

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
CIES/ UNAN
MAESTRIA EN SALUD PUBLICA**

T 184
B 574
2001

**ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD EN LA PROVISION
DE SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA MUJER Y A LA NIÑEZ
EN AREAS RURALES DE LA ZONA SUR DE SAN SALVADOR**

Dr. Eliseo Orellana

Manuel Beza

**TESIS DE GRADUACIÓN
MAESTRIA DE SALUD PUBLICA**

TUTOR: Dr. Eliseo Orellana

ALUMNO:

Dr. José Manuel Beza

T
184
B574
2001

San Salvador, mayo de 2001

TABLA DE CONTENIDOS

| | No. Pag. |
|--|-----------|
| AGRADECIMIENTOS | 3 |
| RESUMEN EJECUTIVO | 4 |
| INTRODUCCIÓN | 7 |
| CAPITULO I DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA | 10 |
| CAPITULO II JUSTIFICACIÓN Y PROPÓSITO | 12 |
| CAPITULO III ANTECEDENTES | 14 |
| CAPITULO IV OBJETIVOS | 19 |
| CAPITULO V MARCO REFERENCIAL | 20 |
| CAPITULO VI HIPÓTESIS | 33 |
| CAPITULO VII DISEÑO METODOLOGICO | 34 |
| Tipo de Estudio | |
| Métodos e instrumentos de recolección de datos | |
| Procedimientos para recolección de información | |
| Operacionalización del estudio | |
| CAPITULO VIII DISCUSIÓN DE RESULTADOS | 40 |
| CAPITULO X CONCLUSIONES | 72 |
| CAPITULO XI RECOMENDACIONES | 76 |
| BIBLIOGRAFIA | 78 |
| ANEXOS | 80 |

AGRADECIMIENTOS

A las comunidades:

Por ser la principal fuente de inspiración para la búsqueda permanente de nuestro desarrollo personal a través de la ciencia y la espiritualidad que el ejercicio de la Salud Pública requiere en nuestra sociedad.

Al cuerpo docente de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de El Salvador y del Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud CIES, de la Universidad Autónoma de Nicaragua:

Por la oportunidad de fortalecer nuestras capacidades tecnológicas en nuestros ámbitos de trabajo en pro de la Salud de nuestro pueblo.

A mi esposa Mercedes y a mi hija María José:

Que han aportado la inversión inapreciable e intangible de su amor, comprensión y tolerancia ante mis ausencias en el hogar durante el proceso de formación en el campo y en las aulas.

A todos mis compañeros y colegas:

Con quienes hemos compartido nuestras experiencias y aliviado nuestros esfuerzos por medio de la amistad y solidaridad en el duro trabajo académico y laboral durante el servicio.

A Elizabeth Burleigh:

Por su confianza en nuestro trabajo y su calidad humana demostrada para con las personas más afectadas por la inequidad social en el mundo y particularmente con nuestros pobladores rurales en EL Salvador.

A nuestros líderes comunitarios:

Valeriano, Aparición, Clímaco y más de mil promotores y parteras que continúan trabajando en sus comunidades fomentando la salud y el desarrollo local en el área rural del país, y que también han sido escuela y formación para nuestro trabajo como salubristas.

Al Dr. Eliseo Orellana:

Por su orientación y asesoría en el desarrollo del presente trabajo.

RESUMEN EJECUTIVO

El Salvador como muchos de los países que aspiraron al logro de la meta de Salud para Todos en el año 2000, con la implementación de la estrategia de Atención Primaria de Salud, durante los últimos 30 años desde que se realizó la Conferencia de Alma Ata, ha venido a través de diferentes etapas desarrollando modalidades de intervención con el propósito de incrementar coberturas de atención en salud, las cuales han permeabilizado, por la claridad de sus intenciones, en todos los actores del sector salud, específicamente en el sector privado sin fines de lucro.

Las Organizaciones No Gubernamentales, por el nivel básico de intervención y focalización a los grupos sociales más desprotegidos, han podido, a partir de la aplicación tecnológica desarrollada por el gobierno y sus cooperantes, experimentar la efectividad de la estrategia en el segmento más periférico del nivel primario de atención.

Retoma de la estrategia los desafíos de la equidad, la eficacia y la eficiencia y agrega los actuales retos de la calidad en la provisión de servicios de salud, y con este compromiso, las formas de garantizarla para mejorar no sólo las coberturas y la esperanza de vida, sino también de agregar valor en términos de beneficios, utilidad y calidad a la prolongación de la vida de las personas, por medio de actividades de desarrollo local.

Para describir los avances en la implementación de nuevos modelos para ampliar las coberturas en comunidades rurales se realizó el presente estudio de caso con enfoque cualitativo, con el propósito de explicar cómo se operacionaliza el concepto de la calidad y cómo ésta se asegura en los servicios de salud en comunidades rurales en la zona sur del Departamento de San Salvador, a partir del

trabajo comunitario con Promotoras de Salud (PS) con apoyo de profesionales de la Fundación Serafín.

Dado que los mismos retos ya expresados han sido retomados en la propuesta del Consejo de Reforma del Sector Salud en EL Salvador, este estudio se justifica sobre la base del interés nacional de conocer, socializar y documentar modalidades para operacionalizar la equidad a través de la extensión de coberturas, y la calidad a través de metodologías de aseguramiento.

En su primer tercio el estudio describe un modelo de servicios focalizados para la atención de mujeres en edad fértil y niños menores de 5 años para población rural en situaciones de extrema pobreza, con una oferta en más de un 80% de las intervenciones de carácter netamente preventivo, principalmente en la vigilancia del embarazo, la atención del parto por personal capacitado, atención del post parto, atención del recién nacido desde sus primeras 48 horas de vida y durante el primer año de vida hasta los 5 años de edad, según las normas y procedimientos vigentes en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social MSPAS, con una aplicación del enfoque de riesgo materno infantil.

En su segunda parte describe las formas de ponderación de la eficacia del modelo, sus estándares o normas de producción, sus indicadores de medición y sus umbrales de resultados esperados, que finalmente definen la eficacia en el logro de los objetivos predeterminados del modelo. Sobre esto, los resultados reflejan en la mayoría de sus estándares de producción, principalmente en las coberturas de inscripción de control prenatal, inscripción post parto, inscripción del recién nacido y durante el primer año de vida; rendimientos arriba del 80%, quedándose bajo este umbral en la atención del parto por personal capacitado y en las coberturas de

Planificación Familiar. El modelo de servicios tal como lo implementan, reflejan potencialidades de impacto sobre la mortalidad materna e infantil, debido a la concentración de las intervenciones en los períodos más críticos del proceso reproductivo y de la supervivencia infantil.

En la tercera y última parte del estudio se puede explicar la labor de control del equipo técnico de apoyo a las Promotoras de Salud, como a partir del enfoque sistémico y las dimensiones de la calidad, se definen estándares, indicadores de medición y los umbrales de rendimiento esperado, y como estos fundamentan el diseño del sistema de información del modelo, el cual permite desarrollar herramientas y metodologías de monitoreo y evaluación que facilitan el control de la gestión a través de la detección de fallas u oportunidades de mejora de todo del modelo.

INTRODUCCION

A partir de la definición de la estrategia de Atención Primaria de Salud, como una forma práctica y sistemática para mejorar las políticas de salud, considerando la capacidad de pago de cada país, para mejorar la calidad de vida de sus poblaciones; todos los gobiernos y las diferentes agencias e instituciones de salud han impulsado fuertemente sus componentes estratégicos de Participación Comunitaria y la Tecnología Apropriada como una modalidad subsidiaria de optimización de recursos locales o comunitarios para cumplir con la extensión de cobertura con el objeto de satisfacer las necesidades de servicios de salud de la población, específicamente la más susceptible, que para El Salvador, se encuentran ubicadas en las áreas rurales en su mayoría (2.5 de los 6 millones que habitan el país). (10)

La participación comunitaria es considerada como una de las mejores opciones existentes para acceder a las zonas más marginadas y pobres, con el fin de proveerlas con los mínimos servicios de salud. La capacitación de agentes comunitarios de salud ha sido propuesta como una de las formas más costo efectivas para mejorar la situación de salud en las comunidades rurales más densamente pobladas y más marginadas de los servicios institucionales del sistema gubernamental de salud en los países en vías de desarrollo. (23)

Por otra parte, en los debates sobre modelos de servicios sean estos fundamentados en la estrategia de APS o no, se han cuestionado los modelos orientados a la focalización de las acciones de salud contra los modelos integrales de

salud que han sido factibles en países desarrollados. Sin embargo el mismo perfil epidemiológico de los países pobres ha determinado que las políticas de salud inviertan sus limitados recursos en el grupo materno infantil, dadas las tasas de mortalidad de estos grupos poblacionales, pasando de un modelo predominantemente curativos “que esperan a los enfermos” a un modelo predominantemente preventivo que “se programa” con pro-actividad para proteger la salud de los grupos más vulnerables de la comunidad.

Actualmente sobre la misma tendencia de los modelos diseñados en base a la oferta de servicios curativos, en los nuevos enfoques de la Gerencia de los Servicios de la Salud, en el tema de la Gestión de la Calidad, se ha trabajado con mayor énfasis en los modelos “medicalizados” que predominan el nivel hospitalario y las áreas especializadas del sector salud, y con la única dimensión de satisfacer las expectativas del usuario, según el trato personal y las comodidades que se puedan ofrecer, independientemente de su cobertura, eficacia, eficiencia, y continuidad de la atención.

Desde estos niveles altamente complejos, se tiene el paradigma de que solo la tecnología onerosa y quienes la ejercen pueden ser juzgados por su calidad, y que cualquier intervención por debajo de sus estándares, no puede ser sujeta de una valoración cualitativa; principalmente cuando los niveles de intervención son de baja complejidad y ejecutados por personal básico de salud, en áreas rurales postergadas por el sistema de salud tradicional.

En el enfoque de la Calidad, para que sea "Total", actualmente puede explicarse a partir del enfoque sistémico, analizando cómo las entradas al sistema y sus procesos de producción determinan el logro de los resultados de los servicios, en nuestro caso, para las comunidades rurales, con personal básico de salud. En el presente estudio se explican las modalidades de aseguramiento que se utilizan en la Fundación Serafín, a partir de los principios y dimensiones de la calidad, que se aplican en los servicios básicos de atención a la mujer y a la niñez. (7)

El análisis explicativo sobre el modelo adoptado por las comunidades rurales, su eficacia y las formas de aseguramiento a través del monitoreo, pueden aportar desde su sencillez, en un nivel de baja complejidad, las pautas instrumentales para el aseguramiento de la calidad y las formas posibles de acreditación de diferentes modelos de servicios dentro del sector salud, por parte de entidades a quienes les corresponda la función de rectoría.

Con el fin de alcanzar este objetivo, durante abril y mayo de 2001, se llevó a cabo una revisión de la estructura, los procesos y resultados del modelo que desde abril de 2000 a marzo de 2001, han determinado el aseguramiento de la calidad en la provisión de servicios en cinco comunidades rurales de la Zona Sur del departamento de San Salvador.

CAPITULO I

DESCRIPCION DEL PROBLEMA

A pesar de estar de sobra investigado y definido que en El Salvador, la morbilidad y la mortalidad materna e infantil siguen siendo altas; que la atención de salud es de baja cobertura; y que la casi permanente ocurrencia de brotes epidémicos en los últimos dos años, es un efecto de la debilidad de la red de servicios en el nivel primario de atención, principalmente en su función fundamental de vigilancia epidemiológica comunitaria; todavía el modelo “medicalizado” de los servicios de nivel primario, limita los espacios de intervención a personal comunitario de salud debidamente capacitado y adiestrado, por el paradigma de que la calidad en los servicios sólo puede ser sustentada bajo perfiles altamente especializados en materia de salud.

La tendencia de los formuladores de las políticas a partir del cambio de gobierno en 1999, con el movimiento nacional de Reforma Sectorial de Salud, han retomado la necesidad de fortalecer el nivel primario de atención, incorporando dentro del concepto de los Sistemas Básicos de Salud Integral SIBASI, un nivel primario de atención integrado desde las comunidades, con fomento de la corresponsabilidad en el cuidado de la salud.

En la nueva visión del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), se plantea la conformación de un Sistema Integrado de Salud con un nuevo modelo de atención, provisión, gestión y financiamiento que asegure la calidad y la calidez de los servicios a la población, separando la funciones de un ente rector,

normador, financiador y acreditador; de un ente Gestor Proveedor de Servicios Integrales (SIBASI).

De 1993 a 1998 según FESAL 98 (10), ha habido reducción de la mortalidad infantil, de 41 a 35 por mil nacidos vivos respectivamente, con mejoras sustanciales en las coberturas de atención al menor de 5 años en el área rural; sin embargo la situación de acceso a servicios en general en estas áreas siguen siendo mucho más deficitarias que en el área urbana.(6)

Al momento, no hay ninguna aproximación sobre el tema de la calidad en comunidades rurales y el trabajo de promotores de salud, que permita considerar la posibilidad de que la calidad no es un concepto aplicable únicamente con el trabajo de un médico o de una enfermera, o con altos niveles de complejidad de la prestación de los servicios de salud, como ya se ha estudiado por Donabedian y otros autores.

La perspectiva de estudio es explicar cómo las Promotoras de Salud, a su nivel de intervención en salud pueden proveer servicios de atención a la mujer y a la niñez, en comunidades rurales de la Zona Sur de San Salvador, a partir de un sistema de monitoreo técnico que asegure la calidad de los mismos.

Por todo lo anterior se plantea el problema de la forma siguiente:

¿Como el monitoreo técnico asegura la calidad de la provisión de los servicios de atención a la mujer y a la niñez, en el modelo adoptado en comunidades rurales de la Zona Sur del Departamento de San Salvador durante abril de 2000 a marzo de 2001?

CAPITULO II

JUSTIFICACION Y PROPOSITO

El presente estudio, pretende aportar información sobre la aplicación de principios y dimensiones de la calidad en el monitoreo, para la atención integral de la mujer y la niñez en el área rural; así mismo, que se constituya en fuente de información para el diseño y aplicación de estrategias que contribuyan al aseguramiento de la calidad de los servicios, por medio de un monitoreo técnico adecuado que contribuya efectivamente a mejorar el estado de salud de la población rural en El Salvador.

Actualmente existen en El Salvador más de 1700 promotores(as) de salud que han sido capacitados(as) para desarrollar intervenciones de atención a la mujer y a la niñez en áreas desprotegidas, pero que su rendimiento o capacidad resolutive para disminuir la mortalidad materna e infantil no ha sido investigada, ni valorada sobre criterios de calidad que se están usando para acreditar servicios.

Esta indagación puede incidir en la decisión sobre la mejora continua de los servicios en todos los niveles de complejidad y propiciar la oportunidad de fortalecimiento de la atención especializada para una demanda depurada por el nivel primario, con la consiguiente integración de todo el sector salud.

Dada la persistencia de la inequidad en la distribución de los recursos de salud a nivel nacional, y el desarrollo de la experiencia de atención de la salud reproductiva por personal básico de las comunidades, es necesario explicar las

formas efectivas de garantizar la calidad de su labor y su contribución a la sobrevivencia y a la calidad de vida de la población rural más pobre, y a partir de ese análisis, considerar su integración a las iniciativas de modernización y reforma del sector salud.

Así, los resultados de esta investigación permitirán:

1. Conocer las capacidades que determinan el potencial de éxito o el fracaso de una modalidad de servicios básicos de salud reproductiva y supervivencia infantil, programada y ejecutada por personas de la comunidad con baja escolaridad, con el apoyo de un ente interno asegurador de la calidad de los procesos de gestión, provisión y atención.
2. Conocer la sinergia de la estructura y la administración por procesos que determinan los resultados en la morbilidad y la mortalidad, tanto materna como infantil, utilizando el enfoque sistémico.
3. Por medio del intercambio y la difusión de resultados, generar reacciones y debate constructivo sobre la utilidad del modelo de servicios adoptado en las comunidades con promotores de salud, para los formuladores de programas de Salud Comunitaria en El Salvador.

CAPITULO III

ANTECEDENTES

En la década de 1950, el MSPAS impulsa la atención de comunidades rurales, por medio de establecimientos de salud mínimos, llamados puestos de salud que eran atendidos permanentemente por una auxiliar de enfermería; ella brindaba atención simplificada, y adicionalmente era visitada una o dos veces por semana según la población demandante por un médico y una enfermera graduada (17). Sin embargo, la modalidad de trabajo de estos establecimientos no llenaba las necesidades de una cantidad considerable de población, que quedaba sin posibilidad alguna de atención.

Estos grupos de población marginados de los servicios de salud, eran los que tenían mayor riesgo de enfermar y morir, ya que además de la inaccesibilidad a servicios de salud, tenían precarias condiciones socioeconómicas.

Considerando los problemas anteriores, se definieron otras estrategias de penetración a las comunidades marginadas, esta vez con agentes comunitarios o promotores de salud, quienes básicamente llevaban mensajes educativos a las familias, con énfasis en los grupos de mayor riesgo: madres, niños, personas de edad avanzada y discapacitados, a quienes tenían que referir a los establecimientos de salud para recibir tratamiento para sus enfermedades. En este nivel de desarrollo, la supervisión y el apoyo técnico para mejorar el desempeño, no estaba sistematizado ni era un proceso regular de trabajo con los agentes comunitarios.

De 1975 a 1995 el número de promotores adiestrados en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), subió del número inicial de 15, a 1438, recibiendo durante estos veinte años alrededor de 3 evaluaciones que dieron pauta para su expansión a 1700, con mejoramiento de la capacidad resolutive en su alcance de trabajo. Para este segundo momento de evolución ya se contaba con un cuerpo de 93 supervisores específicos con un perfil técnico delimitado a labores de promoción de la salud, saneamiento ambiental y vacunación de niños menores de 5 años y mujeres en edad fértil.

De 1990 a 1998, con el financiamiento de la Agencia Internacional para el Desarrollo del gobierno de Estados Unidos de Norte América USAID, a través de Medical Service Corporation International MSCI, se ejecuta el proyecto de salud materna y supervivencia infantil PROSAMI, cuyos objetivos fueron:

- *“Disminuir la morbilidad y mortalidad materna, infantil y de la niñez en las áreas rurales atendidas por promotores de salud capacitados, mejorando la capacidad resolutive de las comunidades”*
- *“Ampliar la cobertura de servicios de salud a la población materno-infantil, en las comunidades beneficiarias del proyecto”*

En el contexto del conflicto armado y previo a la firma de los acuerdos de paz, ninguna de las comunidades beneficiarias contaba con acceso a servicios de salud institucionales. Este proyecto se estructuró en una red de 34 ONG que fueron estandarizadas en las acciones de salud y en la modalidad de servicios, para esto PROSAMI adecuó las normas materno-infantiles vigentes del MSPAS, para estandarizar los procesos de trabajo, canalizó fondos para financiar el

programa, para ayudar a las ONG en su desarrollo administrativo. PROSAMI, en coordinación con el MSPAS y las ONG, capacitó más de 500 Promotores de Salud, 200 parteras y 200 técnicos supervisores con alto perfil profesional en materia de salud, para garantizar la calidad de los servicios.

Por medio de la red de ONG del proyecto PROSAMI, desde 1994 hasta 1998, se lograron coberturas de Atención Prenatal arriba del 80 % en las comunidades, más del 80 % en la atención del parto por personal capacitado, se incrementó el parto limpio de bajo riesgo con parteras y parteros, y también se incrementó la referencia hospitalaria para la atención del parto de mediano y alto riesgo. Igualmente se logró más del 80 % en la atención post parto y al recién nacido; este umbral de coberturas útiles en las diferentes etapas críticas del proceso reproductivo permitió una dramática reducción de la mortalidad materna.

Se logró más del 80 % en la cobertura de atención al recién nacido y disminuir notablemente la mortalidad infantil de niveles superiores a 40 por mil nacidos vivos a niveles inferiores a 20 por mil nacidos vivos.

Las coberturas de atención del niño de 0 a 5 años fue superior al 80 %. Se logró disminuir en 80 % el costo por atención en los diferentes años de ejecución del proyecto, gracias a la eficiencia en el incremento de la producción de servicios con el mismo financiamiento.

Se alcanzó mejorar sustancialmente la capacidad gerencial de las ONG, quienes lograron satisfacer los requerimientos administrativos y de auditoría financiera de los donantes, los requerimientos de auditoría técnica del contratista y la

acreditación jurídica del gobierno, adquiriendo la sustentabilidad institucional necesaria para la implementación del modelo.

Tanto las experiencias con promotores en el MSPAS, como en las ONG han sido evaluadas en diferentes oportunidades sobre la base de sus logros, pero no así en cuanto los sistemas de apoyo, específicamente el monitoreo dentro del marco conceptual del enfoque de la calidad que se pretende aplicar en el presente estudio.

Finalizado el financiamiento de la red de ONG de PROSAMI hasta 1998, en 1999, la Fundación Serafín, como producto de la sistematización de la experiencia PROSAMI, elabora un Plan de Empresa, logrando un financiamiento de parte de Plan Internacional, para atender 26,000 habitantes ubicados en 20 comunidades rurales de 4 departamentos: San Salvador, La Libertad, Chalatenango y Cabañas; con la participación de 20 promotores de salud y 5 gerentes departamentales que realizan las funciones de supervisión, monitoreo, evaluación y dan apoyo técnico y logístico en el terreno.

Este financiamiento ha permitido en Fundación Serafín, a partir de la experiencia con el modelo desarrollado por la red PROSAMI, estandarizar todos los procesos de entrada que conforman la estructura, los procesos de producción, los indicadores de resultados y los umbrales que determinan el alcance de mejora de todo el sistema.

A la fecha tienen poco más de un año de implementación de los servicios en las comunidades rurales de la zona Sur de San Salvador ya descritas, objeto de la presente indagación.

Las comunidades en estudio para el presente trabajo, pertenecen a los municipios de Panchimalco y Rosario de Mora y están situada a 575 m. SNM, en una depresión de la Cadena Costera Central, 15 kms. al Sur-Este de la ciudad de San Salvador. Su población es de origen precolombino tolteca y de vocación netamente agrícola y pecuaria, y también producen textiles, ladrillos, tejas de barro y explotan el carbón vegetal.

Respecto a su Situación de Salud, en su línea base se encontró una delimitación geo-poblacional circunscrita a las comunidades de el Divisadero, Pajales Panchimalquito, Azacualpa y El Cedro en el municipio de Panchimalco y las comunidad de Amate Blanco en el municipio de Rosario de Mora, todas con una población total de 3,718 habitantes, con 1,077 mujeres en edad fértil, 146 niños menores de 1 año y 633 niños de 1 a 4 años de edad.

En cuanto a servicios de salud sólo El Cedro tiene en su área una Casa de Salud y un Centro Rural de Nutrición, el resto de las comunidades no contaba con servicios. El analfabetismo es de casi 26 % y el 33% de la población en edad escolar no han logrado completar el nivel primario, sólo un 7 % tiene primaria completa. La mayoría de la población vive en condiciones de extrema pobreza (No llegan a solventar las necesidades básicas de alimentación, vivienda, educación y salud), siendo los más afectados las niñas y los niños. Más del 50% de las 800 familias tienen niños menores de 12 años de edad. La prevalencia de la desnutrición en los niños y niñas menores de 5 años supera el 36 % y la cobertura de servicios preventivos de salud no supera el 40% (13).

CAPITULO IV

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Explicar como el modelo de servicios de salud adoptado en las comunidades rurales en la zona Sur del Departamento de San Salvador asegura la calidad de la provisión de los servicios de atención a la mujer y a la niñez, durante abril de 2000 a marzo de 2001.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Describir el modelo de servicios de salud adoptado en las comunidades rurales en la Zona Sur de San Salvador.
2. Conocer la eficacia de los servicios prestados por promotoras de salud en las comunidades rurales en la Zona Sur de San Salvador.
3. Explicar el aseguramiento de la calidad de los servicios de salud adoptado en las comunidades rurales en la Zona Sur de San Salvador.

CAPITULO V

MARCO REFERENCIAL

En 1978, después que la Asamblea Mundial de la Salud, decidió que la principal meta social de los gobiernos y de la OMS ,consistiría en alcanzar en el año 2000, un grado de salud para todos los ciudadanos del mundo, que les permita una vida social y económicamente productiva, la Conferencia Internacional sobre la Atención Primaria de Salud en Alma-Ata en la Unión Soviética definió la atención primaria de salud como una estrategia destinada a permitir el acceso a los servicios fundamentales de salud a toda la población mundial, bajo las siguientes condiciones:

- que fuera basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables,
- puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y
- a un coste que la comunidad y el país puedan soportar.

En el libro del Dr. Carmelo Mesa Lago sobre “LA REFORMA DEL SECTOR SALUD EN EL SALVADOR Análisis de la Propuesta del Consejo de Reforma y Pautas para su Seguimiento” editado en febrero de 2001 en la página 72, se plantea que en la Fase I de implementación de la propuesta, la “Extensión universal de la cobertura de los servicios esenciales” de manera gradual, y también se agrega “garantizar los servicios esenciales a la población por debajo de la línea de pobreza” sin especificar el como iniciar este proceso, y dejando como precondition que será “de acuerdo con el desarrollo económico del país.”

En este contexto de buenas intenciones y realidades, desde hace 20 años, los países en vías de desarrollo en su afán de lograr las metas de mejoramiento de la

salud vinculadas con el desarrollo socioeconómico, plantearon el empleo de “Trabajadores Comunitarios de Salud TCS” como uno de los principales métodos para la prestación de atención primaria de salud, estimando que los TCS son el “elemento fundamental para lograr la aceptabilidad, la capacidad de financiación y la accesibilidad a la atención primaria de salud”. (24)

Aparte de definir como característica fundamental de los TCS, que sean originarios de la población o de la misma clase social de las personas a quienes proporcionan sus servicios, también propusieron un alcance de trabajo en el cual además de las tareas de educación para la salud, nutrición y saneamiento se incluyeron la atención materno infantil, inmunizaciones, prevención de enfermedades endémicas, tratamiento de enfermedades y lesiones, promoción de salud mental y la provisión de medicamentos esenciales.

Para el desarrollo de la estrategia se consideraron la vigilancia y evaluación del desempeño como un factor determinante, que hoy día se utilizan en el enfoque sistémico para controlar el rendimiento óptimo de los servicios de salud.

Desde este momento se identificaron: la capacitación, el apoyo logístico y la supervisión como áreas críticas de un subsistema de TCS; y específicamente sobre la supervisión se plantearon la importancia del nivel de educación del supervisor, la frecuencia de contacto de estos con los TCS, la capacitación en servicio, el control administrativo y el desempeño, lo cual significaba, desde entonces, un planteamiento de asegurar el buen funcionamiento del “subsistema” de TCS.

Con esto, se podía asumir que el diseño de la supervisión según las áreas de intervención podían determinar la efectividad de la misma, dependiendo de la frecuencia de los contactos y su eficacia.

Tanzania y Nigeria en 1989, realizaron estudios sobre los efectos de la supervisión en el rendimiento y la productividad de los TCS, de los cuales se deduce la importancia de la supervisión capacitante en servicio, para la mejora continua de los procesos tanto administrativos como de servicios; el mejoramiento de la producción y la disminución de los costos. El balance de los esfuerzos sobre estos aspectos, mejora el desempeño de parte del promotor y disminuyen la necesidad de contacto muy frecuente con el supervisor, permitiendo con esto, ampliar las coberturas, tanto de los servicios de atención de salud, como de los servicios de asesoría técnica del supervisor.

En El Salvador en la Evaluación de Término Medio del Proyecto de Salud Materna y Supervivencia Infantil PROSAMI, en 1994, se determinó que la sistematización de la supervisión fue crucial para el logro de los resultados en la ampliación de las coberturas de los servicios proporcionados por Promotores de Salud (PS) y los efectos en la disminución de la mortalidad materna e infantil en las comunidades rurales que se atendieron.

Para el presente estudio, en el cual la unidad de análisis es el modelo de atención y provisión que desarrolló PROSAMI y que fue adoptado por la Fundación Serafín para proveer servicios de salud en las comunidades rurales de la Zona Sur del Departamento de San Salvador, debemos definir los conceptos sobre los cuales se desarrollará la discusión de los resultados.

Para un primer nivel de interpretación sobre modelos de salud es importante señalar que se han implementado diversidad de modalidades de

intervención, desde que la humanidad a buscado respuestas o soluciones a los problemas de salud de sus poblaciones. Se han descrito modelos fundamentados en una oferta de servicios en los cuales se define un “menú” de alternativas para que de acuerdo a ella se establezca una demanda determinada, como sería el caso de modelos privados de salud a partir de estudios de mercado, donde se orienta la oferta a segmentos poblacionales con alta capacidad de pago, para el consumo de servicios curativos más que preventivos; contrariamente en el sector público se estructuran modelos en función de la demanda con aplicación de lo que se conoce como enfoque epidemiológico, el cual basa su oferta en los problemas de salud de la población. Estos últimos, son modelos que tienen un mejor balance de la atención curativa y la preventiva para el abordaje causal de los problemas de salud.

Desde la definición de la estrategia de Atención Primaria de Salud, se han desarrollado modelos en todos los países bajo los principios de universalidad, equidad, eficacia y eficiencia, agregando el valor de la calidad y la calidez como parte de las aspiraciones de estos modelos. Es así como dentro de la misma estrategia, se implementan modelos que tienden a la focalización de grupos de riesgo y de intervenciones, y otros que tienden a la atención integral, según sea la política social de cada país y el nivel de desarrollo socio económico que lo sustenta.

Para un segundo momento de interpretación de lo que será un MODELO para este estudio de caso, se considerará que éste es un “esquema o marco de referencia, que define y orienta las acciones a seguir para alcanzar un fin determinado. Se conforma por un conjunto de principios, normas, acciones y estructuras.” Así el modelo de atención en Salud lo definiríamos como el “Esquema o marco de referencia que define, integra y orienta sistemáticamente los principios,

normas y acciones de la oferta de servicios de salud a brindar a una población determinada, con la finalidad de satisfacer integralmente las necesidades de salud e impactar positivamente en la mejoría de su calidad de vida.”. Por otra parte el modelo de provisión se propondría como el “Esquema o marco de referencia que define, integra y orienta sistemáticamente los principios, normas, acciones y estructuras necesarias para organizar y brindar los servicios de salud, que permitan desarrollar eficiente y eficazmente el Modelo de Atención.” (6) En pocas palabras, el modelo de atención describe la oferta de servicios de salud y el modelo de provisión describe como éste se organiza para que sean disponible a los usuarios.

Avanzando en nuestro marco de interpretación del modelo, para explicar el aseguramiento de la calidad, es necesario aclarar el concepto de la calidad y al respecto, Gonzáles Dagnino en su libro “Calidad Total en Atención Primaria de Salud” (14) expresa la dificultad de definir la calidad y determinar asimismo como se mide, para ver la posibilidad de controlarla (control de calidad), o asegurar que ésta no decaiga (garantía de la calidad), haciendo alusión a la aplicación de las matemáticas y las ciencias sociales como disciplinas para responder adecuadamente a la indefinición del concepto; el autor propone, que la calidad y la cantidad son inseparables en el enfoque y que lo que procede a partir del método científico es lo que llamó la “operacionalización de un concepto”.

El Dr. Avedis Donabedian describe que *“La calidad de la atención técnica consiste en la aplicación de la ciencia y tecnología médicas en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos. El grado de calidad es, por consiguiente, la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable de riesgos y beneficios.”*(1980)

Por su parte, M.I. Roemer y C. Montoya Aguilar de la Organización Mundial de la Salud OMS en 1988 Plantearon que la calidad era *“el desempeño apropiado (acorde con las normas) de las intervenciones que se sabe que son seguras, que la sociedad en cuestión puede costear y que tienen la capacidad de producir un impacto sobre la mortalidad, la morbilidad, la incapacidad y la desnutrición.”*

La definición más integral de calidad y quizás la más simple, fue formulada por W. Edwards Deming, “el padre” del movimiento de la gestión de calidad total. El resumía la calidad de la siguiente manera:

“Hacer lo correcto en la forma correcta, de inmediato”, el significado de la calidad se circunscribe al propósito de “Agregar atributos tangibles e intangibles a los productos y/o servicios que la organización produce y/o brinda” y “Satisfacer plena y constantemente las necesidades del cliente”(7)

Para profundizar en el análisis sobre la calidad del modelo en estudio, sus enfoques y los procesos de aseguramiento, partiremos de la caracterización del mismo a través de la aplicación del enfoque sistémico con la identificación clara de los estándares de entrada, los de proceso y los productos o resultados con el valor agregado de los servicios, ya que estos están, según la teoría de sistemas, íntimamente relacionados de tal manera que una “buena” estructura aumenta la posibilidad de un “buen” proceso, y un “buen” proceso incrementa las posibilidades de un buen resultado. De ahí que para cualquier evaluador de calidad, si los resultados de un modelo son aceptables, es posible inferir con un alto grado de probabilidad, que el proceso que los antecedió fue bueno. Si estas relaciones no existieran, o si no

fuera posible suponerlas, la calidad no podría evaluarse haciendo uso del enfoque sistémico. De aquí que la evaluación de la calidad tenga que construirse sobre un cuerpo de conocimientos sobre las relaciones que existen entre estructura, proceso y resultados. (9)

Para “operacionalizar” el concepto de la calidad, es importante aclarar que cualquier modelo de salud deberá compararse con la acción de salud tal como debería de ser, para poder determinar el grado de calidad, asumiendo que el “deber ser” es el mayor o mejor grado de calidad posible. Este “deber ser” del modelo, se encarna en especificaciones que son ordenes o reglas para la realidad de los servicios; se encarna en conjuntos de normas, que son recomendaciones para la acción: normas de rendimiento, de cobertura, de concentración, de procedimientos clínicos etc. (14)

Según el Enfoque Sistémico de Producción de Servicios, las “Normas o Estándares” pueden ser:

1. Entradas: los cuales declaran las condiciones deseadas de los recursos del sistema de salud, de la competencia técnica de los recursos humanos, de los requerimientos específicos del equipo, edificio, muebles, materiales suministros y otros insumos que sean necesarios para la entrega de servicios.
2. Procesos: que tienen como propósito reducir las variaciones no deseadas contra el deber ser o situación deseada como resultado en la entrega de servicios clínicos, técnicos de apoyo y administrativos, a través de guías o protocolos de prácticas, declaraciones que guían las decisiones y acciones a tomar por parte del equipo de salud, procedimientos administrativos y

- gerenciales; procedimientos escritos que guían las acciones del personal técnico de apoyo y administración. Los procesos establecen las expectativas de la organización que dirigen las actividades administrativas y de apoyo.
3. Resultados: estos representan los niveles óptimos de salud que se espera como resultados de los servicios que el sistema proporciona. Incluye los estándares de ejecución con declaraciones cuantitativas del resultado que se espera en la entrega de servicios de apoyo asistenciales“, tomando como base las “Dimensiones de la Calidad “. (7)

A partir de la dimensiones de calidad en salud, es que se predefinen las normas y estándares que “operacionalizan” el concepto de calidad de un modelo, y estas a su vez, constituyen las herramientas que explican el aseguramiento.

Las dimensiones de la calidad que más se adaptan a los modelos de salud son:

1. Competencia técnica: en la cual se valora el nivel de conocimientos, habilidades, capacidad y desempeño actual del personal de salud, de apoyo técnico y administrativo.
2. Acceso a los servicios: que valora el grado en el cual el otorgamiento de los servicios de salud no son restringidos por barreras geográficas, económicas, sociales, culturales, organizacionales o lingüísticas.
3. Eficacia: que es el grado de relación entre un procedimiento aplicado y los resultados esperados en términos de normas de prestación de servicios y de orientación de servicios.

4. Relaciones interpersonales: que explica la calidad de la interacción entre proveedores y clientes, gerentes y proveedores de salud, y el equipo de salud y la comunidad.
5. Eficiencia: que explica la provisión del mayor beneficio con los recursos que se cuenta, el cual es muy importante, dado que los recursos para la atención generalmente son muy limitados.
6. Continuidad, que se refiere al grado en el cual los clientes reciben la serie completa de servicios que necesitan sin sufrir interrupciones, suspensiones ni repeticiones innecesarias de evaluación, diagnóstico o tratamiento.
7. Seguridad: que explica el grado de relación entre el conjunto de beneficios a brindar y los riesgos a que se somete el paciente.
8. Comodidades: que son las características de los servicios de salud que no están directamente relacionados con la eficacia, pero que agregan valor y acrecientan la satisfacción del cliente y su deseo de volver en el futuro.

Para la evaluación de la calidad de servicios de salud no siempre se aplican las 8 dimensiones descritas para el diseño de sus normas o estándares. En un Banco de sangre por ejemplo, las dimensión de la calidad más importante es la seguridad, por el riesgo que se tiene de infección con VIH a través de una transfusión sanguínea, de manera que pueden aplicarse unas dimensiones con más énfasis que otras.

A partir de los estándares o normas se diseñan los Indicadores que permiten medir y comparar cuantitativamente la situación real con la deseada. Para esto se utilizan “datos” organizados para “tomar decisiones” respecto a esas variaciones identificadas entre la situación real y el estándar o norma. Para cada indicador se

establece un umbral que es el rango o margen establecido de “normalidad” que se aceptará del desempeño o resultados de un proceso. El “Umbral” equivale al límite mínimo y máximo que determina si el desempeño y los resultados obtenidos de los procesos, es aceptado como normal o no. Fuera de éstos márgenes, el equipo tiene que tomar una decisión al respecto.

Siguiendo con el ejemplo del “Banco de Sangre” se puede establecer como norma o estándar que “toda bolsa o empaçado de sangre debe tener prueba del virus de la inmunodeficiencia humana negativa VIH(-)”, a partir de este estándar, el indicador puede ser “porcentaje de bolsas o empacados con VIH(-)” y del indicador se puede definir que su umbral o margen permitido, será un inflexible 100%, dado el riesgo de letalidad ante una infección con el virus por una transfusión.

La mayoría de servicios preventivos tienen umbrales considerados como “útiles”, como en el caso de las enfermedades infecciosas prevenibles por vacuna que establecen que el umbral de 80 a 100% de la cobertura de inmunizaciones en niños menores de 1 año, puede incidir en la eliminación o erradicación de determinadas enfermedades.

Lógicamente todas las dimensiones son importantes, pero hay que advertir que para ciertos servicios, unas son más importantes que otras según sea el caso, en un hospital con laboratorio de patología es más importante la competencia técnica y la eficacia del patólogo en la lectura de las muestras y la definición de un diagnóstico anatómo-patológico correcto, que las relaciones interpersonales con el paciente, dada la baja probabilidad de contacto personal con las personas que reciben su servicio.

En los servicios de Cirugía Cardiovascular por ejemplo, a parte de la competencia técnica, eficacia, acceso y eficiencia del servicio, es muy importante la

continuidad de la atención, debido a que los pacientes con obstrucción coronaria que no son seguidos adecuadamente desde su pre-operatorio hasta su rehabilitación post operatoria y en sus estilos de vida, mueren en el proceso si éste es discontinuo. Un efecto de la discontinuidad en los servicios de salud es, por ejemplo, la duplicidad de expedientes para una misma persona, la repetición de exámenes de laboratorio por falta de control de expedientes, la interrupciones de esquemas de tratamiento, esto también ocurre cuando no hay protocolos estandarizados y cada médico especialista que ve al mismo paciente por la misma dolencia, le deja diferentes pruebas o esquemas de tratamiento.

Para verificar el cumplimiento de las “normas o estándares” es necesario que cualquier modelo tenga la información a requerirse para documentar los indicadores definidos; que pueda identificar las “fuentes” a consultar para obtener la información requerida, para la construcción de cada indicador seleccionado, y así poder verificar “objetiva y cuantitativamente” el cumplimiento de la “Norma o Estándar”, estableciendo la frecuencia de la recolección de los datos y quien es el responsable de ello.

En el enfoque de la calidad para el aseguramiento de la misma, se han cambiado paradigmas en los siguientes aspectos: los procesos tradicionales de supervisión a través de técnicos fiscalizadores que buscan culpables, pasan a ser técnicos facilitadores, que apoyan la mejora y el aseguramiento; la toma de decisiones deja de ser subjetiva y discrecional basándose en datos, utilizando estrategias y herramientas de control para el mejoramiento de la calidad.

En cuanto al monitoreo, la supervisión y la evaluación como partes claves del control para un modelo de servicios, para el caso de las grandes organizaciones como los ministerios, teóricamente se plantea que la Evaluación se aplica a niveles estratégicos de dirección política de forma bianual, anual, quinquenal; que la Supervisión se aplica a nivel de mandos medios de forma mensual, trimestral, semestral y que el Monitoreo se aplica a nivel operativo diaria, semanal y hasta mensualmente; sin embargo para organizaciones pequeñas como las ONG, son procesos muy dinámicos e interrelacionados entre sí, que para fines didácticos y de explicación del modelo, partiremos del concepto de que en el ejercicio de la supervisión; el proceso de monitoreo consistirá en la recolección y análisis reflexivo y crítico de datos que sirve a los equipos locales, para verificar en forma rutinaria y frecuente (diario, semanal o mensual), si cumplen los estándares o normas de sus procesos de trabajo, a través de una serie de indicadores clave, permitiendo, comparar el resultado actual de las acciones frente a lo esperado.

Al referirnos al monitoreo se está hablando de un proceso de vigilancia permanente que el jefe inmediato con su equipo operativo realiza y que les permite: a) articular el presente con el futuro deseado; b) reducir el grado de incertidumbre, por medio de la identificación oportuna de errores, y detección de vacíos o desviaciones, de un procedimiento, actividad o tarea; c) crear condiciones para el aprendizaje del equipo de trabajo; d) darle direccionalidad a los procedimientos y actividades, para su logro efectivo, permitiendo con ello intervenir en la reorientación necesaria y e) aportar la construcción de mejoras o nuevas formas de intervención.

En síntesis, el monitoreo en el nuevo paradigma, parte de la aplicación del enfoque sistémico, con la vigilancia permanente sobre el

funcionamiento óptimo de la estructura, los procesos, la tendencia de los resultados y el valor agregado de los servicios, basándose en datos y herramientas que le dan consistencia y objetividad; con una orientación hacia la satisfacción de los usuarios.

El monitoreo o “evaluación concurrente” (22), como un elemento de aseguramiento de la calidad controla todo el proceso de provisión y atención, y su misión se concentra en prevenir vacíos y minimizar las variaciones entre lo realizado y lo esperado de acuerdo a las ocho dimensiones de la calidad ya descritas, de manera que se garantice desde la competencia técnica de todos los involucrados en el sistema, el acceso a los servicios, la eficacia de las intervenciones, la eficiencia en la optimización de los recursos, la continuidad de la atención; hasta la comodidad, las buenas relaciones interpersonales y la seguridad en términos de minimizar los riesgos de intervención para los usuarios.

Finalmente, para nuestro caso, la evaluación será el proceso del control de las acumulaciones del sistema, que consiste en un conjunto de procedimientos efectuados, que se realizan al finalizar la ejecución para verificar el cumplimiento de los resultados. A diferencia del monitoreo, su aplicación puede ser mensual, trimestral, semestral o anual dependiendo de la magnitud de la estructura y la complejidad del procesamiento de los datos para el análisis de la información. (8)

CAPITULO VI

HIPOTESIS

“El monitoreo técnico establecido en el modelo adoptado en las comunidades rurales en la Zona Sur del Departamento de San Salvador durante abril de 2000 a marzo de 2001, explica el aseguramiento de la calidad en la provisión de los servicios de atención a la mujer y a la niñez”.

La hipótesis, se planteó para explicar a través de la descripción y análisis de la interacción entre el monitoreo técnico y el flujo de relaciones con las dimensiones de la calidad, cómo este se constituye en un elemento clave para el aseguramiento; y no pretende establecer una medición de la calidad de la unidad de análisis que es el modelo de servicios, de manera que no se aplicarán estadísticos para prueba de hipótesis en el presente estudio.

CAPITULO VII

DISEÑO METODOLOGICO

El presente es un estudio de caso con enfoque cualitativo, para explicar el aseguramiento de la calidad de los servicios de salud en el modelo implementado por la Fundación Serafín en comunidades rurales en la Zona Sur del Departamento de San Salvador, a partir de la sistematización de la experiencia del proyecto PROSAMI.

Para obtención de los datos se tomó como fuente primaria, el Sistema de Información Gerencial de la Fundación Serafín, para el total de las familias que conforman las comunidades rurales que atiende la organización en la zona sur del Departamento de San Salvador. Para describir el modelo y explicar el aseguramiento de la calidad se realizaron entrevistas y revisiones documentales de la organización.

Métodos e instrumentos de recolección de datos utilizados

- Revisión de manuales y convenios de la organización.
- Entrevista con Director, Gerentes, Supervisores y Promotores de Salud.
- Revisión de reportes de monitoreo y herramientas de aplicación
- Reportes de evaluación anual de abril 2000 a marzo de 2001.

Procedimientos para recolección de información

El procedimiento a seguir para la recolección de datos, se desarrolló en las siguientes etapas:

I. Primera etapa

- ✓ Diseño y validación de Guías de Obtención de la información.
- ✓ Llenado de las guías para recolección de datos.
 - a. Apoyo logístico
 - b. Monitoreo y evaluación

II. Segunda etapa

- ✓ Recolección y Procesamiento de consolidado de abril de 2000 a marzo 2001.
- ✓ Recolección de resultados de las Guías de Obtención de Información con Director, Gerentes, Supervisores y Promotores de Salud.

III. Tercera etapa

Análisis de los resultados obtenidos.

La información obtenida del Sistema Gerencial de Información, para explicar la eficacia del modelo, se procesó y tabuló mediante un programa mecanizado en Office-Excel; para el análisis explicativo de la eficacia. Para la descripción del modelo y explicación del aseguramiento se analizaron las Guías de Entrevista con el personal de la organización y se revisaron las fuentes de información y las herramientas instrumentales del monitoreo y evaluación utilizadas en modelo de servicios de la institución.

Operacionalización del estudio

Para darle salida a los objetivos propuestos en el presente estudio se utilizaron los siguientes descriptores, elementos de descripción y fuentes de verificación de la manera descrita a continuación:

Para describir el modelo de servicios adoptado en las 5 comunidades rurales de la zona sur del departamento de San Salvador.

| DESCRIPTOR | COMPONENTES DEL MODELO | FUENTE |
|---------------------------------|---|---|
| Estructura del modelo | Organigrama Enfoque de Administración Recursos e Insumos de entrada: Recursos Humanos Recursos Financieros Capacitación Logística Transporte Equipamiento | Manuales Convenios |
| Procesos del Modelo | Control de la Gestión de los Servicios por Promotora de Salud Estrategia de provisión Atención a la mujer en edad fértil Atención a la niñez | Manual de Supervisión Portafolio de Servicios Listas de Chequeo |
| Resultados Esperados del modelo | Compromisos de Gestión y Provisión de Servicios.. | Convenios Planes de Acción |

Para conocer la eficacia de los servicios prestados por la promotora de salud en la comunidad como una de las dimensiones de la calidad se operacionalizará según el siguiente cuadro:

| DESCRIPTOR | CALIFICACIÓN POR RESULTADO (%) | FUENTE |
|---|---|--|
| Cobertura de inscripción prenatal | A = de 80 a más B = de 70 a menos de 80 C = de 50 a menos de 70 D = menos de 50. | Consolidado de 12 meses Cuadros de Evaluación |
| Cobertura de atención de parto por personal calificado. | A = de 80 a más B = de 70 a menos de 80 C = de 50 a menos de 70 D = menos de 50. | Consolidado de 12 meses Cuadros de Evaluación |
| Cobertura de inscripción a púerperas. | A = de 80 a más B = de 70 a menos de 80 C = de 50 a menos de 70 D = menos de 50. | Consolidado de 12 meses Cuadros de Evaluación |
| Cobertura de inscripción de niño recién nacido | A = de 80 a más B = de 70 a menos de 80 C = de 50 a menos de 70 D = menos de 50. | Consolidado de 12 meses Cuadros de Evaluación |
| Cobertura de inscripción de menores de 5 años Niños menores de 5 años vacunados. | A = de 80 a más B = de 70 a menos de 80 C = de 50 a menos de 70 D = menos de 50. | Consolidado de 12 meses Cuadros de Evaluación |

Para explicar el aseguramiento de la calidad de los servicios de salud adoptado en las comunidades rurales en la Zona Sur de San Salvador se operacionalizará de la siguiente manera:

| DESCRIPTOR | PROCESOS DE ASEGURAMIENTO | FUENTE |
|---------------------------------|---|---|
| Estructura del modelo | Recursos e Insumos de entrada: Administración de Recursos Humanos Asignación de Recursos Financieros Capacitación de personal Recursos de apoyo logístico, transporte, equipamiento y suministros. Definición de normas o estándares | Manuales Convenios Libro de Actas de la organización |
| Procesos del Modelo | Control de la Gestión de los Servicios de Promotora de Salud para la Atención a la mujer en edad fértil y a la niñez. Estrategia de provisión de asistencia técnica y monitoreo. Estrategia de capacitación para mejorar el desempeño de la promotora de salud Proceso de mejora continua Gestión de apoyo y coordinación del modelo. Estrategia de Coordinación interinstitucional. | Manual de Supervisión Portafolio de Servicios Listas de Chequeo |
| Resultados Esperados del modelo | Evaluación acumulada de resultados. Método de Análisis conjunto Análisis de riesgo Diseño de estrategias de mejora | Convenios Planes de Acción Reportes de Evaluación de resultados. Guías de análisis |

Plan de tabulación y análisis

Para el análisis de los datos , se utilizaron las tablas de frecuencia del Sistema Gerencial de Información de la organización, y los resultados de las guías de entrevistas y revisión de documentos basados en los descriptores.

CAPITULO VIII

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

VIII.1. Descripción del modelo

Dado que los modelos de salud, usualmente responden a lineamientos políticos que conforman la supra-estructura que determina la posición estratégica de cualquier institución de servicio, desarrollaremos la explicación del modelo tratando sobre la estructura organizacional que le da sustento, la visión y misión con sus valores y normas que le dan direccionalidad a la organización; para luego pasar a los procesos de producción de servicios y terminar describiendo los compromisos de gestión que conforman el paquete de resultados esperados del sistema.

VIII.1.1. Estructura

Respecto a la estructura orgánica de la Fundación Seraphim (**Anexo 1**), ésta es una burocracia profesional, en su Manual de Organización Y Funciones (11), están descritas todas las normas éticas de comportamiento que rigen el proceder de todos sus miembros.

La organización cuenta con financiamiento a través de convenios de cooperación con Plan Internacional, y por autogestión, para apoyar las actividades de salud que desarrollan las promotoras y técnicos del proyecto; 24 de los 37 miembros (65%) de la organización se dedican exclusivamente a la producción de servicios. Los Gerentes departamentales que supervisan a las promotoras, tienen vehículos de doble tracción, para transportarse hacia las comunidades, dar apoyo logístico para la provisión de equipo y suministros a los promotores de salud y desarrollar actividades de coordinación interinstitucional con otras instituciones proveedoras de recursos de apoyo; principalmente los establecimientos de salud del MSPAS.

Tienen un diseño curricular para la capacitación de inicio de las promotoras de salud, para adiestrarlas en el uso de los protocolos de atención, con los procedimientos que incluyen la utilización adecuada del sistema de registro de información, que alimenta el Sistema Gerencial.

Al momento, son en total 37 trabajadores de los cuales 20 son promotores de salud asalariados, 5 de ellos se dedican exclusivamente a la atención de salud de las comunidades rurales de la Zona Sur de San Salvador, el resto del personal se dedican a la gestión de proyectos nuevos y recursos de apoyo, control de la gestión de los que están en ejecución y a los servicios generales de conservación y mantenimiento de infraestructura y activos de la organización. También cuentan con más de 200 voluntarios de las comunidades que se atienden, de los cuales 50 trabajan en las comunidades rurales de la Zona Sur de San Salvador.

VIII.1.2. Procesos del modelo

Para la descripción de los procesos de producción del modelo, la discusión se delimitará sobre la descripción de las actividades de las Promotoras de Salud (PS), desde los tareas y procedimientos que conforman el proceso de planeación de su gestión comunitaria, las tareas y procedimientos que aplican en la oferta de servicios que proporciona, incluyendo su labor promocional de organización comunitaria y finalmente las actividades de evaluación que retroalimentan su trabajo.

En general las PS son los responsables de investigar, planear, ejecutar controlar y evaluar las actividades organizativas, de promoción, educativas y asistenciales que se desarrollan en pro de la salud de la población según la estrategia de Atención Primaria en Salud y sirve de enlace formal entre las

comunidades y el Sistema Nacional de Salud. La PS Coordina y colabora con los niveles locales del Ministerios de Salud y con otros organismos de desarrollo a nivel de la comunidad en el marco de la Atención Primaria de Salud.

Dentro de la estructura, las PS dependen directamente de la Gerencia de Servicios de Salud y cuentan con al apoyo de voluntarios de la comunidad organizados en comités y/o directivas incluyendo individuos informantes claves de las necesidades comunitarias de salud.

Cuenta con el apoyo técnico directo del Gerente Departamental, y con el apoyo administrativo de la Dirección y la Gerencia Administrativa.

Para el proceso de control de su gestión en la comunidad, dentro de la etapa de planificación, elabora y/o revisa diagnósticos y/o evaluaciones de la situación de salud de la población en su área geográfica de influencia; basado en su diagnóstico, elabora los expedientes familiares según la numeración de la vivienda, culminando el registro de la población a atender prioritariamente en listados de mujeres y niños.

Su trabajo para la prestación del servicio es a través de la visita domiciliar, y para la ubicación y programación de las rutas diarias, elabora y actualiza permanentemente un mapa de riesgo que contiene clasificados por grupos prioritarios y condiciones de riesgo topográfico, ambiental y condiciones familiares de salud, principalmente de mujeres en edad fértil y niños menores de 5 años, las viviendas de toda la comunidad.

Para la programación mensual de actividades, primero ubica las fechas de reuniones de trabajo en la sede de la organización, capacitaciones, coordinaciones, vacunación u otras actividades en su calendario. Luego programa las visitas

domiciliares que realizará en la comunidad, sectoriza en el mapa de riesgo y define las rutas de trabajo según el siguiente orden de prioridad:

1. *Atención a la Puérpera y al Recién Nacido.*
2. *Atención Prenatal*
3. *Crecimiento y Desarrollo del menor de 1 año*
4. *Crecimiento y Desarrollo del niño de 1 a 4 años*
5. *Vacunación del niño menor de 1 año y embarazadas*
6. *Vacunación de niños de 1 a 4 años*
7. *Vacunación de otras MEF y atención o referencia para citología cervico-vaginal y otras atenciones incluyendo Planificación Familiar.*

Durante la ejecución de los servicios, debe registrar correctamente y en forma actualizada las actividades en un tabulador diario para el informe mensual y el expediente familiar.

La oferta de servicios de las PS se organizan en:

VIII.1.2.1. Atención a la mujer y a la niñez

Provisión de métodos de Planificación Familiar a todas las mujeres elegibles de la comunidad, aplicación de Toxoide Tetánico (TT), detección y referencia de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) para tratamiento oportuno, y para citología cervico vaginal.

Por medio de informantes claves y control de las fechas de última menstruación de las mujeres elegibles para planificación familiar se hace detección precoz de la mujer embarazada en coordinación con la partera. Durante el embarazo

se detectan signos de peligro por medio del monitoreo de la presión arterial, la ganancia de peso, medición de la altura uterina, el interrogatorio sobre los antecedentes personales y de partos anteriores y dependiendo de la situación se hace referencia a establecimientos de mayor complejidad. Se aplica vacuna de TT y se entregan vitaminas prenatales o hierro + ácido fólico.

Siguiendo el proceso de atención, la PS promociona y vigila la atención adecuada del parto por personal capacitado, apoya a la partera en la atención oportuna de las emergencias obstétricas a nivel comunitario, hace referencia inmediata y acompañamiento de la parturienta con problemas obstétricos, al establecimiento de salud.

La PS hace detección precoz de las púerperas (primeras 48 horas post-parto) con monitoreo periódico de TA, pulso, temperatura, chequea la presencia de signos de peligro (sangramiento, fiebre, edema, convulsiones), realiza un mínimo de 4 chequeos en el primer mes post-parto; entrega vitaminas, hierro, ácido fólico, Vitamina "A".

Durante el mismo proceso de atención a la mujer durante el puerperio realiza la atención precoz de los recién nacidos (primeras 48 horas de vida) para detección oportuna de signos de peligro mediante lista de chequeo, realiza medición del peso y la talla, referencia inmediata de recién nacidos con signos de peligro (infección) o de bajo peso, seguimiento cercano durante el primer mes con un mínimo de 4 atenciones, promueve la Lactancia Materna Exclusiva y refiere para vacunación con BCG e inscripción municipal.

Desde el período neonatal inscribe al recién nacido en programa de Crecimiento y Desarrollo para el Monitoreo del crecimiento físico hasta los 5 años de edad aplicando los esquemas de vacunación vigentes según normas nacionales.

En la provisión de servicios curativos realiza vigilancia y atención oportuna de la morbilidad según la Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia AIEPI (Infecciones Respiratorias Agudas IRA, Enfermedad Diarréica Aguda EDA, y otras infecciosas) distribuye micronutrientes (Fe, Vit. "A"), y trata la parasitosis, periódicamente de acuerdo a la edad del niño.

VIII.1.2.2. Actividades comunitarias de educación para la salud de la PS

Estas actividades las realiza principalmente en cada visita domiciliar según el tipo de atención que se brinda, y eventualmente por medio de charlas a grupos de interés en la comunidad.

Utilizando métodos de información educación y comunicación (IEC) para la mujer y su familia promueve la prevención de ITS/VIH/SIDA, la prevención y detección temprana del cáncer cervico-uterino y mamario, la prevención de embarazos de riesgo y uso de métodos de espaciamiento de los nacimientos; fomento de los cuidados maternos y estimulación precoz del feto durante el embarazo, importancia del parto limpio y la atención institucional, lactancia materna, signos de peligro y cuidados durante el puerperio en cuanto a nutrición, higiene y Planificación Familiar incluyendo el método de Lactancia Materna Amenorrea (MELA.), además de nutrición y estimulación temprana del niño menor de 5 años, vacunación, saneamiento ambiental y derechos de la mujer y el niño.

VIII.1.2.3. Actividades de promoción de la participación social de la PS

La PS organiza comités de apoyo y participa en reuniones de capacitación relacionadas al servicio, da capacitaciones a líderes y voluntarios sobre los componentes de salud y otros de interés comunitario, realiza reuniones y/o asambleas para tratar temas de interés comunitario, incluyendo la presentación de avances y reportes de su labor dentro de la comunidad a la población, que fomenten la contraloría social de la gestión que se realiza por medio del proyecto.

VIII.1.2.4. Actividades de control y evaluación de la PS

Al margen del proceso de aseguramiento de la calidad que realiza el técnico supervisor, la PS realiza las siguientes actividades de control:

Lleva un control adecuado del equipo, suministros y medicamentos para lo cual utiliza un instrumento de kardex, asimismo lleva un control tesorería de los fondos recolectados por venta de servicios o medicamentos según acuerdos previos de asamblea general con la comunidad.

Cómo una estrategia educativa y de promoción de la salud, evalúa el desarrollo de sus actividades y otras actividades de interés con la comunidad en reuniones y/o asambleas en forma periódica y cuando es requerido.

La PS también participa en reuniones de evaluación mensuales, trimestrales y anuales dentro de su organización, y con los niveles locales de MSPAS cuando es posible y requerido, según las coordinaciones efectuadas.

VIII.1.3. Resultados esperados del modelo

Los compromisos de Gestión del Convenio y el Plan Anual de actividades establecen que las coberturas de atención a mujeres y niños menores de 5 años deben superar el promedio nacional y ser mayores a 80 % principalmente en atención prenatal, atención post parto, atención del recién nacido, atención del crecimiento y desarrollo del niño menor de 5 años incluyendo su cobertura de inmunizaciones.

Estos compromisos pueden resumirse en el siguiente cuadro a partir de los estándares, indicadores y umbrales de la siguiente manera, según ponderaciones del

Anexo 4 :

| ESTANDAR | INDICADOR | UMBRAL |
|--|--|------------|
| Que 1 de 3 mujeres elegibles sean usuarias activas de métodos temporales de planificación familiar | $\frac{\text{No. De usuarias activas de métodos temporales de P.F.}}{\text{Total de mujeres elegibles para P.F. por 100}}$ | 30% a 100% |
| Que toda mujer en edad fértil este cubierta con TT3 o más | $\frac{\text{No. De mujeres en edad fértil cubiertas con TT3 o más}}{\text{Total de mujeres en edad fértil}}$ | 30 a 100% |
| Que toda mujer embarazada sea inscrita para atención prenatal según procedimientos establecidos | $\frac{\text{No. de embarazadas inscritas}}{\text{Total de embarazadas detectadas por 100.}}$ | 80 a 100% |
| Que toda mujer embarazada inscrita reciba atenciones prenatales según normas y procedimientos establecidos de seguimiento. | $\frac{\text{Total de atenciones prenatales}}{\text{Total de embarazadas inscritas}}$ | 4 a 5 |

| ESTANDAR | INDICADOR | UMBRAL |
|---|--|-----------|
| Que toda mujer embarazada inscrita esté cubierta con TT2 | $\frac{\text{No. de embarazadas cubiertas con TT2}}{\text{Total de embarazadas inscritas por 100.}}$ | 80 a 100% |
| Que toda mujer embarazada reciba atención de su parto por personal capacitado | $\frac{\text{No. de partos atendidos por personal capacitado}}{\text{Total de embarazadas detectadas por 100.}}$ | 80 a 100% |
| Que toda mujer puérpera sea inscrita para atención post-natal según procedimientos establecidos. | $\frac{\text{No. de puérperas inscritas}}{\text{Total de partos ocurridos por 100.}}$ | 80 a 100% |
| Que toda mujer puérpera reciba atenciones post parto según normas y procedimientos establecidos de seguimiento. | $\frac{\text{Total de atenciones post parto}}{\text{Total de puérperas inscritas}}$ | 3 a 4 |
| Que todo niño recién nacido sea inscrito para atención según procedimientos establecidos desde las primeras 48 horas hasta los 27 días de vida. | $\frac{\text{No. de RN inscritos}}{\text{Total de partos ocurridos por 100.}}$ | 80 a 100% |
| Que todo RN reciba atenciones según normas y procedimientos establecidos de seguimiento en los primeros 27 días de vida. | $\frac{\text{Total de atenciones a RN}}{\text{Total de RN inscritos}}$ | 3 a 4 |
| Que todo niño menor de un año sea inscrito para atención según procedimientos establecidos hasta los 11 meses de vida. | $\frac{\text{No. de niños menores de 1 año inscritos}}{\text{Total de niños menores de 1 año por 100.}}$ | 80 a 100% |

| ESTANDAR | INDICADOR | UMBRAL |
|--|--|-----------|
| Que todo niño menor de 1 año reciba atenciones según normas y procedimientos establecidos de seguimiento en los primeros 11 meses de vida. | $\frac{\text{Total de atenciones a niños menores de 1 año}}{\text{Total de niños menores de 1 año inscritos}}$ | 6 ó más |
| Que todo niño menor de un año sea vacunado con DPT3 según esquema de vacunación vigente. | $\frac{\text{No. De niños menores de 1 año vacunados con DPT3}}{\text{Total de niños menores de 1 año por 100.}}$ | 80 a 100% |
| Que todo niño de 1 a 4 años sea inscrito para atención según procedimientos establecidos. | $\frac{\text{No. De niños de 1 a 4 años inscritos}}{\text{Total de niños de 1 a 4 años por 100.}}$ | 80 a 100% |
| Que todo niño de 1 a 4 años reciba atenciones según normas y procedimientos establecidos de seguimiento. | $\frac{\text{Total de atenciones a niños de 1 a 4 años}}{\text{Total de niños de 1 a 4 años inscritos}}$ | 4 ó más |
| Que todo niño de 1 a 4 años sea vacunado con antisarampionosa según esquema de vacunación vigente. | $\frac{\text{Total de niños de 1 a 4 años vacunados con antisarampionosa}}{\text{Total de niños de 1 a 4 años por 100}}$ | 80 a 100% |

VIII.2. Eficacia del modelo

Para el análisis de la eficacia, toda la información está descrita en el **Anexo 6**, donde se puede ver la serie cronológica por trimestre de los rendimientos y el acumulado anual.

VIII.2.1. Atención a la mujer

En cuanto a la cobertura de inscripción de mujeres elegibles para Planificación Familiar para los 12 meses en estudio acumuló 20.1% lo cual dentro de lo estandarizado para la ONG (Anexo 4) cae en la categoría "B" (de 20- 29 %). Este umbral de rendimiento permite ubicar que la eficacia práctica se quedó a bajo del umbral de 30 a 80% de la eficacia esperada para este componente de atención.

La cobertura de tercera dosis de Toxoide Tetánico (TT3) en mujeres en edad fértil superó el estándar establecido con 83.6% . En cuanto a la citología cervical y vaginal en las MEF, no se han establecido estándares, ya que ha sido un servicio que no estaba dentro de la oferta inicial ni dentro de los compromisos de gestión, y se ha incorporado posteriormente como un valor agregado, de manera que aún no se tiene estimado, de acuerdo a la capacidad de cobertura de este servicio, cuales podrían ser los estándares, indicadores y umbrales para su ponderación de inicio. La mayoría de mujeres en las áreas de intervención, nunca se había realizado un examen de Papanicolau, y se han logrado detectar mujeres con displasia que ya están en tratamiento. Este procedimiento ha sido incorporado a las actividades de las promotoras, bajo estrecha supervisión de los técnicos, quienes coordinan con los niveles locales del MSPAS para la obtención de espéculos esterilizados, autoclave, láminas, fijador, lectura de las citologías, notificación a las usuarias, tratamiento y el seguimiento correspondiente.

Las coberturas de atención prenatal han cumplido con el umbral de 80 a 100% esperado, no así con los partos atendidos por personal capacitado que alcanzó el 62.9% cayendo en la categoría "C" que califica la eficacia entre 50 y 70 % según el estándar y el umbral de 80 100% establecido.

Como puede verse en los resultados sobre los partos, estos ocurrieron más de los que se esperaban, de manera que igualmente hubo un incremento sustancial en las inscripciones de puérperas superando el 100 % de cobertura en los 12 meses con una concentración o promedio de atenciones por mujer inscrita de 3; además refirieron a todas las puérperas que se les detectaron signos de peligro. La muerte materna que se reporta ocurrió en una mujer de 31 años de edad que fue atendida por su esposo de su noveno parto, y que presentó un cuadro de sepsis severa durante el puerperio inmediato.

VIII.2.2. Atención a la niñez

Desde el período neonatal en los primeros 27 días de vida, a raíz del incremento de partos ocurridos, consecuentemente se inscribieron más recién nacidos de los esperados en el período, superándose el resultado esperado del 100%, asimismo se detectaron 5 niños con bajo peso al nacer de los cuales 4 fueron referidos a nivel de mayor complejidad.

Los niños menores de 1 años fueron cubiertos en más del 100 %, dados los incrementos en los partos ocurridos, y fueron cubiertos con el esquema de vacunación establecido. Un detalle importante de denotar en el modelo es que trabajan con mucho énfasis la recuperación nutricional de los niños y el uso de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad que llega al 63.5%. Se reportaron 5 muertes infantiles que ocurrieron 3 en el primero y 2 en el tercer trimestre del período y por causas perinatales y malformaciones congénitas.

Para los niños de 1 a 4 años se reporta una cobertura acumulada de 59.4 % con una concentración o promedio de atenciones por niño inscrito de 6, siendo el estándar de 4 atenciones, lo cual sugiere variaciones no deseadas en el

registro de información y una deficiencia en el aseguramiento de la calidad que se tocará posteriormente. Consecuentemente el registro de cobertura de vacunación con antisarampionosa de 84.1% está más relacionado al 59.4 % de los registrados como inscritos que del total de niños menores de 5 años; de manera que en este caso estaríamos sobre la hipótesis de ineficacia en este componente en particular, aún cuando pueda explicarse mejor en un sondeo a profundidad sobre el mecanismo de inscripción de los niños cuando pasan del grupo menor de un año al grupo de 1 a 4 años. De cualquier manera se esperaría que la vacunación con antisarampionosa como trazador, indique que en realidad la ineficacia señalada, más que hipótesis sea, de cara a este resultado una oportunidad de mejora del sistema.

Finalmente para ponderar ver la orientación del modelo de atención podemos considerar que si se totalizan las atenciones dadas por las 5 promotoras de salud en las comunidades estas realizaron 5428 visitas domiciliarias, dando un total de 8,833 atenciones (1.6 atenciones por visita domiciliar) de las cuales 8,396 (95%) se dieron al grupo de mujeres en edad fértil y niños menores de 5 años, y de estas 7,165 (83%) corresponden a las atenciones preventivas y solamente 1,231 (17%) fueron atenciones por morbilidad principalmente en niños. Solamente el 5% del total de atenciones se proporcionaron a otros grupos de edad, entre niños mayores de 5 años, adolescentes y adultos. Esto permite categorizar al modelo en su focalización hacia el grupo prioritario y su mayor orientación a las actividades de tipo preventivo.

VIII.3. Aseguramiento de la calidad del modelo

Para la discusión de ésta sección del estudio, inicialmente se describirán los procedimientos y herramientas utilizadas que permiten asegurar la calidad de los procesos de atención y administrativos que conforman el sistema, explicando los aspectos supraestructurales que conforman la cultura y lo que se puede entender como la política institucional, la definición de su estrategia y los aspectos de aplicación operacional de los servicios.

VIII.3.1. Política institucional

En la entrada de su institución están descritas como parte de lo que es la política de la institución, la visión, misión, las normas y valores que rigen el comportamiento de la organización, para el conocimiento de todos sus miembros y el público que les visita diariamente. Para instrumentar y garantizar el seguimiento de la política en su Manual de Organización y Funciones (11), tienen una descripción precisa de todos los cargos con sus perfiles de competencia, funciones y relaciones formales dentro de la organización. Todos los procesos de reclutamiento, evaluación de desempeño, incentivos y sanciones están claramente descritos y conciliados con el marco legal vigente.

Aún cuando están definidas las líneas de autoridad formal, la organización funciona en un proceso de comunicación y ejercicio profesional horizontal, en un ambiente democrático y participativo, que fomenta la creatividad, la transparencia, la motivación, la iniciativa y el desarrollo personal.

Dada la capacidad y versatilidad de los miembros de la Fundación, se espera que se realicen todas las tareas de atención al público, comunicaciones y elaboración de correspondencia y otra documentación con iniciativa y eficacia,

tratando de lograr la integración y apoyo mutuo entre los miembros según la complejidad de las tareas y la competencia profesional.

VIII.3.2. Aseguramiento de los fondos

La Dirección garantiza a través de las negociaciones con los cooperantes los fondos necesarios y en coordinación con la Gerente Financiera, llevan un Control Presupuestario adecuado que les permite, agilizar todos los procesos de gestión de fondos, garantizando los procesos de liquidación y reembolsos que mantienen fluido el proceso de inyección financiera; además de garantizar la transparencia y los requisitos de auditoría externa de los cooperantes.

VIII.3.3. Aseguramiento de los suministros

Dentro de la organización, la Planificación Operativa y la Programación Presupuestaria son procedimientos interdependientes, dentro de los cuales participan desde las Promotoras, Técnicos, Gerentes y la Dirección en su formulación, de manera que se asegure la satisfacción de todas las necesidades para el desarrollo de todas las actividades previstas, incluyendo ciertos márgenes basados en supuestos que pueden generar contingencias durante la ejecución.

La Dirección en coordinación con la Gerencia Administrativa que además es responsable del mercadeo de la organización, es quien gestiona todos los suministros, garantizando la mejor calidad al mejor precio dentro del mercado. Para asegurar la disponibilidad del transporte, la Gerencia Administrativa delega, y supervisa el mantenimiento de los vehículos hacia las áreas rurales a través de un responsable directo, y cada Gerente Técnico que supervisa a las Promotoras de Salud, garantiza la provisión de materiales y suministros hasta las mismas comunidades.

VIII.3.4. Aseguramiento de la competencia técnica

Para el aseguramiento de la competencia técnica, en general desde el inicio del proyecto se contrató personal administrativo, técnico y promotoras que se hubiesen destacado en su trabajo durante 5 años dentro del proyecto PROSAMI. Sin embargo se establecieron normas y regulaciones en el Manual de Organización y Funciones que describen períodos de prueba y evaluaciones periódicas de desempeño. La Fundación hace evaluaciones escritas y entrevistas previa contratación de todo el personal, y a partir de ahí, principalmente en el caso de las Promotoras de Salud se implementan capacitaciones de inicio para la Normatización y desarrollo de habilidades y destrezas para la prestación de los servicios. Al inicio el proceso de capacitación les tomó 60 días incluyendo pruebas de campo y elaboración de diagnóstico situacional de salud de cada comunidad. La capacitación se realizó haciendo el trabajo de la línea de base. La rotación de personal tanto técnico como de promotoras ha sido mínimo, de manera que se ha tenido estabilidad y continuidad en todo el proceso de atención. Además para garantizar la competencia técnica en las comunidades, cada promotora de salud capacita y hace de mentor, para una o dos voluntarias sobre el trabajo comunitario dentro de la organización, de manera que por cualquier ausencia o deserción, haya personas capacitadas para la continuidad de los servicios, estas personas son las escogidas para interinatos y licencias por maternidad de las promotoras. Posteriormente a la capacitación de inicio, el supervisor técnico de la promotora asegura la competencia técnica, a través de la asesoría sobre los problemas específicos de desempeño encontrados durante la prestación del servicio en la misma comunidad. Sólo cuando se verifican problemas comunes a todas las promotoras de salud, o se agregan

innovaciones al modelo, se implementan capacitaciones intramurales en la organización, para ser impartidas a todas las promotoras de salud.

VIII.3.5. Aseguramiento del acceso y comodidades

En esta parte del estudio se describe en más detalle la aplicación del Manual de Supervisión (12) de la Fundación por parte del técnico responsable de la supervisión de la PS, para garantizar la provisión de los servicios.

Es norma, que todo proyecto a implementarse por la organización debe partir de un diagnóstico situacional que le de orientación a la planificación, presupuestación y al control de la gestión del mismo. Como estándar de entrada se estableció que así como los diagnósticos, debían utilizarse herramientas que permitieran fundamentar los procesos de mejora con datos y análisis de información.

Todas las herramientas de aseguramiento anexadas al presente estudio serán descritas en su utilización cuando se explique el proceso de aseguramiento del acceso al modelo de servicios.

Dentro de los procesos, de las primeras actividades del monitoreo por parte del técnico es verificar la existencia de un diagnóstico familiar del total de la población adscrita al área geográfica de responsabilidad de la PS, ya que esta es, para cada familia, la primera herramienta que conforma el expediente familiar, **(Anexo 3)** conteniendo su ficha familiar, hojas de crecimiento físico de los niños, hojas de atención a la mujer en edad fértil según su condición reproductiva, hojas de atención de la morbilidad. Los expedientes son numerados con el mismo código de ubicación de la vivienda en el croquis de la comunidad o mapa de riesgo y constituyen una de las principales fuentes de verificación para el técnico supervisor.

En el **Anexo 2** se tiene como herramienta de aseguramiento “El Control de las Acciones Básicas del Promotor(a) de Salud para el Reporte de Visita de Campo” en el cual se verifican procesos de entrada tales como: el funcionamiento del sistema logístico para mantener la provisión oportuna de recursos de apoyo, se ponderan los procesos de planeación de las actividades y el uso de las herramientas disponibles del sistema de información, el cumplimiento de acciones básicas que conforman la oferta de servicios durante el proceso de atención, la dinámica de participación de la comunidad y el cumplimiento de las metas según lo planificado a partir del diagnóstico situacional de salud, con los criterios de priorización y los resultados parciales durante el monitoreo. Su aplicación como parte instrumental del monitoreo se aplica de 2 a 4 veces al mes, y cada uno de los 100 aspectos consignados en el **ANEXO 2** deben ser verificables en fuentes primarias de información que son parte del sistema de información de la PS o por medio de la observación directa por parte del supervisor, cuando es pertinente. Para el técnico la revisión documental y la observación directa son complementarias en el aseguramiento de la calidad de los procesos analizados durante el monitoreo.

El técnico debe asegurar, durante cada monitoreo que toda mujer en edad fértil y niño menor de 5 años debe tener acceso a los servicios de atención preventiva y curativa de parte de la PS por medio de la visita domiciliar. En el **Anexo 2** están, uno a uno los procedimientos que deben verificarse y asegurarse que se apliquen eficazmente por parte de la PS, así como también la explicación de las razones de las fallas si las hubiesen. Para completar el ciclo se prepara un plan de mejora de acuerdo a la lista de chequeo del **Anexo 2**. El supervisor pide, ante todo, al promotor que le sugiera la modificaciones que habría que introducir para ayudarle

a realizar mejor las tareas, toma nota de las necesidades y de los acuerdos en materia de apoyo logístico, capacitación, suministros y lo escribirá en un cuaderno de campo que le queda al promotor, con las notas de evolución de las visitas de supervisión, las cuales deben resumir los aspectos positivos del desempeño y las observaciones para mejorar las deficiencias encontradas, las conclusiones y las recomendaciones con la fecha en que deben ser cumplidas. . Para esto se utiliza la “Lista de Necesidades identificadas y Medidas a Adoptar” del **Anexo 7**

VIII.3.6. Aseguramiento de la eficacia, eficiencia y continuidad del modelo de servicios

En el Informe Trimestral y Acumulado de Avances de la ONG (**Anexo 4**) pueden verse los estándares que son los criterios de evaluación de la producción acumulada y el rendimiento del modelo de servicios, que son utilizados para medir la eficacia del modelo.

Para el control de las variaciones no deseadas en la entrega de servicios, la supervisión y el monitoreo regular, el equipo técnico estudia la documentación disponible que en el inicio siempre es un diagnóstico situacional y luego son los resultados de los procesos evaluativos acumulados.

Esas hipótesis de trabajo, permiten al supervisor seleccionar los aspectos más prioritarios de supervisar en un momento determinado y los anota en la sección de comentarios del “Cuadro de Evaluación Trimestral y Año a la Fecha” (**Anexo 6**), donde se pueden apreciar variaciones no deseadas entre las metas y logros alcanzados, como se describe más adelante. De los resultados de comprobación de las hipótesis se toman decisiones para la corrección de las variaciones, las cuales

pueden ser de capacitación si es un problema de desempeño, de suministros, de coordinación etc.

Su aplicación como parte instrumental de la evaluación para el aseguramiento de la calidad se aplica mensualmente con el equipo de promotores, trimestralmente con el resto de técnicos responsables de otros departamentos y gerencias de la ONG y cada 6 meses con las autoridades del sector salud y representantes de agencias donantes.

Para el aseguramiento de la eficacia, el técnico debe asegurarse que cada promotor tiene bajo su responsabilidad un área geo-poblacional delimitada; que la población prioritaria de éstas comunidades, ha sido cuantificada a partir del levantamiento de un censo en cada una de las comunidades participantes. En el caso de las comunidades rurales de la zona Sur de San Salvador, la población está estructurada de la siguiente manera, según el diagnóstico situacional de salud: mujeres en edad reproductiva (1,077), embarazadas (130); niños y niñas de 1 a 4 años (633), niños y niñas menores de un año (146) con una población total de 3,718 habitantes. **(Anexo 8).**

Para explicar mejor la labor de los técnicos para el aseguramiento, a partir del análisis de los resultados acumulados en el **Anexo 6** haremos uso de los estándares, indicadores y umbrales ya descritos en los compromisos de gestión del modelo de servicios con los criterios de eficacia del **Anexo 4**.

VIII.3.7. Aseguramiento de atención a la mujer

En cuanto a la cobertura de inscripción de mujeres elegibles para Planificación Familiar que se quedó abajo del 80% de la eficacia esperada para este componente de atención, la hipótesis que deberá comprobarse por parte del técnico

y sus promotoras, es si se está haciendo labor promocional de los métodos con las mujeres elegibles durante sus contactos en la comunidad y corroborar otro tipo de limitantes de tipo cultural ó de la disponibilidad de alternativas de oferta en la comunidad. Esta hipótesis deberá anotarse en la sección de "COMENTARIOS, RECOMENDACIONES" del **Anexo 6** y considerarse en el plan de visitas de monitoreo.

En cuanto a las **atenciones prenatales**, desde su detección es fundamental que el técnico asegure que el promotor tiene bien consignada la Fecha de Ultima Menstruación para la programación de las atenciones subsecuentes y la Fecha Probable de Parto, para programar la atención del parto por personal capacitado, de acuerdo a su condición de riesgo obstétrico. En este estudio de caso, si bien las coberturas de atención prenatal han cumplido con el umbral de 80 a 100% esperado, solamente el 79 % ha sido reportado con **TT2**, lo cual sugiere discontinuidad e ineficiencia en aspectos que pueden ocurrir: primero en el registro de la información sobre la vacunación de las embarazadas que probablemente tiene más de dos dosis y no son registradas como cubiertas con "TT2 ó más"; y segundo, en la pérdida de oportunidad de vacunar cuando se realiza el control prenatal; también puede investigarse problemas de gestión para el suministro de vacunas por el nivel local del MSPAS, con la verificación de estas hipótesis, se espera que se realicen mejoras que disminuyan las variaciones no deseadas y se aseguren estos servicios.

En cuanto a la **Atención de Partos**, en primer lugar aparece en todos los trimestres una ocurrencia mayor de la esperada, lo cual sugiere que hay una

desactualización del diagnóstico y del sistema mecanizado que procesa los Tabuladores Trimestrales (**Anexo 8**), que a su vez, generan los Cuadros de Evaluación del **Anexo 6**. Cómo un efecto negativo de la desactualización puede ocurrir ineficiencia en la planificación y programación de recursos y actividades; o por otro lado, un sobre registro de partos ocurridos, ya que las cifras de 146 niños(as) menores de 1 año con 170 partos ocurridos y 156 puérperas inscritas ameritan una investigación sobre esa discontinuidad y deberán revisarse en el monitoreo, para controlar las variaciones y asegurar la eficacia del servicio. En cuanto a los partos atendidos por personal capacitado la eficacia fue calificada entre 50 y 70 % según el estándar y el umbral de 80 100% establecido; hay una clara discontinuidad con la cobertura de atención prenatal, y el aseguramiento del parto limpio, y esto demanda que se verifiquen las razones de porqué el 37% de los partos son atendidos por “otros” (personal no calificado); principalmente porque hubo en el último trimestre una muerte materna por sepsis debido a una mala atención. En un enfoque de mejora de la calidad , el sistema debe asegurar la continuidad del proceso ideal de atención, esperándose que todos los embarazos detectados tengan acceso oportuno a una atención de parto por personal capacitado.

En “**ATENCIONES A PUERPERAS**”, hubo un incremento sustancial en las inscripciones de puérperas superando el 100 %, según los 124 partos esperados, sin embargo totalizaron 170 partos y se inscribieron 156 puérperas lo cual en realidad representan el 91 % y no el 126.2% que sale del sistema mecanizado de procesamiento de datos. La mejora continua para el aseguramiento de este proceso demanda que el monitoreo subsecuente afine el registro y mejore la continuidad de la atención a la mujer, desde que se embaraza, hasta que sale del puerperio, ya que se

reportan 132 inscripciones de embarazo, 170 partos ocurridos y 156 inscripciones a puérperas, que sugieren variaciones en la dinámica de la población que no están siendo controladas para la provisión de los servicios por parte del modelo. Un aspecto muy importante en la atención, es el aseguramiento de la referencia de todos los casos que, tanto en el prenatal como en el post natal, presentaron signos de peligro.

En resumen, los aspectos que pueden considerarse claves para asegurar la eficacia de la atención a la mujer han sido:

1. Que todos los servicios son proveídos por promotoras de salud y todas saben hacer la programación local según el riesgo reproductivo, con enfoque de género, promoviendo el involucramiento de los hombres, en la vigilancia del embarazo de su pareja, lo cual genera más confianza para sortear barreras culturales, para que se pudiese realizar una adecuada atención del embarazo sin obviar procedimientos tales como medir la altura uterina y otros procedimientos que requieren privacidad y consideración personal.
2. Llevar un control de todas las mujeres elegibles para la promoción del uso de métodos de Planificación Familiar, y la identificación temprana de las embarazadas, ya que ha permitido un seguimiento sistemático de las usuarias y la canalización oportuna a los establecimientos de salud, de aquellas que presenten complicaciones.
3. Hacer labor educativa por parte de la promotora de salud durante el control prenatal, para que las parturientas sean atendidas ya sea por partera capacitada o por personal institucional, según se trate de partos de bajo riesgo o de mediano y alto riesgo respectivamente.

El aseguramiento de la eficacia en el mejoramiento de la atención de la mujer en su post parto es por:

1. El control de la mujer desde la detección de su embarazo, su seguimiento y clasificación de riesgo obstétrico y la determinación de su fecha probable de parto, lo cual determina la atención oportuna en el post parto inmediato.

La eficacia en la prevención de la muerte materna se da por:

1. La atención prenatal que se ha orientado tomando como base las causas más frecuentes de muerte materna : hemorragias, toxemias, infecciones, por lo que el promotor de salud realiza una evaluación física y un interrogatorio que apuntan a la detección de signos de peligro tales como: presencia de hemorragia, disuria, cefalea, evalúa la presión arterial, mide la altura uterina para monitorear el crecimiento fetal, y evalúa mensualmente la ganancia de peso de la mujer embarazada. (**Anexo 3**)
2. La labor educativa que realiza el promotor de salud durante el control prenatal
3. El aumento de cobertura tanto de la atención prenatal como del parto por personal capacitado y la atención pos-parto con 4 controles.
4. La detección oportuna de riesgos por parte del promotor de salud y la detección temprana de signos de peligro, que ha permitido la canalización de las usuarias a los niveles de referencia más apropiados para su tratamiento.
5. Incremento de cobertura con métodos de Planificación Familiar en mujeres de alto riesgo reproductivo.

Para el aseguramiento de los servicios, en cuanto a las puérperas se refiere, es muy importante reiterar, que la ONG tiene estandarizado que la vigilancia del puerperio debe iniciar simultáneamente con el recién nacido en las primeras 48

horas con 3 seguimientos subsecuentes en los primeros 27 días post parto. Este es uno de los aspectos claves del modelo para disminuir las posibilidades de muerte materna y principalmente de muerte infantil.

VIII.3.8. Aseguramiento de la atención de la niñez

VIII.3.8.1. Atención del recién nacido

Una de las innovaciones en la norma de atención a la niñez, que el modelo retomó del proyecto PROSAMI, fue la focalización en el análisis del período neonatal del niño, para el diseño de las intervenciones que mejoraran el impacto en la mortalidad infantil, partiendo de las causas de muerte de los niños menores de un año y la estratificación de las cifras en el grupo de 0 a 27 días de vida del grupo de 28 días a 11 meses de vida.

Dada la continuidad de la atención desde el post parto de la mujer con el recién nacido, los hallazgos y el análisis de los mismos, para el recién nacido se puede aplicar lo observado en cuanto a las oportunidades de mejora ya señaladas; sin embargo, hay una diferencia entre las 156 inscripciones de puérperas y las 151 inscripciones de recién nacidos, que en el enfoque de aseguramiento, sugiere investigar si eso se debe a separación madre-niño por complicaciones tratadas en hospital de uno de los dos, o muerte neonatal temprana que no fue registrado con inscripción.

En el aseguramiento de la atención a la niñez, brindar la primera atención a niñas y niños, en las primeras 48 horas post parto con los 3 seguimientos en los primeros 27 días de vida, comprobó en el proyecto PROSAMI que disminuye dramáticamente la mortalidad infantil, por la detección oportuna de infecciones en los niños. En El Salvador, de 100 niños menores de 1 años que mueren cada año, 60 mueren en los primeros 27 días de vida, y de estas muertes, 50 ocurren en los primeros 7 días de vida, por causas prevenibles.

El modelo ha permitido asegurar, mediante una detección y evaluación precoz del recién nacido, prevenir, identificar e intervenir signos de peligro del Recién Nacido (sangramiento del cordón umbilical, fiebre, hipotermia, dificultad para alimentarse, peso abajo de 2500 gr. etc.), logrando la instalación de la lactancia materna exclusiva, ya que mediante su programación de visitas a las potenciales parturientas, basada en la fecha probable de parto de las embarazadas en control, la detección del recién nacido ocurre con mucha certeza antes de 48 horas post parto, debido a que el promotor reside en su comunidad y se apoya en las parteras y otros líderes para obtener información.

Esta actividad de aseguramiento de la atención en casa, se repite 2 veces durante la primera semana post parto, y luego regularmente cada semana hasta completar cuatro visitas, garantizando así una vigilancia estrecha de la parturienta y del recién nacido durante el período más crítico en cuanto a complicaciones de la mujer y del recién nacido.

VIII.3.8.2. Atención del niño menor de 1 año (28 días a 11 meses)

En el proceso de atención a la niñez el modelo de servicios retoma bajo el criterio de riesgo de morbilidad y mortalidad en el período post neonatal, el proceso de atención del Crecimiento y Desarrollo de los niños como el eje central para la prevención de enfermedades, sus complicaciones y la muerte en este período de la vida.

Entrando en la discusión de los resultados, respecto a la cobertura de inscripción de los niños en el proceso de Crecimiento y Desarrollo, deberá mejorarse el registro de los niños en el listado poblacional, para evitar la aparente sobre producción que revela el resultado de 108%. Lo más importante en esta parte del

análisis, es el estado nutricional en que se inscriben los niños, dado que es una zona con alta prevalencia de desnutrición y que en su mayoría viven en condiciones de extrema pobreza. Sin embargo hay que destacar el esfuerzo que refleja el registro de niños recuperados nutricionalmente, que para el caso supera el número de los que se detectan por primera vez con déficit nutricional en el momento de su inscripción, probablemente, debido a que este esfuerzo incluye a todos los niños que ya estaban siendo sujetos de asistencia nutricional en el seguimiento después de su correspondiente inscripción.

En el modelo de atención, los menores de 1 año de peso normal deben ser atendidos 6 veces para el control de su Crecimiento y Desarrollo. Las atenciones se incrementan según los problemas de salud del niño, principalmente desnutrición, Infecciones respiratorias agudas (IRA) y Enfermedad Diarréica Aguda (EDA).

En cuanto a la continuidad de la cobertura, un detalle que permite detectar oportunidades de mejora es la correlación entre la cobertura de inscripción y la cobertura de vacunación con DPT3 como elemento trazador de la misma. Según el resultado el número de niños menores de un año registrados como vacunados con DPT3 supera el número de niños inscritos en el período, lo que sugiere sobre producción o aprovechamiento de oportunidades de vacunar a niños que están de visita en las comunidades, o inmigración contingencial de nuevas familias que solo están temporalmente en la comunidad y que no son incorporadas al universo programático por parte de las PS.

A partir de este proceso de atención, para el niño menor de 1 año desde su nacimiento, el aseguramiento de la eficacia práctica en la prevención de complicaciones y muertes infantiles está determinada por:

1. La modalidad de programación del control precoz del recién nacido en las primeras 48 horas de vida y una secuencia de 3 seguimientos hasta su 27° día de vida, a partir de la fecha probable de parto y el seguimiento de su crecimiento y desarrollo durante los 12 meses de vida, según las normas establecidas.
2. La evaluación física del recién nacido para descartar sepsis, prevenir la onfalitis, tratar el Bajo Peso al Nacer sin complicaciones y detectar complicaciones para referencia oportuna a los establecimientos de mayor complejidad.
3. El tratamiento comunitario y la referencia oportuna de las enfermedades prevalentes de la infancia principalmente neumonía y las EDA, desde la misma comunidad.

VIII.3.8.4. Atención del niño de 1 a 4 años

Pasado el primer año de vida, con factores de protección a partir del Control de Crecimiento y Desarrollo con el cumplimiento de los esquemas de vacunación y la adecuada nutrición del niño, los riesgos de complicaciones y muerte disminuyen en este período de la vida, sin embargo en las comunidades rurales en estudio, por las condiciones de pobreza y la falta de recursos para asegurar una adecuada alimentación, la continuidad de la atención de estos niños es fundamental dentro del modelo de servicios.

En el **Anexo 6** en la sección que corresponde a los niños de 1 a 4 años puede leerse claramente una cobertura de inscripción de 59.4 % lo cual califica con una "C" , según el **Anexo 4**, de manera que se puede ver como oportunidad de

mejora, la manera de cómo se está manejando el criterio de inscripción de los niños que al cumplir el año de vida, son registrados en el nuevo grupo de edad; hay que descartar si las PS, los siguen registrando como atención subsecuente de menor de 1 año, lo cual se presume que puede estar ocurriendo a partir de la alta concentración o promedio de atenciones por inscritos que resulta ser de 6 atenciones ($2,266 / 376 = 6$), en relación a las que están normadas que son 4 en total; por otra parte, también puede averiguarse si la sobreproducción de seguimientos, puede deberse a la alta incidencia de desnutrición, que para el caso los 289 niños que fueron reportados con algún grado de desnutrición representan ante los 376 inscritos el 77%; esto debe descartarse como hipótesis de trabajo en el monitoreo. Al igual que en el niño menor de un año, el esfuerzo por la recuperación nutricional de los niños presenta un buen rendimiento por parte del modelo con 84.1% durante el período.

Otro detalle muy importante que amerita explicación en el funcionamiento de la hoja electrónica del cuadro de evaluación y del registros de la información por parte de las PS, es el hecho de que se reporta una superproducción de cobertura con vacuna antisarampionosa de 171%, ya que se vacunaron 1080 niños de 1 a 4 años y solo se tienen 633 como universo en las 5 comunidades; el nivel técnico debe asegurarse de dónde sale esa diferencia; un hipótesis puede ser que se reportaron niños vacunados en otras comunidades, o que también se incluyeron niños menores de 1 año dentro de este grupo de vacunados reportados, dado que también se tiene la hipótesis de que se reportan como subsecuentes.

En cuanto a la atención de la morbilidad más frecuente en los niños menores de 5 años en general, se utilizan los protocolos estandarizados de casos de Infecciones Respiratorias Agudas IRA y Enfermedad Diarreica Aguda EDA, de la Organización Panamericana de la Salud OPS, y puede verse en los resultados que más del 90% de los casos de ambos padecimientos, son de baja complejidad y pueden ser tratados en las comunidades por personal básico de salud y que menos del 5% ameritaron referencia para atención de mayor complejidad. En ninguno de los casos tratados en la comunidad se han descrito problemas de efectos secundarios por el uso de medicamentos.

En todos los procesos de atención del modelo de servicios, el aseguramiento de la eficiencia del modelo de servicios, puede apreciarse a partir de la alta productividad de los procesos preventivos (83%) y curativos (17%) en la comunidad a menores costos de operación, dado que se trabaja sin costos de mayor infraestructura por el lado del gasto institucional y sin mayores costos de tiempo, transporte y alimentación por parte de los usuarios del servicio, quienes reciben beneficios agregados, en términos de las atenciones integrales a todos los miembros de la familia en cada visita domiciliar.

Para las niñas y niños de 1 a 4 años, el aseguramiento de la eficacia consiste en evaluar el crecimiento físico con peso edad y el monitoreo de la talla, explorar el tipo de alimentación que recibe, las condiciones ambientales en que se desarrolla, la presencia y el tratamiento oportuno de alguna enfermedad, disminuyendo efectos negativos en la evolución del crecimiento y desarrollo del niño.

Esta intervención ha contribuido enormemente no solo a la conservación de la salud de los niños, por su fuerte componente de educación a las madres, sino también a la detección temprana de casos de IRA y EDA y su manejo oportuno.

Para los casos de complicaciones y/o muerte ya sea en mujeres o en la niñez. La norma institucional para estos casos, es que cualquier complicación o muerte debe ser revisada por medio de un análisis causal de parte de todo el equipo, aplicando el enfoque de riesgo como método de análisis y como estrategia de intervención, a partir de la categorización de los factores de riesgo biológicos, socio culturales y económicos que determinaron la complicación o la muerte.

Durante el análisis de los efectos y sus causas por las categorías ya señaladas, estas se transcriben en una matriz de factores de protección que posteriormente pasan a convertirse en estrategias de intervención para mejorar los procesos de atención del modelo de provisión. (ver **Anexo 9**)

CAPITULO IX

CONCLUSIONES

1. El modelo de servicios de salud adoptado en las comunidades rurales en la zona Sur del Departamento de San Salvador ejecutado por Promotoras, bajo la supervisión y apoyo técnico de un profesional de la salud, permite, a partir de su diseño sistémico, con la pre definición de estándares, indicadores y umbrales; explicar el funcionamiento del aseguramiento de la calidad, desde la aplicación sobre los elementos estructurales que le dan el soporte a los procesos de producción de los servicios, que a su vez, facilita el logro de los resultados esperados del modelo como un todo, donde cualquier variación no deseada puede ser detectada oportunamente en cualquier parte del sistema de producción.
4. El modelo de servicios de salud implementado por las PS de la Fundación Serafín cuenta con una estructura de apoyo fundamentada en la administración por valores, bajo los principios de equidad, eficacia, eficiencia y calidad, y los procesos de provisión están enfocados a las mujeres en edad fértil y niños menores de 5 años y en más del 82% la atención es de tipo preventivo; lo cual determina su pertinencia en función de la situación de riesgo de este grupo poblacional. Su nivel de operación y sus propósitos son coherentes con la Política Nacional y los Planes del Gobierno.
5. El modelo fundamenta su eficacia en la gestión de sus recursos humanos y tiene como herramienta fundamental para el aseguramiento de la calidad el monitoreo regular y la evaluación periódica de las actividades y resultados

del sistema.

6. Para el monitoreo regular y la evaluación periódica, el modelo cuenta con un sistema de registro y un sistema de información mecanizado para el procesamiento y análisis oportuno para la toma de decisiones.
7. La asignación poblacional para cada PS, y la frecuencia del monitoreo por parte del supervisor permite, brindar los servicios de forma eficaz y oportuna, dentro de los estándares de calidad establecidos en el modelo.
8. Los procesos evaluativos y el análisis causal de los problemas de salud de la comunidades facilita el diseño de estrategias y las posibilidades de mejora continua del modelo de servicios.
9. El sub sistema de registro, de procesamiento y análisis del modelo, es sensible para la detección de fallas y posibles oportunidades de mejora de todo el sistema.
10. El modelo ha sido eficaz en el cumplimiento de los objetivos de ampliación de coberturas en lo que a Control Prenatal, atención del puerperio, vacunación con TT, atención del recién nacido, atención del niño menor de un año en su crecimiento y desarrollo y vacunación, se refiere; sin embargo, la cobertura de atención del parto por personal capacitado no llegó al umbral esperado de 80 a 100%, lo mismo ocurrió con la cobertura de inscripción de los niños de 1 a 4 años, y en el caso de planificación familiar no alcanzó superar el 30% que se estableció como estándar.
11. El aseguramiento de la calidad de los servicios de salud adoptado en las comunidades rurales en la Zona Sur de San Salvador, parte del enfoque sistémico y las dimensiones de la calidad; se explica a partir de los principios y

valores que fundamentan la visión y misión de la Fundación Serafín y finalmente se operacionaliza a partir de la definición de los estándares, indicadores de medición y los umbrales de rendimientos para cada uno de los resultados esperados.

12. El monitoreo regular y la evaluación para el aseguramiento, se fundamenta en datos para la detección de oportunidades de mejora y aplica metodologías de análisis documental y observación directa del modelo de servicios ejecutados por las PS.
13. El Análisis de información del modelo permite, a partir de la formulación de hipótesis de trabajo por parte de los supervisores, desarrollar habilidades de investigación operativa y de control de la gestión de los servicios dados por la PS.
14. El aseguramiento de la calidad de los servicios focaliza sus intervenciones en la detección precoz durante los puntos más críticos del riesgo reproductivo, desde la atención a las mujeres en edad fértil, durante el embarazo, el parto, el puerperio, garantizando la continuidad de la atención y monitoreo del bienestar del recién nacido junto a su madre, y la evolución de su crecimiento físico y su desarrollo psicomotor durante el primer año de vida, continuando con el período de 1 a 4 años de vida de niños y niñas en la misma comunidad, las 24 horas del día los 7 días de la semana, dado que las promotoras viven en la comunidad.
15. Toda la organización desarrolla sus actividades para asegurar el financiamiento y la provisión de los recursos necesarios para el funcionamiento adecuado del modelo de servicios.

16. La capacitación de entrada de las promotoras de salud y el monitoreo regular durante la ejecución, permiten reforzar en servicio las capacidades de las promotoras de salud, lo cual permite asegurar la competencia técnica para la provisión de los servicios.
17. La continuidad de las intervenciones desde la inscripción o detección de los usuarios, el enfoque de riesgo reproductivo y la metodología de programación de las visitas domiciliarias, asegura la oferta de servicios preventivos de salud y la atención precoz de condiciones de riesgo o casos de enfermedad, que por medio de la atención directa o referencia oportuna, tienen impacto en la disminución de complicaciones y muerte en las comunidades.
18. La delimitación geográfica y poblacional y los sub sistemas de control de la oferta de los servicios, permite garantizar el acceso a los servicios por parte de la mayoría de la población a través de la visita domiciliar, la cual es un factor de comodidad y eficiencia, dado que beneficia en términos de tiempo, y oportunidad de recibir atenciones y educación personalizada para varios miembros de la familia en una sola visita, y específicamente sobre los problemas de salud que están padeciendo y cómo estos pueden prevenirse.

CAPITULO X

RECOMENDACIONES

1. Proponer al Ministerio de Salud la integración al Sistema Nacional de un modelo de aseguramiento de la calidad que permita mejorar la gestión y provisión de los servicios de servicios de salud, desde el nivel comunitario, potenciando la capacidad de sus 1700 promotores de salud en igual número de comunidades rurales, considerando la instrumentalización de un sistema de aseguramiento a todos los niveles de complejidad, en el marco de los Sistemas Básicos de Salud. (SIBASI)
2. A partir de la aplicación del enfoque Sistémico y la instrumentalización de un Sistema de Aseguramiento de la Calidad, para los diferentes niveles de atención, trascender al diseño de un sistema de acreditación de servicios de salud, como parte de la función de rectoría que le corresponde al Ministerio de Salud.
3. Desarrollar iniciativas de investigación sobre la operacionalización de la calidad a partir de sus principios y dimensiones, complementando las medidas de la satisfacción de los usuarios, con medidas de la eficacia, la eficiencia, la competencia técnica, la seguridad de los procesos de atención, la continuidad, los beneficios y utilidades que generan los servicios en la calidad de vida.
4. Retomar como elemento central del éxito de la APS en los diferentes niveles de atención, el desarrollo de los agentes comunitarios de salud, la supervisión técnica sistematizada, la capacidad gerencial de técnicos en salud ya sean médicos, enfermeras o tecnólogos materno infantiles, sobre el uso de herramientas de aseguramiento de la calidad para la toma de decisiones.

5. Compartir y divulgar las experiencias sobre las formas de aseguramiento de la eficacia con los subsistemas de monitoreo y evaluación de los programas de Salud Comunitaria en El Salvador, con los diferentes actores sociales y cooperantes internacionales, para mejorar el nivel de integración intersectorial, promoviendo al personal básico de salud como una buena alternativa de expansión del nivel primario de atención, y el aseguramiento de la calidad con el apoyo técnico correspondiente.
6. Incrementar las gestiones para lograr apoyo político y financiero para integrar a los Agentes Comunitarios de Salud dentro de los programas regulares de atención a la persona y al medio ambiente, que permita una mejor distribución favor de la población.
7. Proponer al Ministerio de salud la revisión del perfil de desempeño de los promotores de salud, tomando como base los resultados del presente estudio de caso, a fin de hacer un esfuerzo coordinado, que contribuya a mejorar el acceso a los servicios de salud con equidad y eficiencia.
8. Aprovechar el potencial del modelo de aseguramiento para adecuarlo a las necesidades de implementación de servicios según el perfil epidemiológico y el perfil de riesgo de los diferentes grupos poblacionales que demandan asistencia sanitaria en todos los niveles de complejidad y de prevención para la conservación de la salud y la promoción de la calidad de vida.
9. Afinar los sub sistemas de registro de información, el procesamiento y análisis durante los ejercicios de monitoreo y evaluación de la Fundación Serafín por medio de la investigación operativa, a partir de las oportunidades de mejora detectadas en el análisis de los resultados.

BIBLIOGRAFIA

1. Beza, José Manuel; Henríquez Ana Mirian, Agosto 1999. "Una experiencia exitosa para mejorar la salud de los niños en El Salvador", p. 13 Noticias sobre AIEPI No. 1,. Unidad Regional AIEPI de la OPS/OMS con World Link.
2. Beza, José Manuel; Mayo 2000. "Aplicación del Enfoque Económico a la Gerencia de los Servicios de Salud", p. 10 Noticias sobre AIEPI No. 3,. Unidad Regional AIEPI de la OPS/OMS con World Link.
3. Brown Lori Di Prete, Franco Linne Miller, Rafe Nadwa, Hatzell Theresa 1999. "Garantía de la Calidad de Salud en Países en Desarrollo"
4. Canales de Alvarado y Pineda (1986). Metodología de la investigación. LIMUSA, pag.138, 139, 140, 141.
5. Conferencia Internacional sobre atención primaria de salud, Alma Ata (URRS), 6,12 de sept.1978. Atención Primaria de Salud, Ginebra, OMS, 1978, 55 pags.
6. Conferencia Magistral sobre los "Retos de la Reforma de Salud en El Salvador", Beza J. Manuel. Enero 2000, Consulta Ciudadana, Consejo de Reforma del Sector Salud de El Salvador.
7. Conferencia Magistral Sobre Principios y Dimensiones de la Calidad, Colindres Héctor, abril 2001, Iniciativas del Ministerio de Salud en Apoyo a la Reforma.
8. Conferencia Magistral Sobre Aseguramiento de la Calidad, Colindres Héctor, abril 2001, Iniciativas del Ministerio de Salud en Apoyo a la Reforma.
9. Donabedian A. Garantía y Monitoría de la Calidad de la Atención Médica. México, D.F.: Perspectivas en Salud Pública, Instituto Nacional de Salud Pública 10. 1992: 9-40.
10. FESAL 1998. Encuesta Nacional de Salud Familiar, El Salvador.
11. Fundación Serafín 1999. Manual de Organización y Funciones. P. 10.20
12. Fundación Serafín 1999. Manual de Supervisión. P. 25-30
13. Fundación Serafín 1999. Diagnóstico de Salud Comunidades Rurales Zona Sur de San Salvador.
14. Gonzales Dagnino; de Pablos Heredero A.; Aguilera Guzmán M.; Escribano García S.; Gil García J.F. 1994. Calidad Total en Atención Primaria de Salud.

15. Hernández Sampieri, Fernández Collado Carlos, Baptista Lucio Pilar 1998. Metodología de la Investigación. Segunda Edición.
16. Indicadores de la Calidad, Bertrand Jane. Network en español 1993, volumen 8 No. 4, p. 10-12.
17. IPM, S.A. de C.V., Septiembre de 1995. Revisión y Evaluación de Promotores de Salud Comunitaria: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), y Organizaciones No Gubernamentales (ONG's).
18. Métodos para mejorar la calidad de la Atención, Blaney Carol. Network en español 1993, volumen 8 No. 4, p. 7.
19. MSPAS, Dirección de Servicios Técnicos Normativos Operativos, Unidad de Enfermería del nivel Central 1990 "Calidad de Atención Básica de Enfermería" S.S. El Salvador .
20. MSPAS, Dirección de Servicios Técnicos Normativos Operativos, Unidad de Enfermería del nivel Central Diciembre de 1993 "Calidad de Atención Básica de Enfermería" y "Desempeño del Personal de Enfermería" S.S. El Salvador.
21. OPS 2000. Manual sobre el Enfoque de Riesgo en la Atención Materno Infantil.
22. Pineault, Raynald y Daveluy, Carole 2a edición 1986. La Planificación Sanitaria: Conceptos, métodos y estrategias. pag 355.
23. Piura López Julio 1995. Introducción a la Metodología de la Investigación. Publicación Científica de la Escuela de Salud Pública de Nicaragua, segunda edición.
24. Schaefer Morris, Reynolds Jack, diciembre 1986. Trabajadores Comunitarios de Salud, , serie PRICOR, Temas para las Investigaciones Operativas.

**GUIA DE ENTREVISTA Y REVISION DE DOCUMENTACION PARA
EL ESTUDIO DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD DEL
MODELOS DE SERVICIOS DE SALUD**

**SECCION I: DESCRIPCION DEL MODELO DE SERVICIOS
AUDIENCIA: DIRECTOR, GERENTES Y SUPERVISORES**

1. ¿Tienen un organigrama, y definidos los principios y valores administrativos que rigen la naturaleza de la institución y norman el comportamiento de sus miembros?

| GUIA DE ALTERNATIVAS | FUENTE DE VERIFICACION DOCUMENTAL |
|--|-----------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> ➤ Estructura organizativa ➤ Visión y Misión ➤ Normas | |

2. ¿Cuentan con un proceso administrativo para los recursos humanos de la institución?

| GUIA DE ALTERNATIVAS | FUENTE DE VERIFICACION DOCUMENTAL |
|---|-----------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> ➤ Reclutamiento ➤ Descripciones de cargos ➤ Evaluación de desempeño ➤ Incentivos ➤ Capacitación | |

3. ¿Cual es el nivel de disponibilidad financiera y activos para el apoyo logístico y abastecimiento de recursos de apoyo?

| GUIA DE ALTERNATIVAS | FUENTE DE VERIFICACION DOCUMENTAL |
|--|-----------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> ➤ Infraestructura ➤ Presupuesto anual y mecanismo de financiación de convenios. ➤ Vehículos ➤ Equipamiento ➤ Suministros ➤ Protocolos de Atención | |

**GUIA DE ENTREVISTA Y REVISION DE DOCUMENTACION PARA
EL ESTUDIO DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD DEL
MODELOS DE SERVICIOS DE SALUD**

4. ¿ Cuáles son los compromisos de gestión convenidos con el patrocinador del proyecto?

| GUIA DE ALTERNATIVAS | FUENTE DE VERIFICACION DOCUMENTAL |
|--|-----------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> ➤ Control presupuestario y auditoría ➤ Coberturas de atención poblacional | |

SECCION I: DESCRIPCION DEL MODELO DE SERVICIOS

AUDIENCIA: PROMOTORAS DE SALUD

5. ¿Cual es el alcance de su trabajo ?

| GUIA DE ALTERNATIVAS | FUENTE DE VERIFICACION DOCUMENTAL |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ➤ Cómo planifica sus actividades de provisión de servicios (domiciliar) ➤ Herramientas de control de su gestión ➤ Uso de mapa ➤ Uso de censo | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Manual de Organización y Funciones ➤ Sub sistema de registro de información ➤ Herramientas de control de gestión |

SECCION II: EFICACIA DEL MODELO DE SERVICIOS

AUDIENCIA: SUPERVISORES

6. ¿Cuales son los niveles de rendimiento documentados en su Sistema Gerencial de Información?

| GUIA DE ALTERNATIVAS | FUENTE DE VERIFICACION DOCUMENTAL |
|---|-----------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> ➤ Inscripción Prenatal ➤ Parto por personal capacitado ➤ Inscripción post parto ➤ Inscripción de Recién Nacidos ➤ Inscripción de menores de 5 años ➤ Inmunizaciones en menores de 5 años | |

**GUIA DE ENTREVISTA Y REVISION DE DOCUMENTACION PARA
EL ESTUDIO DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD DEL
MODELOS DE SERVICIOS DE SALUD**

**SECCION III: ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS
AUDIENCIA: DIRECTOR, GERENTES Y SUPERVISORES**

7. ¿Mecanismos de control y aseguramiento sobre los principios y valores administrativos que rigen la naturaleza de la institución y norman el comportamiento de sus miembros, en sus interrelaciones personales, y las comodidades que le dan valor agregado al clima organizacional y a los servicios de salud en las comunidades ?

| GUIA DE ALTERNATIVAS | FUENTE DE VERIFICACION DOCUMENTAL |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ➤ Reclutamiento y perfil psicológico ➤ Evaluaciones de desempeño ➤ Incentivos y sanciones ➤ Capacitación y Promoción sobre la Visión y Misión, principios y valores ➤ Normas de ética del personal | Manual Administrativo Actas de reuniones Memorando de acciones de personal |

8. ¿Mecanismos de aseguramiento de la competencia técnica del personal de la institución que determinan la eficacia, la eficiencia, la seguridad, las buenas relaciones personales y la comodidad en las prestación de los servicios?

| GUIA DE ALTERNATIVAS | FUENTE DE VERIFICACION DOCUMENTAL |
|---|-----------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> ➤ Reclutamiento y perfil profesional ➤ Evaluación de desempeño ➤ Incentivos ➤ Capacitación | Expedientes de personal |

9. ¿Mecanismos de aseguramiento del financiamiento y disponibilidad de activos para el apoyo logístico y abastecimiento de recursos de apoyo que determinan el acceso, la eficacia, la eficiencia, la continuidad y la comodidad ?

| GUIA DE ALTERNATIVAS | FUENTE DE VERIFICACION DOCUMENTAL |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ➤ Eficacia en la Negociación y gestión de fondos ➤ Control Presupuestario de convenios. ➤ Conservación y mantenimiento de Vehículos y Equipo ➤ Suministro oportuno de materiales | Convenios Reportes financieros Liquidaciones y requisición de fondos |

**GUIA DE ENTREVISTA Y REVISION DE DOCUMENTACION PARA
EL ESTUDIO DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD DEL
MODELOS DE SERVICIOS DE SALUD**

**SECCION III: ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS
AUDIENCIA: DIRECTOR, GERENTES Y SUPERVISORES**

10. ¿Mecanismos de aseguramiento de las actividades de la Promotora de Salud para la prestación de los servicios en las comunidades ?

| GUIA DE ALTERNATIVAS | FUENTE DE VERIFICACION DOCUMENTAL |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ➤ Control de la gestión y Provisión de servicios según compromisos de gestión. | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Herramientas de control de gestión ➤ Reportes de monitoreo ➤ Listas de Chequeo de actividades |

11. ¿Cuales son los mecanismos claves de aseguramiento del rendimiento esperado según los compromisos de gestión del Plan de Acción que determinan el acceso, la eficacia, la continuidad la seguridad y la comodidad de los servicios de salud?

| GUIA DE ALTERNATIVAS | FUENTE DE VERIFICACION DOCUMENTAL |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ➤ Detección oportuna ➤ Programación y priorización ➤ Uso de herramientas de control de la gestión ➤ Uso de protocolos de atención ➤ Registro adecuado de información ➤ Frecuencia de la supervisión | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Herramientas de control de gestión ➤ Reportes de monitoreo ➤ Listas de Chequeo de actividades |

12. ¿Cuales son los mecanismos de mejora continua para disminuir vacíos entre la situación actual según el proceso evaluativo acumulado y la situación deseada?

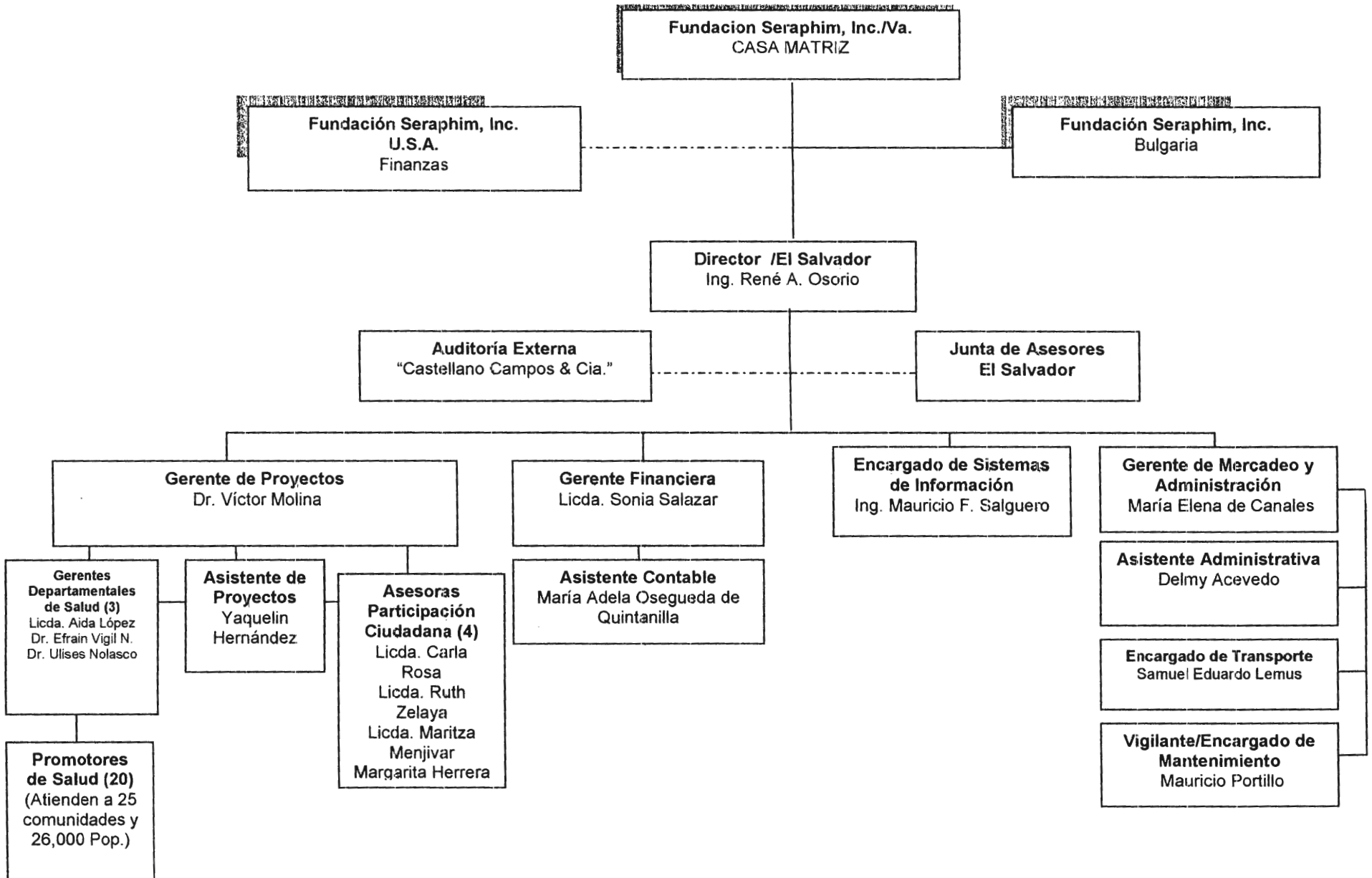
| GUIA DE ALTERNATIVAS | FUENTE DE VERIFICACION DOCUMENTAL |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ➤ Análisis causal de resultados ➤ Enfoque de riesgo como método de análisis ➤ Enfoque de riesgo como estrategia en la toma de decisiones | <p>Análisis de mortalidad y complicaciones</p> |

ANEXOS

1. Estructura Organizacional Fundación Seraphim, Inc.
2. Control de Acciones Básicas del Promotor(a) Comunitario en Salud para el Reporte de Visita de Campo.
3. Diagnóstico Familiar y Hojas de Atención a la Mujer y la Niñez
4. Informe Trimestral y Acumulado de Avances de la ONG (Normas y estándares de rendimiento, criterios de evaluación)
5. Programación Mensual del Promotor de Salud
6. Cuadros de Evaluación trimestral y acumulado anual de la Atención a la Mujer y a la Niñez.
7. Lista de Necesidades Indentificadas y Medidas a Adoptar
8. Informe Trimestral y Acumulado de Actividades del Trabajador de Salud
9. Cuadro de Aplicación del Enfoque de Riesgo como herramienta de análisis de casos, para el diseño de estrategias para mejorar servicios de salud.

ANEXO 1

FUNDACION SERAPHIM, INC. (Suc. El Salvador)



SERAPHIM FOUNDATION INC. - PLAN INTERNATIONAL

ANEXO 2

PROYECTO DE SUPERVIVENCIA INFANTIL, ESTIMULACION TEMPRANA Y SALUD MATERNA

CONTROL DE ACCIONES BASICAS DEL PROMOTOR(A) COMUNITARIO EN SALUD PARA EL REPORTE DE VISITA DE CAMPO

DEPARTAMENTO: _____ FECHA: ___/___/___

MUNICIPIO: _____

CANTON-CASERIO: _____

LUGAR(ES) VISITADO(S): _____

SUPERVISOR(A): _____

PROMOTOR(A) DE SALUD: _____

OTROS ACOMPAÑANTES: _____

| ASPECTOS A SUPERVISAR | PUNTAJE |
|--|------------|
| 1 ¿Planea sus actividades de acuerdo a un diagnóstico situacional actualizado? | 9 |
| 2 ¿Cumple con las metas según lo planeado? | 9 |
| 3 ¿Se cumple con las acciones básicas? | 47 |
| 4 ¿Cómo se considera el nivel de participación comunitaria? | 5 |
| 5 ¿Cuentan con un sistema logístico efectivo? | 30 |
| TOTAL DE PUNTOS - CALIFICACION MENSUAL | 100 |

A = EXCELENTE : 90 A 100 PUNTOS

B = MUY BUENO : 80 A 89 PUNTOS

C = BUENO : 70 A 79 PUNTOS

D = REGULAR : 60 A 69 PUNTOS

E = DEFICIENTE : 59 O MENOS

PUNTAJE : _____

CALIFICACION: _____

**¿ PLANEAN SUS ACTIVIDADES DE ACUERDO A
UN DIAGNOSTICO SITUACIONAL ACTUALIZADO ?**

9 PUNTOS

1. La planeación del Promotor(a) de Salud considera los siguientes aspectos:
- 1.1. La calendarización de las atenciones que, según normas, corresponde realizar en el presente mes en lo que respecta a:
- a) embarazadas..... []
 - b) Puérperas y recién nacidos..... []
 - c) Niños menores de 1 año..... []
 - d) Niños de 1 a 4 años..... []
 - e) Mujeres en edad fértil..... []
- 1.2. La programación de vacunas que, según normas, corresponde aplicar en el presente mes a:
- a) embarazadas..... []
 - b) Niños menores de 1 año..... []
 - c) Niños de 1 a 4 años..... []
 - d) Mujeres en edad fértil..... []

¿ CUMPLE CON LAS METAS SEGUN LO PLANEADO ?

9 PUNTOS

2. Se evidenció que el Promotor de Salud cumplió con la programación de los últimos 2 meses (incluyendo el actual) en lo que se refiere a:
- 2.1. Atenciones a embarazadas..... []
 - 2.2. Atenciones a puérperas y recién nacidos..... []
 - 2.3. Atenciones a niños menores de 1 año..... []
 - 2.4. Atenciones a niños de 1 a 4 años..... []
 - 2.5. Atenciones a mujeres en edad fértil..... []
 - 2.6. Vacunación de embarazadas..... []
 - 2.7. Vacunación de niños menores de 1 año..... []
 - 2.8. Vacunación de niños de 1 a 4 años..... []
 - 2.9. Vacunación de mujeres en edad fértil..... []

Si el Promotor de Salud no ha logrado cumplir con las metas en alguno de estos rubros, explique porqué:

ACCIONES BASICAS

47 PUNTOS

3. Las actividades en el tabulador diario para el informe mensual:
 - 4.1. Están registradas en forma actualizada, a la fecha..... []
 - 4.2. Corresponden a las atenciones registradas en el Censo diario de Atenciones y en los listados materno infantiles..... []
4. El mapa de riesgo:
 - 4.1. Es claro en cuanto al planteamiento de los riesgos asignados (cuenta con un indicador) y está actualizado y completo..... []
 - 4.2. Es utilizado para planear y evaluar con los Líderes Comunales..... []
5. El Kardex, se encuentra actualizado []
6. Los listados de grupos de riesgo se encuentran actualizados..... []
7. Atención de la mujer embarazada y puérpera y del recién nacido.
 - 7.1. El mayor porcentaje de las mujeres son captadas antes de las veinte semanas de embarazo..... []
 - 7.2. La frecuencia de las visitas de seguimiento a la embarazada se adecua a la presencia de factores de riesgo..... []
 - 7.3. Orienta sobre la lactancia materna e investiga el estado de las mamas durante el embarazo..... []
 - 7.4. La hoja de vigilancia de la embarazada se llena correctamente en lo que corresponde a:
 - a) el gráfico sobre ganancia de peso..... []
 - b) el gráfico de altura uterina..... []
 - c) los antecedentes personales y obstétricos..... []
 - d) Tensión arterial..... []
 - e) la historia de vacunación con TT2..... []
 - f) los signos de peligro..... []
 - 7.5. La mujer puérpera y el recién nacido (partos domiciliarios) son captados durante las primeras 48 horas post-parto..... []
 - 7.6. Todas las puérperas y recién nacidos reciben, al menos, 3 atenciones de seguimiento..... []
 - c) los antecedentes personales y obstétricos..... []
 - d) Tensión arterial..... []
 - e) la historia de vacunación con TT2..... []

- f) los signos de peligro..... []
- 7.7. En la atención a la puérpera el Promotor de Salud realiza lo siguiente:
 - a) Toma la tensión arterial..... []
 - b) Toma el pulso..... []
 - c) Toma la temperatura corporal..... []
 - d) investiga presencia de hemorragia o signos de infección..... []
 - e) Brinda educación sobre cuidados higiénicos..... []
 - f) Brinda consejería sobre lactancia materna exclusiva..... []
 - g) Brinda consejería sobre espaciamiento de embarazos..... []
 - h) Brinda consejería sobre alimentación []
- 7.8. En la atención al recién nacido, el Promotor de Salud realiza lo siguiente:
 - a) Toma del peso y grafica en la primera atención..... []
 - b) Medición de la talla (en la primera atención)..... []
 - c) Mide el perímetro cefálico (en la primera atención)..... []
 - d) Investiga profilaxis ocular..... []
 - e) Revisa el ombligo..... []
 - f) Investiga signos de infección..... []
 - g) Refiere para la aplicación de BCG..... []
 - h) Evalúa posición y agarre..... []
- 8. Atención del niño menor de 5 años.
 - 8.1. Se da, al menos, 5 visitas de seguimiento a los niños menores de 1 año inscritos..... []
 - 8.2. Se da, al menos, 4 atenciones a los niños de 1 a 4 años durante el año..... []
 - 8.3. La hoja del gráfico de crecimiento del niño menor de 5 años se llena correctamente en lo que corresponde a:
 - a) Los puntos están bien ubicados en la cuadrícula y el mes de inicio del gráfico corresponde a la fecha de inscripción..... []
 - b) El peso está actualizado a la fecha del último control..... []
 - c) Haber anotado la Información sobre el tipo de alimentación..... []
 - d) Haber anotado la Información sobre enfermedades ocurridas..... []
 - e) Haber anotado fechas de aplicación de vacunas..... []
 - f) LLenar el gráfico del perímetro cefálico..... []
 - g) Utiliza y llena correctamente la hoja de AIEPI..... []
 - h) Hoja de evaluación de Desarrollo psicomotriz utilizada adecuadamente.... []

PARTICIPACION COMUNITARIA

5 PUNTOS

9. Durante la presente visita se encontró evidencia de que las personas de la Comunidad:
- 9.1. Participan activamente en la planeación, ejecución (vale 3 puntos) y evaluación del proyecto de salud en general..... []
- 9.2. Participan activamente en situaciones específicas de apoyo al Promotor , pero sin participar en el proceso (vale 2 puntos) de evaluación ni de planeación..... []
- 9.3. Su participación se concreta a recibir los servicios..... []
(vale 1 punto)
10. En relación a la financiación Comunitaria se puede evidenciar que:
- 10.1. Existe recuperación, manejo y control local (comunitario) de los fondos recuperados..... []
- 10.2. Se rinde un informe financiero mensual a la Comunidad..... []

SISTEMA LOGISTICO

30 PUNTOS

11. Los Promotores de Salud cuentan con:
- 11.1. Equipo:
- a) mochila..... []
- b) báscula "de reloj" (en buenas condiciones)..... []
- c) báscula de baño (en buenas condiciones)..... []
- d) tensiómetro..... []
- e) estetoscopio..... []
- f) cronómetro..... []
- h) laminarios..... []
- l) báscula de canuto..... []
- J) termometro..... []
- k) cinta metrica..... []
- 11.2. Medicamentos:
- a) SRO..... []
- b) Cotrimoxazol..... []
- c) Tetraciclina oftálmica..... []
- d) Sulfato ferroso..... []
- e) Vitamina "A"..... []
- f) Vitaminas Prenatales..... []
- g) Antiparasitarios..... []
- h) Anticonceptivos []

11.3. Papelería:

- a) Tabulador diario para el informe mensual..... []
- b) Censo (registro) diario de atenciones..... []
- c) Gráficos de crecimiento..... []
- d) Hojas de vigilancia de la embarazada..... []
- e) hojas de vigilancia de puerperio y R.N..... []
- f) Hojas de referencia..... []
- g) Fichas familiares..... []
- h) Folders de manila..... []
- l) hojas de desarrollo psicomotriz..... []
- j) hojas de AIEPI niños(a) menores de 5 años..... []
- k) hojas de kardex..... []
- l) carnét para embarazadas y niños(a)..... []

DIAGNOSTICO FAMILIAR

I. IDENTIFICACION

| | | |
|--|--|---|
| <p>Entrevista No.: <input type="text"/></p> <p>Departamento: <input type="text"/></p> <p>Municipio: <input type="text"/></p> <p>Urbana: <input type="text"/> Rural: <input type="text"/></p> <p>Dirección: _____</p> <hr/> <p>Cantón: <input type="text"/> Caserío: <input type="text"/></p> <p>Sector: _____ No. Vivienda: _____</p> <p>Hogar No. _____</p> <p>Encuestador: _____</p> | <p>Apellidos Familiares: _____</p> <p>Informante: _____</p> <p>Fecha de D.F.: ____/____/____</p> <p>Régimen de Propiedad: <input type="checkbox"/></p> <p>Tipo de Familia: <input type="checkbox"/> Ciclo de Familia: <input type="checkbox"/></p> | <p><i>Régimen de Propiedad</i></p> <p>00=No información 01=Propia 02=Alquilada 03=Colono 04=Transitoria 05=Invasión 07=Otros</p> <p><i>Tipo de Familia</i></p> <p>00=No información (conformación familiar) 01=Fam. Nuclear Comp. 02=Fam. de 1 solo progenitor.</p> |
| <p><i>Ciclo fam.</i></p> <p>00=No información 01=Familia en expansión 02=Familia con Pre y/o escolares 03=Familia con adolescentes 04=Familia con adultos jóvenes 05=Familia con adultos mayores 06=Otros</p> | | |

II. MIEMBROS DE LA FAMILIA

(Anotar en la primera casilla al/la jefe de hogar, luego por orden de edad)

| No. | Nombre y Apellidos | Relación Familiar | Fecha de Nacimiento | Edad | Sexo | Escolaridad | Ocupación |
|-----|--------------------|-------------------|---------------------|------|------|-------------|-----------|
| 1 | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | |

| | | |
|---|--|---|
| <p><i>Relación Familiar:</i></p> <p>00=No información 01=Conyuge 02=Compañero(a) 03=Niño(a) Apadrinado(a) 04=Padre/madre 05=Hijo(a) 06=Otros Parientes</p> <p><i>SEXO:</i> 01=Masculino 02=Femenino</p> | <p><i>Escolaridad:</i></p> <p>00=No información 01=Analfabeto 02=Primaria incompleta 03=Primaria completa 04=Secundaria incompleta 05=Secundaria completa 06=Bachillerato incompleto 07=Bachillerato completo 08=Estudios superiores 09=No procede</p> | <p><i>Ocupación:</i></p> <p>00=No información 01=Agricultor 02=Jornalero 03=Vend. Amb. 04=Obrero 05=Empleada doméstica 06=Ama de casa 07=Microempresario 08=Albañil 09=Reciclador</p> <p>10=Zapatero 11=Vigilante 12=Tapicero 13=Costurera/sastre 14=Policia 15=Estudiante 16=Desempleado/a 17=Promotora 18=Otros 19=No procede</p> |
|---|--|---|

V. SALUD MATERNA, PARTO Y PUERPERIO
(Solo para mujeres que han tenido su parto en los últimos 6 meses)

| No. Correlativo | Lugar del Parto | Condición al Nacer | Atención del Parto | Lactancia Materna Exclusiva | Control Puerperal |
|-----------------|-----------------|--------------------|--------------------|-----------------------------|-------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Lugar del parto:
00=No información
01= Domiciliar
02=Institucional
03=Otros

Condición al nacer:
01=Vivo
02=Muerto

Atención del Parto:
00=No información
01=Personal capacitado
02=Personal no capacitado

Control Puerperal(antes de los 7 días):
00=No información
01=No recibió control
02=Recibió 1 control
03=Recibió 2 controles
04=Recibió 3 ó más controles

Lactancia Materna Exclusiva
00=No información
01=Nunca dió lactancia materna
02=Hasta 1 mes de edad
03=Hasta los 3 meses
04=Hasta los 6 meses
05=Lactancia materna exclusiva

VI. ENFERMEDADES CRONICAS, AGUDAS A REPETICION Y/O DISCAPACIDAD

| No. Correlativo | Enfermedad | Tipo de Discapacidad | Controlado en |
|-----------------|------------|----------------------|---------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Código de control:
00=No información
01=Sin control
02=Unidad de Salud
03=Hospital Nacional
04=ISSS
05=ISRI
06=Atención privada

Tipos de discapacidad:
00=No información
01=Discapacidad física completa
02=Discapacidad física parcial
03=Retardo mental
04=Ceguera
05=Sordomudo
06=Sindrome de Down

Tipos de enfermedad:

| | |
|--------------------------|------------------------------|
| 00=No información | 06=Asma bronquial |
| 01=Drogadicción | 07=Epilepsia |
| 02=Alcoholismo | 08=Cefalea intensa |
| 03=Hipertensión arterial | 09=Artritis |
| 04=Cáncer/tumor | 10=Hem. Uterina anormal |
| 05=Diabetes | 11=Dismenorrea incapacitante |
| | 12=Otros |

SERAPHIM FOUNDATION, INC. - PLAN INTERNACIONAL HOJA DE ATENCION A LA MUJER EN EDAD FERTIL

Nombre de la usuaria: _____ Edad: _____ No. de expediente: _____

Historia Obstétrica: Embarazos: _____ Partos: _____ abortos: _____ Vivos: _____ Fecha último parto: _____

Departamento: _____ Municipio: _____ Cantón: _____ Caserío: _____

| Fecha de la atención | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Peso | | | | | | | | | | |
| Tensión arterial | | | | | | | | | | |
| Fecha de última regla | | | | | | | | | | |
| Sangramiento (abundante, normal, poco) | | | | | | | | | | |
| Sangramiento intermenstrual* (si/no) | | | | | | | | | | |
| Método de Planificación Familiar que usa | | | | | | | | | | |
| Dolores fuertes en el pecho (si/no) | | | | | | | | | | |
| Cansancio ante pequeños esfuerzos (si/no) | | | | | | | | | | |
| Dolor de piernas* (si/no) | | | | | | | | | | |
| Dolor de cabeza y/o visión borrosa* (si/no) | | | | | | | | | | |
| Várices* (si/no) | | | | | | | | | | |
| Otros problemas (describir) | | | | | | | | | | |
| Referencia (si/no) | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|-------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Fecha toma de citología | | | | | | | | | | |
| Resultado de citología | | | | | | | | | | |

Usted debe referir al Establecimiento de Salud a toda Usuaría de Planificación Familiar, cuando:

- Cualquiera de las situaciones señaladas con un asterisco * resulten ser "sí".
- La Tensión arterial es mayor de 140 (la máxima) y de 90 (la mínima), o si hay variación en relación a la Tensión inicial.
- Hay variaciones en el peso, en relación al peso inicial.
- Hay variaciones en el patrón menstrual.

PROYECTO DE SUPERVIVENCIA INFANTIL, ESTIMULACION TEMPRANA Y SALUD MATERNA

HOJA ATENCION DE PUERPERA Y RECIEN NACIDO(A)

NOMBRE: _____

EDAD:

FECHA PARTO:

COMUNIDAD: _____

No. Viv.

PROMOTOR(A): _____

CONTROL PRENATAL: NO

U.de S.

Med.Priv.

ISSS

Promotor(a) Serafim

Otro

EMBARAZO de TERMINO: SI

NO

Aborto

PARTO: Institucional

Domiciliar(capacitado)

Domiciliar(no capacitado)

SHOCK HIPOVOLEMICO
CONVULSIONES
PLACENTA COMPLETA
SANGRAMIENTO UTERINO PROFUSO

| SI / NO |
|---------|
| |
| |
| |
| |

PARTO VAGINAL
CESAREA
APEGO PRECOZ
CONOCE MELA

| SI / NO |
|---------|
| |
| |
| |
| |

TT1 _____ / _____ / _____
TT2 _____ / _____ / _____
TT3 _____ / _____ / _____
TT4 _____ / _____ / _____
TT5 _____ / _____ / _____
CITOLOGIA _____ / _____ / _____

RECIEN NACIDO

| FECHA | | | | |
|-------------------------|---------|---------|---------|---------|
| TEMPERATURA(C) | | | | |
| FRECUENCIA RESPIRATORIA | | | | |
| | SI / NO | SI / NO | SI / NO | SI / NO |
| DIFICULTAD RESPIRATORIA | | | | |
| LLANTO CONSTANTE | | | | |
| LLANTO DEBIL | | | | |
| LLANTO QUEJUMBROSO | | | | |
| TIRAJE SUBCOSTAL | | | | |
| MUÑON UMBILICAL SANO | | | | |
| CONVULSIONES | | | | |
| PALIDEZ | | | | |
| CIANOSIS | | | | |
| LACTANCIA MATERNA EXC. | | | | |
| OTRO SIGNO PELIGRO | | | | |
| REFERENCIA | | | | |

PUERPERA

| | | | | |
|----------------------|---------|---------|---------|---------|
| FECHA | | | | |
| PRESION ARTERIAL | | | | |
| PULSO | | | | |
| TEMPERATURA | | | | |
| | SI / NO | SI / NO | SI / NO | SI / NO |
| SANGRAMIENTO ANORMAL | | | | |
| LOQUIOS FETIDOS | | | | |
| EDEMA | | | | |
| PATOLOGIA MAMARIA | | | | |
| TRANSTORNO TENSIONAL | | | | |
| DESNUTRICION | | | | |
| PALIDEZ NOTORIA | | | | |
| CONVULSIONES | | | | |
| OTRO SIGNO PELIGRO | | | | |
| REFERENCIA | | | | |

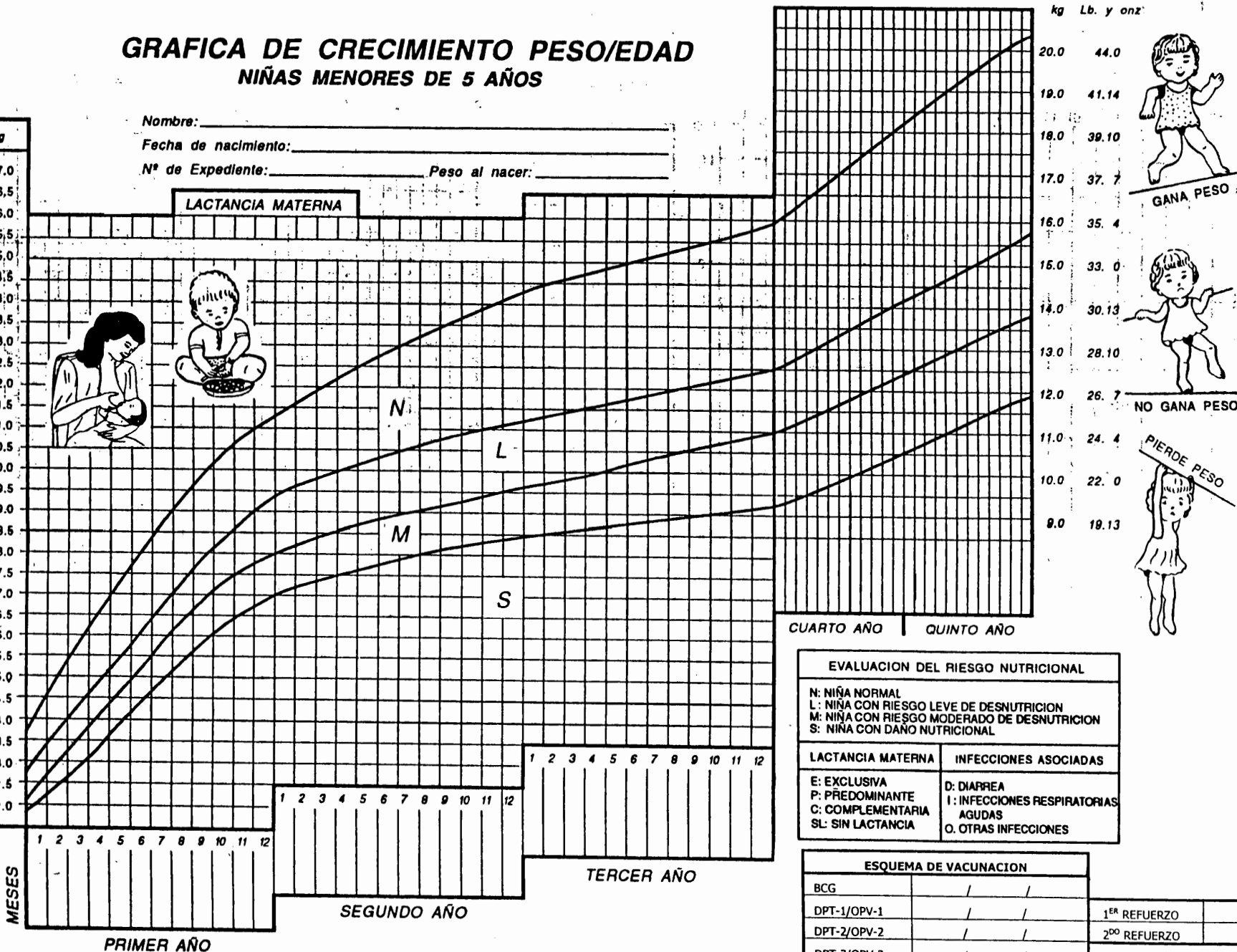
CANTIDAD ENTREGADA

| | | | | |
|-----------------|--|--|--|--|
| SULFATO FERROSO | | | | |
| ACIDO FOLICO | | | | |
| VITAMINA "A" | | | | |

GRAFICA DE CRECIMIENTO PESO/EDAD
NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS

Nombre: _____
 Fecha de nacimiento: _____
 N° de Expediente: _____ Peso al nacer: _____

| Lb. y onz | Kg |
|-----------|------|
| 37. 7 | 17.0 |
| 36. 6 | 16.5 |
| 35. 4 | 16.0 |
| 34. 2 | 15.5 |
| 33. 0 | 15.0 |
| 31. 15 | 14.5 |
| 30. 13 | 14.0 |
| 29. 12 | 13.5 |
| 28. 10 | 13.0 |
| 27. 8 | 12.5 |
| 26. 7 | 12.0 |
| 25. 5 | 11.5 |
| 24. 4 | 11.0 |
| 23. 2 | 10.5 |
| 22. 0 | 10.0 |
| 20. 15 | 9.5 |
| 19. 13 | 9.0 |
| 18. 11 | 8.5 |
| 17. 10 | 8.0 |
| 16. 8 | 7.5 |
| 15. 6 | 7.0 |
| 14. 5 | 6.5 |
| 13. 3 | 6.0 |
| 12. 2 | 5.5 |
| 11. 0 | 5.0 |
| 9. 14 | 4.5 |
| 8. 13 | 4.0 |
| 7. 11 | 3.5 |
| 6. 9 | 3.0 |
| 5. 8 | 2.5 |
| 4. 6 | 2.0 |



| EVALUACION DEL RIESGO NUTRICIONAL | |
|--|---|
| N: NIÑA NORMAL L: NIÑA CON RIESGO LEVE DE DESNUTRICION M: NIÑA CON RIESGO MODERADO DE DESNUTRICION S: NIÑA CON DAÑO NUTRICIONAL | |
| LACTANCIA MATERNA | INFECCIONES ASOCIADAS |
| E: EXCLUSIVA P: PREDOMINANTE C: COMPLEMENTARIA SL: SIN LACTANCIA | D: DIARREA I: INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS O: OTRAS INFECCIONES |

| ESQUEMA DE VACUNACION | | | |
|-----------------------|---|---|--------------------------|
| BCG | / | / | |
| DPT-1/OPV-1 | / | / | 1 ^{ER} REFUERZO |
| DPT-2/OPV-2 | / | / | 2 ^{DO} REFUERZO |
| DPT-3/OPV-3 | / | / | |
| HEPATITIS-1 | / | / | |
| HEPATITIS-2 | / | / | |
| HEPATITIS-3 | / | / | |

SERAPHIM FOUNDATION INC. / PLAN INTERNACIONAL
PROYECTO DE SUPERVIVENCIA INFANTIL, ESTIMULACION TEMPRANA Y SALUD MATERNA
ATENCION DEL NIÑO(A) DE 2 MESES A 4 AÑOS DE EDAD

NOMBRE: _____ EDAD: _____ PESO: _____ KG. TEMPERATURA: _____ °C
 CONSULTA POR: _____ PRIMERA CONSULTA CONSULTA CONTROL FECHA: ____/____/____

EVALUAR (marcar con un círculo todos los signos presentes)

CLASIFICAR

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|-------|-------|-------|-------|-------|--------|--------|--------|--------|-------|-------|-------|-------|------|-----|--------|--------|
| VERIFICAR SI HAY SIGNOS DE PELIGRO EN GENERAL SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> *¿El NIÑO(A) NO PUEDE BEBER O TOMAR EL PECHO *CONVULSIONES *VOMITA TODO *LETARGICO(A) O INCONSCIENTE *¿TIENE EL NIÑO(A) TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> *¿Cuanto tiempo hace? <input type="text"/> Dias *Respiraciones por minuto <input type="text"/> *Verificar si hay tiraje subcostal *¿Hay respiración rápida? *Determinar si hay sibilancias *Verificar si hay estridor y auscultar | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| *¿TIENE EL NIÑO(A) DIARREA? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> *¿Cuanto tiempo hace? <input type="text"/> Dias *¿El niño(a) está letárgico o inconsciente? *¿Hay sangre en las heces? *¿El niño(a) está inquieto(a) o irritable? *Determinar si tiene los ojos hundidos *Al ofrecer líquidos, ¿bebe mal o no puede beber? *Signo del Pliegue cutáneo desaparece Muy lentamente(más de 2 seg.) *¿Bebe ávidamente, con sed? *Signo del Pliegue cutáneo desaparece lentamente(menos de 2 seg.) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| *¿TIENE EL NIÑO(A) FIEBRE? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> (Determinada por interrogatorio, si se nota al tocarlo o T° de 38 °C) *¿Hay Hiperendémica para Paludismo? *Determinar si tiene rigidez de nuca *¿Cuanto tiempo de fiebre? <input type="text"/> Dias *Observar si tiene manifestaciones hemorrágicas *Si fiebre mayor de 7 días de duración ¿ha tenido *Determinar si tiene erupción cutánea generalizada fiebre todos los días? SI NO ----- SI TIENE ERUPCION CUTANEA GENERALIZADA: *Determinar si tiene erupción máculo papular, no vesicular *Uno de los signos siguientes: tos, coriza u ojos enrojecidos | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| *¿TIENE EL NIÑO(A) UN PROBLEMA DE OIDO? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> *¿Tiene dolor de oído? SI NO *¿Hay tumefacción dolorosa al tacto detrás de la oreja: SI NO *¿Tiene supuración de oído? SI NO *¿Cuántos días de supuración? <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| *¿TIENE EL NIÑO(A) UN PROBLEMA DE GARGANTA? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> *¿Tiene dolor de garganta? SI NO *Observar si hay exudados blancos en garganta *¿Hay ganglios del cuello crecidos y dolorosos? SI NO *Observar si la garganta está roja | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VERIFICAR SI PRESENTA DESNUTRICION Y ANEMIA *¿Hay signos de emaciación visibles? SI NO *Verificar si hay edema en ambos pies : SI NO *Palidez palmar: ¿Intensa? <input type="checkbox"/> ¿Leve? <input type="checkbox"/> *Peso para Edad : Normal <input type="checkbox"/> Bajo <input type="checkbox"/> Muy bajo <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VERIFICAR SI EL NIÑO(A) HA RECIBIDO (marcar los medicamentos que recibirá hoy) Vitamina A Hierro Mebendazol | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VERIFICAR ANTECEDENTES DE VACUNACION (marcar las vacunas que se administraran hoy) <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:12.5%;">BCG</td> <td style="width:12.5%;">DPT-1</td> <td style="width:12.5%;">DPT-2</td> <td style="width:12.5%;">DPT-3</td> <td style="width:12.5%;">HB-1</td> <td style="width:12.5%;">HB-2</td> <td style="width:12.5%;">DPT-R1</td> <td style="width:12.5%;">DPT-R2</td> </tr> <tr> <td>VOP-0</td> <td>VOP-1</td> <td>VOP-2</td> <td>VOP-3</td> <td>HB-3</td> <td>MMR</td> <td>OPV-R1</td> <td>OPV-R2</td> </tr> </table> | | BCG | DPT-1 | DPT-2 | DPT-3 | HB-1 | HB-2 | DPT-R1 | DPT-R2 | VOP-0 | VOP-1 | VOP-2 | VOP-3 | HB-3 | MMR | OPV-R1 | OPV-R2 |
| BCG | DPT-1 | DPT-2 | DPT-3 | HB-1 | HB-2 | DPT-R1 | DPT-R2 | | | | | | | | | | |
| VOP-0 | VOP-1 | VOP-2 | VOP-3 | HB-3 | MMR | OPV-R1 | OPV-R2 | | | | | | | | | | |
| EVALUAR ALIMENTACION (Si está Anémico(a), si tiene Desnutrición Moderada-Severa o es menor de 3 años) *¿El niño(a) recibe pecho? SI NO *¿El niño(a) recibe pecho durante la noche? SI NO *¿Cuántas veces recibe pecho al día? <input type="text"/> veces *¿El niño(a) ingiere otro alimento o líquidos? SI NO *¿Que otros alimentos o líquidos recibe? _____ *¿Cuántas veces por día? <input type="text"/> *¿Que utiliza para darle de comer? _____ *¿Usa biberón? SI NO *¿El niño(a) recibe su propia porción? _____ *¿Quién le da de comer al niño(a)? _____ *¿Durante la presente enfermedad, ¿hubo algún cambio en la alimentación? SI NO *¿Cuál fue el cambio en relación a lo que normalmente come? _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EVALUAR OTROS PROBLEMAS: | | | | | | | | | | | | | | | | | |

ANEXO 4

**SERAPHIM FOUNDATION INC. / PLAN INTERNACIONAL
PROYECTO DE SUPERVIVENCIA INFANTIL, ESTIMULACION TEMPRANA Y SALUD MATERNA
Informe Trimestral y Acumulado de Avances de la ONG**

DEPTO.: **SAN SALVADOR (SUR)**

TRIMESTRE: 4

ABRIL 2000 - MARZO 2001

| ATENCION A LA MUJER | | 1er. Trim. | 2do. Trim. | 3er. Trim. | 4to. Trim. | Año/fecha |
|------------------------------|---|------------|------------|------------|------------|-----------|
| <i>SALUD REPRODUCTIVA</i> | COBERTURA DE ATENCION PRENATAL | 88% A | 85% A | 75% B | 82% A | 82.5% A |
| | <i>Control Prenatal</i> | | | | | |
| | COBERTURA DE INSCRIPCION PRENATAL | 101% A | 120% A | 61% C | 123% A | 101.4% A |
| | PROMEDIO DE ATENCIONES PRENATALES | 4 | 4 | 6 | 3 | 4 |
| | COBERTURA DE EMBARAZADAS CON TT2 | 79% B | 64% C | 105% A | 80% A | 78.8% B |
| | <i>Parto</i> | | | | | |
| | COBERTURA DE PARTOS ATENDIDOS POR PERSONAL CAPACITADO | 50% C | 73% B | 66% C | 67% C | 62.9% C |
| | COBERTURA DE ATENCION POSTNATAL | 93% A | 79% B | 121% A | 78% B | 92.8% A |
| | COBERTURA DE INSCRIPCION POSTNATAL | 133% A | 133% A | 129% A | 110% A | 126.2% A |
| | USUARIAS ACTIVAS DE PLANIFICACION FAMILIAR | | | | | 76.1% A |
| <i>Vacunación</i> | COBERTURA DE MEF CON TT3 | | | | | 83.6% A |
| <i>Cancer Cervicouterino</i> | MEF CON CITOLOGIA TOMADA | | | | | 10.3% D |
| ATENCION AL NIÑO | | 1er. Trim. | 2do. Trim. | 3er. Trim. | 4to. Trim. | Año/fecha |
| <i>Recién Nacido</i> | COBERTURA DE ATENCION AL RECIEN NACIDO | 85% A | 78% B | 116% A | 76% B | 88.8% A |
| | COBERTURA DE INSCRIPCION DEL RN | 120% A | 133% A | 126% A | 110% A | 122.1% A |
| | PROMEDIO DE ATENCIONES AL RECIEN NACIDO | 3 | 2 | 4 | 3 | 3 |
| <i>Niño menor de 1 año</i> | COBERTURA DE ATENCION AL MENOR DE 1 AÑO | 87% A | 111% A | 138% A | 115% A | 112.9% A |
| | COBERTURA DE INSCRIPCION DEL MENOR DE 1 AÑO | 101% A | 134% A | 112% A | 88% A | 108.9% A |
| | PROMEDIO DE ATENCIONES AL MENOR DE 1 AÑO | 5 | 5 | 7 | 8 | 6 |
| <i>Niños de 1 a 4 años</i> | COBERTURA DE MENORES DE 1 AÑO CON DPT3 | 107% A | 129% A | 123% A | 148% A | 126.7% A |
| | COBERTURA DE ATENCION A NIÑOS DE 1 A 4 AÑOS | 64% C | 93% A | 95% A | 106% A | 89.5% A |
| | COBERTURA DE INSCRIPCION A NIÑOS DE 1 A 4 AÑOS | 35% D | 107% A | 33% D | 63% C | 59.4% C |
| | PROMEDIO DE ATENCIONES AL NIÑO DE 1 A 4 AÑOS | 7 | 3 | 12 | 7 | 6 |
| | COBERTURA DE NIÑOS DE 1 A 4 AÑOS CON ANTISARAMPIONOSA | | | | | 170.6% A |

CRITERIOS DE EVALUACION

| | |
|----------|----------------------|
| A | ≥80% |
| B | 70 a < 80% |
| C | 50 a < 70% |
| D | < 50% |

Las franjas sombreadas corresponden a los **INDICADORES TRAZADORES**.

NOTA: Para los indicadores Usuarias activas de P. F. y M. E. F. con TT3, los criterios de evaluación son:

| | |
|---|------------|
| A | > 30% |
| B | 20 a < 30% |
| C | 10 a < 20% |
| D | < 10% |

PROGRAMACION MENSUAL

ANEXO 5

PROMOTOR(A) : _____ COMUNIDAD: _____

MES: _____ AÑO: _____

| | | | | | | | | | | |
|--------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| EMBARAZADAS | | | | | | | | | | |
| PUERPERAS | | | | | | | | | | |
| RECIEN NACIDOS | | | | | | | | | | |
| PUER. ESP. | | | | | | | | | | |
| P. F. | | | | | | | | | | |
| M. E. F. | | | | | | | | | | |
| NIÑOS(A) MENOR DE UN AÑO | | | | | | | | | | |
| NIÑO(A) DE 1 A 4 AÑOS | | | | | | | | | | |
| CONTROL DESNUTRICION | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|-------|--|--------|--|-----------|--|--------|--|---------|--|
| LUNES | | MARTES | | MIERCOLES | | JUEVES | | VIERNES | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| LUNES | | MARTES | | MIERCOLES | | JUEVES | | VIERNES | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| LUNES | | MARTES | | MIERCOLES | | JUEVES | | VIERNES | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| LUNES | | MARTES | | MIERCOLES | | JUEVES | | VIERNES | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

SERAPHIM FOUNDATION INC. / PLAN INTERNACIONAL
PROYECTO DE SUPERVIVENCIA INFANTIL, ESTIMULACION TEMPRANA Y SALUD MATERNA
 ABRIL 2000 - MARZO 2001
CUADRO DE EVALUACION TRIMESTRAL Y AÑO A LA FECHA DE LA ATENCION A LA MUJER

ANEXO 6

AÑO: 2000

| TOTAL MUJERES EN EDAD FERTIL | | 1,077 | | | | | | MUJERES EN EDAD FERTIL ELEGIBLES PARA P.F. | | | | | | 584 | | |
|------------------------------|-------------------------------------|------------------|--------|-------|-------------------|--------|-------|--|--------|-------|------------------|--------|-------|----------------|--------|-------|
| PERIODO | | Primer Trimestre | | | Segundo Trimestre | | | Tercer Trimestre | | | Cuarto Trimestre | | | Año a la fecha | | |
| PLANIFICACION FAMILIAR | | Progr | Realiz | Cumpl | Progr | Realiz | Cumpl | Progr | Realiz | Cumpl | Progr | Realiz | Cumpl | Progr | Realiz | Cumpl |
| 16 | Total de inscripciones a P.F. | 206 | 28 | 13.6% | 206 | 53 | 25.8% | 206 | 50 | 24.3% | 206 | 34 | 16.5% | 822 | 165 | 20.1% |
| 17 | Inscripciones para ACO | 78 | 8 | 10.3% | 78 | 6 | 7.7% | 78 | 2 | 2.6% | 78 | 4 | 5.2% | 310 | 20 | 6.5% |
| 18 | Inscripciones para Inyectables | 108 | 18 | 16.7% | 108 | 47 | 43.6% | 108 | 42 | 39.0% | 108 | 27 | 25.1% | 431 | 134 | 31.1% |
| 19 | Inscripciones para Condones | 20 | 2 | 9.9% | 20 | 0 | 0.0% | 20 | 6 | 29.6% | 20 | 3 | 14.8% | 81 | 11 | 13.6% |
| 20 | No. de ciclos de ACO entregados (*) | | 17 | | | 12 | | | 12 | | | 0 | | | 41 | 3.2 |
| 21 | No. de inyecciones aplicadas (*) | | 70 | | | 61 | | | 85 | | | 32 | | | 248 | 41.3 |
| 22 | No. de condones entregados (*) | | 30 | | | 107 | | | 82 | | | 0 | | | 219 | 1.5 |
| 23 | Usuarías activas de P.F. | | 444 | | | 0 | | | 50 | | | 532 | | 584 | 444 | 76.1% |
| VACUNACION | | Progr | Realiz | Cumpl | Progr | Realiz | Cumpl | Progr | Realiz | Cumpl | Progr | Realiz | Cumpl | Progr | Realiz | Cumpl |
| 24 | MEF con al menos TT3 | | 380 | | | 169 | | | 130 | | | 221 | | 1,077 | 900 | 83.6% |
| CANCER CERVICOUTERINO | | Progr | Realiz | Cumpl | Progr | Realiz | Cumpl | Progr | Realiz | Cumpl | Progr | Realiz | Cumpl | Progr | Realiz | Cumpl |
| 25 | MEF con citología tomada | 421 | 37 | 8.8% | 421 | 16 | 3.8% | 421 | 57 | 13.6% | 421 | 64 | 15.2% | 1,682 | 174 | 10.3% |

(*) Provee información para calcular año protección pareja. LA CIFRA NO ES PORCENTUAL.

COMENTARIOS, RECOMENDACIONES:

SERAPHIM FOUNDATION INC. / PLAN INTERNACIONAL
PROYECTO DE SUPERVIVENCIA INFANTIL, ESTIMULACION TEMPRANA Y SALUD MATERNA
ABRIL 2000 - MARZO 2001
CUADRO DE EVALUACION TRIMESTRAL Y AÑO A LA FECHA DE LA ATENCION A LA MUJER

PROMOTOR(A):

DEPTO.: SAN SALVADOR (SUR)

AÑO: 2000

| Embarazadas esperadas | | 130.13 | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------|-----------------------------------|------------------|--------|--------|-------------------|--------|--------|------------------|--------|--------|------------------|--------|--------|----------------|--------|--------|
| PERIODO | | Primer Trimestre | | | Segundo Trimestre | | | Tercer Trimestre | | | Cuarto Trimestre | | | Año a la fecha | | |
| ATENCIONES PRENATALES | | Progr | Realiz | Cumpl | Progr | Realiz | Cumpl | Progr | Realiz | Cumpl | Progr | Realiz | Cumpl | Progr | Realiz | Cumpl |
| 1 | Total de atenciones prenatales | 163 | 143 | 87.9% | 163 | 139 | 85.5% | 163 | 122 | 75.0% | 163 | 133 | 81.8% | 651 | 537 | 82.5% |
| 2 | Inscripciones | 33 | 33 | 101.4% | 33 | 39 | 119.9% | 33 | 20 | 61.5% | 33 | 40 | 123.0% | 130 | 132 | 101.4% |
| 3 | Seguimientos | 130 | 110 | 84.5% | 130 | 100 | 76.8% | 130 | 102 | 78.4% | 130 | 93 | 71.5% | 521 | 405 | 77.8% |
| 4 | Embarazadas con signos de peligro | | 1 | 3.0% | | 4 | 10.3% | | 3 | 15.0% | | 1 | 2.5% | | 9 | 6.8% |
| 5 | Referencias por signos de peligro | | 2 | 200.0% | | 4 | 100.0% | | 3 | 100.0% | | 2 | 200.0% | | 11 | 122.2% |
| 6 | Embarazadas con TT2 o más | 33 | 26 | 78.8% | 39 | 25 | 64.1% | 20 | 21 | 105.0% | 40 | 32 | 80.0% | 132 | 104 | 78.8% |
| ATENCION DE PARTOS | | Progr | Realiz | Cumpl | Progr | Realiz | Cumpl | Progr | Realiz | Cumpl | Progr | Realiz | Cumpl | Progr | Realiz | Cumpl |
| 7 | Total de partos en la Comunidad | 31 | 52 | 168.3% | 31 | 41 | 132.7% | 31 | 41 | 132.7% | 31 | 36 | 116.5% | 124 | 170 | 137.5% |
| 8 | Atendidos por personal capacitado | | 26 | 50.0% | | 30 | 73.2% | | 27 | 65.9% | | 24 | 66.7% | | 107 | 62.9% |
| 9 | Atendido por otros | | 26 | 50.0% | | 11 | 26.8% | | 14 | 34.1% | | 12 | 33.3% | | 63 | 37.1% |
| ATENCIONES A PUERPERAS | | Progr | Realiz | Cumpl | Progr | Realiz | Cumpl | Progr | Realiz | Cumpl | Progr | Realiz | Cumpl | Progr | Realiz | Cumpl |
| 10 | Total de atenciones a puérperas | 124 | 115 | 93.0% | 124 | 98 | 79.3% | 124 | 150 | 121.3% | 124 | 96 | 77.7% | 494 | 459 | 92.8% |
| 11 | Inscripciones | 31 | 41 | 132.7% | 31 | 41 | 132.7% | 31 | 40 | 129.4% | 31 | 34 | 110.0% | 124 | 156 | 126.2% |
| 12 | Seguimientos | 93 | 74 | 79.8% | 93 | 57 | 61.5% | 93 | 110 | 118.6% | 93 | 62 | 66.9% | 371 | 303 | 81.7% |
| 13 | Puérperas con signos de peligro | | 0 | 0.0% | | 1 | 2.4% | | 2 | 5.0% | | 0 | 0.0% | | 3 | 1.9% |
| 14 | Referencias por signos de peligro | | 0 | 0.0% | | 1 | 100.0% | | 2 | 100.0% | | 0 | 0.0% | | 3 | 100.0% |
| 15 | Muertes maternas | | 0 | | | 0 | | | 0 | | | 1 | | | 1 | |

COMENTARIOS, RECOMENDACIONES:

SERAPHIM FOUNDATION INC. / PLAN INTERNACIONAL
PROYECTO DE SUPERVIVENCIA INFANTIL, ESTIMULACION TEMPRANA Y SALUD MATERNA
ABRIL 2000 - MARZO 2001
CUADRO DE EVALUACION TRIMESTRAL Y AÑO A LA FECHA DE LA ATENCION AL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS

PROMOTOR(A):

DEPTO.: **SAN SALVADOR (SUR)**

AÑO: **2000**

| POBLACION DE NIÑOS MENORES DE 1 AÑO | | 146 | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------|---|------------------|---------|--------|-------------------|---------|---------|------------------|---------|---------|------------------|---------|--------|----------------|---------|---------|
| PERIODO | | Primer Trimestre | | | Segundo Trimestre | | | Tercer Trimestre | | | Cuarto Trimestre | | | Año a la fecha | | |
| RECIÉN NACIDOS | | Progr. | Realiz. | Cumpl. | Progr. | Realiz. | Cumpl. | Progr. | Realiz. | Cumpl. | Progr. | Realiz. | Cumpl. | Progr. | Realiz. | Cumpl. |
| 1 | Total de atenciones a recién nacidos | 124 | 105 | 84.9% | 124 | 96 | 77.7% | 124 | 144 | 116.5% | 124 | 94 | 76.0% | 494 | 439 | 88.8% |
| 2 | Inscripciones | 31 | 37 | 119.7% | 31 | 41 | 132.7% | 31 | 39 | 126.2% | 31 | 34 | 110.0% | 124 | 151 | 122.1% |
| 3 | Atenciones de seguimiento | 93 | 68 | 73.3% | 93 | 55 | 59.3% | 93 | 105 | 113.2% | 93 | 60 | 64.7% | 371 | 288 | 77.7% |
| 4 | Niños con signos de peligro de infección | | - | 0.0% | | - | 0.0% | | - | 0.0% | | - | 0.0% | | - | 0.0% |
| 5 | Niños con un peso menor a los 2,500 gramos | | 1 | 2.7% | | 1 | 2.4% | | 2 | 5.1% | | 1 | 2.9% | | 5 | 3.3% |
| 6 | Referencias por signos de peligro | | - | 0.0% | | 1 | #DIV/O! | | 3 | #DIV/O! | | - | 0.0% | | 4 | #DIV/O! |
| NIÑO MENOR DE 1 AÑO | | Progr. | Realiz. | Cumpl. | Progr. | Realiz. | Cumpl. | Progr. | Realiz. | Cumpl. | Progr. | Realiz. | Cumpl. | Progr. | Realiz. | Cumpl. |
| 8 | Total de atenciones a niños menores de 1 año | 219 | 191 | 87.2% | 219 | 243 | 111.0% | 219 | 303 | 138.4% | 219 | 252 | 115.1% | 876 | 989 | 112.9% |
| 9 | Inscripciones | 37 | 37 | 101.4% | 37 | 49 | 134.2% | 37 | 41 | 112.3% | 37 | 32 | 87.7% | 146 | 159 | 108.9% |
| 10 | Atenciones de seguimiento | 183 | 154 | 84.4% | 183 | 194 | 106.3% | 183 | 262 | 143.6% | 183 | 220 | 120.5% | 730 | 830 | 113.7% |
| 11 | Niños con algún grado de desnutrición, 1ra. vez | | 6 | | | 8 | | | 16 | | | 4 | | 146 | 34 | 23.3% |
| 12 | Casos de Desnutrición leve, 1ra. vez | | 7 | | | 12 | | | 8 | | | 30 | | | 57 | 68.7% |
| 13 | Casos de Desnutrición moderada-severa, 1ra. vez | | 1 | | | 6 | | | 6 | | | 13 | | | 26 | 31.3% |
| 14 | Niños recuperados nutricionalmente | | 20 | | | 8 | | | 2 | | | 20 | | | 50 | 147.1% |
| 15 | Niños protegidos con BCG | 37 | 35 | 95.9% | 37 | 27 | 74.0% | 37 | 39 | 106.8% | 37 | 102 | 279.5% | 146 | 203 | 139.0% |
| 16 | Niños protegidos con DPT3 | 37 | 39 | 106.8% | 37 | 47 | 128.8% | 37 | 45 | 123.3% | 37 | 54 | 147.9% | 146 | 185 | 126.7% |
| 17 | Niños protegidos con Antisarampionosa | 37 | 30 | 82.2% | 37 | 40 | 109.6% | 37 | 28 | 76.7% | 37 | 37 | 101.4% | 146 | 135 | 92.5% |
| 18 | Niños con lactancia materna exclusiva hasta 6 meses de edad | | 40 | | | 26 | | | 32 | | | 3 | | | 101 | 63.5% |
| 19 | Muertes de niños menores de 1 año. (*) | | 3 | | | 0 | | | 2 | | | 0 | | | 5 | |

(*) Incluye muertes de recién nacidos

SERAPHIM FOUNDATION INC. / PLAN INTERNACIONAL
PROYECTO DE SUPERVIVENCIA INFANTIL, ESTIMULACION TEMPRANA Y SALUD MATERNA
ABRIL 2000 - MARZO 2001
CUADRO DE EVALUACION TRIMESTRAL Y AÑO A LA FECHA DE LA ATENCION AL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS

PROMOTOR(A):

DEPTO.: **SAN SALVADOR (SUR)**

AÑO: **2000**

| POBLACION DE NIÑOS DE 1 A 4 AÑOS | | 633 | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------------|---|------------------|---------|--------|-------------------|---------|--------|------------------|---------|--------|------------------|---------|--------|----------------|---------|--------|
| PERIODO | | Primer Trimestre | | | Segundo Trimestre | | | Tercer Trimestre | | | Cuarto Trimestre | | | Año a la fecha | | |
| NIÑO DE 1 A 4 AÑOS | | Progr. | Realiz. | Cumpl. | Progr. | Realiz. | Cumpl. | Progr. | Realiz. | Cumpl. | Progr. | Realiz. | Cumpl. | Progr. | Realiz. | Cumpl. |
| 20 | Total de atenciones a niños de 1 a 4 años | 633 | 405 | 64.0% | 633 | 590 | 93.2% | 633 | 603 | 95.3% | 633 | 668 | 105.5% | 2,532 | 2,266 | 89.5% |
| 21 | Inscripciones | 158 | 56 | 35.4% | 158 | 169 | 106.8% | 158 | 52 | 32.9% | 158 | 99 | 62.6% | 633 | 376 | 59.4% |
| 22 | Atenciones de seguimiento | 475 | 349 | 73.5% | 475 | 421 | 88.7% | 475 | 551 | 116.1% | 475 | 569 | 119.9% | 1,899 | 1,890 | 99.5% |
| 23 | Niños con algún grado de desnutrición, 1ra. vez | | 22 | | | 88 | | | 165 | | | 14 | | 633 | 289 | 45.7% |
| 24 | Casos de Desnutrición leve, 1ra. vez | | 19 | | | 88 | | | 84 | | | 79 | | | 270 | 80.8% |
| 25 | Casos de Desnutrición moderada-severa, 1ra. vez | | 4 | | | 31 | | | 18 | | | 11 | | | 64 | 19.2% |
| 26 | Niños recuperados nutricionalmente | | 77 | | | 62 | | | 33 | | | 71 | | | 243 | 84.1% |
| 27 | Niños protegidos con Antisarampionosa | | 42 | | | 157 | | | 71 | | | 810 | | 633 | 1,080 | 170.6% |
| 28 | Muertes de niños de 1 a 4 años. | | 0 | | | 0 | | | 1 | | | 1 | | | 2 | |

COMENTARIOS, RECOMENDACIONES:

SERAPHIM FOUNDATION INC. / PLAN INTERNACIONAL
PROYECTO DE SUPERVIVENCIA INFANTIL, ESTIMULACION TEMPRANA Y SALUD MATERNA
 ABRIL 2000 - MARZO 2001
 CUADRO DE EVALUACION TRIMESTRAL Y AÑO A LA FECHA DE CASOS DE EDA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS

PROMOTOR(A):

DEPTO.: SAN SALVADOR (SUR)

AÑO: 2000

| PERIODO | | Primer Trimestre | | Segundo Trimestre | | Tercer Trimestre | | Cuarto Trimestre | | Año a la fecha | |
|---------|---|---------------------------|--------|-------------------|-------|------------------|---------|------------------|-------|----------------|-------|
| | | No. de casos / Porcentaje | No. | % | No. | % | No. | % | No. | % | No. |
| 1 | Casos de diarrea sin deshidratación | 115 | 92.7% | 88 | 98.9% | 66 | 100.0% | 58 | 80.6% | 327 | 93.2% |
| 2 | Casos de diarrea con deshidratación | 8 | 6.5% | 1 | 1.1% | - | 0.0% | 12 | 16.7% | 21 | 6.0% |
| 3 | Casos de diarrea con deshidratación y shock | 1 | 0.8% | - | 0.0% | - | 0.0% | 2 | 2.8% | 3 | 0.9% |
| 4 | Atenciones de seguimiento | 9 | 100.0% | - | 0.0% | 1 | #DIV/0! | - | 0.0% | 10 | 41.7% |
| 5 | Referencias por EDA | 1 | 0.8% | - | 0.0% | - | 0.0% | - | 0.0% | 1 | 0.3% |
| 6 | Tratados con antibiótico | 9 | 7.3% | 6 | 6.7% | 2 | 3.0% | 1 | 1.4% | 18 | 5.1% |
| 7 | Total de casos de EDA | 124 | | 89 | | 66 | | 72 | | 351 | |

COMENTARIOS, RECOMENDACIONES:

SERAPHIM FOUNDATION INC. / PLAN INTERNACIONAL
PROYECTO DE SUPERVIVENCIA INFANTIL, ESTIMULACION TEMPRANA Y SALUD MATERNA
ABRIL 2000 - MARZO 2001
CUADRO DE EVALUACION TRIMESTRAL Y AÑO A LA FECHA DE CASOS DE IRA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS

PROMOTOR(A):

DEPTO.: SAN SALVADOR (SUR)

AÑO:

2000

| PERIODO | | Primer Trimestre | | Segundo Trimestre | | Tercer Trimestre | | Cuarto Trimestre | | Año a la fecha | |
|---------|-------------------------------|------------------|--------|-------------------|---------|------------------|---------|------------------|-------|----------------|--------|
| | | No. | % | No. | % | No. | % | No. | % | No. | % |
| 1 | Casos de Enfermedad muy grave | 2 | 1.1% | - | 0.0% | - | 0.0% | - | 0.0% | 2 | 0.3% |
| 2 | Casos de Neumonía Grave | 0 | 0.0% | - | 0.0% | - | 0.0% | - | 0.0% | - | 0.0% |
| 3 | Casos de Neumonía | 23 | 13.1% | 11 | 7.5% | 10 | 5.7% | 4 | 3.3% | 48 | 7.8% |
| 4 | Casos de Tos ó resfriado | 148 | 84.1% | 129 | 88.4% | 164 | 94.3% | 117 | 96.7% | 558 | 90.4% |
| 5 | Casos de problema de oídos | 1 | 0.6% | 3 | 2.1% | - | 0.0% | - | 0.0% | 4 | 0.6% |
| 6 | Casos de dolor de garganta | 2 | 1.1% | 3 | 2.1% | - | 0.0% | - | 0.0% | 5 | 0.8% |
| 7 | Atenciones de seguimiento | 23 | 92.0% | 2 | 18.2% | 1 | 10.0% | 3 | 75.0% | 29 | 58.0% |
| 8 | Referencia por IRA | 7 | 350.0% | 3 | #DIV/0! | 5 | #DIV/0! | - | 0.0% | 15 | 750.0% |
| 9 | Tratados con antibiótico | 24 | 13.6% | 7 | 4.8% | 2 | 1.1% | 4 | 3.3% | 37 | 6.0% |
| 10 | Total de casos de IRA | 176 | | 146 | | 174 | | 121 | | 617 | |

COMENTARIOS, RECOMENDACIONES:

SERAPHIM FOUNDATION INC. - PLAN INTERNATIONAL

PROYECTO DE SUPERVIVENCIA INFANTIL, ESTIMULACION TEMPRANA Y SALUD MATERNA

ANEXO 7

LISTA DE NECESIDADES IDENTIFICADAS Y MEDIDAS A ADOPTAR

NOMBRE PROMOTOR(A): _____

COMUNIDAD: _____

FECHA: __/__/__

| NECESIDADES IDENTIFICADAS | MEDIDAS A ADOPTAR | ANTES DEL (FECHA) | RESPONSABLES |
|---------------------------|-------------------|-------------------|--------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

FIRMA: _____
TECNICO RESPONSABLE

ANEXO 8

SERAPHIM FOUNDATION INC. / PLAN INTERNACIONAL PROYECTO DE SUPERVIVENCIA INFANTIL, ESTIMULACION TEMPRANA Y SALUD MATERNA

Informe Trimestral y Acumulado de Actividades del Trabajador(a) en Salud

ABRIL 2000 - MARZO 2001

DEPTO.: SAN SALVADOR (SUR)

PROMOTOR(A):

Niños < 1 año: 146

Niños 1-4 años: 633

Embarazadas: 130.13

M.E.F.: 1,077

POBLACION TOTAL: 3,718

MES: MAR

AÑO: 2000

| ATENCION A LA MUJER | | 1er. Trim. | 2do. Trim. | 3er. Trim. | 4to. Trim. | Año/fecha | |
|-------------------------------|---|--------------------------------------|------------|------------|------------|-----------|-----|
| SALUD REPRODUCTIVA | 1- Total de Atenciones Prenatales (2+3) | 143 | 139 | 122 | 133 | 537 | |
| | <i>Control Prenatal</i> | 2- Inscripciones | 33 | 39 | 20 | 40 | 132 |
| | | 3- Atenciones de seguimiento | 110 | 100 | 102 | 93 | 405 |
| | | 4- Embarazadas con signos de peligro | 1 | 4 | 3 | 1 | 9 |
| | | 5- Referencias por signos de peligro | 2 | 4 | 3 | 2 | 11 |
| | | 6- Embarazadas cubiertas con TT2 | 26 | 25 | 21 | 32 | 104 |
| <i>Parto</i> | 7- Total de partos en la Comunidad (8+9) | 41 | 41 | 36 | 0 | 118 | |
| | 8- Atendidos por personal capacitado | 26 | 30 | 27 | 24 | 107 | |
| | 9- Atendidos por otros | 26 | 11 | 14 | 12 | 63 | |
| <i>Control Post-parto</i> | 10- Total de atenciones a puérperas (11+12) | 98 | 150 | 96 | 0 | 344 | |
| | 11- Inscripciones | 41 | 41 | 40 | 34 | 156 | |
| | 12- Atenciones de seguimiento | 74 | 57 | 110 | 62 | 303 | |
| | 13- Puérperas con signos de peligro | 0 | 1 | 2 | 0 | 3 | |
| <i>Mortalidad materna</i> | 14- Referencias por signos de peligro | 0 | 1 | 2 | 0 | 3 | |
| | 15- Muertes maternas | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | |
| <i>Planificación familiar</i> | 16- Total de inscripciones para métodos de P.F. (17+18+19+20) | 46 | 81 | 70 | 54 | 251 | |
| | 17- Inscripciones para ACO | 8 | 6 | 2 | 4 | 20 | |
| | 18- Inscripciones para Inyectables | 18 | 47 | 42 | 27 | 134 | |
| | 19- Inscripciones para condones | 2 | 0 | 6 | 3 | 11 | |
| | 20- Inscripciones para otros métodos | 18 | 28 | 20 | 20 | 86 | |
| | 21- No. de ciclos de ACO entregados | 17 | 12 | 12 | 0 | 41 | |
| | 22- No. de inyecciones aplicadas | 70 | 61 | 85 | 32 | 248 | |
| | 23- No. de condones entregados | 30 | 107 | 82 | 0 | 219 | |
| <i>Vacunación</i> | 24- No. de usuarias activas en P.F. | 444 | 0 | 50 | 532 | 1026 | |
| | 25- MEF cubiertas con TT3 | 380 | 169 | 130 | 221 | 900 | |
| <i>Cancer Cervicouterino</i> | 26- MEF con citología tomada | 37 | 16 | 57 | 64 | 174 | |
| ATENCION AL NIÑO | | 1er. Trim. | 2do. Trim. | 3er. Trim. | 4to. Trim. | Año/fecha | |
| <i>Niño Recién Nacido</i> | 27- Total de atenciones a recién nacidos (28+29) | 105 | 96 | 144 | 94 | 439 | |
| | 28- Inscripciones | 37 | 41 | 39 | 34 | 151 | |
| | 29- Atenciones de seguimiento | 68 | 55 | 105 | 60 | 288 | |
| | 30- Recién nacidos con signos de infección | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | 31- R.N. con peso menor de 2,500 gramos | 1 | 1 | 2 | 1 | 5 | |
| | 32- Referencias por signos de peligro | 0 | 1 | 3 | 0 | 4 | |
| <i>Niño menor de 1 año</i> | 33- Total de atenciones Crecimiento y Desarrollo (34+35) | 191 | 243 | 303 | 252 | 989 | |
| | 34- Inscripciones | 37 | 49 | 41 | 32 | 159 | |
| | 35- Atenciones de seguimiento | 154 | 194 | 262 | 220 | 830 | |
| | 36- Niños con algún grado de desnutrición (1ra. vez) | 6 | 8 | 16 | 4 | 34 | |
| | 37- Casos de desnutrición leve (1ra. vez) | 7 | 12 | 8 | 30 | 57 | |
| | 38- Casos de desnutrición moderada o severa (1ra. vez) | 1 | 6 | 6 | 13 | 26 | |
| | 39- Niños recuperados nutricionalmente | 20 | 8 | 2 | 20 | 50 | |
| <i>Vacunación</i> | 40- Niños cubiertos con BCG | 35 | 27 | 39 | 102 | 203 | |
| | 41- Niños cubiertos con DPT3 | 39 | 47 | 45 | 54 | 185 | |
| | 42- Niños cubiertos con Hepatitis R | 30 | 40 | 28 | 37 | 135 | |
| <i>Lactancia Materna</i> | 43- Niños con Lact. mat. exclusiva hasta 6 meses de edad | 40 | 26 | 32 | 3 | 101 | |
| <i>Mortalidad < 1 año</i> | 44- Muertes ocurridas en niños menores de 1 año | 3 | 0 | 2 | 0 | 5 | |

SERAPHIM FOUNDATION INC. / PLAN INTERNACIONAL
PROYECTO DE SUPERVIVENCIA INFANTIL, ESTIMULACION TEMPRANA Y SALUD MATERNA
Informe Trimestral y Acumulado de Actividades del Trabajador(a) en Salud

DEPTO.: SAN SALVADOR (SUR)

Niños <1 año: 146 Niños 1-4 años: 633 Embarazadas: 130.13 M.E.F.: 1,077
 POBLACION TOTAL: 3,718 AÑO: 2000

| ATENCION AL NIÑO (Continuación) | | 1er. Trim. | 2do. Trim. | 3er. Trim. | 4to. Trim. | Año/fecha |
|--|---|------------|------------|------------|------------|-----------|
| <i>Niños de 1 a 4 años</i> | 45- Total de atenciones Crecimiento y Desarrollo (46+47) | 405 | 590 | 603 | 668 | 2266 |
| | 47- Atenciones de seguimiento | 349 | 421 | 551 | 569 | 1890 |
| | 48- Niños con algún grado de desnutrición (1ra. vez) | 22 | 88 | 165 | 14 | 289 |
| | 49- Casos de desnutrición leve (1ra. vez) | 19 | 88 | 84 | 79 | 270 |
| | 50- Casos de desnutrición moderada y severa (1ra. vez) | 4 | 31 | 18 | 11 | 64 |
| | 51- Niños recuperados nutricionalmente | 77 | 62 | 33 | 71 | 243 |
| <i>Vacunación</i> | 52- Niños cubiertos con MMR | 42 | 157 | 71 | 810 | 1080 |
| <i>Mortalidad 1 a 4 años</i> | 53- Muertes ocurridas en niños de 1 a 4 años | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 |
| ATENCION POR MORBILIDAD Y OTRAS | | 1er. Trim. | 2do. Trim. | 3er. Trim. | 4to. Trim. | Año/fecha |
| <i>Enfermedad Diarreica Aguda en niños menores de 5 años</i> | 54- Total de casos nuevos atendidos por diarrea (55+56+57) | 124 | 89 | 66 | 72 | 351 |
| | 55- Diarrea sin deshidratación | 115 | 88 | 66 | 58 | 327 |
| | 56- Diarrea con deshidratación | 8 | 1 | 0 | 12 | 21 |
| | 57- Diarrea con deshidratación grave | 1 | 0 | 0 | 2 | 3 |
| | 58- Atenciones de seguimiento | 9 | 0 | 1 | 0 | 10 |
| | 59- Referencias por EDA | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | 60- Casos de EDA tratados con antibiótico | 9 | 6 | 2 | 1 | 18 |
| <i>Infecciones Respiratorias agudas en niños menores de 5 años</i> | 61- Total casos nuevos de IRA atendidos (62+63+64+65+66+67) | 176 | 146 | 174 | 121 | 617 |
| | 62- Casos de Enfermedad Muy Grave | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| | 63- Casos de Neumonía grave | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 64- Casos de Neumonía | 23 | 11 | 10 | 4 | 48 |
| | 65- Casos de Tos o resfriado | 148 | 129 | 164 | 117 | 558 |
| | 66- Casos de Problema de oídos | 1 | 3 | 0 | 0 | 4 |
| | 67- Casos de Dolor de garganta | 2 | 3 | 0 | 0 | 5 |
| | 68- Atenciones de seguimiento | 23 | 2 | 1 | 3 | 29 |
| | 69- Referencias por IRA | 7 | 3 | 5 | 0 | 15 |
| | 70- Casos de IRA tratados con antibióticos | 24 | 7 | 2 | 4 | 37 |
| <i>Otras Atenciones a niños menores de 5 años</i> | 71- Otras atenciones | 17 | 66 | 76 | 65 | 224 |
| | 72- Referencias por otras atenciones | 40 | 3 | 0 | 11 | 54 |
| <i>Atenciones a otros grupos.</i> | 73- Atenciones a personas de 5 a 18 años | 60 | 33 | 65 | 55 | 213 |
| | 74- Atenciones a personas de 18 o más años | 59 | 272 | 163 | 109 | 603 |
| 75- NUMERO DE VISITAS DOMICILIARIAS REALIZADAS | | 1296 | 1345 | 1307 | 1480 | 5428 |

