

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



Promoción y prevención en salud materna infantil  
para mujeres gestantes durante la atención  
prenatal en el Centro de Salud Integral El Tejar,  
gestión 2021

**POSTULANTE: Lic. Liliam Rocío Cortez Laura  
TUTOR: Dr. M.Sc. Raúl Andrés Franco Aguilar**

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

La Paz - Bolivia  
2022

*Dedicatoria:*

*Para mí querida familia: Clara,  
Pedro y Carlos, por todo el amor y  
el apoyo constante que me  
brindan de manera incondicional.*

*Agradecimientos:*

*A mi tutor el Dr. Raúl Andrés Franco, por guiar el presente trabajo. A los tribunales, Dr. Antonio Saravia, Dr. Marcelo Quisbert y el Dr. Augusto Mamani por los valiosos aportes. De la misma manera, a la colaboración del Dr. Hernán Zambrana (Ex Director CSMIET).*

<b>Índice de contenido</b>	<b>Página</b>
RESUMEN.....	ix
1. Introducción .....	1
2. Antecedentes.....	4
3. Relación del proyecto de intervención con lineamientos de la política pública plurinacional.....	13
4. Marco teórico conceptual.....	20
4.1. Embarazo y riesgos .....	20
4.2. Control prenatal.....	20
4.3. Parto.....	21
4.4. Puerperio o postparto.....	21
4.5. Educación para la salud .....	21
4.6. Promoción de salud y movilización social .....	22
4.7. Psicoprofilaxis obstétrica (PPO).....	23
4.8. Riesgo reproductivo preconcepcional .....	23
5. Justificación del proyecto.....	24
6. Análisis del problema a intervenir.....	26
7. Análisis de actores / de los involucrados .....	34
Beneficiarios directos .....	34
Beneficiarios indirectos.....	34
Oponentes .....	34
Afectados.....	34
8. Contexto o lugar de intervención .....	35
Características físicas.....	35

Topografía: .....	35
Clima: .....	36
Población aspectos demográficos: .....	36
Servicios básicos .....	37
Aspectos culturales: .....	37
Aspectos de la economía .....	39
Grupos organizados .....	39
Centro de Salud Integral “El Tejar” .....	40
Social.....	42
Cultural .....	42
Estructura social .....	42
9. Estructura de objetivos .....	43
Objetivo general .....	43
Objetivo específico .....	43
10. Diseño metodológico .....	45
11. Resultados .....	46
12. Actividades.....	47
13. Indicadores por la estructura de objetivos .....	49
14. Fuente de verificación.....	52
15. Supuestos.....	55
16. Análisis de viabilidad.....	57
17. Análisis de factibilidad.....	59
Factibilidad operativa .....	59
Factibilidad técnica.....	59
Factibilidad social.....	59

Pertinencia cultural/intercultural .....	60
Factibilidad económica.....	60
Enfoque de género.....	61
18. Análisis de sostenibilidad del proyecto .....	62
19. Impacto esperado del proyecto.....	63
20. Fuente de financiamiento para el presupuesto .....	64
21. Bibliografía .....	69
22. Anexos.....	73
a. Matriz marco lógico.....	73
b. Organigrama institucional.....	78
c. Cronograma .....	79
d. Plan de ejecución .....	81
e. Carta de respuesta G.A.M.L.P.....	85

<b>ÍNDICE DE GRÁFICOS</b>		<b>Página</b>
Gráfico N°1	Razón de mortalidad materna a nivel mundial en 2017	5
Gráfico N°2	América Latina y el Caribe (31 países): Razón de mortalidad materna según estimaciones del Grupo Inter-Agencial (MMEIG), 2017 (Por cada 100.000 nacidos vivos)	7
Gráfico N°3	Momento donde ocurren los decesos	9
Gráfico N°4	Bolivia: Distribución porcentual de mujeres que tuvieron nacimientos en los cinco años que precedieron la encuesta por personal que proporcionó el cuidado prenatal para el último nacimiento, ENDSA 2003-2008 y EDSA 2016	12
Gráfico N°5	Evolución de la políticas en salud materna	14
Gráfico N°6	Ingresos económicos de las gestantes	32
Gráfico N°7	Árbol de problemas	33
Gráfico N°8	Mapa de la zona de intervención	40
Gráfico N°9	Árbol de objetivos	44

<b>ÍNDICE DE TABLAS</b>		<b>Página</b>
Tabla N°1	Razón de mortalidad materna (obstétricas directas e indirectas) X 100.000 nacidos vivos, nacional y por departamentos Bolivia, 2000 y 2011	8
Tabla N°2	Cobertura de control prenatal y partos atendidos entre las gestiones 2015 a 2020 en CSIET	26
Tabla N°3	Lugar donde realizaron el control prenatal	27
Tabla N°4	Acceso a la información durante el control prenatal	27
Tabla N°5	Trato que reciben las embarazada en el CSIET	28
Tabla N°6	Lugar de nacimiento de las mujeres que acuden al CSIET	29
Tabla N°7	Edad de las mujeres embarazadas que acuden al CSIET por grupos quinquenales	29
Tabla N°8	Profesión u oficio de las mujeres embarazadas que acuden al CSIET	30
Tabla N°9	Nivel educativo de las mujeres embarazadas	30
Tabla N°10	Estado civil de la mujeres que acuden a control prenatal	31
Tabla N°11	Tenencia de la vivienda de las mujeres embarazadas	31
Tabla N°12	Acceso a servicios de las mujeres que acuden al CSIET	31
Tabla N°13	Dinámica de crecimiento poblacional	36
Tabla N°14	Población por grupo etario del área	36

## ACRÓNIMOS Y ABREVIATURAS

BJA	Bono Juana Azurduy
CSIET	Centro de Salud Integral “El Tejar”
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
EDSA	Encuesta de Demografía y Salud
ENDSA	Encuesta Nacional de Demografía y Salud
GAMLP	Gobierno Autónomo Municipal de La Paz
GTR	Grupo de Trabajo Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna
IDH	Impuesto Directo a los Hidrocarburos
INE	Instituto Nacional de Estadística
MMEIG	Grupo Inter-Agencial para la Estimación de la Mortalidad Materna de las Naciones Unidas
OIG	Organizaciones intergubernamentales
ODS	Objetivos de Desarrollo de Sostenible
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
RMM	Razón de Mortalidad Materna
TGN	Tesoro General de la Nación
SAFCI	Salud Familiar Comunitaria Intercultural
SNIS-VE	Sistema Nacional de Información en Salud y Vigilancia Epidemiológica

## RESUMEN

Según la Organización Mundial de la Salud, alrededor de 830 mujeres mueren todos los días en todo el mundo por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. Estas muertes ocurren en países de bajos ingresos y la mayoría de ellas podrían haberse evitado. En Bolivia, la Tasa de Mortalidad Materna es de 160 por 100.000 nacidos vivos. En el departamento de La Paz, del total de partos ocurridos, el 81,5% se produjeron en establecimientos de salud y el 18,5% ocurrieron en domicilio, según EDSA 2016. Entre las causas directas de muerte materna, según el Estudio de Mortalidad Materna de la Ministerio de Salud, el 59% se debe a hemorragia, el 19% a hipertensión, el 13% a abortos, el 7% a infecciones y el 2% a parto prolongado. (1)

En este entendido, la propuesta de intervención estará encaminada a la atención integral de la salud materna infantil dirigida a la gestante durante la atención del prenatal en el Centro de Salud Integral El Tejar (gestión 2021). En su planificación contempla estrategias de comunicación, promoción y prevención con el fin de reducir la incidencia de partos domiciliarios, contribuir a la reducción de la morbimortalidad materna en el área e incrementar la cobertura del Centro de Salud Integral El Tejar, a través de la participación activa de las embarazadas que acuden a realizar controles prenatales. El personal de salud es el recurso más valioso para la difusión de información y conocimientos, su participación será preponderante en las diferentes actividades planificadas y así lograr incrementar la confianza en las mujeres que asisten en demanda de los servicios, constituyéndose la atención prenatal, parto y postparto en una experiencia positiva en un ambiente institucional cálido, amigable y la protección de los derechos de la salud materna.

**Palabras clave:** Salud materna, control prenatal, promoción de la salud

## ABSTRACT

According to the World Health Organization, around 830 women die every day worldwide from complications related to pregnancy or childbirth. These deaths occur in low-income countries and most of them could have been prevented. In Bolivia, the Maternal Mortality Rate is 160 per 100,000 live births. In the department of La Paz, of the total births that occurred, 81.5% occurred in health facilities and 18.5% occurred at home, according to EDSA 2016. Among the direct causes of maternal death, according to the Study of Maternal Mortality from the Ministry of Health, 59% is due to hemorrhage, 19% to hypertension, 13% to abortions, 7% to infections and 2% to prolonged labor. (1)

In this understanding, the intervention proposal will be aimed at comprehensive care of maternal and child health directed to the pregnant woman during prenatal care at the El Tejar Comprehensive Health Center (management 2021). In its planning, it includes communication, promotion and prevention strategies in order to reduce the incidence of home births, contribute to the reduction of maternal morbidity and mortality in the area and increase the coverage of the El Tejar Integral Health Center, through participation active of pregnant women who come for prenatal check-ups. Health personnel are the most valuable resource for the dissemination of information and knowledge, their participation will be preponderant in the different planned activities and thus achieve increased confidence in the women who attend in demand of services, constituting prenatal care, childbirth and postpartum in a positive experience in a warm, friendly institutional environment and the protection of maternal health rights.

**Keywords:** Maternal health, prenatal control, health promotion

## 1. Introducción

La propuesta de intervención denominada *Promoción y prevención en salud materna infantil para mujeres gestantes durante la atención prenatal en el Centro de Salud Integral El Tejar, gestión 2021*, plantea implementar acciones de promoción y prevención en salud materna infantil durante el control prenatal con un enfoque integral y de derechos, constituyéndose así el proceso de embarazo, parto y post parto en una experiencia positiva para la mujer embarazada, la familia y la comunidad.

En Bolivia existe una mediana demanda de servicios médicos para la atención del parto, especialmente, de mujeres del área rural y urbano migrantes, según el Ministerio de Salud (2016), el 30% de las mujeres fallecieron durante el embarazo, el 40% de las mujeres fallecieron durante el parto o cesárea y el 30% durante el post parto.

La tasa de mortalidad materna se ha reducido en Bolivia, debido a que existen políticas de salud dirigidas a la atención de la mujer embarazada, actualmente, para elevar los índices de cobertura de partos institucionales se brinda el incentivo económico a través del Bono Juana Azurduy, el Subsidio Universal Prenatal por la Vida, la Ley 475 de Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia, son beneficiarias las mujeres embarazadas desde el inicio de la gestación hasta los seis meses posteriores al parto y niños/as menores de cinco años de edad. Asimismo, existe el Plan de reducción acelerada de la mortalidad materna, plantea el trabajo conjunto con la comunidad para llegar a poblaciones excluidas, los establecimientos de salud deben brindar servicios con calidad, que sean amigables y respeten la diversidad cultural, con énfasis en los cuidados obstétricos neonatales, que garanticen la disponibilidad y accesibilidad.

Esta iniciativa se centra en el respeto al derecho a la salud y la vida, las mujeres gestantes viven día a día un riesgo obstétrico, desde el embarazo, la atención del

parto y el post parto. Sin embargo, el imaginario cultural, traducido en creencias y prácticas culturales de las mismas, juega un papel preponderante al momento de la elección del lugar del parto, constituyéndose el parto domiciliario en una opción.

La promoción de la salud materna infantil en mujeres que acuden a control prenatal requerirá la participación activa de las mismas, el personal de salud y el establecimiento de salud como tal, para lograr los objetivos que se exponen en el marco lógico, para una efectiva comprensión de la realidad, se realizó un análisis del problema, previa revisión de los antecedentes a nivel mundial, latinoamericano, nacional y la región. El análisis del diagnóstico de los problemas identificó la necesidad de brindar conocimientos, habilidades e información a las mujeres gestantes, fortalecer al personal de salud para una atención del prenatal y parto integral en el Centro de Salud Integral El Tejar, en pos de lograr una experiencia positiva y satisfactoria de las usuarias y la comunidad en su conjunto. Asimismo, la necesidad de fortalecer la confianza en el centro de salud, mejorar la calidad y efectividad de los servicios que ofrece el mismo.

Se reconoce la existencia de grupos de población, de familias o individuos que debido a su bajo nivel socio-educativo, a problemas socio-sanitarios, presentan mayor riesgo de enfermedades, accidentes, incluso muertes prematuras. Estos grupos, son denominados de riesgo socio-sanitario. Los profesionales en salud conocen de las dificultades existentes para la recepción y seguimiento de estas personas, ello obliga a la realización de protocolos a través de los cuales se consiga una atención sanitaria adecuada a su situación socio-sanitaria que promueva la disminución de las desigualdades en salud.

Dentro de los mencionados grupos se encuentra la mujer embarazada. La etapa prenatal y neonatal es una etapa crítica y de máxima vulnerabilidad para el binomio madre/niño(a). Durante el embarazo la madre necesita un adecuado ajuste calórico, equilibrio psicológico, exclusión de hábitos tóxicos, etc. Es por ello necesario apoyar a la madre para que se cree un ambiente propicio para el desarrollo fetal y su normal crecimiento.

En este entendido, el presente proyecto procurará mejorar el conocimiento y abordaje de estos factores referidos a las mujeres en edad fértil, promoviendo el trabajo multidisciplinar y articulando formas de coordinación entre los diversos recursos socio-sanitarios.

## 2. Antecedentes

Según la Organización Mundial de la Salud<sup>1</sup> en 2019, la mortalidad materna es inaceptablemente alta. Cada día mueren en todo el mundo unas 830 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. En 2015 se estimaron unas 303.000 muertes de mujeres durante el embarazo y el parto o después de ellos. Prácticamente todas estas muertes se producen en países de ingresos bajos y la mayoría de ellas podrían haberse evitado<sup>1</sup>. Asimismo, señala que desde 1990 varios países subsaharianos han reducido a la mitad su mortalidad materna. En regiones como Asia y el Norte de África, los progresos han sido aún mayores. Entre 1990 y 2015, la RMM mundial solo se redujo en un 2,3% al año. Sin embargo, a partir de 2000 se observó una aceleración de esa reducción.

En algunos países, las reducciones anuales de la mortalidad materna entre 2000 y 2010 superaron el 5,5%. Una de las razones para la reducción de la mortalidad materna fue el cumplimiento del acuerdo suscrito y el esfuerzo de los Estados respecto a los Objetivos de Desarrollo del Milenio con el objetivo 5, mejorar la salud materna. Empero, solo algunos países lograron los objetivos trazados, desde 1990 la razón de mortalidad materna se ha reducido en casi la mitad y la mayor parte de esta reducción ha ocurrido desde el año 2000<sup>2</sup>.

El alto número de muertes maternas en algunas zonas del mundo refleja las inequidades en el acceso a los servicios de salud y subraya las diferencias entre ricos y pobres. La casi totalidad (99%) de la mortalidad materna corresponde a los países en desarrollo. Más de la mitad de las muertes maternas se producen en entornos frágiles y contextos de crisis humanitarias<sup>3</sup>.

---

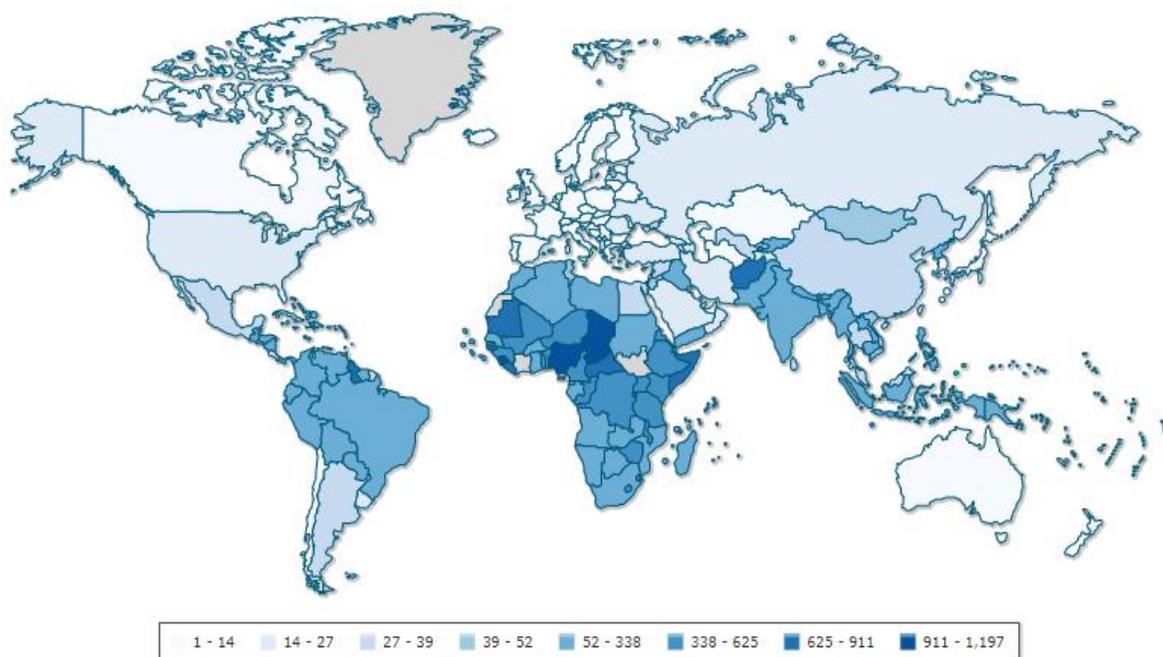
1 <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>

2 [https://www1.undp.org/content/undp/es/home/sdgoverview/mdg\\_goals/mdg5/](https://www1.undp.org/content/undp/es/home/sdgoverview/mdg_goals/mdg5/)

3 <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>

La razón de mortalidad materna ratio en los países en desarrollo en 2015 es de 239<sup>3</sup> por 100.000 nacidos vivos, mientras que en los países desarrollados es tan solo de 12 por 100.000. Hay grandes disparidades entre los países pero también en un mismo país y entre mujeres con ingresos altos y bajos y entre la población rural y la urbana<sup>4</sup>. Según la OMS en 2016, la atención sanitaria de calidad durante el embarazo y el parto pudo prevenir muchas de esas muertes. Sin embargo, a nivel mundial solo el 64% de mujeres recibieron atención prenatal cuatro o más veces a lo largo de su embarazo.

Gráfico N° 1. *Razón de mortalidad materna a nivel mundial en 2017*



Fuente: CIA Word Factbook, 2017<sup>5</sup>

Según UNICEF en 2020, la mortalidad y morbilidad materna se constituye en un problema de salud pública y derechos humanos. Incluso antes de la pandemia de la COVID-19, cada año morían aproximadamente 2,8 millones de mujeres

4 <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>

5 <https://www.indexmundi.com/map/?v=2223&l=es>

embarazadas y recién nacidos, o uno cada 11 segundos, la mayoría por causas prevenibles<sup>6</sup>.

De acuerdo a un informe de las Naciones Unidas<sup>7</sup> en 2019, cada 11 segundos muere una mujer embarazada o un recién nacido en el mundo tomando en consideración que los servicios de atención en salud materna han ampliado los índices de cobertura. El parto y el posparto son los momentos en que las mujeres y los recién nacidos son más vulnerables. El primer mes de vida es el momento de mayor riesgo de muerte, especialmente si se trata de niños prematuros o con bajo peso al nacer, si ha habido complicaciones durante el parto, si el recién nacido presenta defectos congénitos o si contrae alguna infección. Aproximadamente un tercio de esas muertes se producen durante el primer día y casi el 75 % solo durante la primera semana.

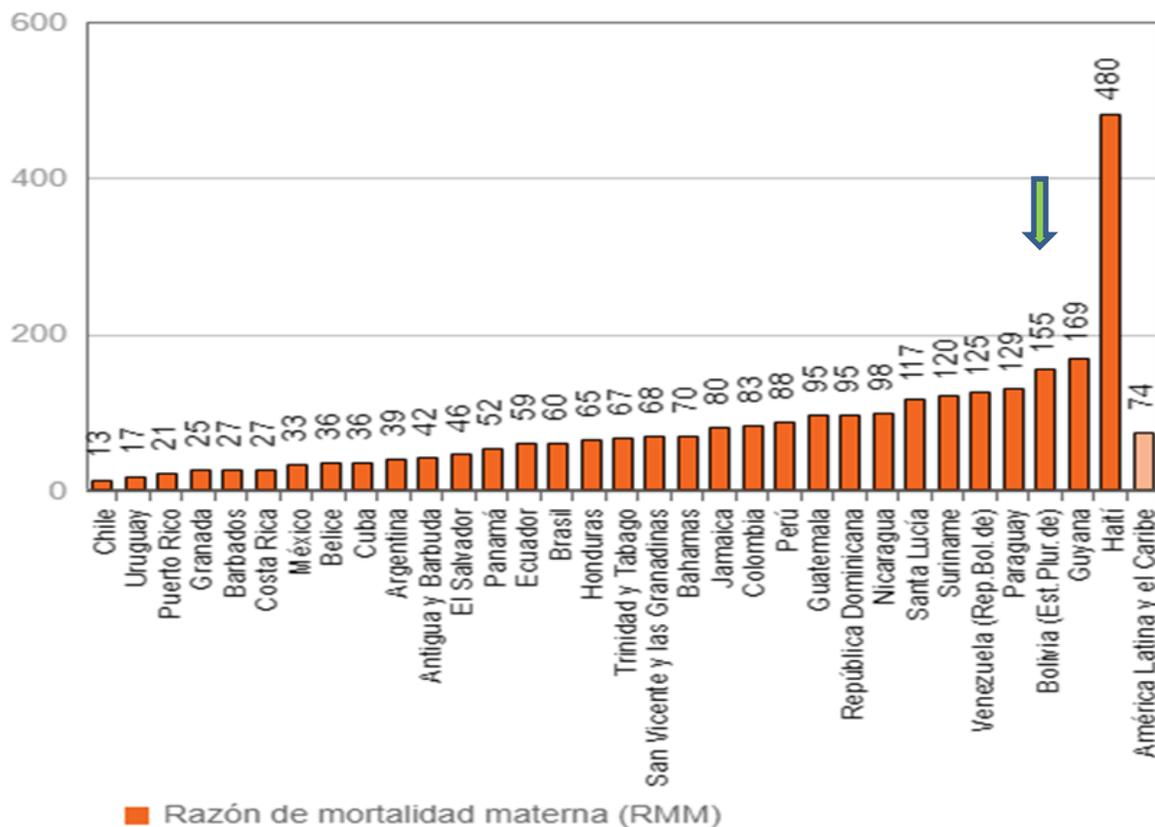
En Latinoamérica y el Caribe se produjeron alrededor de 7.600 muertes maternas en el año 2015, la mayoría evitables. Las principales causas fueron las hemorragias post-parto y la hipertensión gestacional, concentradas en los países con mayores tasas de fecundidad, mayor pobreza y menor acceso a servicios de salud de alta calidad, según el Grupo de Trabajo Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna (GTR) en 2017.

---

6 <https://www.unicef.org/es/comunicados-prensa/mujeres-embarazadas-y-bebes-nacidos-durante-covid-19-enfrentaran-sistemas-salud-sobrecargados>

7 <https://www.who.int/es/news/item/19-09-2019-more-women-and-children-survive-today-than-ever-before-un-report>

Gráfico N°2. América Latina y el Caribe (31 países): Razón de mortalidad materna según estimaciones del Grupo Inter-Agencial (MMEIG), 2017 (Por cada 100.000 nacidos vivos)



Fuente: Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe, 2017<sup>8</sup>

En 31 países de Latinoamérica y el Caribe, la razón de mortalidad materna (RMM) promedió 74 muertes por cada 100.000 nacidos vivos en el 2017. Las estimaciones muestran que Chile y Uruguay tienen RMM inferiores a 17. En el otro extremo, Haití tiene una RMM de 480, seguido de Guyana y Bolivia con 169 y 155, respectivamente.

8. <https://oig.cepal.org/es/indicadores/mortalidad-materna#:~:text=La%20tasa%20de%20mortalidad%20materna%20en%20los%20pa%C3%ADses%20de%20Am%C3%A9rica,en%202017%2C%20ha%20presentado%20altibajos>

En relación al control prenatal, según Guliani y otros autores en un estudio realizado en 2014 mostraron que 97.8% de las mujeres latinoamericanas con educación secundaria había asistido por lo menos a una consulta prenatal, porcentaje que en el caso de las mujeres sin educación disminuyó a un 74.3%<sup>9</sup>.

De acuerdo a De La Gálvez Murillo (2018) en Bolivia en un año cualquiera suceden decesos maternos en aproximadamente un tercio de los municipios nacionales, y revela que los reportes de vigilancia epidemiológica, la mortalidad materna está dispersa, por lo tanto, como se creía y de acuerdo al Estudio de Mortalidad Materna (2011) se detectó defunciones en 124 municipios; el 60.8% de esas defunciones se concentró en 23 municipios, que en el contexto nacional representa solo el 6.8% y el 18.6% de los que reportaron muertes del año en estudio.

Tabla N°1. *Razón de mortalidad materna (obstétricas directas e indirectas) x 100.000 nacidos vivos, nacional y por departamentos Bolivia, 2000 y 2011*

Departamento/Año	2000	2011
La Paz	282	289
Potosí	333	188
Cochabamba	130	126
Oruro	184	188
Beni	222	96
Chuquisaca	108	85
Pando	---	68
Tarija	179	63
Santa Cruz	101	60
Bolivia	187	160

Fuente: Ministerio de Salud, 2016 (en De la Gálvez, 2018)

<sup>9</sup> En Cobertura y oportunidad de la atención prenatal en mujeres pobres de 6 países de Mesoamérica, BID, 2017

Conforme a las cifras del Estudio de Mortalidad en los diferentes departamentos, se observó que en 2000 el departamento con mayor número de muertes se dieron en Potosí y para el 2011 el departamento de La Paz presentó el mayor número de decesos.

Entre las causas directas de la muerte materna, según el Estudio de Mortalidad Materna del Ministerio de Salud en 2016, un 59% se producen debido a hemorragia, esta cifra que considera la retención placentaria y la atonía uterina, 19% se debe a la hipertensión, un 13% debido a abortos, 7% infecciones y un 2% se debe a un parto prolongado. Las causas directas de muerte materna muestran específicamente aquellas muertes que resultan de complicaciones obstétricas del embarazo, parto y puerperio, de intervenciones, de omisiones, de tratamiento incorrecto, o de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de los momentos señalados anteriormente.

Gráfico N° 1. *Momento donde ocurren los decesos*



Fuente: Estudio Nacional de Mortalidad Materna del Ministerio de Salud, 2016.

Según el Estudio Nacional de Mortalidad Materna, el lugar donde ocurren las muertes maternas un 42% ocurren en domicilio, un 37% en el establecimiento de salud, un 17% en el traslado a un establecimiento de salud y un 4% no son especificados (1). De acuerdo al mismo estudio la mayor ocurrencia de muertes por causa directa, se da por hemorragias (59%), básicamente ocasionadas por

retención placentaria y atonía uterina. El alto número de muertes en servicios de salud puede tener dos explicaciones: una, que la mujer y/o la familia buscan atención tardíamente; y la segunda, que los servicios no cuenten con la infraestructura e insumos necesarios para atender las emergencias obstétricas y neonatales y/o el personal no tenga las competencias técnicas para brindar una adecuada atención de calidad (2).

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud en 2019, muchas mujeres mueren de complicaciones que se producen durante el embarazo y el parto o después de ellos. La mayoría de esas complicaciones aparecen durante la gestación y la mayoría son prevenibles o tratables; otras pueden estar presentes desde antes del embarazo, pero se agravan con la gestación, especialmente si no se tratan como parte de la asistencia sanitaria a la mujer. Las principales complicaciones, causantes del 75% de las muertes maternas, son:

- Hemorragias graves (en su mayoría tras el parto)
- Infecciones (generalmente tras el parto)
- Hipertensión gestacional (pre eclampsia y eclampsia)
- Complicaciones en el parto
- Abortos peligrosos.

Las demás están asociadas a enfermedades como el paludismo o la infección por VIH en el embarazo o causadas por las mismas.

La mayoría de las muertes maternas son evitables. Las soluciones sanitarias para prevenir o tratar las complicaciones son bien conocidas. Todas las mujeres necesitan acceso a la atención prenatal durante la gestación, a la atención especializada durante el parto, y a la atención y apoyo en las primeras semanas tras el parto. La salud materna y neonatal está estrechamente relacionadas.

En los países de ingresos elevados, prácticamente todas las mujeres realizan como mínimo cuatro consultas prenatales, son atendidas durante el parto por profesionales sanitarios capacitados y reciben atención posnatal. En 2015,

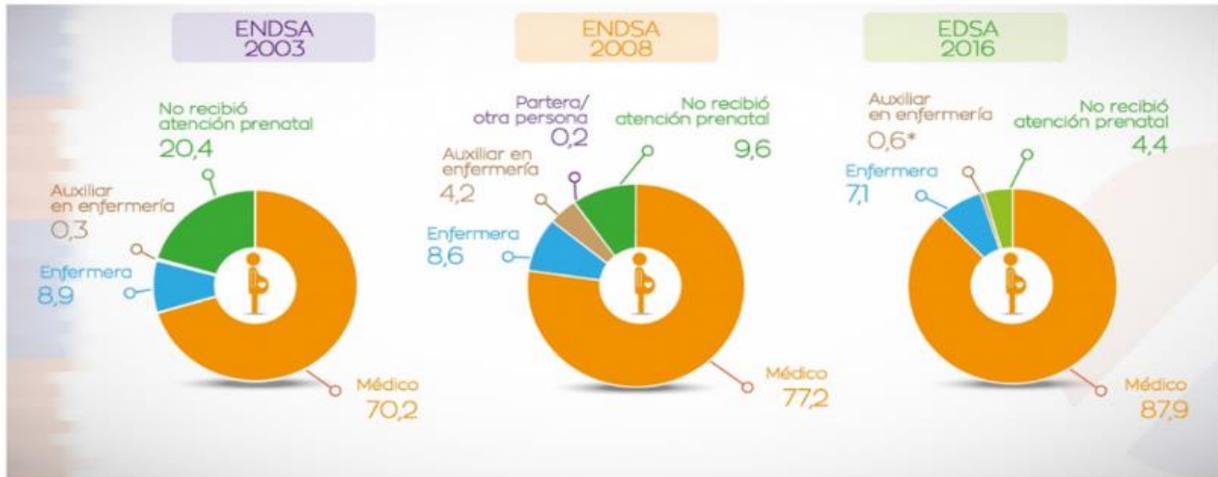
solamente el 40% de las embarazadas de países de ingresos bajos realizaron las consultas prenatales recomendadas.

Otros factores que impiden que las mujeres reciban o busquen atención durante el embarazo y el parto son:

- Pobreza
- Distancia geográfica
- Falta de información
- Inexistencia de servicios adecuados
- Prácticas culturales

En este entendido, el control prenatal se convierte en el momento adecuado para incidir y fortalecer los conocimientos de las embarazadas que acuden a control prenatal, a través del acceso a la información. De acuerdo al Instituto Nacional de Estadística en 2018 señala que el 95.6% de las mujeres que tuvieron hijos en los cinco años que precedieron la encuesta, recibieron atención prenatal por personal calificado en salud, el 87.8% es el profesional médico como principal proveedor de las atenciones prenatales, seguido de enfermeras con 7.1%. El porcentaje de mujeres que no recibieron atención prenatal alcanza a 4.4% a nivel nacional. A nivel departamental, en Tarija 99.35 de las mujeres fueron atendidas por personal calificado, seguido de Santa Cruz con 98.3%, el departamento de La Paz muestra que un 7.9% de mujeres embarazadas no recibió ningún control prenatal, seguido por el departamento de Oruro con un 7.2%.

Gráfico N°4. *Bolivia: Distribución porcentual de mujeres que tuvieron nacimientos en los cinco años que precedieron la encuesta por personal que proporcionó el cuidado prenatal para el último nacimiento, ENDSA 2003-2008 y EDSA 2016*



Fuente: Instituto Nacional de Estadística, 2018

Al respecto la Organización Mundial de la Salud en 2016, da a conocer el documento **Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo**, en el cual señalan que la morbilidad y mortalidad prevenibles relacionadas con el embarazo siguen siendo inaceptablemente altas, los países tienen que consolidar y acelerar avances y sus agendas centrarse no solo en la supervivencia de sus poblaciones sino también mejorar y desarrollar al máximo su salud y potencial. Donde la atención prenatal representa la plataforma para llevar a cabo importantes funciones de atención de la salud como la promoción de la salud, el cribado y el diagnóstico y la prevención de enfermedades, con la constatación de que cuando se realizan a tiempo oportuno prácticas apropiadas basadas en datos objetivos, la atención prenatal puede salvar vidas. De modo significativo, la atención prenatal ofrece la oportunidad de comunicarse con las mujeres, las familias y las comunidades y brindar el apoyo en un momento decisivo en la vida de una mujer.

### **3. Relación del proyecto de intervención con lineamientos de la política pública plurinacional**

El Estado boliviano ha implementado políticas de salud para la protección del binomio madre/niño(a), a continuación, se realizará un recorrido normativo que respaldan la propuesta de intervención.

#### **Políticas de Salud Materna e Infantil**

Las políticas de salud y disposiciones legales en Bolivia han creado el espacio para mejorar el acceso y ampliar la prestación de servicios de salud materna e infantil. Estas incluyen el Plan Nacional de Supervivencia-Desarrollo Infantil y Salud Materna (1989-1993); el Plan Vida (1993-1997); y más recientemente, la Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI) en 2008. Las disposiciones de la Constitución de 2009 también garantizan el cuidado de la salud, incluida la salud reproductiva<sup>10</sup>. Ante este escenario, es evidente que las políticas de salud no fueron efectivas, debido a que la mortalidad materna mostró una reducción lenta y no tomaron en cuenta los múltiples factores que inciden para que las mujeres embarazadas no acudieran en mayor número. Al respecto Vargas en 2007, señala que las Encuestas Nacionales de Salud y Demografía mostraban que la tasa de mortalidad materna fue de 320 para el año 1994; y de 235 en 1998, muestra una caída significativa después de dos años de la instauración del Seguro Básico de Salud. Esto se puede confirmar al observar el aumento en la cobertura de partos institucionales, de 22% en 1996 al 42% en el año 1998. Pese a este avance, la TMM ha frenado su descenso en los últimos años, alcanzando un modesto 229 en el año 2003 que significa solo un 3% más baja que en 1998, aunque la cobertura de partos institucionales fue de 55%, significativamente alta comparada a la observada en 1998 (3).

---

<sup>10</sup> Cortez y otros autores, 2015

## Salud materna

Desde 1983, el Ministerio de Salud (MS) ha apoyado el “enfoque de riesgo” recomendado por la OMS para la detección de embarazo junto con la promoción de la atención prenatal, del parto y la atención postparto (4).

Gráfico N°5. *Evolución de las políticas en salud materna*

1979-1990	1991-2001	2002-2013
<p><b>1979:</b> Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)</p> <p><b>1980s:</b> Programa Nacional de Lucha contra la Diarrea y Programa de Infecciones Respiratorias Agudas Bajas</p> <p><b>1983:</b> “Enfoque de Riesgo” adoptado para la salud materna</p> <p><b>1989-93:</b> Plan Nacional de Supervivencia-Desarrollo Infantil y Salud Materna</p>	<p><b>1993-97:</b> Plan Vida</p> <p><b>1994:</b> Ley de Participación Popular</p> <p><b>1994:</b> Ley de Reforma Educativa</p> <p><b>1996:</b> Estrategia de Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia</p> <p><b>1996-98:</b> Seguro Nacional de Maternidad y Niñez (SNMN)</p> <p><b>1998-2003:</b> Seguro Básico Salud (SBS)</p> <p><b>1999:</b> Escudo Epidemiológico</p> <p><b>2001:</b> Seguro de Salud Indígena</p>	<p><b>2002-07:</b> Programa EXTENSA</p> <p><b>2003:</b> Seguro Universal Materno Infantil (SUMI)</p> <p><b>2006:</b> Programa de Desnutrición Cero</p> <p><b>2008:</b> Política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI)</p> <p><b>2009:</b> Bono Juana Azurduy; Garantía constitucional de los derechos de salud y salud reproductiva; Plan Estratégico Nacional para mejorar la Salud Materna Perinatal y Neonatal</p> <p>Plan Estratégico Nacional de Salud Sexual y Reproductiva</p> <p>2013: Prestaciones de Servicios de Salud Integral (Ley 475, Dic. 2013)</p>

Fuente: Banco Mundial, 2015

Desde 1996, Bolivia proporciona servicios de salud materna e infantil a través de tres programas de seguro destinados a reducir las barreras económicas para los servicios de salud.

**El Seguro Nacional de Maternidad y Niñez (SNMN):** puesto en marcha en 1996, el SNMN fue el primer esquema de seguro público de salud de América Latina, que proporcionaba la cobertura de 32 intervenciones básicas<sup>11</sup>.

**El Seguro Básico Salud (SBS):** En 1998, que reemplaza el SNMN, aumenta la oferta de servicios disponibles a 92 para la población en general, incluyendo la cobertura de enfermedades endémicas vinculadas a la pobreza.

---

11 Ibíd.

**El Seguro Universal Materno Infantil (SUMI):** Introducido en 2003, añadió la cobertura de la atención terciaria al seguro, en la atención relacionada con el embarazo y la salud de menores de cinco años. Para el año 2004, el SUMI había alcanzado al 74 por ciento de su población objetivo. En 2006, el programa se amplió para cubrir 27 servicios de salud reproductiva adicionales, incluyendo la planificación familiar y la detección y prevención del cáncer cervical para mujeres de hasta 60 años de edad. Si bien los partos institucionales aumentaron de 57,1 por ciento a 67,5 por ciento entre 2003 y 2008, estimaciones de la Encuesta de Demografía y Salud (ENDSA) muestran que la mortalidad materna podría haber aumentado durante este período.

En la gestión 2005 en la atención del parto se incorpora la categoría cultura con la adecuación de los servicios de salud bajo un enfoque intercultural.

**El Bono Juana Azurduy (2009):** Este es un programa que incluye transferencias condicionadas de dinero destinado a mejorar la salud materna, neonatal e infantil. El programa paga a cada mujer embarazada un estipendio de USD 260 en cuotas vinculadas con visitas prenatales regulares, la atención calificada del parto y visitas posnatales para los niños hasta los dos años de edad. La población que recibe el incentivo es únicamente población que acude a los servicios públicos de salud (4)

En este entendido, el Estado planteó un ***Plan Estratégico Nacional para mejorar la Salud Materna Perinatal y Neonatal en Bolivia 2009-2015***, el cual implementaría acciones que impidan toda muerte materna, perinatal y neonatal evitable, como acto de justicia social, se complementa con el Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Prevención del Cáncer Cérvico Uterino y de Mamas, el Plan Nacional de Atención a los y las Adolescentes, así como los documentos normativos de Redes de Servicios, Referencia y Retorno y la Categorización de los Establecimientos de Salud. El plan estratégico respondía a cinco líneas orientadas a disminuir la mortalidad materna, perinatal y neonatal y así mejorar la salud de la mujeres y los/as recién nacidos/as, se enmarcó en las metas para el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. La línea estratégica 1, referida a crear un entorno favorable para la promoción de la salud materna y neonatal; la estrategia 2

enmarcada en promover procesos interculturales con enfoque de los derechos; la estrategia 3, promover la aplicación de los cuidados esenciales para la mujer embarazada, la madre y recién nacido en el hogar y la comunidad; la estrategia 4, mejorar la atención a la madre y al recién nacido/a en los servicios del sistema de salud, según esta estrategia se debería aplicar los **CONE**<sup>12</sup> básicos en los centros de salud de primer a tercer nivel de acuerdo a la conformación de la red de servicios a la que pertenecen o corresponden (2).

**Ley de Prestaciones de Servicios de Salud Integral (Ley 475, Diciembre 30, 2013)**, establece y regula la protección financiera en salud para la población beneficiaria y sienta las bases para la atención integral de salud universal. Esta ley unifica todos los seguros de salud existentes (SUMI, SPAM, para adultos mayores y Seguro de Discapacidad).

**Atención Integrada al Continuo del Curso de la Vida** con Resolución Ministerial 0348 del 4 de abril de 2013, el cual señala que el primer nivel de atención se constituye en la puerta de entrada al Sistema de Salud Familiar Comunitaria Intercultural. El personal de salud de los establecimientos de primer nivel de atención, como parte principal de la red funcional de salud, tiene la tarea de desarrollar procesos de educación y promoción de la salud, orientación, prevención y tratamiento de enfermedades, prestación de servicios integrales e interculturales (en la familia, en la comunidad y en el establecimiento) de tipo ambulatorio, de internación de tránsito, con servicios básicos complementarios de diagnóstico, articulados con la medicina tradicional, mediante el componente de referencia y contrarreferencia, para contribuir a mantener y mejorar la salud de la población, enmarcándose en el cuidado de su salud física, mental, social, espiritual, cultural y ambiental

En la actualidad, el enfoque del ‘continuo de atención’ contribuye a brindar atención integral en salud a la población; según este principio, la población debe tener acceso

---

<sup>12</sup> Hace referencia a los Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales.

a servicios calificados durante el curso de la vida, (sobre todo en salud reproductiva, embarazo y parto, atención al recién nacido, niño/a y adolescente), reconociendo que el mejorar el estado de salud en un 'momento' del continuo, repercute favorablemente en el siguiente. Además, el enfoque del continuo de atención promueve la integración de los diferentes ámbitos de atención: hogar, la comunidad y los establecimientos de salud por nivel de atención. Estos servicios deben estar orientados a la promoción de la salud, prevención, atención y rehabilitación de enfermedades (5).

**Objetivos de Desarrollo del Milenio:** El Estado suscribe acuerdos de compromiso a nivel mundial en la gestión 2000 y específicamente el objetivo 5 señala que se debe mejorar la salud materna, la meta fue reducir entre 1990 y 2015 la mortalidad materna en tres cuartas partes<sup>13</sup>.

**Objetivos de Desarrollo Sostenible:** También conocidos como Objetivos Mundiales, se adoptaron por todos los Estados Miembros en 2015 como un llamado universal para poner fin a la pobreza, proteger el planeta y garantizar que todas las personas gocen de paz y prosperidad para 2030.

Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades, la meta es reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos. Asimismo, para el 2030 se debe garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos hasta 12 por cada 1.000 nacidos vivos, y la mortalidad de niños menores de 5 años al menos hasta 25 por cada 1.000 nacidos vivos<sup>14</sup>.

---

13

[https://www.udape.gob.bo/portales\\_html/ODM/ODM\\_015\\_ODM.php#:~:text=ODM%205%20-%20Mejorar%20la%20salud%20materna&text=El%20quinto%20objetivo%20de%20D](https://www.udape.gob.bo/portales_html/ODM/ODM_015_ODM.php#:~:text=ODM%205%20-%20Mejorar%20la%20salud%20materna&text=El%20quinto%20objetivo%20de%20D)

14 <https://www.unwomen.org/es/news/in-focus/women-and-the-sdgs/sdg-3-good-health-well-being>

**El Subsidio Universal Prenatal por la Vida:** Promulgada en 2015 por Decreto Supremo 2480, para beneficiar a embarazadas que no están afiliadas al seguro de las cajas de salud, la gestante recibirá cuatro paquetes de productos en especie, equivalentes cada uno a Bs 300, en total serán 1200. El objetivo es que las gestantes asistan a los controles médicos desde el primer o segundo mes de embarazo y de esta manera se puedan disminuir los índices de mortalidad materno infantil. Si acuden a los centros de atención, las madres serán habilitadas automáticamente para recibir el beneficio a partir del quinto mes.

De la misma forma, en 2016 el Estado pone en marcha el ***Plan de Reducción Acelerada de la Morbilidad y Mortalidad Materna y Neonatal*** que consta de seis líneas estratégicas orientadas a lograr la reducción acelerada de la morbilidad y mortalidad materna neonatal. Como primer punto se hace mención al trabajo junto a la comunidad para llegar a las poblaciones excluidas. Una segunda línea hace referencia a la implementación de protocolos para los cuidados obstétricos y neonatales al alcance de las mayorías. Asimismo, se tiene previsto la transformación de establecimientos de salud para que brinden servicios con calidad, sean amigables y que se respete las diversidades. Además, se garantiza la disponibilidad, el acceso y uso racional de medicamentos y se propone innovar la infraestructura y tecnología al servicio de la salud. De acuerdo al plan se realizará evaluaciones periódicas para monitorear los avances y la toma de decisiones. Finalmente la última línea estratégica hace referencia a la infraestructura y equipamiento (6).

Sin duda alguna, la preservación de la vida del binomio madre/niño(a) ha cobrado mayor relevancia desde la década de los noventa, especialmente el Cuidado Obstétrico Neonatal Esenciales (CONE) presente en el Plan Estratégico Nacional para mejorar la Salud Materna Perinatal y Neonatal en Bolivia 2009-2015, dando continuidad en el Plan de Reducción Acelerada de la Morbilidad y Mortalidad Materna y Neonatal.

En este contexto normativo de protección a salud materna el proyecto “Promoción de salud materna a mujeres gestantes durante la atención prenatal en el Centro de Salud Integral El Tejar, gestión 2021”, pretende contribuir con la reducción de la morbilidad y mortalidad materna e infantil, con la intervención desde el primer nivel en el Centro de Salud Integral El Tejar, a partir de la participación activa de las mujeres que realizan control prenatal y el personal de salud del establecimiento.

## 4. Marco teórico conceptual

### 4.1. Embarazo y riesgos

Angélica Barrios y Nancy H. Montes señalan:

Embarazo de bajo riesgo. Es el embarazo habitual, que tiende a ser normal, en una mujer que no tiene factores de riesgo que hagan peligrar la salud de ella, ni de su bebé.

Embarazo de alto riesgo. Es aquel en que el riesgo de enfermedad o muerte, antes o después del parto es mayor que lo habitual, tanto para la madre como para el producto de la gestación (7)

Según la Organización Mundial de la Salud son los nueve meses durante los cuales el feto se desarrolla en el útero de la mujer. Sin embargo, durante el embarazo, tanto la mujer como su futuro hijo se enfrentan a diversos riesgos sanitarios. Por este motivo, es importante que el seguimiento del embarazo sea realizado por personal sanitario cualificado<sup>15</sup>.

### 4.2. Control prenatal

La norma boliviana de salud NB M.S.D. 02.2000 define este proceso como:

*“La visita periódica y sistemática de la mujer embarazada al servicio de salud para vigilar la evolución del proceso de la gestación por medio de actividades propuestas por un nuevo modelo; para prevenir factores de riesgo, detectar, tratar y referir oportuna y adecuadamente complicaciones, entregar contenidos educativos (orientación), y prever un parto en las mejores condiciones de salud” .*

Angélica Barrios y Nancy H. Montes señalan que “el Control Prenatal es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbilidad materna y perinatal” (7).

---

<sup>15</sup>

[aeh.edu.mx/onutmi/condiciones-biologicas.html#:~:text=La%20Organización%20Mundial%20de%20la,diversos%20cambios%20fisiológicos%20y%20psicológicos.](http://aeh.edu.mx/onutmi/condiciones-biologicas.html#:~:text=La%20Organización%20Mundial%20de%20la,diversos%20cambios%20fisiológicos%20y%20psicológicos.)

### **4.3. Parto**

Según la norma boliviana de salud NB M.S.D. 02.2000 el parto es:

*Parto es la expulsión del feto (mayor a 500 gramos) por vía vaginal, después de cumplidas las 22 semanas de gestación. Es de bajo riesgo cuando el embarazo ha tenido una evolución normal y ha alcanzado 37 a 41 semanas de gestación, y donde no se han detectado factores intercurrentes que puedan alterar su acontecimiento normal y fisiológico. Es espontáneo cuando en su iniciación no han intervenido agentes externos, en caso contrario se denomina provocado o inducido (5).*

### **4.4. Puerperio o postparto**

Ana M. Alarcón y Yolanda Nahuelcheo afirman:

“El puerperio fue considerado un período de fragilidad para la salud de la madre, la que debe mantenerse en cuarentena. Esto significa que durante cuarenta días la madre debe evitar cambios bruscos de temperatura, exponerse largamente al sol y evitar trabajos pesados” (8).

Octavio Peralta M. acota:

*“El puerperio es el período de la vida de la mujer que sigue al parto. Comienza después de la expulsión de la placenta y se extiende hasta la recuperación anatómica y fisiológica de la mujer. Es una etapa de transición de duración variable, aproximadamente 6 a 8 semanas, en el que se inician y desarrollan los complejos procesos de la lactancia y de adaptación entre la madre, su hijo/a y su entorno” (9).*

### **4.5. Educación para la salud**

Según la Organización Mundial de la Salud en 1989:

*“La educación sanitaria es la parte de la atención de salud que se ocupa de promover un comportamiento sano. El comportamiento de una persona puede ser la causa principal de un problema de salud, pero también puede ser la principal solución. Mediante la educación sanitaria, ayudamos a la gente a comprender su comportamiento y cómo ésta afecta a su salud. Los alentamos a tomar sus propias decisiones para una vida sana...La educación sanitaria no es lo mismo que la información sobre salud. Indudablemente, la información correcta es una parte fundamental de la educación sanitaria, pero ésta debe ocuparse también de los demás factores que afectan al comportamiento en la esfera de la salud, como la disponibilidad de recursos, la eficacia del liderazgo comunitario, el apoyo social de*

*los miembros de la familia y los niveles de aptitud para la autoayuda. La educación sanitaria utiliza pues múltiples métodos para ayudar a la gente a comprender su situación y elegir modos de actuar que mejoren su salud. La educación sanitaria es incompleta a menos que fomente la participación y la elección por las personas mismas”<sup>16</sup>. (10)*

#### **4.6. Promoción de Salud y movilización social**

Según el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social español:

*“La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. Abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a aumentar las habilidades y capacidades de las personas, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas que tienen impacto en los determinantes de salud. La existencia de un proceso de capacitación (empowerment o empoderamiento) de personas y comunidades puede ser un signo para determinar si una intervención es de promoción de salud o no.”<sup>17</sup>*

La Carta de Ottawa de 1986 (11) señala que:

*La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como un objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario. (11)*

---

16 file:///C:/Users/Portatil/Downloads/9243542257\_spa%20(2).pdf

17

<https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/formacion/introduccion.htm#1.2>

#### **4.7. Psicoprofilaxis obstétrica (PPO)**

Según Morales et al en 2014 mencionan:

*“Es la preparación integral, teórica, física y psicoafectiva, que se brinda durante la gestación, parto y/o postparto para alcanzar una jornada obstétrica en las mejores condiciones saludables y positivas en la madre y su bebé, forjándoles una experiencia satisfactoria y feliz; también fortalece la participación y rol activo del padre. La PPO debe ejercerse con criterio clínico, enfoque de riesgo y de forma personalizada, humanística y ética. La PPO disminuye las complicaciones y brinda una mejor posibilidad de una rápida recuperación, contribuyendo a la reducción de la morbilidad y mortalidad materna perinatal. La preparación se realizará durante el prenatal, intranatal y postnatal.” (12)*

#### **4.8. Riesgo reproductivo preconcepcional**

De acuerdo a Delgado y Trufero en 2006:

*“El riesgo reproductivo preconcepcional es la probabilidad que tiene la mujer de sufrir daño a la salud, ella o el producto de la concepción durante el proceso reproductivo; se estima que entre el 15 y 25 % de las mujeres en edad fértil presentan elementos capaces de condicionar o desencadenar morbilidad y mortalidad durante el proceso reproductivo, bien para los cónyuges o el producto del embarazo.*

*Se conoce que una de las formas de evitar complicaciones maternas durante el embarazo, el bajo peso al nacer y las malformaciones congénitas, entre otras, es lograr que la mujer en edad fértil llegue al embarazo en buen estado de salud; con la reducción al mínimo posible de los diferentes factores de riesgo presentes en la pareja desde la etapa preconcepcional. La mujer debe estar informada de su estado de salud.” (13)*

## 5. Justificación del proyecto

En Bolivia según el Instituto Nacional de Estadística (2018) el 96% de las mujeres embarazadas acuden a control prenatal, en el departamento de La Paz asisten en un 80% con un número de 4 o más consultas, es el segundo departamento que menos controles prenatales registra después del Oruro. En este entendido, el departamento de La Paz de acuerdo al Servicio Departamental de Salud (SEDES), en 2016 mostró una RMM de 60 por cien mil nacidos vivos. Con referencia a la mortalidad infantil, estimada para el departamento de La Paz para el año 2016 fue de 33 defunciones de menores de 1 año por cada mil nacimientos, mientras que en la niñez se estimó 42 defunciones de menores de 5 años por mil nacimientos; ambos indicadores se encuentran por encima del promedio nacional, según la Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas (UDAPE) en 2018 (14).

De acuerdo a Inés Lagrava, la mortalidad neonatal en La Paz fue de 34 por mil nacidos vivos en 2008 el problema de la mortalidad neonatal se concentra en el área rural. El hecho de vivir en el área urbana de este departamento hace que disminuya la probabilidad de muerte neonatal. Esto se debe a que la mayoría de las áreas urbanas están equipadas con mejor infraestructura de servicios de salud que las áreas rurales (15). Desde estas consideraciones, las políticas de salud materna infantil aplicadas en el territorio por el Estado aún presentan limitaciones. Sin embargo, la política de Salud Familiar Intercultural Comunitaria (2013) es clara en relación a la promoción de la salud, como un proceso político de movilización social, intersectorial, transformador de determinantes de la salud, realizado en corresponsabilidad entre la población organizada, autoridades, el sector salud y otros sectores para Vivir Bien, cuyos mecanismos de la promoción de la salud son: la educación en salud, la movilización social, la reorientación de los servicios de salud y las alianzas estratégicas (16).

En este entendido, Ipiá-Ordoñez et al en 2017 señalan que un adecuado control prenatal posee un impacto benéfico sobre la evolución del embarazo y la preparación de las mujeres para el periodo post natal, el uso y las condiciones del

cuidado prenatal varían según los grupos de riesgo médico, socioeconómico, demográfico y cultural, sugiriendo que estas características podrían modificar los efectos de la atención prenatal, acotan que pocas visitas prenatales son un factor de riesgo significativo para el aumento de la mortalidad perinatal y la permanencia más prolongada de los recién nacidos en las unidades de cuidados intensivos neonatales. (17)

El control prenatal tiene como objetivo determinar las condiciones de salud del binomio madre/niño(a), identificar los factores de riesgo y brindar conocimientos a la futura madre, es durante el embarazo donde se puede generar cambios de hábitos y consumo destinado a mejorar el estado nutricional, prepara el aspecto físico y emocional de binomio madre/niño(a). Las expectativas positivas de las mujeres en el marco de la atención prenatal y el parto pueden sentar las bases para una maternidad saludable. En este entendido, la atención sanitaria de calidad durante el embarazo y el parto puede prevenir muchas de muertes, la atención prenatal es una oportunidad decisiva para que los profesionales sanitarios brindar atención, apoyo e información a las embarazadas. Ello incluye la promoción de un estilo de vida saludable, incluida una buena nutrición, la detección y la prevención de enfermedades, la prestación de asesoramiento para la planificación familiar y el apoyo a mujeres que son víctimas de violencia doméstica. La atención prenatal tiene especial importancia para las mujeres pobres, quienes suelen estar expuestas a factores de riesgo obstétrico como nutrición inadecuada, educación limitada y pocos conocimientos en materia de salud. Sin embargo, aun cuando las mujeres pobres son las que registran la mayor necesidad de atención prenatal, con frecuencia son quienes tienen la menor probabilidad de buscar atención. (18)

## 6. Análisis del problema a intervenir

El Centro de Salud Materno Infantil El Tejar (CSIET) forma parte de la Red de Salud No 2 noroeste, pertenece al Macro Distrito Maximiliano Paredes, brinda servicios de atención prenatal, parto y post-parto a mujeres en edad fértil, contempladas actualmente en la Ley Integral de Salud 475, atención para niños/as desde el nacimiento, cuenta con atención en gineco-obstetricia, ecografía, laboratorio, farmacia, odontología, consulta externa en medicina general, además de afiliación al Bono Juana Azurduy. Asimismo, participa un equipo multidisciplinario compuesto por nutricionista, psicóloga y trabajadora social, el ámbito de acción del centro sanitario es la zona Alto Tejar con todos los sectores que la componen. Según el Sistema de Información en Salud La Paz<sup>18</sup>, la población estimada para 2019 para el CSIET era de 23.665 habitantes, las mujeres en edad fértil eran de 6.348, los embarazos esperados 752 y los partos esperados 695.

La cobertura de atención de partos realizados por el Centro de Salud Integral El Tejar se puede apreciar en la siguiente tabla.

Tabla N°2. Cobertura de control prenatal y partos atendidos entre las gestiones 2015 a 2020 en CSIET

Gestión	Partos institucionales	Nacidos vivos	Mujeres de 15 a 49 años con 4 CPN	Controles prenatal realizados	Nacido vivo con peso menor a 2500 gramos
2015	183	182	467	619	1
2016	158	158	349	520	1
2017	99	99	310	436	3
2018	59	59	257	497	1
2019	52	51	208	339	2
2020	60	60	124	297	1

Fuente: Elaboración propia en base a datos Reportes Dinámicos SNIS-VE 2015-2020

Se advierte que la cobertura de partos atendidos empieza a descender a partir de la gestión 2017, año en que se inaugura el Hospital La Portada, que desde luego,

---

<sup>18</sup> Estadística Red de Salud N°2 Nor Oeste, SEDES- SDIS La Paz

cuenta con mayor recurso físico, humano y capacidad resolutive. Sin embargo. En el actual contexto de la pandemia Covid-19, en la gestión 2020 se observa un leve incremento en los partos atendidos en CSIET.

Tabla N°3. *Lugar donde realizaron el control prenatal*

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	CSMIET	65	90.3
	Otro centro	6	8.3
	No realizó	1	1.4
	<b>Total</b>	<b>72</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Elaboración propia en base a datos 2015

En relación a los controles prenatales según el diagnóstico realizado se observa que el 98.6 de las mujeres que tuvieron parto en el CSIET acudieron a control prenatal. Sin embargo, pese a la buena cobertura en controles prenatales existe aún un 1.4% que no acude a ningún control prenatal, pero que acude demandando la atención de parto institucional.

Un aspecto preponderante del diagnóstico realizado a las mujeres que atendieron su parto en el CSIET es el siguiente:

Tabla N°4. *Acceso a la información durante el control prenatal*

		Recibió información acerca de los procedimientos a realizar en el parto		Total
		Si	No	
¿En qué momento?	Durante el control prenatal, fue el Dr.	45,8%	0%	45,8%
	Ninguno	0%	48,6%	48,6%
	En el prenatal, el Dr. y la enfermera	4,2%	0%	4,2%
¿Quién?	En el control prenatal, la nutricionista	1,4%	0%	1,4%
	<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>35</b>	<b>72</b>
		<b>51,4%</b>	<b>48,6%</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: Elaboración propia en base a datos 2015

Los resultados muestran que el 51.4% de las mujeres que acudieron a control prenatal accedieron a información acerca de los procedimientos a ser realizados en el parto y un 48.6% de las mujeres que acudieron a control prenatal señalaron que no recibieron información acerca de los procedimientos a ser realizados. En este

entendido, el acceso a información durante el control prenatal favorece a elevar la confianza en el personal de salud, prevenir la morbimortalidad materna infantil, modificar estilos de vida para beneficio del binomio madre/niño(a).

Con referencia a la percepción del tipo de atención recibida durante el control prenatal y el parto los resultados fueron los siguientes:

Tabla N°5. *Trato que reciben las embarazadas en el CSIET*

	Frecuencia	Porcentaje	
Válido	Relativamente buena	19	26.4
	Es buena la atención	42	58.3
	Es bueno, depende del personal de turno	6	8.3
	Es malo	5	6.9
	Total	72	100.0

Fuente: Elaboración propia en base a datos 2015

Los datos muestran que 93% perciben que la atención es buena. Sin embargo, existen observaciones respecto al trato del personal, un 6.9% la cataloga como una experiencia negativa. En este entendido, las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, centra su atención en el control prenatal para que se constituya en una ***experiencia positiva durante el embarazo, es durante esta etapa decisiva de la mujer que el sistema de salud puede comunicarse sobre cuestiones fisiológicas, biomédicas, de comportamiento y socioculturales y brindar un apoyo eficaz de tipo social, cultural, emocional y psicológico a las embarazadas de manera respetuosa*** (19). Estas recomendaciones llevan a plantear el presente proyecto de intervención de fortalecimiento de conocimientos de las gestantes que acuden a control prenatal en el CSIET.

Dicho esto, las características sociodemográficas y económicas de las mujeres que acudieron por atención calificada en atención del parto, ayudaran a orientar el proyecto de intervención, que en este caso serán mujeres que acuden a control prenatal.

Tabla N°6. *Lugar de nacimiento de las mujeres que acuden al CSIET*

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Urbana	48	66.7
	Rural	24	33.3
	Total	72	100.0

Fuente: Elaboración propia en base a datos 2015

La mayoría de la población femenina proviene el área urbana de La Paz, que representa un 66.7%, un 33.3% procede del área rural. La procedencia rural hace conjeturar que la carga cultural puede incidir en el número de controles prenatales, la elección del lugar del parto, los cuidados post parto en las mujeres y la atención del recién nacido. Las mujeres que nacieron en el área urbana algunas de ellas tienen padres que migraron en los años 70' del área rural, año en que se empezó asentamientos de población en la zona Alto Tejar.

Tabla N°7. *Edad de las mujeres embarazadas que acuden al CSIET por grupos quinquenales*

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	14-19	11	15.3
	20-24	28	38.9
	25-29	16	22.2
	30-34	14	19.4
	35-37	3	4.2
	Total	72	100.0

Fuente: Elaboración propia en base a datos 2015

Las mujeres que acuden a control prenatal en el Centro de Salud, oscilan entre 15 a 37 años, el mayor porcentaje está concentrada entre las edades de 20 a 34 años son mujeres en edad fértil. Sin embargo, un aspecto que resalta es el embarazo adolescente que se presenta en menor porcentaje.

Tabla N°8. *Profesión u oficio de las mujeres embarazadas que acuden al CSIET*

	Frecuencia	Porcentaje	
	Ama de casa	37	51.4
	Comercio	9	12.5
	Estudiante	5	11.1
Válido	Costurera	8	6.9
	Artesana	2	2.8
	Empleada	4	5.6
	Otros	7	9.7

Fuente: Elaboración propia en base a datos 2015

La ocupación predominante es labores de casa en un 51.4%, son comerciantes un 12.5%, estudiantes son en un 11.1% y otros oficios en un 25%. La actividad laboral eventual que realizan, incide en la utilización de las prestaciones médicas que ofrece el sistema sanitario público, contemplados en la Ley Integral en Salud.

Tabla N°9. *Nivel educativo de las mujeres embarazadas*

	Frecuencia	Porcentaje	
	Primaria	11	15.3
	Secundaria	41	56.9
Válido	Técnica	9	12.5
	Universitaria	11	15.3
	Total	72	100.0

Fuente: Elaboración propia en base a datos 2015

En relación al nivel educativo de mujeres que hicieron control prenatal y recibieron atención de parto institucional en un 56.9% llegó a cursar la secundaria, un 15.3% alcanzó la primaria y nivel técnico/universitario un 27.8%. La educación aumenta la productividad económica, reduce la pobreza, disminuye la mortalidad materna infantil y ayuda a mejorar la nutrición y la salud, según la Organización de Naciones Unidas<sup>19</sup> en 2006.

19

<https://www.un.org/es/chronicle/article/la-educacion-es-la-clave-para-reducir-la-mortalidad-infantil-el-vinculo-entre-la-salud-materna-y-la>

Tabla N°10. *Estado civil de las mujeres que acuden a control prenatal*

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Casada	19	26.4
	Soltera	6	8.3
	Concubina	47	65.3
	Total	72	100.0

Fuente: Elaboración propia en base a datos 2015

El estado civil muestra que el 65.3% vive en unión libre, el 26.4% son casadas y el 8.3% son solteras, esta cifra llama la atención, debido a que en la etapa del embarazo la participación del padre es fundamental para en la estabilidad emocional de la madre.

Tabla N°11. *Tenencia de la vivienda de las mujeres embarazadas*

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Propia	11	15.3
	Alquilada	25	34.7
	Anticrético	7	9.7
	Cedida	29	40.3
	Total	72	100.0

Fuente: Elaboración propia en base a datos 2015

Los datos muestran que el 40.3% habita en una vivienda cedida, es decir que comparten la casa con padres u otros familiares, un 44.4% vive en anticrético o alquiler, y solo un 15.3% cuenta con una vivienda propia.

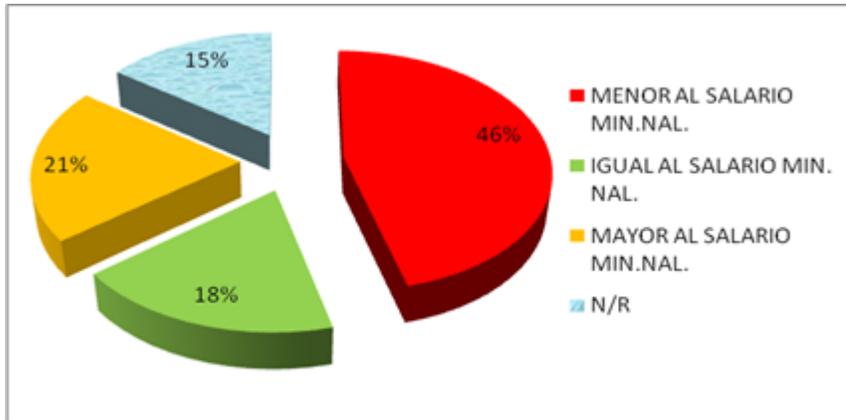
Tabla N°12. *Acceso a servicios de las mujeres que acuden al CSIET*

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Luz, agua, alcantarillado	28	38.9
	Luz, agua, alcantarillado, transporte	34	47.2
	Todos	6	8.3
	Luz, agua	3	4.2
	Luz, agua, transporte	1	1.4
	Total	72	100.0

Fuente: Elaboración propia en base a datos 2015

El acceso a servicios como electricidad, agua potable y alcantarillado acceden en un 94.4%, el 5.6% cuenta con electricidad y agua potable, pero no cuenta con alcantarillado, existe un porcentaje que debido a la topografía de la zona no cuenta con acceso a transporte público o privado, este aspecto puede determinar la asistencia a un parto calificado.

Gráfico N°6. *Ingresos económicos de las gestantes*



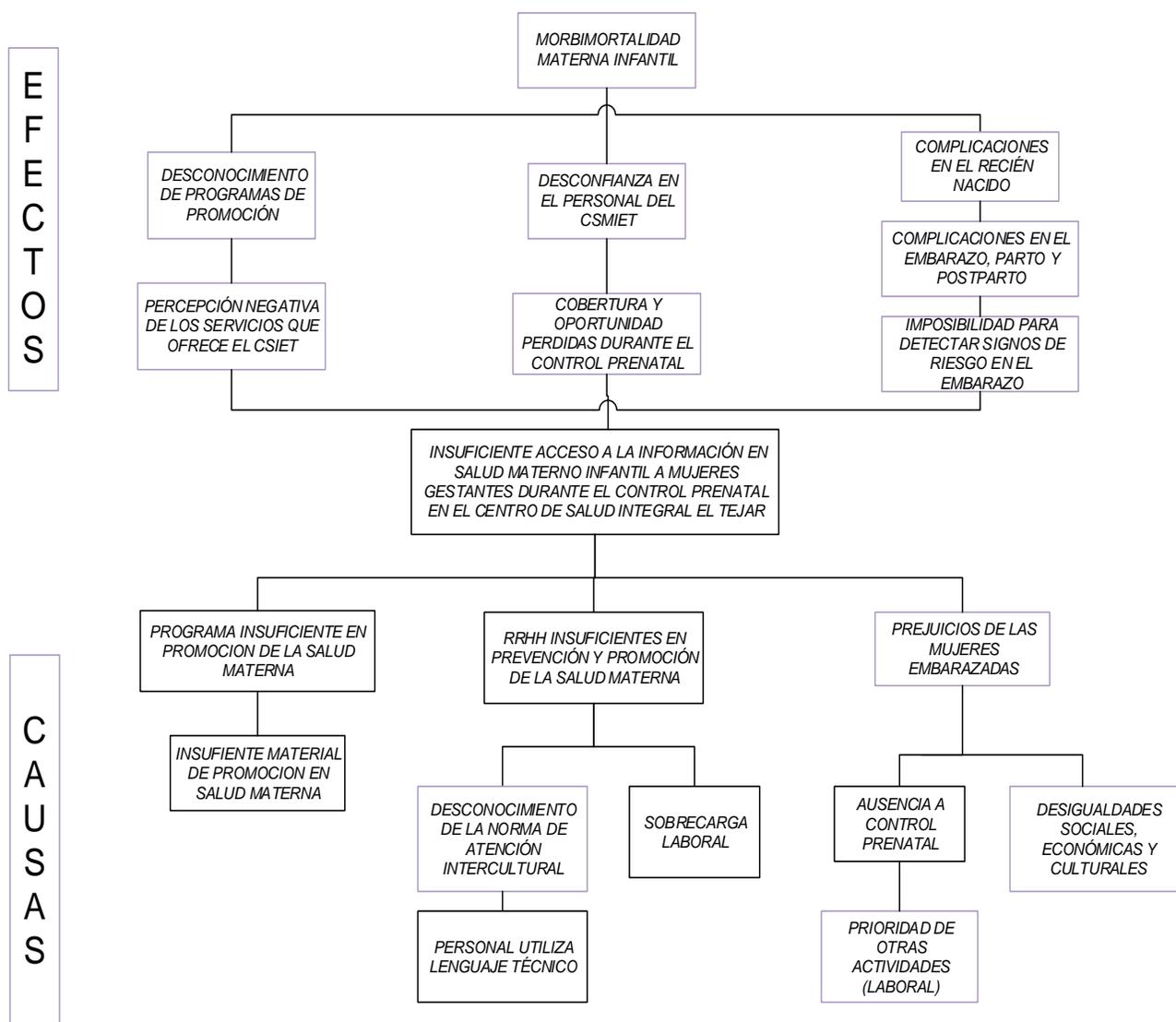
Fuente: Elaboración propia en base a datos 2015

En referencia a los ingresos con los que cuentan las mujeres que acudieron al CSIET, un 46% señaló que es menor al salario mínimo nacional, un 21% asevera que es mayor al mínimo nacional, un 18% indica que es igual y un 15% no sabe/no responde.

En el actual contexto de la pandemia Covid-19 las mujeres embarazadas se catalogan como grupo vulnerable, es pertinente efectivizar estrategias que promuevan la asistencia a cuatro o más controles prenatales, además llevar adelante actividades educativas y preventivas que fortalezcan los conocimientos existentes y acceder a nueva información que las prepare para el parto, post parto y el cuidado del recién nacido, con el objeto de reducir los factores de riesgo. Las mujeres embarazadas en la gestión 2020, debido a los confinamientos y restricciones muchas de ellas tuvieron que reducir el número de visitas presenciales en los diferentes centros de salud, precisamente por temor al contagio que puede llevarlas a vivir episodios de ansiedad. En este sentido, el Centro de Salud Integral

no cuenta con un equipo de promotores de salud que trabajen el área de educación y psicoprofilaxis dirigido a las mujeres embarazadas. Por lo tanto, se plantea el siguiente árbol de problemas:

Gráfico N°7 *Árbol de problemas*



Fuente: Elaboración propia, 2021

## **7. Análisis de actores / de los involucrados**

El proyecto de intervención propone fortalecer el conocimiento de las mujeres que realizan control prenatal en el Centro de Salud Integral “El Tejar” en la gestión 2021, con la participación de las y los actores involucrados, como es el Centro de Salud y el personal de salud, el Comité Local de Salud y desde luego, las mujeres embarazadas y los familiares que acuden a control prenatal.

### **Beneficiarios directos**

Conformada por los siguientes grupos:

- ✓ Mujeres embarazadas que se encuentren entre la semana 30 y 38 de gestación que realizan control prenatal.

### **Beneficiarios indirectos**

Serán beneficiados de manera indirecta:

- ✓ El equipo de salud, conformado por médicos, enfermeras y el equipo multidisciplinario de salud.
- ✓ Familias de las mujeres embarazadas y población en general.
- ✓ Comité Local de Salud

### **Oponentes**

En referencia a los oponentes, representado por:

- ✓ Otros familiares como abuelas, madres o amistades que tuvieron una experiencia negativa en el sistema de salud, por haber sufrido discriminación o maltrato generando la desconfianza en el centro de salud y el personal de salud.

### **Afectados**

- ✓ Mujeres embarazadas que no tienen un riesgo obstétrico detectado, pero que pueden presentar complicaciones en el transcurso del embarazo, parto o puerperio.

## **8. Contexto o lugar de intervención**

La zona Alto Tejar se encuentra ubicada en la ladera Oeste de la ciudad de La Paz, en el distrito 8 del Macro Distrito Maximiliano. La zona surge en la década de los 50', pertenecía a hacendados y las tierras fueron puestas a disposición del gobierno el cual vende a diversos sectores como obreros y ex colonos, fue creada en 1964, se va poblando con mayor intensidad debido a la emigración interna procedente de áreas rurales y en los años 70' y 80' con el fenómeno de la relocalización de mineros.

Los sectores que componen la zona son:

- La Lengüeta
- Bartolina Sisa
- Huacataqui
- Chualluma Alto y Bajo
- Unión Alto Tejar
- Alto Tejar

Subjuntas:

- Sector Pro-vivienda
- Sector Utapulpera
- Sector Constructores
- Sector Municipal.
- Sector Gremiales

Fuente: Archivo División Socio Cultural La Paz, 1995

### **Características físicas**

#### **Topografía:**

Ocupa un espacio compuesto por pendientes pronunciadas que restringen la circulación vehicular especialmente en la parte alta de la zona y las calles son mayormente peatonales. Las pendientes en zonas altas y bajas, tiene relación con que sus suelos fueron identificados desde hace años como erosionables, además de tener bastante flujo de agua en épocas de lluvia. En la actualidad muchos sectores se beneficiaron con el programa "Barrios de Verdad", la construcción de

graderías, contención de muros y el embovedado de los ríos Utapulpera, Abuná y Héroes del Pacífico han mejorado la calidad de vida de los vecinos.

### **Clima:**

La temperatura máxima es de 10 a 12 grados, se calculan oscilaciones hasta 15 grados y la mínima de 0 a 3 grados, por lo tanto, su clima es frío y ventoso.

### **Población aspectos demográficos:**

Tabla N°13. *Dinámica de crecimiento poblacional*

<i>M.E.F. 15-49 años</i>	<i>EMBARAZOS ESPERADOS</i>	<i>PARTOS ESPERADOS</i>
<b>6.348</b>	<b>752</b>	<b>695</b>

Fuente: SDIS La Paz, Proyecciones estimadas para 2019 Red N°2 Noroeste

El cuadro muestra que las mujeres en edad fértil de la zona Alto Tejar para la gestión 2019 serían 6.348, los embarazos esperados fueron de 752 y los partos esperados 695.

Tabla N°14. *Población por grupo etario del área*

<b>&lt; 1 año</b>	463	<b>15 – 19 años</b>	2250
<b>1 Año</b>	451	<b>20 – 39 años</b>	7201
<b>2 Años</b>	451	<b>40 – 49 años</b>	2717
<b>3 Años</b>	452	<b>50 – 59 años</b>	1984
<b>4 Años</b>	452	<b>60 – 64 años</b>	755
<b>5 – 9 años</b>	2276	<b>65+ años</b>	1882
<b>10 – 14 años</b>	2340	<b>Total</b>	<b>23665</b>

Fuente: SDIS La Paz, Proyecciones estimadas para 2019 Red N°2 Noroeste

El cuadro de grupos por edad etaria muestra que la población en mayor número se encuentra entre los 20 a 39 años, es una población económicamente activa,

asimismo, la población menor de 19 años ocupa el segundo lugar con 9.135, por lo tanto, la zona es habitada por población principalmente joven, desde luego, no se puede dejar de tomar en cuenta a la población mayor de 65 años y más que son 1882 personas.

### **Servicios básicos**

Según el GMALP el distrito 8, en el cual se encuentra la zona Alto Tejar cuenta con los siguientes servicios.

<b>Servicios</b>	<b>tiene</b>	<b>no tiene</b>
<i>Agua por cañería dentro de la vivienda</i>	89.3%	10.7 %
<i>Baño con desagüe a alcantarillado</i>	100.0 %	0%
<i>Energía eléctrica</i>	97.9 %	2.1%

Fuente: GAMLP Programa ciudades resilientes, 2019

De acuerdo, al Gobierno Autónomo Municipal de La Paz, muestran que el Distrito 8, dentro el cual se encuentra la zona Alto Tejar, el 10.7% no cuenta con agua potable por cañería y un 2.1% no cuenta con energía eléctrica.

### **Aspectos culturales:**

La zona Alto Tejar cuenta con dos unidades educativas, el colegio Finlandia es privado y oferta todos los niveles está ubicada en la avenida Señor de Mayo en el sector Huacataqui, Club de Leones se encuentra en la avenida Entre Ríos y cuenta con nivel primario, centro escolar “Ejército de Salvación” brinda apoyo pedagógico a niños de distintos niveles. La iglesia cristiana “Roca Fuerte” también brinda apoyo pedagógico a niños de la congregación.

Colegios y escuelas:

- ✓ Unidad Educativa Finlandia (privado)
- ✓ Unidad Educativa Club de Leones (turno mañana y tarde)

- ✓ Centro escolar “Ejército de Salvación”

Establecimientos religiosos:

- ✓ Iglesia Católica San Salvador
- ✓ Iglesia Pentecostal “Alto Tejar”
- ✓ Iglesia Pentecostal: “Roca Fuerte”
- ✓ Ejército de Salvación

Mercados:

- ✓ Las Nieves /Av. Utapulpera
- ✓ El Carmen / C. Damas de Cotagaita

Los mercados se encuentran en la parte baja de la zona Alto Tejar, la población de la parte alta acude a realizar sus comprar hasta la ciudad de El Alto específicamente a la feria de la Ceja.

Casas Comunales:

- ✓ Casa Comunal sector Huacataqui
- ✓ Casa Comunal Sector Chualluma

Esta zona cuenta con dos Casas Comunales las cuales cumplen una función múltiple, en ellas funcionan centros infantiles, son sede social de la junta vecinal, asimismo en este ambiente se desarrollan diversas actividades educativas.

Parques y centros deportivos:

- ✓ Liga Deportiva: “Señor de Mayo”
- ✓ Complejo deportivo de la Parroquia El Salvador
- ✓ Cancha de football/ Coronel 2do. Báscones
- ✓ Cancha deportiva “Piedras Blancas”

Accesibilidad y vías de comunicación:

La accesibilidad es posible a todos los sectores que comprende el área de Tejar Central, a través de calles asfaltadas, y avenidas. Cuenta con gran flujo de moviidades para el transporte público. Sin embargo, los sectores como Bartolina Sisa, Huacataqui, Koa Koa, Chualluma y La Lengüeta no cuentan con transporte público debido a que el sector es pendiente y cuenta con graderías.

- ✓ 288 en la Calle Cotagaita (Plaza Max García)

- ✓ 296 – 293 en la Calle Mariano Colodro
- ✓ 273
- ✓ 385 en la calle Jurado.
- ✓ 383 en la Av. Kollasuyo

Llegan a esta zona otras líneas como 255, 331, 230, 299, 369, 396, cada una con su propio sindicato de Mini-buses.

### **Aspectos de la economía**

#### *Primaria:*

Dentro del área no se expone producción agropecuaria, minera, etc.

#### *Secundaria:*

El Tejar no cuenta con centros de elaboración de materia prima, industrias, o fuentes de medios de elaboración.

#### *Terciaria:*

La terciarización de la economía es el común debido a que cuenta con la gran mayoría de comerciantes minoristas, servicios de venta de alimentos, cerrajería, mecánicas, venta de lubricantes, tornerías, electricista, tiendas, llantería, ferreterías, peluquerías, repuestos, chapería, tapicería, librerías, venta de material de construcción, artesanos, mueblería, limpieza, sastrería, servicio de lavado de autos, casa de juegos (tilines, billar), veterinaria, servicio de duchas, registro civil, etc. (20)

### **Grupos organizados**

#### *Juntas vecinales.*

Surgen a partir de los acelerados procesos de migración social hacia los centros urbanos, la preocupación se enmarca en resolver las necesidades de los servicios básicos en los sectores más empobrecidos.

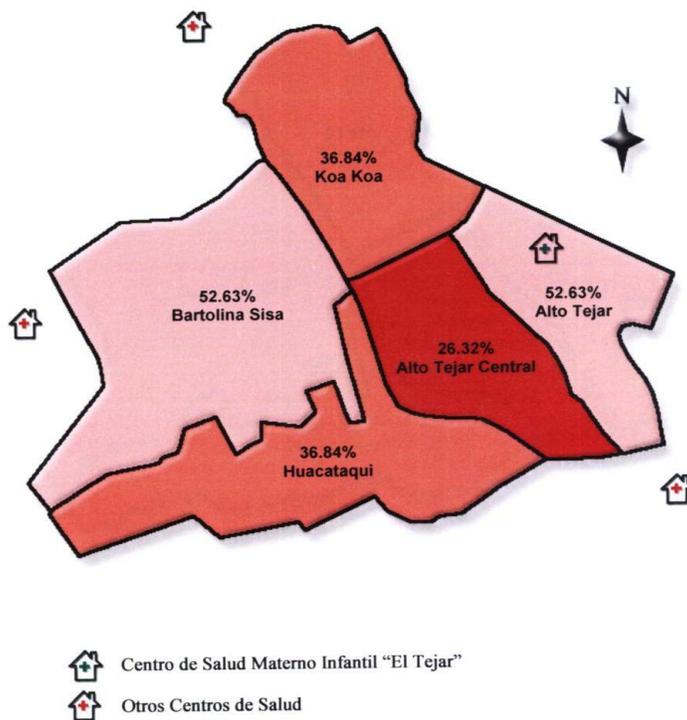
#### *Comité Local de Salud*

Cada sector cuenta con un(a) secretario(a) de salud, los cuales en 2009 se reunieron para conformar el comité y elegir un representante, esta persona coordina actividades con el centro de salud.

## Centro de Salud Integral “El Tejar”

Se encuentra ubicado entre la calle Damas de Cotagaita N° 288 y calle Canchas Blancas. Los límites de su área de acción se extienden sobre una superficie de 0,965 Km<sup>2</sup>, abarcando una población aproximada de 23.665 habitantes. La nueva infraestructura fue inaugurada en la gestión 2010.

Gráfico N°8 *Mapa de la zona de intervención*



Fuente: H. Zambrana, 2008.

El centro cuenta con una infraestructura de dos pisos

Planta baja:

- ✓ Consultorios medicina general
- ✓ Consultorio odontología
- ✓ Enfermería
- ✓ Laboratorio
- ✓ Ecografía

Primer piso:

- ✓ Admisiones
- ✓ Sala de internación 1 y 2
- ✓ Estación de enfermería
- ✓ Esterilización
- ✓ Sala Neonatos

- ✓ Farmacia
- ✓ Estadística
- ✓ Sala de espera
- ✓ Salón múltiple
- ✓ Sala puerperio
- ✓ Sala de partos
- ✓ Sala pre-parto
- ✓ Banco de leche

Segundo piso:

- ✓ Consultorio nutricionista
- ✓ Área adolescentes
- ✓ Residencia médica
- ✓ Oficina Director
- ✓ Oficina Administración
- ✓ Depósito
- ✓ Cocina

#### Personal del Centro de Salud Integral El Tejar

Municipio	Grupo Profesion	SubGrupo Profesion	Cantidad Total
LA PAZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	15
	LICENCIADO(A) DE ENFERMERIA	JEFE DE ENFERMERAS	1
		LIC. EN ENFERMERIA	2
	LICENCIADO(A) DE ENFERMERIA Total		3
	MEDICO	MEDICO ECOGRAFISTA	1
		MEDICO FAMILIAR	1
		MEDICO GENERAL	12
		MEDICO GINECOLOGO-OBSTETRA	4
	MEDICO Total		18
	ODONTOLOGO	ODONTOLOGO	1
	OTRO PROFESIONAL EN SALUD	BIOQUIMICO	2
		BIOQUIMICO FARMACEUTICO	4
	OTRO PROFESIONAL EN SALUD Total		6
	PERSONAL ADMINISTRATIVO	CAJERO	2
		OTRO PERSONAL ADMINISTRATIVO	2
PERSONAL ADMINISTRATIVO Total		4	
PERSONAL DE SERVICIO	TRABAJADOR MANUAL	3	
LA PAZ Total			50

Fuente: Sistema Nacional de Información en Salud, Reporte Dinámico RUES, 2019

## **Social**

El 67% de las mujeres proceden del área urbana y 33% provienen del área rural. Las edades de las mujeres que acuden para recibir atención prenatal son entre 14 y 37 años, la tasa de fecundidad es de 2 a 4 hijos.

Las embarazadas que acuden a control prenatal en el Centro de Salud, tienen como ocupación predominante labores de casa en 51.4%, el porcentaje de comerciantes es 12.5%, estudiantes son 11.1%, costureras 6.9%, empleadas en un 5.6% y otros oficios un 12.5%. La educación de las embarazadas en un porcentaje considerable alcanza la secundaria; por otro lado, un menor número cursó el nivel primario y una cifra reducida alcanza estudios técnicos o universitarios.

## **Cultural**

El imaginario cultural y las prácticas socioculturales en salud materna inciden en la elección del parto institucional y/o domiciliario. El imaginario cultural es una estructura que determina formas en que un colectivo social piensa y se piensa a sí mismo. La zona de Alto Tejar cuenta con población de procedencia rural, o son hijos de migrantes rurales que nacieron en La Paz, la mayoría de la población es bilingüe, y retornan a su lugar de origen esporádicamente, estos elementos hacen prevalecer las costumbres, creencias y prácticas socioculturales especialmente en la atención del embarazo, parto y cuidado post parto. En este sentido, el nivel educativo de las mujeres es que el 56.9% llegaron a cursar el nivel secundario, el 15.3% el nivel primario, a nivel universitario llegaron 15.3% y nivel técnico 12.5%.

## **Estructura social**

La zona de intervención del proyecto está conformada por juntas vecinales, iglesias católico-cristianos, clubs deportivos, colegios, organizaciones sociales y otras instituciones, cada sector que pertenece a la zona cuenta con un secretario de salud, ellos forman parte de los comités locales de salud, que participan de los Comités de Análisis de la Información (CAI) mensuales, el Centro de Salud Integral El Tejar toma decisiones en coordinación de los secretarios de salud.

## **9. Estructura de objetivos**

### **Objetivo general**

-Implementar acciones de promoción y prevención en salud materna infantil que favorezcan una experiencia positiva para mujeres gestantes durante el control prenatal en el Centro de Salud Integral El Tejar, en la Red N°2 Noroeste del Macro Distrito Maximiliano Paredes, en la gestión 2021.

### **Objetivo específico**

- Brindar información en el marco de la promoción de la salud, sobre la importancia de la salud materna (control del embarazo, parto y postparto) a mujeres en edad fértil y gestantes para acudir a controles médicos en un establecimiento de salud.

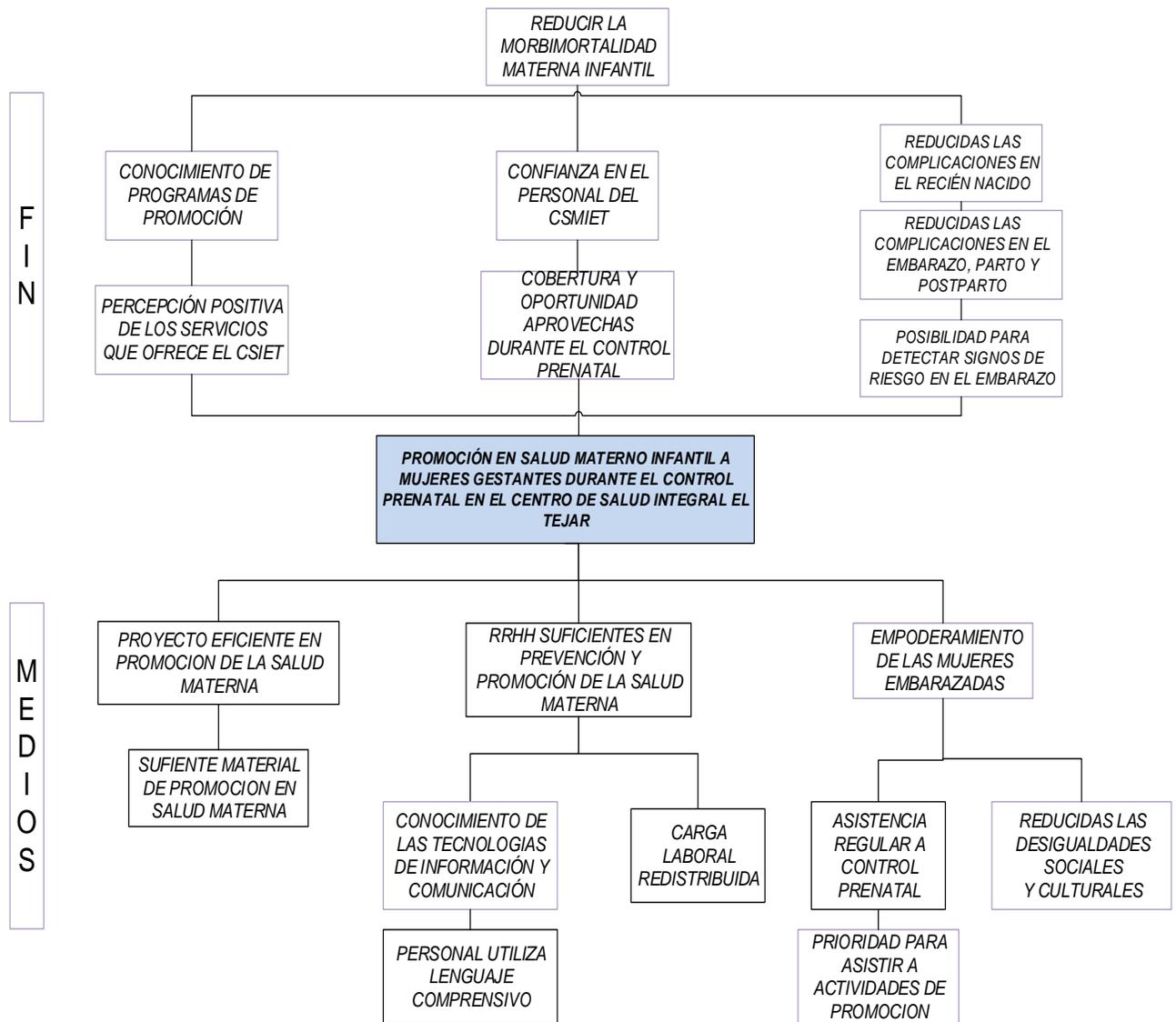
- Fortalecer los conocimientos y aptitudes de las mujeres gestantes acerca de los cuidados en el embarazo, parto, postparto y recién nacido, durante el control prenatal en el Centro de Salud Integral El Tejar.

- Realizar seguimiento y acompañamiento en el proceso de embarazo, parto, puerperio y nacimiento del bebé de las mujeres gestantes que acuden al Centro de Salud Integral El Tejar.

- Actualizar conocimientos del personal de salud en la Norma de Atención del Parto Intercultural.

Para el planteamiento de objetivos se realizó el análisis del árbol de objetivos el cual se estructura de la siguiente forma:

Gráfico N°9. Árbol de objetivos



Fuente: Elaboración propia, 2021

## **10. Diseño metodológico**

La metodología del Marco Lógico es una herramienta para facilitar el proceso de conceptualización, diseño, ejecución y evaluación de proyectos. Su énfasis está centrado en la orientación por objetivos, la orientación hacia grupos beneficiarios y el facilitar la participación y la comunicación entre las partes interesadas.

Es un método orientado a la solución de problemas específicos. Por ello, el método tiene tres grandes fases: en la primera, se identifica el problema a resolver, por medio de un diagnóstico que permita establecer la causa del problema y por qué no ha logrado ser resuelto; en la segunda fase se analiza las condiciones para que el problema pueda mejorar o resolverse, y en la tercera fase se construye la matriz de objetivos secuenciales que deben alcanzarse, incorporando los indicadores necesarios para realizar el seguimiento y control sobre la gestión de la solución. (21)

En este entendido, se plasma los siguientes resultados a partir de la construcción del Marco Lógico (ver anexo a).

## 11. Resultados

Los resultados que el proyecto propone obtener son:

---

**R1.** Mujeres en edad fértil y gestantes informadas sobre la importancia de la salud materna (control del embarazo, parto y postparto) para acudir a controles médicos en un establecimiento de salud.

**R2.** Conocimiento fortalecido sobre atención y cuidados en el embarazo, parto, postparto y neonatal de mujeres gestantes que acuden a control prenatal en el Centro de Salud Integral El Tejar.

**R3.** Seguimiento y acompañamiento en el proceso de embarazo, parto, puerperio y nacimiento del bebé de las mujeres gestantes que acuden al Centro de Salud Integral El Tejar.

**R4.** Conocimientos actualizados del personal de salud del CSIET en la Norma de Salud Intercultural en la Atención del Parto.

La propuesta de intervención vio conveniente trabajar con las mujeres que asisten al Centro de Salud Integral El Tejar, a través del involucramiento en cada una de las actividades, adecuar un ambiente del centro de salud, para ofrecer talleres de capacitación y preparación de las mujeres embarazadas para el momento del parto y el nacimiento del niño(a). Sin embargo, la participación del personal es preponderante para la ejecución del proyecto mediante la actualización permanente.

## 12. Actividades

Respecto a las actividades planificadas para el proyecto son las siguientes:

---

### **Para R.1.:**

A1R1. Articulación del equipo multidisciplinario en base a acuerdos interinstitucionales entre la Red de Salud 2 y la Universidad Mayor de San Andrés.

A2R1. Campaña de difusión e información sobre la importancia de la salud materna a mujeres en edad fértil y gestantes.

A3R1. Charlas de sensibilización en la sala de espera del centro de salud para informar sobre la importancia de la salud materna.

### **Para R.2.:**

A1R2. Selección de un grupo de embarazadas para participar en talleres de capacitación y preparación en salud materna entre 30 a 38 semanas de embarazo.

A2R2. Talleres para mujeres gestantes en cuidados durante el embarazo, parto, postparto y neonatal.

### **Para R.3.:**

A1R3. Orientación y acompañamiento de las mujeres gestantes que acuden al centro a través de grupos de apoyo.

A2R3. Seguimiento de la atención del parto, postparto y neonatal de mujeres que acuden al centro de salud.

### **Para R.4.:**

A1R4. Taller de actualización para el personal del Centro de Salud El Tejar de la Norma de Atención del Parto Intercultural.

---

Como se mencionó anteriormente, cada actividad está diseñada para trabajar con las mujeres embarazadas en interacción con el equipo de promotores, la propuesta presenta actividades innovadoras como la conformación de un sala de orientación e interacción para mujeres embarazadas para que ellas puedan obtener información sobre nutrición en el embarazo, parto, post parto y alimentación en niños menores de 5 años, participar de los cursos de yoga, donde aprenderán relajación y respiración para el momento del parto, la lactancia materna, higiene personal, cuidados para con el recién nacido, reconocer signos de riesgo y muchos temas relacionados. Asimismo, la formación de grupos en redes sociales como el Whatsapp, Telegram y otras aplicaciones, permitirán una comunicación directa con los(as) promotores(as) en salud materna, el detalle de las actividades se desarrolla en el plan de ejecución (Ver anexo d).

### 13. Indicadores por la estructura de objetivos

El proyecto estará guiado por los siguientes indicadores:

	INDICADORES
<b>FIN</b>	
<b>PROPOSITO</b>	Número de mujeres gestantes entre 30 y 38 semanas de gestación y realizan control prenatal que se capacitan y benefician con el proyecto de promoción y prevención en salud materna infantil del centro de salud.
<b>RESULTADOS</b>	
<b>R1.</b>	Número de mujeres en edad fértil y gestantes que acceden a información sobre la importancia de salud materna infantil para acudir a controles médicos en un establecimiento de salud.
<b>R2.</b>	Número de mujeres gestantes que han fortalecido sus conocimientos y aptitudes en atención y cuidados en salud materna infantil en el Centro de Salud Integral El Tejar.
<b>R3.</b>	Número de mujeres que asisten a control prenatal y postparto al Centro de Salud Integral El Tejar que reciben acompañamiento y seguimiento en el proceso de embarazo, parto, puerperio y neonatal.
<b>R4.</b>	Número de personas del equipo de salud que son actualizados en la Norma de Atención del parto intercultural.

<b>ACTIVIDADES</b>	
<b>A1R1</b>	Un equipo multidisciplinario para la campaña y ejecución del proyecto.
<b>A2R1</b>	Una campaña por mes para la difusión e información sobre la importancia de la salud materna.
<b>A3R1.</b>	Dos charlas en la semana efectuadas en la sala de espera del centro para sensibilizar sobre la importancia de la salud materna.
<b>A1R2</b>  <b>A2R2</b>	40 mujeres gestantes fortalecidas en conocimientos en sesiones para la atención y cuidados en el parto y postparto  Cinco talleres ejecutados <ul style="list-style-type: none"> <li>Taller de nutrición en las diferentes etapas de la maternidad</li> <li>Taller de yoga para embarazadas</li> <li>Taller de lactancia materna</li> <li>Taller de preparación para el momento del parto</li> <li>Taller de atención del recién nacido</li> </ul>
<b>A1R3</b>  <b>A2R3</b>	Un grupo de Whatsapp donde las mujeres gestantes reciben acompañamiento y orientación sobre el embarazo y la gestación.  Número de seguimientos personalizados a las mujeres gestantes que acuden al centro de salud vía virtual.
<b>A1R4</b>	Un taller ejecutado sobre la Norma de Atención del Parto Intercultural.

Los indicadores establecidos para cada una de las actividades, permitirán realizar el seguimiento y monitoreo del desarrollo del proyecto, el cumplimiento de cada uno de ellos permite el logro de cada componente y este a su vez el logro de los objetivos propuestos. En cuanto a los indicadores de cada actividad constituye el tiempo de ejecución y el logro de cada actividad.

## 14. Fuente de verificación

En este entendido, los medios de verificación respaldan la realización de cada una de las fases del proyecto. El proyecto contará con los siguientes medios de verificación:

	<b>MEDIOS DE VERIFICACIÓN</b>
<b>FIN</b>	
<b>PROPOSITO</b>	-Estadísticas de SNIS-VE -Informes final y técnico del proyecto de intervención
<b>RESULTADOS</b>	
<b>R1.</b>	-Registro de material distribuido en la campaña -Registro fotográfico de la campaña -Informe de resultados -Cuadernos de atenciones realizadas
<b>R2.</b>	-Estadístico de mujeres gestantes participantes -Guías pedagógicas -Informe de resultados -Informe de evaluaciones ex ante y post de los talleres
<b>R3.</b>	-Estadístico de embarazadas que realizan control prenatal en el CSIET -Estadístico de seguimientos -Estadístico de orientaciones realizadas
<b>R4.</b>	-Nómina de participantes -Informe de resultados

<p><b>ACTIVIDADES</b></p> <p><b>Para R.1.:</b></p> <p><b>A1R1</b></p> <p><b>A2R1</b></p> <p><b>A3R1</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Informe de coordinación entre responsable del proyecto y docentes supervisoras de las carreras participantes</li> <li>- Cartas de solicitud y aceptación para uso de los espacios</li> <li>- Material entregado</li> <li>- Registro fotográfico</li> <li>-Material entregado</li> <li>-Registro fotográfico</li> <li>-Banners realizados para la charla</li> <li>-Informe técnico de actividades.</li> </ul>
<p><b>Para R.2.:</b></p> <p><b>A1R2</b></p> <p><b>A2R2</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Nómina de participantes seleccionadas</li> <li>-Informe de actividad</li> <li>-Registro fotográfico</li> <li>-Número de participantes</li> <li>-Guías pedagógicas de cada sesión</li> <li>-Diapositivas o imágenes elaboradas</li> <li>-Informe de actividades</li> </ul>



## 15. Supuestos

	<b>SUPUESTOS</b>
<b>FIN</b>	
<b>PROPOSITO</b>	Existe la predisposición de las y los actores identificados para participar del proyecto.
<b>RESULTADOS</b>	
<b>R1.</b>	Autoridades de la Red N°2 Nor Oeste colaboran con la realización del proyecto.
<b>R2.</b>	Amplia participación de las mujeres en edad fértil y gestantes.
<b>R3</b>	Existe recepción de las mujeres al seguimiento y acompañamiento.
<b>R4</b>	No existe rotación anual del personal del Centro de Salud Integral El Tejar.
<b>ACTIVIDADES</b>	
<b>Para R.1.:</b>	
<b>A1R1</b>	Existe predisposición de las instituciones a formar parte del proyecto.
<b>A2R1</b>	Predisposición y apoyo de la directora del CSIET para la realización de la campaña.
<b>A3R1</b>	El material didáctico es distribuido en las fechas programadas.
<b>Para R.2.:</b>	

<b>A1R2</b>	Las embarazadas seleccionadas están de acuerdo para participar
<b>A2R2</b>	Existe frecuencia de asistencia de las embarazadas en los diferentes talleres.
<b>Para R.3.:</b>	
<b>A1R3</b>	El personal acepta y comprende la implementación de las TIC's.
<b>A2R3</b>	Existe acceso a wifi y teléfono para realizar el seguimiento de grupo.
<b>Para R.4.:</b>	
<b>A1R4</b>	Existe predisposición del personal de salud para participar.

Los supuestos comprenden a los riesgos externos que pueden incidir en el desarrollo del proyecto de intervención, si los supuestos de cada actividad son cumplidos permite avanzar al nivel siguiente en la jerarquía de objetivos, también permite anticipar el surgimiento de imprevistos que pueden afectar el desarrollo del proyecto.

## 16. Análisis de viabilidad

Se conoce como análisis de viabilidad al estudio que intenta predecir el eventual éxito o fracaso de un proyecto<sup>20</sup>. La viabilidad de un proyecto es su capacidad para finalizar satisfactoriamente, entregando los resultados esperados con la iniciativa. Analizar esta cualidad antes de la etapa de planificación sirve como guía para impulsar la toma de decisiones desde la comprensión integral de los parámetros del proyecto, los objetivos a alcanzar y los factores de riesgo<sup>21</sup>.

En este sentido, la propuesta de intervención centra su atención en priorizar la promoción y prevención en salud materna, se respalda en el diagnóstico social y el problema identificado. Las mujeres que acuden en demanda de servicios del Centro de Salud El Tejar, debido a las determinantes socioeconómicas presentan situaciones de vulnerabilidad que se podrían acentuarse durante el periodo del embarazo, parto, puerperio y el cuidado del recién nacido.

La viabilidad técnica de los recursos disponibles se ajusta a las necesidades del proyecto, se cuenta con una capacidad instalada, también cuenta con los recursos humanos que poseen los conocimientos para llevar a cabo el proyecto, puesto que, se trata de pre profesionales de las carreras de trabajo social, enfermería, nutrición y fisioterapia (ver anexo b, Organigrama institucional) que se encuentran realizando las prácticas y roles de último año de formación debido a acuerdos interinstitucionales de larga data, conjuncionar los conocimientos representa ofertar una atención integral e interdisciplinaria para las mujeres gestantes. La asistencia regular a los controles prenatales, el fortalecimiento de los conocimientos y aptitudes de las embarazadas a través de la educación para la salud, conlleva la probabilidad de reducir la morbimortalidad del binomio madre/niño(a). Asimismo, el

---

<sup>20</sup> <https://ugremprendedora.ugr.es/viabilidad-de-proyectos/>

<sup>21</sup> <https://www.obsbusiness.school/blog/estudio-de-viabilidad-de-un-proyecto-estructura-e-importancia>

acceso a la información tiene efectos para incrementar la confianza y reducir el temor/miedo para interactuar con el equipo de salud.

En referencia a la viabilidad económica, los costos son bajos y los beneficios altos, al tratarse de un proyecto social no habrá una rentabilidad económica, pero se genera una rentabilidad social, al preservar el derecho a la vida y la salud.

La viabilidad legal, esta respalda por las políticas de salud que promueven la promoción y prevención de la salud materna infantil como es la Política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, el Bono Juana Azurduy, la Atención Integrada al Continuo del Curso de la Vida y el Plan de Reducción Acelerada de la Morbilidad y Mortalidad Materna y Neonatal.

## **17. Análisis de factibilidad**

El concepto central de “factibilidad” está relacionado con la capacidad de poder realizarse en la vida real aquello que constituye el objetivo principal del proyecto<sup>22</sup>

### **Factibilidad operativa**

Los recursos humanos que ejecutaran el proyecto está conformado por un equipo de pre profesionales de las carreras de Trabajo Social, Enfermería, Nutrición y Fisioterapia de la Universidad Mayor de San Andrés (ver anexo b), quienes realizan roles y prácticas en la institución debido a la existencia de acuerdos interinstitucionales que se renuevan cada año, el tiempo de permanencia de este valioso recurso es por un tiempo de seis a ocho meses al año, están supervisadas por las/los docentes de cada carrera.

### **Factibilidad técnica**

La infraestructura de la institución cuenta con ambientes que permitirán desarrollar el proyecto, el salón multiuso cuenta con medios tecnológicos para llevar a cabo los talleres, el espacio es amplio. Asimismo, cuenta con acceso a internet, que favorecería para realizar el seguimiento y acompañamiento.

### **Factibilidad social**

La participación activa de las mujeres gestantes que acuden a controles prenatales, en pos de garantizar el bienestar del binomio madre/niño(a). La necesidad de contar con conocimientos que permitan la toma de decisiones en los momentos precisos a través de la identificación de signos de riesgo. La muerte de una mujer y el deterioro de su salud tienen consecuencias graves para el bienestar de la familia, que el núcleo de la sociedad y la comunidad. Todo esto teniendo en cuenta que se encuentra no solo en edad reproductiva, sino que además está en edad productiva, son las creadoras de la nueva vida y las que cuidan de la vida diaria, ayudan a la

---

<sup>22</sup> <https://matchandbiz.mx/factibilidad-social-proyectos-de-inversion/>

formación y educación de sus hijos, laboran dentro y fuera de sus viviendas y se constituyen en muchos casos en la columna vertebral de sus hogares<sup>23</sup>. La educación en salud materna producirá externalidades positivas para la población en general.

### **Pertinencia cultural/intercultural**

La política en salud materna que viene aplicando el Estado pone especial énfasis en la interculturalidad, que según Xavier Albó es la relación entre personas o grupos sociales de diversa cultura, las relaciones interculturales son negativas si llevan a la destrucción del que culturalmente es distinto o, por lo menos, a su disminución. Son en cambio positivas si llevan a aceptar al que es culturalmente distinto y a enriquecerse mutuamente, aprendiendo de unos y otros (22). Es en este entendido, el proyecto respeta las creencias y prácticas en relación a la atención del embarazo, parto y post parto, la norma de atención intercultural señala que la mujer gestante puede abrigarse para no sentir frío, beber líquidos o infusiones calientes, ingresar a la sala de parto en compañía de un familiar que le brinde apoyo emocional, y la devolución de la placenta si la solicita. En este sentido, el taller dirigido al personal de salud para actualizar conocimientos en la Norma de Atención el parto Intercultural contribuirá al cumplimiento de los objetivos.

### **Factibilidad económica**

El gasto económico para desarrollar la campaña de difusión, talleres de interacción, y el seguimiento y orientación no requieren una inversión grande y serán cubiertos por la institución. El centro de salud cuenta con las instalaciones necesarias, los recursos humanos que ejecutaran las actividades, el material de escritorio y ante

---

23

<https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/2503/html#:~:text=Las%20cons%20de%20una%20muerte,la%20reconstituci%C3%B3n%20de%20los%20hogares.>

todo cuenta con servicio de wifi, lo cual permitirá realizar el seguimiento personalizado y por grupos.

El tiempo de ejecución del proyecto contempla seis meses, el costo-beneficio se apreciara con el incremento de los controles prenatales, incremento de la demanda de parto institucional, la reducción de las complicaciones durante el postparto, el cuidado efectivo del recién nacido, incidiendo directamente en la calidad de vida de las familias de las mujeres, que se constituyen en población meta del proyecto (ver anexo c, Cronograma).

### **Enfoque de género**

La participación de las mujeres gestantes a lo largo del proyecto es fundamental, sin embargo, la decisión final al momento del parto será de pareja, incluso familiar. El proyecto busca empoderar a la mujer gestante a través de la sensibilización y la toma de decisiones al interior de la familia, más allá de ser considerada como la mujer subordinada a la decisión de la pareja, lograr la participación de los hombres en los talleres de manera activa durante el embarazo, parto y puerperio.

## 18. Análisis de sostenibilidad del proyecto

El análisis de sostenibilidad garantiza que los objetivos y resultados positivos de un proyecto perduren de forma duradera después de la fecha de su conclusión. Un Proyecto es Sostenible cuándo considera conocimientos y herramientas técnicas y no técnicas necesarias, para garantizar la continuidad del proyecto en el tiempo<sup>24</sup>.

Un aspecto que garantiza la continuidad del proyecto es la norma que la respalda, como es la política sanitaria de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI) que tiene como estrategia la promoción de la salud y el Sistema Único de Salud, que garantizan la salud universal, integral y de calidad a la población. Este proceso abarca las acciones encaminadas a fortalecer las habilidades y capacidades de las personas, dirigidas a modificar y mejorar sus condiciones sociales, económicas y ambientales señalan el artículo 4 del Modelo de Atención y Modelo de Gestión en el marco de la política SAFCI, acciones que se efectivizan en los centros de salud.

Asimismo, el proyecto es sostenible debido a los acuerdos interinstitucionales entre el Gobierno Municipal Autónomo de La Paz y la Universidad Mayor de San Andrés, que garantiza la asistencia de pre profesionales de las carreras de Trabajo Social, Enfermería, Nutrición y Fisioterapia por un lapso de tiempo de seis u ocho meses, acuerdos que son de larga data y continúan al momento.

La sostenibilidad económica financiera del proyecto no implica mayores inversiones por parte de las beneficiarias ni del centro de salud, debido a que se trata de reorganizar actividades y conjunción de esfuerzos de las distintas áreas profesionales para integrar un equipo multidisciplinario y ofertar un servicio de atención integral en promoción y prevención en salud materna infantil.

---

24

<https://www.google.es/search?q=sostenibilidad+de+un+proyecto+educativo&ei=ZGlaYc7EDuuu5OUPoMye->

## **19. Impacto esperado del proyecto**

La reducción de la mortalidad materna e infantil en Bolivia ha sido por años, un tema prioritario, por lo que, se han destinado importantes recursos financieros, nacionales y externos para este propósito. Con la creación del Seguro Universal Materno Infantil en el 2002, el Estado eliminó las barreras financieras y asumió el compromiso de garantizar el acceso gratuito a un conjunto de intervenciones para mejorar la salud de madres y niños/as y reducir la mortalidad en ambos grupos. Además, con la implementación del Bono Juana Azurduy en 2009, se incentiva a las madres a demandar atención institucional para ellas y sus hijos/as.

La propuesta de intervención proyecta lograr un impacto en las condiciones de vida y hábitos de las embarazadas y sus familias, reducir las brechas entre el área rural y urbano a través del acceso a información para identificar signos de riesgo, preparar a las embarazadas para el momento del parto, brindar conocimientos para atender al recién nacido e incentivar la participación activa de los padres.

El centro de salud contará con un equipo interdisciplinario capaz de transmitir conocimientos en salud materna, trabajando en la promoción y prevención de causas de morbimortalidad de la mujer en edad fértil y la infancia.

## 20. Fuente de financiamiento para el presupuesto<sup>25</sup>

Para la elaboración de este acápite se utilizó el Programa Operativo Anual y Presupuesto de la gestión 2018 (23), elaborado por el Gobierno Autónomo Municipal de La Paz. En este sentido, la Secretaria Municipal de Salud Integral y Deportes a través de la Dirección de Salud-Prestaciones de Servicios de Salud consideró el siguiente presupuesto:

UNIDAD EJECUTORA	OPERACIÓN	MONTO
DIRECCIÓN DE SALUD	PRESTACIONES DE SERVICIOS DE SALUD INTEGRAL	92.304.601,00
	FORTALECIMIENTO ESTABLECIMIENTOS DE SALUD PRIMER NIVEL	6.364.260,00
	Total DIRECCIÓN DE SALUD	98.668.861,00

Fuente: Programa Operativo Anual, 2018 GAML P

Según el POA 2018, las Prestaciones de Servicios de Salud Integral tienen la finalidad de velar por la salud de la comuna, se prevé los gastos al pago de las prestaciones de servicios en salud en relación a la atención especializada, estudios, análisis, normalización de calidad, servicios de laboratorio para investigaciones y otros. Por otro lado, el Fortalecimiento de Establecimientos de Salud Primer Nivel, señala que la salud de las familias del municipio es un punto importante, por lo que se realiza los gastos destinados a la contratación de mediadores comunitarios, los cuales se encargan de brindar talleres en salud familiar en los establecimientos de salud de primer y segundo nivel. En este entendido, se deduce que el Centro de

---

<sup>25</sup> El presente subtítulo fue elaborado con estimaciones con base en la Audiencia Pública de Rendición de Cuentas del establecimiento de salud El Tejar, de la gestión 2015. Se señala, que, la información presupuestaria (POA), es de acceso restringido al público. Por ese motivo, se trabajó con la información encontrada, se adjunta en anexos la respuesta del Secretaria de Salud y Deportes ante la solicitud del POA del Centro de Salud Integral El Tejar. (Ver anexo e. Carta de respuesta GAML P).

Salud Integral El Tejar, cuenta con un presupuesto dirigido a la promoción y prevención para fortalecer a la población que atienden.

De acuerdo al Presupuesto General de la Municipalidad de La Paz, para la gestión 2018 (24) y el Presupuesto de Gastos por Direcciones Administrativas y Unidades Ejecutoras el presupuesto asignado en bolivianos para el CSIET fue:

DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y UNIDAD EJECUTORA	PRESUPUESTO FORMULADO
046 CENTRO MATERNO INFANTIL EL TEJAR	908.000

Fuente: Presupuesto General de la Municipalidad de La Paz, gestión 2018.

La ley N° 1152 del Sistema Único de Salud en el artículo 10 párrafo VI señala lo siguiente: El presupuesto para establecimientos de salud de Primer Nivel de Atención, se realizará con base a criterios poblacionales, de accesibilidad y cobertura de servicios promocionales y preventivos y en la programación de servicios curativos, según reglamentación específica emanada por el Ministerio de Salud (25).

En relación a la propuesta de intervención el financiamiento provendrá del Centro de Salud Integral El Tejar en un 100%, para ello se realizó una revisión a la partida presupuestaria, los montos asignados, saldos y el porcentaje de ejecución.

**Desembolsos ejecutados 2015, por partidas presupuestarias C.S.I. El Tejar (expresado en Bs)**

PARTIDA PRESUPUESTARIA		MONTO PRESUPUESTADO	MONTO EJECUTADO	SALDO	% EJECUCIÓN
21200	Energía eléctrica	23,552.00			
21300	Agua	23,300.00			
21400	Telefonía	2,250.00			
24120	Mantenimiento y reparación de vehículo maquinarias	2,850.00	1,404.50	1,445.50	49.28
24130	Mantenimiento y reparación de muebles	4,000.00	0.00	4,000.00	0

25220	Consultores individuales de Línea	63,000.00	47,351.70	13,142.70	75.16
25600	Servicio de imprenta, fotocopiado y fotografía	76,350.00	63,207.30	13,142.00	82.79
26950	Aguinaldo, esfuerzo por Bolivia	3,917.00	3,916.37	0.63	99.98
31140	Alimentación Hospitalaria, Penitenciaria, Aéreo	18,000.00	13,768.60	4,231.40	76.49
32100	Papel	6,000.00	3,557.80	2,442.20	59.30
32200	Productos de artes gráficas	4,300.00	2,554.90	1,745.10	59.42
33100	Hilados y telas	17,090.00	2,677.50	14,412.50	15.67
33200	Confecciones textiles	16,000.00	5,980.00	10,020.00	37.38
33300	Prendas de vestir	17,150.00	17,105.00	45.00	99.74
34200	Productos químicos y farmacéuticos	413,252.00	368,280.76	44,971.24	89.12
34500	Productos de minerales no metálicos y plástico	9,360.00	8,907.00	453.00	95.16
34600	Productos metálicos	11,830.00	4,059.80	7,770.20	34.32
34800	Herramientas Menores	4,000.00	0.00	4,000.00	0
39100	Material de limpieza	55,206.00	48,364.82	6,841.18	87.61
39300	Utensilios de cocina y comedor	4,000.00	124.00	3,876.00	3.10
39400	Instrumental menor médico quirúrgico	45,161.00	43,544.69	1,616.31	96.42
39500	Útiles de escritorio	9,000.00	7,979.80	1,020.20	88.66
39700	Material eléctrico	11,198.00	11,038.00	160.00	98.57
39800	Otros repuestos y accesorios	8,080.00	3,240.00	4,840.00	40.10
43110	Equipo de oficina y muebles	20,000.00	0.00	20,000.00	0
43400	Equipo médico y de laboratorio	26,083.00	0.00	26,083.00	0
<b>TOTAL</b>		894,929.00	657,062.54	188,764.46	73.42

Fuente: Audiencia Pública de Rendición de Cuentas C.S.I. El Tejar, 2015

El centro de salud cuenta con montos económicos que podrían financiar el desarrollo de las actividades. De acuerdo a la anterior tabla se puede observar que el centro de salud no logra ejecutar en su totalidad el presupuesto asignado, las partidas que se constituyen en interés del proyecto de intervención son los referidos

al servicio de imprenta y fotocopias, papel y productos de artes gráficas, los cuales muestran un saldo que bien podrían ser utilizados en el desarrollo del proyecto propuesto.

A continuación se presenta el presupuesto del proyecto de intervención, que considera un monto de 1.070 Bs para la ejecución.

N°	Partida	Detalle	Unidad	Cantida d	Precio unitario	Total
<b>MATERIAL DE ESCRITORIO</b>						
1	32100	Compra de papel bond tamaño oficio de 75 mg. Paquetes de 500 hojas	Paquete	2	40Bs.	80Bs.
					<b>SUBTOTAL</b>	<b>80Bs.</b>
<b>IMPRESIONES</b>						
2	25600	Impresión y diseño	Tríptico	500	0.50 Cts.	250Bs.
3	25500	Impresión de banner	Banner	4	60 Bs.	240Bs.
					<b>SUBTOTAL</b>	<b>490Bs.</b>
<b>EQUIPO PARA LA SALA</b>						
4	39600	Útiles Educativos, Culturales y de Capacitación	Aislante para yoga	10	50.	500Bs.
					<b>SUBTOTAL</b>	<b>500Bs.</b>
<b>EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO</b>						
5	26930	Pago por Trabajos Dirigidos y Pasantías	-	-	-	-
					<b>SUBTOTAL</b>	<b>0</b>
					<b>TOTAL FINAL</b>	<b>Bs.1.070Bs.</b>

Fuente: Elaboración propia, 2021

## 21. Bibliografía

1. Ministerio de Salud de Bolivia. Estudio Nacional de Mortalidad Materna 2011. Estudio. La Paz: Ministerio de Salud, La Paz; 2016.
2. Ministerio de Salud y Deportes. Plan Estratégico Nacional para mejorar la Salud Materna, Perinatal y Neonatal en Bolivia 2009-2015. 2009..
3. Vargas M. Tasas de Mortalidad Materna en Bolivia: Escenarios de Proyección y Requerimientos Financieros. 04. 2007 Marzo.
4. Cortez R, Lavadenz F, Saadat S, Medici A. <http://documents1.worldbank.org>. [Online].; 2015 [cited 2021 Mayo 6. Available from: <http://documents1.worldbank.org/curated/ru/902871468188659123/pdf/92272-SPANISH-BRI-PUBLIC-Box391483B-KB-MDG-4-5-Bolivia-Final.pdf>.
5. Ministerio de Salud y Deportes Estado Plurinacional de Bolivia. Atención integrada al continuo del curso de la vida. 2013..
6. Ministerio de Salud y Deportes Estado Plurinacional de Bolivia. [www.minsalud.gob.bo](http://www.minsalud.gob.bo). [Online].; 2016 [cited 2021 Mayo 22. Available from: <https://www.minsalud.gob.bo/1171-implementaran-plan-de-reduccion-acelerada-de-morbilidad-y-mortalidad-materna-neonatal>.
7. Barrios A, Montes NH. Control prenatal. Revista Pateña de Medicina Familiar. 2007.
8. Alarcón AM, Nahuelcheo Y. Creencias sobre el embarazo, parto y puerperio en la mujer mapuche: conversaciones privadas. Revista de Antropología Chilena. 2008;(2).
9. Peralta O. Aspectos clínicos del puerperio. Instituto chileno de medicina reproductiva. 1996.
- 10 Organización Mundial de la Salud. Educación para la salud. Manual sobre . educación sanitaria en primer nivel Ginebra: OMS; 1989.

- 11 Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para la promoción de la . salud. In Una Conferencia Internacional sobre la promoción de la salud; 1986; Ottawa (Ontario) Canada.
- 12 Morales Alvarado S, Guibovich Mesinas A, Yábar Peña M. Psicoprofilaxis . Obstétrica: Actualización, definiciones y conceptos. 2014 Octubre-Diciembre.
- 13 Delgado Hernández M, Trufero Cánovas N. Riesgo reproductivo . preconcepcional. Revista Archivo Médico de Camagüey. 2006 Noviembre-Diciembre; 10(6).
- 14 Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas UDAPE. La mortalidad . infantil y en la niñez en Bolivia: Estimaciones por departamento y municipio. Primera ed. La Paz: Greco s.r.l.; 2018.
- 15 Lagrava León IV. Mortalidad neonatal en el Estado Plurinacional de Bolivia: . desigualdades territoriales en el acceso a los servicios de salud. Notas de Población. 2017 Enero-Junio;(104).
- 16 Ministerio de Salud y Deportes. La Política SAFCI, su estrategia de promoción . de la salud y prácticas alimentarias saludables. 2013..
- 17 Ipia-Ordóñez NV, Ortega-Vallejo DF, Acosta-Mora PA, López-Lasso WA, . Martínez-Rodríguez JE, Corrales-Zúñiga NC, et al. Impacto de las condiciones sociodemográficas sobre el control prenatal en Latinoamérica. Revista de la Facultad de Medicina. 2019; 67(3).
- 18 Dansereau E, McNellan CR, Gagnier MC, Desai SS, Haakenstad. Cobertura y . oportunidad de la atención prenatal en mujeres pobres de 6 países de Mesoamérica Panama: Banco Interamericano de Desarrollo; 2017.
- 19 Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. . Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo. Washington: OMS; 2016. Report No.: ISBN 978-92-44991-2.
- 20 Zambrana Nieto H. Centro de Salud Materno Infantil "El Tejar". 2008. . Documento elaborado como propuesta de fortalecimiento.

- 21 Ortegón , Pacheco JF, Prieto. Metodología del marco lógico para la . planificación, el seguimiento y la evaluación de proyectos y programas. Manual. Nueva York: Comité Económico para América Latina y el Caribe - Naciones Unidas; 2005. Report No.: ISBN: 92-1-322719-1.
- 22 Albó X. Cultura, interculturalidad e inculturación. Primera ed. s.e. , editor. . Caracas: Federación de Fe y Alegría; 2003.
- 23 Gobierno Autónomo Municipal de La Paz. Programa Operativo Anual 2018. La . Paz: Dirección de Gestión por Resultados, Secretaria Municipal de Planificación para el Desarrollo; 2018.
- 24 Gobierno Autónomo Municipal de La Paz. Presupuesto del Gobierno Autónomo . Municipal Gestión 2018. La Paz:, Secretaria Municipal de Finanzas; 2018.
- 25 Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia. Ley N°1152 Hacia el Sistema . Único de Salud, Universal y Gratuito. 2019. Ley modificatoria de la Ley N°475.
- 26 Murillo AdIG. Mortalidad Materna. Un análisis en profundidad y sus dimensiones . para la política pública. Primera ed. Salarar C, editor. La Paz: CIDES-UMSA; 2017.
- 27 Ministerio de Salud Bolivia. [www.minsalud.gob.bo](http://www.minsalud.gob.bo). [Online].; 2008 [cited 2018 . Mayo 4. Available from: <https://www.minsalud.gob.bo/>.
- 28 Instituto Nacional de Estadística Bolivia. [ine.gob.bo](http://ine.gob.bo). [Online].; 2018 [cited 2019 . Agosto 29. Available from: [ine.gob.bo/indea-y-monitoreo/item/3123-en-bolivia-96-de-las-mujeres-reciben-atencion-prenatal-calificada](http://ine.gob.bo/indea-y-monitoreo/item/3123-en-bolivia-96-de-las-mujeres-reciben-atencion-prenatal-calificada).
- 29 Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS sobre . intervenciones de promoción de la salud para la salud materna y neonatal Ginebra: s/e; 2015.
- 30 Organización Mundial de la Salud. <https://www.paho.org/uru/>. [Online].; 2019 . [cited 2021 Enero 28. Available from: <https://www.who.int/es/news/item/19-09-2019-more-women-and-children-survive-today-than-ever-before-un-report>.
- 31 [www.inefop.org.uy](http://www.inefop.org.uy). [Online].; 2007 [cited 2021 Febrero 13. Available from: . <http://www.inefop.org.uy/docs/Enfoque%20de%20Genero.pdf>.

- 32 Ministerio de Salud y Deportes. Norma Boliviana de Salud NB MSD-02-2000; . Atención a la mujer y el recién nacido. 2005..
- 33 Gobierno Autónomo Municipal de La Paz. <https://www.lapaz.bo/wp-content/uploads/2019/doc/Marco%20de%20Gestion%20Social%20GAML%200-%20Banco%20Mundial%20.pdf>. [Online].; 2019 [cited 2021 Junio 8. Available from: <https://www.lapaz.bo/wp-content/uploads/2019/doc/Marco%20de%20Gestion%20Social%20GAML%200-%20Banco%20Mundial%20.pdf>.
- 34 Ministerio de Salud y Deportes. snis.minsalud.gob.bo. [Online].; 2016 [cited . 2021 Septiembre 26. Available from: <https://snis.minsalud.gob.bo/publicaciones/send/91-documentos-cai-nacional-2016/610-presentacion-avances-plan-de-reduccion-muerte-materna>.
- 35 Comisión Económica para América Latina y el Caribe. oig.cepal.org. [Online].; . 2015 [cited 2018 Mayo 1. Available from: <https://oig.cepal.org/es/indicadores/mortalidad-materna>.
- 36 Organización Panamericana de la Salud UBM. www.paho.org. [Online].; 2015 . [cited 2018 Abril 30. Available from: <https://www.paho.org/annual-report-2017/Espanol.html>].
- 37 Organización Panamericana de la Salud - Organización Mundial de la Salud. . www.who.int. [Online].; 2017 [cited 2018 Abril 30. Available from: [http://www.who.int/topics/maternal health/es/](http://www.who.int/topics/maternal%20health/es/).
- 38 Organización Panamericana de la Salud - Organización Mundial de la Salud. . www.who.int. [Online].; 2018 [cited 2018 Abril 30. Available from: <http://www.who.int/es/news>.

## 22. Anexos

### a. Matriz marco lógico

	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
<p><b>FIN</b></p> <p>Prevenir causas de morbilidad y mortalidad de las mujeres en edad fértil e infantil en la Red N°2 Nor Oeste del Macro Distrito Maximiliano Paredes en la gestión 2021.</p>			
<p><b>PROPOSITO</b></p> <p>Promoción en salud materno infantil a mujeres gestantes durante el control prenatal en el Centro de Salud Integral el Tejar.</p>	<p>Al finalizar el proyecto al menos un 90% de mujeres gestantes entre 30 y 38 semanas de gestación que realizan control prenatal están fortalecidas y capacitadas en salud materna infantil.</p>	<p>-Estadísticas de SNIS-VE</p> <p>-Informe final y técnico del proyecto de intervención</p>	<p>Existe predisposición de las y los actores identificados para participar del proyecto.</p>
<p><b>RESULTADOS</b></p> <p>R1.</p> <p>Mujeres en edad fértil y gestantes informadas sobre la importancia de la salud materna (control del embarazo, parto y postparto) para acudir a controles médicos en un establecimiento de salud.</p>	<p>El 80% de las mujeres en edad fértil y gestantes acceden a información sobre la importancia de salud materna para acudir a controles médicos en un establecimiento de salud</p>	<p>- Registro de material distribuido en la campaña</p> <p>- Registro fotográfico de la campaña</p> <p>- Informe de resultados</p> <p>- Cuadernos de atenciones realizadas en el Centro de Salud</p>	<p>Autoridades de la Red N°2 Nor Oeste colaboran con la realización.</p>

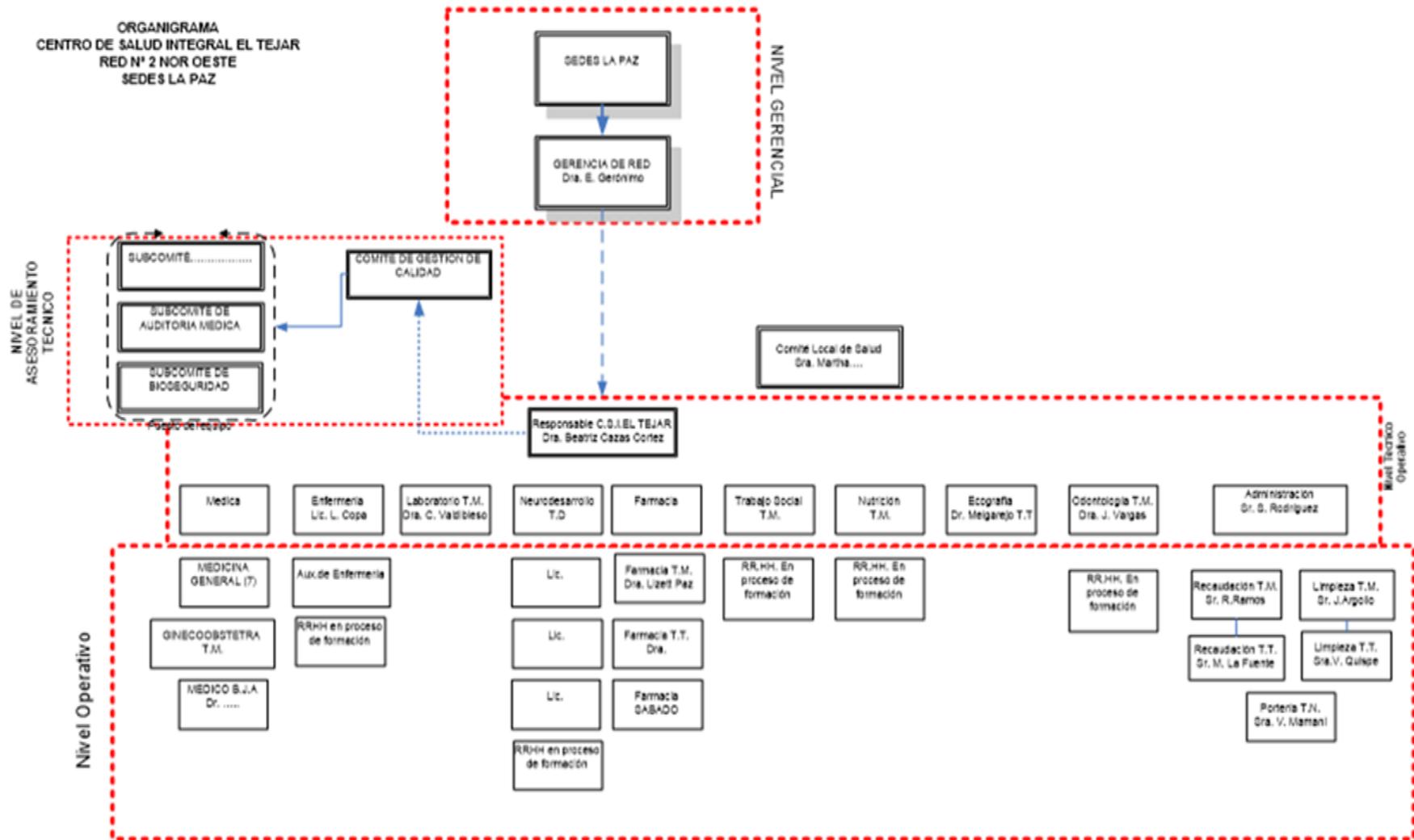
<p>R2.</p> <p>Conocimiento fortalecido sobre atención y cuidados en el embarazo, parto, postparto y neonatal de mujeres gestantes que acuden a control prenatal en el Centro de Salud Integral El Tejar.</p> <p>R3.</p> <p>Seguimiento y acompañamiento en el proceso de embarazo, parto, puerperio y nacimiento del bebé de las mujeres gestantes que acuden al Centro de Salud Integral El Tejar.</p> <p>R4</p> <p>Actualizados los conocimientos del personal de salud del CSIET en la Norma de Salud Intercultural en la Atención del Parto.</p>	<p>El 85% de mujeres gestantes han sido fortalecidas en conocimientos sobre la atención y cuidados en salud materna en el Centro de Salud Integral El Tejar.</p> <p>El 90% de las mujeres que asisten a control prenatal y postparto al Centro de Salud Integral El Tejar reciben acompañamiento y seguimiento en el proceso de embarazo, parto, puerperio y neonatal.</p> <p>85% del equipo de salud son actualizados en conocimientos sobre la Norma de Atención del parto intercultural.</p>	<p>-Estadístico de mujeres gestantes participantes</p> <p>-Guías pedagógicas elaboradas.</p> <p>-Informe de resultados</p> <p>-Informe de evaluaciones ex ante y post de los talleres</p> <p>-Estadístico de embarazadas que realizan control prenatal en el CSIET</p> <p>-Estadístico de seguimientos</p> <p>-Estadístico de orientaciones realizadas</p> <p>-Nómina de participantes</p> <p>-Informe de resultados</p>	<p>Amplia participación de las mujeres en edad fértil y gestantes.</p> <p>Existe recepción de las mujeres al seguimiento y acompañamiento.</p> <p>No existe rotación anual del personal del Centro de Salud Integral El Tejar.</p>
<p>ACTIVIDADES</p> <p>Para R.1.:</p> <p>A1R1</p>			

<p>Articulación del equipo multidisciplinario en base a acuerdos interinstitucionales entre la Red de Salud 2 y la Universidad Mayor de San Andrés</p>	<p>Se tiene un equipo de 8 personas para la campaña y ejecución del proyecto</p>	<p>-Informe de coordinación entre responsable del proyecto y docentes supervisoras de las carreras participantes.</p>	<p>Existe predisposición de las instituciones a formar parte del proyecto.</p>		
<p>A2R1</p>	<p>Campaña de difusión e información sobre la importancia de la salud materna a mujeres en edad fértil y gestantes</p>	<p>Una campaña por mes para la difusión e información sobre la importancia de la salud materna</p>	<p>- Cartas de solicitud y aceptación para uso de espacios. - Material entregado - Registro fotográfico</p>	<p>Predisposición y apoyo de la directora del CSIET para la realización de la campaña.</p>	
<p>A3R1</p>	<p>Charlas de sensibilización en la sala de espera del centro de salud para informar sobre la importancia de la salud materna.</p>	<p>Dos charlas en la semana efectuada en la sala de espera del centro para sensibilizar sobre la importancia de la salud materna.</p>	<p>-Material entregado -Registro fotográfico -Banners realizados para la charla -Informe técnico de actividades.</p>	<p>El material didáctico es distribuido en las fechas programadas</p>	
<p>Para R.2.:</p>	<p>A1R2</p>	<p>Selección de un grupo de embarazadas para participar en talleres de capacitación y preparación en salud materna entre 30 a 38 semanas de embarazo</p>	<p>40 mujeres gestantes fortalecidas en conocimientos en sesiones para la atención y cuidados en el parto y postparto</p>	<p>-Nómina de participantes seleccionadas -Informe de actividad -Registro fotográfico</p>	<p>Las embarazadas seleccionadas están de acuerdo para participar</p>
<p>A2R2</p>					

<p>Talleres para mujeres gestantes en cuidados durante el embarazo, parto, postparto y neonatal.</p>	<p>Cinco talleres ejecutados</p> <p>Taller de nutrición en las diferentes etapas de la maternidad</p> <p>Taller de yoga para embarazadas</p> <p>Taller de lactancia materna</p> <p>Taller de preparación para el momento del parto</p> <p>Taller de atención del recién nacido</p>	<p>-Número de participantes</p> <p>-Guías pedagógicas de cada sesión</p> <p>- Diapositivas o imágenes elaboradas</p> <p>-Informe de actividades</p>	<p>Existe frecuencia de asistencia de las embarazadas en los diferentes talleres</p>
<p>Para R.3.:</p> <p>A1R3</p> <p>Orientación y acompañamiento de las mujeres gestantes que acuden al centro a través de grupos de apoyo.</p>	<p>Se crea un grupo de Whatsapp para brindar acompañamiento y orientación sobre el embarazo y la gestación a las mujeres gestantes.</p>	<p>-Número de participantes en el grupo de Whatsapp</p> <p>- Videos/infografías y respuestas a las preguntas.</p> <p>-Informe de actividades</p>	<p>El personal acepta y comprende la implementación de las TIC's</p>
<p>A2R3</p> <p>Seguimiento de la atención del parto, postparto y neonatal de mujeres que acuden al centro de salud.</p>	<p>Número de seguimientos personalizados a las mujeres gestantes que acuden al centro de salud vía virtual a través de video llamadas/ llamadas telefónicas.</p>	<p>- Número de seguimientos realizados</p> <p>- Número de consultas recibidas</p> <p>- Informe de actividad</p>	<p>Existe acceso a wifi y teléfono para realizar el seguimiento de grupo.</p>

<p>Para R.4.:</p> <p>A1R4</p> <p>Taller de actualización para el personal del Centro de Salud El Tejar de la Norma de Atención del Parto Intercultural.</p>	<p>Un taller ejecutado de la Norma de Atención del Parto Intercultural</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nómina de participantes</li> <li>- Guías pedagógicas de la sesión</li> <li>- Presentación Powerpoint</li> <li>- Informe de actividad</li> <li>- Registro fotográfico</li> </ul>	<p>Existe predisposición del personal de salud para participar.</p>
---	--	--	---

## b. Organigrama institucional



### c. Cronograma

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE
Identificación del problema	Lic. Cortez						
Reunión de coordinación con el CSMIET	Lic. Cortez						
Diagnóstico en el CSMIET	Lic. Cortez						
Presentación y aprobación de proyecto	Lic. Cortez						
Elaboración e impresión de material IEC	Lic. Cortez						
Elaboración de guías pedagógicas	Lic. Cortez						
Elaboración y adquisición de banners	Lic. Cortez						
Elaboración de trípticos para la difusión	Lic. Cortez						
Gestión de sala de interacción	Lic. Cortez						
Reunión de coordinación con docentes supervisoras de la UMSA	Lic. Cortez						
Implementación de la sala de interacción	Lic. Cortez						
Formación del grupo de promotoras en salud materna	Lic. Cortez						
Taller de actualización de la Norma de atención del parto intercultural	Promotora responsable						

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE
Campaña de difusión de la información	Promotora						
Selección de grupo de embarazadas que participaran en el proyecto	Equipo de promotoras						
Formación de grupos de seguimiento y orientación	Equipo de promotoras						
Taller de nutrición	Promotora de nutrición						
Taller de yoga prenatal	Promotora de fisioterapia						
Taller de lactancia materna	Promotora de trabajo social						
Taller de preparación para el parto	Promotora de enfermería						
Taller de atención al recién nacido	Promotora de trabajo social						
Seguimiento y orientación a las mujeres del proyecto	Equipo de promotoras						
Reunión de evaluación del proyecto	Lic. Cortez y CSIET						
Elaboración de informe final técnico y financiero	Lic. Cortez						

#### d. Plan de ejecución

OBJETIVO	RESULTADO	TAREAS	SUBACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA				
1. Reunión de coordinación con la Directora del CSIET para iniciar etapa de diagnóstico del problema del proyecto.	1.1. Iniciación del diagnóstico del problema.	1.1.1. Coordinación de día de visita y reunión.	1.1.1.1. Visitar el CSIET	Responsable del proyecto	05.06.21				
			1.1.1.2. Reunión con la Directora del CSIET		07.06.21				
			1.1.1.3. Asistir a la reunión informativa						
			1.1.1.4. Elaboración de informe de resultados.						
2. Planificación del proyecto	2.1. Elaboración y formulación del proyecto en base a resultados de diagnóstico	2.1.1. Coordinación para entrevista con el Comité Local de Salud 2.1.2. Reunión con el personal de salud del CSMIET.  2.1.3. Recolección de datos estadísticos del CSMIET	2.1.1.1. Coordinación de reunión con el comité	Responsable del proyecto	10.06.21				
			2.1.1.2. Asistir a la reunión con el personal.		12.06.21				
			2.1.1.3. Elaboración de informe de resultados.		13.06.21				
			2.1.2.1. Coordinación de reunión con el personal de salud.		14.06.21				
			2.1.2.2. Ejecución de la reunión		15.06.21				
			2.1.2.3. Elaboración informe de resultados.		16.06.21				
			2.1.3.1. Redacción carta de solicitud al director para realizar la recolección de datos en el CSIET		10.06.21				
			2.1.3.2. Recolección de datos de cuando de atención de control prenatal SNIS-VE		15.06.21				
			3. Presentación del proyecto a la directora del CSIET		3.1. Ejecución del proyecto	3.1.1. Concertación día de presentación del proyecto.	3.1.1.1. Redacción carta de solicitud de fecha de presentación.	Responsable del proyecto	22.06.21
							3.1.1.2. Imprimir proyecto		23.06.21
3.1.1.3. Presentación del proyecto.	23.06.21								
					24.06.21				

				3.1.1.4. Firma de aceptación para iniciar ejecución.			30.06.21
4. Elaboración e impresión de material IEC	4.1. Material elaborado para campañas y talleres	4.1.1. Diseño de trípticos.	de	4.1.1.1. Recolección de información sobre los temas que se tratarán	Responsable del proyecto		01.07.21
				4.1.1.2. Elaboración del tríptico con datos recolectados			02.07.21
				4.1.2. Impresión de trípticos			4.1.2.1. Cotización en distintas imprentas. 4.1.2.2. Elaboración de proformas. 4.1.2.3. Elección de imprenta y coordinación de impresión del material.
5. Adquisición e impresión de banners	5.1. Banners adquiridos con temática salud materna.	5.1.1. Diseño de banners	de los	5.1.1.1. Recolección de información sobre los temas	Responsable del proyecto		10.07.21
				5.1.1.2. Elaboración del banners con datos recolectados			
		5.1.2. Impresión de banners	de	5.1.2.1. Cotización en distintas imprentas. 5.1.2.2. Elaboración de proformas. 5.1.2.3. Elección de imprenta y coordinación de impresión de banners			
6. Elaboración de fotocopias para campaña de difusión	6.1. Fotocopias elaboradas para campañas	6.1.1. Realización de fotocopias	de	6.1.1.1. Cotización en distintas fotocopiadoras. 6.1.1.2. Impresión de fotocopias	Responsable del proyecto		15.07.21
7. Adquisición de aislantes para yoga prenatal	7.1. Aislantes adquiridos y entregados.	7.1.1. Cotización de importadoras de aislantes	en de	7.1.1.1. Cotización y compra 7.1.1.2. Elaboración de proformas. 7.1.1.3. Análisis y consulta acerca de características.	Responsable del proyecto		20.07.21

8. Formación de equipo de promotoras en salud materna	8.1. Acuerdo interinstitucional con la UMSA	8.1.1. Reunión de coordinación con docentes supervisoras de la UMSA	8.1.1.1. Presentación del proyecto 8.1.1.2. Socialización del cronograma de talleres y seguimiento y orientación 8.1.1.3. Delimitación del tiempo y horarios de ejecución del proyecto	Responsable del proyecto	22.07.21
9. Curso de actualización con el personal de salud del CSIET en la Norma intercultural	9.1. Curso efectuado con el personal de salud del centro de salud	9.1.1. Coordinación de fecha y hora	9.1.1.1. Reunión con la directora y el personal 9.1.1.2. Ejecución del curso de actualización	Responsable del proyecto	05.08.21
10. Campaña de difusión de la información	10.1. Proyección del CSIET con la temática de salud materna, hacia la comunidad	10.1.1. Coordinación con el equipo de promotoras para el desarrollo en la sala de espera una por mes	10.1.1.1. Ejecución de acuerdo al cronograma 10.1.1.2. Entrega de trípticos en la sala de espera a la población	Responsable asignada	15.8.21 16.9.21 16.10.21 12.11.21
11. Ejecución de talleres con mujeres gestantes que acuden al CSIET.	11.1. Taller de interacción realizada con las mujeres gestantes.	11.1.1. Promotoras elaboran material correspondiente a los temas desarrollados. 11.1.2. Extensión de invitación a las mujeres gestantes seleccionadas  11.1.3. Ejecución de talleres de interacción para mujeres gestantes que acuden al CSIET.	11.1.1.1. Socialización del cronograma de talleres de interacción.  11.1.2.1. Invitación directa durante los controles prenatales para las sesiones a las mujeres gestantes que acuden al centro.  11.1.3.1. Registro de asistentes en planillas. 11.1.3.2. Entrega de material como trípticos y fotocopias. 11.1.3.3. Desarrollo de talleres. 11.1.3.4. Conclusión de talleres 11.1.3.5. Elaboración de informes de actividad.	Responsables designados	07.08.21  08.08.21  17.09.21 21.09.21 01.10.21 15.10.21 28.10.21
13. Implementación sala de seguimiento y	13.1. Gestión con autoridades del CSIET	13.1.1. Coordinación con la directora del	13.1.1.1. Registro de mujeres interesadas en participar	Responsables designados	10.9.21

orientación para mujeres embarazadas	para utilizar wifi y realizar llamadas.	establecimiento de salud.	de	13.1.1.2. Formación de grupos de whatsapp	
16. Elaboración de informe técnico financiero	16.1. Redacción de informe técnico con informes de cada promotora.	16.1. Revisión de informes de ejecución actividades.	de	16.1.1. Solicitud de informes de coordinadores y las actividades desarrolladas.  16.1.2. Recepción de informes por producto.	Responsable del proyecto. 20.11.21
		16.2. Revisión de presupuesto y gastos realizados.	de	16.2.1. Solicitud de informes de gastos ejecutados respecto al presupuesto. 16.2.2. Recepción de informes económicos por actividades desarrolladas.	

**e. Carta de respuesta G.A.M.L.P.**



Gobierno Autónomo Municipal de La Paz

La Paz, 01 de Noviembre de 2021  
CITE: G.A.M.L.P./S.M.S.I.D./DESP. N° 0840/2021

Señora  
Liliam Rocio Cortez Laura  
Presente.

Ref.: ATENCIÓN HOJA DE RUTA SITRAM N° 70591

De mi consideración:

Habiendo tomado conocimiento de su nota de fecha 28 de octubre de 2021 adjunta a hoja de ruta Sitr@m N° 70591 en la que solicita Plan Operativo Anual Centro de Salud Integral El Tejar, al respecto para poder dar respuesta, solicito **adjuntar el proyecto mencionado** con firmas del solicitante y el tutor que señala en la presente.

Sin otro particular me despido cordialmente.

cc.: Archivo  
CKV/ca

Dra. Cecilia Katherine Vargas Vasquez  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SALUD  
INTEGRAL Y DEPORTES  
GOBIERNO AUTÓNOMO MUNICIPAL DE LA PAZ