



ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA  
MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

# PLAN ESTRATEGICO NACIONAL PARA MEJORAR LA SALUD MATERNA PERINATAL Y NEONATAL EN BOLIVIA 2009 - 2015

Movilizados por  
el Derecho a la Salud y a la Vida

Serie: Documentos Tecnico Normativos

La Paz - Bolivia

PUBLICACIÓN  
152





ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA  
MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

# PLAN ESTRATEGICO NACIONAL PARA MEJORAR LA SALUD MATERNA PERINATAL Y NEONATAL EN BOLIVIA

2009 - 2015

Movilizados por  
el Derecho a la Salud y a la Vida

Serie: Documentos Tecnico Normativos



La Paz - Bolivia

BO Bolivia. Ministerio de Salud y Deportes. Unidad de Servicios de Salud y Calidad  
WA310 Plan estratégico nacional para mejorar la salud materna perinatal y neonatal en Bolivia 2009-  
M665p 2015./Ministerio de Salud y Deportes; Andrés Bartos Miklos; Alberto Castro André; Victor  
No. 152 Conde; Dilberth Cordero Valdivia; Gonzalo La Fuente; Gonzalo Mansilla; Martha Mejia Soto;  
2009 Amanda Moreno; Juan Alberto Nogales; Haydee Padilla; Bertha Pooley; Jacqueline Reyes;  
Oscar Velasquez; Oscar Viscarra; Renato Yucra. Coaut.  
La Paz:Abril 2010

48p. : ilus.(Serie: Documentos Técnico-Normativos No 152)

ISBN: 978-99954-742-7-0

Deposito Legal: 4-2-1017-10

- I. PLANES Y PROGRAMAS DE SALUD
- II. BIENESTAR MATERNO
- III. MORTALIDAD PERINATAL (SALUD PUBLICA)
- IV. MORTALIDAD NEONATAL (SALUD PUBLICA)
- V. BOLIVIA
1. t.
2. Bartos Miklos, Andrés; Castro André, Alberto; Conde, Victor; Cordero Valdivia, Dilberth; La Fuente, Gonzalo; Mansilla, Gonzalo; Mejia Soto, Martha; Moreno, Amanda; Nogales, Juan Alberto; Padilla, Haydee; Pooley, Bertha; Reyes, Jacqueline; Velásquez, Oscar; Viscarra, Oscar; Yucra, Renato. Coaut.
3. Serie.

Documento impreso con el financiamiento de la Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS Bolivia.

Esta publicación es propiedad del Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia, se autoriza su reproducción total o parcial a condición de citar la fuente y la propiedad.

Impreso en:  
Sistemas Gráficos "Color"  
Telf.: 2334614 • La Paz - Bolivia

## **AUTORIDADES NACIONALES**

Dra. Nila Heredia Miranda  
**MINISTRA DE SALUD Y DEPORTES**

Dr. Martin Maturano Trigo  
**VICEMINISTRO DE SALUD Y PROMOCION  
MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES**

Dr. Renato Yucra Lizarazu  
**SALUD MATERNA Y PERINATAL  
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD Y CALIDAD**

La elaboración del presente documento contó con la participación de:

Dr. Bartos Milkos Andrés (CNS/Hospital Materno Infantil)  
Dr. Castro André Alberto (UNFPA)  
Dr. Conde Víctor (Consultor)  
Dr. Cordero Valdivia Dilberth (Consultor)  
Dr. De La Fuente Gonzalo (Sociedad Paceaña de Ginecología y Obstetricia)  
Dr. Mansilla Gonzalo (MSD)  
Dra. Mejía Soto Martha (OPS/OMS Bolivia)  
Dra. Moreno Amanda (Sociedad Boliviana de Ginecología y Obstetricia)  
Dr. Nogales Juan Alberto (Ex viceministro de Salud)  
Lic. Padilla Haydee (OPS/OMS Bolivia)  
Lic. Pooley Bertha (Save the Children/SNL)  
Dra. Reyes Maldonado Jacqueline (Ex Jefe USS y C)  
Dr. Velasquez Oscar (MSD)  
Dr. Viscarra Oscar (UNFPA)  
Dr. Yucra Renato (MSD)

El presente documento fue revisado por:

Dra. Aliaga Alicia (MSD)  
Dr. Badner Abraham (Sociedad Paceaña de Pediatría)  
Lic. Campos Guadalupe (Hospital de la Mujer, La Paz)  
Dra. Cornejo Carmen (SEDES La Paz)  
Dra. Cornejo Ortiz Carola (CNS/Hospital Materno Infantil)  
Lic. Escobar Alexia (Family Care International)  
Dr. Gonzales Oscar (PROCOSI)  
Dra. Morales Malena (IPAS)  
Lic. Morales Mery (Colegio Nacional de Trabajadoras Sociales)  
Dra. Quiroga Rosario (UNICEF)  
Dra. Rentería María Cristina (PROCOSI)  
Dra. Sandino Ivette (UNICEF)  
Lic. Segovia Ivelisse (OPS/OMS Bolivia)  
Dra. Soto Jenny (MSD)  
Dra. Tejerina Mary (MSD)  
Dr. Tenorio Carvajal Alberto (Plan Internacional)  
Dr. Villafán Fernando (Sociedad Paceaña de Pediatría)  
Dra. Villarroel Silvia (CARE)  
Dr. Zumarán María de los Remedios (CNS/Hospital Materno Infantil)



## Resolución Ministerial N° 0058

### VISTOS Y CONSIDERANDO:

Que el Art. 35 de la Constitución Política del Estado dispone que el Estado en todos sus niveles, protegerá el derecho a la salud, promoviendo políticas públicas orientadas a mejorar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso gratuito de la población a los servicios de salud.

Que el Art. 37 de nuestra Carta Fundamental, establece que el Estado tiene la obligación indeclinable de garantizar y sostener el derecho a la salud, que se constituye en una función suprema y primera responsabilidad financiera. Se priorizará la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.

Que el Art. 3 del Código de Salud, dispone que corresponde al Poder Ejecutivo a través del Ministerio de Salud y Deportes como Autoridad de Salud, la definición de la política nacional de salud, la formación, planificación, control y coordinación de todas las actividades en todo el territorio nacional, en instituciones públicas y privadas sin excepción alguna.

Que, el Art. 90 literales b, d, y f del Decreto Supremo 29894 dispone entre las atribuciones del Ministro de Salud y Deportes, el regular, planificar, controlar y conducir el Sistema Nacional de Salud, garantizar la salud de la población a través de su promoción, prevención de las enfermedades, curación y rehabilitación, formular, desarrollar, supervisar y evaluar la implementación del modelo de atención en salud.

Que la Dirección General de Servicios de Salud y la Unidad de Redes de Servicios de Salud y Calidad del Ministerio de Salud y Deportes elaboraron el Plan Estratégico Nacional para mejorar la Salud Materna, Perinatal y Neonatal en Bolivia 2009 - 2015 que sistematiza y presenta las líneas estratégicas nacionales para orientar las intervenciones durante el próximo quinquenio.

Que es necesario establecer la vigencia oficial de este documento mediante la normativa correspondiente del sector salud, en este caso a través de Resolución Ministerial.

### POR TANTO

El Señor Ministro de Salud y Deportes, en uso de las facultades que le confiere el Decreto Supremo 29894 que define la Estructura Organizativa del Órgano Ejecutivo del Estado Plurinacional de 7 de febrero de 2009;

### RESUELVE:

**ARTÍCULO PRIMERO.-** Aprobar el "Plan Estratégico Nacional para Mejorar la Salud Materna Perinatal y Neonatal en Bolivia 2009 - 2015", que en anexo forma parte inseparable de la presente Resolución y dispone su publicación conforme a normas editoriales establecidas.

**ARTÍCULO SEGUNDO.-** Instruir la difusión del "Plan Estratégico Nacional para Mejorar la Salud Materna Perinatal y Neonatal en Bolivia 2009 - 2015" a todas las autoridades y personal jerárquico del Sistema Nacional de Salud para su aplicación con carácter obligatorio en todo el territorio nacional.

La Dirección General de Servicios de Salud, queda encargada de la ejecución, cumplimiento, seguimiento y evaluación del Plan.

Regístrese, hágase saber y archívese.

Dr. Erasmo Alcántara Espinoza  
Ministro General de  
Atención Primaria y  
Promoción de Salud y Deportes

Dr. Raúl A. Vidal Aranda  
VICEMINISTRO DE SALUD  
Y PROMOCIÓN  
MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

005894  
1

# Índice

Presentación.....	7
Acrónimos.....	8

## Parte 1

Introducción .....	9
Antecedentes .....	10
La salud perinatal y neonatal en Bolivia .....	12
La salud de la mujer .....	16
El continuo de cuidado .....	18
La evidencia en las intervenciones.....	20
El continuo de cuidado y los paquetes de servicios.....	23
Hacia el desarrollo de un modelo conceptual.....	24

## Parte 2

El plan estratégico para mejorar la Salud Materno - Perinatal y Neonatal en Bolivia 2009 - 2015 .....	28
Objetivo del plan estratégico sectorial.....	28
Metas.....	30
Resultado .....	30
Las líneas estratégicas y líneas de acción.....	31
Mecanismos de coordinación .....	38
Referencias.....	40
Matriz del Plan Estratégico para mejorar la salud materna Perinatal y Neonatal en Bolivia 2009 - 2015.....	42
Organizaciones e Instituciones que aportaron para la elaboración del Plan Estratégico para Mejorar la Salud Materna, Perinatal y Neonatal 2009 – 2015 .....	45



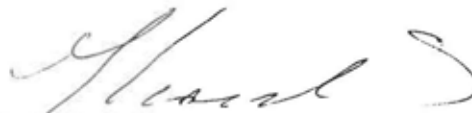
## Presentación

Bolivia tiene una asignatura pendiente en el ámbito de la salud pública: las muertes de miles de madres, de recién nacidos/as y niños/as deben dejar de ser un hecho ligado con lo inexorable. Para ello, el Ministerio de Salud y Deportes, ha definido como uno de los pilares llevar adelante acciones que impidan toda muerte materna, perinatal y neonatal evitable, como un acto de justicia social.

Como ente rector y renovando su compromiso con la atención primaria de salud, con el objetivo de mejorar la salud de los bolivianos y las bolivianas y así eliminar las barreras de exclusión, plantea buscar alternativas que permitan ver la salud de manera integral, considerando el continuo de la atención y la salud familiar comunitaria intercultural como ejes de su accionar.

El Plan Estratégico para Mejorar la Salud Materna, Perinatal y Neonatal en Bolivia sistematiza y presenta las líneas estratégicas nacionales para orientar las intervenciones durante el periodo 2009-2015; se complementa con el Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Prevención del Cáncer Cérvico Uterino y de Mamas, el Plan Nacional de Atención a los y las Adolescentes, así como los documentos normativos de Redes de Servicios, Referencia y Retorno y la Categorización de los Establecimientos de Salud.

El Ministerio de Salud y Deportes, exhorta a las instituciones publicas, privadas y comunitarias del sector y otros sectores, así como a la sociedad civil y agencias de cooperación internacional, a unirse a este esfuerzo como país para llevar adelante el Plan Estratégico de acuerdo a las competencias de cada uno y poder contribuir al logro de los resultados



Dra. Nila Heredia Miranda  
**Ministra de Salud y Deportes**

## Acrónimos

AIEPI	Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia
BASICS	Basic Support for Institutionalizing Child Survival
BPN	Bajo Peso al Nacer
CONE	Cuidados Obstétricos y Neonatales de Emergencia
ENDSA	Encuesta Nacional de Demografía y Salud
EPMM	Encuesta Post-censal de Mortalidad Materna
MSD	Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia
NNUU	Naciones Unidas
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio, NNUU 2000
OPS/OMS	Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud
PTVMN	Prevención de Transmisión Vertical Madre – Niño
SAFCI	Salud Familiar Comunitaria e Intercultural
SIP	Sistema Informático Perinatal
SNL	Saving Newborn Lives
SNIS	Sistema Nacional de Información en Salud
SVEC	Sistema de Vigilancia Epidemiológica Comunitaria
SVEMMN	Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Muerte Materna y neonatal
SUMI	Seguro Universal Materno Infantil
SUSALUD	Seguro Universal de Salud
TMN	Tasa de Mortalidad Neonatal
TT	Toxoide Tetánico
TMP	Tasa de Mortalidad Perinatal
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
WHO	World Health Organization (Organización Mundial de la Salud)

## **Plan Estratégico para Mejorar la Salud Materna, Perinatal y Neonatal 2009-2015**

### **PARTE I.**

#### **EL CONTEXTO**

##### **Introducción**

En nuestro país, la muerte de las madres sigue siendo una epidemia silenciosa que atenta contra el derecho básico a la salud, al igual que la muerte perinatal y neonatal permanece como un hecho tan común que ha dejado de ser trascendente y ha llegado a ser un "evento" aceptado casi con naturalidad en muchas comunidades. Incluso en algunos hogares la familia no le da un nombre al recién nacido/a hasta que haya sobrevivido los primeros meses. Al parecer la sociedad boliviana se ha adaptado a esta situación y no reconoce la importancia de la muerte materna y el valor del recién nacido/a.

Por ello es necesario, como un acto de justicia social y en el marco de la nueva Constitución Política del Estado y el Plan Nacional de Desarrollo, que la sociedad en su conjunto deje de considerar a la muerte materna y la de los recién nacidos/as como un proceso natural. El hecho de ser madre y nacer en Bolivia, no debe constituirse en un factor de riesgo: el embarazo y un nacimiento saludable son condiciones ineludibles para vivir bien.

De esta manera, es imprescindible hacer visible la problemática materna, perinatal y neonatal, en su conjunto. Con este fin, se propone definir e implementar acciones claras, probadas y de impacto, que estén reflejadas en las políticas prioritarias del sector salud y las que deben ser respaldadas por una intensa participación social. En este sentido, el presente documento plantea un plan estratégico a nivel nacional, para su adaptación e implementación a nivel departamental y municipal, que responden a cinco líneas estratégicas, orientadas a disminuir la mortalidad materna, perinatal y neonatal y a mejorar la salud de las mujeres y los y las recién nacidos/as.

En su proceso de elaboración han participado autoridades y técnicos del Ministerio de Salud y Deportes (MSD), especialistas de instituciones que trabajan en salud materna, peri y neonatal como los representantes de la Sociedad Paceña de Pediatría, Sociedad de Ginecología y Obstetricia, profesionales técnicos/os de la Organización Panamericana y Mundial de la Salud (OPS/OMS Bolivia), del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), del Fondo de las Naciones Unidas para la Educación y la Infancia (UNICEF), de organizaciones no gubernamentales (ONG) y de la Mesa de Maternidad y Nacimiento Seguros.

El presente documento ha sido enriquecido con los aportes de las organizaciones sociales como: Confederación Nacional de Mujeres Campesinas, Indígenas y Originarias de Bolivia "Bartolina Sisa", Confederación de Pueblos Indígenas de Bolivia (CIDOB), Consejo Nacio-

nal de Ayllus y Markas del Qollasuyu (CONAMAQ), entre otras. Así como también técnicos de los SEDES. Se ha respetado las solicitudes de organizaciones sociales tal como fueron expresadas en el taller nacional de presentación del Plan, cuya nomina de participantes se encuentra en las páginas finales.

El siguiente paso debe ser el análisis, consenso y la elaboración de los planes de acción departamentales con representantes de organizaciones sociales y autoridades regionales.

Este Plan se enmarca en las metas para el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), particularmente el Objetivo 4, que busca reducir la mortalidad de los/as niños/as menores de 5 años, en dos terceras partes; y el Objetivo 5, cuya finalidad es disminuir la tasa de mortalidad materna en 75%, entre 1990 y 2015. Estos objetivos forman parte de los compromisos asumidos por los países en documentos oficiales de los cuales Bolivia es signataria.

### **Antecedentes**

#### **Iniciativas Regionales: Estrategias y Planes de Acción Regional sobre la salud del recién nacido/a y la madre**

En Latinoamérica y el Caribe y particularmente en la región andina, han existido numerosas iniciativas para la reducción de la muerte materna. Como antecedente mundial en Nairobi (1987) se planteó la Iniciativa para una Maternidad sin Riesgo, a la cual le siguió el lanzamiento del Plan de Acción Regional para la Reducción de la Muerte Materna en las Américas aprobado en la 23ª Conferencia Sanitaria Panamericana. En la región andina, la Conferencia Andina sobre Maternidad sin Riesgos (1993) ratificó este compromiso.

En septiembre de 2002, la 26ª Conferencia Sanitaria Panamericana aprobó por unanimidad, la Estrategia Regional para la Reducción de la Mortalidad y Morbilidad Materna, para luego reforzar el compromiso de las agencias a través del Consenso Estratégico Interagencial para la Atención Calificada del Parto en América Latina y el Caribe. En ambos documentos se identifican la necesidad de llevar adelante acciones estratégicas como el control prenatal, el parto atendido por personal calificado, la planificación familiar y los cuidados obstétricos de emergencia.

En Octubre de 2007, en la Conferencia de Women Deliver, Bolivia reafirma su compromiso con la reducción de la muerte materna a través de la firma del documento de los Ministros/as de Salud, en el que se recomienda retomar la inversión en la salud de las mujeres y de los recién nacidos/as que aseguren el acceso universal a métodos anticonceptivos, la atención calificada del parto, la atención del embarazo adolescente, los cuidados obstétricos y neonatales y la nutrición de las mujeres. Esta vez se hizo hincapié en la necesidad de alianzas con el Congreso nacional y sinergias con programas de educación y de otros sectores relevantes.

Con el fin de brindar apoyo a la salud neonatal, se aprueba el Consenso Estratégico Interagencial "Reducción de la Mortalidad y Morbilidad Neonatal en América Latina y el Ca-

ribe<sup>1</sup> y el Plan de Acción 2008-2015<sup>2</sup>, enmarcándose ambos en el continuo de la atención, materna, recién nacido/a y niñez. Este esfuerzo interagencial orienta la implementación de intervenciones probadas y eficaces, con el fin de establecer un entorno favorable para la elaboración y la promoción de políticas públicas, fortalecer los sistemas de salud, promover las intervenciones comunitarias, desarrollar los sistemas de monitoreo y evaluación que puedan ser aplicadas en todos los niveles, bajo el concepto del continuo de cuidado madre-recién nacido/a - niño/a y con un enfoque intercultural.

### **Ejes Nacionales Sectoriales: Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural – (SAFCI)**

En el contexto de las iniciativas regionales en Bolivia se han llevado adelante una serie de programas de aseguramiento desde 1996 y planes nacionales que han permitido incrementar la demanda y el acceso a los servicios de salud para la madre y el/la recién nacido/a.

La nueva Constitución Política del Estado señala la obligatoriedad del acceso universal a la salud de todas las personas, sin discriminación alguna, en todos los niveles de la nueva estructura del Estado (nacional, departamental y municipal). El nuevo paradigma es la construcción de un sistema de salud universal, equitativo, intercultural, participativo, con calidad y control social.

El Gobierno Nacional, en el Plan Estratégico Sectorial de Salud, ha planteado los siguientes ejes nacionales sectoriales sanitarios:

- Aumentar los años de vida saludable a través de Programas de Promoción de la Salud.
- Eliminar la exclusión social en salud llevando adelante el Seguro Universal de Salud y SAFCI, que fortalece las redes de servicios, articulando a la medicina tradicional.
- Desarrollar la participación y movilización social con la gestión compartida en redes municipales.
- Recuperar la soberanía sanitaria y el rol rector del MSD por medio del Sistema Universal de Salud.

El Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) y la SAFCI que regula las redes de servicios son las estrategias que buscan integrar las prestaciones de salud para lograr un mayor impacto en el bienestar de las comunidades.

La SAFCI es el "eje central del funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, incorporando un nuevo paradigma en la atención de la salud, centrado en la familia y en la comunidad, con enfoque integral e intercultural de promoción, prevención tanto en los servicios como en la comunidad".<sup>3</sup>

En Bolivia, las intervenciones específicas a favor de la salud materna se han desarrollado desde los años noventa, mientras que, en lo que respecta a la salud perinatal y neonatal, su aplicación es más reciente. La aplicación de prácticas basadas en evidencias con el



objetivo de mejorar la atención obstétrica y del recién nacido/a (Resolución Ministerial No. 496/2001), es uno de estos ejemplos. En el área de salud neonatal, la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) neonatal, clínico (Resolución Ministerial No. 626/2002) se define como una estrategia de atención para niños y niñas menores de 7 días (con extensión a 28 días de edad). Del mismo modo, se desarrolló el componente comunitario del AIEPI neonatal comunitario, priorizando una estrategia de comunicación, promoción y prevención en salud materna y neonatal como una línea continua de atención para disminuir la mortalidad materna y neonatal. A pesar de estos esfuerzos, aún queda mucho por hacer, ya que no se ha logrado el impacto deseado.

Los resultados de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDSA 2008), ratifican un estancamiento de la mortalidad neonatal en 27 por mil nacidos vivos. El análisis de estos resultados, evidenció la necesidad de desarrollar intervenciones específicas en el periodo neonatal, con el propósito de orientar de mejor manera, los esfuerzos hacia la disminución de las tasas de mortalidad infantil y del niño/a menor de 5 años.

Asimismo, por el comportamiento de la tendencia de la razón de mortalidad materna desde la ENDSA 1989 hasta la 2003, se evidencia un estancamiento especialmente en los últimos años, lo que dificultará lograr alcanzar la meta de los ODM.

El presente plan busca:

- Hacer hincapié en las oportunidades desaprovechadas, que podrían ser beneficiosas para las madres y los recién nacido/as.
- Fortalecer los nexos entre las Unidades del Ministerio de Salud y Deportes y de otros sectores.
- Mejorar la capacidad de respuesta y la calidad de los servicios de salud fortaleciendo la atención primaria, la caracterización por niveles de atención y el sistema de referencia y retorno en las redes de servicios.
- Proporcionar un cuidado de la salud que sea eficaz, integrado y culturalmente apropiado.
- Fortalecer las competencias del personal de salud, incluidos los agentes comunitarios de salud.
- Promover intervenciones que fortalezcan a las personas, familias y comunidades.
- Formular sistemas de vigilancia, seguimiento y evaluación que permita evaluar el progreso.
- Fortalecer las alianzas y la responsabilidad hacia el logro de resultados.

### ***La salud perinatal y neonatal en Bolivia***

En el contexto de la región de Latinoamérica y El Caribe, Bolivia es uno de los países con las tasas más altas de



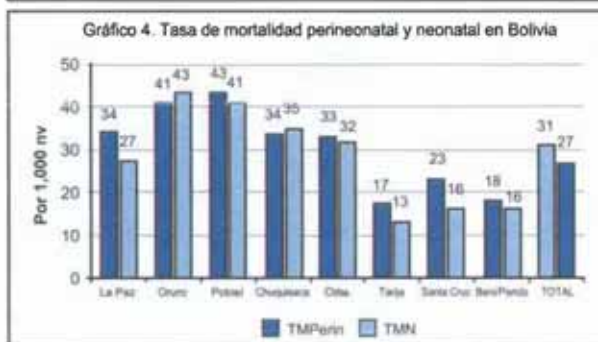
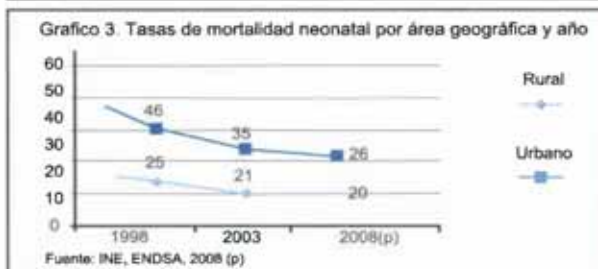
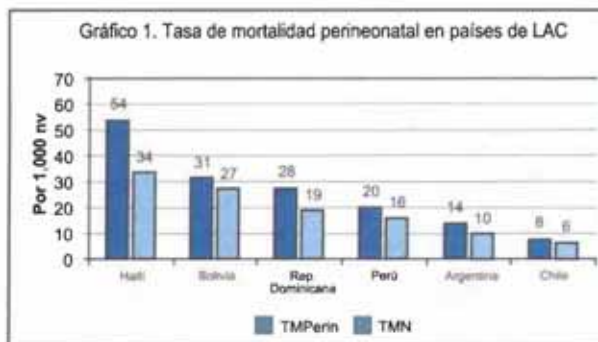
mortalidad perinatal y neonatal, solamente Haití tiene tasas superiores, tal como se aprecia en el Gráfico 1.

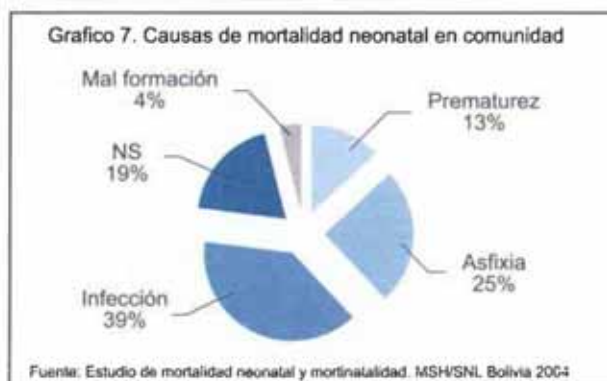
En Bolivia, según información de la ENDSA 2008, la mortalidad neonatal representa un poco más del 50% de la mortalidad infantil (menores de un año) y el 40% de la mortalidad de la niñez (menores de 5 años). La tendencia de la reducción de la mortalidad neonatal entre 2003 y 2008 muestra un estancamiento, ya que no ha habido ninguna modificación en la tasa de mortalidad neonatal en el último quinquenio. La tasa se ha mantenido en 27 por 1.000 nacidos vivos. (Gráfico 2).

Sin embargo, es importante observar que la tasa ha disminuido en el área rural de 35 a 26 por cada mil nacidos vivos entre los años 2003 y 2008 respectivamente y ha presentado una disminución pequeña en el área urbana de 21 en el 2003 a 20 el 2008 (Gráfico 3).

La mortalidad perinatal en la ENDSA 2008, ha disminuido a 29 de 31 por 1.000 n.v. que reportaba el 2003, la misma que se mantiene alta a expensas del embarazo de las adolescentes en Bolivia y a nivel departamental, lo que induce a plantear actividades en las líneas estratégicas del presente plan. (Gráfico 4).

En el Gráfico 5 se analiza la tendencia de la mortalidad neonatal por departamentos de las tres últimas





establecimientos de salud (hospitales) y otro en la comunidad, en ambas investigaciones puede observarse que las infecciones, nacimientos prematuros y asfixia son las causas principales de muerte. Cabe anotar que en la comunidad las infecciones presentan porcentajes mayores.

Al igual que en otros problemas de salud pública, las causas directas de muerte neonatal y perinatal son la consecuencia de otras causas subyacentes, muchas de ellas estructurales, como ser la pobreza, el desempleo, el bajo nivel educativo, entre otras El (Gráfico 8), mues-

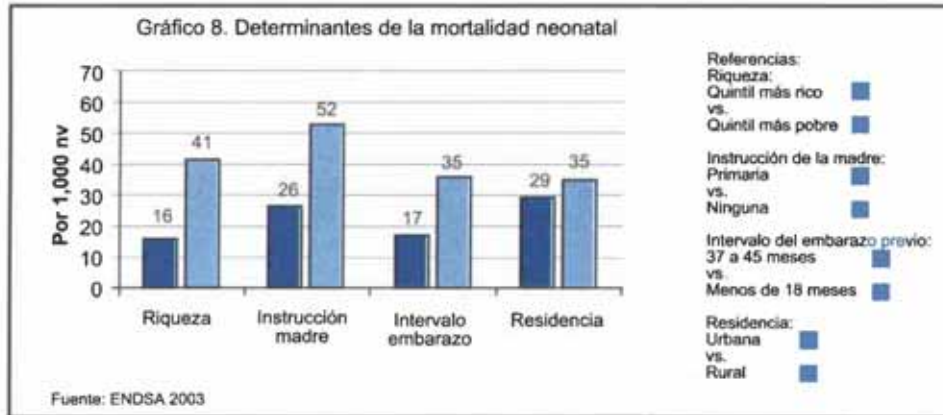
ENDSAs. Se aprecia que existe un aumento en las muertes neonatales de los departamentos de Potosí, Cochabamba, Tarija, Beni y La Paz.

Será importante que las autoridades sanitarias departamentales analicen intersectorialmente esta información para poder explicar estos aumentos y plantear propuestas y diseñar estrategias regionales en sus Planes, que permitan enfrentar los problemas determinantes. Asimismo, aquellos departamentos que presentan una disminución deberán continuar en las actividades para ratificar o continuar con mejores resultados y analizar que intervenciones han sido exitosas para compartirlas como lecciones aprendidas.

En Bolivia, la evidencia sobre las causas directas sólo puede ser conocida mediante información proveniente de algunos estudios. Es necesario remarcar que la información de los establecimientos de salud, no siempre es representativa de lo que ocurre en la comunidad; sobre todo en países donde aún un elevado porcentaje de nacimientos ocurre en los hogares<sup>5</sup>.

Los Gráficos 6 y 7, presentan las causas directas de mortalidad neonatal; esta información ha sido obtenida en dos estudios, uno en es-





tra que las mujeres con los niveles de instrucción más bajos y las que pertenecen a los quintiles más pobres presentan las tasas más altas de mortalidad neonatal, más del doble de aquellas con los niveles más altos de instrucción y pertenecientes a los quintiles más ricos.<sup>6</sup>

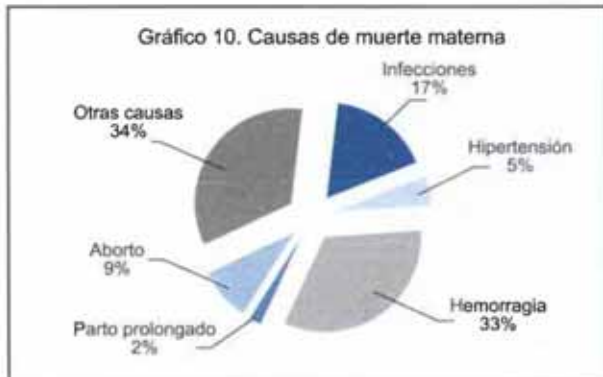
### Salud de la mujer

En Bolivia, el riesgo de morir por una causa vinculada con el embarazo, parto o post-parto es muy alto; de acuerdo la Encuesta Post-censal de Mortalidad Materna (EPMM, 2000), el riesgo alcanza a 11 por cada 1000 mujeres en edad fértil, con extremos bastante marcados entre departamentos, mientras que en Potosí llega a 19 por cada 1000 mujeres, en Tarija es tres veces menos (6/1000). Asimismo, las disparidades entre áreas geográficas es de 1 a 5 (área urbana: 5/1000; área rural de 23/1000). Según esta misma encuesta, la Razón de Mortalidad Materna es de 230 por 100,000 nv.

La razón de mortalidad materna (Gráfico 9) es un indicador que refleja las condiciones de vida y salud de las mujeres, pero los resultados hasta la ENDSA 2003 nos muestran que la tendencia se mantiene en un estancamiento muy alto, lo que se traduce en que cada año todavía mueren aproximadamente 700 mujeres como consecuencias de complicaciones durante el embarazo parto y post parto<sup>7</sup>, a pesar de los importantes esfuerzos desarrollados, lo que significa que estos son todavía insuficientes para mejorar la salud materna y evitar más muertes maternas.

Los resultados de la ENDSA 2008 de las variables concurrentes o que pueden contribuir a la disminución, nos desafía a actuar más





agresivamente interinstitucional e intersectorialmente como lo propone la actual política de la SAFCI, y el presente plan; caso contrario con estas tasas altas son casi nulas las posibilidades de llegar a la meta propuesta en los ODM

En orden de importancia las principales causas biológicas de la muerte materna son: las hemorragias 33%, infecciones 17% y aborto 9%.

Es de destacar el porcentaje de otras causas 34%, que incluyen la violencia intrafamiliar, accidentes, homicidios y suicidios (Gráfico 10).

La salud materna es un asunto de equidad y justicia social, el año 2000, el 70% de las mujeres que fallecieron tenían menos de 6 años de escolaridad o ninguno; las mujeres indígenas fueron las más vulnerables a morir, especialmente si viven en el área rural, donde tenían cuatro veces más probabilidades de morir por complicaciones del embarazo, parto y posparto que las mujeres de las ciudades (64.3% comparado con el 15.3%)<sup>8</sup>. El porcentaje de mujeres embarazadas que presentaron complicaciones fue de 45%, mientras que el estándar internacional no alcanza al 15%<sup>9</sup>.

En el 2000, el 53% de las muertes maternas se produjo en domicilio, aunque no menos relevante fue que el 37% de éstas ocurrieron en los servicios de salud. La mayoría de las muertes maternas pueden ser evitadas: se calcula que 7 de cada 10 muertes de mujeres podrían ser evitadas con la asistencia en un servicio de salud con atención calificada del parto<sup>10</sup>. El alto número de muertes en servicios de salud pueden tener dos explicaciones: una, que la mujer y/o la familia buscan atención tardíamente; y, la segunda, que los servicios no cuenten con la infraestructura e insumos necesarios para atender las emergencias obstétricas y neonatales y/o que el personal no tenga las competencias técnicas para brindar una adecuada atención de calidad.

Otro aspecto crucial es el tiempo para que una mujer con complicaciones sobreviva, y la característica más relevante de estos tiempos es que el promedio estimado desde el inicio hasta ocurrir la muerte para las complicaciones obstétricas mayores, es de 12 horas o más, pero la excepción de esto es la hemorragia post parto, que puede matar a una mujer en menos de una hora, y esta dentro la primera causa de mortalidad materna en nuestro país. Sin embargo la hemorragia, es una de las pocas complicaciones obstétricas mayores para la cual se puede tratar con primeros auxilios en la atención calificada del parto. (Kamara, 1990; OMS 1989)<sup>45</sup>

Los riesgos de muerte se incrementan ante la falta de conocimientos sobre los posibles problemas que pueden presentarse durante el embarazo y parto, es decir, por la mala alimentación de la mujer durante su desarrollo y el ciclo reproductivo, por niveles bajos de

instrucción, por falta de recursos económicos y por tanto, un menor acceso a servicios, que en muchas ocasiones, dependen también de su poder de decisión.

Es importante anotar que según la ENDSA 2008, el embarazo de adolescentes en Bolivia es de 12%.

Según la ENDSA 2008, la cobertura del control prenatal en general

es alta, porque 77% de mujeres asisten a sus controles prenatales, mientras que en el área rural este porcentaje desciende a 58%<sup>11</sup>. Asimismo, según la misma fuente la atención del parto por médico/a se ha incrementado a 66% a nivel nacional, aunque, es preciso destacar que los porcentajes en el área rural son más bajos (42%) (Gráfico 11)



El uso de métodos anticonceptivos modernos en el área rural alcanzaba, en el 2003 a solo 25% comparado con el 40% en el área urbana. El control post parto durante la primera semana llegó apenas a un 12% de las mujeres que dieron a luz. Es importante anotar que con la excepción del departamento del Beni, donde la mayoría de las mujeres mueren durante el embarazo, alrededor de un 80%, en promedio, de muertes maternas, se produjo durante el parto o en la primera semana después del mismo (ENDSA, 2003).

El ex Secretario General de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), Kofi Annan, señaló en el 2006 que "las malas condiciones de salud sexual y reproductiva son tanto consecuencia como una causa de la pobreza y del hambre". Esto repercute negativamente en el bienestar económico, disminuyendo la capacidad del individuo para trabajar, asimismo los costos del tratamiento pueden consumir los escasos ingresos familiares; las mujeres que viven en condiciones de pobreza tienen menos acceso a información y servicios. Estos problemas reducen la productividad laboral de la mujer en un 20% y a escala mundial cuestan 250 millones de años de vida productiva cada año<sup>12</sup>

La información nacional estima para el 2008 que el 38% de las mujeres en edad fértil tuvo anemia, mientras que en el área rural la proporción subió a 42.8%. Si es que se ve en conjunto los factores de riesgo casi un cuarto de la población de mujeres gestantes enfrenta su embarazo en condiciones desfavorables para su salud y la del bebé (ENDSA, 2008).

Como se ha advertido en las muertes maternas, la inequidad se refleja en el acceso a los servicios de salud. La atención del parto por médico/a es mayor en las áreas urbanas del Oriente y en mujeres con mayor nivel de escolaridad. (Gráfico 12)

El MSD realizó en el 2003 una evaluación de la disponibilidad, acceso y usos de los Cuidados Obstétricos de Emergencia (COEm). En el estudio se estableció que solo un 47% de los servicios de diferentes niveles ofertaba algún tipo de estos cuidados de emergencia<sup>13</sup>,





lo que indudablemente repercute porque se trataban de establecimientos de salud que se consideraban cabeceras de red de servicios de ese entonces.

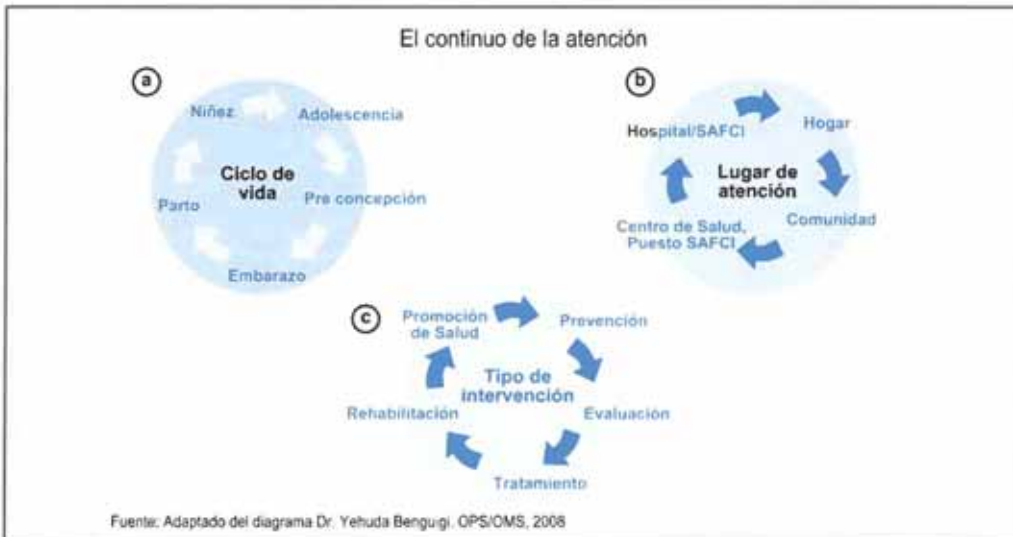
### El continuo de cuidado

A nivel internacional se ha reconocido que llevar a cabo actividades verticales e independientes unas de otras, para atender la salud de

las madres y los recién nacido/as, no han tenido el impacto deseado; por ello, es importante ver a la salud con el enfoque del Continuo de la Atención.

Esta visión integradora evita rupturas entre la salud de madres y niños/as, lugares de atención y tipos de atención, lo que permite organizar mejor las intervenciones. Este enfoque rescata el concepto de ciclo de vida y reconoce que salvar vidas implica ver al sistema de salud integralmente, es decir, los establecimientos trabajando en conjunto con la comunidad.

Según este enfoque el continuo de cuidado materno-neonatal-niñez, promueve el acceso universal, a "paquetes de prestaciones", a lo largo del ciclo de la vida y en los diferentes niveles de atención del Sistema Nacional de Salud, en lo concreto, este enfoque está referido a (Figura 1):



**a) Continuo madre, recién nacido/a- niño/a,** plantea que toda mujer debe tener acceso a servicios calificados de salud sexual y salud reproductiva durante el embarazo, parto y post parto; consecuentemente, todos los y las bebés deben tener acceso a servicios calificados que les permitan nacer, crecer y desarrollarse en las mejores condiciones posibles para vivir bien.

La Figura 1 (a) muestra el continuo de cuidado, con relación al ciclo de la vida, que incluye la atención y cuidado antes del embarazo, durante el embarazo, nacimiento, cuidados tempranos post-natales para la madre y el/la recién nacido/a, salud materna y salud de la niñez.

#### **ATENCIÓN CALIFICADA DEL PARTO**

La atención calificada se refiere al proceso por el cual una mujer embarazada y su bebé reciben los cuidados adecuados durante el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el período de posparto y neonatal, ya sea que el parto tenga lugar en el hogar, el centro de salud o el hospital. Para que esto ocurra, el proveedor debe tener las destrezas necesarias y además contar con el apoyo de un entorno habilitante en varios niveles del sistema de salud

*Documento "Consenso Estratégico Interagencial para América Latina y el Caribe 2002*

**b) Continuo hogar - servicios de extensión – Puesto – Centro de Salud SAFCI – Hospital SAFCI,** se refiere a los lugares donde se prestan las intervenciones que incluyen tanto aquellas en el hogar a través de la familia y la comunidad, como aquellas que ofrecen los servicios ambulatorios, de extensión comunitaria y Puesto/Centro SAFCI de primer nivel y Hospitales SAFCI de II y III Nivel.

Tomando en cuenta que muchos nacimientos ocurren en el hogar, para que el continuo sea efectivo, se debe asegurar que el cuidado y la atención sean oportunos y apropiados y que estén disponibles donde sea necesario.

Esto significa que debe existir una adecuada vinculación entre los distintos niveles, incluyendo a la familia y a la comunidad. La Figura 1 b muestra al continuo de cuidado, desde la dimensión del lugar donde las diferentes prestaciones pueden ser brindadas.

**c) Continuo de la promoción de la salud - prevención de la enfermedad al tratamiento y rehabilitación,** referida a la importancia de la salud preventiva, lo cual hace que las intervenciones se inicien desde la promoción de prácticas saludables para el cuidado en el hogar (Figura 1 c).



Plantea un equilibrio entre las actividades de promoción de la salud y las de tratamiento. La promoción de comportamientos saludables permite empoderar a los individuos y familias para que cuiden de su salud y demanden servicios de calidad, de acuerdo a sus contextos municipales y culturales.

### La evidencia de las intervenciones

En el año 2005, la revista Lancet, publicó la 'Serie Neonatal', que consiste en una serie de intervenciones efectivas para la reducción de la mortalidad neonatal. Asimismo, se conoce por investigaciones y estudios en países que han logrado bajar la mortalidad materna, que la atención calificada del parto, la disponibilidad de cuidados obstétricos y neonatales para atender las emergencias, la que a su vez incluyen redes de transporte y comunicación, así como la disponibilidad de métodos anticonceptivos modernos para evitar embarazos no planificados y espaciar los nacimientos, han sido medidas efectivas y accesibles.

Desde 1997, la OMS en asociación con Cochrane Collaboration, desarrollan una nueva iniciativa para la creación de la "BIBLIOTECA DE SALUD REPRODUCTIVA DE LA OMS" (BSR/OMS), acerca de la efectividad de las intervenciones en salud.

En la Tabla 1, se presenta un resumen de intervenciones neonatales y maternas en diferentes períodos que han probado su eficacia basados en la publicación en The Lancet de la Serie Neonatal, The Lancet de la Serie de Salud Materna, estudios de la Biblioteca Cochrane y otros<sup>14</sup>

**TABLA N° 1 Intervenciones maternas y neonatales efectivas**

Intervención	Grado de evidencia <sup>15</sup>	Porcentaje de reducción de todas las causas de mortalidad o morbilidad/principal factor de riesgo, si se especifica (rango del efecto)
<b>Antes de la concepción</b>		
Suplementación con ácido fólico <sup>16</sup>	IV	72% (42 a 87%) Incidencia de defectos del tubo neural
Anticoncepción promoviendo un espacio intergenésico de 3 a 5 años (prevención de riesgos y daños en el siguiente embarazo) <sup>17</sup>	IV	27% (17 a 78), riesgo de hemorragias de la 2ª mitad del embarazo 28% (7 a 47), riesgo de rotura prematura de membranas 67% (55 a 78), riesgo de endometritis puerperal 70% (57 a 82), riesgo de anemia.
<b>Prenatal</b>		
Administración de sulfato ferroso durante el embarazo <sup>18</sup>	V	74% (57 a 84), riesgo de anemia al término del embarazo 56% (30 a 73), deficiencia de hierro al término.
Cuatro controles prenatales en el marco del nuevo modelo <sup>19</sup>	V	2-3 mayor riesgo relativo de muerte fetal para las que tuvieron menos de 4 controles.
Vacuna con TT	V	88 a 100% (33 a 58 %); Incidencia de tétanos neonatal:
Tamizaje y tratamiento de sífilis materna y neonatal <sup>20</sup>	IV	Dependiente de la prevalencia
Prevención de la eclampsia y pre-eclampsia (suplementación con calcio) <sup>21</sup>	IV	Incidencia de prematuridad: 34% (-1 a 57%) Incidencia de bajo peso: 31% (-1 a 53%) Riesgo de hipertensión 30% (14 a 43). Riesgo de preeclampsia 52% (31 a 67)



Intervención	Grado de evidencia <sup>11</sup>	Porcentaje de reducción de todas las causas de mortalidad o morbilidad/principal factor de riesgo, si se especifica (rango del efecto)
Sulfato de magnesio en la prevención de la eclampsia y tratamiento de la misma (en comparación con el uso de diazepam) <sup>22</sup>	IV	41% (6 a 63), riesgo de muerte materna 56% (43 a 66), riesgo de recurrencia de convulsiones
Tratamiento presuntivo intermitente de malaria	IV	32% (-1 a 54%) Tasa Perinatal: 27% (1-47% primer/segundo nacimiento)
Detección y tratamiento con antibióticos de bacteriuria sintomática <sup>23</sup>	IV	40% (20-55%) incidencia en prematuridad/bajo peso al nacer 77% (52 a 86), incidencia de pielonefritis en la madre 44% (11 a 51), riesgo de bajo peso al nacer.
Utilización de AMEU para el tratamiento del aborto incompleto <sup>24,25</sup>	V	72% (27 a 90) hemorragia genital > 100 ml. 45% (10 a 67) Hemoglobina post operatoria < 10 g/dl. 26% (10 a 39), dolor severo durante el procedimiento. 98% Evacuación completa.
Utilización del misoprostol para el tratamiento del aborto y aborto incompleto <sup>26</sup>	IV	92% Evacuación completa.
<b>En el parto</b>		
Inducción del parto luego de las 41 semanas cumplidas de gestación <sup>27</sup>	IV	70% (1 a 91), riesgo de mortalidad materna perinatal
Antibióticos para la rotura prematura de membranas <sup>28</sup>	IV	32% (13 a 47), Incidencia de infección perinatal.
Corticoides para parto prematuro	IV	40% (25 a 52%)
Cesárea electiva ante presentación pélvica al término del embarazo <sup>29</sup>	IV	71% (14 a 90%) muerte perinatal/neonatal
Vigilancia del trabajo de parto (incluyendo partograma) para el diagnóstico temprano de complicaciones	IV	40% muerte neonatal temprana.
Prácticas de parto limpio	IV	58-78% 55 a 99%, incidencia de tétanos neonatal
Manejo activo del alumbramiento para prevenir la hemorragia postparto <sup>30</sup>	IV	62% (64 a 68), hemorragia genital > 500 ml 67% (49 a 79), hemorragia genital > 1000 ml 66% (47 a 78), necesidad de transfusión sanguínea 60% (45 a 71), riesgo de anemia < 9 g/dl a las 24 horas postparto
Administración de antibióticos profilácticos en la operación cesárea <sup>31</sup>	V	61% (57 a 69) endometritis post cesárea. 59% (57 a 71%), infecciones de la herida operatoria.
Pinzamiento tardío del cordón umbilical en recién nacidos de término <sup>32</sup> (el tiempo considerado es de 2 minutos o hasta que el cordón umbilical deje de latir)	IV	53% menor riesgo de anemia
<b>Post natal – Post parto</b>		
Utilización del Misoprostol para el tratamiento de la hemorragia post parto <sup>33</sup> , aborto incompleto y aborto seguro (800 ugr de misoprostol por vía rectal comparado con Sintometrina VIM + oxitocina VEV y Misoprostol oral (600 ug) comparado con uterotónicos inyectables <sup>34</sup>	III	82% (33 a 96), hemorragia persistente a los 20 minutos <i>Aunque puede aumentar el riesgo de hemorragia en 36%; es menos efectivo que los uterotónicos inyectables para reducir la hemorragia post parto y aumenta el uso de uterotónicos adicionales. Por tanto se recomienda el misoprostol solo en establecimientos de salud donde no esta disponible la oxitocina.</i>

Intervención	Grado de evidencia <sup>31</sup>	Porcentaje de reducción de todas las causas de mortalidad o morbilidad/principal factor de riesgo, si se especifica (rango del efecto)
Reanimación neonatal <sup>32</sup>	IV	6 a 42%
Lactancia materna	V	55 a 87%
Prevención y manejo de la hipotermia	IV	18 a 42%
Madre canguro (recién nacido/as de bajo peso en establecimientos de salud)	IV	51 % (7 a 75), Incidencia de infecciones
Manejo comunitario de la neumonía	V	27% (18 a 35%)

Los grados de evidencia IV y V, son los de mayor nivel. La evidencia grado IV proviene de estudios de eficacia que han demostrado que las intervenciones son efectivas para reducir la mortalidad neonatal y perinatal, pero que no brindan datos de efectividad a gran escala. La evidencia grado V, proviene de estudios de eficacia y efectividad, que han demostrado que la eficacia de las intervenciones es incontrovertible y que su implementación a gran escala es factible.

Según el documento de The Lancet, el impacto de las intervenciones tiene una condición fundamental: la cobertura universal (un mínimo de 90% de cobertura de servicios de salud) para reducir la mortalidad neonatal en un 72%<sup>36</sup>. En el caso de la salud de la mujer se puede asumir una situación similar.

Si bien estas intervenciones han comprobado ser eficaces en la reducción de la muerte materna y neonatal desde el punto de vista médico occidental y asistencial, no se puede dejar de lado aquellas barreras que el sistema de salud ha impuesto a las mujeres para acceder a los servicios de salud referidas a aspectos culturales.

En este sentido, existen prácticas como el uso del Plan de Parto y Nacimiento Seguros, ingesta de líquidos durante el trabajo de parto, comida después del parto, devolución de la placenta, la posición no supina, entre otras prácticas que han mostrado también su eficacia al permitir un mayor acceso de las mujeres a tener el parto en los establecimientos de salud que toman en cuenta las costumbres de las diversas etnias y culturas bolivianas.

Es importante anotar que en Bolivia las intervenciones de probado impacto no llegan a la cobertura requerida, ni siquiera aquellas como control prenatal e inmunizaciones, cuyos porcentajes son altos pero insuficientes. El Gráfico 13 muestra la situación de la cobertura de intervenciones en los últimos cinco años.





### **El continuo del cuidado y los paquetes de servicios**

El continuo de cuidado propone una serie de "paquetes de intervenciones" integrados en el continuo de la atención, los cuales podrían ser brindados a lo largo del ciclo de la vida y en diferentes niveles de atención. Estos paquetes son genéricos y aún no han sido adecuados para el país. En la Tabla 2, se presenta un resumen de estos paquetes.

La evidencia nos sugiere que, con altas coberturas y manteniendo la calidad de las prestaciones, se podría reducir hasta un 72% de las muertes maternas, recién nacidos/as y niños/as. La comunidad científica ha reconocido alrededor de 199 intervenciones costo/efectivas, que pueden tener un impacto en la salud materna y neonatal. De lo que se trata actualmente es priorizarlas de acuerdo a la factibilidad y efectividad, organizándolas en paquetes de intervención.

En la siguiente tabla se muestra una propuesta de paquetes de intervenciones (43 prestaciones) en el marco del continuo de la atención.

**Tabla 2. Continuo de atención<sup>36</sup>**

	1. SALUD REPRODUCTIVA		2. EMBARAZO Y PARTO	3. CUIDADO DEL NACIDO/A
ATENCIÓN EN HOSPITAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manejo de ITS</li> <li>- Aborto Seguro (según legislación en casos permitidos por Ley)</li> <li>- Atención Post-Aborto</li> <li>- Anticoncepción</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atención calificada del parto y nacimiento (higiene, temperatura, lactancia y reanimación)</li> <li>- Prevención de transmisión vertical madre-niño/a de VIH</li> <li>- Atención de Emergencias Obstétricas y Neonatales (CONE)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atención de Emergencias Obstétricas y Neonatales (CONE)</li> <li>- Manejo de caso para enfermedades neonatales y de la niñez</li> <li>- Cuidados especiales para RN bajo peso y pre-término</li> <li>- Cuidado de niños/as con VIH</li> </ul>
	4. SALUD REPRODUCTIVA	5. CUIDADOS PRE-NATALES	6. CUIDADOS POST NATALES	7. CUIDADOS DEL NIÑO/A
EXTENSIÓN DE COBERTURAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manejo de ITS</li> <li>- Aborto Seguro (según legislación en casos permitidos por Ley).</li> <li>- Anticoncepción</li> <li>- Ácido fólico y hierro</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuatro visitas con paquetes integrados para prevención de malaria, redes con insecticidas, PTVMN durante el embarazo</li> <li>- Vacuna TT</li> <li>- Reducción de cargas de trabajo durante el embarazo</li> <li>- Reconocimiento y referencia de señales de peligro</li> <li>- Preparación para el parto</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promoción de prácticas saludables para madres y RN</li> <li>- Identificación de complicaciones y búsqueda oportuna de ayuda</li> <li>- Visitas domiciliarias extras para bebés pre- término y de bajo peso</li> <li>- PTVMN después del parto</li> <li>- Alimentación apropiada</li> <li>- Anticoncepción</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vacunas</li> <li>- Redes tratadas con insecticidas</li> <li>- Nutrición incluyendo Vitamina A</li> <li>- Tratamiento de niños</li> <li>- AIEPI(Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia).</li> </ul>

8. CUIDADOS ESENCIALES EN LA FAMILIA Y EL HOGAR			
ATENCIÓN EN LA FAMILIA Y COMUNIDAD	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nutrición, incluyendo sal yodada</li> <li>- Educación y prevención de ITS/VIH para adolescentes</li> <li>- Prevención de la violencia y violencia sexual.</li> <li>- Anticoncepción</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prácticas comunitarias saludables</li> <li>- Transporte de emergencia</li> <li>- Esquemas solidarios de financiamiento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Donde no haya acceso a la atención calificada, promoción de parto limpio.</li> <li>- Cuidados esenciales para el RN incluyendo secado y abrigo, lactancia inmediata</li> </ul>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prácticas saludables incluyendo cuidado del cordón, lactancia exclusiva</li> <li>- Cuidados especiales para RN pre término y de bajo peso</li> <li>- Higiene, agua y servicios</li> <li>- Reconocimiento de señales de peligro y búsqueda de ayuda oportuna</li> <li>- Manejo de sepsis neonatal con antibióticos</li> <li>- Manejo de casos de diarrea, neumonías, desnutrición severa.</li> </ul>



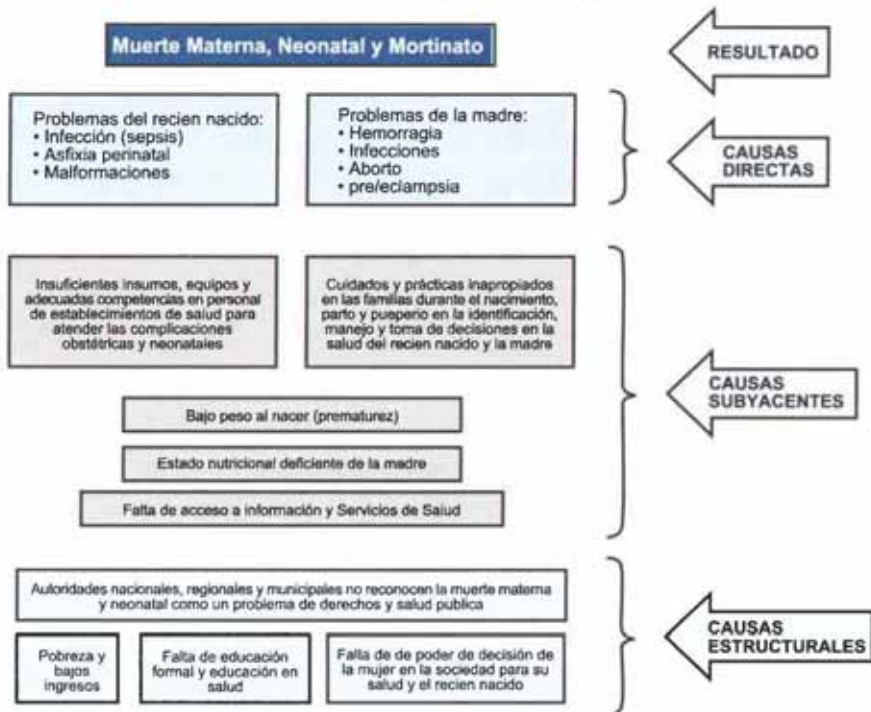
### ***Hacia el desarrollo de un modelo conceptual***

Si bien existen varios modelos conceptuales, sobre todo referidos a la mortalidad neonatal y materna; los mismos son demasiado generales y no plantean con claridad el principal objetivo de un modelo conceptual causal, que es el que, en base a una representación de la realidad, oriente el desarrollo de intervenciones, comprendiendo la vinculación y la causa-efecto de los elementos incluidos en el modelo. La Figura 2 presenta un modelo conceptual que muestra las causas directas, subyacentes y estructurales, tanto de la muerte materna como neonatal y perinatal, sobre el cual se fundamenta este plan.

### **Causas estructurales**

Estas causas guardan relación con el nivel de desarrollo del país y son el reflejo de la injusticia e inequidad social. La pobreza, los bajos ingresos, los niveles bajos de instrucción, la violencia, la falta de empoderamiento de la mujer para la toma de decisiones sobre su salud y la del recién nacido/a propician la falta de acceso a la información y a los servicios de salud. Asimismo, las acciones dirigidas a reducir la muerte materna y neonatal priorizadas por las autoridades nacionales, regionales y municipales han sido insuficientes.

**Figura 2. Modelo Conceptual. Determinantes de la muerte materna, neonatal y perinatal**



### Causas subyacentes

Las causas subyacentes brindan un importante escenario para el desarrollo de intervenciones, las cuales consideran el actual enfoque del "continuo de cuidado", que se inicia desde antes de la concepción y se extiende durante el embarazo, parto y postparto.

En este marco del continuo, la salud de la mujer y del recién nacido/a es producto de una serie de circunstancias biológicas y sociales que desencadenan la probabilidad de presentar complicaciones en el embarazo, parto y puerperio a consecuencia de su salud en la adolescencia y antes de ser madre. Por lo tanto, las intervenciones orientadas a modificar las causas subyacentes, a nivel programático, requieren un enfoque integral y una estrecha coordinación entre programas o estrategias para adolescentes-madres/embarazo-recién nacido/a y niño/a, en el marco de la SAFCI.

Las anemias en mujeres en edad fértil y durante el embarazo, algunas veces agravadas con infecciones, predisponen a la ocurrencia de complicaciones, en especial la presencia de recién nacido/a con bajo peso al nacer. Mucho se ha debatido sobre si el bajo peso al nacer

(BPN) es una causa directa de muerte neonatal; si bien está asociado a muchas muertes neonatales, se acepta que no es una causa directa. En Bolivia, aproximadamente el 9% de los recién nacido/as nacen con un peso menor de 2,500 g <sup>38</sup>.

En países en vías de desarrollo, el BPN es atribuido principalmente al retraso de crecimiento intrauterino, mientras que en países desarrollados a los nacimientos prematuros. En la práctica, las encuestas de población enfrentan una seria limitación para realizar esta diferenciación.

No hay duda que la salud y nutrición materna antes de la concepción y durante el embarazo, son determinantes del peso al nacer, de la salud neonatal y de la frecuencia y severidad de las complicaciones.

Se suma a estas causas subyacentes los inadecuados cuidados maternos y neonatales que muchas veces contribuyen a los problemas de salud de las madres y de los recién nacidos/as.

El personal de los establecimientos de salud encara dificultades referidas a su capacidad resolutive como la escasez de insumos, equipos y competencias técnicas para atender oportunamente las complicaciones obstétricas y neonatales. En la evaluación rápida de hospitales realizada por el MSD en el año 2005, se evidenció que, en promedio los hospitales de segundo nivel de Bolivia no tenían la capacidad instalada para ofrecer servicios de calidad en las redes, a pesar del SUMI, la dotación de insumos y equipamiento de las alcaldías a través de la Ley de Participación Popular y el Proyecto de Reforma de Salud.<sup>39</sup>

En el caso de la comunidad, siendo Bolivia un país multiétnico y multicultural, existen diversas explicaciones, desde la inaccesibilidad geográfica, la falta de adecuación cultural de los servicios, la falta de complementariedad entre las diversas medicinas que ocasiona la exclusión de grupos poblacionales importantes. Asimismo, como en todas las culturas, existen algunas prácticas que pueden constituirse en desfavorables para la salud de las madres y los recién nacidos/as. Por eso es importante, establecer un dialogo de saberes entre el personal de los servicios de salud y el de la medicina tradicional, con el objetivo de lograr consensos de prácticas que permitan la identificación oportuna de problemas , y la búsqueda inmediata y conjunta de soluciones que contribuyan a disminuir y evitar la morbi-mortalidad materna y neonatal.

### **Causas Directas**

Este acápite se refiere a las causas biológicas de morbilidad y mortalidad materna, perinatal y neonatal. Las complicaciones durante el nacimiento, como ser el parto obstruido y las presentaciones fetales anómalas, son causas comunes de mortalidad perinatal, en ausencia de cuidados obstétricos de emergencia o neonatales esenciales. Con frecuencia, la asfixia al nacer y el trauma obstétrico ocurren juntos y es difícil conocer sus incidencias por separado. En los casos más severos, el bebé muere durante el nacimiento o poco después, debido al daño cerebral y de otros órganos. La asfixia severa y el trauma también pueden provocar discapacidad.



Cuando una mujer muere en el momento del parto, disminuyen las posibilidades de supervivencia del niño. Los recién nacidos sin madre, tienen entre 3 y 10 veces mayores probabilidades de morir que los demás. Prevenir los embarazos no planificados mediante el acceso a la anticoncepción podría evitar entre 20 y 35 % de las defunciones maternas.<sup>40</sup>

Se ha estimado que en los países en desarrollo, la asfixia causa 7 muertes por 1,000 nacimientos, mientras que en países desarrollados, esta proporción es menos de 1 por 1,000 nacimientos.

El trabajo de parto prolongado o la ruptura prolongada de membranas, provocan infección en las mujeres y los bebés; sin embargo, los bebés son más susceptibles y las infecciones son más difícilmente detectadas. Se estima que el 25% de los recién nacidos/as mueren como resultado de las infecciones que ocurren alrededor del parto<sup>41</sup>.

La contribución relativa de cada uno de estos factores, varía de acuerdo al estado de salud de la madre y a la prevalencia de enfermedades endémicas como la sífilis o la malaria, pero sobre todo de la disponibilidad de cuidado adecuado durante el embarazo, nacimiento y período neonatal. Generalmente, la mortalidad neonatal temprana es el producto de complicaciones durante el embarazo y parto, nacimiento prematuro y malformaciones severas. De manera frecuente, la mortalidad neonatal tardía se debe a infecciones adquiridas en el hospital o en el hogar.

La muerte durante el trabajo de parto y parto es la más frecuente; en un estudio realizado en comunidades de Bolivia aplicando un cuestionario estandarizado de autopsia verbal, se identificó que casi el 70% de los mortinatos no presentaban signos de maceración, lo cual indica que las muertes ocurrieron durante un período menor de 12 horas antes del nacimiento. En lugares donde la mujer recibe buen cuidado durante el nacimiento, las muertes de neonatos representan menos del 10%.

Lamentablemente, la información sobre mortalidad perinatal y neonatal no se encuentra disponible, ni siquiera la ocurrida en los establecimientos de salud, debido a que la Historia Clínica Perinatal Base, no se llena correctamente o se realiza parcialmente.

Como se mencionó anteriormente, las causas principales de muerte materna se atribuyen a hemorragias, infecciones, hipertensión, complicaciones del aborto y otras no específicas que incluye violencia hacia la mujer.

Es importante también reconocer que, además de la muerte, las secuelas que dejan los problemas de salud de la madre y del recién nacido/a, pueden generar discapacidad en etapas posteriores de la vida que afectan la calidad de vida.

## PARTE II.

### EL PLAN ESTRATÉGICO PARA MEJORAR LA SALUD MATERNO- PERINATAL Y NEONATAL EN BOLIVIA 2009 – 2015

#### Objetivos del Plan Estratégico Sectorial:

##### Principios

El Plan asume los principios básicos de derecho a la vida, a la participación comunitaria, a la interculturalidad, intersectorialidad, a la integralidad, a la equidad de género y generacional, solidaridad, justicia social y reciprocidad, en el marco del respeto a la diversidad cultural que tiene Bolivia.

##### Derecho a la vida

El derecho a la vida, es un principio universal, sustentado por la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948), que establece, en su Artículo 1 que "todos los seres humanos nacen libres e iguales en su dignidad..." en el Artículo 3 señala que "todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona". En este marco, el Plan Estratégico para Mejorar la Salud Materna, Perinatal y Neonatal, apoya enfáticamente el derecho a la vida y la integridad física de las mujeres, de los/las recién nacidos/as y del niño/a para disfrutar una vida sin violencia de ningún tipo, incluyendo el derecho a la identidad<sup>43</sup>.

##### Interculturalidad

La Declaración Universal de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas, (septiembre, 2007) reconoce el derecho al mejoramiento de sus condiciones de salud y participar en la elaboración de ejes sectoriales nacionales de salud para velar que sus propias medicinas tradicionales y prácticas de salud sean respetadas. La nueva Constitución Política del Estado también reconoce el respeto a sus saberes y conocimientos tradicionales

En este marco, se entiende por interculturalidad a la interacción respetuosa entre personas de diferentes culturas y diferentes maneras de pensar, sentir y actuar que fomente "el dialogo, la aceptación, el reconocimiento, la valoración e interacción de los diferentes conocimientos, sentires y prácticas de los actores de la salud promoviendo procesos de articulación y complementariedad para mejorar la calidad de atención en salud"<sup>44</sup>

Lo importante de esta conceptualización radica no solo en la valorización tanto de las prácticas tradicionales -que tienen un fuerte arraigo cultural- como de las prácticas que cuentan con evidencia científica, sino, más bien, en la articulación y complementariedad, de los diversos modelos existentes (tradicional y biomédico), considerando las limitaciones y fortalezas de ambos.

En salud pública, el principio de interculturalidad debe permitir el desarrollo de estrategias que mejoren el vínculo entre los establecimientos de salud con la comunidad.

### **Participación comunitaria**

La participación de la comunidad constituye un fin y un medio. Un fin porque el fortalecimiento de la comunidad organizada, con pleno ejercicio de su ciudadanía, debe ser una constante; es también un medio pues contribuye a la mejora de las prácticas familiares y comunitarias en el cuidado y protección del niño/a y de la madre.

Es un proceso organizado de toma de decisiones entre la comunidad, sus representantes y el sector salud, en el que cada uno participa con los mismos derechos en la planificación, ejecución, seguimiento y control social de las acciones de salud; conceptos incorporados en la SAFCI, mediante la gestión compartida en salud.

La construcción colectiva de conocimientos y la generación de normas sociales saludables, descansa en la educación entre adultos o educación problematizadora o la pedagogía por la autonomía, que es un pilar de la comunicación para el cambio social. La educación debería provocar una actitud crítica y de reflexión que impulse a la acción solidaria y colectiva.

### **Integralidad**

Orientada a que el enfoque de salud contemple desde la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y no solamente la reparación del daño. Desde esta perspectiva es importante el abordaje de individuos, familia y comunidad y su relación con el entorno.

### **Intersectorialidad**

Este principio, reconoce que la salud es el resultado del trabajo coordinado entre los diferentes sectores e instancias sociales y económicas que permitan abordar las determinantes de la salud. De esta manera, cobra importancia el establecimiento de alianzas estratégicas y programáticas entre salud y educación, saneamiento básico, producción, vivienda, justicia, organización social, y entre sectores.

### **Derecho a la Equidad de Género**

El Estado Boliviano asume la responsabilidad de revertir la situación de exclusión social y discriminación que enfrentan las mujeres actualmente por su condición de género, la cual afecta su salud, la de su familia y el acceso a los servicios. El Plan Estratégico velará que la mujer sea valorada como un sujeto social de derecho, que le permita espacios equitativos de participación y decisión sobre aspectos relevantes de su salud. El plan reconoce que el modelo único occidental-asistencial-urbano de prestación de servicios de salud ha permitido la exclusión social al ejercicio del derecho a la salud, de una gran parte de la población, en especial de las mujeres indígenas. Para ello busca analizar el perfil epidemiológico de la salud de la mujer y los tipos de servicios de salud que necesitan, tomando en cuenta

aspectos biológicos, principalmente aquellos relacionados a su rol reproductivo que la predisponen a enfermedades o a vivir procesos del desarrollo biológico de manera particular, y aspectos relativos a las relaciones de poder que se establecen en el hogar y la comunidad, que le impiden asumir la autonomía de su cuerpo y de su vida. Asimismo, busca incorporar al varón en la defensa de los derechos de salud de la mujer y de los/las recién nacido/as.

### **Justicia Social**

Se refiere al desarrollo social y económico que demanda la población boliviana, que permita incrementar la productividad e ingresos con equidad, que incluye paz, dignidad y soberanía, para el desarrollo integral de las personas. Para el sector salud significa el garantizar la equitativa distribución de los recursos para la atención integral de la salud de las familias y comunidades.

### **Objetivo del Plan Estratégico para Mejorar la Salud Materna Perinatal y Neonatal en Bolivia 2009 - 2015**

- Reducir la razón de mortalidad materna y las tasas de mortalidad neonatal y perinatal en Bolivia, para mejorar la calidad de vida de las mujeres y recién nacido/as hasta el año 2015, respondiendo a los compromisos de las metas trazadas en los ODM.

### **Metas**

- Reducir la razón de mortalidad materna en 40 % hasta el año 2015.
- Reducir la tasa de mortalidad neonatal en un 20% hasta el 2015.
- Reducir la tasa de mortalidad perinatal en un 20% hasta el 2015.
- Reducir la tasa de mortalidad infantil en un 30% hasta el 2015.

### **Resultados**

Los siguientes resultados toman en cuenta los problemas identificados en el análisis del marco conceptual y están orientados a lograr una reducción de la morbi-mortalidad materna, neonatal y perinatal, incidiendo sobre las causas directas y subyacentes e intentando afectar algunas causas estructurales:

1. La mortalidad perinatal y neonatal por asfixia y sepsis se ha reducido
2. La mortalidad materna por hemorragias, aborto y sepsis se ha reducido
3. La prevalencia de bajo peso al nacer ha disminuido
4. La prevalencia de anemia en mujeres en edad fértil ha disminuido
5. Las redes de servicios aplican los Cuidados Obstétricos y Neonatales de Emergencia (CONEs) en los diferentes niveles
6. Las redes de servicios y la red municipal coordinan y establecen espacios de diálogo con las organizaciones comunitarias y la medicina tradicional en el marco de la SAFCI, asegurando la participación de las mujeres en los niveles de gestión compartida municipal.



7. La comunidad y las familias asumen prácticas saludables para el cuidado de los/las recién nacidos/as y las mujeres, identificando señales de peligro y buscando ayuda oportuna.
8. Las autoridades nacionales, municipales y de la comunidad, reconocen la importancia de la salud materna, neonatal y perinatal y apoyan intervenciones.

### **Las líneas estratégicas y líneas de acción**

Las líneas estratégicas del plan responden a las funciones sectoriales del MSD de rectoría, regulación, capacitación y desarrollo de los recursos humanos, investigación y desarrollo tecnológico; las mismas que se presentan a continuación y han servido para identificar líneas de acción y actividades que respondan a los resultados planteados a nivel de las redes de servicios y redes municipales contempladas en la SAFCI.

#### **Línea Estratégica 1:**

**Crear un entorno favorable para la promoción de la salud materna y neonatal.**

- ***Línea de acción 1.1: Promover la elaboración, ejecución, seguimiento y evaluación de planes departamentales, con énfasis en la valorización de la salud de la madre y al recién nacido/a.***
  - ▶ Posicionamiento de la salud materna y neonatal (en el marco del continuo de atención) en la agenda política nacional, departamental y municipal.
  - ▶ Apoyo técnico a los Servicios Departamentales de Salud (SEDES) para el desarrollo de planes departamentales y municipales.
  - ▶ Apoyo técnico y financiero para la elaboración conjunta de los planes departamentales, para que respondan al Plan Nacional y a sus necesidades municipales en coordinación con los movimientos sociales.
  - ▶ Actualización y reglamentación de la normativa de salud vigente:
    - Código de Salud
    - Constitución Política del Estado para garantizar que proteja los derechos de las mujeres.
    - Protocolo de atención de violencia contra las mujeres.
    - Normas, protocolos y procedimientos del embarazo, parto y post parto para la madre y el recién nacido/a que incluyan prácticas clínicas y medicina basada en la evidencia.
  - ▶ Incorporación en la currícula de las instituciones formadoras de recursos humanos, de las políticas, normas y procedimientos recomendados por el MSD sobre la salud materna y neonatal.
  - ▶ Adecuación de la SAFCI para la participación paritaria de la mujer en los niveles de gestión.

• ***Línea de acción 1.2: Crear y fortalecer alianzas y asociaciones.***

- ▶ Creación de alianzas estratégicas necesarias para realizar un trabajo coordinado, sinérgico y bien orientado, a niveles (nacional, departamental, municipal y comunitario), con aquellos sectores, instituciones y organizaciones sociales que puedan ejecutar, tanto el plan nacional como los departamentales.
- ▶ Coordinación con las sociedades científicas (pediatría, ginecología, obstetricia, salud pública, enfermeras, sociología, antropología y otras), instituciones ligadas a la salud pública, enfermería, trabajo social y organizaciones de la medicina tradicional para llevar adelante las intervenciones conjuntas del plan.
- ▶ Fortalecimiento de la Mesa Nacional y Mesas Departamentales de Maternidad y Nacimiento Seguros, con la participación de las diferentes agencias, organizaciones o sectores (agencias de cooperación, ONGs, organizaciones sociales) y una fuerte participación intersectorial (educación, justicia, saneamiento) y multidisciplinaria.
- ▶ Reuniones de coordinación entre ministerios de los diferentes sectores: agua, salud, educación, justicia, desarrollo rural, cada 3 meses para coordinar y resolver problemas estructurales y mejorar, y hacer seguimiento de la salud de las madres y los/las recién nacidos/as.
- ▶ Elaboración y firma de convenios con el Ministerio de Educación que permita la incorporación de la temática de la alimentación, salud materna y neonatal en la curricula de formación de docentes y en la educación de los niños y niñas.
- ▶ Elaboración y firma de convenio con el Ministerio de Justicia para la implementación de acciones contra la violencia de la mujer.
- ▶ Coordinación nacional y departamental con las redes contra la violencia de la mujer.

**Línea Estratégica 2:**

**Promover procesos interculturales con enfoque de los derechos**

• ***Línea de Acción 2.1: Fortalecer las organizaciones y actores sociales, dentro el marco de la SAFCI.***

- ▶ Planificación, ejecución, supervisión y evaluación de actividades en las redes municipales en el marco de la SAFCI orientadas a mejorar las condiciones de salud materna, perinatal y otras, de manera participativa y sostenible.
- ▶ Fortalecimiento de la participación de las mujeres cuidando la adecuada representación de sus organizaciones, y de mujeres indígenas en las instancias de gestión y toma de decisiones de la SAFCI.
- ▶ Representación y participación de los hombres y mujeres en las actividades de salud.

- ▶ Aplicación de estrategias comunitarias que mejoren el acceso a la atención calificada del parto (casas/ hogares/ albergues para embarazadas, conformación de comités comunitarios de apoyo a la referencia de embarazadas y de los recién nacidos/as).
- ▶ Difusión de los documentos nacionales e internacionales sobre; derechos sexuales y derechos reproductivos, prevención de la violencia contra la mujer, contra el maltrato infantil y los derechos de los indígenas, a las autoridades nacionales y departamentales comunitarias.
- ***Línea de Acción 2.2: Crear mecanismos de permitan el ejercicio de los derechos individuales para el cuidado de la salud de la mujer y del recién nacido/a.***
  - ▶ Consenso de roles y responsabilidades familiares y comunitarias para el cuidado de la salud de la mujer, del embarazo y del recién nacido/a que eviten factores innecesarios de riesgo y que sean inclusivas para el varón.
  - ▶ Definición del proceso y de instancias transparentes y eficaces donde se pueda exigir y reclamar por el ejercicio del derecho a la salud, a la salud sexual y salud reproductiva, los derechos de los indígenas y campesinos, de los niños/as y adolescentes en todos los niveles del sistema nacional de salud.
  - ▶ Consensuar roles y responsabilidades de los niveles de atención de las redes de servicios para el cuidado de la salud de la mujer y del recién nacido/a que eviten factores innecesarios de riesgo.
  - ▶ Articulación de la medicina tradicional en el modelo de salud.

### **Línea Estratégica 3:**

**Promover la aplicación de los cuidados esenciales para la mujer embarazada, la madre y recién nacido/a en el hogar y la comunidad.**

- ***Línea de Acción 3.1: Movilizar la comunidad para la promoción de prácticas saludables para la madre y el/la recién nacido/a.***
  - ▶ Fortalecimiento de la aplicación del AIEPI Neonatal Comunitario, incluyendo la capacitación y el monitoreo.
  - ▶ Búsqueda de consenso con las autoridades municipales y comités municipales de salud que permita reconocer la importancia de la salud materna y neonatal en el desarrollo de sus comunidades
  - ▶ Desarrollo de autodiagnósticos comunitarios entre la comunidad, autoridades municipales y los Establecimientos de Salud.
  - ▶ Aplicación de planes de acción comunitarios que sean presentados a las autoridades municipales y originarias con el objetivo de buscar soluciones en conjunto.

- **Línea de Acción 3.2: Fortalecer las instancias del modelo de gestión participativa y control social de la SAFCI**
  - ▶ Realización de procesos de capacitación e información sobre derechos humanos, derechos a la salud de la mujer, autoestima, liderazgo, comunicación efectiva y masculinidad a los recursos humanos de los establecimientos de salud y comunitarios.
  
- **Línea de Acción 3.3: Implementar metodologías que faciliten la participación de la comunidad, de hombres y mujeres para atender la salud materna, perinatal y neonatal**
  - ▶ Mejoramiento de las habilidades de la comunidad de hombres y mujeres para identificar los problemas de salud y buscar ayuda adecuada para resolverlos
  - ▶ Fortalecimiento de los mecanismos de coordinación entre los establecimientos de salud y la comunidad, a fin de mejorar la información, el trato, los horarios, etc.
  - ▶ Identificación de parteras/os tradicionales en cada comunidad para complementarlos en sus conocimientos y articularlos a la red municipal de salud.
  - ▶ Gestión para la Incorporación en el POA municipal de presupuesto para los promotores de salud (equipo, materiales, transporte, etc.)
  
- **Línea de Acción 3.4: Desarrollar Estrategias de Comunicación multimedia para la promoción de las prácticas saludables con enfoque de género e interculturalidad.**
  - ▶ Identificación y priorización de los mensajes y prácticas de cuidados esenciales.
  - ▶ Coordinación con agencias y organizaciones para la difusión de la estrategia de comunicación
  - ▶ Elaboración de materiales de información y promoción para la comunidad, las organizaciones sociales, profesores/as y otros sectores, en lenguaje sencillo (especialmente rotafolios), sobre derechos sexuales y derechos reproductivos, el "buen embarazo", parto, post parto, cuidados para la madre y el/la recién nacido/a, prevención del aborto, alimentación adecuada durante el embarazo, micronutrientes y alimentos fortificados, con la participación de las mismas organizaciones.
    - Cuidados esenciales**
    - 1) En el recién nacido/a**  
Mantenerlo/a caliente; lactancia materna inmediata y exclusiva; brindarle amor y cuidados, higiene del cordón umbilical y ojos; realizar control antes del tercer día, vacunas; reconocimiento de los señales de peligro para búsqueda inmediata de ayuda en el establecimiento de salud.
    - 2) En la madre:**  
Atención de las hemorragias de la primera mitad del embarazo y al aborto impune; realizar controles prenatales, atención calificada del parto, promoción para nutrición e higiene en el hogar; realizar control post natal antes del tercer día; orientación y oferta de anticoncepción incluyendo el post parto y post aborto; reconocimiento de señales de peligro.

**Línea Estratégica 4.**

**Mejorar la atención a la madre y al recién nacido/a en los servicios del sistema de salud**

- ***Línea de Acción 4.1: Aplicar modelos de atención con enfoque intercultural.***
  - ▶ Implementación de modelos que promuevan el respeto, dialogo, aceptación, valoración, articulación y complementariedad de los diferentes conocimientos y practicas entre proveedores, madres y comunidad.
  - ▶ Coordinación y complementación con los agentes comunitarios, parteras/os y personal de la medicina tradicional
  - ▶ Coordinación con la comunidad para el establecimiento de las casas/hogares maternos de espera.
  - ▶ Cumplimiento de las normas y protocolos sobre la atención de la mujer embarazada, trabajo de parto, parto, post parto, atención del recién nacido/a con enfoque intercultural.
  - ▶ Implementación de salas de parto tradicionales y/o de atención conjunta por personal de salud y parteras.
  - ▶ Aplicación del método de madre canguro, en forma correcta.
  - ▶ Establecimiento y aplicación del sistema de incentivos / sanciones, no económicos a los recursos humanos de acuerdo a evaluación de la calidad de atención de los establecimientos de salud.
  
- ***Línea de Acción 4.2: Mejorar la calidad de atención de los establecimientos de salud***
  - ▶ Organización de las redes de servicios y municipales de acuerdo a la norma nacional, los establecimientos de salud según niveles de complejidad con personal calificado, las redes municipales con personal capacitado, (incluye difusión, croquis, señalización y privacidad) contemplada en la SAFCI.
  - ▶ Aplicación de metodologías y estrategias que buscan el mejoramiento de la calidad y el cumplimiento de normas y protocolos de atención, como los ciclos cortos colaborativos para mejorar la salud materna, neonatal y VIH/SIDA y otros.
  - ▶ Equipamiento e insumos necesarios según los niveles de resolución que permitan atender las emergencias obstétricas y neonatales, incluyendo unidades transfusionales y/o bancos para la disponibilidad de sangre segura.
  - ▶ Fomento a la lactancia exclusiva hasta los seis primeros meses y creación de bancos de leche que faciliten el acceso a la leche materna.
  - ▶ Actualización y complementación del AIEPI neonatal para el personal de salud del primer y segundo nivel incorporando el continuo de la atención (atención pre-concepcional, embarazo, parto, post parto, espacio intergenésico – adolescente, madre, recién nacido/a – hogar, comunidad).



- ▶ Extensión de la estrategia de "Hospitales amigos del niño/a y de la mujer".
- ▶ Desarrollo de espacios de diálogo con la comunidad para la información pública y vigilancia de la calidad de atención y satisfacción de la usuaria/o.
- ***Línea de Acción 4.3: Mejorar las competencias técnicas del personal a través de procesos de capacitación presencial y semi-presencial, individual y en redes de servicios, para la atención de calidad de la mujer y el recién nacido/a.***
  - ▶ Mejoramiento de la atención calificada del embarazo, de las hemorragias de la primera mitad del embarazo y aborto impune, del trabajo de parto, post parto, de las hemorragias post parto y anticoncepción.
  - ▶ Mejoramiento de la atención en la reanimación neonatal, sepsis y bajo peso al nacer.
  - ▶ Desarrollo de estrategias para el personal de salud, orientadas a mejorar las habilidades de la comunicación interpersonal y de usos y costumbres de la comunidad.
  - ▶ Promoción de intervenciones orientadas a mejorar la salud de los adolescentes a partir de los establecimientos de salud.
  - ▶ Implementar metodologías de apoyo para la prevención de los embarazos en adolescentes.
  - ▶ Actualización al personal de salud sobre derechos sexuales y derechos reproductivos, prevención de la violencia contra la mujer, contra el maltrato infantil y los derechos de los indígenas.
  - ▶ Coordinación con el Programa Desnutrición Cero y Seguros Públicos, para realizar el monitoreo y evaluación del bajo peso al nacer, promoción de la toma de talla, Índice de Masa Corporal (IMC) y anemia en escolares, adolescentes y mujeres en edad fértil; así como para la promoción del consumo de alimentos apropiados y de alimentos fortificados.
- ***Línea de Acción 4.4: Aplicar los CONE básicos en los Centros/Puestos SAFCI y los Centros SAFCI con camas, así como los CONE ampliados, en los Hospitales SAFCI de II y III Nivel, de acuerdo a la conformación de la red de servicios a la que pertenecen o corresponden.***
  - ▶ Funcionamiento de los CONE en las redes de servicios, para la atención efectiva y oportuna de las complicaciones obstétricas y neonatales, incluyendo aspectos de transporte y comunicación.
  - ▶ Desarrollo de un sistema de capacitación con la implementación de centros para el desarrollo de competencias regionalizado a nivel de las redes de servicios
  - ▶ Aplicación de la Norma Nacional de Referencia y Retorno en forma eficaz, eficiente y segura, con todos sus subcomponentes que incluya la comunicación y

transporte, y en la que cada nivel de atención es responsable de la estabilización y traslado de la madre y el niño /a, sin importar el nivel de resolución.

- ▶ Complementación de las herramientas de seguimiento y monitoreo de AIEPI Neonatal y capacitación al personal seleccionado de los SEDES

- ***Línea de Acción 4.5: Fortalecer la aplicación del AIEPI Neonatal Clínico en línea con metodología de atención sistematizada.***

- ▶ Actualización de los algoritmos del AIEPI Neonatal Clínico incluyendo la atención preconcepcional, del parto, post parto y cuidados de la madre en el hogar.
- ▶ Evaluación del riesgo perinatal, la atención inmediata del/la recién nacido/a, la reanimación neonatal, la lactancia materna y los cuidados esenciales del/la recién nacido/a.

**Línea Estratégica 5:**

**Fortalecer los sistemas de información, vigilancia, monitoreo y evaluación de la salud materna, perinatal y neonatal.**

- ***Línea de Acción 5.1: Fortalecer el sistema de información en salud materno, perinatal y neonatal.***

- ▶ Generación de información de calidad, fidedigna y oportuna para la toma de decisiones y acciones mediante la utilización de la Historia Clínica Perinatal Básica como parte del Sistema Informático Perinatal - SIP.
- ▶ Actualización de la información sobre la situación nacional y departamental de la salud materna y neonatal a través de líneas de base, de las ENDSAs y mediante el módulo de información básica.
- ▶ Monitoreo y aplicación del sistema de vigilancia epidemiológica de la morbi - mortalidad materna neonatal (SVEMMN), tomando en cuenta variables como etnia, género y edad.
- ▶ Conformación y/o fortalecimiento de los Comités Departamentales del SVE-MMN, así como los Comités Hospitalarios de VEMMN, incluyendo las auditorías de muertes maternas y neonatales, en establecimientos de salud y las autopsias verbales a nivel comunitario, para la elaboración de planes de acción.
- ▶ Monitoreo y aplicación de la Carpeta Familiar en los establecimientos de salud de la Red Municipal SAFCI.
- ▶ Emisión de los certificados de nacimiento y certificados de defunción correctamente llenados, con diagnósticos de causa de muertes bien definidos en la Clasificación Internacional de Enfermedades – CIE.
- ▶ Consenso y aplicación de una lista estandarizada de indicadores básicos de seguimiento y monitoreo para las metas de los ODM, CONE, Countdown, ONU y de AIEPI neonatal con fines de seguimiento y comparación nacional e internacional.

- ▶ Generación de consensos para estandarizar indicadores de análisis en los Comités de Análisis de la Información (CAI), nacional, departamental, municipal y comunitario.
- ▶ Incorporación de la Historia Clínica Perinatal Base - HCPB y el Sistema Informático Perinatal - SIP al SNIS para el registro y toma de decisiones en Salud Materna y Perinatal.
  
- ***Línea 5.2: Establecer y fortalecer la evaluación de desempeño del personal de salud en el marco del continuo de la atención en salud materno, peri-neonatal.***
  - ▶ Desarrollo de indicadores de desempeño del personal para la atención con calidad y buen trato a las personas.
  - ▶ Aplicación de encuestas de línea de base y "auditoría basada en criterios" de acuerdo a Manual de Auditoría y Norma Técnica.
  
- ***Línea 5.3: Generar procesos y mecanismos para apoyar investigaciones en salud materno, perinatal y neonatal.***
  - ▶ Desarrollo de investigaciones operativas que faciliten modelos e intervenciones a favor de la salud materna peri y neonatal a nivel nacional, departamental, municipal y comunitario.
  - ▶ Apertura de un registro de médicos tradicionales y parteras/os en cada establecimiento de salud.
  - ▶ Sistematización de saberes y conocimientos de médicos tradicionales.
  - ▶ Operativización de mecanismos de comunicación actualizada y oportuna sobre salud materno, perinatal y neonatal, favoreciendo enlaces con diferentes sitios web.

#### **Mecanismo de coordinación**

La Unidad de Servicios de Salud y Calidad del Ministerio de Salud y Deportes, conformará un equipo técnico-gerencial para apoyar la implementación del presente Plan Estratégico a nivel nacional y a nivel departamental, los SEDES tendrán su equipo departamental.

Este equipo técnico estará compuesto por técnicos con experiencia en programas de salud orientados a la madre, recién nacido/a y niño/a, tanto del MSD como de las agencias de cooperación, sociedades científicas y ONGs, que trabajan en la temática y representantes de la medicina tradicional y las organizaciones sociales.

El MSD designará a un "punto focal", que presidirá el grupo y será responsable de la convocatoria a reuniones regulares y de la elaboración de la agenda temática.



El rol de este equipo será:

- Realizar seguimiento a la implementación del Plan Estratégico Nacional.
- Apoyar en la coordinación con otras instancias del MSD y con otros sectores del ejecutivo y el Parlamento Plurinacional.
- Apoyar en la gestión de recursos financieros necesarios.
- Brindar apoyo técnico a nivel nacional y departamental, según necesidades demandadas.
- Apoyar la elaboración y seguimiento de los planes departamentales (estratégicos y planes anuales).

## REFERENCIAS

- 1.- Se da en el marco del 47° Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, septiembre de 2006.
- 2.- Aprobado en el 48° Consejo Directivo de la OPS/OMS, octubre de 2008.
- 3.- Ministerio de Salud y Deportes. Salud Familiar, Comunitaria, Intercultural, 2008.
- 4.- Las ENDSA anteriores a la del 2003, no incluyeron la tasa de mortalidad neonatal
- 5.- Se estima que en Bolivia, más o menos un 42% de los nacimientos ocurren en el hogar (ENDSA 2003).
- 6.- ENDSA 2003
- 7.- Folleto de Maternidad Segura, 2006
- 8.- MSD, Folleto de Maternidad Nacimiento Seguros, 2006
- 9.- UDAPE, 2006
- 10.- I bid
- 11.- INE, ENDSA, 2008
- 12.- The Alan Guttmacher Institute 2004. The Benefits of Investing in Sexual and Reproductive Health
- 13.- Ministerio de Salud y Deportes. Evaluación de la disponibilidad, acceso y uso de los Cuidados Obstétricos de Emergencia COEM), 2003, Pag. 39
- 14.- Darmstadt G, et.al. Intervenciones efectivas en función de los costos basados en la evidencia científica: ¿A cuántos recién nacidos podemos salvar? The Lancet. Supervivencia Neonatal. SERIE OPS/FCH/CA05.7.F.
- 15.- Los grados de evidencia IV y V son los de mayor nivel. La evidencia grado IV proviene de estudios de eficacia que han demostrado que las intervenciones son efectivas para reducir la mortalidad neonatal y perinatal, pero que no brindan datos de efectividad a gran escala. La evidencia grado V proviene de estudios de eficacia y efectividad, que han demostrado que la eficacia de las intervenciones es incontrovertible y que su aplicación a gran escala es factible.
- 16.- Gary L. Darmstadt, Zulfiqar A Bhutta, Simón Cousens, Taghreed Adam, Neff Walker, Luc de Bernis, for the Lancet Neonatal Survival Steering Team. Evidence-based, cost-effective interventions: how many newborn babies can we save? Neonatal survival, March, 2005.
- 17.- USAID. Catalyst Consortium. El espaciamiento óptimo entre nacimientos: nuevos hallazgos de América Latina sobre la asociación entre intervalos entre nacimientos y la salud perinatal, materna y adolescente. Washington, Jul 2002.
- 18.- OMS. Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS N° 11. Información sobre las mejores prácticas en salud reproductiva.
- 19.- CLAP/OMS. Boletín del Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano, Vol. 3 N° 10, 1990
- 20.- Walker GJA. Antibiotics for syphilis diagnosed during pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews 2001, Issue 3.
- 21.- Hofmeyr GJ, Atallah AN, Duley L Calcium supplementation during pregnancy for preventing hypertensive disorders and related problems (Cochrane Review). Cochrane database of systematic reviews N° 3, 2006.
- 22.- The Eclampsia Trial Collaborative Group. Which anticonvulsant for women with eclampsia Evidence from the Collaborative Eclampsia Trial. The Lancet 1995; 345:1455-1463.
- 23.- Smaill F, Vázquez JC. Antibiotics for asymptomatic bacteriuria in pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews 2001, Issue 4.
- 24.- Forna F, Gülmezoglu AM. Surgical procedures to evacuate incomplete abortion. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2001, Issue 1. Art. No: CDOO 1993. También ver Edgar Kestler. Procedimientos quirúrgicos para el tratamiento del aborto incompleto: Comentario de la BSR (última revisión: 8 Enero 2002). Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS. No 10, Update Software Ltd, Oxford, 2007.

- 25.- Baird, Traci L., Susan K, Flinn, 2001. Manual Vacuum aspiration: Expanding women's access to safe abortion services. Chapel Hill, NC, Ipas.
- 26.- Shwekerela, B.,R. Kalumuna, R. Kipingilli N, Masaka, E. Westheimer, W. Clark and B. Winicoff, 2007 Misoprostol for treatment of incomplete abortion at the regional hospital level, result from Tanzania. BJOG: An international journal of obstetrics and gynecology, 114: 1363-1367.
- 27.- Gülmezoglu AM, Crowther CA, Middleton P. Inducción del trabajo de parto para mejorar los resultados en mujeres a término o después del término. Cochrane database of systematic reviews Numero 4, 2006.
- 28.- Mario Festin. Antibióticos para la rotura prematura de membranas antes del trabajo de parto: Comentario de la BSR (última revisión: 14 Junio 2003). Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS, No 10, Update Software Ltd, Oxford, 2007.
- 29.- Hannah M, Hannah W, Hewson S, Hodnett E, Saigal S, Willan A, Planned cesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial for the Term Breech Trial Collaborative Group. THE LANCET Vol 356.October 21, 2000.
- 30.- Prendiville WJ, Elbourne D, McDonald S. Conducta activa versus conducta expectante en el alumbramiento (Revisión Cochrane traducida). En: The Cochrane Library, 2006 Número 4, Chichester, UK.
- 31.- Smaill F, Hofmeyr GJ. Profilaxis antibiótica para la cesárea (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca de Salud Reproductiva, Issue 10, 2007, Oxford: Update Software Ltd. Disponible en <http://www.rhlibrary.com>. (Traducida de The Cochrane Library), Issue 4, 2006.
- 32.- Eileen K, Hutton; Eman S. Hassan, Late vs. Early Clamping of the Umbilical Cord in Full-term Neonates: Systematic Review and Meta análisis of Controlled Trials. JAMA, 2007; 297(11):1241-1252 (doi 10.1101/jama.297.11.1241).
- 33.- Suc Fawcus. Tratamientos para la hemorragia postparto primaria: Comentario de la BSR (última revisión: 13 Agosto 2004). Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS. No 10. Update Software Ltd. Oxford, 2007.
- 34.- Villar J, Gülmezoglu A M, Justus Hofmeyr G, Forna F, Obstetrics & Gynecology, 100 (6), December 2002, 1301-1312.
- 35.- Gary L Darmstadt, Zulfiqar A Bhutta, Simon Cousens, Taghreed Adam, Neff Walker, Luc de Bernis, for the Lancet Neonatal Survival Steering Team. Evidence-based, cost-effective interventions: how many newborn babies can we save? Neonatal survival March, 2005.
- 36.- En la Serie "Neonatal Survival", The Lancet Neonatal, publicada en Marzo, el 2005, se demostró que el impacto de la "cobertura universal" de intervenciones efectivas, tiene la potencialidad de reducir casi el 72% de las muertes neonatales, página 27.
- 37.- Adaptado por el MSD de Kerber, Kate et als. Continuum of Care for maternal, newborn and child health: from slogan to service delivery. www.the lancet.com Vol. 370, October 13,2007.
- 38.- Adaptación del Modelo Conceptual de Nutrición de UNICEF.
- 39.- MSD, Evaluación rápida de hospitales, 2005.
- 40.- Greene M.E. y AE. Biddlecom Reproductive health Matthers 8 (15): págs. 21
- 41.- Neonatal and perinatal mortality: Country, regional and global estimates. WHO 2006
- 42.- Cordero D, Bocaletti E, Alvarado R, Chávez E. Mortinatalidad y mortalidad neonatal en Bolivia. Aplicación de la autopsia social y verbal en tres zonas de Bolivia. MSH. Save the Children/SNL Bolivia 2005
- 43.- Se establece como parte del derecho a la identidad, el reconocimiento de paternidad, el derecho al apellido y el acceso al certificado de nacimiento.
- 44.- Adaptado del Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural. Ministerio de Salud y Deportes, Bolivia 2006.
- 45.- Kamara, 1990; OMS 1989; Guías para monitorear la disponibilidad y la utilización de los servicios obstétricos, UNFPA, OMS, UNICEF. Octubre 1997

**MATRIZ DEL PLAN ESTRATÉGICO PARA MEJORAR LA SALUD MATERNA  
PERINATAL Y NEONATAL EN BOLIVIA 2009 - 2015**

<b>Línea Estratégica: Crear un entorno favorable para la promoción de la salud materna y neonatal.</b>			
Resultados	Metas	Indicador	Fuente de Verificación
Las autoridades nacionales, municipales y la comunidad, reconocen la importancia de la salud neonatal y perinatal y materna y apoyan las intervenciones.	Gestionar un incremento progresivo del presupuesto destinado a salud ante el Ministerio de Hacienda.	Porcentaje de incremento anual del presupuesto para salud	Presupuesto Nacional
	Planes de Acción de la Mesa Nacional y Departamentales de Maternidad y Nacimiento Seguros aprobados y ejecutados	Porcentaje del Plan Nacional y de los Planes Departamentales implementados por departamento.	Actas de Reuniones / Informe Anual
	50% de las Reuniones de las Mesas deberán tratar temas maternos y 50% temas neonatales.	Porcentaje de reuniones con temas de actualización en salud materna y salud neonatal	Actas de Reuniones / Informe Anual
	Código de Salud revisado para adecuar al nuevo enfoque del modelo de salud	Nuevo Código de Salud	Código aprobado.
	Se ha firmado un convenio con el Ministerio de Educación, para promover los cuidados esenciales de la mujer, madre y del recién nacido/a en la formación de docentes y en la educación de alumnos	Porcentaje de Mesas Departamentales que coordinan con Ministerio de Educación, Justicia, Parlamento, entre otros	Convenios firmados
	Se ha desarrollado una estrategia de comunicación, materiales de información adecuados a los contextos municipales y orientados a las familias / comunidad, líderes y autoridades nacionales y municipales	Numero de materiales editados y difundidos por departamentos y temas.	Materiales de comunicación
<b>Línea Estratégica: Promover procesos interculturales con enfoque de los derechos</b>			
Las redes de servicios y la red municipal coordinan y establecen espacios de dialogo en el marco de la SAFCI, asegurando la participación de las mujeres en los niveles de gestión compartida municipal.	El 100% de las redes de servicios implementando el modelo de gestión SAFCI.	Porcentaje de redes de servicios con modelo de gestión SAFCI funcionando por departamento.	Informe del CAI Departamental/ Actas de reuniones / Asamblea Nacional de Salud
	El 100% de las redes de servicios de los niveles I y II realizan visitas domiciliarias y aplican la Carpeta Familiar	Porcentaje de redes de servicio del nivel I y II con carpetas familiares llenadas correctamente por departamento.	Informe del CAI Departamental/ Actas de reuniones / Asamblea Nacional de Salud
		Porcentaje de visitas domiciliarias realizadas por red de servicio en el nivel I y II por departamentos.	Informe del CAI Departamental/ Actas de reuniones / Asamblea Nacional de Salud
	El 100% de las Redes Municipales SAFCI cuentan con 30% o mas de participación de mujeres.	Porcentaje de redes municipales con participación de 30% o mas de mujeres por departamento.	Informe del CAI Departamental/ Actas de reuniones / Asamblea Nacional de Salud
		Porcentaje de mujeres que participan en la Asamblea Nacional de Salud por departamento.	Informe del CAI Departamental/ Actas de reuniones / Asamblea Nacional de Salud
<b>Línea Estratégica: Promover la aplicación de los cuidados esenciales para la mujer embarazada, la madre y recién nacido/a en el hogar y la comunidad.</b>			
La comunidad y las familias asumen prácticas saludables para el cuidado de los/ las recién nacido/as y las madres, identificando señales de peligro y buscando ayuda oportuna	Una estrategia de Comunicación implementada.	Numero de campañas multimedia implementadas	Documento de Estrategia
	Una campaña multimedia anual con mensajes coordinados con representantes de las organizaciones sociales.	Número de campañas multimedia implementadas.	Documento de Estrategia
	80% de las Redes de Servicios cuentan con convenios con las autoridades municipales para una estrategia de comunicación e información masiva funcionando.	Número de convenios firmados por Redes de Servicios por departamentos.	Convenios firmados
	80% de los establecimientos de salud de nivel I y II de las redes de servicio han capacitado al personal de salud comunitario (promotores, parteras y médicos tradicionales), en la identificación de señales de peligro y la referencia oportuna.	Porcentaje de personal comunitario que ha sido capacitado en la identificación de señales de peligro y referencia oportuna por departamentos.	SNIS/comunitario

Linea Estratégica . Mejorar la atención a la madre y al recién nacido/a en la Red de Servicios del sistema de salud			
La mortalidad materna por hemorragia post parto, aborto y sepsis se ha reducido.	La mortalidad materna por hemorragia post parto disminuyó en 50 % (32,9 % EPMM 2001).	Tasa de mortalidad materna hospitalaria por hemorragia post parto y aborto por departamento.	SIP/SVEMM SNIS
	La mortalidad materna por aborto ha disminuido en un 50% (EPMM 2001).	Porcentaje de muertes maternas por hemorragia/aborto por Hospitales y Centros de Salud por área geográfica y departamento.	SIP/SVEMM SNIS
	La mortalidad materna por sepsis ha disminuido en un 50% (EPMM 2001)	Porcentaje de Hospitales acreditados por departamento.	Sistema de acreditación.
		Porcentaje de Hospitales que aplican el partograma y el monitoreo activo, apego precoz y ligadura tardía del cordón.	SIP/SNIS
		Porcentaje de uso de Oxitocina/Misoprostol	SIP/SNIS
		Porcentaje de partos culturalmente atendido.	Encuesta usuarios
		Porcentaje de controles postnatales antes de la semana	SIP/SNIS
		Porcentaje de cesáreas en establecimientos de II y III Nivel por departamento.	SIP/SNIS
		Porcentaje de hemorragias de la primera mitad del embarazo atendidas por departamento.	SIP/SNIS SIP A
		Porcentaje de Redes de Servicios con CONE funcionando según nivel de complejidad por departamento.	Sistema de acreditación Linea de base/Salida CONE.
Porcentaje de Redes de Servicios con Bancos de Sangre funcionando por departamento.	Linea de base/Salida CONE.		
Porcentaje de Redes de Servicios con sistemas de referencia y retomo funcionando por departamento.	Linea de base/Salida CONE.		
La necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos se ha reducido en un 30%.	Porcentaje de mujeres con necesidad satisfecha de métodos anticonceptivos modernos por departamento.	SIP/Vigilancia comunitaria de la mortalidad perinatal y neonatal, auditorias basadas en criterios en establecimientos y autopsia verbal en comunidad.	
La mortalidad neonatal por sepsis y asfisia y mortinatos se ha reducido.	La mortalidad neonatal debido a sepsis, asfisia neonatal y mortinatos se ha reducido en un 50%	Tasa de mortalidad neonatal hospitalaria debida a asfisia, sepsis y mortinatos nacional y por departamentos.	SIP/Vigilancia comunitaria de la mortalidad perinatal y neonatal, auditorias basadas en criterios en establecimientos y autopsia verbal en comunidad
	La letalidad hospitalaria neonatal temprana se ha reducido en un 50%	- Tasa de letalidad neonatal temprana hospitalaria nacional y por departamentos	SNIS/Comité de Infección Nosocomial.
		Porcentaje de personal de los establecimientos de I y II nivel capacitados en AIEPI Neonatal utilizando las destrezas (reanimación neonatal, manejo de sepsis, valoración y referencia oportuna).	Sistema de monitoreo de AIEPI Neonatal.
		Porcentaje de hospitales materno infantiles acreditados por departamento.	Sistema de acreditación.
		Porcentaje de Redes de Servicios con sistemas de referencia y retomo funcionando por departamento.	Sistema de acreditación.
	Porcentaje de controles del recién nacido/a antes del tercer día después del parto.	ENDSA/SNIS/Sistema de Incentivos/ Bono	
	Las muertes fetales se han reducido en un 30%	-Tasa de mortalidad fetal hospitalaria (mortinatos) por departamento.	SIP
La letalidad fetal antes del parto (mortinatos frescos), se ha reducido en un 50%	-Tasa de mortinatos frescos por departamentos.	SIP	
	- Porcentaje de controles prenatales de calidad por departamento.	Sistema de monitoreo de AIEPI Neonatal (continuo)	
	- Porcentaje de Hospitales de II y III nivel que utilizan el partograma por departamento.	SIP	



La prevalencia de bajo peso al nacer ha disminuido	El bajo peso al nacer (menos de 2500 grs.) se ha reducido en un 20%	Prevalencia de bajo peso al nacer por departamento	ENDSA - SNIS
		Porcentaje de lactancia materna inmediata por departamento.	ENDSA - SNIS
		Porcentaje de hospitales que aplican la ligadura tardía del cordón y el apego precoz por departamento.	Sistema de acreditación de hospitales
		Porcentaje de hospitales que aplican el método Canguro por departamento y niveles.	Sistema de acreditación de hospitales.
La prevalencia de anemia/desnutrición en mujeres en edad fértil ha disminuido.	Prevalencia de desnutrición en adolescentes del sexo femenino se ha reducido en un 30%.	IMC menor de -2DE, en mujeres de 15 a 19 años por departamento.	ENDSA/SNIS
	Prevalencia de anemias en las adolescentes se ha reducido en un 30%.	Prevalencia de anemias en mujeres de 15 a 19 años por departamento.	ENDSA/Sitios Centinelas
	Prevalencia de la desnutrición en mujeres embarazadas se ha reducido en un 30%.	IMC menor de -2DE, en mujeres embarazadas por departamento.	SNIS - SIP
Las redes de servicios aplican los CONE en los diferentes niveles.	El 80% de las redes de servicios están implementando los CONE	Porcentaje de redes que implementan CONE por departamento.	Línea de base/salida CONE – Informe de CAI Departamental.
		Índice de certificación por departamento.	Línea de base/salida CONE – Informe de CAI Departamental.
	El 60 % de las redes de servicio de nivel I y II tiene los insumos y equipamientos básicos para atender los CONE.	Porcentaje de ES con insumos y equipamiento de CONE Básico y Ampliado de Redes de Servicios por departamento.	Línea de base/salida CONE – Informe de CAI Departamental.
	El 90% del personal de los niveles I y II han sido capacitados en CONE y AIEPI neonatal.	Porcentaje de personal de ES de CONE Básico y Ampliado capacitados en COEm y AIEPI Neonatal.	Línea de base/salida CONE – Informe de CAI Departamental.

**Línea Estratégica: Fortalecer los sistemas de información, vigilancia, monitoreo y evaluación de la salud materna, perinatal y neonatal.**

Resultados	Meta	Indicador	Fuente de verificación
<b>Objetivo General</b> Hasta el año 2015, en Bolivia se habrá reducido la razón de mortalidad materna, y las tasas de mortalidad neonatal y perinatal.	La Razón de Mortalidad Materna se habrá reducido en 40 % (línea de base de 229 mm por 100.000 n.v ENDSA 2003).	- Razón de mortalidad materna nacional y por áreas geográficas	Encuesta post censal - SIP ENDSA 2008 – 2013/SNIS
		-Porcentaje de cobertura de atención de parto por personal calificado por área geográfica y departamentos	ENDSA 2008 – 2013/SNIS SIP
		-Porcentaje de uso de métodos anticonceptivos modernos por área geográfica y departamento	ENDSA 2008 – 2013/SNIS SIP
		-Porcentaje de controles pre natales por área geográfica y departamentos	ENDSA 2008 – 2013/SNIS SIP
		-Porcentaje de controles postnatales antes del tercer día por área geográfica y departamento.	ENDSA 2008 – 2013/SNIS
		-Porcentaje de embarazo adolescente por área geográfica y departamento.	ENDSA 2008 – 2013/SNIS SIP
		La Tasa de Mortalidad Perinatal se habrá reducido en un 20%	Tasa de Mortalidad Perinatal nacional y por departamentos.
	La Tasa de Mortalidad Neonatal se habrá reducido en un 20%	-Tasa de Mortalidad Neonatal nacional y por departamentos.	ENDSA 2008 – 2013/SNIS SIP
	La Tasa de Mortalidad Infantil se habrá reducido en un 30%	Tasa de Mortalidad Infantil nacional y por departamentos.	ENDSA 2008 – 2013/SNIS

**Organizaciones e Instituciones que aportaron para la elaboración del  
Plan Estratégico para Mejorar la Salud Materna, Perinatal y Neonatal 2009 – 2015**

Rosa Chambi Correa	Consejo Educativa de la Nación Quechua (CENAQ)		Maria Teresa Limpias Chavez	Confederación Nacional de Mujeres Indígenas de Bolivia	Santa Cruz
Jessy Marcela Lopez Gonzales	Asociación de Concejalas de Bolivia	La Paz	Vidal Santiago Mendoza	Consejo de Ayllus de Potosí	Potosí
Dominga Chinchilla Gitagachi	Central de Mujeres del Beni - Confederación de Pueblos Indígenas de Bolivia	Beni	Alpio Cula	Consejo Nacional de Ayllus y Marcas del Quillasuyu	La Paz
Elizabeth Anduarí Vaca	Central de Mujeres del Beni - Confederación de Pueblos Indígenas de Bolivia	Beni	Quintín Cruz Arias	Consejo Nacional de Ayllus y Marcas del Quillasuyu	La Paz
Yemi Suarez Parada	Central de Pueblos Mojeños del Beni	Beni	Tomas Mamani Vargas	Consejo Nacional de Ayllus y Marcas del Quillasuyu	La Paz
Jose Luis Alfaro	CIES Centro de Investigación Educación y Servicios	La Paz	Quintín Mamani	Coordinador Médico Infantil	La Paz
Elba Olivera Choque	Colegio de Enfermeras de Bolivia	La Paz	Albina Flores	CSCIB - Confederación Sindical de Comunidades Interculturales de Bolivia	La Paz
Leonida Zurita	Confederación de Mujeres Campesinas Originarias * Bartolina Sisa *	La Paz	Justino Huiza Mendoza	CSCIB - Confederación Sindical de Comunidades Interculturales de Bolivia	La Paz
Julio Oette	Confederación de Pueblos Indígenas de Bolivia	Santa Cruz	María Luisa Fuentes de Cardoso	Escuela Técnica de Salud	Cochabamba
Cristina Barreto Choque	Confederación Nacional de Mujeres Campesinas Indígenas y Originarias de Bolivia * Bartolina Sisa *	La Paz	Alexia Escobar	FCI Bolivia	La Paz
Fortunata Muñoz	Confederación Nacional de Mujeres Campesinas Indígenas y Originarias de Bolivia * Bartolina Sisa *	Oruro	Jorge Jemio Ortuño	Federación de Asociación de Municipios de Bolivia	La Paz
Justa Cabrera Guzman	Confederación Nacional de Mujeres Campesinas Indígenas y Originarias de Bolivia * Bartolina Sisa *	Santa Cruz	Freddy A. Trigo Inrate	Federación de Mujeres Campesinas Originarias * Bartolina Sisa *	Cochabamba
Luisa Vilca F.	Confederación Nacional de Mujeres Campesinas Indígenas y Originarias de Bolivia * Bartolina Sisa *	La Paz	Angelica Quispe	Federación de Mujeres Campesinas Originarias * Bartolina Sisa *	La Paz
Mario Rasguído	Confederación Nacional de Mujeres Campesinas Indígenas y Originarias de Bolivia * Bartolina Sisa *	La Paz	Antonia Largo Leon	Federación de Mujeres Campesinas Originarias * Bartolina Sisa *	Potosí
Nilda Copa Condoni	Confederación Nacional de Mujeres Campesinas Indígenas y Originarias de Bolivia * Bartolina Sisa *	La Paz	Betty Zentano Yelo	Federación de Mujeres Campesinas Originarias * Bartolina Sisa *	Oruro
Norma Troilo G.	Confederación Nacional de Mujeres Campesinas Indígenas y Originarias de Bolivia * Bartolina Sisa *	La Paz	Blanca Elena Ramirez Mendoza	Federación de Mujeres Campesinas Originarias * Bartolina Sisa *	La Paz
Segundina Flores	Confederación Nacional de Mujeres Campesinas Indígenas y Originarias de Bolivia * Bartolina Sisa *	La Paz	Elvita Franco Parada	Federación de Mujeres Campesinas Originarias * Bartolina Sisa *	Beni
			Emiliana Lloeta	Federación de Mujeres Campesinas Originarias * Bartolina Sisa *	La Paz
			Felicidad Ortuño Nogales	Federación de Mujeres Campesinas Originarias * Bartolina Sisa *	La Paz
			Felipa Churqui Churs	Federación de Mujeres Campesinas Originarias * Bartolina Sisa *	La Paz
			Gregoria Maldonado Rojas	Federación de Mujeres Campesinas Originarias * Bartolina Sisa *	La Paz

Juana Mamani Callisaya	Federación de Mujeres Campesinas Originarias * Bartolina Sisa *	La Paz
Teresa Miranda Rodríguez	Federación de Mujeres Campesinas Originarias * Bartolina Sisa *	Cochabamba
Martha Escalante Gutiérrez	Federación de Mujeres Campesinas, Indígenas y originarias Bartolina Sisa	Santa Cruz
Guillermo Cardozo	Federación de Mujeres Campesinas, Indígenas y originarias Bartolina Sisa Oruro	Oruro
Laura Reyna	Federación de Mujeres Campesinas, Indígenas y originarias Bartolina Sisa Oruro	La Paz
Angélica Quipe	Federación de Mujeres PDH	
María Esther Guzmán Méndez	H.V.CH. Barrojo	Barrojo
Eva Rodríguez Quiroz	HAM Independencia	Cochabamba
Plácido Gutiérrez Mollo	HAM Tacopaya	Cochabamba
Nora Saldía Pinto	HAM Tarija	Cochabamba
Epifania Chumacero	HAM Vila Vila	Cochabamba
Eugenio Cusitara Condori	HAM Vila Vila	Cochabamba
Sofía Quin Molinero	HAM Vinlo	Cochabamba
Claudia Bustamante	HAM	La Paz
Sergio Edwin Subirana	Hosp. Gineco - Obstétrico de Sucre	Chuquisaca
María de los Remedios Zamarrín	Hospital Materno Infantil	La Paz
Angel Maída Terceros	Hospital Materno Infantil German Urquidí	Cochabamba
Freddy Valle Calderón	Hospital Municipal Boliviano Holandes	La Paz
German Monasterios Mamani	Hospital Municipal de Camiri	Camiri
Rosario Y. Quinteros Escalera	Hospital Punata	Cochabamba
Javier Padilla Flores	Hospital Universitario Japonés	Santa Cruz
Melina Morales Lara	IPAS International Projects Assistance Services	La Paz
Haydee Padilla	OPS / OMS	La Paz
Martha Mejía	OPS / OMS	La Paz

Raúl Genson Uzquiano Moller	OPS / OMS	Santa Cruz
Ronald Gómez Michel	Proyecto Gestión de Calidad	La Paz
Bertha Pooley	Save the Children	La Paz
Haydee Enriquez	SEDES	
Arminda Menacho	SEDES BENI	Beni
Freddy Navarro Patzi	SEDES CHUQUISACA	Chuquisaca
Alicia Anca Améz	SEDES COCHABAMBA	Cochabamba
Lola Salinas Cespedes	SEDES COCHABAMBA	Cochabamba
Roberto Tardío	SEDES COCHABAMBA	Cochabamba
Carmen Comejo G.	SEDES LA PAZ	La Paz
Shirley Rocabardo	SEDES LA PAZ	La Paz
Carmen Huanca T.	SEDES URURO	Oruro
Paula Mejía Morales	SEDES PANDO	Pando
Vladimir Vicente Camecho	SEDES POTOSI	Potosí
Lilian Brun	SEDES SANTA CRUZ	Santa Cruz
Ruth Galvez Rloja	SEDES SANTA CRUZ	Santa Cruz
Carlos Wilber Leyton V.	SEDES TARIJA	Tarija
Patricia Carrasco Flores	SEDES TARIJA	Tarija
Ricardo Ballista	Socios para el Desarrollo	La Paz
Alberto Castro Andro	UNFPA	La Paz
Dulcinea García Paz	UNICEF	Cochabamba
Rosario Quiroga	UNICEF	La Paz
Fortunata Arias	UNICEF	Cochabamba
Rocio Lara	USAID	La Paz
Adolfo Zarate	USSC/ MSD Salud	La Paz
Meylin Suhelen Vega F.	USSC/ MSD Salud	La Paz
Ranalo Yuzra Lizarsu	USSC/ MSD Salud	La Paz
Jaqueline Reyes Maldonado	USSC/ MSD Salud	La Paz
Esther Morales Ayma		Oruro
Felix Choque		Cochabamba







-----

---

Bolivia Digna, Soberana, Democrática y Productiva

 **PARA VIVIR BIEN**