



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
CENTRO DE INVESTIGACION Y ESTUDIO DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DE NICARAGUA



MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA 2003 - 2005

**EVALUACION DE LA ESTRATEGIA DE
INTERVENCION DE MATERNIDAD E INFANCIA
SEGURA, EN EL MUNICIPIO EL JICARO,
NUEVA SEGOVIA, AÑO 2002-2004**

**Informe final de tesis para optar al Título de
MAESTRO DE SALUD PUBLICA**

AUTOR:

Hugo José Gámez Pérez MD

TUTORA:

Dra. Martha González MD; MSc, phd.

Ocotal, Nueva Segovia, Junio del 2005

ÍNDICE.	# De Página.
i Resume	i
ii Dedicatoria	ii
iii Agradecimiento	iii
I. Introducción.	Pág. 1-2
II. Antecedentes.	Pág. 3-4
III. Justificación.	Pág. 5
IV. Planteamiento del Problema.	Pág. 6
V. Objetivos.	Pág.7
VI. Marco de Referencia.	Pág. 8-19
VII. Diseño Metodológico.	Pág. 20-21
VIII: Resultados.	Pág. 22-46
IX. Análisis de los resultados.	Pág. 47-59
X. Conclusiones.	Pág. 60-65
XI. Recomendaciones.	Pág. 66-69
XII. Bibliografía.	Pág. 70-71
XIII. Anexos.	Pág. 72-95

RESUMEN

La siguiente evaluación resume las diferentes actividades que se han venido realizando durante los años 2002-2004 en donde se ha implementado la estrategia maternidad e infancia segura en el Municipio de El Jícaro donde dicha evaluación reúne los esfuerzos del personal que labora en las diferentes unidades de salud del territorio, donde son evaluadas por el programa de atención integral a la mujer niñez y adolescencia, estas se han realizado de forma trimestral, semestral, los resultados de las mismas se han presentado a las autoridades locales, consejo de salud Municipal.

La Evaluación Externa fue asumida por la parte interesada en este caso por el Investigador de la Maestra en Salud Publica 2003- 2005, Hugo José Gámez Pérez con Cede en Ocotál, Nueva Segovia. Los sujetos de la evaluación y quienes proporcionaron los datos para hacer posible esta evaluación fueron: 12 Informantes claves de las unidades de salud, (11 puestos de salud y 1 centro de salud), El responsable de atención integral a la Mujer niñez y adolescencia de este Municipio.

Los hallazgos de esta evaluación en forma general se observa que la mayoría de las metas programadas al inicio del proyecto, pero alguna de las mismas no se cumplieron, ya que la proyección de la población en los años anteriores no se cumplían a pesar de los esfuerzos realizados por el personal de salud de cada una de las unidades de salud de los diferentes sectores, por lo que se hizo necesario hacer un reajuste de las metas a inicio del año 2004, para poder cumplir con alguna de las metas propuestas.

Las metas que se propusieron al inicio luego de realizar la línea de base del proyecto tanto las relacionadas a la mujer embarazada y al menor de un año, de acuerdo a la realidad actual del Municipio, donde también se realizó una zonificación del territorio, donde la zona A es la que corresponde a comunidades con distancia de menos de 30 minutos de distancia a pie, la zona B, la que corresponde de mas de 30 minutos y menos de una hora de distancia a pie, y la zona C donde estos grupos priorizados tienen que caminar mas de una hora a pie, (Este tipo de división bibliográficamente no esta bien sustentada pero para fines operativos se ha tomado esta clasificación).

Esta estrategia de maternidad e infancia segura, implementada con el objetivo de disminuir las tasas de mortalidad materna e infantil, ampliar las coberturas de atención en el menor de un año y la mujer embarazada.

El empoderamiento de estas estrategias por parte del personal de salud, actores sociales, y personal comunitario para darle seguimiento después de terminar el proyecto para la sostenibilidad del mismo, los logros alcanzados en cuanto a los diferentes indicadores se cumplan, tomando en cuenta que el gasto para dar seguimiento esta estrategia los mas caro en contrataciones es el recurso humano siendo una de las fortalezas con que se cuenta en este municipio.

Agradecimiento.

Agradezco a Dios en primer lugar el haberme dado la vida, la esperanza de seguir luchando la oportunidad de que en estos dos años estar compartiendo el aprendizaje, con un grupo de hermanos y colegas Hondureños, donde pudimos conocernos hasta poder concluir con éxito la meta que nos propusimos al inicio.

En segundo lugar a mis dos hijos que me prestaron el tiempo de no poder compartir con ellos, y dedicarlo a los estudios de la maestría ya que son la razón de mi vida, y los que me impulsan a seguir adelante, espero algún día retribuir ese tiempo y comprendan que lo hacía para darles un futuro mejor.

Agradezco a la madre de mis hijos quien también fue parte del esfuerzo para poder llegar al objetivo propuesto, gracias por el tiempo, y los sacrificios.

Mis mas sinceros agradecimiento a los diferentes Tutores, que uno a uno puso su granito de arena, para poder transformar a cada uno de nosotros, en unos buenos profesionales, gracias por todo el esfuerzo que hicieron para movilizarse desde la capital y estar en el tiempo establecido, en la ciudad de Ocotal para darnos la enseñanza.

A la Dra. Marta González por dedicar de su valioso tiempo para poder darme sus valiosas instrucciones en la tesis.

Al Dr. Giovanni Roa por los consejos de tutora que me dio para poder terminar esta tesis, sin escatimar esfuerzos.

Dedicatoria.

Dedico esta tesis a mis hijos que son la razón de los esfuerzos que a diario hago para poder darles lo que necesitan, a Hugo Josué Gámez Armas y al mas travieso, Luis Ramón Gámez Armas, gracias Señor por estos dos hijos, que me diste y me comprometo con ellos que les enseñare el camino justo, si me das oportunidad verlos convertidos en dos profesionales, que le sirven a la sociedad.

I - INTRODUCCION.

Uno de los principales problemas que enfrenta Nicaragua ha sido las altas tasas de mortalidad materna e infantil, sobre todo en los lugares con bajas coberturas de atención, y en zonas inaccesibles por tanto el municipio de El Jícaro no es la excepción, en este particular donde las coberturas de atención todavía no alcanzan las coberturas útiles, y las tasas de mortalidad materna e infantil todavía son altas en relación a otras zonas del departamento y del país.

En la política Nacional de salud 1997-2002, el Gobierno de la República y el Ministerio de Salud de Nicaragua, se plantean como misión; alcanzar el máximo nivel de bienestar físico y mental de la población, haciendo el sistema más accesible, mas equitativo y mas eficiente, especialmente para las mujeres, la niñez y la adolescencia, y dando prioridad a los programas de atención primaria, Las tasas nacionales de mortalidad materna a nivel nacional oscilan en 140 muertes por 100,000 nacidos vivos registrados.

En el municipio la tasa mortalidad infantil a expensas de la neonatal, perinatal, donde se han mantenido tasas que van desde 42 x 1000, a 33 x 1000 nacidos vivos registrados, existen muchas debilidades en la atención a estos grupos vulnerables, como lo es la falta de un especialista que realice valoraciones, a cada grupo en riesgo, una vez ya identificados por el personal de salud existente en el Municipio.

1.2 La iniciativa para la Maternidad e infancia segura no es más que una estrategia implementada para la reducción de la mortalidad materna e infantil en Municipios, con alta tasa de mortalidad materna e infantil, además de que pasan por un proceso para ser seleccionados, que cumplan con criterios de población y que cuenten con un personal administrativo que reúne las condiciones, para dar seguimiento a esta estrategia, esto hace que se convierta en un proyecto con tal fin, como parte de esta estrategia, esta también contribuir en mejoría de los indicadores de calidad en la atención a las mujeres y la niñez de este municipio. Desde que se implemento, los servicios de salud, han sufrido cambios de

reorganización que han impactado en el comportamiento habitual de los trabajadores.

El diseño de esta estrategia Maternidad e infancia segura nace de la necesidad de mejorar las coberturas de atención, acceder la atención a las comunidades de difícil acceso, priorizar a los grupos vulnerables en este caso la mujer embarazada y el menor de un año, también es importante que se tomó en cuenta las condiciones de población como la población de extrema pobreza.

Las condiciones de extrema pobreza que estos municipios se encuentran inmersos, se refleja en los indicadores de salud y de mala calidad de vida de los habitantes de estas localidades.

A pesar de los esfuerzos que el gobierno a través del Ministerio de Salud que viene realizando desde hace muchos años, estos no han sido lo suficientemente enérgicos, como para cambiar dicho perfil, sobre todo porque no ha existido coincidencia entre las autoridades locales para realizar acciones conjuntas que beneficien a la población de manera integral.

Con la estrategia Maternidad e Infancia Seguras, que se implementó en el año 2002-2004 se considera que la participación de la sociedad civil organizada, los líderes comunales, la red comunitaria y las autoridades locales, con su integración a los Comités Locales de Dirección, se cree que ser posible optimizar recursos y realizar acciones cuyo impacto se verá reflejado en la recuperación de indicadores de salud materna e infantil que puedan considerarse óptimos.

II- ANTECEDENTES.

En relación a los doce municipios del departamento de Nueva Segovia El Júcaro es uno que ha presentado las tasas de mortalidad materna más alta, en seis años, la tasa más alta fue en el año 1997, con una tasa de 514 muertes por cada 100,000 nacidos vivos esperados, y tres años consecutivos no se tuvieron muertes maternas hasta el año 2002, donde se finalizó con una tasa de mortalidad de 465 por cada 100,000 nacidos vivos esperados. (11)

Un de los problemas principales que ha contribuido a la mortalidad, materna en este Municipio ha sido la inaccesibilidad geográfica, la falta de atención prenatal, la educación o de información disponible a la mujer embarazada para la identificación de los signos de peligro, y prevenir las complicaciones durante el embarazo parto y puerperio. Las tasas de mortalidad se han mantenido altas, ya que existe un subregistro en cuanto a la certificación de los nacimientos, no correspondiendo a la cantidad de partos esperados, por tanto al sacar la tasa sale más alta a lo que corresponde a la realidad. (11)

Uno de los factores que contribuyen en la disminución o prevención de las muertes maternas e infantiles, corresponde al personal comunitario donde en cada uno de las comunidades existe un brigadista de salud, que realiza actividades de prevención, promoción referencia oportuna de las embarazadas a realizarse su control prenatal, además de la búsqueda activa de inasistentes al programa. (11)

La partera es otro de los componentes del personal comunitario y que trabaja en coordinación con el personal de salud en los doce sectores del Municipio, la mayoría de estas parteras son acreditadas por el MINSA. Estas atienden partos de bajo riesgo, la mayoría multigestas donde el personal de salud las identifica previamente y las clasifica de bajo riesgo, y de esta forma la partera puede tomar el riesgo de atenderlas, conociendo los signos de peligro para luego realizar una referencia oportuna. (11)

Las condiciones con que se atienden los partos, no son las óptimas, sobre todo en la disminución del riesgo de una sepsis neonatal, además en la atención de los partos prematuros que son atendidos de emergencia por lo que no se cuenta con una cuna térmica para el traslado, equipos de resucitación cardio-pulmonar, y los medicamentos necesarios para dicha atención. (11)

Después se realizó una encuesta de línea de base financiada por el proyecto, en las diferentes comunidades y con la respectiva zonificación, los encuestadores fueron imparciales a la hora de levantar los datos por lo que recibieron un entrenamiento para llevar a cabo esta función. (11)

La realización del plan de gestión en el se involucro a todo el personal del ministerio de salud a nivel local, toda estas actividades se tomo en cuenta al comité local de dirección formada por personas de la sociedad civil, autoridades locales y representantes del gobierno y algunas ONG. (11)

Toda esta programación tenía que estar acompañada con el diseño de un sin numero de reglamentos administrativos donde se diseñó, un manual administrativo financiero, el cual se capacitaron a las personas de administración, donde se observo debilidades, en dicho equipo por tanto se valora la contratación de personal de apoyo, el cual se localizaba en el centro de salud cabecera, este personal consiste en un contador, administrador, además de reforzar el rea de estadística donde la información se almacena y se le realizan los análisis respectivos. (11)

Con cada uno de los responsables de las unidades de salud, se firmaron compromisos de gestión, para hacer cumplir las metas establecidas, de acuerdo a las diferentes zonas, y el personal que labora en dicha unidad, es importante recalcar que se encontraron debilidades, con el personal que labora en algunas unidades por lo que se contrato personal para reforzar estas unidades. (11)

III JUSTIFICACION

3.1 A tres años de haberse implementada la estrategia, es importante realizar una evaluación general, para determinar si la estrategia de intervención del proyecto ha cumplido con las metas y los objetivos propuestos al inicio de la estrategia y La realización del siguiente trabajo contribuir de una manera práctica, y teórica en la formación de la investigación de salud pública, a nivel personal.

3.2 Toda esta información puede ser utilizada, para la planificación de actividades por los trabajadores de salud del Municipio, también para la retroalimentación de la información al personal comunitario para redefinir y cumplir con las estrategias para la segunda etapa del proyecto. El estudio puede servir de base para otros estudios, sobre maternidad segura en el municipio, redefinir las estrategias, ya implementadas, as como la evaluación del mismo.

IV PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿Cómo, la estrategia de intervención de Maternidad e Infancia Segura ha contribuido con el aumento de las coberturas de atención de la mujer embarazada y al menor de un año y de reducir la mortalidad materna e infantil, durante el periodo 2002-2004 en El municipio de El Júcaro Nueva Segovia?

De esta interrogante se deriva las siguientes preguntas específicas:

- 1 ¿Cuál ha sido la mejoría de las coberturas de atención en la mujer embarazada después de implementarse la estrategia?
- 2 ¿Cuál ha sido el cambio en el comportamiento de las principales complicaciones obstetricias después de implementarse la estrategia?
- 3 ¿Cómo ha contribuido la Estrategia de Maternidad e Infancia Segura en cuanto al comportamiento de la mortalidad materna?
4. ¿Cuál ha sido los cambios en las coberturas de atención de vigilancia y promoción del crecimiento y desarrollo en el menor de un año?
5. ¿Cómo ha contribuido la estrategia de maternidad e infancia segura en el comportamiento de las complicaciones en el menor de un año después de implementarse?
6. ¿Cuáles han sido los cambios de la mortalidad neonatal e infantil en el Municipio de el Júcaro, Nueva Segovia después de implementarse la estrategia maternidad e infancia segura?

V. OBJETIVOS

Objetivo General.

5.1 Describir las contribuciones de, la estrategia de intervención de Maternidad e infancia segura ha contribuido con el aumento de las coberturas de atención de la mujer embarazada y al menor de un año y de reducir la mortalidad materna e infantil, durante el periodo 2002-2004 en el municipio de El Jícaro Nueva Segovia.

5.2 Objetivos específicos.

- 1 Valorar las coberturas de atención en la mujer embarazada después de implementarse la estrategia.
- 2 Analizar el comportamiento de las principales complicaciones obstetricias después de implementarse la estrategia.
- 3 Identificar las contribuciones de la estrategia de maternidad e infancia segura en cuanto al comportamiento de la mortalidad materna.
4. Evaluar las coberturas de atención de vigilancia y promoción del crecimiento y desarrollo en el menor de un año.
5. Analizar las contribuciones de la estrategia de maternidad e infancia segura en el comportamiento de las complicaciones en el menor de un año después de su implementación.
6. Identificar los cambios de la mortalidad neonatal e infantil en el Municipio de el Jícaro Nueva Segovia después de implementarse la estrategia maternidad e infancia segura.

VI MARCO TEORICO.

La estrategia “Maternidad Segura” presentada mundialmente en Nairobi contribuyo a que muchos pases con alta mortalidad materna, como Nicaragua, diseñarán políticas de salud pública que favorezcan su reducción. (1)

Maternidad segura depende de múltiples factores tales como: Estado Nutricional de las mujeres, conocimiento sobre signos y síntomas de peligro durante el embarazo, parto puerperio, existencia de infraestructura, sanitaria, acceso a los servicios de salud de calidad, y personal calificado, acceso al transporte para el traslado oportuno de las urgencias hacia unidades de mayor resolución. (1 - 2)

En Nicaragua, la tasas de mortalidad materno infantil, constituyen uno de los principales problemas de salud, lo que ha motivado que el ministerio de salud, a través de la dirección de atención integral a la mujer, niñez y la adolescencia, priorice la atención de calidad a las mujeres y la niñez especialmente a la población en extrema pobreza y con problemas de accesibilidad a los servicios de salud. (2, 3).

Los protocolos de atención Obstetricia (Embarazo, parto y puerperio) y protocolo de atención al menor de un año, forman parte de los conocimientos, para el fomento de la maternidad segura, en Nicaragua y en los pases donde se implementa, por tanto la actualización y estandarización del personal encargado de la atención a estos grupos de atención, para el manejo de las principales patologías causantes de mortalidad materna e infantil. (3, 4,)

El embarazo, parto y puerperio son periodos sumamente cambiantes por lo que las personas que trabajamos en salud se deben de conocer los cambios normales producidos por el embarazo y las principales anomalías durante el mismo. (7)

Independientemente del nivel de resolución de los establecimientos de salud donde nos encontramos con lo más importante en reconocer e interpretar los signos y síntomas de alarma sobre todo en situaciones en que la vida de feto y la madre se encuentren en peligro, de esta forma poder referir eficazmente a servicios de mayor nivel de resolución. (2, 4)

En la política Nacional de salud 1997-2002, el gobierno de la república y el Ministerio de Salud de Nicaragua, se plantean como misión el alcanzar el máximo nivel de bienestar físico y mental de la población, haciendo el sistema más

Accesible, mas equitativo y mas eficiente, especialmente para las mujeres, la niñez y la adolescencia, y dando prioridad a los programas de atención primaria (4).

As mismo, entre los retos del MINSA para cumplir con su misión y avanzar en la reforma institucional se consideran, entre otras cosas.

- 1 Incorporar nuevas modalidades de organización y gestión.
- 2 Implementar nuevas alternativas de financiamiento, y
- 3 Profundizar la descentralización municipal, potenciando la participación de instituciones y grupos sociales en el abordaje y solución de los problemas de salud de la población y el ambiente, tomando en consideración sus intereses, prioridades y características socioculturales.
- 4 En la mencionada política nacional de salud se asegura que el proceso de descentralización se debe profundizar hacia los municipios a fin de acercar las decisiones prioritarias en cuanto a la atención sanitaria de los servicios de salud. (5)

Para ello los Municipios adquieren funciones.

- 1 En cuanto a la promoción de la participación ciudadana y comunitaria en los niveles locales correspondientes, a través de las diferentes organizaciones de los municipios.
- 2 El establecimiento de mecanismos de coordinación intersectorial.
- 3 La ejecución de acciones integrales a grupos población en riesgo y población en pobreza. (5)

Sobre ese primer aspecto de la participación ciudadana y comunitaria en el texto de dicha política señala que es “condición imprescindible para el modernización del Ministerio de salud, el desarrollo e implementación de mecanismos e instancias donde los usuarios participen activa responsable y organizadamente en la planificación, gestión y control de los diferentes niveles del sistema. En el nivel local el Ministerio fomentara el reconocimiento de los diferentes actores agentes e instrumentos de la sociedad producen salud dando participación a la comunidad en los diferentes niveles operativos. (4)

Al respecto el fondo de maternidad infancia Segura FONMAT, como

tercer componente del programa de modernización de la red hospitalaria del MINSA, que patrocina el BID, esta destinado a fortalecer el financiamiento modernizar la gerencia e incrementar la calidad y cobertura de la atención materna y del infante en municipios con mayores índices de pobreza y de mortalidad materna del país incluyendo comunidades indígenas, En esa línea el FONMAT, financia a prestadores públicos y privados para que ofrezcan, y gestionen un paquete de atención a la salud durante el embarazo, parto y puerperio y primer año de vida del infante. (1)

La alta tasa de incidencia de enfermedades respiratorias y diarreicas se compagina con la alta tasa de mortalidad en los menores de 5 años. Otras patologías de importancia epidemiológica son: la parasitosis intestinal, enfermedades dérmicas (pió dermatitis, leishmaniasis), enfermedades ginecológicas (leucorrea, anexitis, vaginitis) y las enfermedades crónicas como la artritis, asma bronquial, cardiopatías, diabetes, epilepsia, etc.

Debido a las condiciones socio-económicas previamente descritas y las características geográficas y climáticas de la zona, as como los factores predisponentes de la población y la presencia de vectores, las enfermedades de transmisión vectorial como la malaria, dengue, Chagas y leishmaniasis predominan en el cuadro epidemiológico de ambas localidades. En menor proporción esta zona se ha visto afectada por la enfermedad del Cólera.

Existen muchos factores que contribuyen a que la atención no llegue en tiempo y forma a la población que más la necesita o lo solicita y entre otros, encontramos la inaccesibilidad geográfica, la ubicación alejada de las comunidades de las rutas de penetración, los recursos humanos insuficientes, el presupuesto fiscal incompleto, la infraestructura deteriorada y la falta de priorización por parte de autoridades, al momento de realizar inversiones públicas.

Proyecto fondo para la maternidad e infancia segura persigue los diferentes objetivos específicos.

- 1 Garantizar la provisión de un paquete de servicios de alta calidad para la atención del embarazo, parto puerperio y el infante (menor de un año) particularmente en zonas de difícil acceso a los servicios de salud.
- 2 Mejorar la eficiencia de coordinación entre los proveedores de los servicios de salud.

3 Facilitar el acceso a servicios mediante estrategias de apoyo comunitario.

1. infancia segura, as como de los profesionales de la salud, involucrados en la red de servicios de salud públicos y privados.
2. la identificación de los principales obstáculos para los mecanismos de referencia y contrarreferencia desde el nivel comunitario hasta el segundo nivel.
- 4 La identificación y análisis de fallas en la calidad de los servicios, en relación con actitudes y prácticas de los profesionales Mejorar el sistema de referencia y contrarreferencia entre el primer nivel de atención y los hospitales. (7)

Entre tanto el paquete mínimo de atención materna y perinatal del programa contiene lo siguientes:

- 1 Atención del embarazo, el parto, puerperio, y el neonato normales, Y
- 2 Atención del embarazo el parto y el puerperio y el neonato con complicaciones. (7)

El programa tiene dos innovaciones importantes la contratación de proveedores gestores y el aporte comunitario en efectivo o en especie. (Pago)

En los pases donde se ha implementado la estrategia de mortalidad segura, se han realizado las siguientes actividades.

3. El diseño y supervisión de los estudios de línea de base en los lugares donde se implementa los sub. proyectos.
4. La elaboración de una guía metodologica de monitoreo y evaluación del Fondo para la maternidad e infancia segura.
5. El análisis de los conocimiento actitudes y practicas de las poblaciones metas del Fondo para la maternidad e infancia segura así como de los profesionales de la salud, involucrados en la red de salud públicos y privados.
6. La capacitación de los proveedores gestores en las técnicas cualitativas de monitoreo y evaluación.
7. La definición de las estrategias apropiadas para fomentar la participación comunitaria. (6)

Los propósitos del gobierno de Nicaragua y el MINSA de alcanzar el máximo nivel posible de bienestar fisco y mental y de la estrategia de

maternidad e infancia segura es de asegurar la mayor calidad de los servicios de atención del embarazo parto y puerperio, y el niño menor de un año, no pueden realizarse al margen de las representaciones culturales que sobre la salud se construyen los Nicaragüenses, sobre todo cuando unas de las estrategias principales del programa se sustenta en el apoyo comunitario. (8).

El Rol del personal comunitario en la participación de la estrategia maternidad e infancia segura.

Uno de los personajes con mayor protagonismo de la estrategia es la partera o comadronas las que suelen gozar de un salido prestigio y conocimientos que deberán ser mejor valorados por el personal Médico de sistema publico, de salud, en general, se trata de mujeres que han superado la menopausia, situación que suele ser interpretada por el codito campesino como favorable por lo que ya no son susceptibles de ocasionar daos involuntarios a los niños que ayuden a nacer. As mismo las mismas parturientas, sobre todo las más jóvenes, suelen sentirse en la presencia de las parteras cuando asisten a las unidades de salud. (8)

Efectivamente existe la impresión de que por razones culturales diversas pena, perjuicios, o mera desconfianza hacia el personal de la unidad de salud, generalmente extraño a la comunidad) mucha gente aun prefiere la atención de las parteras, a veces se trata de partera de la familia, además estas suelen mediar entre los hombres cuando los mismos se oponen a que sus mujeres acudan a las unidades de salud. Los esposos suelen acceder porque conocen a la partera, le tienen respeto y a veces es la misma comadrona que los trajo a luz a ellos mismos. (8)

Así mismo, en muchos casos, la partera ofrece un servicio que el sistema publico no puede ofertar, atender el parto quedarse hasta cuatro das en la casa de la parturienta, cocinar, planchar, y dar de comer al marido, y los demás hijos. (8)

La planificación familiar tiene cada vez más acogida entre las mujeres, aun entre las que proceden de los medios rurales, pero aun se enfrentan resistencias, sobre todo de los maridos o compañeros, que muchas veces temen que por ello su compañera les pueda ser infiel, pero también de los líderes religiosos de las comunidades. Al contrario, parece que las parteras han sido uno de los vehículos de promoción de la planificación. (7)

año 2003, hasta un 95% del año 2004 lo que se debe también al esfuerzo realizado por el personal de enfermera en dicha zona. Tabla # 1
Resultados de captación de embarazadas por zonas de acceso durante el primer trimestre de embarazo en los puestos de salud.

8.1.2 A nivel de puestos de salud donde la atención en su mayoría; es realizada por el personal de auxiliar de enfermera, se puede observar que en el año 2002 la cobertura fue de un 97%; bajando a un 88%, al año 2003 para luego ascender a un 98.5% en el año 2004 sin poder alcanzar en la zona " A" de dichos puestos de salud un 100% de cobertura. Tabla # 1

Zona " B" desde las captaciones realizadas en el primer trimestre de los puestos de salud donde se puede observar que la zona " B" del año 2003 alcanzó el 100%; de cobertura cayendo en un 99% en el año 2004 obtuvo en descenso de 1%; por esto tuvieron coberturas mejores que el año 2002. Tabla # 1

En cuanto a los resultados encontrados en la zona " C" de los puestos de salud; se puede observar que hubo un drástico descenso en el año 2003, donde las coberturas llegaron a un 68% luego de tener un 77% en el año 2002 y para tener una mejor significativa en el año 2004 con un 100%. Tabla # 1

Captaciones de embarazadas en el primer trimestre del embarazo según personal que lo atendió

Auxiliar de enfermera en cuanto a las captaciones de auxiliar de enfermera por zona " A" podemos encontrar, que para el año 2002 las coberturas fueron de un 100%; al igual que el año 2003 pero en el año 2004 hubo un drástico descenso de un 82% en relación a la meta programada. Tabla # 1

En cuanto a la captación de embarazadas en el primer trimestre por zona " B" también las coberturas no alcanzaron el 100% pero la mejor cobertura la obtuvo el año 2002 con un 93%, luego descendió a un 87% hasta terminar en un 68% en el año 2004. Tabla # 1

En cuanto a la captación en la zona " C" por auxiliar de enfermera las mejores coberturas la obtuvieron en un 100%, en el año 2002 y 2003 para obtener una cobertura de 97%. Tabla # 2

8.1.3 Captación de embarazadas por personal de enfermera y por zonas. Las coberturas cumplidas en un 100% para los años 2002 y 2004, con un descenso marcado durante el año 2003 con un 67% en relación a las metas programadas

Captaciones de embarazadas en el primer trimestre de embarazo por zona " B" podemos encontrar que estas coberturas no alcanzaron ni el 90% donde el año que obtuvo el 88%; fue el año 2003 con un 58% en el año 2004 y un 47% en el año 2002 esta fue en forma irregular. Tabla # 2

En cuanto a la zona " C" en el primer trimestre de embarazo por personal de enfermera en esta zona existe las coberturas más bajas y las mejores coberturas en relación a los tres años un 65% se obtuvo en el 2004; le sigue el año 2003 con un 61% y un 31% en el año 2002. Tabla # 2

8.1.4 Captación de embarazadas en el primer trimestre del embarazo por médicos generales.

En cuanto a las captaciones de embarazadas en la zona " A" se puede encontrar, que el 96%; la obtuvo el año 2002 bajando a un 86%; en el año 2003 para luego alcanzar una cobertura de un 100% en el año 2004.

Captación de embarazadas en el primer trimestre por personal médico en la zona " B" : en esta zona se obtuvieron las mejores coberturas del 100%, en el año 2003 con un 71% en el año 2004, en relación a la captación de embarazadas por médico en la zona " C" ; podemos decir lo siguiente en esta zona se sobre cumplieron las metas sobrepasaron el 100%. Tabla # 2

8.1.5 Captación de embarazadas en el primer trimestre de gestación por zona de acceso y según el personal que lo atendió.

Perfil de especialista en relación de captación de embarazadas en el primer trimestre en la zona " A" , podemos encontrar que el año 2002, obtuvieron una cobertura de 100% bajando a un 75% en el año 2003 con un ligero ascenso de un 88% en el año 2004. Tabla # 2

Captación de embarazadas en el primer trimestre de embarazadas por especialista en zona " B" la cobertura más alta fue de un 86%; en el año 2003 para bajar a un 42% en el año 2004 y a un 36% en el año 2002.

Captación de embarazadas en el primer trimestre en la zona " C" donde el 43%; que es la cobertura más alta la obtuvo el año 2003, luego el 2004 con un 34% y para caer a un 15% de cobertura en el año 2002. Tabla # 2

8.1.6 Cuatro controles y más aquí se puede observar que en la zona " A" , la cobertura de cuatro controles las mejores coberturas se obtuvieron en el año 2002, con un 100% y el año 2003 con un 98% y para el año 2004 obtuvo una cobertura de 97%. En la zona " B" los resultados fueron similares, de los cuatro controles y más los tres años las coberturas estuvieron cercanos al 100%, 94% y el 98%.

La captación de embarazadas en la zona " C" las coberturas disminuye un poco, de obtener en el año 2002 una cobertura de un 94% a un 93% en el año 2003 y un 88% en el año 2004.

En relación a la atención de auxiliares de enfermera en la zona " B" ; la atención por este perfil de personal se mantuvo estable, en un 7% menos en el año 2003 en relación al resto del año. Las consultas arrojadas en la zona " C" se puede observar que las auxiliares de enfermera, atendieron más consultas en el año 2004 con un 10% menos de atención en el año 2003. Las consultas de altos riesgos tetricos por zonas de acceso atendidos por personal médico. Tabla # 3

En cuanto a la atención del personal médico en la zona " B" , se atendió más consultas, en el año 2003 y 2004 con un 20% menos en el año 2002.

Las atenciones de consultas de altos riesgos tetricos por zonas de acceso y por personal médico en la zona " C" ; el año 2004 es donde se atendió más consultas con un 6% menos, en el año 2003 y un 40% menos en el año 2002 en relación al año 2004. Tabla # 3

8.1.7 Los partos institucionales por zonas de acceso año 2002,2003 y 2004 en cuanto a la zona " A" el que presenta un mayor porcentaje de partos institucionales programados en el año 2003 con un 52% de partos institucionales, le sigue el año 2004 con un 48% de los partos institucionales y por ultimo el año 2002 con un 46% de partos institucionales.

Tabla # 5

Partos institucionales por zonas de acceso

Zona " B" el que presenta mayor porcentaje de partos institucionales

es el año 2004 con un 49%, le sigue el año 2003 con un 47% y por ultimo el año 2002 con un 45%. En cuanto a la atención de partos institucionales, en zona " C" el que presenta mayor cobertura es el año 2003 con un 44%, le continua el año 2004 con un 42.05% y le sigue el año 2002 con un 39%.

Tabla # 5

Atención de partos institucionales y domiciliar durante el periodo 2002, 2003,2004 el año donde mayor partos institucionales fue en el año 2004, le sigue el año 2003 con un 65% del total del parto del 2004 y el 2002 con un 52% en relación al parto.

Partos domiciliarios corresponden a la Mayorga de los partos totales casi en un 60%, el año donde se atendieron mas partos institucionales fue el año 2003, le sigue el ao202 con un 85% del total de partos y en el año 2004 tenemos un 85% en relación a los partos totales .

Tabla # 5

Partos institucionales por zonas de acceso, por personal de salud que lo atendió

Los partos atendidos por personal de enfermera en la zona " A" el año donde se atendieron mas partos fue el 2003 y 2004 y el año 2002 se atendió el 50% en relación con los año 2003,2004.

Tabla # 5

Partos institucionales por zona de acceso por personal de enfermera zona " B"

El año donde se atendieron más partos fue el año 2004. le sigue el año 2003 con un 50% menos con relación al 2004, el año 2002 no se atendieron partos.

En la zona " C" el año donde se atendieron mas partos fue el año 2004, le continua el año 2002 con un 50% menos en relación al año 2004 y el año 2003 con un 25% con relación al año 2004.

Tabla # 5

Partos insritucionales por zona de acceso sea por personal de enfermera , el año donde se atendieron mas partos fue el año 2004, le sigue el año 2003 con un 980% con relación al año 2004. El año 2002 con relación con un 60% en relación al año 2004.

Atención de partos institucionales por enfermera zona " B" los tres años tuvieron cobertura similares, los tres años y el año 2004 fue donde se atendieron mas partos.

Tabla # 6

Atención de partos institucionales por zona de acceso y por perfil de enfermera zona " C" . Los años donde se atendieron partos institucionales fue el año 2002 y 2003 en iguales proporciones en el año 2004 no se atendieron partos por personal de enfermera.

Tabla # 6

Atención de partos institucionales por zonas de acceso perfil medico zona " A" el año donde mayor partos se atendieron fue el año 2004, le sigue el año 2003 con un 80% en relación a los partos atendidos en el 2004 y el año 2002 con un 70% de los partos atendidos en el 2004.

Tabla # 6

Partos institucionales atendidos por médicos generales zona " B" el año donde se atendieron mas partos fue el año 2004, le sigue el año 2003 con un 79% en relación al año 2004 y por ultimo el año 2002 donde se atendieron un total de partos correspondiente a un 58% en relación al año 2002.

Tabla # 6

Partos atendidos por médicos generales zona " C"

El año donde se atendieron mas partos institucionales fue el año 2004 un 79% en relación a la meta programada, le sigue en orden de atención los partos institucionales en año 2003 con un 62% en relación a la meta programada, le sigue el año 2002 de partos institucionales con un 48% a la meta programada.

Partos institucionales por zonas de acceso y atendidos por especialistas Estos partos son los que se atendieron con referencia del hospital.

Tabla # 5

Atención de partos institucionales por especialistas con zona " A" En el año que se atendieron mas partos institucionales fue el año 2004 donde se atendieron mas del 100% de la meta programada, le continua el año 2002 con un 98% de la meta programada y el año 2003 con un 94% de la meta programada, es importante señalar que los partos atendidos en el hospital se programan de tal forma que la mayoría de los partos se han atendidos en las unidades de salud del municipio.

Tabla # 5

Partos institucionales atendidos por especialistas zona " B" . El año donde se atendieron más partos institucionales fue el año 2004 con más de 100% de la meta programada y las coberturas de partos institucionales por especialistas del año 2002 y 2003 fueron un 97%.

Partos institucionales atendidos por especialista zona " C siempre el año donde se atendieron mas partos fue en el 2004 con mas del 100% programada , le sigue el año 2002 con un 96% de la meta y el año 2003 con un 88% de la meta. Tabla # 6

1.8 Partos institucionales por zonas de acceso y por lugares de atención. Partos institucionales atendidos en el centro de salud zona "A" el año con mas atenciones con partos institucionales zona "A" fue el año 2003 con un 78%, le continua el año 2004 con un 75% de la meta programada y por ultimo el año 2002 con un 56% de la meta .

Tabla # 6

Partos institucionales por zona de acceso y lugar de atención. Centro de salud zona "B". Las coberturas mas altas con un 84% en el año 2004, le sigue el año 2003 con un 72% de cobertura de la meta programada el año 2002 con un 65% en relación a la meta programada

Tabla #6

Partos institucionales por zona de acceso y lugar de atención Centro de Salud zona "C" las mejores coberturas fueron en el año 2004 con un 78% de la meta, les sigue el año 2003 con un 96% de la meta programada.

Tabla # 6

Partos institucionales por zona de acceso y lugar de atención puestos de salud zona "A" las atenciones del parto institucionales alcanza en el año 2004 en un 9% programada y el año 2002 que tiene u 5% de la meta.

Tabla # 6

Las atenciones del parto institucional zona "B" puesto de salud. En el año donde se atendieron más partos institucionales fue el año 2004 con un 17% de la meta, le continúa el año 2003 con un 6% y el año 2002 no se atendieron partos en el puesto de salud.

Los partos institucionales en puestos de salud de zona " C" el año donde se atendieron mas partos en esta zona fue el año 2004 con un 23% de la meta, le sigue el año 2002 con un 12% de la meta y por ultimo el año 2003 donde se atendieron un 8% de la meta programada.

Tabla # 6

Partos institucionales por zona de acceso atendidos en el hospital. En este caso el hospital atendió más partos en el año 2004 con un cobertura del 100% en relación a la meta, le sigue el año 2003 con un 96% de la meta programada y el año 2002 con un 78%.

Partos institucionales por zona de acceso atendidos en la zona " B" , las coberturas del parto estuvieron cerca al 100% en el año 2004, le sigue el año 2002 con un 84% y le sigue el año 2003 con un 78% a la

Participación ciudadana en la implementación maternidad e infancia segura.

Se advierte la existencia en el territorio de una gran variedad de líderes, de organizaciones y organismos, algunos de los cuales cuentan con recursos procedentes de la cooperación externa. No parece existir, sin embargo un nivel adecuado, de coordinación esto conlleva a realizar un doble esfuerzo, en algunas comarcas y descuidarlos en otras. Eso también advierte de la urgencia de un inventario de recursos de salud por comarca y municipio, mapeo y coordinaciones intersectoriales para aprovechar los recursos de otros organismos y de otras reas de salud. (8)

En general, se observa una concepción utilitaria en el manejo de la participación, limitada a brigadistas, colaboradores y parteras que se involucran en tareas operativas (vacunaciones, control de la malaria etc.) o de apoyo (Limpieza de centro de salud y predios del mismo), tareas a las que se convoca, pero no a la administración, de las políticas ni en la toma de decisiones. Estos forman una red que suele estar muy bien organizada que en determinados casos involucra a otros habitantes de la comunidad. (8)

Algunos ONG' s y otros organismos locales, departamentales y nacionales, señalan como problemáticas las relaciones del sistema de salud con la comunidad, consideran que el personal técnico o profesional de las unidades de salud pública tienden a no creer en las capacidades de la gente y reconocer su labor, por ende, se relacionan mal con el personal voluntario, tendiendo a lesionar la dignidad de la comunidad, en consecuencia, la gente oculta sus creencias y tiende a ver extraño o foráneo al personal de salud. (7)

La asistencia a las unidades de salud y sobre todo, a los hospitales se asocia con la muerte y una serie de mitos y creencias relacionadas, muchas de las embarazadas, parturientas y mujeres en general no asisten a las unidades de salud por vergüenza, ignorancia o simplemente porque los maridos no las dejan, en general, el peso del desequilibrio cultural y emocional suele aislar a las mujeres rurales, que muchas veces rechazan, ser sometidas a revisión, de un extraño y tener que hablarle. También inciden en gran medida la incomodidad, la perdida de tiempo, los perjuicios, y el miedo a la imagen y practica de las unidades de salud. (5)

La estrategia maternidad e infancia segura es ubicado por las autoridades superiores e intermedias del ministerio de salud, en el

contexto de la misión planteada por el gobierno de la república en la política nacional de salud 1997-2002 de hacer más accesible, más equitativo y más eficiente el sistema de salud pública de la nación, con prioridad en los programas de atención primaria especialmente para las mujeres, niños y niñas, incorporando nuevas modalidades de organización y gestión, implementando nuevas alternativas de financiamiento, profundizando la descentralización de la prestación de servicios, hacia terceros y potenciando la participación de instituciones y grupos sociales en el abordaje y solución de problemas de salud de la población, a partir de intereses, prioridades y características socioculturales. (5)

La voluntad de la población de colaborar con el impulso de la salud en las comunidades y apoyar con todo aquello que este al alcance, incluyendo el rea de atención materno infantil, es evidente. Sin embargo, en los ámbitos intermedios, y de base no se ve factible la participación económica de la población en el programa, porque se considera que los niveles de pobreza, y extrema pobreza, o miseria real en la que vive la mayoría de las familias no le permite, entre tanto en situaciones de urgencia de la solidaridad comunal se activa y funciona la colecta de efectivo como uno de los principales mecanismos de ayuda. Entre tanto algunos directivos de los organismos consultados consideran la necesidad de desarrollar la capacidad económica y productiva del país antes de pensar en un aporte económico de la población. (8)

Definición de Evaluación.

La evaluación plantea una visión crítica de los diferentes componentes de la planificación y la programación, la evaluación debe tener juicios de valor que se deben efectuar sobre los diferentes componentes de un programa. (10)

La meta de la evaluación es realizar un juicio sobre una actividad un recurso, o un resultado, este esta basado en criterios y normas, por criterio se refiere a una característica observable, es decir un indicador o una variable que se corresponde con los componentes del programa evaluado. A si el objetivo es reducir la mortalidad peri natal, el criterio ser mortalidad peri natal. (10)

Convierte en operativo al criterio atribuyéndole un valor numérico, en el caso del programa de peri natalidad presentado antes, supongamos que el objetivo perseguido sea el reducir la mortalidad peri natal a 10 muertes por 1000 nacidos vivos en este caso la norma es de 10 por 1000. (10)

Las normas pueden establecerse de dos maneras, normativa es decir, a partir del juicio y de la opinión de un grupo de individuos bien informados y considerados como componentes en la materia, o de manera empírica, es decir en función de experiencias anteriores que provengan sea de la investigación, sea de la comparación con otros sistemas o programas juzgados semejantes. (10)

El problema planteado por los criterios y las normas es fundamentalmente el de la validez, en primer lugar quien lo define? Lo hace un grupo de profesionales o de beneficiarios ¿Lo hace un grupo de presión o bien es la sociedad por medio de sus representantes políticos? Según los individuos implicados y las normas pueden ser definidos de manera muy diferente. (10)

También puede definirse la evaluación como un proceso que consiste en determinar y en aplicar criterios y normas y con el fin de emitir un juicio sobre los diferentes componentes del programa, tanto en el estado de su concepción como de su ejecución, a si sobre las etapas del proceso de planificación que son previas a la programación. (10)

La evaluación se diferencia de la simple vigilancia del estado de salud de una población o del desarrollo de un programa en el sentido en que esta no comporta necesariamente juicios de valor a partir de normas, por otra parte es evidente que la misma información puede servir a la vez para la vigilancia y para la evaluación. (10)

Las preguntas que concierne a los parámetros de la evaluación, se propone el siguiente marco conceptud que intenta responder a las tres preguntas.

- 1 ¿Quienes son los beneficiarios a los que se dirige el programa?
- 2 ¿Quines son los proveedores de servicio?
- 3 ¿Sobre que elementos del programa debe efectuarse la evaluación?

En el nivel de los beneficiarios, los servicios pueden dirigirse a individuos indiferenciados, una clientela mas precisa o bien a una población objetivo, finalmente, el nivel de los individuos corresponde a cualquier otra manera de reagruparlos, puesto que las tres categorías no son exhaustivas. (10)

La segunda dimensión representa el nivel de los proveedores de servicios profesionales u otros. Aquí, la progresión puede ir desde un simple individuo (por ejemplo, un Médico que trabaja solo) hasta un programa o incluso un sistema de salud, igualmente puede ser representada una organización como un hospital o cualquier otro establecimiento de cuidados. (10)

El tercer parámetro constituye el punto central del marco conceptual y del proceso de evaluación: Qué el elemento del plan, del programa o del sistema de salud es objeto de la evaluación? Hemos visto anteriormente que los elementos de los programas de salud eran los recursos, las actividades a los servicios y los objetivos.

Estos tres elementos corresponden a lo que, de manera clásica, se convierte en llamar la evaluación de estructura, del proceso y de los efectos. (10)

La evaluación de los efectos generalmente ha sido privilegiada cuando se trata de un programa de salud. Al contrario, la evaluación de calidad de cuidados ha sido el objeto de la evaluación confraternal centrada en el proceso, finalmente la evaluación de los establecimientos de salud, recurre a métodos relacionados con la estructura, La elección de un procedimiento y de un método no corresponde a los problemas, sino igualmente, a posiciones ideológicas de los individuos implicados. (10) de los recursos específicos a la realización de actividades igualmente específicas. Por lo mismo, en el nivel de los objetivos su realización se evalúa en relación con actividades específicas, por tanto, es una red de relaciones de determinaciones la que hay que evaluar, y no solamente. (10)

Diseño y propósito de la línea de base implementada antes del proyecto.

Línea de base.

La investigación fue realizada mediante la aplicación de un cuestionario individual dirigido a madres con niños menores de 2 años de edad. Los temas abordados en la encuesta se refieren a datos generales de la comunidad y de la madre, historia obstétrica, historia de su atención prenatal, del parto y el puerperio, así como los datos relacionados con la atención del niño en el programa de VPCD.

Se realizó la estimación del número de mujeres en edad fértil de cada una de las comunidades por zonas de acceso y calculándose el intervalo de la muestra al azar se definió el 10% de mujeres como representación de la muestra, de tal forma que se obtuvieron conglomerados acumulativos hasta alcanzar el total estimado, que fue de 166 mujeres.

La muestra fue calculada de acuerdo a los embarazos esperados en cada comunidad para el año 2001. Un total de 86 comunidades fueron clasificadas en A, B y C de acuerdo al nivel de accesibilidad hacia la unidad de salud con mayor capacidad de resolución, es decir, el Centro de Salud Municipal. Las zonas se definieron de acuerdo con los siguientes criterios:

Componentes de la implementación.

Actividades realizadas para el cumplimiento de la estrategia maternidad e infancia segura en el Municipio El Jícaro.

Las actividades realizadas desde el inicio del proyecto en este municipio, se dio con el primer paso de entrar en un proceso de selección con otros Municipios, donde salió beneficiado con esta estrategia, por lo que después se programaron las diferentes actividades involucrando a todo el personal, teniendo previo conocimiento de los datos de la línea de base, realizada al inicio del proyecto en el año 2001, (Esta ya fue explicada ampliamente anteriormente).

Las metas se planificaron de acuerdo a la población de cada comunidad y zona, siendo los protagonistas de estas metas las auxiliares de enfermera, o el personal responsable de cada unidad de salud; La sectorización en el Municipio se da como parte de tener una mejor distribución del personal y los recursos médicos, insumos y material de reposición periódica, existen zonas con comunidades de fácil y difícil acceso, las cuales se dividen en Zona A, B, C, de acuerdo a la distancia en tiempo a la unidad de salud.

En cada una de las unidades de salud, existe una sala para la atención de la mujer embarazada, y el menor de un año, con el equipamiento básico,

suministraron por el MJNSA, pero en los lugares donde hacían falta se complementaron con el proyecto, para cada una de las salas de atención; En alguna de las unidades de salud donde la infraestructura no prestaba las condiciones se realizaron, algunas remodelaciones, también en la sala de labor y parto, del centro de salud cabecera, donde se le hicieron reparaciones.

El equipamiento básico suministrado en cada una de las unidades de salud, por el FONMAT, Planteado en el plan operativo, para los cuatro años del proyecto, son las herramientas con las cuales se van a cumplir con todas las coberturas planificadas por el proyecto, al mismo tiempo se doto con un medio de transporte para el traslado de estos grupos priorizados, desde las comunidades inaccesibles hasta el centro de salud cabecera y de aquí a la cabecera departamental en este caso el Hospital de referencia donde son valorados por los especialistas ya que en el municipio no hay este tipo de atención.

Como ya se menciono anteriormente el proyecto contemplo la contratación de personal entre ellos las auxiliares de enfermera. las que se ubicaron en las unidades distantes, el trabajo que realizan es mas que todo de terreno, en coordinación con el personal comunitario, (parteras y brigadistas), los que conocen el territorio y saben que hay mujeres embarazadas y niños menores de una año que no están llegando a las unidades de salud, a este tipo de trabajo se le denomina de terreno, o de captación de inasistentes a los diferentes programas.

También se realizan otras actividades como las brigadas medicas móviles, donde se realizan un sinnúmero de actividades como las de promoción de la salud en las diferentes comunidades, actividades curativas como las consultas por Medico, donde también hace los primeros ingresos, estas actividades se programan cada quince das o cada mes, dejándose las respectivas citas en los lugares donde se considera que los grupos priorizados tendrán dificultad para llegar a las unidades de salud.

Las atenciones de estos grupos priorizados están basados en un protocolo de atención elaborado por el proyecto, uno para la mujer embarazada y el otro para el menor de un año, estos están divididos en el protocolo para personal de enfermera y el otro para el personal medico, para la capacitación en estos protocolos se traslado al personal de salud de las diferentes comunidades por quince das, de una forma intercalada para no dejar de atender por completo a la población y sobre todo los grupos en riesgo.

La atención de los grupos priorizados en el centro de salud, es llevada

a cabo por un médico y una auxiliar de enfermera, cada uno en los cubículos correspondientes y con el equipamiento básico, este personal es exclusivo para este tipo de atención, en el centro de salud, se ubica la responsable de atención integral a la mujer niñez y adolescencia la que con la responsable de estadística realiza los informes, tabula la información, y en los lugares donde hay dificultad, o las coberturas están bajas programa las actividades con el director Municipal como son las diferentes evaluaciones, o las actividades a terreno.

El proyecto considera también las dificultades que tiene el Ministerio de salud, en el traslado de las embarazadas y los menores de un año, hacia el hospital de referencia, por lo que asume el pago del combustible para tal fin, esto también considerado en el traslado de las comunidades hacia los lugares de mayor resolución.

La Gerencia Municipal, ha realizado convenios, interinstitucionales, y con proveedores complementarios, privados, el convenio con el Hospital, se considera las atenciones de los partos, valoraciones a las embarazadas o interconsultas, la realización de cesaras, la atención del menor de un año ya sea en Inter. Consultas o en la hospitalización, dichas atenciones tienen un monto que por un tiempo establecido, el Municipio tiene que pagar este monto, en un solo paquete, las cesáreas son las que tienen un costo mas alto en relación a las otras atenciones, esto también incluye la realización de los ultrasonidos.

Los proveedores complementarios privados, no son mas que los que venden el servicio por una tarifa establecida, y por montos ya considerados por el consejo consultivo, gerentes de salud del municipio, la firma del director del silais, estos lugares deben de cumplir con todos los requisitos que demanda la ley, estos proveedores los contratados por el proyecto son los que tienen servicios de laboratorios, los que realizan ultrasonidos, u otro examen especial.

VII- DISEÑO METODOLÓGICO.

El Tipo de estudio es una investigación Evaluativa que se realizó, posterior a la implementación de la estrategia de intervención de Maternidad e infancia segura durante los años 2002 - 2004 implementada en el Municipio de Jícaro con el objetivo aumentar las coberturas de atención en las gestantes, reducir la mortalidad materna, también aumentar las coberturas de atención en los menores de un año y disminuir la mortalidad en los menores de un año.

El Municipio de El Jícaro fundado en el año de 1874, cuenta actualmente con una extensión territorial de 586 Km.: Se ubica a 278 KM de Managua y a 54 KM de la cabecera departamental de Nueva Segovia, la ciudad de Ocotal. Limita al norte con el municipio de Jalapa, al oeste con el municipio de San Fernando, al sur con San Juan de Río Coco en el departamento de Madriz y Ciudad Antigua de Nueva Segovia y al este con los municipios de Murra y Quilalí.

La densidad poblacional de 44 habitantes por kilómetro cuadrado, La población estimada para el año 2002 es de este es de 27.395 habitantes, con una población económicamente activa corresponde al 53%. El 73% de la población se ubica en la zona rural y el 27% en el sector urbano.

La investigación se realizó en el Municipio de El Jícaro, donde se implementó la estrategia maternidad e infancia segura, estratégicamente se hizo una sectorización en las 86 comunidades, en cada sector se agrupan comunidades que van de 5 hasta, doce comunidades, cada comunidad se clasificó en zonas A, B y C, estas se han formado de acuerdo al tiempo en que se tardan las mujeres embarazadas y las madres de los niños menores de un año en llegar a la unidad de salud central.

Para explicar de una mejor manera lo que corresponde a la zona A, en ella están todas las unidades de salud que se tardan menos de 30 minutos de tiempo, de distancia, la zona B corresponde de 30 a 60 minutos en tiempo, y la zona C cuando los usuarios se tardan más de una hora en tiempo.

Fuente de Información.

La información para la evaluación se recolectó de manera secundaria de los datos estadísticos, que registran en cada una de las unidades de salud, en alguno de los puestos de salud, no existe la información suficiente, por lo que se complementó con la información almacenada en los registros del centro de

salud cabecera.

La red comunitaria está integrada por 95 brigadistas voluntarios, 54 parteras categorizadas, 66 colaboradores voluntarios y 49 casas bases.

-Universo la estrategia maternidad e infancia segura implementada en el Municipio de El Jícaro.

Unidades de salud de todo el Municipio.

-Los Lugares seleccionados:

Unidad de análisis.

reas de archivo de estadística.

Criterios de selección de inclusión y exclusión.

Inclusión.

Unidades de salud que están dentro de la circunscripción del Municipio y que tengan archivos y personal de estadística.

Procesamiento de la información.

Una vez obtenidos la información se procesara en tablas en los programas de Excel, Word, la información se recolecto a través de una matriz previamente diseñada, con las preguntas establecidas al igual que las tablas de recolección de datos (ver anexos).

Análisis de la información.

Los datos eran analizados de acuerdo a cada objetivo específico
Se realizara un narrativo analizando cada uno de los resultados obtenidos del estudio.

Trabajo de terreno.

En las diferentes unidades de salud del Municipio se revisaran, los archivos, estadísticos de las unidades de salud.

VIII RESULTADOS

Los resultados obtenidos de la evaluación trienal del proyecto implementado en este Municipio "Maternidad e infancia segura" fueron obtenidos de los datos proporcionados por el sistema de registro de estadística que labora en el centro de salud cabecera, también se solicitó información de las evaluaciones anteriores, semestrales, que se venían realizando por el programa.

El tiempo en que se recolectaron los datos fue aproximadamente tres meses, ya que a inicios de año no se tenían los datos completos del año 2003, el programa de AIMNA (Atención integral a la mujer niñez y adolescencia), realizó una evaluación cuantitativa anual en el mes de febrero, algunos de los datos de interés no estaban completos por lo que se completaron por medio de la búsqueda de los datos estadísticos.

8.1 Determinar cual ha sido la mejora de las coberturas de atención en la mujer embarazada después de implementarse la estrategia.

8.1.1 En cuanto a la captación de embarazadas por zonas de acceso durante el primer trimestre del embarazo, según lugar de atención podemos encontrar lo siguiente, en general el año 2003 es el que a mantenido cobertura constante aunque no se alcanzaron el 100%; al realizar el análisis por zonas de acceso podemos decir que, las mejores coberturas las obtuvo el año 2002 donde se cumplieron las metas en un 100%; pero han disminuido de una forma paulatina, hasta alcanzar un 95%. (Tabla # 1)

En el año 2003 a un 82%; como se ha venido observando a habido un descenso en las coberturas a un en la zona " A" donde las atenciones prenatales de la mujeres embarazadas en el primer trimestre de embarazo en el Centro de Salud cabecera podemos observar que el 96% de cobertura se obtuvo en el año 2004: le sigue el año 2003 con un 89% y el año 2002 con un 77%, al comparar con la zona " A" se comportó de una forma inversa; esto se debe a que el esfuerzo realizado por el personal de enfermera ha sido mejor y se ha logrado mejorar las coberturas en los últimos años. Tabla # 1

Los resultados que se obtuvieron en la zona " C" demuestran también un fenómeno similar al de la zona " B" pero no se alcanzaron las coberturas del 100%; por ejemplo las menores coberturas fueron obtenidas en el año 2002 y de una forma paulatina pasaron de 92% del

meta programada.

Partos institucionales en el hospital de procedencia en la zona “ C” el lugar donde se atendieron mas partos fue le año 2004 con un 72% en relación en la meta programada, le continua el año 2002 con un 69% de la meta programada y el año 2003 con un 42% de la meta programada.
Tabla # 6

8.1.8 Consultas Púrpura les según personal que lo atendido y por zonas de acceso

En cuanto a la zona “ A” y atención por auxiliar de enfermera. El año que tuvo mayor cobertura fue el año 2003 con un 93%, le sigue el año 2002 con un 91% de cobertura y el año 2004 con un 87% de cobertura.

Tabla # 8

Atención por perfil de auxiliar de enfermera zona “ B”

El año con mejores coberturas fue el 2004 con un 99% de cobertura, le sigue el año 2003 con un 96% y el año 2002 con un 89% de cobertura.

Las consultas de puerperio según auxiliar de enfermera de la zona “ C” . En la zona “ C” el año con mejores coberturas con un 97%, le sigue el año 2003

Con un 93% de cobertura y por ultimo el año 2004 con un 86%.

Tabla # 8

Las atenciones purpúrales por perfil de enfermera zona “ A” . El año con mejores coberturas en la zona “ A” fue el año 2004 con un 74% de cobertura, le sigue el año 2003 con un 66% y el año 2002 con un 65%.

Las consultas de puerperio por enfermera en la zona” B” . El año donde mas consultas purpúrales atendieron fue le año 2003 con un 78%, le sigue el año 2004 con un 74% y por ultimo el año 2002 con un 67% de cobertura.

Tabla # 8

Las consultas purpúrales por zona de acceso zona “ C” atendidos por enfermera. En el año 2004 se atendió el 80% en relación a la meta programada, le sigue el año 2002 con un 77% de la meta programada y por ultimo el año 2003 el cual tiene una cobertura de 71% en relación a la meta programada.

Tabla # 8

Las consultas púerpera les realizadas por médicos por zonas. En cuanto a las atenciones por médicos están divididas por dos atenciones:

El puerperio mediato

El puerperio inmediato

Las atenciones por médicos precedentes a la zona “ A” en cuanto al puerperio mediato el año donde mas puerperios se realizaron fue el 2004 con un 96% en relación a la meta, le sigue el año 2003 con un 93% en relación a la meta y el 2002 con un 83% en relación a la meta.

Tabla # 8

Puerperio inmediato el año donde mas puerperios se realizaron fue el 2003 con un 87%, le sigue el año 2004 con un 85% y el año 2002 con un 77%.

Las atenciones puérperales realizadas por médicos zona “ B” , puerperio mediato el año donde mas puerperios mediato fue el año 2003 con un 97% de los puerperios , le sigue el año 2002 con un 93% y por ultimo el año 2004 con un 90.24%.

Tabla # 8

Puerperios inmediatos realizados por médicos zona “ B” . El año donde mas puerperios inmediatos fue el año 2004 con un 89% de los partos programados y el sigue el año 2003 con un 82% y por ultimo el año 2002 con un 77%.

Consultas de puerperio inmediato por personal médico. En el año donde mas se atendieron fue el año 2002 con un 64%, le sigue el año 2003 con un 62% y el año 2004 con un 60%.

Puerperio inmediato el año 2004 fue donde mas se atendieron con un 73%, le sigue el año 2002 con un 68% y por ultimo el año 2003 con un 63%.

Consultas puérperales zona “ A” por especialistas el año donde más consultas puérperales se hicieron en el hospital, se realizaron consultas en un 93% en el año 2004 y el año 2003 con un 87% y el año 2002 con un 83%. Tabla # 8

Otras consultas puérperales realizadas en la zona “ C” tenemos en el año 2004 con un 94% el año 2002 con consultas de un 91% y el año 2003 con un 89% las consultas realizadas en el hospital de la zona “ C” con un 100% correspondió al 2002 el año 2003 con un 95.05% y un 90% en el año 2004.

Tabla # 9

Consultas puérpera les zona de acceso por lugar de atención

Zona “ A” centro de Salud. En el año que se realizaron mas consultas púerperas fue el año 2004, le sigue el año 2003 con un 97% en relación al año 2004 y por ultimo el año 2002 con un 90% en relación al año 2004.

Tabla # 9

Consultas a púerperas por zona de acceso zona “ B” . En el año 2004 se realizaron la mayora de atenciones de púerperas, continua el año 2002 con un 92% y el año 2003 con un87%.

Consultas púerperas por zona “ C” realizadas en el Centro de Salud. El año 2004 se realizaron mayor consultas púerperas, le sigue el año 2003 con un 91% en relación al año 2004 y el año 2002 con un 87%. Tabla # 9

Las atenciones púerperas por el puesto de salud en el año 2004 fue donde se realizaron mayores atenciones de la zona “ A” , le sigue el año 2003 con un 96% en relación al año 2004 y el año 2002 con un 75% en relación al año 2004.

Atenciones púerperas por puesto de salud zona “ B” . El año con mayoras de las atenciones fue el año 2002 con un 93% en relación al año 2004 y el 2003 con un 86% en relación al año 2004.

Tabla # 9

Las atenciones púerperas por puesto de salud zona “ C” . El año 2004 las mayoras de las atenciones se realizaron en este año, le sigue el año 2003 con un 90% en relación al año 2004 y por ultimo el año 2002 con un 83%.

Atenciones a púerperas a nivel de hospital

En el año 2004 se realizaron en 100% en relación a la meta, le sigue el año 2002 con un 94% en relación a la meta y el año 2003 con un 93% en relación a la meta.

Las atenciones a púerperas en la zona “ B” . En el año 2004 se alcanzaron coberturas del 100% en relación a la meta le sigue el año 2003 con un 98% y el año 2002 con un 95%.

Tabla # 9

Las atenciones a púerperas realizadas por zona de acceso zona “ B” . El año 2004 las coberturas se mantuvieron en un 100% el año 2003 con un 90% de la cobertura y un 86% en el año 2002.

Tabla # 9

8.1.9 Las coberturas de la planificación familiar por zona de acceso.

Tenemos que la zona “ A” en el año 2004 con un 17.63% de cobertura de planificación es el año 2004 con un 15% de cobertura y el año 2002 con un 13.75% de cobertura.

Tabla # 10

Las coberturas de planificación familiar por zona “ B” en el año 2002 las coberturas de planificación familiar son de 18.41% y el 2004 con un 16.38% y por ultimo el año 2003 con un 15.33%.

Las coberturas de planificación familiar por zona “ C” . En el año 2003 son las mejores coberturas con un 17.03%, le sigue el año 2002 con un 16% de coberturas y el 2004 con un 15.04%.

Tabla # 10

8.1.0 Tenemos aplicaciones de BCG de la zona “ A” en el año donde más complicaciones de en menores de 1 año fue el año 2003 con un 63.56%; la relación con el Vigilancia, Promoción, Crecimiento y Desarrollo es de un 12% menos.

En el año 2004 la cobertura de BCG fue de un 79% y en relación con la cobertura de Vigilancia, Promoción, Crecimiento y Desarrollo es de un 9% menos en relación. El año 2002 la aplicación de BCG fue de 77% y la relación con el Vigilancia, Promoción, Crecimiento y Desarrollo fue de un 6%. Tabla # 18

La zona “ B” la cobertura Vigilancia, Promoción, Crecimiento y Desarrollo, en el año 2002 fue de 88%; la relación con el Vigilancia, Promoción, Crecimiento y Desarrollo es de un 8% menos en relación al Vigilancia, Promoción, Crecimiento y Desarrollo. Tabla #18

El año siguiente el 2004 con un cobertura de BCG es de 86%; la relación con el Vigilancia, Promoción, Crecimiento y Desarrollo de un 9.6%. La cobertura de BCG; en el año 2003 fue de 63.33% con una diferencia de Vigilancia, Promoción, Crecimiento y Desarrollo de 13%. Tabla # 18

La zona “ C” el año donde se aplica BCG; con un cobertura de 93.84% y su relación con la de Vigilancia, Promoción, Crecimiento y Desarrollo con un 4% menos en relación.

Le sigue en orden descendente, el año 2003 con un 91.36% y con la Vigilancia, Promoción, Crecimiento y Desarrollo de un 7% en el año 2002 con la aplicación de BCG con una cobertura de 89.37% y la diferencia en relación al Vigilancia, Promoción, Crecimiento y Desarrollo fue de 5%. Tabla # 18

8.2. Mencionar Cual a sido el cambio en el comportamiento de las principales complicaciones obstetricias después de implementarse la estrategia.

8.2.1 En la zona” B” las consultas de altos riesgos obstétricos dadas el comportamiento fue le siguiente: hubo una distribución uniforme en cuanto al numero de consultas en los 3 años pero el año 2003 correspondió a un 97% en relación a los otros 2 años.

Tabla # 4

Las Principales causas obstétricas encontradas lo que con mayor frecuencia se presento fue la infección de las vas urinarias con un 73% en relación en todas las causas, le sigue la amenaza de partos prematuro, amenaza de abortos con un 6% en delación al total, la presentaciones distócicas con un 5%, los abortos con un 4%, las anemias con 12% y entre otras tenemos las toxemias, las hemorragias por partos etc.

Las complicaciones obstétricas en el año 2003 en este caso las infecciones de vas urinarias ocupan un 67%, le sigue las anemias con un 13%, las amenazas de aborto con un 7%, as amenazas de parto prematuro con un 8%.

Tabla # 4

Complicaciones obstétricas año 2004 siempre ocupa un 65%, le sigue las anemias con un 11%, luego las amenazas de partos prematuros con un 9%, amenaza de abortos con un 8%, las hemorragias en el primer trimestre del embarazo 7%, las presentaciones anormales o distócicas 5%.

Tabla # 4

Complicaciones obstetricias por zonas de acceso durante el año 2002 la zona que presenta mayores complicaciones obstétricas fue la zona “ C” sigue la zona “ A” con un 80% del total de la zona “ C” y en tercer lugar la zona “ B” con un 35% del total de la zona “ C” .

Tabla # 4

Complicaciones obstetricia por zona de acceso año 2003 la zona que presento mayor complicaciones obstétricas corresponde a la zona “ C” , le sigue la zona “ A” , también con un 78% el total de la zona “ C” y por ultimo la zona “ B” que tubo un ligero ascenso con un 40% en total de complicaciones obstétricas año 2004.

Tabla # 4

El comportamiento de las complicaciones por zonas es similar a los demás años donde, la zona “ C” tiene el mayor número de complicaciones obstétricas, le sigue la zona “ A” con un 86% y al zona “ B” con un 45% en total.

El año donde se atendieron mas Complicaciones hubieron fue el año 2004, le sigue el año 2003 con un 76% en relación al año 2004 y el año 2002 donde menos Complicaciones hubieron con un 70% en relación a las complicaciones del 2004.

Tabla # 4

En relación a las Complicaciones Obstétrica de la zona “ B” donde mas complicaciones hubieron fue el año 2003, el año que le sigue en Complicaciones Obstétrica fue el año 2004 con un 92% en relación a las complicaciones del año 2003 y por ultimo el año 2002 el cual presenta un 73% de las complicaciones en relación al año 2003.

Tabla # 4

Complicaciones Obstétrica de la zona “ C” en el año que hubieron mas complicaciones fue el año 2004, le continua el año 2002 con un 80% en relación a las Complicaciones Obstétrica del año 2004 y por ultimo el año 2002 en cuanto a complicaciones con un 65% en relación al año 2003.

Tabla # 4

8.2.2 Las causas o Complicaciones Obstétrica la mas frecuente es la Preclampsia, le sigue el Trabajo de partos prolongado y el trabajo de partos prematuro. Las principales causas o Complicaciones Obstétrica del año 2003 la mas frecuente es el trabajo de partos prematuro le continua la preclampsia y el trabajo de partos prolongado.

Tabla # 4

En cuanto a la preclampsia fue mas frecuente en el año 2004, le sigue el año 2003 con un 80% en relación al año 2004, le sigue el año 2003 con un 75% en relación al 2004. Tabla # 19

La eclampsia solamente se presento un caso en el año 2002.

Amenazas de partos prematuros es mas frecuente en el año 2004, le sigue el año 2003 correspondiente a un 85% en relación al año 2004 y por ultimo el año 2004 el cual esta causa representa el 77%.

Cesáreas por zona de acceso en le municipio El Jícaro año 2002, 2003,2004

Tabla # 19

8.2.3 Cesáreas por zona “ A” el año donde mas cesáreas realizaron fue el año 2002, le continúa el año 2004 con un 93% en relación al año 2002 y luego al año 2003 con un 87% en relación al año 2002. Tabla # 17

Cesáreas por zona de acceso zona “ B” . El año donde mas cesáreas se realizaron fue el año 2003, le sigue el año 2004 con un 68% en relación

al año 2003 y el 2002 fue el año donde menos cesáreas se realizaron con un 50% menos en relación a las realizadas en el año 2003.

Cesáreas realizadas en la zona " C" : El año donde mas se realizaron cesáreas fue el año 2004, le continua el año 2003 con un 79% en relación al año 2004 y por ultimo tenemos las cesáreas realizadas en el año 2002 que corresponde a un 67% en relación al año 2004. Tabla # 7

Comparativos de las cesáreas realizadas versus. Partos institucionales
En el año 2002 la relación de partos institucionales y cesáreas fue de 16 partos institucionales por cada cesáreas en el año 2003 fue de 12 partos institucionales por cada cesáreas y el año 2004 de 17 partos institucionales por cada cesárea. Tabla # 7

Otra de las causas de cesáreas fueron las anomalías de presentación el año que mas presento este tipo de problema fue el año 2002, le sigue el año 2004 con un 68% de este problema en relación al 2001 y por ultimo el año 2003 con un 52% en relación al 2002. Tabla # 7

Cobertura de Puerperio por zona de acceso comparativo 2002y 2004.
Cobertura de Puerperio zona " B" el año donde hubo mayor cobertura de puerperio fue el año 2003 con un 99% de cobertura, le sigue el año 2004 con un 94% de cobertura y por ultimo lugar el año 2002 con un 91% de cobertura. Tabla # 8

Complicaciones durante el puerperio por zona de acceso zona " A" .El año donde más complicaciones púérperales fue en el año 2004 que se complicaron en un 19% en relación a los partos atendidos, partos institucionales y domiciliarios, le sigue el año 2003 con un 16% de complicaciones en relación a los partos registrados y el año 2002 con menos complicaciones púérperales con un 13%.

Tabla # 8

En relación a la zona " B" de las complicaciones durante el puerperio, el 2003 con mayores complicaciones con un 16.41% de complicaciones le sigue el 2002 con un 12.05% de complicaciones y por ultimo el 2004 con un 12.32% de las complicaciones. Tabla # 8

Complicaciones púérperales de la zona " C" las complicaciones durante el 2003 con un 19%, le sigue el año 2002 con un 16.84% y por ultimo el año 2004 con un 15.29%. Tabla # 8

8.2.4 Las causas o complicaciones durante el puerperio

Las principales causas del año 2002 están relacionadas a las

hemorragias por pos- partos, la sepsis por partos con un 50% en relación a la primera causa y después la endometritis con un 36% en relación a la causa y otras causas con un 22%. Tabla # 20

Luego tenemos las complicaciones, la hemorragia ocupa el primer lugar la endometritis con un 39% en relación a la primera causa, las anemias en el puerperio con un 17% y por último, las hemorragias por partos ocupan el primer lugar y después le sigue la sepsis con un 34%, las anemias con un 18% y al endometritis con un 15%. Tabla #20

8.2.5 Consultas de altos riesgos obstétrico acceso atendidas por especialista. Es importante mencionar que estas atenciones son referidas a la cabecera departamental, ya que en esta unidad de salud no hay especialistas

En la zona " A" donde se refirieron más consultas aro fue en el año 2004; le sigue el año 2002 y con un 16% menos en relación al año 2004 y el año 2003.

Tabla #20

Consultas de altos riesgos obstétricos por zonas de acceso y por lugar de atención.

Lugar de atención Centro de Salud en cuanto a este indicador no se programaron metas, pero en el Centro de Salud en la zona " A" , el año donde mas consultas se atendió fue el año 2003, le sigue el año 2004 con un 94% en relación al 2003 y el 2002 con un 87% en atención de total de consultas.

En cuanto a la atención de las consultas en la zona " B" , la atención de altos riesgos téricos fue mayor en el año 2004 le sigue el año 2002 y 2003 con un 90% en relación año 20004

Podemos encontrar lo siguiente el año donde la mayor consulta se dio fue el ao 2004, le sigue el año 2003 con un 96% en relación al año 2004 y por último el año 2002 donde menos consultas de altos riesgos téricos se dieron y con un 50% menos en relación al año 2004.

A nivel de puestos de salud las consultas aro que se dieron son las siguientes.

El año donde mayores consultas se dieron en la zona " A" fue el año 2004, le sigue el año 2003 con un 70% en relación al año 2004 y por último el año 2002 donde el número consultas aro corresponde a un 40% en lo relacionado al 2004.

8.3 Determinar como ha contribuido la estrategia de maternidad e infancia segura en cuanto al comportamiento de la mortalidad materna.

8.3.1 Tenemos que en la zona “ A” la única muerte materna que hubo fue en el año 2003 con una tasa de mortalidad de 112 por 100,000 nacidos vivos esperados. Tabla # 17

En la zona “ B” ; en el año que hubo muertes maternas fue en el año 2002 con una tasa de mortalidad de 465 por cada 100,000 nacidos vivos esperados.

En la zona “ C” no hubo ni un a mortalidad en ninguno de los años. Tabla # 17

8.3.2 Las causas de la mortalidad materna.

Las principales causas de muerte materna son los suicidios y una causa por sepsis puerperal, otra de las causas ocurrida en el año 2003 fueron los accidentes de transito. Tabla # 17

8.4 Determinar cual ha sido los cambios en las coberturas de atención de vigilancia y promoción del crecimiento y desarrollo en el menor de un año.

8.4.1 Numero de controles Neonatales por zona de acceso

Primeros controles zona “ A” . El año con mejores coberturas fue el año 2003 con un 76.72%, le sigue el año 2004 con un 75.63% y por ultimo el año 2002 con un 72.52%.

Los primeros controles neonatales zona “ B” . El año 2002 presenta cobertura de un 63.36%, le sigue el año 2004 con un 65.29% y por ultimo el año 2003 con un 64.88%. Tabla # 11

Los primeros controles neonatales zona “ C” : El año 2004 presento las mejores coberturas con un 47.04% el año 2003 con un 35.95% y el año 2002 con un 37.84%.

8.4.2 Segundo Controles Neonatales Zona “ A”

En el año donde se atendieron más Segundos Controles Neonatales fue el año 2004 con un 82%, le sigue el año 2003 con un 76% y en tercer lugar el año 2002 con un 75%. Tabla # 11

Controles Neonatales por zona de acceso zona “ B” En el año 2002 la cobertura de segundo controles neonatales fue de un 92%, le sigue el año 2004 con un 98% y el año 2003 con un 80%. Tabla # 11

Las atenciones de los segundos controles neonatales zona “ C” en el año 2004 se realizaron 70% en cobertura de segundo controles neonatales, el 2003 con un 63% de segundo controles neonatales el año 2002 con un 54% de segundo controles neonatales. Tabal # 11

8.4.3 Números de VPCD en menores de 1 año por zona de acceso
Zona “ A” Primeros controles. El año donde se realizaron mas controles VPCD fue en el año 2003 con un 84% de controles VPCD, en el año 2004 con un 81% de atención de controles de VPCD. Tabla # 16

Primeros Controles VPCD zona “ B” En el año 2004 se realizaron los primeros controles VPCD con un 77.26% de cobertura, luego el año 2003 con un 76.32% y el año 2002 con un 75.34%

Primeros Controles VPCD zona “ C” En el año 2003 se realizaron las mayores coberturas con un 89.72%, le sigue el año 2002 con un 88.36% y el 2004 con un 87.12%. Tabla # 16

8.4.4 Atención del VPCD con más de cuatro controles
En la zona “ A” el año 2004 presenta una cobertura de 68.34%, le sigue el año 2002 con un 63.26% y el año 2003 con un 57.7%.

VPCD por zona de acceso y por perfil de personal que lo atendió
VPCD atendidas por auxiliar de enfermera zona “ A” En año 2003 las coberturas fueron de 82%, le sigue el año 2002 con un 79% y en el año 2004 con un 75%.

8.4.5 VPCD atendidos por auxiliar de enfermera zona “ B” En el año donde se atendieron más VPCD fue en el año 2004 con un 95.74%, le sigue el año 2002 con un 93.56% y por ultimo el año 2003 con un 92%.

VPCD atendidos por auxiliar de enfermera zona “ C” , en el año donde más atenciones se realizaron fue en el año 2002 con un 93%, le sigue el año 2003 con un 88.57% y el año 2004 con un 87.77%. Tabla # 21

8.4.6 Atención de de VPCD por perfil de enfermera
Atención de de VPCD por perfil de enfermera zona “ A” en el año 2002 se atendió un 69% en relación a la meta, le sigue el año 2004 con un 56% y el año 2003 con un 43% de la meta programada. Tabla # 21

Las atenciones de VPCD por enfermera zona “ B” en el año 2003 con un 72% de la meta programada, le sigue el año 2002 con un 61.7% en relación a la meta y el 2004 con un 59.7%

Atención de VPCD por enfermera de la zona “ C” el año 2002 con un 52.75%, le sigue el año 2004 con un 47.61% y el año 2003 con un 46.16%.

Las atenciones de VPCD por perfil médico

8.4.7 Las atenciones de VPCD por perfil médico zona “ A” En el año 2002 se realizaron un 38.57%, le sigue el 2003 con un 35.96% y el año 2004 con un 32.16% tabla # 21

Las atenciones de VPCD por médicos zona “ B” . En el año 2004 se realizaron un total de 42% de cobertura, le sigue el año 2002 con un 39% y el año 2003 con un 35.56%.

Atención de VPCD por perfil médico zona “ C” . En el año 2002 se realizaron un 33.14%, le sigue el año 2003 con un 31.63% en el año 2004 con un 27.7%.

Tabla # 21

VPCD por zona de acceso y por lugar de atención

Lugar de atención Centro de Salud zona “ A” , en el año 2004 en el centro de salud se presento una cobertura de un 93%, le sigue el año 2003 con un cobertura de 86% y el 2002 con una cobertura de 82%.

Tabla # 22

VPCD por zona de acceso centro de salud zona “ B” tenemos la cobertura de 89%, le sigue el año 2003 con un cobertura de 83% y el año 2002 con un cobertura de 81%. VPCD zona de acceso centro de salud zona “ C” Tenemos en el año 2004 con una cobertura de 84%, le sigue el año 2003 con un 77% y el año 2002 con un 75.4%. Tabla # 22

8.4.8 VPCD por zona de acceso Puesto de salud.

Las atenciones por zona de acceso zona “ A” en puestos de salud se realizaron en el año con un cobertura de un 97% y en el año 2004 con un 95% y el año 2002 con un 93.8%. Tabla # 22

VPCD por zona de acceso centro de salud zona “ B” El año 2003 tuvo un cobertura mayor de un 98.5%, le sigue el año 2004 con un 96.4% y el año 2002 con un 94.8%. Tabla # 22

Las coberturas de puestos de salud VPCD zona “ C” En el año 2004 se observo una cobertura de 95.33%, el año 2003 con un cobertura de 92.5% y el año 2002 con un cobertura de un 91.5%. Tabla # 22

5. Describir como ha contribuido la estrategia de maternidad e infancia segura en el comportamiento de las complicaciones en el menor de un año después de implementarse

Complicaciones Neonatales por zona de acceso zona " A" . En el año donde mas complicaciones neonatales hubieron fue en el 2004, le sigue el año 2002 con un 88% del total del 2004 y el año 2003 con un 73% del total del año 2004.

Tabla # 12

Complicaciones Neonatales por zona de acceso zona " B" . En el año donde más complicaciones neonatales se reportaron fue en el año 2004 y el año 2003 con 84% y por ultimo el año 2002 con un 77% en relación al año 2004. Tabla # 12

Complicaciones Neonatales por zona de acceso zona " C" . En el año donde hubo más complicaciones neonatales fue en el año 2002, le sigue el año 2003 con un 94% en relación el año 2002 y el año 2004 con un 81% en relación al año 2002. Tabla # 12

En el año 2002 las principales causas de atención neonatal fue la prematures con un 28%, en relación al total, el bajo peso al nacer con un 22% en orden descendiente la asfixia peri natal con 20% y la sepsis neonatal y al neumonía con un 15%. Complicaciones neonatales del año 2003, la principal causa fue la asfixia peri natal con un 34%, le sigue la prematures con un 26%, le bajo peso al nacer con un 18% y al sepsis neonatal con un 12% y por ultimo la neumonía con un 10%. Tabla # 12

En el año 2004, la principal causa de complicaciones neonatales fue la prematures con un 30%, le sigue la asfixia peri natal con un 25%, luego la sepsis neonatal con un 17%, el bajo peso al nacer con un 15% y por ultimo la neumonía con un 14%. Tabla # 12

Las complicaciones en menores de 1 año por zona de acceso Zona " A" En el año 2002 se presento un cobertura de 91% en relación a la meta programada, en el año se sobre paso la meta en las complicaciones menores de 1 año y el año 2004 un complicación de 98%.

Las complicaciones en menores de 1 año zona " B" , en el año 2004 se sobre paso la meta en la complicación en menores de 1 año, el año 2003 con un 95.47% y el año 2002 con un 85.78% Tabla # 23

Las complicaciones en menores de 1 año zona " C" en el año 2004 hubieron complicaciones de un 98% y el año 2003 con un 94.79% y el año 2002 con un 80%.

Complicaciones en menores de 1 año por causa por años
Año 2002; la principal complicaciones en menores de 1 año fueron las neumonías o enfermedades respiratorias, las que en su mayoría corresponde a las enfermedades virales, estas enfermedades respiratorias corresponde al 65% de las complicaciones. Tabla # 23

Le continua las enfermedades de diarreicas agudas, que estas enfermedades diarreicas corresponde al 71.64% en relación de las enfermedades respiratorias.

Otras de las complicaciones presentadas fue las enfermedades dérmicas, corresponde a un 47% en relación a la primera causa, le continúa como las complicaciones las enfermedades parasitosis, la parasitosis corresponde a un 27%, las otras causa fue las infecciones de las vas urinarias reportadas por exámenes generales de orina. Tabla # 23

La principal causa de enfermedades respiratorias corresponden las enfermedades virales.

La enfermedades diarreicas más deshidratación con un 64%; le sigue las enfermedades dérmicas con un 52%. Las parasitosis con un 23%; se da en niños menores e un año Tabla # 23

Otra de las complicaciones en menores de 1 año 2004, también corresponde a las neumonías, en las enfermedades respiratorias agudas; de estas enfermedades respiratorias la mayoría corresponde a infecciones virales, le sigue a estas causa corresponde a las enfermedades dérmicas con un 38%, las parasitosis con un 27%, las anemias con un 17% y las infecciones de vas urinarias reportadas por el laboratorio con un 13%. Tabla # 23

Las consultas de enfermedades diarreicas agudas

Zona " A" , en el año donde más consultas por enfermedades diarreicas agudas hubieron , fue en el año 2004, le sigue el año 2003 con un 13% menos en relación al año 2004 y por ultimo el año 2002 con un 18% menos en relación al año 2004. Tabla # 23

Consultas de zona " B" ; en el año 2002 hubieron más enfermedades diarreicas, en el año 2003 con un 9% menos en relación al año 2002 y el año 2004 con un 3% en relación al año 2002. Tabla # 23

Consultas por enfermedades diarreicas en la zona “ C” ; en el año 2002 siempre con mayores consultas, le sigue el año 2003 con un número de consultas que corresponde a un 15% menos en relación al año 2004 y las consultas por enfermedades diarreicas zona “ C” en el año 2004 corresponde a un 18% menos en relación al año 2002. Tabla # 23

Consultas de enfermedades diarreicas por personal que lo atendió y por zonas.

Perfil de auxiliar de enfermera zona “ A” ; en el año 2004 el personal de enfermera, atendieron y refirieron el mayor número de enfermedades diarreicas, le sigue el año 2002 con un 6% menos en relación al año 2004 por ultimo el año 2003 con un 9% menos en relación al año 2004. Tabla # 23

Las atenciones de auxiliares de enfermera zona “ B” ; en el año 2002 se atendieron y se refirieron el mayor número de enfermedades diarreicas, le sigue el año 2004 con un 7% menos en relación al año 2002 y por ultimo las atenciones de las enfermedades diarreicas del año 2003 con un 11% menos en relación al año 2002. Tabla # 24

Zona “ C” , también el año 2002 se ocupa el primer lugar por atenciones de enfermedades diarreicas, le sigue siempre el año 2004 con un 5% menos en relación al año 2002 y 2003 con un 8% menos. Tabla # 24

Atenciones de enfermedades diarreicas por el perfil de enfermera.

Tenemos que la zona “ A” ; las enfermeras atendieron un 41% menos que el perfil de auxiliar de enfermera ; en el año 2003 atendieron el mayor número de enfermedades diarreicas, le sigue el año 2004 con un 12% menos en relación al año 2003 y el año 2002 con un 16% menos en relación al año 2003. Tabla # 24

Las atenciones de enfermedades zona “ B” en esta zona las enfermeras atendieron un 37% menos en relación a las auxiliares, pero en el año 2002 se reportaron el mayor número de consultas, le sigue el año 2003 con un 7% menos en relación al año 2002 y el 2004 con un 10% menos en relación al año 2002. Tabla # 24

Las atenciones por enfermeras en la zona “ C” corresponden a un 47% menos en relación al perfil de auxiliar de enfermera corresponde al año

2002 al mayor número de atenciones, le sigue el año 2004 con un 4% menos en relación al año 2002 y el año 2003 con un 9% menos en relación al año 2002. Tabla # 24

Las atenciones de enfermedades diarreicas por el perfil medico zona " A" , Tenemos que el año 2004 el perfil médico atendieron el mayor número de consultas, le sigue el 2002 con un 3% menos en relación al año 2004 y por ultimo el año 2003 con un 4.5% menos en relación al año 2004. Tabla # 24

Las atenciones por médicos zona " B" corresponde a un 92% en relación a la zona " A" , siendo el año 2002 donde más atenciones hubieron, le sigue el año 2003 con un 8% menos en relación al año 2002 y el año 2004 con un 13% menos en relación al año 2002. Tabla # 24

Atenciones por perfil médico zona " C" en el año 2002 se atendieron el mayor número de atenciones, le continua el año 2004 con un 3% menos en relación al año 2002, el año 2003 con un 5% menos en relación al año 2002.

Zona " A" el año que más se realizaron consultas fue el año 2002, le sigue el año 2004 Tabla # 24

Consultas de infecciones respiratorias agudas zona " B" en el año donde más consultas se realizaron, fue en el año 2004; le sigue el año 2003 con un 7% menos en relación al año 2004 y el año 2002 que tiene un total de un 18% menos en relación al año 2004. Tabla # 25

Auxiliar de enfermera: tenemos que en la zona " A" el año 2004 fue donde más consultas se realizaron por las auxiliares de enfermera, le sigue el año 2002 con un 22% menos en relación al año 2004 y por ultimo el año 2003 con un 50% en relación al año 2004. Tabla # 25

Zona " B" en el año 2004 es el año donde más consultas se realizaron, le sigue el año 2002 con un 25% menos en relación al año 2004 y por ultimo el año 2003 con un 38% menos en relación el año 2004. Tabla # 25

Las atenciones realizadas por auxiliares zona " C" ; el año 2003 es donde más consultas realizaron, le sigue el año 2004 con un 7% en relación el año 2003, el año 2002 con un 25% menos en relación al año 2003. Tabla # 25

Pero de las tres zonas la zona " C" es donde mayor se encuentra el mayor número de atenciones por personal de enfermera, le sigue la zona " B" con un 10% menos en relación a la zona " C" y por ultimo la zona " A" con un 12% menos en relación al a la zona " C" . Tabla # 25

Consultas de infecciones respiratoria agudas por personal de enfermera. Total de atenciones de la zona " A" corresponde a un 53% menos en relación al año a las auxiliares de enfermera de la misma zona, el año 2004 es donde más reportaron consultas por este perfil, le sigue el año 2002 con un 18% menos en relación al año 2004 y el año 2003 con un 26% menos en relación al año 2004. Tabla # 25

Las atenciones de la zona " B" corresponde a un 15% menos en relación al perfil de auxiliar , el año 20004 fue donde más consultas se realizaron; le sigue el año 2002 con un 27% menos en relación al año 2004 y el año 2003 con un 50% menos en relación al año 2004. Tabla # 25

Las atenciones por enfermera zona " C" corresponde a un 30% de las atenciones en relación a las auxiliares de enfermera, en el año 2004; fue donde más atenciones se realizaron, le sigue el año 2002 con un 14% menos en relación a las atenciones del año 2004 y el año 2003 con un 66% menos en relación al año 2004. Tabla # 25

Consultas realizadas por perfil médico. El número de consultas por médico zona supera, en relación por auxiliar de enfermera de 5 a 1. El año 2004; es el año que más consultas se realizaron, le sigue el año 2002 con un 33% menos de las atenciones del año 2004 y el año 2003 con un 50% menos en relación a las atenciones del año 2004. Tabla # 25

Las atenciones por perfil médico zona " B" , en relación entre las atenciones por auxiliares de enfermera de la zona " B" existe una relación de 6 a1, el mayor número de atenciones fueron realizadas en el año 2004, le sigue el año 2003 con un 24% menos en relación al año 2004. Tabla # 25

Las atenciones por perfil médico zona " C" ; la relación entre las atenciones por auxiliar de enfermera es de 4 a 1, el año 2004 es donde más atenciones se realizaron, le sigue el año 2002 con un 33% menos en relación al año 2004 y el año 2003 con un 38% menos en relación al año 2004. Tabla # 25

Comparativo atenciones prenatales, partos institucionales, puerperio y primer control a Vigilancia, Promoción, Crecimiento y Desarrollo.

La relación entre atenciones prenatales y números de partos equivale a un 79% en total y de estos el institucional corresponde a un 49%. Las relaciones entre el número de partos y el puerperio corresponden a un 93% y de puerperio al número Vigilancia, Promoción, Crecimiento y Desarrollo corresponde a un 96% esto es en el año 2002.

Año 2003 la relación al número de atenciones prenatal y número de partos equivale a un 76% al número de atenciones prenatales y de estos partos institucionales corresponde a un 51% y del total de partos.

El número de puerperio al total de partos corresponde a un 96% y el Vigilancia, Promoción, Crecimiento y Desarrollo en menores de un año corresponde a un 94%.

Año 2004. El número de partos corresponde a un 86% en relación a las atenciones a el número de puerperio corresponde a un 97%; en relación a los partos y el Vigilancia, Promoción, Crecimiento y Desarrollo a un 98% se total de partos institucionales corresponde a un 92%.

6. Mencionar Cuales han sido los cambios de la mortalidad neonatal e infantil en el Municipio de el Jícaro Nueva Segovia después de implementarse la estrategia maternidad e infancia segura.

La mortalidad neonatal precoz por zona de acceso.

Tenemos que la mortalidad neonatal en la zona " A" . En el año 2002 con un tasa de 23 por cada mil nacidos vivos esperado y una muerte neonatal precoz en el año 2004 con una tasa de 14 por cada mil.

La mortalidad neonatal de la zona " B" ene. Año 2002 con un tasa de 11 por cada mil nacidos esperados en el año 2003 con 16 por cada mil nacidos vivos esperados. Tabla # 17

La zona " C" es la zona donde hubo más muerte neonatal son en el año 2002 y 2003; en año 2002 con un 26 por cada niño vivos nacidos y el año 2003 con un 23 por cada mil niños nacidos vivos.

La principal causa fue la sepsis neonatal con un 50%, la asfixia neonatal corresponde a un 25% del total de las causas, mal formaciones congénitas con otro 25%. Tabla # 17

Mortalidad infantil por zonas de acceso.

Tenemos que en la zona " A" se reportaron muertes infantiles en el año 2002 con un tasa de 19 por cada mil nacidos vivos, le sigue el año 2003 con un tasa de 7 por cada mil nacidos vivos. Tabla # 17

Las muertes infantiles zona " B" corresponden al año 2003 con una tasa de 17 por cada mil nacidos, le sigue el año 2004 con un tasa de 11 por cada mil nacidos y el año 2001 con un tasa de 7 por cada mil.

La zona " C" ; en el año 2003 con un tasa de 21 por cada mil y el año 2004 con un tasa de 6 por cada mil. Tabla # 17

Las causas de de mortalidad infantil las principales causas son las siguientes: neumonías graves con un 66% en el año 2002 y las septicemias con un 33%.

En el año 2003 las principales causas son las infecciones respiratorias agudas son neumonías con un 50% del total de las causas

Meningitis con un 16%, las enfermedades diarreicas con un 16% y traumatismo con un 16%. En el año 2004 las principales causas es las infecciones respiratorias agudas con un 66% y las enfermedades diarreicas con un 33%.

IX ANALISIS DE LOS RESULTADOS

1 Determinar cual ha sido la mejora de las coberturas de atención en la mujer embarazada después de implementarse la estrategia

La captación de embarazadas durante el primer trimestre de embarazo han mejorado las coberturas de atención llegando a casi aproximarse el 100% pero en el año 2003 las coberturas descendieron un poco, mejorando para el año 2004 a un 96% considerándose un reajuste de las metas. Por los problemas de población, al comparar estos resultados con la encuesta de la línea de base cuyas coberturas también es importantes mencionar que por los problemas de inaccesibilidad de las comunidades de la zona " C" donde las coberturas se mantuvieron bajas.

En cuanto a los antecedentes obstétricos al compararlos con los resultados con la encuesta de la línea de base estos datos no cambian, continúan en comportamiento al revisar las tarjetas de control de los que tenían en promedio dos hijos en la zona " A" pero la zona " C" las madres tienen un promedio de cuatros hijos.

En cuanto a la captación de embarazadas por zonas de acceso en el primer trimestre del embarazo a este nivel las atenciones son realizadas por las auxiliares de enfermera se puede observar que a nivel de puestos de salud fue de un 97% teniendo como punto de referencia el ultimo año, el siguiente año las coberturas bajaron para luego implementar el ultimo año de la evaluación debido que hubo un reajuste de metas, estas coberturas son mejores que las que se obtuvieron en la encuesta de la línea de base.

En la zona " B" la captación en el primer trimestre en relación a la encuesta de la línea base las coberturas fueron superadas aumentando en orden descendente del 2002 al 2004

Al analizar los resultados encontrados en la zona " C" las coberturas superaron la expectativas pero no alcanzaron las coberturas optimas donde se observo que en el ultimo año el esfuerzo realizado por el personal que labora en esta zona mejor las coberturas.

Al analizar las captaciones realizadas por el personal medico en el primer trimestre del embarazo, podemos decir que las metas propuestas en la zona " A" fueron las mejore coberturas alcanzadas pero en la zona

“ C” las coberturas fueron más bajas en cuanto a la atención por este perfil pudiendo se asumir que debido a la escasez de médicos en los puestos de salud más alejados hace que las auxiliares de enfermera hagan más captaciones en esta zona.

Se puede decir que los especialistas ginecobstetras no hacen presencia física en el municipio pero realizaron algunas captaciones y estas fueron reportadas al municipio y las mayores de ellas fueron captaciones ARO que corresponde a la zona “ A” lo que significa que algunas de estas gestantes prefieren viajar a la cabecera departamental para realizarse sus respectivas valoraciones.

Coberturas de atención a gestantes con más de cuatro controles, corresponde a la zona “ A” las mejores coberturas de atención en relación a las tres zonas tomando en cuenta que existe una mejor accesibilidad, pero al realizar el análisis por año se puede mencionar que el segundo año de haber implementado la estrategia las coberturas bajaron mejorando en el ultimo año de la evaluación.

Las coberturas de cuatros controles de las zona “ A” y “ B” tuvieron resultados casi similares pero por supuesto la zona “ C” es la que tiene más dificultad en cumplir con estas metas.

Todas las usuarias que obtuvieron atención prenatal, fueron atendidas en unidades de Salud donde la mayor atención en términos de cobertura se dio en los Puestos de Salud ya que estos se ubican en los doce sectores que cubren el 78% del territorio.

El importante considerar el tiempo en que las madres tardan en llegar a las unidades de salud, donde el mayor porcentaje de mujeres tiene que caminar de media hora hasta una hora en recibir atenciones, donde tienen que caminar por terrenos en malas condiciones, y con el mal tiempo por ejemplo cuando tienen que viajar en el invierno. El tiempo promedio que las madres tardó en llegar al lugar del parto fue mayor de una hora, dato que coincide con el tiempo que utilizan para asistir al control de sus embarazos.

Cuando se ingresa una mujer embarazada a la atención prenatal, esta tiene la oportunidad de realizarse mas controles que los que se podría hacer una que se ingresa de forma tarda, además de poder detectar oportunamente cambios en el embrazo, tratar complicaciones y

darles el tratamiento oportuno.

Este tipo de estudio, no refleja, un factor importante por los cuales influye en la captación y en el seguimiento posterior, como es el caso del tiempo que las madres tienen que pasar en las unidades de salud para recibir atención

Podemos ver que la última atención prenatal en la mayoría de los casos fue realizada por personal de enfermera, siendo las comunidades más alejadas la que tienen el mayor porcentaje, lo cual se explica, debido a que en los Puestos de Salud, que es donde se brindaron mayor cantidad de atenciones, solamente se cuenta con recursos de enfermera en categoría de Auxiliares de Salud. En un bajo porcentaje las atenciones finales fueron brindadas por médicos, principalmente en la Zona A.

La mayoría de las atenciones de puerperio fueron brindadas por el personal de enfermera, representando la Zona más alejadas, y en los lugares más cercanos los realiza un médico.

Los partos institucionales que en su mayoría se atienden en el centro de salud cabecera y en el hospital, estos no alcanzan más del 52% del total de partos programados. La mayoría de estos partos corresponde a la zona "A" y el año que el mayor Número de partos que se atendieron fue el año 2003 a pesar de los problemas de programación de población.

La zona con menos atención de partos institucionales es la zona "C" donde la mayoría de los partos son atendidos por parteras ya que las unidades de salud no hacen atenciones de emergencia durante la noche y los días sábado y domingo quedan los puestos cerrados, a este factor se suman el problema de las inaccesibilidades geográficas lo que hace que las parturientas se queden en las comunidades para ser atendidas por parteras.

En relación a los tres años de evaluación de proyectos podemos decir que habido un incremento en las coberturas de partos institucionales de año en año, pero no se alcanzado las coberturas óptimas del parto institucional ya que en algunos años y sobre todo en la zona "C" donde el parto atendidos por parteras llega hasta un 60%.

Al analizar los partos institucionales y el personal que lo atendió

podemos decir que las auxiliares de enfermera las coberturas de partos fue muy baja en relación a la meta programada por razones ya mencionada anteriormente.

Al comparar los partos atendidos por auxiliares y los atendidos por enfermera los atendidos por este último recurso humano la cobertura es menor ya que este personal se encuentra concentrado en el centro de salud cabecera donde los partos los atienden el médico.

Partos atendidos por médicos la cobertura de atención de partos aumento en relación a la meta programada las mejores coberturas se obtuvieron en el año 2004 y la zona que se obtuvieron los mejores resultados fue en la zona " A" donde la accesibilidad de parturientas a las unidades de salud es mejor que en la zona " C" algunas gestantes fueron referidas al hospital departamental por posibles complicaciones pero dicho parto fue normal esta situación se debe a que la falta de medios diagnósticos al inicio del proyecto como dopler, cunas térmicas para la atención de partos prematuros, equipos de rayos X hacia que los médicos refirieran algunos parturientas ARO, que terminaban en partos normales.

Coberturas de puerperio estas se mantuvieron con cifras cercanas a las metas programadas al inicio de proyecto tomando en cuenta que estas no corresponde a los partos institucionales pero si a la suma de estos partos más los domiciliarios la zonas con mejores coberturas son la zona " B" y " C" esto se debe a que a las púérperas después de darse de alta son buscada por la auxiliar de enfermera en coordinación con el personal comunitario.

Las atenciones de puerperios realizadas por el personal médico corresponde a las valoraciones que hace el médico después del parto (puerperio mediato) esta meta se relaciona con los partos institucionales lo que significa que las coberturas fueron iguales pero no correspondió a la meta programadas de partos al inicio del proyecto por razones ya conocidas a excepción de la zona " A" las coberturas en la zona " B" y " C" por médicos son bajas.

Al analizar los resultados de las coberturas de planificación familiar tenemos que estas no sobrepasan el 20% de coberturas del total de mujeres en edad fértil en ninguno de los tres años ni en las tres zonas se puede decir que el año que mejores coberturas fue en el año 2004 y

corresponde a la zona “ A” a pesar que en las demás zonas se cuenta con todos los métodos de planificación existen algunas de las razones por las cuales algunas mujeres no planifican como es el caso de problemas con el cónyuge o problemas de religión.

2 Mencionar cual a sido el cambio en el comportamiento de las principales complicaciones obstetricias después de implementarse la estrategia.

Las consultas por alto riesgo obstétrico atendidas por personal de enfermera, cabe mencionar que los embarazos ARO en zona “ C” y algunas zonas “ B” es donde llegan y la primera persona que lo atiende son las auxiliares de enfermera por tanto las refieren al centro de salud cabecera, en la zona “ A” las auxiliares de enfermera no atienden este tipo de problemas.

Las coberturas de atención de consultas de alto riesgo obstétrico en relación a los resultados de la encuesta de línea de base, los embarazos ARO se han mantenido casi con iguales coberturas y estos son captados en la zona “ A” por el personal médico en un mayor porcentaje y este perfil también capta los embarazos ARO que de manera espontánea llegan a centro de salud cabecera.

Las captaciones de embarazos ARO que atiende el especialista las mayores son referidos por el personal médico que atienden en las diferentes unidades de salud algunos de estas también llegan de manera espontánea a esta unidad departamental pero son reportadas al municipio, en estos años las atenciones ARO han aumentado en el hospital debido a que el municipio paga este servicio al hospital como parte de un proveedor complementario institucional.

Al analizar las atenciones de embarazo ARO en las diferentes zonas y por año podemos decir que la captación y referencia oportuna mejor año con año desde el 2002 al 2004 y al comparar con los resultados de la línea de base también se observo mejora lo que a significado que existe mayor capacidad de resolución a nivel local.

Al analizar las principales causas obstétricas que con mayor frecuencia se presentaron la infección de vas urinarias ocupa la primera causa en las tres zonas y durante los tres años, y en las tres zonas estos resultados se obtuvieron de los reportes de laboratorios pero algunos de ellos sobre todos los de la zona “ C” son por clínicas, las siguiente

causa encontrada y que corresponde siempre con los resultados de línea de base es la amenaza de partos prematuros que son más frecuente en la zona " C" que puede deberse a problemas de largas caminatas que realizan las mujeres embarazadas, El año donde mayor se presentó este problema fue en el 2002.

Las siguientes causas fueron las amenazas de aborto y las presentaciones distócicas que también los resultados fueron más alto al compararlos con la encuesta de la línea de base siempre la zona " C" es donde se presenta mayores casos.

Las complicaciones obstétricas del parto se atendieron más en el último año debiéndose a un mayor captación por parte del personal de salud lo que se supone que anteriormente exista un subregistro en cuanto al número de pacientes ARO y por otra parte la búsqueda activa de los casos.

En cuanto a las zonas que presentaron mayores complicaciones durante el parto tenemos que la zona " A" es la que presenta mayores porcentajes lo que se debe a que en esta zona es donde las mujeres embarazadas acuden sin problemas de inaccesibilidad y por que el personal de salud tiene identificado a esta gestante.

La causa de complicación más frecuente durante el parto es la pre-eclampsia que se presentó con más frecuencia en la zona " A" y el año que presentó mayores casos fue el año 2004, lo que se puede deber a un búsqueda activa de los casos.

Los partos prematuros fueron más frecuente en los dos últimos años y fueron más frecuente en la zona " B" y " C" en esta complicación se puede determinar que muchas de las parturientas tenía asociadas otras patologías tales como las anemias y enfermedades nutricionales además de la multiparidad.

Las causas de cesáreas realizadas en el hospital departamental y referidas del centro de salud cabecera donde el año que más cesáreas se realizaron fue en el primer año del proyecto en la zona " A" . La zona " B" fue el año 2003 y en el año 2004 fue la zona " C" donde más cesáreas se realizaron debido a que muchas se refirieron oportunamente y generalmente se trasladan sólo las complicaciones en esta zona por que los embarazos normales los atienden las parteras.

Al comparar las cesáreas versus partos institucionales podemos decir que existe una relación en el primer año del proyecto de 16 partos por cada cesárea bajando esta relación en el segundo año para luego aumentar en el último año lo que se puede deber a que a mejores valoraciones por parte de los médicos generales y especialistas.

Sólo para mencionar otra de las causas de esa zona son las anomalías de presentación que se presentaron con más frecuencia en el primer año del proyecto luego le siguen las placentas previas cuyas frecuencias fueron similares.

Las pacientes presentaron como promedio dos tipos de complicaciones, destacándose con mayor frecuencia en un 65% de los casos otras causas no contempladas en la encuesta, entre las cuales encontramos: desgarros e inflamación. También se observa que la cefalea y la hipertensión en 30% de las mujeres respectivamente, fueron consideradas complicaciones frecuentes y un 26% cursó con infección puerperal.

Las complicaciones durante el puerperio las que se dieron con más frecuencia fueron las relacionadas a partos domiciliarios, el año que más complicaciones hubieron fue el último año evaluado esto se debe a que las condiciones con que se atiende los partos domiciliarios no presta las condiciones de asepsias y antisepsias con las que se deberá atender a las parturientas.

Por tales razones las complicaciones más frecuente son las que se deben a infecciones por partos hemorragias y las endometritis en este orden se presentaron durante los dos últimos años.

3 Describir como ha contribuido la estrategia de maternidad e infancia segura en cuanto al comportamiento de la mortalidad materna

A pesar que la mayoría de las complicaciones de los partos se han dado de la zona C, durante estos tres años no se dieron muertes maternas, en dicha zona, las dos muertes maternas que ocurrieron en estos tres años, una fue de la zona A, en el primer año de iniciado el proyecto, para entonces la tasa de mortalidad de 112 muertes por cada 100,000 nacidos vivos esperados, la causa de esta muerte fue por suicidio.

La segunda muerte materna ocurrió en el año 2003, procedente de la zona B, con una tasa de mortalidad de 134 por cada 100,000 nacidos vivos reportados, la causa de esta muerte fue por accidente de tránsito (no obstétrica).

Como se puede observar estas tasas son altas, pero como tienen como denominador, los nacidos vivos reportados por medio del llenado de los certificados de nacimiento, y como se mencionó anteriormente, éstos no corresponden al número de partos por tanto la tasa sale alta.

Uno de los problemas principales que ha contribuido a la mortalidad materna en este Municipio ha sido la inaccesibilidad geográfica, la falta de atención prenatal, la educación o de información disponible a la mujer embarazada para la identificación de los signos de peligro, y prevenir las complicaciones durante el embarazo parto y puerperio.

Las tasas de mortalidad se han mantenido altas, ya que existe un subregistro de en cuanto a la certificación de los nacimientos, no correspondiendo a la cantidad de partos esperados, por tanto al sacar la tasa sale más alta a lo que corresponde a la realidad.

Uno de los factores que contribuyen en la disminución o prevención de las muertes maternas e infantiles, corresponde al personal comunitario donde en cada uno de las comunidades existe un brigadista de salud que realiza actividades de prevención, promoción, referencia oportuna de las mujeres embarazadas a realizarse su control prenatal, además de la búsqueda activa de inasistentes al programa.

Las parteras atienden partos de bajo riesgo, la mayoría multigestas donde el personal de salud las identifica previamente y las clasifica de bajo riesgo, y de esta forma la partera puede tomar el riesgo de atenderlas, conociendo los signos de peligro para luego realizar una referencia oportuna.

En cuanto a la atención de una primigesta esta es referida a la unidad de salud,

La estrategia Maternidad e infancia segura se implementó en el Municipio en el año 2002, como uno de los componentes del programa de modernización del sector salud, tomando en cuenta el deterioro de los indicadores de salud en el municipio como lo son la alta tasa de mortalidad materna e infantil.

Análisis de resultados en relación a la atención del (VPCD) Vigilancia y promoción del crecimiento y desarrollo.

1. Determinar cual ha sido los cambios en las coberturas de atención de vigilancia y promoción del crecimiento y desarrollo en el menor de un año

Controles neonatales por zonas de acceso. Las zonas con mejores coberturas corresponden a la zona " A" por ser la más accesible el año con mejores coberturas fueron los dos últimos años del proyecto donde se realizaron esfuerzos para aumentar estas coberturas.

En cuanto a las coberturas de vigilancia promoción del crecimiento y desarrollo en recién nacidos corresponde a la captación del menor de un año por tanto sólo se puede calcular la cobertura del primer ingreso, en las zonas " B" y " C" estas coberturas son menores ya que se debe a los problemas de inaccesibilidad geográfica y por que la mayoría de los niños las madres lo llevan cuando estos tienen un mes cumplido.

Las coberturas de control de vigilancia del control de crecimiento y desarrollo menor de un año. Las coberturas en este programa, sobre pasaron la meta programada al inicio del proyecto. Las mejores coberturas se pueden encontrar en la zona " A" , donde han ido incrementando año con año, por lo que se debe ha un mayor esfuerzo del personal de salud.

Este mismo comportamiento se puede observar en la zona " B" y " C" , pero con coberturas más bajas que la zona " A" . En los puestos de salud el incremento de la cobertura se debe al esfuerzo de la búsqueda activa de los inasistentes al programa ya que el personal de salud realiza dos salidas a terrenos a la semana con el inconveniente de dejar cerrado el puesto de salud y provocar que muchas personas que soliciten el servicio de salud lo encuentren cerrado.

En cuanto a la atención del menor de un año con cuatro controles y más se puede decir que las mejores coberturas se encuentran en la zona " A" y estas han ido en incremento año con año al compararlo con los datos de la encuesta de línea de base le sigue la

Las complicaciones neonatales por zona de acceso la mayoría de las complicaciones neonatales son procedentes de zona “ C” el año donde mayores complicaciones se presentaron fue en el año 2002 como se puede determinar de esta zona también se presentaron las complicaciones durante el parto por tanto los niños también algún tipo de complicación y fueron referidos al centro de salud cabecera y al hospital de referencia.

Las complicaciones neonatales se presentaron en una menor proporción en la zona “ A” y “ B” a pesar de que la mayoría de los niños neonatales asistente al programa de vigilancia del control de crecimiento y desarrollo proceden de esta zona. En estas zonas existe una búsqueda activa para el ingreso y captación temprana a estos menores.

Las principales causas de complicaciones de neonatos que se presentaron fueron la prematuros lo que conlleva a que se presente complicaciones como el síndrome de membrana hialina fue el bajo peso al nacer, asfixia peri natal, la sepsis neonatal y neumonías, todas estas complicaciones fueron tratadas de forma intrahospitalaria con seguimiento posterior en las unidades de salud del municipio.

El año donde mayores complicaciones hubieron fue en el año que inicio el proyecto, la diferencia con los demás años es mínima debido a que las acciones realizadas para mejorar la atención de este grupo priorizado se intensificaron de forma que hubo un mayor captación de complicaciones pero si con una tasa de mortalidad menor con relación a los otros años de manera que fueron tratados oportunamente.

Las complicaciones en menores de un año, el año con mayores complicaciones hubieron fue en el año 2004 pero al comparar con los años anteriores podemos decir que en este sentido a existido un sub-registro en cuanto a las complicaciones y en este ultimo año ha mejorado los reportes de archivos estadísticos en cada una de las unidades de salud.

La zona que reportó el mayor número de complicaciones es la zona “ C” donde el año que se presento el mayor número de ellas fue el

año 2002, le sigue en orden descendente la zona “ B” y “ A” tenemos que la principales complicaciones en menores de un año fueron las enfermedades respiratorias y entre ella las neumonías Este tipo de patologías comenzaron como enfermedades virales (cuadros gripales) que no fueron tratados o manejados eficientemente.

Las siguiente complicación presentada en menores de un año fueron las enfermedades diarreicas agudas este tipo de complicaciones las que necesitaron un tratamiento en la unidad de salud en las UROS con un plan C fue un 16% de las diarreas en promedios de los tres años, siendo el ultimo año el que menos casos reportó. Estas complicaciones fueron casos que en su mayora provenía de las zonas “ C” .

La tercer patología reportada fueron las enfermedades dérmicas, las parasitosis intestinales, las anemias y las infecciones de vas urinarias reportadas por el laboratorio todas estas patología fueron manejadas en las diferentes unidades de salud el reportaje de referencias hacia el hospital fue de un 5% esta procedan en su mayora de la zona “ C” .

Al realizar el análisis de los casos de enfermedades diarreica agudas y el personal de salud que lo atendió podemos considerar que en la zona C, es el lugar donde la atención por auxiliares de enfermera se da con mas frecuencia, esta proporción disminuye hasta casi igualarse en la zona B, y en la zona casi en un 100% de las atenciones las realiza el médico, lo que se considera que en las zonas mas alejadas, las unidades de salud están siendo atendidas por personal con un bajo nivel de resolución.

Es importante considerar que al igual que las atenciones de las enfermedades diarreicas aguadas sucede lo mismo con las enfermedades respiratorias, en cuanto al perfil de personal que loa atendió, generalmente los médicos son los que se ubican en el centro de salud cabecera, y en algunos de los puestos de salud, cercanos, pero en los puestos de salud, manejan los casos leves y los que tienen complicaciones graves los refieren a las para que los valoren los Médicos o sean ingresados en observación de la misma unidad de salud.

X CONCLUSIONES.

10.1 La estrategia maternidad e infancia segura ha contribuido a mejorar las coberturas de atención, de las mujeres embarazadas, parto institucional, y en mujeres puérperas donde se miró que existió un incremento de las coberturas en los tres años a pesar de que existió, problemas en cuanto a las metas pero se superó este problema con el reajuste de las mismas con la debida autorización de las autoridades pertinentes.

10.2 En cuanto a las captaciones de las mujeres embarazadas durante el primer trimestre del embarazo, es importante considerar el esfuerzo que realiza el personal auxiliar de enfermera en la zona " C" y que este recurso realiza búsqueda activa de embarazadas en las comunidades.

10.3 Las coberturas han tenido incremento en estos tres años, las captaciones realizadas por médicos las coberturas son mayores en la zona " A" debido a que los programas de atención, en algunas unidades de salud de esta zona los médicos realizaron las captaciones de estos podemos concluir que los ingresos según las normas deben realizar por este personal y los controles subsecuentes deben realizarse con las auxiliares.

10.4 Muchas embarazadas se realizaron sus control obstétrico, donde el especialista, este realiza las captación y envía a las gestantes a seguimiento en el Municipio; la mayoría de estas captaciones que realiza el especialista corresponde a embarazos con altos riesgos por lo que se considera que las gestantes con posibilidades económicas para viajar al nivel departamental que se siente con una complicación no visitan la unidad de salud municipal.

10.5 En cuanto a los problemas de inaccesibilidad actuaron desfavorablemente para que las gestantes recibieran su atención ya que en la zona " C" las coberturas se mantuvieron con un incremento, pero se concluye que el proyecto contribuyó al aumento de las coberturas por la contratación del personal la provisión de insumos médicos y el traslado del personal.

10.6 Las atenciones de parto institucional ha muy poco el incremento de cobertura, aunque si en los tres años, a tenido un incremento, esto se debe a no a fortalecido la atención en las comunidades de difícil acceso, a que estas zonas, no hay médicos que atiendan partos, y también es

debido a las unidades de salud, que después de la cinco de la tarde cierran las unidades de salud, y además los días martes y miércoles de cada semana cierran las unidades de salud para realizar actividades de terreno.

10.7 Las atenciones del puerperio en las zonas más alejadas, estas coberturas son bajas debido a que las puérperas, el parto de ellas fue atendido por parteras en el domicilio, por tanto no recibieron, la debida recomendación para poder realizarse su control puerperal en su tiempo y forma.

En este sentido se concluye, que ha habido una mejora en las coberturas de atención en las diferentes comunidades, después de haberse implementado la estrategia de maternidad e infancia segura.

10.8 Uno de los factores que no ha tenido ningún incremento en sus coberturas a sido la oferta de las atenciones de planificación familiar, esto se puede determinar, que las comunidades, más cercanas al centro de salud cabecera, tienen las coberturas más altas, pero no las óptimas que el programa persigue, los problemas de inaccesibilidad es uno de los problemas más serios para las mujeres en edad fértil asistir a solicitar el servicio de planificación familiar.

En cuanto al personal de salud que atendió los partos, la cobertura de atención de los mismos, es baja la cobertura en las zonas más alejadas, la mayor parte de la concentración de partos, la encontramos en la zona A donde se encuentra la mayoría de médicos, además de tener una unidad de salud abierta las 24 horas para la atención de emergencias.

10.9 El personal auxiliar de enfermera, es que ha sido capacitado, en protocolos de atención, a pesar de haber recibido la capacitación, el número de partos que atendieron fueron muy pocos, y son las parteras las que atendieron la mayoría de estos, a igual que el otro perfil de personal de salud que atendieron partos en una mínima cantidad fueron las enfermeras profesionales, ya que están desempeñando cargos, administrativos o como responsables de auxiliares de enfermera.

En cuanto a la atención de puerperios han mejorado en comparación con los años anteriores que se implementara la estrategia de maternidad e infancia segura, en el municipio, pero si la atención de la misma se relaciona a la atención del parto institucional, ya que en la unidad de

salud se puede dar algún tipo de orientación, en cuanto a las citas al puerperio, y en las unidades de salud se le realizan los puerperios mediatos e inmediatos.

10.1.1 En las zonas más distantes donde los partos los atendieron las parteras generalmente las mujeres después, su atención del parto, solo se realizan un control puerperal ya que llegan días después donde solamente pueden tener una valoración, algunas de ellas son visitadas por la auxiliar de enfermera en sus visitas domiciliarias, cuando estas se dan cuenta que la gestante parió.

Esto trae como consecuencia que muchas de las complicaciones no sean atendidas en tiempo y forma y lo que hace que las puérperas se presenten con algún tipo de complicación a las unidades de salud, lo que repercute en su curación, por que algunas pueden tener una complicación fatal, o alargar el tiempo de tratamiento.

10.1.2 Con la implementación de la estrategia maternidad e infancia segura, el sistema de registro estadístico, se mejoro en las diferentes unidades de salud, por lo tanto la búsqueda activa y una mayor vigilancia de las complicaciones de las gestantes aumento el numero de casos AROS, en los últimos tres años; Las Unidades de salud ubicadas en las zonas inaccesibles, que la zona A, los cuales muchas de ellas fueron valoradas por el personal Medico.

La referencia y contrarreferencia oportuna de gestantes con complicaciones, muchas de ellas con complicaciones le resolvieron satisfactoriamente su problema por lo que se evitaron muchas muertes maternas, muchas de estas gestantes de la zona C, no tenían acceso por problemas de movilización, para que se le realizaran los exámenes de laboratorio, al implementarse esta estrategia, se logro realizar los exámenes de laboratorio.

A través de la estrategia anterior de movilizar a las gestantes para la realización de sus exámenes del laboratorio se pudieron detectar muchas patologías tales como las infecciones de vías urinarias, enfermedades de transmisión sexual, las anemias, entre otras, además de la detección temprana del embarazo por medio, del la prueba de Gravindex, lo que el mismo da se realizaba el ingreso al APN.

10.1.3 Como se menciona anteriormente con la implementación de esta estrategia, hubo una reducción de la tasa de mortalidad materna en relación a los otros años, a pesar que las mayoría de las complicaciones proceden de la zona C, aunque en esta zona no se presentó, ninguna muerte materna, mientras que en la zona A y B, son las que en las que se presentaron, las razones por las cuales se presentaron, corresponden a causas no obstétricas, (Suicidios y accidentes), lo que hace determinar que si la estrategia a funcionado.

Uno de los problemas por los cuales estas tasas de mortalidad son altas, se debe a que existe un subregistro, en cuanto al llenado de los certificados de nacimientos, por lo que el común denominador de estas tasas son los nacidos vivos y registrados, y por el subregistro las tasas salen altas.

Las atenciones de niños recién nacidos, generalmente se dan con una mejor cobertura, en la zona A, ya que los niños dados de alta, en el centro de salud u Hospital se le da cita para su valoración posterior, lo que no se hace así con las comunidades de la zona C, donde la mayoría de los partos son domiciliarios, por dichos factores las coberturas de atención en esta zona es menor.

10.2.1 Se puede considerar, que ha habido una mejora en cuanto a las coberturas de atención, del recién nacido, después de haberse implementado la estrategia, lo mismo sucede con la atención de los niños, mayores de un mes, 11 meses y 29 días, donde se ha visto una mejora en las coberturas de atención, en las diferentes zonas donde la mayor cobertura, es alcanzada en la zona A, aunque el número de inasistentes, al programa disminuyó en esta zona.

Es importante mencionar que a la par del incremento, de las coberturas de este programa, también se ha visto el aumento de las coberturas de inmunización, sobre todo en los biológicos como la BCG, polio, pentavalente y la MMR, la cual se han logrado alcanzar, en la zona A y B coberturas mayores del 95%, con un poco de dificultad en la zona C.

10.2.2 Las atenciones en menores de un año con cuatro controles y más se puede decir, que las coberturas se han mantenido estables, durante los tres años, con las coberturas tales, en las tres zonas, lo que significa que el objetivo de la vigilancia del crecimiento y desarrollo, es detectar oportunamente los problemas nutricionales de los niños, y las

alteraciones en el desarrollo, por los que muchos menores con complicaciones fueron restablecidos sus problemas por medio de las orientaciones a la madre, en cuanto a la nutrición del niño, y en algunos casos se realizo gestiones, con otros organismos e instituciones para garantizarles la alimentación a estos niños.

En cuanto al personal que atendió a los menores de una año de este programa casi en un 100% las atenciones las realizaron, el personal auxiliar de enfermera, pero si las valoraciones de complicaciones en menores de un año, se mandan referidos al personal Medico.

10.2.3 Las complicaciones neonatales, estas tienen semejanza a las complicaciones obstetricias, ya que la mayora de estas complicaciones proceden de la zona C, donde los partos son atendidos por parteras, el tipo de complicaciones como el síndrome de membrana Hialina, que tiene que ver con los partos prematuros, también se asocian la sepsis neonatal y asfixia neonatal.

La captación y referencia oportuna a hecho que muchas complicaciones no terminen en muertes, por tanto se considera que la estrategia a logrado disminuir, la tasa de mortalidad infantil, al compararla con los años anteriores.

Otra de las complicaciones encontradas en los menores de un año, fueron las enfermedades respiratorias donde se puede encontrar que la mayora de las complicaciones, han sido las neumonías las bronconeumonias que han recibido un mal manejo, en este caso muchas de ellas fueron tratadas intra hospitalariamente, pero se ha visto que el numero de muerte por este tipo de patología a disminuido.

10.2.4 Las enfermedades diarreicas agudas es otro tipo de patologías que a afectado a menores de un año en la zona B y C, en las que se presentaron, el mayor numero de este tipo de complicaciones que tienen que ver con las condiciones higiénico sanitarias, de la zona, muchas salas de rehidratación oral de las unidades de de salud, están rehabilitadas para la atención de plan A y B, de tratamiento pero no para plan C, estas fueron atendidas en el centro de salud cabecera.

El número de complicaciones al compararlos con los otros años ha sido menores al igual que la mortalidad por esta causa.

10.2.5 La principal causa de mortalidad infantil están dadas por los casos de neumonía grave la sepsis neonatal, asfixia neonatal, mal formación congénita donde estos casos se han dado en niños procedentes de la zona “ C” , donde las tasas de mortalidad se consideran altas pero se ha visto un mejora en cuanto a la disminución de las tasas de mortalidad al compararlo con los años anteriores antes de iniciarse la estrategia, la falta de personal especializado y equipo disminuye la probabilidad de curación de estos niños menores de un año

XI RECOMENDACIONES.

Recomendaciones al equipo de Dirección del MINSA El Jícaro.

Realizar gestiones a las autoridades superiores para que presupuesten y contraten personal médico y enfermeras para reforzar las comunidades distantes para aumentar las coberturas de atención en esta zona.

Garantizar personal los fines de semana y los días de semana después de la 5 de la tarde para que estén disponibles en la atención de los partos y que se disminuya el número de partos domiciliarios y por ende las complicaciones durante el parto y el posparto.

Garantizar en lo posible la realización de brigadas médicas móviles de forma periódica y con enfoque de riesgo donde se garantice la captación oportuna de las embarazadas (primer trimestre) para disminuir la inaccesibilidad existente.

Accesar en cada una de las brigadas medicas móvil servicios adicionales tales como exámenes de laboratorio de rutina as como los exámenes odontológicos que tan importante son para la mujer embarazada.

Promover la visita de un gineco-obstetra para que haga valoraciones en el municipio de forma periódica tomando en cuenta el enfoque de riesgo en cada una de las unidades y evitar la movilización de estas hacia la cabecera departamental a demás poder garantizar la atención de un mayor número de gestantes valorando oportunamente cualquier complicación.

Realizar gestiones necesarias que garantice la presencia de un recurso

auxiliar de enfermera o enfermera para que cubra cada unidad de salud en los días martes y miércoles cuando la auxiliar deja cerrado el puesto para salir a terreno.

Realizar gestiones para que en las unidades de salud de difícil acceso con la presencia de un personal capacitado cuenten con los equipos necesarios para la atención del parto de bajos riesgos garantice el puerperio inmediato a demás de las orientaciones necesarias para el seguimiento de su puerperio y la detección precoz de las complicaciones.

La promoción de los métodos de planificación familiar debe de ser distribuido de forma equitativa en las diferentes unidades de salud y hacer promoción de los mismos en coordinación con el personal comunitario para la búsqueda activa de mujeres en edad fértil y gestantes y de estas formas aumentar las coberturas.

Promover que las auxiliares de enfermera que fueron capacitadas en protocolos de atención se le garantice el mayor tiempo para poder dar el servicio como la atención de partos y emergencia en las unidades de salud.

Realizar gestiones con las autoridades pertinentes para que se mejore los sistemas de registro en las diferentes unidades de salud así como el llenado de los certificados de recién nacidos para de estas formas llevar un mejor control de los nacimientos y tener datos fidedignos en cuanto a la mortalidad materna.

Continuar con la estrategia de referencia y contrarreferencia oportuna en el caso de las mujeres embarazadas con complicaciones tomando en

cuenta al personal comunitario que debe ser capacitado.

En cuanto a la atención de los recién nacidos en las comunidades de la zona C esta se evitan muchas complicaciones al garantizar un personal capacitado que atienda los partos en las comunidades de difícil acceso para evitar riesgos y referirnos oportunamente.

Continuar con la estrategia de valoraciones del crecimiento y desarrollo en niños menores de un año donde se identifican los problemas nutricionales y garantizar de esta forma la oportuna atención de estos niños.

Reforzar la estrategia de atención del menor de un año y el programa de inmunización donde se puedan mejorar las coberturas en estos programas y evitar las oportunidades perdidas.

También con el reforzamiento del personal en las zonas distantes con personal médico se garantiza que el médico pueda atender al menor de un año y no sólo sean atendidos por las auxiliares de enfermera.

Continuar con el monitoreo y realizar revisiones oportunamente en cuanto a los manejo de enfermedades diarreicas agudas y las respiratorias as como la gerencia del uso racional de antibióticos.

Fortalecer los compromisos de gestión en la compra de insumos médicos necesarios para el abordaje y tratamiento de las pacientes ingresadas como ARO y para el menor de 1 año.

Realizar evaluaciones periódicas, de este proyecto, por lo menos una cada seis meses por unidad de salud para detectar las debilidades y para

redefinir las estrategias y resolver oportunamente los problemas.

Contratar un especialista en pediatra por lo menos una vez por semana para que pueda realizar de una forma programada, valoraciones del niño menor de un año en los diferentes sectores de municipio y evitar, los retardos en las valoraciones y acceder el servicio a las comunidades de difícil acceso.

1. Implementar el Plan de Comunicación Social.
2. Fortalecer los clubes de madres embarazadas, lactantes y adolescentes. Involucrarlos en los análisis de mortalidad materna e infantil.
3. Fortalecer las actividades del trabajo comunitario, con énfasis en la promoción de estilos de vida saludables, referencia comunitaria e institucional, detección del ARO, morbi mortalidad infantil y protagonismo.
4. Sectorizar los componentes de atención en el rea del Centro de Salud.

Con todo lo antes mencionado como el uso racional de antibióticos la referencia oportuna la disminución del parto domiciliario, el garantizar personal capacitado en las zona de difícil acceso a demás de la continuación de esta estrategia todo da como resultado la disminución de las tasas de mortalidad materna e infantil.

XII Bibliografía.

- 1- Britn, R. et al. MINSA. BID Evaluación económica programa de apoyo a la modernización de la red hospitalaria Fotocopia Managua 1998.
- 2- Gobierno de Nicaragua. Ministerio de salud. Políticas Nacionales de salud 1997-2002 Managua 1997.
- 3- Instituto Nicaragüense de estadística y censos, y Ministerio de salud encuestas nacionales de demografía y salud Managua 1999.
- 4- Lebrun J. F. La imagen de los centros de salud populares de Nicaragua. Centro de análisis socio cultural de la Universidad Centro Americana 1986.
- 5- Ministerio de salud. Proyecto de Modernización del sector salud 1999-2002, componente III, fondo para la maternidad e infancia segura fotocopia sin fecha.
- 6- Ministerio de salud. Programa de modernización del sector salud 1999-2002 Manual administrativo financiero para la ejecución de subproyectos, componente, fondo para la maternidad e infancia seguras Managua febrero 2000-03-29.
- 7- Ministerio de salud, organización panamericana de la salud y organización mundial de la salud, datos básicos e indicadores de la salud Managua 1998.
- 8- Estudios para fomento de la participación ciudadana resultado del trabajo de campo, Mario Castro Merlo febrero año 2000.
- 9- Fondo de Población de las Naciones Unidas. Nicaragua 1999 "Estado de la Población Mundial 1999" Resumen Ejecutivo Nicaragua.
- 10- Modulo de programas y proyectos, Maestría en salud Pública 2003-2005 UNAN Managua CIES.
- 11- Ministerio de Salud. 2000. Datos Estadísticos Municipales.
- 12- Ministerio de Salud. Nicaragua 1997

Normas para la Atención Prenatal, Parto de Bajo Riesgo y Puerperio.

13- Ministerio de Salud. Nicaragua 2001
Plan Modular de Capacitación a Parteras.

14- Ministerio de Salud. Nicaragua 1999
Manual de Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia.

15- Shwartz Ricardo. Uruguay 1998
Tratado de Ginecología y Obstetricia.

ANEXOS

Resultados de la encuesta de la Línea de base antes de implementarse la estrategia.

Algunos Indicadores.

Indicador.	Zona con mayor afectación.	Indicador.	Zona con mayor afectación.
Escolaridad de la madre.	Analfabetismo 25%	Trabajo remunerado	60% en la zona.
Ocupación.	Ama de casa 92%	Madres casadas	44%
Unión Libre	49%	Madres con dos o mas embarazos	52%
Madres con embarazos que no llegaron a término.	91%	Cobertura de atención prenatal.	94%
Atención del APN en los puestos de salud	67%	Atenciones prenatales en el centro de salud.	80%
Atención de APN de forma espontánea	44%	% de madres que caminan de 30-60 minutos.	50%
% de madres que acudieron a su atención caminando más de una hora.	31%	Acceso a la tarjeta de atención prenatal.	99%
% Madres que llevaron la tarjeta de APN al control prenatal	16%	Captación de embarazadas después del primer trimestre.	55%
Madres que esperaron mas de una hora para realizarse su APN.	23 %	Atención del Último control prenatal por auxiliar de enfermería.	79%
% de atenciones prenatales por médicos en la zona C.	20%	% de atenciones finales por medico en las zonas A.	45%
% Madres con atención de partos en el domicilio.	53%	% Partos domiciliarios en la zona C.	60%
Cobertura del parto Institucional.	47%	% del total de partos institucionales atendidos en el centro de salud.	70%
Promedio que las madres tardó en llegar al lugar de atención del parto.	46%	% de madres de la zona C.	62%
% de atenciones de parto atendidos por parteras.	68%	Madres que presentaron complicaciones.	21%
Tipo de complicación parto prolongado.	31%	Retención placentaria.	23%
Ruptura de membranas	17%	Sangrado excesivo	14%
Cesáreas	14%		

Complicaciones resueltas en el Centro de salud.	63%	Complicaciones resueltas en Hospital.	34%
% de madres que conocen signos de peligro.	46%	Madres que acudieron a la atención de puerperio.	77%
Tres o más controles puerperales.	32%	Control puerperal entre los 15 y 40 días después del parto.	52%
Atención puerperal precoz. (antes de los 40 días del posparto)	42%	Atenciones puerperales brindadas por el personal de enfermería.	65%
Atenciones puerperales en la zona A.	45%	Complicaciones puerperales.	14%
Causas más frecuente de complicación. Desgarro e inflamación)	65%	Hipertensión arteria y cefalea.	30%
Oferta de método de planificación al total de puérperas.	63%	Identificación de signos de peligro después del parto.	58%
Cobertura del VPCD.	96%	Atención de VPCD por auxiliar de enfermería.	89%
Promedio de aplicación de Biológico.	76%	Conservación de la tarjeta del VPCD.	95%
Más de 4 controles en el año.	57%	Lactancia materna exclusiva.	77%
Enfermedades prevalentes de la infancia.	34%	Madres de niños con EDAS, y que lo llevaron al puesto de salud.	29%
Signos de peligro de EDAS, reconocidos por las madres.	51%	% de enfermedades respiratorias.	62%
Tasas de mortalidad infantil.	42%	Tasa de mortalidad neonatal.	33%.

Para dar salida a los diferentes objetivos generales y específicos se defirieron las siguientes variables y operacionalización de las mismas.

Variables:

Variable	Definición	Indicador	Escala	Valores.
Edad	Tiempo que ha vivido la mujer embarazada, puérpera, y menor de un año.	% de menores de un año y gestantes	Ordinal.	
Zona, o lugar de procedencia	División estratégica, que se divide el Municipio.	% de Embarazadas y menores de un año que distribuyen en las diferentes zonas estratégicas.	Nominal.	1-Zona A. 2. Zona B. 3 Zona C.
Características Gineco-obstetras				
Embarazo	Estado de la mujer embarazada, de poseer un embrión o feto en su matriz.	% de mujeres con determinada condición.	Ordinal	1. I trimestre 2. II trimestre 3. III trimestre
Parto.	Capacidad del genero femenino de expulsar un producto desde el útero al exterior.	% de Mujeres con determinada capacidad.	Ordinal.	Institucional Domiciliar. Por partera
Cesárea	Actividad que consiste en extraer un producto a través de la pared abdominal.	% de Mujeres gestantes que se le realizo este procedimiento.	Ordinal.	1.Cesárea anterior. 2.Preclampsia 3.Presentaciones distócicas 4.Placenta previa.

Asistencia a APN.	Actividad que se le realiza a la embarazada para realizarle el APN.	% de gestantes a la que se le atendió su embarazo.	Nominal.	5.Estrechez pélvica. 6.otras. 1.Menos de 4 2.Mayor de 4 3. cero.
Captación de embarazada.	Actividad que consiste en atención del embarazo.	% de embarazadas captadas		
Trimestre de captación.	Tiempo que fue captada la mujer embarazada.	% de embarazadas con antecedentes de APN.	Ordinal	1. 1er trimestre 2. 2do trimestre 3. 3er trimestre.
Accesibilidad al servicio.	Actividad que consiste en acercar la atención a la embarazada, puérpera y al menor de un año.	% de embarazadas y menores de un año que se le acceso el servicio.	Ordinal.	1. Accesible. 2. inaccesible.
Complicación del embarazo, puerperio.	Cambio estructural y funcional en el organismo de la embarazada.	% de embarazadas con algún tipo de patología.	Ordinal.	1. sin complicación. 2. con complicacion
VPCD en el menor de un año.	Actividad que se le realiza al menor de un año por personal capacitado.	% de menores de un año al que se le realiza esta actividad.		1. VPCD normal. 2.VPCD anormal
Perfil del personal que brinda la atención.	Nivel de resolución en cada uno de los lugares de la unidad que se brindo la atención	% de embarazadas a la que le realizo el ingreso y seguimiento un médico. % de embarazadas que el parto no lo atendió el	Nominal. Ordinal	1. especialista. 2. Medico General. 3. Enfermera profesional. 4. Auxiliar

		Médico.	Ordinal.	5. Partera y brigadista.
Parto Institucional.	Actividad donde la atención del parto se realiza en una unidad de salud.	% de embarazadas que su parto se le atendió en una unidad de salud.	Ordinal	1. Si 2. No
Parto domiciliario.	Actividad donde la atención del parto se le realiza en el domicilio.	% de parturienta donde su parto se le atendió en el domicilio, por la partera u otra persona.	nominal	2. si 3. No.
Cobertura APN.	Capacidad que tiene este programa de atender a todas las mujeres embarazadas de este municipio.	% porcentaje de embarazadas que son atendidas en este programa.	Ordinal	2. baja 3. cobertura útil.
Puérpera.	Condición que se le atribuye al genero femenino, luego del parto.	% de puérperas que se le da atención.	Ordinal. Nominal.	1. Fisiológico. 2. complicado.
Neonato.	Nombre que se le atribuye a un niño durante los primeros siete días de nacido.	% de niños neonatos atendidos en el programa.	Nominal.	2. Neonatal precoz. 3. Neonatal tardía.
Muerte materna.	Condición que se le atribuye a una mujer el periodo de gestación, puerperio, cuando fallece.	Tasa de mortalidad materna durante determinado periodo.	Nominal	Mortalidad
Muerte neonatal e infantil.	Condición que se le atribuye a un menor de un año después que fallece.	Tasa de mortalidad infantil.	Nominal	Infantil.

Instrumentos de recolección de la información.

Metas programadas proyecto maternidad e infancia segura 2002-2004 tomando como referencia la línea de base.

Indicadores.	Metas				
	Línea de Base	Realizado 2001	Año 1 / 2002	Año 2 (2003)	Año 3 (2004)
METAS GLOBALES					
Población total del Sub-Proyecto*	26,060	26,060	26,914	27,796	28,707
N° Embarazos Esperados	166	960	1066	1101	1137
N° Embarazos a Atender					
% de cumplimiento/ Meta		100%	100%	100%	100%
Cobertura de CPN	94	90	93	94	96
N° Partos Esperados	166	922	960	992	1025
N° Partos a Atender					
% de cumplimiento/ Meta		100%	100%	100%	100%
Cobertura de Partos Institucionales	47	37	54	61	69
N° Puerperios Esperados	166	922	960	992	1025
N° de Puérperas a Atender					
% de cumplimiento / Meta		100%	100%	100%	100%
Cobertura de Puerperio	96	77	80	84	88
N° de Niños Menores de 1 año	166				
N° de VPCD a Atender					
% de cumplimiento/ Meta		100%	100%	100%	100%
Cobertura de VPCD	96	100	99	99	100

METAS GLOBALES	Línea de Base %	Realizado 2000	Año 2002	1 Año (2003)	2 Año (2004)	3
POBLACIÓN TOTAL ZONA A	8465	8,465	9,611	9,926	10,251	
N° Embarazos Esperados	40		381	393	406	
N° Embarazos a Atender			381	393	406	
% de cumplimiento/ Meta			100%	100%	100%	
Cobertura de CPN	98		93	94	95	
N° Partos Esperados	40		343	354	366	
N° Partos a Atender			343	354	366	
% de cumplimiento/ Meta			100%	100%	100%	
Cobertura de Partos Institucionales	73		70	75	80	
N° Puerperios Esperados	40		343	354	366	
N° de Puérperas a Atender			343	354	366	
% de cumplimiento / Meta			100%	100%	100%	
Cobertura de Puerperio	82		86	88	90	
N° de Niños Menores de 1año	40		381	393	406	
N° de VPCD a Atender			381	393	406	
% de cumplimiento/ Meta			100%	100%	100%	
Cobertura de VPCD	100		100	100	100	

JICARO ZONA B

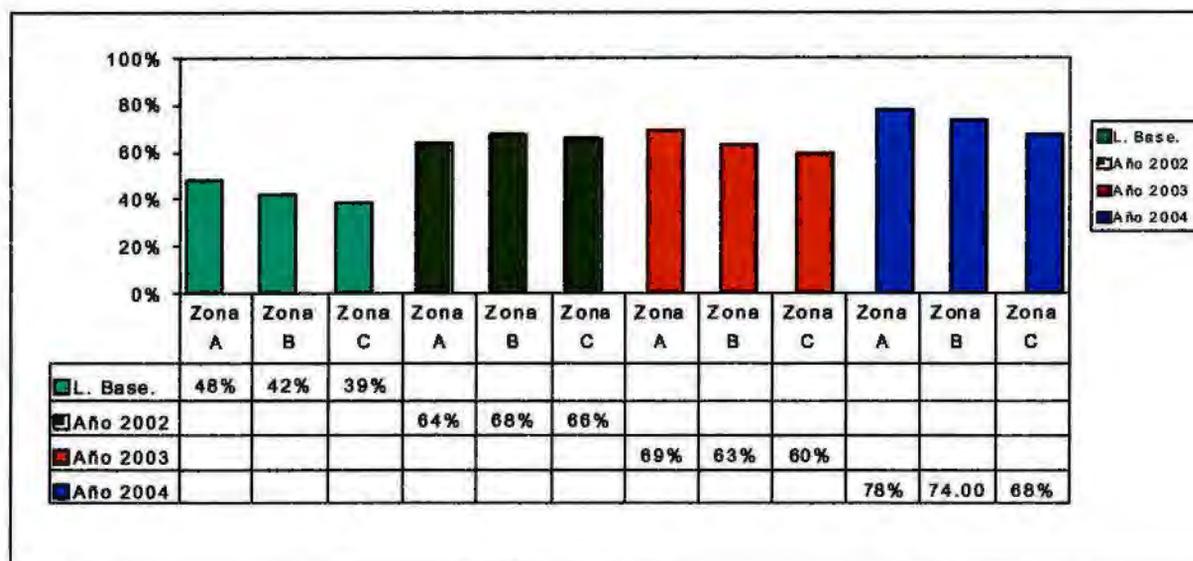
METAS GLOBALES	Línea de Base %	Realizado 2000	Año 1 2002	Año 2 (2003)	Año 3 (2004)
POBLACION TOTAL ZONA B	6739	6,739	7,319	7,559	7,807
N° Embarazos Esperados	39		290	299	309
N° Embarazos a Atender			297	301	311
% de cumplimiento/ Meta			100%	100%	100%
Cobertura de CPN	97		92	94	96
N° Partos Esperados	39		261	270	279
N° Partos a Atender			267	275	284
% de cumplimiento/ Meta			100%	100%	100%
Cobertura de Partos Institucionales	38		45	50	60
N° Puerperios Esperados	39		261	270	279
N° de Puérperas a Atender			267	275	284
% de cumplimiento / Meta			100%	100%	100%
Cobertura de Puerperio	79		80	85	90
N° de Niños Menores de 1 año	39		261	270	279
N° de VPCD a Atender			261	270	279
% de cumplimiento/ Meta			100%	100%	100%
Cobertura de VPCD	100		100	100	100

JICARO ZONA C

METAS GLOBALES	Línea de Base	Realizado 2000	Año 2002	1 Año (2003)	2 Año (2004)	3
POBLACIÓN TOTAL ZONA C	10856	10,856	9,984	10,311	10,649	
Nº Embarazos Esperados	87		395	408	422	
Nº Embarazos a Atender			395	408	422	
% de cumplimiento/ Meta			100%	100%	100%	
Cobertura de CPN	91		93	95	97	
Nº Partos Esperados	87		356	368	380	
Nº Partos a Atender			356	368	380	
% de cumplimiento/ Meta			100%	100%	100%	
Cobertura de Partos Institucionales	34		45	55	65	
Nº Puerperios Esperados	87		356	368	380	
Nº de Puerperas a Atender			356	368	380	
% de cumplimiento / Meta			100%	100	100	
Cobertura de Puerperio	72		75	80	85	
Nº de Niños Menores de 1año	87		301	310	321	
Nº de VPCD a Atender			301	310	321	
% de cumplimiento/ Meta			100%	100%	100%	
Cobertura de VPCD	92		96	98	100	

Tabla y grafico # 1

Captación de mujeres embarazadas durante el primer trimestre de gestación durante el periodo 2002- 2004 Municipio el Jícaro.



Fuente datos MINSA El Jícaro.

Tabla y grafico # 2.

Tres principales causas de consulta de la mujer embarazada durante el año 2002-2004 Municipio el Jícaro.

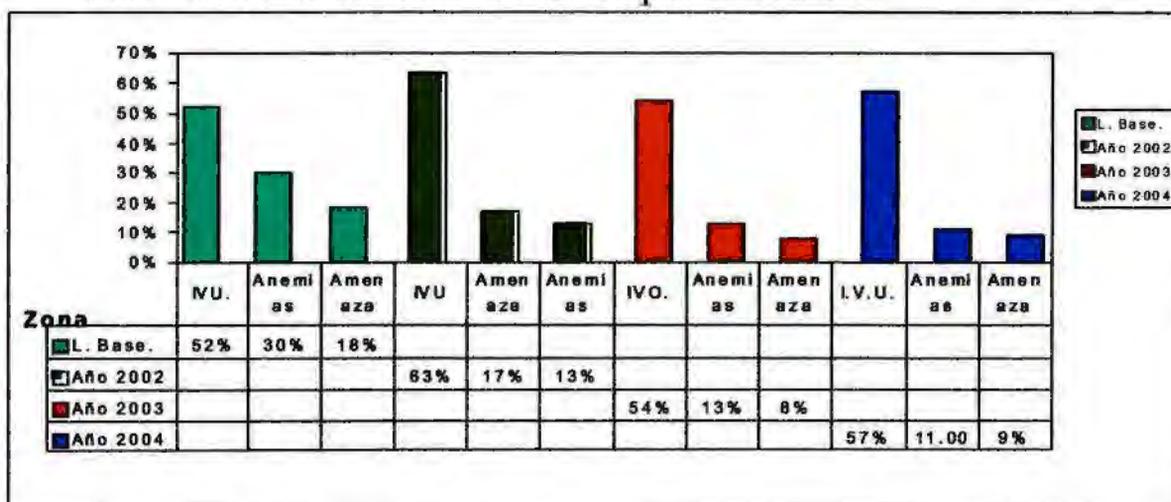


Tabla # 3.

Captación de la Mujer embarazada por perfil de personal, durante el periodo 2002- 2004 Municipio El Jícaro Nueva Segovia.

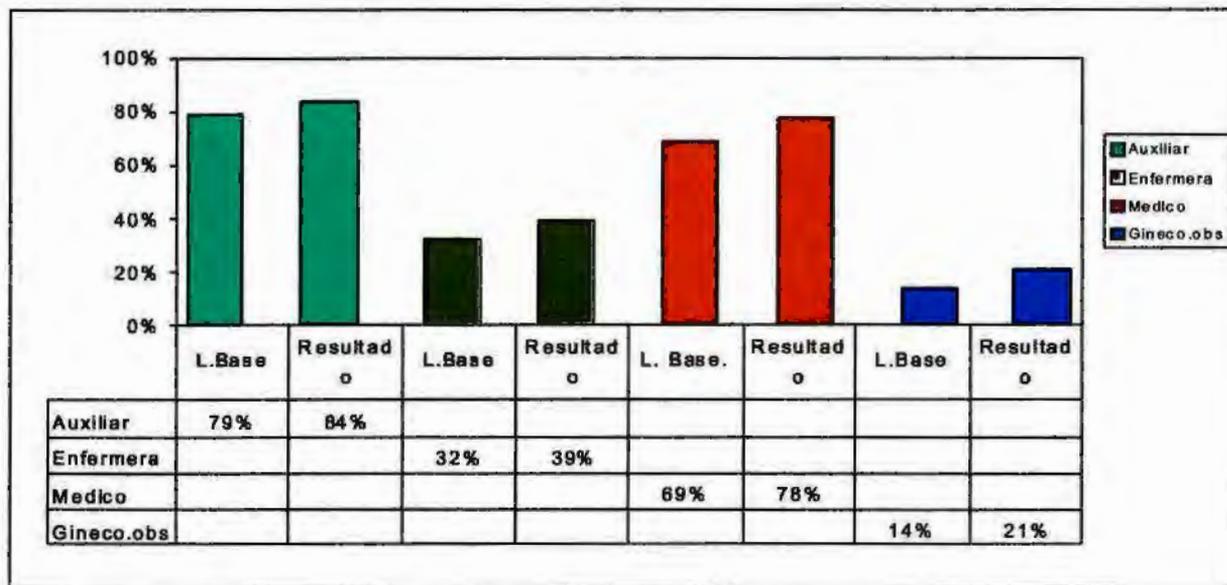


Tabla # 4.

Captación de la Mujer con embarazo ARO, por perfil de personal, durante el periodo 2002- 2004 Municipio El Jícaro Nueva Segovia.

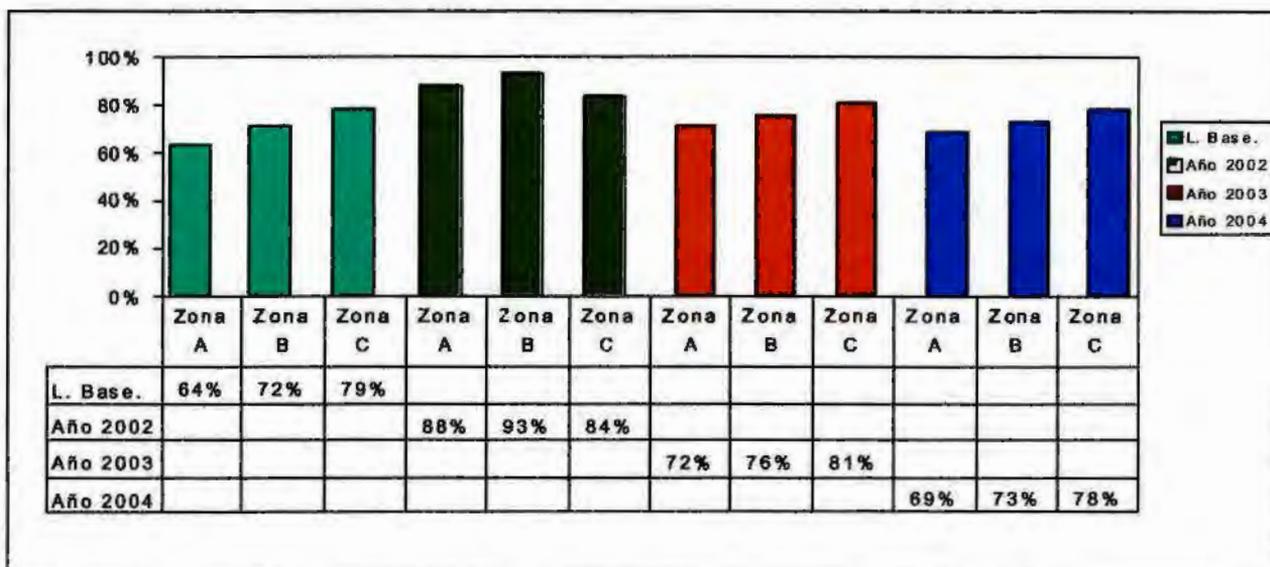


Tabla y grafico # 5

Partos Institucionales por año y por zona de acceso, durante el periodo 2002- 2004 Municipio El Jícaro Nueva Segovia.

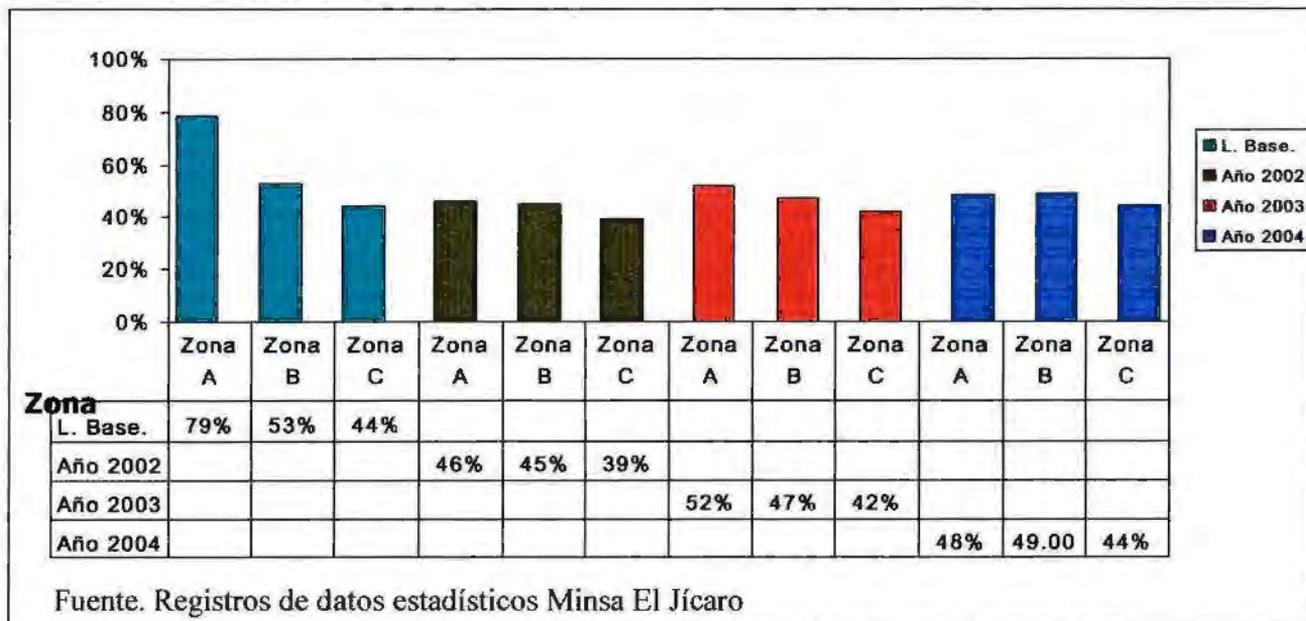


Tabla y grafico # 6

Atención de partos por perfil de personal, durante el periodo 2002- 2004 Municipio El Jícaro Nueva Segovia.

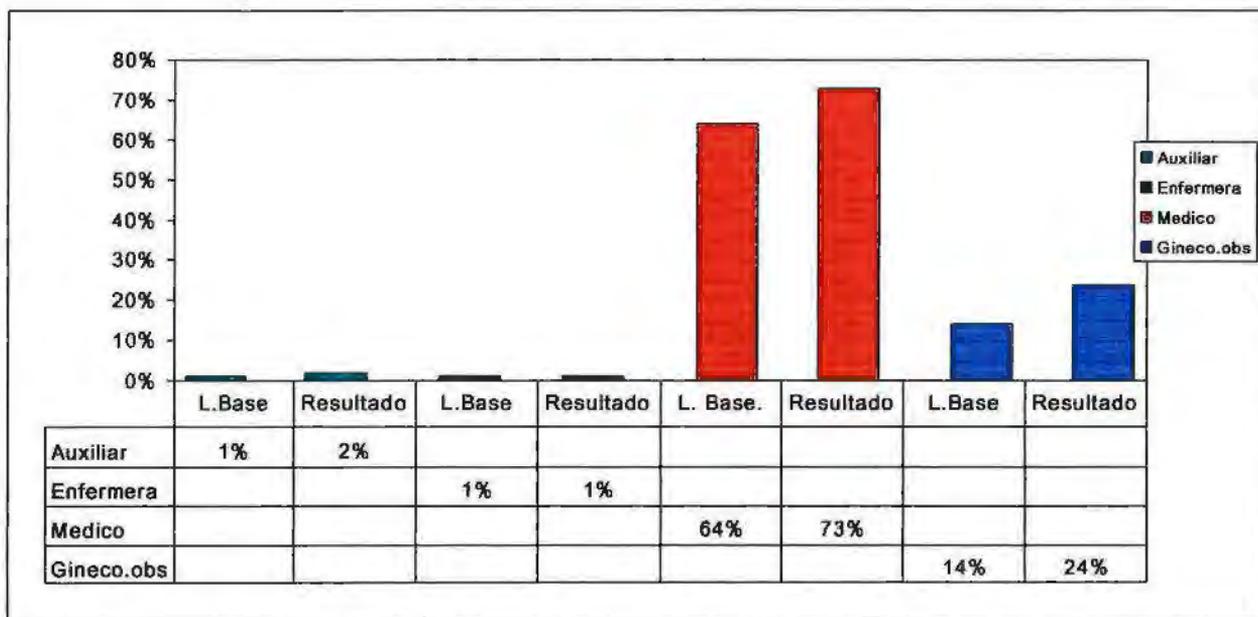
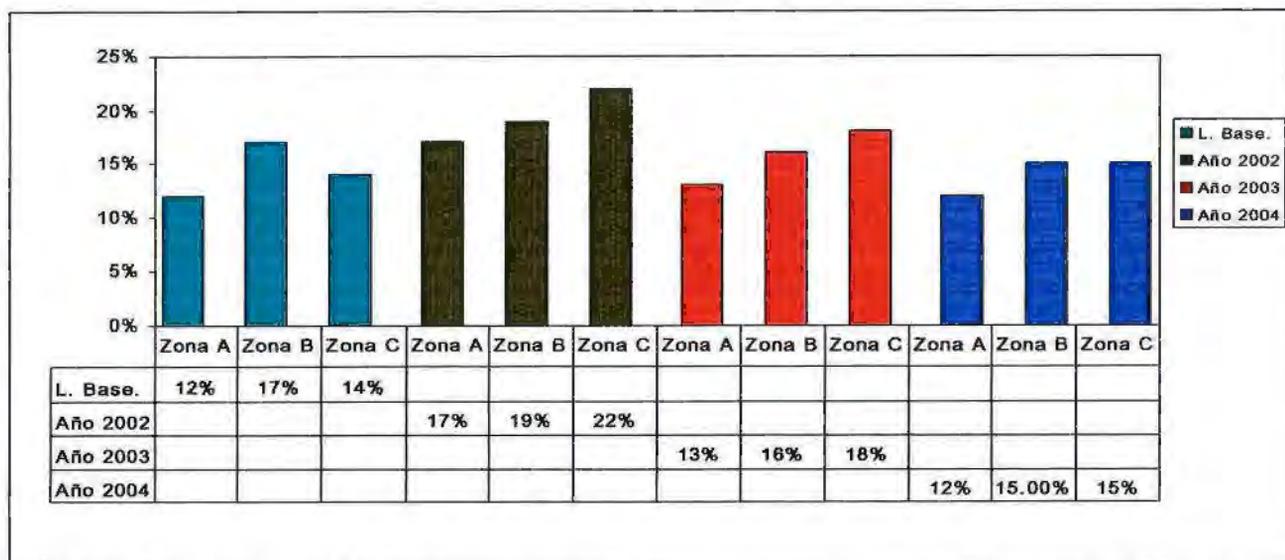


Tabla y grafico # 7

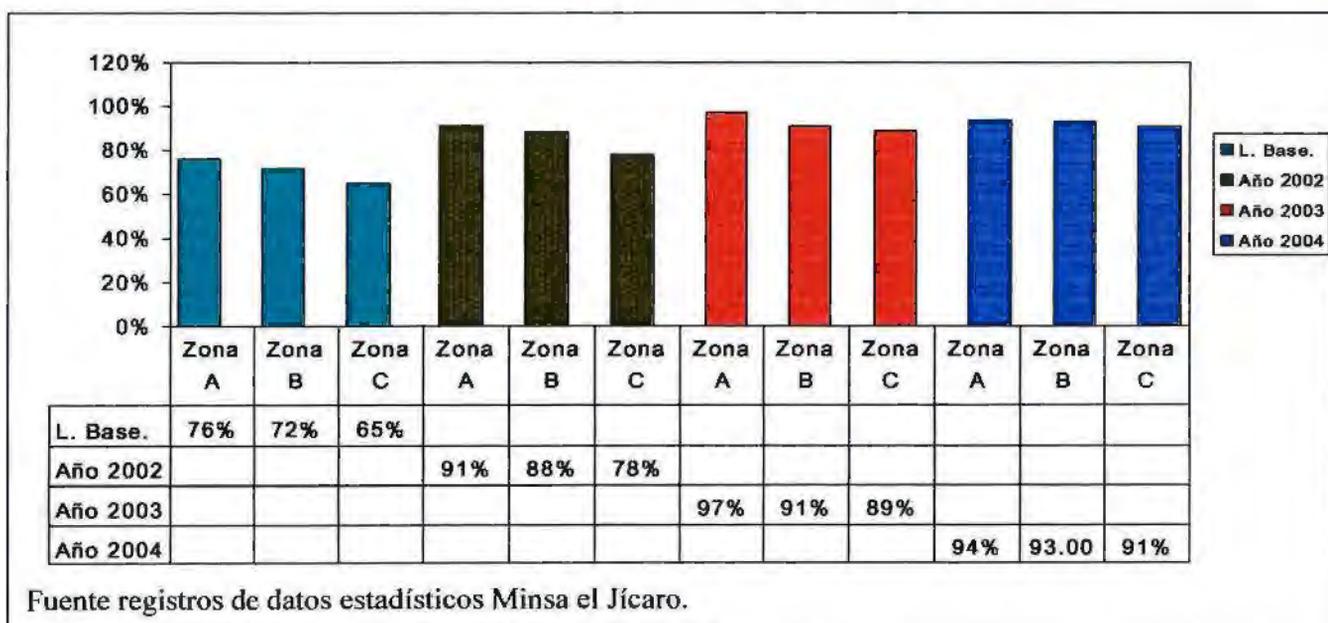
Cesáreas realizadas por zona de acceso y por año, durante el periodo 2002- 2004
Municipio El Jícaro Nueva Segovia.



Fuente Registros de datos estadísticos Minsa El Jícaro.

Tabla y grafico # 8

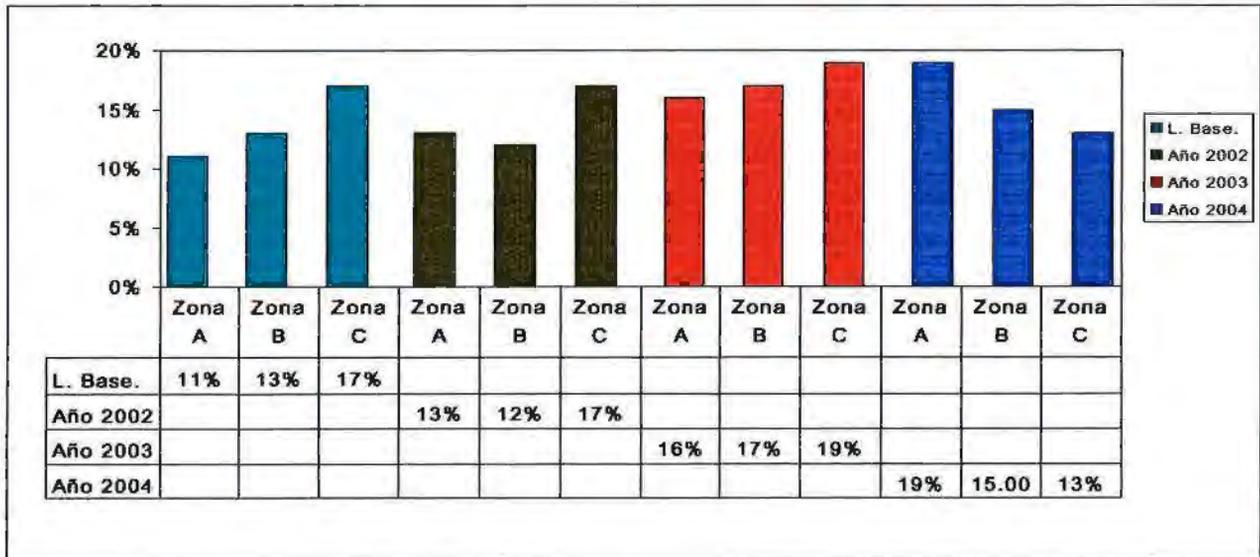
Cobertura del puerperio por año y por zona de acceso, durante el periodo 2002-
2004 Municipio El Jícaro Nueva Segovia.



Fuente registros de datos estadísticos Minsa el Jícaro.

Tabla y grafico # 9

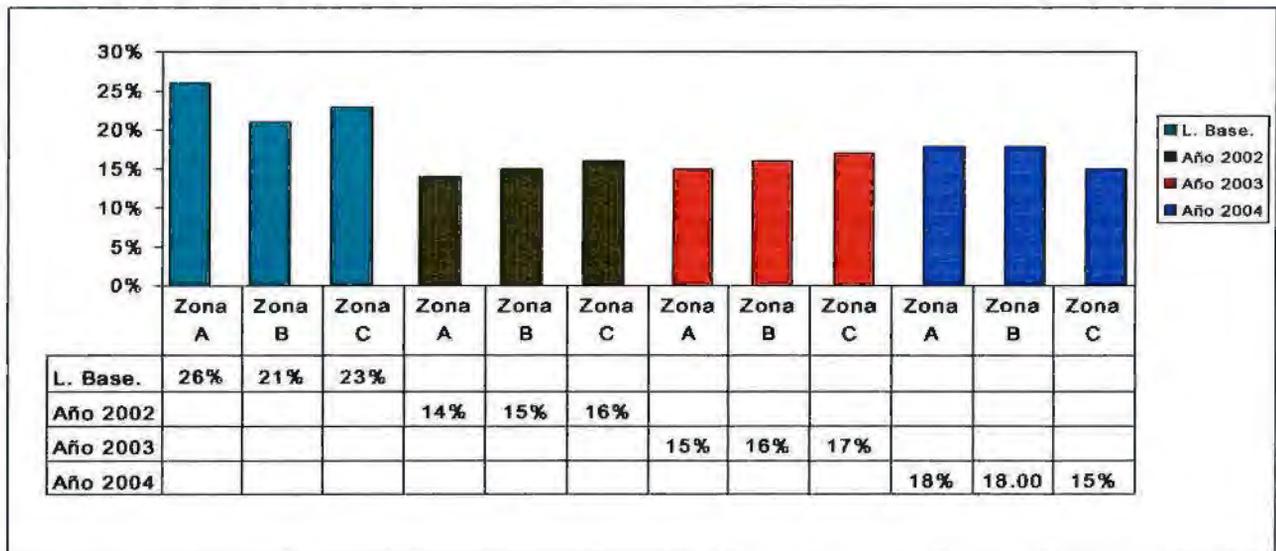
Complicaciones del puerperio en relación a partos institucionales, por zona de acceso, durante el periodo 2002- 2004 Municipio El Jícaro Nueva Segovia.



Fuente; Registros de datos estadísticas Minsa El Jicaró.

Tabla y grafico # 10

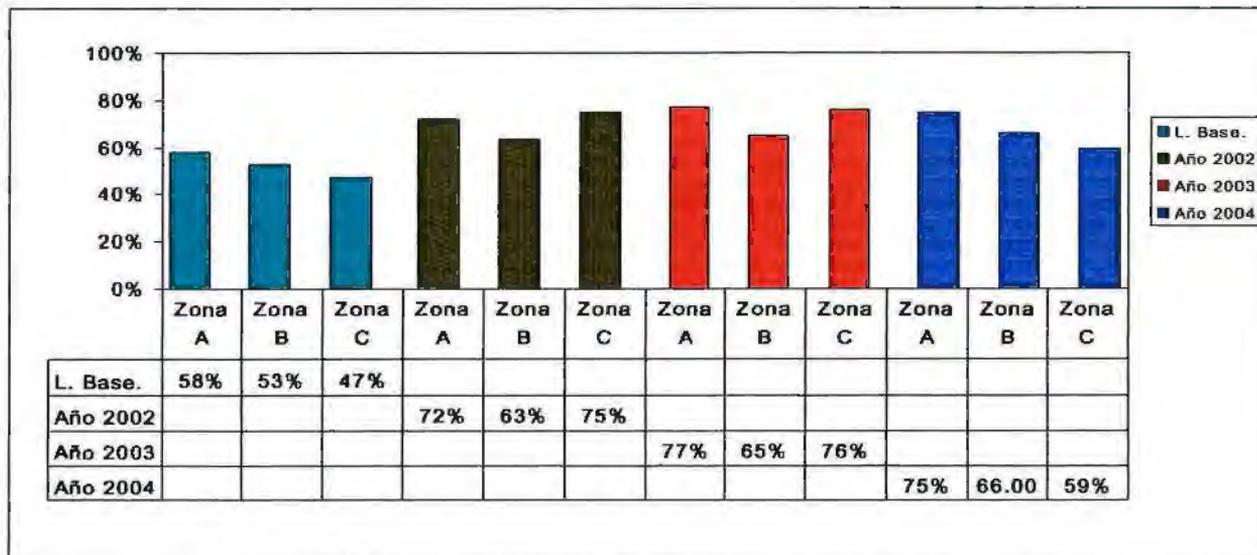
Cobertura de planificación familiar por año y por zona de acceso, durante el periodo 2002- 2004 Municipio El Jícaro Nueva Segovia.



Fuente: Registro de datos estadísticos Minsa El Jicaró.

Tabla y grafico # 11

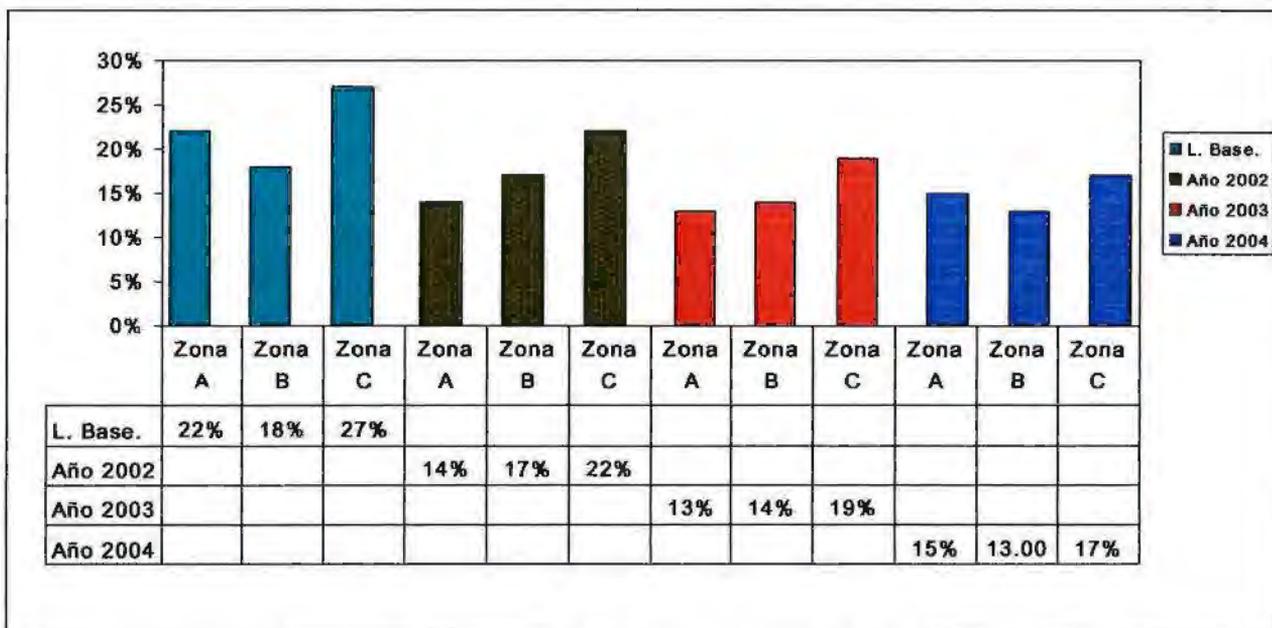
Cobertura de VPCD en el neonato por año y por zona de acceso, durante el periodo 2002- 2004 Municipio El Jícaro Nueva Segovia.



Fuente: Registros de datos estadísticos Minsa El Jicaró.

Tabla y grafico # 12

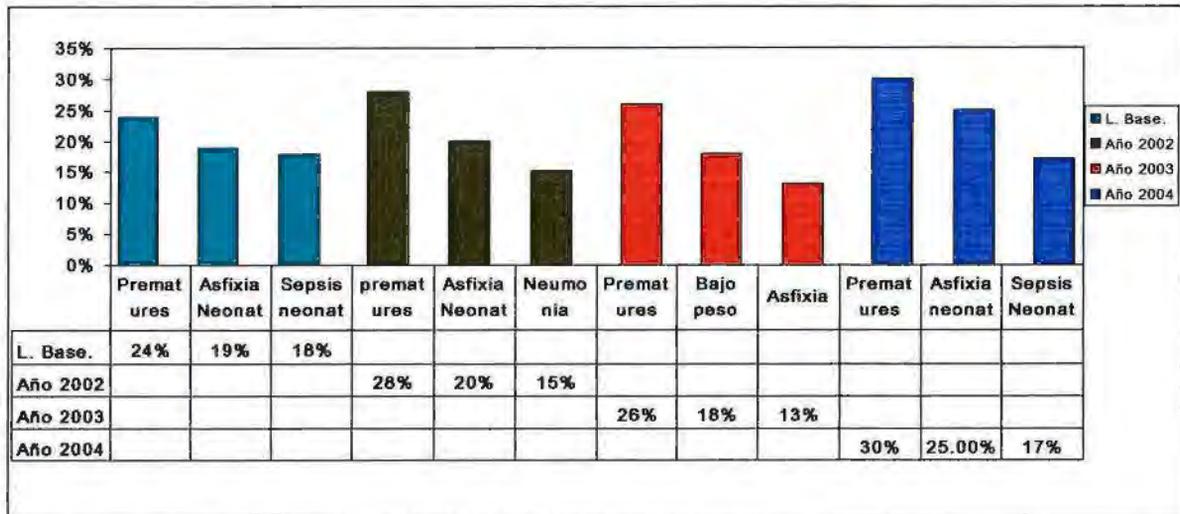
Complicaciones neonatales por año y por zona de acceso, durante el periodo 2002- 2004 Municipio El Jícaro Nueva Segovia.



Fuente: Registros de datos estadísticos Minsa El Jicaró.

Tabla y grafico # 13

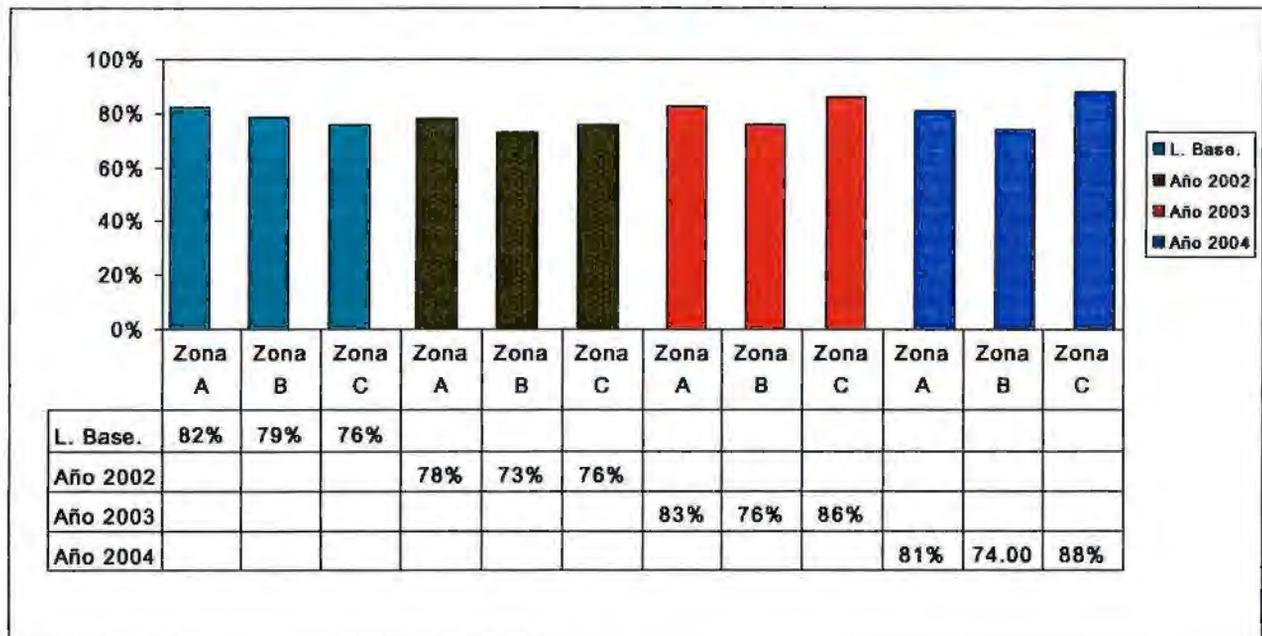
Tres principales causas de complicaciones neonatales por año y por zona de acceso, durante el periodo 2002- 2004 Municipio El Jícaro Nueva Segovia.



Fuente; Registro de datos estadísticos Minsa El Jícaro.

Tabla y grafico # 14

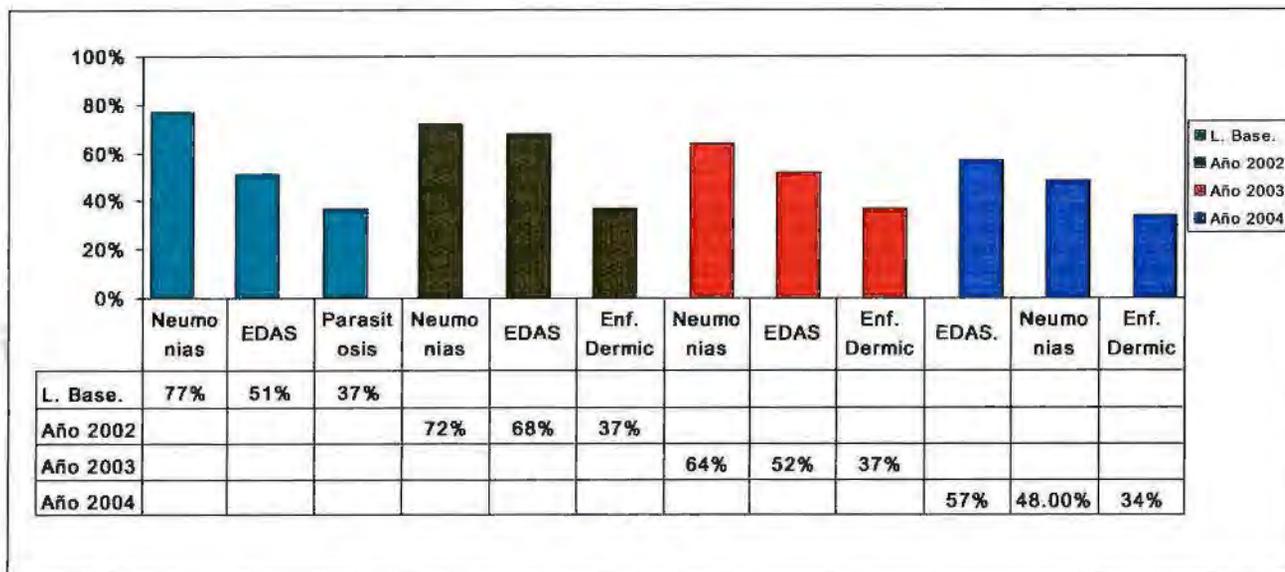
Coberturas del VPCD en menores de un año, por año y por zona de acceso, durante el periodo 2002- 2004 Municipio El Jícaro Nueva Segovia.



Fuente; Registro de datos estadísticos Minsa El Jícaro.

Tabla y grafico # 15

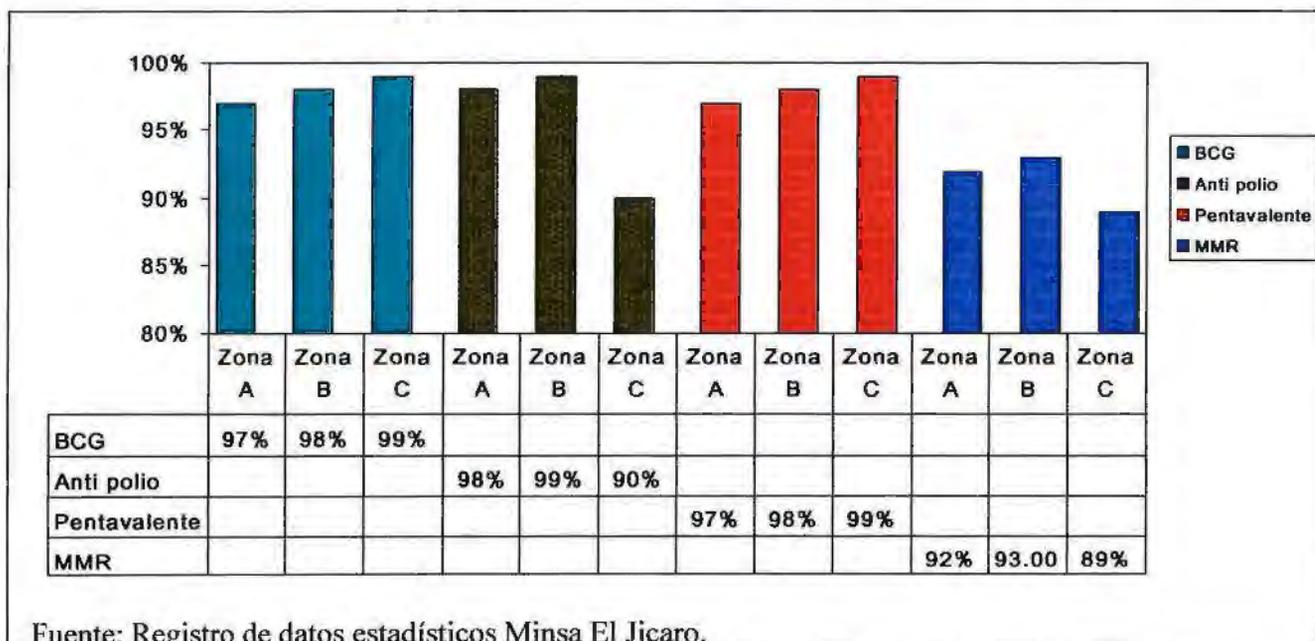
Tres principales causas de complicación en los menores de un año, por año y por zona de acceso, durante el periodo 2002- 2004 Municipio El Jícaro Nueva Segovia.



Fuente; Registro de datos estadísticos Minsa El Jícaro.

Tabla y grafico # 16

Coberturas de VPCD en los menores de un año, por año y por zona de acceso, durante el periodo 2002- 2004 Municipio El Jícaro Nueva Segovia.



Fuente; Registro de datos estadísticos Minsa El Jícaro.

17

Tasas de mortalidad materna e infantil, por año, durante el periodo 2002-2004 Municipio El Jícaro Nueva Segovia.

MORTALIDAD	Resultado de línea de base.	2002	2003	2004
NEONATAL	13.4 x mil NVR	18.7 x mil NVR	15.6XMIL NVR	7.6 XMIL NVR
FETAL	18 x mil NVR	24xmil NVR	22.9 XMIL NVR	11.3 XMIL NVR
PERINATAL	32 x mil NVR	38xMil NVR	42.9 XMIL NVR	19 XMIL NVR
INFANTIL	8 x 100 mil NVR	9x Mil NVR	7.3XMIL N< 1	3.6 XMIL N< 1
MATERNA	464 x 100 mil NVR	116 x 100 mil NVR	390.6X100 MIL NVR	0

Fuente: Registro de datos estadísticos MINSA El Jícaro.

Tabla # 18.

Aplicaciones de Biológico en el menor de un año, durante el periodo 2002- 2004 Municipio El Jícaro Nueva Segovia

Biológico	Zona A	Zona B	Zona C
BCG.	97%	92%	88%
Antipolio	98%	99%	99%
Pentavalente	97%	98%	99%
MMR	92%	93%	89%
Llenado de Certificados de nacimientos.	76%	71%	62%

Fuente; Registros de datos estadísticos Minsa El Jícaro.

Tabla # 19.

Complicaciones obstetricias mas frecuentes en gestantes durante el periodo 2002-2004 en El Municipio de El Jícaro nueva Segovia.

causas	Resultado Línea de base.	Año 2002	Año 2003	Año 2004
Pre-eclampsia	10%	8%	11%	12%
Trabajo de parto prolongado.	12%	15%	13%	17%
Trabajo de parto prematuro.	8%	11%	7%	7%
Infección de vías urinarias	33%	27%	34%	25%
Anemias	15%	12%	13%	11%
Amenazas de aborto.	6%	4%	7%	8%

Fuente registros de datos estadísticos MINSA El Jícaro.

Tabla # 20

Complicaciones del puerperio mas frecuentes durante el periodo 2002-2004 en El Municipio de El Jícaro nueva Segovia.

causas	Resultado Línea de base.	Año 2002	Año 2003	Año 2004
Hemorragias por parto.	29%	31%	23%	17%
Sepsis post – Parto.	13%	11%	7%	9%
Endometritis.	4%	16%	13%	8%
Anemias post-parto.	23%	19%	17%	14%
Otras causas	12%	8%	5%	7%

Fuente registros de datos estadísticos MINSA El Jícaro.

Tabla # 21

Atención del VPCD por perfil de personal que lo atendió, durante el periodo 2002-2004 en El Municipio de El Jícaro nueva Segovia.

Perfil de personal.	Resultado de línea de base.	Año 2002	Año 2003	Año 2004
Auxiliar de enfermería. Zona A.	64%	79%	82%	75%
Auxiliar de enfermería. Zona B	78%	94%	92%	95%
Auxiliar de enfermería. Zona C	75%	69%	43%	56%
Enfermera Zona A.	59%	69%	43%	56%
Enfermera Zona B.	46%	62%	72%	60%
Enfermera Zona C.	48%	53%	46%	47%
Medico general. Zona A.	52%	38%	36%	32%
Medico general. Zona B	48%	39%	36%	42%
Medico general. Zona C	44%	33%	39%	28%

Tabla # 22

Atención del VPCD a nivel de centro de salud, y puesto de salud durante el periodo 2002-2004 en El Municipio de El Jícaro nueva Segovia.

Centro de salud	Zona A	Zona B	Zona C
Línea de Base	76%	66%	56%
Año 2002	93%	83%	75%
Año 2003	86%	89%	77%
Año 2004	82%	81%	74%
Puesto de salud	Zona A	Zona B	Zona C
Línea de Base	75%	64%	52%
Año 2002	94%	95%	92%
Año 2003	97%	98%	98%
Año 2004	95%	96%	95%

Fuente: registro de datos estadísticos MINSA El Jícaro.

Tabla # 23

Complicaciones en menores de un año, durante el periodo 2002-2004 en El Municipio de El Jícaro nueva Segovia.

Causas	Línea de base.	Año 2002	Año 2003	Año 2004
Neumonías.	72%	68%	64%	38%
Enfermedades Diarreicas agudas.	68%	72%	52%	57%
Enfermedades dérmicas.	44%	47%	37%	34%
Parasitosis.	24%	27%	23%	27%
Infección de vías urinarias.	32%	18%	22%	13%
Anemias.	21%	13%	18%	17%

Fuente: registro de datos estadísticos MINSA El Jícaro.

Tabla # 24

Atención de niños menores de un año con enfermedades diarreicas agudas, por perfil de personal que lo atendió, durante el periodo 2002-2004 en El Municipio de El Jícaro nueva Segovia.

Perfil de personal.	Resultado de línea de base.	Año 2002	Año 2003	Año 2004
Auxiliar de enfermería. Zona A.	25%	33%	35%	23%
Auxiliar de enfermería. Zona B	37%	42%	38%	37%
Auxiliar de enfermería. Zona C	44%	13%	36%	31%
Enfermera Zona A.	21%	20%	18%	22%
Enfermera Zona B.	31%	27%	22%	25%
Enfermera Zona C.	29%	31%	23%	26%
Medico general. Zona A.	54%	47%	42%	55%
Medico general. Zona B	32%	31%	40%	38%
Medico general. Zona C	27%	56%	31%	43%

Fuente: registro de datos estadísticos MINSA El Jícaro.

Tabla # 25

Atención de niños menores de un año con enfermedades respiratorias agudas, por perfil de personal que lo atendió, durante el periodo 2002-2004 en El Municipio de El Jícaro nueva Segovia.

Perfil de personal.	Resultado de línea de base.	Año 2002	Año 2003	Año 2004
Auxiliar de enfermería. Zona A.	24%	29%	18%	37%
Auxiliar de enfermería. Zona B	22%	27%	17%	36%
Auxiliar de enfermería. Zona C	33%	27%	39%	36%
Enfermera Zona A.	11%	15%	11%	18%
Enfermera Zona B.	13%	16%	9%	22%
Enfermera Zona C.	16%	23%	8%	27%
Medico general. Zona A.	65%	56%	71%	45%
Medico general. Zona B	65%	57%	74%	42%
Medico general. Zona C	51%	50%	53%	37%

