Maternal and Child Health Integrated Program (MCHIP)

Bolivia: Informe Final
1 de Octubre 2009 – 3 de Mayo 2013

Fecha de Presentación: 5 de Agosto de 2013

Producido por la revisión de:
United States Agency for International Development, USAID
Under Cooperative Agreement No. GHS-A-00-08-00002-000
Preparado por:
Jhpiego

Contenidos

ABREVIACIONES Y SIGLAS iv
MENCIONES Y AGRADECIMIENTOS vi
RESUMEN EJECUTIVO 1
ANTECEDENTES Y SITUACIÓN ACTUAL 2
DESCRIPCIÓN GENERAL DE LOS OBJETIVOS Y ACTIVIDADES 5
PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN Y RESULTADOS 10
LECCIONES APRENDIDAS Y CONCLUSIONES 36
ANEXO A: ACTIVIDADES Y CUADRO DE MONITOREO Y EVALUACIÓN 38
ANEXO B: HISTORIAS DE ÉXITO 43
ANEXO C: PERSONAL Y CONSULTORES DE MCHIP 44

Abreviaciones y Siglas

MATEP	Manejo Activo de la Tercera Etapa del Parto
POA	Planes Operativos Anuales
CDC	Centros de Desarrollo de las Competencias
CMCC	Ciclos de Mejora Continua de la Calidad
CONEm	Cuidados Obstétricos Neonatales de Emergencia
CONE	Cuidados Obstétricos Neonatales Esenciales
COEm	Cuidados Obstétricos de Emergencia
HPME	Hemorragias de la Primera Mitad del Embarazo
PF	Planificación Familiar
PF/SR	Planificación Familiar/Salud Reproductiva
HCP	*Healthy Communities Project* (Proyecto Comunidades Saludables)
JSI	*John Snow International*
MCHIP	*Maternal and Child Health Integrated Program* (Programa Integral de Salud Materna y Neonatal)
SM	Salud Materna
SMN	Salud Materna y Neonatal
MSD	Ministerio de Salud y Deportes
APA	Atención Post-Aborto
OPS	Organización Panamericana de la Salud
SR	Salud Reproductiva
SAFCI	Sistema Familiar Comunitaria Intercultural
GBER	Gerencia Basada en Estándares y Reconocimiento
SEDES	Servicios Departamentales de Salud
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
SUMI	Seguro Universal Materno Infantil
SSR	Salud Sexual y Reproductiva
ENDSA	Encuesta Nacional Demográfica y Salud
INE	Instituto Nacional de Estatística
MM	Mortalidad Materna

MMN	Mortalidad Materna y Neonatal
FEMME	*Foundations to Enhance Management of Maternal Emergencies* (Fundaciones para al Avance del Manejo de Emergencias Maternas)
HCI	*USAID Health Care Improvement Project* (Proyecto de Mejora del Atención de Salud USAID)
AMEU	Aspiración Manual Endouterina
DIU	Dispositivo Intrauterino
CBC	Capacitación Basada en Competencias
ONG	Organización No Gubernamentales
UNFPA	Fondo de las Naciones Unidas para la Población
ONU	Organización de las Naciones Unidas
IRH	*Institute for Reproductive Health* (Instituto de Salud Reproductiva)
HPP	Hemorragia Postparto
ACS	Agentes Comunitarios de Salud
LB	Línea de Base
HCPB	Historia Clínica Perinatal Base
CIES	Centro de Investigación, Educación y Servicios
SNIS	Sistema Nacional de Información en Salud
CAI	Comité de Análisis de Información
IASS	Infecciones Asociadas a los Servicios de Salud
MELA	Método de la Amenorrea de la Lactancia
MDF	Método de Días Fijos

Menciones y Agradecimientos

Este programa y el informe fueron posibles gracias al generoso apoyo del pueblo estadounidense a través de la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), bajo los términos del Acuerdo de Cooperación GHS-A-00-08-00002-000. Los contenidos son responsabilidad del Programa Integrado de Salud Materna e Infantil (MCHIP, por sus siglas en inglés) y no reflejan necesariamente las opiniones de USAID o del Gobierno de los Estados Unidos.

MCHIP es el principal Programa de Salud Materna, Neonatal e Infantil del Departamento para la Salud Mundial de USAID. MCHIP apoya programas en distintas áreas tales como salud materna, neonatal e infantil, inmunización, planificación familiar (PF), malaria y VIH/SIDA; y fomenta sólidamente las oportunidades para la integración entre ellas. Las áreas técnicas de corte-transversal incluyen agua, sanidad, higiene, salud urbana y fortalecimiento de los sistemas de salud.

Para hacer posible que un proyecto como MCHIP Bolivia resulte exitoso, fue imprescindible contar con el esfuerzo mancomunado de muchas personas e instituciones. Nos gustaría agradecer en forma individual a cada uno por su invaluable apoyo, el intentar mencionar a cada persona, sería difícil y seguramente olvidaríamos a muchos y consideramos que sería injusto. Los resultados presentados en este informe no se habrían alcanzado sin el liderazgo, participación, coordinación y la colaboración de este gran número de instituciones y de personas que se asociaron para el desarrollo del proyecto MCHIP Bolivia. La sabiduría colectiva e individual de cada uno de estos socios y las lecciones aprendidas de intervenciones previas contribuyeron significativamente con el éxito y el legado que deja MCHIP Bolivia en el país. Con esta aclaración hacemos extensivo nuestro agradecimiento a las siguientes instituciones:

MCHIP Bolivia agradece al Ministerio de Salud y Deportes (MSD) del Estado Plurinacional de Bolivia, a la Dirección de Planificación y Dirección General de Salud, a la Unidad de servicios de calidad y redes con quienes hemos coordinado nuestro plan de trabajo. A los Servicios Departamentales de Salud (SEDES) de Santa Cruz, Beni, Tarija, Chuquisaca y La Paz, con quienes se ha trabajo en forma conjunta coordinando el desarrollo y el cumplimiento de los Planes Operativos Anuales (POA) elaborados en cada uno de las unidades. No queremos dejar de lado el agradecimiento al personal operativo de cada institución con quienes trabajamos en forma muy estrecha, a las coordinaciones de red, municipios y establecimientos de salud de los tres niveles de atención por la permanente colaboración recibida de parte de ellos, así como su compromiso por el logro conjunto de los objetivos que permitieron mejorar la calidad técnica y la humanización de la asistencia médica, que ha influido notablemente en la calidad de los servicios para mujeres, hombres y niños Bolivianos.

El proyecto MCHIP Bolivia agradece a los responsables de la Misión de USAID/Bolivia, quienes coordinaron y supervisaron los aspectos financieros y técnicos de cada intervención que realizamos, y que apoyados fundamentalmente por el equipo de salud de USAID/Bolivia, hemos recorrido juntos un camino en función de mejorar la calidad de la atención para nuestro objetivo conjunto: la población Boliviana beneficiada.

El agradecimiento del equipo de MCHIP Bolivia se extiende también a nuestros socios con quienes hemos trabajado en las dos ultimas estrategias de salud de USAID/Bolivia; ENLACE en Salud con CARE Bolivia, PROCOSI, John Snow International y Socios Para el Desarrollo, y recientemente FORTALESSA con UNICEF, Organización Panamericana de la Salud (OPS), USAID DELIVER y Proyecto de Comunidades Saludables (*Healthy Communities Partnership*, HCP), por la coordinación técnico, financiera en cada intervención y a lo largo del trabajo de campo.

Finalmente MCHIP Bolivia agradece al equipo de trabajo, personal permanente y consultores locales por el esfuerzo, la dedicación y compromiso con que desarrollaron su trabajo y a los consultores internacionales por el aprendizaje que vinieron a impartir y todas las valiosas y prácticas enseñanzas que nos dejaron.

A nuestra oficina principal en los Estados Unidos de MCHIP y Jhpiego por el excelente equipo de apoyo, el de programas y finanzas por todo el esfuerzo en cada una de las actividades técnicas, financieras, por su continua supervisión y monitoreo, por los detalles grandes y pequeños, que hoy nos permiten decir, que juntos hemos cumplido con nuestra misión.

Resumen Ejecutivo

MCHIP reúne una asociación de 7 organizaciones internacionales con demostrado éxito en la reducción de la tasa de mortalidad materna, neonatal e infantil, así como en la desnutrición. En Bolivia, MCHIP trabajó mediante un acuerdo de cooperación con la Misión de USAID/Bolivia prestando Asistencia Técnica a fin de contribuir en el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) 4 y 5, que hacen referencia a la mortalidad materna e infantil del país.

Durante los últimos años, Bolivia ha registrado importantes resultados en varios indicadores de seguimiento a los ODM. Sin embargo y pese a estos esfuerzos, los datos preliminares de salud materna neonatal y de planificación familiar disponibles (Encuesta Nacional Demográfica y Salud, ENDSA 2008) no reflejan una mejora significativa, lo que concuerda con el último informe de progreso de los ODM (2010), por lo que aún es necesario realizar esfuerzos adicionales y asignar recursos financieros para ampliar las acciones, de salud materna y neonatal. Así mismo, será necesario garantizar la sostenibilidad de las acciones emprendidas.

El gobierno de Bolivia ha venido desarrollando una serie de políticas tendientes a proteger y mejorar la salud de madres y niños, siendo uno de los mayores desafíos asegurar el acceso universal a la Salud Sexual y Reproductiva (SSR) y mejorar la respuesta y calidad de los servicios en un sistema de salud que se encuentra fragmentado en varios componentes que no se coordinan, con un liderazgo débil del MSD, y un personal desmotivado.

USAID/Bolivia ha venido apoyando la mejora de la salud de mujeres en edad fértil, gestantes y recién nacidos hace aproximadamente 15 años en diferentes proyectos y áreas geográficas del país en base a las necesidad determinadas por el MSD y las políticas vigentes relacionadas.

MCHIP fue parte junto con otros socios en las dos ultimas estrategias de la Misión de USAID en Bolivia; los programas de ENLACE en Salud (Oct 2009 a Dic 2011) y FORTALESSA (Ene 2012 a Sep 2017), con el fin de contribuir junto con el MSD a nivel nacional, los SEDES a nivel departamental y las Coordinaciones de Red, los municipios y los establecimientos de salud, a mejorar la salud de mujeres en edad reproductiva, de gestantes y recién nacidos a través del fortalecimiento de la capacidad de respuesta del sistema de salud en la red de atención, tendiente al desarrollo de redes de salud integrales y funcionales, siguiendo los lineamientos de la política nacional vigente Sistema Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI).

MCHIP enfocó su trabajo en el mejoramiento del acceso a servicios de alta calidad,, formando proveedores de salud competentes en prácticas clínicas basada en evidencia en las áreas de Salud Maternal y Neonatal (SMN), incluido el Manejo de Emergencias Obstétricas (COEm), Planificación Familiar (FP), Atención Post-Aborto (APA), y trabajando en conjunto con las redes de salud de las áreas geográficas priorizadas con la meta de mejorar el desempeño y calidad de los servicios a través de implementar e institucionalizar un proceso de mejora de la calidad usando como referencia la metodología de Jhpiego de Gerencia Basada en Estándares y Reconocimiento (GBER).

El trabajo de MCHIP abarcó 19 redes de salud en 5 departamentos (Santa Cruz, Beni, Tarija, Chuquisaca y La Paz), donde se apoyó a los SEDES a iniciar los procesos de mejora de la calidad, desarrollando en los equipos locales una cultura de monitoreo, de identificación de sus brechas, de supervisión y evaluación de sus planes de acción y de reconocimiento de los logros en base a estándares. Proceso que fue acompañado de formación de equipos de calidad, de supervisores y de capacitadores clínicos, para apoyar el seguimiento e implementación de las mejores practicas clínicas y de gestión.

El logro más importante obtenido durante el programa de ENLACE fue la inserción de la metodología GBER en el diseño y contenido del documento y herramientas respectivas de la "Guía de implementación de redes funcionales e integrales de Salud Materna y Neonatal" dentro del marco de la SAFCI en su componente de Salud Materna y Neonatal, que es la política del MSD. Además del diseño del instrumento de estándares con 7 áreas de intervención, y diferenciado por niveles de atención.

El equipo técnico de MCHIP fue capacitado y acreditado en la implementación de GBER por Jhpiego, para luego tomar el liderazgo en apoyar la implementación de este proceso en 71 establecimientos de cuatro departamentos de Bolivia Beni, Chuquisaca, Tarija y Santa Cruz. El proceso de mejora de la calidad se amplió incluso a áreas fuera del proyecto en Santa Cruz y lo incluyeron en sus POAs. Asimismo MCHIP con apoyo de consultores y material de aprendizaje de Jhpiego, inició la formación y acreditación de 19 capacitadores clínicos competentes en SMN, que replicaron las capacitaciones al personal de la redes según las necesidades identificadas. Para apoyar ese proceso MCHIP con apoyo de consultores de Jhpiego reforzaron las destrezas de supervisión en los directivos de los SEDES, de las redes y de los establecimientos de salud.

Durante el programa de FORTALESSA, MCHIP continuó apoyando el proceso de mejora de la calidad, llamado ahora por el MSD Ciclos de Mejora continua de la Calidad (CMCC), para el fortalecimiento de redes integrales y eficientes en las redes de Chuquisaca, e inició el proceso en redes de La Paz. La respuesta de los directivos y proveedores de servicios estaba siendo excelente, al igual que en la fase anterior con ENLACE, con gran compromiso de los equipos locales y centrales en los procesos de mejora de la calidad, incluyendo la implementación de las practicas recomendadas, cada vez era menos la resistencia al cambio observada, producto de la motivación y confianza de los equipos en el proceso de mejora.

En esta fase se esperaba formar y consolidar un equipo de capacitadores clínicos, para apoyar procesos de capacitación continua en las redes, apoyar el desarrollo de Centro de Capacitación Nacional y un sistema de capacitación/actualización continua, así como institucionalizar el proceso de mejora de la calidad incorporando sus actividades en los POAs para asegurar la sostenibilidad de los procesos de mejora de la calidad.

Estos procesos han tenido dificultades por las diferentes maneras de manejo financiero de las organizaciones implementadoras, lo que dificultado la coordinación y conciliación de procesos, pero es bueno rescatar que el trabajo con fondos de contraparte ha hecho que nuestros objetivos se cumplan, creando mayores expectativas y que nuestros indicadores estén por encima de lo programado.

La salida del país de USAID a solicitud del gobierno actual, deja estas actividades de MCHIP interrumpidas, y equipos desmotivados, las que sin duda, sin asistencia técnica ni financiera para continuar, sus procesos quedarán truncados y sin posibilidad de retomarlos.

Antecedentes y Situación Actual

El Estado Plurinacional de Bolivia es un país en vías de desarrollo ubicado en el corazón de América del Sur, con una población de 10.426.154 (proyección 2010), de estructura joven (64 % menor de 30 años), 62.5% de población indígena: quechua, aymará, chiquitanos y otros, con una tasa anual de crecimiento de 1.9%, y una esperanza de vida al nacer de 66 años (ambos sexos - *Instituto Nacional de Estatística* [INE] 2005-2010).

En Bolivia, la muerte de las madres continua siendo una epidemia silenciosa, al igual que la muerte perinatal y neonatal, es un hecho tan común que ha dejado de ser trascendente y llegado

a ser un “evento” aceptado casi con naturalidad en muchas comunidades. En el marco de la nueva Constitución Política del Estado y el Plan Nacional de Desarrollo, se declara “El hecho de ser madre y nacer en Bolivia no debe constituirse en un factor de riesgo el embarazo y el nacimiento saludable son condiciones ineludibles para vivir bien.

Bolivia mantiene la tasa más alta de mortalidad materna (MM) en la Región. Entre los años 1994 a 2003 (ultimo dato disponible ENDSA 2008), la razón de MM tuvo una reducción importante de 390 a 229 x 100.000 n.v. para luego estabilizarse, lejos de alcanzar la meta del milenio (102 x 1.000 n.v.) en 2015. Las hemorragias, infecciones en el embarazo complicaciones del aborto, hipertensión y parto prologado representan el 65% de las causas de muertes maternas. Un 34% de las muertes está asociado con violencia intrafamiliar, accidentes, homicidios y suicidios.

La mayor cantidad de muertes maternas se dan en la región del Altiplano, en domicilio (53%), asociada a la ruralidad, alta prevalencia de anemia y mayor vulnerabilidad de la población indígena. Asimismo, 37% de las muertes ocurren en los servicios de salud (INE, 2000) asociada a la consulta tardía y manejo clínico inadecuado. Se calcula que 7 de cada 10 muertes de mujeres podrían ser evitadas con una atención calificada del parto.

Las acciones estratégicas desarrolladas por Bolivia para disminuir las tasas de mortalidad materna y neonatal, orientadas a aumentar la demanda y calidad de atención son principalmente tres: el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) (2003), que asegura la atención gratuita a gestantes, puérperas y niños menores de 5 años, el SAFCI (2008), un modelo para un sistema único de acceso universal, cuyo objetivo es atender a la familia y la comunidad, con un enfoque integral e intercultural, con énfasis en promoción y prevención, y que facilita el acceso a los servicios de salud y, recientemente el Plan Estratégico Nacional para mejorar la Salud Materna, Perinatal y Neonatal (2009-2015) con el objetivo de fortalecer las redes de servicios de salud con emergencia obstétrica y neonatal (CONEm) mediante la aplicación de prácticas basadas en evidencia científica para mejorar la atención materna y del recién nacido (RN).

De acuerdo al ultimo informe (2010) de progreso de los ODM ha habido avances, aunque no han sido homogéneos en toda la población, siendo el área rural y los pobres, los más rezagados.

En este informe se señala que en relación al ODM 4, hubo una reducción importante de la mortalidad infantil (MI), aunque todavía es una de las más altas de la región, y en mayor proporción la mortalidad neonatal, que se ha mantenido en 27 x 1000 n.v. (entre 2003 y 2008), representando el 54% de la MI, cuyas principales causas son la prematurez y la asfixia perinatal. De allí que se sugiere el fortalecimiento de las redes de servicios de salud de emergencias obstétricas neonatales, y de atención continua tales como atención prenatal, atención institucional del parto y posparto, atención del RN, acceso a una atención de emergencia cuando se requiera, alimentación adecuada de la madre y, educación sobre lactancia y hábitos saludables. A pesar de estos esfuerzos, aún queda mucho por hacer ya que no se ha logrado el impacto deseado.

En relación al ODM 5, este informe señala que en 2009 aumentó la cobertura de atención de parto institucional (67%), atribuible a la implementación del bono Juana Azurduy (2009), un incentivo económico para las gestantes que asistan a 4 controles prenatales, tengan su parto con personal calificado, y 1 control posparto, y por cada control de desarrollo para los niños menores de 2 años. Sin embargo, aún está pendiente analizar las causas por las que las gestantes no acuden a los servicios de salud. A fin de mejorar la capacidad de respuesta, el MSD está enfatizando el fortalecimiento de las redes de servicios de salud con el sistema de referencia y retorno.

La atención prenatal, de al menos 4 controles por gestante tuvo un importante incremento en el periodo 1994-2008 (72.3%) aunque aún persiste una brecha en áreas rurales (59.5%). Aunque el uso de anticoncepción (AC) modernos ha incrementado en los últimos veinte años, particularmente en zonas rurales, aún es inferior al resto de los países de la Región, observándose una desaceleración desde 2003, lo que indica la necesidad de hacer mayores esfuerzos en esta área. La mejora en la demanda insatisfecha de PF ha sido mínima en los últimos 15 años (de 23.2% a 20.2%), al igual que los otros indicadores de salud, hay una fuerte disparidad, siendo la población pobre y de zonas rurales las mas afectadas.

Entre los desafíos al acceso universal a la SSR que propicia SAFCI, está la disponibilidad y calidad de los servicios, y disminuir las limitaciones que influyen en la utilización de estos servicios. Asimismo, el Plan de Desarrollo Sectorial (2009-2020) plantea los desafíos y oportunidades en base a los resultados del periodo 2006-2009. Entre las áreas que requieren intervención menciona la fragmentación del sector salud (diversos componentes no unificados) con débil rectoría del MSD por lo que las políticas, lineamientos y normas elaboradas por el MSD son parcialmente aplicados por los integrantes del sector; la inequidad donde las necesidades de salud no son satisfechas por igual; ineficiente capacidad resolutiva de los servicios; no existe una coordinación y comunicación adecuada para la gestión sanitaria entre el MSD y los diferentes componentes del sector salud; no hay reconocimiento para la medicina tradicional; el gasto del sector no es eficiente; el financiamiento es insuficiente y un recurso humano desmotivado e insuficiente para realizar las intervenciones propuestas.

Durante los últimos años, Bolivia ha registrado importantes resultados en varios indicadores de seguimiento a los ODM. Sin embargo y pese a estos esfuerzos, los datos preliminares de salud materna neonatal y de planificación familiar disponibles (ENDSA 2008) no reflejan una mejora significativa. Bolivia continúa enfrentando graves desafíos que tienen un impacto adverso en las condiciones de salud de las mujeres y niños por lo que aun es necesario realizar esfuerzos adicionales y asignar recurso financieros para ampliar las acciones, particularmente en los de salud materna y neonatal, que requieren especial atención. Así mismo, será necesario garantizar la sostenibilidad de las acciones emprendidas.

USAID/Bolivia ha venido apoyando la mejora de la salud de mujeres en edad fértil, gestantes y recién nacidos hace aprox. 15 años en diferentes proyectos y áreas geográficas del país en base a las necesidad determinada por el MSD y las políticas vigentes relacionadas. MCHIP participó en las dos ultimas estrategias de la Misión de USAID en Bolivia; los programas de ENLACE en Salud (Oct 2009 a Dic 2011) y FORTALESSA (Ene 2012 a Sep 2017), con el fin de contribuir junto con el MSD a nivel nacional, los SEDES a nivel departamental y las Coordinaciones de Red, los municipios y los establecimientos de salud, a mejorar la salud de mujeres en edad reproductiva, de gestantes y recién nacidos a través del fortalecimiento de la capacidad de respuesta del sistema de salud en la red de atención, tendiente al desarrollo de redes de salud integrales y funcionales.

ENLACE en Salud fue un consorcio de 7 socios liderado en un principio por CARE y posteriormente, por MCHIP y Socios Para el Desarrollo), cuyo objetivo fue retomar las intervenciones de SMN interrumpidas en 2008 por el cierre de EngenderHealth, USAID/Bolivia solicita a ENLACE la elaboración de una propuesta de intervención para la siguiente estrategia de USAID, en base a las experiencias exitosas anteriores en el país y a lo que el MSD estaba promoviendo y realizando en esta área, se utilizó también como referencia la experiencia del proyecto *Foundations to Enhance Management of Maternal Emergencies* (FEMME) desarrollado en el Perú para la implementación de redes obstétricas y neonatales, y la metodología de Jhpiego para mejorar la calidad de los servicios de salud en el marco de una gestión basada en estándares y reconocimiento.

El programa FORTALESSA reúne a OPS, UNICEF y HCP, para que con la asistencia técnica de MCHIP, DELIVER y USAID Health Care Improvement Project (HCI) apoyen al MSD en el desarrollo de redes de salud integrales y funcionales de acuerdo a la política nacional vigente SAFCI. El programa se cerró prematuramente en Mayo 2013 como consecuencia de la inesperada decisión del Gobierno actual de Bolivia de expulsar a la Misión de USAID del país.

Descripción General de los Objetivos y Actividades

La intención de MCHIP fue respaldar los esfuerzos del Gobierno de Boliviano para mejorar los servicios de salud materna y neonatal mediante el fortalecimiento de las capacidades técnicas de los proveedores de salud del sector público para prestar servicios de alta calidad con eficiente capacidad resolutiva, esto a través de actualización, capacitación e institucionalización de normas y mejores practica basadas en la evidencia que se relacionan con el mejoramiento de la salud materna y neonatal y con los índices de supervivencia.

MCHIP enfocó su trabajo en el mejoramiento del acceso a servicios de alta calidad, formando proveedores de salud en prácticas clínicas basada en evidencia en las áreas de SMN, PF, y APA, trabajando en conjunto con las redes de salud de las áreas geográficas priorizadas con la meta de mejorar el desempeño y calidad de los servicios a través de implementar e institucionalizar un proceso de mejora usando como referencia la metodología GBER de Jhpiego.

OCTUBRE 2009 A DICIEMBRE 2011: MCHIP BAJO ENLACE EN SALUD

En 2009, USAID/Bolivia determinó que para apoyar el cumplimiento de la política SAFCI, era necesario introducir nuevas actividades de promoción dirigidas a la comunidad y autoridades locales de salud a fin de fortalecerlos en temas de salud reproductiva (SR) y PF. Así como en mejorar la utilización y demanda de los servicios de salud, mejorar los procesos de gestión municipal y en particular la gestión en salud.

Por esta razón en octubre del 2009 USAID/Bolivia decidió continuar apoyando el componente de SMI de su estrategia de salud 2006-2011, cuyas intervenciones estaban suspendidas desde el cierre anticipado en el 2008 del proyecto de EngenderHealth, para lo cual conformó el programa denominado **ENLACE en Salud** reuniendo a 6 socios implementadores, 5 de ellos se encontraban desarrollando sus proyectos en Bolivia, CARE, Instituto de Salud Reproductiva (Insitute for Reproductive Health [IRH]) de la Universidad de Georgetown, Gestión y Calidad John Snow, PROCOSI y Socios Para el Desarrollo. MCHIP fue el nuevo socio que se incorporó con dedicación exclusiva a ENLACE en Salud para brindar la asistencia técnica en base a la experticia de Jhpiego. Este programa contó además con la participación activa de representantes del MSD central y de las 4 SEDES departamentales seleccionadas para la intervención de este programa: Chuquisaca, Tarija, Beni y Santa Cruz, las que fueron seleccionadas por el MSD para esta intervención, que cubrió 10 redes de salud, 27 Municipios y 293 establecimientos de salud.

ENLACE en Salud tuvo como meta apoyar el fortalecimiento e implementación de redes de salud integrales y funcionales, en base a las políticas actuales del país descritas en la Nueva Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia, el Plan de Desarrollo Sectorial, el SUMI, SAFCI, así como en los Planes Estratégicos para mejorar la Salud Materna Perinatal y de SSR, y en las normas para el fortalecimiento de redes de servicios, para lo cual se definieron **los siguientes objetivos para MCHIP**:

- **Objetivo 1:** Validar una "Guía de implementación de redes integrales y funcionales de Salud Materna y Neonatal" en sus componentes de SMN, PF y APA, aplicándolo en 10 redes de salud de los 4 departamentos del área geográfica asignada al proyecto;
- **Objetivo 2:** Mejorar la capacidad y competencias de los proveedores de atención en salud de los distintos niveles de atención, para aplicar las prácticas basadas en evidencia en las áreas de SMN, PF y APA;
- **Objetivo 3:** Apoyar el proceso de revisión y socialización de las políticas y normas de SMN, PF y atención a las hemorragias de la primera mitad del embarazo (HPME) en Bolivia; y
- **Objetivo 4:** Mejorar la disponibilidad y calidad de la SMN con mejores prácticas y servicios.

Desde octubre del 2009 a diciembre 2011, MCHIP apoyó intervenciones en los tres niveles de atención del sistema de salud: Nacional, Departamental (SEDES) y Local (redes de salud y establecimientos de salud), enfocando su asistencia técnica en apoyar al MSD en el proceso de revisión y socialización de las políticas y normas de SMN, PF, HPME/APA, así como en la socialización de las políticas como la SAFCI, y las políticas relacionadas con la mejora de la calidad y acreditación de establecimientos de salud y de referencia y retorno, en las redes priorizadas en los 4 departamentos del proyecto.

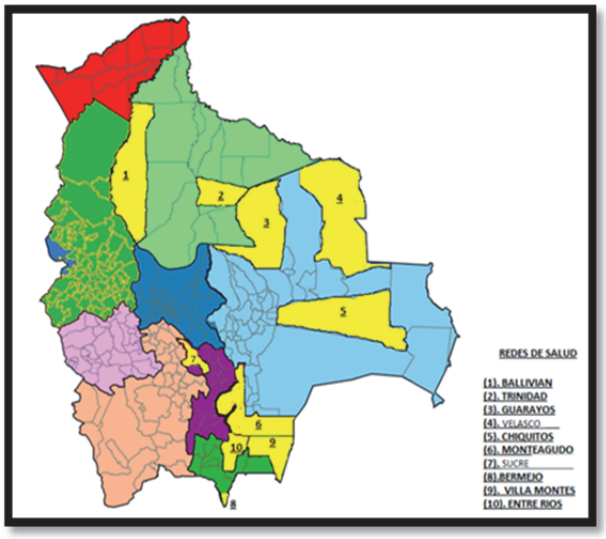
Así mismo MCHIP brindó asistencia técnica para la implementación de estándares de calidad clínicos y de gestión en los establecimientos de salud, para capacitaciones en destrezas clínicas y destrezas de capacitación, y seguimiento en terreno con presencia permanente de personal del proyecto, en las áreas clínicas de PF, SR y APA.

Durante el trimestre octubre a diciembre del 2010, debido a la finalización de los diferentes proyectos reunidos en ENLACE, y por mandato de USAID Bolivia, MCHIP asumió la responsabilidad de implementar toda la estrategia de fortalecimiento de las redes de servicios a través de la metodología del GBER, agregando a sus componentes originales, el componente de SMN/Cuidados Obstétricos Neonatales Esenciales (CONE) y de Emergencias Obstetricias Neonatales (CONEm) que manejaba CARE, y componente de PF natural que era responsabilidad del Instituto de Salud Reproductiva de la Universidad de Georgetown.

REGIONES DE IMPLEMENTACIÓN - ENLACE EN SALUD

Debido a ajuste financieros, del proyecto ENLACE, solo 6 de las 10 redes priorizadas pudieron recibir la intervención completa planificada (Chiquitos de Santa Cruz, Villamontes y Bermejo de Tarija, Sucre y Monteagudo en Chuquisaca y Ballivian del Beni). En las otras 4 redes (Guarayos y Velasco en Santa Cruz; Trinidad en el Beni y Entre Rios de Tarija) se realizaron intervenciones puntuales tales como capacitación clínica de temas específicos identificados como deficitarios o solicitados por los directivos de los establecimientos en las áreas de SMN (CONE), CONEm y PF, seguida de réplicas de estas capacitaciones al personal de los establecimientos de las redes. Asimismo se implementaron estándares específicos de SMN. En la selección de las redes para esta intervención diferenciada se consideró dar un mayor apoyo a las redes con mejor accesibilidad y que había iniciado procesos similares con proyectos anteriores y presentaban avances.

Figura 1: MCHIP Áreas Priorizadas por la Estrategia ENLACE en Salud



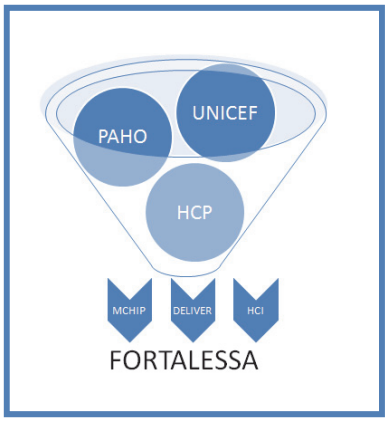
ENERO 2012 A MAYO 2013: MCHIP BAJO FORTALESSA

Desde enero del programa **FORTALESSA** como la nueva estrategia de salud conjunta entre USAID/Bolivia y el MSD, centró su intervención principalmente en dos departamentos del pais, Chuquisaca y La Paz, los cuales fueron priorizadas como regiones de alta necesidad por USAID y el MSD. La estrategia de FORTALESSA reunió a OPS, UNICEF y HCP como organizaciones contrapartes, y MCHIP, DELIVER y HCI para dar la asistencia técnica necesaria en sus areas de experticia en base a los objetivos comunes para apoyar el fortalecimiento de los servicios de salud en todos los niveles del sistema de salud – desde la comunidad, los establecimientos de salud, y municipio.

El programa FORTALESSA tuvo como meta tres resultados, de los cuales MCHIP contribuyó, especialmente con el Resultado 2:

- Resultado 1: Gestión participativa y sistemas operativos fortalecidos en todos los niveles del sistema de salud (gestión participativa y liderazgo).
- Resultado 2: Acceso incrementado y calidad mejorada de la atención en salud intercultural
- Resultado 3: Hombres, mujeres, niños y niñas movilizados y empoderados para demandar y ejercer sus derechos a la salud (promoción y participación social

Figura 2: Estructura funcional de FORTALESSA



Los objetivos específicos de MCHIP bajo FORTALESSA fueron los siguientes:

- **Objetivo 1:** Mejorar la disponibilidad y calidad de los servicios de SM, PF/SR y APA en los establecimientos de salud de las redes integrales de salud priorizadas.
- **Objetivo 2:** Fortalecer la capacidad y competencias de proveedores de salud a varios niveles de atención para aplicar practicas basadas en evidencia por los servicios de SMN, PF, APA en las áreas priorizadas.
- **Objetivo 3:** Fortalecer los Centros de Desarrollo de Competencias (CDC) en PF/SR en hospitales de los departamentos elegidos.

REGIONES DE IMPLEMENTACION – FORTALESSA

El programa de FORTALESSA trabajo en 13 redes de salud (7 en Chuquisaca y 6 en La Paz) que incluyeron areas rurales y urbanas, abarcando 57 municipios, y un total de 535 centros de salud de los tres niveles de atención. El Cuadro 1 muestra el número de los establecimientos de salud a intervenir con FORTALESSA.

Cuadro 1: Número de establecimientos de salud a intervenir con el proyecto MCHIP desde Enero 2012 a Septiembre 2013

SEDES	RED	MUNICIPIO	HOSPITAL 3ER NIVEL	HOSPITAL 2DO NIVEL	CENTRO DE SALUD	PUESTO DE SALUD	TOTAL ESTABLECIMIENTOS
CHUQUISACA	7	29	1	5	177	182	366
LA PAZ	6	28	0	9	56	104	169
TOTAL	13	57	1	14	233	286	534

MCHIP hasta la fecha del cierre del proyecto logró cubrir 4 de las 6 Redes de Salud en La Paz: Yungas, Camacho, Los Andes Manco Kapac y Los Andes y 5 de las 7 Redes de Salud en Chuquisaca: Tarabuco, Oropeza, Monteagudo, Sucre y Camargo con la implementación de la metodología de GBER, contribuyendo al proceso que el MSD de Bolivia denomino: "Ciclos de Mejora Continua de la Calidad (CMCC)". Las redes de salud restantes recibieron asistencia técnica puntual de MCHIP en algunos temas solicitados y de acuerdo al presupuesto disponible en el momento.

Al comienzo del año 2012, MCHIP empezó la implementación de GBER en el Departamento de La Paz, seguida de la capacitación de capacitadores clínicos, continuando al mismo tiempo con las actividades de GBER en el Departamento de Chuquisaca que fueron iniciadas por MCHIP bajo la estrategia ENLACE en Salud, incluyendo ahora el trabajo con las autoridades de salud en Chuquisaca para desarrollar y mejorar sus habilidades de supervisión así como o su conocimiento del proceso de estandarización. También MCHIP empezó a trabajar con UNICEF para finalizar una estrategia para implementar los CDC en Chuquisaca y La Paz, así como para identificar instituciones de salud donde establecer dichos Centros.

El Cuadro 2 muestra el número de establecimientos de salud que recibieron apoyo de MCHIP en el periodo de octubre del 2012 a mayo del 2013, por red y nivel de atención. El total de 419 establecimientos representa 78% del total de establecimientos en todas las redes de los departamentos de La Paz y Chuquisaca.

Cuadro 2: Número de establecimientos de salud a intervenir con el proyecto MCHIP desde Octubre 2012 a Sep 2013

REDES Y MUNCIPIOS DE INTERVENCIÓN DEL PROYECTO FORTALEZA						
Gestion Octubre 2012 a Septiembre 2013						
SEDES	RED	HOSPITAL 3er Nivel	HOSPITAL 2do Nivel	CENTRO DE SALUD	PUESTO DE SALUD	TOTAL EST. DE SALUD
LA PAZ	LOS ANDES	0	1	7	0	8
	RURAL 8	0	5	16	28	49
	RED RURAL 5	0	3	8	17	28
	RED RURAL 3 CAMACHO	0	1	8	20	29
	4	*0*	*10*	*39*	*65*	*114*
CHUQUISACA	MONTEAGUDO	0	1	21	37	59
	CAMARGO	0	1	17	55	73
	SUCRE	2	2	80	11	95
	OROPEZA	0	0	12	17	29
	TARABUCO	0	0	18	31	49
	5	*2*	*4*	*148*	*151*	*305*
TOTAL	*9*	*2*	*14*	*187*	*216*	*419*
FUENTE: SNS 12 01 2012 MSD						

Figura 3: MCHIP Áreas Priorizadas por el programa FORTALESSA

Proceso de Implementación y Resultados

OCTUBRE 2009 A DICIEMBRE 2011: MCHIP BAJO ENLACE EN SALUD

<u>Objetivo 1:</u> Validar la integración de la "Guía de implementación de redes integrales y funcionales de Salud Materna y Neonatal Enlace en Salud" en sus componentes de SMN, PF, y Atención a las HPME, aplicándolo en diez redes de salud de los cuatro departamentos del área geográfica del proyecto

GUÍA NACIONAL DE IMPLEMENTACIÓN DE REDES DE SALUD

Durante el primer periodo de ENLACE, MCHIP participó en el diseño, definición de la estructura y propuesta de una "Guía de implementación de redes integrales y funcionales de Salud Materna y Neonatal" que fue solicitada por USAID/Bolivia. Esta guía fue elaborada en base a las políticas de salud vigentes en el país, y presentada al MSD para su aprobación en diciembre del 2011.

Esta guía incluyó el proceso para la mejora de la calidad de atención y gestión en base a estándares, como una herramienta practica para apoyar el desarrollo de redes de salud integrales y funcionales, aprovechando y consolidando las diferentes experiencias de mejora de la calidad que habían estado desarrollado en Bolivia tanto los socios de ENLACE como otras organizaciones, en la comunidad, municipio y servicios de salud, durante los últimos años en el marco de la estrategia de USAID/Bolivia 2006 al 2011.

Una vez aprobada por el MSD, esta guía apoyaría a las redes de salud a nivel nacional para hacer una realidad la creación del marco SAFCI. Fortalecerá la uniformidad y la calidad de la atención médica a las mujeres en todo el país mediante el establecimiento de estándares claros y alcanzables de prestación de servicios.

Debido al cambio permanente de las autoridades en las direcciones correspondientes al área de redes y calidad, este documento se retrasó en su revisión y aprobación, sin embargo la Guía fue implementada a nivel operativo en fase piloto con autorización del MSD en las redes de salud de ENLACE desde que se empezó la elaboración del documento, lo que hizo que se fueran incorporando las modificaciones que surgieron de las experiencias y lecciones que se obtuvieron en campo al documento final que se terminó con el apoyo de SPD, como documento de USAID. El MSD adoptó esta metodología para contribuir a la metodología CMCC. Es importante hacer notar que el proceso de GBER iniciado en los hospitales de 1er y 2º nivel de atención, continúa aún después del término de la asistencia técnica de MCHIP. Asimismo, las SEDES de Santa Cruz y Tarija promovieron y apoyaron la extensión de GBER a otras redes que no eran parte de MCHIP. El departamento de Chuquisaca como parte de la nueva estrategia de USAID/Bolivia, continuó implementando los CMCC con el apoyo de MCHIP.

Objetivo 2: Mejorar la capacidad y competencias de los proveedores de atención en salud de los distintos niveles de atención para aplicar las practicas basadas en evidencia en la SMN, PF y Atención a las HPME

CAPACITACIONES CLÍNICAS EN SERVICIO

Las capacitaciones realizadas respondieron a las necesidades de capacitación identificadas en los establecimientos de salud que implementaron procesos de mejora de la calidad. Se enfatizó en las destrezas clínicas recomendadas internacionalmente en base a la evidencia disponible y en el logro de la competencia de los proveedores, usando como base estándares clínicos. Fueron realizadas en servicio para evitar así dejar a los servicios de salud sin o insuficiente personal. Los capacitadores dependientes del servicio departamental de salud fueron declarados en comisión para estas capacitaciones, a fin de optimizar los recursos tanto financieros como humanos y buscando la sostenibilidad de los procesos de capacitación.

APA/HPME

Con el objetivo de incrementar el manejo y prevención de las HPME mediante el procedimiento de **Aspiración Manual Endouterina (AMEU)** y el uso de métodos anticonceptivos post aborto en establecimientos del área rural, se actualizó a un total de **85 proveedores de salud** proveniente de 42 de los 71 establecimientos priorizados por el proyecto, que tenían el personal calificado para optar a esta capacitación de los.

Estas capacitaciones consistieron en actualización teórica y práctica en modelos anatómicos seguida por pasantías apoyadas por los capacitadores en los hospitales de referencia departamental de 3er nivel: Percy Boland en Santa Cruz, Hospital Materno Infantil en Beni, Hospital San Juan De Dios en Tarija, y Hospital Gineco-Obstetrico Jaime Porcel en Chuquisaca. Las capacitaciones estuvieron a cargo de expertos internacional y luego de capacitadores locales que fueron seleccionados por los capacitadores externos de acuerdo a sus competencias e interés.

Terminada la pasantía, cada proveedor recibió para su establecimiento el instrumental para realizar AMEU, un CD interactivo sobre AMEU, las normas nacionales de HPME, el estándar de manejo de HPME, y registros para el seguimiento estadístico. Esto con el fin de promover y facilitar la práctica del AMEU al retornar a sus establecimientos de trabajo, así como el seguimiento del cumplimiento de este estándar, en el proceso de mejora de la calidad. Con este mismo fin, MCHIP donó equipos de AMEU a 42 establecimientos de salud, priorizados en el área geográfica del proyecto.

CONE Y CONEM

MCHIP alcanzó el 60% de la meta propuesta equivalente a 545 proveedores de 66 establecimientos que recibieron actualización o capacitación en prácticas basadas en evidencia tanto en CONE como CONEm, tales como atención prenatal enfocada, uso del partograma, episiotomía restrictiva, el Manejo Activo de la Tercera Etapa del Parto (MATEP), atención inmediata del RN, reanimación neonatal, y manejo de las causas más frecuentes de morbi-mortalidad materna y neonatal en el país (hipertensión inducida por el embarazo, hemorragias, sepsis y asfixia neonatal).

En cada una de las capacitaciones, se difundió las normas nacionales de la atención materna, así como los instrumentos usados por el MSD como la **Historia Clínica Perinatal Base** (HCPB) y el **partograma**. MCHIP donó equipos básicos para la atención de parto normal (pinzas kocher y tijera), para contribuir a paliar las deficiencias identificadas en 23 establecimientos que no tenían el instrumental, y/o este, se encontraba en mal estado, para facilitar la atención del parto según el estándar.

PF

Asimismo, **190 proveedores de salud** recibieron capacitación o actualización en inserción del dispositivo intrauterino (DIU), Orientación y Anticoncepción, incluyendo entre otros tema, la técnica de escucha activa en orientación, métodos modernos y naturales disponibles, y derechos sexuales y reproductivos. Estas capacitaciones se implementaron solo en 2 departamentos de los 4 del proyecto: Santa Cruz y Chuquisaca. No fue posible cumplir con el cronograma en el Beni por estar en alerta roja climática (inundaciones) y declarada área inaccesible en el periodo programado para estas capacitaciones. En el departamento de Tarija no se realizaron capacitaciones en planificación familiar puesto que el SEDES Tarija priorizó actividades de SMN en este periodo.

Después de concluida la capacitación y con el objetivo de apoyar a los capacitados en la implementación de estas prácticas, MCHIP donó a 46 establecimientos de salud de los departamentos de Santa Cruz y Chuquisaca, equipos para inserción de DIU, y distribuyó el material de apoyo para las orientaciones, que fue recientemente actualizado por el MSD con apoyo de MCHIP: "Rotafolio de Anticoncepción" y "Saber Para Decidir".

Otra metodología que se utilizó para la actualización en anticoncepción, especialmente en las áreas rurales y de difícil acceso, fue el **Módulo de Auto-aprendizaje en Anticoncepción,** que ha sido utilizado anteriormente y con buenos resultados por otros proyectos en el país, este módulo fue desarrollado por EngenderHealth (2005-2006). Se capacitó a un total de **32 proveedores de salud** de los departamentos de Chuquisaca y Santa Cruz, empezando por las cabeceras de red, quienes apoyaron e hicieron el seguimiento al personal de la red, en la correcta utilización del Módulo. Asimismo, MCHIP donó 15 ejemplares de estos módulos a la red Chiquitos y otros municipios (de Pailón y San José) reprodujeron este material.

Cuadro 3: Numero de capacitaciones realizadas por el proyecto MCHIP bajo ENLACE en Salud, Octubre 2009 a Diciembre 2011

DEPARTAMENTO	RED DE SALUD	TEMA											
		HPME		SM- CONE		COEM		anificacion Famili		Modulo Auto Aprendizaje Anticoncepcion		Calidad GBER	
		N° Establecimientos.	Participantes	N° Establecimientos.	Participantes	N° Establecimientos.	Participantes	N° Establecimientos.	Participantes	N° Establecimientos.	Participantes	N° Establecimientos.	Participantes
TARIJA	BERMEJO	7	6	6	55							8	56
	VILLAMONTES	7	7	5	87							8	41
SANTA CRUZ	CHIQUITOS	5	8	15	131	10	19	7	32	2	11	8	46
	PAILON	4	7	5	19	3	9	3	20	1	2	5	39
	ROBORE	5	12	7	30	7	18	8	48	3	8	7	87
BENI	BALLIVIAN	4	25	2	48							4	35
CHUQUISACA	SUCRE	8	16	25	98	13	23	20	72	4	11	19	79
	POROMA	2	4	1	8			8	18			6	67
TOTALES		42	85	66	476	33	69	46	190	10	32	65	450

Fuente: Registros Programa MCHIP

CAPACITACIÓN DE CAPACITADORES CLÍNICOS

MCHIP utilizó el proceso de formación de capacitadores descrito por Jhpiego, que fue impulsado por Jhpiego en el país hace 8 años. El proceso se basa en la metodología de Capacitación Basada en Competencias (CBC), la cual promueve el aprendizaje mediante la práctica. Esta capacitación se concentra en el desempeño del participante y promueve la habilidad del capacitador para fomentar el aprendizaje. Para esto, Jhpiego introdujo el uso de modelos anatómicos para transmitir una "capacitación humanística" con objeto de minimizar los riesgos de los clientes, además de incluir el trato al cliente durante el aprendizaje. Los aprendices practican primero con modelos hasta demostrar competencia en este nivel como requisito para la práctica con clientes, usando listas de verificación estandarizadas. Se utilizó el paquete de aprendizaje para la capacitación de capacitadores (Jhpiego, 1995) y el apoyo de expertos internacionales de Jhpiego, para este proceso en Bolivia durante este proyecto.

El proceso de MCHIP consistió en la realización de ciclos de capacitación compuesto cada uno de ellos por 4 módulos temáticos secuenciales y separados en el tiempo. Tres módulos de actualización de conocimientos y estandarización de habilidades clínicas; el primero sobre salud materna y neonatal , atención de parto y recién nacido normal y bioseguridad (CONE); el segundo módulo sobre en el manejo de emergencias obstétricas neonatales (CONEm); y el tercero módulo sobre PF. El cuarto módulo cubre habilidades y destrezas de capacitación clínica. En Julio 2011 MCHIP inicia en Sucre el primer ciclo de capacitación de capacitadores clínicos, conducido por 2 capacitadores internacionales, liderado por el experto de Jhpiego. En este primer módulo sobre SMN participaron 20 proveedores de salud del área urbana y rural de los departamentos de los 4 departamentos del proyecto: Chuquisaca, Santa Cruz, Tarija y Beni. Se presenta y revisa el concepto de medicina basada en la evidencia como base de todo el ciclo de la capacitación de MCHIP. La metodología basada en competencias fue muy bien aceptada por los participantes quienes completaron con éxito las practicas incluidas en este módulo.

Al término de ENLACE **19 profesionales médicos** de los 4 departamentos estaban en el proceso de ser acreditados por Jhpiego. Recibieron los tres módulos de habilidades clínicas, y quedó pendiente el cuarto módulo de habilidades de capacitación clínica. Este proceso fue concluido para los 19 proveedores durante FORTALESSA, la siguiente estrategia de USAID/Bolivia.

Cuadro 4: Numero de proveedores en proceso de acreditación como capacitadores clínicos, Primer Ciclo Julio a Diciembre 2011

DEPARTAMENTO	Nº DE PROVEEDORES CAPACITADOS
Santa Cruz	6
Chuquisaca	5
Beni	4
Tarija	4
Total	19

Fuente: Proyecto MCHIP

Capacitación de capacitadores, Junio del 2012 en Santa Cruz

Capacitación de Capacitadores, Julio del 2011 en Sucre

Los 19 capacitados fueron evaluados en su desempeño en sus establecimientos de salud, como requisito para su participación en el segundo taller, con el apoyo de un capacitador acreditado por Jhpiego en el pasado y un grupo de participantes de este ciclo que fueron elegidos por los capacitadores internacionales para apoyar estos procesos.

Durante este proceso, **los 19 capacitados realizaron replicas en los diferentes temas según la necesidad, interés o prioridad de los proveedores, para un total de 977 participantes**. Esta cifra no refleja el número total real de participantes sino de la participación en todas las réplicas, dado que el proveedor que participó en más de una capacitación fue registrado como un participante diferente cada vez.

Estas replicas se expandieron, a petición de los directivos de los servicios a áreas geográficas que no eran parte del proyecto Enlace en Salud, como Camiri y Montero en el departamento de Santa Cruz.

CALIDAD

MCHIP realizó talleres y eventos masivos para la difusión de GBER, para lograr la aceptación de la misma, tanto a nivel del Ministerio de Salud, socios implementadores, SEDES departamentales, etc., llegando a miles de personas, de esta manera se logró, que la metodología sea **aceptada por las autoridades ministeriales**.

Dentro el proyecto ENLACE en Salud MCHIP capacitó en la metodología GBER a un total de los **452 participantes** que se involucraron paulatinamente, durante el proceso de implementación de la metodología.

Objetivo 3: Apoyar el proceso de revisión y socialización de las políticas y normas de Salud Materna/Planificación Familiar y Atención a las hemorragias de la primera mitad del embarazo en Bolivia.

MCHIP apoyó el proceso de revisión y socialización de las políticas y normas de SM/PF, atención a las HPME en Bolivia, y la socialización de las políticas como la SAFCI, políticas de calidad, acreditación referencia y retorno en las redes priorizadas en los 4 departamentos del proyecto.

RESULTADOS

MCHIP formó parte de la **Mesa de Maternidad y Nacimiento Seguros** cuyo objetivo es apoyar y abogar por la implementación de las políticas públicas de salud para la reducción de la muerte materna neonatal e infantil en el marco del continuo de la atención, esta es una instancia de coordinación a nivel nacional y departamental, constituida por organizaciones gubernamentales y agencias de cooperación, organizaciones de mujeres, organización no gubernamentales (ONGs) y sociedades científicas entre otras, bajo la rectoría del MSD. MCHIP fue parte integrante del comité que implementara el observatorio de mortalidad materna replicando el modelo implementado exitosamente en el Ecuador.

El director nacional de salud convocó a UNICEF, OPS/ Organización Mundial de Salud (OMS), Fondo de las Naciones Unidas para la Población (UNFPA), Save the Children y MCHIP para solicitar apoyo técnico para la conformación del observatorio de la mortalidad materna en Bolivia ya que varios países en Latino América se habían beneficiado de esta iniciativa para acelerar el cumplimiento de los ODM. El equipo preparó una propuesta para ser tratada en la Mesa de Maternidad y Nacimiento Seguros y luego con el MSD.

En la mesa de calidad MCHIP tomó el liderazgo para la presentación de la metodología de GBER para su presentación juntamente con otras metodologías y otras instituciones como UNICEF que promueven los "Ciclos Cortos" con un enfoque en procesos clínicos, a diferencia de la metodología de MCHIP, que integra los componentes de comunidad, servicios y municipio ajustándose a la política actual del SAFCI.

Otras instituciones como OPS/OMS han reconocido el trabajo realizado por la estrategia de salud de USAID donde MCHIP tuvo un rol importante, a través de la premiación en el Concurso Nacional de Buenas Prácticas, a la red integral y funcional de Bermejo quienes recibieron la asistencia técnica siguiendo los lineamientos del proyecto.

El estándar de pre eclampsia severa y eclampsia fue consensuado con el MSD, la Sociedad Boliviana de Ginecología y Obstetricia, SEDES, redes de servicios y otras agencias como UNICEF, JSI para ser implementados en todo el país como parte de los ciclos de mejora continúa de la calidad.

Reimpresión de 10.000 ejemplares de historia clínica perinatal, vigentes en el MSD, distribuidos en los establecimientos área de influencia del proyecto de las 4 SEDES .Asimismo se reimprimieron 500 cartillas plastificadas (tamaño carta) para la evaluación nutricional de la embarazada, según índice de masa corporal y 10.000 partogramas.

Después de la finalización de las actividades del proyecto en el marco de la estrategia de Enlace en Salud en diciembre de 2011, SEDES Santa Cruz replicó la metodología de GBER en dos redes de salud adicionales con financiamiento externo. El SEDES de Tarija, siguió reportando, hasta la fecha del cierre de MCHIP en Bolivia, los resultados obtenidos del monitoreo de las redes que implementaron el proceso de mejora de la calidad con apoyo de MCHIP.

Objetivo 4: Mejorar la disponibilidad y calidad de la Salud Materna y Neonatal con mejores prácticas y servicios

IMPLEMENTACIÓN DE GBER

Se implementó en los 4 Departamentos del proyecto, la metodología de GBER y los instrumentos de estándares que se adaptaron a la realidad del país en base a las normas y protocolos del MSD y las prácticas basadas en evidencia incluidas en la Guía de redes integrales y funcionales, contribuyendo con esta metodología que el MSD está implementando en

hospitales de 3er nivel de atención con el nombre a CMCC, como una herramienta para mejorar la calidad de los establecimientos de salud.

Figura 4: Ciclos de Mejora Continua de la Calidad (CMCC)

En un proceso de cuatro pasos continuos, según se muestra en la Figura 4, se implementó esta herramienta de 79 y 97 estándares de calidad en el 1er y 2º nivel de atención respectivamente (ver Cuadro 5), incluyendo los establecimientos de salud, la comunidad y gestión Los estándares fueron monitoreados en forma periódica, al igual que los planes de intervención en base a las brechas encontradas, y evaluados trimestralmente por los comités de calidad de cada establecimiento, lo que contribuyó a establecer una "cultura de monitoreo de la calidad" en los establecimientos de salud.

Cuadro 5: Total de estándares según área y nivel de atención, 2010-2011

Nº	AREA	N° DE ESTANDARES	
		PRIMER NIVEL	2DO/3ER NIVEL
1.	Gestión	12	12
2.	Recursos físicos y materiales	9	15
3.	Sistemas de Apoyo (Logística, laboratorio y unidad transfusional)	15	21
4.	Bioseguridad	3	
5.	Salud Materna, Neonatal e Infantil	11	
6.	Cuidados Obstétricos y Neonatal de Emergencia (CONEm)	20	20
7.	Orientación y Anticoncepción	9	15
TOTAL		79	97

RESULTADOS

De un total de 71 establecimientos programados en el plan de trabajo **65 establecimientos implementaron procesos de mejora de la calidad en base a estándares**, lo que representa 91,5% de lo programado. Los establecimientos fueron seleccionados según el número de partos atendidos, la accesibilidad y en algunos casos la solicitud de los mismos establecimientos para ser parte del proceso en las redes priorizadas de los 4 SEDES intervenidas por el proyecto, En los 65 establecimientos hasta el cierre del proyecto se habían realizado hasta 4 monitoreos de los estándares. En algunos establecimientos y posterior al cierre se continuo con las mediciones ya lideradas por los técnicos de la red y SEDES de cada departamento.

Cuadro 6: Número de establecimientos que implementaron las 7 áreas de estándares según tipo de establecimiento por departamento de salud, Octubre 2009 a Diciembre 2011

DEPARTAMENTO	PUESTOS DE SALUD	CENTROS DE SALUD	HOSPITALES	TOTAL
Santa Cruz	9	9	2	20
Chuquisaca	10	11	4	25
Tarija	9	5	2	16
Beni	0	2	2	4
Total	**28**	**27**	**10**	**65**

Fuente: Proyecto MCHIP

Cuadro 7: Número de Establecimientos que realizaron cuatro evaluaciones de los estándares según departamento, Octubre 2009 a Diciembre 2011

DEPARTAMENTOS	NUMERO DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD				
	LDB	1er Monitoreo	2do Monitoreo	3er Monitoreo	4to Monitoreo
Santa Cruz	20	20	13	7	3
Tarija	16	16	12	6	4
Chuquisaca	25	25	18	10	6
Beni	4	4	4	2	0
Total	**65**	**65**	**37**	**25**	**13**

Fuente: Proyecto MCHIP

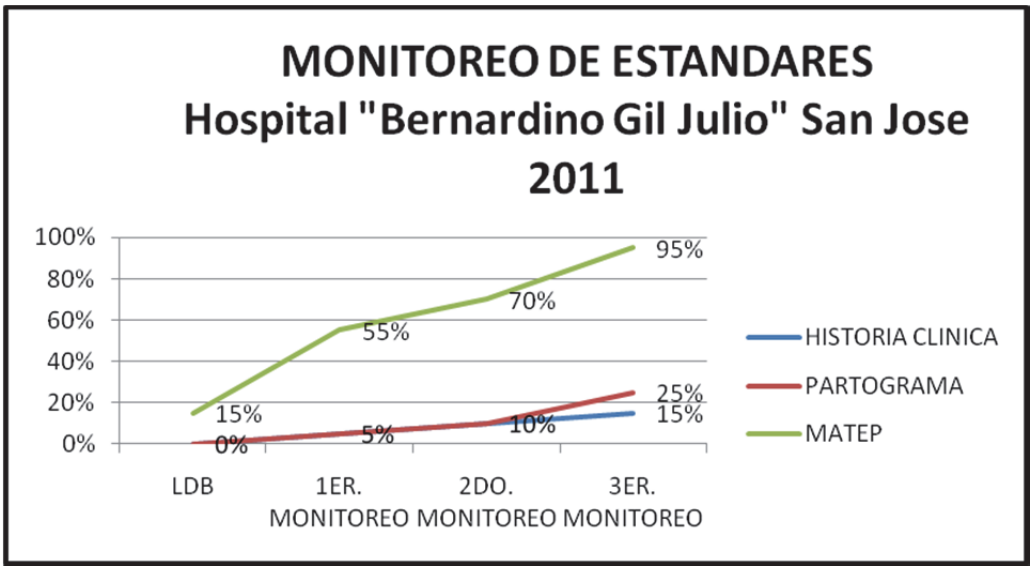
Como ejemplo del resultados de la implementación de estándares de calidad y su relación con los planes de acción, se puede observar en el Cuadro 7, que en el Departamento de Santa Cruz donde se aplicó la metodología en 20 establecimientos de salud, en la línea de base y el primer monitoreo se identificó un total de 266 brechas en las siete áreas del instrumento, para lo cual se definieron intervenciones especificas que se plasmaron en un plan de acción que fue monitoreado cada tres meses por el comité de calidad local. El último monitoreo al cierre del proyecto mostró que **las brechas habían disminuido a 54, lo que representó una mejoría del 80% en el periodo**. Las brechas pendientes requerían de intervenciones de mayor plazo de cumplimiento o mayor esfuerzo económico como la compra de un equipo de Rayos X e infraestructura, aumento de personal y otras, cuyas soluciones quedaron bajo la responsabilidad de la dirección y el municipio.

Cuadro 8: Numero de brechas identificadas y superadas en el Hospital Bernardino Gil del departamento de Santa Cruz, Octubre 2009 a Diciembre 2011

BRECHAS	AREAS DEL INSTRUMENTO							
	1	2	3	4	5	6	7	TOTAL
IDENTIFICADAS	39	40	43	32	35	40	37	266
SUPERADAS	28	35	36	28	27	25	33	212
POR CUMPLIR	11	5	7	4	8	15	4	54

El siguiente grafico (Figura 5) es un ejemplo del efecto del seguimiento trimestral de los planes de intervenciones y del monitoreo regular de estándares en un hospital del área del proyecto. La tendencia positiva observada es producto del análisis hecho por los equipos locales de calidad de las brechas encontradas y del seguimiento de las intervenciones específicas factibles de realizar en el corto plazo por el mismo personal de salud.

Figura 5: El monitoreo de estándares en el Hospital Bernadino Gil Julio en San Jose, Departamento de Santa Cruz, Enero a Diciembre 2011



Fuente: Proyecto MCHIP

Aunque el avance en algunos de los estándares es mínimo, no refleja necesariamente que no se hizo ninguna intervención o que la intervención definida no resultó. Cada estándar tiene una serie de criterios que lo definen y que deben ser cumplidos en su totalidad para determinar que dicho estándar se ha cumplido, si solo uno de estos criterios no está presente durante la medición, el estándar no se cumple. Esto significa que un estándar puede no cumplirse porque ninguno de sus criterios se cumple, o porque solo uno no se cumple. MCHIP Bolivia diseñó un sistema de monitoreo del cumplimiento de los criterios por estándar, a fin de identificar exactamente que componente del estándar no se cumple, lo que ayudó a identificar la causa especifica de la brecha y determinar la intervención precisa para resolver la causa. Esto facilitó a los equipos y directivos de salud mejorar la eficiencia en tomar decisiones.

Es así que por ejemplo, en la línea de base, de los 12 criterios que componen el estándar sobre llenado de la historia clínica, solo uno de estos criterios se cumplía en el 80 % de la muestra de expedientes revisados (la medición de talla materna). Después de 4 meses con las diferentes intervenciones, si bien el cumplimiento del estándar se mantuvo en 15%, seis criterios se cumplían en mas del 80% de la muestra.

Algo similar sucedió con el estándar sobre manejo del partograma. En la línea de base solo uno de los 16 criterios que lo componen, se cumplía en la muestra. En el tercer monitoreo, 10 criterios se cumplían en el 95% de la muestra, lo que reflejó que el estándar está próximo a cumplirse, y a la vez identifica los criterios para lograrlo.

En el estándar sobre el MATEP el avance observado fue mayor debido a que tenía solo 3 criterios que habían sido definidos por el MSD, con el objetivo inicial de asegurar el registro en la historia clínica de los tres pasos del procedimiento, asumiendo que si se registraban era una señal de que lo habían realizado, sin el énfasis, en si fue correctamente realizado.

La mayor parte de los estándares clínicas fueron verificados mediante la revisión de un número determinado de expedientes clínicos. Esta metodología también ayudó a que los proveedores de salud tomaran conciencia de la importancia de registrar sus actividades en la historia clínica, situación que era y sigue siendo muy deficitaria. La consiga fue “actividad que no estaba escrita,

no fue realizada". Las historias clínicas empezaron a ser llenadas en forma mas completa, pero todavía es necesario seguir mejorando.

OTROS RESULTADOS RELACIONADOS CON GBER

Autoridades del SEDES Santa Cruz tomaron el modelo de implementación de estándares de MCHIP como modelo **a ser replicado a nivel de las 15 redes departamentales de salud**, **en los 56 municipios** existentes en el departamento de Santa Cruz.

El Comité de Calidad del MSD solicitó a las organizaciones que la componen, entre ellas MCHIP el apoyo para implementar el proceso de acreditación de establecimientos de salud, en base al sistema de acreditación del MSD. MCHIP seleccionó y apoyó 11 establecimientos de salud de 1er, 2º y 3er nivel de atención del área de intervención en la integración de estándares para la acreditación. MCHIP apoyó a 3 establecimientos de los distintos niveles de atención en la red Sucre del departamento de Chuquisaca (Gineco Obstetrico Hospital de 3er. Nivel; San Pedro Claver Hospital de 2do. Nivel; y Centro de Salud Chuqui Chuqui de 1er. Nivel de atención).

OTRAS ACTIVIDADES

Gestión

Planificación de la visita a la Red Bermejo en el Departamento de Tarija de donantes y otros (Japan International Cooperation Agency, OPS, SEDES de Chuquisaca y Santa Cruz) en abril del 2011, quienes fueron invitados por USAID para observar la experiencia de los proyectos financiados por USAID en los últimos 5 años, en relación con el desarrollo de redes de emergencia obstétrica conformadas por servicios de salud, municipio y comunidad. En este proceso, inicialmente se usó la metodología del modelo FEMME desarrollado en Perú y adaptado a las normas del MSD de Bolivia, que incluyó los seis indicadores Organización de las Naciones Unidas (ONU). Luego desde 2006 al 2009 EngenderHealth y CARE, aplicaron la metodología de Auditoria Basada en Estándares. Posteriormente, el proyecto ENLACE en Salud desde octubre del 2009 a diciembre del 2011 continuó con el fortalecimiento de la Red, utilizando los procesos de GBER y la "Guía de Implementación de Redes Funcionales e Integrales". Esta experiencia fue ejemplificada por la red de Bermejo en Tarija cuyo éxito en la implementación de redes integrales y funcionales contribuyó a disminuir a cero la incidencia de MM, experiencia que fue publicada por MCHIP como estudio de caso.

Visita de USAID/Bolivia Hospital de Chiquitos

Celebración del 50 aniversario, Junio del 2011

Junto con USAID y personal de SEDES se visitaron las redes de salud de Velasco y Chiquitos de la Chiquitanía en el departamento de Santa Cruz para observar en terreno el avance del fortalecimiento redes de servicios y la implementación de GBER con la integración de los componentes clínicos, municipales y comunitarios.

En el evento de celebración de los "50 Aniversarios de USAID" (junio 2011) MCHIP Bolivia recibió un reconocimiento del Director de USAID/Bolivia Lic. Wayne Nilsestuen y de la

Directora del Equipo de Salud Lic. Connie Johnson, por el liderazgo y labores realizadas en el campo de la Anticoncepción y Salud Materna en Bolivia.

Participación en el evento organizado por USAID dirigido a los equipos de salud de UNICEF y OPS para dar a conocer las actividades técnicas que realizan los proyectos financiados por USAID. MCHIP hizo una presentación sobre la asistencia técnica que ha estado brindando en el área de gestión al MSD nivel nacional, departamental, municipal y local (oct 2011 en La Paz.)

El equipo de MCHIP junto a las agencias asociadas, realizaron una presentación de los proyectos y sus alcances a la nueva Directora de la Oficina de Salud de USAID/Bolivia Lic. Connie Johnson, donde se informó sobre la coordinación entre los socios ante la nueva política de gobierno y los problemas surgidos ante la ausencia de la firma del acuerdo bilateral Gobierno de Bolivia-Estados Unidos; así como sobre la importancia de asegurar una alineación real a las políticas del MSD, especialmente de los socios que aún no habían logrado insertar sus actividades a los ejes de desarrollo planteados en el Plan de Desarrollo del Sector Salud. También se informó sobre como la implementación de GBER con enfoque de redes de integrales y funcionales y el instrumento con 7 áreas de estándares de calidad estaban fortaleciendo los sistemas de salud y facilitando que este proceso de calidad tuviera más oportunidades de sostenibilidad.

Asistencia técnica

MCHIP Bolivia realizó varias actividades que no estaban dentro del plan de trabajo, pero cuya necesidad fue surgiendo de parte de las SEDES departamentales o solicitadas por la Misión de USAID.

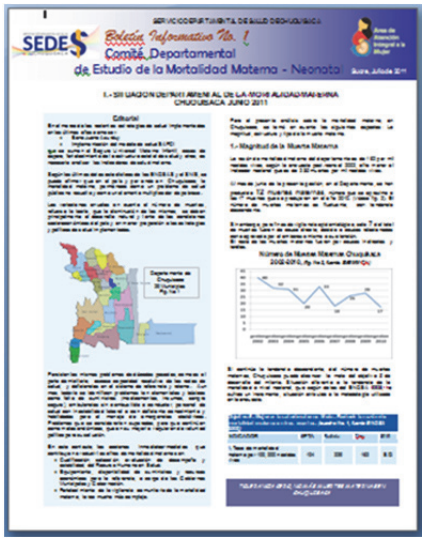
Taller con IRH de metodos de dias fijos Marzo 2011

En marzo 2011, el equipo MCHIP coordinó y participó en el taller **"Actualización y equipamiento de recursos de capacitación en el Método de Días Fijos (MDF) y El Método de la Amenorrea de la Lactancia (MELA)"**, facilitado por la Lic. Jeannette Cachan del IRH y co-facilitado por MCHIP. Este evento estuvo dirigido a capacitadores de instituciones socias y financiadas por USAID. Esta capacitación se dio como parte de la transferencia de la metodología y el componente de IRH a MCHIP Bolivia que se hacía cargo del mismo desde enero del 2011, por el cierre IRH en diciembre 2010

En 2011, MCHIP participó en el concurso nacional de buenas prácticas organizado por la Iniciativa Maternidad Segura de OPS (2011), con el fin de reconocer las experiencias que en los países de las Américas contribuyen a reducir la tasa de mortalidad materna y que puedan ser replicados en la región. MCHIP presentó a este concurso la experiencia de la red de salud Villamontes, única red de Bolivia que logró la meta de 100% parto institucional en el área rural. Se realizaron encuestas a profundidad a personal clave de la red, se sistematizó y documentó esta experiencia y se la envió a dicho concurso, ganando el primer lugar. MCHIP y otros 2 ganadores nacionales compitieron en el concurso regional de Latinoamérica en Washington OPS/OMS a fines de julio del 2011.

MCHIP organizó el primer taller "**Supervisando Servicios de Salud con Enfoque en Monitoreo Basado en Estándares y Reconocimiento"**, realizado del 23 al 25 de Noviembre de 2011, en el departamento de Santa Cruz para **25 supervisores de programas, técnicos de SEDES, directores de hospitales y personal de las redes de salud** de Santa Cruz, Beni, Tarija y Chuquisaca, con el objetivo de capacitarlos en como utilizar la metodología e

instrumentos de GBER para apoyar su función supervisora. Un componente importante de esta capacitación fue la integración del concepto de **supervisión multidimensional**, donde la supervisión es compartida por igual con todos los componentes del sistema de salud en sus niveles, comunidad, servicios y proveedores, lo que facilita la adherencia y sostenibilidad de los procesos de mejoramiento continuo en los establecimientos de salud. Los participantes mostraron gran interés en este tema, y participaron activamente durante todo el taller



La Mesa de Maternidad y Nacimiento Seguro departamental pidió la asistencia técnica de MCHIP para colaborar con el Grupo de Trabajo Salud Materna de Santa Cruz para desarrollar una Guía de Implementación del Código Rojo ("Code Red") que fue adaptado del protocolo "Guía de Manejo de la Hemorragia Obstétrica "CODIGO ROJO"- Dirección seccional de Antioquia- Colombia, apoyado por Jhpiego. Este documento detalla la respuesta a las emergencias obstétricas que incluyen HPME, Hemorragia postparto (HPP), shock, y otras. El contenido de la guía respondió a las necesidades identificadas durante el proceso de mejora de la calidad y fueron validados por las establecimientos de 1er, 2º y 3er nivel de atención. En base a este documento se logró la implementación de las unidades de transfusión en los establecimientos cabecera de municipio y los hospitales de referencia de red en todo el departamento de Santa Cruz. Este código estaba siendo desarrollado por el MSD, pero fue retrasado por lo que el SEDES Santa Cruz decide desarrollarlo.

El comité de la Red Obstétrica de Sucre de SEDES Chuquisaca - conformado por técnicos de de Unidad de Servicios de Calidad y Redes, directores de hospitales de 2º y 3er nivel, gerencias de red, sociedad civil y el municipio-, solicitó la asistencia técnica de MCHIP para reorganizar sus funciones y actividades del comité. Se les apoyó con la revisión y publicación en el boletín informativo de la red del tema "Vigilancia de la Mortalidad Materna en Chuquisaca" (enero 2011). Este boletín es parte importante del proceso de la implementación de las redes integrales y funcionales enfocadas a SMN y PF.

Simulacros de emergencias obstetricas y neonatales

Con el objetivo de evaluar la respuesta coordinada de la red de salud comprendida por la comunidad, establecimientos de 1er, 2do ó 3er nivel y municipio, para atender una situación de emergencia obstétrica y/o neonatal, tanto en la comunidad como en los establecimientos de salud, MCHIP junto con sus socios de ENLACE y en coordinación con las SEDES departamentales, los gerentes de red y los responsables municipales realizaron **4 ejercicios de simulacros de emergencias obstétricas en 4 redes de salud** (ver Cuadro 9) – Bermejo en Tarija, Monteagudo en Chuquisaca, Ballivián en el Beni, y Chuiquitos en Santa Cruz – con las siguientes características metodológicas:

- El simulacro fue realizado en tiempo real.
- Es un ejercicio de ejecución de acciones prácticas en el que participan actores involucrados en el manejo de una emergencia obstétrico y neonatal
- Participaron miembros del sector salud, autoridades de gobierno municipal, autoridades de la comunidad y socios ENLACE.
- Para el desarrollo del ejercicio se recreo un ambiente semejante en todo lo posible al que se presentaría en una situación real de emergencia.

- Los instrumentos se basaron en el documento *Guía para el desarrollo de simulaciones y simulacros de emergencias y desastres de OPS, Junio 2010*
- Se identificaron y analizaron las causas de las brechas para la resolución de la emergencia obstétrica y neonatal en forma consensuada con todos los actores involucrados, comunitarios, de salud y del municipio.
- Se seleccionaron comunidades de difícil acceso de las redes de salud de Bermejo, Monteagudo, Ballivián y Santa Cruz para evaluar la evacuación de una emergencia obstétrica y/o neonatal hasta un Centro de Salud de 1er nivel, así como la referencia al hospital de 2do nivel
- Personal de MCHIP evaluó el manejo de una paciente con hemorragia posparto usando el estándar clínico correspondiente

Cuadro 9. Simulacros conducidos por MCHIP según departamento, red y fechas Oct 2010 a Dic 2011

DEPARTAMENTO	RED DE SALUD	FECHA
BENI	Ballivián	Octubre 2010
CHUQUISACA	Monteagudo	Mayo 2011
TARIJA	Bermejo	Agosto 2011
SANTA CRUZ	Chiquitos	Diciembre 2011

HALLAZGOS Y RESULTADOS DE LOS SIMULACROS

Comunidad

Se identificaron una serie de **fortalezas** en la comunidad tales como:

- Gran motivación para reaccionar y buscar ayuda
- Demostración de diversas alternativas para el transporte de la gestante
- Confianza en el plan de emergencia, y cumplimiento de los roles, funciones y responsabilidades pre-determinadas
- Disponían de una reserva de dinero efectivo para emergencias
- Solidaridad de la familia y la comunidad frente a la emergencia

Asimismo, dentro de las **debilidades** se observó lo siguiente

- No hay un trabajador de salud de la comunidad para evaluar las señales de peligro
- Demora en conseguir un medios de transporte adecuado para la gestante
- No hay un medio de comunicación con el centro de salud para la emergencia

Establecimientos de 1er y 2º nivel de atención de salud

Se destacaron las siguientes **fortaleza**s de los servicios

- Algunos de los proveedores estaban capacitados y usaban estándares de calidad en sus servicios
- La comunicación entre niveles de atención es fluido y oportuna
- Disponen de medios de transporte adecuados
- El equipamiento es suficiente para poder resolver o referir las emergencias obstétricas y neonatales

- El servicio de emergencia está preparado con todos los suministros necesarios.

En relación a la respuesta a la emergencia en los establecimientos de 1er y 2º nivel de atención de salud, se pudo observar las siguientes **debilidades**:

- No se cumplen los protocolos para la atención obstétrica de emergencia
- No utilizan el plan de emergencia
- Insuficiente equipamiento para la atención de emergencias
- El personal en el 1er nivel no tiene destrezas ni competencias para referir las emergencias obstétricas, especialmente en los puestos de salud.
- Falta de transporte adecuado para referencia a otro nivel de atención.

RECOMENDACIONES

Surgieron varias recomendaciones para mejorar la atención en la red de atención en base a las brechas identificadas y análisis de sus causas tales como:

- Capacitar a los trabajadores comunitarios de salud, promover la formación de Agentes Comunitarios de Salud (ACS)
- Equipar y adecuar los establecimientos de salud para responder a las emergencias obstétricas (1er nivel, camilla y rampa de ingreso)
- Dotar de equipos adicionales a los centros de salud –incluyendo una ambulancia
- Mejorar la supervisión del cumplimiento de normas y protocolos en los establecimientos de salud, haciendo énfasis y promoviendo un proceso de inducción para el personal nuevo
- Mejorar la supervisión para el cumplimiento de las normas y protocolos a nivel de centros de salud
- Elaboración de flujogramas para la atención de emergencias obstétricas en los establecimientos de salud.
- Estimular y apoyar el trabajo en equipo en los centros de salud.

CONCLUSIONES

Esta actividad motivo a las tres instancias: Comunidad, municipio y personal de salud para continuar y mejorar el trabajo conjunto que vienen realizando, implementando los procesos de mejora continua de la calidad a través de la metodología GBER.

Cabe rescatar que después de la participación en el simulacro de Roboré el personal de SEDES de ese departamento vio el efecto motivador que este ejercicio tuvo en los proveedores de la red de salud, miembros de la comunidad y representantes municipales, por lo que decidió replicar la experiencia en otras 3 redes rurales y urbanas del departamentos con la participación de establecimientos de 3er nivel de atención. La responsable de salud materna de Roboré comento que "esta es una buena estrategia que debería ser replicada en todo el país para conocer cuál es la capacidad de respuesta de estas emergencias entre los servicios de salud, la comunidad y el municipio."

FINALIZACIÓN DE LA ASISTENCIA TÉCNICA DE MCHIP EN SANTA CRUZ

El proyecto MCHIP concluyó sus actividades en el Departamento de Santa Cruz el 31 de Diciembre de 2012, la estrategia de USAID/Bolivia para el siguiente periodo no incluyó este Departamento. MCHIP dirigió un taller cerrado donde se presentaron los resultados, participaron tres redes de salud de la Chiquitanía, con sus representantes municipales,

comunitarios y de los servicios de salud, los que se comprometieron a continuar el proceso iniciado con MCHIP y ENLACE en Salud para mejorar la calidad, incluyendo capacitaciones y apoyo para la sostenibilidad de la participación conjunta de municipal, comunidad y servicios de salud. Durante este evento, MCHIP entregó a la administración de la red modelos anatómicos con sus respectivos instrumentos para apoyar a los capacitadores locales y facilitar la continuidad de las capacitaciones planificadas.

SOSTENIBILIDAD DE LAS ACTIVIDADES DIRIGIDAS POR MCHIP

Después de la finalización de las actividades del proyecto en el marco de la estrategia de ENLACE en Salud en diciembre de 2011, SEDES Santa Cruz replicó la metodología CMCC/GBER en dos redes adicionales para la salud, después de haber solicitado con éxito financiamiento externo. En Tarija, el SEDES sigue reportando los resultados obtenidos del monitoreo de las redes antiguas de salud priorizadas por MCHIP.

ENERO 2012 A MAYO 2013: MCHIP BAJO FORTALESSA

Objetivo 1: Mejorar la disponibilidad y calidad de los servicios de SM, PF/SR y APA en los establecimientos de salud de las redes integrales de salud priorizadas.

IMPLEMENTACIÓN Y MONITOREO DE ESTÁNDARES DE LOS "CICLOS DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD"

MCHIP bajo FORTALESSA continuó apoyando el proceso de mejora de calidad de las red de salud incorporando la metodología de GBER que quedó plasmada en la Guía de Implementación de redes integrales y funcionales del MSD, con el nombre de **CMCC, en el Departamento de Chuquisaca, e inició el proceso en el Departamento de Paz.**

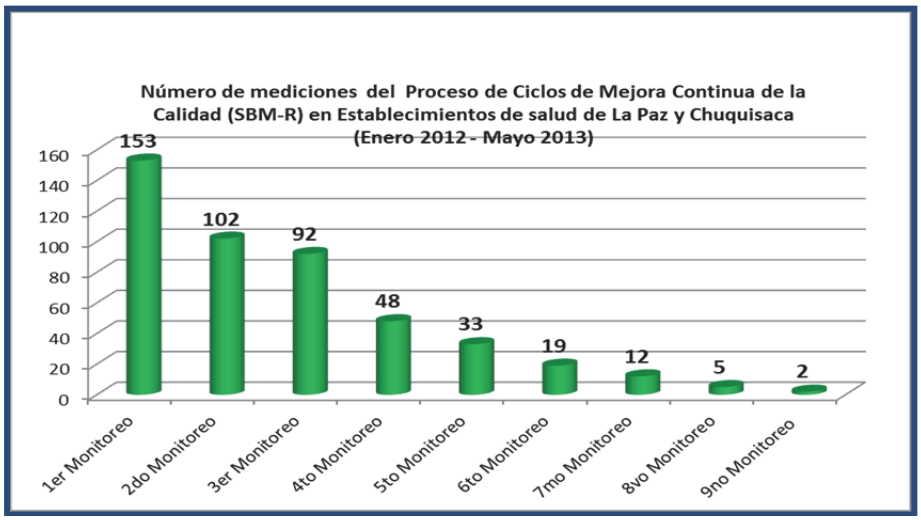
El MSD aprobó la Resolución Ministerial No. 1471 (2013) para que en todos los servicios de 2do y 3er nivel apliquen los CMCC, con lo que este proceso queda institucionalizado en todo el territorio nacional

RESULTADOS

Un total de 153 establecimientos de Salud de iniciaron el proceso de CMCC apoyados por el MSD con el levantamiento de la línea de base (LB), y elaboración de planes de acción, lo que representa el 105% de los 146 establecimientos de salud priorizados por el proyecto. Los 153 establecimientos no implementaron al mismo tiempo el proceso de ciclos de mejora continua de la calidad; fueron iniciados gradualmente en el proceso a partir de enero 2012. El proyecto se había propuesto originalmente para apoyar a todos los establecimientos de salud que iniciaron el proceso de CMCC para llevar a cabo un mínimo de tres evaluaciones de los estándares de septiembre de 2013.

Como muestra Figura 6, 153 establecimientos de salud (66%) implementaron la LB o primer monitoreo, 102 establecimientos (66%) implementaron dos monitoreos, y 92 establecimientos (60%) implementaron tres monitoreos. La Figura 6 muestra también los establecimientos de salud que primero comenzó el proceso a principios de 2012 ya se han implementado ocho o nueve evaluaciones. Esto refleja la continuación de la aplicación del proceso de CMCC por los equipos locales, así como la cultura sostenida de medición de estándares.

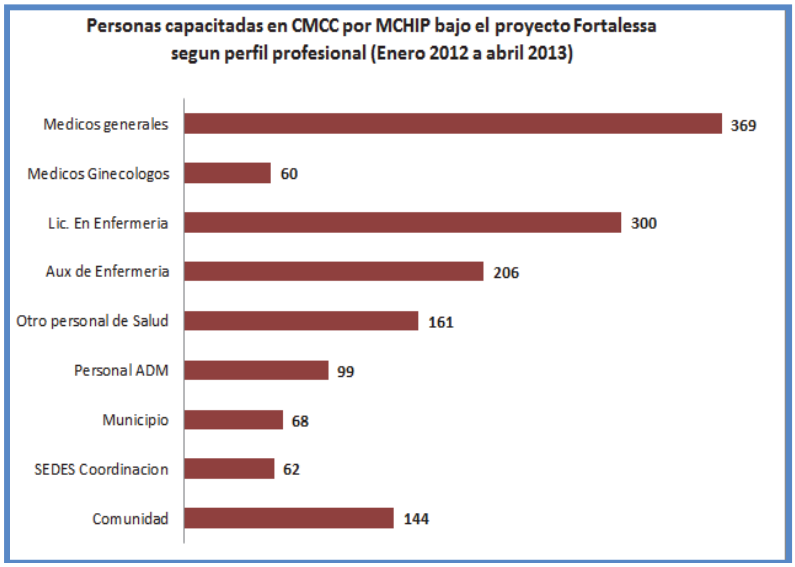
Figura 6: Numero de mediciones del GBER en los establecimientos de salud de La Paz y Chuquisaca, Enero 2012 – Mayo 2013



Dentro de la implementación de la metodología de CMCC, logró que cada red de salud cuente con un comité de calidad, liderado por el gestor de calidad, este comité acompaña los CMCC y han sido capacitados para realizar los monitoreos continuos. Los comités de calidad están representados por personal de los municipios, comunidad y salud, respondiendo al mandato de la política SAFCI del país.

Entre enero 2012 y abril 2013 se ha capacitado en la metodología de GBER para la implementación de CMCC un total de **1.469 participantes** (Figura 7), entre autoridades del SEDES, proveedores de salud, autoridades municipales y miembros de la comunidad. En el proceso de monitoreo de estándares han participad 179 establecimientos de salud de 1er y 2º nivel de atención, más el Hospital de Ginecología y Obstetricia de 3er nivel en las redes priorizadas en los departamentos de Chuquisaca y La Paz.

Figura 7: Numero de personas capacitadas en CMCC por MCHIP bajo FORTALESSA según perfil profesional, Enero 2012 – Abril 2013

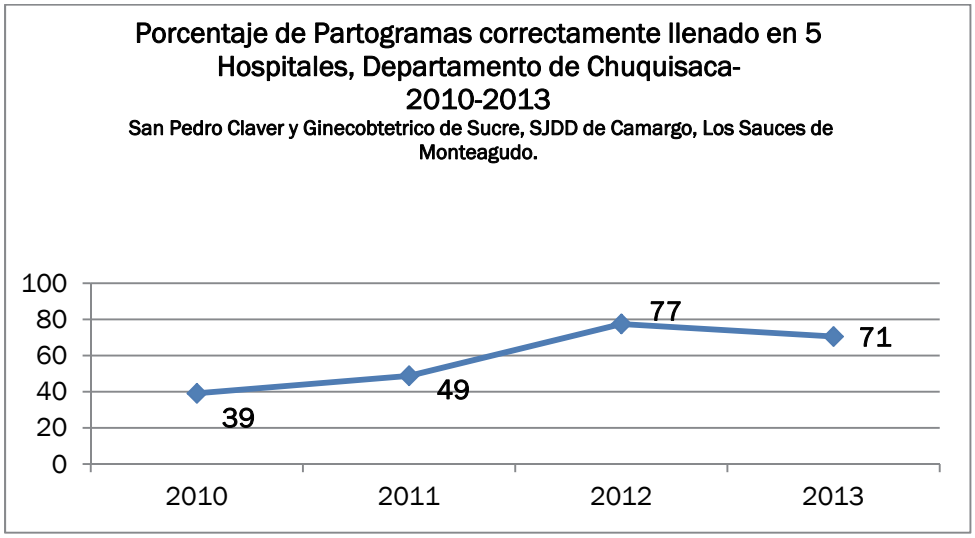


Los resultados de la primera medición de estándares muestran bajos porcentajes de cumplimiento en todas las áreas, con una media entre 25% a 50%. Las principales brechas

identificadas se encuentran en el llenado incorrecto de la historia clinica perinatal (HCPB), y partograma e insuficiente registro del MATEP. En CONEm se encontró que no había concordancia entre el diagnóstico y tratamiento realizado.

Como ejemplo, la Figura 8 muestra el progreso de una de los estándares en los 153 hospitales desde el año 2010 a Mayo 2013. El completo y legible llenado de los expedientes clínicos ha sido por muchos años una brecha difícil de superar. Una de las deficiencias identificadas al inicio por MCHIP fue que el personal no sabía cómo llenar el partograma, y no lo utilizaban por lo que el abastecimiento de formularios de partogramas era deficiente.

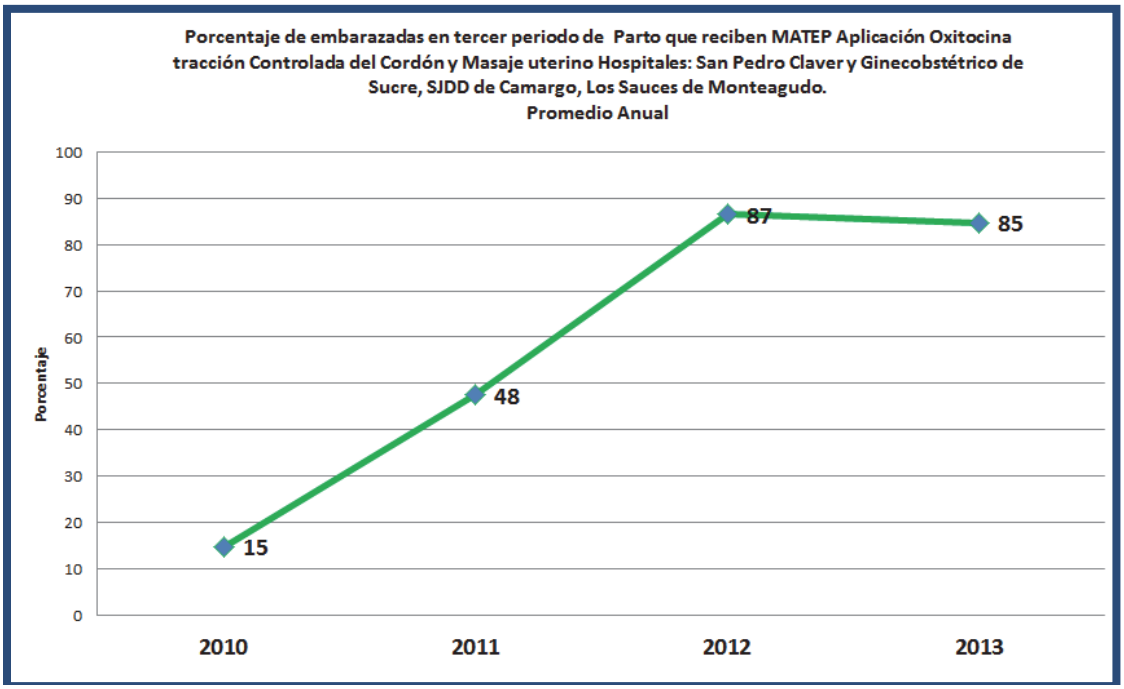
Figura 8: Porcentaje de partogramas correctamente llenado en 5 Hospitales, Departamento Chuquisaca, 2012 –2013



Identificar las causas especificas del incumplimiento de esta estándar, permitió a los equipos locales mejorar paulatinamente este estándar con intervenciones especificas, como asegurar la dotación necesaria de formularios de partogramas, capacitación practica en servicio al personal, se instaló un afiche gigante del partograma en las salas de partos, y se normó adjuntar de rutina el partograma a la HCPB. La razón de la tendencia a la baja en la ultima medición (comienzo 2013) en los hospitales de Chuquisaca se asocia con el periodo de vacaciones y el cambio de personal que muchas veces no tiene la capacitación ni el compromiso.

Aunque se ha demostrado que el MATEP disminuye el riesgo de HPP en 60%, (en Bolivia es la principal causa de mortalidad materna) y está recomendada actualmente por OMS, los ginecólogos, especialmente en establecimientos de 3er nivel de atención se negaban a cambiar la práctica, defendiendo lo que habían estado haciendo en sus años de experiencia. En el área rural en cambio (Figura 9), producto de las capacitaciones, supervisión y seguimiento del personal no fue difícil implementar el MATEP, con personal joven que mostró disposición a la mejora de atención desde el inicio.

Figura 9: Porcentaje de embarazadas en tercer periodo de parto que reciben MATEP, aplicación oxitocina, tracción contralada del cordón, y masaje uterino en 3 Hospitales, Departamento Chuquisaca, 2010 –2013



MCHIP involucró en la implementación de los CMCC a los "Gestores de la calidad" que fueron designados por el SEDES en Chuquisaca en cada una de las redes de salud a un "Gestor de la calidad" con el propósito de lograr la acreditación de los establecimientos de salud. Este SEDES entregó un certificado de reconocimiento por que mejoraron sus estándares a los centros de salud de 1er nivel en San José, Villa Margarita, Morro Municipal, El Rollo y El Tejar. Los monitoreos que fueron acompañados por personal de SEDES o municipio, respondieron mejor y con mas compromiso para cumplir los planes de acción.

Implementación CMCC, Centro de Salud Villa Abecia Julio 2011, del foto y fecha

En varios establecimientos de salud que implementaron la medición de los estándares, se ha logrado incluso que el personal tome acciones para solucionar las brechas de infraestructura, por ejemplo, el personal del Centro de Salud Villa Abecia de la red Camargo del departamento de Chuquisaca pintó el establecimiento con pintura que le proporcionó la alcaldía Asimismo, este centro está elaboración sus manuales y normas necesarios para la acreditación.

Implementación de CMCC, C.S. Las Carreras agosto 2011

En la red Camargo, por primera vez incluyó en el POA, los planes de acción producto de la implementación de los CMCC. Se ha establecido la rutina de monitoreo de estándares en las Redes de Salud Nº 3 Camacho , Nº 8 Yungas Norte y Los Andes con el apoyo de las autoridades de la red, lo que garantizó la apropiación del instrumento. Los Hospitales de 2do nivel Escoma y Coroico están informando mensualmente al MSD/URSC los datos del monitoreo.
Para apoyar la mejora en los estándares del área de

Bioseguridad se reprodujeron cartillas de lavado de manos que los SEDES La Paz y Chuquisaca distribuyeron en los establecimientos de salud en las redes de Camacho, Yungas, Camargo, Azurduy y Sucre durante las supervisiones realizadas.

ACREDITACION DE ESTABLECIMIENTOS

El proceso de mejora de la calidad a través de mediciones de estándares implementado por MCHIP apoyó y contribuyó a la iniciativa del MSD para la acreditación de establecimientos. En el departamento de Chuquisaca con la participación de 82 autoridades de salud (técnicos de SEDES, coordinadores de siete redes de salud, y directores municipales), se diseñó la estrategia para promover las normas de acreditación de establecimientos de salud en base a estándares, así como la norma nacional de referencia y retorno. Como resultado, 29 municipios elaboraron planes para la acreditación, utilizando el proceso de mejora de la calidad desarrollado por MCHIP. Los Hospitales San Pedro Claver y Gineco Obstétrico "Jaime Sánchez Pórcel" quedaron en proceso de ser acreditados por el SEDES, según los logros a la fecha y los resultados esperados en la evaluación programada para octubre 2013.

En la Red 3 Camacho de La Paz, quedó iniciado el trabajo de acreditación en coordinación con el área de calidad del SEDES La Paz y la formación de los comités de acreditación de la red. Cuatro centros de salud fueron seleccionados para iniciar el proceso de acreditación (Cuadro 10).

Cuadro 10: Establecimientos de salud seleccionados para la acreditación durante 2013

DEPARTMENTO	RED DE SALUD	ESTABLECIMIENTO DE SALUD
Chuquisaca	Sucre	Hosp. Gineco Obstetrico
		Hosp. San Pedro Claver
La Paz	Los Andes	C.S. Palcoco
	Los Andes Manco Kapac	C.S. Germán Buch
	Camacho	C.S Ambaná
	Coroico	Hosp de Coroico

TALLER DE SUPERVISIÓN MULTIDIMENSIONAL

MCHIP organizó dos talleres de Supervisión con enfoque multidimensional, conducidos por expertos de Jhpiego, en los departamentos de La Paz y Chuquisaca. Participaron **66 profesionales técnicos** de ambos SEDES departamentales, 13 redes de salud, hospitales de tercer nivel, gestores de la calidad, y socios de Centro de Investigación, Educación y Servicios (CIES), UNICEF y OPS, llegando a un total de el objetivo delos talleres fue cumplido, logrando introducir un enfoque diferente para la supervisión, incorporando a esta tarea a nuevos actores como por ejemplo usuarios de los servicios, personal operativo de los establecimientos de salud, quienes realizarán las supervisiones utilizando instrumentos basados en estándares de calidad, los mismos que facilitan el proceso de supervisión y logran resultados en la mejora de la calidad en la prestación de servicios.

Taller Supervisión Multidimensional realizado en La Paz, Noviembre 2012

En talleres intensivos de dos días, en cada departamento 66 profesionales de SEDES Chuquisaca y La Paz fueron capacitados en supervisión multidimensional, un modelo que

permite a los directivos de salud apoyar al proceso de mejoramiento de calidad basada en el monitoreo de estándares. Los participantes la recibieron como una supervisión integral, participativa y objetiva en base a estándares de calidad, todo lo que facilita su rol de supervisor del proceso de mejora del desempeño, así como en la acreditación de los establecimientos.

SIMULACROS

Utilizando como base la "Guía para el Desarrollo de Simulacros de Emergencias y Desastres" de la OPS, y la experiencia en ENLACE, MCHIP, en coordinación con los SEDES, gobierno municipal y la comunidad **realizaron 3 simulacros en Chiquitos, Sacopaya y Camargo** con el objetivo de evaluar la respuesta coordinada de la comunidad y los servicios de los establecimientos de salud en sus diferentes niveles ante una emergencia obstétrica, aplicando el plan comunitario de atención de emergencias y los estándares de calidad para la atención médica.

El proceso fue similar a los anteriores realizados con ENLACE, y se encontraron las mismas ventajas y desafíos, por lo que las recomendaciones fueron las mismas entregadas en las redes de ENLACE (ver pagina 24 de este reporte)

ELABORACIÓN DE FLUJOGRAMAS PARA EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS

Con la participación de 6 ginecólogos del área urbana que fueron invitados por el MSD, se revisaron los flujogramas de emergencias obstétricas de gestiones pasadas y se actualizaron los mismos de acuerdo a las normas nacionales vigentes y los estándares de los ciclos de mejora continua de la calidad.

El seguimiento de esta actividad quedó en agenda para el mes de mayo 2013, debido al cierre del proyecto a principios de mayo no tenemos información acerca del avance de esta importante actividad.

MESA POR UNA MATERNIDAD Y NACIMIENTOS SEGUROS

MCHIP en la nueva estrategia de USAID/Bolivia continuó siendo miembro de la Mesa de Maternidad y Nacimiento Seguros, liderada por el MSD y conformado por organizaciones gubernamentales y no gubernamentales dedicadas a trabajar en la salud de la madre y el niño buscando en apoyo técnico y financiero para las estrategias que buscan disminuir la mortalidad materna e infantil. La participación de MCHIP en las reuniones fue importante por el aporte técnico y financiero a nivel del MSD y en los departamentos asignados.

Objetivo 2: Fortalecer la capacidad y competencia de los proveedores de cuidado de la salud en los distintos niveles de atención para aplicar las prácticas basadas en la evidencia en la SM, PF/SR y Atencion a las HPME en las redes de destino.

MCHIP implementó el enfoque y sistema de formación de capacitadores de Jhpiego, para los cual diseño ciclos de capacitación de 4 módulos secuenciales cada uno con el objetivo de actualizar conocimiento y estandarizar habilidades clínicas y de capacitación**:**

- Módulo 1 - Salud materna y neonatal, atención de parto y recién nacido normal y
- Módulo 2 - Manejo de emergencias obstétricas
- Módulo 3 - Planificación familiar y bioseguridad
- Módulo 4 - Destrezas de capacitación clínica

ESTANDARIZACION DE HABILIDADES CLINICAS

MCHIP a través de su proyecto FORTALESSA, en el marco de capacitaciones en servicio, alcanzó un total de **2.869 participantes** de 291 establecimientos de salud, en los departamentos de Chuquisaca y La Paz que corresponden a un total real de **1.952 proveedores** de salud que al menos recibieron una capacitación y/o actualización con la asistencia técnica del proyecto.

Asimismo, los capacitadores acreditados por MCHIP al servicio del SEDES, **realizaron réplicas de capacitación a más de 1.000 prestadores** en diferentes establecimientos de salud en las 7 redes de Chuquisaca y dos de La Paz.,

GBER

Un componente muy importante para MCHIP en el proyecto FORTALESSA, fue la capacitación en GBER de **1.469 participantes** pertenecientes a 179 establecimientos (12 hospitales y 167 establecimientos de primer nivel). Esta cifra incluye participación de Gerencias de Red, personal técnico de los SEDES departamentales, autoridades municipales de salud y comunidad. Además de la implementación de otras herramientas como el AFU (Análisis de Flujo de Usuarios) y las encuestas de salida para usuarias, en ambos departamentos.

SMN, CONE Y CONEM

Se realizaron capacitaciones en servicio en las 10 redes de salud en las áreas geográficas designadas por el proyecto a un total de **954 proveedores**, pertenecientes a 218 establecimientos (12 hospitales, y 206 establecimientos de primer nivel de atención) donde se atiende un total de 15. 575 partos al año. Estas capacitaciones ayudaron a mejorar el llenado de la HCPB y el partograma, así como a implementar el Sistema Informático Perinatal, mejorar la resolución y referencia de Emergencias Obstétricas y Neonatales y la vigilancia de la MM.

ANTICONCEPCIÓN Y ORIENTACIÓN

En 6 redes de salud del departamento de Chuquisaca, y 3 de La Paz, **446 proveedores** de 73 establecimientos de salud (2 hospitales, 71 establecimientos de primer nivel) recibieron actualización y capacitación en Anticoncepción y Orientación, estos proveedores de salud atienden 6.425 consultas de planificación Familiar en métodos modernos y naturales al año en el departamento. En una red del departamento de La Paz no se intervino con el componente de capacitación, porque recién se inició la asistencia técnica y las intervenciones en el mes de abril del 2013.

Se apoyaron pasantias en hospitales de mayor casuística (Hospitales Gineco Obstétrico y San Pedro Claver) para **122 profesionales** (Médicos y Lic. en Enfermería) de 49 establecimientos de salud de Chuquisaca para mejorar las habilidades en el procedimiento de AMEU y técnicas de orientación, y mejorar la resolución de las HPME.

Cuadro 11: Total de participantes que recibieron capacitación por Red de Salud según tema bajo FORTALESSA, Enero 2012-Abril 2013

Total de participantes que recibieron capacitacion por Red de Salud según Tema bajo el proyecto Fortalessa (Enero 2012-Abril 2013)				
	TEMA			
RED DE SALUD	CALIDAD	ATC	COEM	CONE
AZURDUY	6	10		4
CAMARGO	235	85	74	177
MONTEAGUDO	240	32	56	71
OROPEZA	124	76	89	65
SUCRE	322	80	49	131
TARABUCO	205	22	14	57
TOTAL CHUQUISACA	**1132**	**305**	**282**	**505**
CAMACHO	62	25		32
LOS ANDES	112	30	2	20
LOS ANDES MANCO KAPAC	60			
NOR Y SUR YUNGAS	59	79	27	70
TOTAL LA PAZ	**293**	**134**	**29**	**122**
SEDES	44	7		16
TOTAL GENERAL	**1469**	**446**	**311**	**643**
Formularios Mchip-Listas de participantes				

MCHIP bajo el proyecto FORTALESSA, **alcanzo un total del 291 establecimientos (54%),** con al menos una intervención de los componentes asignados, de los 535 de la estrategia de USAID/Bolivia 2012-2017.

Cuadro 12: Número Total de Establecimientos Asignados - FORTALESSA 2012-2017.

SEDES	RED	MUNICIPIO	HOSPITAL 3ER NIVEL	HOSPITAL 2DO NIVEL	CENTRO DE SALUD	PUESTO DE SALUD	TOTAL EST. DE SALUD
CHUQUISACA	6	29	2	5	177	182	366
LA PAZ	6	28	0	9	56	104	169
TOTAL	12	57	2	14	233	286	535

Por lo que 244 establecimientos de salud programados para recibir Asistencia técnica dentro de la estrategia, quedaran sin recibirla y con ello de mejorar la provisión de servicios de salud, para las familias bolivianas de esta área de intervención.

ESTANDARIZACION DE HABILIDADES DE CAPACITACION CLINICA

Dentro del proyecto FORTALESSA, MCHIP se desarrollaron tres ciclos de capacitación bajo la modalidad de Capacitación de Capacitadores Clínicos, dos en el departamento de Chuquisaca y uno en el departamento de La Paz, estos procesos fueron conducidos íntegramente por capacitadores Internacionales certificados por Jhpiego.).

Primer Ciclo de Capacitación de Capacitadores comenzó con la estrategia de ENLACE y tuvo la participación de proveedores de los 4 departamentos (Chuquisaca, Santa Cruz, Tarija y Beni) en Julio 2011 y término en junio del 2012.

Segundo Ciclo de Capacitación de Capacitadores fue dirigido a los provedores de los hospitales de tercer y segundo nivel municipios de SEDES Chuquisaca comenzando el julio del 2012 y concluyó febrero 2013.

Tercer Ciclo de Capacitación de Capacitadores estuvo dirigido al personal de las redes prioriadas de SEDES La Paz en inicio en Julio del 2012 y termino en Febrero 2013.

Este proceso tuvo como resultado **la formación y certificación de 67 capacitadores clínicos acreditados por Jhpiego** (33 médicos gineco-obstetras, 29 médicos generales) pertenecientes a 36 establecimientos de salud del área rural y de hospitales de referencia departamentales del área urbana estos capacitadores se encuentran en 5 departamentos de Bolivia (Chuquisaca, La Paz, Tarija, Beni, y Santa Cruz).

El resultado más visible e inmediato que tuvo este proceso es la implementación de servicios de Atención de emergencia obstétrica en primer nivel de atención, proveedores que participaron en los tres ciclos, después de adquirir la competencia iniciaron esta atención en sus establecimientos.

Después de concluido cada módulo clínico, los resultados se percibieron de inmediato por ejemplo en la red Oropeza del departamento de Chuquisaca que no reportaba atención de parto, comenzó a brindar el servicio utilizando las mejores prácticas adquiridas en los Módulos Clínicos (ver Anexo B: Historias de Éxito - Roberto Peñarrieta).

En el 3er ciclo realizado para proveedores del departamento de La Paz, también genero un resultado casi inmediato puesto que, en centros de salud donde solo se refería la emergencia obstétrica a hospitales con mayor resolución, se comenzaron a resolver estos casos como en el caso del Centro de Salud Kollaña Uta en Yanacachi situado en el municipio Sur Yungas que hasta la fecha.

Tercer ciclo capacitación de capacitadores, Marzo 2013

Primer ciclo capacitación de capacitadores, Julio 2011

Segundo ciclo capacitación de capacitadores, Febrero 2013

Durante el evento de entrega de equipamiento realizado por la Embajada de los Estados Unidos de Norte América a la prefectura del departamento de La Paz, el encargado de negocios presentó al auditorio la Historia de Éxito de la Dra. Fabiola Almaraz quien fue una de las proveedoras acreditadas en la Capacitación de Capacitadores del 3er ciclo como un aporte de la ayuda de USAID a favor de la salud de las mujeres bolivianas (ver Anexo B: Historias de Éxito – Fabiola Almaraz).

En Abril 2013 MCHIP dio inicio a dos nuevos ciclos de "Capacitación de Capacitadores" uno en cada departamento meta, **dirigido a un total de 53 proveedores de salud** en ambos departamentos, los que alcanzaron a recibir solo el Modulo 1, y debido al cierre intempestivo del proyecto estos procesos quedaron inconclusos, y sin un plan de seguimiento.

Para fortalecer y garantizar la sostenibilidad de los procesos, el equipo técnico de MCHIP seleccionó un equipo de médicos y gineco Obstetras en un número de 15 participantes de los tres ciclos de capacitación, considerando aquellos que demostraron tener la actitud y la aptitud necesaria para liderar con efciencia procesos similares en el futuro. Estos proveedores tuvieron la oportunidad de co-facilitar algunos temas en los ciclos iniciados, con el asesoramiento y retroalimentación de los expertos internacionales anteriormente citados.

Actualmente los 67 capacitadores clínicos certificados son requeridos por autoridades del SEDES y el MSD para realizar las capacitaciones a proveedores de áreas geográficas casi inaccesibles de los dos departamentos con el objetivo de apoyar a mejora la resolución de algunos procedimientos como el tratamiento de las HPME.

Objetivo 3: Fortalecer los CDCs en PF/SR en hospitales de los departamentos elegidos

Uno de los objetivos de la estrategia del MSD para el área de SMN era establecer CDCs para mejorar las habilidades y destrezas de los proveedores y asi fortalecer la calidad de servicios proveídos por las instituciones de salud.

La meta de MCHIP fue brindar asistencia técnica a las instituciones de salud donde se implementarían los CDC a través del cumplimiento de un proceso de acreditación para la formación sobre prácticas clínicas de SMN y PF/SR.

MCHIP tuvo varias reuniones de coordinación con el MSD, los socios de FORTALESSA y otros cooperantes y donadores para compartir experiencias sobre la implementación de CDC en otros países y las iniciativas en nuestro país. MCHIP presentó el documento con los estándares elaborados por Jhpiego e implementados en otros países. El MSD se comprometió a sistematizar y elaborar un documento en base con las experiencia de las organizaciones, lo que hasta la fecha del cierre o no se produjo.

Posteriormente, se hicieron reuniones con cada una de las SEDES y direcciones del proyecto del proyecto, los que decidieron establecer los CDC en el Hospital Gineco-Obstétrico Jaime Sánchez Porcel en Chuquisaca y el Hospital Los Andes, donde se estaba implementado el proceso de mejora de la calidad y donde había 12 capacitadores clínicos formados por Jhpiego. MCHIP apoyó este proceso con una propuesta practica que comprendió 16 estándares enfocados en equipamiento y capacitación, para iniciar los procesos de acreditación de los dos hospitales seleccionado como CDCs se tenía planificado empezar el proceso en SEDES Chuquisaca en el mes de mayo con la asistencia técnica de MCHIP en el Hospital Gineco-Obstétrico Jaime Sánchez Porcel.

OTRAS ACTIVIDADES

Actividades de asistencia técnica de MCHIP solicitada por las organizaciones socias, SEDES y las coordinaciones de red

- MCHIP como socio de FORTALESSA participó en los talleres para la elaboración de los POA's de SEDES, coordinaciones de red y municipios de Chuquisaca y La Paz, donde se incluyeron todas las actividades de asistencia técnica y financiera de todos los socios de FORTALESSA en todas las áreas de acuerdo a la experticia de cada uno. MCHIP incluyó las actividades de procesos de mejora continua de la calidad con los ciclos de mejora continua en las 7 áreas de estándares, así como las actividades de capacitaciones clínica y acreditación, prevención de infecciones (PI) en SMN, fortalecimiento a los gestores con supervisión multidimensional y facilitadora para apoyar el cumplimiento de los objetivos de MCHIP.
- Evaluaciones trimestrales en USAID/Bolivia con la preparación de informes, material para un Boletín trimestral y la preparación de informes semanales a la Misión de USAID de las actividades más destacadas o los mejores resultados durante a la semana.
- MCHIP participó en la revisión de las variables de los nuevos formularios para la vigilancia epidemiológica de la muerte materna. Se hicieron sugerencias como por ejemplo; adelantar la 1ª y 2a visita pos natal dentro de los tres primeros días, debido a que en este lapso ocurre la mayor parte de las muertes maternas y neonatales, así como la inclusión de la HPP, y el uso del MELA y los implantes en el sistema de la vigilancia.
- El Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS) adoptará la herramienta de monitoreo del SEDES Santa Cruz para aplicar a nivel nacional como normativa, una vez que finalice la revisión que MCHIP estaba realizando al momento del cierre, con las otras SEDES a nivel nacional para rescatar otras experiencias desarrolladas sobre todo en los departamentos de La Paz y Chuquisaca.
- MCHIP brindó asistencia técnica en los comités de vigilancia de la MMN para la elaboración del informe final gestión 2012 y 2013, en los departamentos de Chuquisaca y La Paz. Se revisaron 26 muerte maternas, de las cuales el 65% ocurrieron en servicios de salud, por lo que se elaboró un plan de acciones inmediatas, que sería apoyado por MCHIP, dirigidas a mejorar los estándares clínicos en los establecimientos de salud y capacitación del personal con el objetivo de mejorar la referencia oportuna de las emergencias obstétricas. Las acciones inmediatas se estaban desarrollando como parte de la asistencia técnica y financiera de MCHIP junto al programa FORTALESSA.
- MCHIP al momento del cierre, estaba brindando asistencia técnica al MSD, a través de los Comité de Análisis de Información (CAI) locales y nacional, Comité de Mortalidad Materna, elaboración de normas Infecciones Asociadas a los Servicios de Salud (IASS), y desarrollo de material educativo (CD y rotafolio de PF). Actividades tendientes a incorporar los procesos de mejora de la calidad apoyados por MCHIP junto con las herramientas técnicas, en las normas nacionales a fin de asegurar la sostenibilidad, proceso que quedó inconcluso.
- Presentaciones de evaluaciones y programaciones trimestrales de las actividades de MCHIP a la Misión de USAID.

OTRAS ACTIVIDADES QUE QUEDARON PROGRAMADAS E INCONCLUSAS POR EL CIERRE PREMATURO DEL PROYECTO

- Se ha acordado también que MCHIP participará en la revisión de la metodología del CAI nacional. El CAI tiene como función revisar los avances de los compromisos de gestión, indicadores y planificación de actividades trimestrales. La propuesta de MCHIP que ya fue aceptada es que se haga la evaluación de los CMCC como parte del análisis de la información compartiendo los resultados y buscando el reconocimiento de las autoridades locales a la mejora de la calidad.
- MCHIP brindó asistencia a los CAIs departamentales y recomendó realizar un trabajo con enfoque de red, tal como se realiza en CMCC, donde participan todos los niveles de atención y además se enfoca en el desempeño con competencias de los prestadores de servicios, mediante capacitación con practicas en modelos y apoyo tutorial estrecho de intervenciones efectivas, basadas en la evidencia y en la normativa nacional para reducir la mortalidad materna y neonatal (MMN). Estas quedaron plasmadas en un plan de acción y un acta de compromisos firmados por todas las instituciones participantes.
- MCHIP proporcionó a la Unidad de Servicios de Salud y Calidad (USSC)/MSD asesoría técnica para la revisión de la norma de IASS, por su vinculación con la MMN. Además, se utilizará la metodología de GBER para la elaboración de otros estándares. En el taller de análisis para la revisión de la norma de IASS se identificaron importantes debilidades tales como la falta de una enfermera vigilante en los servicios de salud, la falta de capacitación en IASS del personal de salud. No se disponen de planes de supervisión y muchos servicios no cuentan con infraestructura básica como lavamanos, salas de aislamiento, insumos de higiene, central de esterilización y otros. Como resultado de este taller se elaboró un borrador de norma nacional de IASS, enfatizando las siguientes principales recomendaciones:
    - El MSD debe establecer una política de control de las IAAS
    - Definición de planes estratégicos
    - Promover apoyo financiero para el logro del control de las IAAS
- Se aprobó una ruta crítica presentada por la USSC y el fortalecimiento de los equipos departamentales. Entre las actividades más importantes está la revisión final de la norma, donde MCHIP dará apoyo técnico así como en la elaboración del estándar con los criterios de lavado de manos para unificar en todo el país.
- SEDES Chuquisaca incluyó en su POA el desarrollo de un CD Interactivo de autoaprendizaje sobre PF, basado en el módulo de autoaprendizaje de EngenderHealth (desarrollado en 2004 y actualizado el 2006), que fue terminado en abril del 2013 con la asistencia técnica de MCHIP y financiamiento de UNICEF. Quedó pendiente por el cierre del proyecto la validación en campo e implementación posterior.
- El equipo técnico los consultores gineco-obstetras de MCHIP, con el financiamiento de OPS desarrollaron la propuesta del rotafolio de SMN e identificación de las emergencias obstétricas basado en el rotafolio de PF. Quedó pendiente la revisión de este material por el MSD.

Lecciones Aprendidas

En nuestras experiencias hemos aprendido que:

- Los procesos de mejora continua de la calidad de atención se facilitan, si se proporciona asistencia técnica en temas prácticos y específicos (evitando la generalización), en terreno, involucrando a la comunidad, al lado de los equipos y coordinando con los niveles de gestión (MSD, SEDES, Coordinadores de Red, responsables Municipales y Directores de establecimientos), para conseguir el acompañamiento e involucramiento del personal operativo, y lograr institucionalizar los procesos implementados, y asegurar su continuidad mas allá del apoyo externo
- La implementación de un proyecto con varias agencias como socios en diferentes componentes a nivel operativo, sin lograr una buena coordinación con objetivos comunes claros, genera la dispersión de esfuerzos en la realización de las actividades, y confusión a nivel operativo, con cronogramas saturados de actividades, que distrae al personal de su rutina laboral, lo que causa molestia e inadecuada atención a la población usuaria de los servicios.
- MCHIP comenzó a dar la asistencia técnica en FORTALESSA dentro del acuerdo del "field support" solicitada por USAID/Bolivia en los componentes de los CMCC, SMN, PF y PI. Fue un comienzo difícil, con muchas dificultades con los socios, especialmente con UNICEF que originalmente no aceptó a MCHIP como asistencia técnica. Finalmente, después arduas negaciones y coordinación con esta agencia se logró un trabajo conjunto y con todos los socios de FORTALESSA. Desde abril 2012 a abril 2013, la oficina de salud en la nueva estrategia de USAID/Bolivia 2011 al 2017, condujo reuniones trimestrales de evaluación y programación, con las organizaciones del Programa FORTALESSA referente a los componentes de la asistencia técnica y el MSD, las que significaron una excelente estrategia de USAID para conocer y hacer el seguimiento de las actividades técnicas y financieras de los proyectos financiados por USAID, y a apoyar la coordinación entre los socios.
- MCHIP programó sus actividades con recursos propios que no fueron suficientes para realizar las actividades a nivel operativo, por lo que se buscaron estrategias y recursos de contrapartes que se canalizaron a través de UNICEF para la gestión 2012, quien desembolsó directamente a cada SEDES departamental para financiar las actividades previamente incluidas en los POAs. Este proceso tardó varios meses en ser aprobado e implementado por estas instituciones, por lo que las actividades de MCHIP tuvieron varias veces que ser suspendidas. Para la gestión 2013 USAID/Bolivia realizó ajustes financieros a la estrategia de salud en el programa FORTALESSA y se trabajó en forma conjunta con el proyecto Comunidades Saludables (PCS), organización local, lo que facilitó el cumplimento de las actividades de manera oportuna.
- Producto del continuo análisis e implementación de estrategias, pensamos que se deben buscar otras estrategias de motivación para el personal. Entre nuestros hallazgos a nivel operativo en el área rural, el personal de salud tiende a buscar oportunidades en las ciudades importantes porque sienten la falta de atención de sus autoridades, no tienen los medios adecuados para su desempeño profesional, las oportunidades formación académica y/o nuevos conocimientos o técnicas son limitadas. De allí que las agencias cooperantes han estado apoyando con asistencia técnica y financiera creando las oportunidades que motiven a este personal a permanecer en su lugar de trabajo. En tal sentido el MSD, las gobernaciones y los municipios deben buscar estrategias para evitar la inestabilidad laboral y rotación permanente del personal porque cada cambio genera un vacío y un retroceso en el desarrollo e implementación de los procesos, debido a que el nuevo personal debe iniciar su capacitación e involucramiento, lo que genera un mayor uso de recursos y tiempo. El impacto de estos cambios repercuten negativamente en la población que demanda los servicios de calidad con proveedores competentes.

El SNIS, utilizado como fuente de información única y oficial para el reporte de datos del sistema de salud de Bolivia, presenta a la fecha de este informe, un importante retraso (en un trimestre apenas se disponía de 25% de la información requerida), por lo que hemos utilizado información preliminar disponible para este reporte. La información de los últimos tres años de toda la red rural de Chuquisaca que ha sido enviada al SNIS local, no ha sido consolidada por el SNIS a pesar de nuestras intervenciones con el personal de los dos niveles, esta información por tanto todavía no es visible, traduciéndose a un subregistro importante de los logros del proyecto. MCHIP tenía propuesta la recolección de la información sobre el uso de las mejores prácticas post capacitaciones en los establecimientos del proyecto.

Es importante resaltar que las actividades desarrolladas por MCHIP con el financiamiento de USAID, al momento del cierre no programado de MCHIP, estaban en proceso de ser institucionalizados por los diferentes niveles de gestión dada la aceptación y buenos resultados de las intervenciones. El objetivo final de nuestra asistencia técnica pretendía formar proveedores competentes en facilitar los procesos de mejora de la calidad y en brindar capacitación clínica en un sistema de capacitación continua en servicio y en los CDC programados por MCHIP para ser desarrollados a nivel nacional, a fin de que los cambios de personal sean solo un cambio de destinación y no un cambio de procesos, y estos no influyan en la continuidad de los mismos.

Asimismo, estaba programado para la segunda mitad de 2013, el fortalecimiento de los equipos locales de calidad para enfatizar durante el monitoreo de los estándares la observación directa de los proveedores realizando los procedimientos clínicos, además de la revisión de historias clínicas, como otra metodología que apunta a la mejora de la calidad basándose en el desempeño del prestador del servicio en base a la capacitación clínica que ha recibido.

Estamos conscientes de que una de las consecuencias del cierre intempestivo e involuntario de la Misión de USAID en Bolivia y por ende de los proyectos que financiaba, va a generar un clima de desestabilización a nivel laboral y su consecuente efecto multiplicador en todas las actividades y en los actores relacionados a cada uno de los procesos de intervención de la estrategia de Salud acordada por el Gobierno Boliviano y el de los Estados Unidos de Norte América, su impacto inmediato sin duda, significará un vació general, en todos los aspectos relacionados directa o indirectamente con las actividad de la cooperación internacional. El cierre repentino también impidió apoyar a los equipos en diseñar un plan de seguimiento a largo plazo. Lo que puede traducirse en un retroceso en todo lo avanzado.

Uno de los programas que queda trunco, es el iniciado con la estrategia de USAID/Bolivia 2011–2017 con el programa FORTALESSA que pretendía alcanzar su impacto en 2 SEDES departamentales, en un área geográfica de 13 redes de salud, 535 establecimientos de 1er, 2º y 3er nivel de atención, beneficiando a mujeres, recién nacidos, hombres, niños y adolescentes que serían atendidos en estos servicios de salud con proveedores calificados y con calidad de atención en los establecimientos. A la fecha del cierre del proyecto, 9 redes incluidas en esta última estrategia, habían iniciado y estaban en plena implementación de los procesos de mejora de la calidad apoyados por MCHIP/ Bolivia, las que sin asistencia técnica ni financiera para continuar, sus procesos quedan truncados y sin posibilidad de retomarlos.

Estos procesos han tenido muchas dificultades por las diferentes maneras de manejo financiero de las organizaciones implementadoras, lo que ha hecho que sea difícil la coordinación y la conciliación de procesos, pero es bueno rescatar que el trabajo con fondos de contraparte ha hecho que nuestros objetivos se cumplan, creando mayores expectativas y que nuestros indicadores estén por encima de lo programado.

Anexo A: Actividades y Cuadro de Monitoreo y Evaluación

INDICADOR	DEFINICION/ ACLARACIÓN	FUENTE DE INFORMACIÓN/METODO DE RECOPILACIÓN	FRECUENCIA DE RECOPILACIÓN DE INFORMACIÓN	FY '11		FY '12 (OCT-DIC)		FY '12 (ENE-SET)		FY'13 (OCT-ABR)	
				META	ALCANZADO	META	ALCANZADO	META	ALCANZADO	META	ALCANZADO
Objetivo 1: Mejorar la disponibilidad y calidad de los servicios de SM, PF/SR y PAC en los establecimientos de salud de las redes integrales de salud priorizadas.											
1. Numero de establecimientos de salud que hayan iniciado procesos de mejoramiento de calidad en SMN, PF y APA	Numero de establecimientos de salud que están implementando procesos de mejoramiento de calidad en SMN, PF y APA	Herramientas e instrumentos para mejorar la calidad	Trimestral	79	71	71	65	127	120	146	153
2. Porcentaje de establecimientos de salud que hayan iniciado procesos de mejoramiento de calidad en SMN, PF y APA	Numero de establecimientos de salud que están implementando procesos de mejoramiento de calidad en SMN, PF y APA x 100/Total de establecimientos de salud en las redes meta	Herramientas e instrumentos para mejorar la calidad	Trimestral							80%	103%
3. Numero de establecimientos con planes de acción elaborados	Número de establecimientos de salud que han detectado problemas a través de implementar la metodología de MBE/R y cuentan con planes de acción	Planes de acción	Trimestral							146	153
4. Numero de puérperas con partograma correctamente llenado	Número de mujeres puérperas con partograma correctamente llenado	Partogramas	Trimestral	600	425	150	198	783	883	1400	738

INDICADOR	DEFINICION/ ACLARACIÓN	FUENTE DE INFORMACIÓN/METODO DE RECOPILACIÓN	FRECUENCIA DE RECOPILACIÓN DE INFORMACIÓN	FY '11		FY '12 (OCT-DIC)		FY '12 (ENE-SET)		FY'13 (OCT-ABR)	
				META	ALCANZADO	META	ALCANZADO	META	ALCANZADO	META	ALCANZADO
5. Numero de embarazadas que fueron atendidas con MATEP (MATEP: Manejo activo de la tercera etapa de del parto)	Numero de embarazadas que fueron atendidas con MATEP	Historiales Clínica Perinatal Base	Trimestral	400	443	150	70	1103	940	1400	4790
6. Número de mujeres recibiendo servicios de orientacion despues de atencion post aborto	Número de mujeres de APA que recibieron Servicios de Orientacion	Registros Internos Establecimientos de Salud	Trimestral	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Objetivo 2: Fortalecer la capacidad y competencia de los proveedores de salud de los diferentes niveles de atención para aplicar prácticas basadas en evidencia en SM, PF y PAC en los establecimientos de salud de las redes priorizadas.											
7. Numero de proveedores de salud que adquieren habilidades y destrezas como Capacitadores Clinicos en Salud Materna, Control Pre Natal, Parto, Manejo de Complicaciones obstetricas, Atencion del Recien Nacido, Orientacion/ Planificacion Familiar, y Bioseguridad en los departamentos meta.	Numero de proveedores capacitados como capacitadores	Reporte de las capacitaciones pre y post test	Anual	20	0	20	19	40	44	44	48

INDICADOR	DEFINICION/ ACLARACIÓN	FUENTE DE INFORMACIÓN/METODO DE RECOPILACIÓN	FRECUENCIA DE RECOPILACIÓN DE INFORMACIÓN	FY '11		FY '12 (OCT-DIC)		FY '12 (ENE-SET)		FY'13 (OCT-ABR)	
				META	ALCANZADO	META	ALCANZADO	META	ALCANZADO	META	ALCANZADO
8. Número de proveedores de salud actualizados en Salud Materna, Orientacion/ Planificación Familiar , APA	Número de proveedores de salud actualizados en Salud Materna, Orientacion/ Planificación Familiar , APA en las redes meta	listas de participantes Registros propios del proyect	Trimestral					960	731	1084	669
9. Numero de Proveedores de salud que han recibido capacitación sobre la metodología de GBER en los departamentos meta	Número de personas capacitadas en la metodología agrupadas por institución	Lista de participantes Registros propios del Proyect	Trimestral					450	351	600	1118
10. Numero de supervisores de los SEDES, redes de salud, con habilidades probadas en supervisión en establecimientos de salud con un enfoque en monitoreo de estándares de calidad	Numero de supervisores capacitados	Reporte de Capacitación pre y post test, lista de participantes	Anual					25	35	45	70

INDICADOR	DEFINICION/ ACLARACIÓN	FUENTE DE INFORMACIÓN/METODO DE RECOPILACIÓN	FRECUENCIA DE RECOPILACIÓN DE INFORMACIÓN	FY '11		FY '12 (OCT-DIC)		FY '12 (ENE-SET)		FY'13 (OCT-ABR)	
				META	ALCANZADO	META	ALCANZADO	META	ALCANZADO	META	ALCANZADO
Objetivo 3: Fortalecer los Centros de Desarrollo de Capacidades (CDC) en PF/SR en hospitales de los departamentos elegidos.											
11. Los establecimientos donde estan implementados los CDC estan estandarizados de acuerdo a las normas nacionales y con practivas basadas en evidencia implementadas.	Los establecimientos donde estan implementados los CDC estan estandarizados de acuerdo a las normas nacionales y con practivas basadas en evidencia implementadas.	Reportes Tecnicos del proyecto	Anual					1	0	1	0
12. Numero de CDCs cuentan con planes anuales para pasantias de personal de salud de los EESS priorizados de acuerdo a necesidades de cada departamento.	Numero de CDCs cuentan con planes anuales para pasantias de personal de salud de los EESS	Plan anual	Anual					2	0	2	0
INDICADORES de OP/PMP											
13. Numero de embarazadas que acuden al control prenatal (*)	Número de embarazadas con control prenatal en los establecimientos de la red salud meta (nueva y repetidas)	Información de estadísticas de servicios SNIS.	Trimestral	15000	12800	18000	26911	6000	77482	70100	55803
14. Número de mujeres que reciben atención al parto por personal calificado en programas de apoyo del gobierno de EEUU(*)	Número de partos con personal calificado incluye médicos(as), enfermeros(as).	Información de estadísticas de servicios SNIS.	Trimestral	7000	7,149	2187	2235	28300	14.335	13.900	10348

INDICADOR	DEFINICION/ ACLARACIÓN	FUENTE DE INFORMACIÓN/METODO DE RECOPILACIÓN	FRECUENCIA DE RECOPILACIÓN DE INFORMACIÓN	FY '11		FY '12 (OCT-DIC)		FY '12 (ENE-SET)		FY'13 (OCT-ABR)	
				META	ALCANZADO	META	ALCANZADO	META	ALCANZADO	META	ALCANZADO
15. Número de clientes/usuarios que reciben orientación en PF (*)	Número de personas que fueron orientadas en establecimientos de salud de la red meta	Información de estadísticas de servicios SNIS.	Trimestral	18000	21900	5000	24238	17700	72.028	70.500	53243
16. DIU: Usuarias nuevas	Numero de Usuarias Nuevas DIU	Información de estadísticas de servicios SNIS.	Trimestral				252		758	447	547
17. Inyectable Trimestral: Usuarias nuevas	Numero de Usuarias Nuevas Inyectable	Información de estadísticas de servicios SNIS.	Trimestral				10228		30584	5.781	23123
18. Condón: Usuarias nuevas	Numero de Usuarias Nuevas Condón	Información de estadísticas de servicios SNIS.	Trimestral				3613		9712	2.884	9039
19. Píldora: Usuarias nuevas	Numero de Usuarias Nuevas Píldora	Información de estadísticas de servicios SNIS.	Trimestral				1605		5611	2.045	2124
20. Métodos naturales: Usuarias nuevas	Numero de Usuarias Nuevas	Información de estadísticas de servicios SNIS.	Trimestral				2112		6243	3.671	3849
21. AQV femenino	Numero de Usuarias Nuevas AQV Femenino	Información de estadísticas de servicios SNIS.	Trimestral				167		526	519	331
22. Número de mujeres con píldora anticonceptiva oral de emergencia	Numero de Usuarias Nuevas de píldora anticonceptiva oral de emergencia	Información de estadísticas de servicios SNIS.	Trimestral				41		144	210	32

NOTAS:
Indicadores 2,3: Vigente para el 2013
Indicadores 8,9,10,11,12: Vigentes desde enero 2012
Indicador 6: Solo se dispone del dato de mujeres que han recibido HPME, el MSD no tiene implementado la información respecto de la indicación de un método de PF después de ehste procedimiento
Indicadores 16,17,18,19,20,21,22: Vigentes para el 2013 incluimos la información de dos periodos más porque al ser un mandato nuestro la planificación familiar monitoreábamos esta información
Indicador 13: Las metas planteadas antes del 2013 son bajas puesto que estaban planificadas con otra estrategia que consistía en sitio intervenido sitio informado.
La información de esta matriz ha sido actualizada el mes de julio 2013. La fecha de actualización del SNIS es Información de Enero a Mayo 2013 (Última Actualización 28-06-2013)

Anexo B: Historias de Éxito

Fabiola Almaraz español.pdf

Yucra Chuquisaca ingles.pdf

Roberto Peñarrieta español.pdf

Ruth Galvez ingles.pdf

Camacho espanol.pdf

Anexo C: Personal y Consultores de MCHIP

PERSONAL DE MCHIP BOLIVIA

Patricia Arana, MD, MPH	Gerente de Programa
Karina Cabrera, MPH	Sub-gerente de Programa y Oficial de M&E
Jackeline Reyes, MD, MPH	Responsable en Salud Materna
Marjorie Viscarra, MD, MPH	Responsable en Planificación Familiar y Salud Reproductiva
Milenka Orlandini	Coordinadora de Administración y Finanzas
Rosario Romero	Asistente Administrativa
Jose Illanes	Gerente Financiero (50%)

PERSONAL DE LA SEDE

Ricardo Bonner	Coordinador de Finanzas Región LAC, Jhpiego
Rebecca Fielding	Coordinadora de Finanzas, Jhpiego
Laura Goodman	Oficial de Programa, Jhpiego
Michelle Goshen	Coordinadora de Programa, Jhpiego
Connie Lee	Oficial de Programa, Jhpiego
Kelly Taylor	Especialista de Recursos Humanos Global, Jhpiego

CONSULTORES INTERNACIONALES

Vicente Bataglia	Consultor, Especialista SMN y SR, Jhpiego
Gloria Metcalfe	Consultora, Especialista de Procesos de Mejora de Calidad y Formación de Habilidades Clínicas, Jhpiego
Edgar Necochea	Director, Desarrollo de Sistemas de Salud, Jhpiego
Washington Santos	Consultor, SMN y SR, Jhpiego
Jeffrey Smith	Líder del Equipo Técnico de Salud Materna, MCHIP

CONSULTORES LOCALES

Eliseo Caballero	Consultor, Capacitaciones Clínicas
Angel Contreras	Consultor, Capacitaciones Clínicas
Eliana Garcia	Consultora, Procesos de Mejora de Calidad
María Elena Mamani	Consultora, Procesos de Mejora de Calidad
Cristina Renteria	Consultora, Procesos de Mejora de Calidad
Teresa Rivero	Consultora, Procesos de Mejora de Calidad
Liseth Sanabria	Consultora, Procesos de Mejora de Calidad
Raul Verastegui	Consultor, Capacitaciones Clínicas
Angela Zarate	Consultora, Procesos de Mejora de Calidad