim	Abr.	May	Jun	2 trim.	Jul	Ago	Sep	3Trim	Oct	Nov	Dic	4Trim	Total Año
1	Número de mujeres anotadas en el registro comunitario de plan parto																	
2	Número de embarazadas a las que se les ha dado seguimiento a su plan de parto																	
3	Número de mujeres que atendieron su parto en un establecimiento de salud																	
4	Número de mujeres que fueron trasladadas al establecimiento de salud por la brigada de traslado																	
5	Número de mujeres puérperas registradas																	
6	Número de mujeres que atendieron su puerperio en un E/S																	
7	Número de puérperas con plan de parto que utiliza un método anticonceptivo																	
8	Número de mujeres embarazadas que ingresaron en el mes																	

## Anexo 8. Instructivo para el llenado del resumen cronológico de Plan de Parto

Este instrumento registra los datos de los consolidados mensuales de todo un año, contiene las mismas 8 variables, 12 casillas (1 para cada mes) y hace cortes cada 3 meses (1 Trim) (2Trim, etc.) Sumando en esa casilla todo lo obtenido en los meses anteriores, para cada una de las 8 variables.

Ejemplo:

Al final del año se suman todas las cifras de

los 4 cortes (trimestres) para obtener el Total año, se realiza este procedimiento para cada una de las 8 variables. Ejemplo:

Se realiza 1 por Sector que resume todas las comunidades, 1 por municipio que resume todos los sectores y 1 por SILAIS que resume todos los municipios. A nivel nacional es en línea.

Variables	Ene	Feb	Mar	1 Trim.
Número de mujeres embarazadas registradas	24	18	21	63

Variables	1 Trim	2 Trim	3 Trim	4 Trim	Total Año
Número de mujeres embarazadas registradas	63	50	28	31	172

### Datos generales:

- ✓ **SILAIS**, anotar el nombre del SILAIS al cual pertenece el municipio.
- ✓ **Municipio**, anotar el nombre.
- ✓ **Año**, anotar el año que cursa.
- ✓ **Establecimiento de salud**, anotar el nombre del Sector.
- ✓ **Comunidades con Plan de parto**, anotar el número de las comunidades del Sector con Plan de Parto.
- ✓ **Responsable de establecimiento**, anotar el nombre de quien está reportando.

### Variables:

1. Número de mujeres anotadas en el registro comunitario de Plan de Parto: anotar el número de la sumatoria de mujeres registradas en el mes del reporte. No incluir puérperas de más de 60 días.
2. Número de embarazadas a las que se les ha dado seguimiento a su Plan de Parto. Anotar el número de la sumatoria a las que se les inició el Plan de Parto en el mes de reporte.
3. Número de mujeres que atendieron su parto en un establecimiento de salud. Anotar el número de la sumatoria de las mujeres que atendieron su parto en el E/S en el mes reportado.
4. Número de mujeres que fueron trasladadas al establecimiento de salud por la brigada de traslado. Anotar el número de mujeres que según el registro comunitario de Plan de Parto
5. Número de mujeres puérperas registradas. Anotar el número de la sumatoria de las puérperas en el mes de reporte. No incluir las del reporte del mes anterior para no duplicar la información.
6. Número de mujeres que atendieron su puerperio en un Establecimiento de Salud. Anotar el número de la sumatoria de puérperas que atendieron su puerperio en el E/S en el mes reportado.
7. Número de puérperas con Plan de Parto que utilizan un método anticonceptivo. Anotar el número de la sumatoria: puérperas con MAC a la terminación del embarazo, en el mes de reporte.
8. Número de mujeres embarazadas que ingresaron en el mes: Anotar el número de mujeres nuevas que fueron captadas por el Plan de Parto para el mes del reporte (ingresos).

## Anexo 9. Guía para la visita de acompañamiento

### GUÍA PARA LA VISITA DE ACOMPAÑAMIENTO

SILAIS: \_\_\_\_\_ Establecimiento de Salud (E/S): \_\_\_\_\_  
 Municipio \_\_\_\_\_ Comunidad: \_\_\_\_\_  
 Responsable de E/S: \_\_\_\_\_ Supervisor / es: \_\_\_\_\_

No.	Paso o Tarea realizada	Puntaje	Puntaje Obtenido		
			V1	V2	V3
<b>Fechas</b>					
<b>1</b>	<b>Organización y Participación comunitaria en función de plan parto.</b> Califique con 23 puntos si cumple con los 4 criterios o según escala de calificaciones. Cero si no cumple con ningún criterio	<b>23</b>			
1.1	Existe comité ó grupo comunitario que apoya el plan de parto	6			
1.2	En esta comunidad los líderes están capacitados en plan de parto	6			
1.3	Existe registro comunitario actualizado de plan de parto	6			
1.4	Existe croquis o mapa de ubicación de las embarazadas en esta comunidad	5			
1.5	<b>No Aplica.</b>				
<b>2</b>	<b>Organización para los traslados de las emergencias</b> califique con 16 puntos si cumplen con los 3 criterios o según escala de calificaciones Cero si no cumple con ningún criterio	<b>16</b>			
2.1	En esta comunidad existe una BTE.	6			
2.2	Existe una persona responsable de BTE	6			
2.3	Actualmente la BTE ha trasladado embarazadas, parturientas o puerperas u otra persona con problemas de salud al establecimiento de salud.	5			
2.4	<b>No Aplica.</b>				
<b>3</b>	<b>Fondos Familiar de ahorro</b> califique con 16 puntos si cumplen con los 3 criterios o según escala de calificaciones Cero si no cumple con ningún criterio	<b>16</b>			
3.1	En esta comunidad se ha promovido en cada familia ahorros para alistar el parto o alguna emergencia	6			
3.2	Existe una persona responsable para el manejo de algún fondo comunitario.	6			
3.3	Existe una persona en la familia responsable de ahorrar para alistar el parto.	5			
3.4	<b>No Aplica.</b>				
<b>4</b>	<b>Plan de Parto y Complicaciones</b> califique con 30 puntos si cumplen con los 4 criterios o según escala de calificaciones Cero si no cumple con ningún criterio	<b>30</b>			
4.1	En esta comunidad se esta negociando el plan de parto con la embarazada y su familia	5			
4.2	En esta comunidad se esta llenando la ficha de plan de parto a todas las mujeres embarazadas	5			
4.3	Se esta refiriendo embarazadas, parturientas y recién nacidos con señales de peligro al establecimiento de salud.	5			
4.4	Se esta refiriendo mujeres para APN, del parto, del puerperio y del recién nacido al E/S	5			
4.5	En esta comunidad se esta promoviendo el registro de los recién nacidos.	5			
4.6	En esta comunidad se están realizando actividades grupales con embarazadas.	5			
4.7	<b>No Aplica.</b>	5			
<b>5</b>	<b>Casa materna</b> Califique con 10 puntos si cumplen con el criterio, cero si no cumple con ningún criterio				
5.1	Los comunitarios están refiriendo embarazadas a la casa materna	10			
5.2	En esta comunidad se esta realizando promoción de la casa materna.	5			
5.3	<b>No aplica</b>	5			
<b>6</b>	<b>Planificación Familiar</b> califique con 5 puntos si cumplen con el criterio, cero si no cumple con ningún criterio				
6.1	Los comunitarios promueven en las embarazadas la planificación familiar				
6.2	<b>No aplica</b>				
<b>Total</b>		<b>100</b>			
<b>Observaciones V1</b>					
<b>Observaciones V2</b>					
<b>Observaciones V3</b>					

## Anexo 9. Instructivo para el llenado de la guía para la visita de acompañamiento

La visita de acompañamiento la debe realizar el personal de salud municipal al ESAFC o GISI que atiende la comunidad. La periodicidad de las visitas subsecuentes dependerá del puntaje alcanzado en la primera visita. En algunas ocasiones desde el nivel municipal o SILAIS se hace visitas.

En este formato el concepto de “No Aplica” se refiere a que cuando uno de los ítem no se ha cumplido, debido a que está en dependencia de otro proceso, el puntaje se podrá registrar en la casilla “No Aplica.”

### Datos generales:

- ✓ **SILAIS:** anotar el nombre del SILAIS al cual pertenece la comunidad y establecimiento de salud.
- ✓ **Municipio:** anotar el nombre del municipio al cual pertenece el establecimiento de salud.
- ✓ **Responsable del E/S:** anotar el nombre de la persona responsable del establecimiento de salud visitado.
- ✓ **Establecimiento de salud (E/S):** anotar el nombre y Sector al cual pertenece la comunidad.
- Comunidad:** anotar el nombre de la comunidad que recibe la visita de acompañamiento.
- Supervisor/es:** anotar nombre y apellidos de la persona que realiza la visita de acompañamiento.

### Pasos o tareas realizadas:

1. **Organización y participación comunitaria en función de Plan de Parto.** Este ítem tiene el valor total de 23 puntos los cuales estarán distribuidos de la siguiente manera de acuerdo a los pasos o tareas que se verificará directamente en la comunidad:
  - 1.1 Existe comité que apoya el Plan de Parto, calificará con 6 puntos si luego de constatar de forma verbal o por medio de libro de actas, la existencia de un comité comunitario.
  - 1.2 En esta comunidad los líderes están capacitados en Plan de parto, calificará con 6 puntos luego de constatar de forma verbal o por medio de libro de actas de la comunidad o del personal de salud.
  - 1.3 Existe registro comunitario actualizado de Plan de parto, se calificará con 6 puntos cuando se evidencie la existencia física del registro, el cual debe estar adecuadamente llenado y actualizado.
  - 1.4 Existe croquis o mapa de ubicación de las embarazadas en esta comunidad, se calificará con 5 puntos cuando se evidencie la existencia física del croquis actualizado.
  - 1.5 No Aplica.
2. **Organización para los traslados de emergencias (incluye las BTE).** Este ítem tiene un el valor total de 16 puntos distribuidos de acuerdo a los pasos o tareas que se verificará en la comunidad. Si el paso o tarea 2.3 No aplica, los pasos 2.2 y 2.3 tiene un valor de 5 puntos cada uno.
  - 2.1 En esta comunidad existe una persona BTE, calificará con 6 puntos luego de constatar por medio de libro de actas la constitución de la BTE, o alguna organización que realiza los traslados.
  - 2.2 En esta comunidad existe una persona responsable de la BTE, calificará con 5 puntos luego de constatar por medio del libro de actas la asignación de una persona responsable de la BTE.
  - 2.3 Actualmente la BTE ha trasladado embarazadas, parturientas o puérperas u otra persona con problema de salud al Establecimiento de salud, calificará con 5 puntos si evidencia mediante el registro comunitario, si la BTE existe, pero no han ocurrido complicaciones, esta tarea no aplica.
  - 2.4 No Aplica
3. **Fondo Familiar de ahorro.** Este ítem tiene el valor total de 16 puntos los cuales estarán distribuidos de acuerdo a los pasos o tareas que se verificará a nivel familiar.
  - 3.1 En esta comunidad se ha promovido ahorros familiares para alistar el parto o alguna emergencia: calificará con 6 puntos, luego de constatar mediante libro de actas u otro medio de verificación.
  - 3.2 Existe un responsable para el manejo de algún fondo comunitario (en el caso que se promueva), calificará con 5 puntos, cuando exista constancia de manejar algún fondo comunitario.
  - 3.3 Existe una persona en la familia responsable de ahorrar para alistar el parto: calificará con 5 puntos cuando se evidencie la existencia de una persona responsable del ahorro familiar.
  - 3.4 No Aplica
4. **Plan de Parto y complicaciones.** Este ítem tiene el valor total de 30 puntos los cuales estarán distribuidos de acuerdo a los pasos o tareas que se verifiquen en la comunidad. Si el paso o tarea 4.3 no aplica, los 5 pasos que aplican tendrán un valor de 6 puntos cada uno:
  - 4.1 En esta comunidad se está negociando el Plan de Parto con la embarazada y su familia: calificará con 5 puntos cuando se constate el uso de la ficha para la negociación del Plan de Parto a través

- de visitas domiciliarias. Verifique registro de actividades diarias del voluntario (SICO) o por algún otro medio de verificación escrito existente en la comunidad.
- 4.2 En esta comunidad se está llenando la ficha de Plan de Parto a todas las mujeres embarazadas, calificará con 5 puntos cuando todas las embarazadas anotadas en el registro comunitario ya tengan marcada la casilla de fecha de inicio Plan de Parto, o cuando lo constate con una muestra de ellas.
  - 4.3 Se están refiriendo embarazadas, parturientas, puérperas y recién nacidos con señales de peligro al E/S, calificará 5 puntos cuando en el registro diario de actividades (SICO) o por algún otro medio de verificación escrito, estén registradas las referencias realizadas a la U/S por estas causas en ese periodo. Si no han ocurrido casos, este paso no aplica.
  - 4.4 Se está refiriendo mujeres para la atención prenatal, del parto, del puerperio y del recién nacido al E/S, calificará 5 puntos cuando en el registro diario de actividades (SICO) o por algún otro medio verificable, estén registradas las referencias realizadas a la U/S por estas causas en ese periodo.
  - 4.5 En esta comunidad se está promoviendo el registro de los recién nacidos, calificará 5 puntos cuando en el registro diario de actividades (SICO) o por algún otro medio de verificación escrito, estén registradas las referencias realizadas al E/S por esta causa en ese periodo.
  - 4.6 En esta comunidad se están realizando actividades grupales con embarazadas, calificará 5 puntos cuando en el registro diario de actividades (SICO) o por algún otro medio de verificación escrito, esté registrado la realización de este tipo de actividades en ese periodo.
  - 4.7 No Aplica
  5. **Casa materna.** Este ítem tiene el valor total de 10 puntos los cuales estarán distribuidos de la siguiente manera de acuerdo a los pasos o tareas que se verificará en la comunidad. Aplicará solamente en aquellos municipios que cuentan con Casa materna:
    - 5.1 Los comunitarios están refiriendo a las embarazadas a la Casa materna, calificará con 5 puntos cuando en el registro diario de actividades (SICO) estén registradas las referencias realizadas a la Casa materna o por algún otro medio de verificación escrito existente en la comunidad.
    - 5.2 En esta comunidad se está realizando promoción de la Casa materna, se calificará 5 puntos cuando evidencia de alguna forma de apoyo de la comunidad para que las mujeres conozcan y usen las Casas maternas.
    - 5.3 No Aplica
  6. **Planificación familiar.** Este ítem tiene el valor de 5 puntos, se verificará directamente en la comunidad.
    - 6.1 Los comunitarios promueven en las embarazadas la PF, calificará con 5 puntos cuando los comunitarios que realizan el proceso de negociación con las embarazadas, su pareja y su familia mencionan el tema de la planificación familiar como un comportamiento a negociar. Verifique registro de actividades diarias o por algún otro medio escrito en la comunidad o cuando lo constate directamente con una mujer con Plan de parto.
    - 6.2 No Aplica

**Fechas:** A la par del puntaje para cada paso o tarea, se encuentran tres columnas correspondientes a 3 visitas, debajo de cada una, en el espacio en blanco, se anotará la fecha en la que se realizó cada una de las visitas de acompañamiento a la comunidad.

**Observaciones:** Este espacio está destinado para observaciones referentes a la visita de acompañamiento realizada, existe tres espacios, uno para cada una de las tres visitas.

**Total:** Luego de sumar los puntos obtenidos en cada ítem, anote el número resultante en el espacio correspondiente a cada visita y utilizando la escala de calificación, decida;

**Escala de calificaciones y periodicidad:**

- ✓ 0 – 50 puntos: Es necesario un acompañamiento estricto en esta comunidad, mínimo cada mes, máximo cada 2 meses.
- ✓ 51– 75 puntos: Hay avances en la comunidad, pero es necesario acompañarla, mínimo cada 2 meses, máximo cada 3 meses.
- ✓ 76 – 100 puntos: La comunidad está trabajando muy bien, acompañar cada 3 ó 4 meses.

## Anexo 10. Lista de verificación para el llenado de la ficha de Plan de Parto

SILAIS: \_\_\_\_\_

Municipio : \_\_\_\_\_

Establecimiento de Salud E/S \_\_\_\_\_

LISTA DE CHEQUEO	Fecha:		Fecha:		Fecha:		Fecha:	
	Nº Ficha		Nº Ficha		Nº Ficha		Nº Ficha	
	Llenado correcto		Llenado correcto		Llenado correcto		Llenado correcto	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>1. Datos Generales</b>								
1. Número de Ficha								
2. Nombre de la embarazada								
3. Edad								
4. Dirección								
5. Nombre del Marido o Familiar								
6. Teléfono ante emergencia								
7. Comunidad								
8. Establecimiento de Salud								
9. Fecha de Inicio de Plan de Parto								
10. Quién lo inicia								
Porcentaje Parcial								
<b>2. Seguimiento al Plan de parto</b>								
1. Fecha								
2. Quién lo realiza								
Portada parcial								
<b>3. Control de Embarazo</b>								
1. Fecha de mi Embarazo								
2. Control del Embarazo								
3. Vacuna Antitetánica								
Porcentaje Parcial								
4. ¿Su compañero ó familiar le ayuda en los cuidados de usted y de su bebé?								
<b>5. Preparativos para el parto</b>								
1. ¿Quién la acompañará?								
2. ¿Quién la atenderá?								
3. ¿Dónde la atenderán?								
Porcentaje Parcial								
<b>6. Otros Preparativos de importancia</b>								
1. ¿Cuánto debe de ahorrar para alistar el parto?								
2. ¿Qué hará usted y su familia para recoger el dinero?								
3. ¿Qué nombre le pondrá a su bebé?								
4. ¿Piensa que tendrá que salir días antes de su comodidad? ¿Dónde?								
5. ¿Cómo piensa salir de la comunidad para la atención de su parto o en caso de emergencia								
6. ¿Quién cuidará a sus hijos, casa y animales, cuando llegue el momento del parto								
Porcentaje Parcial								
<b>7. Señales de Peligro</b>								
Verifique si esta marcada alguna señal de peligro y si se tomaron las medidas necesarias								
Porcentaje Global								

Nombre y cargo de quien la guía.

## Anexo 10. Instructivo. Lista de verificación para el llenado de ficha de Plan de parto

Este instrumento debe ser usado por miembros del equipo de monitoreo de los municipios o SILAIS, para aplicarlo a los sectores y centro de salud donde con Plan de Parto. El medio de verificación son las copias de las fichas del expediente clínico. La evaluación es trimestral, para lo cual existen 4 columnas, una para cada monitoreo en un año.

### Identificación general:

- ✓ **SILAIS:** anotar el nombre del SILAIS al cual pertenece la comunidad y el Establecimiento de salud.
- ✓ **Municipio:** Anotar el nombre del municipio al que pertenece la unidad de salud.
- ✓ **Establecimiento de Salud (E/S):** Anotar el nombre del E/S o Sector donde se está aplicando la lista de verificación.

### Las columnas, cada una consta de:

- ✓ **Fecha:** se anota el día, mes y año de la visita al E/S Para la aplicación de la lista.
- ✓ **No. de fichas:** se anota el número de fichas de Plan de Parto a revisar, podrán ser de 10 a 20 fichas en cada E/S por monitoreo, este a su vez contiene:
- ✓ **Llenado Correcto;** a su vez tiene dos columnas:
  - **No. y % No:** marcar una barrita o palote por cada ficha en la que se llenó de forma correcta el ítem a verificar. Hacer el mismo procedimiento por cada ítem de la lista de chequeo.
  - **%:** anotar el número resultado de la siguiente operación: contar los palotes o barritas, a este número se le multiplica por 100 y se divide entre el número de fichas revisadas. Hacer el mismo procedimiento por cada ítem de la lista de chequeo. Ejemplo: 17 palotes X 100 / 20 fichas revisadas: 85.
  - En los ítem de porcentaje parcial se colocará el resultados de la siguiente operación: suma de todos los porcentajes del segmento dividido entre el número de ítem del segmento que aplican. Ejemplo: en el segmento de control de embarazo (3 ítems) los porcentajes son 85, 90 y 100, se suman y se dividen entre 3 y resulta 92. Este último número es el que colocará en esa casilla. En el ítem de porcentaje global se colocará el resultado de la siguiente operación: suma de los porcentajes parciales dividido entre 5 (constante). Ejemplo: los porcentajes parciales son 100, 100, 92, 85, 70, se suman y se dividen entre 5 y resulta 89. Este último número es el que colocará en esa casilla.
  - El porcentaje global mínimo de llenado es del 90 %, indicar revisión del instructivo de llenado o capacitación en servicio cuando los porcentajes parciales sean menores de este porcentaje, además, se puede orientar de forma más específica ya que dispone de los porcentajes por ítems.
  - La lista de chequeo en sí, consta de 5 segmentos:

### 1. Datos Generales

**Número de Ficha:** Se considera bien llenado cuando en la ficha se encuentre registrado el número de expediente clínico de la usuaria asignado por el E/S.

**Nombre de la embarazada:** Se considera bien llenado cuando en la ficha está registrado los nombres y apellidos de la embarazada.

**Edad:** Se considera bien llenado cuando en la ficha se encuentre registrado la edad en años cumplidos.

**Dirección:** Se considera bien llenado cuando en la ficha se encuentre registrado la dirección habitual.

**Nombre del marido o familiar:** Se considera bien llenado cuando en la ficha se encuentre registrado el nombre y apellidos del marido o familiar, si lo tiene. Si no tiene este ítem no aplica.

**Municipio:** Se considera bien llenado cuando en la ficha se encuentre registrado el nombre del municipio donde reside habitualmente la embarazada.

**Comunidad:** Se considera bien llenado cuando en la ficha se encuentre registrado el nombre de la comunidad y sector donde reside habitualmente la embarazada.

**Establecimiento de Salud o Sector:** Se considera bien llenado cuando en la ficha se encuentre registrado el nombre del E/S que corresponda a la comunidad de procedencia de la embarazada.

**Fecha de Inicio de Plan de Parto:** Se considera bien llenado cuando en la ficha se encuentre registrada la fecha en que inicia el llenado de la ficha de Plan de Parto por primera vez.

**Quien lo inicia:** Se considera bien llenado cuando en la ficha se encuentre registrado el nombre y apellido de la persona que inicia el llenado de la ficha de Plan de Parto.

**No. de teléfono de personal de salud:** Se considera bien llenado cuando se encuentra registrado en el número de teléfono del personal de salud, considerado clave al momento de un traslado.

**2. Seguimiento al Plan de Parto**

**Fecha:** Se considera bien llenado cuando en la ficha se encuentre registradas las fechas de los seguimientos a la embarazada en su PPMS

**Quien lo realiza:** Se considera bien llenado si en la ficha se encuentre registrado el nombre y apellido de las personas que realizaron el seguimiento o negociación del PPMS

**3. Control del Embarazo**

**Fecha de mi embarazo:** Se considera bien llenado cuando en la ficha se encuentre registrado el día, mes y año del inicio de la última regla y la fecha probable del parto.

**Control del Embarazo:** Se considera bien llenado cuando en la ficha está marcado con una "X" el círculo con el número correspondiente a la APN de la embarazada a la verificación.

**Vacunas Antitetánicas:** Se considera bien llenado cuando en la ficha se encuentre registrado el día, mes y año en el que le aplicaron la o las dosis de vacuna antitetánica.

**4. ¿Su compañero le ayuda en los cuidados de usted y de su bebé?**

Se considerará correctamente llenado cuando se encuentre marcado con una "X" el círculo correspondiente al número de la visita de negociación en la que se hizo la pregunta y se anotó en observaciones la respuesta de la mujer. Además, en el espacio para observaciones ha anotado las actividades de sensibilización y negociación realizadas con el compañero de la embarazada.

**5. Preparativos para el parto:**

**¿Quién la acompañará?:** Se considera bien llenado cuando en la ficha se encuentre marcado con una "X" el círculo correspondiente al número de la visita de negociación debajo de la figura ilustrativa que corresponda a la persona(s) que planea acompañar a la mujer al parto.

**¿Quién le atenderá?:** Se considera bien llenado cuando en la ficha se encuentre marcado con una "X" el círculo correspondiente al número de la visita de negociación debajo de la figura ilustrativa que corresponda a la persona (s) que planea la mujer le atenderá su parto.

**¿Dónde le atenderán?:** Se considera bien llenado cuando en la ficha se encuentre marcado con una "X" el círculo correspondiente al número de la visita de negociación debajo de la figura ilustrativa que corresponda al lugar en el que planea la mujer atender su parto.

**6. Otros preparativos del parto**

**¿Cuánto piensa que debe ahorrar para alistar su parto?:** Se considera bien llenado cuando en la ficha se encuentre registrada la cantidad de dinero que planea gastar la embarazada.

**¿Qué hará usted y su familia para recoger el dinero?** Se considera correctamente llenado cuando se encuentre registradas la o las actividades que planean realizar para recoger el dinero.

**¿Qué nombre le pondrá a su bebé?:** Se considera correctamente llenado cuando se encuentre registrado en los espacios correspondientes el nombre que planean ponerle al niño o niña al momento del nacimiento.

**¿Piensa que tendrá que salir días antes de su comunidad? ¿Dónde?:** Se considera bien llenado cuando en la ficha se encuentre marcado con una "X" la figura que represente el lugar donde la mujer planea salir antes de su parto.

**¿Cómo piensa salir de la comunidad para la atención de su parto o en caso de emergencia?:** Se considera bien llenado cuando en la ficha se encuentre escrito debajo de la figura que representa el medio de transporte que planea usar la mujer en caso de emergencias, la persona a quien le pertenece el medio o su responsable, donde está localizado el medio, cuánto tiempo tardará el medio en llegar a su casa o comunidad y cuánto tiempo tardará en llegar de la casa o comunidad al E/S.

**¿Quién cuidará a sus hijos, casa o animales cuando llegue el momento del parto?:** Se considera bien llenado cuando en la ficha se encuentre marcado con una "X" el círculo amarillo de la casilla que contenga la persona /as que planea la mujer le cuidaran sus hijos, familia y animales.

**¿Qué método anticonceptivo planea usar después del parto?:** Se considera bien llenado cuando en la ficha se encuentre marcado con una X el círculo debajo de la figura que representa el método que la mujer y su pareja planea usar después de terminado el embarazo.

**7. Señales de Peligro**

Valorar únicamente si esta área está siendo usada para facilitar la consejería sobre señales de peligro y en caso de estar marcada alguna de ellas, verificar si se tomaron las medidas necesarias según el caso.

## Anexo 11. Lista de chequeo de la mujer y del recién nacido en los primeros tres días



Ministerio de Salud

### **Lista de Chequeo para el cuidado de la Mujer después del parto y del Recién nacido en los primeros tres días.**

MUNICIPIO: \_\_\_\_\_ COMUNIDAD: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA MUJER: \_\_\_\_\_

FECHA DEL PARTO: \_\_\_\_\_ FECHA DE LA VISITA: \_\_\_\_\_

PERSONA QUE REALIZO LA VISITA: \_\_\_\_\_ CARGO: \_\_\_\_\_

*INSTRUCCIONES: Complte esta "Lista de cheque en cada visita que haga a la puerpera y recién nacido , marcando con una "X" en la casilla correspondiente según la respuesta u observación. Llene ambas caras de la hoja.*

#### 1. CUIDADOS DE LA MUJER DESPUES DEL PARTO

Pregunte: ¿Como se está alimentando?	SI	NO
Se alimenta de forma variada y nutritiva (pollo, huevos, frijoles, arroz, carnes, pescado, cuajada, tortilla, plátano, según lo que la familia tenga en su casa)		
Come de cuatro a cinco veces al día, incluyendo frutas y verduras		
Toma bastante líquidos como agua, refrescos, té, sopas caseras.		
Evita el café, gaseosas y sopas comerciales.		

¿Tiene algun problema?	SI	NO
Hemorragia (Sangrado excesivo)		
Fibere		
Dolor en el vientre		
Secreciones vaginales de mal olor		
Convulsiones o ataques		

Observe/Explore:	SI	NO
Palidez en el rostro y las manos		
Esta muy caliente (tiene fiebre)		

#### Aconseje/Oriente:

- Vaya a la unidad de salud para su control en los primeros tres días después del parto, acompañada por su pareja o algún familiar.
- Tome hierro para prevenir o corregir la anemia.
- Desde el día siguiente del parto, bañese y lave bien sus partes íntimas para evitar infecciones.
- Alimentese de forma variada, comiendo de todos los alimentos que tenga en su casa.
- Coma de 4 a 5 veces al día incluyendo frutas y verduras
- Tome bastantes líquidos como agua, refrescos, té, y sopas caseras.
- Evite el café, gaseosas, y sopas comerciales porque no son nutritivas.
- Piense en que método de planificación familiar utiliza y solicite en la unidad de salud más cercana.

## Anexo 11. Lista de chequeo de la mujer y del recién nacido en los primeros tres días



Ministerio de Salud

### 2. CUIDADOS DEL RECIEN NACIDO:

#### LACTANCIA MATERNA

Pregunte: ¿cómo esta alimentando al Bebé?	SI	NO
Da lactancia materna exclusiva (sin agua, té o fresco)		
Da pecho de día y de noche		
Da ocho veces al día o mas		
El bebé tiemne dificultad para amamantar		

Pida a la madre que se ponga el bebé al pecho y observe la posición para amamantar	SI	NO
La madre se coloca adecuadamente al bebé: sostiene todo el cuerpo del bebé, panza con panza, la cabeza y el cuello del bebé están de frente a la madre.		
El bebé tiene buen agarre: cubre la mayor parte de aréola con su boca y labios hacia afuera		

#### Aconseje/oriente

Dele leche de los primeros días (calostro) porque es rica en vitaminas A y otras sustancias que lo protegen de enfermedades actuando como una vacuna.

Dé a su bebé solamente pecho sin agua, té fresco porque su bebé no los necesita.

Dé pecho de día y de noche las veces que quiera durante los primeros 6 meses.

Lavesé las manos antes de alimentar al bebé después de cambiar los pañales y después de ir a la letrina o al inodoro.

Si el bebé no puede mamar llevele inmediatamente a la unidad de salud.

Esquema de vacunación.

#### CUIDADOS GENERALES E HIGIENE

Pregunte: ¿Cómo esta el ombligo del bebé?	SI	NO
Sano/sin ningún problema		
¿Esta limpiando el ombligo del bebé con yodo o agua HERVIDA Y JABON?		

Observe	SI	NO
El bebé esta abrigado con ropa limpia y cómoda.		
El ombligo esta rojo, huele mal, tiene pus o supura.		
El bebé tiene dificultad para respirar y esta cansado.		

#### Aconseje/oriente

Si el bebé esta cansado o el ombligo esta rojo huele mal, tiene pus o supura, llevele inmediatamente a la unidad de salud.

A partir del segundo día de vida, bañe al bebé diario con agua limpia y tibia y jabón.

Limpie el ombligo del bebé diario con agua hervida y jabon y no locubra con fajeros, ni le aplique pomadas. En cinco o seis días el cordón se caerá.

#### SEÑALES DE PELIGRO

Pregunte: ¿Ha tenido el bebé algunos de los siguientes problemas?	SI	NO
Nació dejadito o flojito		
Nació moradito		
Tiene dificultad para respirar		
No puede mamar		
Esta amarillo incluyendo las palmas de la manos y plantas de los pies		
El ombligo esta rojo, huele mal y tiene pus o supura		
Esta frio, aunque lo abrigue no se calienta		
Tiene ataque o convulsiones		
Esta con fiebre		
Esta con diarrea		
Tiene ronchas con pus en el cuerpo.		

Si identifica una o mas señales de peligro en el recién nacido recomiende

**LLEVELO URGENTEMENTE A LA UNIDAD DE SALUD MAS CERCANA.**

**Que la madre le dé el pecho durante el camino a la unidad de salud.**

## Anexo 12. Láminas de negociación con hombres

### LÁMINAS DE NEGOCIACIÓN CON HOMBRES

1 y 2: Yo quiero y cuido a mi esposa y a mi hija e hijo, estas láminas sirven para respeto y cariño a su compañera y a sus hijas e hijos.



Láminas 3 y 4: Apoyando en las tareas del hogar. Estas láminas sirven para negociar que el hombre realice las actividades del hogar que requieren esfuerzo físico y que pueden ser peligrosas para la mujer embarazada y su bebé y otras como barrer, cocinar, lavar que algunos hombres creen que son exclusivas de las mujeres.



## ANEXO 12. LAMINAS DE NEGOCIACION CON HOMBRES



Lámina 5: Yo acompaño y participo en la atención del parto de mi esposa en la unidad de salud. Para motivar que el hombre acompañe a la mujer embarazada a la unidad de salud en el momento del parto.

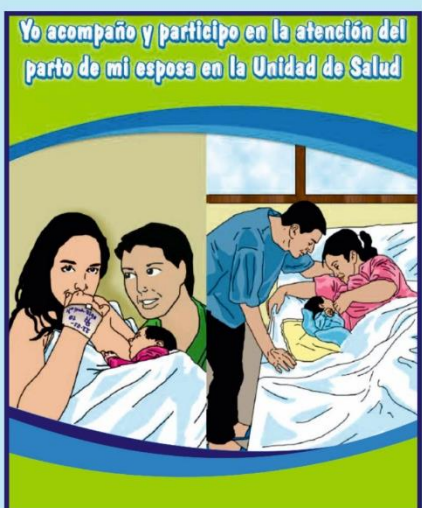


Lámina 6: Antes y después del parto se queda una semana en la casa materna. ¡Yo la acompaño, la visito y la voy a buscar cuando ya está aliviada; Sirve para reflexionar que la mujer permanezca en la casa materna, todos los días que sean necesarios.

Lámina 7: Le cambio su ropa a mi hijo desde que está recién nacido. ¡Yo también puedo; Sirve para motivar a los hombres para que se involucren en el cuidado del recién nacido para aprender a amar a su hijo y que comprenda, que estas no son tareas exclusivas de las mujeres, que los hombres también pueden realizarlas es un gesto de amor y de responsabilidad con el hijo y su compañera.



## Anexo 13. Boleta de referencia comunitaria



### COMPROBANTE

Nombre del Paciente:

\_\_\_\_\_

Edad:

Sexo: Hombre ☐ Mujer: ☐

Comunidad o Barrio:

\_\_\_\_\_

Motivo de referencia:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fecha de Referencia

\_\_\_\_\_

Observaciones:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



### REFERENCIA

Nombre del Paciente:

\_\_\_\_\_

Edad:

Sexo: Hombre ☐ Mujer: ☐

Comunidad o Barrio:

\_\_\_\_\_

Fecha de Referencia:

\_\_\_\_\_

#### MOTIVOS DE REFERENCIA

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Control del Niño/Niña                  | <input type="checkbox"/> Lesiones en la Piel         |
| <input type="checkbox"/> Certificado Defunción                  | <input type="checkbox"/> Mordedura animal Venenoso   |
| <input type="checkbox"/> Certificado de nacimiento              | <input type="checkbox"/> Mordedura de otros animales |
| <input type="checkbox"/> Completar Vacunas                      | <input type="checkbox"/> Herida                      |
| <input type="checkbox"/> Dificultad de amamantamiento           | <input type="checkbox"/> Intoxicación                |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para Respirar (Neumonía)    | <input type="checkbox"/> Violencia Intrafamiliar     |
| <input type="checkbox"/> Diarrea, Vómito                        | <input type="checkbox"/> Discapacidad                |
| <input type="checkbox"/> Fiebre, Calentura                      | <input type="checkbox"/> Enviada a Casa Materna      |
| <input type="checkbox"/> Atención de Embarazo Parto y Puerperio | <input type="checkbox"/> Otros                       |
| <input type="checkbox"/> Planificación Familiar                 |  |

Observaciones:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nombre del Agente Comunitario:

\_\_\_\_\_



### CONTRA REFERENCIA

Nombre del Paciente:

\_\_\_\_\_

Edad:

Sexo: Hombre ☐ Mujer: ☐

Comunidad o Barrio:

\_\_\_\_\_

Fecha de Referencia:

\_\_\_\_\_

Unidad de Salud:

\_\_\_\_\_

Comunidad o Barrio

\_\_\_\_\_

Indicaciones

\_\_\_\_\_

Nombre del Médico o Enfermera:

\_\_\_\_\_

Firma del Médico o Enfermera:

\_\_\_\_\_