

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



Adecuación de salas de parto con enfoque
intercultural para incrementar la cobertura de
parto institucional en el Centro de Salud de
Huayna Potosí Red Los Andes El Alto –
2020

**POSTULANTE: Lic. María Juana Melendres
Chuquimamani**

TUTORA: Dra. Sheyla Rodríguez Hernández

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

La Paz - Bolivia
2019

DEDICATORIA

A Dios por todo lo que hace día a día por mí, gracias a él puedo aun estar viva.

A mis hijas por su paciencia, su tiempo y sacrificio.

A mi madre por su impulso para continuar y culminar.

A mis hermanos por comprender y apoyar en todo momento cuando así lo necesitaba.

AGRADECIMIENTO

A mi impulsora y guía, Lic. Rosario Chávez V. que desde el cielo me ilumina con sus conocimientos para culminar esta tarea y que este hecho permita por medio mío alcanzar uno de sus objetivos.

A mi tutora Dra. Sheyla Rodríguez que cada palabra de fortaleza permitió concluir con esta propuesta.

INDICE DE CONTENIDO

1. Introducción.....	1
2. Antecedentes.....	3
3. Relación del proyecto de intervención con lineamientos de la política Pública.....	18
4. Justificación del proyecto.....	27
5. Análisis del problema a intervenir.....	29
6. Análisis de actores.....	32
6.1 Beneficiarios directos.....	34
6.2 Beneficiarios Indirectos.....	34
6.3 Oponentes.....	34
6.4 Afectados.....	35
7. Contexto o lugar de Intervención.....	35
8. Objetivos.....	38
8.1 Objetivo General.....	38
8.2 Objetivo Especifico.....	38
9. Actividades.....	39
10. Indicadores por estructura de objetivo	40
11. Fuente de verificación.....	42
12. Supuestos.....	43
13. Análisis de viabilidad.....	43
14. Análisis de factibilidad.....	44

14.1 Factibilidad social.....	44
14.2 Factibilidad cultural/intercultural.....	45
14.3 Factibilidad económica.....	45
14.4 Factibilidad de género.....	45
15. Análisis de Sostenibilidad del proyecto.....	46
16. Impacto esperado del proyecto.....	47
17. Fuente de financiamiento para el Presupuesto	47
18. Referencias Bibliográficas.....	49
19. Anexos.....	51

RESUMEN

La mortalidad materna en Bolivia continua con los mismos índices de hace años atrás no habiendo cambios hasta ahora. La ciudad de La Paz de manera específica según el ENDSA (2016) presenta como dato 280 muertes de mujeres x cada 100.000 nacidos vivos y alrededor de 100 mujeres que continúan con sus partos en sus domicilios no accediendo así a un Establecimiento de Salud para la seguridad de la madre y del niño, considerando además que se cuenta con un seguro que le permite la gratuidad en esta atención y un bono por acceder al mismo, pese a todo esto los índices de mortalidad materna relacionados con los partos domiciliarios continúan por encima de la media nacional.

Basados en la Salud Familiar comunitaria e intercultural para el vivir bien y así lograr una atención con enfoque intercultural, ningún establecimiento oferta a las madres salas de parto adecuado según sus costumbres y creencias.

Nuestra propuesta de intervención pretende implementar salas de parto con enfoque intercultural que permitan dar el confort que la beneficiaria consigue en su domicilio, además de contar con el personal de salud sensibilizado y enfocado en sus costumbres y creencias de la madre ofertando así una atención de calidad y calidez para la madre y el niño, evitando que los partos se efectúen en sus domicilios impidiendo la mortalidad tanto de la madre como del niño.

La propuesta de intervención incrementaría las coberturas del parto institucional, disminuiría la morbimortalidad materna a nivel local repercutiendo en el nivel nacional ofertando salas de parto con enfoque intercultural a nivel departamental.

Para efectuar este proyecto se requiere 120.000 bolivianos esto incluye la adecuación de la infraestructura del Establecimiento de Salud, sensibilización y capacitación al personal de Salud y otros agentes de cambio como ser comunidad autoridades, elaboración de protocolos de atención. Financiados por ONG, DISA y el POA propio del Establecimiento de Salud.

El tiempo en el que se realice su ejecución es de 12 meses, se pretende incrementar las coberturas de parto institucional en un 5% en un año de gestión con evaluaciones trimestrales y continuos seguimientos.

Los precursores de esta propuesta de intervención será la comunidad, el personal de salud y con apoyo de la Coordinación en Salud de la Red Los Andes.

Consideramos que esta propuesta de intervención será importante mostrar que eliminando estas barreras existentes en los Establecimientos de salud ofertaremos salas de parto similares a la de sus hogares respetando la cultura de las personas evitando cualquier complicación materna o del recién nacido con un apoyo técnico efectivo y con las condiciones de salubridad requeridas para dicho proceso, reduciendo la morbilidad y mortalidad materna neonatal.

ABSTRACT

Maternal mortality in Bolivia continues with the same rates of years ago with no changes so far. The city of La Paz specifically according to the ENDSA (2016) presents 280 deaths of women per 100,000 live births and about 100 women who continue with their deliveries at their homes, thus not accessing a Health Establishment for safety of the mother and the child, also considering that there is insurance that allows them free of charge in this care and a bonus for accessing it, despite all this the maternal mortality rates related to home births continue above the national average

Based on community and intercultural Family Health for living well and thus achieving care with an intercultural approach, no establishment offers mothers adequate delivery rooms according to their customs and beliefs.

Our intervention proposal intends to implement delivery rooms with an intercultural approach that allow to provide the comfort that the beneficiary achieves in her home, in addition to having the health personnel sensitized and focused on her customs and beliefs of the mother thus offering quality care and warmth for the mother and the child, preventing births from taking place in their homes preventing the death of both the mother and the child.

The intervention proposal would increase the coverage of institutional birth, reduce maternal morbidity and mortality at the local level, impacting at the national level by offering delivery rooms with an intercultural approach at the departmental level.

In order to carry out this project, 120,000 Bolivians are required. This includes the adaptation of the Health Facility infrastructure, awareness and training for Health personnel and other change agents such as community authorities, development of care protocols. Funded by NGOs, DISA and the POA of the Health Establishment.

The time in which its execution is carried out is 12 months, it is intended to increase the coverage of institutional childbirth by 5% in a year of management with quarterly evaluations and continuous monitoring.

The precursors of this intervention proposal will be the community, the health staff and with the support of the Los Andes Network Health Coordination.

We believe that this intervention proposal will be important to show that by eliminating these existing barriers in the Health Establishments we will offer delivery rooms similar to that of their homes respecting the culture of the people avoiding any maternal or newborn complications with effective technical support and with the health conditions required for this process, reducing maternal neonatal morbidity and mortality.

1. Introducción

La mortalidad materna es un indicador importante en la salud de la mujer. Bolivia mantiene uno de los más altos niveles de mortalidad materna infantil en la región. Estudios realizados por el Ministerio de Salud, Plan Estratégico Institucional (2016-2020) confirma este dato de 160 mujeres que mueren por cada 100.000 nacidos vivos, en el parto y/o post parto⁽¹⁾ Los departamentos de La Paz, Potosí y Cochabamba presentan los índices más altos de Bolivia. Datos que no sufrieron modificación alguna desde el anterior ENDSA (2016). Los departamentos que presentan mayores datos de muerte materna son: La Paz con 289, Potosí con 255 y Cochabamba con 188 (anexo grafica 1), estando por encima del promedio nacional (160 por cada 100.000), manifiestan además que las causas de muerte directa son ocasionadas por hemorragias 53%, infecciones 7%, aborto 13% e hipertensión 19%.(ENDSA 2016)⁽²⁾.

Enfocados en disminuir este porcentaje surgen poder realizar acciones de manera conjunta con la comunidad de manera directa para llegar a las poblaciones excluidas en una temática diferente a la acostumbrada en el caso de las mujeres, mismas que acuden a los establecimientos de salud con poca frecuencia, uno de los factores es desde el cultural hasta el temor de ciertos cambios que existen en esta área periurbana considerando que la gran mayoría son migrantes de zonas rurales del departamento de La Paz buscando mejores oportunidades de vida.

Las mujeres al ser parte de la sociedad y protagonistas de sus partos están en todo el derecho de decidir cómo y dónde pueden acceder para la realización de su parto por ello es importante brindar una atención integral, respetuosa y amable independientemente de su etnia, para ello es primordial que los servicios de salud garanticen este derecho a todas las mujeres.⁽¹⁾

El Plan Estratégico Institucional del 2016-2020 en uno de sus capítulos refiere un análisis de las responsabilidades y atribuciones del Ministerio de Salud enmarcados en conceptos operacionales de salud enfocados en el derecho a la salud.

La propuesta de desarrollo basado en los objetivos estratégicos del PSDI 2016 – 2020 en los que resalta para esta propuesta de intervención es que el Ministerio de Salud tiene responsabilidad como ente Rector del Sector Salud el de:

Mejorar la situación de salud de la población y que la población ejerza sus derechos y obligaciones en salud. ⁽¹⁾Pese a existir políticas desde el nivel nacional no se notan grandes cambios por ello se ve importante poder transformar los establecimientos de salud para que brinden servicios con calidad, amigables y que respeten sus costumbres, innovar la infraestructura, por ello se deben considerar acciones que coadyuven a estos datos.

Es alarmante que pese a conocer estas altas cifras en Bolivia y políticas que coadyuven, aún no se cuenten con acciones claras para disminuir estos porcentajes.

Todavía las muertes se producen en los domicilios por la falta de atención médica o temor de las mujeres y/o familia de no sentirse cómodos en un establecimiento de salud.

Según el ENDSA del 2016 el departamento de La Paz tiene mayor porcentaje de partos domiciliarios. También se menciona que a pesar de los esfuerzos que las autoridades de Bolivia han realizado durante los últimos años para tratar de reducir la mortalidad materna, el país sigue teniendo unos de los peores resultados en ese rubro, a partir de ello el Estado Plurinacional de Bolivia se ha propuesto implementar políticas y estrategias dirigidas a reducir la

mortalidad materna infantil, sin embargo aún no se logra reducir la mortalidad materna y neonatal, pese a los logros favorables, no han alcanzado los resultados esperados, razón por la cual el país mantiene uno de los resultados más bajos en este campo en el continente.

Con la Ley No. 475 en su artículo 5 se amplían las prestaciones cubiertas a todas las patologías de la mujer desde el inicio de su gestación hasta el parto y postparto hasta los seis meses y de la niñez hasta los cinco años de edad. Aun con este Seguro Público no existen significativos cambios.

En Plan Estratégico Institucional ⁽¹⁾ se establece entre los objetivos de la estrategia Bolivia Digna, la eliminación de la exclusión social en Salud a través de la implementación del Sistema Único de Salud Familiar Comunitaria Intercultural. Así, la Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI) se constituye en la nueva forma de pensar, comprender y hacer la salud, que involucra, vincula y articula al equipo de salud con la persona, la familia, la comunidad y sus organizaciones en los ámbitos de gestión y atención de la salud; además de complementar las medicinas existentes en Bolivia; es un sistema será inclusivo, equitativo, solidario, de calidad y calidez.

2. Antecedentes

El Sistema de Salud actúa de manera intersectorial sobre los determinantes de salud con participación plena en todos sus niveles, orientado hacia la promoción de hábitos saludables, de la actividad física y deportiva, que cuida, cría y controla el ambiente, promueve y se constituye en el espacio de organización y movilización socio-comunitaria del Vivir Bien de manera aparente pero es contradictorio con los datos que se presentan en cuanto a la mortalidad materna.

La Política del Estado, descendiendo al Código de Familia, Código del Menor, Código de Salud, Ley General del Trabajo, Decretos Supremos, Resoluciones Ministeriales, y sus respectivas Reglamentaciones que abarcan todo el campo de acción de estas disposiciones legales; teniendo esta visión macro del sistema jurídico boliviano, es importante implementar nuevas estrategias o propuestas de intervención que permitan coadyuvar la protección materno infantil.

Asimismo, la preponderancia de la vida y la salud, como derechos humanos esenciales, cuyo resguardo es obligación del Estado, no sólo está reflejada en la Constitución Política del Estado, además de ser pilar número 3 de salud, educación y deportes en el Plan de Desarrollo Económico Social pretende en una de sus primeras metas en los puntos 5 y 6 el de reducir a 115 muertes x 100.000 nacidos vivos e incrementar la cobertura de partos institucionales como protección efectiva del derecho a la vida y la salud, de todos los habitantes del país.⁽³⁾

No obstante, la segunda de sus metas propone la construcción de Establecimientos de Salud y no así de la adecuación de sus salas de parto fomentando las creencias y la interculturalidad en el que todavía estamos arraigados.⁽³⁾

El ENDSA realizado en la gestión 2016 vuelve a confirmar este dato de 160 de cada 100.000 nacidos vivos, mueren por parto y post parto. La Paz, Potosí y Cochabamba presentan los índices más altos de Bolivia.⁽²⁾ Indicar además que la paz presenta un porcentaje de 85.4 % de partos atendidos por el personal de salud. (Ver anexo cuadro 2)

Es importante resaltar que el departamento de Potosí ha disminuido los datos en cuanto a muertes maternas, pueda deberse a que en este departamento

llego al 70% de adecuación intercultural de las salas de partos este enfoque ha sido importante.⁽⁴⁾

En los últimos diez años, las construcciones dirigidas a los sectores de salud y educación estuvieron basadas en tipologías constructivas foráneas, ajenas a las realidades culturales locales, tanto por tipo de diseño como por los materiales utilizados.

Por ello, cuando visitamos Establecimientos de Salud periurbanos encontramos casonas que resaltan por la gran diferencia en los sistemas de construcción y por sus características morfológicas extrañas al lugar de su emplazamiento.

Estos diseños son el resultado de políticas adoptadas desde los ministerios o resultado de *consultorías de escritorio* con visiones occidentales homogenizantes, que no responden a la diversidad cultural del país – particularmente en el área. Desde un punto de vista arquitectónico, los hábitos de vida de cualquier sociedad se reflejan en la forma de uso del espacio y en la tipología del sistema constructivo; esto se agudiza aún más en las poblaciones que conservan en gran porcentaje sus hábitos culturales ancestrales.

Por ello, de acuerdo a las investigaciones realizadas, esta diferencia en la concepción espacial, funcional y morfológica se traducen en barreras arquitectónicas que forman parte de las causas por las que los habitantes de áreas periurbanas provenientes en algunos casos de área rural no acceden a los establecimientos de salud.

Un claro y sencillo ejemplo de estas afirmaciones se observa en la diferencia de tamaño y cantidad de ventanas amplias con mucha luz, ófricos desde los colores el blanco o similares, material extraño utilizadas en las viviendas locales y en los centros de salud; en las primeras, apenas se consideran

pequeñas aberturas que no pasan de dos en cada habitación y con una superficie que inferior a un metro cuadrado; en cambio, los establecimientos de salud se caracterizan por sus amplios ventanales que, muchas veces, por su mala orientación son innecesarios y más bien perjudiciales.

En los partos domiciliarios de la región, la nueva madre se abriga y se cuida del frío y del viento, el lugar más apropiado para el parto es la cocina, debido a su calor en relación con lo demás de la vivienda y la naturaleza de su iluminación.

En los partos institucionales atendidos en los diferentes establecimientos de salud, debido a varios factores como son los protocolos institucionalmente aceptados, la falta de espacio, la falta de recursos para la atención prolongada, etc. Las mujeres que dan a luz, generalmente son dadas de alta al finalizar el segundo día de internación, y en el transcurrir de estas 48 horas han permanecido algunas horas en la sala de internación, otras en enfermería o consultorio. Esto significa que el sistema oficial de salud no permite a la parturienta contar con un espacio en el que se sienta cómoda, donde permanezca protegida del frío y sobre todo donde pueda permanecer el tiempo necesario de acuerdo a sus características culturales .⁽⁴⁾

“Bolivia mantiene uno de los niveles más altos de mortalidad materna e infantil en la región. Las causas principales son hemorragias en postpartos y las infecciones. Pese a la vigilancia, implementación de la ley 475, los índices de mortalidad se mantienen elevados, principalmente en el área rural, donde el riesgo llega al 64 por cada 100 casos de muerte que se producen en el país”.⁽⁵⁾ Un reciente informe de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) informó que el índice de mortalidad materna en Bolivia llega al 64 por ciento en el área rural, pues este sector de la sociedad aún es vulnerable, ya que tiene cuatro veces más probabilidades de fallecer por complicaciones del embarazo, parto o postparto.

Según la ENDSA 2016 presenta datos en los que las ciudades, el 42% de las mujeres son atendidas de parto en sus casas y el 58% en centros de salud, mientras que en las áreas rurales el 78% de los partos se atienden en los hogares. ⁽²⁾

Los esfuerzos de las autoridades bolivianas, durante los últimos años, para tratar de reducir la mortalidad materna y neonatal, pese a los logros favorables, no han alcanzado los resultados esperados, razón por la que el país mantiene unos de los peores resultados en este campo en el continente.

Una información de la Encuesta de Nacional de Demografía y Salud (ENDSA) indica que la mortalidad materna es de 230 mujeres, por cada 100 mil nacidos vivos, cuyas causas son: hemorragia 33%, infecciones 17%, aborto 9%, hipertensión 5%, y parto prolongado 2% a nivel departamental.

De acuerdo con el Ministerio de Salud, la mortalidad materna no disminuyó continuando en 160 por 100.000 nacidos vivos el Departamento de La Paz se encuentra con 185 por cada 100 mil madres arriba del promedio nacional, es por ello que Bolivia declara el año 2018 como año de la vigilancia de la mortalidad materna.

“Respecto a la mortalidad infantil, Bolivia registra 36 muertes por cada 100 mil nacidos vivos, entre las principales causas de muerte están las infecciones en 32%, prematuros 30% y asfixia en 22% y otros”. ⁽²⁾

“Entre las madres que fallecieron pero que dieron a luz el 48.5% lo hizo en un establecimiento de salud, el 49.1 en domicilio y 2.4% en otro lugar. En los municipios de pobreza media es de 62.1% y en los de pobreza alta es de 70.6%”. ⁽⁸⁾

Este porcentaje debe ser cero siendo que existen políticas que apoyan a la disminución de la misma y que el acceso a los centros de salud que no interfieren de manera significativa en estos datos.

El municipio de El Alto cuenta con 14 distritos entre urbanos y rurales, el Centro de Salud Huayna Potosí perteneciente a la Red de Salud Los Andes, ubicado en el Distrito 5 de la ciudad de El Alto, desde la gestión 2012 inició la atención de partos, en cuya infraestructura podemos identificar 1 sala de parto y las atenciones en promedio eran tres partos por mes. Según la población de partos esperados por mes debería llegarse al 100% que es deseable y se llegó al 42% de atención en la gestión 2018, atendiendo 270 partos de 632 programados solo en su área de acción pero si consideramos la población de toda la red que es alrededor de 224.692 entre estos 59.515 son mujeres en edad fértil. ⁽⁷⁾

A la vez se debe considerar que al ser una de las dos maternidades existentes en la Red de Salud Los Andes está en la posibilidad de acoger a estas mujeres, existe la presencia de mujeres que por épocas se trasladan a realizar trabajos o de visita mismas que no son parte del total de la población por ser provenientes de áreas rurales.

El Centro de Salud Huayna Potosí es uno de los centros integrales de primer nivel que recibe referencias de 8 centros de salud existentes en ambos distritos mencionados y en algunas oportunidades a mujeres de otras zonas de El Alto o del área rural. Se realiza también atención prenatal, pero en casos de complicaciones se refiere a la paciente al Hospital Materno Infantil Los Andes, actualmente en el establecimiento se registra una cobertura baja de parto institucional.

La cobertura de parto institucional juega un papel importante en la salud de las mujeres en edad fértil. Las muertes perinatales son asociadas a los niveles de

cobertura de los partos institucionales, permitiendo disminuir el número de muertes maternas y obtener cifras reales sobre la mortalidad institucional.

El diagnóstico realizado en el establecimiento Huayna Potosí, sobre los protocolos de atención del parto al personal sanitario a las usuarias y a sus familiares el año 2016, corrobora que el “personal de salud no realiza visitas domiciliarias, no establece relaciones cordiales ni brinda un ambiente de confianza a las mujeres embarazadas, tampoco se les consulta sobre la posición para dar a luz y no se permite el acompañamiento de familiares, se entrega la placenta a los familiares solo si lo solicitan. Los ambientes son muy fríos y a veces se las deja al cuidado de practicantes, hay preferencia de las usuarias de solo hacer el control prenatal y dar a luz en la casa o en su caso acudir a otro establecimiento”.⁽⁶⁾

Los resultados de este diagnóstico muestran que “no se realizan controles prenatales a domicilio y según la estadística SNIS 2016, el Centro Huayna Potosí atendió al 61% de usuarias con 4 controles, el porcentaje de parto en servicio fue de 43.8% de control post parto y ninguna atención de partos domiciliarios realizados por el personal de salud”.⁽⁷⁾

La gestión 2018 según datos proporcionados por estadísticas emitidas por la misma red muestra los datos con leves diferencias en cuanto a atenciones de partos llegando a un 65% de atenciones lo que significa que de diez mujeres solo acuden 6 y el resto se desconoce dónde asisten.

Considerando que en los distritos 5 y 6 aún se cuenta con personas que migraron del área rural junto a sus usos y costumbres, por lo que las beneficiarias no se encuentran con un ambiente que permita proporcionarles confianza para acudir al mismo y hacer que las beneficiarias reciban la atención que por ley les corresponde, por lo que es de actitud la asistencia y

cuan comfortable pueda sentirse la beneficiaria para acudir al centro con la mayor tranquilidad posible.

Según las opiniones de las usuarias, muchas mujeres “no acuden por miedo, no se sienten como en su casa, existe también una gran falta de confianza en el de no estar tranquilas estando solas en el Establecimiento de Salud y finalmente por miedo a una mala atención”.⁽⁶⁾

El factor socio cultural identificado como una de las principales barreras que inciden la baja asistencia de mujeres embarazadas para la atención de parto, parte de la investigación de diversas experiencias realizadas en el país en poblaciones indígenas, muestran marcadas diferencias entre la atención del parto en las unidades de salud y las expectativas que tienen las usuarias de acuerdo a sus necesidades socioculturales, lo que se constituye en una barrera para que las mujeres acudan en búsqueda de atención a las unidades de salud.

Estudios realizados manifiestan que “las mujeres prefieren tener sus partos en sus domicilios atendidos por una partera o algún otro familiar, debido a la confianza y al confort que ellas encuentran según su cultura que aún está arraigada”.⁽⁵⁾

Según la constitución política del Estado, el reconocimiento de la condición plurinacional, intercultural, pluricultural y multiétnica del país, obliga a buscar mecanismos de articulación entre la atención institucional en salud y las prácticas tradicionales de las diferentes comunidades del país.

En el Centro de Salud Huayna Potosí, tomando en cuenta la problemática identificada por las usuarias y por el mismo personal del servicio se identificaron tres factores⁽⁵⁾ que influyen en la baja cobertura de partos en servicio, aspectos

que se deben resolver para contribuir a reducir los índices de la mortalidad materna:

- El primer aspecto es la débil calidad de atención que brinda en el Centro, relacionada con la falta de personal actualizado y con capacidades para atender con calidez a las usuarias respetando sus tradiciones y cultura, esto implica al interior del Centro de Salud, organizar, planificar el sistema de gestión administración y evaluación interna para responder a las necesidades de las usuarias.
- El segundo aspecto es la falta de interés de las usuarias para asistir al Centro, esta situación se debe principalmente a la tradicional forma de atención del parto y la escasa confianza desarrollada entre la usuaria y el Centro, prevaleciendo la imposición del parto vertical ya que las condiciones del centro así lo establecen.
- En el tercer aspecto se identifican barreras comunicacionales que influyen en la oferta y demanda del servicio ya que la población desconoce las prestaciones que brinda el Centro de Salud, en consecuencia desconoce sus derechos de acceso a una atención de calidad para un goce pleno de su salud.

La propuesta de intervención que se presenta pretende coadyuvar a resolver las problemáticas identificadas en una primera instancia con el fortalecimiento de capacidades de los profesionales en salud, para mejorar la gestión y administración del Centro, la incorporación del enfoque intercultural.

Un segundo aspecto a resolver es la implementación y equipamiento de una sala de parto con enfoque intercultural en el que la usuaria pueda dar a luz a su hija o hijo en un ambiente seguro y cálido y además le provoque confianza.

Otro aspecto a desarrollar es la incorporación de protocolos de atención que permitan tanto a la beneficiaria como al personal de salud realizar la atención con seguridad basados en protocolos determinados y validados en beneficio de la comunidad, adecuadas a sus percepciones culturales de la región a través de un proceso de información y promoción de los servicios de parto, que permita mejorar el acceso al servicio de salud y tener coberturas óptimas de parto institucional en la zona de Huayna Potosí Distrito 5 de la ciudad de El Alto, haciendo énfasis también en la promoción del derecho a la salud.

El proyecto será realizado en el área de influencia del Centro de salud Huayna Potosí situado en la ciudad de El Alto del departamento de la Paz, a 45 minutos de la ciudad. La población a la que llegará el proyecto son mujeres embarazadas de las zonas aledañas al Centro de salud, cuya área de influencia y población designada es de 31.550 habitantes como Centro de Salud, con 1.915 mujeres en edad fértil y 622 partos esperados. ⁽⁷⁾

Según Aguirre, Briones “Las muertes maternas representan uno de los problemas de salud pública de mayor relevancia en la actualidad, tanto porque se pierde la vida de mujeres jóvenes, en edad productiva, como por el hecho de que en la gran mayoría de los casos representan la responsabilidad del cuidado de los hijos siendo el eje alrededor del cual giran las familias y con frecuencia son el soporte fundamental de las mismas; la pérdida de la madre seguramente va a llevar a los hijos a la desorganización o la pérdida de la estructura familiar”.⁽²⁾ Se cuenta con esta bibliografía por ser referente y adecuadas a las manifestaciones emitidas por los autores sustentando la propuesta de intervención.

Los determinantes sociales de la salud se definen como las condiciones de las sociedades en las cuales viven y trabajan las personas. El concepto de

determinantes sociales de la salud surgió en los años 70, como consecuencia de las limitaciones de las intervenciones de salud orientadas a disminuir los riesgos individuales de enfermar y morir. Diversos autores argumentaron que para entender y mejorar la salud se requiere centrar la atención en generar políticas dirigidas a sociedades a las que pertenecen las personas y pasar de los factores de riesgo individual a los modelos sociales y las estructuras que determinan las posibilidades que tiene una persona de ser saludable.

Lo anterior implica aceptar que la atención médica no es la principal condicionante de la salud de las personas, sino que aquella está determinada en gran parte por las circunstancias sociales en las cuales se vive y trabaja. Estos factores permiten que los individuos permanezcan sanos, mientras que la atención médica los ayuda cuando se enferman.

“Las inequidades en la salud de las poblaciones son determinadas por procesos que actúan en diferentes ámbitos o niveles organizativos de las sociedades y se expresan en la vida cotidiana a nivel familiar, comunitario y poblacional, la OMS destaca la condición de clase, de género y étnica, es decir, las formas que asume en cada sociedad la articulación entre los procesos biológicos y sociales hasta traducirse en modos y condiciones de vida particulares de cada población.” ⁽¹²⁾

La accesibilidad es la condición variable de la población de poder utilizar o ser atendido por los servicios de salud. La disponibilidad de estos es una primera condición para hacer posible la accesibilidad, pero además es necesario eliminar una serie de barreras para hacer efectiva su utilización, siendo estas económicas, geográficas, culturales y de organización:

La interculturalidad en salud es un concepto reciente que se desarrolla como respuesta a reivindicaciones de pueblos indígenas y de su derecho a la

identidad cultural; pero también corresponde a una tendencia global de incorporar el derecho a la diferencia, que distingue y propicia la convivencia entre distintos grupos culturales en un mismo territorio. El artículo discute, desde una perspectiva histórica, el desencuentro original entre poblaciones indígenas americanas y los conquistadores europeos y como este ha marcado en adelante su acceso a los servicios de salud. Se plantean y discuten algunos de los múltiples problemas actuales vinculados a la interculturalidad como la identificación de los indígenas y la relación entre derechos humanos e interculturalidad, para finalmente presentar una revisión de la génesis del concepto de interculturalidad en salud y una muestra de su complejidad de adaptación a la medicina científica a través de los conflictos que derivan del concepto de síndrome cultural. ⁽⁵⁾

Barrera económica

La capacidad adquisitiva de la población explica, en gran parte, no enteramente, el acceso a los servicios de salud. En las formaciones sociales de los países andinos, los pueblos indígenas y grupos étnicos son los más pobres y con menores niveles de educación, su capacidad económica para atender sus necesidades de salud es, por tanto, mínima o nula. En muchas naciones de la subregión la consulta médica es gratuita o de bajo costo, lo que hace potencialmente posible el acceso de la población al servicio, pero el efecto del mismo se hace nulo cuando los medicamentos y procesos complementarios de apoyo al diagnóstico (exámenes de laboratorio, rayos X, etc.) tienen precios inalcanzables para este sector de la sociedad.

La barrera económica se hace dramática para pacientes pobres, y sobre todo para los indígenas, en los casos de hospitalización. Que si bien se cuenta con las políticas públicas que el gobierno impulsa no siempre llega al 100% de la población.

Barrera geográfica

La localización física de los servicios de salud es el aspecto más importante para el logro de la accesibilidad. La barrera geográfica es, sobre todo, trascendental para la atención de la salud de la población de las comunidades rurales de los países andinos, donde la disponibilidad de esta asistencia es insuficiente y el tiempo necesario para llegar al centro médico es, en ocasiones, tan largo que no permite el tratamiento oportuno del enfermo.

Esta situación se agrava todavía más cuando por el lugar no existe un transporte accesible en horas de la noche y por el elevado costo del transporte si es que se consigue, pese a que el municipio cuenta con ambulancias no siempre están cubiertas en estas áreas por ser algunas con las que se cuenta y en el momento preciso no responden.

Barrera cultural

La barrera cultural tiene su base en la diferente cosmovisión del proceso salud-enfermedad entre los proveedores de este tipo de atención y la población indígena. Esta se da en países de la subregión con elevada presencia de originarios, Bolivia y en departamentos específicos como La Paz y más aún cuando tenemos migrantes de regiones poblacionales muy arraigadas con su cultura, costumbres, constituyéndose en una causa importante para explicar la inaccesibilidad y la situación de sanidad. Por ello desde el 2011 se indican que el 42% del total de partos sucedió en su domicilio. (Ver anexo grafica 2)⁽²⁾

La formación profesional de los prestadores de salud no toma en cuenta, en general, la forma de ver e interpretar el mundo, las prácticas, creencias y costumbres culturales de la población indígena. En algunos casos, se observa un rechazo a estas con la consecuente desconfianza hacia los médicos y la atención en este ámbito. El resultado es la persistente preferencia de estos grupos hacia las prácticas de la medicina tradicional y la resistencia al uso de

los recursos de la medicina académica que se traduce finalmente en las grandes disparidades o inequidades de salud entre la población indígena y no indígena, el profesional en salud que en su formación no se implementó el aspecto cultural es reacio en poner en práctica por tener una escuela formadora con diferente visión.

Barrera de la organización de los servicios de salud

La barrera en la organización de los servicios de salud tiene estrecha relación con la cultural, descrita anteriormente. La organización de los servicios de salud no toma en cuenta las necesidades y los usos y costumbres de la población indígena. “Las barreras cultural y de organización que impiden el acceso de los habitantes originarios a los servicios de salud se refleja en muchos aspectos de la atención cuyo resultado es, finalmente, su rechazo y el uso persistente de la medicina tradicional” como la SAFCI lo manifiesta.⁽⁹⁾

Algunas de las expresiones de las barreras cultural y de organización de los servicios se encuentran en:

- Desconocimiento y rechazo a la cosmovisión indígena sobre el proceso salud-enfermedad por parte de los prestadores de la atención en salud.
- Falta de conocimiento de la lengua nativa del personal de salud y uso de términos médicos técnicos, incompresibles para la población en general y para la indígena en particular.
- Desatención a los derechos de los pacientes por parte del personal de salud, situación que se hace más evidente cuando se trata de indígenas.
- Maltrato a los pacientes originarios por parte del personal en salud.
- Inadecuación cultural de la infraestructura y del equipamiento para la atención. Esta situación se hace sobre todo evidente en la atención

del parto, que tradicionalmente es atendido por parteras empíricas, en el propio hogar de la parturienta.

- Inapropiado horario en los establecimientos de salud. Los beneficiarios son comerciantes, vendedores, indígenas que buscan un medio informal para su sobrevivencia que trabajan desde tempranas horas de la mañana hasta bien avanzada la tarde. Cuando después del trabajo quieren consultar por alguna dolencia, no encuentran un establecimiento que los pueda atender, debido a que a esa hora ya cerraron.

Riesgos en el Embarazo

Las complicaciones del embarazo y el parto son las causas principales de muerte entre mujeres en edad reproductiva. Más de una mujer muere en el mundo cada minuto la OMS, (2016) en su informe sobre la mortalidad materna, indica que cada En el año 2016 murieron 583 mujeres por complicaciones durante el embarazo. Prácticamente todas estas muertes se produjeron en países de ingresos bajos y la mayoría de ellas podrían haberse evitado.

La mayoría de las muertes maternas “pueden ocurrir durante el parto (50%) sobre todo en los casos que no llegan a ser atendidos por personal capacitado, siendo las causas directas principales: las hemorragias, las infecciones y la toxemia gravídica. La importancia real del aborto como causa de muerte materna se desconoce, aun cuando existen reportes oficiales que señalan a las complicaciones del aborto como responsables del 27-35% del total de muertes maternas registradas. A ello se debe agregar, como causas subyacentes, la desnutrición y la anemia. ⁽²⁾ En la actualidad no se cuenta con un registro de los orígenes por los que se producen los abortos los mismos que permitan conocer con certeza la importancia relativa del aborto como causa de muerte materna.

La ENDSA 2016 determino que el 89% de las mujeres tiene parto institucionalizado y son atendidas por personal de salud calificado. La misma encuesta determino que la disminuci3n de la tasa de mortalidad neonatal, comparada con el 2013 que era de 27 por 1000 nacidos vivos, disminuyo hasta en un 50%. La tasa de mortalidad es de 15 por 1000 nacidos vivos.

Asimismo, el objetivo quinto plantea mejorar la salud materna mediante la reducci3n en tres cuartas partes de la tasa de mortalidad materna para el mismo a3o. ⁽³⁾

3. Relaci3n del proyecto de intervenci3n con lineamientos de la pol3tica p3blica.

“Con el prop3sito de mejorar el acceso de las mujeres a una atenci3n de la maternidad m3s segura y m3s humana, el Ministerio de Salud de Bolivia junto a otras instituciones de salud, ha previsto y coordinado, en los 3ltimos a3os, varios proyectos con el objetivo de definir una pol3tica y una propuesta de adecuaci3n cultural de los servicios de maternidad. Estas Las experiencias han apuntado a implementar una estrategia de *atenci3n de la maternidad, concertada e intercultural*, que responda a la expectativa de las usuarias, del personal de salud biom3dico y tradicional y de las autoridades”. ⁽⁴⁾

Es importante mencionar que la misma CPE (Constituci3n Pol3tica del Estado) en su art3culo 193 menciona sobre los derechos de la familia, pues hasta la fecha no se da cumplimiento o al plan Sectorial de Desarrollo.

Servicio de Salud culturalmente adecuado

En las 3ltimas d3cadas, casi todos los pa3ses de Latinoam3rica han realizado procesos de cambio en los servicios de Salud. Esta nueva perspectiva de cambio centrada en el concepto de protecci3n de la salud como un derecho

ciudadano universal, independiente del empleo, la capacidad de pago o el aporte del trabajo no remunerado de las personas principalmente las mujeres.

“La interculturalidad en salud busca generar la interrelación entre culturas sanitarias distintas, de aquella que se da entre los proveedores de salud que tienen en sus orígenes, en su preparación, concepciones y prácticas distintas como también aquellas que tienen credibilidad y preferencia por parte de las/los usuarios”.⁽¹⁰⁾

Lo intercultural en el proceso de atención en salud es un fenómeno que trasciende lo exclusivamente étnico pues implica valorar la diversidad biológica, cultural, y social del ser humano como un factor importante en todo proceso de salud y enfermedad. Con la oferta de servicio en la atención de parto culturalmente adecuado se espera mejorar los indicadores y la confianza de las usuarias en los servicios de salud.

La adecuación del parto humanizado según la UNICEF (2010) se inicia su aplicación de los principios de la humanización del parto desde la interculturalidad, reconociendo las formas culturales de parto dentro de una institución pública de salud.⁽³⁰⁾ Las formas culturales más importantes del parto consisten en: a) la posición vertical, asistencia de la partera tradicional, acompañamiento de otra familiar mujer, ambiente cálido, alimentación, uso de hierbas, entierro de la placenta, corte del cordón.

Modelo de Salud SAFCI

En la nueva constitución de Bolivia se incorporó el modelo de salud familiar, comunitario e intercultural SAFCI cuyo objetivo es eliminar la exclusión social sanitaria, reconociendo el papel del Estado como garante del derecho a la salud y reivindicando el respeto, la valoración y articulación de las visiones biomédica y tradicional del proceso vital. Este modelo está estructurado en los siguientes principios:

- Participación comunitaria
- Intersectorialidad
- Interculturalidad
- Integralidad

“La promoción de la salud es la estrategia de implementación del modelo SAFCI como un proceso político de movilización social continua, por el cual el equipo de salud se involucra con los actores sociales facilitando 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”.⁽⁹⁾

El modelo SAFCI de atención tiene las siguientes características:

- La atención en salud independientemente de su nivel de complejidad, está organizada en Redes de Servicios de Salud para garantizar continuidad de la atención hasta la resolución de los problemas.
- El establecimiento en su primer nivel de complejidad (atención primaria en salud) es la puerta de ingreso al sistema de salud, y el modelo de atención SAFCI es la respuesta a las necesidades y problemas de salud.
- El trabajo del equipo de salud incluye acciones en el establecimiento y en la comunidad. Estas acciones son de promoción, Información Educación y Comunicación en Salud, prevención, tratamiento y rehabilitación con enfoque integral e intercultural.
- Articula en un solo sistema de atención la medicina biomédica y la tradicional, como un elemento fundamental de calidad de atención.
- Los mecanismos de referencia y contra referencia entre la atención biomédica y tradicional en la red de servicios son el principal vínculo para asegurar la integralidad y la continuidad del servicio.

- La continuidad en la atención se realiza a través de flujos de información, procesos de referencia contra referencia, entendimiento de la importancia de los vínculos entre las personas y los establecimientos, generando confianza entre los (as) prestadores (as) y usuarios (as) de los servicios.

La Atención en la comunidad

El trabajo del equipo de salud en la comunidad es el elemento clave en el nuevo modelo de atención, ya que logra el involucramiento con las comunidades, las familias y las personas, identificando grupos atareos, enfermedades, factores de riesgo, factores protectores y considerando las determinantes socioeconómicas, a través de un proceso de participación social. La atención en la comunidad se nutre de los mismos principios que rigen la atención en el establecimiento de salud, utilizando como su principal instrumento la carpeta familiar.

La Atención en el Establecimiento de Salud

El objetivo es que toda persona reciba una atención integral e intercultural adecuada, y que, de acuerdo a la complejidad del caso, pueda acceder a los niveles de complejidad necesarios, mediante mecanismos de referencia apoyados por las autoridades de salud. Asimismo, la contra referencia al establecimiento que lo refirió asegurará el seguimiento y la continuación de la atención del problema de salud y/o motivo de consulta.

“ Las siguientes características son esenciales para asegurar una mejor atención en los establecimientos de salud: horarios de atención y tiempos de espera negociados entre la comunidad y el equipo de salud, acciones para mejorar la competencia técnica del personal de salud, infraestructura culturalmente adecuada (adecuación de salas de parto, instalación de casas de espera, con espacio para familiares), entre otros”.⁽⁵⁾

Capacidad Necesaria del Equipo de Salud

- El equipo de salud debe tener o estar en condiciones de lograr las siguientes aptitudes y actitudes:
- Ser sensible y comprometido con la realidad económica, social y cultural de la región donde se desempeña y de preferencia hablar el idioma originario de las familias y comunidades de su área de trabajo
- Tener una visión integral en la atención del usuario/ con enfoque en los derechos en todo el ciclo de vida.
- Respetar y aceptar el acompañamiento de la familia en los procedimientos de atención para mantener la confianza y la tranquilidad del usuario/a.
- Estar comprometido con el establecimiento, la red y la comunidad
- Tener capacidades técnico-clínicas para resolver oportuna y satisfactoriamente los problemas de salud de los usuarios, y estar capacitados y/actualizados para responder a la Salud Familiar Comunitaria Intercultural y al trabajo en redes.
- Tener conocimientos, habilidades y actitudes favorables en la aplicación de procesos participativos en el accionar de la salud
- Ser respetuoso y tener una actitud favorable hacia la articulación y complementariedad de culturas médicas diferentes y, a su vez, promover estos valores entre sus colegas de profesión
- Tener capacidad para el trabajo en equipo y multidisciplinario, para contribuir a la solución de problemáticas de salud de manera integral e intersectorial, en alianzas estratégicas con las autoridades en salud, redes sociales y otros sectores

Modelo de Gestión Compartida

El Modelo de Gestión Compartida en Salud es uno de los componentes de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural, que abre un espacio de participación en el ámbito de la salud, a los/as actores(as) sociales para la toma de decisiones en el ámbito de la salud, entre los diferentes niveles de gestión estatal (local, municipal, departamental y nacional) de salud.

Por tanto, la Gestión Compartida, se comprende como aquel proceso de toma de decisiones de manera conjunta entre la comunidad, sus representantes y el sector de salud, donde cada uno de ellos participa de igual a igual en la planificación, administración, seguimiento y control social de las acciones de salud. Esta definición implica una interacción horizontal y democrática de los actores sociales e institucionales, lo cual permite optimizar recursos, dinamizar estrategias operativas, apropiación comunitaria, y sostenibilidad de la política de salud participativa, intercultural, integral e intersectorial.

Aquí los/las actores/as sociales y el sector salud se ponen de acuerdo para mejorar su situación en los ámbitos de la salud, la producción, servicios básicos, educación, vivienda, ingresos económicos, ecosistema estable, justicia social, paz y equidad.

La gestión compartida en salud se realiza en diferentes espacios de encuentro y deliberación. Se parte del nivel local, y asciende a los ámbitos municipal, departamental y nacional.

Estructuras y Actores que Intervienen en la Gestión Compartida

Desde el nuevo enfoque de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural, el Modelo Gestión Compartida en Salud, tiene dos estructuras; la estructura social y la estructura estatal de salud, los que a su vez cuentan con diferentes

espacios de deliberación, por niveles. Estos elementos permiten el funcionamiento de la gestión compartida.

NIVELES DE GESTIÓN DE LA ESTRUCTURA ESTATAL DE SALUD	ESPACIOS DE DELIBERACIÓN INTERSECTORIAL	NIVELES DE LA ESTRUCTURA SOCIAL EN SALUD
Ministerio de Salud	Asamblea Nacional De Salud	<p>Consejo Social Nacional De Salud</p> <p>Es una estructura formal orgánica conformada por: un representante de cada Consejo Social Departamental; y un representante de cada organización social más representativa del país: CSUTCB, Bartolinas Sisa, CIDOB, CONALJUVE, CONAMAQ, COB, otros)</p>
Servicio Departamental De Salud	Mesa Departamental De Salud	<p>Consejo Social Departamental De Salud</p> <p>Elegido entre los Consejos Sociales Municipales de todo el departamento y organizaciones sociales departamentales representativas</p>
Área Y Sector	Reuniones Locales: Cabildo, Asambleas, etc.	<p>Comité Local De Salud</p> <p>Elegido entre las Autoridades Locales de Salud de un territorio con establecimiento de salud</p>
	Reuniones Comunitarias: Asambleas, etc.	<p>Autoridad Local De Salud (elegida por cada comunidad o barrio como su autoridad responsable de acciones de salud. Generalmente existen como parte de su estructura organizativa)</p>

Fuente: [www.minsalud.gob.bo>libros>DGPS>g-dgps-upsyms-p381](http://www.minsalud.gob.bo/libros/DGPS/g-dgps-upsyms-p381)

Seguros Públicos de Salud

El Estado Boliviano, en la última década ha implementado, como políticas y programas del Sector, la creación de seguros públicos de salud con el fin de reducir de manera rápida los índices de morbi-mortalidad materna e infantil.

Es así que a partir de 1996 se ingresa a una etapa de la salud pública nacional caracterizada por la otorgación de seguros de salud financiados con recursos fiscales y administrados a partir de los Gobiernos Municipales. El Seguro Nacional Materno Infantil, creado mediante D.S. 24303 de mayo de 1996, comprendía un conjunto de 32 prestaciones dirigidas a mujeres embarazadas y menores de 5 años. Posteriormente, mediante Decreto Supremo 25265, de diciembre de 1998, se implementa el Seguro Básico de Salud con la ampliación a 92 prestaciones dirigidas también a la atención de embarazadas y niños, pero además de las principales endemias del país como la tuberculosis y la malaria.

El año 2003 se implementa el Seguro Universal Materno Infantil – SUMI, con una característica legal diferente a los anteriores, ya que el mismo se promulga a través de Ley de la República, (Ley 2426-SUMI); otorgando aproximadamente 500 prestaciones a embarazadas hasta los seis meses posteriores al parto y menores de cinco años; extendiéndose a partir de diciembre de 2005, a la atención de 27 prestaciones de salud reproductiva a todas las mujeres en edad fértil mediante Ley ampliatoria del SUMI N° 3250. la ley 475 y hasta marzo de esta gestión se inicia la aplicación del SUS Seguro Único De Salud que no solo es para una parte de la población sino para toda la población con algunas falencias como todo en un inicio, pero con mucha predisposición política para su funcionamiento.

A partir del giro político y social que se vive en el país desde el año 2006 y del cambio en la política de hidrocarburos, un porcentaje de los recursos provenientes del Impuesto Directo a los Hidrocarburos deben ser utilizados en salud.

Incentivos para la maternidad Segura y el Desarrollo Integral de la Población Infantil: Bono Juana Azurduy.

Este incentivo se establece como estímulo para el uso de los servicios de salud por parte de la madre durante el periodo de embarazo 4 controles cada uno de 50 Bs. y el parto institucional y control post parto 120 Bs. recibiendo un total de 1820 Bs., así como el cumplimiento de los protocolos del control integral, crecimiento y desarrollo del niño/a desde su nacimiento hasta que cumpla los dos años. Se instituyó el “Subsidio Universal Prenatal por la Vida” mediante el Decreto Supremo N°2480 de 2015 D.S. 066 para la madre gestante que no está registrada en ningún Ente Gestor del Seguro Social de Corto Plazo. Este Subsidio consiste en la entrega de cuatro (4) paquetes de productos en especie equivalentes cada uno a un monto de **Bs 300.- (Trescientos 00/100 Bolivianos)**.

Los productos que integran el “Subsidio Universal Prenatal por la Vida” son establecidos por el Ministerio de Salud en reglamentación específica, priorizando alimentos locales de alto valor nutritivo que contribuyen a mejorar el estado nutricional de las madres gestantes y es entregado mensualmente a partir del quinto mes de embarazo.

En todos los casos, las entregas se realizan después de efectuado y verificado el control prenatal que corresponda por el Bono Madre Niño - Niña *Juana Azurduy*.

“Con este incentivo se espera que las coberturas de atención prenatal y postnatal aumenten, así como los partos institucionales y con ello disminuya la mortalidad materno-infantil”.⁽¹¹⁾

El Plan sectorial de Desarrollo 2016 – 2020 del gobierno boliviano, asume como línea de acción el fortalecimiento de la participación social con la finalidad de reducir las inequidades y mejorar el acceso de la población a los servicios de salud, está llevando adelante la implementación del “sistema único de salud con acceso universal, respetuoso de las culturas originarias y enriquecido con la

medicina tradicional; inclusivo, equitativo, solidario, de calidad y descentralizado; conducido y liderado por el Ministerio de Salud; que actúa sobre los determinantes de salud, con participación de una población con hábitos saludables comprometida con la actividad física y deportiva, organizada y movilizadora por el ejercicio pleno de su derecho a la salud, que vive bien”. La política planteada para cumplir estos objetivos es la del Sistema Único, Intercultural y Comunitario de Salud, cuya estrategia es la universalización del acceso y la priorización de la atención primaria. Este modelo hace hincapié en la participación social en la gestión de salud como un mecanismo privilegiado para entender y ejercer la interculturalidad. En el marco de este modelo, la interculturalidad se define como “...el enfoque social comunitario en el que se inscriben el diálogo, el respeto, el reconocimiento, la valoración e interacción de los diferentes”.⁽¹²⁾

Contribuir al paradigma del Vivir bien y a la erradicación de la inequidad, eliminando la exclusión social y mejorando el estado de salud y contando con el seguro ley 475 que menciona el derecho que tiene cada ciudadano de contar con servicios de salud de manera gratuita con énfasis en el binomio madre – niño.⁽¹³⁾

Los sistemas médicos y actores/ as sociales de la salud, promoviendo procesos de articulación y complementariedad para mejorar la calidad de atención en salud.

4. Justificación del proyecto

Existe una estrecha correspondencia entre las muertes maternas y la presencia y calidad de los servicios de salud durante el embarazo parto y puerperio; así como también, una relación entre la muerte materna y la decisión de la mujer de concurrir al servicio.

En el ámbito del acceso a los servicios existen obstáculos que pueden ser geográficos, económicos, sociales, culturales y también de organización de servicios, cuando actitudes negativas o creencias desfavorables de la población, en especial de la femenina afectan en su decisión a la asistencia a los servicios de salud, servicios en los que cualquiera diría que esto no ocurre y que por lo general pasa en poblaciones rurales donde los factores culturales inciden en gran manera en la toma de decisiones sobre la salud pero no es así; la ciudad de El Alto cuenta con migrantes de las comunidades que por buscar una mejor vida decidieron trasladarse a esta urbe pensando encontrar mejores oportunidades, pero con ello vinieron sus costumbres y creencias que hasta ahora las siguen manteniendo.

Los factores culturales son una barrera para el acceso a los servicios de salud. Aun cuando el Estado garantiza el acceso universal y gratuito a seguros de salud materno- infantil, las mujeres continúan quedando al margen de estos avances (o no los aprovechan suficientemente). Las barreras culturales y lingüísticas dificultan la atención sanitaria de calidad y constituyen una causa directa de las altas tasas de mortalidad materna.

La oferta pública de servicios de salud no toma en cuenta las expectativas, necesidades, saberes, tradiciones y cosmovisiones de las usuarias, las que a su vez refuerzan su resistencia a acudir a un centro de salud para buscar atención adecuada. Según la cosmovisión andina, cualquier experiencia ligada a los procesos de salud-enfermedad, en particular el parto, está inserto en un universo de creencias, tradiciones y prácticas que hacen de éste un ritual para la cultura indígena, mientras que para la cultura occidental se concibe sólo como una acción médica. Los distintos momentos de la maternidad: la fertilidad, la concepción, el embarazo, el desarrollo del feto, el nacimiento del bebé y la placenta están intrínsecamente vinculados a creencias propias de la cultura andina, que requiere de una atención diferente a aquella ofrecida en los

servicios de salud. Por otro lado, existe una fuerte percepción, ampliamente difundida entre las mujeres migrantes del área rural, respecto a la baja calidad del servicio biomédico que, sin duda, implica también la resistencia de las mujeres a realizar allí los controles prenatales, el parto o los controles de posparto, considerando que a nivel departamental la cobertura de partos institucionales es de 85% en la gestión 2016.

A este hecho se suma que el control prenatal, el parto y el posparto realizados por el servicio de salud, además de adolecer de poca demanda por parte de las madres gestantes, no tiene la misma cercanía que la atención brindada por el sistema médico tradicional, representado por el/la partera/o. El uso que las comunidades indígenas hacen de la medicina tradicional es, por tanto, perfectamente coherente con su realidad cultural, económica, religiosa y lingüística.

5. Análisis del problema a intervenir

La mujer embarazada pasa por los *camino de la supervivencia* ya que debe superar una serie de obstáculos o demoras para llegar al final del proceso donde tendremos madre y recién nacido saludables. Una de estas demoras u obstáculos es el desconocer los signos de alarma y /o peligro durante el embarazo por parte de la mujer, el hecho de no identificar de manera oportuna los signos de peligro pueden llevar a la mujer embarazada y/o a su bebé a la muerte.

Pero aún, cuando la mamá toma la decisión de buscar ayuda, el siguiente obstáculo que se presenta es la demora en el traslado a un centro de salud cercano, que depende de las condiciones de transporte, económico o el horario para contar con transporte. Si se llega oportunamente al Centro de Salud, también está la demora en la atención, en la parte de infraestructura y

equipamiento hospitalario, o carencia de recursos humanos capacitados para la atención tomando en cuenta los aspectos culturales.

Sin embargo, aun existiendo una red de servicios apropiada (riesgo obstétrico identificado, caminos, transporte, servicios de salud equipados, recursos humanos capacitados, disponibilidad de ambulancia), hay muchas mujeres que por razones culturales, deciden evitar estos servicios y/o rutas, porque no se sienten identificadas con el servicio, o sienten que podrían ser discriminadas y agredidas.

Según recomendaciones de la OMS los servicios de Salud deben promocionar el parto como un proceso innato, fisiológico y natural. El derecho a un parto seguro y digno debería ser reconocido como derecho universal de las mujeres. En el trabajo de parto la mujer no debe ser considerada como una paciente sino como una madre, mujer completamente sana que va a atraer al mundo a un nuevo ser en forma natural y con amor. Es la mujer a quien debe tener el derecho de elegir la posición como debe adoptar al momento del parto. Se debe buscar el bienestar psicológico de la madre asegurándole la elección de un acompañante durante el parto.

Las usuarias del Centro de Salud Huayna Potosí, son de origen un aymara migrantes del altiplano boliviano de la región circundante al Lago Titicaca, las cuales mantienen su identidad cultural y su cosmovisión derivando ello en la práctica ancestral de procreación y atención del parto, con este ejercicio ellas a través del tiempo preservan su propia tecnología y epistemología cultural que hasta ahora existe y constituye parte de su cotidianidad y el ejercicio del derecho a la vida o el sumajkamaña.

El contexto cultural de la practicas sanitarias de los pueblos indígenas requieren ser comprendidos y respetados para ello las entidades estatales están

ofertando el servicio sin dejar de lado los ritos terapéuticos de espiritualidad, reciprocidad, relacionalidad y ambiente familiar como elementos importantes en la relación de los seres humanos en los pueblos indígenas, situación que no se evidencia en los protocolos de atención de la medicina occidental, por ello el Centro de Salud Huayna Potosí asume la oferta de un servicio que toma en cuenta las formas tradicionales y culturales de ejercer la asistencia en la labor del parto en el Centro de salud, lo cual contribuirá a promover el interés y confianza de las usuarias y la atención de la salud materno neonatal respetada y acoplada a sus prácticas terapéuticas tradicionales y también promovida la atención en complementariedad garantizara una prestación del servicio más humanizado y de respeto entre las culturas existentes, por lo tanto orientar acciones enmarcados dentro del ámbito cultural garantiza la aceptación y mejoras para la mayoría de las mujeres indígenas migrantes que representa la zona de Huayna Potosí.

La normativa del Ministerio de Salud y el Modelo de Salud Familiar Comunitaria Integral SAFCI, para reducir la mortalidad materna y neonatal estipulan estrategias para la atención en los servicios de salud adecuando a las realidades locales de cada región. El personal de salud del Centro Huayna Potosí, demuestra predisposición para generar conocimientos y mejorar la calidad del servicio incorporando el enfoque intercultural que contribuya a generar experiencias replicables en otras unidades de salud del servicio público que promuevan estrategias de reducción de la mortalidad materna y neonatal.

Con esta propuesta el servicio de Salud Huayna Potosí, mejorara la calidad de atención para las usuarias ofertando una sala de partos adecuada a su contexto cultural, tratara de resolver problemas de accesibilidad, mejora en la calidad y calidez de la atención, tomando en cuenta los aspectos culturales con la intención de incrementar la atención del parto en servicio en la modalidad de libre posición y participativa donde interactuaran los profesionales capacitados

en el modelo de atención SAFCI, sensibilizados con de salud de la madre y niño basados en protocolos de atención que permitan actuar con apoyo técnico normativo, las parteras tradicionales y los familiares constituyéndose en una oportunidad para garantizar la seguridad y la salud de las usuarias y actuar de manera oportuna y adecuada frente a una posible complicación del parto. Estas acciones mostraran una disminución en la morbilidad de la salud materna y neonatal cuyo impacto se reflejara en una población más sana y mejor atendida.

Por todo lo mencionado corresponde emitir la siguiente pregunta:

¿Cómo contribuir al incremento de la cobertura de parto institucional en el Centro de Salud Huayna Potosí del Distrito 5 del Municipio de El Alto?

6. Análisis de actores

El proyecto para su ejecución tomara en cuenta los siguientes actores los cuales serán beneficiados y afectados por el proyecto:

GRUPO Y/O INSTITUCIONES	INTERESES	RECURSOS	MANDATOS	PROBLEMAS PERCIBIDOS
Ministerio de Salud	Aplicación de la normativa en relación a la mortalidad materna	Talento Humano Recursos	Garantizar el derecho a la salud materna y familiar.	Seguimiento a las normativas.
Gobierno Municipal de El Alto	Trabajar por la mejora de la calidad de vida de la población	Humanos y financieros	Aplicar la normativa de salud	Falta de coordinación del trabajo con la unidad de salud y las organizaciones
Dirección Salud (DISA)	Trabajar para lograr un óptimo	Talento Humano Recursos materiales	Garantizar el derecho a la	Falta de gestión

	estado de salud y reducir la morbilidad materna y neonatal	Talento Humano Recursos financieros	salud	adecuada y oportuna Bajos niveles de atención
Centro de salud Huayna Potosí	Trabajar por la mejora de la atención de calidad en el centro de salud del D5 de el Alto	Talento humano Recursos materiales	Ofertar servicio de calidad y calidez	Usuaris no acuden al centro de salud Huayna Potosí para atención del parto Desconocimiento de prácticas culturales
Comité Local de salud Huayna Potosí	Mejorar la calidad de vida de la comunidad	Recursos humanos comprometidos	Control social Demandar una atención diferenciada y digna	Escasa participación social Falta de recursos financieros
Usuaris en gestación	Dar a luz a sus hijos o hijas en condiciones adecuadas	Humanos	Velar por la salud de sus hijos e hijas	Miedo a asistir al centro de salud por maltrato
Personal de salud	Contribuir a la mejora de la salud de las usuarias y usuarios	Talento humano	Aplicar el Modelo SAFCI	Desconocimiento de la atención con enfoque intercultural
Mujeres en Edad fértil	Estar informadas y conocer sus derechos	Humano	Ejercer su derecho de acceso a la salud	Desconfianza en los servicios que presta el CS

				Huayna Potosí
Parteras tradicionales	Atender a las madres gestantes en su domicilio	Humano	Atender de manera segura el parto domiciliario	Falta de comunicación con el Centro de salud para un trabajo conjunto

Elaboración propia

6.1 Beneficiarios directos

Las mujeres en edad fértil que acudan al parto en el Distrito 5 y 6, además de la identificación de estrategias del proyecto a lo largo del año piloto en reuniones sostenidas con miembros de los grupos objetivo.

En este sentido las mujeres en edad fértil titulares de derechos participaran en actividades de alcance informativo y sesiones de sensibilización.

Personal de salud que recibirá la sensibilización y capacitación para la atención de partos con enfoque intercultural en beneficio de las embarazadas del municipio de El Alto.

6.2 Beneficiarios Indirectos

La población indirecta será toda la población que habitan en el municipio de El Alto.

Familiares de las mujeres en edad fértil que acudan al centros de salud.

6.3 Oponentes

Probablemente se tenga al personal que tiene antigüedad y se rehúse al cambio más por favor propio que por beneficio de las beneficiarias. Por lo expuesto no se considera que exista mayor oposición a la mejora de la atención cuyo fin es el de reducir la mortalidad materna.

6.4 Afectados

La población afectada sería el grupo de 10 parteras domiciliarias identificadas en el área que corresponde al Centro de Salud, mismas que deberán trabajar en coordinación con el Centro de Salud de Huayna Potosí.

Establecimientos de Salud Privados que se encuentran en el distrito 5 y 6 de la ciudad de El Alto.

7. Contexto o lugar de Intervención

El proyecto será desarrollado en el Distrito 5 de la ciudad de El Alto, en la zona Huayna Potosí, la zona presenta las siguientes características:

Este Distrito Fue Creado en 1996 por medio de la Ordenanza Municipal 007/96 que determinó la creación de los Distritos de la Ciudad de El Alto, este distrito nació con 24 barrios aprobados legalmente; en 1999 el Comité de Vigilancia reconocía a 46 juntas vecinales.

Actualmente “el municipio de El Alto cuenta con 912. 000 habitantes (INE 2017), el Distrito 5 (104.226 habitantes) considerado uno de los distritos con mayor población y el Distrito 6 (90,538 habitantes) de la ciudad de El Alto contando con un total de 194.764 habitantes (INE, CENSO 2012) en ambos distritos, que corresponde al 13,8% del total de la población alteña. Se ubica en la zona norte de la ciudad El Alto. Los barrios que lo conforman son producto de recientes asentamientos migratorios provenientes del área rural del departamento de La Paz. El distrito se origina a partir de la consolidación de las urbanizaciones Río Seco DI 9, Villa Esperanza, Villa Tupac Katari y Villa Huayna Potosí, como una prolongación de los actuales distritos 4 y 6. Más recientemente se crearon las urbanizaciones Tahuantinsuyo, Panamericana, Mariscal Sucre, Ingenio 21, Nueva Asunción, Mercurio, G. Busch, Santa Rosa y El Progreso. Estructuralmente se divide en 48 urbanizaciones con una

superficie de 14,68 km² y una densidad de 6.128 habitantes por kilómetro cuadrado”.^{(14) (15)}

Desde su origen algunas zonas se conforma en barrios periféricos marginales cuya población posee condiciones y calidad de vida muy precarias. Gran parte de los habitantes de este distrito son de origen aymara rural campesino razón por la cual mantienen una estrecha relación con sus comunidades. Los indicadores socioeconómicos de este distrito se ubican entre los más bajos del resto de los distritos alteños.

Cuando se habla de origen de la población se hace referencia al lugar de nacimiento, en los últimos años la población del área creció significativamente dicha magnitud solo puede ser explicado por la gran cantidad de inmigrantes que se asienta constantemente en este distrito.

El lugar de residencia en los últimos años, antes de trasladarse al domicilio actual. La consulta realizada en el área de cobertura del Centro de Salud Huayna Potosí muestra que un 70% de los jefes de hogar, generalmente hombres, radicaron primeramente en barrios periféricos de La Paz o en otras villas de El alto en calidad de alojados o inquilinos.

La etapa inicial del proceso de migración, generalmente encarada por los hombres, jóvenes jefes de hogar, consiste en llegar a la ciudad y alojarse en la casa de un pariente o amigo y buscar trabajo. Si las cosas salen bien, se alquila un cuarto en algún barrio periférico, luego se busca y se compra un lote en alguna villa donde el costo es relativamente bajo, luego se constituye un cuarto con recursos propios para reunir finalmente a su familia.

Posee altos niveles de pobreza reflejados en los bajos ingresos familiares y las desfavorables condiciones laborales ya que solo el 16,5 % de la población se encuentra inserta en un empleo de calidad, el resto se desempeña como comerciantes o manufactureros. En el ámbito educativo, el analfabetismo afecta

al 3,7 % de varones y al 18,7% de mujeres existiendo diferencias genéricas abismales. Esta situación constituye un factor de vulnerabilidad educacional para enfrentar las situaciones riesgosas o emprender procesos de información y prevención. El distrito 5 solo cuenta con 27 profesionales de salud trabajando en 8 centros de salud entre públicas y privadas.

Esta situación refleja que la atención médica es insuficiente, además una gran mayoría de los centros de salud pertenecen a la red primaria con deficiente calidad. Respecto al equipamiento urbano, la cobertura de servicios básicos es insuficiente y en algunos casos inexistente. El agua potable conectada a la vivienda beneficia solo al 28,08% de la población, el 60% de las familias no tiene sanitario en su vivienda y el 20% no tiene energía eléctrica. Por otra parte, el 64% de la población no tiene una vivienda adecuada, el 77,9% de las familias vive en una casa cuya superficie no se encuentra acorde a número de miembros que habitan la misma. Al mismo tiempo, la infraestructura urbana es muy precaria, la gran mayoría de las calles y avenidas son de tierra. La precariedad de la infraestructura, equipamiento urbano y calidad de vivienda constituye un factor de vulnerabilidad que expone a los habitantes de este distrito a amenazas que derivan principalmente de desastres climatológicos como las inundaciones.

Según la distribución poblacional la mayor parte de la población es joven de 15 a 64 años.

8. Objetivos

8.1 Objetivo General

- Establecer la adecuación de salas de parto institucional con enfoque interculturalidad en el Centro de Salud Huayna del Distrito 5 del Municipio de El Alto en la Gestión 2020.

8.2 Objetivos Específicos

- Fortalecer las competencias del personal de Salud en el manejo y atención de partos con enfoque intercultural.
- Establecer una estrategia con sostenibilidad económica para contar con una maternidad segura con enfoque intercultural adecuado.
- Establecer una estrategia comunicacional para la promoción del parto intercultural.

Resultado 1.

- Centro de Salud Huayna Potosí cuenta con personal técnico capacitado para el logro de una maternidad segura y adecuada culturalmente.

Resultado 2

- Centro de salud Huayna Potosí, con recursos para el logro de una maternidad segura y adecuada culturalmente.

Resultado 3

- El Centro de Salud Huayna Potosí cuenta con material técnico y comunicacional normado con difusión sobre derechos en salud Materna y Neonatal con enfoque de género e intercultural y material de difusión y promoción.

9. Actividades

Actividades para el Resultado 1

A.1.1. Talleres de reflexión y sensibilización y capacitación dirigido al Personal de Salud para la atención de usuarias con enfoque intercultural.

A.1.2. Reuniones mensuales de planificación y organización con el personal de salud del Centro Huayna Potosí.

A.1.3. Dotación de instrumentos (protocolo) normativos vigentes y metodológicos para el mejor desempeño del personal salud del Centro Huayna Potosí.

A.1.4. Implementación del sistema de monitoreo y evaluación trimestral.

Actividades para el Resultado 2

A.2.1. Refacción, adecuación y equipamiento de una sala de maternidad adecuada culturalmente.

A.2.2. Elaboración y diseño e implementación de un plan de Atención de Parto con enfoque intercultural.

A.2.3. Aplicación de un plan de captación comunal oportuna de gestantes en la zona.

A.2.4. Talleres de sensibilización al personal de Salud y parteras tradicionales para la referencia de gestantes al centro de Salud.

A.2.5. Organización de redes comunales de vigilancia de la salud materna e infantil.

Actividades para el Resultado 3

A.3.1. Elaboración de un protocolo de atención materna con enfoque intercultural y diseño de materiales comunicacionales.

A.3.2. Campañas de comunicación y promoción en la zona para promover una maternidad segura, saludable y feliz.

A.3.3. Ferias semestrales de la salud para la promoción de los derechos.

A.3.4. Visitas comunitarias de promoción e información sobre maternidad segura y derechos.

10. Indicadores por la estructura de objetivos

Indicadores del Objetivo Especifico

IOE 1.1. Atención del parto con enfoque intercultural en el centro de Salud, adecuado a las costumbres culturales de la población de migrantes aymaras de la zona Huayna Potosí.

IOE 1.2. Recursos económicos asignados para la sala de parto con enfoque intercultural con satisfacción del usuario interno y externo buscando la corresponsabilidad mutua.

IOE 1.3. Aplicación de la Norma técnica de atención de parto intercultural elaboradas y aplicadas por el personal de salud.

Indicadores de Resultados

Para el Resultado 1

IOV 1.1. El personal del centro de salud ha adquirido competencias para la atención del parto con enfoque intercultural.

IOV 1.2. Incremento de la cobertura de parto institucional en el Centro de Salud Huayna Potosí, hasta la finalización del proyecto.

IOV.1.3. El personal técnico y operativo conoce y participa activamente en los procesos de planificación y organización del Centro de Salud Huayna Potosí.

Para el Resultado 2

IOV 2.1. Se ha mejorado el acceso de las gestantes a la atención de parto con calidad y adecuación cultural en el Centro de salud Huayna Potosí de la ciudad de El Alto.

IOV 2.2 Sala de parto con enfoque intercultural equipada y funcionando hasta el tercer mes de iniciado el proyecto.

Para el Resultado 3

IOV 3.1. La población del Distrito 5 Huayna Potosí conoce y está informada sobre derechos en salud con enfoque de género e interculturalidad.

11. Fuente de Verificación

Para el Objetivo Específico

FV 1.1.1. Informes mensuales de atenciones de parto.

FV 1.1.2. Memoria institucional.

FV 1.1.3. Resultados de la encuesta de satisfacción.

Para el Resultado 1

FV 1.1.1. Listas de asistencia del personal capacitado.

FV 1.1.2. Informe del proceso de capacitación del personal salud.

FV 1.1.3. Memoria Fotográfica del proceso.

FV.1.2.1. fichas de registro institucional del C.S. Huayna Potosí.

FV.1.2.2. Reportes de cobertura mensual.

FV 1.3.1. Listas de asistencia a talleres.

FV 1.3.2. Memoria fotográfica de talleres de formación.

FV 1.4.1. Listas de asistencia a talleres.

FV 1.4.2. Memoria fotográfica de talleres de formación.

Para el Resultado 2

FV 2.1.1. Fichas de Registros.

FV 2.1.2. Reportes mensuales de acceso.

FV 2.2.1. Actas de entrega y recepción de la sala de parto.

FV 2.2.2. Memoria Fotográfica.

Para el Resultado 3

FV 3.1.1. Material impreso de promoción.

FV. 3.1.2. Memorias fotográficas de cada evento de promoción de la salud.

FV 3.1.3. Informes de cada evento de promoción de la salud.

12. Supuestos

Para el Objetivo Específico

1. Asignación de recursos financieros oportunos.
2. Apoyo de la Dirección de Salud y del Servicio Departamental de Salud SEDES.

Para el Resultado 1

1. Personal de Salud del Centro Huayna Potosí, motivado a participar en el proyecto.

Para el Resultado 2

1. Participación oportuna de las autoridades de salud.
2. Participación activa de ACS y parteras tradicionales.

Para el Resultado 3

1. Interés comunitario en el proyecto.

13. Análisis de Viabilidad

El proyecto es viable, por responder a una problemática de Salud pública vigente, que requiere de todos los actores en Salud para que realicen un trabajo coordinado en torno a las estrategias reduciendo la mortalidad materna con miras hacia el cumplimiento de los Objetivos del milenio.

Se buscará la intersectorial en los espacios de deliberación para identificar problemas, se propondrán y priorizarán soluciones, se controlará la ejecución

de acciones y los resultados de su aplicación, en términos de calidad en la prestación de servicios, con plena capacidad de articulación y con representantes de otros sectores.

Los espacios de deliberación como instancias de diálogo, consulta y coordinación llega a acuerdos y consensos, realizará la toma de decisiones y control de las acciones. Es así que las reuniones, capacitaciones y seguimiento que se hará a las acciones que se tendrá de forma conjunta con los diferentes titulares de responsabilidades y obligaciones, permitirá tener la Intersectorialidad, pero más que ello a tomar decisiones que apoyaran el desarrollo de la comunidad y del proyecto.

14. Análisis de Factibilidad

14.1 Factibilidad social

La participación social es determinante para que se ejecute esta propuesta más aun cuando los beneficiarios directos serán los de la misma comunidad, identificándose con la problemática impulsaran y guiaran el mismo hasta su ejecución final. Rescatar el aporte y la orientación al desarrollo integral y comunitario permite el empoderamiento de los Derechos a la salud y la sostenibilidad que busca el proyecto.

Al hablar del Derecho a la Salud se lo ve como el componente de integralidad porque este será el que permita que la capacidad del personal de salud sea identificado como parte del proceso salud enfermedad, contemplando a la persona como tal y su relación con la familia, la naturaleza, en este sentido se podrá llevar a cabo la prevención de la enfermedad y curación de una manera oportuna, eficiente y eficaz, respetando los valores, usos y costumbres de todos y cada uno de ellos, siempre y cuando no ponga en peligro la integridad de la persona.

14.2 Factibilidad cultural/intercultural

Se calcula que más de 60% de la población de Bolivia es indígena ⁽³⁸⁾. No existe algún dato oficial al respecto para la ciudad de El Alto, probablemente este porcentaje nacional sea superado por la gran cantidad de familias que migran de las comunidades rurales de diferentes departamentos del país hacia la ciudad, atraídos por conseguir mejores condiciones de vida en la ciudad.

En este sentido el enfoque de interculturalidad se considera una transversal importante y es considerada en todas las actividades del proyecto, Esta toma en Una de las prioridades del proyecto es mejorar el enfoque intercultural de los servicios de salud, a través de la adecuación de los establecimientos y de la contribución a la implementación de la política SAFCI en el territorio. El enfoque intercultural es transversal a todas las actividades en particular a aquellas que involucran a los titulares de responsabilidades y obligaciones para consolidar acciones la diversidad cultural, el rescate de saberes y la diversidad generacional. Dando lugar a distintas visiones, necesidades e intereses de los actores se conjugan con sus experiencias, cosmovisión y espacios (aspecto ligado al uso de los recursos naturales, la tierra y la propiedad de la misma).

14.3 Factibilidad económica

Esta es una propuesta social sin rentabilidad económica, la inversión prevista está determinada a cubrir los gastos de mejora en la infraestructura y equipamiento de una sala de parto para ser adecuada culturalmente.

14.4 Factibilidad de género

Las difíciles condiciones de vida por lo general lo sufren las mujeres reflejando en su estado de salud teniendo mayor connotación en edad reproductiva; su acceso a los servicios, la calidad de la atención que reciben (que tiene entre sus causas la vulneración al derecho de decidir libremente tener o no hijos), la

violencia de género, la ausencia de servicios gubernamentales de información y la falta de provisión de anticonceptivos así como de políticas de educación de la sexualidad, reflejan las desigualdades y dificultades de acceso a los servicios de salud reproductiva y a las deficiencias del sistema médico estatal.

A menudo las mujeres tiene dificultades para tomar sus decisiones, ya que los roles de género socialmente construidos le asignan un papel de subordinación respecto al varón de la familia. Muchas de ellas esperan la decisión de la pareja para concurrir al control prenatal y de puerperio.

Es importante hacer hincapié sobre el papel que desarrollan los hombres como titulares en la familia siendo responsables de sus acciones y lo más relevante pues a partir de su participación se podrá hablar de la integralidad, el involucramiento de todos/as en la prevención y en la mejora de las prácticas. Ellos participarán en diferentes instancias participando, tomando decisiones, recibiendo la información para un trabajo conjunto en la educación evitando actos violentos a futuro.

Incorporar a los hombres en las actividades cotidianas de la familia para que tomen conciencia de género es importante, que a partir de esta información, la educación que reciban permitirá un análisis interno de sus propias capacidades y limitaciones como persona.

En las actividades en la que ellos participan está, por ejemplo las planificadas con el Centro Huayna potosí.

15. Análisis de Sostenibilidad del proyecto

Mejorar la gestión administrativa y técnica del Centro de Salud Huayna Potosí garantiza que las capacidades de los servidores públicos se fortalecerán para que asuman sus Obligaciones y Responsabilidades, para que a partir de ellos se pueda efectuar mayor incidencia para que en los POAs municipales y departamentales y que los presupuestos destinados a salud respondan a las

necesidades de los titulares de Derechos. Los procesos de incidencia se llevarán a cabo también con los titulares de responsabilidades SERES (Servicio Regional De Salud) El alto, DISA (Dirección de Salud), quienes posteriormente serán los que faciliten las acciones para apoyar las demandas de los titulares de Derechos.

16. Impacto esperado del proyecto

Los componentes de atención primaria en salud deben focalizarse: la cobertura y acceso universales; la importancia del primer contacto; la atención integral, integrada y continua; la orientación familiar y comunitaria; el énfasis en la promoción y en la prevención; la atención de calidad; los mecanismos de participación activa comunitaria.

En este sentido se requiere un equipo de salud constituido por recursos humanos con habilidades y competencias para brindar servicios en el marco de interculturalidad (idioma, pertinencia cultural, espacios amigables, capaces de dar apoyo y respaldo en todos los niveles, tal es el caso del centro Huayna Potosí, ubicado en la zona de Huayna Potosí, 2^{da} Sección Av. Imperial S/N. brindan servicios de 12 horas de atención de 6 horas y brindando atención los fines de semana, respondiendo a las necesidades de la población.

17. Fuente de financiamiento para el Presupuesto

El proyecto tiene un costo total 120.000 Bs y tendrá 3 fuentes de financiamiento según resultados, en el Resultado 1 el monto total es de 42.730 Bs. representa el 35.6% del total a invertir mismo que será financiado por la ONG Gregoria Apaza siendo que parte de su proyecto es el de fortalecer las capacidades del personal de salud.

En cuanto al Resultado 2 el monto total por resultado es de 56.770 Bs. que Representa el 47.3% está enfocado a infraestructura por ello será financiado

por el DISA con la partida 24110 que cubre las refacciones o adecuaciones en cuanto a infraestructura en los Establecimientos de Salud.

El Resultado 3 tiene un presupuesto total de 20.500 Bs que representa el 17.1% que estará financiado con su POA del Establecimiento de Salud.

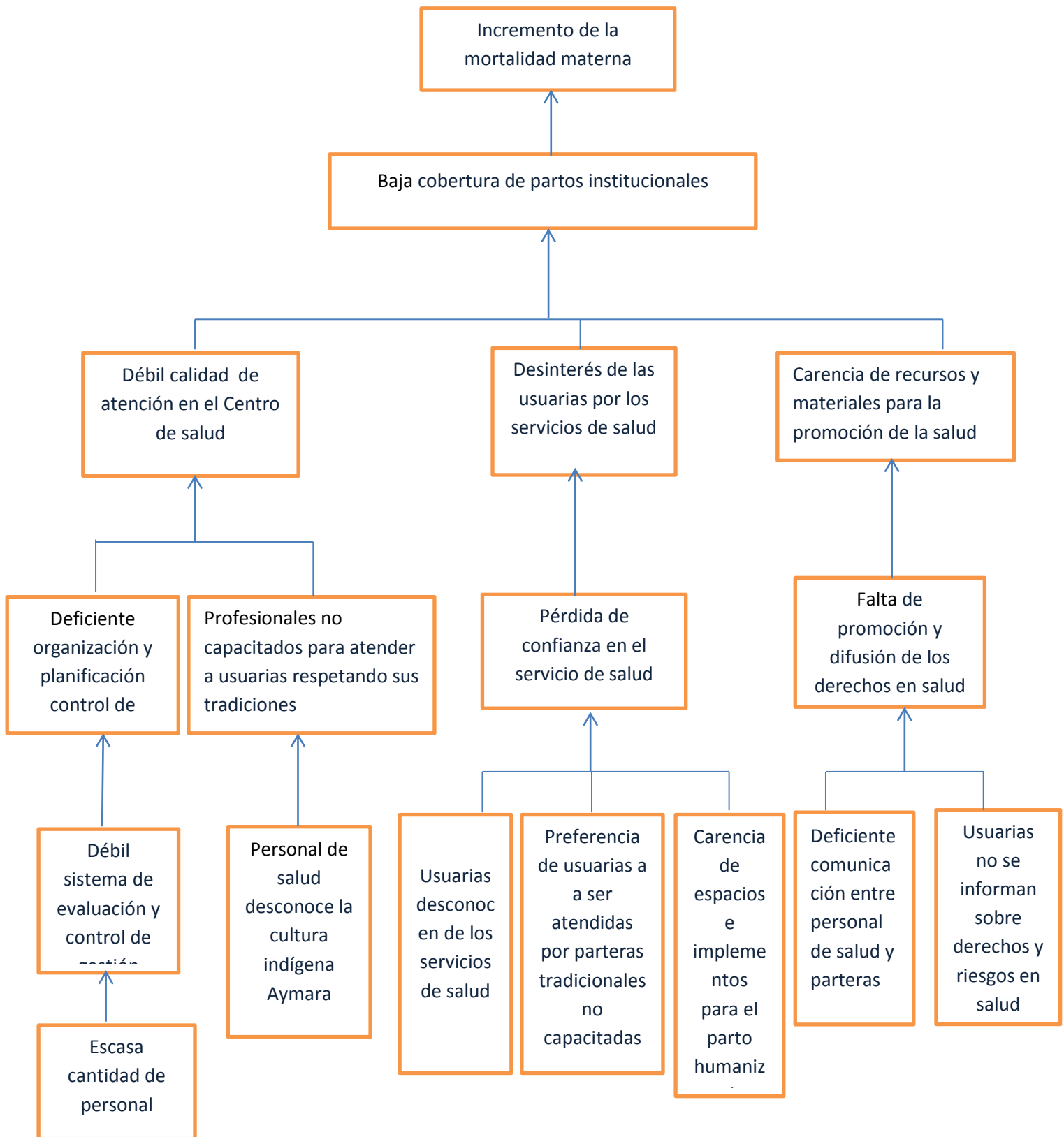
18. Referencias Bibliográficas

- (1) Ministerio de Salud .PLAN ESTRATEGICO INSTITUCIONAL 2016 – 2020. Publicación 17.Documento de Política La Paz BOLIVIA; 2017.
- (2) Encuesta de Demográfica y Salud. 2016, Indicadores priorizados en Bolivia. La Paz – Bolivia.
- (3) Ministerio de Planificación y Desarrollo, Plan de Desarrollo Económico y Social en el marco de desarrollo integral para el vivir bien 2016-2020. 28/mayo/2018.
- (4) Tapia I, Delgado O J.C. Experiencias de salud interculturales, la adecuación cultural de las infraestructuras de salud, Potosí- Bolivia,2013. [.https://www.google.com/search?rlz=1C2AVNA_enBO582BO582&ei=k6Q-Xb2GAsL85gLN37qgCw&q=experiencias+culturales+en+potosi+bolivia+en+partos&og=experiencias+culturales+en+potosi&gs_l=psyab.1.0.35i39j2.2639.11131..14185...0.0..0.284.6445.0j23j10.....0....1..gws-wiz.....0i71j0i131j0i67j0i20i263j0i131i67j0i22i30j0i333.g-VaiaA_huQ](https://www.google.com/search?rlz=1C2AVNA_enBO582BO582&ei=k6Q-Xb2GAsL85gLN37qgCw&q=experiencias+culturales+en+potosi+bolivia+en+partos&og=experiencias+culturales+en+potosi&gs_l=psyab.1.0.35i39j2.2639.11131..14185...0.0..0.284.6445.0j23j10.....0....1..gws-wiz.....0i71j0i131j0i67j0i20i263j0i131i67j0i22i30j0i333.g-VaiaA_huQ)
- (5) Alejo Pocoma Jimmy, Canelas Avendaño Gladis .Escala de adecuación cultural ATENCION DEL PARTO, PATACAMAYA, La Paz– Bolivia. Art.Originales.2017. vol.58:33.
- (6) Melendres M., Diagnostico del área de Huayna Potosí, Distrito 5,2016.
- (7) Red de salud Los Andes. Centro de Salud Huayna Potosí, reporte de Datos estadísticos 2016
- (8)De la Gálvez Murillo C..MORTALIDAD MATERNA un análisis en profundidad y sus dimensiones para la política pública. CIDES .UMSA 2017.
- (9) Ministerio de Salud y Deportes.LA POLÍTICA SAFCI, SU ESTRATEGIA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PRÁCTICAS ALIMENTARIAS SALUDABLES, Bolivia 2013. (no se cuenta con una edición reciente del texto)
- (10) WAWACHANA. Partos en el techo del mundo, partos interculturales, Médicos del Mundo Bolivia 2000. <http://www.medicosdelmundo.es/partoseneltechodelmundo/el-proyecto/>

- (11) Programa Bono Juana Azurduy -Ministerio de salud, Audiencia pública de rendición de cuentas final 2017.Bolivia.
- (12) Ministerio de salud, La OPS/OMS respaldan que el modelo SAFCI sea aplicado en todo el sistema de Salud en Bolivia, 2017, nov.
<https://www.minsalud.gob.bo/2880-la-ops-oms-respaldan-que-el-modelo-safci-sea-aplicado-en-todo-el-sistema-de-salud-en-bolivia>.
- (13)Ministerio de Salud. Reglamento a la ley 475 de prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia.DS Nro. 1934, 30 de abril del 2014.(vigente hasta febrero 2019)
- (14)Instituto Nacional de Estadística INE BOLIVIA 2017
<https://www.ine.gob.bo/index.php/prensa/notas-de-prensa/item/529-ine-observa-datos>
- (15) Municipio de EL Alto /Geografía Y Municipios.
<https://www.educa.com.bo/geografia-municipios/jurisdiccion-municipio-el-alto>.

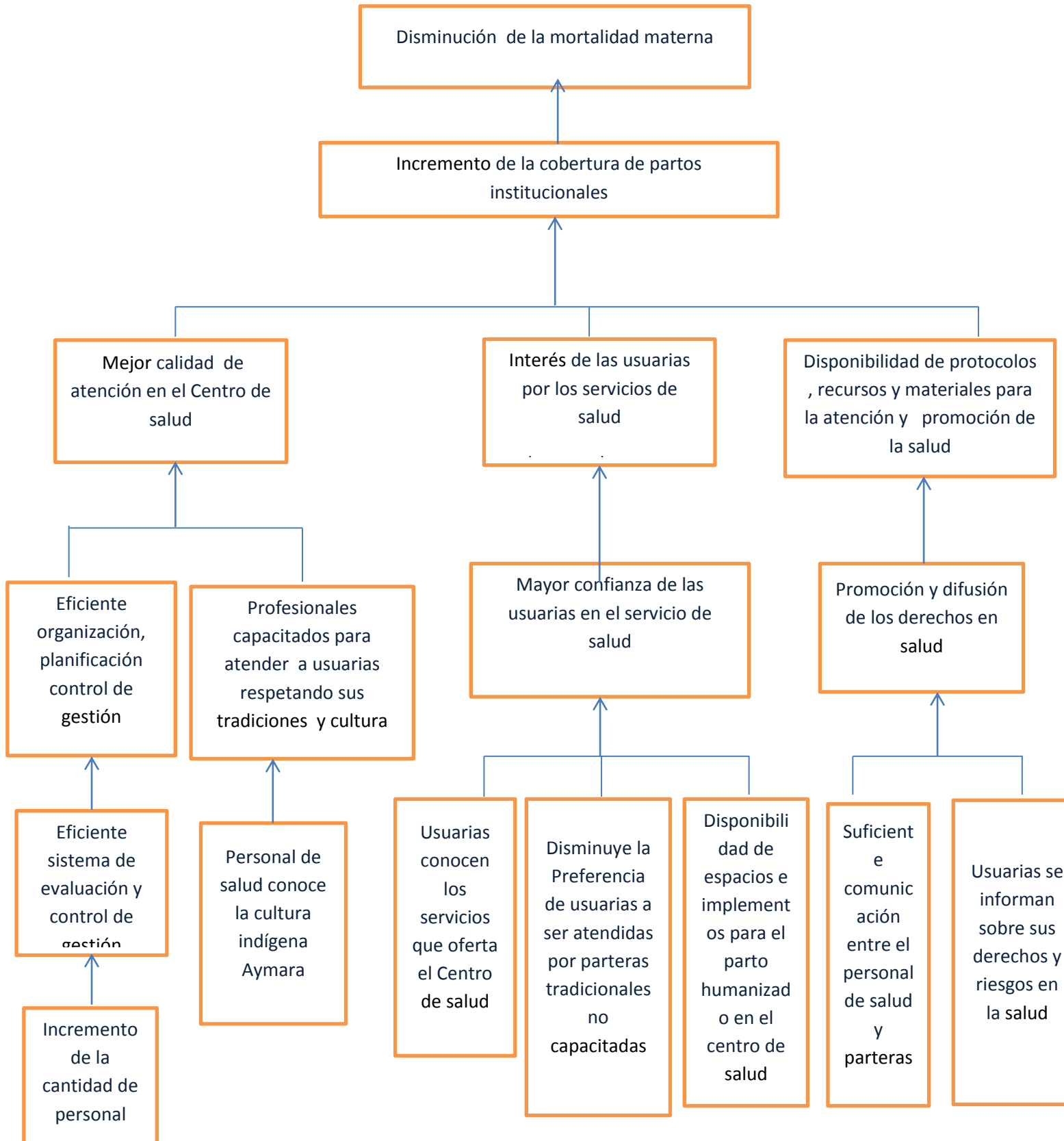
ANEXOS

Anexos 1. Árbol de problemas



Anexo 2.

Árbol de objetivos



Anexo 3. Matriz de Marco Lógico

OBJETIVO GENERAL (OG)			
Establecer la adecuación de las salas de parto con enfoque interculturalidad en el Centro de Salud Huayna del Distrito 5 del Municipio de El Alto en la Gestión 2020.			
OBJETIVO ESPECÍFICO (OE)	INDICADORES OBJETIVAMENTE VERIFICABLES DEL OBJETIVO ESPECÍFICO (IOV)	FUENTES DE VERIFICACIÓN DE LOS INDICADORES DEL OBJETIVO ESPECÍFICO (FV)	HIPOTESIS O SUPUESTOS
OE. Fortalecer las competencias del personal de Salud en el manejo y atención de partos con enfoque intercultural en el centro de Salud Huayna Potosí en el Distrito 5 de la ciudad de El Alto.	<p>IOE 1.1. Atención del parto en el centro de Salud, adecuado a las costumbres culturales de la población de migrantes aymaras de la zona Huayna Potosí.</p> <p>IOE 1.2. Satisfacción del usuario interno y externo buscando la corresponsabilidad mutua.</p>	<p>FV 1.1.1. Informes mensuales de atenciones de parto</p> <p>FV 1.1.1. Memoria institucional</p> <p>FV 1.1.1. Resultados de la encuesta de satisfacción</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Asignación de recursos financieros oportunos 2. Apoyo de la Dirección Municipal de salud DISA y del Servicio Departamental de Salud SEDES
RESULTADOS ESPERADOS (RE)	INDICADORES OBJETIVAMENTE VERIFICABLES DEL RESULTADO ESPERADO (IOV)	FUENTES DE VERIFICACIÓN DE LOS INDICADORES DEL RESULTADO ESPERADO (FV)	
RE1. Centro de Salud Huayna Potosí cuenta con personal técnico capacitado para el logro de una maternidad segura y adecuada culturalmente.	IOV 1.1. El 100% del personal del centro de salud ha adquirido competencias para la atención del parto con enfoque intercultural	<p>FV 1.1.1. Listas de asistencia del personal capacitado</p> <p>FV 1.1.2. Informe del proceso de capacitación del personal salud</p> <p>FV 1.1.3. memoria Fotográfica del proceso</p>	1. Personal de Salud del Centro Huayna Potosí, motivado a participar en el proyecto.
	IOV 1.2. Incremento de la cobertura de parto institucional en un 40%, en el Centro de Salud Huayna Potosí, hasta la finalización del proyecto	<p>FV 1.2.1. fichas de registro institucional del CS Huayna Potosí</p> <p>FV 1.2.2. Reportes de cobertura mensual</p>	
	IOV 1.3. El 100% del personal técnico y operativo conoce y participa activamente en	<p>FV 1.4.1. Listas de asistencia a talleres</p> <p>FV 1.4.2. Memoria fotográfica de talleres de</p>	

	los procesos de planificación y organización del Centro de Salud Huayna Potosí	formación	
OE. Establecer una estrategia para la sostenibilidad económica para contar con una maternidad segura con enfoque intercultural adecuado.			
RE2. Centro de Salud Huayna Potosí cuenta con capacidad de gestión para el logro de una maternidad segura y adecuada culturalmente.	IOV 2.1. Se ha mejorado el 100% de acceso de las gestantes a la atención de parto con calidad y adecuación cultural en el Centro de salud Huayna Potosí de la ciudad de El Alto.	FV 2.1.1. Fichas de Registros FV 2.1.2. Reportes mensuales de acceso	2. Participación oportuna de las autoridades de salud 3. Participación activa de ACS y parteras tradicionales
	IOV 2.2 1 sala de parto con enfoque intercultural equipada y funcionando hasta el tercer mes de iniciado el proyecto	FV 2.2.1. Actas de entrega y recepción de la sala de parto FV 2.2.2. Memoria Fotográfica	
OE. Establecer una estrategia comunicacional para la promoción en parto intercultural.			
RE3. Implementado un protocolo de atención normado con difusión sobre derechos en salud Materna y Neonatal con enfoque de género e intercultural y material de difusión y promoción.	IOV 3.1. El 90% del personal del centro de salud Huayna Potosí conoce el protocolo de atención y su aplicación junto a los derechos en salud con enfoque de género e interculturalidad.	FV 3.1.1. Material impreso de promoción y protocolo de atención elaborado. FV 3.1.2. Expedientes clínicos desarrollados según protocolo. FV 3.1.3 Memorias fotográficas de cada evento de promoción de la salud. FV 3.1.4. Informes de cada evento de promoción de la salud.	4. Interés comunitario en el proyecto
ACTIVIDAD	RECURSOS		PRESUPUESTO
RESULTADO 1			
A.1.1. 4 Talleres de reflexión y	• Profesional en procesos de formación		23100 Bs

sensibilización y capacitación dirigido al Personal de Salud para la atención de usuarias con enfoque intercultural.	<ul style="list-style-type: none"> intercultural Personal de salud Material de escritorio Equipos Informáticos Data Fotocopias Textos de formación refrigerios 	
A.1.2. Reuniones mensuales de planificación y organización con el personal de salud del Centro Huayna Potosí	<ul style="list-style-type: none"> Personal de salud Material de escritorio Equipos informáticos Refrigerios 	4800 Bs
A.1.3. Dotación de instrumentos normativos vigentes y metodológicos para el mejor desempeño del personal sanitario del Centro	<ul style="list-style-type: none"> Fotocopias Manuales y normativa vigente 	300 Bs
A.1.4. Implementación del sistema de monitoreo y evaluación trimestral	<ul style="list-style-type: none"> Equipo informático Software informático Servicio de Internet Material de escritorio Fotocopias 	14530 Bs
RESULTADO 2		
A.2.1. Refacción, adecuación y equipamiento de una sala de maternidad adecuada culturalmente.	<ul style="list-style-type: none"> Material de construcción Equipos y materiales 	35000 Bs
A.2.2. Elaboración y diseño e implementación de un plan de Atención de Parto con enfoque intercultural.	<ul style="list-style-type: none"> Personal de salud Profesional salud intercultural Material de escritorio Fotocopias 	3710 Bs
A.2.3. Aplicación de un plan de captación comunal oportuna de gestantes en la zona	<ul style="list-style-type: none"> Material de escritorio Combustible para vehículo Fotocopias Personal de Salud 	7770 Bs
A.2.4. Talleres de capacitación a Agentes Comunitarios en Salud y parteras tradicionales para la referencia de gestantes al centro de Salud	<ul style="list-style-type: none"> Material de escritorio Facilitador de procesos Alquiler de ambientes de capacitación Refrigerios Distintivos a ACS y parteras tradicionales 	7440 Bs
A.2.5. Organización de redes comunales de vigilancia de la salud materna e infantil	<ul style="list-style-type: none"> Personal de salud Refrigerios Material de escritorio Impresión de material de 	2850 Bs

	capacitación	
RESULTADO3		
A.3.1. Elaboración y diseño de materiales comunicacionales	<ul style="list-style-type: none"> • Profesional en la elaboración de protocolos de atención materna con enfoque intercultural • Impresión de materiales • Fotocopias 	4600 BS
A.3.2. Campañas de comunicación en la zona para promover una maternidad segura, saludable y feliz	<ul style="list-style-type: none"> • Material de escritorio • Equipo de sonido • Equipo Informático • Material impreso de promoción 	5600 Bs
A.3.3. Ferias semestrales de la salud para la promoción de los derechos	<ul style="list-style-type: none"> • Alquiler de carpas • Impresión de materiales • Insumos médicos • Personal de Salud 	2700 Bs
A.3.4. Visitas comunitarias de promoción e información sobre maternidad segura y derechos	<ul style="list-style-type: none"> • Combustible para vehículo • Material de promoción • Carpetas familiares 	7600 Bs

Anexo 4.

Presupuesto

PRESUPUESTO PROYECTO DESGLOSADO POR ACTIVIDAD							FUENTES DE FINANCIAMIENTO		
Actividad	Recursos	Unidad	Cantidad	Costo unitario	Subtotal	TOTAL	DISA	ONG	CENTRO DE SALUD HUAYNA POTOSI
A.1.1. 4 Talleres de reflexión y sensibilización y capacitación dirigido al Personal de Salud para la atención de usuarias con enfoque intercultural.	• Profesional en procesos de formación intercultural	facilitador	4	1400	5600	23100		23100	
	• Personal de salud				0				
	• Material de escritorio	global	4	400	1600				
	• Equipos Informáticos				0				
	• Data Display	unidad	4	3500	14000				
	• Fotocopias		500	0,2	100				
	• Textos de formación	texto de formacion	20	60	1200				
	• refrigerios	Racion	40	15	600				
A.1.2. Reuniones mensuales de planificación y organización con el personal de salud del Centro Huayna Potosí	• Personal de salud					4800		4800	
	• Material de escritorio	global	12	250	3000				
	• Equipos informáticos				0				
	• Refrigerios	Racion	120	15	1800				
A.1.3. Dotación de instrumentos normativos vigentes y metodológicos para el mejor desempeño del personal de salud del Centro	• Fotocopias	unidad	1500	0,2	300	300		300	
A.1.4. Implementación del sistema de monitoreo y evaluación trimestral	• Equipo informático	unidad	1	7500	7500	14530		14530	
	• Software informático	unidad	1	2000	2000				
	• Servicio de Internet	Mes	12	350	4200				
	• Material de escritorio	global	4	200	800				
	• Fotocopias	unidad	150	0,2	30				
A.2.1. Refacción, adecuación y equipamiento de una sala de maternidad adecuada culturalmente.	• Material de construcción	Global	1	20000	20000	35000	4000	25000	6000
	• Equipos y materiales	Global	1	15000	15000				
A.2.2. Elaboración y diseño e implementación de un plan de Atención de Parto con enfoque intercultural.	• Personal de salud				0	3710		3710	
	• Profesional salud intercultural	facilitador	1	3500	3500				
	• Material de escritorio	Global	1	150	150				
	• Fotocopias	unidad	300	0,2	60				

A.2.3. Aplicación de un plan de captación comunal oportuna de gestantes en la zona	• Material de escritorio	global	1	500	500	7770	7700	70		
	• Combustible para vehículo	Mes	12	600	7200					
	• Fotocopias	unidad	350	0,2	70					
	• Personal de Salud				0					
A.2.4. Talleres de capacitación a ACS y parteras tradicionales para la referencia de gestantes al centro de Salud	• Material de escritorio	Global	3	180	540	7440		7440		
	• Facilitador de procesos	facilitador	2	1500	3000					
	• Alquiler de ambientes de capacitación	ambiente	3	400	1200					
	• Refrigerios	Ración	80	15	1200					
	• Distintivos a ACS y parteras tradicionales	distintivos	25	60	1500					
A.2.5. Organización de redes comunales de vigilancia de la salud materna e infantil	• Personal de salud					2850	2000	850		
	• Refrigerios	Ración	30	15	450					
	• Material de escritorio	Global	1	400	400					
	• Impresión de material de capacitación	Tripticos	1000	2	2000					
A.3.1. Elaboración y diseño de materiales comunicacionales	• Impresión de materiales	Global	1	4500	4500	4600		4600		
	• Fotocopias	Unidad	500	0,2	100					
A.3.2. Campañas de comunicación en la zona para promover una maternidad segura, saludable y feliz	• Material de escritorio	Global	1	100	100	5600		5600		
	• Equipo de sonido	Equipo	1	2500	2500					
	• Equipo Informático				0					
	• Material impreso de promoción				0					
	• Megáfonos	Unidad	10	300	3000					
A.3.3. Ferias semestrales de la salud para la promoción de los derechos	• Alquiler de carpas	Global	2	500	1000	2700	2700			
	• Impresión de materiales				0					
	• Insumos médicos	Global	2	850	1700					
	• Personal de Salud				0					
A.3.4. Visitas comunitarias de promoción e información sobre maternidad segura y derechos	• Combustible para vehículo	mes	6	600	3600	7600	7600			
	• Material de promoción				0					
	• Carpetas familiares	impresión	1000	4	4000					
TOTAL COSTO DEL PROYECTO							12000	24000	90000	6000

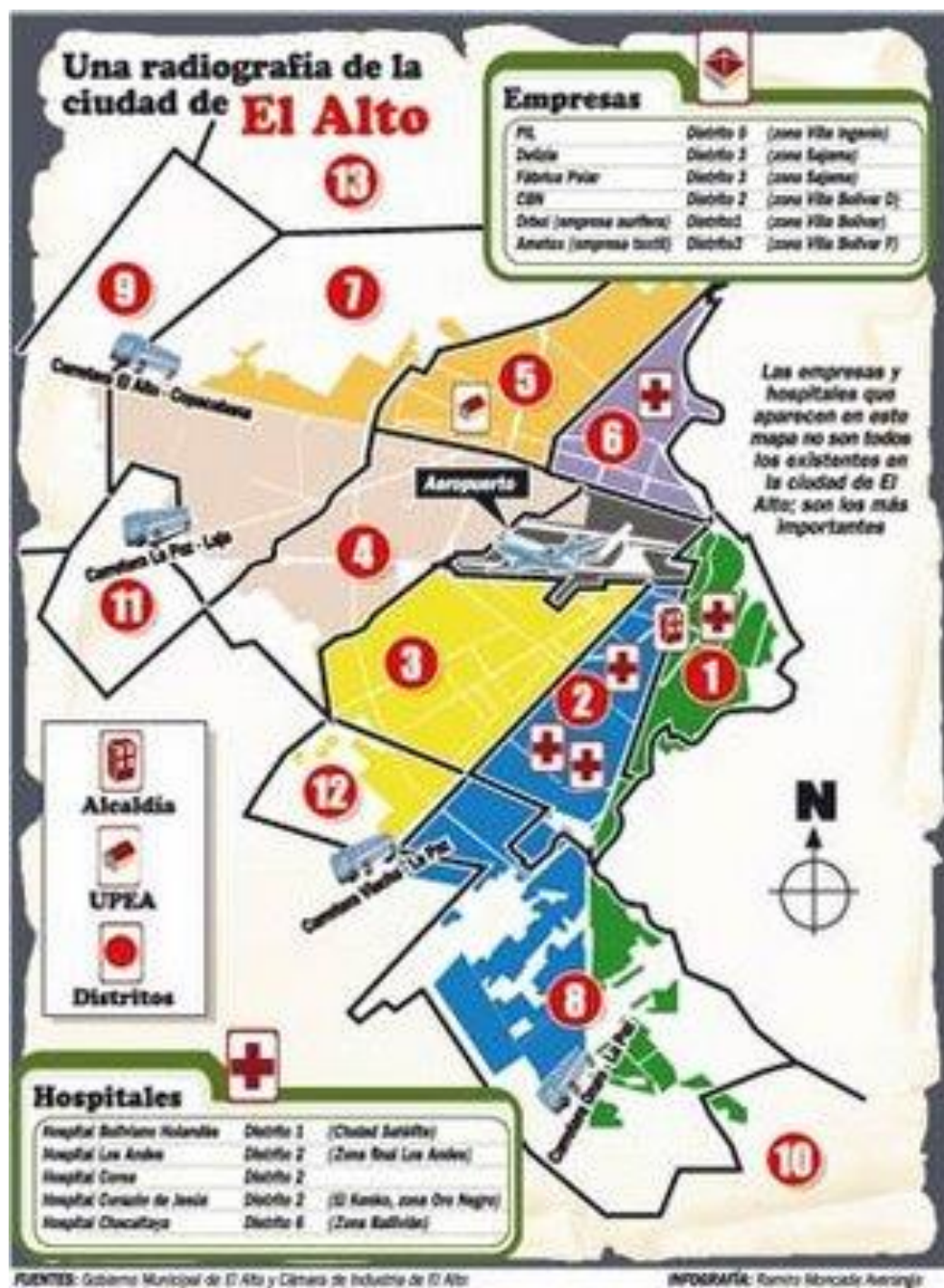
R1. Monto total por resultado 42.730 BS. Representa el 35.6%

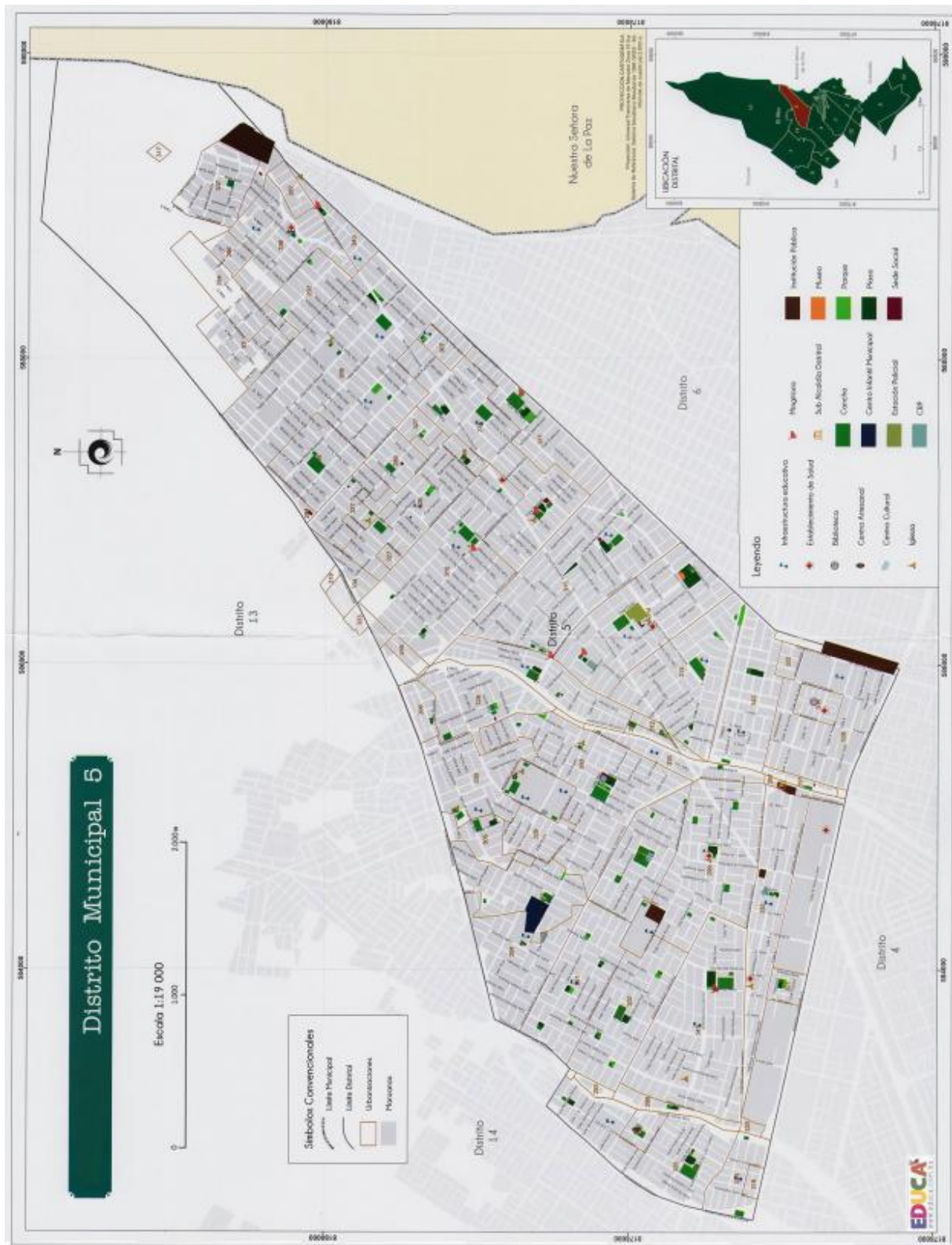
R2. Monto total por resultado 56.770 BS. Representa el 47.3%

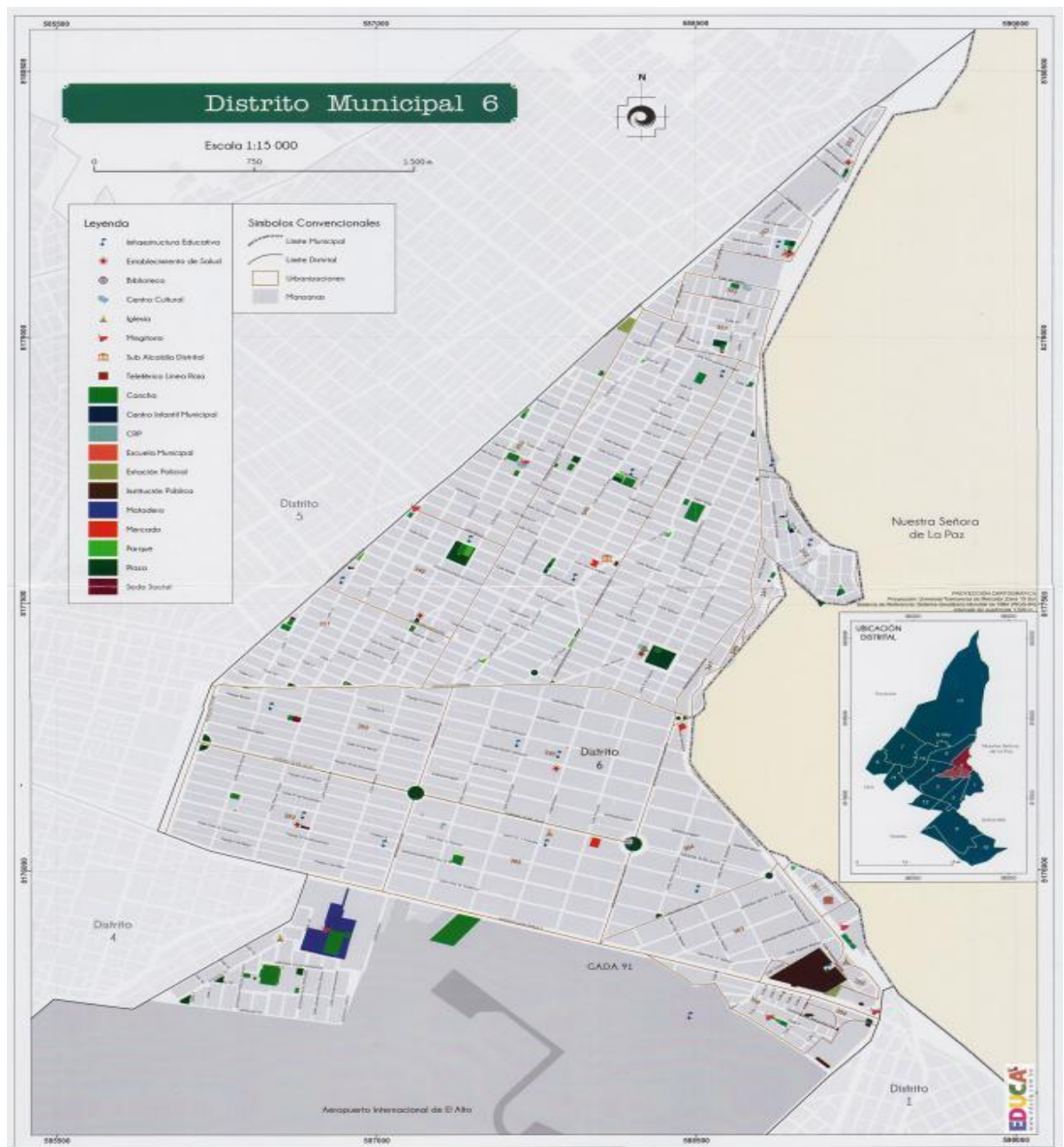
R3. monto total por resultado 20.5 BS. Representa el 17.1%

Anexo 5.

Mapas de ubicación del proyecto







Datos Obtenidos de:
 Unidad de Información Estadística y Datos Espaciales Dirección de Ordenamiento Territorial y Planificación Estratégica SMPD-GAMEA
 Sub Alcaldía de Distrito Municipal 5 - 6 SADM-GAMEA
Elaboración y procesamiento de datos:
 Unidad de Información Estadística y Datos Espaciales
 Dirección de Ordenamiento Territorial y Planificación Estratégica
 SMPD-GAMEA

Población 2019 RED LOS ANDES

POBLACION POR GRUPOS DE EDAD Y ESTABLECIMIENTOS RED DE SALUD LOS ANDES - EL ALTO GESTIÓN 2019

ESTABLECIMIENTO	Grupos de Edad (en años)													Mujeres en edad fértil (15-49 años)	Partida Ejercitadas	25-44 PAP	30-49 IVA	7-9 Mujeres	10-14 Niños	P.O. (MAD)					
	Grupos de Edad (en años)																								
	Menor de 1 año	1 año a 1.999	2 años	3 años	4 años	5 a 9 años	10 a 14 años	15 a 19 años	20 a 29 años	30 a 39 años	40 a 49 años	50 a 59 años	60 años y más												
TOTAL	18,394	352	351	351	351	1,769	1,819	1,749	5,597	2,112	1,542	587	1,462	4,921	423	362	4,300	2,460	533	533	5,796	5,497	184	18	
RED DE SALUD LOS ANDES EL ALTO 2019	20,207	387	385	386	386	1,843	1,999	1,922	6,149	2,320	1,684	645	1,606	5,406	465	398	4,724	2,703	585	585	6,367	6,038	202	20	
C.S.A. VILLA INGENERO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C.S.A. PUERTO MEILLONES	29,100	557	555	556	556	2,739	2,878	2,768	8,855	3,341	2,439	929	2,313	7,786	670	573	6,803	3,892	843	842	9,169	8,696	291	29	
C.S.A. ESPIRITU SANTO	31,550	604	602	602	603	3,034	3,121	3,001	9,600	3,623	2,644	1,007	2,508	8,441	726	622	7,376	4,220	914	913	9,941	9,428	316	32	
C.S.I. HUINNA POTOSI	7,156	137	136	137	137	688	708	681	2,177	822	600	228	569	1,915	165	141	1,673	957	207	207	2,255	2,138	72	7	
C.S.A. PLAN VIVIENDA VILLA EREBA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
C.S.A. PRO MUJER GERMAN BUSCH	10,081	193	192	192	192	970	997	959	3,068	1,157	845	322	801	2,697	232	199	2,357	1,348	292	282	3,176	3,013	101	10	
C.S.A. SANTA ROSA DE LIMA	116,488	2,230	2,222	2,221	2,224	11,203	11,522	11,079	35,446	13,375	9,764	3,718	9,259	31,166	2,662	2,295	27,234	15,580	3,375	3,372	36,703	34,810	1,165	116	
DISTRITO 5	20,476	392	391	390	391	1,969	2,025	1,947	6,231	2,351	1,716	654	1,627	5,478	471	403	4,787	2,739	593	593	6,452	6,119	205	20	
C.S.A. CEJA EL ALTO - ICA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
C.S.A. PRO MUJER JUAN PARLO II	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
C.S.A. PROMUJER ALTO LIMA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
C.S.I. 16 DE JULIO PROSAUD	8,429	161	161	161	161	834	802	2,555	968	706	269	670	2,255	194	166	1,971	1,127	244	244	2,656	2,519	84	8		
C.S.I. BIENESTAR SERVICIOS EN SAUL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
C.S.I. SANTA MARIA DE LOS ANGELES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
CLINICA FIBES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
CLINICA SAN MARTIN DE POROSES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
C.S.A. CIVIL EL ALTO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
C.S.A. NEPRO CENTRO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
C.S.A. MARIE STORES EL ALTO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
CLINICA SALVADOR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
C.S.A. CENTROS EL ALTO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
C.S.A. ALTO LIMA II	9,500	182	181	181	181	182	914	940	903	2,891	1,051	766	303	755	2,542	219	2,221	1,271	275	275	2,893	2,839	95	10	
C.S.A. ALTO LIMA I	17,100	327	326	326	326	1,681	1,626	1,626	5,203	1,963	1,433	546	1,359	4,575	384	337	3,986	2,287	495	495	5,388	5,110	171	17	
C.S.A. ALTO LIMA III	5,186	99	99	99	99	499	513	493	1,578	585	435	186	412	1,388	119	102	1,212	694	150	150	1,534	1,550	52	5	
C.S.A. ALTO LIMA IV	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
HOSPITAL INT. COMA DICHAUTIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
DISTRITO 6	60,651	1,162	1,158	1,157	1,157	5,772	6,003	5,772	18,466	6,968	5,087	1,937	4,824	16,238	1,397	1,156	14,169	8,117	1,758	1,757	19,122	18,136	607	61	
HOSPITAL MUNICIPAL LOS ANDES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
TOTAL RED LOS ANDES (17/19)	3,352	3,379	3,379	3,382	3,386	17,040	17,525	16,850	53,913	20,343	14,851	5,655	14,082	47,404	4,079	3,491	41,423	23,697	5,134	5,129	55,825	52,847	1,772	177	

[Firma]
Dr. Mario Norberto Alvarado
 NUTRICIONISTA DIETISTA

[Firma]
Dr. Vally Guaco
 TRAJADO SOCIAL LOS ANDES
 Lic. Prof. 14588

[Firma]
Dr. Virginia Tronca
 RESP. DE SALUD PUBLICA
 Lic. Prof. 14588

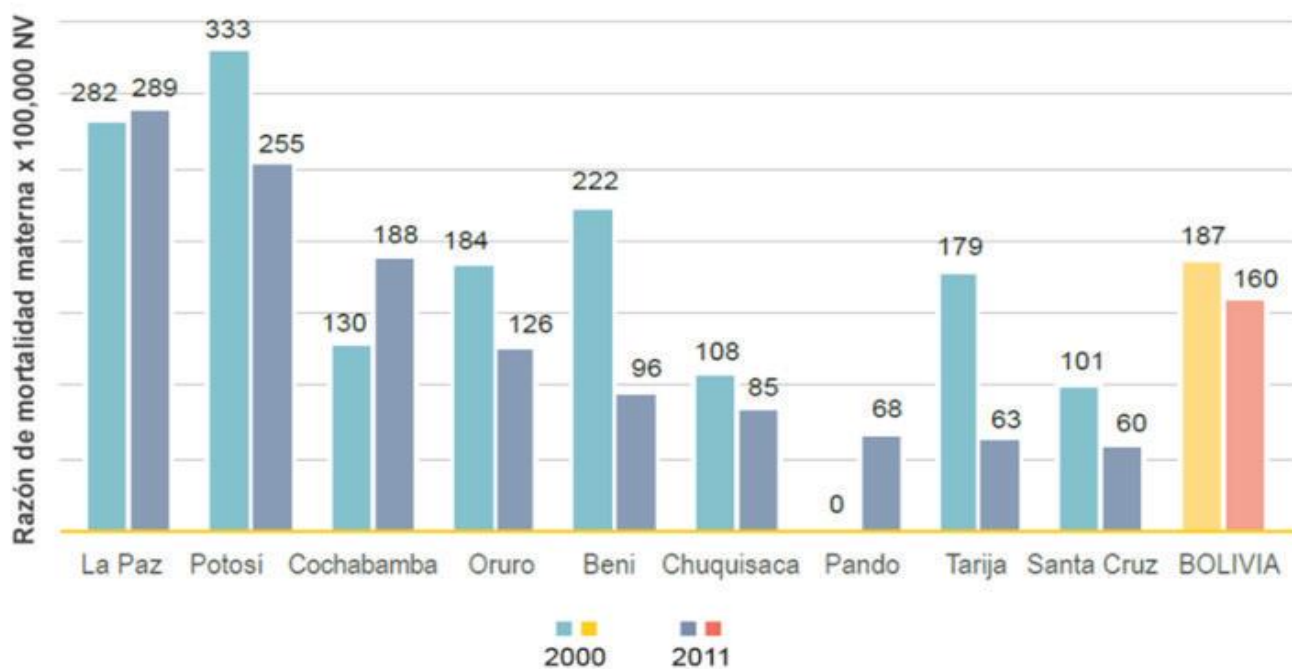
Anexo 6. Cuadros respaldatorios

Cuadro 1. Porcentaje de atención al parto por personal de salud calificado, 2016.

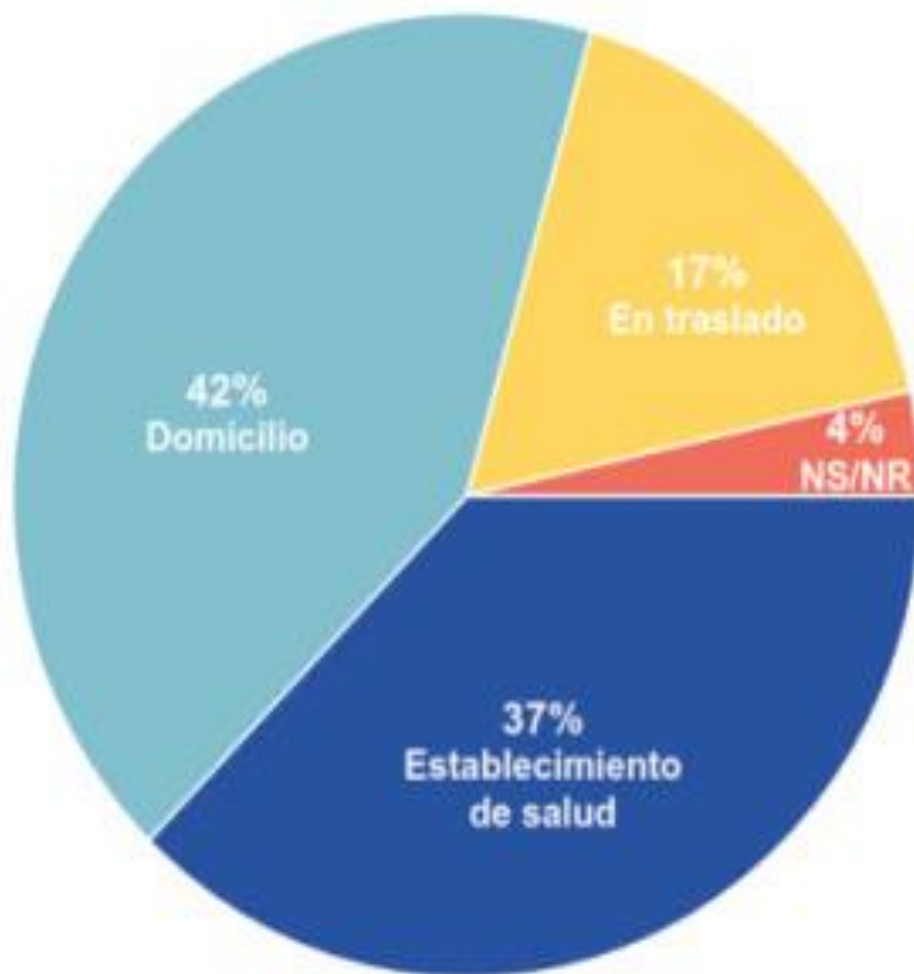
Departamento	Años	
	2008 (%)	2016 (%)
Chuquisaca	75,3	90,5
La Paz	61,6	85,4
Cochabamba	67,1	91,2
Oruro	64,2	84,7
Potosi	54,9	74,4
Tarija	84,8	95,2
Santa Cruz	93,2	95,9
Beni	77,2	91,8
Pando	80,3	90,7

Fuente: ISAGS, a partir de datos del Centro Internacional para la Equidad en Salud (2008), y EDSA, 2016.

**GRAFICA 1 Razón de Mortalidad Materna.
Período 2000 – 2011
Fuente: Estudio Nacional de Mortalidad Materna
2011**



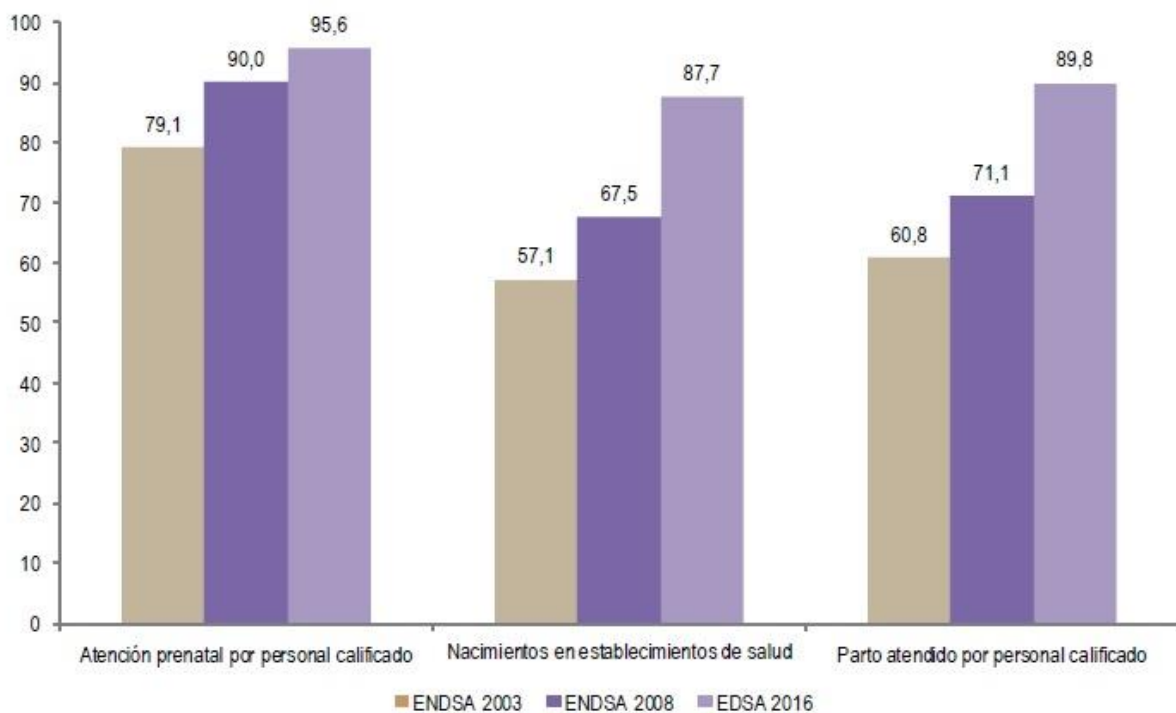
GRAFICA 2 Lugares donde ocurren las muertes maternas. Gestión 2011



Fuente: Estudio Nacional de Mortalidad Materna 2011

Gráfico N° 13

BOLIVIA: TENDENCIAS DE LA ATENCIÓN MATERNA, ENDSA 2003 Y 2008, EDSA 2016
(En porcentaje)

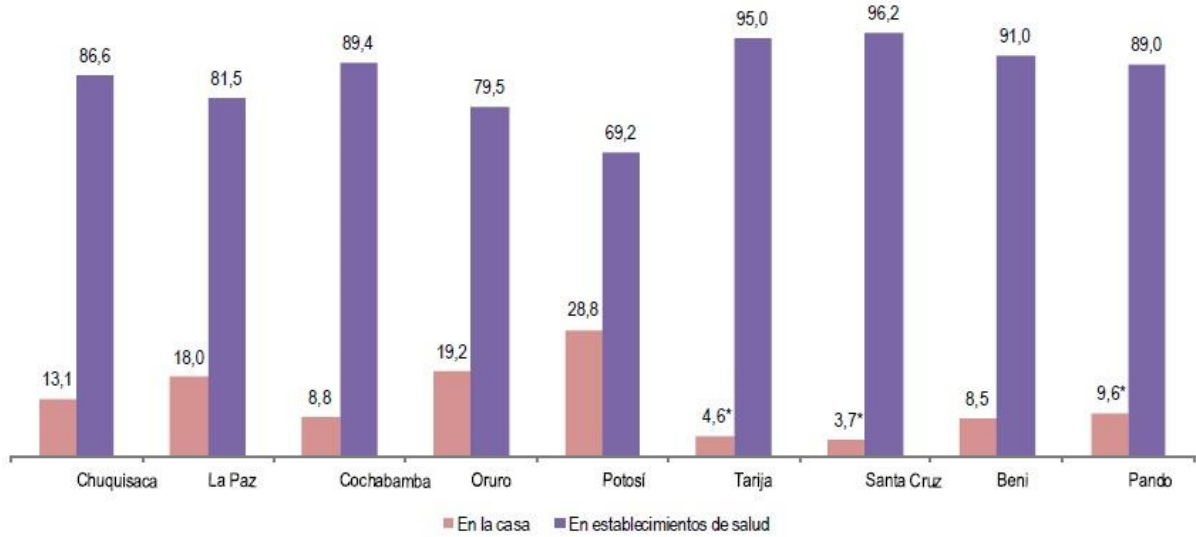


Fuente: Instituto Nacional de Estadística - EDSA 2016

Gráfico N° 11

BOLIVIA: LUGAR DEL PARTO, NACIMIENTOS OCURRIDOS EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD Y EN LA CASA, SEGÚN DEPARTAMENTO, 2016

(En porcentaje)



Fuente: Instituto Nacional de Estadística - EDSA 2016

* Con coeficiente de variación superior a 20%, emplearlo solo de forma referencial.

Cuadro N° 13
BOLIVIA: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE NACIMIENTOS VIVOS EN LOS CINCO AÑOS QUE PRECEDIERON LA ENCUESTA
POR LUGAR DE OCURRENCIA DEL PARTO Y PORCENTAJE DE NACIMIENTOS EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD,
SEGÚN CARACTERÍSTICA SELECCIONADA, 2016

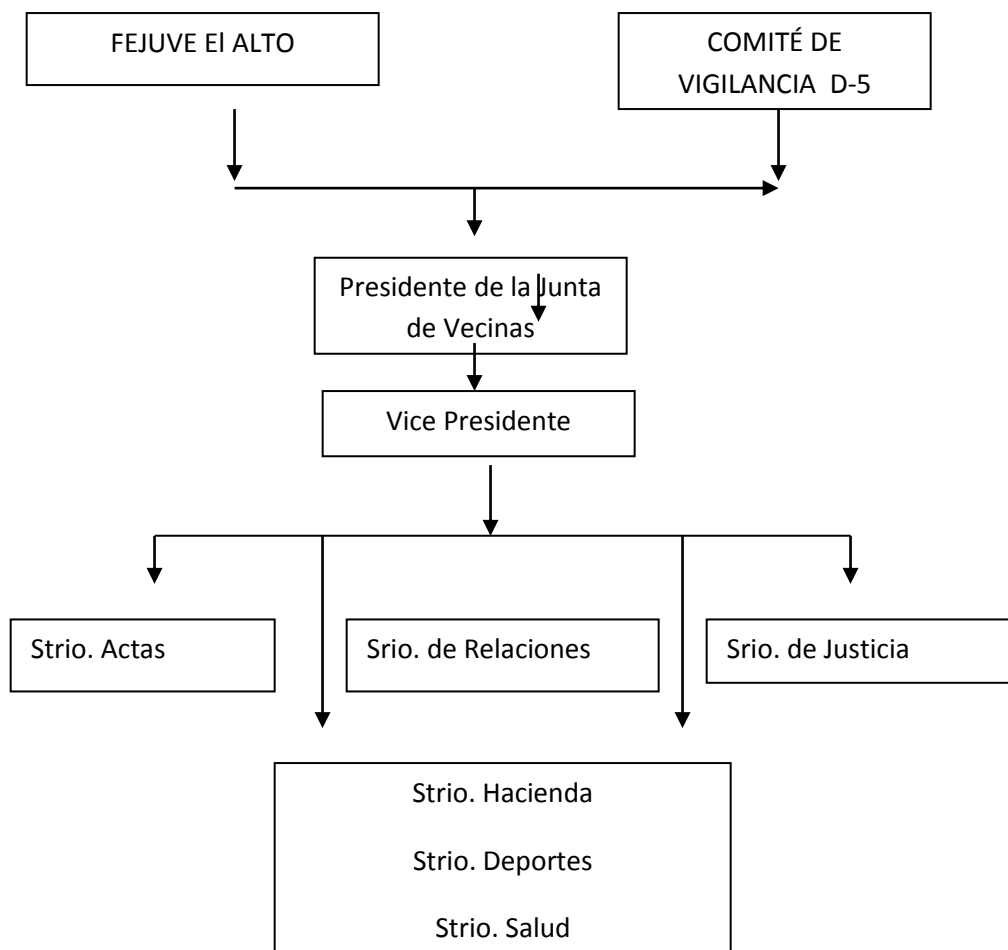
CARACTERÍSTICA	ESTABLECIMIENTOS DE SALUD					NÚMERO DE NACIMIENTOS	PORCENTAJE DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD
	Del sector público	Del sector privado	EN LA CASA	EN OTRO LUGAR	SIN FORMACIÓN		
Edad de la madre							
15-19	79,1	8,9 *	11,7	0,4 *	0,0	272	87,9
20-34	76,9	12,6	9,8	0,8 *	0,0	2.924	89,5
35-49	71,5	11,9	15,7	0,9 *	0,0	1.202	83,3
Unidades de atención prenatal							
Ninguna	33,5	3,3 *	60,0	3,2 *	0,0	192	36,8
1	53,4	4,0 *	42,6	0,0	0,0	45	57,4
2-3	69,4	7,2 *	22,5	0,9 *	0,0	384	76,6
4+	78,6	13,2	7,5	0,7 *	0,0	3.766	91,8
No sabe/ sin información	58,3 *	13,7 *	25,7 *	2,3 *	0,0	11	72,0
Idioma hablado							
Quechua	70,3	6,5	22,3	0,9 *	0,0	1.000	76,8
Aymara	61,8	4,5 *	31,6	2,1 *	0,0	447	66,3
Castellano	79,6	15,3	4,5 *	0,6 *	0,0	2.883	94,9
Otro	70,4	11,8 *	17,4 *	0,4 *	0,0	60	82,2
Educación							
Ninguna	53,4	3,5 *	41,4	1,7 *	0,0	218	56,9
Primaria	71,5	5,2	22,0	1,3 *	0,0	1.091	76,7
Secundaria	80,2	11,1	8,1	0,6 *	0,0	2.037	91,3
Superior	75,2	23,3	1,0 *	0,5 *	0,0	1.052	98,5
Residencia							
Urbana	79,6	16,2	3,4	0,8 *	0,0	3.001	95,8
Rural	66,7	3,6	28,8	0,8 *	0,0	1.397	70,3
Región							
Altiplano	71,4	7,0	20,6	1,0 *	0,0	1.587	78,4
Valle	79,3	10,6	8,8	1,3 *	0,0	1.208	89,9
Llano	76,8	18,4	4,5 *	0,3 *	0,0	1.603	95,2
Departamento							
Chuquisaca	84,8	1,8 *	13,1	0,2 *	0,0	223	86,6
La Paz	73,7	7,8	18,0	0,5 *	0,0	1.011	81,5
Cochabamba	77,2	12,3	8,8	1,8 *	0,0	771	89,4
Oruro	70,3	9,1	19,2	1,3 *	0,0	218	79,5
Potosí	65,6	3,5 *	28,8	2,1 *	0,0	358	69,2
Tarija	80,9	14,0	4,6 *	0,4 *	0,0	213	95,0
Santa Cruz	74,4	21,7	3,7 *	0,2 *	0,0	1.332	96,2
Beni	88,7	2,3 *	8,5	0,5 *	0,0	211	91,0
Pando	86,8	2,2 *	9,6 *	1,4 *	0,0	60	89,0
Grado de pobreza del municipio							
Pobreza alta	50,3	0,9 *	47,9	0,9 *	0,0	447	51,2
Media	77,9	3,5 *	17,6	1,0 *	0,0	761	81,4
Baja	78,7	13,8	7,0	0,5 *	0,0	1.177	92,5
Capital de departamento	77,0	19,1	2,8	1,0 *	0,0	1.644	96,1
El Alto	84,4	7,4 *	8,1 *	0,2 *	0,0	369	91,7
EDSA 2016	75,5	12,2	11,5	0,8	0,0	4.398	87,7
ENDSA 2008	56,8	10,6	32,1	0,3	0,1	8.726	67,5

Fuente: Instituto Nacional de Estadística - EDSA 2016

* Con coeficiente de variación superior a 20%, emplearlo solo de forma referencial.

Anexo 7. Estructura Institucional o comunitaria

Estructura organizativa vecinal



Anexo 8. Cronograma

RESULTADOS ESPERADOS (RE)	ACTIVIDADES	CRONOGRAMA											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
RE 1	A.1.1. Talleres de reflexión y sensibilización y capacitación dirigido al Personal de Salud para la atención de usuarias con enfoque intercultural.												
	A.1.2. Reuniones mensuales de planificación y organización con el personal salud del Centro de Salud Huayna Potosí.												
	A.1.3. Dotación de instrumentos normativos vigentes y metodológicos para el mejor desempeño del personal Salud del Centro												
	A.1.4. Implementación del sistema de monitoreo y evaluación trimestral												
RE 2	A.2.1. Refacción, adecuación y equipamiento de una sala de maternidad adecuada culturalmente.												
	A.2.2. Elaboración y diseño e implementación de un plan de Atención de Parto con enfoque intercultural.												
	A.2.3. Aplicación de un plan de captación comunal oportuna de gestantes en la zona												
	A.2.4. Talleres de capacitación a personal de salud y parteras tradicionales para la referencia de gestantes al centro de Salud												
	A.2.5. Organización de redes comunales de vigilancia de la salud materna e infantil												
RE 3	A.3.1. Elaboración del protocolo de atención y diseño de materiales comunicacionales												
	A.3.2. Campañas de comunicación en la zona para promover una maternidad segura, saludable y feliz												

	A.3.3. Ferias semestrales de la salud para la promoción de los derechos												
	A.3.4. Visitas comunitarias de promoción e información												

Anexo 9. Sistema de Monitoreo y evaluación del proyecto

El seguimiento y evaluación del proyecto permitirá apoyar el trabajo para mejorar la eficiencia y eficacia del equipo en el manejo de las actividades, permitiendo tomar las medidas necesarias para examinar el progreso e impacto que se busca con el proyecto, en este sentido se tomaran decisiones para la redefinición de estrategias y ajustes en las actividades cuando sea necesario.

En este sentido se tendrá un plan de seguimiento, monitoreo y evaluación continua de las actividades que permitirá hacer un análisis permanente de objetivos e indicadores que se deben cumplir.

El plan de monitoreo y evaluación contará con la lista de indicadores los cuales serán monitoreados en forma periódica y evaluación trimestral, anual y evaluación final del proyecto para medir el avance y resultados de las actividades.

Como parte de la evaluación que se llevará se tendrá las encuestas de satisfacción las mismas serán aplicadas a los titulares de derechos, permitirán saber los avances que se tendrá en cuanto a la mejora del servicio, esto en los centros de salud, SLIM. DNA y CIJ. Estas se realizarán una vez por año. La información recabada será sistematizada para posteriormente ser socializada entre los involucrados, esta permitirá que también ellos puedan tener una visión respecto al avance, estrategias utilizadas y propondrán nuevos reencauces

También se tendrán reuniones de evaluación y de evaluación de aprendizajes trimestrales con los titulares de responsabilidades de los distritos intervenidos para fortalecer y re direccionar aquellas estrategias, para el cumplimiento de los indicadores.

Para mantener todo documentado se efectuaran informes por actividad, mensuales, trimestrales.

