

UNIVERSIDAD AMAZÓNICA DE PANDO
MAESTRIA EN MEDICINA SOCIAL
Y COMUNITARIA



**TESIS DE POST GRADO PARA OBTENER EL TITULO DE MAGISTER EN MEDICINA
SOCIAL Y COMUNITARIA**

**“Reorganización Operativa y Sostenible de la Red de Salud
Obstétrica en el Municipio de Filadelfia.”**

Postulante:

ANGEL DANIEL CÁCERES MÉNDEZ

Tutor:

MCS. ÁBDON RAMIRO CHAVEZ CÉSPEDES

Cobija - Pando - Bolivia

2011

Índice

Capítulos	Página
Capítulo I: Planteamiento del Estudio	1
1.1. Introducción	1
1.2. Marco Teórico	2
1.2.1 Conceptualización de Vigilancia Epidemiológica	2
1.2.2 Conceptualización de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna	2
1.2.3 Conceptualización de Redes: Diversos Niveles de Abordaje	3
1.2.3.1 Tipos de Redes	5
1.2.3.2 Principios de la Organización en Redes o Redes de Equipos	5
1.2.3.3 Redes Sociales	7
1.2.3.4 Redes de Servicios	7
1.2.3.5 Componentes	9
1.2.3.6 Red de Transporte y Comunicación	10
1.2.3.7 Referencia y Retorno	10
1.2.3.8 Seguimiento y Evaluación	12
1.2.3.8.1 Seguimiento	12
1.2.3.8.2 Evaluación	12
1.2.4. Organización de Redes de Servicios Obstétricos/ Neonatales	13
1.2.5. Red Para el Desarrollo de la Salud Materna y Neonatal en el Nivel Local	14
1.2.6. Cuidados y Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales de Red de Servicios	15
1.2.7. Servicios de Salud de la Red Local	19
1.2.7.1. Atención Durante el Embarazo	21
1.2.7.2. Atención Calificada Durante el Trabajo de Parto	22
1.2.7.3. Atención Inmediata al Recién Nacido y su Reanimación	24
1.2.7.4. Diagnóstico y Manejo de la Pre eclampsia y Eclampsia	24
1.2.7.5. Diagnóstico y Manejo del Shock	26
1.2.8. Conceptualización de la Mortalidad Materna	27
1.2.9. Causalidad de la Mortalidad Materna	27
1.2.10. Componentes Sociales de la Enfermedad (Emergencias Obstétricas)	29
1.2.10.1. Hemorragias	29
1.2.10.2. Hemorragia Obstétrica	30
1.2.10.3. Sepsis	30
1.2.10.4. Infección Puerperal	31

1.2.10.5. Hipertensión Inducida por el Embarazo.....	31
1.2.10.6. Pre eclampsia	31
1.2.10.7. Otros Trastornos Hipertensivos en el Embarazo	32
1.2.11. Situación de la Salud Sexual y Reproductiva	32
1.2.12. Experiencias: Hacia Políticas Públicas Para Reducir la Mortalidad Materna en el Perú	33
1.2.13. Sistema Nacional de Salud Modelo de Gestión Participativa y Control Social en Salud	36
1.2.14. Modelo de Atención	37
1.2.15. Modelo de Gestión Participativa y Control Social en Salud	40
1.2.16. Componente de Referencia y Retorno	40
1.3. Elección del Tema.....	42
1.4. Planteamiento del Problema	43
1.5. Justificación	46
1.6. Formulación de Objetivos.....	48
1.6.1. General	48
1.6.2. Específicos.....	49
Capítulo II. Marco Metodológico	50
2.1. Tipo de Estudio	50
2.1.1. Diseño General del Estudio.....	50
2.1.1.1. Fase 1: Análisis del Sistema Nacional de Información de Salud (SNIS).....	50
2.1.1.2. Fase 2: Análisis del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad	50
2.1.1.3. Fase 3: Evaluación del Funcionamiento del Sistema de Referencia Local	52
2.1.2. Enunciado de la Hipótesis	52
2.1.3. Identificación de Variables.....	52
2.1.3.1. Variable Independiente	52
2.1.3.2. Variable Dependiente.....	52
2.1.4. Operacionalización de las Variables	52
2.1.5. Técnicas y Procedimientos	54
2.1.6. Definiciones Operacionales	55
2.1.7. Universo de Estudio, Selección y Tamaño de la Muestra Unidad de Análisis y Observación	56
2.1.8. Criterios de Inclusión y Exclusión.....	57

2.2.	Localización del Municipio de Filadelfia	57
2.3.	Resultados de Cobertura de Atención de la Mujer Embarazada en el Municipio de Filadelfia Indicadores de Salud	58
2.4.	Resultados del Diagnóstico de la Mortalidad Materna en el Municipio de Filadelfia	61
2.5.	Resultados del Diagnóstico de Infraestructura y Equipamiento de los Establecimientos de Salud del Municipio de Filadelfia	61
2.6.	Resultados del Diagnóstico de la Capacidad Resolutiva de la Red de Establecimientos de Salud en el Municipio de Filadelfia	62
2.7.	Resultados del Diagnóstico de Medios de Comunicación y Transporte de la Red Obstétrica de Salud en el Municipio de Filadelfia:.....	63
2.8.	Resultados de Estudio de Casos de Mortalidad Materna en el Municipio de Filadelfia	64
Capítulo III. Propuesta.....		65
3.1.	Presentación	65
3.2.	Antecedentes	66
3.3.	Salud Materna Como un Asunto de Equidad y Justicia Social.....	67
3.4.	Respuesta Institucional	68
3.5.	Primera Línea de Intervención: Reactivación Estructural y Funcional de la Red Obstétrica de Salud	69
3.5.1.	Primera Fase: Complementariedad del Sistema de Salud con las Redes Sociales	69
3.5.2.	Involucramiento de los Representantes de Comunidades en el Proceso	70
3.5.3.	Segunda Fase: Seguimiento, Evaluación y Análisis de Avances del Cumplimiento de Corresponsabilidades	71
3.6.	Segunda Línea de Intervención: Mejorar la Capacidad Resolutiva en la Atención la Salud Materna	71
3.6.1.	Primera Fase: Priorización de Establecimientos de Salud.....	72
3.6.2.	Segunda Fase: Mejora de la Oferta de Prestaciones Calificadas en Establecimientos de Salud.....	72
3.6.3.	Personal de Salud (Primer Atributo)	72
3.6.4.	Aplicación de Estándares en el Manejo de Emergencias Obstétricas	73
3.6.5.	Aplicabilidad de Manuales Bases.....	73

3.6.6.	Implementación de Centros de Desarrollo de Competencias (CDC) en Establecimientos de Salud Priorizados.....	74
3.6.7.	Funciones a Cumplir por los Centros de Desarrollo de Competencias	74
3.6.8.	Planta Física (Segundo Atributo).....	75
3.6.8.1.	Áreas Requeridas Para en el Primer Nivel de Atención.....	75
3.6.9.	Equipo Clínico Básico (Tercer Atributo).....	76
3.6.9.1.	Equipamiento Básico Requerido	76
3.6.9.2.	Suministros y Medicamentos Esenciales (Cuarto Atributo)	77
3.7.	Tercera Línea de Intervención: Mejorar la Accesibilidad para la Atención de la Mujer Durante la Gestación, Parto y Puerperio.....	79
3.7.1.	Primera Fase: Implementación del Mapeo y Radar de Gestantes y Puérperas	79
3.7.1.1.	Mapeo	81
3.7.1.2.	Radar	82
3.7.1.3.	Mejorar la Red de Transporte y Comunicación.....	84
3.7.1.4.	Funciones Principales a Cumplir por las Unidades de Transporte.....	85
3.7.1.5.	Funciones Principales a Cumplir por las Unidades de Comunicación	85
3.7.1.6.	Funcionamiento de la Red de Transporte y Comunicación	86
3.7.1.7.	Financiamiento de la Red de Medios de Transporte	86
3.7.2.	Segunda Fase: Evaluación de la Implementación	87
3.8.	Cuarta Línea de Intervención: Inclusión del Sector Social Como Aliado para la Maternidad Saludable y Segura a Nivel Local Participación Social.....	87
3.8.1.	Procesos de Capacitación, Educación y Orientación	88
3.9.	Participación del Gobierno Municipal	89
Capítulo IV. Conclusiones y Recomendaciones		91
4.1.	Conclusiones	91
4.2.	Recomendaciones	91
Capítulo V		93
5.1.	Bibliografía.....	93
5.2.	Anexos.....	96

Listado De Cuadros

Cuadro N°1	Principios y Fases de la Organización de las Redes de Salud por Nivel de Complejidad.....	6
Cuadro N°2	Emergencia que Cubre el Seguro Universal Materno Infantil.....	11
Cuadro N°3	Aplicación de Cuidados Obstétricos Esenciales por Nivel de Complejidad ..	16
Cuadro N°4	Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales para el 1er. y 2do. Nivel de Atención.....	16
Cuadro N°5	Asignación Ideal de Tareas Obstétricas y Neonatales Esenciales por Tipo de Servicio.....	18
Cuadro N°6	Preparación del Sitio Dimensión General de los Cuatro Atributos.....	20
Cuadro N°7	Mapa Conceptual para la Reorganización de la Red de Salud Obstétrica del Municipio de Filadelfia Departamento de Pando	45
Cuadro N°8	Modelo Optimo Teórico para el Funcionamiento de la Red de Salud Obstétrica del Municipio de Filadelfia.....	46
Cuadro N°9	Análisis de Seguimiento Mujer Gestante.....	59
Cuadro N°10	Análisis de Seguimiento Parto Institucional.....	60
Cuadro N°11	Tareas Obstétricas y Neonatales	74
Cuadro N°12	Equipamiento Requerido Área Ambulatoria	76
Cuadro N°13	Equipamiento Requerido Área de Atención de Parto y Recién Nacido en el 1er. Nivel de Atención.....	77
Cuadro N°14	Medicamentos y Suministros Requeridos 1er. Nivel de Atención.....	78
Cuadro N°15	Temas de Capacitación y Educación a Grupos Sociales	88

Listado De Figuras

Figura N°1	Estructura de las Redes de Salud	4
Figura N°2	Mapeo de Gestantes y Puérperas Centro de Salud Filadelfia	83
Figura N°3	Radar de Gestantes y Puérperas	83

Listado De Anexos

Anexo N° 1	Cobertura de Controles Prenatales Nuevos Comparativo – 2007 / 2008
Anexo N° 2	Cobertura de Cuarto Control Prenatal Comparativo – 2007 / 2008
Anexo N° 3	Cobertura de Administración de Sulfato Ferroso en Embarazadas Comparativo – 2007 / 2008
Anexo N° 4	Cobertura de Parto Institucional Comparativo 2007 / 2008

- Anexo N° 5 Cobertura de Primer Control Pos Parto Comparativo – 2007 / 2008
- Anexo N° 6 Cobertura de Administración de Vitamina “A” en Puérperas Comparativo 2007 / 2008
- Anexo N° 7 Cobertura de Administración de Sulfato Ferroso en Puérperas Comparativo. 2007 / 2008
- Anexo N° 8 Razón de Mortalidad Materna en Pando
- Anexo N° 9 Muertes Maternas Reportadas Dpto. Pando Gestiones 2001 A 200
- Anexo N° 10 Estudio de Caso N° 1
- Anexo N° 11 Estudio de Caso N° 2
- Anexo N° 12 Estudio de Caso N° 3
- Anexo N° 13 Estructura de La Red de Servicios de Salud por Nivel de Atención Municipio de Filadelfia
- Anexo N° 14 Distribución de Establecimientos de Salud por Área de Influencia Municipio de Filadelfia
- Anexo N° 15 Red de Salud Municipio de Filadelfia / 2009
- Anexo N° 16 Sistema de Referencia Municipal / 2009 Municipio Filadelfia
- Anexo N° 17 Distribución de Personal de Salud por Establecimiento de Salud Municipio de Filadelfia
- Anexo N° 18 Equipamiento de Consultorio Externo por Establecimiento de Salud
- Anexo N° 19 Equipamiento de Sala de Parto por Establecimiento de Salud
- Anexo N° 19 Equipamiento Sala de Parto por Establecimiento de Salud
- Anexo N° 20 Equipamiento Sala de Internación por Establecimiento de Salud
- Anexo N° 21 Medicamentos e Insumos Básicos por Establecimiento de Salud
- Anexo N° 22 Medios de Comunicación por Establecimiento de Salud
- Anexo N° 23 Existencia de Medios de Transporte por Establecimiento de Salud
- Anexo N° 24 Listas de Verificación Planta Física, Equipamiento Suministros
- Anexo N° 25 Inventario de Vehículos: Ambulancias y Otros Seguimiento, Evaluación y Análisis de los Avances del Cumplimiento de Corresponsabilidades.

CAPITULO I

1.1. Introducción

El Ministerio de Salud de Bolivia tiene como una de sus Políticas de Salud, como en todo país en desarrollo, buscar la mejor forma de velar por la salud de la sociedad y de sus ciudadanos garantizando buena atención y resolución de las diferentes patologías prevalentes, en especial enfoca el grupo más vulnerable Madre / Niño, en este sentido el Ministerio de Salud ha establecido estrategias que buscan reducir la morbilidad y mortalidad materno infantil:

- Se crea la División Nacional Materno Infantil en 1973, cuyos primeros programas fueron “El Niño Feliz” y Planificación Familiar”
- Seguro Nacional de Maternidad y Niñez (SNMN) D.S. 24303 de mayo de 1996.
- Seguro Básico de Salud (SBS) D.S. 25265, 31 de diciembre de 1998.
- Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) Ley 2426 del 21 de noviembre de 2002 y la Ley 3250 Ampliatoria del SUMI para mujeres en edad fértil, cuyo objetivo es de garantizar una Maternidad Segura a través de las prestaciones.

Coadyuvando a logro de este fin se han realizado proyectos a nivel Nacional siendo uno de ellos la implementación de Redes Obstétricas en diferentes Municipios del país al igual que en el Municipio de Filadelfia del Departamento Pando en el año 2004, el cual lamentablemente no tuvo continuidad, tal vez la razón principal fue que la deficiencia en su conformación que solo tomó en cuenta al RRHH en salud sin tomar en cuenta a los representantes de sociedad civil quienes juegan un papel importante con su participación en la activación, funcionamiento y seguimiento de este tipo de Redes, a esto se suma la deficiencia de conocimientos en el manejo y prevención de las emergencias obstétricas del RRHH técnico (Auxiliares de enfermería), la poca aplicabilidad de los protocolos de atención por parte del personal médico, la infraestructura de establecimientos de salud no apropiados, deficiencia de equipamiento médico, la mala disposición y utilización de los medios

de transporte designados a salud, falta de medios de comunicación y el poco apoyo de autoridades municipales al sector salud.

1.2. Marco Teórico

1.2.1. Conceptualización De Vigilancia Epidemiológica¹

La Vigilancia epidemiológica (VE) constituye una estrategia eficaz de control de las enfermedades epidémicas. La clave de todo el sistema de salud reposa sobre la calidad de los datos de base y en su utilización para la toma de decisiones rápidas y apropiadas. El rol de la VE es primordial para la planificación, la gestión, la distribución y la movilización de los recursos, la detección y la reacción precoz a las epidemias, así que para la evaluación y la medida del impacto de los programas de prevención.

1.2.2. Conceptualización de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna²

Es un proceso continuo y sistemático de recolección, análisis, interpretación y difusión de datos relacionados con la identificación, notificación, medición, determinación de causas y prevención de muertes maternas, con el propósito de formular estrategias de prevención adecuadas.

Esta definición es aplicable en todos los niveles del sistema de salud, pero hay que destacar el hecho de que **la vigilancia epidemiológica es una actividad fundamentalmente local**; los datos que se logra tienen que ser usados para la toma de decisiones.

La vigilancia epidemiológica es una actividad fundamentalmente local porque las acciones que promueve son predominantemente aquellas que inician los actores

¹Norma Vigilancia Epidemiológica Mortalidad Materna.2003.

²Norma Vigilancia Epidemiológica Mortalidad Materna.2003.

directamente involucrados en la prevención de la mortalidad materna, en la atención a la salud de la mujer y en el tratamiento de las emergencias obstétricas.

Hay que tener en cuenta que la mortalidad materna tiene que ver, entre otras cosas, con la organización de los servicios de salud y con la capacidad de éstos de dar cuidados obstétricos esenciales. Por tanto, la experiencia internacional recomienda que no es tan importante establecer cuántas muertes maternas se produce y por qué causas biológicas, sino: ¿qué evita que embarazadas en emergencia obstétrica reciban tratamientos que les salven la vida?; ¿está mejorando la atención de las emergencias obstétricas en los servicios de salud?; ¿cómo funciona la red de servicios en la resolución de las emergencias obstétricas? Preguntas de éste tipo y otras que tienen que ver con la organización social e institucional pueden ser respondidas mediante la vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna.

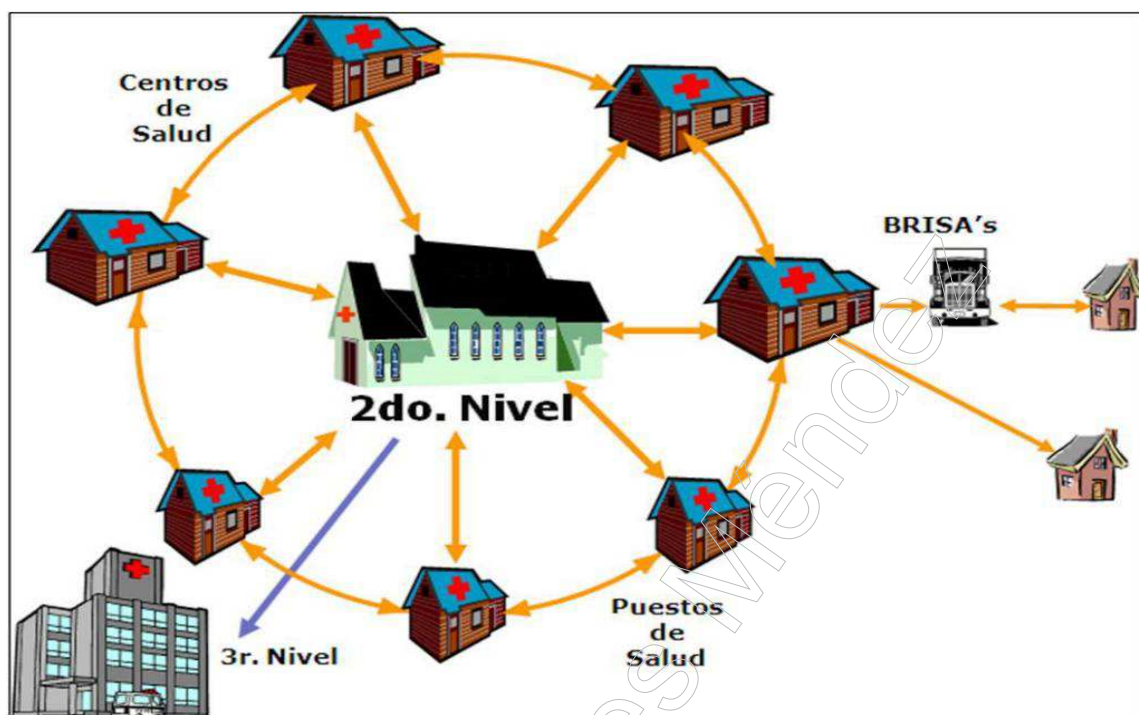
El Ministerio de Salud ha planteado un modelo de Vigilancia Epidemiológica y Análisis de Situación de Salud con varios componentes, entre ellos la mortalidad, para contar con información que permita orientar las políticas de prevención y control de los principales daños que afectan a la población boliviana, en especial a las mujeres y niños.

1.2.3. Conceptualización de Redes: Diversos Niveles de Abordaje ³

Tradicionalmente cuando se habla de redes en salud se piensa en una red de establecimientos “como sistemas escalonados de complejidad creciente” o en un hospital como red “expresada en las interacciones de sus estructuras formales”. Hoy se trata de cambiar estas concepciones con un nuevo sentido, expresado en el siguiente concepto.

³Redes en Salud FUNCER

Figura N° 1: Estructura de las Redes de Salud



Fuente: SNIS SEDES-Pando

Las redes de salud son estructuras sociales de apoyo formal a la atención en requerimientos de salud de la población cuyo componente social e interinstitucional como el Personal de salud o instituciones del área de salud, SEDES, Gobierno Departamental y/o Municipio tiene tareas específicas y responsabilidades para con los beneficiarios de la red, o informal como los representantes de la sociedad civil que puede coadyuvar en el cumplimiento de atención en salud, sin ser una tarea específica para los mismos, pero si una obligación moral para con la comunidad, ambos en busca de la salud individual o colectiva de una determinada población de un área específica. Resulta interesante evidenciar que la noción de redes tiene aplicación no sólo para los servicios de oferta sino también para la demanda de salud, expresado en las relaciones de las personas y de la comunidad a la que pertenecen.

1.2.3.1. Tipos de Redes⁴

Las Redes dentro del concepto de salud y enfermedad está ligado a la existencia misma del ser humano, en su interacción y la lucha por la supervivencia con el medio que lo rodea, usando mecanismos individuales y colectivos de protección, que permitan una acción o defensa organizada ante la enfermedad. En la actualidad la salud pública ha evolucionado y pone mayor énfasis en los aspectos sociales como determinantes de la salud de la población. Los sistemas de vigilancia epidemiológica para ello han diseñado el funcionamiento involucrando a los tipos de redes y la acción interconectada de estas redes en función a las circunstancias y contexto en los que se actúa. Es por ello que para la implementación se consideró conveniente reconocer en salud al menos los siguientes niveles de redes:

- Red personal
- Red comunitaria
- Red institucional
- Red Intersectorial
- Red de servicios

No obstante, debe tenerse en cuenta que estos “recortes” se consideran sólo a los fines de exposición, en el entendimiento de las innumerables relaciones interactivas que se dan entre ellos y a la posibilidad de haber escogido otras delimitaciones operativas.

1.2.3.2. Principios de la Organización en Redes o Redes de Equipos⁵

El funcionamiento de las redes requiere de una organización que debe reflejar una serie de valores formadores de las redes a los cuales denominaremos, principios formadores:

⁴Redes en Salud FUNCER

⁵Redes en Salud FUNCER

- **Unificando propósitos:** Compartir objetivos comunes, *más que la autoridad o que las estructuras formales* es lo que constituye el cemento de las organizaciones.
- **Miembros independientes:** La autonomía y la identidad son valoradas y aún reforzadas en un clima de cooperación, al ser colocadas al servicio de los objetivos comunes.
- **Vínculos voluntarios:** Los participantes se comunican extensivamente y se encuentran con frecuencia. Nadie es obligado a participar. Hay muchas relaciones entrecruzadas.
- **Liderazgos múltiples:** Diferentes personas y equipos lideran según cuál sea la tarea a realizar. En todo proceso complejo siempre hay más de un líder o responsable.
- **Niveles integrados:** La gente trabaja en más de un nivel. Los niveles también se articulan en redes dentro de una tendencia a reducir jerarquías y aumentar los contactos “cara a cara”.

En función a los principios de la organización se estructura las fases de la organización de estas Redes:

Cuadro N° 1: Principios y Fases de la Organización de las Redes de Salud

PRINCIPIOS	FASE I PREPARANDO EL TERRENO	FASE II DESPEGUE	FASE III FUNCIONAMIENT O	FASE IV CONSOLIDANDO	FASE V VERIFICACION
PROPOSITO	EXPLORACION	ACUERDO	COHESION	PERTINENCIA	LOGROS ALCANZADOS
MIEMBROS	VALORACION	EMPODERAMIENTO	INTEGRACION	PERTENENCIA	SINERGIAS
VINCULOS	ENCUENTRO	COLABORACION	CONEXIÓN	REALIMENTACION	SOLIDARIDAD
LIDERES	ESCUCHA	APRENDIZAJE	FLEXIBILIDAD	ROTACION	RESPONSABI- LIDAD
NIVELES	CONSULTA	ENLACE	COMUNICACIÓN	FLUIDEZ	CONFIANZA

Fuente: Elaboración propia

La Red de Salud se constituye en un instrumento de profundización de la descentralización y de desarrollo de los ámbitos municipales como instituciones comprometidas con la salud garantizando la participación de la sociedad civil.

Se puede definir a las Redes de Salud como un conjunto integrado, interconectado e independiente de servicios de salud, con una gran capacidad de resolución,

organizada en forma escalonada por niveles de complejidad, con oferta diferenciada y evitando duplicidades, existentes en un espacio geográfico específico, responsable de producir un mejor estado de salud para su población.

Las instituciones y entidades de la Red, se organizan para una eficiente gestión que permitirá al sistema Nacional de Salud y a las comunidades locales desarrollar conjuntamente las siguientes funciones:

- a) Define un orden de prioridad entre los problemas de salud locales.
- b) Identifica los problemas, necesidades y brechas existentes en el sistema local de atención de salud.
- c) Promociona la cooperación intersectorial a través de un método de aprendizaje multidisciplinario para abordar la solución de los problemas con miras al mejoramiento de los servicios.
- d) Promueve la organización y la participación de la comunidad.
- e) Crea mecanismos directos para la aplicación general de los resultados de los ensayos locales sobre el terreno.

1.2.3.3. Redes Sociales⁶

El objetivo (misión) de las REDES es:

- Defender y preservar el derecho a la salud de la población, canalizando las demandas hacia las instancias sociales e institucionales pertinentes.
- Promover entre la población la demanda de atención sanitaria de calidad, canalizando las necesidades hacia el sistema de servicios de salud.
- Movilizar a sus miembros para que colaboren a las personas que necesiten atención en un servicio de salud.

1.2.3.4. Redes de Servicios⁷

El objetivo (misión) de las REDES es:

⁶Redes en Salud FUNCER

⁷Redes en Salud FUNCER

- Preservar la salud de la población, otorgando atención oportuna, segura, efectiva y amigable, y canalizando las demandas de recursos para la red hacia las instancias pertinentes.
- Promover la salud de la población, mejorando la comunicación interpersonal, la educación en salud y la relación con los líderes locales.
- Elevar el desempeño de los servicios de salud mediante el trabajo en equipo y la vinculación permanente entre ellos.

La mayor o menor importancia de una u otra red depende de la realidad. En Bolivia, las redes de servicios son más que necesarias, debido a que la población boliviana presenta elevados índices de morbilidad y mortalidad, y porque no hay programas sociales de amplio alcance. La necesidad de las redes sociales no puede ser discutida, debido a que persisten situaciones alarmantes de inequidad, discriminación, mala práctica y postergación.

A pesar de lo anterior y aunque parezca una contradicción, ambas redes no son gemelas. Se acercan de manera amistosa o se distancian de forma conflictiva y enfrentan, según la coincidencia o no de sus "intereses y necesidades". Pero ambas deben existir, porque se necesitan mutuamente, dada la situación actual de insuficiente resolución de problemas de salud.

Ambas redes necesitan y deben entrar en contacto para beneficio de la población. Para el efecto, vínculos entre ambas redes pueden ser:

El Directorio Local de Salud, la red de transporte y comunicación, los encuentros entre personal de salud y líderes locales, el CAI comunal y otros mecanismos de trabajo conjunto.

La Red de Servicios es un conjunto articulado de recursos y capacidades de las unidades asistenciales de un determinado territorio, que han acordado actuar interrelacionadamente y en cooperación mutua, para mejorar su desempeño individual y colectivo en salud materna y neonatal

1.2.3.5. Componentes⁸

Las redes de servicios, para ser tales, deben tener dos componentes:

- **Establecimientos de salud** con capacidad de respuesta individual, pero diferenciada por nivel de atención.
- **Vínculos**, es decir relaciones entre las unidades asistenciales, que al ponerse en funcionamiento otorgan un valor agregado al desempeño individual de cada servicio, de suerte que el resultado final es de la red.

Así como no hay red sin establecimientos de salud, tampoco hay red sin vínculos entre ellos.

En la actualidad en el país, están presentes los servicios, con deficiencias, en ocasiones dramáticas, en su capacidad de respuesta individual. También existen algunos vínculos, pero no son entendidos como tales ni están siendo trabajados para serlo.

Por lo anterior, no parece posible afirmar que en el momento actual existan redes de servicios, es decir servicios de salud vinculados y que trabajen como conjunto, sino más bien, unidades de salud aisladas, muchas veces compitiendo entre ellas, o hasta provocando situaciones problemáticas debido a que las funciones de cada unidad y de la red en su conjunto no están claras, o no son conocidas. La situación se complica cuando no hay un liderazgo que logre supeditar los intereses parciales a los del conjunto, es decir de la red. Se espera que todo esto sea superado con la creación de los Directorios Locales de Salud y las Gerencias de Redes de Servicios, en el marco del Seguro Universal Materno Infantil.

⁸Redes en Salud FUNCER

1.2.3.6. Red de Transporte y Comunicación⁹

Esta red, como componente o parte de la red de servicios, es el conjunto articulado de unidades de transporte y de comunicación, que permite compartir información y recursos para propósitos de salud.

Las unidades de transporte y de comunicación tienen que ser aportadas por el sistema de servicios de salud, pero también por organizaciones no gubernamentales, por la alcaldía, otras instituciones civiles y por personas particulares. Es decir, esta red debe tener un componente **institucional** y otro **ciudadano**, para así contar con más y mejores recursos de transporte y de comunicación.

La red de transporte y comunicación será conformada para propósitos de salud en general (emergencias de todo tipo), pero a partir de una prioridad de salud establecida en la Política Nacional: las emergencias que provocan morbilidad grave y mortalidad materna y de recién nacidos, además de las embarazadas en trabajo de parto.

Su objetivo es facilitar el traslado de pacientes, personal de salud y/o suministros médicos, a fin de acelerar y mejorar la atención de pacientes en emergencia médica y de embarazadas en trabajo de parto. De acuerdo con la calidad de las unidades de transporte y la disponibilidad de personal médico y de enfermería, el paciente recibirá atención médica de estabilización y mantenimiento durante el traslado. Si la unidad móvil no está apropiadamente dotada, es preferible que la atención de estabilización sea realizada primero en el servicio, antes de la referencia.

1.2.3.7. Referencia y Retorno¹⁰

Se trata de la organización funcional de los recursos ciudadanos y de los establecimientos de salud de los dos o tres niveles de atención existentes en el territorio de la Red de Servicios de Salud o del municipio, para coordinar y facilitar el envío, recepción y “devolución” de pacientes.

⁹Redes en Salud FUNCER

¹⁰Redes en Salud FUNCER

El propósito de esta organización funcional coincide con la misión de la red de servicios, en cuanto brindar atención de salud oportuna y de calidad, e integrar la prestación de los servicios de salud en beneficio de la población. Integración significa que: dos o más prestaciones ofrecidas antes en forma aislada (es decir en establecimientos distintos) se combinan y coordinan en el marco de una red de servicios.

La referencia es el procedimiento administrativo aplicado para enviar al paciente de una unidad operativa a otra de mayor complejidad¹¹, con el fin de que reciba atención médica y/o se le realicen exámenes de laboratorio o gabinete más complejos.

Para el caso de la salud materna y neonatal, su efectivización está respaldada por el Seguro Universal Materno Infantil, que reconoce como prestación y por tanto con propósitos de reembolso, las siguientes tipos de emergencias médicas.

Cuadro N° 2: Emergencia que cubre el Seguro Universal Materno Infantil

EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS	EMERGENCIAS PEDIÁTRICAS
• Pre eclampsia severa • Eclampsia • Hemorragias obstétricas • Complicaciones en el trabajo de parto • Sepsis	• Asfixia neonatal • Neumonía grave • Sepsis • Disentería grave • Diarrea con deshidratación grave • Meningitis

Fuente: Unidad de Seguros SEDES-Pando

El **Retorno** es el procedimiento administrativo por el que, una vez resuelto el problema de diagnóstico y/o tratamiento, el/la paciente es devuelta al establecimiento de salud que la refirió, con el fin de que reciba el control y seguimiento necesarios además de un informe de lo que se detalle la atención que se le ha brindado en el centro de mayor complejidad.

¹¹En la actualidad no todas las unidades de un mismo nivel de atención tienen igual capacidad de resolución, por tanto la referencia puede ser hecha también a una unidad operativa del mismo nivel pero con recurso humano más diestro.

1.2.3.8. Seguimiento y Evaluación¹²

Se hará a partir de los dos componentes de la red de servicios, y de los atributos que integran cada componente.

Servicios de salud:

- Recursos humanos (conocimientos, habilidades, motivación, conflictos)
- Planta física
- Medicamentos y suministros esenciales
- Equipo clínico básico

1.2.3.8.1. Seguimiento¹³

Seguir quiere decir “ir detrás de” algo. Implica cierta continuidad. En la red de servicios se le sigue los pasos a las actividades contempladas en el POA. Por tanto, el seguimiento es una consecuencia de la planificación.

En resumen, se hace seguimiento al plan de trabajo compuesto de actividades. Es decir, las fechas o plazos, responsables, recursos y resultados esperados de cada actividad. Pero también a la producción directa e indirecta de los servicios, en las prestaciones de salud que ofrece la red de servicios.

1.2.3.8.2. Evaluación

La evaluación permite comparar los objetivos del programa, proyecto o Plan Operativo Anual con los resultados, y la manera cómo éstos fueron alcanzados. Es decir, se evalúa para determinar si el programa o el POA alcanzaron sus objetivos en el año o periodo de trabajo. Pero, también la evaluación puede ser realizada a mitad de camino, para identificar problemas e introducir los cambios y mejoras necesarias.

En el caso de la red de servicios, los más interesados en la evaluación son: el Directorio Local de Salud y la Coordinación de Red de Servicios (como instancias de fiscalización y de gestión); la comunidad local (como instancia receptora de las

¹²Redes en Salud FUNCER

¹³Redes en Salud FUNCER

intervenciones en salud); y los prestadores de salud (como responsables de la prevención y solución de los problemas sanitarios y del ambiente).

1.2.4. Organización de Redes de Servicios “Obstétricos / Neonatales”

Bolivia ha llevado adelante importantes esfuerzos para mejorar la salud en general. Desde hace unos 10 años, hay acciones destinadas al reforzamiento de la infraestructura, el registro de información sobre producción de servicios, la dotación de suministros médicos y la capacitación del recurso humano.

Pero, una valoración subjetiva de la situación de la salud de los bolivianos parece estar indicando que los resultados alcanzados no coinciden con los esfuerzos desplegados y las inversiones realizadas. La mortalidad materna continúa elevada, especialmente en el altiplano y ciertas poblaciones del valle; las emergencias obstétricas son un serio problema para las familias que no pueden llegar hasta un servicio de salud. La mortalidad neonatal temprana, responsable de un alto porcentaje de la mortalidad infantil, se mantiene aún en niveles inaceptables

Cuando tal cosa sucede surgen varias interrogantes, entre ellas si la organización del sistema nacional de salud, y de manera particular la que corresponde a los niveles donde se atiende la salud y la enfermedad que afecta a la población, es la más adecuada. También, hay preguntas sobre la efectividad de la movilización y ayuda social que la propia población ofrece a sus miembros cuando hay una emergencia de salud.

La misión general de los servicios de salud es promover, proteger y recuperar la salud de la población con oportunidad y calidad. Como no todos los servicios tienen la misma capacidad de respuesta, es conveniente que existan relaciones permanentes y fluidas entre ellos, para que el accionar de cada uno encuentre respaldo y valor agregado.

Cuando las unidades asistenciales de un determinado territorio están relacionadas entre sí mediante mecanismos establecidos y reconocidos que les permiten actuar como conjunto, el tipo de organización resultante es una **red de servicios**.

Finalmente, en el ámbito internacional, Bolivia ha suscrito compromisos que comprometen al Estado a mejorar las condiciones actuales de atención a la mujer embarazada y al recién nacido. El año 2000, durante la realización de la Cumbre del Milenio nuestro país adquirió el compromiso de reducir la mortalidad materna, para el año 2015, en un 75 % con relación a los valores de 1990. La mortalidad materna es uno de los indicadores exigidos al país en el Programa de alivio de la Deuda Externa (HPIC II).

Bolivia es uno de los países prioritarios de la Región de América Latina y el Caribe para la reducción de la mortalidad materna. A finales de febrero de 2004, las agencias técnicas internacionales hicieron entrega de los documentos del Consenso Estratégico Interagencial para América Latina y el Caribe para la Reducción de la Mortalidad y la Morbilidad Materna. Entre estos documentos se cuenta con la nueva estrategia de Atención Calificada del Parto, que se considera esencial para reducir la mortalidad y morbilidad de madres y recién nacidos.

Como se puede apreciar, hay suficientes elementos técnicos y administrativos que aplicados, mejorarían tanto la organización, como el funcionamiento y seguimiento de los servicios de salud. En este documento se ofrece valiosas orientaciones para pasar **de la teoría a la acción.**

1.2.5. Red para el Desarrollo de la Salud Materna y Neonatal en el Nivel Local¹⁴

La atención calificada del parto requiere que la mujer embarazada y su bebé reciban los cuidados adecuados durante el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el periodo de pos parto y neonatal a través de **proveedores que cuenten con adecuadas destrezas.** Se requiere, además de un **entorno habilitante** que incluye, además de un ambiente político y normativo que faciliten los planes y programas, la presencia de infraestructura, equipos y suministros adecuados, además de un sistema eficiente de referencia, transporte y comunicación.

¹⁴Operacionalización para la Organización de la Redes de Servicios MSPS abril - 2004

El Modelo de Gestión del Sistema Nacional de Salud tiene como núcleo de sus operaciones en el ámbito municipal al Directorio Local de salud (DILOS) que cuenta, para la prestación de la atención, de redes de servicios y redes sociales que constituyen la base para el desarrollo de la atención en salud, en general y de la salud materna y neonatal, en particular.

Para lograr el mejoramiento sustancial de la salud materna y neonatal en el nivel local, hace falta una “red integral para el desarrollo de la salud”, que se entiende como: “El **conjunto articulado** de las capacidades de los servicios de salud y de la comunidad (instituciones y población), pertenecientes a un territorio determinado”. Por tanto, esa red para ser integral, deberá estar compuesta por una red de servicios obstétricos y neonatales, por una o más redes sociales, y por mecanismos que las vinculen.

El adecuado funcionamiento de las redes constituye uno de los elementos más importantes del entorno habilitante requerido para la atención calificada del embarazo, parto, post parto y recién nacido.

1.2.6. Cuidados y Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales de Red de Servicios¹⁵

Todo embarazo tiene el riesgo de sufrir complicaciones y un 15 % de ellas son de suficiente gravedad como para poder llevar a la muerte. Estas complicaciones no se pueden predecir y por lo tanto los servicios deben estar preparados para detectarlas, tratarlas o referirlas, según sea el caso y la capacidad resolutive de un establecimiento en particular.

La experiencia internacional ha demostrado que es necesario que se cuente con ciertos cuidados esenciales mínimos para salvar vidas de mujeres sujetas a complicaciones graves. De acuerdo al nivel de complejidad de un establecimiento en particular, se pueden tener Cuidados Obstétricos Esenciales (COE) básicos para

¹⁵Operacionalización para la Organización de la Redes de Servicios MSPS abril - 2004

atención de algunos establecimientos de primer nivel y COE completos para centros con mayor nivel resolutivo.

Los cuidados que se deben brindar en establecimientos de acuerdo a su nivel de complejidad son:

Cuadro N° 3: Aplicación de Cuidados Obstétricos Esenciales por Nivel de Complejidad

Nivel de complejidad	Funciones principales
Puesto de salud o centro de salud con camas	COE Básico • Antibióticos (inyectable) • Oxitócicos (inyectable) • Anticonvulsivantes (inyectable) • Extracción manual de placenta • Retiro de productos retenidos • Parto vaginal asistido
Hospital de apoyo	COE Completo • Todas las funciones del COE Básico más: • Cesárea • Transfusión de sangre

Fuente: Cuidados Obstétricos Neonatales Ministerio de Salud y Deportes – 2006

El Modelo Cuidados Obstétricos Esenciales está siendo aplicado por el Ministerio de Salud y Deportes como base para la asignación de funciones en los diferentes establecimientos de salud que brindan atención materna y neonatal en el país. Sin embargo, para la organización de una red de servicios, estas funciones resultan poco detalladas e insuficientes para la elaboración de mapas obstétricos y neonatales en los que cada uno de los establecimientos debe cumplir un cierto número de tareas que corresponden a una función.

En una red local con servicios de salud de primer y segundo nivel, las funciones obstétricas y neonatales esenciales¹⁶ son nueve:

**Cuadro N° 4: Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales
Para el 1er., 2do. Nivel de Atención**

1. Consulta durante el embarazo, el puerperio y el primer mes de vida 2. Tratamiento médico de complicaciones obstétricas y neonatales

¹⁶ Proyecto de salud Materno Neonatal de JHPIEGO

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">3. Vigilancia clínica del parto y atención al recién nacido4. Reanimación neonatal5. Apoyo a la anticoncepción6. Transfusión sanguínea7. Quirúrgica8. Anestésica9. Referencia y contra referencia |
|---|

Fuente: Cuidados Obstétricos Neonatales Ministerio de Salud y Deportes – 2006

Estas funciones son un grupo de capacidades asistenciales, consideradas esenciales, es decir necesarias, que deben ser desempeñadas por la red de servicios como **conjunto de unidades asistenciales vinculadas**. Sin embargo, la complejidad de cada función es diferente, por lo que no es posible que cada establecimiento, como unidad asistencial individual, las cumpla en su totalidad. De todas las funciones, la quirúrgica es la más compleja, en tanto que la consulta tiene la menor complejidad.

Por tanto, para facilitar el desempeño de cada servicio de salud de la red, cada función se descompone en **tareas** obstétricas y neonatales esenciales, tal como aparece en el Cuadro N° 5, es decir, cada servicio, según su complejidad, puede desempeñar una o más tareas de cada función, las tareas obstétricas y neonatales esenciales desempeñadas por los puestos de salud y los centros de salud constituyen la atención obstétrica y neonatal esencial **básica**, en tanto que las tareas que debe cumplir el hospital de segundo nivel, son la atención obstétrica y neonatal esencial **completa** (dentro de sus posibilidades).

En consecuencia, las **funciones** obstétricas y neonatales esenciales tienen que ser desempeñadas por la *red de servicios*; en cambio, las **tareas** obstétricas y neonatales esenciales son asignadas a cada *establecimiento de salud* según su propia complejidad. Para el cumplimiento de tareas hay que **preparar el sitio**, es decir el servicio de salud (los cuatro atributos que están señalados más adelante). Sobre esta base se agrega los vínculos, para conformar la red y para que ésta cumpla las nueve funciones obstétricas y neonatales esenciales.

Cuadro N° 5: Asignación Ideal de las Tareas Obstétricas y Neonatales
Esenciales por Tipo de Servicio

CUIDADOS OBSTETRICOS NEONATALES ESENCIALES	HOSPITAL DE APOYO	CENTRO DE SALUD CON CAMAS	CENTRO DE SALUD SIN CAMAS	PUESTO DE SALUD CON CAMAS	PUESTO DE SALUD SIN CAMAS
Consulta prenatal (C-1)	Si	Si	Si	Si	Si
Consulta pos parto (C2)	Si	Si	Si	Si	Si
Consulta neonatal menor dos meses (C-3)	Si	Si	Si	Si	Si
Tratamiento médico de infecciones, antibióticos inyectables (TM-1)	Si	Si	Si	EE	EE
Tratamiento de shock séptico (TM-2)	EE	TIR	TIR	TIR	TIR
Infusión de oxitocina (TM-3) *	Si	Si	Si	EE	EE
Otros tratamientos de pre eclampsia grave – eclampsia (TM-4)	Si	EE	TIR	TIR	TIR
Tratamiento médico neonatal (TM-5) Diarreas, conjuntivitis onfalitis Neumonía / sepsis	Si EE	Si TIR	Si TIR	Si TIR	Si TIR
Transfusión sanguínea (TS-1)	Si	EE	No	No	No
Parto en domicilio (PV-1) **	No	Si	Si	Si	Si
Parto en servicio (PV-2)	Si	Si	No	Si	No
Atención inmediata al recién nacido (PV-3)	Si	Si	Si	Si	Si
Reanimación neonatal (RN-1)	Si	Si	Si	Si	Si
Amniotomía (Q-1)	Si	Si	No	Si	No
Reparación de episiotomía y desgarros I y II (Q-2)	Si	Si	No	EE	No
Reparación de desgarros III y IV (Q-3)	Si *	EE	TIR	TIR	TIR
Drenaje de hematomas (Q-4)	Si	EE	No	No	No
Extracción manual de placenta (Q-5)	Si	EE	EE	EE	EE
Reparación de desgarros de cuello uterino (Q-6)	Si	EE	TIR	TIR	TIR
Aplicación baja de fórceps (Q-7)	EE	EE	No	No	No
Retiro de productos retenidos por AMEU o LUI (Q-8)	Si	EE	No	EE	No
Laparotomía	Si	No	No	No	No
Cesárea (Q-10)	Si	No	No	No	No
Anestesia infiltrativa (AN-1)	Si	Si	No	EE	No
Infusión de Anticonvulsivantes y sedación (AN-2)	Si	Si	EE	Si	EE
Anestesia peridural y raquídea (AN-3)	EE	No	No	No	No
Anestesia general (AN-4)	EE	No	No	No	No
Anticoncepción no hormonal: natural, barrera, MELA (AC-1)	Si Si	Si Si	Si Si	Si Si	Si Si
Anticoncepción hormonal: anovulatorios orales combinados, Depoprovera (AC-2)	Si	EE	EE	EE	EE
Anticoncepción: dispositivo intrauterino (AC-3)	Si	EE	EE	No	No
Anticoncepción quirúrgica (AC-4) **	EE	No	No	No	No

Fuente: Proyecto de salud Materno Neonatal de JHPIEGO

TIR = Tratamiento inicial y referencia. EE = Evaluar el establecimiento

* Se refiere al uso intramuscular de oxitócica para manejo activo del alumbramiento

** Se refiere a partos atendidos en domicilio por personal de salud calificado del establecimiento

*** La anticoncepción quirúrgica se realizara solamente si existe anestesiólogo

En negrilla aparecen las funciones COE.

1.2.7. Servicios de Salud de la Red Local

Se trata, en general, de las unidades asistenciales que pertenecen al primer y segundo nivel de atención. Son los lugares donde ocurre el encuentro entre personal de salud y usuarios/as o pacientes. No es un simple encuentro físico, sino también social, humano, porque está mediado por el lenguaje, es decir ese recurso que hace posible la comunicación, el intercambio de ideas y experiencias, el planteamiento de necesidades, problemas y soluciones. Finalmente, es el espacio en el que debe primar el respeto mutuo como primer elemento para una atención de calidad.

Pero, los servicios son también el lugar donde el personal de salud busca su realización laboral, enfrenta experiencias asistenciales y de relacionamiento con sus compañeros y compañeras, y donde pasa una buena parte de su vida.

Si todo lo anterior ocurre en un sentido positivo, el servicio llegará a ser no solamente un agradable lugar de trabajo, sino también un espacio de seguridad para los/las pacientes y usuarios.

Para cualquier tipo de prestación calificada de salud, el sitio o servicio necesita *cuatro atributos*:

- **Personal de salud**, con conocimientos (saber), destrezas (saber hacer) y motivación (querer hacer).
- **Planta física**, que otorgue comodidad, privacidad y seguridad, a pacientes, usuarios y personal de salud.
- **Equipo clínico básico**, que facilite la realización de los procedimientos que son necesarios para el diagnóstico y el tratamiento de los problemas de salud.
- **Suministros y medicamentos esenciales**, para la aplicación de procedimientos y la realización de tratamientos.

Sin embargo, para cada tipo de problema de salud, los atributos tienen un contenido específico. Por ejemplo, lista de prestaciones para la atención materna y neonatal; para cada una de esas prestaciones o tareas, el contenido de los cuatro atributos no es necesariamente el mismo, especialmente en lo que toca a conocimientos y habilidades.

Cuadro N° 6: Preparación del Sitio Dimensión General de los Cuatro Atributos

ATRIBUTO	CARACTERISTICAS
1. Personal de salud	Médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería, con los conocimientos, destrezas clínicas, motivación y habilidades de comunicación necesarias para atender con calidad situaciones normales, y para reconocer y actuar oportuna y apropiadamente en las complicaciones de la salud materna y neonatal, según el nivel de atención y tipo de servicio. Administradores y proveedores que verifican de forma constante el estado de la planta física, del equipo clínico y la disponibilidad de medicamentos y otros suministros esenciales, así como sus conocimientos y destrezas.
2. Planta física	Espacios asistenciales suficientes según el nivel de atención y tipo de servicio, para otorgar cuidados obstétricos y neonatales esenciales con seguridad, privacidad y comodidad. Espacios asistenciales limpios, iluminados, con señalización interna que proporcione la información que requieren los/las usuarios/as, y sin carteles con órdenes restrictivas o amenazantes.
3.- Equipo clínico básico	Equipos e instrumental accesibles para uso por el personal de salud, funcionando apropiadamente, y sometidos a limpieza constante y/o procedimientos de descontaminación efectivos. Equipos e instrumental apropiados por nivel de atención y tipo de servicio, para otorgar cuidados obstétricos y neonatales esenciales de calidad.
4.-Medicinas y otros suministros esenciales	Medicamentos y otros suministros esenciales, disponibles en cantidad suficiente y fácilmente accesibles. Medicamentos y suministros médicos apropiados según nivel de atención y tipo de servicio, para la resolución inicial o total de situaciones normales y complicaciones. Medicamentos y suministros médicos preferentemente organizados por “paquetes de atención” (por ejemplo: pre eclampsia / eclampsia, shock Hipovolémico, Sepsis neonatal).

Fuente: Proyecto Salud Materno Neonatal, JHPIEGO-Bolivia

1.2.7.1. Atención Durante el Embarazo

El propósito del cuidado prenatal es de proporcionar atención oportuna y adecuada, a fin de facilitar un resultado saludable y positivo tanto para la madre como para el (los) bebé(s). Este resultado es posible en la medida que el cuidado prenatal es precoz, periódico y participativo.

La calidad del cuidado prenatal depende de lo siguiente:

- Que el proveedor establezca una relación positiva con las embarazadas (saber dialogar, es decir hablar y escuchar).
- Que otorgue los servicios y cuidados que se necesitan.
- Que ayude a preparar a las usuarias, por anticipado, no solamente para el momento del parto sino también para eventuales complicaciones (Punto 3 del Artículo 2 de la Resolución Ministerial 0496).

Un efecto positivo del cuidado prenatal se logra cuando hay enfoque, en vez de dispersar esfuerzos en muchas tareas. A partir de la concepción de que **todo embarazo está expuesto a riesgo**¹⁷, el enfoque consiste en:

- Prevención de enfermedades y promoción de la salud (toxóide tetánico, suplementación con hierro y ácido fólico, evitar consumo de tabaco y alcohol, lactancia materna, anticoncepción después del parto).
- Detección temprana y manejo de complicaciones (especialmente preeclampsia, anemia, mala presentación fetal, infecciones de transmisión sexual).
- Elaboración con la embarazada de un plan para el parto (promoción del parto hospitalario) y posibles complicaciones¹⁸.

¹⁷La experiencia internacional recomienda que, en vez de buscar factores de riesgo, es mejor dedicarse a detectar enfermedades con manifestaciones clínicas o en su momento subclínico.

¹⁸ El formato disponible, validado, se denomina: "Planeando mi parto", y está respaldado por la RM 0496, de 9 de octubre de 2001. Asimismo, las preguntas de este formato están incorporadas en el carnet perinatal.

Durante el cuidado prenatal hay un ser vivo que no está visible: el feto, que no es precisamente un “producto”, sino una persona de carne y hueso. Este es un aspecto que el personal de salud nunca debe perder de vista.

1.2.7.2. Atención Calificada Durante el Trabajo de Parto

El propósito de la atención durante el trabajo de parto y parto es lograr que la madre y el o los bebés culminen el proceso de manera segura y saludable. Es en este periodo y durante las 24 horas siguientes al nacimiento que ocurre alrededor del 50% de las muertes maternas, fetales y neonatales.

La participación del personal de salud, médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería, consiste en otorgar a la embarazada y familiares, los cuidados y la información necesaria para evitar ansiedad e inseguridad durante:

- Diagnóstico del trabajo de parto
- Atención a la madre durante las tres etapas del parto
- Detección y evaluación de desviaciones de los límites fisiológicos
- Prevención de la hipoxia fetal y neonatal, y el trauma obstétrico

Por otro lado, se trata de otorgar atención de calidad, respetando decisiones, valores y necesidades, de la parturienta y sus familiares; es decir:

- Respeto a la decisión de la mujer sobre la o las personas (familiares o no) que la acompañarán durante el trabajo de parto y parto (RM 0496).
- Respeto al derecho de la mujer a tener privacidad durante el trabajo de parto y parto, en el lugar donde estos eventos ocurran, incluso en domicilio.
- Dar a la mujer y su familia tanta información y explicación como lo deseen, en relación con el trabajo de parto, el parto y las condiciones del bebé (RM 0496)
- Facilitar el contacto físico y de comunicación entre el personal que está dando la atención, la embarazada y sus acompañantes.
- Si hay dolor, aplicar masajes y técnicas de relajación y dar apoyo emocional, en vez de métodos invasivos y/o medicamentos.

- Ofrecerle líquidos, ya que no hay razones para suspenderlos ni restringirlos en ausencia de complicaciones graves (RM 0496).
- Promover las posiciones no supinas durante el trabajo de parto, y en el parto cuando sea posible, porque acortan la duración y reducen el dolor (RM 0496)
- Dejarla pujar espontáneamente.
- En las primigestas procurar un parto sin episiotomía (RM 0496).
- Registro de la atención en la Historia Clínica Perinatal Base y Partograma OMS. El Partograma permite reducir: la frecuencia de parto prolongado, la necesidad de medicación, las infecciones maternas posparto y el sufrimiento fetal (RM 0496)
- Alumbramiento activo. Luego, examinar la placenta y sus membranas; búsqueda de laceraciones y desgarros perineales, vaginales y cervicales (RM 0496). Vigilar de cerca de la madre y su bebé las primeras seis horas posparto.

1.2.7.3. Atención Inmediata al Recién Nacido y su Reanimación

El nacimiento es uno de los momentos más importantes en la vida de toda persona. En muchos casos, de cómo se lo atienda depende que el niño sobreviva y se desarrolló normalmente.

Las causas principales de mortalidad neonatal en los primeros días de vida son: hipotermia, infecciones y asfixia, que muchas veces ocurren porque el parto ha sido atendido por una persona no adiestrada, es decir con conocimientos y habilidades insuficientes.

Por tanto, la primera condición es que el parto sea atendido por una persona calificada, con entrenamiento, para que sea **seguro**, y que emplee materiales no contaminados, para que sea **limpio**.

Pero, además, hay que tener en cuenta que el parto tiene que ver más con la madre, en tanto que el nacimiento corresponde más al niño. Un parto puede ser normal, es decir vaginal y sin mayores contratiempos, pero el recién nacido puede nacer dañado.

El enemigo principal del recién nacido es el frío. Por tanto, la sala de partos o la habitación donde nacerá tiene que estar a una temperatura de 24-26° C. Asimismo, hay que recibirlo y secarlo rápidamente, y luego colocarlo en un segundo pañal precalentado.

Para establecer de forma rápida la condición del recién nacido, se aplica la puntuación APGAR, al minuto y a los cinco minutos de vida. Si el niño nace deprimido (flácido, no llora, respira con dificultad), el APGAR tiene que ser valorado antes del primer minuto de vida.

La persona que debe otorgar al bebé las primeras atenciones, es la misma que atiende a la madre, porque ambos son una unidad. Tan pronto nace el bebé, la madre debe recibir información sobre su niño/a (sexo, condiciones, integridad física). Si hay contratiempos, se valorará la situación así como la información inicial que debe recibir.

1.2.7.4. Diagnóstico y Manejo de la Pre Eclampsia y Eclampsia

Los desórdenes hipertensivos del embarazo incluyen: hipertensión inducida por el embarazo, hipertensión crónica y pre eclampsia. Cefalea, visión borrosa, convulsiones y pérdida de la conciencia están a menudo asociadas a la hipertensión gestacional, pero no son necesariamente específicas de ésta.

Otras condiciones que pueden causar convulsiones o coma son: epilepsia, malaria complicada, trauma craneoencefálico, meningitis y encefalitis.

En el embarazo, lo importante es diagnosticar la pre eclampsia, es decir la hipertensión inducida por el embarazo **acompañada de proteinuria**.

Como un examen de orina realizado en laboratorio puede demorar días, semanas o meses, hay que detectar la proteinuria **en el consultorio prenatal**, aplicando a una muestra de orina (8-10 cc) calentada dos gotas de ácido acético al 2%, o en su defecto, dos gotas de vinagre casero puro, preferentemente blanco.

La eclampsia es la cuarta causa de muerte materna en Bolivia, tanto general como en los servicios de salud. Se trata pues de una enfermedad grave cuyo diagnóstico

en el prenatal, en fase de pre eclampsia, es fundamental para salvar la vida de la madre y su bebé.

Sin embargo, de acuerdo con los datos de vigilancia epidemiológica, la mitad de las embarazadas que muere por eclampsia realiza control prenatal, en tanto que casi todas las defunciones por eclampsia ocurren en los hospitales.

La pre eclampsia grave y la eclampsia tienen que ser tratadas por lo menos en un hospital de segundo nivel, pero **todos los establecimientos de salud**, cualquiera sea su nivel de complejidad, deben tener la capacidad de poder diagnosticar la pre eclampsia y eclampsia y, si es necesario, administrar un antihipertensivo (de acuerdo con las normas y la dotación de suministros del SBS), y hasta un anticonvulsivante (sulfato de magnesio), antes de proceder a la referencia.

Por tanto, tener un tensiómetro de mercurio, o uno aneroide pero calibrado, un fonendoscopio, ácido acético al 2% (o vinagre puro), antihipertensivos y sulfato de magnesio, constituye una condición básica del servicio para el diagnóstico de la pre eclampsia y eclampsia, y su manejo consiguiente.

La pre eclampsia es una de las afecciones que provoca daños muy importantes al feto/recién nacido, como la reducción del número de neuronas y retardo del crecimiento, ambas por causa de la hipertensión arterial. En consecuencia, detectarla de forma oportuna y manejarla apropiadamente de forma inicial o total, es una de las tareas que la red de servicios debe enfrentar de manera efectiva.

1.2.7.5. Diagnóstico y Manejo del Shock

Hay shock o choque cuando el sistema circulatorio no puede mantener un flujo adecuado de sangre a los órganos vitales, es decir al cerebro, riñones y corazón. En consecuencia, el shock es **una condición que amenaza la vida** y por tanto requiere **tratamiento inmediato y sostenido**.

Tratamiento inmediato y sostenido NO quiere decir necesariamente que el mismo tiene que estar a cargo de especialistas, o que debe ser realizado en instalaciones

sofisticadas. Se refiere más bien a que el personal tiene que actuar de manera rápida pero organizada, y de manera tranquila pero segura.

Una sola persona, médico, enfermera o auxiliar de enfermería, puede atender a una persona en shock y salvarle la vida, siempre y cuando sepa lo que tiene que hacer, y lo haga rápidamente y de forma decidida.

Sin embargo, dos o más personas actuarán mejor y más rápidamente. Incluso, se puede pedir ayuda al personal de apoyo o a un familiar de la paciente, para que realice algunas medidas generales (por ejemplo: abrigar a la persona en shock, ayudar a colocarla de costado, levantarle las piernas).

Durante el embarazo, el shock puede deberse a:

- **Hemorragia:** *de la primera mitad del embarazo* (aborto, embarazo ectópico, embarazo molar); *de la segunda mitad del embarazo* (placenta previa, abrupsioplacentae, ruptura uterina), y *durante o después del parto* (rotura uterina, retención de placenta, desgarros del cuello uterino, atonía uterina, inversión del útero).
- **Infección** (aborto séptico, amnionitis, metritis, septicemia posparto).
- **Trauma obstétrico** (daño del útero o intestinos durante un aborto, rotura del útero, desgarros del cuello uterino).

Por tanto, lo que hay que hacer **primero** es tratar la deficiencia circulatoria producida por la hemorragia o la infección (presión sistólica menor a 90 mm Hg; pulso de 110 ó más por minuto, y débil) y **después** la causa del shock (aborto incompleto, placenta previa, retención de placenta, septicemia).

Es decir, para salvar la vida de una persona en shock, primero hay que reponer líquidos y estabilizarla, antes que practicar legrado uterino, cesárea o extracción manual de una placenta retenida, además de que para estos **tratamientos finales** tal vez sea necesario referir la embarazada a otro servicio. Si no está estabilizada, **podría morir en el camino**.

1.2.8. Conceptualización de la Mortalidad Materna¹⁹

La mortalidad, por su carácter de indicador sensible, sintetiza el estado de salud de una población, así como las desigualdades en el desarrollo económico y social y las inequidades en el acceso a bienes y servicios.

En relación con la mortalidad materna, se sabe que “el periodo breve que transcurre entre la presentación de una complicación grave y la muerte significa que la atención debe estar disponible cerca de los hogares de las mujeres o en un lugar al que puedan llegar por un medio de transporte rápido y asequible”.

Un asunto mayúsculo en Bolivia es el porcentaje de defunciones maternas alrededor del 53% que acontece en domicilio, como resultado de barreras geográficas, culturales e institucionales que bloquean la oferta y demanda de servicios, y porque los sistemas de referencia, transporte y comunicación no existen o funcionan inadecuadamente.

1.2.9. Causalidad de la Mortalidad Materna

Es decir, la mortalidad materna tiene que ver con **tres tipos de demoras** que dificultan la llegada a los servicios de salud de mujeres que están con una complicación de su embarazo o parto y requieren atención.

Si bien los servicios de COE (Cuidados Obstétricos de Emergencia) son necesarios si se quiere reducir la mortalidad materna, puede que no sean suficientes. Incluso cuando los servicios están funcionando, las mujeres con complicaciones obstétricas enfrentan una variedad de barreras para poder utilizarlas, como las económicas, geográficas, culturales, etc. Las cuales pueden agruparse en los tres tipos de demora²⁰ que posiblemente contribuyen a la muerte materna:

1ra.- Demora de tomar la decisión de buscar ayuda

La decisión de buscar ayuda es el primer paso si una mujer con una complicación quiere recibir COE. Esta decisión puede estar influenciada por muchos factores.

¹⁹ Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna Norma Boliviana de Salud NB-MSPS-01-03

²⁰ Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna MSD - 2003

Primero, que exista la habilidad de la mujer y de su familia o acompañantes en reconocer que tiene una complicación que amenaza su vida. También debe saber dónde acudir para recibir ayuda. El personal médico frecuentemente asume que la falta de información en la comunidad es el mayor obstáculo para obtener tratamiento. En una situación dada, esto puede que no sea verdad. Puede que las personas saben cuándo necesita ayuda pero escogen no ir a un hospital. Porque no hay médicos con habilidades obstétricas.

Los factores culturales pueden jugar un papel importante en cuanto a tomar la decisión de buscar ayuda. Por ejemplo en lugares donde el estoicismo es valorado, y las mujeres son respetadas si sufren silencio, los miembros de la familia tienen dificultades para identificar un parto prolongado. El estatus de la mujer y la autonomía también afecta la decisión de buscar ayuda. Por ejemplo, en algunas comunidades nadie lleva una mujer al hospital sin permiso del esposo.

La distancia a la instalación de salud, disponibilidad y eficiencia del transporte, y costo de la atención de salud y transporte influyen todas en la toma de decisión de la persona en buscar ayuda. Además la reputación de la instalación puede jugar un papel clave. Puede que las personas no busquen ayuda médica rápida o en absoluto si creen que los servicios son de mala calidad.

2da.- Demora llegando a la instalación de tratamiento

Una vez tomada la decisión de buscar ayuda, la mujer debe llegar a la instalación donde está disponible una COE. La accesibilidad de las instalaciones de salud por lo tanto influenciara la demora en este paso. La accesibilidad es una función de distancia a la instalación de salud, la disponibilidad y eficiencia de transporte y el costo.

La accesibilidad también es una función de los servicios ofrecidos en varios niveles del sistema de salud. Por ejemplo la distancia a una COE en funcionamiento aumenta si el personal en el centro de salud no puede ofrecer servicios COE.

3ra.- Demora en recibir el tratamiento adecuado en la instalación

Es importante recordar que mujeres mueren en los hospitales, habiendo sobrepasado las barreras de las Fases 1 y 2. La provisión de cuidados obstétricos de emergencia depende de un número de factores, incluyendo el número de personal capacitado, disponibilidad de medicamentos y suministros y la condición general de la instalación. Además existe un elemento crucial el de la administración. Una instalación puede tener todo su personal y suministros requeridos, y aun así brindar un mal servicio. Es importante recordar esto al evaluar el rendimiento.

1.2.10. Componentes Sociales de la Enfermedad (Emergencias Obstétricas)

Las mujeres de cualquier país y de cualquier tipo de población pueden desarrollar complicaciones, pero es menos probable que las mujeres de los países en desarrollo como el nuestro, obtengan tratamiento rápido y adecuado, por lo tanto es más las probabilidades de que mueran.

La mayor parte de las muertes maternas ocurren debido a cinco complicaciones obstétricas:

- Hemorragia
- Sepsis
- Abortos inducidos inseguros
- Hipertensión durante el embarazo
- Partos obstruidos.

1.2.10.1. Hemorragias²¹

Datos de la Organización Mundial de la Salud muestran que la hemorragia obstétrica es la causa del 25% de las muertes maternas que ocurren en todo el mundo. Aproximadamente el 80% de las muertes maternas por hemorragia son por causas obstétricas directas; es decir, por complicaciones del embarazo, trabajo de parto, puerperio, así como por diagnósticos y tratamientos erróneos de enfermedades que se presentan durante la gestación.

²¹“Lineamiento Técnico” Prevención Diagnostico y Manejo de la Hemorragia Obstétrica México – 06-02

Dentro del contexto de la hemorragia obstétrica, la hemorragia posparto es la complicación más frecuente, presentándose en un 75% de los casos del puerperio patológico. Este período es de gran riesgo, debido a la cantidad y rapidez con la que se presenta la hemorragia, siendo en ocasiones insuficientes los recursos para contrarrestar este evento urgente, como son: soluciones parenterales, sangre y sus derivados.

1.2.10.2. Hemorragia Obstétrica

Es la pérdida sanguínea en cantidad variable que puede presentarse durante el estado grávido o puerperal, proveniente de genitales internos o externos. La hemorragia puede ser hacia el interior (cavidad peritoneal) o al exterior (a través de los genitales externos).

Sin embargo, la apreciación de la pérdida sanguínea en esas condiciones suele ser muy difícil. Por ello, se extiende esta definición a aquellos casos que desarrollen una rápida descompensación hemodinámica, consecutiva al parto o a la cesárea.

Clasificación:

- Hemorragias en el Estado Grávido
- Hemorragia Puerperal
- Complicaciones de la Hemorragia Obstétrica

1.2.10.3. Sepsis²²

La infección puerperal o Sepsis puerperal es una de las principales complicaciones de la paciente obstétrica, ocurre durante o posterior a la resolución del embarazo en el 1 al 3 por ciento de los partos y en el 10 al 30 por ciento de las operaciones cesáreas. No obstante los importantes avances de la obstetricia contemporánea, del conocimiento de factores de riesgo y del advenimiento de nuevos y potentes antibióticos, la infección puerperal constituye una de las principales causas de mortalidad materna.

²²“Lineamiento Técnico “para Prevención Diagnostico y Manejo de la Infección Puerperal México – 10-01

1.2.10.4. Infección Puerperal

Enfermedad causada por invasión directa de microorganismos patógenos a los órganos genitales externos o internos, antes, durante o después del aborto, parto o cesárea y que se ve favorecida por los cambios locales y generales del organismo, ocurridos durante la gestación. La infección puerperal se caracteriza clínicamente por fiebre de 38° C o más, en dos o más registros sucesivos de temperatura, después de las primeras 24 horas y durante los 10 primeros días del post-aborto, postparto y post-cesárea.

La Infección puerperal puede ser por:

1. Infecciones de episiorrafía o de la herida quirúrgica abdominal
2. Endometritis puerperal Salpingitis y
3. Salpingooforitis puerperal
4. Parametritis, Pelviperitonitis y peritonitis Tromboflebitis séptica puerperal

1.2.10.5. Hipertensión Inducida Por El Embarazo²³

La HIE es una forma de presión sanguínea alta durante el embarazo. Se presenta en aproximadamente entre el 5 y el 8 por ciento del total de los embarazos. Otro tipo de presión sanguínea alta es la hipertensión crónica (presión sanguínea alta que se presenta antes del comienzo del embarazo).

La hipertensión inducida por el embarazo también se conoce como toxemia o pre eclampsia. Se presenta con mayor frecuencia en mujeres jóvenes primerizas. Es más frecuente en embarazos gemelares, en mujeres con hipertensión crónica, diabetes preexistente y en mujeres que sufrieron HIE en un embarazo anterior.

1.2.10.6. Pre Eclampsia

Es el síndrome que se presenta a partir de la vigésima semana de gestación, parto o los primeros catorce días del puerperio, caracterizado principalmente por hipertensión y proteinuria; la pre eclampsia se clasifica en *leve* y *severa*.

²³"Lineamiento Técnico" Prevención Diagnostico y Manejo de la Pre eclampsia/Eclampsia México – 04-07

- **Pre eclampsia leve:** en ésta, la elevación de la presión arterial es de cifras mayores de 140/90, pero menor de 160/110.
- **Pre eclampsia severa:** la hipertensión arterial en este caso es de 160/ 110 mm Hg o mayor.
- **Eclampsia:** a la sintomatología de pre eclampsia se asocia la presencia de convulsiones y/o coma.

1.2.10.7. Otros Trastornos Hipertensivos en el Embarazo

Hipertensión arterial crónica: es la hipertensión que se presenta independientemente de la gestación o anterior a las veinte semanas de embarazo, con cifras de tensión arterial mayores de 140/90 mm Hg

Pre eclampsia /Eclampsia agregada a hipertensión: es la hipertensión arterial previa al embarazo agregándose un cuadro de pre eclampsia y/o eclampsia.

1.2.11. Situación de la Salud Sexual y Reproductiva

La salud sexual y la salud reproductiva son conceptos íntimamente relacionados e interdependientes. Desde esta perspectiva, la salud sexual y reproductiva se define como el estado general de bienestar físico, mental y social de las personas y no la mera ausencia de enfermedades o dolencias, en la esfera sexual y reproductiva. La Salud Reproductiva incluye la capacidad de tener una vida sexual segura y satisfactoria para reproducirse, así como la libertad para decidir cuándo, cómo y con qué frecuencia hacerlo. Implica el ejercicio de una sexualidad responsable, basada en relaciones de igualdad y equidad entre los sexos, el pleno respeto de la integridad física del cuerpo humano y la voluntad de asumir responsabilidad por las consecuencias de la conducta sexual. En términos generales los problemas de salud sexual y reproductiva son comunes a todas las etapas del ciclo vital, pero tienen diferentes magnitudes e implicancias en cada una de éstas.

Otra característica, es que las consecuencias de los mismos, se manifiesta en etapas posteriores del ciclo de vida e influyen significativamente en el desarrollo y calidad de vida, no sólo de la persona como individuo sino también de su familia y de la

comunidad a la que pertenece. Así, las infecciones de transmisión sexual adquiridas en la adolescencia, que no recibieron el tratamiento adecuado en el momento oportuno, pueden en la edad adulta, ser causa de infertilidad o la mala nutrición de una niña durante la infancia, retardar el crecimiento y ser causante, en la edad adulta, de parto obstruido.

Entre los principales problemas de salud sexual y reproductiva en nuestro país, se incluyen: la mortalidad materna y perinatal, el embarazo no deseado y aborto, las infecciones de transmisión sexual, el VIH/SIDA, la violencia basada en género, el cáncer ginecológico, sin que esto signifique que no hayan otros componentes de la salud reproductiva que requieran atención.

1.2.12. Experiencias: Hacia Políticas Públicas Para Reducir la Mortalidad Materna en el Perú

Las causas evitables de la mortalidad materna e infantil en el Perú están relacionadas con el acceso, uso y calidad de la atención obstétrica de emergencia en los servicios de salud, particularmente ubicados en zonas rurales del país. Se suma la falta de inclusión de enfoques de derecho de salud y de interculturalidad en la atención. En el Perú, la reducción de la mortalidad materna es una prioridad sanitaria en el país²⁴ y la meta principal de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) en materia de salud (al 2015 se espera reducir de 185 mil x 100 mil nv (1990) a 66 x 100 mil nv).

La implementación del proyecto Bases para Mejorar el Manejo de las Emergencias Maternas – FEMME, se desarrolló en Ayacucho (2000 – 2005) y el resultado de un esfuerzo de asociación entre CARE Perú y el Ministerio de Salud (MINSA), a través del Instituto Especializado Materno Perinatal y la Dirección Regional de salud de Ayacucho, en el marco del programa Evitando la Muerte y Discapacidad Materna – AMDD de la Universidad de Columbia – USA.

²⁴Datos MINSA al 2002 estiman que la mortalidad materna habría alcanzado 162 muertes maternas por 100 mil n.v. persistiendo en 10 departamentos de la sierra central y de la selva en niveles mayores que el promedio nacional.

La Finalidad de este proyecto fue mejorar la disponibilidad, acceso, uso y calidad de la atención de las emergencias obstétricas en la zona norte de Ayacucho, que atendía a una población de 12.500 gestantes por año. Se promovió la calificación del cuidado obstétrico esencial y básico, el fortalecimiento de las competencias técnicas del personal de salud, la gestión y organización de los servicios de salud a través del Sistema de Referencia y contra referencia (SRCR), el análisis de la información, el enfoque transversal de los derechos humanos e interculturalidad de los programas de salud materna entre otros.

Al inicio del proyecto solo el 30% de mujeres con complicaciones obstétricas recibía tratamiento, principalmente por que el personal de los centros de salud no solo no estaba capacitado ni no que además no hablaba la lengua local el quechua²⁵ Con la Intervención todos los centros de salud ubicados en el área del proyecto y el hospital regional cuentan con personal que habla quechua, un entorno amigable y opciones de parto (sillas obstétricas para el parto en posición vertical, que son preferidas en la región andina), desde una perspectiva intercultural y de respeto de la cultura local.

Una de las estrategias desarrolladas en el Hospital Regional de Ayacucho fue la implementación del Sistema de Capacitación Regional – SICAP en Emergencias Obstétricas, basado en la experiencia. Conto con la asistencia técnica del Instituto Nacional Materno Perinatal, el cual brindo capacitación a aproximadamente 450 profesionales entre médicos, enfermeras, obstetrices y técnicos en salud. Se convirtió en un centro de Capacitación para otras regiones del país.

Este centro de referencia regional por la modalidad de capacitación, brinda un servicio efectivo y se ha convertido en un modelo exitoso para el nivel nacional.

Para el desarrollo del SICAP, se necesitaron protocolos de atención de emergencias obstétricas por niveles de atención, las cuales fueron elaborados de manera participativa, para su aplicación estandarizada, recogiendo las ideas y realidades de los trabajadores de salud rural. Con la capacitación basada en competencias y el

²⁵ Artículo Buenas Prácticas CARE Más allá de las metas del Proyecto: Reducción de la Mortalidad Materna en el Perú. E. Esquiche, J.Goulden. CARE Perú, 2007.

fortalecimiento del sistema de referencia y contra referencia se ha mejorado el acceso, uso y calidad de atención de la red obstétrica de la zona de intervención.

Conjuntamente con el MINSA se desarrolló la evaluación²⁶ experiencia FEMME, realizada en el 2006, la cual permitió identificar los impactos atribuibles al proyecto en la salud materna y su influencia en las políticas públicas, como proceso y herramienta válida para su institucionalización. La calidad de la atención de las emergencias obstétricas mejoro en el ámbito de intervención de FEMME al reducir la letalidad obstétrica de 1.7% en el año 2000 a 0.4% en el 2005, (según estándares internacionales debe ser menor al 1%) en comparación con Puno, (zona seleccionada para la evaluación) la tasa de letalidad fue de 5.1% para el periodo 2005. En el periodo del estudio (2005) las necesidades cubiertas de atención de las complicaciones obstétricas, alcanzo el 75.9% (en el año 2000 fue de 30.4%), mientras que la región Puno solo llego a cubrir el 32.9% de la población con complicaciones obstétricas.

Otro resultado clave fue la valoración del personal de salud respecto al modelo de intervención y los beneficios percibidos en mayor escala del sistema de capacitación y uso de guías de atención por niveles, el modelo de supervisión Capacitante, el fortalecimiento del sistema de referencia además de la adecuación de estrategias de interculturalidad y derechos en salud en los servicios de salud.

En la implementación y soporte de las acciones en salud, con énfasis en el tema de la mortalidad materna, se desarrollaron estrategias de abogacía y busqueda de consenso político interinstitucional, resultado de lo cual se conformó un comité multisectorial como escenario de discusión y acción de las autoridades locales y la sociedad civil, para mejorar la accesibilidad de los servicios y su capacidad de respuesta logrando importantes contribuciones y la publicación de políticas regionales de salud.

El modelo de intervención de FEMME, fue aceptado por el personal de salud y los directivos regionales de salud y el MINSA por su flexibilidad para interactuar con la

²⁶ Evaluación de impacto del proyecto FEMME en la reducción de la mortalidad materna y su importancia para la implementación de políticas de salud en el Perú. Ministerio de Salud/CARE Perú. 2006

realidad e incluir el enfoque intercultural en la oferta de los servicios de parto y atención de emergencias maternas obstétricas. Además, promovió la dignidad de la mujer en el acceso, uso y calidad de la atención desde los derechos en salud, y mejoro las relaciones con los proveedores de salud.

1.2.13. Sistema Nacional de Salud Modelo de Gestión Participativa y Control Social En Salud²⁷

El Modelo de Gestión Participativa y Control Social en Salud está conformado por:

La estructura estatal: Conformada por el Sistema Único de Salud Familiar Comunitaria Intercultural que con la capacidad de los subsistemas de salud garantiza la solución de los problemas de salud de la población y la gestión eficiente y efectiva de sus recursos de manera conjunta con las otras estructuras (social e intersectorial) en sus cuatro niveles: local, municipal, departamental y nacional.

a. Nivel local: es la unidad básica, administrativa y operativa del sistema de salud, ejecutor de prestación de servicios integrales e interculturales a la persona, familia y comunidad y responsable de la gestión participativa y control social en la salud.

b. Nivel municipal. El Directorio Local de Salud es la máxima autoridad en la gestión participativa y control social en salud en el ámbito municipal y encargada de la implementación de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural, seguros públicos, políticas nacionales de salud. Asimismo es responsable de la administración de las cuentas municipales de Salud. El Directorio Local de Salud, DILOS, debe elaborar su reglamento interno en base a normativa nacional determinada por el Ministerio de Salud y Deportes.

c. Nivel departamental: constituido por el Servicio Departamental de Salud que es el máximo nivel de gestión técnica en salud de un Departamento. Articula las políticas nacionales, departamentales y municipales para la gestión de los servicios de salud, cumpliendo y haciendo cumplir las políticas nacionales de salud, normas de orden público en las instituciones y / o entidades que conforman el subsistema público, el

²⁷ Norma Nacional Red Municipal SAFCI y Red de Servicios MSD LP - 2008

de cajas de salud de los seguros a corto plazo y el privado con o sin fines de lucro de su jurisdicción territorial, en directa y permanente coordinación con la estructura social.

d. Nivel nacional: representado por el Ministerio de Salud y Deportes, órgano rector de la gestión de salud a nivel nacional, responsable de formular políticas, estrategias, planes y proyectos nacionales; así como de establecer las normas que rigen el sistema de salud en el ámbito nacional.

La estructura social: compuesta por los actores sociales con capacidad de tomar decisiones de manera efectiva en planificación, ejecución, administración, seguimiento, evaluación y control social de las acciones de salud, involucrándose, para ello en forma autónoma y organizada en el proceso de Gestión Participativa y Control Social en Salud, para el logro de la sostenibilidad de las acciones proyectadas.

1.2.14. Modelo de Atención²⁸

El **Modelo de Atención** está organizado en redes de salud que a su vez están compuestas por:

- **La Red Municipal de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (Red Municipal SAFCI)** establecida en el Municipio con territorio y población propios, conformada básicamente por establecimientos de primer nivel, aunque puede contar en su territorio con hospitales de segundo y tercer nivel. Funciona bajo la conducción del Directorio local de Salud – DILOS y tiene como ejecutor al Responsable Municipal SAFCI que forma parte del equipo del Coordinador de la Red de Servicios. Se la reconoce como la estructura orgánica operativa de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural, SAFCI, constituida por todos los recursos comunitarios e institucionales, que contribuyen a mejorar el nivel de salud de las familias de su área de influencia y fundamentadas en las necesidades de las mismas.

²⁸ Norma Nacional Red Municipal SAFCI y Red de Servicios MSD LP - 2008

- **La Red de Servicios de Salud** es el conjunto de establecimientos de salud de primer, segundo y tercer nivel que pertenecen a los subsistemas público, cajas de salud de los seguros a corto plazo y privado con o sin fines de lucro, que pueden pertenecer a uno o varios municipios, articulados y complementados con la medicina indígena originaria campesina y a la estructura social en salud, con el fin de garantizar la capacidad resolutive de la red, puede trascender límites municipales y/o departamentales.

- **El Establecimiento de Salud** que es la unidad funcional básica de la prestación de servicios de salud, tiene tres categorías:

- Establecimiento de salud del Primer Nivel: Centro/Puesto SAFCI, Centro SAFCI con camas, policlínicos y Policonsultorios SAFCI.

- Establecimientos de salud del segundo nivel: Hospital de Segundo Nivel.

- Establecimientos de salud del Tercer Nivel: Hospitales Generales, Hospitales especializados e Institutos.

En cuanto a la atención es necesario resaltar lo siguiente:

- El ingreso al sistema se realiza a través de los establecimientos de primer nivel, exclusivamente, salvo en casos de emergencia o urgencia.

- La complementación con la Medicina Tradicional permite realizar acciones de intercambio saberes y haceres de la comunidad para preservar su salud; está representada principalmente por prácticas ancestrales de auto cuidado, por parteras y médicos tradicionales que tienen distintas denominaciones de acuerdo al pueblo originario al que pertenecen.

- La Norma Nacional de Caracterización de Establecimientos presenta las características de los recursos, organización y funciones de estos establecimientos.

- La atención en salud se ejecuta dentro y fuera de los establecimientos de salud pertenecientes a tres niveles que se distinguen por su capacidad resolutive:

- **Primer Nivel:** puerta de entrada al sistema de atención de salud, sus principales funciones son la promoción de la salud, prevención y tratamiento de la enfermedad y rehabilitación, centrado en las personas, familias y comunidades en base a los principios de integralidad, participación comunitaria, intersectorialidad e interculturalidad. Sus establecimientos de salud son el Centro/Puesto SAFCI, el Centro SAFCI con camas, el Policlínico SAFCI y Policonsultorios/Consultorio SAFCI, que se complementan y articulan con la medicina tradicional.
- **Segundo Nivel:** corresponde a la modalidad de atención de mayor capacidad resolutive que el anterior, incluye hospitalización, cuenta con la atención de especialidades básicas (medicina interna, cirugía, pediatría, ginecología-obstetricia y anestesiología, en algunos casos traumatología). Su unidad operativa es el Hospital de Segundo Nivel.
- **Tercer Nivel:** corresponde a hospitales generales, hospitales de especialidades e institutos, en todas las especialidades y subespecialidades.

Los hospitales de tercer y segundo nivel son complementarios a los establecimientos de salud del primer nivel, debiendo existir continuidad en la atención, sin sobre posiciones ni paralelismos en su accionar, logrando la fluidez en el manejo de las personas y de la información. Cada nivel es responsable de sus propias decisiones, coordinando el seguimiento y el retorno de las personas al establecimiento de salud de origen.

En relación a la referencia de pacientes de urgencia, es primordial su estabilización previa al traslado, además de asegurar el acompañamiento con un integrante del equipo de salud calificado hasta concretar la referencia. Se debe prever los recursos necesarios en el POA para efectivizar las referencias (combustible, mantenimiento del transporte, estipendio y otros).

1.2.15. Modelo de Gestión Participativa y Control Social en Salud²⁹

El Modelo de Gestión Participativa y Control Social en Salud fortalece la participación social efectiva para la toma de decisiones, reconociendo como estructura social a la Autoridad Local de Salud, el Comité Local de Salud, el Consejo Social Municipal de Salud, el Consejo Social Departamental de Salud y el Consejo Social Nacional de Salud.

En el marco de la intersectorialidad se reconocen como instancias de diálogo, consulta, coordinación de acuerdos y consensos para la toma de decisiones a los Espacios de Deliberación: Asamblea Nacional de Salud, Asamblea Departamental de Salud, Mesa Municipal de Salud, Asambleas locales, Ampliados, Reuniones, Juntas, Cumbres, Cabildos

1.2.16. Componente de Referencia y Retorno³⁰

El Componente de Referencia y Retorno es el conjunto de actividades y tareas desarrolladas por el equipo de salud de las instancias y establecimientos de salud de los tres niveles del Modelo de Atención, cuando se requiere la atención a un paciente en estado crítico (urgencia o emergencia) o para completar sus exámenes complementarios o para tratamiento de mayor capacidad resolutive. Por excelencia es el componente que articula los establecimientos de salud de los tres niveles, incluyendo a las instancias pertinentes de la comunidad, para contribuir a la solución del problema de salud del paciente.

Criterio de Referencia: son los argumentos o parámetros, incluidos en los Protocolos de Atención del Sistema Único de Salud Familiar Comunitaria Intercultural y la Guía de Atención con Procedimiento Interculturales de la Medicina Tradicional, que orientan para la referencia/ retorno de un paciente.

Referencia: es la remisión del paciente por una de las instancias de la Red Municipal SAFCI y de la Red de Servicios (establecimiento de salud, medicina tradicional,

²⁹ Norma Nacional Red Municipal SAFCI y Red de Servicios MSD LP - 2008

³⁰ Norma Nacional de Referencia y Retorno MSD LP - 2008

defensorías, etc.) de un establecimiento de salud de menor capacidad resolutive, a un establecimiento de mayor capacidad resolutive con el objeto de salvar su vida o solucionar su problema de salud. La instancia que refiere tiene la responsabilidad de realizar el seguimiento respectivo, asegurando su retorno.

Capacidad resolutive: es el conjunto de acciones y servicios que realiza el establecimiento de salud, con el propósito de solucionar la causa por la que asiste el paciente.

Referencia adecuada: es aquella cuyo formato ha sido llenado de manera adecuada (pertinente, legible y datos completos), se ajusta a los criterios de referencia de los Protocolos de Atención del Sistema Único de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, de la Guía de Atención con Procedimiento Interculturales de la Medicina Tradicional y se realiza coordinando con el establecimiento receptor.

Referencia con carácter de urgencia: cuando el caso que se refiere requiere de atención inmediata y de mayor capacidad resolutive, debe considerarse una prioridad de la atención médica y la estabilización previa al traslado es primordial.

Referencia no urgente: cuando el caso que se refiere no requiere de una atención inmediata (casos de consulta externa).

Retorno: es la acción consistente en un informe escrito de la valoración y el tratamiento realizados, así como resultados, indicaciones y recomendaciones que debe realizar el establecimiento de salud que recibió al paciente, con el objeto de que éste continúe con la atención en el establecimiento de salud de origen.

Retorno adecuado: es el procedimiento de retorno que el establecimiento que recibió al paciente realiza para facilitar su seguimiento en el establecimiento de origen. Este procedimiento debe estar registrado adecuadamente, de forma legible y con datos completos en los instrumentos ya establecidos en la norma.

Interconsulta: es la solicitud de parte de un profesional del establecimiento de salud a otros profesionales o unidades de atención de otro establecimiento de salud de

mayor capacidad resolutive, para la confirmación diagnóstica y/o implementación de medidas terapéuticas.

Traslado: son las diferentes acciones realizadas para trasladar a uno o varios pacientes de un establecimiento de menor capacidad resolutive a otro de mayor capacidad resolutive o viceversa. Para efectos de la presente norma se considera el sinónimo de **transferencia**. Se debe prever los recursos necesarios en el POA para efectivizar las mismas (combustible, mantenimiento del transporte, estipendio y otros).

Establecimiento receptor: es el establecimiento de mayor capacidad resolutive que recibe al paciente referido de otro establecimiento.

Establecimiento referente: es el establecimiento de menor capacidad resolutive que refiere pacientes a otro establecimiento de mayor capacidad resolutive.

Autorreferencia: Cuando el paciente acude directamente a un establecimiento de mayor capacidad resolutive en búsqueda de la solución a su problema.

1.3. Elección del Tema

El Ministerio de Salud en los últimos diez años ha venido aplicando estrategias para el mejoramiento de la capacidad resolutive de los establecimientos de salud para la atención de la salud materna, avance que logró implementando los diferentes Seguros de Salud, procesos que en su implementación, y operativización han ido fortaleciendo la capacidad resolutive de los establecimientos (capacitación de los recursos humanos, infraestructura, equipamiento, dotación de medicamentos e insumos, etc.), que hasta la fecha todavía son insuficientes para la realidad de nuestra región. La implementación de las redes obstétricas en el país a partir del 2003 en Pando el año 2004, con bastantes falencias en su organización y más aún en su sostenibilidad fue un fracaso total en el Departamento, siendo que en su organización y operativización solo involucraba al sector salud con la detección de Altos Riesgos Obstétricos sin la coordinación con la sociedad civil que es fundamental en la prevención y el primer llamado de alerta de mujeres con Alto

Riesgo Obstétrico desde el inicio de una complicación y la viabilización de traslado oportuno de comunidades dispersas típico de este municipio; el no involucramiento de autoridades locales Municipales rol importante en fortalecimiento de los establecimientos de salud con infraestructura, equipamiento, medicamentos e insumos, medios de comunicación, transporte y logística para el funcionamiento de los mismos.

De esta realidad parte la idea de realizar este documento que plantea reorganizar la red obstétrica actual involucrando al sector salud, social con participación activa, municipal con el fortalecimiento de infraestructuras y logística además de algunas organizaciones privadas (medios de transporte y comunicación), los cuales interactuarán coordinadamente, mejorando y coadyuvando en su operativización priorizando actividades específicas de las Redes Obstétricas de Salud para llegar a la implementación total en el área municipal en forma progresiva.

Esta propuesta plantea el inicio de la operativización de la red obstétrica en los dos Centros de Salud que cuentan con las condiciones básicas mínimas para la atención integral de la mujer gestante, en función al Mapeo y el Radar planteado en la presente propuesta, actividad que garantizara la captación y principalmente el seguimiento a la mujer gestante con riesgo obstétrico que permitirá prever y garantizar su atención inmediata y traslado en caso necesario. La implementación del centro de desarrollo de competencias se constituye como uno de los puntales del proceso gradual de fortalecimiento del personal de salud que trabajan solos en los Puestos de Salud, así mismo la réplica de estos conocimientos adecuados hacia las parteras y la educación y concientización en cascada hacia el sector social lograra su involucramiento y participación de este grupo social en el funcionamiento y operativización de la red obstétrica.

1.4. Planteamiento del Problema

Uno de los objetivo de las políticas en Salud es mejorar la capacidad resolutive de los establecimientos de salud para la atención oportuna y eficiente con calidad y calidez mediante la implementación de estrategias de fortalecimiento en la

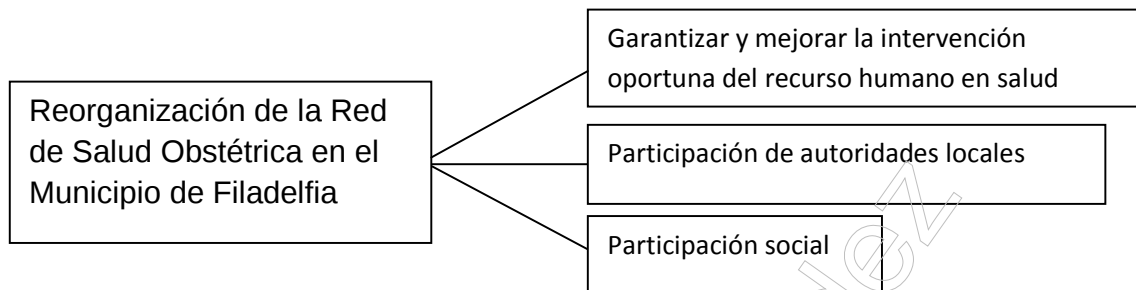
capacitación de recursos humanos, implantación de infraestructura, equipamiento, dotación de medicamentos e insumos, en síntesis, en la denominada capacidad de respuesta o resolución.

La implementación de las Redes de Salud Obstétricas en el Departamento de Pando el año 2004 y en particular la Red de Salud Obstétrica del Municipio de Filadelfia presenta deficiencias en su organización porque solo involucra al sector salud y no así a las autoridades Municipales y la sociedad civil, en su operativización al no contar con RRHH capacitado, establecimientos de salud con infraestructuras, equipamiento, medicamentos e insumos suficientes y adecuados, insuficientes medios de transporte y comunicación que incide en la detección y tratamiento oportuno de altos riesgos obstétricos y en su sostenibilidad por la falta de cumplimiento de corresponsabilidades tanto de autoridades locales comunitarias como del Gobierno Municipal en relación a la dotación logística y mantenimiento de medios de transporte y comunicación limitando su disponibilidad para el traslado de emergencias obstétricas dando solo soluciones parciales y discontinuas, aspectos que determinan una capacidad reducida de respuesta o resolución ante problemas de salud que puedan presentar una mujer durante el periodo de gestación, parto y postparto haciendo latente la alta probabilidad que ocurra una muerte materna.

El presente trabajo busca proponer líneas de acción sobre la base de un diagnóstico de situación de la Red de Salud Obstétrica del Municipio de Filadelfia para hacerla viable y efectiva esta capacidad resolutoria mediante la implantación de acciones de respuestas con capacidad resolutoria, un modelo de atención reconocido y en vigencia en el sistema de salud pública, se trata de proponer la reorganización de la Red de Salud Obstétrica, pretendiendo garantizar la atención de una maternidad segura y saludable a todas las mujeres embarazadas del Municipio de Filadelfia.

En este contexto se propone la siguiente pregunta de investigación ¿Cuáles son los factores que afectaron a la eficiencia de la organización, operativización y sostenibilidad de la Red Obstétrica de Salud desde su implementación el año 2004 al 2009 en el Municipio de Filadelfia?

**Cuadro N° 7: Mapa Conceptual para la Reorganización de la Red de Salud
Obstétrica del Municipio de Filadelfia Departamento de Pando**



Fuente: Elaboración Propia

Para ello tomaremos como ejemplo un modelo óptimo tomando en cuenta el nuevo Modelo de Atención y Gestión en Salud SAFCI³¹ que reglamenta el funcionamiento de las Redes Locales de Salud, que esencialmente establece los criterios óptimos para un buen funcionamiento de las Centros de Salud y que esencialmente puedan dar respuesta oportuna, eficaz y eficiente a los beneficiarios de las comunidades locales usuarios del servicio y que pretende garantizar una atención oportuna con eficacia y eficiencia.

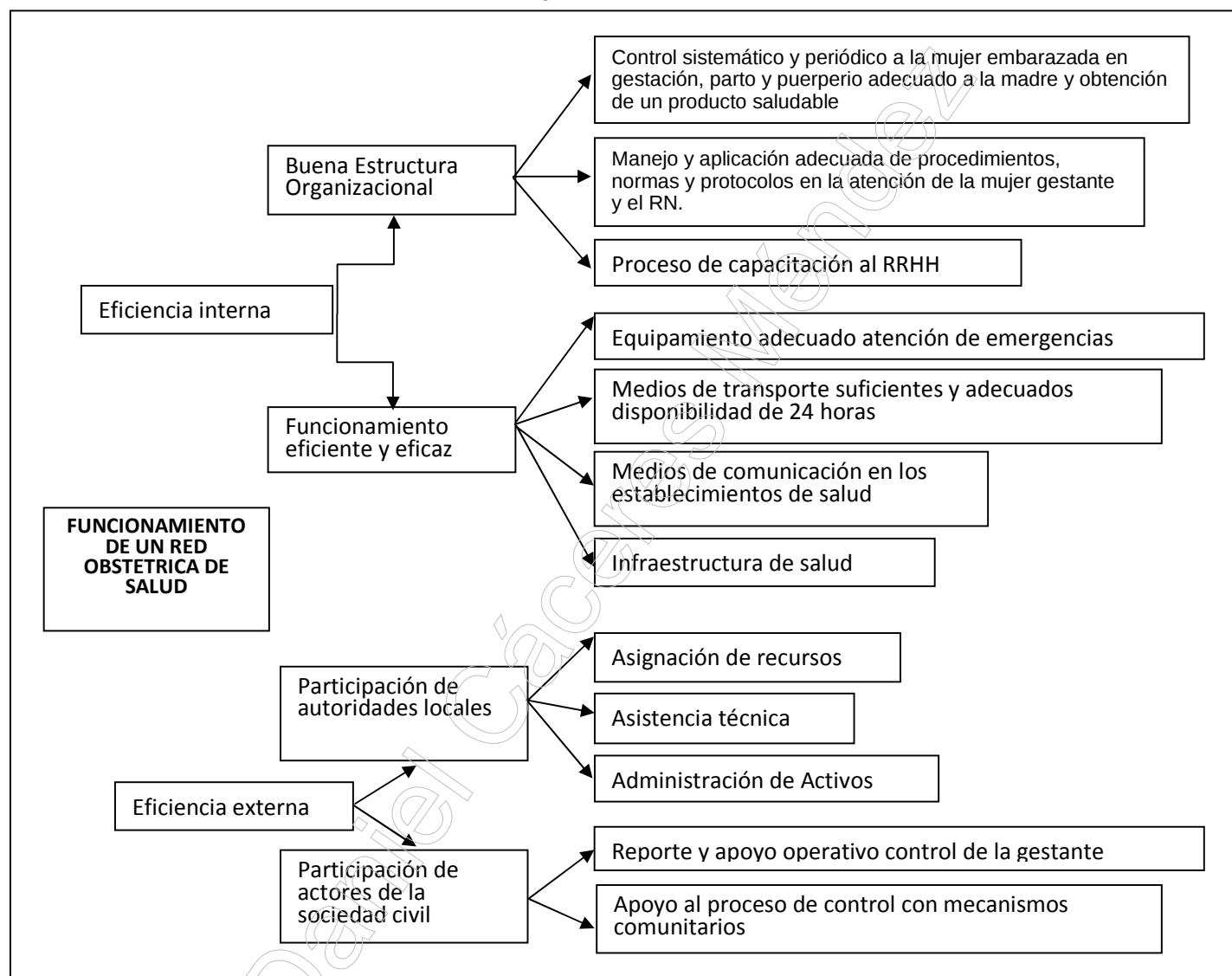
El modelo de criterio óptimo establece inicialmente como lo reconoce el sistema público una adecuada interacción entre elementos de eficiencia interna y externa que permitirá un buen funcionamiento de estos Centros de Salud.

En base a los siguientes criterios 1) una buena estructura organizacional que posibilite su favorezca el desempeño del personal de salud con base en un proceso de capacitación y actualización al recurso Humano. 2) una buena estructura de funcionamiento que garantiza el funcionamiento y la sostenibilidad de la infraestructura de salud, equipamiento adecuado para la atención de estas emergencias, el funcionamiento de medios de transporte suficientes y adecuados con un disponibilidad de 24 horas, con medios de comunicación en establecimientos de salud que permitan una comunicación permanente entre los Centros de Salud y los centros de referencia ante casos de emergencias obstétricas. 3) una participación sistemática de autoridades municipales que garanticen la asignación de recursos

³¹ Salud Familiar comunitaria Intercultural

económicos y de funcionamiento a estos centros. 4) participación de la sociedad civil como aliados principales en la operativización de la red.

Cuadro N° 8: Modelo Óptimo teórico para el Funcionamiento de la Red de Salud Obstétrica del Municipio de Filadelfia.



Fuente: Elaboración Propia

1.5. Justificación de la Tesis

Ha transcurrido más de una década de esfuerzos concentrados en la salud materna con los que el país ha logrado incrementar de manera importante las coberturas de atención prenatal, anticoncepción y post parto, para que el año 2000 al concluir el

segundo milenio, Bolivia pudiera cumplir el compromiso internacional de alcanzar 60 % de atención de cobertura de atención de partos en servicios.

En el periodo 2000 – 2008 la razón de mortalidad materna a nivel Nacional ha disminuido de 235 x 100.000 nv a 222 x 100.000 nv³², a nivel Departamental es bastante incierta poder evidenciar la disminución debido a que localmente existen limitantes tanto en el ámbito social, demográfico, económico, institucional, manejo de la información que repercuten en la ejecución deficiente de las políticas de salud.

En general, las mujeres continúan falleciendo por complicaciones del embarazo, parto y puerperio, derivadas de hemorragias durante el periodo del embarazo parto y puerperio, hipertensión inducida por el embarazo, infecciones, aborto y parto obstruido. Es importante resaltar que la mujer está en riesgo durante todo el embarazo, riesgo que se acumula durante su vida reproductiva cada vez que se embaraza. Muchas de las mujeres que sufren complicaciones obstétricas y que logran sobrevivir, padecen serias dolencias en su función sexual y reproductiva y además padecen serias complicaciones de carácter social y familiar.

No obstante actualmente hay mujeres que continúan muriendo durante el embarazo, parto y puerperio, por complicaciones no atendidas, existiendo y estando en vigencia desde más de una década Seguros enfocados en el binomio madre/niño (Seguro Nacional de Maternidad y Niñez del seguro Básico de Salud y hoy del Seguro Universal Materno Infantil).

Siendo que diversos factores todavía están impidiendo la llegada de esas mujeres a los servicios de salud como: el poco conocimiento de la sociedad civil (familiares / vecinos / autoridades sociales) sobre complicaciones que amenazan la vida de las embarazadas, la falta de decisión para pedir ayuda de estos, las dificultades de transporte y comunicación e inclusive las desconfianza en los servicios de salud, son aspectos que todavía merecen especial atención.

En el Departamento de Pando donde actualmente tenemos una Tasa de Mortalidad Materna de 266 X 100.000 nacidos vivos, las dificultades geográficas características

³²ENDSA

de la región hacen que las usuarias no puedan acceder a un establecimiento de salud, lo que hace este problema mucho más preocupante, en especial en los Municipio de Filadelfia, Gonzalo Moreno, Ingavi y Villa Nueva donde durante la Gestión 2007 se produjeron casos de mortalidad materna por estas causas³³.

En el Municipio de Filadelfia tiene actualmente una Tasa de Mortalidad Materna de 1587 x 100.000 nacidos vivos, resultados por una muerte materna, que se considera no representativa en relación a número pequeño de nacidos vivos en el Municipio.

Con este antecedente es importante la intervención a este municipio con la reorganización de una Red de Salud Obstétrica, estructurada y en funcionamiento con la participación total de autoridades municipales que garanticen infraestructuras de salud y equipamiento adecuado para la atención de estas emergencias, medios de transporte suficientes y adecuados con un disponibilidad de 24 horas, medios de comunicación en los establecimientos de salud, además de un proceso de capacitación al RRHH que garanticen una atención oportuna con calidad, calidez y eficiencia ante casos de emergencias obstétricas y la participación de la sociedad civil como aliados principales en la operativización de la red, con todo esto que se propone se quiere y pretende garantizar una maternidad segura y saludable a todas las mujeres embarazadas del el municipio de Filadelfia.

1.6. Formulación de Objetivos

1.6.1. General

Proponer la Reorganización de la Red de Salud Obstétrica del Municipio de Filadelfia, formulando estrategias para lograr y promover el compromiso de la participación social en actividades de salud, de autoridades locales de acuerdo a su corresponsabilidad en el fortalecimiento de infraestructuras de salud, medios de transporte, comunicación y del personal de salud para la aplicabilidad de normas establecidas por el Ministerio de Salud en la atención de la mujer embarazada de alto riesgo obstétrico y de esta forma garantizar una maternidad segura.

³³ SNIS SEDES – Pando / Programa de Salud Sexual Y Reproductiva

1.6.2. Específicos

- Realizar un diagnóstico sobre mortalidad materna en el Municipio de Filadelfia
- Realizar un diagnóstico situacional sobre falencias en la atención de las mujeres embarazadas.
- Realizar un diagnóstico de infraestructura y equipamiento de los establecimientos de salud.
- Elaborar una propuesta de Reorganización de la Red de Salud Obstétrica.

Daniel Cáceres Méndez

CAPÍTULO II. Marco Metodológico

1.3. Tipología del Estudio

La presente tesis es indefectiblemente de carácter exploratorio, descriptivo, propositivo, cuali-cuantitativo, sincrónico con el tiempo y deductiva.

1.3.1. Diseño General del Estudio.

1.3.1.1. Fase 1: Análisis del Sistema Nacional de Información de Salud (SNIS)

1. Recopilación de Datos de cobertura de indicadores del (SNIS) del SEDES- Pando de las gestiones 2007 y 2008.
2. Recopilación del Sistema de Mortalidad Materna de la Razón de la Mortalidad Materna, local, departamental y Nacional.
3. Identificación de las debilidades y amenazas del sistema local y Departamental.

1.3.1.2. Fase 2: Análisis del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad

Actividad 1: Diagnóstico de la Mortalidad Materna

1. Revisión de los Registros de los casos de Mortalidad Materna en Pando (SNIS) de las gestiones 2004 – 2008.
2. Comparación de los registros de mortalidad con los datos estadísticos del Programa de Salud Sexual y Reproductiva. (SSR).
3. Análisis de los casos de mortalidad con la responsable de Programa de (SSR)
4. Análisis de las Resoluciones del Comité Local Mortalidad Materna

Actividad 2: Diagnóstico de la Infraestructura y Equipos del Sistema

1. Aplicación de los Formatos de Verificación de la Planta Física de equipos y suministros.
2. Revisión de los inventarios de Salud de la Coordinación de Red I de equipamiento.
3. Revisión de los registros del personal de Salud.
4. Cruce de información sobre los recursos humanos de la Coordinación de Red local y los registros de personal del SEDES - Pando.

Actividad 3: Diagnóstico de las Capacidades del Personal de Salud

1. Aplicación de entrevistas sobre verificación de habilidades y destrezas de auxiliares de enfermería con los responsables de área (médicos).
2. Aplicación de cuestionarios sobre conocimientos sobre emergencias obstétricas a médicos de planta.

Actividad 4: Diagnóstico de medios de transporte y comunicación

1. Actualización del croquis de ubicación de Establecimientos de Salud y área de influencia.
2. Actualización de inventarios de Medios de comunicación y transporte del sistema de salud local.
3. Actualización de inventarios de Medios de comunicación y transporte municipales, privados y de organizaciones sociales.

1.3.1.3. Fase 3: Evaluación del funcionamiento del Sistema de Referencia Local.

Actividad 1: Evaluación del funcionamiento del Sistema de Referencia Local.

1. Verificación del funcionamiento del Sistema de Referencia Local

Actividad 2: Elaboración de la Propuesta

1. Sistematización del diagnóstico local de salud
2. Evaluación del funcionamiento de la red.
3. Priorización de problemas
4. Propuesta de reorganización y funcionamiento de la red obstétrica.

2.1.2. Enunciado Hipótesis

Si se logra la reorganización de la red de salud obstétrica del Municipio de Filadelfia, formulando estrategias para lograr y promover el compromiso de la participación social en actividades de salud, de autoridades locales de acuerdo a su corresponsabilidad en el fortalecimiento de infraestructuras de salud, medios de transporte, comunicación y del personal de salud para la aplicabilidad de normas, entonces se mejorarán las condiciones para una maternidad segura.

2.1.3. Identificación de Variables

2.1.3.1. Variable Independiente

Las condiciones para una maternidad segura

2.1.3.2. Variable Dependiente

La propuesta de Reorganización de la Red de Salud Obstétrica del Municipio de Filadelfia, formulando estrategias para lograr y promover el compromiso de la participación social en actividades de salud, de autoridades locales de acuerdo a su corresponsabilidad en el fortalecimiento de infraestructuras de salud, medios de transporte, comunicación y del personal de salud para la aplicabilidad de normas.

2.1.4. Operacionalización de Variables

HIPOTESIS	VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	INSTRUMENTOS
Si se logra la reorganización de la red de salud obstétrica del Municipio de Filadelfia, formulando estrategias para lograr y promover el compromiso de la participación social en actividades de salud, de autoridades locales de acuerdo a su responsabilidad en el fortalecimiento de infraestructuras de salud, medios de transporte, comunicación y del personal de salud para la aplicabilidad de normas, entonces se mejorarán las condiciones para una maternidad segura.	Maternidad Segura y saludable Mejorando la intervención oportuna del RRHH	Conocimiento técnico del manejo de emergencias obstétricas y neonatales	N° de pasantías en emergencias obstétricas neonatales	Certificados de cursos de capacitaciones, pasantías y/o Postgrados
		Aplicación de procedimientos y protocolos de atención de la mujer gestante	N° de partos y emergencias obstétricas atendidas de acuerdo a procedimientos y protocolos	Expediente clínico correctamente llenado Instrumentos (hojas) de monitoreo a los procedimientos obstétricos neonatales.
		Aplicación de procesos técnico administrativos en la atención de la mujer gestante y neonato.	Aplicación y llenado correcto de instrumentos de captación y consolidación del SNIS	Instrumentos de supervisión Cuadernos del SNIS. Formularios del SUMI y otros seguros.
	Participación de Autoridades Locales	Inclusión del POA de salud al POA Municipal y su cumplimiento en mejoras de infraestructura, equipamiento, medicamentos, insumos y materiales.	Elaboración de POAs de salud participativos con la comunidad e insertados en el POA Municipal % del presupuesto de los POAs de salud aprobados	Resoluciones municipales de aprobación de POA de salud con % de presupuesto. Actas de participación en la elaboración de POAs y firma de autoridades comunales en el POA de salud.
		Funcionalidad y sostenibilidad de medios de transporte y comunicación de apoyo a la salud.	N° de medios de transporte y comunicación funcionando continuamente	Inventarios de activos fijos, bienes y equipos Solicitud de mantenimiento de activos y equipos.
		Apoyo técnico y financiero de Agencias de Cooperación Internacional y Nacional	Número de proyectos ejecutados anualmente en salud	Proyectos elaborados para el sector salud
	Participación Social	Apoyo a la atención de casos de emergencias obstétricas	N° de casos de emergencias reportados por Comités de Vigilancia Comunitaria.	Libro de Registro de reportes de casos de emergencia
		Solidaridad comunitaria en casos de emergencias	N° emergencias referidas utilizando mecanismos de acción propios de la comunidad.	Libro de actas de reuniones de la comunidad

2.1.5. Técnicas Y Procedimientos

2.1.5.1. Técnicas

- **Análisis y síntesis**

Una de las técnicas a ser empleados en el presente trabajo serán el análisis y la síntesis como base del método científico para determinar los criterios óptimos de funcionamiento contrastando la teoría con la práctica, los procedimientos y protocolos diseñados y su contrastación con la aplicación y ejercicio de estos en los centros de funcionamiento.

- **Inducción y deducción**

El método inductivo y deductivo que nos permitirá detectar la incoherencia entre el diseño de la aplicación de los procesos y procedimientos en el funcionamiento de las unidad de análisis. Así como para determinar la distribución y ejercicio de sus funciones del recurso humano en su labor cotidiana.

- **Análisis histórico y temporal**

El análisis en el tiempo nos permitirá establecer los procesos sus secuencias y dificultades en la sostenibilidad y funcionamiento de la unidad de análisis, así como la comparación entre periodos de tiempo que serán permitirán visibilizar la relación entre los factores del funcionamiento.

2.1.5.2. Procedimientos

- **Observación estructurada**

A lo largo del trabajo de campo fueron visitados todos los establecimientos de salud de la unidad de observación, para ello se construyeron instrumentos de observación que permitirán identificar la temática y la obtención de la información, en sucesión temporal y cronológica que permita una comparación y centralización de los datos.

- **Entrevistas**

Fueron entrevistados personal de salud, ejecutivos, administrativos y operativos de los centros de salud, Beneficiarios y Personal de los municipios mediante entrevista estructuradas como semi estructuradas.

- **Encuestas**

Fueron aplicadas encuestas previamente elaboradas de acuerdo al tipo de información que se requería recabar de informantes claves como funcionarios de los centros de salud, personal del Gobierno Municipal y beneficiarios.

2.1.6. Definiciones Operacionales

- **La Vigilancia Epidemiológica.** Son las acciones tomadas para el control eficaz de las enfermedades epidémicas. Es primordial para el control de la VE la planificación, la gestión, la distribución y la movilización de los recursos, la detección y la reacción precoz a las epidemias, así que para la evaluación y la medida del impacto de los programas de prevención. La vigilancia epidemiológica es una actividad fundamentalmente local; los datos que se logra tienen que ser usados para la toma de decisiones.
- **La Vigilancia epidemiológica de la Mortalidad Materna.** Es un proceso continuo y sistemático de recolección, análisis, interpretación y difusión de datos relacionados con la identificación, notificación, medición, determinación de causas y prevención de muertes maternas, con el propósito de formular estrategias de prevención adecuadas.
- **Redes de Salud.** Son estructuras sociales de apoyo formal a la atención en requerimientos de salud de la población cuyo componente social e interinstitucional como el Personal de salud o instituciones del área de salud, SEDES, Gobierno Departamental y/o Municipio tiene tareas específicas y responsabilidades para con los beneficiarios de la red, o informal como los representantes de la sociedad civil que puede coadyuvar en el cumplimiento de atención en salud, sin ser una tarea específica para los mismos, pero si una obligación moral para con la comunidad.
- **Modelo de Gestión Participativa y Control Social en Salud** está conformado por: a) La estructura estatal: Conformada por el Sistema Único de Salud Familiar Comunitaria b) Nivel local: es la unidad básica, administrativa y operativa del sistema de salud, ejecutor de prestación de servicios integrales e

interculturales a la persona, familia y comunidad y responsable de la gestión participativa y control social en la salud. C) Nivel Municipal: El Directorio Local de Salud c) Nivel departamental: constituido por el Servicio Departamental de Salud. d) Nivel nacional: representado por el Ministerio de Salud y Deportes. e) La estructura social: compuesta por los actores sociales con capacidad de tomar decisiones de manera efectiva en planificación, ejecución, administración, seguimiento, evaluación y control social de las acciones de salud, involucrándose, para ello en forma autónoma y organizada en el proceso de Gestión Participativa y Control Social en Salud, para el logro de la sostenibilidad de las acciones proyectadas.

- **Modelo de Atención**, está organizado en redes de salud que a su vez están compuestas por: La Red Municipal de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (Red Municipal SAFCI) establecida en el Municipio con territorio y población propios, conformada básicamente por establecimientos de primer nivel, aunque puede contar en su territorio con hospitales de segundo y tercer nivel.
- **Red de Servicios de Salud** es el conjunto de establecimientos de salud de primer, segundo y tercer nivel que pertenecen a los subsistemas público, cajas de salud de los seguros a corto plazo y privado con o sin fines de lucro, que pueden pertenecer a uno o varios municipios, articulados y complementados con la medicina indígena originaria campesina y a la estructura social en salud, con el fin de garantizar la capacidad resolutoria de la red, puede trascender límites municipales y/o departamentales.

2.1.7. Universo de Estudio, Selección y Tamaño de la Muestra, Unidad de Análisis Y Observación

2.1.7.1. Universo de Estudio

Se toma como universo de estudio la Red de Salud 01 Cobija, conformado por los municipios de Cobija, Porvenir, Bolpebra, Filadelfia y Bella Flor. Aplicando el concepto de red que agrupa en una unidad de coordinación y de referencia los municipios asociados a esta red de manera funcional como administrativa.

2.1.7.2. Selección y Tamaño de la Muestra

El Municipio de Filadelfia servirá como unidad de referencia y muestra de un total de cinco municipios de la red de salud 01, por reunir las condiciones de información, accesibilidad adecuada al proyecto y a la propuesta que se pretende diseñar. La Red de salud del Municipio de Filadelfia con sus establecimientos asociados hacen parte del sistema de red de servicios locales de salud.

2.1.7.3. Unidad de Análisis

La Red de Salud del Municipio de Filadelfia será la unidad de análisis sobre el cual se validará, socializará y verificará la información secundaria y primaria recolectada.

2.1.7.4. Unidad de Observación

Por las características del trabajo de investigación temáticamente se toma La Red Obstétrica del Municipio de Filadelfia como unidad de observación así como sus centros de salud asociados.

Establecimientos de Salud del Municipio de Filadelfia:

- ❖ Centro de Salud Filadelfia
- ❖ Centro de Salud El Chive
- ❖ Puesto de Salud Empresiña
- ❖ Puesto de Salud Buyuyo
- ❖ Puesto de Salud Luz de América

2.1.8. Criterios de Inclusión y Exclusión

Los criterios de inclusión serán aplicados siguiendo la normativa administrativa del sistema público de salud en vigencia y que sirve de norma legal para este trabajo antes que los enfoques teóricos.

2.2. Localización del Municipio de Filadelfia

El Municipio de Filadelfia, se encuentra ubicado en la tercera sección de la Provincia Manuripi, la misma que se encuentra ubicada al este de la provincia, y al extremo

noroeste del Departamento Pando, cuenta con una extensión territorial de 12238 Km², una población rural de 4344 Habitantes determinando una densidad Poblacional de 0.2 Hab. Por Km², Tasa Global de Fecundidad de 8.2 Hijos por Mujer, Tasa de Mortalidad Infantil de 73.9 por mil nacidos vivos, Tasa de Fecundidad Específica en Adolescentes (15 a 19 años): 135 nacimientos por cada 100 Mujeres³⁴.

El clima que presenta es cálido y húmedo, limita al norte; con el Municipio de Porvenir y parte Bolpebra, al sur; con el Departamento de La Paz, al este; con el Municipio de Puerto Rico y al oeste; con el País del Perú, cuenta con 35 comunidades distribuidas por todo el Municipio. Hidrográficamente presenta tres ríos que la atraviesan que son el río Tahuamanu, Manuripi y Madre de Dios. Cuenta con 5 establecimientos de Salud (1 Centro de Salud (Filadelfia) y 4 Puestos de Salud (Empresaña, Buyuyo, Luz de América y Chive), ubicados sobre las carretera troncal, con comunidades designadas de acuerdo a proximidad y accesibilidad.

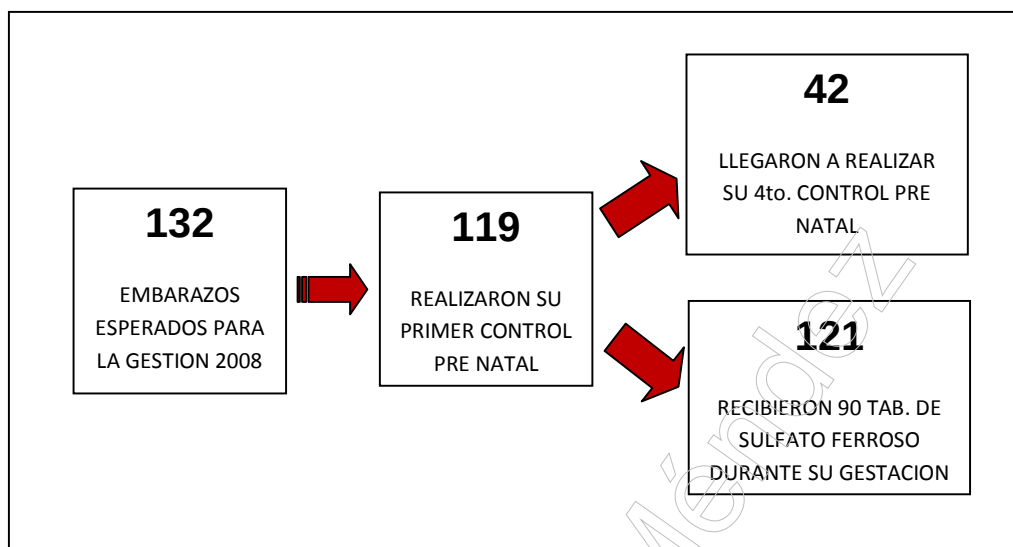
2.3. Resultados de Cobertura de Atención de la Mujer Embarazada en el Municipio de Filadelfia

- **Indicadores de Salud**

Tomando en cuenta los indicadores de: Primer control prenatal, cuarto control prenatal, administración de hierro en embarazadas, cobertura de parto institucional, primer control posparto, administración de vitamina "A" en puérperas y administración de hierro en puérperas (ver anexo 1 a 7), podemos evidenciar que en la comparación de dos gestiones existe una disminución de coberturas en todos los indicadores citados, que se traduce a un deficiente seguimiento a la mujer embarazada por el personal de salud atribuido a diferentes factores como falta de compromiso por parte de Autoridades locales en priorizar a la salud y considerarlo como puntal para el desarrollo de su población, del RRHH al carecer de condiciones de trabajo (infraestructura, equipamiento, insumos, medios de transporte, etc.) para poder realizar estas actividades, la accesibilidad a los establecimientos de salud, barreras geográficas y otros aspectos inherentes a los pacientes.

³⁴INE - 2001

Cuadro N°9: Análisis de Seguimiento Mujer Gestante



Fuente: Elaboración Propia

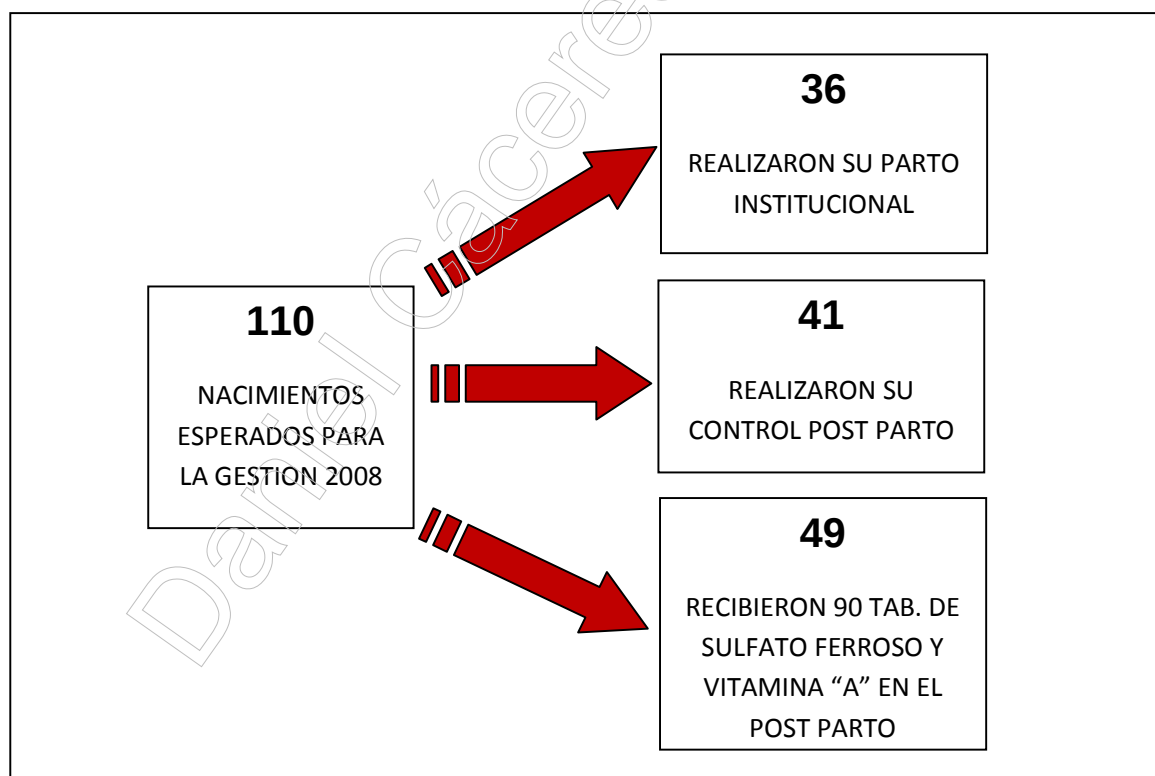
Realizando un análisis general y con una interrelación de los resultados de estos indicadores mencionados podemos concluir que durante el **periodo de gestación** la cobertura del primer control prenatal alcanzó el 90% de los embarazos esperados cumpliendo la meta trazada en los compromisos de gestión, sin embargo la cobertura del cuarto control prenatal alcanzó solo el 35% en la gestión 2008. Esto demuestra que el acceso (a pesar de las condiciones en el Departamento) no es un problema tan importante como el componente social por la falta de valor que le otorgan las mujeres gestantes a retornar para controles sucesivos. Esto sumado al deficiente apoyo de autoridades locales tanto en el aspecto logístico como económico para que el RRHH de salud realice actividades de seguimiento a los primeros controles prenatales y garantizar el 4to control prenatal. Este hecho sugiere la necesidad de trabajar en la calidad del servicio otorgado y en el mejoramiento de la capacidad resolutiva de los servicios.

Y durante el **periodo del parto y posparto** La cobertura de parto institucional en el municipio es de 29%. Esto habla de dos situaciones: primero, la red de servicios tiene un déficit importante de servicios de atención obstétrica, es decir que los centros de primer nivel no cumplen con su tarea de sensibilización y atención integral a las embarazadas. No existen las condiciones para atención de parto en servicio y

hay falta de medios de transporte en los servicios. Y segundo es que la población no accede para la atención de su parto en el establecimiento de salud por falta de confianza y prefieren tener el parto con el familiar u otra persona de su comunidad.

Este hecho incide directamente en los indicadores de Administración de Vitamina “A” post parto que denotan claramente como producto del parto institucional, garantizando el beneficio de poder recibir la atención postparto de acuerdo a normativa y así lograr una maternidad saludable. Se debe trabajar mucho para garantizar el parto institucional con sensibilización y concientización de la mujer embarazada y su entorno social sobre la importancia de este hecho, así también las Autoridades locales en el sentido de fortalecer los establecimientos de salud para que reúnan condiciones óptimas de trabajo para el RRHH en salud y de esta forma recuperar la confianza de la comunidad de acudir a los establecimientos de salud.

Cuadro N° 10: Análisis de Seguimiento Parto Institucional



Fuente: Elaboración Propia

2.4. Resultados de Diagnóstico de la Mortalidad Materna en el Municipio de Filadelfia

En el Departamento de Pando la Razón de Mortalidad Materna es incierta porque no se reportan todos los casos de muertes maternas atribuido a la no aplicabilidad de la Vigilancia Epidemiológica. Sin embargo, de acuerdo a los resultados relativos obtenidos durante los periodos del 2004 al 2008, muestran que estaríamos dentro los parámetros esperados en el cumplimiento de 5to. Objetivo del Milenio.

Pero si tomamos en cuenta la Proyección que realiza el ENDSA³⁵ para el 2015, con los avances obtenidos en los últimos años en Bolivia y debido a que el Sistema de Vigilancia de la Mortalidad Materna comienza verdaderamente a funcionar en algunos Departamentos como el nuestro, no se llegaría a cumplir esta meta.

De los casos de mortalidad informadas a nivel Departamental, el 20% ocurrieron en el Municipio de Filadelfia siendo el Municipio con más casos de muertes maternas en relación al resto de los Municipios de Pando (ver anexo 9)

2.5. Resultados del Diagnóstico de Infraestructura y Equipamiento de los Establecimientos de Salud del Municipio de Filadelfia

La Red de salud del Municipio de Filadelfia de acuerdo al Nivel de Atención estructurada por 2 Centros de Salud y 3 Puestos de Salud, de los cuales solo los Centros de Salud cuentan con una infraestructura básica y equipamiento acorde para poder atender un parto institucional y tratar una emergencias obstétrica (consultorio externo, sala de partos y sala de internación). Existen también 2 Puestos de salud que solo cuentan con una infraestructura deficiente en ambientes que actualmente no funcionan por no contar con equipamiento ni RRHH (P.S. Soberanía y P.S. El lago) (ver anexos 13, 14 y 15)

Filadelfia, municipalmente maneja un sistema de Referencia y Retorno Local, tomando como establecimientos de Referencia por su capacidad resolutive, el C.S.

³⁵ Proyección al 2015 ENDSA: 128 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos

de Filadelfia que se constituye como centro de referencia principal y el C.S. de El Chive como centro de referencia secundario.

Por proximidad y accesibilidad geográfica el C.S. de Filadelfia es centro de referencia para los Puestos de Salud de Empesiña y Buyuyo y el Centro de Salud de El Chive para el P.S. de Luz de América.

Para ambos Centros de Referencia su nivel de resolución superior (2do. Nivel) se constituye el Hospital Roberto Galindo Terán del Municipio de Cobija. (Ver anexo 16)

2.6. Resultados del Diagnóstico de la Capacidad Resolutiva de la Red de Establecimientos de Salud el Municipio de Filadelfia

Para ser consideradas como tales, las redes deben contar con componentes básicos que le dan carácter de red: **establecimientos de salud** con capacidad de respuesta individual pero diferenciada por nivel de atención; **vínculos**, es decir relaciones entre las unidades asistenciales, que al ponerse en funcionamiento otorgan un valor agregado al desempeño individual de cada servicio. Es así que desde este punto de vista las redes obstétricas y neonatales deben cumplir una serie de funciones, como red en el área geográfica en la que están localizadas, estas funciones esenciales son nueve pero para el primer Nivel de atención son 5:

1. Consulta durante el embarazo, el puerperio y el primer mes de vida
2. Tratamiento médico de complicaciones obstétricas y neonatales
3. Vigilancia clínica del parto y atención al recién nacido
4. Reanimación neonatal
5. Referencia y Retorno

Para evidenciar la capacidad resolutiva también consideraremos cuatro atributos que son indispensables para cualquier tipo de prestación en salud:

- Personal de salud, con conocimientos, destrezas y motivación.
- Planta física, que otorgue comodidad, privacidad y seguridad a usuarios, pacientes y personal de salud.

- Equipo clínico básico, que facilite la realización de los procedimientos que son necesarios para el diagnóstico y el tratamiento de los problemas de salud.
- Suministros y medicamentos esenciales, para la aplicación de procedimientos y la realización de tratamientos.

Es en este contexto se puede evidenciar que:

La Capacidad resolutive a problemas obstétricos por parte del personal de salud solo es viable en los Centros de Salud de Filadelfia y Chive por contar con un Medico con capacidades y habilidades bien afianzadas además del apoyo de una Lic. Enfermería (C.S. Filadelfia).

Solo los Centros de Salud de Filadelfia y Chive reúnen las condiciones básicas para poder realizar un control a mujeres embarazadas y poder detectar un Alto Riesgo Obstétrico en la consulta ambulatoria.

Solo el Centro de Salud de Filadelfia tiene la capacidad de atender un Parto institucional con lo mínimo de las normas básicas, garantizar una recuperación en el puerperio y dotar de medicamentos básicos para este fin.

2.7. Resultados del Diagnóstico de Medios de Comunicación y Transporte de la Red Obstétrica de Salud en el Municipio de Filadelfia

Al ser considerados como eslabones de articulación entre los diferentes establecimientos de salud en una determinada área geográfica los medios de comunicación y transporte son los principales vínculos de una red de servicios obstétricos.

Referente a los medios de comunicación se ha podido evidenciar que solo los Centros de Salud de Filadelfia y el Chive tienen la facilidad de contar con medios de comunicación continuo (radios de comunicación y servicio telefónico en la localidad) entre ellos y otros establecimientos de salud fuera del Municipio. Los puestos de salud prácticamente estarían incomunicados en caso de una emergencia obstétrica. (Ver anexo 22)

Referente a los medios de transporte se ha podido evidenciar que solo el Centro de Salud de Filadelfia tiene la capacidad de realizar un traslado de emergencia por contar con una ambulancia con permanencia en este establecimiento, siendo que este medio de transporte estaría disponible para todo el municipio, con la desventaja de la distancia y el tiempo que demora en llegar a cualquier punto que se requiera. (Ver anexo 23)

2.8. Resultados de Estudio de Casos de Mortalidad Materna en el Municipio de Filadelfia

Luego del estudio y análisis de los casos acontecidos en este Municipio se concluye que:

1. Todos los casos se clasifican como Defunción Materna Directa por causas biológicas relacionadas por el embarazo, parto y puerperio.
2. Las causas No biológicas están directamente relacionadas con las demoras, en todos los casos podemos evidenciar que estuvieron presentes la 1ra Demora (Decisión de buscar ayuda) y 2da Demora (Llegar a la instalación de tratamiento).
3. Los establecimientos de salud donde acudieron no reúnen los requisitos de infraestructura, equipamiento, insumos medicamentos ni capacidad del RRHH, para poder atender una emergencia Obstétrica (Puestos de Salud).

CAPITULO III. Propuesta

3.1. Presentación

La maternidad es un período privilegiado en la vida de la mujer, sin embargo enfrenta riesgos que no pueden ser prevenidos pero si evitados. Por lo tanto, la maternidad sin riesgos es un indicador del nivel de desarrollo humano y se constituye en un reto y un compromiso que es posible alcanzar con el esfuerzo articulado de los gobiernos, la sociedad civil, los sectores sociales y económicos, las comunidades científicas, los trabajadores de salud, las familias y las mujeres y hombres conscientes de su responsabilidad biopsicosocial con el futuro.

La organización y funcionalidad de la Redes Obstétricas para la Maternidad Segura es el propósito fundamental del “Plan para Reducir la Mortalidad Materna” liderado por el Ministerio de Salud, cuyo objetivo principal es desarrollar acciones para mejorar la calidad de la atención prenatal y del parto institucional que se ofrece desde los establecimientos de salud.

Esta iniciativa se basa en el principio de la atención integral y holística, que considera a la persona en su real dimensión, respeta su cultura, valora sus costumbres y toma en cuenta los ámbitos donde se desenvuelve, como son los espacios educativos, familiares y comunitarios.

Se reconocen dos condiciones para promover la Maternidad Segura a través de los derechos humanos: que la mortalidad materna evitable sea reconocida como un derecho de todas las mujeres y que los países sean capaces de reconocerla como un problema de salud pública de magnitud considerable.

El abordaje de la Mortalidad Materna por el Ministerio de Salud es a través de tres enfoques:

Desde el enfoque de los **derechos humanos**, se debe respetar el derecho de las mujeres: a la vida, a la salud, a decidir el número y el espaciamiento de los hijos, a la maternidad segura y a no ser discriminada por cuestiones de género.

Desde el enfoque de **género**, la subordinación, la invisibilidad que se le da a las acciones de la mujer en el espacio familiar es determinante, para que un proceso de alumbramiento se vuelva complicado y fatal, al igual que la demora en la toma de decisión y la solicitud tardía de atención en los establecimientos. Finalmente, desde el enfoque de la **interculturalidad**, existen barreras no sólo geográficas y económicas, sino culturales que tienen que ver con idioma, valores, el desencuentro del modelo de salud biomédico occidental, la cosmovisión de la salud y enfermedad de las poblaciones indígenas y rurales, la ética, la igualdad y la discriminación por edad, raza, condición económica, social o género que son factores a tener en cuenta para garantizar la Maternidad Segura.

3.2. Antecedentes

La Estrategia Sanitaria Nacional en su proceso de evolución en los últimos 10 años basada en la Atención Primaria en Salud, ha venido implementando diversas acciones para que todos habitante ejerzan su derecho a la salud; estrategias que fueron implementadas y mejoradas en el transcurso de los años enfocadas en el binomio vulnerable Madre-Niño; con la creación de la División Nacional Materno Infantil en 1973, cuyos primeros programas fueron “El Niño Feliz” y Planificación Familiar”, La Implementación del Seguro Nacional de Maternidad y niñez en 1996, el Seguro Básico de Salud en 1998 y el Seguro Universal Materno Infantil en el 2002 y la Ley 3250 Ampliatoria del SUMI para mujeres en edad fértil en el 2006.

Estrategias que son complementadas con otras acciones en salud como el Sistema de Referencia y Retorno donde juega un papel principal la Implementación de Redes Obstétricas en el País, implementación que tomo mayor fuerza en el 2004, el cual lamentablemente no tuvo una continuidad, principalmente por haber tenido una conformación incompleta, enfocando solo al RRHH en salud y la estructura física de los establecimientos sin tomar en cuenta a los representantes sociales y el papel importante que representa su participación por ser el eslabón principal en la primera llamada de alerta para la detección de Altos Riesgos Obstétricos a nivel local e inicio del proceso de referencia y seguimiento al retorno, como también la no participación de autoridades municipales como la instancia responsable del fortalecimiento de los

establecimientos de salud (infraestructura, equipamiento, logística de medios de transporte y comunicación), además de la falta de recursos económicos para el monitoreo del todo el procesos de implementación y seguimiento tanto del Nivel Nacional como Departamental.

La Norma Boliviana de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna de noviembre de 2003, con el propósito de promover su cumplimiento donde no ha comenzado, fortalecerla donde está débil y consolidarla en aquellos territorios donde se ha mantenido, pero esta vez en el marco global de la Vigilancia Epidemiológica y Análisis de Situación de Salud, uno de cuyos componentes es la vigilancia de la mortalidad.

Actualmente está en vigencia el D.S. 29601 crea la SAFCI como estrategia para eliminar la exclusión social sanitaria; reivindicar, fortalecer y profundizar la participación comunitaria y control social. El modelo de atención definido por la SAFCI comprende a la Red de Servicios conformada por el conjunto de establecimientos de salud de primer, segundo y tercer nivel, articulados mediante el sistema de referencia y retorno, complementado con la medicina indígena/originario/campesina y la estructura social en salud. La RM N° 1036 del 21 de noviembre de 2008, que pone en vigencia la Norma Nacional de Red Municipal SAFCI y Red de Servicios; Norma de Caracterización de los Establecimientos de Salud de 1er. Nivel y la Norma Nacional de Referencia y Retorno.

3.3. Salud Materna Como un Asunto de Equidad y Justicia Social

Las muertes maternas demuestran la inequidad social en el país. Aproximadamente el 70% de las mujeres que fallecieron tenían menos de 6 años de escolaridad o ninguno y la mitad de ellas no había cumplido 30 años.

Las mujeres indígenas, por sus condiciones de exclusión, son más vulnerables a morir por causas relacionadas a la maternidad. La brecha entre el área urbana y rural es muy grande, las mujeres en el área rural tienen cuatro veces más la probabilidades de morir por complicaciones del embarazo, parto o post parto que las mujeres que viven en las ciudades.

3.4. Respuesta Institucional

A pesar de los importantes esfuerzos desarrollados por el actual gobierno y los anteriores por mejorar la salud materna, estos son todavía insuficientes. El retraso que tiene Bolivia en relación a otros países de la región y del mundo en cuanto al cumplimiento de acciones comprometidas en foros internacionales es muy grande.

El Ministerio de Salud ha implementado estrategias para ampliar la atención de la salud de las mujeres, niños y niñas que viven en municipios con los mayores índices de pobreza, dificultad de acceso y dispersión poblacional, y que tienen una mayoritaria población indígena, originaria y campesina, donde Pando está incluido.

Sin embargo aún queda mucho por hacer para mejorar la calidad de la atención, poner en práctica el enfoque intercultural y asegurar la disponibilidad de servicios de salud a nivel urbano y principalmente rural, debilidad legítima en el departamento y Municipio en estudio, porque la respuesta de los establecimientos de salud ante este tipo de situaciones es bastante deficiente desde la estructuración y funcionamiento de la Red Obstétrica, la capacidad resolutoria de los establecimientos de salud con todos sus componentes y la participación social.

La realidad Departamental y Municipal objeto de estudio, los casos de mortalidad materna estudiadas son clasificadas como directas y las causas no biológicas están directamente relacionadas con las demoras.

Esto nos lleva a tomar en cuenta que el fortalecimiento de los cuidados obstétricos de emergencia y la atención prenatal con nuevo enfoque, iniciativas articuladas con los esfuerzos de otros actores sociales de la sociedad civil, se obtendrán logros importantes en el cumplimiento de objetivos. Es importante precisar que las intervenciones que reducen las muertes maternas, reducen también la morbilidad de las mujeres; así como la morbi-mortalidad perinatal e infantil.

En este contexto y como resultado de este documento, se elabora la siguiente propuesta de reorganización operativa y sostenible de la Red de Salud Obstétrica, que busca operativizar el sistema vigente mediante la incorporación de acciones

focalizadas que darán mayor fluidez al funcionamiento tomando en cuenta las siguientes **líneas de intervención**:

3.5. Primera Línea de Intervención: Reactivación Estructural Y Funcional De La Red Obstétrica De Salud

Para lograr la atención calificada del parto se requiere que la mujer embarazada y su bebe reciban los cuidados adecuados durante el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el periodo de post parto y neonatal a través de **proveedores que cuenten con adecuadas destrezas**. Se requiere, además de un **entorno habilitante** que incluye, además de un ambiente político y normativo que faciliten los planes y programas, la presencia de infraestructura, equipos y suministros adecuados, además de un sistema eficiente de referencia, transporte y comunicación.

Para lograr el mejoramiento sustancial del servicio de atención en salud materna y neonatal en el Municipio de Filadelfia se debe reactivar y adecuar la existente Red Obstétrica de Salud bajo el enfoque de un **conjunto articulado** de capacidades de los **servicios de salud** y de la **comunidad (instituciones y población)**, para ser integral, compuesta por una red de servicios obstétricos y neonatales, por una o más redes sociales, y por mecanismos que las vinculen.

El adecuado funcionamiento de las redes conformadas con esta visión, constituirá uno de los elementos más importantes del entorno habilitante requerido para la atención calificada del embarazo, parto, post parto y recién nacido.

La reactivación estructural y funcional de la red obstétrica de salud se realizara en dos fases:

3.5.1. Primera Fase: Complementariedad del Sistema de Salud con las Redes Sociales

- 1. Taller de reciclaje, socialización, información y sensibilización** al personal médico y paramédico de los servicios de salud, en conceptos y principios fundamentales en la operativización de la Red Obstétrica de Salud.

Con esta actividad se busca complementar acciones con las Redes Sociales y consolidar conceptos generales y **principios de las Redes Salud** que son:

- Preservar la salud de la población, otorgando atención oportuna, segura, efectiva y amigable, y canalizando las demandas de recursos para la red hacia las instancias pertinentes.
- Promover la salud de la población, mejorando la comunicación interpersonal, la educación en salud y la relación con los líderes locales.
- Elevar el desempeño de los servicios de salud mediante el trabajo en equipo y la vinculación permanente entre ellos.

Ambas redes deben entrar en contacto para beneficio de la población. Para el efecto, los vínculos entre ambas redes pueden ser: el directorio local de salud, la red de transporte y comunicación, los encuentros entre personal de salud y líderes locales, el CAI comunal y otros mecanismos de trabajo conjunto.

3.5.2. Involucramiento de los Representantes de Comunidades en el proceso:

Para lograr el involucramiento de la Comunidad en el funcionamiento del Red Obstétrica de Salud se realizará:

1. **Taller de socialización**, información a representantes de la red social (autoridades locales de salud), sobre obligaciones y/o deberes de su participación activa y continua en la operativización de la Red Obstétrica de salud.
2. **Reuniones de coordinación** para la definición de roles y compromisos sociales en el funcionamiento del Red Obstétrica de Salud.

Con el desarrollo de estas dos actividades a representantes comunitarios se busca definir y consolidar conceptos generales y **principios de las Redes Sociales** que son:

- Defender y preservar el derecho a la salud de la población, canalizando las demandas hacia las instancias sociales e institucionales pertinentes.

- Promover entre la población la demanda de atención sanitaria de calidad, canalizando las necesidades hacia el sistema de servicios de salud.
- Movilizar a sus miembros para que colaboren a las personas que necesiten atención en un servicio de salud.

3.5.3. Segunda Fase: Seguimiento, evaluación y análisis de los avances del cumplimiento de corresponsabilidades:

1.-Reuniones bimensuales de evaluación y análisis de cumplimiento de corresponsabilidades de los representantes sociales y personal de salud

Actividad con el fin de identificar debilidades, necesidades de los dos sectores para la toma de decisiones.

3.6. Segunda Línea de Intervención: Mejorar la Capacidad Resolutiva en la Atención de la Salud Materna

Existen evidencias suficientes para enfrentar la mortalidad materna y perinatal para lo cual se requiere poner en práctica intervenciones más complejas y que exigen una mejor organización. Actualmente a través del Control Pre Natal es discutido de qué podría prevenirse los riesgos de padecer complicaciones, por cuanto se ha deducido de acuerdo a las experiencias las complicaciones obstétricas ocurren en cualquier gestante y no pueden ser evitadas ni prevenidas. Como no siempre se puede predecir la presentación de complicaciones en mujeres o en recién nacidos, la alternativa para evitar y/o reducir la morbilidad y mortalidad materna y perinatal es **garantizar que las mujeres gestantes tengan acceso a los cuidados obstétricos y neonatales esenciales** de calidad.

La mejora de la capacidad resolutiva en los establecimientos de salud en el Municipio de Filadelfia, será realizada como parte de un proceso de implementación progresiva y continua el cual será realizado en 2 fases:

3.6.1. Primera Fase: Priorización de Establecimientos de Salud

Los Establecimientos a intervenir con esta estrategia inicialmente serán Centros de Salud de Referencia del Municipio que cumplen con requisitos básicos mínimos de RRHH, Infraestructura, equipamiento, medios de transporte y comunicación que en este caso son el Centro de Salud de Filadelfia y el Centro de Salud El Chive.

3.6.2. Segunda Fase: Mejorar la Oferta de Prestaciones Calificadas en los Establecimientos de Salud:

Para lograr la oferta de prestaciones de salud calificadas, los servicios de salud del Municipio de Filadelfia tienen que cumplir con los cuatro atributos básicos en la Red de Servicios:

1. **Personal de salud**, con conocimientos (saber), destrezas (saber hacer) y motivación (querer hacer).
2. **Planta física**, que otorgue comodidad, privacidad y seguridad, a pacientes, usuarios y personal de salud.
3. **Equipo clínico básico**, que facilite la realización de los procedimientos que son necesarios para el diagnóstico y el tratamiento de los problemas de salud.
4. **Suministros y medicamentos esenciales**, para la aplicación de procedimientos y la realización de tratamientos.

Estos procesos en función a los atributos deberán ser mejorados e implementados **conjunta y paralelamente en relación a tiempos de ejecución hasta el primer semestre de implementación de la propuesta.**

3.6.3. Personal de Salud (Primer Atributo)

El personal de salud, médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería, deben contar con los conocimientos, destrezas clínicas, motivación y habilidades de comunicación necesarias para atender con calidad situaciones normales, y para reconocer y actuar oportuna y apropiadamente en las complicaciones de la salud materna y neonatal, en el 1er. Nivel de atención, para el logro de este fin se deberá realizar:

- Talleres de capacitación teórica al RRHH de los establecimientos priorizados.

- Pasantías a médicos y licenciadas en el Hospital Roberto Galindo Terán

Los temas sujetos a los talleres y pasantías que deberán ser abordados son:

3.6.4. Aplicación de Estándares del Manejo de Emergencias Obstétricas

Esta estrategia permitirá administrar las primeras medidas de estabilización a gestantes y puérperas que cursen con alguna emergencia obstétrica antes de ser referidas a un establecimiento de Nivel superior y en algunos casos la resolución de la emergencia.

Las ventajas esperadas del manejo de estos estándares protocolizados serán:

- Mayor capacidad de respuesta en el manejo inmediato de las emergencias de causa obstétrica
- Estabilización rápida de la gestante o puérpera.
- Que las pacientes lleguen al establecimiento en mejores condiciones de referencia.
- Fortalecimiento del sistema de referencia.
- Mejora del trabajo en equipo.
- Mayor número de muertes maternas evitadas por una emergencia obstétrica.

3.6.5. Aplicabilidad de Manuales Bases

Se tomara en cuenta como textos de referencia y aplicación los manuales de **“Atención a La Mujer y al Recién Nacido en Puestos de salud, Centros de salud y Hospitales Básicos de apoyo”**; **“Manejo de Las Complicaciones del Embarazo y el Parto”** y **“Protocolos de Atención de la Mujer Gestante del SUMI”**.

Emergencias Obstétricas Estandarizadas

1. Manejo Inmediato de la Hemorragia Obstétrica / Shock Hipovolémico Gineco – Obstétrico.
2. Manejo inmediato de Pre eclampsia / Eclampsia.
3. Manejo Inmediato del Shock Séptico Gineco – Obstétrico.

3.6.6. Implementación de Centros de Desarrollo de Competencias (CDC) en Establecimientos de Salud Priorizados.

El Centro de Desarrollo de Competencia deberán ser implementados en los establecimiento de salud priorizados que cuentan con RRHH capacitado con mayor capacidad resolutive a nivel local (Centro de Salud de Filadelfia y Chive), los que realizaran actividades de mejora continua de capacidades básicas de acuerdo a su nivel resolutivo, dirigidas al personal de salud, asistencial y administrativo de los Puestos de Salud del Municipio.

Los temas a ser abordados en este proceso de capacitación y enseñanza de destrezas serán de acuerdo a las tareas Obstétricas y Neonatales Esenciales según a la complejidad que corresponden estos establecimientos de salud.

Cuadro N°11: TAREAS OBSTÉTRICAS Y NEONATALES³⁶

CUIDADOS OBSTETRICOS NEONATALES ESENCIALES	PUESTO DE SALUD CON CAMAS	PUESTO DE SALUD SIN CAMAS
Consulta prenatal	Si	Si
Consulta pos parto	Si	Si
Tratamiento médico neonatal	Si	Si
Parto en domicilio **	Si	Si
Parto en servicio	Si	No
Atención inmediata al recién nacido	Si	Si
Reanimación neonatal	Si	Si
Amniotomía	Si	No
Infusión de Anticonvulsivantes y sedación	Si	EE
Anticoncepción no hormonal: natural, barrera, MELA	Si	Si

3.6.7. Funciones a Cumplir por los Centros de Desarrollo de Competencias

- Ejecutar las actividades relacionadas a la mejora de competencias
- Propiciar el desarrollo de procesos de Mejora Continua de la Calidad en los establecimientos
- Desarrollar procesos de actualización de los temas de capacitación y de los protocolos de atención.

³⁶Elaborado por el Proyecto de Salud Materno Neonatal de JHPIEGO

- Gestionar y disponer recursos para el desarrollo de las actividades planificadas.
- Incorporar los procesos y metodología de educación permanente en salud.
- Desarrollar jornadas de actualización y/o pasantías para los Capacitadores.
- Organizar los procesos de capacitación del personal de los establecimientos de salud dependientes.
- Organizar los procesos de seguimiento, monitoreo y evaluación del personal capacitado.
- Evaluar semestral o anualmente las acciones realizadas y presentar el informe correspondiente.

A mediano plazo se deberá formalizar e institucionalizar los Centros de Desarrollo de Competencias como unidades funcionales de los Centros de salud, con dependencia técnica del Servicio Departamental de Salud.

3.6.8. Planta Física (Segundo Atributo)

Los establecimientos de salud priorizados deberán contar con espacios asistenciales suficientes funcionales según el nivel de atención y tipo de servicio, para otorgar cuidados obstétricos y neonatales esenciales con seguridad, privacidad y comodidad.

Para este fin los Centros de Salud de Filadelfia y el Chive deberán **contar y/o adecuar ambientes destinados a la atención materna de acuerdo a la Norma de Caracterización de Establecimientos de Salud SAFCI³⁷ del nuevo modelo de atención**, que especifica aéreas básicas de atención de acuerdo al nivel resolutivo de cada establecimiento con que cuenta el Municipio de Filadelfia:

3.6.8.1. Áreas Requeridas para en el Primer Nivel de Atención Centros de Salud

- Área de Servicios ambulatorios:
 - Consultorio Externo
- Área de Trabajo de Parto

³⁷La norma Nacional de Caracterización de Establecimientos de Salud del primer Nivel de Atención regula las características de infraestructura, organización y funcionamiento de los establecimientos del primer nivel, determinando los requisitos para su construcción.

- Sala de Parto
- Área de Atención de Parto y Recién Nacido
 - Sala de Partos
- Área de Internación:
 - Sala de Internación

Puestos de Salud

- Área de Servicios ambulatorios:
 - Consultorio Externo
- Área de Atención de Parto y Recién Nacido
 - Sala de Partos
- Área de Internación:
 - Sala de Internación

3.6.9. Equipo Clínico Básico (Tercer Atributo)

Los establecimientos de salud deberán contar con equipos e instrumental apropiados para el primer nivel de atención y tipo de servicio, accesibles para uso por el personal de salud, funcionando apropiadamente, y sometidos a limpieza constante y/o procedimientos de descontaminación efectivos, para otorgar cuidados obstétricos y neonatales esenciales de calidad.

3.6.9.1. Equipamiento Básico Requerido³⁸

Cuadro N° 12: EQUIPAMIENTO REQUERIDO ÁREA AMBULATORIA

1	Balanza de pie o de adultos (calibrada) y tallímetro.
2	Tensiómetro de mercurio, o aneroide pero calibrado
3	Fonendoscopio
4	Mesa de examen, con taburete y gradilla
5	Lámpara de iluminación directa (cuello de ganso u otra)
6	Pinard y Gestograma
7	Espéculos vaginales

³⁸ Manual de equipamiento para Centros de Salud de primer Nivel de Atención y Hospitales de Segundo Nivel de Atención "Ministerio de Salud y Deportes – UNICEF"

**Cuadro N° 13: EQUIPAMIENTO REQUERIDO ÁREA DE ATENCIÓN DE PARTO Y
RECIÉN NACIDO EN EL 1er. NIVEL DE ATENCIÓN**

1	Mesa de partos que permita a la mujer permanecer semisentada y que no le aprisione los muslos.
2	Gradilla y taburete
3	Lámpara de iluminación directa (cuello de ganso u otra)
4	Tensiómetro
5	Estetoscopio
6	Pinard
7	Caja de partos (Pinzas anatómicas, de ratón, tijeras de disección, porta agujas, espéculos vaginales, pinzas aro, valva vaginal, pinzas porta esponja).
8	Mesa o superficie para atender al recién nacido (luego de que reciba las primeras atenciones junto a su madre)
9	Balón de oxígeno
10	Máscara facial
11	Bolsa de ventilación neonatal con reservorio de oxígeno

Área de Internación:

- Camas de hospitalización
- Porta sueros
- Balón de oxígeno

3.6.9.2. Suministros y Medicamentos Esenciales (Cuarto Atributo)

Los establecimientos de salud deberán contar con medicamentos y otros suministros esenciales, apropiados según nivel de atención y tipo de servicio, disponibles en cantidad suficiente y fácilmente accesibles para la resolución inicial o total de situaciones normales y complicaciones.

Medicamentos y suministros médicos preferentemente organizados por “paquetes de atención” (por ejemplo: pre eclampsia / eclampsia, shock Hipovolémico, Sepsis neonatal).

Cuadro N° 14: MEDICAMENTOS Y SUMINISTROS REQUERIDOS 1ER. NIVEL DE ATENCIÓN³⁹

Tipo de Servicio	MEDICAMENTOS	SUMINISTROS
Centro de Salud con Camas	• Sulfato de magnesio (ampollas al 10%, 20% ó 50%) • Diazepan, ampollas de 5 ó 10 mg (si no hay sulfato de magnesio) • Alfametildopa, comprimidos de 500 mg • Hidralazina en ampollas • Nifedipino sublingual • Gluconato de calcio, ampollas al 10% • Ringer Lactato, frascos de 1000 cc • Solución salina, frascos de 1000 cc • Solución anestésica de Lidocaína al 2%, sin epinefrina; • Ergometrina en ampollas • Oxitocina, 2 ampollas de 5 UI por parto • Betametazona 4 mg. ampollas • Amoxicilina 1 gr. Ampollas / Comp. • Ampicilina 1gr. ampollas • Gentamicina 80 mg. ampollas • Indometacina 100 mg. • Vitamina "A" 200.000 UI • Vitamina "K" ampollas	• Paquetes para atención de parto (mandil, sabanillas, piñeras, dos pañales para recibir al bebé, almohadillas perineales, compresas, gasas y guantes estériles) • Solución antiséptica tibia y algodón • Compresas, gasas y guantes estériles adicionales • Oxígeno • Ácido acético al 2% • Jeringas desechables y agujas hipodérmicas (5-10-20cc) • Bránula No.19 • Equipos de infusión • Guantes quirúrgicos • Sonda Fowley • Catgut cromado 00 con aguja curva (ambos para un eventual. • Balde con solución de hipoclorito de sodio al 0.5 % para guantes e instrumental utilizados.

³⁹Recopilación y adecuación por el Programa de Salud Sexual y Reproductiva SEDES – Pando - Proyecto Salud Materno Neonatal, JHPIEGO-Bolivia.

Puestos de salud	• Alfametildopa, comprimidos de 500 mg • Nifedipino sublingual • Sulfato de magnesio (ampollas al 10%, 20% ó 50%) • Gluconato de calcio, ampollas al 10% • Ringer Lactato, frascos de 1000 cc • Solución salina, frascos de 1000 cc • Ergometrina en ampollas • Oxitocina, 5 UI ampollas • Amoxicilina 1 gr. Comp. • Ampicilina 1gr. Comp. • Indometacina 100 mg. • Vitamina "A" 200.000 UI • Vitamina "K" amp. • Paracetamol 500 mg. tab.	• Paquetes para atención de parto (mandil, sabanillas, piñeras, dos pañales para recibir al bebé, almohadillas perineales, compresas, gasas y guantes estériles) • Solución antiséptica tibia y algodón • Compresas, gasas y guantes estériles adicionales • Jeringas desechables y agujas hipodérmicas (5-10-20cc) • Equipos de infusión • Guantes quirúrgicos • Balde con solución de hipoclorito de sodio al 0.5 % para guantes e instrumental utilizados.
------------------	---	---

3.7 Tercera Línea De Intervención: Mejorar la Accesibilidad para la Atención de la Mujer durante la Gestación, Parto y Puerperio

Una de las grandes falencias del funcionamiento de la Red Obstétrica de Salud es la accesibilidad a los establecimientos y la capacidad de respuesta oportuna, estos elementos están condicionados a factores geográficos y accesibilidad estacional que generalmente no son controlables por la Red de Salud, la población en su mayoría es dispersa y la posibilidad de que las gestantes puedan acudir a un establecimiento de salud a realizar controles periódicos y más aun a recibir un tratamiento de emergencia es mínima en términos de eficiencia y oportunidad. Con la finalidad de reducir esta dependencia a factores externos no controlables se plantea la implementación del mapeo y el uso del radar de gestantes en la Red de Salud del Municipio de Filadelfia, estrategia que se deberá realizar en dos fases:

3.7.1 Primera Fase: Implementación del Mapeo y Radar de Gestantes y Puérperas.

El **Mapeo de Gestantes y Puérperas** es más que la representación gráfica de la ubicación de los servicios de salud en el territorio local. En realidad, constituye una imagen condensada de la red de servicios, que muestra, por un lado, la capacidad

resolutiva de cada uno (visión individual), y por el otro la manera en que están relacionados entre sí para atender más y mejor a la población (visión colectiva o de red), tanto en situaciones normales como durante las emergencias.

Los datos contenidos en el mapa deben proporcionar la siguiente información relativa a cada establecimiento integrante de la red de servicios, en relación con los Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales:

El Radar de Gestantes y Puérperas es una herramienta dinámica que permite la ubicación y seguimiento de las gestantes y puérperas. Su uso apropiado y responsable, lo convierte en un valioso aliado en la reducción de muerte materna, ya que contribuye a operativizar con un enfoque preventivo la toma de decisiones y actividades orientadas a la salud de la gestante, puérpera y recién nacido.

La aplicabilidad de estos instrumentos de seguimiento de gestantes y puérperas propuesto debe ser necesariamente en forma conjunta y adaptarse a los requerimientos y necesidades de los establecimientos de salud de acuerdo a sus diferentes niveles de complejidad.

El seguimiento de gestantes y puérperas debe ser una responsabilidad asumida por todo el personal de salud y liderada por los jefes de establecimientos. Por lo tanto, es necesario organizar el trabajo y asignar responsabilidades individuales sobre determinadas áreas geográficas, sectorizando comunidades de acuerdo a áreas de influencia de los diferentes establecimientos de salud.

El radar de gestantes y puérperas deberá cumplir con las siguientes características:

- Contar con un registro gráfico.
- Brindar información actual y permanente.
- Ser de fácil manejo y accesible al personal involucrado en el que hacer de la vigilancia o seguimiento de las gestantes.
- Ser proactivo, dado que es el punto de partida de una serie de mecanismos, acciones y estrategias para afrontar los riesgos inminentes con los mejores recursos disponibles en el establecimiento y en la red.

Para la identificación en el mapa y/o radar de la gestante, puérpera y recién nacido se propone la siguiente tipificación:

- Gestante captada
- Gestante en el tercer trimestre
- Gestantes con factores de riesgo.
- Puérpera/ recién nacido

Conforme avanza el proceso de la gestación la condición que tipifica a la gestante va cambiando, de allí la importancia de que esta información sea actualizada continuamente.

Esta tipificación permite desarrollar acciones educativo comunicacionales a la pareja y al entorno familiar cercano a la gestante.

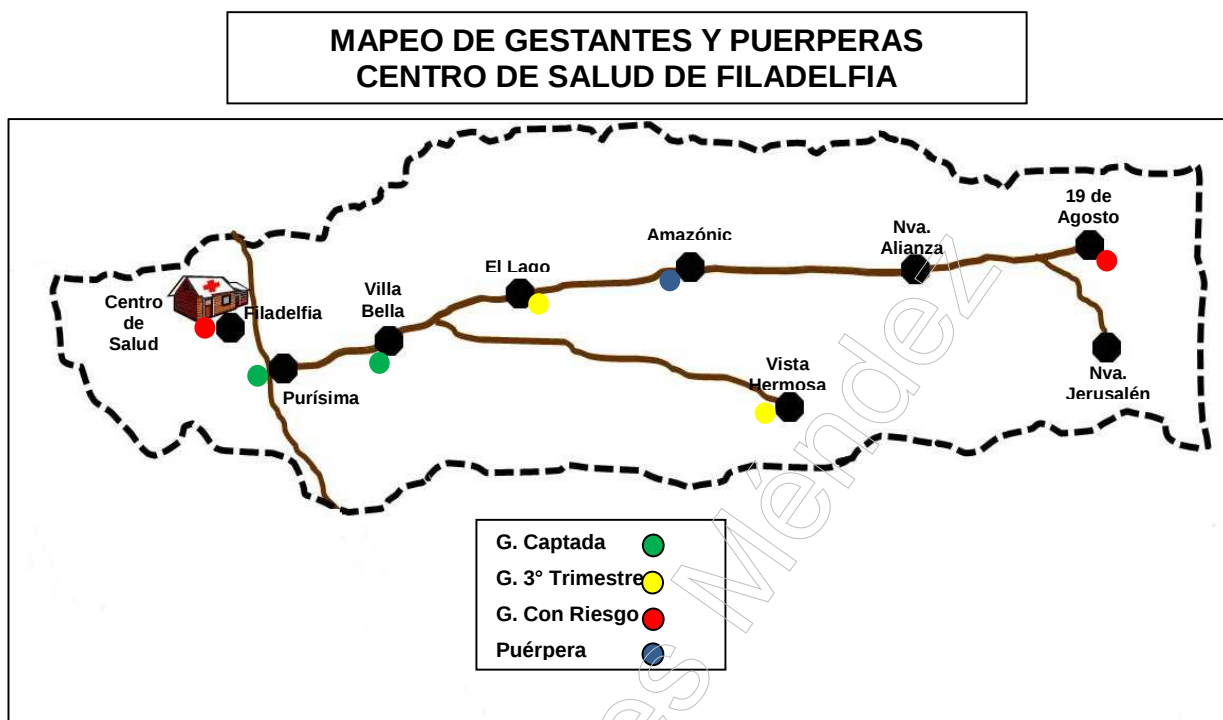
3.7.1.1 Mapeo

Este registro se construye sobre un plano de la ubicación de la jurisdicción asignada al establecimiento de las viviendas de las familias o gestantes. Permite visualizar la ubicación precisa del lugar de residencia de la gestante o puérpera en relación al espacio geográfico.

Se debe utilizar un símbolo, color o figura definidos regional o localmente para identificar y ubicar a cada gestante y puérpera de la comunidad según tipificación (gestante captada, gestante del tercer trimestre, gestante con factores de riesgo, puérperas).

Finalmente, en el recuadro de la leyenda se indicará el símbolo-color o figura que corresponde al número total de gestantes de cada tipo.

Figura N° 2



Fuente Propia

3.7.1.2 Radar

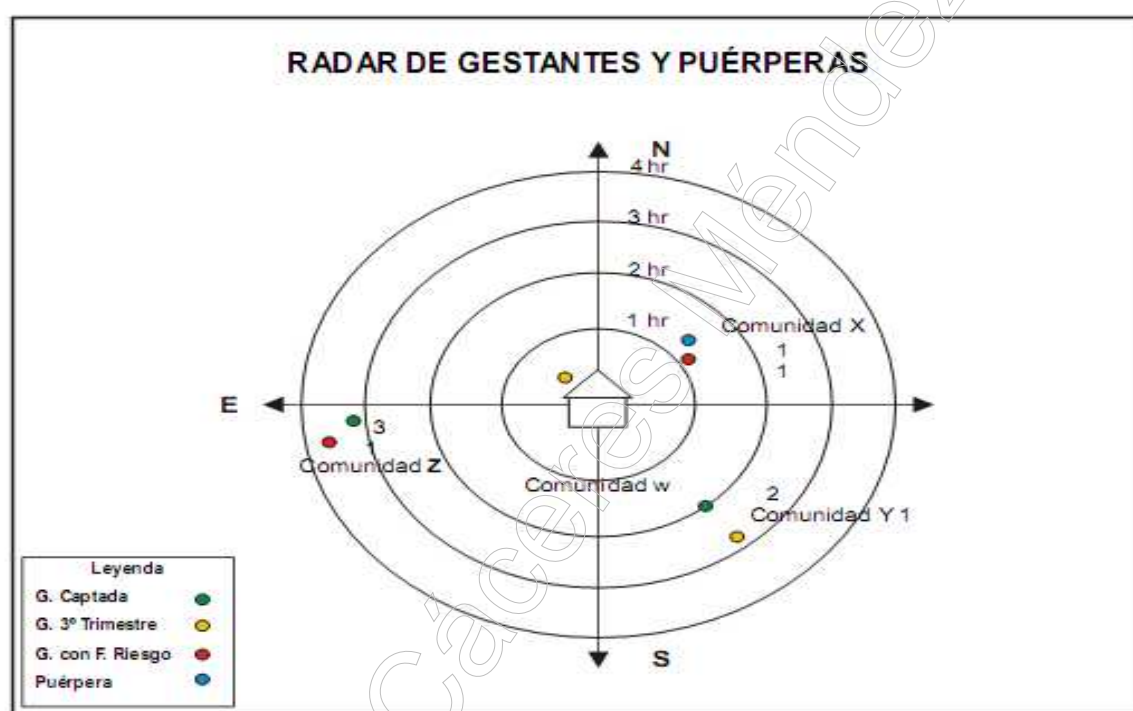
Es un registro gráfico que se construye sobre un cuadro de abscisas y ordenadas, que representan los cuatro puntos cardinales, sobre el cual se describen círculos concéntricos que corresponden a distancias horarias del punto medio, que representa al establecimiento de salud.

Se debe utilizar un símbolo, color o figura definidos regional o localmente para identificar y ubicar a cada gestante y puérpera de la comunidad según su condición.

En el recuadro de la leyenda se indicará el símbolo-color o figura que corresponde al número total de gestantes captadas, gestantes del tercer trimestre, gestantes con factores de riesgo y puérpera. Este instrumento tiene una mayor utilidad en zonas rurales, para la ubicación de las gestantes y puérperas en poblaciones distantes del establecimiento de salud.

Para el caso de un establecimiento de salud sin jurisdicción poblacional, se puede usar este tipo de gráfico ubicando los establecimientos que se relacionan directamente con él y la comunidad que cubren la población que accede a éste de manera directa.

Figura N° 3: RADAR DE GESTANTES Y PUÉRPERAS



Fuente propia

Para el seguimiento, se ubica el número total de gestantes (según tipificación) que son atendidas según el lugar de residencia que corresponde a cada establecimiento de salud.

El cuadro mensual de partos esperados constituye un anexo del registro gráfico (mapeo o radar). Allí se registran semanalmente las gestantes cuyos partos están previstos en el mes.

El radar es dinámico y funcional cuando es utilizado conjuntamente con el **carnet perinatal** o cuaderno de seguimiento de modo que favorezcan el uso de la

información en la toma de decisiones en el establecimiento de salud con jurisdicción poblacional asignada o sin ella.

Esta dinámica en relación con la salud materna propone dos mecanismos: **el seguimiento de gestantes, partos esperados, puérperas y el seguimiento a través del sistema de referencia y retorno.**

3.7.1.3 Mejorar la Red de Transporte y Comunicación

El objetivo principal es garantizar la disponibilidad de medios de transporte y comunicación para facilitar el traslado de pacientes o del personal de salud en acciones de seguimiento, prevención y resolución de algunas complicaciones con el fin de acelerar y mejorar la atención de pacientes que presenten emergencias médicas y su atención oportuna en establecimientos de salud apropiados y/o en el lugar donde viven.

Se deberá estructurar esta red de transporte y comunicación como un conjunto articulado de unidades de transporte y de comunicación, conformada para propósitos de salud en general (emergencias médicas de todo tipo), pero a partir de una **prioridad** de salud establecida en la política nacional: **las emergencias que provocan mortalidad materna y de niños recién nacidos.**

Las unidades de transporte y de comunicación a tomar en cuenta serán: las del sistema de servicios de salud “equipadas adecuadamente para la atención de emergencias”, organizaciones no gubernamentales, alcaldía, otras instituciones civiles y de personas particulares.

Quiénes deberán componer la red:

- Unidades de transporte de salud, municipal, sindicatos, particulares y otras instituciones establecidas en el Municipio.
- Unidades de comunicación de salud, comunales, particulares y otras instituciones establecidas en el municipio.

Esto deberá estar respaldado con la firma de acuerdos y/o convenios donde intervendrán autoridades Municipales, sociales y personal de salud.

3.7.1.4 Funciones principales a cumplir por las unidades de transporte:

- Servir de medio para transportar pacientes e inicio de tratamiento y soporte a la emergencia durante el traslado (en caso de ambulancias equipadas).
- Servir de medio para transportar pacientes y sus acompañantes.
- Servir de medio para transportar personal de salud para propósitos de atención y seguimiento.
- Servir de medio para transportar suministros médicos y equipo clínico.

3.7.1.5 Funciones principales a cumplir por las unidades de comunicación:

- Servir de medio para transferir mensajes sobre emergencias médicas
- Servir de medio para intercambiar información sobre emergencias médicas (envío de pacientes, de personal de salud y/o de suministros y equipo médico, orientación en el manejo clínico).

Para el cumplimiento de estas funciones se deberá realizar convenios y/o compromisos con las partes involucradas.

Se propone como instancia fiscalizadora de la red estructurada a un conjunto que estará integrada por un número apropiado de personas de la localidad, salud y municipio, cuya misión será la defensa del derecho de las y los pobladores a un transporte seguro y oportuno, gratuito o de muy bajo costo, en situaciones de emergencia médica.

Estas personas pueden ser miembros de los servicios de salud, de la alcaldía, pero también personas particulares cuyas movilidades y/o medios de comunicación sean puestos al servicio de la red.

3.7.1.6 Funcionamiento de la Red de Transporte y Comunicación

La red de transporte y comunicación deberá estar disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, de forma obligatoria las del sector público y el municipio y las otras instancias de acuerdo a requerimiento.

Se contará con una lista de vehículos, medios de comunicación, propietarios y lugar de ubicación, la misma que deberá ser difundida ampliamente y por todos los medios posibles. Cada establecimiento de salud, alcaldía, club de madres y otras instancias comunitarias, deberán contar con una copia de la misma en lugar visible.

Es posible que los recursos de comunicación sean más numerosos y de más amplia cobertura que los de transporte. Esto ayuda, porque si un vehículo no está disponible en el lugar preciso, una alerta de comunicación puede determinar la movilización de un vehículo que está en otro sitio hacia el lugar donde se lo necesita, tanto para transportar un o una paciente, como para llevar personal de salud o suministros médicos hasta el sitio de la emergencia.

La red tendrá una cabecera, ubicada preferentemente en el establecimiento cabecera de área por su nivel de resolución que en este caso será el Centro de Salud de Filadelfia, independientemente cada establecimiento de salud que cuenta con transporte de dos ruedas deberán estar disponibles las 24 horas del día con la función principal de realizar actividades de seguimiento y atención domiciliaria de emergencia hasta la llegada de una unidad de transporte adecuada para realizar el traslado si así amerita la situación.

3.7.1.7 Financiamiento de la Red de Medios de Transporte

El SUMI (Seguro Universal materno Infantil), respalda económicamente la referencia de emergencias en casos de: pre eclampsia severa, eclampsia, hemorragias obstétricas de la primera y segunda mitad del embarazo, complicaciones producidas en el trabajo de parto (parto obstruido, por ejemplo), Sepsis obstétrica y asfixia neonatal, que cuenta con tarifas preestablecidas por los establecimientos de salud y el Municipio

Los montos acordados también pueden ser utilizados para cubrir los gastos de gasolina de las instituciones que no son de salud y personas particulares que ofrecen sus movilizaciones en un acto de buena voluntad. Las condiciones de participación en la red de este tipo de instituciones y personas tienen que ser establecidas mediante convenios y/o compromisos.

La comunidad y el sector de salud deberán negociar con el municipio la disponibilidad de un fondo **adicional** para transporte de emergencias obstétricas las cuales deberán ser consideradas y priorizadas en el momento de la elaboración del Plan Operativo Anual.

El techo de ese fondo puede ser calculado de la siguiente manera:

$$\text{FOAT} = (\text{NE}) (0,15) (\text{TE})^{40}$$

3.7.2 Segunda Fase: Evaluación de la implementación:

La evaluación de la implementación del Mapeo y Radar de Gestantes y Puérperas y el funcionamiento de la Red de Transporte y Comunicación se realizara conforme al avance del desarrollo de la misma con inicio en los establecimientos de salud priorizados (C.S. Filadelfia y El Chive).

3.8. Cuarta Línea De Intervención: Inclusión del Sector Social como aliado para la Maternidad Saludable y Segura a nivel local

3.8.1. Participación Social

Se debe reconocer que el trabajo coordinado con la Comunidad organizada contribuye a la sostenibilidad y al éxito de las estrategias de lucha contra la Mortalidad Materna. Su participación activa incidirá directamente a eliminar la **1ra.**

⁴⁰FOAT = Fondo adicional de transporte

NE = Número esperado de embarazos en el año

0,15 = Porcentaje esperado de emergencias obstétricas graves

TE = Tarifa establecida del SUMI por traslado de emergencias (cifra referencial)

Demora (tomar la decisión de buscar ayuda) y minimizar la **2da. Demora** (llegando a la instalación de tratamiento), para lograr este fin se deberá realizar acciones como:

3.8.1.1. Procesos de Capacitación, Educación y Orientación

Para lograr participación social eficaz para el funcionamiento de la red obstétrica de salud se deberá priorizar los siguientes grupos de personas que son los nexos principales para la prevención e inicio de los procesos de resolución de los Altos Riesgos Obstétricos:

- Familia
- Representantes comunitarios
- Parteras

Para este fin se deberá realizar actividades de educación y concientización en temas de Riesgos Obstétricos:

Cuadro N° 15: TEMAS DE CAPACITACION Y EDUCACION A GRUPOS SOCIALES

TEMA	GRUPO SOCIAL			RESULTADO	FIN
	FAMILIA	AUTORIDADES COMUNALES	PARTERAS		
Patologías de Alto Riesgo Obstétrico	X	X	X	Grupo social con conocimientos de cuáles son las patologías que determinan riesgo obstétrico	ELIMINAR LA 1ra. Demora Y minimizar la 2da. DEMORA
Señales de Alarma de Riesgo Obstétrico	X	X	X	Usuarías, familia y comunidad reconocen señales de complicaciones del embarazo, parto y Puerperio	
Medidas preventivas para evitar Riesgo Obstétrico	X	X	X	Usuarías y familia realizando medidas preventivas para minimizar y evitar el riesgo obstétrico	
Conductas a seguir ante un Riesgo Obstétrico	X	X	X	Usuarías, familia y comunidad saben cuándo buscar ayuda	
Atención de parto			X	Parteras con conocimientos de atención de parto limpio	

Fuente propia

Los establecimientos de salud serán los responsables de realizar estas actividades y de acuerdo a su área de influencia elaboraran cronograma mensual y/o trimestral de capacitaciones en comunidad.

A su vez también serán los responsables de realizar la orientación respectiva en estos temas a toda mujer gestante que acude a un control.

3.8.2. Participación del Gobierno Municipal:

El Gobierno Municipal de acuerdo a la Ley de Participación Popular es el directo responsable de velar por la salud de su Municipio.

El apoyo financiero de los gobiernos municipales al sector salud se constituye en el puntal más importante para poder lograr este objetivo, por ser el ente principal a nivel local de otorgar la sostenibilidad financiera establecida por Ley, de todas las actividades que se consideran para el funcionamiento de la red obstétrica.

Para logara este fin el RRHH de salud Medico Jefe de Área con el apoyo técnico de la Coordinación de RED 01 y SEDES, deberá realizar las siguientes actividades:

- 1. Reuniones de gestión, coordinación y sensibilización ante el DILOS municipal con firma de compromisos en forma mensual.**
- 2. Reuniones de evaluación de cumplimiento de compromisos y/o tareas en forma continua.**

Con estas actividades se busca que el Gobierno municipal de Filadelfia asuma la responsabilidad de garantizar el fortalecimiento de:

- Infraestructura.
- Equipamiento básico clínico además de mobiliario sanitario y no sanitario, equipos fijos y móviles.
- Funcionamiento y sostenibilidad de los medios de transporte de los establecimientos de salud.
- Mantenimiento y dotación de radios de comunicación.

- En casos excepcionales y de acuerdo a posibilidad la contratación de recursos humanos de salud.
- Dotación de Insumos, Medicamentos para la atención de pacientes por intermedio del Seguro Universal Materno infantil (fondos administrados por el municipio).
- Financiamiento de los procesos de capacitación a través de brigadas móviles de salud que realizan proyección comunitaria.

Se debe considerar también la obligatoriedad de realizar gestión del Gobierno Municipal ante la cooperación externa en busca de financiamiento en cuanto se refiere a equipamiento y en algunos casos infraestructura, ya que los gobiernos municipales no cuentan con el recurso económico suficiente para este fin.

CAPITULO IV: Conclusiones y Recomendaciones

4.1. Conclusiones

La situación actual del Sistema de Salud en el Municipio de Filadelfia presenta falencias en cobertura a la mujer gestante, mínima capacidad resolutive atribuible a infraestructura, equipamiento, capacidad técnica y operativa del recurso humano de salud; la falta de involucramiento de las Redes Sociales, falta de disponibilidad de los medios de transporte y comunicación que hacen que el sistema de referencia y retorno no sea eficiente y finalmente factores de accesibilidad a los establecimientos de salud hacen que en este Municipio la probabilidad de que ocurra un hecho fatal sea alto, poniendo en riesgo latente la ocurrencia de Mortalidad Materna.

Bajo este contexto la Propuesta de Reorganización de la Red de Salud Obstétrica en el Municipio de Filadelfia nos permitirá reducir la ocurrencia de una mortalidad materna, garantizando a todas las mujeres una gestación segura con atención oportuna de calidad y eficiente por los establecimientos de salud conjuntamente la sociedad civil como aliado y el compromiso institucional del personal de salud para el cumplimiento del objetivo principal de garantizar una maternidad segura a las beneficiarias.

La implementación de las propuestas generará impacto social destinado a reducir las deficiencias operativas y estructurales en el sistema de salud por intermedio de una implementación adecuada y sostenible que conllevara a brindar una maternidad segura.

4.2. Recomendaciones

Una vez avalado este documento y presentada la propuesta de su implementación, seguimiento y evaluación deberá requerir un compromiso de las autoridades municipales, sociedad civil organizada, apoyo técnico del recurso humano en salud y asesoramiento del Servicio Departamental Salud los cuales en forma coordinada deberán ser parte activa en su organización, ejecución y continuidad.

Estas iniciativas con propuestas de soluciones que a la larga se pueden concretar en soluciones definitivas deberían ser incentivadas en otros municipios del departamento para lograr una reactivación global de la Red Obstétrica Departamental.

Daniel Cáceres Méndez

CAPITULO V

BIBLIOGRAFIA

Libros

- BARRAGAN Rossana y otros. **Formulación de proyectos de investigación**. 2º Ed. Serie Formación. PIEB. La Paz 2001
- BOLIVIA, Ministerio de Salud **Protocolos SUMI 2005**. Tercera Edición, La Paz – Bolivia, Unidad Nacional de gestión del SUMI MSD, 2006.
- BOLIVIA, Ministerio de Salud. **Atención a la Mujer y Recién Nacido en Puestos de Salud, Centros de Salud y Hospitales Básicos de Apoyo NB-MSD**. Segunda Edición. V&M La Paz, Dirección de Servicios de Salud - MSD. 2000.
- BOLIVIA, Ministerio de Salud. **Atención obstétrica y complicaciones del embarazo en beneficiarias del SUMI 2005**. Primera Edición, La Paz – Bolivia, IISD- UMSA y USSC- MSD, 2008. Serie: Documento Técnico de Investigación N°4.
- BOLIVIA, Ministerio de Salud. **Evaluación de la disponibilidad, acceso y uso de los cuidados Obstétricos de Emergencia (COEm) en los establecimientos cabecera de red del sector público de salud**. Primera Edición. La Paz, UNFPA. 2006.
- BOLIVIA, Ministerio de Salud. **Implementación del Modelo de Gestión, Redes de Salud, DILOS, SUMI y SNUS**, Modulo de Inducción. Primera Edición. Creativa La Paz, UE - PROHISABA. 2004.
- BOLIVIA, Ministerio de Salud. **Norma de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna**. Tercera Edición. La Paz, nb-msps. 2003
- BOLIVIA, Ministerio de Salud. **Norma Nacional de Caracterización de**

- Establecimientos de Salud de Primer Nivel** Primera Edición, La Paz – Bolivia, ABBASE LTDA-ACECID - PENUD, 2008. Serie: Documentos Técnico - Normativos N°103.
- BOLIVIA, Ministerio de Salud. **Norma Nacional de Referencia y Retorno** Primera Edición, La Paz – Bolivia, ABBASE LTDA – ACECID - PENUD, 2008. Serie: Documentos Técnico - Normativos N°104.
- BOLIVIA, Ministerio de Salud. **Norma Nacional- Red Municipal de Salud Familiar Comunitaria Intercultural –Red Municipal SAFCI y Red de Servicios.** Primera Edición, La Paz – Bolivia, ABBASE LTDA-ACECID - PENUD, 2008. Serie: Documentos Técnico - Normativos N°97.
- BOLIVIA, Ministerio de Salud. **Norma Nacional Red Municipal SAFCI y Red de Servicios.** MSD LP – 2008
- BOLIVIA, Ministerio de Salud. **Sistema Nacional de Información en Salud y Vigilancia Epidemiológica SNIS-VE,** GUIA GENERAL; INDICADORES DE GESTION EN SALUD. Primera Edición. La Paz, SNIS-MSD. 2008
- BOLIVIA, Ministerio de Salud. **Vigilancia Epidemiológica De La Mortalidad Materna.** Tercera Edición. La Paz, NB-MSPS. 2003.
- EE.UU. ENGENDERHEALTH. **Mejoramiento de la calidad para atención obstétrica de emergencias.** Manual de Liderazgo. Primera Edición. EE.UU, AID – COPE – AMD. 2005.
- MEXICO, Secretaria de Salud **Urgencias Obstétricas en Unidades de Primer Nivel.** Primera Edición. Chapultepec, DGSR – ISBN. 2001.
- MEXICO, Secretaria de Salud. **Prevención, Diagnóstico Y Manejo De La Pre eclampsia/Eclampsia.** Cuarta Edición. Chapultepec, DGSR – ISBN. 2007.
- MEXICO, Secretaria de Salud. **Prevención, Diagnóstico y Manejo de la**

Hemorragia Obstétrica. Primera Edición.
Chapultepec, DGSR – ISBN. 2002.

Organización Mundial de la Salud **Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto IMPAC: Guía para obstetras y médicos.**
Segunda Edición. EE.UU, Organización Panamericana de la Salud. 2002.

YAPU Mario y otros. **Pautas metodológicas para la investigación Cualitativas y Cuantitativas en Ciencias Sociales y Humanas.** U-PIEB. Serie: Metodológicas. La Paz. 2006.

Documentos Electrónicos

Sistema Nacional de Información en Salud - Ministerio de Salud y Deportes Acceso en: febrero 2008. disponible en: <http://www.sns.gob.bo/index.php?ID=Normativas>

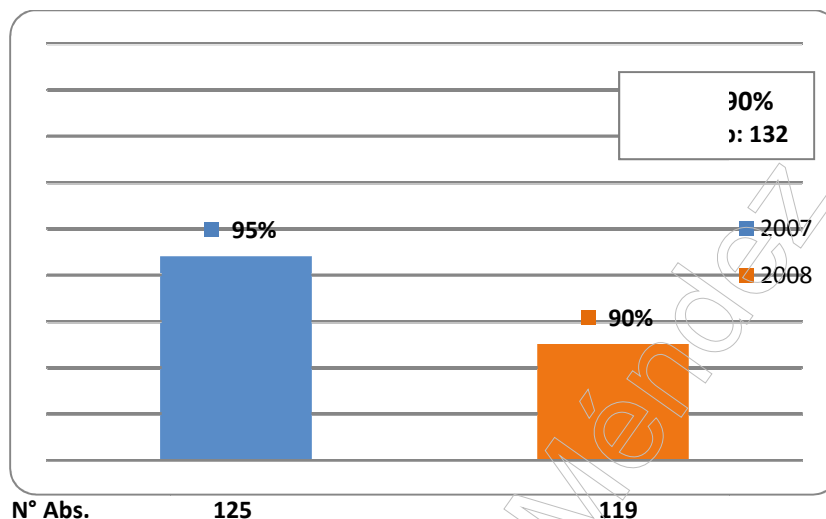
Redes y Sistemas de Salud en Bolivia: Acceso: 18 noviembre 2010. disponible en
<http://bolivia.nutrinet.org/asociaciones-y-redes/redes/55-sobre-sistemas-y-redes-de-salud-en-bolivia>

Redes en salud; un nuevo paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad: Acceso 12 diciembre 2009 disponible en: <http://www.ilazarte.com.ar/mt-static/blog/archives/Mario%20Rovere%20-%20libro%20%20Redes%20en%20Salud.pdf>

ANEXOS

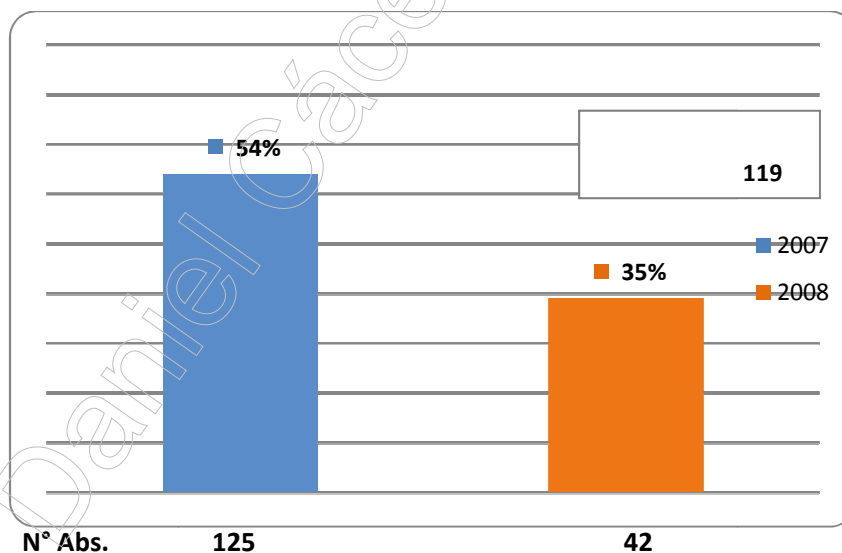
Daniel Cáceres Méndez

Anexo N° 1:
COBERTURA DE CONTROLES PRENATALES NUEVOS
COMPARATIVO - 2007 / 2008



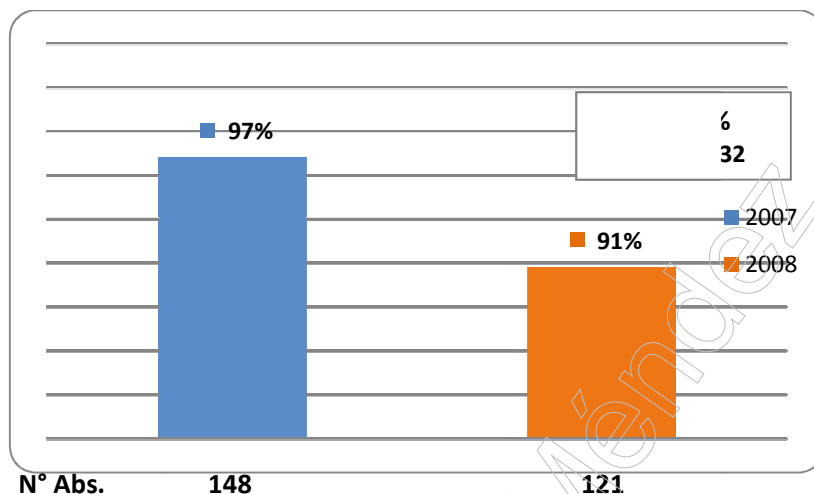
Para la gestión 2008 de cada 100 mujeres embarazadas 90 realizan el primer control prenatal en relación a la gestión 2007 que de 100 embarazadas 95 acudieron a su primer control prenatal. **Anexo N° 2**

COBETURA DE CUARTO CONTROL PRENATAL
COMPARATIVO - 2007 / 2008



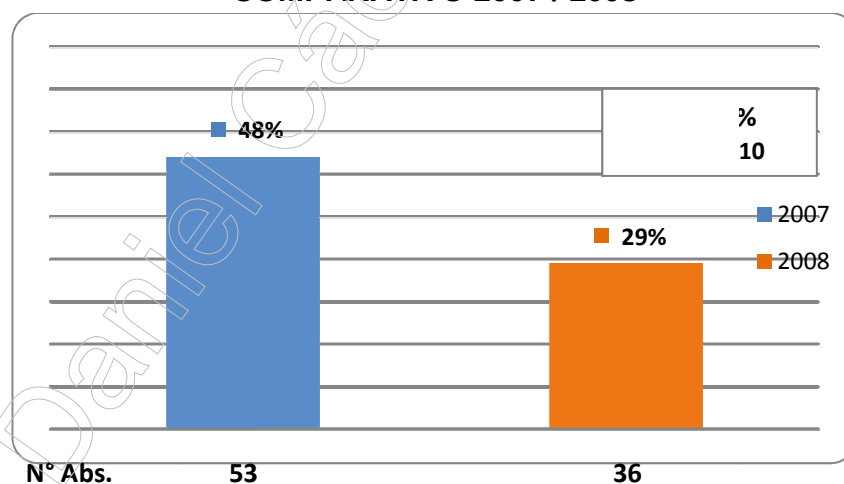
De cada 100 embarazadas que realizaron su primer control prenatal solo 35 embarazadas llegaron a realizar su 4to control prenatal, en relación a la gestión 2007 que de cada 100 embarazadas con su primer control prenatal 54 realizaron su 4to. Control prenatal.

Anexo N° 3:
COBERTURA DE ADMINISTRACION DE SULAFATO FERROSO
EN EMBARAZADAS COMPARATIVO – 2007 / 2008



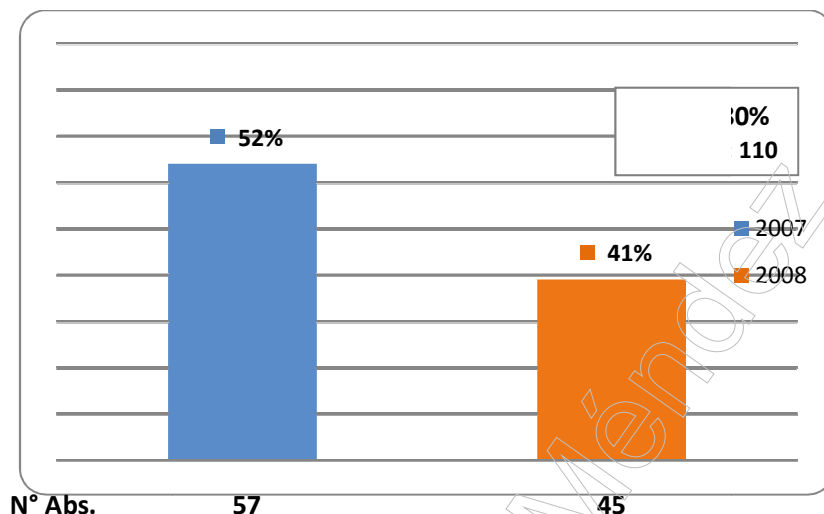
Durante la gestión 2008, de cada 100 mujeres embarazadas que realizan controles prenatales solo 91 embarazadas reciben las 90 tabletas de sulfato ferroso en relación a la gestión 2007 que de cada 100 embarazadas solo 97 reciben las 90 tabletas de sulfato ferroso.

Anexo N° 4
COBERTURA DE PARTO INSTITUCIONAL
COMPARATIVO 2007 / 2008



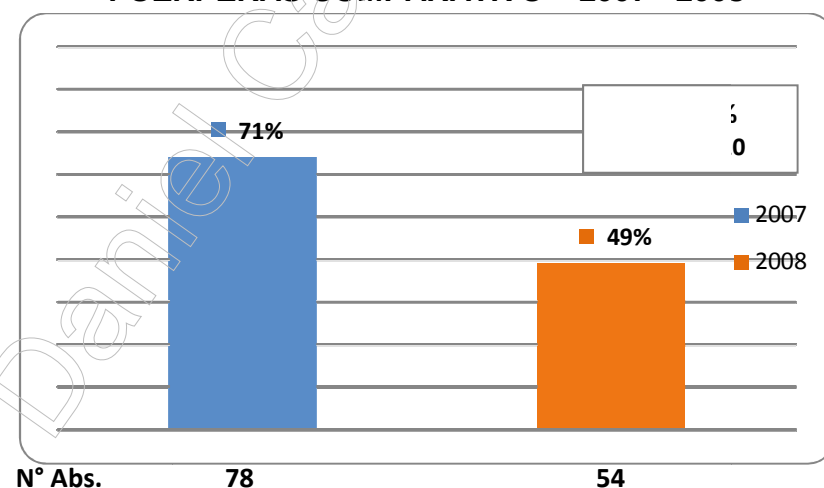
Durante la gestión 2008 de cada 100 mujeres embarazadas solo 29 realizaron su parto institucional en relación a la gestión 2007 que de cada 100 solo 48 realizaron parto institucional.

Anexo N°5
COBERTURA DE PRIMER CONTROL POS PARTO
COMPARATIVO- 2007 –2008



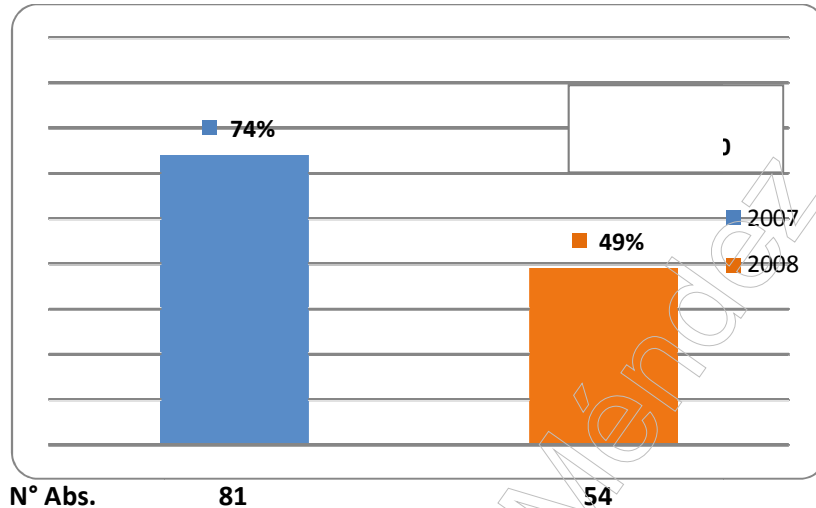
El gráfico demuestra que en la gestión 2008 de cada 100 partos solo 41 mujeres realizaron su 1er control postparto en relación a la gestión 2007 que de cada 100 partos 52 mujeres realizaron su 1er control postparto.

Anexo N° 6
COBERTURA DE ADMINISTRACION DE VITAMINA “A” EN
PUERPERAS COMPARATIVO – 2007 - 2008



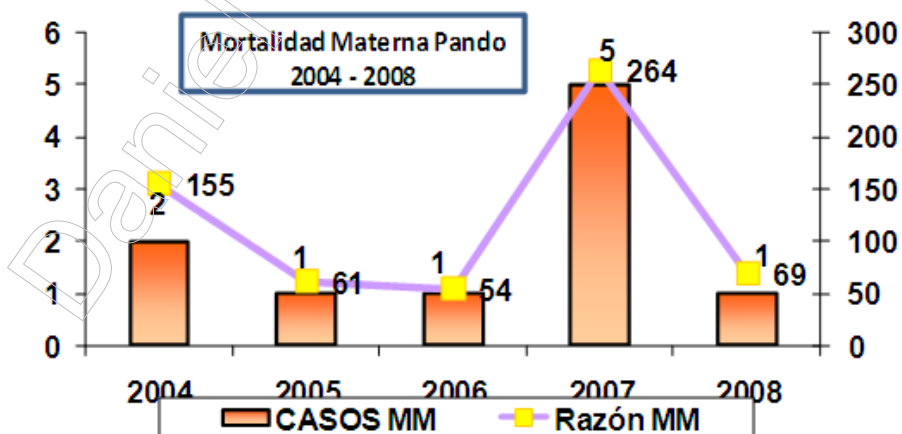
Este grafico demuestra que en la gestión 2008 de cada 100 partos solo 49 mujeres reciben su vitamina “A” en el postparto en relación a la gestión 2007 que de cada 100 partos 71 mujeres recibieron su vitamina “A” postparto.

Anexo N° 7
COBERTURA DE ADMINISTRACION DE SULFATO FERROSO
EN PUERPERAS COMPARATIVO – 2007 - 2008

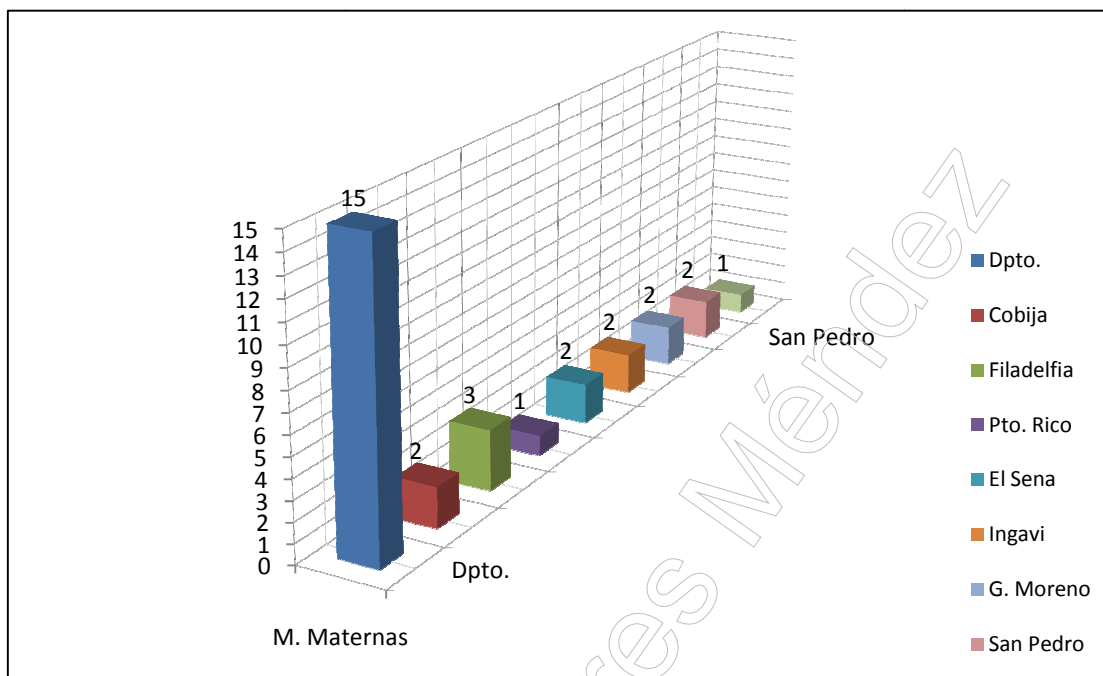


En la gestión 2008 de cada 100 partos solo 49 mujeres reciben noventa tabletas de sulfato ferroso en el postparto en relación a la gestión 2007 que de cada 100 partos 74 mujeres recibieron 90 tabletas de sulfato ferroso en el postparto.

Anexo N° 8
RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA EN PANDO



Anexo N° 9
MUERTES MATERNAS REPORTADAS DPTO. PANDO
GESTION 2001 A 2009



Anexo N° 10
ESTUDIO DE CASO N° 1

Paciente de 15 años de edad, estado civil soltera, primer embarazo, procedente de la comunidad de San Antonio, lugar de fallecimiento Hospital Roberto Galindo Terán (Cobija), Fecha de fallecimiento el 06/05/2004.

INFORME DE CONCLUSIONES DEL COMITÉ LOCAL

CAUSAS BIOLÓGICAS	CAUSAS NO BIOLÓGICAS	CLASIFICACIÓN	DEMORAS	RECOMENDACIONES
-Shock Hipovolémico (directa) -Ruptura Uterina (asociada) -Hemorragia (básica)	-Falta de recursos económicos por parte de la familia -Mal estado de caminos -Falta de medios de Transporte. -Falta de medicamentos en el P.S.	Muerte materna Directa	-1ra. Demora de tomar la decisión de buscar ayuda -2da. Demora en llegar a la instalación de tratamiento	-Capacitar a Parteras Tradicionales -Fortalecer la Red Obstétrica -Capacitación a los Auxiliares de enfermería -Solidificar la participación de la Red Social.

Anexo N° 11
ESTUDIO DE CASO N° 2

Paciente de 36 años de edad, estado civil unión estable, noveno embarazo, procedente de la comunidad de Luz de América, lugar de fallecimiento durante el traslado, Fecha de fallecimiento el 25/05/2007.

INFORME DE CONCLUSIONES DEL COMITÉ LOCAL

CAUSAS BIOLÓGICAS	CAUSAS NO BIOLÓGICAS	CLASIFICACIÓN	DEMORAS	RECOMENDACIONES
-Shock Hipovolémico (directa) -Retención Placentaria (básica)	-Falta de recursos económicos por parte de la familia -Falta de medios de Transporte. -Omisión a las indicaciones del personal de salud (referencia).	Muerte materna Directa:	-1ra. Demora de tomar la decisión de buscar ayuda -2da. Demora en llegar a la instalación de tratamiento	-Capacitar a Parteras Tradicionales -Fortalecer la Red Obstétrica -Educación y concientización a representantes sociales -Solidificar la participación de la Red Social.

Anexo N° 12
ESTUDIO DE CASO N° 3

Paciente de 13 años de edad, estado civil soltera, segundo embarazo, procedente de la comunidad de Libertad, lugar de fallecimiento C.S. de Puerto Rico el 06/04/2008.

INFORME DE CONCLUSIONES DEL COMITÉ LOCAL

CAUSAS BIOLOGICAS	CAUSAS NO BIOLOGICAS	CLASIFICACIÓN	DEMORAS	RECOMENDACIONES
-Eclampsia (Directa) -Hipertensión inducida por el embarazo (básica)	-Falta de medios de Transporte. -Difícil accesibilidad para llegar a un establecimiento de Salud	Muerte materna Directa:	-1ra. Demora de tomar la decisión de buscar ayuda -2da. Demora en llegar a la instalación de tratamiento	-Capacitar a Parteras Tradicionales -Fortalecer la Red Obstétrica -Educación y concientización a representantes sociales -Solidificar la participación de la Red Social.

Anexo N° 13
ESTRUCTURA DE LA RED DE SERVICIOS DE SALUD
POR NIVEL DE ATENCIÓN
MUNICIPIO DE FILADELFIA

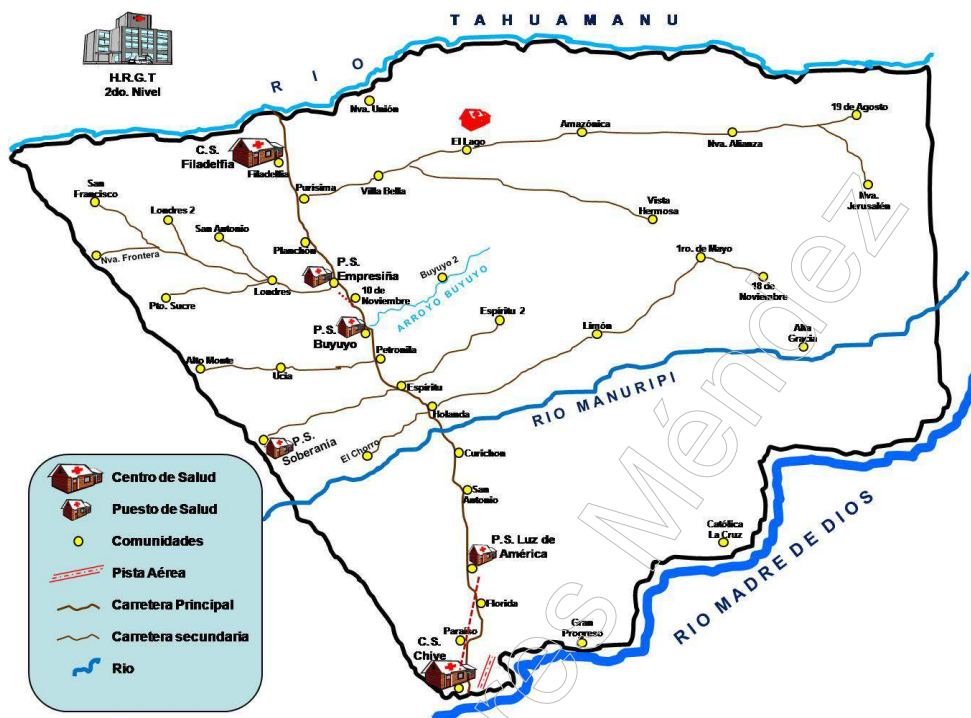
COMUNIDAD DE BASE	NIVEL DE ATENCION			Población Asignada
	1er. Nivel	2do. Nivel	3er. Nivel	
Filadelfia	C.S. Filadelfia	Hospital Roberto Galindo Terán (Municipio de Cobija)		695
Empresíña	P.S. Empresíña			1086
Buyuyo	P.S. Buyuyo			1216
Luz de América	P.S. Luz de América			825
El Chive	C.S. El Chive			521
Soberanía	P.S. Soberanía			S / funcionamiento
El Lago	P.S. El Lago			S / funcionamiento
				4344 Hbts.

Anexo N° 14
DISTRIBUCIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD
POR ÁREA DE INFLUENCIA MUNICIPIO DE FILADELFIA

N°	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	AREA DE INFLUENCIA Comunidades de Atención	RRHH DE SALUD	POBLACION ASIGNADA
1	C.S. Filadelfia	1. Filadelfia 2. Nueva Unión 3. Purísima 4. Villa Bella 5. Planchón 6. El Lago 7. Nueva Alianza 8. Amazonia 9. 19 de Agosto 10. Vista Hermosa	1 Medico 1 Lic. De Enfermería 1 Odontólogo 2 Aux. de enfermería 1 Tec. De Malaria 1 Farmacéutico 1 Chofer 1 Personal de limpieza	695
2	P.S. Empresiña	1. Empresiña 2. 10 de Noviembre 3. Londres 4. Londres 2 5. San Antonio 6. Puerto Sucre 7. San Francisco 8. Nueva Frontera	 1 Aux. de enfermería 1 Tec. De Malaria	1086
3	P.S. Buyuyo	1. Buyuyo 2. Petronila 3. Espíritu	2 Aux. de enfermería	1216

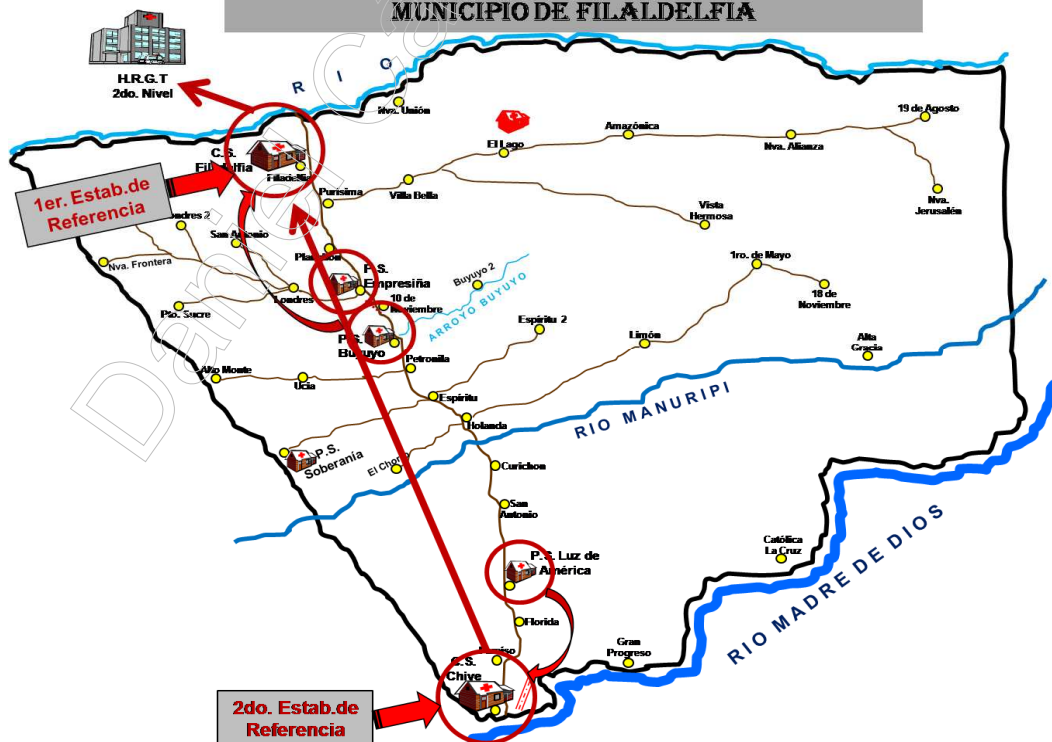
		4. Espíritu 2 5. Buyuyo 2 6. Holanda 7. El Chorro 8. Soberanía 9. Ucia 10. Alta Gracia 11. Nueva Jerusalén 12. Limón 13. 1ro. de Mayo 14. 18 de Noviembre		
4	P.S. Luz de América	1. Luz de América 2. San Antonio 3. Curichon	1 Aux. de Enfermería	825
5	C.S. Chive	1. Chive 2. Florida 3. Gran Progreso 4. Católica la Cruz	1 Medico 1 Odontólogo 2 Aux. de Enfermería	521
6	P.S. Soberanía	Infraestructura pero sin equipamiento y Personal de Salud		
	P.S. El Lago	Infraestructura pero sin equipamiento y Personal de Salud		
TOTAL		39 Comunidades	18 RRHH	4344 Hbts.

Anexo N° 15

RED DE SALUD MUNICIPIO DE FILADELFIA / 2009

Anexo N° 16

SISTEMA DE REFERENCIA MUNICIPAL / 2009
MUNICIPIO DE FILALDEFLIA



Anexo N° 17
DISTRIBUCIÓN DE PERSONAL DE SALUD POR ESTABLECIMIENTOS
DE SALUD MUNICIPIO DE FILADELFIA

ESTABLECIMIENTO DE SALUD	NOMBRE Y APELLIDO	PROFESION / OCUPACION	TAREAS EN EL SERVICIO / DESTREZAS
C.S. FILALDELFIA	María Elena Llampa Benito	Medico Jefe de Área	Manejo de Emergencias Obstétricas.
	Ever Quispe López	Odontólogo	---
	Silvia Quispe Quispe	Lic. Enfermería	Atención de Parto
	Zuleide Cuellar García	Aux. Enfermería	Atención de Parto
	Teonila Gómez Navi	Aux. Enfermería	---
	Giovanna Estrada Guzmán	Aux. Enfermería	Atención de Parto
	Domínguez Doremendis Carlos	Tec, Malaria	---
C.S. EL CHIVE	Mario Espada Llanos	Médico General	Manejo de Emergencias Obstétricas.
	Joel Vallejos Vallejos	Odontólogo	---
	Bilardo Otta Trujillo	Aux. enfermería	Atención de Parto
	Luzmila Yarará Chipunavi	Aux. Enfermería	Atención de Parto
P.S. Luz de América	Rosa Herrera Sanjinés	Aux. Enfermería	Atención de Parto
P.S. Buyuyo	Rosse Mary Mamani Pessa	Aux. Enfermería	Atención de Parto
	Rimber Aradies Grande	Tec. Malaria	---
P.S. Empresiña	LeyberBeyuma Manu	Aux. Enfermería	Atención de Parto
	Herlan Romero Vaca	Tec. Malaria	---

Anexo N° 18
EQUIPAMIENTO EN CONSULTORIO EXTERNO POR
ESTABLECIMIENTO DE SALUD

ITEM	C.S. Filadelfia	C.S. El Chive	P.S. Empesiña	P.S. Buyuyo	P.S. Luz de América
Norma Boliviana de Atención a la Mujer y al Recién Nacido	SI	SI	No	SI	SI
Mesa de examen (es ginecológica) Sí No	SI	SI	NO	NO	NO
Taburete	SI	SI	NO	NO	NO
Gradilla	SI	SI	SI	NO	SI
Escritorio	SI	SI	SI	SI	SI
Silla para el proveedor	SI	SI	SI	SI	SI
Cobertores para la paciente	NO	NO	NO	NO	NO
Historias clínicas perinatales	SI	SI	SI	SI	SI
Carnets de salud infantil	SI	SI	SI	SI	SI
Balanza para adultos	SI	SI	SI	SI	SI
Balanza para recién nacidos	SI	SI	SI	SI	SI
Fonendoscopio	SI	SI	SI	SI	SI
Tensiómetro	SI	SI	SI	SI	SI
Pinard	SI	SI	SI	SI	SI
Gestograma	SI	SI	NO	NO	NO
Cinta métrica	SI	SI	SI	SI	SI
Espéculos vaginales	SI	NO	SI	SI	SI
Termómetro oral	SI	SI	SI	SI	SI

Termómetro rectal	NO	NO	NO	NO	NO
Lámpara cuello de ganso	SI	NO	NO	NO	SI
Guantes para examen	SI	SI	SI	SI	SI
Guantes quirúrgicos	SI	SI	NO	NO	NO
Kit de inserción de DIU	SI	NO	NO	NO	SI
Insumos para PAP	SI	NO	NO	NO	SI
Jeringas y agujas hipodérmicas	SI	SI	SI	SI	SI

Anexo N° 19

EQUIPAMIENTO DE SALA DE PARTO POR ESTABLECIMIENTO DE SALUD

ITEM	C.S. Filadelfia	C.S. El Chive	P.S. Empresiña	P.S. Buyuyo	P.S. Luz de América
Mesa de partos (¿partes móviles?)	SI	SI	NO	NO	NO
Lámpara de iluminación	SI	NO	NO	NO	NO
Taburete para quien atiende	SI	SI	NO	NO	NO
Estufa	NO	NO	NO	NO	NO
Vitrinas	SI	SI	NO	NO	NO
Reloj de pared con segundero	NO	NO	NO	NO	NO
Lavamanos	SI	NO	NO	NO	NO
Mesa para recibir al bebe	SI	NO	NO	NO	NO
Lámpara de calor para el bebe	NO	NO	NO	NO	NO
Pera de aspiración	SI	SI	SI	SI	SI
Ambú para resucitación	SI	SI	NO	NO	NO

neonatal					
Tallímetro para recién nacido	SI	SI	SI	SI	SI
Cinta métrica cefálica	SI	SI	SI	SI	SI
Ligaduras para cordón umbilical	SI	SI	SI	SI	SI
Cinta métrica	SI	SI	SI	SI	SI
Caja de instrumental de parto con episiotomía	SI	SI	NO	NO	NO
Caja de instrumental d parto sin episiotomía	SI	SI	SI	SI	SI
Solución antiséptica	SI	SI	SI	SI	SI
Balón de oxígeno	SI	SI	NO	NO	NO
Soporte para administrar fluidos	SI	SI	SI	SI	SI
Gasas y compresas adicionales	SI	SI	NO	NO	NO

Anexo N° 20
EQUIPAMIENTO SALA DE INTERNACIÓN
POR ESTABLECIMIENTO DE SALUD

ITEM	C.S. Filadelfia	C.S. El Chive	P.S. Empresiña	P.S. Buyuyo	P.S. Luz de América
Número de camas de internación	2	1	0	0	0
Numero de cunas para recién nacidos	1	0	0	0	0
Numero de servicios higiénicos	1	1	0	0	0

Sala para embarazadas con patología (Eclampsia, infección)	NO*	NO	NO	NO	NO
Balanza para recién nacidos	NO	NO	NO	NO	NO

- Sala compartida no existe sala individual para este fin

Anexo N° 21
MEDICAMENTOS E INSUMOS BÁSICOS
POR ESTABLECIMIENTO DE SALUD

ITEM	C.S. Filadelfia	C.S. El Chive	P.S. Empresíña	P.S. Buyuyo	P.S. Luz De América
Soluciones Ringer / Fisiológico	SI	SI	SI	SI	SI
Equipo de Venoclisis	SI	SI	SI	SI	SI
Branula N° 18 – 19	SI	SI	NO	NO	NO
Jeringas descartables 5 – 10 – 20 ml.	SI	SI	SI	SI	SI
Nifedipino 10 mg	SI	SI	NO	NO	NO
Metildopa 500 mg	SI	SI	SI	SI	SI
Ergometrina 0.4 mg Amp.	SI	SI	SI	NO	NO
Ergometrina 0.2 mg Comp.	SI	SI	SI	SI	SI
Oxitocina 5 – 10 UI Amp.	SI	SI	SI	SI	SI
Amoxicilina 1 gr. Comp.	SI	SI	NO	NO	SI
Ampicilina 1 gramo Comp.	SI	SI	NO	NO	NO
Indometacina 100 mg Supositorio	SI	SI	NO	NO	NO
Betametazona 4 mg Amp.	SI	SI	NO	NO	NO
Sulfato de magnesio 10 – 20 y	SI	SI	NO	NO	NO

50%					
Gluconato de Calcio Amp.	SI	NO	NO	NO	NO
Hidralazina 5 mg Amp.	NO	NO	NO	NO	NO
Hidralazina 5 mg Comp.	SI	NO	NO	NO	NO

Anexo N° 22
MEDIOS DE COMUNICACIÓN POR ESTABLECIMIENTO DE SALUD

ESTABLECIMIENTO DE SALUD	Servicio telefónico en el establecimiento	Servicio telefónico en la localidad	Radio de comunicación (Funcionando)		Otros
			SI	NO	
C.S. Filadelfia	No	Si	x		Línea Móvil TELECEL
C.S. El Chive	No	Si	x		No
P.S. Empresiña	No	No	x		No
P.S. Buyuyo	No	No	x		No
P.S. Luz de América	No	No		x	No

Anexo N° 23
EXISTENCIA DE MEDIOS DE TRANSPORTE
POR ESTABLECIMIENTO DE SALUD

ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPO DE VEHICULO	EQUIPAMIENTO	ESTADO	RADIO TRANSMISOR	BASE DE OPERACIONES
C.S. Filadelfia	Ambulancia	Camilla Portátil Tubo de Oxigeno	Bueno	Si sin frecuencia	C.S. Filadelfia
	Camioneta	No	En Reparación	No	
	Motocicleta	---	Bueno	---	
	Motocicleta	---	Bueno	---	
	Motocicleta	---	Malo	---	
C.S. Chive	Ambulancia	No	Malo	No	C.S. Chive
	Cuadratrack	No	Regular	No	
P.S. Empresiña	Motocicleta	---	Bueno	---	P.S. Empresiña
	Motocicleta	---	Buena	---	
P.S. Buyuyo	Motocicleta	---	Bueno	---	P.S. Buyuyo
P.S. Luz de América	Motocicleta	---	Bueno	---	P.S. Luz de América

FORMULARIOS DE DIAGNOSTICO SITUACIONAL

Anexo N°24

LISTAS DE VERIFICACIÓN PLANTA FÍSICA, EQUIPAMIENTO, SUMINISTROS

DILOS: MUNICIPIO:

NOMBRE DEL SERVICIO:

TIPO DE SERVICIO:

DIAS DE ATENCIÓN: de..... a

HORARIO DE ATENCIÓN: mañana a tarde a

En el consultorio o en el establecimiento hay:

Norma Boliviana de Atención a la Mujer y al Recién Nacido ☐ Sí ☐ No

Resolución Ministerial # 0496 ☐ Si ☐ No

Verificar disponibilidad, número y condición de funcionamiento:

Ambulancia u otro vehículo del servicio Si ☐ No ☐ Número..... Funcionamiento

Radiotransmisor Si ☐ No ☐ Numero..... Funcionamiento

Servicio telefónico en el establecimiento Si ☐ No ☐

Servicio telefónico en la localidad Si ☐ No ☐

LISTA DE PERSONAL ASISTENCIAL

Nombre y apellidos	Profesión / ocupación	Tareas en el servicio / destrezas *

Sobre la base de la guía de conocimientos se deberá colocar alguna destreza particular que permita asignar una tarea especial al establecimiento (extracción manual de placenta; transfusión sanguínea; AMEU)

AREA DE SERVICIOS AMBULATORIOS

1. Consultorio(s) externo(s)

ITEM	Consultorio 1	Consultorio 2	Consultorio 3
Mesa de examen (es ginecológica) Sí No			
Taburete			
Gradilla			
Escritorio			
Silla para el proveedor			
Cobertores para la paciente			
Historias clínicas perinatales			
Carnets de salud infantil			
Balanza para adultos			
Balanza para recién nacidos			
Fonendoscopio			
Tensiómetro			
Pinard			
Gestograma			
Cinta métrica			
Espéculos vaginales			
Termómetro oral			

Termómetro rectal			
Lámpara cuello de ganso			
Guantes para examen			
Guantes quirúrgicos			
Kit de inserción de DIU			
Insumos para PAP			
Jeringas y agujas hipodérmicas			

AREA DE ATENCIÓN DE PARTO Y RECIEN NACIDO

ITEM	SALA 1	SALA 2	SALA 3
Mesa de partos (¿partes móviles?) *			
Lámpara de iluminación			
Taburete para quien atiende			
Estufa			
Vitrinas (cantidad)			
Reloj de pared con segundero			
Lavamanos			
Mesa para recibir al bebe			
Lámpara de calor para el bebe			
Pera de aspiración			

Ambú para resucitación neonatal			
Tallímetro para recién nacido			
Cinta métrica cefálica			
Ligaduras para cordón umbilical			
Cinta métrica			
Caja de instrumental de parto con episiotomía			
Caja de instrumental d parto sin episiotomía			
Solución antiséptica			
Balón de oxígeno			
Soporte para administrar fluidos			
Gasas y compresas adicionales			

* En salas de parto con varias mesas de parto, verificar cada una de las mesas como una sala de parto independiente.

AREA DE INTERNACION

- Número de camas de internación.....
- Número de cunas para recién nacidos.....
- Número de servicios higiénicos.....
- Sala para embarazadas con patología (eclampsia, infección) Si..... No.....
- Balanza para recién nacidos

Anexo N° 25
INVENTARIO DE VEHICULOS: AMBULANCIAS Y OTROS

RED.....

MUNICIPIO.....

CARACTERÍSTICAS	VEHÍCULO No.	VEHÍCULO No.	VEHÍCULO No.
Tipo vehículo (ambulancia u otro)			
Centro de operaciones habitual			
Número de placa			
Modelo del vehículo			
Nombre(s) del chofer o choferes responsables del vehículo (No. brevet, No. carnet identidad y horarios y días de trabajo)			
¿El vehículo tiene radiotransmisor?			
¿El vehículo tiene camilla portátil?			
Otro equipamiento interno del vehículo			
¿Cómo se considera el estado general del vehículo?; ¿Qué reparaciones y aditamentos harían falta?			
¿Quién paga la gasolina? (si es vehículo de una institución)			
¿Tiene llanta de auxilio?			
¿Tiene un juego básico de herramientas?			
¿Tiene calefacción y/o refrigeración interna?			
¿A qué institución o persona pertenece el vehículo? (ONGs, iglesias, municipio, vecinos, otras organizaciones)			

Cobija.....