

A photograph of a woman in a white lace top holding a baby. The image is overlaid with a semi-transparent blue filter. The text is centered over the image.

**INFORME FINAL**

**Sistematización del Proyecto:**

**PROMOVIENDO LA CALIDAD DE  
LA SALUD SEXUAL REPRODUCTIVA  
Y NEONATAL  
EN AREAS RURALES DE  
SANTA CRUZ**

Abril 2005

10 7:58AM

# INDICE

Acrónimos .....	3
Presentación.....	4
Antecedentes.....	5
Diseño del proyecto.....	6
Organización del informe.....	7
Situación inicial.....	7
Antecedentes del Proyecto.....	7
Ámbito Geográfico del Proyecto.....	8
Implementación del proyecto.....	9
Estrategias del Proyecto.....	10
Desarrollo de las estrategias.....	11
COPE.....	11
Supervisión Facilitadora.....	14
FIM.....	17
Planificación Participativa.....	22
AIEPI Neonatal Comunitario.....	26
Uso de los Instrumentos de AIEPI.....	32
Atención Integrada al niño.....	35
Practica Comunitaria en AIEPI.....	37
Practica Adecuada de Salud Materna.....	38
Llenado de HCLPB y Partograma.....	40
Resultados.....	42
Conclusiones.....	46
Recomendaciones y lecciones Aprendidas.....	47

# ACRONIMOS

SSR	=	Salud Sexual y Reproductiva
SNUS	=	Sistema Nacional Único de Suministros
FIM	=	Farmacia Institucional Municipal
SUMI	=	Seguro Universal Materno Infantil
COPE	=	Cliente Orientado, Prestador Eficiente
SEDES	=	Servicio Departamental de Salud
PROCOSI	=	Programa de Coordinación de Salud integral
DILOS	=	Directorio local de Salud
AIEPI	=	Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia
OMS	=	Organización Mundial de la Salud
SALMI	=	Subsistema de Administración logística de Medicamentos
SNIS	=	Sistema Nacional de Información en Salud
HCLPB	=	Historia Clínica Perinatal Base

# PRESENTACION

Ponemos a consideración de los lectores la presente sistematización de los resultados encontrados a través de una experiencia desarrollada por el equipo de salud de CARE en la regional Santa Cruz, que recibió financiamiento de USAID a través de la red PROCOSI.

Consideramos muy importante para las instituciones aprender del propio camino recorrido, este documento plasma la mas importantes vivencias acontecidas en el desarrollo de un proyecto que tuvo un propósito muy importante:

*“Fortalecer la calidad de atención, ampliando la cobertura de SSR con énfasis en salud materna y neonatal, con participación de los DILOS y actores locales en 30 servicios de salud de los municipios de San Ignacio, San Rafael, San Miguel y San Matías en el departamento de Santa Cruz”.*

Queremos agradecer muy particularmente a PROCOSI por haber puesto su confianza para el desarrollo de este importante proyecto, el cual nos va a nutrir de nuevos conocimientos, aprendizajes y lecciones aprendidas.

Gracias por permitirnos compartir con usted esta experiencia.

Equipo de Salud de CARE  
Regional Santa Cruz

10 8:09AM

# **I. Antecedentes**

## **1.1 Situación de pobreza en Bolivia y las Metas del Milenio**

Bolivia, con una población de 8.274.325 habitantes presenta uno de los más elevados niveles de pobreza en América Latina. De acuerdo al Censo 2001, el 58,6% de la población boliviana es pobre y a fines de los años 90 el 63% de la población generaba ingresos familiares por debajo de la línea de pobreza. En el área urbana los índices de pobreza actual alcanzan a un 39%, mientras que en el área rural 9 de cada 10 personas son pobres.

En las prioridades para la asistencia al desarrollo establecidas en las metas de la Cumbre del Milenio se incorporan como principales, la reducción de la mortalidad infantil en dos tercios y la mortalidad materna en un 75% para el año 2015. La OPS ha adoptado una meta a mediano plazo de 100 muertes maternas por cada 100,000 nacidos vivos. Estas metas difícilmente se cumplirán en Bolivia si no se trabaja estrechamente con las mujeres del área rural para desarrollar su participación en los cuidados de su salud y en la adecuación de los servicios de salud a sus necesidades.

Estas críticas condiciones de pobreza en las que vive la gran mayoría de las comunidades rurales del país han ocasionado altas migraciones campo-ciudad, de modo que la proporción de población en el área rural ha variado significativamente en los últimos 25 años, de 62% a 38%, registrada en el año 2001. Las condiciones de la población que permanece en el área rural son cada vez más inequitativas, las fuentes de ingreso son menores y sobre todo el acceso a servicios de salud es bajo, lo que se refleja en las altas tasas de mortalidad materna e infantil.

El proyecto “Promoviendo la Calidad de la Salud Sexual / Reproductiva y Neonatal en áreas rurales de Santa Cruz”, se enmarca dentro del programa de SSR de PROCOSI, cuyo objetivo es “Mejorar el acceso y calidad de los servicios de Salud sexual y Reproductiva para adolescentes, mujeres y hombres en las áreas de intervención de los proyectos del programa”.

## **II. Diseño del Proyecto**

### **El proyecto tiene como objetivo general:**

Contribuir a disminuir las tasas de morbi-mortalidad materna e infantil en la Red de Salud Chiquitanía Centro del departamento de Santa Cruz.

### **El propósito del proyecto es:**

Fortalecer la calidad de atención, ampliando la cobertura de SSR con énfasis en salud materna y neonatal, con participación de los DILOS y actores locales en 30 servicios de salud de los municipios de San Ignacio, San Rafael, San Miguel y San Matías en el departamento de Santa Cruz hasta enero de 2005.

### **Los resultados esperados son los siguientes:**

- Directorios locales de Salud de los 4 municipios ejecutan acciones a favor de la salud sexual / reproductiva y de neonatos.
- Red de Salud Chiquitanía Centro brindando atención de calidad, culturalmente adecuada en Salud Sexual / Reproductiva y Cuidados Esenciales del Recién Nacido.
- Hombres y mujeres a través de una estrategia de IEC conocen y actúan frente a los signos de riesgo en el embarazo, parto, post parto y el RN.

En febrero del 2005 se hizo una evaluación final del proyecto, coordinado por el responsable del actual equipo de evaluación (Dr. Fidel Navarro). Luego del cual se sistematizaron las lecciones aprendidas

### **III. Organización del informe**

Para facilitar su lectura hemos organizado el informe tomando en cuenta los objetivos y resultados del proyecto. En cada sección, presentamos una introducción general, los resultados y un resumen de las fortalezas, desafíos y recomendaciones principales.

#### **Limitaciones del informe**

Hemos tratado de sintetizar lo más posible, y presentar una visión más global de los logros y barreras del proyecto, señalando los aspectos que son comunes entre los municipios y donde existe una diversidad de experiencias.

Agradecemos a los y las funcionarios del ministerios de salud, y a todas aquellas personas quienes compartieron con un espíritu muy crítico y constructivo sus experiencias y su sabiduría con nosotros.

### **IV. Situación Inicial**

Si bien la situación en el departamento de Santa Cruz es una de las mejores del país, de acuerdo a datos nacionales, es también conocido que el departamento de Santa Cruz actualmente es la región donde están migrando las familias más pobres de las áreas rurales de los departamentos de Potosí, Chuquisaca y otros departamentos. Este hecho es sumamente preocupante ya que estas familias se asientan en condiciones de pobreza extrema, siendo los asentamientos sobre todo en el área rural y poblaciones aledañas a la ciudad donde se puede apreciar cinturones de pobreza, agravados por la desadaptación a un entorno completamente diferente del cual provienen las familias, lo cual ocasiona una vulnerabilidad mayor.

Datos epidemiológicos de la Red Chiquitanía Centro revelan que:

La cobertura del parto institucional en áreas rural es de: 46%

La cobertura de 1 control pre-natal antes del 5to. Mes es de: 62%

La cobertura de 4 controles prenatales es de: 46%

En relación a la tasa global de fecundidad, en el área rural del departamento de Santa Cruz es de 6.3 (CODEPO).

### **V. Antecedentes del Proyecto**

CARE Bolivia a partir del año 1993 ha comenzado su experiencia en el campo de la salud sexual y reproductiva desarrollando en primer lugar un proyecto de SSR en Iscayachi (Tarija).

En 1995, en Potosí se desarrolló el Proyecto de Promoción de la Salud Reproductiva (PROMADRES I), siendo el objetivo mejorar las condiciones de salud de mujeres y sus hijos mediante la implementación de la metodología Warmi, formación de parteros y Responsables Populares de Salud. Posteriormente se inicia el proyecto PROMADRES II también en Potosí en 1997.

A partir del año 1996, USAID respalda el trabajo de CARE Bolivia en SSR, siendo el aliado principal en aspectos técnicos y de financiamiento para el proyecto “Nuestros Cuerpos, Nuestra Salud”, el cual se inicia en Tarija, luego se expande a Potosí y posteriormente ingresa a Santa Cruz. El proyecto tuvo como meta: “Mejorar el estado de salud reproductiva de 400.000 mujeres y hombres en edad reproductiva en áreas rurales

en 16 distritos de salud de tres departamentos de Bolivia”. El proyecto ha concluido y su cobertura y extensión fueron ampliamente superadas, llegó a abarcar 521 servicios de salud en 66 municipios y 25 distritos de salud de los tres departamentos mencionados, en un trabajo conjunto con el Ministerio de Salud y Deportes, coadyuvando en la implementación de Normas y Políticas en actual vigencia en el país, sus unidades de atención y la participación cada vez más comprometida de los municipios, quienes hicieron aportes a las acciones de salud planteadas y que se reflejan claramente en los Planes Operativos Anuales Municipales.

## **VI. Ámbito Geográfico del Proyecto**

El proyecto se desarrollo en las Provincias J. M. Velasco y Ángel Sandoval del departamento de Santa Cruz, en 4 municipios que son parte de la mancomunidad Chiquitana. Cuentan con 30 establecimientos de salud y 164 comunidades, que conforman la red de Salud Chiquitanía Centro, ubicada al noreste, a 480 Km. de la ciudad de Santa Cruz.

La Gran Chiquitanía, tiene características importantes en recursos naturales y ecológicos, posee una extensa zona de bosque virgen que es reserva de Vida Silvestre (Parque Noel Kempf Mercado), enormes espacios de bosques, sabana, pantanales y una diversidad de animales en extinción que deleitan la vista; su potencial forestal, posee especies maderables muy valiosas y es parte del Escudo Chiquitano, la cual es un potencial de ricos minerales como la tantalita, bolivianita, grafito y granate. La cultura nativa es la chiquitana, con templos jesuíticos que son históricos y Patrimonio Cultural de la Humanidad. La economía se basa en la ganadería extensiva y explotación maderera, con tenencia de suelos privados y comunales aptos para la ganadería y para reservas forestales. El medio de comunicación es el terrestre con carretera ripiada, con servicios de telecomunicación.

El sistema de salud de la red está constituido por 30 servicios públicos, 2 servicios de la seguridad social, 1 servicio dependiente de la Iglesia católica y algunos consultorios particulares. Existen 3 Centros de Salud, y un hospital de referencia de segundo nivel en San Ignacio de Velasco la dispersión de los servicios públicos es en toda la extensión geográfica de la provincia, siendo la más cercana a 5 Kms. y la más lejana a 430 Kms. de San Ignacio.

La red Chiquitanía Centro tiene una infraestructura y equipamiento adecuada en la mayoría de los establecimientos de salud, con un sistema de radio comunicación que le es muy útil para el intercambio de información entre el nivel gerencial y los servicios de salud, existen limitantes en la referencia de complicaciones por carencia de medios de transporte. La administración y gestión de los servicios tiene sus debilidades en organigramas, reglamentos internos, protocolos, procedimientos y manual de funciones.

## **VII. Implementación del Proyecto**

Las estrategias del proyecto fueron seleccionadas de tal modo que lograsen alcanzar el mayor número posible de habitantes de la zona rural de la Chiquitanía Centro no atendidas, al menor costo posible.

Personal reducido pero altamente calificado de CARE trabajó brindando Asistencia Técnica al personal del Ministerio de Salud a nivel de Gerencia de Red y de los DILOS.

En lugar de crear una estructura paralela para la prestación de Servicios de Salud Sexual / Reproductiva y Neonatal el proyecto reforzó los esfuerzos del Gobierno para hacer efectivos dichos servicios de atención primaria dentro de las estructuras y sistemas ya existentes.

El personal de CARE en coordinación con la Gerencia de Red y los DILOS, formaron y consolidaron un equipo de capacitación de la Red, que tuvo como base fundamental la estructura física y de recursos humanos con los que cuenta la Escuela de Auxiliares de San Ignacio. Se contó con un equipo multidisciplinario que fue entrenado en el uso de metodología y técnicas participativas.

### **Personal del proyecto**

Una Gerenta de programa de CARE designada con la responsabilidad de brindar apoyo técnico al proyecto.

Un coordinador de proyecto de CARE, que cumplieron funciones de implementación, seguimiento, monitoreo y evaluación además de la coordinación interinstitucional y de asistencia técnica.

Dos asistentes técnicos que cumplieron funciones de capacitación y supervisión a actores locales, brindando asistencia técnica a la Gerencia de Red y DILOS

Un responsable administrativo que apoyó en el seguimiento, y ejecución presupuestaria del proyecto, elaborando informes financieros al donante.

### **Como contraparte**

Se contó con la asistencia técnica de parte de ENGENDERHEALTH en las áreas de su expertise. (COPE, Supervisión Facilitadora, Capacitación tutorial entre otros)

## VIII. Estrategias para la implementación del proyecto

CARE propuso un enfoque que comprendió la implementación de las siguientes herramientas innovadoras:

**COPE SSR:** Mediante el uso de esta herramienta se iniciaron los procesos de mejora continua de la calidad basada en la perspectiva de la satisfacción de los clientes y necesidades de los proveedores. La herramienta basada en los principios de la Mejora Continua de la Calidad se operativizó mediante cinco componentes: Auto evaluación, aplicando guías de auto evaluación relacionadas a derechos de usuarios y necesidades de proveedores; Revisión de expedientes clínicos, Análisis de Flujo de Usuarios (AFU); Entrevistas a los usuarios y Plan de acción.

**SUPERVISION FACILITADORA:** Herramienta dirigida a mejorar la calidad del servicio mediante la mejora del desempeño de los supervisores de todos los niveles. Se enfocó en identificar las deficiencias de los sistemas y no así en los errores de las personas. Promoviendo un cambio de relacionamiento entre el personal de servicios y supervisores con el fin de mejorar la calidad.

**BABIES:** A nivel del hospital de referencia de la red (San Ignacio) se aplicó dicha herramienta en forma parcial el objetivo que se tiene es identificar las causas de la mortalidad neonatal y determinar planes de acción que solucione dichas causas.

**CALIDAD DE LA INFORMACION:** CARE implementó la herramienta para el control de la calidad de información dentro los servicios de Salud, esta herramienta desarrollada por el MSH ayudó a identificar cuál es la consistencia de datos entre los registros y la información enviada de los sectores, áreas, Gerencia de Red y SEDES. Se tomó en cuenta cuál fue la concordancia, la diferencia y el porcentaje de error de los datos que son indicadores de la calidad, además ayudó a ver la importancia de la calidad de información para la toma de decisiones gerenciales.

**ASISTENCIA TECNICA:** El personal de CARE asignado a los Municipios brindó asistencia operativa a sus contrapartes en las áreas de Supervisión, Sistemas de Información, logística y otros. La disponibilidad de personal calificado, entrenado y motivado permitió a los gerentes de la contraparte implementar efectivamente varios sistemas de administración. El personal de CARE dedicó tanto tiempo como fue posible para apoyar en servicio a los médicos, enfermeras y auxiliares en los puntos de prestación de servicios, brindando la retroalimentación, guía y apoyo necesario para aplicar las habilidades adquiridas.

## Desarrollo de las Estrategias del proyecto

### COPE EN SALUD SEXUAL REPRODUCTIVA



EngenderHealth y CARE Bolivia, en coordinación con la Secretaria Departamental de Salud (SEDES) Santa Cruz, fortaleció el desarrollo de la parte gerencial en cuatro hospitales de la Red Velasco: Hosp. Julio Manuel Aramayo en San Ignacio, Hosp. Salvador Pílon en San Miguel, Hosp. Santiago París en San Rafael y el Hosp. Municipal en San Matías, para la mejora de la calidad en los servicios.

COPE, con siglas en inglés, significa Cliente Orientado, Proveedor Eficiente, se constituyó en un proceso de

ayuda al personal de salud para mejorar continuamente la calidad de los servicios provistos en el establecimiento, haciendo que estos sean más sensibles a las necesidades de los clientes.

#### **OBJETIVO DEL COPE:**

Brindar al personal de salud herramientas para la mejora continua de la calidad de los servicios a través de medidas simples y creativas, que van a permitir resolver los problemas dentro de la institución, sin necesidad de ayuda externa.

#### **POBLACIÓN META:**

La población meta fue todo el personal de un servicio de salud, en este caso todo el personal de los hospitales donde se desarrolló el COPE, incluido el personal de apoyo.

#### **ACTIVIDADES:**

Debido a que COPE es una herramienta flexible y continua a la que se pueden adaptar instrumentos adicionales para ser usados en ejercicios posteriores, el personal puede decidir modificar, añadir o excluir algunas preguntas específicas de las guías de auto evaluación con la finalidad de reflejar en forma más real la situación específica del establecimiento y ajustarse a sus necesidades.

#### **METODOLOGÍA:**

La metodología utilizada fue totalmente participativa, ya que en el desarrollo de las actividades se involucró a todas las personas ligadas al establecimiento de salud, cualquiera sea su responsabilidad. Una característica de COPE fue su aplicación práctica de manera casi inmediata, que motivó la participación de los prestadores de servicios de manera continua. Es una herramienta sencilla.

Para el desarrollo de cada COPE, primero se coordinó con el director de cada hospital los horarios en los cuales se realizarían las reuniones, teniendo en cuenta que cada reunión tiene como máximo una duración de dos horas, con un intervalo de tiempo de un día entre cada reunión. Ese día intermedio estuvo destinado a que los participantes trabajen de manera práctica con las guías de auto evaluación, analizando historias clínicas y entrevistando a los usuarios, para identificar los problemas y terminar en un plan de acción donde se fijan responsabilidades de ejecución y seguimiento.

Después de haber realizado el primer COPE se tuvo un tiempo de 2 a 3 meses para el cumplimiento de las actividades y tareas, tiempo en el cual se fue realizando el seguimiento respectivo según los tiempos establecidos, para continuar con el siguiente COPE.

#### **MATERIALES:**

En cuanto a los materiales didácticos, EngenderHealth y CARE se hicieron responsables de los materiales de COPE en los primeros 3 ejercicios de la herramienta.

Durante los primeros ejercicios, los gastos que demandó la implementación del COPE fueron cubiertos por EngenderHealth y CARE; luego el municipio asumió algunos gastos.

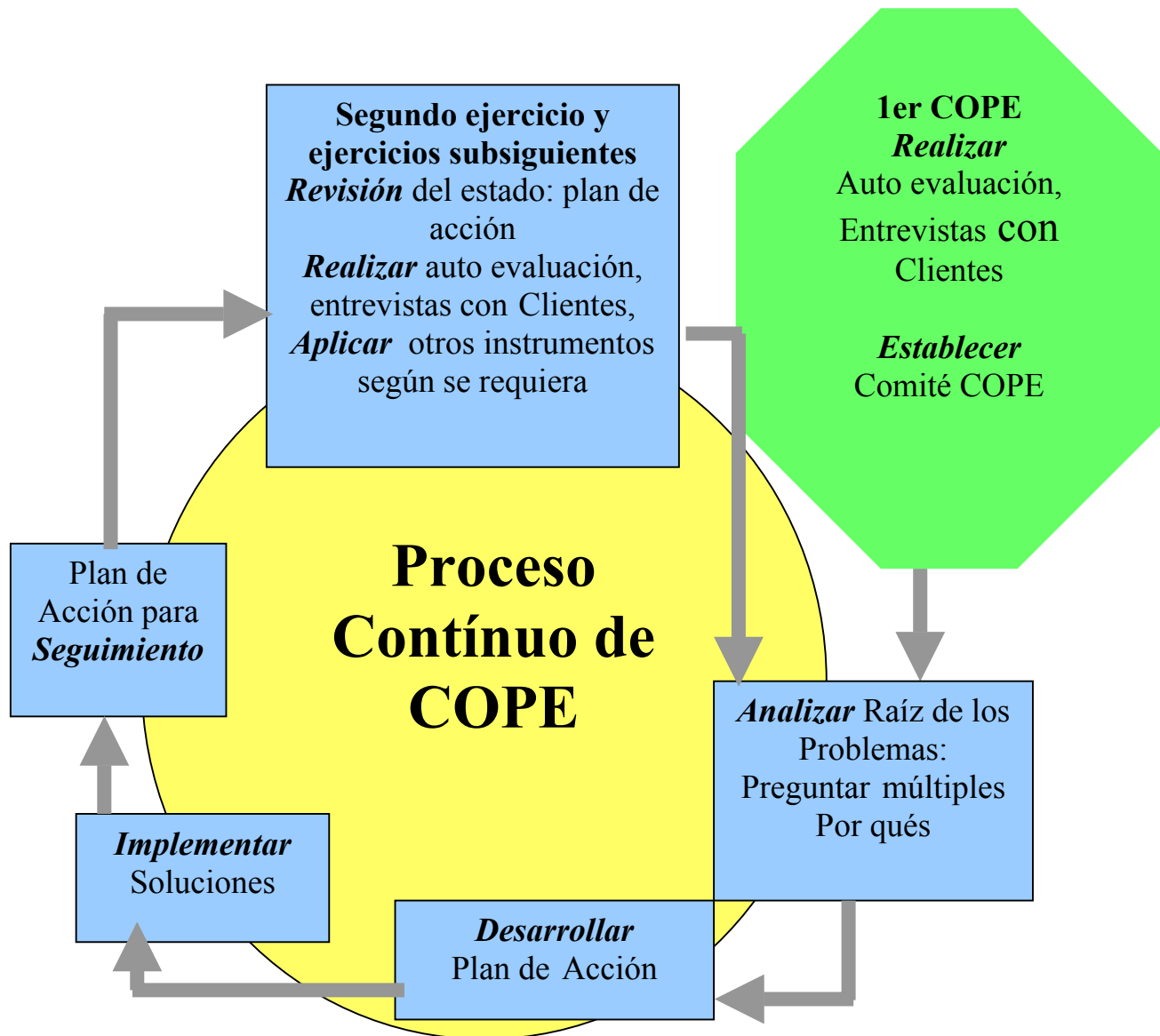
#### **SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN.**

Terminado el primer COPE y en coordinación con los responsables de cada hospital, técnicos de EngenderHealth y CARE realizan el seguimiento a las actividades y tareas a cumplir en el transcurso del tiempo establecido para el cumplimiento de las mismas .

En el siguiente ejercicio , es decir COPE II, se realizó la evaluación a los planes de acción del primer COPE; se verificó el avance y cumplimiento del mismo y, algunas actividades pendientes de ejecución en los plazos previstos se retomaron nuevamente, si el caso así lo ameritaba.



## FASES ASISTIDAS DEL PROCESO COPE



### LOGROS:

Se inició un proceso para el mejoramiento de la calidad continua en la prestación de servicios a los usuarios, mediante la apropiación y el uso continuo de la herramienta denominada COPE.

COPE brindó al personal instrumentos prácticos y fáciles de usar para identificar problemas y desarrollar soluciones usando recursos locales e incentivó a todos los

niveles del personal y a los supervisores a trabajar como equipo e involucrar a los clientes en la evaluación de los servicios.

A través de COPE el personal pudo desarrollar un enfoque dirigido al cliente aprendiendo a definir calidad en términos concretos, poniéndose en el lugar del cliente y explorando las fortalezas del establecimiento.

COPE, una herramienta usada ampliamente en servicios salud, principalmente en los de anticoncepción, salud materna y salud infantil, se constituyó en una alternativa simple para mejorar la calidad en forma continua.

En el COPE todos se ajustan a los mismos principios claves como son la auto evaluación, la participación de todo el personal y el uso de los esfuerzos locales para identificar y resolver problemas y trabajar sobre las fortalezas.

### **SUPERVISIÓN FACILITADORA EN SALUD SEXUAL REPRODUCTIVA**



Se conceptualizó a la Supervisión Facilitadora como un sistema de apoyo mediante el cual los supervisores de todos los niveles de la Red de Salud Velasco, se centren en las necesidades del personal (cliente interno), garantizando los factores que mejoren su desempeño, con el fin de proveer servicios de alta calidad que satisfaga las necesidades de los clientes.

**Derechos y necesidades  
de los usuarios**

**Servicios de  
Calidad**

**Necesidades de  
proveedores**

**Necesidades de las  
instituciones y el  
sistema de salud**

**CALIDAD:** Para ofrecer servicios de calidad en la Red Velasco se tomó en cuenta los siguientes principios:

- Enfoque en el cliente
- Énfasis en procesos y desempeño
- Compromiso y pertenencia
- Mejoramiento continuo
- Aprendizaje continuo, desarrollo y formación de recurso humano
- Conciencia de costos y eficiencia

Cada uno de estos principios fue analizado e interiorizado.

**QUE SE NECESITA PARA SER UN BUEN SUPERVISOR:**

- Actuar como líderes en el mejoramiento de calidad
- Otorgan facultades al personal para resolver problemas mediante herramientas de Mejora Continua.
- Utilizar capacidades de motivación y comunicación para guiar a las personas en el cambio.
- Constituirse en un vínculo entre el personal y el sistema de salud mas grande y los recursos externos

**BENÉFICIOS DE UNA SUPERVISIÓN FACILITADORA**

- Menos dificultades de bajo nivel para resolver
- Al entrenar a otros supervisores se requerirá de menos Asistencia Técnica tanto interna como externa.
- Se afirmará como líder.
- Motivará al equipo .
- Tendrá más satisfacciones.
- Logrará las metas.

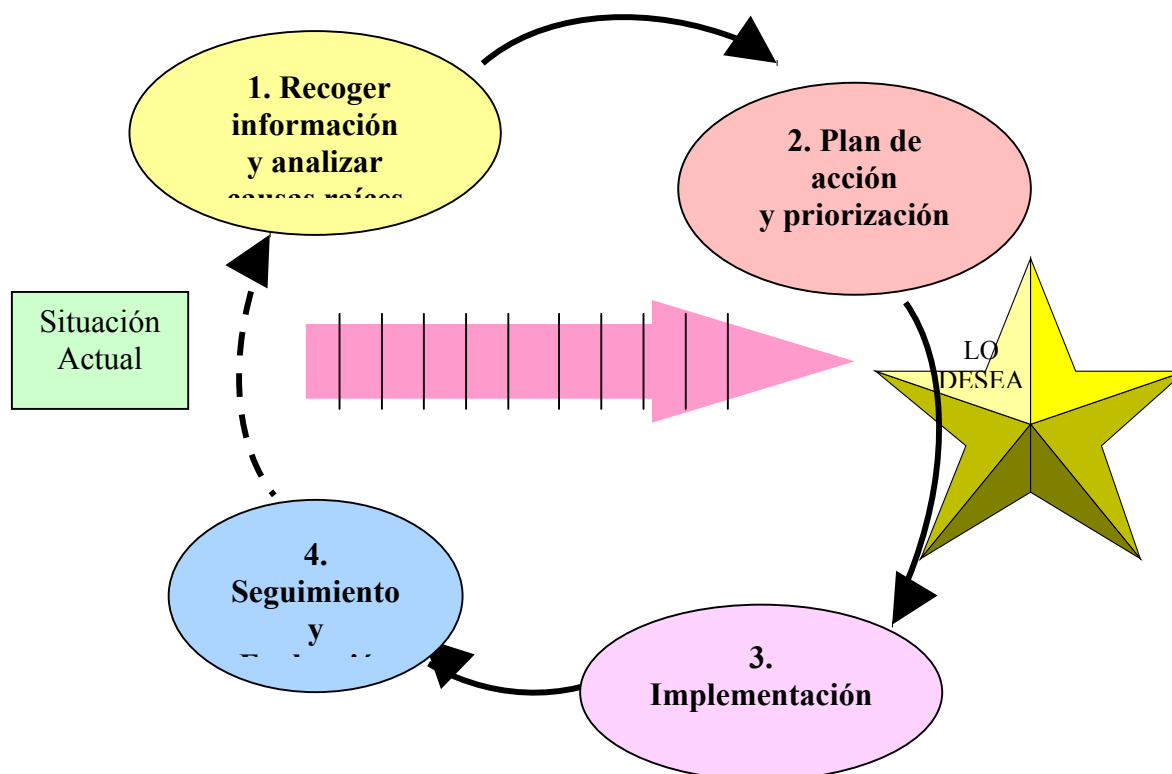
**EL SUPERVISOR DEBE TRABAJAR CON NORMAS:**

- Porque permiten tener una visión de las “mejores” decisiones médicas acordadas
- Facilitan la implementación de la aproximación basada en la evidencia
- Evitan las variaciones inapropiadas de la práctica clínica
- Garantizan la calidad y la seguridad para los usuarios
- Permiten monitoreo y evaluación
- Mejoran el trabajo de equipo

**EL SUPERVISOR Y LAS NORMAS:**

- Asegurar que la institución las ha recibido.
- Asegurar que sean distribuidas y accesibles.
- Orientación sobre ellas.
- Aclarar y llenar vacíos.
- Asegurar que se cumplan.
- Asesorar en el desarrollo de protocolos y guías

## CICLO CONTINUO DE SUPERVISIÓN FACILITADORA



### LOGROS EN LA APLICACIÓN DE LA SUPERVISIÓN FACILITADORA:

Se está brindando al personal la oportunidad de aprender nuevas habilidades a través de la capacitación, que es un elemento indispensable para la calidad de servicios ya que no se le puede exigir al proveedor que desempeñe bien sus funciones si no sabe como hacerlo.

A través de Supervisión Facilitadora se está logrando la participación del personal en la toma de decisiones, esto es muy importante en la solución de problemas ya que ellos identifican las necesidades basados en su propia experiencia y pueden ser manifestadas a nivel local con el uso de recursos locales, y cuando la solución no es posible con recursos locales se recurre al nivel central, en la que el supervisor facilitador es un enlace entre el personal de salud y las instituciones que ayudan a resolver el problema.

Se otorga mas espacio y tiempo para reunirse y escuchar al personal, proporcionando retroalimentación específica y frecuente, agradeciendo en forma grupal a los empleados por su buen desempeño.

## FARMACIA INSTITUCIONAL MUNICIPAL

### Antecedentes:

Otro aspecto importante a mencionar en el uso adecuado de medicamentos es la implementación de la **Farmacia Institucional Municipal** que integra tanto a medicamentos de programas de salud, medicamentos del SUMI y medicamentos de venta, para contar con la disponibilidad de medicamentos para todos los pacientes.

Para dar cumplimiento con la ley fue necesario capacitar al personal de salud en el manejo de las Farmacias Institucionales Municipales y el Sistema Único de Suministros e Insumos para su implementación y buen funcionamiento y además de los aspectos mencionados en la ley, integrando aspectos de la gestión de medicamentos como manejo de inventario, solicitudes e informes mensuales y trimestrales, manejo administrativo etc.



### OBJETIVO GENERAL:

Difundir el decreto Supremo N°. 26873 del Sistema Nacional Único de Suministros, para su aplicabilidad en los establecimientos de la Red Velasco

### OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Dotar al personal de salud de conocimiento y herramientas para la implementación de la Farmacia Institucional Municipal.
- Fortalecer los conocimientos de los participantes en el manejo de la logística de medicamentos e insumos y los elementos que la integran.
- Identificar las responsabilidades en el buen funcionamiento de las Farmacias Institucionales Municipales.

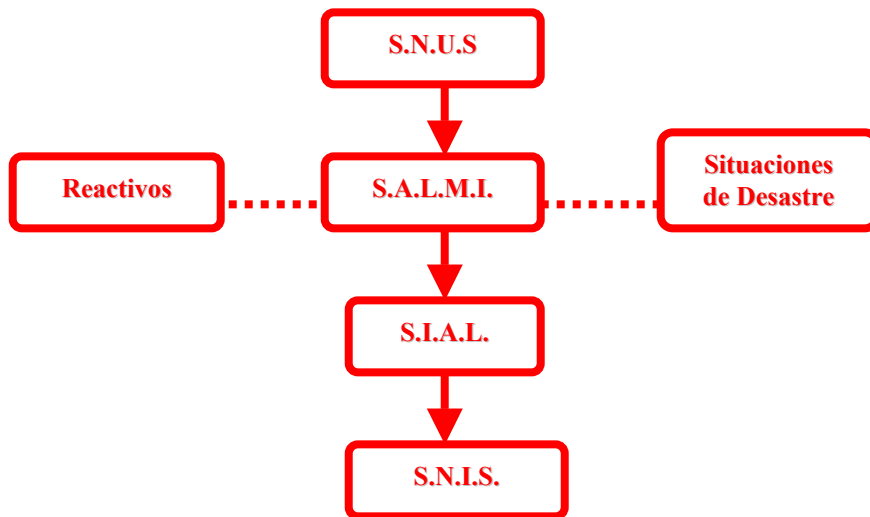
### METODOLOGÍA

El taller se desarrolló durante dos días, aplicando la metodología de enseñanza de adultos, utilizando técnicas como plenarias, trabajo de grupos, lluvia de ideas, demostraciones, socio dramas y revisión bibliográfica.

Participaron 34 personas de los hospitales, Centros de Salud y Puestos de Salud de la Red Velasco, por razones de cruce de actividades no asistieron el personal de salud de la Red Ángel Sandoval

Se dio a conocer la estructura del SNUS, el esquema permitió comprender los elementos del SNUS, como el marco normativo para la administración logística, que garantice la disponibilidad de insumos y reactivos, que integra al SALMI (Subsistema de Administración Logística de Medicamentos e Insumos) requiriendo de un Sistema de Información para la administración logística, todas las actividades tienen que estar basadas en el Sistema Nacional de Información en Salud.

### *Estructura del SNUS*

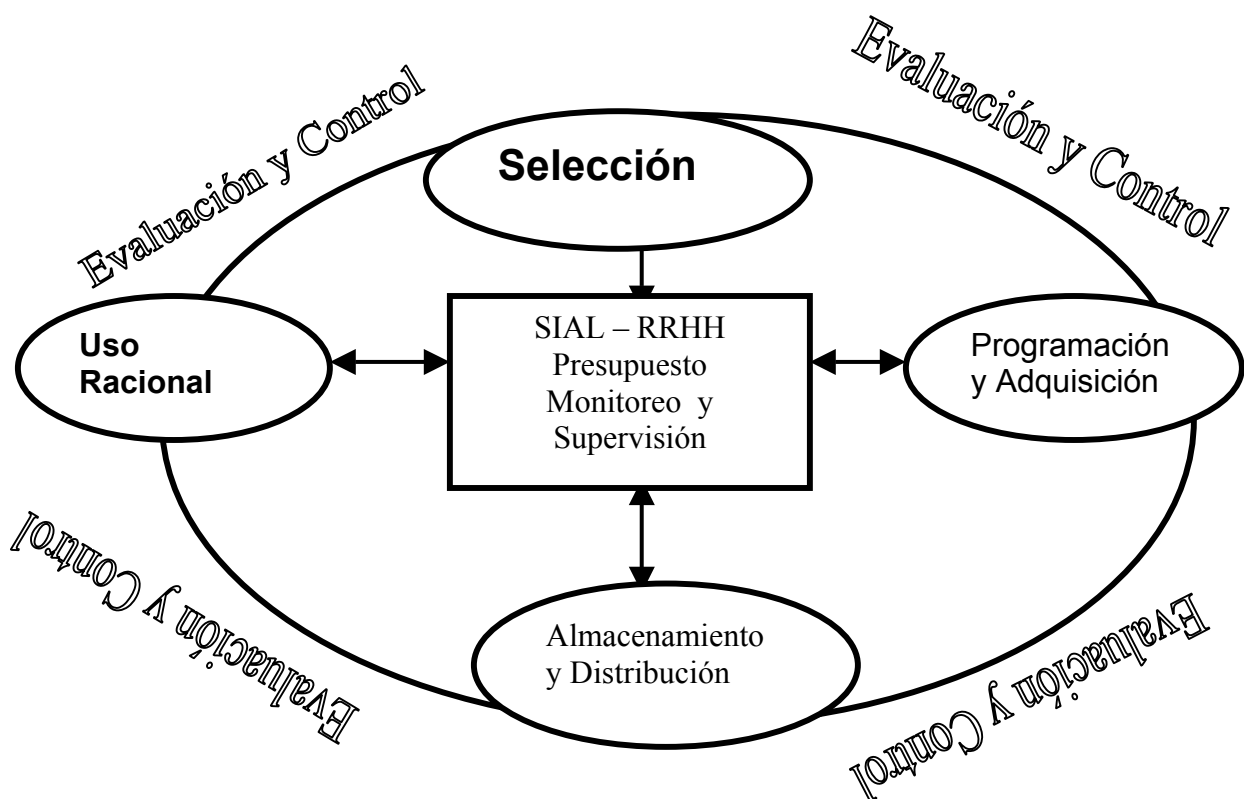


#### **QUE ES LOGÍSTICA:**

Conjunto de actividades que permiten garantizar la disponibilidad de insumos en el momento oportuno. El propósito de la logística es suministrar medicamentos tomando en cuenta los 6 correctos:

- Los medicamentos e insumos correctos.
- En las cantidades correctas.
- En las condiciones correctas.
- En el lugar correcto.
- En el tiempo correcto.
- Al costo correcto.

Los Elementos de la Logística se integran en un Ciclo de la siguiente manera:



## IMPLEMENTACION DE LAS FARMACIAS INSTITUCIONALES MUNICIPALES

### INTRODUCCIÓN

Posterior al taller del SNUS, realizado en fecha 13 y 14 de Abril, del cual se asume la importancia de fortalecer las farmacias institucionales amparada en las leyes vigentes y respaldadas por el SUMI, para lo cual por decisión de los responsables de farmacias, directores de Hospital y Gerencia de Red, se comprometen a la implementación de la FIM, apoyado técnicamente por CARE Bolivia, se establecen fechas para iniciar actividades desde los inventarios en sus farmacias; por otra parte existe el compromiso de la Secretaria Departamental de Salud para dar seguimiento de la FIM de los municipios de la red.

### PROCESO DE IMPLEMENTACION DE LA FIM

En el presente resumen se hará mención a las actividades mas relevantes, de las cuales resaltan las siguientes:

- Elaboración, discusión y ejecución con los diferentes DILOS sobre la propuesta, previa consulta con gerencia de red.
- Elaboración e implementación de formularios en el sistema computarizado: hoja de inventarios, kardex, hoja de evolución económica, hojas de movimiento y consolidado de pedido trimestral.
- Organización del personal de apoyo para el inventario e inventariación de las farmacias en 4 municipios (San Ignacio, San Miguel, San Rafael y San Matías), basados en un instructivo sobre el procedimiento elaborado previamente.

- Transcripción de datos del inventario en la computadora por administración y elaboración de precios para obtener un inventario valorado, apoyado por el coordinador del asesoramiento de CARE Bolivia.
- Seguimiento de registros de compras para el establecimiento de precios, calculo de compras (consumo histórico)
- Capacitación del llenado de kardex al personal responsable de farmacia, con apertura y actualización de kardex sobre las existencias actuales según el inventario.
- Organización de medicamentos en farmacia; almacén, departamentos (emergencias, quirófano, sala de partos, etc) y depósitos; retiro de medicamentos expedidos previo inventario.
- Insertar datos del inventario y los datos del primer mes de consumo en hoja de movimientos.
- Análisis de problemas más frecuente
- Elaboración de informe de inventarios por cada municipio, que aún falta concluir por falta de información de algunos medicamentos.
- Preparación documental de formularios para la selección, adquisición e inserción en las computadoras para su manejo por administración y responsable de farmacia (Cotización, cuadro comparativo, orden de compras, recepción de productos, fijación de precios, hoja de movimiento y pedido trimestral).
- Elaboración y adecuación de un instrumento para la supervisión de la farmacia institucional.
- Solicitud de material bibliográfico para fortalecer la farmacia institucional.
- Observación y recolección de formularios para distribución interna y externa.

## **LOGROS**

Los logros obtenidos son frutos de un permanente apoyo y aprendizaje mutuo que se va sistematizando y adecuando para contar con una farmacia institucional municipal funcionando, con normas, reglamentos y procedimientos para una atención integral y mejoramiento en la calidad de atención en el establecimiento de salud.

### **Los hechos sobresalientes en este aspecto fueron:**

- Propuesta entregada a Gerencia de Red fue aprobada para su ejecución previa presentación a DILOS quienes dieron el visto bueno y luego de un análisis y discusión sobre algunos aspectos administrativos y organizativos dan su aprobación.
- Definición de responsables de farmacia, conjuntamente con DILOS, en los cuatro hospitales municipales
- Inventarios concluidos, detectándose medicamentos expirados y que no cuentan con respaldos sobre las adquisiciones, por ello que aún no se puede establecer precios.
- Inventario valorado según normas establecidas en el funcionamiento de las farmacias institucionales.
- Intercambio de productos, que tienen fechas de expiración próximas; entre los diferentes establecimientos de salud (San Miguel, San Rafael y San Ignacio)

- Aumento de existencias de medicamentos e insumos disponibles y accesibles a la población para la satisfacción de los usuarios / as.
- Aplicación técnica administrativa estandarizada con los instrumentos de logística (Kardex, recetario, solicitud de insumos, informes mensuales de consumo y existencias, formulario de adquisiciones, etc.)
- Desarrollo de instrumentos para la su aplicación en la selección y adquisición de medicamentos (de acuerdo a consumo histórico, demanda, perfil epistemológico y demanda) a proveedores estables.
- Existencia de criterios para la supervisión, monitoreo y evaluación periódica de la farmacia institucional Municipal.
- Involucramiento total de la administración del hospital en el proceso de la implementación de la farmacia institucional.
- Coordinación interinstitucional entre la gerencia de red, escuela de auxiliares de enfermería para informe del avance de la implementación de la farmacia institucional municipal.

## **RECOMENDACIONES**

Agilizar las gestiones para una resolución administrativa desde el DILOS, para su constitución legal de la Farmacia Institucional Municipal.

Difundir los informes del inventario al establecimiento y al DILOS correspondiente.

Inventario de proveedores de los diferentes establecimientos de salud y provisión de lista de medicamentos que ofertan.

Hacer un seguimiento y la supervisión conjunta con las administradoras para consolidar procesos y ejecutar planes de acción.

Difusión de la experiencia positiva sobre la implementación de la FIM en la zona de la Chiquitania ante Deliver J.S.I, SEDES Santa Cruz, CARE Bolivia y otras.

## PLANIFICACION PARTICIPATIVA EN SALUD EN EL MUNICIPIO DE SAN IGNACIO DE VELASCO



### JUSTIFICACIÓN:

La gestión de la salud hoy por hoy aun es un problema que implica procesos administrativos económicos que si no son previstos en la ejecución se cuenta con limitantes o insatisfacciones para la comunidad, en consecuencia los intentos por mejorar los procesos de planificación participativa en salud serán de acuerdo a las posibilidades

sin embargo en lo que respecta a salud aún no parece vislumbrarse o no se percibe la situación de la salud como factor importante del desarrollo municipal, por lo tanto las demandas se circunscriben solamente a los aspectos curativos (infraestructura, equipamiento, equipo móvil, botiquines), descuidando la parte de promoción y fomento a la salud y a la prevención de las enfermedades.

Por todas estas consideraciones se planteó la importancia de realizar una planificación participativa con los diferentes actores que tienen que ver con el sistema de salud en el municipio de San Ignacio de Velasco.

Esta iniciativa nace como consecuencia de optimizar recursos asignados en las diferentes partidas y de contar con un plan que tenga efectos en la ejecución previo seguimiento a las actividades para lograr los objetivos propuestos en salud en el municipio.

### OBJETIVO GENERAL:

Fortalecer la gestión municipal participativa en el municipio de San Ignacio de Velasco desde la gerencia de la red de servicios públicos del Ministerio de Salud y Deportes, en el periodo del 2005.

### OBJETIVOS ESPECIFICOS:

Elaborar con los actores locales y representantes comunales el Plan Anual Operativo en Salud del municipio.

Insertar el documento de conclusiones en el POA municipal para su ejecución posterior en la gestión del 2005.

La implementación de mecanismos de monitoreo y supervisión como formas de control social.

## **DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES**

Para la ejecución de las actividades se planteó diferentes etapas que se requerían para desarrollar cualquier tipo de eventos de esta magnitud, los que podemos describir como:

**Planificación.-** Previa a la planificación, en coordinación con diferentes instituciones como la Escuela de Auxiliares, la Gerencia de Salud de la red Velasco y CARE Bolivia, se gesta la idea de realizar un evento del lanzamiento de los diferentes programas del ministerio, posteriormente se ve como una oportunidad para aprovechar el momento para una planificación participativa, hecho que se concreta en una reunión realizada posteriormente. De esta reunión salen responsables para escribir la propuesta, gestionar recursos financieros, se fija fecha probable y lugar del evento.

**Preparación.-** Esta etapa fue la más trabajada, pues se trataba de reuniones permanentes para definir la metodología, medios a utilizar, revisión de bibliografía e instrumentos a aplicarse, preparación de herramientas para el evento, gestión de recursos económicos y logísticos, establecer relaciones con los diferentes actores involucrados, realizar invitaciones y convocatoria a los participantes por diferentes medios.

**Ejecución.-** Las principales actividades que se plantearon para desarrollar el evento se simplificaron en cinco momentos:

Diagnóstico

Oferta de los Prestadores y oferta municipal en recursos financieros

Demanda de las comunidades

Priorización de las mismas con los delegados

Elaboración de la matriz de planificación

La ejecución se inició con la inscripción de los delegados en 2 diferentes mesas establecidas según distritos para evitar aglomeración, distribuyendo su respectivo material de escritorio y su identificación de cada delegado.

La reunión se inicia con la bienvenida a cargo de la Doctora Sandra Herrera, directora del Hospital Municipal del municipio, posteriormente la inauguración por el Gerente de Salud de la red Velasco, doctor Carlos Castillo; el representante de SEDES Santa Cruz hace su intervención para motivar y felicitar por el evento que es una experiencia nueva para el sector salud, comprometiéndose a difundir la experiencia a otras regiones, además recalca la importancia de la comunidad en la participación y el mejoramiento de las coberturas, que en este momentos es bajo según compromisos contraídos con el gobierno central.

Una vez realizada las presentaciones de las delegaciones por distritos se explica la modalidad del trabajo a realizar en 4 grupos, según los 12 distritos establecidos, buscando el equilibrio en la cantidad de participantes por grupos, tomando en cuenta características geográficas similares y problemáticas comunes por cada región. Una vez explicada se reúnen en 4 grupos:

Grupo 1: Distritos 1, 2, 3 y 4

Grupo 2: Distritos 1, 5 y 6

Grupo 3: Distritos 7, 8 y 9

Grupo 4: Distritos 10, 12 y 13

Los grupos con el apoyo de un facilitador inician expresando sus necesidades apremiantes en sus comunidades, para facilitar el proceso se establecen reglas para realizar por distritos, las que se van anotando en un papelógrafo - formulario previamente diseñado, concluida se clasifican según líneas de acción como: prestación de servicios, inversión, información- educación- comunicación, dirección y control.

Al realizar un análisis de los aspectos remarcados en las líneas de acción se reflexionan sobre la línea de acción que más resalta en el papelógrafo, resultado de que corresponde a las inversiones en aproximadamente el 85 % de las demandas, ello sirvió para reformular y sensibilizar sobre la importancia igual en los otros aspectos como capacitación de personal, visitas por equipo móvil, necesidades de supervisión y otras más; posteriormente se retoma y se añaden algunos aspectos más en el papelógrafo.

La priorización de las necesidades parte del listado elaborado por los participantes, las que son considerados en cada demanda bajo 5 criterios establecidos previamente con un parametro de 1 al 10 según importancia, los criterios fueron: Vulnerabilidad, magnitud, trascendencia, factibilidad, expresión de la demanda. Una vez llenados los cuadros se realiza el ejercicio de la sumatoria de todas las necesidades; tiene mayor prioridad los que resultan con un mayor número y se anotan en un nuevo cuadro según orden de importancia priorizada.

Posteriormente se trasladan estas necesidades a un cuadro sistematizador denominado matriz de planificación con: No de ítem, las actividades, resultados de la prioridad, medios de verificación, responsables, fechas, presupuesto y fuente de financiamiento.

Una vez vaciada la necesidades en la matriz de planificación, tuvo su explicación para seguir adelante con las gestiones ante el municipio, puesto que en la planificación por el comité de vigilancia se dispuso el presupuesto asignado, quedando reducida a un monto bajo con la cual se asegura los servicios a las comunidades por los equipos móviles cada dos meses, respecto a las inversiones en infraestructura, equipamiento y medicamentos se debe negociar con el ejecutivo municipal, de todas maneras el Comité de vigilancia expresa que se complementará a la planificación general para el municipio, como una actividad sectorial importante.

Esta parte final del proceso fue bastante moroso, por cuanto se requiere tener información de precios de equipos, materiales, características técnicas, etc, las que por desconocimiento se tuvieron que poner un precio referencial aproximado.

Una vez concluida, los organizadores dan fin al taller con la participación de los invitados de SEDES Santa Cruz, representado por el DR. Rubén Aparicio, quien expresa satisfacción por la experiencia de planificación participativa, donde se expresan demandas muy importantes además que sirve como una capacitación sobre los programas, recalca la necesidad de darle mayor valoración a la salud materna e infantil especialmente al neonato.

Posteriormente se clausura el evento con algunas recomendaciones y aclaraciones respecto al evento.

**Evaluación:** La evaluación del taller fue realizada por el equipo conductor del evento más la participación de SEDES, Care Bolivia, con las siguientes conclusiones:

Evento participativo con la asistencia de muchas comunidades

Las demandas de las comunidades estuvieron referidas a aspectos más curativos, sin embargo también se destacan actividades educativas y de promoción.

La prioridad es la atención a la madre y al niño.

Metodología adecuada, con posibilidad de réplica para otros sectores como educación.

Duración del evento fue suficiente.

Ambiente adecuado y los diferentes grupos buscaron su mejor comodidad

**LOGROS:**

Demandas de salud de las comunidades, que son coincidentes a la oferta de los diferentes programas del ministerio de salud y deportes.

**CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS**

Planificación del sector salud, para ser insertada dentro el POA Municipal.

Experiencia positiva para su réplica y ajuste en ciertos aspectos.

Participación activa por los representantes locales.

Aval del SEDES para su ejecución.

Ajustar en tiempo, adecuándose a la planificación participativa del municipio

Invitaciones con pago de transporte de participantes a destino.

Planificar y cumplir actividades en fechas programadas para no perder credibilidad por parte del personal de salud

## AIEPI NEONATAL COMUNITARIO



EL taller fue inaugurado por el Dr. Antonio Chuvé Director interino del Hospital “Julio Manuel Aramayo”, quién manifestó que la formación de los Responsables Populares de Salud, es muy importante por que son el nexo entre la comunidad y el establecimiento de salud y que su trabajo en la comunidad es bastante reconocido, a su vez indico que el personal de salud debe conocer a todos los RPS para así ayudar cuando el RPS tenga algún problema o necesidad.

Por otro lado la Lic. Estela Terán directora de la Escuela de Auxiliares en Enfermería menciona que se lleva un registro de todos los RPS tanto de los nuevos como de los antiguos.

## SITUACIÓN DE LA MUJER Y EL NIÑO:



Esta actividad se realiza presentando datos estadísticos de la mortalidad materna y neonatal y en el niño menor de 5 años, la tasa de mortalidad materna en 249 x 100.000 nacidos vivos por causas como: hemorragias, tanto en el embarazo, parto y después del parto, infecciones, parto difícil, y otras complicaciones, la mortalidad infantil en menores de 5 años es, 75 por cada 1000 nacidos vivos, 54 antes del año y 27 antes del mes, de acuerdo a estos datos la mayor cantidad de muertes se produce en el niño menor de un

mes, siendo la mayoría de estas muertes prevenibles es importantes trabajar en estrategias y acciones que contribuyan a salvar la vida de estos niños y madres.

## DERECHO DEL RECIEN NACIDO Y DE LA MUJER GESTANTE



Se hizo énfasis en difundir los derechos del niño y de la mujer embarazada :

### RECIEN NACIDO

A nacer

A ser querido y recibir protección.

A tener un nombre y un apellido.

A recibir cuidados especiales en casos de tener problemas físicos o mentales

A tener un hogar y recibir cariño

A recibir protección contra el abandono, maltrato y

abuso.

A recibir buena alimentación de acuerdo a la edad y cuidados en el hogar y la comunidad.

A una nacionalidad.

A disfrutar de juegos sanos y adecuados a nuestra edad.

### EN LA EMBARAZADA



A recibir un adecuado control prenatal.

A recibir los beneficios del Seguro Universal Materno Infantil.

A tener su bebé en la posición que ella desee.

A un trato amable, digno y respetuoso.

A no ser discriminada.

A ser acompañada por un familiar durante el parto

A que se le entregue la placenta

Un subsidio de maternidad adecuado a las necesidades de madres y bebés

Protección contra toda forma de

violencia

Una vez analizado los derechos se pregunta a los participantes si en sus comunidades se están cumpliendo estos derechos y si son conocidos por toda la población, la respuesta fue que no se cumple, por que las autoridades y la población no conocen estos derechos.

**RESPONSABLES DEL CUIDADO DE LA MUJER Y EL NIÑO Y ACTIVIDADES DEL RESPONSABLE POPULAR DE SALUD:**



Se distribuye guías para trabajar identificando a las / os responsables del cuidado de la salud de la madre y el niño en la comunidad y al mismo tiempo se trabajó identificando las principales acciones del Responsable Popular de Salud.



**En relación a las actividades del RPS:**



Los grupos realizaron la presentación variando metodologías algunos mediante socio dramas y otros en pápeles grafos:

Durante las presentaciones los grupos enfocaron bien la actividades de la visita domiciliaria y la reunión comunitaria; para apoyar con el contenido se realizó lectura del manual y análisis de las presentaciones, para facilitar el proceso de estas dos actividades se utilizó los cuatro pasos a seguir en la visita domiciliaria y en reunión comunitaria la

Planificación, la Preparación, la Presentación y la evaluación o el Seguimiento.

**POR QUE SE MUEREN LAS MUJERES Y LOS NIÑOS:**

Esta actividad se realiza con la ayuda de guías sobre la historia de Piedades y su esposo Juan debe analizar cada guía y en forma conjunta e identificar los principales problemas.

<p><b>Demora o atraso en identificar el problema</b>                  Piedades tiene 7 meses de embarazo y siente dolores de parto.                  Tiene hemorragia                  Llamaron a una vecina quién le da mate y le dice que el problema pasara.</p>	<p><b>Demora o atraso en decidir buscar atención</b>                  Continúa el sangrado y la vecina dice que no es un problema.                  Buscan a su esposo Juan y no quiere que vaya al hospital, quiere que le atienda la vecina.                  Piedades, no quiere ir quiere ser atendida en su casa.</p>
<p><b>Demora o atraso en llegar al servicio</b>                  Cuando Juan se preocupa, buscan en que ir, pero no hay medio de transporte.                  Cuando encuentran no tenía gasolina.</p>	<p><b>Demora o atraso en recibir atención de calidad</b>                  No estaba el médico.                  La enfermera le pide que busque un donante de sangre.                  Cuando Juan con el donante ven mucho movimiento y Piedades fallece.</p>

Esta historia permitió la reflexión sobre como evitar la muertes maternas y de los niños, tres de estas demoras se presentan en la comunidad y una en el establecimiento de salud.

Para cambiar esta situación es necesario

<p><b>Identificar oportunamente el problema</b></p>	<p><b>Decidir oportunamente buscar atención.</b></p>
---	--

**Buscar oportunamente transporte para llevarla al establecimiento de salud**

**Recibir atención por parte del personal de salud con calidad**

### **ESTRATEGIA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS ENFERMEDADES PREVALENTES EN LA INFANCIA (AIEPI):**

Para dar una respuesta a estas demoras y disminuir la mortalidad materna y neonatal, se crea la Estrategia AIEPI con el componente de la comunidad y el hogar a ser aplicado por los Responsables Populares de Salud quienes cuentan con herramientas necesarias como Rotafolios, Hojas de Revisión, Talonarios de Referencia y el Manual del Promotor de Salud, para desarrollar este trabajo.

#### **PRACTICAS SALUDABLES:**

El AIEPI Comunitario Menciona 16 práctica saludables, pero en esta fase del taller solo se mencionaron ocho que se las da a conocer con la ayuda de tarjetas y formando el Acróstico:

#### **CPS – ALSAME – LLEVAME**

#### **CONTROL PRENATAL:**



Son dos prácticas saludables importantes para la prevención de problemas.

**Control Prenatal y Plan de parto**

**Señales de peligro**

## PARTO



Atención del parto por personal del hospital

Limpieza en la atención del parto y recién nacido (utilizando la sigla **HIJALM** para determinar las 6 limpiezas)

**H** = Hoja de afeitar

**I** = Hilo desinfectado

**J** = Juego de ropa

**A** = Ajuar de ropa para el bebé

**L** = Lugar adecuado limpio

**M** = Manos Limpias

Señales de peligro.

Amantamiento **Exclusivo**

## POST PARTO Y RECIEN NACIDO:



**Llevar** a control al recién nacido en los primeros tres días de nacido.

Señales de peligro en el post parto y el recién nacidos.

EL acróstico permitió recordar fácilmente las prácticas saludables y se les entregó una fotocopia con las ocho prácticas saludables.

## USO DE LOS INSTRUMENTOS PARA AIEPI

### HOJA DE REVISIÓN N° 1:

Con la ayuda de una hoja de revisión ampliada se explico el procedimiento del manejo de la hoja de revisión N° 1 que corresponde al Recién Nacido o Nacida a menor de 2 meses.



Respondiendo a las tres preguntas:

**Pregunte y observe**, De izquierda a derecha en fila verificar señales de peligro, calentura o enfriamiento, No puede mamar, se mueve menos de lo normal, respiración rápida, quejido, diarrea, prematuro o con bajo peso, ombligo rojo, Ojos con pus, **SI** se presenta cualquier de estas

señales terminar la visita domiciliaria y pasar a la siguiente columna **Decidir lo que tiene**, y **Referir utilizando la hoja de referencia** si **No** hay señales de peligro continuar con la visita si no existen otros problemas felicitar a la madre orientar sobre el tema identificado o de acuerdo a la edad del niño o niña. realizar la orientación con ayuda del rotafolio y felicitar a la madre.

Es también importante reconocer los colores de la hoja de revisión **rojo** que significa **peligro**, el **amarillo cuidado o en riesgo** y **verde** que el niño o niña no tiene ninguna señal de peligro que **está bien sanita**.

La hoja de revisión 1 se caracteriza por tener una sección para identificar las señales de peligro en la mujer embarazada y señales de peligro en el recién nacido y niño/a menor de 2 meses, la hoja de revisión N° 2 Identifica señales de peligro en el niño de 2 meses a menores de 5 años y las enfermedades prevalentes en esa etapa de la vida.

### CUIDADOS Y SEÑALES DE PELIGRO EN LA EMBARAZADA. PLAN DE PARTO.



Con la ayuda de una de las participantes que hace de embarazada, la facilitadora inicia la visita domiciliaria para el llenado del Plan de Parto, los participantes deben realizarlo juntamente con la facilitadora para seguir la secuencia de las preguntas y la forma de realizar las preguntas, una vez concluido se analiza en plenaria la utilidad de llenar el plan de parto con la finalidad de evitar demoras o tardanzas y hacer seguimiento a la embarazada para promocionar el parto institucional.

## ATENCIÓN DE PARTO.

Para analizar las 4 prácticas saludables en esta etapa se realizó un sociodrama con personas que conocían de la atención respetando la posición de la usuaria, la demostración lo hicieron con un parto en posición de cuclillas, durante la presentación se observó que la partera permite la presencia de un familiar para ayudar a la embarazada, otra práctica que se observó fue la devolución de la placenta para que sea enterrada por los familiares, en relación a la atención al recién nacido se tardó mucho en la atención corriendo el riesgo de que pueda enfriarse.

Una vez concluido la presentación se reforzó con los cuatro prácticas saludables en esta etapa del parto:

1. Promover el parto por personal de salud,



2. Promover la limpieza de la persona que atiende el parto ( **6 limpiezas**: Hoja de afeitar nueva o hervida, Hilo para el cordón umbilical limpio, Ropa para la atención de la mujer limpia, Pañales para la atención al niño limpio, Lugar de atención limpio, Manos limpias,

3. Secar y abrigar al recién nacido. Al explicar esta práctica se recomendó la importancia de mantener el calor en el recién nacido y el baño se lo puede realizar después de 24 horas de haber nacido.

4. Asegurar que el recién nacido tome el pecho de su mamá en la primera media hora después de su nacimiento, de preferencia inmediatamente.

Nuevamente se retoma la práctica de la atención del parto y verificar si se aplicaron las prácticas saludables y recordar cada una de ellas con ayuda del acróstico **ALSAME**.

La práctica adecuada en el recién nacido son lactancia materna, baño y abrigo y cuidados del ombligo, cuidado de los ojos y mucho amor.

## SEÑALES DE PELIGRO EN EL POST PARTO: MADRE Y RECIÉN NACIDO.

Mediante lluvia de ideas se identifica las señales de peligro en el puerperio:

Temperatura o escalofríos,

Flujo con mal olor, dolor de cabeza,

Malestar o decaimiento.

Hemorragia desmayo o convulsiones,

Dolor de bajo vientre,

Pechos adoloridos,

Las que se presentan con más frecuencia es la hemorragia, temperatura y flujo con mal olor.

**Durante este periodo se aplican dos prácticas saludables:**

1. Llevar al control del recién nacido en los tres primeros días,

## 2.Reconocer señales de peligro de la mujer y del niño después del parto.

Para que los participantes puedan recordar se retoma el acróstico **LLEVAS**, enfatizando el control en los tres primeros días para identificación de señales de peligro.

### IDENTIFICACIÓN DE SEÑALES DE PELIGRO EN RECIÉN NACIDO:



Utilizando la hoja de revisión 1 en la sección de señales de peligro en el recién nacido/a se buscan señales de peligro como: Calentura o enfriamiento, no puede mamar, se mueve menos de lo normal, respiración rápida, quejido, diarrea, ombligo rojo, ojos con pus, niño con bajo peso, al identificar cualquier de estas señales se debe concluir la visita domiciliaria y referir con la boleta de referencia o si es posible acompañar, si no existe señales de peligro orientar sobre la lactancia materna, verificar posición y agarre y despedirse felicitando a la madre.

### ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO CON COMPLICACIONES:

En el caso del recién nacido con complicaciones se puede utilizar la técnica de la reanimación cuando el niño o niña no respira



Antes de explicar el procedimiento se solicita a los participantes que acciones realizan cuando el niño nace sin respirar con los aportes se explica la técnica de la **reanimación**, utilizando una muñeca para la demostración de la respiración boca- nariz -boca de acuerdo al manual del participante y para reforzar se realiza práctica individual.

**Traslado:** Se pregunta a los participantes si conocen a un animal que lleva a su hijo en su



vientre, ellos mencionaron la Comadreja, que tiene las mismas características del Canguro, por lo que la técnica tomando en cuenta a la Comadreja se la llamo Mamá Comadreja, se explica la técnica de colocar al bebe junto a la madre , abrigar bien, para protegerlo del frío o que se pueda enfriar, si el bebe puede mamar alimentar durante el trayecto, para evitar la deshidratación.

## **ATENCIÓN INTEGRAL AL NIÑO DE DOS MESES Y MENOR DE 5 AÑOS:**

### **HOJA DE REVISIÓN N° 2**

Esta hoja de revisión es para el niño de dos meses a menores de 5 años , en esta etapa del taller se realiza lectura compartida del manual del Responsable Popular de Salud. Antes de proceder al llenado de la hoja de revisión, se realiza a través de lluvia de ideas una lista de las enfermedades más frecuentes en los niños menores de 5 años, posteriormente se compara la lista con las enfermedades que contiene la hoja de revisión, y los otros que mencionaron como sarnas, puchichis, granos y pitaí, se clasifican como otros problemas.

A photograph of a 'NOTA DE REFERENCIA' form. The form has a header with the logo of the Ministry of Health and the text 'OPS / OMS UNICEF PROCEDES PROMSA, Alianza por la Salud Humana, Sociedad Boliviana de Pediatría, Save the Children'. Below the header are several fields for patient information: 'Nombre del niño o niña', 'Edad', 'Nombre de la embarazada', 'Comunidad', 'Referido a', 'Fecha', and 'Nombre del Voluntario o Agente Comunitario de Salud'. The main body of the form contains a grid of 12 small icons representing different health conditions: a baby, a child running, a child sitting, a child with a fever, a child with a rash, a child with a cough, a child with a sore throat, a child with a headache, a child with a stomach ache, a child with a toothache, a child with a skin condition, and a child with a respiratory condition. A red timestamp '10 7:53AM' is visible in the bottom right corner of the image.

EL procedimiento para llenar la hoja de revisión es el mismo, si embargo en este caso si no se presenta es necesario clasificar si presenta o no, si es no, se pasa directamente a la fila siguiente.

En la primera sección se debe identificar señales de peligro, como no puede mamar, vomita todo, ataques, o esta inconsciente si presentara cualquiera de estas señales terminar la visita domiciliaría y referir con al boleta de referencia.

**TOS GRAVE:** Si, presenta tos, se debe continuar con la preguntas tiraje, ruidos al respirar tos por más de 21 días y respiración rápida:

**2 meses a menores de 1 año :** 50 a más.

**1 año a menores de 5 años:** 40 respiraciones en un minuto.

Si existiera cualquier de estas señales de peligro, concluir la vista domiciliaria y referir.

**TOS NO GRAVE:** Si en la clasificación el niño tiene tos no grave orientar con el rotafolio sobre cuidados en el hogar.

**DIARREA GRAVE:**

Preguntar y observar si presenta Ojos hundidos, pliegue de la piel que retorna a su estado normal lento o muy lento, esta inquieto o irritable y toma con sed, si existe cualquiera de estas señales de peligro referir inmediatamente, si no existe ninguna pasar a la siguiente fila.

Si **la diarrea es con sangre**, es importante que el promotor sepa diferenciar y educar a la madre para que pueda llevarlo al establecimiento de inmediato, si no se presentara ninguno de estos signos la diarrea no es Grave, por consiguiente orientar a la madre con ayuda del rotafolio.

Para facilitar la comprensión se clasifica las diarreas utilizando las tres "D" **Duración** (Más de 14 días), **Deshidratación** y **Disentería** (Diarrea con sangre)

**DIARREA NO GRAVE:**

Si no existe señales de peligro clasificar como diarrea no grave y orientar con ayuda del rotafolio .

**Fiebre o enfriamiento:**

Durante el interrogatorio continuar preguntando y en este caso es necesario tocar al niño, si presenta fiebre o enfriamiento, Si la madre refiere que esta más frío o caliente de lo normal, o si al tacto (axilas), esta muy caliente es considerado una señal de peligro.

También es importante conocer si la zona donde viven es endémica de malaria, desde cuando es la fiebre, si existe granitos en el cuerpo por que puede ser sarampión o si presenta rigidez de nuca, si no existe ninguna de estas señales pasar a la siguiente fila.

**FIEBRE NO GRAVE:**

Si no existe ninguna señal de Fiebre grave, orientar a la madre con ayuda del rotafolio sobre los cuidados en el hogar para prevenir señales de peligro.

**Problemas de oído:**

Continuar preguntando , también en este casos es necesario tocar, si presenta hinchazón detrás de la oreja, al tacto siente dolor de oído, o sale pus del la oreja, si presenta cualquier de estas señales referir con la boleta de referencia.

**Desnutrición y/o anemia grave:**

Observar si existe enflaquecimiento, hinchazón en ambos pies, palidez palmar, si el promotor identifica cualquiera de estos signos debe llenar la hoja de referencia y enviar la hoja de referencia u orientar con la ayuda del rotafolio.

**Otros problemas:**

Preguntar y observar si el niño presenta otros problemas, en el caso de no existir felicitar a la madre y si existiera otros problemas como gramos, sarcoptosis, etc es importante referir.

## PRACTICA COMUNITARIA



Con el apoyo del personal de salud del hospital y la escuela de Auxiliares en Enfermería quienes liderizaron los grupos de cuatro personas para la practica comunitaria.

Los grupos debían realizar como mínimo tres visitas domiciliarias para que cada miembro realice la práctica del llenado de los formularios , el tiempo que se estimo para esta actividad fue de dos horas. En plenaria se analiza la práctica comunitaria, para identificar la principales debilidades y fortalezas

en la aplicación del material, los participantes y los guías mencionaron que fue muy positiva porque ayudo a familiarizarse con el material, que es muy práctico y aplicable, llama la atención de las familias a las que se visito y ellos ayudan bastante respondiendo a las preguntas, sin embargo se tiene que seguir practicando para manejar más fácilmente las hojas de revisión y prácticas en el uso del rotafolio.

## **PRACTICAS ADECUADAS EN SALUD MATERNA**

### **JUSTIFICACIÓN:**



Los indicadores en Salud Materna y Neonatal han mejorado pero no en la medida deseada, muchas estrategias se han implementado como el SUMI, la Estrategia Boliviana de Reducción de la Pobreza que plantea indicadores relacionadas a la Salud Materna Infantil y el acceso a los servicios de Salud, sin embargo la población continua con problemas de inaccesibilidad geográfica, económica y de información, y las estrategias están dirigidas a solucionar el problema y no las causas por lo que los

indicadores se mantienen todavía altos en relación a otras regiones del país.

Por esta razón se ve la necesidad de realizar la capacitación en las 18 prácticas en Salud Materna con énfasis en las Cuatro Demoras en Salud Materna: Demora en reconocer el Problema, Demora en buscar ayuda, Demora en Llegar al Servicio y Demora en recibir atención de calidad y al mismo tiempo que el personal de salud aplique técnicas y procedimientos que respondan y respeten las costumbres de las usuarias.

### **OBJETIVO GENERAL:**

Fortalecer las habilidades Técnicas y conocimientos del personal de salud en relación a mejorar la calidad de atención a la mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio.

### **OBJETIVO ESPECIFICO:**

Difundir la Resolución Ministerial N° 0496 orientada a la mejora de atención en Salud Materna.

Fortalecer las habilidades y destrezas del personal de salud en relación al manejo de la Historia Clínica Perinatal Base de la mujer gestante y el parto grama.

Implementar las normas en Salud Materna, de acuerdo a resoluciones emitidas por el Ministerio de Salud y Deportes.

### **DESARROLLO DEL TALLER :**

El taller se desarrollo de acuerdo a un programa elaborado, las palabras de bienvenida estuvo a cargo del Dr. Carlos Castillo y la inauguración por el Dr. Franz Sánchez, quienes mencionaron que el taller estaba programa desde hace tiempo pero gracias a las agencias de cooperación se concreta y se espera cumplir con los objetivos planteados.

### **PRESENTACIÓN RESOLUCIÓN MINISTERIAL 0496:**

Esta actividad se desarrollo con la presentación de plantillas sobre las 18 prácticas Adecuadas en Salud Materna y presentando una copia de la resolución a los participantes que tiene que ser implementada en los establecimientos de salud.

**SE CONOCIA PERO; QUE NO ESTA CONSOLIDADO:**

***Para el cuidado prenatal se mejorará o incorporará lo siguiente:***

1. La historia clínica perinatal, documento institucional para el registro de la atención.
2. El carnet perinatal, como documento para las embarazadas.
3. Un plan de acceso para el parto o una eventual emergencia obstétrica
4. La detección en la consulta de proteínas en las embarazadas con hipertensión arterial mediante ácido acético o cintas comerciales para mejorar la detección y diagnóstico de la preeclampsia.

***Durante la atención del trabajo de parto, el personal promoverá y facilitará:***

5. El cambio de posición y ambulación de las embarazadas
6. La presencia de un familiar o un allegado de la embarazada.
7. La ingestión de líquidos.
8. La eliminación del uso rutinario de enema y rasurado del vello pubiano.
9. Utilización del partograma del OMS modificado para la vigilancia clínica de la madre.

***Para la atención del parto se dispone:***

10. Restringir la práctica de la episiotomía
11. Realizar el manejo activo del alumbramiento, mediante la aplicación intramuscular de 10 UI de Oxitocina tan pronto nace el bebe.
12. Devolver la placenta a las madres puérperas que lo soliciten o lo acepten.

***Para el caso de la atención a los recién nacidos:***

13. La atención inmediata será brindada en lo posible por una persona diferente a la que asistió a la madre
14. Se preservará el calor corporal del bebe mediante su secado inmediato y cambio a pañal precalentado.

***El personal de Salud de los Hospitales Públicos:***

15. Buscará los medios para garantizar la referencia de mujeres y recién nacidos con complicaciones a centros de salud con capacidad resolutive.
16. Promoverá las prestaciones del Seguro Universal Materno Infantil, en especial la atención gratuita del parto y las emergencias obstétricas y neonatales
17. Atenderá las denuncias y sugerencias realizadas por las organizaciones de base relacionadas con la negligencia, la desinformación, la discriminación, el maltrato, el ausentismo y el retraso.
18. Proporcionará información y participará en auditorías médicas sobre mortalidad materna y neonatal, los DILOS, cuando así lo determinen las autoridades competentes.

En plenaria se analizó las experiencias del personal de salud, con relación a las prácticas: como enema y rasurado del vello pubiano en muchos de los servicios de salud ya no se están aplicando ya que se considera como prácticas dañinas o inefectivas

Con respecto a las prácticas beneficiosas las mujeres deben llevar consigo su carnet perinatal, el tratamiento de la preeclampsia, bacteriuria sintomática, apoyo emocional

continuo para la mujer durante el trabajo de parto y parto, la administración de oxitócicos para prevenir la hemorragia post parto.

### **LLENADO DE LA HISTORIA CLÍNICA PERINATAL BASE:**

Para la actividad se solicita a la dirección del hospital Municipal Julio Manuel Aramayo cinco historias clínicas, de mujeres embarazadas, posteriormente se trabajo en grupos por municipio revisando las historias, si estaba llenada adecuada y completamente, además si cuenta con los análisis y resultados de laboratorio en caso necesario. Una vez revisada se presento en plenaria, los principales errores fueron: determinación de la edad gestacional, antecedentes obstétricos tomando en cuenta el embarazo actual, no se identifica las señales de peligro, no se registra la talla de la usuaria, la alta del recién nacido o por quien fue atendido, si recibió orientación en anticoncepción antes de ser dado de alta. Esta situación en los grupos fue similar, como conclusión se queda que se presentara a los médicos para analizar, reflexionar y corregir esos errores para contar con datos e información que permita tomar decisiones y la detección de señales de peligro oportunamente y evitar complicaciones.

### ***Las principales modificaciones al carnet se refieren a:***

En los antecedentes obstétricos ultimo hijo con peso mayor a 4000 grs.

Fin del anterior embarazo menor de 6 meses más de 5 años.

Cambios en la edad de la gestante: Menor de 16 años y mayor de 40 años

Si el embarazo fue planeado

Fracaso de anticonceptivo.

En gestación actual: Vacuna contra la rubéola.

En los análisis de laboratorio la presencia de estreptococos

Conocer el índice de masa corporal mediante la formula (Peso /talla)

Durante las visitas al control se toma en cuenta para el registro las señales de peligro, exámenes y el tratamiento que se realiza a la embarazada.

Durante el parto si la embarazada recibió corticoides antes del parto, tiempo de ruptura de membranas, datos del partograma, presencia de un acompañante, posición de la embarazada, considerada como riesgo la posición ginecológica.

En el Recién Nacido el tamizaje neonatal, lactancia materna inmediata y las condiciones de egreso y la reanimación

En el Puerperio, tomar en cuenta el tiempo, inmediato a los 30 minutos y mediato a las 24 horas.

Egreso de puérpera, condiciones, vacuna antirubeola, orientación en anticoncepción.

### **LLENADO DEL PARTOGRAMA:**

En esta actividad se trabajo con estudios de casos diferentes en grupos, con la finalidad de identificar las situaciones que se pueden presentar en un hospital, para lo que se solicitó tomar en cuenta el espacio entre las líneas **ALERTA y ACCION**, para determinar el momento de la toma de decisión durante el trabajo de parto; en un correcto llenado del partograma es necesario tomar en cuenta los siguientes aspectos:

Frecuencia Cardiaca fetal, Liquido amniótico, moldeamiento de cráneo, dilatación cervical, descenso de cabeza, hora de apertura del partograma y tiempo de duración del trabajo de parto, contracciones en 10 minutos, administración de oxitocina, drogas utilizadas y fluidos IV, pulso, presión arterial, temperatura, resultados análisis de orina.

En plenaria se observó: que en algunos casos se esperó mucho para tomar la decisión, aunque los datos reflejaban un problema sin embargo el personal no actuó a tiempo. El llenado del partograma se lo debe llenar en forma sistemática y de acuerdo a los figuras con que se representa los signos y síntomas que presenta la usuaria para contar con información en la toma oportuna de decisiones.

**LOGROS:**

El personal fortaleció sus habilidades y conocimientos en el llenado de la historia clínica Perinatal Base de la mujer gestante de acuerdo a modificaciones actuales.

Práctica individual del llenado del partograma por parte de todo el personal de salud mediante estudio de casos y presentación en plenaria.

Revisión de historias de la Mujer Gestante por grupos para determina el llenado correcto, permitió conocer debilidades en el llenado correcto de la historia.

Trabajo coordinado entre la Gerencia de Salud, Esc. De Aux. de Enfermería, SEDES, UNFPA y CARE Bolivia para el desarrollo de actividades de capacitación y el seguimiento.

# RESULTADOS

PROCOSI desde el inicio del proyecto definió el sistema de Información que se debería manejar, a continuación se presentan los principales resultados logrados por el proyecto tomando en cuenta los resultados del Marco Lógico.

ONG: Care - Bolivia		
Proyecto: Promoviendo la Calidad de la Salud Sexual y Reproductiva y Neonatal en áreas rurales de Santa Cruz	Programa	Salud Materna y Neonatal
Período del Informe:	Toda la Gestión del Proyecto	Elaborado por: Carlos Uño Alvarado

## Resultados del Marco Lógico del proyecto

Definición del IOV (Narrativo)	Meta del proyecto		Meta de la Gestión (anual)		Acumulado en toda la vida del proyecto(*)	
	Número absoluto	%	Número absoluto	%	Número absoluto	%
100% de los DILOS priorizan la situación de la SSR y neonatal.	4	100	4	100	4	100
100% de Municipios de intervención han desembolsado recursos para mejorar la SSR y del neonato en su jurisdicción	4	100	4	100	4	100
50% de farmacias institucional Municipales (FIM) conformadas cuentan con los insumos requeridos aplicando el SNUS.	2	100	2	100	4	200

### Información narrativa.-

- Se firmo convenios con los 4 municipios del área de influencia del proyecto, además de un convenio interinstitucional entre SEDES, EngenderHealth y CARE para brindar en el primer caso el apoyo logístico a las actividades del proyecto y en el segundo caso a brindar la asistencia técnica correspondiente.
- En este lapso de tiempo se priorizó la participación de los municipio en acciones de SSR, este hecho se puede constatar en la **planificación participativa** de San Ignacio de Velasco con participación de autoridades locales y 98 representantes comunales (OTB.)
- Respecto a los desembolsos o contrapartes, los fondos para la planificación participativa y los talleres de AIEPI Comunitario fueron cancelados por los municipios. Durante el proceso de organización, preparación, ejecución y la evaluación de los talleres de capacitación se buscó la participación activa de la Escuela de auxiliares de enfermería de San Ignacio en el apoyo técnico, personal que colaboró de manera espontánea sin percibir remuneración alguna, que monetizado tiene un valor que se considera como contraparte local.

- La implementación de la FIM en 2 municipios (San Ignacio y San Miguel) tuvo un avance lento, lo que consideramos como proceso de enseñanza aprendizaje. Incluimos en el proceso de la implementación de las FIM a los municipios de San Rafael y San Matías lo que se logró es que se manejen los insumos y medicamentos tanto de programa, del SUMI y lo que es de venta en una sola farmacia, aplicando los formularios del SNUS, el manejo adecuado esta en proceso. Una actividad positiva es el intercambio de ciertos productos sobre estocados que tienen en existencia, con el riesgo a caducidad, frente a ello entre las diferentes farmacias toman contacto por radio y pueden prestarse y devolver.

Definición del IOV (Narrativo)	Meta del proyecto		Meta de la Gestión (anual)		Acumulado en toda la vida del proyecto(*)	
	Número absoluto	%	Número absoluto	%	Número absoluto	%
80% del personal de salud capacitado aplican CERN y COE.	56	100	56	100	38	68
60% de médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería, aplica procedimientos técnicos en SSR incluyendo anticoncepción.	34	100	34	100	20	59
80% de los servicios de las Redes de Salud, aplican las normas vigentes en SSR(anticoncepción, embarazo, parto, post parto y atención del RN).	24	100	24	100	20	83
El hospital de referencia de la Red aplica la herramienta BABIES.	1	100	1	100	1	100
hospitales de la Red iniciaron procesos de Mejora continua de la calidad (COPE)	4	100	4	100	4	100
En al menos 4 hospitales de la Red fueron establecidos procesos para mejorar el desempeño de los Supervisores (Supervisión Facilitadora)	4	100	4	100	4	100

#### Información narrativa.-

- La capacitación a distancia en SSR (anticoncepción, elección informada y orientación) tuvo un buen avance, la reunión de los tutores con los participantes en los diferentes establecimientos de salud fue permanente, durante toda la gestión se realizó el seguimiento por parte del personal de EngenderHealth y CARE brindando la retroalimentación adecuada.
- La capacitación al personal sobre AIEPI neonatal Clínico (CER) y COE fue para los responsables de los servicios de salud de la red Velasco y Ángel Sandoval, con la colaboración de la Dra. Lilian Brunn del SEDES Santa Cruz y el apoyo del equipo de capacitación local Dr. Luis Fajardo, (Hospital San Miguel) y la Lic. Estela

Terán, Directora de la Escuela de auxiliares, experiencia positiva porque involucra al equipo de capacitación de la red de salud.

- Referente a COPE se realizó el segundo taller de mejoramiento continuo de la calidad, aplicando las herramientas en los 4 hospitales municipales.
- La metodología BABIES se inicio con una propuesta entregada a la red, sirvió en el proceso de utilizar instrumentos establecidos desde el SEDES para la autopsia verbal sobre la mortalidad neonatal, documento que no existe, sin embargo se recaba un formulario utilizado anteriormente en la zona la cual sirve como documento trabajo para concertar dentro las dependencias del SEDES, con la participación de responsables de los adolescentes, Atención de los niños, a las personas, y además del SNIS, la cual fue motivo de análisis en un taller del SEDES, como parte de la vigilancia comunitaria.
- El taller de supervisión facilitadora en la fase I tuvo la participación de todos los actores de la Red Velasco, queda pendiente realizar el taller en su fase II donde se trabajara con los instrumentos existentes y poder consensuar uno que se adapte a la zona de trabajo y tenga el aval de SEDES.
- Las supervisiones realizadas fueron coordinadas en el SEDES con el departamento de Atención a las personas, y la Gerencia de Red, la misma estuvo dirigida sobre todo a coberturas alcanzadas y al mismo tiempo la calidad de la información en base a un formulario del SEDES, aún se perciben falencias en el registro y la transcripción de datos, sin embargo SEDES consolida y realiza la retroalimentación en caso de inconsistencias

Definición del IOV (Narrativo)	Meta del proyecto		Meta de la Gestión (anual)		Acumulado en toda la vida del proyecto(*)	
	Número absoluto	%	Número absoluto	%	Número absoluto	%
70% de los Promotores de Salud de los Municipios de San Miguel y San Ignacio manejan y promocionan los COE y los CERN, señales de peligro durante el embarazo, parto y puerperio en sus comunidades	49	100	49	100	73	149
60% de las embarazadas registradas por el Proyecto cuentan con un Plan de Parto y lo ejecutan.	1783	100	1783	100	1600	89
El 60% de las mujeres embarazadas y su familiar cercano mencionan cinco acciones de Cuidados Esenciales del Recién Nacido	1783	100	1783	100	1300	73
70% de las mujeres y los hombres que demanda servicios de anticoncepción, CPN, parto, post parto y atención del RN en los 4 hospitales de la Red, reconocen 5 señales de peligro en el embarazo, parto y puerperio.	27928	100	27928	100	22000	79

80% de MEF y 80% de hombres capacitados pueden mencionar 5 métodos de anticoncepción (incluidos en las normas nacionales	27928	100	27928	100	18000	64
--	-------	-----	-------	-----	-------	----

**Información narrativa.-**

- Con los RPS se realizaron capacitaciones a los Responsables Populares de Salud, sobre los Cuidados Obstétricos Esenciales y Cuidados del Recién Nacido, repasando las hojas de revisión No 1-2 y usando No 3 y 4 (AIEPI neonatal y Comunitario).
- Se consolida la unificación del AIEPI Comunitario, por su contenido, su metodología y sus objetivos similares, experiencia que resultó positiva por el tiempo utilizado; aunque queda por fortalecer algunos aspectos según se vea las fallas en el seguimiento posterior. Además se entrega material de referencia para consulta y se amplía la entrega de mayor cantidad de instrumentos, incluido rotafolios a los RPS. La práctica se realiza en los diferentes barrios de la población para fortalecer destrezas.
- Respecto al impacto se pudo observar una buena afluencia de embarazadas referidas por RPS a los establecimientos de salud, hecho que también se aclaró con el equipo de conducción y el personal para que sean aceptadas de preferencia y se pueda involucrar más al RPS como parte del equipo de salud. La mayoría de las embarazadas que asistieron al los servicios de salud trabajaron con su plan de parto
- El conocimiento y la demanda de servicios de SSR se incremento respecto a la anterior gestión sobre todo el componente de elección informada y orientación en anticoncepción (derechos del usuario).
- Consideramos que estos indicadores relacionados a la comunidad continuaran incrementándose a medida que el personal de los servicios ya capacitado puedan llegar a la comunidad con IEC.

# CONCLUSIONES

A continuación se transcriben algunas de las conclusiones producto de la implementación y sistematización del proyecto.

- Las estrategias innovadoras implementadas por el proyecto, resultaron efectivas para el logro y metas previstas, las cuales contribuyeron a mejorar la calidad de atención de los servicios de salud.
- El trabajo colaborativo en la asistencia técnica brindada por todos los actores involucrados en el proyecto, resulto de gran importancia para el fortalecimiento del personal de salud, sobre todo en el área de capacitación.
- El mejoramiento de la calidad de atención y la eficiencia de los servicios tuvo un pilar fundamental en las herramientas COPE, Supervisión Facilitadora y AIEPI integral.
- La forma de trabajar de CARE sobre todo en la parte operativa fue muy valorada por los beneficiarios, el trabajo de acompañamiento persona a persona tuvo sus frutos en el incremento de las habilidades tanto técnicas como gerenciales.
- El involucramiento de los gobiernos municipales, y el insertar actividades de salud en su POA, permite de alguna manera garantizar la sostenibilidad de las actividades del proyecto.
- La responsabilidad asumida por el equipo de capacitación local que tiene como base la escuela de Auxiliares de San Ignacio permite garantizar en la red un plan de capacitación continua.

## RECOMENDACIONES

- El proyecto realizó importantes logros en la gestión de los servicios de salud pero descuido en gran medida la parte comunitaria, si bien es todo un proceso que va a continuar es necesario brindarle el seguimiento correspondiente.
- El material de IEC elaborado y brindado por PROCOSI al proyecto es excelente, al mismo tiempo debemos indicar que se trata de un material muy caro que posiblemente los municipios no estén dispuestos a invertir en el mismo, y por otro lado se debe tomar en cuenta el contexto local de la chiquitania que es muy particular en la elaboración de todo material de IEC.
- El proyecto forma parte de todo un programa implementado por PROCOSI es en ese sentido que se debe mirar los objetivos de impacto planteado.

## LECCIONES APRENDIDAS

- En la utilización de las herramientas para la mejora continua de la calidad, deben incorporar a todos los actores desde SEDES hasta los Comités de Vigilancia desde el inicio del proceso.
- La conformación de los Comités de Calidad es vital para garantizar el proceso de mejora continua de la calidad, este Comité debe ser nombrado por una resolución que parta de la dirección del hospital y sea avalada por Gerencia de Red, para garantizar su funcionamiento.
- Aunque ya es mucho tiempo el que se lleva trabajando en la administración logística todavía existen debilidades en su manejo, actualmente dentro del Nuevo Modelo Sanitario se considera como un aspecto muy importante para el buen funcionamiento del Seguro Universal Materno Infantil (SUMI), la existencia de Insumos y suministros en forma oportuna y en la cantidad necesaria para cubrir la demanda de la población, por esta razón el proyecto apoyó al **Sistema Nacional Único de Suministros** en la implementación de las FIM, como marco normativo para la administración logística, que garantice la disponibilidad y accesibilidad de medicamentos, insumos médicos y reactivos. Esperamos que en el transcurso de esta gestión los insumos de anticoncepción sean considerados por el SUMI de una manera universal.
- A través del empoderamiento comunitario podemos lograr que las demandas de salud de las comunidades, sean coincidentes a la oferta de los diferentes programas del ministerio de salud y deportes.
- Es posible hablar de una estrategia de AIEPI integral, lo que permitiría el acercamiento de los servicios a la comunidad y de la comunidad a los servicios.