

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



**MEJORA DE LA ATENCIÓN DEL PARTO Y POST-PARTO PARA
DISMINUIR LA MORTALIDAD MATERNA EN
ESTABLECIMIENTOS DE LA RED DE SALUD RURAL N° 3
CAMACHO DEL DEPARTAMENTO DE LA PAZ, EN LA GESTIÓN
2018.**

POSTULANTE : Dr. Edwin Andrade Villanueva

TUTOR : M.Sc. Dr. Richard Cruz Guisbert

**PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO
DE ESPECIALISTA EN GESTIÓN DE CALIDAD Y AUDITORIA MÉDICA**

**LA PAZ- BOLIVIA
2019**

**Dedicado a las madres y sus bebés de la provincia
Camacho, mientras vivan en este planeta y quiero agradecer al
personal de salud por impulsar el presente proyecto de vida
académica, en el área rural.**

Deseo agradecer al postgrado de la Universidad Mayor de San Andrés, en especial a mi tutor y al dr. Franck E. Chacón por su apoyo y aprobación del proyecto, también quiero agradecer a los docentes y profesores de la especialidad por su valiosa retroalimentación para mejorar y actualizar el curso en su totalidad.

INDICE

1.INTRODUCCION	1
2.ANTECEDENTES	4
2.1.ANTECEDENTES CONCEPTUALES Y TEORICOS.....	4
2.2.ANTECEDENTES REFERENCIALES.....	8
2.2.1ANTECEDENTES EN EL CONTEXTO INTERNACIONAL.....	8
2.2.2.ANTECEDENTES EN EL CONTEXTO NACIONAL.....	10
2.3.ANTECEDENTES LOCALES.....	11
3.RELACION DEL PROYECTO DE INTERVENCION CON LINEAMIENTOS DE LA POLITICA.....	11
4.JUSTIFICACION DEL PROYECTO.....	113
5.ANALISIS DEL PROBLEMA A INTERVENIR.....	15
6.ANALISIS DE ACTORES.....	15
6.2. BENEFICIARIOS INDIRECTOS.....	15
6.3.OPONENTES.....	16
6.4.AFECTADOS.....	16
7.LUGAR DE INTERVENCION.....	17
8.1.OBJETIVO GENERAL.....	27
8.2.ESPECIFICO	27
9.RESULTADOS.....	27
10.ACTIVIDADES	26
11.INDICADORES POR LA ESTRUCTURA DE OBJETIVOS.....	27
11.1.INDICADORES DEL OBJETIVO GENERAL	27
11.2.INDICADORES POR OBJETIVOS ESPECIFICOS	27
12.FUENTES DE VERIFICACION	28
12.1.FUENTES DE VERIFICACION DEL OBJETIVO GENERAL	28
12.2.FUENTES DE VERIFICACION DEL OBJETIVO ESPECIFICO.....	28
12.2.1FUENTES DE VERIFICACION DEL OBJETIVO ESPECIFICO 1	28
12.2.2FUENTES DE VERIFICACION DEL OBJETIVO ESPECIFICO 2	28
12.2.3FUENTES DE VERIFICACION DEL OBEJETIVO ESPECIFICO 3.....	28

13.SUPUESTOS.....	29
13.1.SUPUESTOS DEL OBJETIVO GENERAL	29
13.2.SUPUESTOS DE LOS OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	29
13.2.1.SUPUESTO DEL OBJETIVO ESPECIFICO 1.....	29
13.2.2SUPUESTO DEL OBJETIVO ESPECIFICO 2.....	29
13.2.3SUPUESTO DEL OBJETIVO ESPECIFICO 3.....	29
14.ANALISIS DE VIABILIDAD.....	29
15.1 FACTIBILIDAD SOCIAL.....	30
15.2.FACTIBILIDAD CULTURAL/INTERCULTURAL.....	30
15.3.FACTIBILIDAD ECONOMICA(PRESUPUESTO PUBLICO).....	30
15.4.FACTIBILIDAD DE GENERO.....	31
16.ANALISIS DE SOSTENIBILIDAD DEL PROYECTO	31
17.IMPACTO ESPERADO DEL PROYECTO.....	31
18.FUENTE DE FINANCIAMIENTO PARA EL PRESUPUESTO	31
19.REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	33
20.ANEXOS.....	34
20.1.ARBOL DE PROBLEMAS.....	35
20.2ARBOL DE OBJETIVOS	36
20.3. MATRIZ DEL MARCO LOGICO	37
20.4.PRESUPUESTO PARA LA EJECUCION DE ACTIVIDADES.....	39
20.5. MAPAS DE UBICACIÓN DEL PROYECTO	40
20.6. ESTRUCTURA INSTITUCIONAL.....	41
20.7. CRONOGRAMA.....	42
20.08. MATRIZ DE INVOLUCRADOS.....	43
20.09. PLAN DE EJECUCION DEL PROYECTO.....	44
20.10. SISTEMA DE MONITOREO Y EVALUACION DEL PROYECTO	45

RESUMEN EJECUTIVO

La mayoría de los embarazos y de los partos transcurren sin incidentes, sin embargo todos los partos representan un riesgo. Alrededor del 15% del total de las mujeres embarazadas en el mundo manifiestan alguna complicación potencialmente mortal que requiere atención calificada y, en algunos casos, una intervención obstétrica importante para que sobrevivan. Prácticamente todas estas muertes se producen en países de ingresos bajos y la mayoría de ellas podrían haberse evitado. La principal causa directa de muerte son las Hemorragias con el 74 %, de las cuales el 51,8 %; la retención placentaria, la segunda causa directa de muertes es número de muertes maternas ocurrieron en el domicilio en un 57 %, el 12 % acontecen durante el traslado al establecimiento de salud, el 23 % fueron en los establecimientos de salud, y el 8% no se sabe .Fuente; Estudio de mortalidad Materna 2011 Ministerio de Salud.

Durante el 1er. Semestre de la presente gestión se reportó 12 muertes maternas lo que significa un RMM de 60 por cien mil nacidos vivos, con el siguiente resultado por áreas: Urbana La Paz de 38,2 (2 muertes reportadas). En El Alto de 70,9 (6 muertes) y el área rural de 65,7 muertes.

La muerte de una mujer tiene un tremendo impacto social y económico. Ellas desempeñan una importante función en la educación de los niños, su muerte es una tragedia no sólo individual, sino familiar para la comunidad.

El objetivo general es mejorar la atención del parto y post-parto para disminuir la mortalidad materna en establecimientos de la Red de Salud Rural N° 3 Camacho. Se establecieron indicadores, medio de verificación y los supuestos correspondientes. El impacto esperado del proyecto con el tiempo es que se Disminuya la mortalidad materna, con la mejora de la atención del parto y post-parto en establecimientos de la Red de Salud Rural N° 3 Camacho.

1.- INTRODUCCIÓN

La mayoría de los embarazos y de los partos transcurren sin incidentes, sin embargo todos los partos representan un riesgo. Alrededor del 15% del total de las mujeres embarazadas en el mundo manifiestan alguna complicación potencialmente mortal que requiere atención calificada y, en algunos casos, una intervención obstétrica importante para que sobrevivan (1).

La mortalidad materna tiene múltiples implicaciones que van desde lo social hasta lo biológico. Debido a esta verdad se emprende primero un análisis sobre las concepciones de la muerte y la problemática de la mortalidad materna y de la mujer en edad fértil complementada con información de una encuesta domiciliar y de registros hospitalarios (2).

La mortalidad materna es inaceptablemente alta. Cada día mueren en todo el mundo unas 830 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. En 2015 se estimaron unas 303,000 muertes de mujeres durante el embarazo y el parto o después de ellos. Prácticamente todas estas muertes se producen en países de ingresos bajos y la mayoría de ellas podrían haberse evitado. (3)

Desde 1990 varios países subsaharianos han reducido a la mitad su mortalidad materna. En otras regiones, como Asia y el Norte de África, los progresos han sido aún mayores. (4)

Entre 1990 y 2015, la Razón de Mortalidad Materna mundial (es decir, el número de muertes maternas por 100 000 nacidos vivos) solo se redujo en un 2,3% al año. Sin embargo, a partir de 2000 se observó una aceleración de esa reducción. La mortalidad materna mundial se ha reducido en alrededor del 44% entre 1990 y 2015. (4)

En algunos países, las reducciones anuales de la mortalidad materna entre el 2000 y 2010 superaron el 5.5 %. (OMS)

La meta de los objetivos de desarrollo sostenible es reducir la razón de mortalidad materna (RMM) mundial a menos de 70 por 100 000 nacidos vivos entre 2016 y 2030. (9)

De acuerdo con el ENDSA 2003, la razón promedio nacional de mortalidad materna era de 229 defunciones por 100 mil nacidos, cifra que es posible situarla alrededor del año 2000. Hoy 13 años después podría estar según estimaciones entre 150 y 180 (9).

El país no contaba con información actualizada para conocer la magnitud del problema, por lo que se planteó hacer el estudio de Muerte Materna con datos del censo 2012; cuyos resultados en el departamento de La Paz son los siguientes:

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. Fuente: Memorias del C.A.I Departamental de Salud 1er Semestre 2016 SDIS-SEDES LAPAZ

La principal causa directa de muerte son las Hemorragias con el 74 %, de las cuales el 51,8 %; la retención placentaria, la segunda causa directa de muertes es número de muertes maternas ocurrieron en el domicilio en un 57 %, el 12 % acontecen durante el traslado al establecimiento de salud, el 23 % fueron en los establecimientos de salud, y el 8% no se sabe .Fuente; Estudio de mortalidad Materna 2011 Ministerio de Salud.

Durante el 1er. Semestre de la presente gestión se reportó 12 muertes maternas lo que significa un RMM de 60 por cien mil nacidos vivos, con el siguiente resultado por áreas: Urbana La Paz de 38,2 (2 muertes reportadas). En El Alto de 70,9 (6 muertes) y el área rural de 65,7 muertes. (11)

Este proyecto de intervención está destinado a los trabajadores en salud del área rural y los médicos de los hospitales de segundo nivel del área rural de las diferentes redes responsables de prestar atención a las mujeres que presentan complicaciones durante el trabajo de parto, o el período de postparto, el cual incluye los problemas del recién nacido. Además de la atención que las parteras, auxiliares de enfermería y los médicos desempeñan una función especial en relación con la comunidad los familiares de las pacientes, líderes de la comunidad y población en general.

Las enfermeras obstétricas, parteras capacitadas y los médicos, apoyan las actividades de los servicios de salud del distrito; se esfuerzan por implantar sistemas de referencia eficaz y confiable; monitorean la calidad de los servicios de atención de la salud; abogan por la participación comunitaria en los asuntos que se relacionan con la salud.

Un establecimiento de salud de primer nivel o un hospital de segundo nivel en la red se define como un establecimiento en condiciones de proporcionar servicios de calidad, incluyendo el parto quirúrgico y las transfusiones de sangre. Aunque muchos de los procedimientos incluidos en los manuales, protocolos, requieren profesionales capacitados y expertos, debe señalarse que muchos de los procedimientos descritos que permiten salvar vidas también pueden realizarse en los centros de salud de primer y segundo nivel del área rural.(3)

2.- ANTECEDENTES

En Bolivia se ha escrito poco e investigado menos la mortalidad materna, de los trabajos publicados, una mayoría relata realidades institucionales, en tanto que los de la base poblacional solamente han aportado tasas de mortalidad (2).

El ENDSA 2003, muestra que la razón promedio nacional de mortalidad materna era de 229 defunciones por 100 mil nacidos, cifra que es posible situarla alrededor del año 2000. Hoy 13 años después podría estar según estimaciones entre 150 y 180 (9).

La información de razón de mortalidad materna se realizó en base a datos reportados en los instrumentos administrativos del SNIS; por tanto, es información institucional. En el 1er. Semestre de la presente gestión se reportó 12 muertes maternas lo que significa un RMM de 60 por cien mil nacidos vivos, con el siguiente resultado por áreas: Urbana La Paz de 38,2 (2 muertes reportadas), El Alto de 70,9 (6 muertes) y el área rural de 65,7 muertes. (SNIS)

2,1 ANTECEDENTES CONCEPTUALES Y TEORICOS

La mortalidad materna como problema es un conflicto puntual, una situación difícil que debe ser resuelta. Por tanto, requiere ser identificado, delimitado, definido y formulado.

Al margen de su magnitud, la mortalidad materna es una injusticia social y una violación del derecho a la vida. Representa la terminación prematura del ciclo vital de mujeres cuyo inicio de vida probablemente ya presentaba un hándicap, por pertenecer a grupos sociales desprotegidos (6)

El plan estratégico Nacional para mejorar la Salud Materna, Perinatal y Neonatal en Bolivia 2009-2015, presenta un modelo conceptual sobre las determinantes, condicionantes y causas biológicas de mortalidad materna.

Causas estructurales, como el bajo empoderamiento de la mujer, se sitúan en la base; condicionantes, como la falta de acceso a servicios de salud, se ubican en el centro, en tanto que causas directas, como hemorragias y eclampsia, están en la cúpula.

Las defunciones de mujeres embarazadas están presentes prácticamente en todo el territorio nacional, aunque en 2010 solamente el 50% de los establecimientos de salud notificaron casos, y el 52 % en 2011. Representa un problema nacional, pero que afecta más a mujeres de grupos sociales excluidos de las ciudades, periferia y área rural. Por contexto, los departamentos altiplánicos son los más afectados.

En el campo de salud, un problema, en este caso la mortalidad materna, recibe la influencia de esferas; cada una con riesgos y potencialidades, sean individuales o sociales. Los riesgos constituyen una realidad desfavorable para resolver el problema, en tanto que las potencialidades actúan positivamente.

La biología humana tiene que ver con la persona que enfrenta la posibilidad de sufrir el problema (mortalidad materna). El medio, que rodea a la persona y sobre el que no es fácil actuar por la acción individual, contiene viabilizadores de diversa naturaleza puestos a disposición de la colectividad, pero también presenta barreras. (10)

El estilo de vida es una suerte de prácticas habituales individuales y sociales, positivas y negativas. El cuarto elemento, el sistema de servicios de salud, es la oferta sanitaria ofrecida por el Estado a la colectividad, con sus propias barreras y viabilizadores, valores y contravalores. (10)

Cualquier demora en la atención de una mujer embarazada, en trabajo de parto, parto o después del parto que atraviesa una complicación grave puede causarle la

muerte o una discapacidad severa. Igual peligro enfrenta el feto y el recién nacido/a.

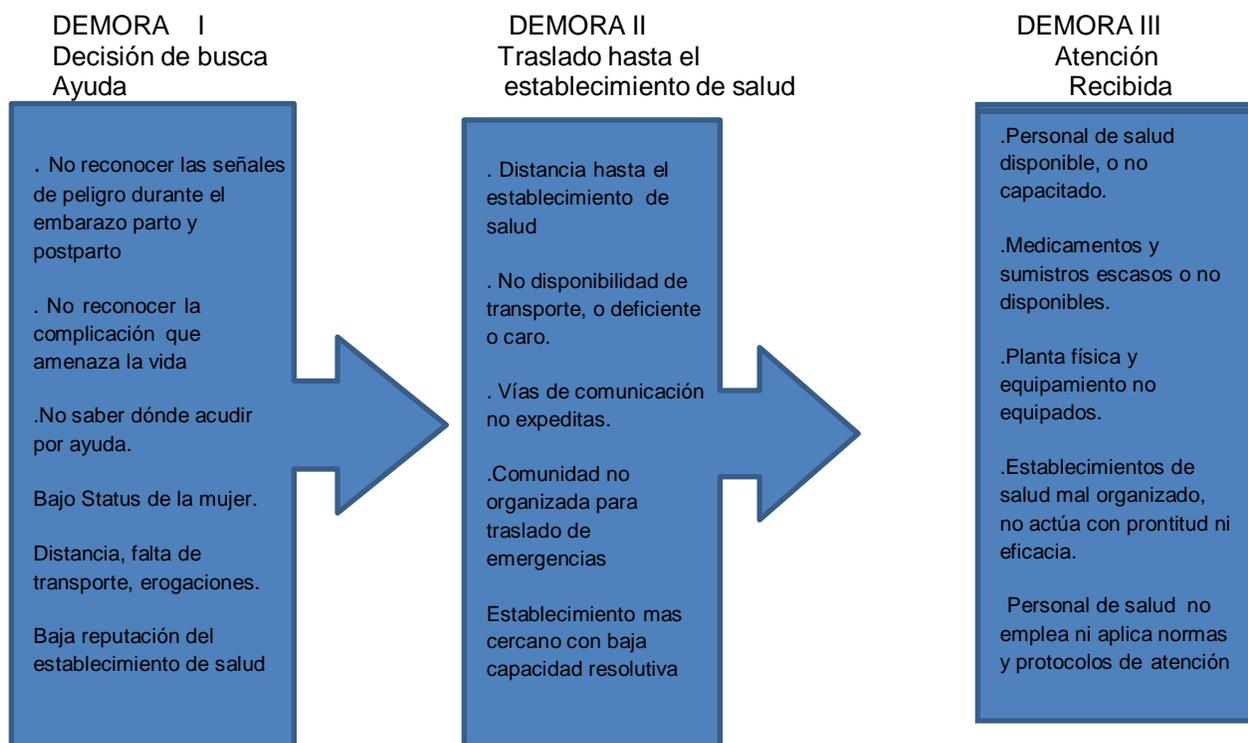
La demora que constituye un impedimento, un obstáculo o un bloqueo, puede ocurrir en la familia, en la comunidad donde reside la mujer, o en la red de establecimientos de salud al que acude. Así, la demora se perfila como un factor fundamental en la ocurrencia de muertes maternas, perinatales y discapacidades.

(10)

La mortalidad materna y perinatal, no son acontecimientos estrictamente biológicos sino expresiones particulares de las condiciones de vida, que repercuten en el desarrollo de los procesos psíquicos y físicos. (11)

Las tres demoras que pueden ocasionar mortalidad materna y perinatal.

Las tres demoras que pueden ocasionar mortalidad materna y perinatal



Fuente. Norma Nacional del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Mortalidad Materna

Las tres demoras facilitan la comprensión de los factores por los que ocurre cada muerte materna. Mientras mayor sea el número de defunciones estudiadas y analizadas, mayor será la comprensión del problema y tanto los operadores como los administradores de programas podrán definir mejor, en el marco del campo de salud, estrategias para la prevención de la mortalidad materna.

Según Mario Herrera M. del Servicio y Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital Clínico San Borja-Arriarán, Universidad de Chile, clásicamente se define la mortalidad materna como la ocurrida en el "embarazo, parto y puerperio hasta 6 semanas postparto" o bien como "La mortalidad materna de causa directa o indirecta durante el embarazo, parto o puerperio" (Ejemplo de causa indirecta, el suicidio en una gestante). La Organización Mundial de la Salud (OMS) extiende este período hasta un año posparto concepto reciente a mi juicio discutible que obviamente elevará las cifras sumando patologías, que no tengan relación alguna con la gestación.

Otro concepto es la razón de mortalidad materna que es el número de defunciones maternas por cien mil nacidos vivos. En Chile habitualmente se medía por 10.000 nacidos vivos y en teoría podría emplearse por 1.000 nacidos vivos. Los países de alto desarrollo, impusieron la cifra en relación a 100.000 nacidos vivos, como consecuencia de sus bajas tasas para informar en cifras completas, situación que se ha universalizado. Se habla de tasa de mortalidad materna como el número de defunciones maternas por 100 mujeres en edad reproductiva definidas como de 15 a 44 años; 10 a 44 ó 15 a 49, siendo esta última usada más frecuentemente. (10)

De los 190 países miembros de la OMS, solo 78 informan correcta, sistemática y en forma verificable sus niveles de MM, lo que significa el 35% de la población mundial.(Herrera Mario)

La mortalidad materna es uno de los indicadores más sensibles de las condiciones de salud de la población femenina en edad reproductiva. Este indicador es el quinto objetivo del milenio. (Yáñez Velazco Lucia)

2.2 ANTECEDENTES REFERENCIALES

2.2.1 ANTECEDENTES EN EL CONTEXTO INTERNACIONAL

Mortalidad materna: análisis de las tres demoras: Dra. María Margarita Mazza.et .al

El objetivo del siguiente artículo es analizar las características de la mortalidad materna ocurrida en el Distrito Capital durante los años 2008-2009, aplicando el modelo de las tres demoras. Es un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal de las muertes maternas ocurridas durante el período enero 2008 – diciembre 2009.

Resultados: Se registraron 78 muertes maternas. La razón de mortalidad materna fue de 98,97 por cada 100 000 nacidos vivos para 2008 y 103,9 por cada 100 000 nacidos vivos para 2009. Predominaron las muertes de causa obstétrica directa (57,7 %) representada por los trastornos hipertensivos del embarazo (40 %), hemorragias (31,1 %) y sepsis (26,7 %). La principal causa indirecta fue la sepsis (62,2 %). La demora 3 fue identificada mayormente en las historias clínicas registradas (69,2 %) seguida de la demora 1 (38,5 %). Treinta pacientes ameritaron referencia a otros centros para la atención médica definitiva, la mayoría (80 %) requirió una referencia y demoraron menos de seis horas en llegar al centro donde ocurrió la defunción (36,7 %). Los principales motivos de referencia fueron no contar con atención obstétrica (33,3 %) y no contar con terapia intensiva de adultos (26,6 %). Un gran número de muertes fue catalogado como evitable (59 %).

Conclusión: La tasa de mortalidad materna es elevada, y resulta más alta que las cifras presentadas en Venezuela para el año 2007 (56,6 %). Predomina la demora tres, por falta de personal médico especializado y necesidad de referencia a otro centro y en segundo lugar la demora 1 por identificación tardía de los síntomas.

Características epidemiológicas de la mortalidad materna obstétrica: Yáñez Velazco Lucia B. et.al

Con el objetivo de conocer el patrón epidemiológico de la mortalidad materna debida a causas obstétricas directas , se realizó un estudio pro lectivo e híbrido con fase transversal y fase retrospectiva de la mortalidad materna, que abarcó el periodo comprendido entre 2008 y 2010. La información se obtuvo de expedientes y certificados de defunción.

Resultados: 80% de las muertes maternas registradas de 2008 a 2010 se debió a causas obstétricas directas, sobre todo durante el puerperio inmediato. La causa principal de muerte obstétrica directa identificada fue hemorragia por atonía uterina y adherencia anormal de la placenta. En 97.6% de los fallecimientos se encontraron deficiencias en la calidad de la atención. Las mujeres con al menos una cesárea previa estuvieron en mayor riesgo de morir por hemorragia. En el turno nocturno se observó una posibilidad cuatro veces mayor de que ocurriera una muerte por hemorragia obstétrica directa. Quienes padecían pre eclampsia-eclampsia tuvieron cuatro veces más posibilidades de morir durante el parto abdominal.

Conclusión: la mayor parte de las defunciones maternas por causa obstétrica directa podrían haberse evitado con un mejor control del embarazo y con atención oportuna y adecuada en el parto y el puerperio.

2.2.1 ANTECEDENTES EN EL CONTEXTO NACIONAL

2.2.-ANTECEDENTES NACIONALES

La mortalidad materna y neonatal en Bolivia está entre las más altas de Latinoamérica, para el 2011, según el estudio Nacional de Mortalidad Materna (RMM) fue de 160 por 100.000 nacidos vivos. Las principales causas son las hemorragias(19%),, el aborto (13%) y las infecciones (7%). (1)

MORTALIDAD MATERNA EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL GERMÁN URQUIDI 2000 A 2006: Terán Mendizábal Rene et.al.

La tasa de mortalidad materna es un indicador que refleja el grado de desarrollo sanitario, cultural y económico de un país. Las complicaciones derivadas del embarazo y del parto causan la muerte de más de medio millón de mujeres cada año y dejan a muchas otras con problemas de salud grave y permanente. Causas estas que nos motivaron a realizar un estudio de la Mortalidad Materna en el Hospital Materno Infantil Germán Urquidi de Cochabamba. De un total de 64.038 pacientes egresadas 45 fueron las defunciones, de estas 30 fueron Obstétricas y 15 Ginecológicas. La tasa de mortalidad materna media en los 7 años fue de 6.05 por 100.000 nacimientos. El mayor porcentaje de defunciones estuvo en el grupo etareo de 15 a 25 (40%), por el número de gestaciones estuvo en pri migestas y con mas de 5 gestaciones (43.33%). La mayoría de las muertes ocurrió en el tercer trimestre de la gestación y en el puerperio (73.33%) El mayor porcentaje (83.33%) fue la muerte materna obstétrica directa y dentro de ellas las causas principales fueron; infección, hemorragia, Sind. de HELLP - CID y la Eclampsia. La permanencia hospitalaria fue 17 pacientes más de 24 horas y 13 menos de 24 horas.

2.3.- ANTECEDENTES LOCALES

No se cuenta con estudios en la red de salud rural Camacho, del departamento de La Paz.

3. RELACIÓN DEL PROYECTO DE INTERVENCIÓN CON LINEAMIENTOS DE LA POLÍTICA NACIONAL

Todas las instituciones que otorgan servicios de salud a la población se encuentran bajo normas y disposiciones legales que regulan su actividad dentro del concepto de derechos y obligaciones de los proveedores y derechos y obligaciones de la población o comunidad, es así que las normativas legales se mencionan y son de cumplimiento obligatorio por sus representantes legales.

a.- Constitución Política del Estado Plurinacional.

Artículo 18. - La salud como un derecho fundamental

II. El estado garantiza la inclusión y el acceso a la salud de todas las personas sin exclusión ni discriminación alguna.

III. El sistema único de salud será universal, gratuito, equitativo, intercultural, participativo con calidad, calidez y control social. El sistema se basa en los principios de solidaridad, eficiencia, corresponsabilidad y se desarrolla mediante políticas públicas en todos los niveles de gobierno.

Artículo 35.-Sistema único de salud incluyente

I El estado en todos sus niveles, protegerá el derecho a la salud, promoviendo políticas públicas, orientadas a mejorar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso gratuito de la población a los servicios de salud.

Artículo 36.- El estado garantiza el acceso al seguro Universal de salud

II El estado controlará el ejercicio de los servicios públicos y privados de salud y lo regulará mediante la ley.

Artículo 38.- Sistema de atención Continua

I Los bienes y servicios Públicos de salud son propiedad del estado y no podrán ser privatizados ni concesionados.

II Los servicios de salud serán prestados de forma ininterrumpida.

Artículo 39.- Vigilancia de la calidad

I. El estado garantiza el servicio de salud Público y reconoce el servicio de salud privado; regulará y vigilará la atención de calidad a través de auditorías médicas sostenibles que evalúen el trabajo de su personal, la infraestructura y el equipamiento, de acuerdo con la ley.

II. La ley sancionará las acciones u omisiones negligentes en el ejercicio de la práctica médica.

Artículo 40.-El estado garantizará la participación de la población organizada en la toma de decisiones y en la gestión de todo el sistema público de salud.

b.- LEY 3131 del ejercicio profesional médico y su reglamento

PRINCIPIOS

Capítulo II artículo.3 incisos

a.- La profesión médica está consagrada a la defensa de la vida, cuidado de la salud integral de la persona, familia comunidad

b.- el médico ejerce una labor en el marco de la probabilidad de toda ciencia para obtener resultados probables

c.- el médico en el ejercicio de su profesión actuará con autonomía e independencia, guiado por normas y protocolos vigentes

d.- En el ejercicio profesional médico, inclusive en la enseñanza de la medicina el secreto médico es inviolable salvo las excepciones previstas en la presente ley

Capítulo VI artículo.13 Derechos del paciente

- a.- Recibir atención médica humanizada y de calidad
- b.- Recibir atención integral en salud, oportuna y de acuerdo con su estado de salud enfermedad
- c.- Recibir un trato personalizado, digno y amable, con respeto a sus costumbres, creencias y valores etnicoculturales.
- d.- Ser examinado delicadamente con el máximo respeto a su intimidad y corporalidad.
- e.- Ser examinado delicadamente con el máximo respeto a su intimidad y corporalidad.
- f.- Recibir información adecuada y oportuna para tomar decisiones libre y voluntariamente
- g.- Disponer de un horario y tiempo suficiente para una adecuada atención
- h.- Respeto a su intimidad
- i.- Trato justo y equitativo sin desmedro de su condición socio económica, étnico cultural, de género y generacional.

4. JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO

La muerte de una mujer tiene un tremendo impacto social y económico. Ellas desempeñan una importante función en la educación de los niños, su muerte es una tragedia no sólo individual, sino familiar para la comunidad. (2)

Existe la necesidad de mejorar la atención del parto y post-parto para disminuir la mortalidad materna en establecimientos de la Red de Salud Rural N° 3, a ello se sintió también la necesidad de contar con un manual de atención de parto y post-parto adecuado a las características de los establecimientos de salud de la red rural No. 3 que respondan a la expectativa del personal de salud que coadyuven

a la mejor atención de una maternidad, con mayor eficacia y eficiencia que aborda el manejo integrado del embarazo y el parto, es el componente técnico de esta estrategia y se orienta principalmente a lo siguiente:

Es necesario una mejor capacitación del personal de salud mediante la utilización de guías y estándares adaptados a los usos locales para el manejo del embarazo y el parto en los diferentes niveles del sistema de atención de salud en la red 3 del área rural; Las intervenciones necesarias para mejorar la respuesta del sistema de atención de salud a las necesidades de las mujeres embarazadas y sus recién nacidos, así como la gestión en los servicios de salud a nivel distrital, incluida la provisión del personal, la logística, los suministros y los equipos adecuados.

Existen guías y normas estandarizadas en nuestro país pero que no se implementan y/o no se cumplen del todo, a fin de que se utilicen siempre junto a la cabecera de las pacientes, y que toda vez que un trabajador en salud o un médico deban enfrentar una emergencia obstétrica puedan recurrir a estos instrumentos.

5. ANÁLISIS DEL PROBLEMA A INTERVENIR

La mortalidad materna es un problema que afecta negativamente a la familia y a la sociedad en general, en ello debemos ver la situación de la atención del parto y postparto en la red de salud rural 3 Camacho.

Utilizando la metodología de lluvia de ideas y el FODA, en consenso con el personal de salud, se ha definido las dificultades y limitaciones entorno a la atención del parto y postparto en la red de salud rural 3 Camacho. Así se llegó a los siguientes problemas centrales.

El personal de salud demuestra actitudes y acciones confiadas en su conocimiento en relación a la atención del parto y post-parto, pese a observar dificultades procedimentales y limitaciones en conocimientos y prácticas.

Personal de salud no tiene acceso a guías con los manuales, normas y protocolos en la atención del parto y post-parto.

Conocimientos inadecuados en emergencias ginecobstetricias por el personal.

Gobiernos Municipales que incumplen con el marco legal ni el pago oportuno por las prestaciones realizadas de la ley 475.

Limitadas prácticas para la atención del parto y postparto según normas y protocolos en establecimientos de salud, que inciden la mortalidad materna durante la atención del parto y post-parto.

6. ANÁLISIS DE ACTORES

6.1 BENEFICIARIOS DIRECTOS

Se ha identificado como beneficiarias directas del Proyecto a las Mujeres embarazadas en la atención del parto y post-parto, de la red de salud rural No. 3 Camacho. A ellas están orientadas las actividades a desarrollar en el proyecto.

6.2 BENEFICIARIOS INDIRECTOS

Los beneficiarios indirectos del proyecto son:

- a) Un beneficiario indirecto es el entorno familiar las mujeres embarazadas.
- b) Las comunidades del área de influencia de la red de salud rural 3 Camacho, al reducir las referencias y mejorar la resoluciones en las situaciones de riesgo durante el parto y post-parto
- c) Personal de salud que mejorara sus competencias en la atención adecuada y Oportuna en la atención del parto y post-parto.

6.3 OPONENTES

Dada la orientación social que tiene este proyecto además de la dimensión de su efecto, no se identificaría a opositores. Sin embargo, aún no se cuenta con datos fiables, pero existen personas con posturas sea carácter cultural y/o religioso en algún casos.

6.4 AFECTADOS

Son las mujeres embarazadas en atención de parto y post-parto del área de red de salud rural No. 3 Camacho, de modo general

También las familias de las comunidades de la red de salud rural No. 3 Camacho que visualizaran un mejor porvenir con mejor atención en salud materna.

7. LUGAR DE INTERVENCIÓN

Ubicación Geográfica

La Provincia Eliodoro Camacho es una provincia de Bolivia, localizada en el departamento de La Paz, que tiene como capital provincial a la ciudad de Puerto Acosta a orillas del río Huaycho. Tiene una extensión territorial de 2.080 km² y una población de 54.182 habitantes (SNIS SEDES LA PAZ) siendo en su mayoría una población de origen aimara. Fue fundada el 5 de noviembre de 1908 (109 años) debiéndose el nombre al ex combatiente boliviano de la guerra del Pacífico Eliodoro Camacho.

La Provincia de Eliodoro Camacho está dividida en cinco municipios, los cuales son:

- Puerto Acosta
- Mocomoco
- Puerto Carabuco
- Umanata
- Escoma

Actividad económica:

Está basada en la producción agrícola, teniendo como principales cultivos la papa, cebada, oca, arveja, quinua, tarwi, trigo y maíz en la parte del lacustre, donde los cultivos son producidos en pequeñas parcelas, y de acuerdo a las características medio ambientales propias del cultivo, también se basa en la producción de ganado: Bovinos, Ovinos, Camélidos y Porcinos.

Actividades comerciales predominantes: por la cercanía a la frontera con el Perú el comercio es constante y se realiza intercambio de producto de toda índole. Los puntos fronterizos son Jancojanco, Wirupaya y Patacayle, en los cuales las ferias se realizan los miércoles y sábados con una afluencia de vehículos de gran tonelaje cuyos propietarios son la mayoría del lugar.

Establecimientos educativos (primarios y secundarios).

PROVINCIA	DISTRITOS	CANTIDAD DE ESTABLECIMIENTOS
CAMACHO	PUERTO ACOSTA	112
	MOCOMOCO	68
	PUERTO CARABUCO	64
TOTAL ESTABLECIMIENTOS		244

FUENTE: Instituto nacional de Estadística

El total de establecimientos de la provincia Camacho cuenta con 12.000 alumnos de primaria y secundaria.

El nivel intermedio comprende colegios mixtos en los cantones de Puerto Acosta y Carabuco, así mismo en la provincia existen dos núcleos escolares con sus respectivos colegios y escuelas seccionales, por la cercanía a la frontera con el Perú el comercio es constante y se realiza intercambio de producto de toda índole.

Población mujeres en edad fértil y partos esperados Red 3 Camacho

ESTABLECIMIENTOS	MUJERES EN EDAD FERTIL	PARTOS ESPERADOS
PUERTO ACOSTA	2,923	172
MOCOMOCO	3,960	187
CARABUCO	3,565	180
HUMANATA	1,368	71
ESCOMA	1,909	125
TOTAL RED 3	13,725	730

FUENTE: Instituto nacional de Estadística

Causas de morbilidad en grupos de población específicos: 15 – 64 años sexo femenino gestiones 2016 – 2017

Diagnostico (CIE 10)		2014		2016	
		N	%	N	%
1	Infecciones respiratorias agudas altas	361	14.06	442	7.88
2	Enfermedades del esófago, estómago	263	10.24	611	10.89
3	Otras enfermedades del sistema digestivo	258	10.05	723	12.88
4	Otras enfermedades infecciosas y parasitarias	125	4.87	172	3.06
5	Enfermedades del sistema urinario	124	4.83	175	3.12
6	Enfermedades de la piel	75	2.92	249	4.44
7	Infecciones respiratorias agudas bajas	75	2.92	138	2.46
8	Deficiencias nutricionales y anemias	64	2.49	164	2.92
Total		2568	100,00	5612	100,00

FUENTE: Instituto nacional de Estadística

Número de muertes maternas por año en la provincia Camacho

INDICADORES	2012	2013	2014	2015	2016
PROVINCIA CAMACHO	0	1	2	0	2

FUENTE: Instituto nacional de Estadística

Establecimientos de Salud y número de personal de salud en la Provincia Camacho.

Cargo	Profesión/Oficio	Numero
GERENCIA DE RED Nº 3 CAMACHO		
Coordinador de Red	Medico Salubrista	1
Responsable de Programas	Licenciada de enfermería	1
Responsable de Nutrición	Licenciada de Nutrición	1
Estadístico	Técnico	1
MUNICIPIO PUERTO ACOSTA		
Centro de Salud con internación Puerto Acosta		
Médico General	Médico General	1
Odontólogo	Odontólogo	1
Responsable de Programas	Licenciada de Enfermería	1
Responsable de Laboratorio	Auxiliar de enfermería	1
Auxiliar de enfermería	Auxiliar de enfermería	3
Centro de Salud Pasuja Belen		
Auxiliar de enfermería	Auxiliar de enfermería	1
Medico mi Salud	Medico	1

Centro de Salud Chiñaya		
Auxiliar de enfermería	Auxiliar de enfermería	1
Medico mi Salud	Medico	1
Centro de Salud Iquipuni		
Auxiliar de enfermería	Auxiliar de enfermería	1
Médico General	Médico General	1
MUNICIPIO MOCOMOCO		
Centro de Salud Mocomoco		
Médico General	Médico General	1
Responsable de Programas	Licenciada de enfermería	1
Responsable de Laboratorio	Auxiliar de enfermería	1
Auxiliar de enfermería	Auxiliar de enfermería	2
Odontólogo	Odontólogo	1
Centro de Salud Pacaures		
Jefe de Área de Pacaures	Médico General	1
Responsable de Programas	Licenciada de enfermería	1
Odontólogo	Odontólogo	1
Auxiliar de enfermería	Auxiliar de enfermería	
Centro de Salud Wilacala		
Jefe de Área de Wilacala	Médico General	1
Responsable de Programas	Licenciada de enfermería	1
Odontólogo	Odontólogo	1
Auxiliar de enfermería	Auxiliar de enfermería	1
Centro de Salud Pacobamba		
Auxiliar de enfermería	Auxiliar de enfermería	1
Medico mi Salud	Medico	1
Centro de Salud Ilavi		
Auxiliar de enfermería	Auxiliar de enfermería	1
Medico mi Salud	Medico	1

Centro de Salud Tajani		
Medico mi Salud	Medico	1
Auxiliar de enfermería	Auxiliar de enfermería	1
Centro de Salud Italaque		
Auxiliar de enfermería	Auxiliar de enfermería	1
Médico General	Médico General	1
Centro de Salud Queñi		
Medico mi Salud	Medico	1
Auxiliar de enfermería	Auxiliar de enfermería	1
Centro de Salud Saphia		
Medico mi Salud	Medico	1
Auxiliar de enfermería	Auxiliar de enfermería	1
Centro de Salud Quilima		
Medico mi Salud	Medico	1
Auxiliar de enfermería	Auxiliar de enfermería	1
MUNICIPIO CARABUCO		
Centro de Salud Carabuco		
Médico General	Médico General	1
Responsable de Programas	Licenciada de enfermería	1
Odontólogo	Odontólogo	1
Responsable de Laboratorio	Auxiliar de Enfermeria	1
Auxiliar de Enfermeria	Auxiliar de Enfermeria	1
Trabajador Manual	Trabajador Manual	1
Centro de Salud Ambana		
Jefe de Área	Médico General	1
Responsable de Programas	Licenciada de enfermería	1
Odontólogo	Odontólogo	1
Responsable de Laboratorio	Auxiliar de enfermería	1
Auxiliar de enfermería	Auxiliar de enfermería	1
Centro de Salud Chaguaya		

Jefe de Área de Chaguaya	Médico General	1
Responsable de Programas	Licenciada de enfermería	1
Odontólogo	Odontólogo	1
Chofer	Chofer	1
Centro de Salud Yaricoa		
Medico mi Salud	Medico	1
Auxiliar de enfermería	Auxiliar de enfermería	1
Centro de Salud Mollipongo		
Medico mi Salud	Medico	1
Auxiliar de enfermería	Auxiliar de enfermería	1
Centro de Salud Santiago de Okola		1
Medico mi Salud	Medico	1
Auxiliar de enfermería	Auxiliar de enfermería	1
Centros de Salud Aguas Calientes		
Medico mi Salud	Medico	1
Auxiliar de enfermería	Auxiliar de enfermería	1
Centro de Chuani		1
Medico mi Salud	Medico	1
Auxiliar de enfermería	Auxiliar de enfermería	1
Centro de Salud Copusquia		
Medico mi Salud	Medico	1
Auxiliar de enfermería	Auxiliar de enfermería	1
Centro de Salud Huilacunca		
Medico mi Salud	Medico	1
Auxiliar de enfermería	Auxiliar de enfermería	1
Centro de Salud Cruz Pata		
Medico mi Salud	Medico	1
Auxiliar de enfermería	Auxiliar de enfermería	1
MUNICIPIO DE HUMANATA		
Responsable Municipal	Médico General	1
Responsable de Programas	Licenciada enfermera	1
Médico General	Médico General	1
Odontólogo	Odontólogo	1
Auxiliar de enfermería	Auxiliar de enfermería	2

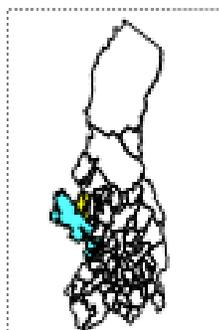
Chofer	Chofer	1
Centro de Salud Pacolla		
Medico mi Salud	Medico	1
Auxiliar de enfermería	Auxiliar de enfermería	1
MUNICIPIO ESCOMA		
Hospital Escoma		
Cirujano General	Cirujano General	1
Médico General	Médico General	2
Licenciada de enfermería	Licenciada enfermera	2
Responsable de Laboratorio	Bioteología	1
Responsable de Radiología	Técnico Radiólogo	1
Auxiliar de enfermería	Auxiliar de enfermería	3
Cocinera	Cocinera	1
Chofer	Chofer	1
Centro de Salud Challapata		
Medico mi Salud	Medico	
Auxiliar de enfermería	Auxiliar de enfermería	1

FUENTE: R.U.E.S

La provincia Camacho cuenta con 31 establecimientos y 102 trabajadores en salud.

ISOCRONA RED DE SALUD NRO.9 CAMACHO

Red de Salud Rural Nro. 3 **SEDES La Paz**



De:	Municipios o Area de Salud	Distancia en Km.	Tiempo Aproximado
La Paz	Chigaya	85 Km.	2 Hora y 20 Min.
La Paz	Carabuco	88 Km.	2 Hora y 40 Min.
La Paz	MocoMoco	270 Km.	5 Horas
La Paz	Puerto Acosta	194 Km.	4 Hora y 30 Min.
La Paz	C.S. Humanata	260 Km.	4 Horas
La Paz	Municip. Puno	81 Km.	2 Hora y 10 Min.

● Municipio
● Gerencia de Red
--- Camino Asfaltado
--- Camino Principal
--- Camino secundario
--- Rio

FUENTE: Coordinación de Red - 2
Dr. José Galán - Carrera de Paz, Dr. Raúl Pareda - Huancayo



SUTIS SEDES LA PAZ

Figura 51

FUENTE:SDIS

De:	Municipios o Area de Salud	Distancia en Km.	Tiempo Aproximado
La Paz	Escoma	180 Km.	2 Hora y 30 Horas
La Paz	Carabuco	165 Km	2 Hora y 50 Min
La Paz	MocoMoco	270 Km	5 Horas
La Paz	Puerto Acosta	194 Km	4Hora y 30 Min
La Paz	C.S.Humanata	260 Km	4 Horas

MOTORIZADOS DE LA RED DE SALUD NRO.9 CAMACHO.



CONSOLIDADO REFERENCIAS - CONTRAREFERENCIAS RED 3 CAMACHO

RED	CAUSAS	Nº REFERENCIAS AL 2do. NIVEL DE ATENCION			Nº REFERENCIAS AL 3er. NIVEL DE ATENCION			Nº CONTRAREFERENCIAS
		Menor de 5 años	6 - 64 años	> 65 años	Menor de 5 años	6 - 64 años	> 65 años	
	OBSTETRICAS		57			6		1
	GINECOLOGICAS		5					
	NEUROLOGICAS				1	2	1	
3	RESPIRATORIAS		4		3	1	2	1
CAMACHO	CARDIACAS			4			3	
	GASTROINTESTINALES	1		3	1	2	5	
	METABOLICAS Y NUTRICIONALES		1	6	1	2	4	
	ACCIDENTES		5		1	3		
	TRAUMATOLOGICAS		28	1	1	22	6	
	QUIRURGICAS		2		1	6	21	

8.1 OBJETIVO GENERAL

Mejorar la atención del parto y post-parto para disminuir la mortalidad materna en establecimientos de la Red de Salud Rural N° 3 Camacho del Departamento de La Paz

8.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Fortalecer las competencias en atención del parto y post-parto en el personal de salud.

Establecer un manual de atención de parto y post-parto adecuado a las características de los establecimientos de salud de la red rural No. 3.

Establecer una estrategia de gestión para la dotación de equipamiento e insumos para la atención del parto y post-parto.

9. RESULTADOS

- Fortalecido las competencias en atención del parto y post-parto en el personal de salud.
- Establecido un manual de atención de parto y post-parto adecuado a las características de los establecimientos de salud de la red rural No. 3.
- Establecido una estrategia de gestión para la dotación de equipamiento e insumos para la atención del parto y post-parto.

10. ACTIVIDADES

- ACTIVIDAD 1.1 Mejorar las habilidades y destrezas en la atención de parto y postparto.
- ACTIVIDAD 1.2 Fortalecer los conocimientos de las normas de la atención de parto y post-parto.
- ACTIVIDAD 2.1 Elaborar un manual de atención de parto y post-parto adecuado a las características de los establecimientos de salud en base a normas y protocolos.
- ACTIVIDAD 2.2 Implementar el manual de atención de parto y post-parto adecuado a las características de los establecimientos de salud

- ACTIVIDAD 3.1 Realizar un taller participativo para la elaboración de una estrategia de gestión para la dotación de equipamiento e insumos.
- ACTIVIDAD 3.2 Implementar la estrategia de gestión para la dotación de equipamiento e insumos.

11. INDICADORES POR LA ESTRUCTURA DE OBJETIVOS

11.1 INDICADORES DEL OBJETIVO GENERAL

Se reduce en un 40% el riesgo de mortalidad durante el traslado o Transferencia en el 1er. año.

El 70% de las complicaciones en el trabajo de parto y post-parto controlado en el 1er.año.

El 90% de las intervenciones con diagnóstico preciso y referencia oportuna en el 1er. año.

11.2 INDICADORES POR OBJETIVOS ESPECIFICOS

El personal de salud ha mejorado en un 90 % sus competencias en la atención del parto y post-parto.

El 100 % de establecimientos de salud de la red rural No. 3, cuentan con un manual de atención de parto y post-parto adecuada a las características de los centros de salud.

El 100 % de los establecimientos de salud cuentan con un documento de gestión estratégica para la dotación de equipamiento e insumos para la atención del parto y post-parto.

12. FUENTES DE VERIFICACIÓN

12.1 FUENTES DE VERIFICACIÓN DEL OBJETIVO GENERAL

Informe de comités de referencia y contrareferencia.

Registro nominal de complicaciones y de muertes durante el trabajo de parto y post-parto.

Expedientes clínicos, llenado de correcto de partogramas, manejo correcto del tercer episodio del parto (alumbramiento).

12.2 FUENTES DE VERIFICACIÓN DE OBJETIVOS ESPECIFICOS

12.2.1 FUENTES DE VERIFICACIÓN DEL OBJETIVO ESPECIFICO 1

Libro de actas, lista de participantes.

Informe de evaluación teórico práctico de cursos de capacitación en la Atención del parto y post-parto en el personal de salud.

12.2.2 FUENTES DE VERIFICACIÓN DEL OBJETIVO ESPECIFICO 2

Libro de actas.

Manual de atención de parto y post-parto adecuado a las características de los establecimientos de salud de la red rural No. 3.

12.2.3 FUENTES DE VERIFICACIÓN DEL OBJETIVO ESPECIFICO 3

Libro de actas.

Lista de participantes.

Documento elaborado sobre gestión estratégica para la dotación de equipamiento e insumos para la atención del parto y post-parto.

13. SUPUESTOS

13.1 SUPUESTO DEL OBJETIVO GENERAL

Personal de salud comprometido con la mejorada la atención del parto y post-parto.

13.2 SUPUESTOS DE LOS OBJETIVOS ESPECIFICOS

13.2.1 SUPUESTO DEL OBJETIVO ESPECIFICO 1

Personal de salud comprometidos en la mejora competencias para la atención de parto y post-parto.

13.2.2 SUPUESTO DEL OBJETIVO ESPECIFICO 2

Personal de salud y autoridades del SEDES comprometidos para la elaboración un manual de atención de parto y post-parto adecuado a las características de los establecimientos de salud de la red rural No. 3

13.2.3 SUPUESTO DEL OBJETIVO ESPECIFICO 3

Personal de salud comprometido con la elaboración y establecimiento de un documento de gestión estratégica para la dotación de equipamiento e insumos para la atención del parto y post-parto.

14. ANÁLISIS DE VIABILIDAD

La viabilidad se da por el interés y el compromiso de parte de las autoridades de los municipios, de las autoridades comunitarias, y del personal de salud de la red de salud rural No. 3 Camacho.

La viabilidad del proyecto involucra prevenir complicaciones durante la atención del parto y post-parto reduciendo la morbilidad y mortalidad materna como parte de la política pública.

15.1 FACTIBILIDAD SOCIAL

El proyecto proporcionara beneficios a las embarazadas en la atención del parto y post-parto de las comunidad del área de influencia de la red de salud rural No. 3 Camacho.

Se mejora las condiciones de atención y se fortalece la confianza de la estructura social,

Siendo que las decisiones y acciones de mejora involucraran y comprometerán a las autoridades comunitarias y las familias en esencia.

15.2 FACTIBILIDAD CULTURAL

El enfoque cultural está relacionado por personas que provienen en su mayoría de la cultura aymara, por lo que se respetan y se fortalecerán los usos y costumbres positivas en la atención del parto y post-parto de las comunidades.

El desarrollo de los talleres se considerara los factores culturales al momento de la atención del parto como es el parto vertical, y complementando los saberes sobre la atención del parto y post-parto de las comunidades con los del saber biomédico, mismo que ya establecido en las practicas del área.

15.3 FACTIBILIDAD ECONÓMICA

Los Gobiernos Municipales de la Provincia Camacho están comprometidos con la mejora de la salud, el un cumplimiento del POA, por lo que se considera que hay factibilidad económica asegurada.

La implementación del presente proyecto de intervención requerirá 10.050 bolivianos, que luego para luego la actividad llegue a formar parte de las actividades regulares en función de necesidades acordadas de forma participativa, en base a evaluación de resultados.

15.4 FACTIBILIDAD DE GÉNERO

Desde la construcción social de género, no realiza discriminación al respecto, pues está destinada a mujeres embarazadas en la atención del parto y post-parto, cuya atención y orientación y responsabilidades involucrara al varón e hijos/as en función del rol social requerido, observando que las atenciones comprometen el ámbito familiar en la comunidad.

16. ANÁLISIS DE SOSTENIBILIDAD DEL PROYECTO

La sostenibilidad del proyecto está garantizado por:

- La apropiación del proyecto de intervención por parte de las/los beneficiarias/os.
- Existencia del compromiso de los Gobiernos Municipales en la dotación de recursos,
la gestión y logística del personal de salud y la vigilancia del cumplimiento por parte de las autoridades comunitarias.

17. IMPACTO ESPERADO DEL PROYECTO

El impacto esperado del proyecto con el tiempo es :

Se encuentre disminuida la mortalidad materna con la mejora de la atención del parto y post-parto en establecimientos de la Red de Salud Rural N° 3 Camacho.

18. FUENTE DE FINANCIAMIENTO PARA EL PRESUPUESTO

La fuente de financiamiento comprometida corresponde a los Gobiernos Municipales de la provincia Camacho.

Del presupuesto asignado al POA de los municipios, en el marco de la Ley 475.

FINANCIAMIENTO

FUENTE	EXPRESADO EN Bs.
Gobiernos Municipales de la Provincia de Camacho	10,050
TOTAL	10,050

19. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ministerio de Salud y Deportes. Plan Estratégico Nacional de salud Sexual y reproductiva 2009-2015. Unidad de Servicios de Salud y Calidad. Serie Documentos Normativos, publicación 140. Estado plurinacional de Bolivia; 2010: 14-68.

De la Galvez Murillo Alberto, Pando Miranda Ramiro, Padilla Condori Mario. Salud Sexual y reproductiva. Guia practica para su promoción, gestión y atención en las redes municipales de salud. La Paz: Imprenta FACIL; 2011 (Temas de Ginecología y Obstetricia Nro. 6)

Organización Mundial de la salud, Organización Panamericana de la salud. Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto. Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) 2002: C-1-C-94

Organización Panamericana de la Salud. Estrategia Regional para la Reducción de la Mortalidad y Morbilidad Maternas. Washington, D.C:OPS; (S/F):8-15

De la Gálvez Murillo Alberto, Pando Miranda Ramiro, Padilla Condori Mario. Mortalidades maternas en la ciudad de La Paz. La pérdida de una batalla por la vida. La Paz: Médicos consultores OMS; 1994 (Temas de Medicina Social N ° 4).

Organización Mundial de la Salud "Mortalidad Materna" 2018

Atención Integrada al Continuo del curso de la vida, catalogado por el centro de información y documentación OPS/OMS Bolivia,2013.

Regional para la reducción de la Mortalidad Materna (GTIRMM). Atención Calificada del Parto en América latina y el Caribe. Informe 2004. Santa Cruz de La Sierra Bolivia 2003.

Lizarazu YucraRenato, De la Gálvez Murillo Alberto Bolivia Ministerio de Salud y Deportes Dirección General de Servicios de Salud...Norma Nacional Del Sistema de Vigilancia epidemiológica de La Mortalidad Materna publicación 328 (16)

Norma Nacional del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Mortalidad Materna , Publicación 328 Ministerio de Salud:2014: 11-119

Conceptos tomados de: Dela Gálvez Murillo Alberto, Pando Miranda ramiro, Padilla Condori Mario. Mortalidad Materna. En Médicos Consultores. Salud Sexual y Reproductiva. 2011 (12)

.Ministerio de Salud: Atención Integrada al Continuo del curso de la vida " adolescente-mujer en edad fértil- mujer durante el embarazo, parto y puerperio-recien nacido/a-niño/a menor de 5 años y personas adultas 2013.

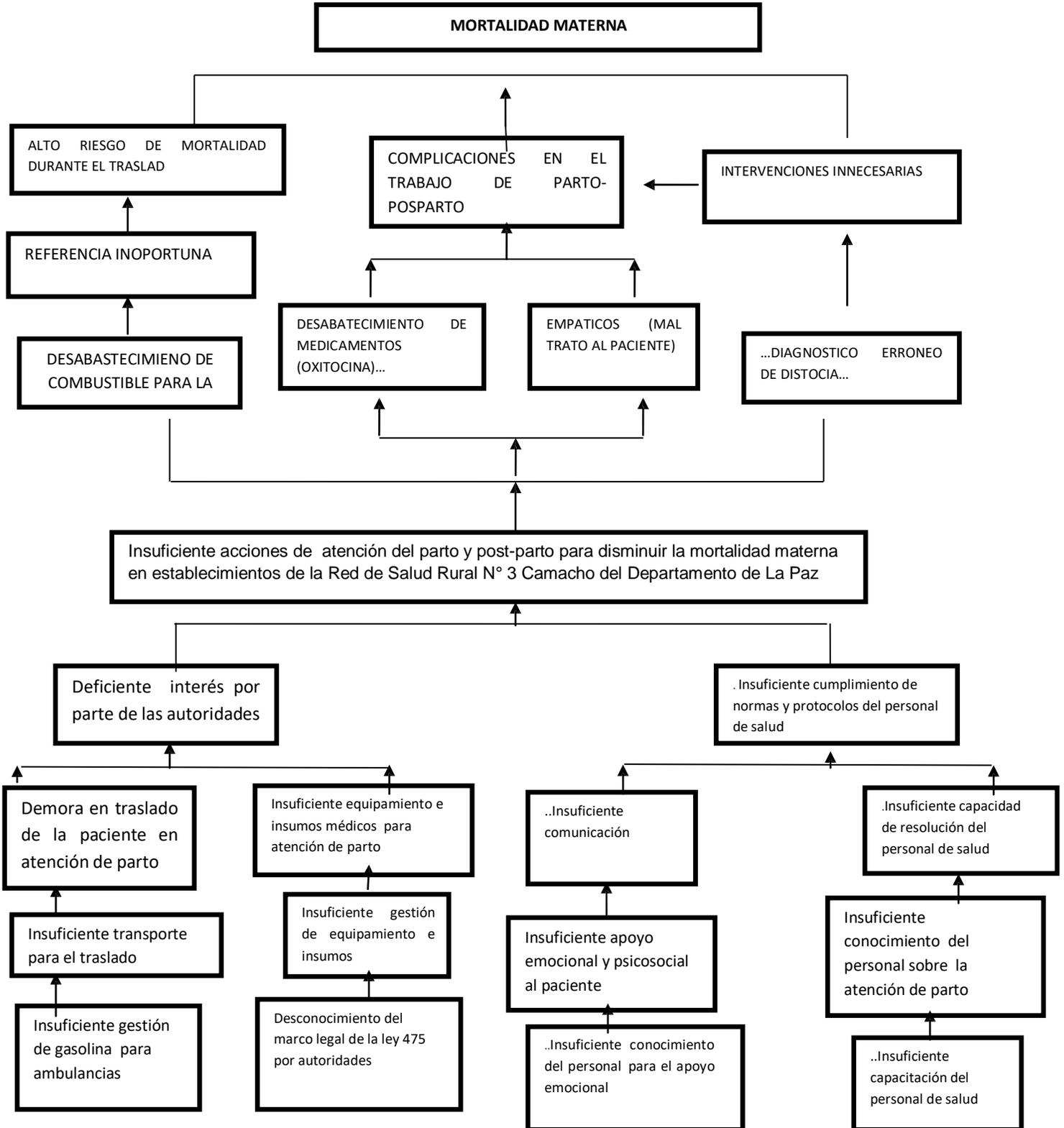
Organización Mundial de la Salud. Estudio Multipais de la OMS sobre salud y mortalidad de la mujer y violencia doméstica. Ginebra Suiza,2005.

H.Odoi-Agyarko,N.Dollimore , O.Owusuargyei, Risk Factors in Maternal Mortality: A Community-Based Study in Kassena-Nankani District. Trabajo presentado en la Reunión Consultiva Nacional sobre Maternidad sin Riesgos, Accra,Ghana, 19-21 de enero de 1993

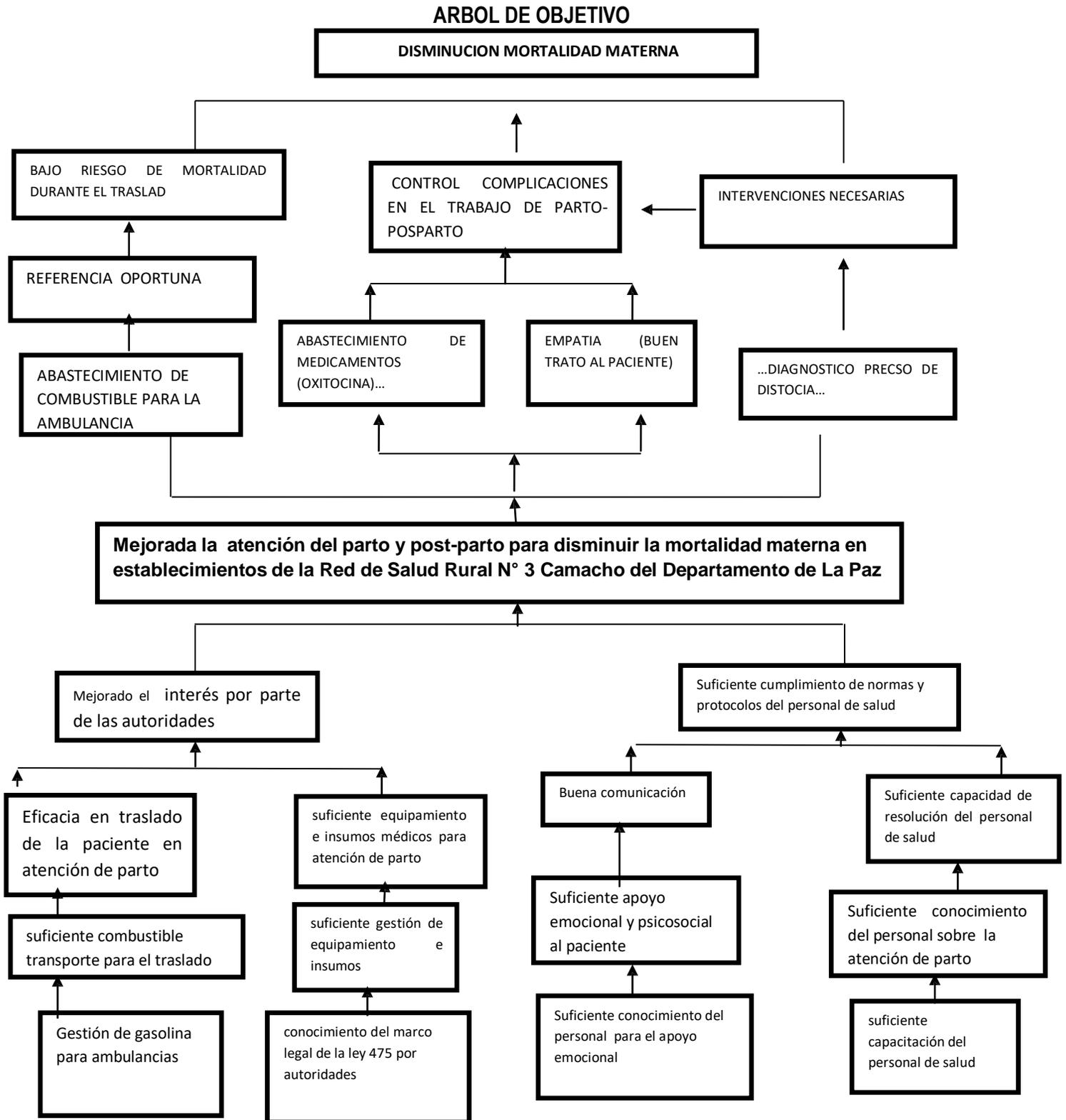
20. ANEXOS

20.1 ÁRBOL DE PROBLEMAS

ARBOL DE PROBLEMAS



0.2 ÁRBOL DE OBJETIVOS



20.3 MATRIZ DEL MARCO LÓGICO

RESUMEN NARATIVO	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
FIN Contribuir a la disminución de la mortalidad materna. .			
PROPOSITO Mejorada la atención del parto y post-parto para disminuir la mortalidad materna en establecimientos de la Red de Salud Rural N° 3 Camacho del Departamento de La Paz.	Se reduce en un 40% el riesgo de mortalidad durante le traslado o transferencia en el 1er. año. El 70% de las complicaciones en el trabajo de parto y post-parto controlado en el 1er.año. El 90% de las intervenciones con diagnóstico preciso y referencia oportuna en el 1er. año.	Informe de comités de referencia y contrareferencia. Registro nominal de complicaciones y de muertes durante el trabajo de parto y post-parto. Expedientes clínicos, llenado de correcto de partogramas, manejo correcto del tercer episodio del parto (alumbramiento)	Personal de salud comprometido en la mejora de la atención del parto y post-parto.
RESULTADO 1 Fortalecidas las competencias en atención del parto y post-parto en el personal de salud.	El personal de salud ha mejorado en un 90% sus competencias en la atención del parto y post-parto.	Libro de actas, lista de participantes. Informe de evaluación teórico práctico de cursos de capacitación en la atención del parto y post-parto en el personal de salud.	Personal de salud comprometidos con las competencias para la atención de parto y post-parto.
RESULTADO 2 Establecido un manual de atención de parto y post-parto adecuado a las características de los establecimientos de salud de la red rural No. 3	100 % de establecimientos de salud de la red rural No. 3, cuentan con un manual de atención de parto y post-parto adecuada a las características de los centros de salud	Actas. Manual de atención de parto y post-parto adecuado a las características de los establecimientos de salud de la red rural No. 3	Personal de salud y autoridades del SEDES comprometidos para la elaboración un manual de atención de parto y post-parto adecuado a las características de los establecimientos de salud de la red rural No. 3

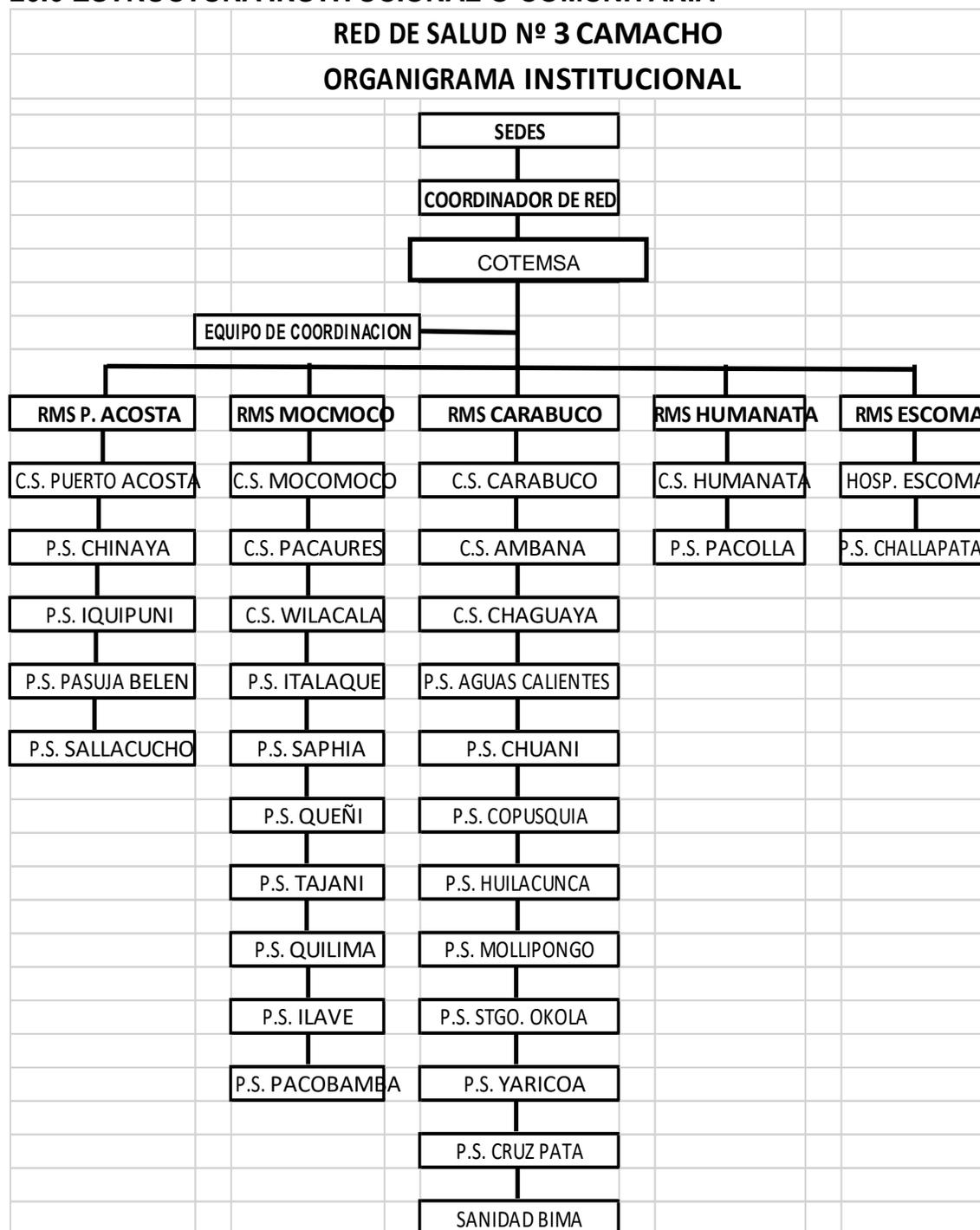
RESULTADO 3 Establecido una estrategia de gestión para la dotación de equipamiento e insumos para la atención del parto y post-parto.	El 100 % de los establecimientos de salud cuentan con un documento de gestión estratégica para la dotación de equipamiento e insumos para la atención del parto y post-parto.	Actas. Lista de participantes. Documento elaborado sobre gestión estratégica para la dotación de equipamiento e insumos para la atención del parto y post-parto.	Personal de salud comprometido con la elaboración y establecimiento de un documento de gestión estratégica para la dotación de equipamiento e insumos para la atención del parto y post-parto.
ACTIVIDAD 1.1 Mejorar las habilidades y destrezas en la atención de parto y postparto.	90 % del personal de salud con demostraciones prácticas de competencias en la atención del parto y post-parto.	Informe de las demostraciones Fotografías Informe de evaluaciones realizadas	Personal de salud comprometido con la mejora de habilidades y destrezas en la atención de parto y postparto.
ACTIVIDAD 1.2 Fortalecer los conocimientos de las normas de la atención de parto y post-parto	90 % del personal tiene fortalecidos sus conocimientos sobre norma de la atención de parto y post-parto.	Actas de capacitación Informe de capacitaciones recibidas a todo el personal. Informe evaluación de conocimientos adquiridos y fortalecidos,	Personal de salud, autoridades del SEDES comprometidos en el fortalecimiento de conocimientos sobre normas de la atención de parto y post-parto.
ACTIVIDAD 2.1 Elaborar un manual de atención de parto y post-parto adecuado a las características de los establecimientos de salud en base a normas y protocolos.	100 % del personal de salud participa en la elaboración de un manual de atención de parto y post-parto adecuado a las características de los establecimientos de base a normas y protocolos.	Documento manual de atención de parto y post-parto adecuado a las características de los establecimientos de salud en base a normas y protocolos	Personal de salud comprometidos con la elaboración de un manual de atención de parto y post-parto adecuado a las características de los establecimientos de salud en base a normas y protocolos.
ACTIVIDAD 2.2 Implementar el manual de atención de parto y post-parto adecuado a las características de los establecimientos de salud	100% del personal conoce e implementa el manual de atención de parto y post-parto adecuado a las características de los establecimientos de salud.	Informes de sobre la implementación del manual de atención de parto y post-parto adecuado a las características de los establecimientos de salud.	Personal de salud comprometidos con la implementación del manual de atención de parto y post-parto adecuado a las características de los establecimientos de salud.
ACTIVIDAD 3.1 Realizar un taller participativo para la elaboración de una estrategia de gestión para la dotación de equipamiento e insumos.	Un taller elaboración de una estrategia de gestión para la dotación de equipamiento e insumos, con participación de personal de salud, autoridades locales y representación del municipio.	Libro de actas Informe del taller de elaboración de una estrategia de gestión para la dotación de equipamiento e insumos.	Personal de salud, autoridades locales y representación del municipio, comprometidos con la elaboración de una estrategia de gestión para la dotación de equipamiento e insumos.
ACTIVIDAD 3.2 Implementar la estrategia de gestión para la dotación de equipamiento e insumos.	100 % de los establecimientos de salud en aplicación de la estrategia de gestión para la dotación de equipamiento e insumos.	Libro de actas. Informe sobre la implementación de una estrategia de gestión para la dotación de equipamiento e insumos.	Personal de salud comprometida con la implementación de una estrategia de gestión para la dotación de equipamiento e insumos.

20.4 PRESUPUESTO PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES

OBJETIVO ESPECÍFICO	MATERIALES	UNIDAD	CANTIDAD	COSTO TOTAL	RESPONSA- BLE
- Fortalecer las competencias en atención del parto y post-parto en el personal de salud. - Establecer un manual de atención de parto y post-parto adecuado a las características de los establecimientos de salud de la red rural No. 3 - Establecer una estrategia de gestión para la dotación de equipamiento e insumos para la atención del parto y post-parto.	- Fotocopias de dossier	Hojas	100	200	Equipo de gestión del red rural nro.3 Camacho
	- Lap Top	Pieza	1	6.000	
	- Data Display	Pieza	1	2000	
	- Facilitador		1	500	
	-Fotocopias de documentos.			900	
	-Cuadernos			90	
	-Boligrafos.			60	
	-Refrigerio			300	
	-Veaticos				
	Total				

Total de Recursos Económicos: Bolivianos 10,050.- (diez mil cincuenta 00/100 bolivianos)

20.6 ESTRUCTURA INSTITUCIONAL O COMUNITARIA



20.7 CRONOGRAMA

Actividad	Planificación por mes 2018-2019																			
	1º mes septiembre				2º mes octubre				3º mes noviembre				4º mes Diciembre				5º mes Enero			
	S1	S2	S3	S4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
Se capacita para elaboración del proyecto	X	x	X																	
Mejorar las habilidades y destrezas en la atención de parto y postparto.				X		X														
Fortalecer los conocimientos de las normas de la atención de parto y post-parto							X	X												
Elaborar un manual de atención de parto y post-parto adecuado a las características de los establecimientos.														X	X	X				
Realizar un taller participativo para la elaboración de una estrategia de gestión.														X	X	X	X			
PROPUESTA																				
Se presenta y aprueba la propuesta																		X		
A la red 3 Camacho , SEDES Y municipios de la Red 3 Rural																		xxxxx		
SE IMPLEMENTA LA PROPUESTA																		X	X	X
SEGUIMIENTO																				
Se realiza el seguimiento y evaluación																X		X	X	X
A la propuesta																				

20.8 MATRIZ DE INVOLUCRADOS

Involucrado	Interés	Posición	Poder	Intensidad	Estrategia
Cumplimiento de normas y protocolos del personal de salud	Fortalecido las competencias en atención del parto y post-parto en el personal de salud.	+	5	5	Fortalecer los conocimientos de las normas de atención del parto y post-parto
Capacitadores sobre el manejo de normas y protocolos	Establecido un manual de atención de parto y post-parto adecuado a las características de los establecimientos de salud de la red rural No. 3	+	3	5	Elaborar un manual de atención del parto y post-parto adecuado a las características de los establecimientos de salud en base a normas y protocolos
Operadores de salud (establecimientos)	Establecido una estrategia de gestión para la dotación de equipamiento e insumos para la atención del parto y post-parto	+	4	4	Implementar la estrategia de gestión para la dotación de equipamiento e insumos.
Gobiernos Autónomos Municipales, SEDES, ministerio	Eficacia en traslado de la paciente en atención de parto, Insuficiente combustible transporte para el traslado	+	3	3	Realoizar un taller participativo para la elaboración de una estrategia de gestión para la dotación de equipamiento e insumos
Gobiernos Autonomos Municipales, SEDES, ministerio	Suficiente equipamiento e insumos médicos para atención de parto conocimiento del marco legal de la ley 475 por autoridades	+	3	3	Garantizar asistencia técnica a los G.A.M. para el cumplimiento de la ley 475 y marco legal POSICIÓN: Signo "+" si está a favor; signo "-" si está en contra. PODER: 5: Muy alto; 4: Alto; 3:Medio; 2:Bajo; 1:Muy bajo. INTENSIDAD: 5: Muy alta; 4: Alta; 3:Media; 2:Baja; 1:Muy baja

20.9 PLAN DE EJECUCIÓN DEL PROYECTO

OBJETIVO GENERAL

- Mejorar la atención del parto y post-parto para disminuir la mortalidad materna en establecimientos de la Red de Salud Rural N° 3 Camacho del Departamento de La Paz

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Fortalecer las competencias en atención del parto y post-parto en el personal de salud.
- Establecer un manual de atención de parto y post-parto adecuado a las características de los establecimientos de salud de la red rural No. 3.
- Establecer una estrategia de gestión para la dotación de equipamiento e insumos para la atención del parto y post-parto.

N°	ACTIVIDADES	RESULTADOS	RESPONSABLE	DURACION	RECURSOS
1	Ejecución del proyecto	Se elige un responsable del proyecto	Dr. Edwin Andrade Villanueva	30 días	Recursos Propios
2	Mejorar las habilidades y destrezas en la atención de parto y postparto	Se aplica mediante la utilización de guías y estándares adaptados a los usos locales para la atención del parto y post-parto.	Dr. Edwin Andrade Villanueva Equipo de coordinación	1 año	Recursos Propios
3	Fortalecer los conocimientos de las normas de la atención de parto y post-parto.	El personal de salud ha mejorado en un 90% sus competencias en la atención del parto y post-parto.	Dr. Edwin Andrade Villanueva Equipo de coordinación	30 días	Recursos Propios
4	Implementar el manual de atención de parto y post-parto adecuado a las características de los establecimientos de salud.	100 % de establecimientos de salud de la red rural No. 3, cuentan con un manual de atención de parto y post-parto adecuada alas características de los centros de salud	Dr. Edwin Andrade Villanueva Equipo de coordinación	2 días	Recursos Propios

20.10 SISTEMA DE MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL PROYECTO

Análisis de intereses:

Grupo: Conformados por trabajadores en salud, medico generales, licenciadas(os) en enfermería, auxiliares de enfermería, personal de apoyo como los internos, conductores de ambulancia.

PROBLEMAS MAS FRECUENTES	ESTRATEGIA PREVENTIVA
El personal de salud demuestra actitudes y acciones confiadas en su conocimiento.	La educación en salud y poner en práctica las actividades que mejores las actitudes y prácticas en la atención del parto y post-parto.
Personal de salud que no se guía con los manuales, normas y protocolos en la atención del parto y post-parto.	Capacitación del personal de salud mediante la utilización de guías y estándares (manuales, protocolos y normas), adaptados a los usos para la atención del parto y post-parto en los diferentes niveles del sistema de atención en salud.
Conocimientos inadecuados en emergencias ginecobstetricias del personal de salud	Capacitación continua al personal de salud en emergencias ginecobstetricias...
Gobiernos Municipales que no cumplen con el marco legal ni el pago oportuno de la ley 475	Capacitación y socialización a los funcionarios de los Gobiernos Municipales.

La propuesta para mejora de la atención del parto y post-parto para disminuir la mortalidad materna en establecimientos de la red de salud rural n° 3 Camacho del departamento de la paz, en la gestión 2018. Se aplica mediante la utilización de guías y estándares adaptados a los usos locales para la atención del parto y post-parto, contar con un manual de atención de parto y post-parto adecuada a las características de los centros de salud implementar un reglamento para el manejo y utilización de guías y estándares (manuales, protocolos y normas) en la atención del parto y post-parto. Que aborda el manejo integrado del embarazo y el parto,

se centra en la contribución del sector salud a la reducción de la mortalidad materna.

El compromiso debe surgir de una adecuada comprensión de la propuesta, de los beneficios que de ella se deriven y de sus viabilidad en el contexto de los respectivos involucrados, la motivación y capacitación del personal de salud con la estrategia en la elaboración de un manual de atención de parto y post-parto adecuado a las características de los establecimientos de salud en base a normas y protocolos, además la elaboración de una estrategia de gestión para la dotación de equipamiento e insumos, para mejorar el desempeño del trabajador en salud que contribuirá a la reducción de la mortalidad materna.

