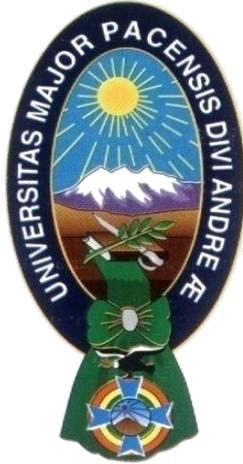


**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERIA,
NUTRICIÓN
Y TECNOLOGIA MÉDICA
UNIDAD DE POSTGRADO**



**ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN
EN LA IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE VIGILANCIA
ACTIVA DE LA MUJER GESTANTE
EN LA RED DE SALUD COREA DEL MUNICIPIO DE EL ALTO**

POSTULANTE: Lic. Ruth Juana Silva Callisaya
TUTOR: Dr. ESP. Nelson Chavarria Blas

**Propuesta de Intervención presentada para optar al título
de Especialista en Salud Pública Mención Gerencia en
Salud**

LA PAZ – BOLIVIA

2018

AGRADECIMIENTOS

Expresar mi gratitud a los docentes de la Especialidad Salud Pública Mención Gerencia en Salud por haber contribuido en mi formación; a mi tutor Dr. ESP. Nelson Chavarria Blas, por su guía en la elaboración de la presente Propuesta de Intervención.

INDICE

	Pág.
RESUMEN EJECUTIVO.....	1
1. INTRODUCCIÓN.....	4
2. Antecedentes.....	7
3. Relación del Proyecto de Intervención con Lineamientos de la Política Pública.....	13
4. Análisis del Problema	16
5. Justificación del Proyecto.....	19
6. Análisis de Actores.....	21
6.1 Beneficiarios Directos.....	21
6.2 Beneficiarios Indirectos.....	22
6.3 Oponentes.....	22
6.4 Afectados.....	22
7. Contexto o lugar de Intervención.....	25
8. Estructura de Objetivos.....	26
8.1 Objetivo General.....	26
8.2 Objetivo Especifico.....	26
9. Resultados.....	26
10. Actividades.....	27
11. Indicadores por la Estructura de Objetivos.....	28
12. Fuente de Verificación.....	28
13. Supuestos.....	30
14. Análisis de Viabilidad.....	31
15. Análisis de Factibilidad.....	32
15.1 Factibilidad Social.....	32
15.2 Factibilidad Cultural/Intercultural.....	32

15.3 Factibilidad Económica.....	33
15.4 Factibilidad de Género.....	35
16. Análisis de Sostenibilidad del Proyecto.....	35
17. Impacto esperado del Proyecto.....	36
18. Fuente de Financiamiento para el Presupuesto.....	36
19. Referencias Bibliográficas.....	37
20. Anexos.....	38
20.1 Árbol de Problemas.....	39
20.2 Árbol deObjetivos.....	40
20.3 Árbol de Objetivos Jerarquización Causa-Causa.....	41
20.4 Árbol de Objetivos con Estructura Analítica del Proyecto.....	43
20.5 Matriz de Marco Lógico.....	44
20.6 Presupuesto.....	46
20.7 Mapas de Ubicación del Proyecto.....	47
20.8 Estructura Institucional o Comunitaria.....	48
20.9 Cronograma.....	49
20.10 Plan de Ejecución del Proyecto.....	50
20.11 Sistema de Monitoreo y Evaluación del Proyecto.....	51
20.12 Priorización del Problema.....	53
20.13 Características de la Red de Salud Corea.....	54
- Población Red Corea.....	54
- Isócrona de Referencia.....	55
- Organigrama funcional.....	56
- Niveles de Atención.....	57
- Medios de Comunicación.....	57
- Flujograma para la Vigilancia MMPN.....	58
- Datos Control Prenatal.....	59
- Redes de Salud ciudad de El Alto.....	60

RESUMEN EJECUTIVO

El Proyecto de Intervención tiene el propósito de implantar la vigilancia activa de la mujer gestante, con la finalidad de disminuir el riesgo de muerte, enfermedad o discapacidad de este grupo poblacional, en la Red de Salud Corea del Municipio de El Alto, mejorando la calidad de atención en los servicios de salud, a través de estrategias que contribuyan en el posicionamiento de un sistema de vigilancia activa que facilite el acceso de la mujer embarazada al diagnóstico temprano, manejo clínico adecuado de las complicaciones, referencia oportuna para la prevención de la mortalidad materna, perinatal y neonatal.

Considerando que la mayoría de las muertes maternas son evitables, las intervenciones en salud pública para prevenir o tratar las complicaciones son identificadas, todas las mujeres necesitan acceder a la atención prenatal durante la gestación, atención especializada durante el parto y apoyo en las primeras semanas posterior al parto. Es importante que todos los partos sean atendidos por profesionales en salud especializados, puesto que la conducta clínica apropiada y el tratamiento oportuno pueden suponer la diferencia entre la vida y la muerte.

Por lo tanto, el proyecto de intervención beneficiará a 5.644 mujeres embarazadas y 5.424 partos esperados de los 20 Establecimientos de Salud Estatales, correspondientes a la Red de Salud Corea de acuerdo a la población asignada. Asimismo de manera indirecta se espera beneficiar a mujeres en edad reproductiva de 15 a 49 años de edad, representada por 68.854.

Las actividades previstas para tres años pretenden:

Establecimientos de Salud de la Red Corea, organizados con eficiencia en el manejo de emergencias obstétricas bajo principios técnicos gerenciales, para este cometido se requiere de personal médico y equipos de salud debidamente

capacitados en el manejo obstétrico y vigilancia epidemiológica que incluye control, identificación y monitoreo de gestantes de alto riesgo.

El control prenatal técnico durante el embarazo es imprescindible en los Servicios de Salud de 1er. Nivel por su caracterización, por lo tanto es necesario la disponibilidad y acceso permanente a insumos requeridos en cada caso para lograr llegar al 4to. control prenatal, apoyados con los respectivos exámenes de gabinete y laboratorio según normas y protocolos de atención establecidos, o en caso contrario el uso de los instrumentos y mecanismos de referencia al II Nivel de atención en procura de precautelar la salud integral de la futura madre.

Población conoce la importancia del control prenatal e identifica las señales de peligro durante el embarazo, a través de procesos educativos y de sensibilización para el cuidado integral de la mujer gestante. Promocionando los beneficios del control prenatal para disminuir los riesgos de las complicaciones, particularmente de las mujeres en situación de vulnerabilidad.

Sistema de vigilancia técnica institucional y comunitaria de la mujer gestante implantada, el personal de salud realiza seguimiento continuo a pacientes con Alto Riesgo Obstétrico en los Servicios de Salud y a Mujeres sin Control Prenatal, a través de la Red de Informantes conformada por Vigilantes Comunitarios/as y Autoridades Locales de Salud capacitados, comprometidos y organizados, a través de un Plan de Acción que logra fortalecer el sistema de información y la identificación oportuna de los signos de peligro para el traslado de mujeres que enfrentan complicaciones.

En el monitoreo y seguimiento a la implementación de la vigilancia de la mujer gestante, se establecen instrumentos y medios que permiten evidenciar el cumplimiento de las normativas vigentes en los Establecimientos de Salud, donde las estrategias planteadas se constituyen en una alternativa para mejorar la capacidad resolutiva, apoyados por procesos técnicos de atención en los servicios

de salud, con la articulación de actores sociales, que permita contribuir al mejoramiento de la salud de la población en estado gestacional, facilitando al acceso de las mujeres gestantes a la atención del control prenatal seguro, realizado por personal calificado y el manejo de la emergencia con la referencia técnica oportuna bajo principios de organización gerencial.

Se realiza las gestiones correspondientes para el financiamiento del presente proyecto, a través de la inclusión en el POA Municipal, que permita la asignación de presupuesto. A su vez se realiza las gestiones de apoyo con la Institución de cooperación OPS/OMS, en el marco del Proyecto Koika, a fin de contar con los recursos necesarios para el desarrollo de las actividades establecidas en la propuesta de intervención.

1.- INTRODUCCIÓN

La salud es una condición indispensable para el desarrollo humano y se constituye en un derecho inalienable e inherente a todo ser humano. Esto implica la obligación del Estado de respetar, proteger y garantizar el derecho a la vida y la salud de todos sus ciudadanos, no sólo asegurando el acceso a la atención de salud, sino también la atención adecuada con suficiente recurso humano, infraestructura, insumos y medicamentos necesarios.

Particularmente, en lo que se refiere a la salud materna comprende todos los aspectos de la salud de la mujer desde el embarazo, parto y posparto. El embarazo para muchas mujeres debiera ser una etapa feliz, sin embargo para muchas mujeres es sinónimo de sufrimiento, enfermedad e incluso de muerte, que vulneran sus derechos sexuales y derechos reproductivos. En nuestro país la mortalidad materna se constituye en un problema de salud pública, los esfuerzos realizados hasta ahora permitieron mejorar de alguna manera el acceso a los servicios de salud, no obstante los datos de los últimos años no muestran un avance significativo.

Según el informe de Mortalidad Materna en Bolivia 2011, *las complicaciones más comunes que se presentan son la hemorragia con 37%, hipertensión 12%, aborto 8%, infecciones 5%, y parto prolongado 1%. Sin embargo, entre las causas externas se tiene el 23 % relacionadas con fallecimientos de las madres por violencia (traumatismos, patadas en el vientre, golpes y otros), homicidios y suicidios. Esta última situación, se registra más en embarazos de adolescentes que al verse en gestación temen la reacción de sus familias y deciden quitarse la vida.* (1) Por lo tanto para prevenir la muerte materna es fundamental disminuir el riesgo de los embarazos no deseados en edades tempranas.

Es importante señalar, que la mortalidad perinatal es un indicador de los riesgos de muerte ligados a la reproducción, porque permite tener el reflejo de la atención prenatal, durante el parto y posparto, implica la calidad del servicio de salud, la

condición nutricional de la madre y del entorno en la que vive. Las causas de mortinatos y muertes neonatales están correlacionadas y si sólo se examina una de ellas se puede subestimar el nivel de la mortalidad perinatal. Por esta razón las muertes alrededor del parto se combinan con la tasa de mortalidad perinatal. La tasa de mortalidad perinatal es de 29 defunciones por mil embarazos de siete o más meses de duración, ligeramente inferior a la estimada con la ENDSA 2003. (1)

El Ministerio de Salud conjuntamente con el Servicio Departamental de Salud de La Paz, viene promoviendo la mejora del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Mortalidad Materna y el uso riguroso, sistemático y periódico de los protocolos clínicos. Para la implementación del mencionado sistema han identificado varios problemas importantes: poco conocimiento de la norma institucional, Comités de Vigilancia con déficit logístico para el estudio de las muertes maternas, insuficiente recurso humano en los servicios de salud que limita realizar trabajo de campo a través de visitas domiciliarias y la deficiente organización de redes informantes, a falta de motivación y compromiso.

La Red de Salud Corea cuenta con el Comité de Mortalidad Materna, Perinatal y Neonatal (MMPN), de igual manera se tiene Comités de MMPN en el Hospital y en los Centros de Salud de primer nivel, el personal de cada Centro está en proceso de capacitación en la aplicación de los instrumentos de Autopsia verbal y Social para recolectar información, de la misma manera se capacita a Informantes y/o Vigilantes de la Comunidad, para realizar la vigilancia activa y notificación de muertes maternas, fetales y neonatales que puedan ocurrir en los hogares. Por lo tanto, se espera que el personal de salud y los Comités, cuenten con las herramientas necesarias para la identificación, notificación y análisis del riesgo de las gestantes, a su vez trabajar en el ámbito de la promoción y prevención. Teniendo en cuenta que el momento del parto, el nacimiento y los primeros días de vida son los períodos más vulnerables para las madres y los niños/as, sin descuidar el largo periodo gestacional.

Razón por la cual consideramos una prioridad implantar estrategias de intervención y contar con un sistema de vigilancia activa de la mujer gestante, basada en la organización de los servicios y vigilancia de la comunidad, con la participación de 20 Establecimientos de Salud de primer nivel, donde se priorizará la evolución del embarazo, siendo elemental el control prenatal y la detección de los factores de riesgo para intervenir de manera oportuna con la finalidad de reducir los riesgos de muerte, en el marco de la Normas Nacionales y el Plan de Reducción Acelerada de la Morbilidad y Mortalidad Materna, enfatizando la mejora de la atención a la mujer gestante, en los Servicios de Salud a partir de la generación del conocimiento de la población sobre la importancia del control prenatal y la presencia de las señales de peligro.

El presente proyecto está asociado al grado de organización gerencial de la Red de Servicio de Salud y al fortalecimiento del Comité de Mortalidad Materna Perinatal y neonatal, enfatizando el mejoramiento de la oportunidad de atención en los establecimientos de salud y el fortalecimiento de los conocimientos de la población sobre la importancia del control prenatal y señales de peligro durante el embarazo. A partir de ello implantar estrategias de vigilancia activa para la mujer gestante por el personal de salud y comunidad en los Distritos 2,3 y 12 correspondientes a la Red de Salud Coreana.

La propuesta espera contribuir en la mejora del acceso a los servicios de salud y disminuir los partos domiciliarios, además desarrollar un proceso de sensibilización y capacitación del personal de salud para extender las coberturas, mejorar la calidad de atención y la capacidad resolutiva de los servicios y los sistemas de referencia. A su vez mejorar el sistema de información y la calidad de los datos para el registro de todas las muertes maternas, neonatales y fetales, considerando que la muerte materna es un problema que está relacionado con la atención prenatal y la satisfacción de las usuarias en los servicios de salud.

2.- ANTECEDENTES

La mortalidad materna es una tragedia humana, una injusticia social y una violación al derecho a la vida, *cada día mueren en todo el mundo 830 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto, el 2015 se estimaron 303 000 muertes de mujeres durante el embarazo y el parto o después de ellos, más del 99 % de las muertes maternas ocurren en países en vías de desarrollo de ingresos bajos, la mayoría de ellas podrían haberse evitado, siendo que solo el 40% de las embarazadas habrían realizado las consultas prenatales recomendadas.* (2)

La Muerte materna de acuerdo a estándares internacionales de la Organización Mundial de la Salud (OMS) es la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debido a cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales ni incidentales. (2)

Los datos demuestran que en Latinoamérica la mortalidad materna es la séptima principal causa de muerte. 23.000 mujeres en edad fértil mueren cada día como el resultado de complicaciones emanadas del embarazo y el parto. Se ha estimado que el 15% de mujeres embarazadas en la región (1.6 millones) sufrirán potenciales complicaciones fatales durante el embarazo, parto y el posparto. (2)

A su vez, las mujeres de los países en desarrollo tienen muchos más embarazos que las de los países desarrollados, por lo que tienen mayor riesgo de muerte relacionada con el embarazo, parto y puerperio a lo largo de la vida. En Bolivia más de medio millón de mujeres entre 15 y 19 años de edad es decir el 18% son madres o se encuentran embarazadas. Las adolescentes del área rural alcanzan un promedio más alto de hijos que las del área urbana, tres de cada diez

adolescentes del grupo más pobre es madre o está gestando, frente a una de diez del grupo poblacional no pobre. (2)

De acuerdo a algunos indicadores de salud presentados en la ENDSA 2008, *el 84% de las mujeres embarazadas en el Departamento de La Paz tuvo al menos un control pre-natal y el 58% recibió atención de personal calificado en el parto. Como datos complementarios para orientar la comprensión de la elevada RMM, se anota que tan sólo el 23% de las mujeres en edad fértil usó un método moderno de anticoncepción y se registró un 12% de embarazo adolescente.* (3)

La razón de mortalidad materna (RMM) disminuyó en 7 de los 9 departamentos de Bolivia, teniendo resultados importantes en Tarija y Beni, y se incrementó en La Paz y Cochabamba. Las RMM de los departamentos de La Paz, Potosí y Cochabamba están por encima del promedio nacional. Cochabamba requiere especial atención por el incremento de la mortalidad materna, aunque presenta indicadores relativamente favorables en otros datos de salud, en los departamentos de Santa Cruz, Tarija y Beni, la mortalidad materna se ha reducido drásticamente. (3)

Es importante señalar que la mortalidad materna y neonatal en Bolivia está entre las más altas de América Latina. *Para el 2011, 538 mujeres murieron a consecuencia de complicaciones del embarazo, parto y post parto. De éstas, 502 fueron registradas por el Estudio y 36 fueron detectadas por el Sistema Nacional de Vigilancia de la Muerte Materna.* Realizando el análisis específico de las causas directas de la muerte materna, el 59 % corresponde a las hemorragias, 19 % a hipertensión, 13 % aborto, 7 % infecciones y 2 % al parto prolongado, datos que están relacionados con las complicaciones obstétricas del embarazo, parto y puerperio, de intervenciones, omisiones, o de tratamiento incorrecto. (1)

Se conoce que a nivel nacional las hemorragias continúan siendo la primera causa de muerte materna. El 14% de las muertes maternas corresponde a adolescentes

entre 14 a 19 años. A nivel departamental; Cochabamba, Potosí y Beni presentan los porcentajes más altos para este grupo etáreo. La mortalidad materna es más alta en el momento del parto con 40% de las muertes, seguida por un 30% en el postparto. La mayoría de estas muertes podrían ser evitadas con respuestas adecuadas de los establecimientos de salud. Dos tercios de las muertes maternas son casos de mujeres indígenas pertenecientes fundamentalmente a las naciones quechua y aymará. De igual manera las hemorragias constituyen la primera causa de las muertes maternas en La Paz, con el 55%, seguida por el 20% correspondiente a causas externas, aborto e infecciones. (1)

Se identifica las tres demoras para la resolución de la atención oportuna y de calidad en las emergencias obstétricas:

Primera demora: Referida al tiempo que tarda la mujer en tomar la decisión de ir a un establecimiento de salud; o bien cuánto tarda la familia y/o autoridades comunitarias en llevar a la mujer a un establecimiento de salud.

Segunda demora: Referida al tiempo que tarda el traslado de la mujer desde su hogar hasta el establecimiento de salud. Es responsabilidad de la familia, comunidad y de la red de servicios garantizar los medios apropiados para el traslado oportuno de la mujer al establecimiento de salud.

Tercera demora: Referido a las dificultades atribuibles al establecimiento de salud que retrasan la atención oportuna de las emergencias obstétricas.

La resolución de las tres demoras requiere un trabajo articulado entre la comunidad, autoridades municipales y departamentales y el sistema de salud.

El estudio muestra la importancia de informar a la población sobre los riesgos de las complicaciones del embarazo, el parto y el post parto. Muchas de las muertes que ocurren son evitables. Existen causas relacionadas a los determinantes

socioeconómicos y culturales que influyen directamente en esta situación, además de los factores biológicos. (1)

La Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia garantiza el acceso a la salud de todas las personas, sin exclusión ni discriminación alguna, el ejercicio de sus derechos sexuales y derechos reproductivos de hombres y mujeres y el derecho de las mujeres a una salud materna con enfoque intercultural. Para reducir la alta mortalidad materna, el Estado Plurinacional de Bolivia plantea lo siguiente: Plan Nacional para la Reducción Acelerada de la Morbilidad Grave y Mortalidad Materna y Neonatal, se han diseñado importantes políticas de salud: Seguro Integrado de Salud (SIS), la Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI), el Bono Juana Azurduy, y el Subsidio Universal Prenatal.

El Plan Nacional para la Reducción Acelerada de la Morbilidad Grave y Mortalidad Materna y Neonatal responde a la necesidad que tiene el país y el sector salud en especial, de reorientar las decisiones estratégicas en esta materia. Plantea acciones de corto plazo, viables y factibles, que se complementan. Se refuerza la promoción de prácticas saludables y el fortalecimiento de acciones preventivas que coadyuven a la reducción de enfermedades, las probabilidades de embarazos no deseados y sus consecuencias. Pone énfasis en la atención de las complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio. El conjunto de las intervenciones planteadas están orientadas a la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y neonatal. Se plantea la creación de prácticas y espacios equitativos y participativos que aseguren el respeto a y el reconocimiento de las diferencias culturales, de género y generacionales, que son imprescindibles para garantizar el ejercicio de los derechos. (1)

En el Estudio Nacional de Mortalidad Materna del 2011 se identificó el 42% acontecido en los domicilios de las mujeres, el 37% de muertes maternas ocurridas en los establecimientos de salud, y el 17% en el proceso de traslado, ya sea del domicilio al establecimiento o del establecimiento a un servicio de salud de mayor

complejidad. Por lo que es importante contar con personal de salud con las capacidades y condiciones para responder adecuada y oportunamente a una emergencia materna o neonatal; desde cómo estabilizar una paciente, tratarla según los grados de gravedad y cómo derivarla en caso de que necesite una intervención en un centro de mayor capacidad resolutive. (1)

Es elemental mejorar el acceso, la disponibilidad, cobertura y el uso de los servicios de salud integrales y resolutivos para intervenir en las causas directas que ocasionan la mayor prevalencia de la morbilidad y mortalidad materna y neonatal. En el marco del continuo de la atención, el Ministerio de Salud propone una intervención que tome en cuenta: la promoción de prácticas saludables para la salud de las madres y de los y las recién nacidas en el hogar, trabajando con las familias y comunidades, acciones preventivas para evitar los problemas de salud y complicaciones obstétricas y neonatales, la atención calificada en los establecimientos del Sistema de Salud Se propone integrar las acciones en todos los niveles tanto a nivel comunitario como a nivel de los servicios públicos de salud.

Por otra parte, es importante el desarrollo de actividades a nivel de la comunidad para la articulación con parteras y médicos tradicionales, reconocimiento de las señales de peligro, promoción del plan de parto, tratamiento y referencia adecuada y oportuna, realizar en los Establecimientos de Salud las Salas Situacionales para la detección de mujeres embarazadas y recién nacidos/ as, desarrollar con las autoridades de la comunidad los planes de acción y a su vez realizar alianzas estratégicas con el municipio y organizaciones sociales.

La Razón de Mortalidad Materna (RMM) en Bolivia para el año 2011 según la información obtenida del Estudio fue de 160 por 100,000 nacidos vivos. Para fines de comparación internacional, se hizo ajustes en la RMM de la Encuesta Post-Censal del 2000 que consistieron en excluir las muertes por causas externas y las muertes maternas tardías posteriores a los 42 días. Con esta nueva definición, se ajustó la RMM a 187 por 100,000 nacidos vivos para el año 2000. (1)

El 2011 murieron 200 mujeres, algunos rasgos del perfil de las mujeres estudiadas que fallecieron en el Departamento de La Paz son: El 60% tenía bajos niveles de escolaridad. El 8% no tenía hijos/as (posiblemente primer embarazo) y casi la mitad dejó de 3 a 4 hijos en orfandad materna. El 37% pertenecía al grupo etáreo de 35 a 39 años. Cabe hacer notar que existe una adolescente (14 años) fallecida. (1)

En el Departamento de La Paz, los casos de muertes maternas ocurren fundamentalmente en el momento del parto o cesárea (60%). El 30% acontece durante el embarazo y el restante 10%, en el postparto. Casi el 60% de las muertes maternas en el Departamento de La Paz ocurren a mujeres entre los 30 a 39 años. Entre mujeres menores de 20 años, se registra un 9% de muertes maternas que incluye una adolescente de 14 años. (1)

Un tercio de las muertes maternas que ocurren en Bolivia corresponde al Departamento de La Paz. La RMM de La Paz (289 por 100,000 nacidos vivos) para el año 2011 es la más alta de Bolivia, registrando un leve incremento con relación al año 2000. (1)

En el Departamento de La Paz, la mayor parte de las muertes maternas ocurren en el domicilio de las mujeres gestantes (57%). Cabe resaltar el alto porcentaje (12%) de muertes que acontecen durante el traslado a los establecimientos de salud. Cuando se presentan complicaciones, las dificultades existentes para trasladar a las mujeres al establecimiento de salud más cercano son factores que ponen en riesgo sus vidas. (1)

En el Municipio de El Alto la Encuesta Nacional Adolescentes y Jóvenes del 2008 revela que el 65% tuvieron experiencia de al menos un embarazo; además, el 74% de estos embarazos han sido no deseados o no planificados. Según el Servicio Regional de Salud El Alto las adolescentes atendidas en servicios públicos para el 2011 y 2012 llegaron a ser 5.066 y 5.004 respectivamente. (2)

Según datos del SEDES La Paz, desde el año 2012 al 2016 del total de muertes registradas a nivel departamental 104 corresponde al Municipio de La Paz representada por el 24.4 % y 62 al Municipio del El Alto lo que se refleja en un 14.6 %. En la gestión 2016 concretamente en la ciudad de El Alto se registraron 8 muertes maternas confirmadas, 5 corresponde al Hospital Municipal Boliviano Holandés, 2 al Hospital del Norte y 1 al Hospital Municipal Modelo Corea. (15)

La mortalidad materna, no se comprende a cabalidad si no se consideran las determinantes sociales de la salud que se visibilizan en diferentes contextos, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) identifican: La atención de salud, la nutrición, el ingreso y la educación, la legislación de la mujer. Cada uno de estos factores sin duda alguna influyen en los casos de mortalidad. (2)

Sin duda alguna el control prenatal durante el embarazo es importante en los Servicios de Salud de 1er. Nivel por su caracterización, según datos de la gestión 2016 correspondientes a la Red de Salud Corea 9.994 mujeres gestantes acudieron al 1er. Control Prenatal, y 5.032 accedieron al 4to. Control Prenatal, lo cual hace suponer que el 50% no acuden al número de controles establecidos por las normas y protocolos de atención a la mujer gestante y no estarían cumpliendo con los respectivos exámenes de gabinete y laboratorio. De los 5.424 partos programados, 4.585 accedieron al parto institucionalizado, por lo que el 16% correspondería a partos domiciliarios. (4)

3.- RELACIÓN DEL PROYECTO DE INTERVENCIÓN CON LINEAMIENTOS DE LA POLÍTICA PÚBLICA

La mortalidad materna continúa siendo un problema de impacto social, que atenta contra el derecho básico a la salud, al igual que la muerte perinatal y neonatal permanece como un evento aceptado casi con naturalidad por la familia y la comunidad, por ello el proyecto de intervención se enmarca en la Constitución

Política del Estado Plurinacional de Bolivia y el Plan Nacional de Desarrollo, con la finalidad implantar acciones de impacto orientadas a mejorar la salud materna y del recién nacido, para contribuir en la disminución del riesgo de la mortalidad materna, perinatal y neonatal, a través del cumplimiento de las políticas prioritarias del sector salud en la mejora de la atención de los establecimientos de salud, con la participación social. (8)

El Plan Sectorial de Desarrollo Integral 2016-2020 plantea contribuir al paradigma del Vivir Bien, orienta el accionar de todo el Sector Salud, alineándose con las estrategias y objetivos de desarrollo de la Constitución Política del Estado, el plan de desarrollo Estratégico en Salud y de la política SAFCI. Con la finalidad de erradicar la pobreza e inequidad, eliminando la exclusión social y mejorando el estado de salud, y el propósito del PSDI 2016-2020 es consolidar el ejercicio del derecho a la salud a partir de la construcción y desarrollo del Sistema Único de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, con acceso universal sin costo en el punto de atención, priorizando la promoción de la salud, la participación y el control social, con rectoría del Ministerio de Salud prevé la universalización del acceso a los servicios de salud, la prevención de las enfermedades, así como la ampliación y mejora de la capacidad de atención de los establecimientos de salud con mejor infraestructura, equipamiento y recursos humanos de calidad con enfoque intercultural. (5)

La Agenda Patriótica 2025 tiene como objetivo construir un modelo social, económico y estatal basado en la diversidad y en lo plurinacional, para lograr el Vivir Bien. Se articula a través de 13 pilares, el 3er. pilar relacionado con la salud, educación y deporte. El sector salud, plantea la erradicación de la pobreza y de la exclusión social, eliminación de la discriminación, marginación y explotación, a partir de la provisión de servicios básicos (salud, educación, agua, etc.). (14)

La Política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI) a través del Decreto Supremo 29601, establece contribuir en la mejora de las condiciones de vida de la

población con la eliminación de la exclusión social para el acceso efectivo a los servicios integrales de salud, reivindicar, fortalecer y profundizar la participación social efectiva en la toma de decisiones en la gestión de la salud y brindar servicios de salud que tomen en cuenta a la persona, familia y comunidad, además de aceptar, respetar, valorar y articular la medicina biomédica y la medicina tradicional. (11)

La estrategia de la SAFCI es la Promoción de la Salud, consiste en la implementación de un proceso político de movilización social continua, con el cual el equipo de salud se involucra con los actores sociales fortaleciendo su organización y movilización, para responder a la problemática de salud y sus determinantes para lograr el Vivir Bien en relación directa con el estado de bienestar general, estrategia basada en sus cuatro medios de intervención: Reorientación del Servicio, Educación para la Vida, Movilización Social y Alianzas Estratégicas. (11)

Es importante señalar que la SAFCI, tiene dos modelos: El modelo de atención y Participación Comunitaria. Los cuatro principios de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural que guían el accionar del Sector Salud y del Ministerio de Salud son la Participación Comunitaria, la Intersectorialidad, la Interculturalidad y la Integralidad. es la capacidad de las comunidades urbanas y rurales en la toma de decisiones para identificar y priorizar sus necesidades y problemas en la toma de decisiones mediante su estructura representativa legítima, para la planificación, ejecución administración y control (seguimiento, supervisión y evaluación) de los planes, programas y proyectos de desarrollo integral comunitario en salud, en corresponsabilidad con el sector salud para consolidar una visión nacional de acuerdo con intereses colectivos y no sectoriales o corporativos, a partir de su involucramiento autónomo y organizado en el proceso de Gestión Participativa y Control Social en Salud, con el fin de lograr sostenibilidad de las acciones emprendidas. (11)

Por otra parte el año 2013, se implementa la Guía para la Vigilancia de la Mortalidad Perinatal y neonatal, para fortalecimiento del sistema de salud e información en el primer nivel de atención con la participación de la comunidad, y a su vez de mejorar la calidad de información de los hospitales, que permita contribuir a reducir la mortalidad. (6)

En el ámbito de la salud materna, se implementa el año 2014 la Norma Nacional del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Mortalidad Materna, con la finalidad de obtener información real de las muertes y plantear estrategias de carácter preventivo y correctivo para la toma de decisiones locales, que permitan revertir las circunstancias adversas a nivel personal, familiar, comunidad, red de servicios y establecimientos de salud. (7)

4.- ANALISIS DEL PROBLEMA

La mortalidad materna, es un grave problema de salud pública que afecta a la mayoría de países en vías de desarrollo del mundo, tiene un gran impacto familiar, social y económico. Las complicaciones del embarazo y el parto son las causas principales de muerte entre mujeres en edad reproductiva. Según la OMS muerte materna es la defunción de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la culminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debido a cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales ni incidentales. (2)

El Estudio Nacional de Mortalidad Materna del año 2011 reportó 538 mujeres que murieron a consecuencia de complicaciones durante el embarazo, parto y post parto. De éstas, 502 fueron registradas por el Estudio y 36 fueron detectadas por el Sistema Nacional de Vigilancia de la Muerte Materna. Una significativa mayoría de estas muertes se consideran que fueron evitables. La Razón de Mortalidad Materna (RMM) asciende a 160 por 100,000 nacidos vivos, siendo que los Departamentos de La Paz, Potosí y Cochabamba presentan las razones de muerte materna más

altas de Bolivia, estando éstas por encima del promedio nacional. Las principales causas directas de muerte materna identificadas en el 2011 continúan siendo las mismas que fueron registradas el 2000. En nuestro país, si bien se realizaron esfuerzos para reducir la mortalidad materna aun no se ha logrado los resultados esperados, ya que se tienen los índices más altos de América Latina y el Caribe ⁽¹⁾

Por otra parte, según la ENDSA 2008 la tasa de mortalidad perinatal es de 29 defunciones por mil embarazos de siete o más meses de duración, ligeramente inferior a la estimada con la ENDSA 2003: 31 por mil. Entre las características analizadas el nivel educativo de las madres constituye el principal factor diferenciador de los niveles de mortalidad perinatal: 72 por mil en mujeres sin educación, frente a 17 por mil en mujeres con educación superior. ⁽³⁾

En cuanto a la mortalidad neonatal se mantiene, no hay un incremento ni un descenso desde 2003, reportándose una mortalidad neonatal de 27 por cada mil nacidos vivos. Según la OMS el objetivo es llegar a 10 por cada mil nacidos vivos, la causa más alta de riesgo para muerte neonatal y post neonatal en un 35% son las complicaciones de la prematurez, infecciones neonatales 27%, relación con el trabajo de parto 23%, anomalías congénitas 9% y otras 6%. La tendencia de la reducción de la mortalidad neonatal entre la ENDSA 2003 y 2008 nos muestra estacionaria, no habiendo ninguna modificación en la tasa de mortalidad neonatal en el último quinquenio. La tasa se ha mantenido en 27 por 1.000 nacidos vivos. ⁽³⁾

Con seguridad esta información hace suponer que los datos dentro del Municipio de El Alto y de la Red de Salud Corea estén por encima del promedio nacional. Debido a que se cuenta con un sistema de información local difuso, de tecnología poco apropiado influido por las condiciones socio-económicas que le caracterizan al sector, bajos niveles de instrucción, elevado número de hijos, extrema pobreza, aspectos culturales, etc., factores que incrementan el riesgo de muerte, eventos que no pueden ser identificados por el sistema de información.

Se tiene una muestra de lo que acontece en el Hospital Municipal Modelo Corea, según datos de las gestiones 2013 y 2014, la tasa de mortalidad perinatal se incrementó de 24 a 27 por 1000 nacidos, siendo la mortalidad fetal intrauterina la más alta, la cual también se incrementó de 20 a 22 por 1000 nacimientos, comparada con la mortalidad neonatal temprana que en las dos gestiones llega solo a 4 por 1000 nacidos vivos, lo que claramente identifica deficiencias en la vigilancia de las mujeres gestantes. (4)

La mayoría de las muertes maternas son evitables, las intervenciones en salud pública para prevenir o tratar las complicaciones son identificadas, todas las mujeres necesitan acceso a la atención prenatal durante la gestación, atención especializada durante el parto y apoyo en las primeras semanas posterior al parto. Es importante que todos los partos sean atendidos por profesionales en salud especializados, puesto que la conducta clínica apropiada y el tratamiento oportuno pueden suponer la diferencia entre la vida y la muerte.

Frente a esta problemática, a través del Proyecto se plantean estrategias fundamentales en el ámbito de la promoción de la salud, generando capacidades para los cuidados relacionados con la salud de la embarazada, madre y recién nacido, la toma de decisiones saludables y el acceso oportuno a la atención en los servicios de salud para el control de peso, seguimiento de la presión arterial, el acceso a exámenes de gabinete y laboratorio, que de alguna manera permita mejorar la atención a las mujeres en etapa de gestación y durante el parto prevenir situaciones de riesgo.

Por lo tanto, es necesario implantar procesos de control de la efectividad, eficiencia, accesibilidad, adecuación, calidad científico-técnica y satisfacción de las mujeres en los controles prenatales, demandas de la oferta de servicios del personal de salud, para disminuir el riesgo de muertes fetales, perinatales y neonatales, que de acuerdo a datos obtenidos del Hospital Municipal Modelo Corea en su mayoría están relacionados con la condición de la madre inclusive antes de

la gestación, facilitar el acceso a la consulta, disminuir el tiempo de atención en la emergencia, con el propósito de fortalecer la organización técnico administrativo.

5.- JUSTIFICACION DEL PROYECTO

Bolivia es un país multiétnico, con una población de 10.059.856 habitantes según datos del Censo 2012, experimenta el crecimiento de su población con el 1,56%. En 2015, la esperanza de vida en Bolivia llega a 71,3 años: 68,1 años para los hombres y 74,6 años para las mujeres se estima que el 2025 llegará a 76,1 años. (12)

El Municipio de El Alto es la segunda ciudad más poblada después de Santa Cruz cuenta con 848. 452 habitantes, cuya población es altamente joven. En el período intercensal 2001-2012, la población en edad de trabajar muestra una tendencia positiva al incremento, se constituye en un lugar estratégico para el asentamiento de los emigrantes de área rural por diversas situaciones, su población se identifica en su mayoría como aymara, en cuanto a su mercado laboral del 100% de los alteños, 29,3% se dedica al comercio y reparación de vehículos y 20,6%, a la industria manufacturera. (12)

El Alto comprende 14 Distritos incluyendo los rurales Distritos 9, 10 y 11, en cada una de ellas residen diferente cantidad de habitantes. En la siguiente tabla detalla la distribución de habitantes por distrito:

N°	DISTRITO	Nro DE HABITANTES
1	Distrito 1	87.997
2	Distrito 2	73.939
3	Distrito 3	144.828
4	Distrito 4	107.147
5	Distrito 5	104.226
6	Distrito 6	90.538
7	Distrito 7	44.535
8	Distrito 8	121.843
9	Distrito 9	1.720
10	Distrito 10	785

11	Distrito 11	1.081
12	Distrito 12	19.816
13	Distrito 13	2.085
14	Distrito 14	47.912
	TOTALES	848.452

Fuente: INE 2015

Existen aun familias que viven en condiciones de hacinamiento, y viviendas que no cuentan con servicios básicos, particularmente en las zonas periurbanas, por lo que se evidencian profundas inequidades, existen grandes diferencias en cuando al grado de instrucción, siendo que reducidos grupos de la población ha alcanzado el nivel de secundario y profesional. Situaciones que han llevado a la perdida de la solidaridad, que se expresa de manera intolerante en el aumento de la violencia intrafamiliar, el incremento de abuso sexual de menores y otros problemas relacionados con la salud de las mujeres.

En cuanto a la salud materna, es importante señalar que según el CENSO 2012, del total de mujeres embarazadas, 63,5% atendió su parto en un establecimiento de salud, 34,6% dio a luz en su domicilio y 1,9%, en otro lugar. Teniendo un porcentaje considerable mujeres que no acceden a partos institucionalizados. (12)

Los Distritos 2, 3 y 12 correspondiente a la Red de Salud Corea, se constituye en un sector que tiene origen indígena aymara con una población laboriosa, que a pesar de las adversidades cotidianas luchan por forjar una mejor vida, dado el contexto de inseguridad ciudadana, bajo nivel de instrucción, falta de oportunidades en el empleo, violencia y de injusticia social particularmente por situaciones de mortalidad materna, perinatal, neonatal y deficiente infraestructura de servicios asistenciales.

Por lo que es importante la organización de la comunidad y del personal de salud, no solo para la identificación de eventos de mortalidad, sino también para el análisis de las causas de estas muertes y su posterior acción en la prevención de

las mismas. Los actores sociales cumplen un rol activo y muy importante al identificar mujeres embarazadas, detectar muertes maternas, fetales y neonatales ocurridas en los hogares, información que ha permanecido oculta hasta el momento. Por ello es fundamental, el empoderamiento de las organizaciones sociales y de las mujeres para reconocer señales de peligro en el embarazo, parto, puerperio y en el recién nacido.

Se considera que la muerte materna, fetal intrauterina y neonatal, conlleva muchas enseñanzas no solo para el personal de salud, sino también para la comunidad, porque no es suficiente el proceso de capacitación y conocer la causa biológica de muerte sino también las causas sociales y el análisis de estos eventos para permitir disminuir el riesgo de muerte, asimismo se podrán identificar las fortalezas y debilidades de los servicios de salud de I y II Nivel de Atención, para ser corregidas e implantar modelos de intervención técnica en la oferta de servicios a este grupo poblacional.

6.- ANÁLISIS DE ACTORES

Se realiza el análisis de actores con el propósito de establecer estrategias de trabajo entorno a los objetivos planteados.

6.1. BENEFICIARIOS DIRECTOS

- **5.644 mujeres embarazadas y 5.424 partos esperados** para el año 2016 en los Distritos Municipales correspondientes a la Red de Salud Corea. por el beneficio de tener un parto seguro satisfecho de acuerdo a sus costumbres, creencias o como ellas conocen y con respecto a sus derechos como embarazadas.
- **Personal de 20 Establecimientos de Salud**, con participación en los procesos de capacitación y actualización de enriquecimiento de experiencias y conocimientos, para contribuir a reducir la mortalidad materna infantil, disminuir los partos domiciliarios y reducir las complicaciones en la madre y

el recién nacido, mejorando el grado de satisfacción de la usuaria en la atención del parto institucional.

6.2. BENEFICIARIOS INDIRECTOS

- **Mujeres en edad reproductiva y en etapa de gestación** de 15 a 49 años de edad, representada por 68.854 mujeres en edad fértil
- **Familias y población** de las áreas de influencia correspondientes a los Establecimientos de Salud ubicados en los Distritos 2, 3 y 12 de la Red Corea.
- **Municipio de El Alto y Red de Salud Corea**, por la implementación y cumplimiento de los programas de salud emanadas por el Ministerio de Salud y fortalecimiento a la capacitación permanente de los recursos humanos en el marco de las políticas nacionales de salud

6.3. Oponentes

- Autoridades Comunitarias e instituciones que no se involucran con la problemática, no priorizan, no aportan y no participan de los procesos de sensibilización y capacitación.
- Continuo cambio de personal jerárquico de las Instituciones y servicios de salud que debilita el impacto positivo de la iniciativa.
- Algunos profesionales y servidores de los Establecimientos de Salud que no contribuye al desarrollo del Proyecto.

6.4. AFECTADOS

- Mujeres en edad fértil y mujeres gestantes vulnerables en situación de extrema pobreza, procedentes de zonas rurales que no accede a información y capacitación.

- Familias y comunidades migrantes del área rural basados en sus costumbres y tradiciones, arriesgan la vida de las madres en el parto domiciliario con consecuencias de complicaciones y muertes maternas, perinatales y neonatales.
- La Red de Salud Corea por la incidencia de la mortalidad materna neonatal resultado de las complicaciones del parto domiciliario.

ANÁLISIS DE INVOLUCRADOS

MUJER, FAMILIA Y COMUNIDAD:

ACTORES INVOLUCRADOS	INTERÉS SOBRE LA PROBLEMÁTICA	RECURSOS	MANDATOS	PROBLEMA PERCIBIDO
Mujeres Gestantes	Conocer la importancia sobre el control prenatal y las señales de peligro, para el parto seguro	Control y vigilancia institucional y Comunitaria	Plan Nacional Vigilancia de la Mortalidad Materna, Perinatal y Neonatal	Insuficiente vigilancia de los factores de riesgo de la mujer gestante
Familia y Comunidad	Conocer la importancia de las señales de peligro para la prevención de la Mortalidad Materna, Perinatal y Neonatal	Recurso humano de la comunidad organizada e informada	Gestión Participativa en Salud establecida mediante D.S. 29061 SAFCI	Desconocimiento de la población sobre las señales de peligro

PERSONAL DE SALUD E INSTITUCIONES:

ACTORES INVOLUCRADOS	INTERÉS SOBRE LA PROBLEMÁTICA	RECURSOS	MANDATOS	PROBLEMA PERCIBIDO
Equipo de Salud	Disponibilidad para contribuir en la vigilancia de la mujer gestante y atención de la emergencia	Recurso humano capacitado y calificado	Protocolos de atención establecidos Normas Nacionales Llenado de Carpetas Familiares	Deficiencias en el manejo técnico de la mujer gestante y del riesgo obstétrico

Gobierno Autónomo Municipal de El Alto	Mejorar la imagen político institucional	Contemplar en el POA Municipal la dotación de RRHH, Infraestructura, equipamiento, insumos y medicamentos. Apoyo técnico a RRHH inestables Pago oportuno de prestaciones a los Establecimientos de Salud	Ley de Municipalidad Ley de Autonomía	Deficiencias en el manejo técnico administrativo del Municipio hacia los Servicios de Salud Insuficiente RRHH deficiencias en infraestructuras y apoyo logístico
Servicio Regional de Salud El Alto	Fortalecer los programas nacionales prioritarios y la imagen rectora institucional	Gestión de personal capacitado para atención de emergencias	Plan Nacional Vigilancia de la Mortalidad Materna, Perinatal y Neonatal	Insuficiente personal de Salud capacitado en el manejo de Emergencia Obstétrica y mal manejo de protocolos
Organizaciones No Gubernamentales	Apoyo a los programas prioritarios nacionales	Apoyo económico, material logístico y de recursos humanos	Visión y Misión constituidos que pueden facilitar al apoyo a los programas	Falta de capacidad gerencial para mejorar los niveles de coordinación con las ONGs

➤ **MAPEO: IMPORTANCIA**

A FAVOR

+1 Aliados (Control Cercano) <ul style="list-style-type: none"> ➤ Personal de los Centro de Salud especializado ➤ Personal del Proyecto Mi Salud 	+2 Simpatizantes (Movilizar Interés apoyo) <ul style="list-style-type: none"> ➤ Autoridades Locales de Salud ➤ Comités Locales de Salud ➤ Informantes Comunitarios/as 	Alto Poder
+3 Apoyos (Mantener Implicados y Satisfechos) <ul style="list-style-type: none"> ➤ Equipo de Gestión de la Red de Salud Corea 	+4 Amigos (Mantener Informados) <ul style="list-style-type: none"> ➤ Líderes y Representantes de las Instituciones y Organizaciones 	Bajo Poder
Alto Riesgo	Bajo Riesgo	

EN CONTRA

-1 Enemigos (Control cercano) ➤ <i>Gobierno Autónomo Municipal El Alto</i>	-2 Obstaculizadores (Monitoreo) ➤ <i>Personal de los Centros de Salud</i> ➤ <i>Personal Proyecto Mi Salud</i>	Alto Poder
-3 Adversarios (Persuadir) ➤ <i>Mujeres en edad fértil, entorno familiar y comunidad</i>	-4 Críticos (informar) ➤ <i>Ex Autoridades</i>	Bajo Poder
Alto Riesgo	Bajo Riesgo	

7.- CONTEXTO O LUGAR DE INTERVENCIÓN

La ciudad de El Alto se encuentra ubicada a 12 Km. del centro de la ciudad de La Paz, en la meseta del Altiplano norte del Departamento de La Paz y al noreste del territorio de la República de Bolivia, al pie de la Cordillera de La Paz y de la Cordillera Oriental. A una altura de 4.500 m.s.n.m. Geográficamente se encuentra en el territorio del Departamento de La Paz, en la cuarta sección de la Provincia Murillo, está vinculada a través de vías de comunicación terrestre y aérea con el resto de las ciudades de Bolivia.

La propuesta se realizará; específicamente en el área de influencia de 20 Establecimientos de Salud correspondiente a la Red de Salud Corea del Servicio Regional de Salud El Alto, ubicada al centro sur este del Municipio de El Alto, abarca los Distritos 2, 3 y 12, limita al norte con la Red de Salud Los Andes, al este con la Red de Salud Holandés, al nor-oeste con la Red de Salud Lotes y Servicios, al sur con el Distrito 8 de la Red de Salud Senkata y Municipio Viacha. Cuya población asignada para la gestión 2016 es de 259.797 habitantes.

La Red de Salud Corea, se constituye en la más extensa y con el mayor Nro. de Establecimientos de Salud en comparación con las demás Redes de la ciudad de El Alto, donde se propone implantar procesos de Vigilancia de la Mujer Gestante,

con la perspectiva de contribuir en la prevención de la Mortalidad Materna, Perinatal y Neonatal de manera activa en concordancia con la Políticas Nacionales de Salud.

8.- ESTRUCTURA DE OBJETIVOS

8.1 OBJETIVO GENERAL

Establecer un Sistema de vigilancia activa de la mujer gestante en la Red de Salud Corea para reducir la mortalidad materna.

8.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Mejorar la atención y eficiencia en el manejo de emergencias obstétricas en los establecimientos de salud.
- Promover el conocimiento de la población sobre la importancia del control prenatal y la identificación de las señales de peligro durante el embarazo.
- Establecer la vigilancia de la mujer gestante a través del personal de salud y la comunidad organizada.

9.- RESULTADOS

Los resultados esperados a través de la implantación de estrategias en la vigilancia activa de la mujer gestante de la Red de Salud Corea son:

- ▶ Servicios de Salud organizados con eficiencia en el manejo de emergencias obstétricas
- ▶ Población conoce la importancia del control prenatal y reconoce las señales de peligro durante el embarazo

- ▶ Sistema de Vigilancia Institucional y Comunitaria para la protección de la Mujer gestante, basados en indicadores de ejecución, seguimiento y evaluación continúa.

10.- ACTIVIDADES

COMPONENTE 1	ACTIVIDADES
SERVICIOS DE SALUD ORGANIZADOS CON EFICIENCIA EN EL MANEJO DE EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS	1.1 Talleres técnicos de capacitación y mesas redondas de discusión realizados con el personal de salud del 1er. Nivel de atención
	1.2 Supervisión continua capacitante realizada a los Servicios de Salud del 1er. Nivel de atención
	1.3 Fortalecer la coordinación interinstitucional
	1.4 Viabilizar la dotación de recursos humanos, equipamiento, medicamentos e insumos y mejora de la infraestructura

COMPONENTE 2	ACTIVIDADES
POBLACIÓN CONOCE LA IMPORTANCIA DEL CONTROL PRENATAL Y RECONOCE LAS SEÑALES DE PELIGRO DURANTE EL EMBARAZO	2.1 Educación comunitaria de impacto a través de talleres y sesiones de capacitación
	2.2 Elaboración de afiches trípticos, banners sobre la importancia del control prenatal y señales de peligro durante el embarazo
	2.3 Talleres de Capacitación y sensibilización a las autoridades locales.

COMPONENTE 3	ACTIVIDADES
EXISTE VIGILANCIA TÉCNICA INSTITUCIONAL Y COMUNITARIA DE LA MUJER GESTANTE	3.1 Talleres de capacitación en el manejo, llenado de los formularios establecidos para la vigilancia activa de la mujer gestante.
	3.2 Talleres de capacitación para la notificación inmediata en casos de muerte materna, perinatal y neonatal,

	llenado de la Autopsia Social y verbal.
	3.3. Monitoreo y seguimiento a la implantación de la vigilancia de la mujer gestante.

11.- INDICADORES POR LA ESTRUCTURA DE OBJETIVOS

- **100%** del personal maneja y refiere oportunamente la emergencia Materna – Perinatal - Neonatal
- **80%** de la población gestante que asiste a los Servicios de Salud reconoce las señales de peligro.
- **90%** del personal Institucional y/o Informantes Comunitarios/as logran establecer un sistema de vigilancia de la mujer gestante.

12.- FUENTES DE VERIFICACIÓN

Conforme al contenido del Marco Lógico los medios o fuentes de verificación son los testimonios de los involucrados en las supervisiones, talleres, reuniones, foros, mesas redondas, intervenciones, actas, fotos y otros, que a continuación se describen:

COMPONENTE 1

SERVICIOS DE SALUD ORGANIZADOS CON EFICIENCIA EN EL MANEJO DE EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS

ACTIVIDADES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN
1.1 Talleres técnicos de capacitación y mesas redondas de discusión realizados con el personal de salud	Lista de personal capacitado Consolidado de calificaciones de los test aplicados a los participantes en las actividades
1.2 Supervisión continua capacitante realizada a los Servicios de Salud	Cronograma de supervisiones Informes Técnicos Actas Instrumentos de Supervisión
1.3 Fortalecer la coordinación	Cronograma de reuniones

interinstitucional	Actas Acuerdos – Resoluciones Invitaciones
1.4 Viabilizar la dotación de recursos humanos, equipamiento, medicamentos e insumos y mejora de la infraestructura	Solicitudes y requerimientos Actas Acuerdos

COMPONENTE 2

POBLACIÓN CONOCE LA IMPORTANCIA DEL CONTROL PRENATAL Y RECONOCE LAS SEÑALES DE PELIGRO DURANTE EL EMBARAZO

ACTIVIDADES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN
2.1 Educación comunitaria de impacto a través de talleres y sesiones de capacitación	Lista de participantes Actas Fotografías Informes
2.2 Elaboración de afiches trípticos, banners sobre la importancia del control prenatal y señales de peligro durante el embarazo	Material elaborado Planillas de material distribuido Existencia de banners en salas de espera de los Establecimientos de Salud
2.3 Talleres de Capacitación y sensibilización a las autoridades locales	Lista de los participantes capacitados Compromisos firmados de autoridades locales

COMPONENTE 3

EXISTE VIGILANCIA TÉCNICA INSTITUCIONAL Y COMUNITARIA DE LA MUJER GESTANTE

ACTIVIDADES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN
3.1 Talleres de organización de funciones en el manejo de instrumentos para la vigilancia activa de la mujer gestante	Listas de asistencia y de aprobación del test de conocimientos post taller de capacitación. Actas e informes técnicos
3.2 Capacitación continua para la notificación inmediata en casos de muerte materna, perinatal y neonatal	Listas de asistencia y de aprobación del test de conocimientos post taller de capacitación.
3.3. Monitoreo y seguimiento a la implementación de la vigilancia de la mujer gestante	Cuadro de monitoreo notificación mensual de mujeres gestantes y casos de MPN por los informantes y E.S. Formularios de seguimiento y supervisión llenados en los E.S. Actas de seguimiento - Compromisos

13.- SUPUESTOS

Los supuestos que se detallan a continuación son los formulados durante la elaboración del proyecto; representan la probabilidad de éxito del proyecto.

COMPONENTE 1

SERVICIOS DE SALUD ORGANIZADOS CON EFICIENCIA EN EL MANEJO DE EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS

ACTIVIDADES	SUPUESTOS
1.1 Talleres técnicos de capacitación y mesas redondas de discusión realizados con el personal de salud	El personal de salud asiste y participa en talleres de capacitación
1.2 Supervisión continua capacitante realizada a los Servicios de Salud	Personal de salud participa en las supervisiones capacitantes
1.3 Fortalecer la coordinación interinstitucional	Participación de instituciones (SUMA 161 y Hospital Corea) en reuniones del Comité de la Red
1.4 Viabilizar la dotación de recursos humanos, equipamiento, medicamentos e insumos y mejora de la infraestructura	Efectuadas las coordinaciones con las instancias correspondientes

COMPONENTE 2

POBLACIÓN CONOCE LA IMPORTANCIA DEL CONTROL PRENATAL Y RECONOCE LAS SEÑALES DE PELIGRO DURANTE EL EMBARAZO

ACTIVIDADES	SUPUESTOS
2.1 Educación comunitaria de impacto a través de talleres y sesiones de capacitación	Educación de impacto que facilita la movilización de la población
2.2 Elaboración de afiches trípticos, banners sobre la importancia del control prenatal y señales de peligro durante el embarazo	Apoyo financiero del Municipio y de las Instituciones involucradas
2.3 Talleres de Capacitación y sensibilización a las autoridades locales	Las autoridades y líderes de la comunidad facilitan el proceso de capacitación /sensibilización sobre señales de peligro durante el embarazo, y socializan a sus bases

COMPONENTE 3

EXISTE VIGILANCIA TÉCNICA INSTITUCIONAL Y COMUNITARIA DE LA MUJER GESTANTE

ACTIVIDADES	SUPUESTOS
3.1 Talleres de organización de funciones en el manejo de instrumentos estadísticos para la vigilancia activa de la mujer gestante	Los participantes asisten a los talleres de organización de funciones en el manejo y llenado de formularios para la vigilancia de la mujer gestante
3.2 Capacitación continua para la notificación inmediata en casos de muerte materna, perinatal y neonatal	Informantes comunitarios/as capacitados/as y articulados a los Establecimientos de Salud para la Vigilancia y notificación
3.3. Monitoreo y seguimiento a la implementación de la vigilancia de la mujer gestante	La coordinación de Red promueve el cumplimiento de las normativas vigentes en los Establecimientos de Salud

14.- ANÁLISIS DE VIABILIDAD

El Proyecto propuesto para implantar un sistema de vigilancia a la mujer gestante en la Red de Salud Corea, es viable considerando que surge a partir de una necesidad identificada en los Servicios de Salud y en la Comunidad. Por lo que es posible implantar un sistema de vigilancia a la mujer gestante y contribuir a la disminución de los factores de riesgo de la mortalidad materna, perinatal y neonatal, enmarcados en las políticas y programas de salud prioritarios en la atención. Asimismo se cuenta con el personal de salud dependiente del SEDES para la atención permanente en los Establecimientos de Salud, lo cual permitirá la ejecución y sostenibilidad del proyecto.

En este marco el proyecto para garantizar su continuación partirá de la capacitación, sensibilización y organización gerencial del personal de salud, involucrados con la aplicación de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI) para contribuir a disminuir la exclusión social y facilitar en el acceso efectivo a los servicios integrales de salud, que fortalezca la cobertura de atención

en el control prenatal a la mujer gestante, la atención del parto institucional seguro y la disminución de los partos domiciliarios.

15.- ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD

Se realiza el análisis de factibilidad del proyecto a nivel social, cultural-Intersectorial, económico-financiero y de género, que se describen a continuación:

15.1. FACTIBILIDAD SOCIAL

Tras el proceso de capacitación y sensibilización, sobre gestión participativa en salud a las Autoridades Locales de Salud y Vigilantes Comunitarias de la Salud de los Distritos 2,3 y 12, como representantes de la comunidad identificaron la necesidad de trabajar de manera articulada con los Establecimientos de Salud. Asimismo se viene socializando los instrumentos establecidos para la notificación inmediata de casos de mortalidad materna, perinatal y neonatal, existiendo el compromiso para el llenado y remisión de los formularios en coordinación con el equipo de salud. Además de identificar mujeres gestantes que no estarían accediendo a controles prenatales y parto institucional. Por ello el Proyecto es factible existiendo la participación comunitaria que tendrá un impacto en la población en situación de vulnerabilidad.

15.2. FACTIBILIDAD CULTURAL/INTERCULTURAL

Bolivia, al constituirse en un país multiétnico y pluricultural, se caracteriza por su diversidad cultural. La población habitante del área de intervención tiene una procedencia del área rural, principalmente de origen aymara y quechua, por lo que conservan sus hábitos, costumbres, creencias y saberes, que de alguna manera influyen en el acceso y aceptación de la atención de las mujeres en edad fértil durante el embarazo, parto y después del parto en los servicios de salud. Es importante el desarrollo de habilidades y mecanismos de comunicación intercultural

entre el personal de salud y la población a partir de sus prácticas, para lograr el proceso de mejora de la salud materna.

Siendo fundamental promover una relación equilibrada y equitativa, que les permita plantear los cambios que crean necesarios o adoptar otros conocimientos para contrarrestar las barreras culturales y problemas que se interponen entre la población y proveedores de salud, que sin duda alguna influyen en la salud materna. Prácticas y conocimientos de la población que se debate entre lo que por tradición o costumbre sabe, hace y piensa y lo que por diversas mediaciones, llega a identificar como saberes y prácticas que aunque no pertenecen a su cultura, son valorados y asumidos como favorables para el cuidado de su salud. La interculturalidad más que una realidad es un deber que debe llegar a lograrse como consecuencia del respeto estricto a los derechos humanos y a la diferencia, enmarcado en la Política Salud Familiar Comunitaria.

15.3. FACTIBILIDAD ECONÓMICA

Las políticas actuales a nivel nacional, constituyen un marco normativo favorable para la factibilidad del proyecto de intervención y desarrollar actividades de acuerdo a lo establecido en el plan de ejecución.

La Ley marco de Autonomías y Descentralización establece que los Gobiernos Municipales Autónomos, tienen la atribución de formular y ejecutar participativamente el Plan Municipal de Salud y su incorporación en el Plan de Desarrollo Municipal. Por lo que se definió acciones específicas a través de la Coordinación de Red para el cumplimiento de la norma por parte del Gobierno Autónomo Municipal de El Alto. Además es importante tomar en cuenta que tiene las siguientes competencias:

Administrar la infraestructura y equipamiento de los Establecimientos de Salud de I y II Nivel de Atención. Dotar a los establecimientos de salud del primer y segundo

nivel de su jurisdicción; de infraestructura, servicios básicos, equipos, mobiliario, medicamentos, insumos y demás suministros, mantenimiento adecuado de infraestructura y equipos. Por lo tanto en lo administrativo y financiero, corresponde incluir en el POA Municipal para el desarrollo de las acciones en el ámbito de la salud.

La Coordinación de la Red de Salud Corea con la elaboración del POA 2017, 2018 y 2019, podrá desarrollar la ejecución del proyecto durante el tiempo previsto, es importante considerar que existe mayor probabilidad de factibilidad para el cumplimiento de las actividades programadas, por contar con recurso humano para el trabajo técnico y operativo en los Establecimientos de Salud dependiente del SEDES.

Por otra parte temporalmente se cuenta con Equipos del Proyecto Mi Salud, dependiente del Ministerio de Salud y personal administrativo del G.A.M.E.A. con quienes se realizará alianzas estratégicas para un trabajo coordinado en el desarrollo de los objetivos.

Para el cumplimiento de las responsabilidades de las Instituciones competentes, será importante la participación de las Autoridades Locales de Salud, quienes de acuerdo a sus atribuciones serán parte del proceso de planificación, ejecución y seguimiento a los POA s y Resoluciones de las Sub Mesas de Salud Distritales, donde se plasmen las necesidades y/o requerimientos de los Establecimientos de Salud y de la Comunidad.

Asimismo el Sistema Integral de Salud cubre los paquetes de prestación a la mujer gestante, todo dependerá de la toma de decisiones para que acudan y accedan oportunamente a los servicios y controles médicos. En ese entendido el proyecto tiene factibilidad económica.

15.4. FACTIBILIDAD DE GÉNERO

Considerando que la muerte materna conlleva a muchas consecuencias lamentables en la familia y la sociedad, por el incremento en la morbi-mortalidad infantil, desnutrición, deserción escolar, violencia y desintegración familiar. El enfoque de género estará presente en todo el proceso de implementación del Proyecto, a través de actividades de capacitación y sensibilización a las Autoridades Locales de Salud (hombres y mujeres) de los Distritos 2, 3 y 12, quienes se constituyen en actores estratégicos para incidir en la comunidad, porque tienen representatividad en las Juntas Vecinales, quienes podrán contribuir en la toma de decisiones y el ejercicio de los Derechos Sexuales y Reproductivos, para mejorar los roles de manera equitativa, que permita el acceso de las mujeres en gestación a los servicios de salud y mejorar la salud de las mujeres en edad fértil.

A partir de la identificación de sus problemas de salud, las mujeres puedan decidir sobre su propia salud, de vivir sin violencia, de cuántos hijos tener y cuándo tenerlos, para lo cual es importante que hombres y mujeres puedan establecer relaciones de equidad en el marco de sus derechos a nivel personal, familiar y particularmente en el acceso al parto institucionalizado, donde las parejas (esposos) y la familia juegan un rol importante para la toma de decisiones.

16.- ANÁLISIS DE SOSTENIBILIDAD DEL PROYECTO

El involucramiento de la sociedad, personal de salud y autoridades en la mejora de la salud materna, la participación social genera procesos de apropiación sostenibilidad por parte de los actores beneficiarios. A nivel institucional se incorporó en el Plan Operativo Anual, El conocimiento de las mujeres sobre la importancia de un parto institucional en la toma de decisiones en el momento de su parto que antes afectaban su derecho de acudir a los servicios de salud a la salud.

En ese entendido se prevé la sostenibilidad del Proyecto, desde la Coordinación técnica de la Red de Salud Corea que tiene la posibilidad de realizar el monitoreo, seguimiento y evaluación, a su vez establecer los ajustes necesarios, siendo importante el compromiso de los actores involucrados.

Por otra parte en el marco del convenio del proyecto Koica se gestionará el apoyo técnico y logístico a la OPS, para el desarrollo de capacitación y sensibilización del personal de salud y los representantes de la comunidad.

17.- IMPACTO ESPERADO DEL PROYECTO

El impacto del proyecto; está enmarcado en la prestación de servicios integrales esenciales de atención de la mujer para un embarazo saludable, parto y puerperio seguros y del recién nacido a través de la identificación y manejo de los riesgos tanto obstétricos y como perinatales, por lo tanto se contribuirá en la mejora de la calidad de atención a la mujer gestante, mayor cobertura en la atención prenatal y atención del parto institucional en los Establecimientos de Salud de la Red Corea, a su vez en el funcionamiento del sistema de referencia y contrareferencia de manera adecuada, oportuna y eficiente, para la disminución y prevención de la mortalidad materna, perinatal y neonatal.

18.- FUENTE DE FINANCIAMIENTO PARA EL PRESUPUESTO

La Coordinación Técnica de la Red de Salud Corea para la ejecución del proyecto de intervención realizará las gestiones para la inclusión en el POA Municipal, para viabilizar la asignación del 70% del presupuesto. Por otro lado, se realizará las gestiones con la Institución de cooperación OPS/OMS, a través del proyecto Koica, que permita el apoyo con el 30% restante del presupuesto, a fin de desarrollar las actividades establecidas para la vigilancia de la mujer gestante.

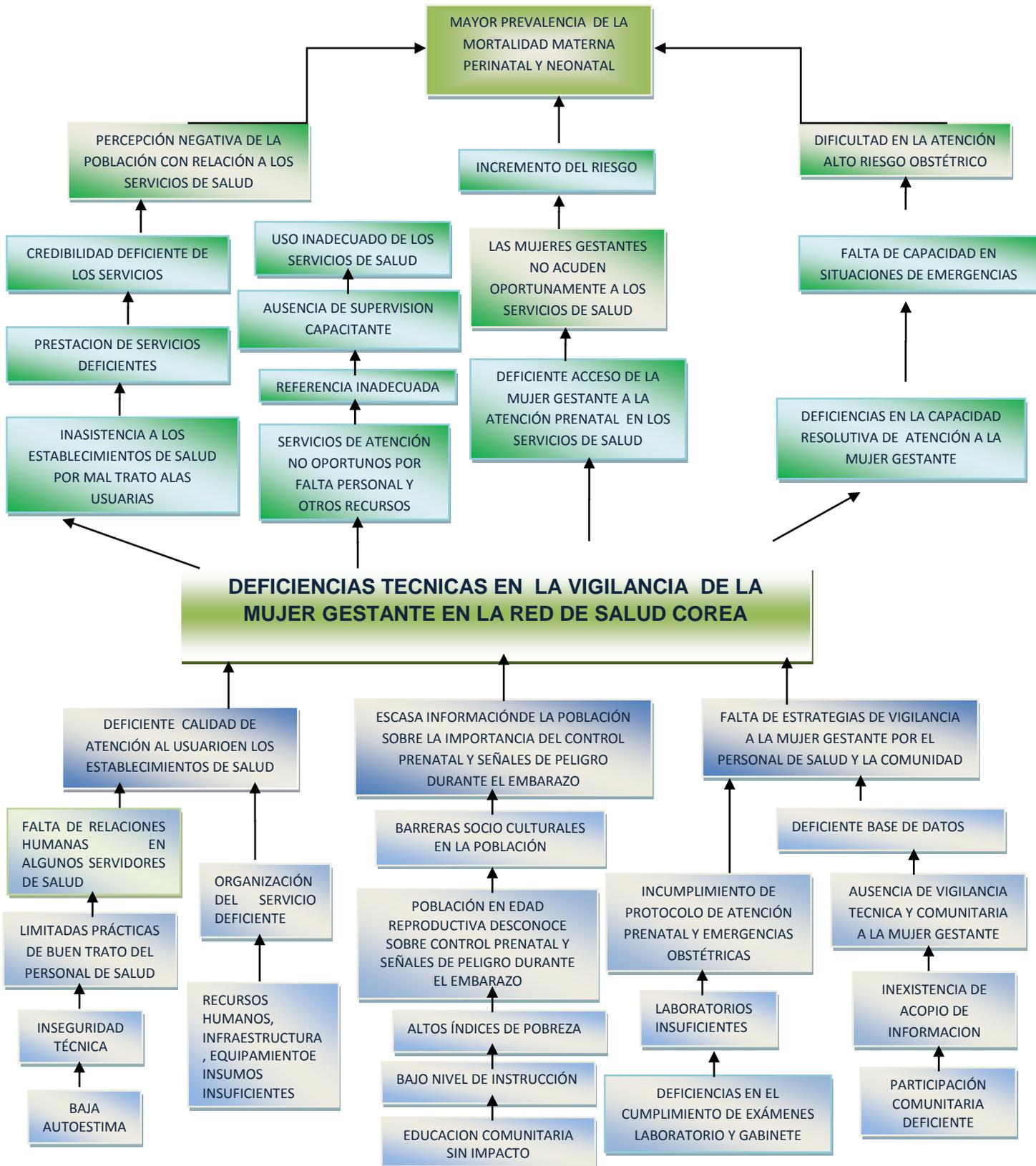
19.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud. Estudio Nacional de Mortalidad Materna Bolivia; 2011.
2. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad Materna; 2016.
3. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Demografía y Salud: Bolivia; 2008.
4. Red de Salud Corea. Sistema Nacional de Información en Salud, 2014-2015-2016-2017
5. Ministerio de Salud. Plan Sectorial de Desarrollo Integral 2016 -2020: Bolivia; 2017.
6. Ministerio de Salud y Deportes. Guía para la Vigilancia de Mortalidad Perinatal y Neonatal, documento técnico normativo del (publicación 326): La Paz – Bolivia; 2013.
7. Norma Nacional del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Mortalidad Materna, documentos técnico – normativos (publicación 328), La Paz -Bolivia, 2014.
8. Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia. Constitución Política del Estado Plurinacional: Bolivia; 2009.
9. Ministerio de Planificación del Desarrollo. Plan Sectorial de Desarrollo 2010 – 2020, “Hacia la Salud Universal”: La Paz – Bolivia; 2010.
10. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Demografía y Salud: Bolivia; 2003.
11. Ministerio de Salud y Deportes. Decreto Supremo N° 29601, Salud Familiar Comunitaria Intercultural – SAFCI: Bolivia; 2008.
12. Instituto Nacional de Estadística. Datos Demográficos: Bolivia; 2012.
13. Universidad Mayor de San Andrés – CIDES: Bolivia; 2014.
14. Ministerio de Autonomías, Unidad de Comunicación. Agenda Patriótica 2025: Bolivia; 2013.
15. Servicio Departamental de Salud La Paz, Sistema Nacional de Información en Salud, 2016
16. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Demografía y Salud: Bolivia; 2016.

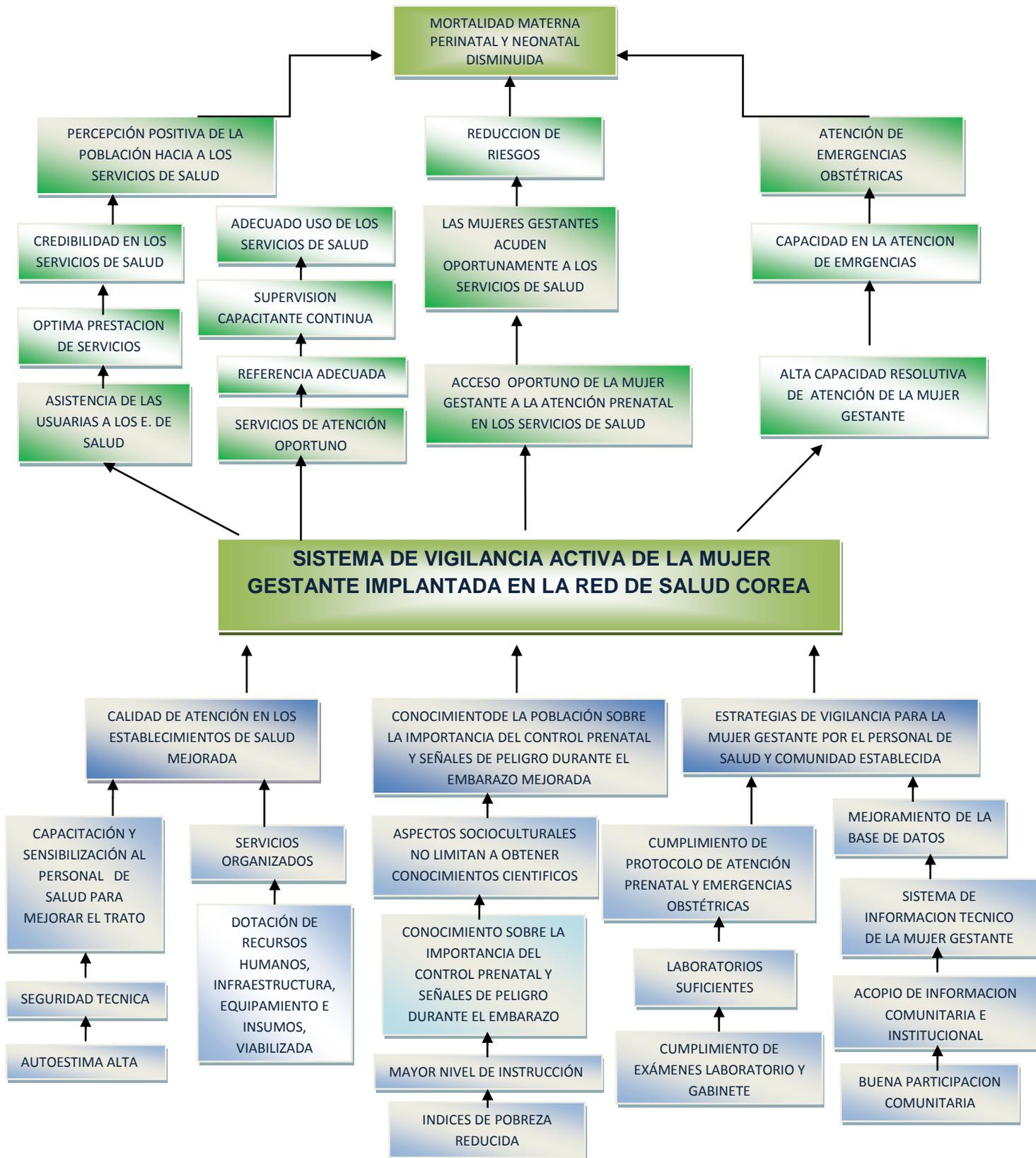
ANEXOS



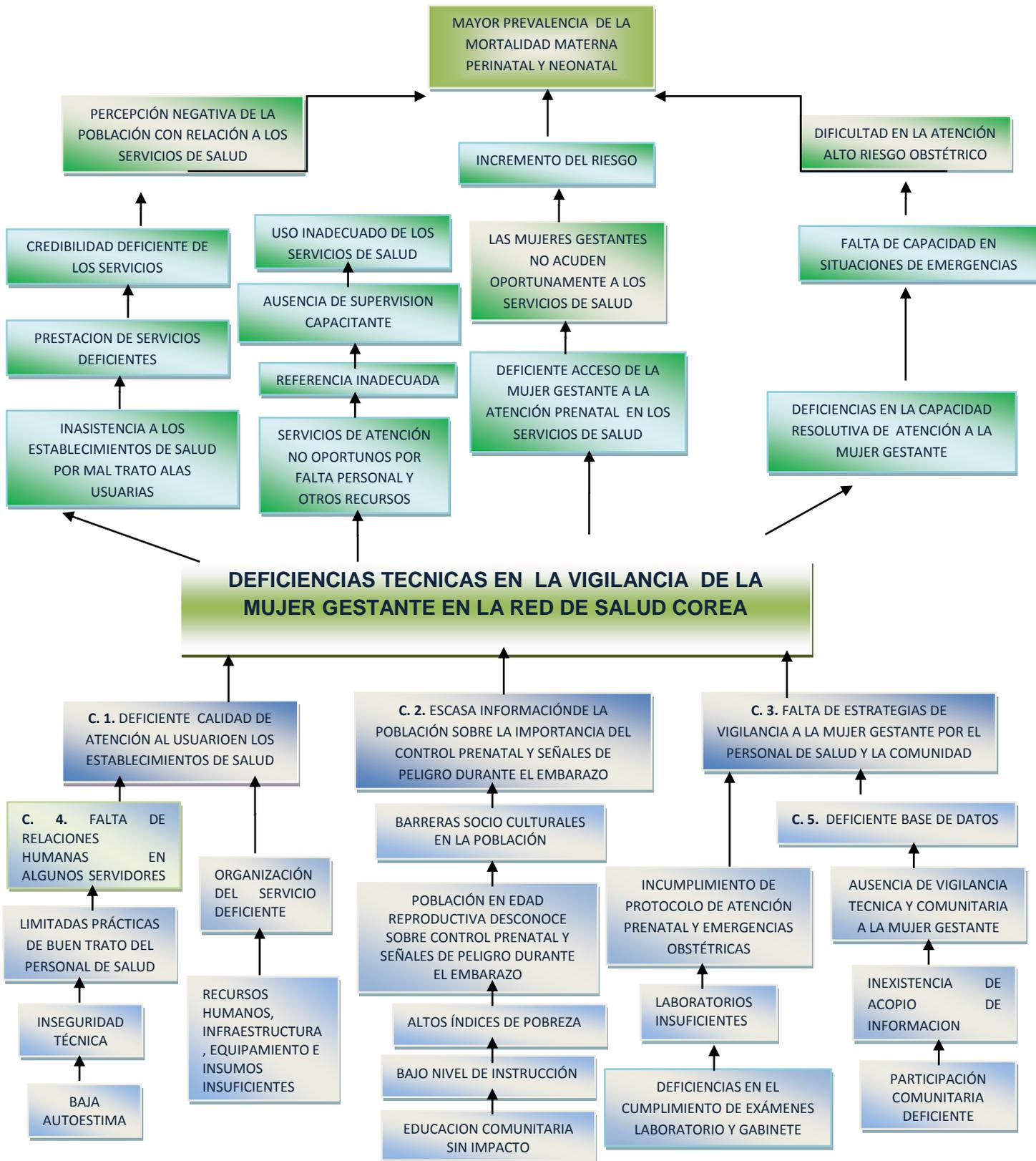
20.1. ÁRBOL DE PROBLEMAS



20.2. ÁRBOL DE OBJETIVOS



20.3. ÁRBOL DE PROBLEMAS JERARQUIZACIÓN CAUSA – CAUSA



JERARQUIZACION DEL PROBLEMA CENTRAL

0 = Ninguna
1 = Poca influencia
2 = Mediana influencia
3 = Mucha influencia

MATRIZ CAUSA -CAUSA

CAUSA	C1	C2	C3	C4	C5	SA
C1	x	3	3	3	2	11
C2	3	x	2	3	0	8
C3	3	1	x	0	3	7
C4	3	2	0	x	0	5
C5	1	0	3	0	x	4
SP	10	6	8	6	5	35

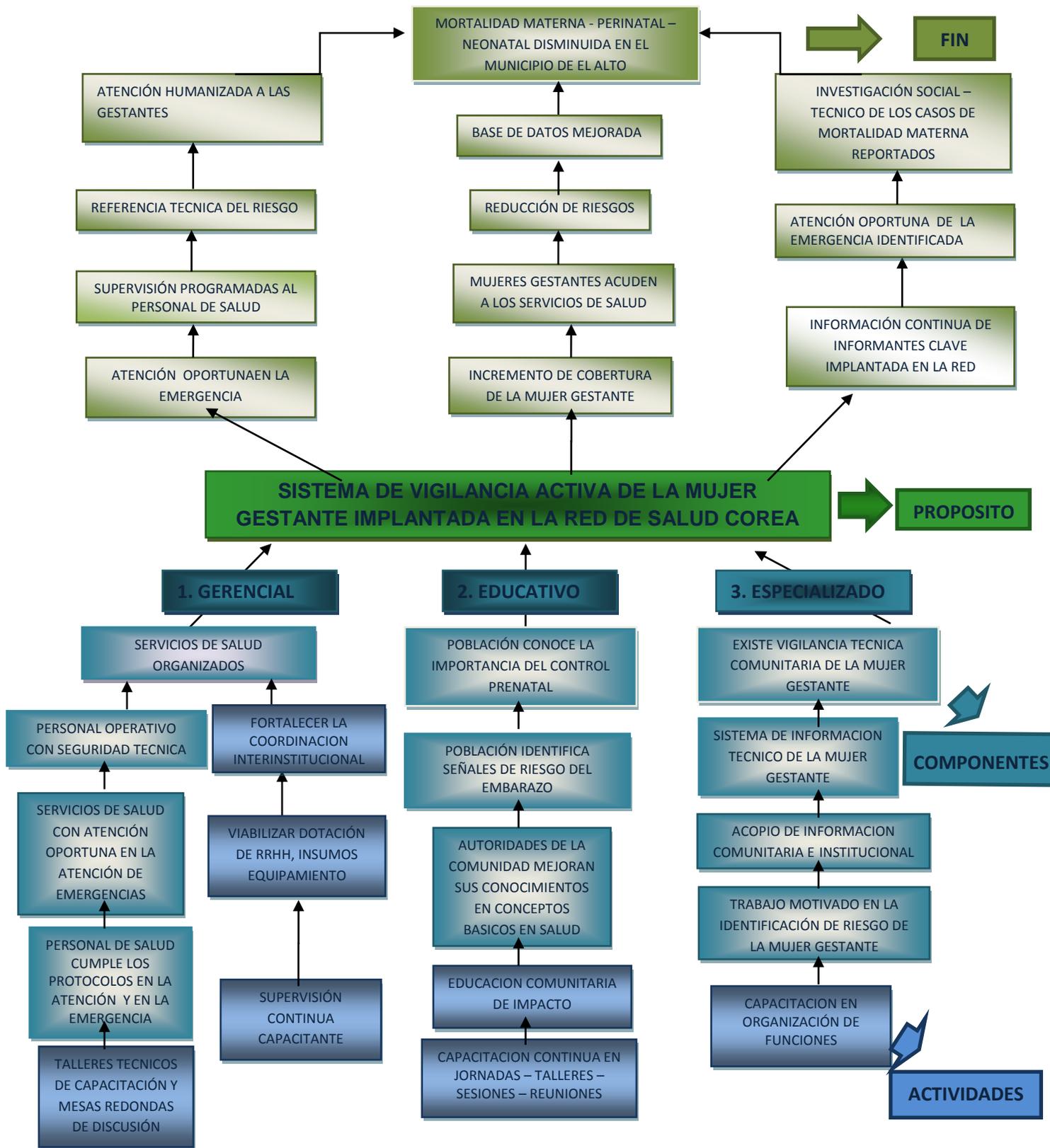
Fuente: Flavio Caruci, Elementos de Gerencia Local. ILDIS, FECS.

SA= Suma Activa

SP= Suma Pasiva

- La sumatoria activa y pasiva realizada en la matriz causa-causa, permitió seleccionar las causas más importantes, las cuales se identificó como “causas clave”, que se constituyen en objeto de las acciones destinadas a ser solucionadas durante el proceso de ejecución del proyecto.

20.4. ÁRBOL DE OBJETIVOS CON ESTRUCTURA ANALITICA DEL PROYECTO



20.5. MATRIZ DE MARCO LÓGICO

RESUMEN NARRATIVO DE OBJETIVOS	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
FIN Mortalidad Materna – Perinatal – Neonatal disminuida en el Municipio de El Alto	1º año disminuida 15 % 2º año disminuida 25 % 3º año disminuida 40%	SNIS Informes Registro de Actividades y actas Informes del Comité de mortalidad MPN	Programas, políticas de Salud en respuesta al problema y asignación presupuestaria para la vigilancia de la mortalidad
PROPOSITO Sistema de vigilancia activa de la mujer gestante implantada en la Red de Salud Corea.	Boletas de satisfacción al usuario 1º año 30% de satisfacción de la mujer gestante en el uso de los servicios de salud 2º año 60% de satisfacción de la mujer gestante en el uso de los servicios de la Red. 3º año 90% de satisfacción de la mujer gestante en el uso de los servicios de la Red.	Estadísticas epidemiológicas SNIS Revisión del perfil epidemiológico Informes técnicos secuenciales de los servicios de salud de la Red. Análisis técnico de los buzones de sugerencias.	Involucramiento de autoridades institucionales y sectores sociales en la vigilancia de la mujer gestante
COMPONENTES: 1.-Gerencial Servicios de salud organizados con eficiencia en el manejo de emergencias obstétricas 2.- Educativo Comunitario Población conoce la importancia del control prenatal y reconoce las señales de peligro durante el embarazo 3.- Especializado Existe vigilancia técnica institucional y comunitaria de la mujer gestante	100% del personal maneja Y refiere la emergencia Materna – Perinatal - Neonatal 80% de la población gestante asiste a los servicios de salud e identifica las señales de peligro. 90% del personal e informantes cumplen los procedimientos de la vigilancia de la mujer gestante	POA's – POAIS – MOF – Planes – Programas. Expediente Clínico Evaluaciones de grupo Evaluaciones personales Foros – sesiones – Informes Técnicos – listas Supervisiones – informes. Expediente clínico – Ficha Perinatal – Fichas de Referencia y Contrareferencia Fichas comunitarias e investigación	El personal de salud cumple los protocolos y normas de atención en emergencias obstétricas Población sensibilizada y con conocimientos sobre la importancia del control prenatal y señales de peligro durante el embarazo Personal de salud e informantes comunitarios involucrados y comprometidos en la vigilancia de la mujer gestante

ACTIVIDADES			
1.1 Talleres técnicos de capacitación y mesas redondas de discusión realizados con el personal de salud	100 % de ejecución de reuniones técnicas planificadas.	Lista de personal capacitado Consolidado de calificaciones de los test aplicados a los participantes en las actividades	El personal de salud asiste y participa en talleres de capacitación
1.2 Supervisión continua capacitante realizada a los Servicios de Salud	100% de la supervisiones ejecutadas en la consulta y el parto institucional	Cronograma de supervisiones Informes Técnicos Actas Instrumentos de Supervisión	Personal de salud participa en las supervisiones capacitantes
1.3 Fortalecer la coordinación interinstitucional	Reuniones bimensuales del Comité de Referencia y Contrareferencia ejecutadas al 100%	Cronograma de reuniones Actas Acuerdos – Resoluciones Invitaciones	Participación de instituciones (SUMA 161 y Hospital Corea) en reuniones del Comité de la Red
1.4 Viabilizar la dotación de recursos humanos, equipamiento, medicamentos e insumos y mejora de la infraestructura	Reuniones programadas con SEDES, Municipio y Gerencia 100%	Solicitudes y requerimientos Actas Acuerdos	Efectuadas las coordinaciones con las instancias correspondientes
2.1 Educación comunitaria de impacto a través de talleres y sesiones de capacitación	Sistema de evaluación al personal de salud e informantes comunitarios 100%	Lista de participantes Actas Fotografías Informes	Educación de impacto que facilita la movilización de la población
2.2 Elaboración de afiches trípticos, banners sobre la importancia del control prenatal y señales de peligro durante el embarazo	Material educativo elaborado al 100%	Material elaborado Planillas de material distribuido Existencia de banners en salas de espera de los Establecimientos de Salud	Apoyo financiero del Municipio y de las Instituciones involucradas
2.3 Talleres de capacitación y sensibilización a las autoridades locales	100% de capacitaciones ejecutadas	Lista de los participantes capacitados Compromisos firmados de autoridades locales	Las autoridades y líderes de la comunidad participan del proceso de capacitación y sensibilización sobre señales de peligro durante el embarazo, y socializan a sus bases
3.1 Talleres de organización de funciones en el manejo de instrumentos estadísticos para la vigilancia activa de la mujer gestante	100% de Talleres desarrollados	Listas de asistencia y de aprobación del test de conocimientos post taller de capacitación. Actas e informes técnicos	Los participantes asisten a los talleres de organización de funciones en el manejo y llenado de formularios para la vigilancia de la mujer gestante

3.2 Capacitación continua para la notificación inmediata en casos de muerte materna, perinatal y neonatal	100% de las personas capacitadas notifican la mortalidad materna, perinatal y neonatal	Listas de asistencia y de aprobación del test de conocimientos post taller de capacitación.	Informantes comunitarios/as capacitados/as y articulados a los Establecimientos de Salud para la Vigilancia y notificación
3.3. Monitoreo y seguimiento a la implementación de la vigilancia de la mujer gestante	Calidad de información en la Red 100%	Cuadro de monitoreo notificación mensual de mujeres gestantes y casos de MPN por los informantes y E.S. Formularios de seguimiento y supervisión llenados en los E.S. Actas de seguimiento Compromisos	La coordinación de Red promueve el cumplimiento de las normativas vigentes en los Establecimientos de Salud

20.. PRESUPUESTO

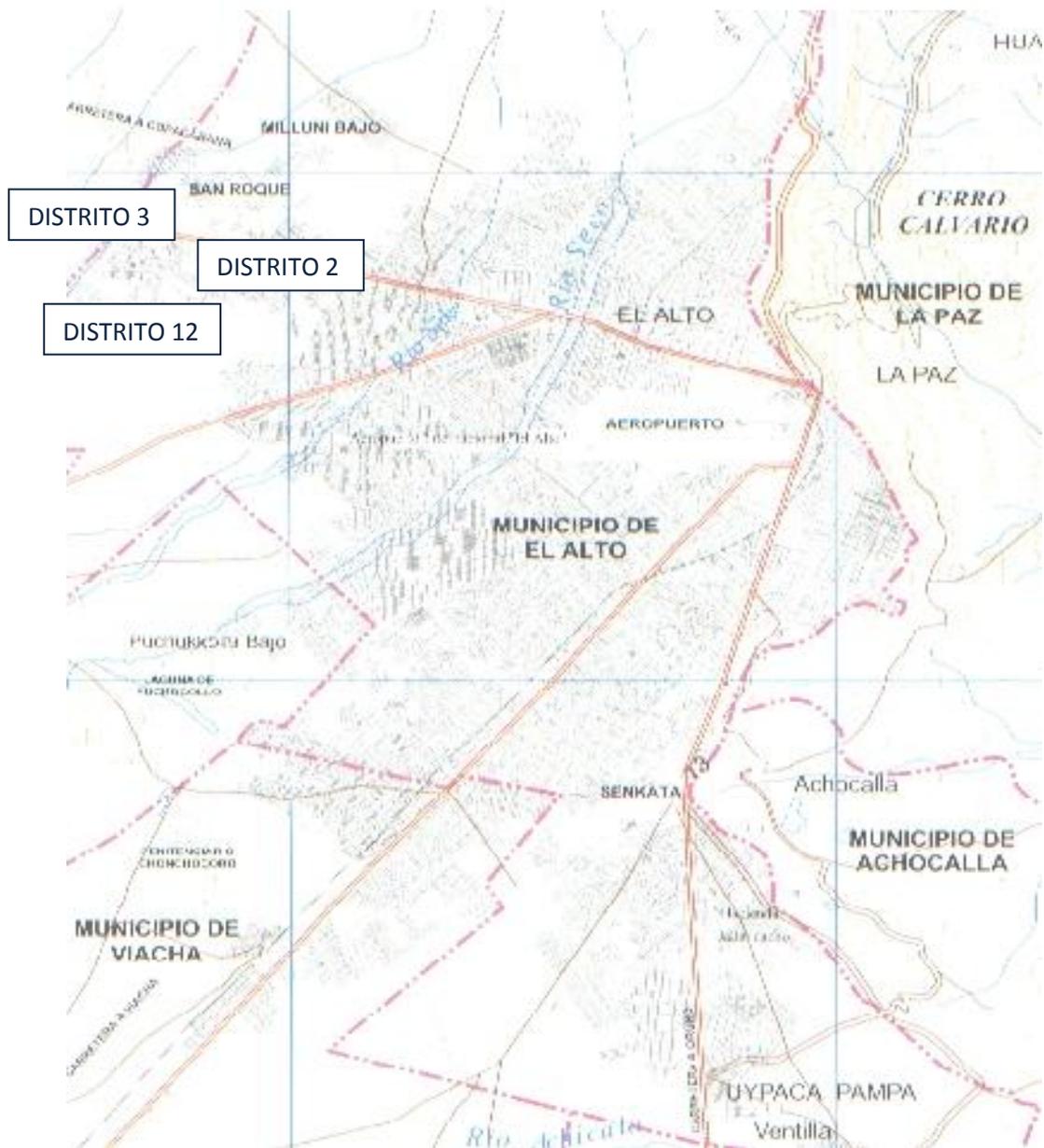
Para lograr los objetivos y desarrollar las actividades de inversión del proyecto se identifican los recursos requeridos.

ACTIVIDAD	RECURSOS		COSTO MES	TIEMPO	COSTO ANUAL
	HUMANOS	MATERIALES			
Organización y planificación		Material de escritorio		3 años	2.800
Contacto con Instituciones y autoridades involucradas		Tarjetas telefónicas		6 meses	1.250
Elaboración de material de capacitación y prevención		Material informativo Trípticos, volantes, afiches, banners		3 años	30.000
Talleres técnicos y mesas redondas con el personal de salud	1 Médico	Honorarios	5.000	12 meses	60.000
	1 Trabajadora Social	Honorarios	4.000	12 meses	48.000
Educación comunitaria a través de talleres y sesiones de capacitación		Material de escritorio Refrigerio Cámara fotográfica		3 meses	6.500
Evaluación de seguimiento		Material de escritorio		3 meses	1.500
		Refrigerios			
Evaluación final		Material impreso y de escritorio Refrigerios		2 meses	1000
Presentación de informe final		Material de escritorio		1 meses	800
Gastos administrativos		Fotocopias, transporte y otros		36 meses	24.000
TOTAL					175.850
GASTOS IMPREVISTOS					10.000
TOTAL MAS IMPREVISTOS					185.850

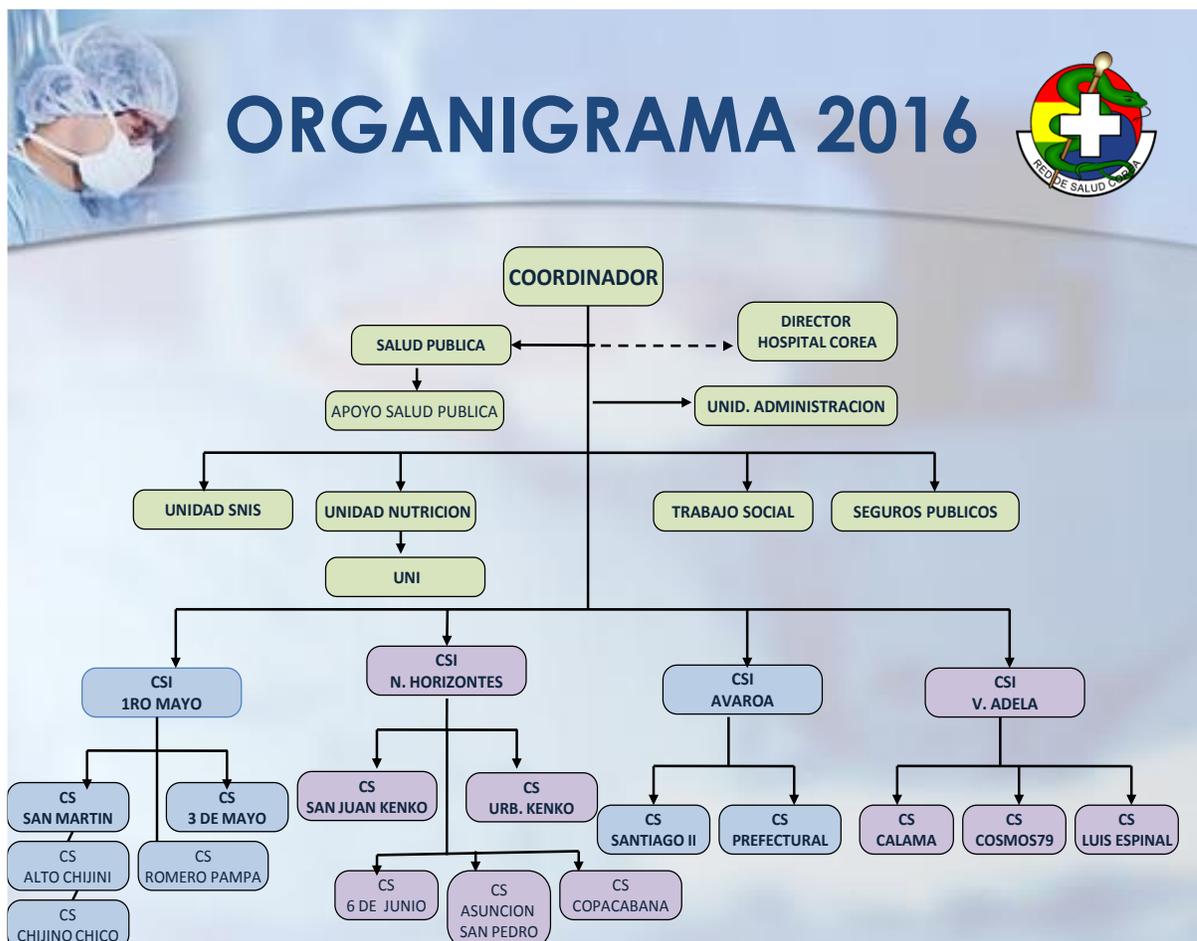
*Expresado en bolivianos

20.7. MAPAS DE UBICACIÓN DEL PROYECTO

El proyecto se efectuara en los Distritos 2,3 y 12 de la ciudad del El Alto, área de intervención de la Red de Salud Corea.



20.8. ESTRUCTURA INSTITUCIONAL



20.9. CRONOGRAMA:

ACTIVIDADES	AÑO	Año 2017				Año 2018				Año 2019			
		T 1	T 2	T 3	T 4	T 1	T 2	T 3	T 4	T 1	T 2	T 3	T 4
ORGANIZACIÓN Y PLANIFICACIÓN													
CONTACTO CON INSTITUCIONES INVOLUCRADAS													
GESTIÓN DE MATERIAL, AMBIENTE, REFRIGERIOS Y FACILITADORES PARA LAS CAPACITACIONES													
CAPACITACION Y SENSIBILIZACIÓN A AUTORIDADES INVOLUCRADAS E INFORMANTES COMUNITARIOS/AS													
TALLERES TÉCNICOS DE CAPACITACIÓN AL PERSONAL DE SALUD													
SESIONES INFORMATIVAS Y DE SENSIBILIZACION DITIGIDO A LA POBLACION META													
SUPERVISIÓN CONTINUA CAPACITANTE Y SEGUIMIENTO A LA IMPLEMENTACIÓN DE LA VMPN													
EVALUACIÓN FINAL													
SISTEMATIZACIÓN													
PRESENTACIÓN DE INFORME FINAL													

20.10. PLAN DE EJECUCIÓN DEL PROYECTO:

RESULTADOS	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	EJECUCION POR TRIMESTRES												
			1	2 (PERIODO PRINCIPAL)											3
			Año 1				Año 2				Año 3				
			T 1	T 2	T 3	T 4	T 1	T 2	T 3	T 4	T 1	T 2	T 3	T 4	
Servicios de salud organizados con eficiencia en el manejo de emergencias obstétricas	1.1. Talleres técnicos de capacitación y mesas redondas de discusión realizados con el personal de salud	Coordinador Técnico													
	1.2 Supervisión continua capacitante realizada a los Servicios de Salud	Equipo de Gestión de la coordinación de Red													
	1.3 Fortalecer la coordinación interinstitucional	Comité de MMPN de la Red Corea													
	1.4 Viabilizar la dotación de recursos humanos, equipamiento, medicamentos e insumos y mejora de la infraestructura														
Población conoce la importancia del control prenatal y reconoce las señales de peligro durante el embarazo	2.1 Educación comunitaria de impacto a través de talleres y sesiones de capacitación	Coordinador Técnico													
	2.2 Elaboración de afiches trípticos, banners sobre la importancia del control prenatal y señales de peligro durante el embarazo	Equipo de Gestión de la coordinación de Red													
	2.3 Talleres de Capacitación y sensibilización a las autoridades locales														
Existe vigilancia técnica institucional y comunitaria de la mujer	3.1 Talleres de organización de funciones en el manejo de instrumentos para la vigilancia activa de la mujer gestante (Red de Informantes)	Coordinador Técnico Comités de Vigilancia de los Establecimientos de Salud y													

gestante	3.2 Capacitación continua para la notificación inmediata en casos de muerte materna, perinatal y neonatal	Comité de Red Equipo de Gestión de la coordinación de Red																	
	3.3. Monitoreo y seguimiento a la implementación de la vigilancia de la mujer gestante																		

20.11. SISTEMA DE MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL PROYECTO

La recolección, procesamiento, análisis, presentación de resultados, plan de acción y seguimiento previsto en el proyecto, se desarrollaran de acuerdo a los siguientes pasos:

1.- RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN ESTRATÉGICA

Nº	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	PARTICIPANTES	NORMAS DEL PROCESO
1.1	Propuesta de indicadores para el Monitoreo Estratégico	Coordinador del Proyecto	Coordinador Técnico y Equipo de Gestión de la Coordinación de Red	Los indicadores programáticos serán seleccionados, actualizados y/o refrendados en forma anual por el Responsable del Proyecto, de acuerdo a las necesidades y circunstancias.
1.2	Revisar y verificar las metas			
1.3	Actualizar y ajustar los indicadores			

2.- PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN ESTRATÉGICA

Nº	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	PARTICIPANTES	NORMAS DEL PROCESO
2.1	Obtener información operativa y de gestión del proyecto	Coordinador del Proyecto	Coordinador Técnico y Equipo de Gestión de la Coordinación de Red	Los documentos se organizaran cronológicamente en un archivo, para facilitar la comprensión de indicadores y datos consolidados.
2.2	Documentar la situación actual de los indicadores			

3.- ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN Y PLAN DE MEJORA

Nº	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	PARTICIPANTES	NORMAS DEL PROCESO
3.1	Examinar los indicadores operativos y de gestión	Coordinador del Proyecto	Coordinador Técnico, Equipo de Gestión de la Coordinación de Red y Directores de los Establecimientos de Salud Comité de MMPN Red Corea	Se identificarán los problemas y se procederá a la entrega del informe de retroalimentación sobre los hallazgos encontrados.
3.2	Identificar problemas primarios y secundarios del Proyecto			La Coordinación de la Red facilitará la documentación y la obtención de la información necesaria, y su vez tomar en cuenta los datos del Plan de Acción del periodo anterior para el respectivo análisis.
3.3	Obtener información explicativa de los problemas			Se realizarán recomendaciones concretas y se plantearán soluciones en función a los problemas identificados externos e internos, en el tiempo establecido dentro del Plan de Acción.
3.4	Analizar la información obtenida y justificar			
3.5	Elaborar las recomendaciones necesarias del Proyecto			

4.- ELABORACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PLAN ACCIÓN

Nº	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	PARTICIPANTES	NORMAS DEL PROCESO
4.1	Revisión de avances y resultados	Coordinador del Proyecto	Coordinador Técnico, Equipo de Gestión de la Coordinación de Red y Directores de los Establecimientos de Salud	En base al informe de retroalimentación se elaborará el seguimiento del Plan de Acción, de manera concreta y factible en tiempos establecidos.
4.2	Analizar las alternativas de acciones y mejora			
4.3	Elaborar el Plan de Acción programando			

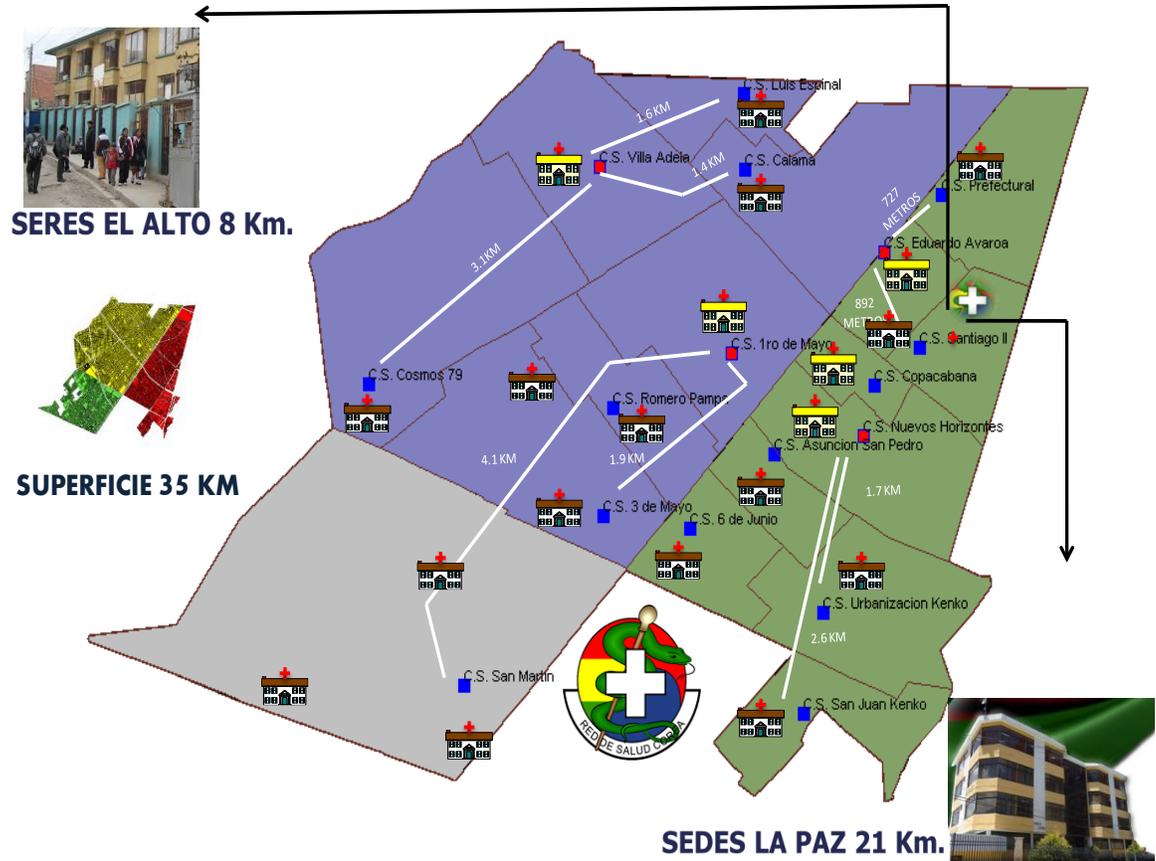
20.12. PRIORIZACIÓN DEL PROBLEMA

PROBLEMAS IDENTIFICADOS	TENDENCIA	FRECUENCIA	GRAVEDAD	DISPONIBILIDAD DE RECURSOS	VULNERABILIDAD	COHERENCIA CON LA MISION	TOTAL
Insuficiente vigilancia activa de la mujer gestante	2	2	2	1	2	2	11
Tardío acceso de la mujer gestante al control prenatal	2	1	2	1	2	2	10
Presencia de muertes maternas, perinatales y neonatales	2	1	2	1	2	1	9
Falta de estrategias para reducir el índice de embarazo en adolescentes	1	1	1	1	1	1	6

20.13. CARACTERISITICAS DE LA RED DE SALUD COREA

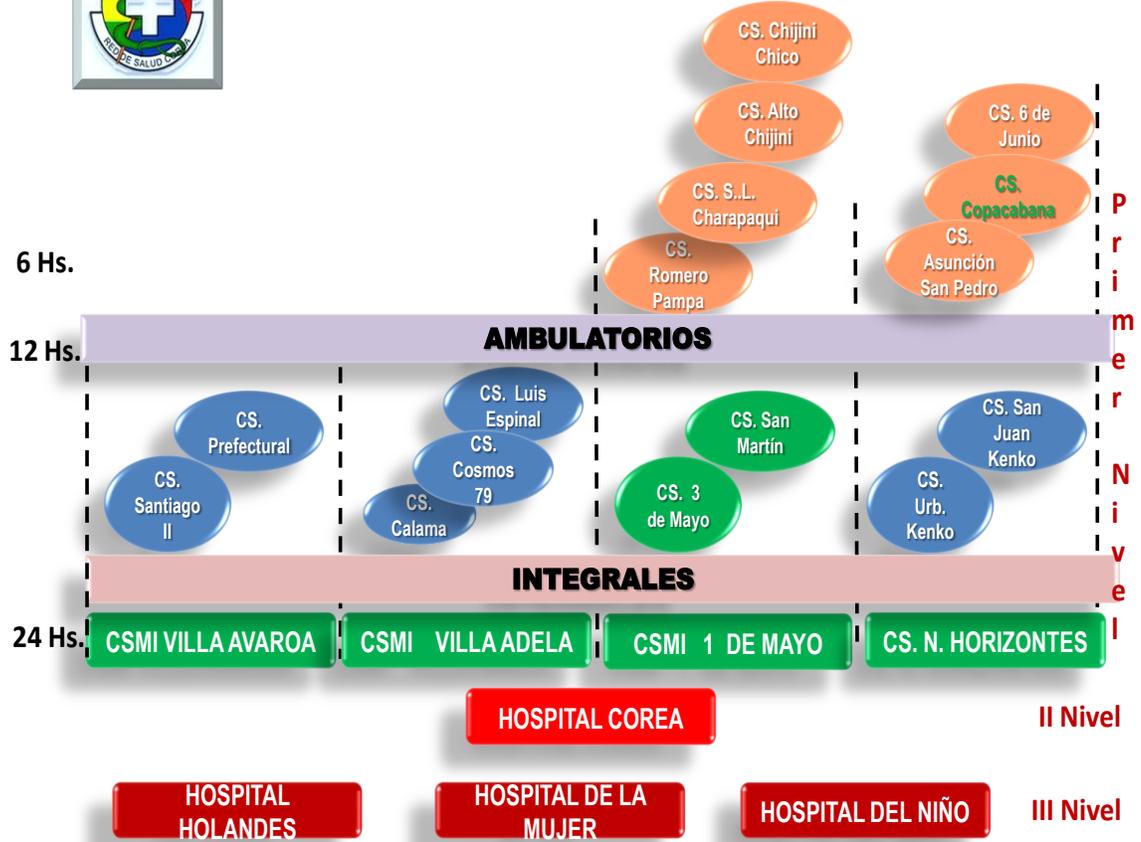
		POBLACION – GESTION 2016																		
AREAS	TOTAL	Menor de 1 año	1 año	2 años	3 años	4 años	5-9 años	10-14 años	15-19 años	20-39 años	40-49 años	50-59 años	60 y mas años	Mujeres en edad Fertil (15 a 49 años)	Embarazos Esperados	Partos Esperados	25-64 PAP	30-49 IVVA	7-9 Mujeres	7-9 varones
ESTABLECIMIENTOS	100	1.979	1.971	1.969	1.967	1.962	10.076	10.225	9.661	30.875	10.958	7.935	10.423	26.503	2.173	2.088	22.860	13.096	3.05	3.04
C.S.M.J. VILLA ADELA	30352	601	598	598	597	596	3058	3104	2932	9371	3326	2409	3164	8044	659	634	6939	3975	926	922
C.S. CALAMA	10294	204	203	203	202	202	1037	1053	994	3178	1128	817	1073	2728	224	215	2353	1348	314	313
C.S. COSMOS 79	16854	333	332	332	332	331	1698	1723	1628	5204	1847	1337	1757	4467	366	352	3853	2207	514	512
C.S. LUIS ESPINAL (EL ALTO)	10007	198	197	197	197	196	1008	1023	967	3090	1097	794	1043	2652	217	209	2288	1311	305	304
C.S. SAN SEBASTIAN	883	17	17	17	17	17	89	90	85	273	97	70	92	234	19	18	202	116	27	27
C.S. PRO MUJER COLLPANI	150	3	3	3	3	3	15	15	14	46	16	12	16	40	3	3	34	20	5	5
AREA VILLA ADELA	68540	1356	1351	1349	1348	1345	6906	7008	6622	21162	7510	5439	7144	18165	1489	1431	15668	8976	2091	2081
C.S.M.J. VILLA AVAROA	30144	596	594	593	593	591	3037	3082	2912	9307	3303	2392	3142	7989	655	629	6891	3948	920	915
C.S. PREFEKTURAL	10003	198	197	197	197	196	1008	1023	966	3088	1096	794	1043	2651	217	209	2287	1310	305	304
CENTRO MEDICO MUJER Y FAMILIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C.S. SANTIAGO II	14143	280	279	278	278	277	1425	1446	1366	4367	1550	1122	1474	3748	307	295	3233	1852	431	429
C.S. PRO MUJER SANTIAGO II	150	3	3	3	3	3	15	15	14	46	16	12	16	40	3	3	34	20	5	5
AREA VILLA AVAROA	54440	1077	1073	1072	1071	1068	5486	5566	5259	16808	5965	4320	5674	14428	1183	1137	12445	7130	1661	1653
C.S. NUEVOS HORIZONTES	20503	406	404	404	403	402	2066	2096	1981	6330	2247	1627	2137	5434	445	428	4687	2685	625	623
C.S. ASUNCION SAN PEDRO	7886	156	155	155	155	155	795	806	762	2435	864	626	822	2090	171	165	1803	1033	241	239
C.S. URBANIZACION KENKO	6000	119	118	118	118	118	605	613	580	1852	657	476	625	1590	130	125	1372	786	183	182
C.S. SAN JUAN KENKO	10256	203	202	202	202	201	1033	1049	991	3166	1124	814	1069	2718	223	214	2344	1343	313	311
C.S. COPACABANA	10802	214	213	213	212	212	1088	1105	1044	3335	1184	857	1126	2863	235	226	2469	1415	330	328
C.S. 6 DE JUNIO	7666	152	151	151	151	150	772	784	741	2367	840	608	799	2032	167	160	1752	1004	234	233
AREA N. HORIZONTES	63112	1249	1244	1242	1241	1238	6359	6453	6097	19486	6916	5008	6578	16727	1371	1318	14427	8265	1925	1917
C.S.M.J. 1RO. DE MAYO	27161	537	535	535	534	533	2737	2777	2624	8386	2976	2155	2831	7199	590	567	6209	3557	829	825
C.S.CHARAPAQUI	6015	119	119	118	118	118	606	615	581	1857	659	477	627	1594	131	126	1375	788	183	183
C.S. 3 DE MAYO	15476	306	305	305	304	304	1559	1582	1495	4778	1696	1228	1613	4102	336	323	3538	2027	472	470
C.S. ROMERO PAMPA	6000	119	118	118	118	118	605	613	580	1852	657	476	625	1590	130	125	1372	786	183	182
CLINICA JESUS OBRERO	1542	31	30	30	30	30	155	158	149	476	169	122	161	409	34	32	353	202	47	47
AREA 1RO. DE MAYO	56194	1112	1107	1106	1105	1103	5662	5746	5429	17350	6158	4459	5857	14893	1221	1173	12846	7359	1714	1714
C.S. SAN MARTIN (LPZ-EL ALTO)	14719	291	290	290	290	289	1483	1505	1422	4544	1613	1168	1534	3901	320	307	3365	1928	449	447
C.S. CHIJINI ALTO	6020	119	119	119	118	118	607	616	582	1859	660	478	627	1595	131	126	1376	788	184	183
C.S. CHIJINI BAJO	6020	119	119	119	118	118	607	616	582	1859	660	478	627	1595	131	126	1376	788	184	183
AREA SAN MARTIN	26759	529	527	527	526	525	2696	2736	2585	8262	2932	2123	2789	7092	581	559	6117	3504	816	813
POLICLINICO VILLA ADELA	17510	346	345	345	344	344	1764	1790	1692	5406	1919	1389	1825	4641	380	366	4003	2293	534	534
HOSP. CORAZON DE JESUS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HOSPITAL MUNICIPAL BOLIVIANO COREANO	259,797	5140	5119	5114	5110	5097	26178	26564	25099	80212	28467	20616	27079	68854	5644	5424	59390	34024	7925	7925
R - Corea	259,797	5,140	5,119	5,114	5,110	5,097	26,178	26,564	25,099	80,212	28,467	20,616	27,079	68,854	5,644	5,424	59,390	34,024	7,925	7,889

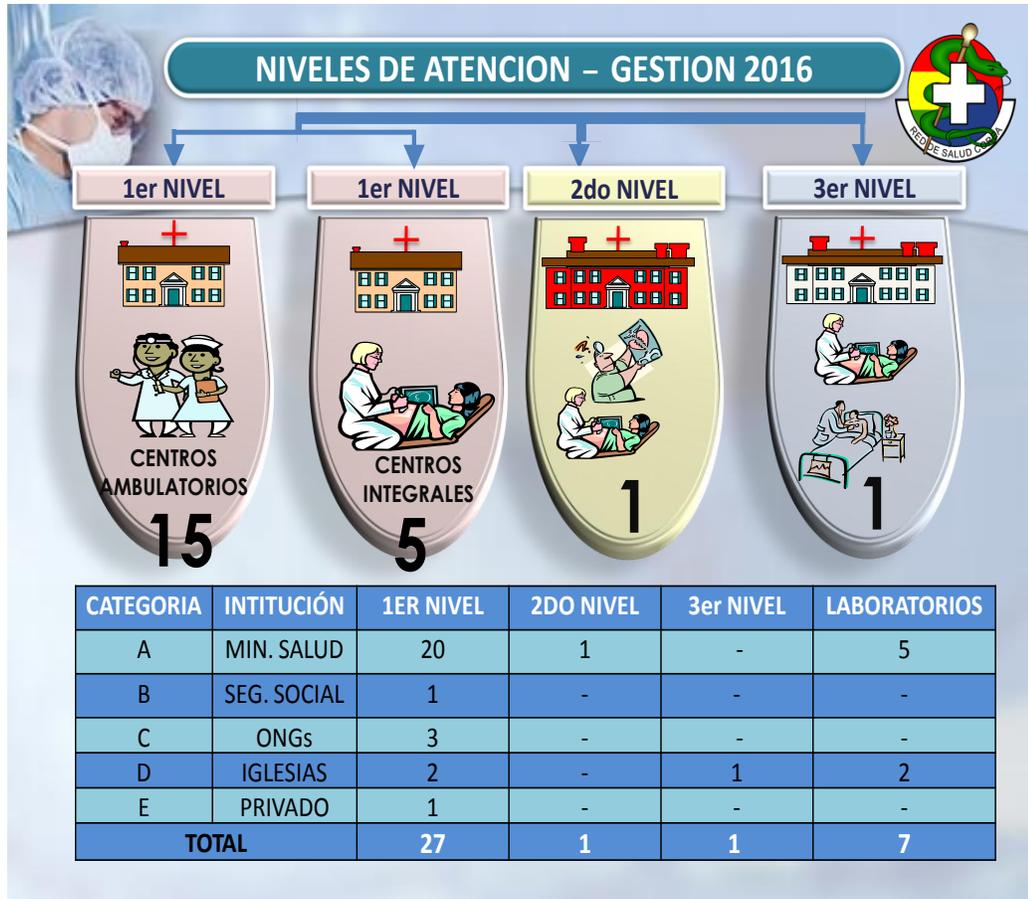
ISOCRONA DE REFERENCIA - GESTIÓN 2016





ORGANIGRAMA FUNCIONAL RED COREA





MEDIOS DE COMUNICACIÓN DE LA RED COREA

MEDIO DE TRANSPORTE	COMUNICACIÓN Y FRECUENCIA RADIAL	COMPUTADORAS
NO CUENTA CON VEHICULO PROPIO LA RED	CUENTAN 12 CENTROS DE SALUD Y 8 NO CUENTAN	CUENTAN 17 CENTROS DE SALUD

DATOS DE CONTROL PRENATAL NUEVO, 4TO CONTROL PRENATAL ,PARTOS Y MORTALIDAD

Variables	2015			2016			2017		
	Nº	Pob.	Indicador	Nº	Pob.	Indicador	Nº	Pob.	Indicador
Control Prenatal Nuevo	9869	9001	109.64	9994	5644	177.07	8294	5779	143.52
4to CPN	4742	6760	70.15	5032	5644	89.16	4406	8779	50.19
Total Partos	4698	5424	86.62	4585	5424	84.53	4247	5338	79.56
Mortalidad materna	1	4656	21.48	1	4531	22.07	1	4207	23.77
Mortalidad Perinatales y neonatales	20	4656	42.96	11	4531	24.28	11	4207	26.15

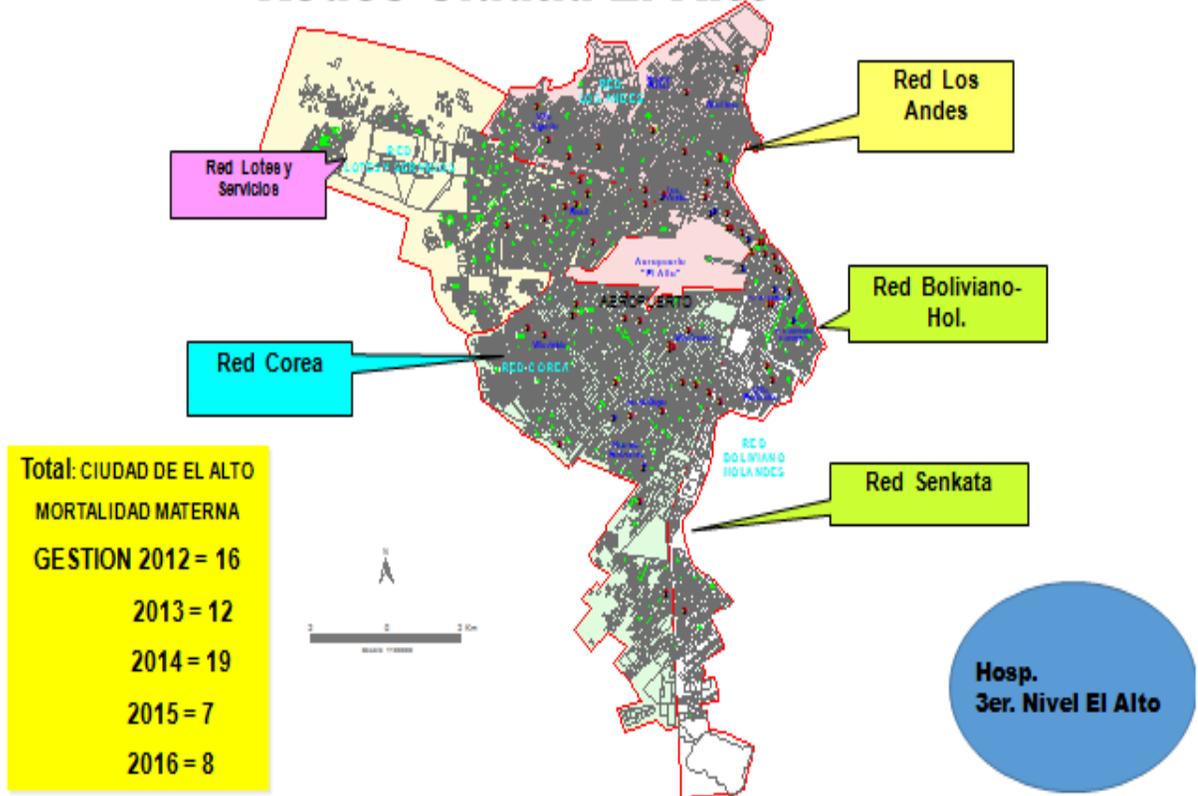
FUENTE: SNIS RED DE SALUD

COREA

M. Materna Por 100.000 NV

M. Neonatal y perinatal Por 10.000 NV

Redes Ciudad El Alto



FUENTE: SEDES LA PAZ