

UNIVERSIDAD AMERICANA
SEMINARIO DE DESARROLLO DE EMPRENEDORES
XVIII MUESTRA EMPRESARIAL UAM 2013



APRECON

Atención Pre-concepcional como medio primordial para evitar factores de riesgo durante la etapa reproductiva de la mujer.

INTEGRANTES DEL PROYECTO:

Mario Calderón

Pablo Navarrete

José Manuel Fernández

CARRERA:

Medicina

NOMBRE DEL DOCENTE:

Lic. Alejandro Dávila Rueda

Managua, Nicaragua Mayo 2013

INDICE

I.	PROYECTO	1
II.	ANTECEDENTES	1
III.	DIAGNÓSTICO	3
IV.	ARBOL DE PROBLEMAS	18
V.	ARBOL DE OBJETIVOS	19
VI.	ANALISIS DE SENSIBILIDAD	27

CONTENIDO

Resumen Ejecutivo

1. Introducción, Contexto de la problemática / pág.
2. Justificación del Proyecto / pág.
3. Descripción del Proyecto / pág.
 - 3.1 Área de intervención y población meta
 - 3.2 Del objetivo global
 - 3.3 Resultados e indicadores del Proyecto
 - 3.4 Presupuesto del Proyecto
4. Rol y perfil del ejecutor / pág.
5. Modelo gerencial del Proyecto / pag.
6. Monitoreo y evaluación / pág.
7. Análisis de viabilidad / pág.
8. Sostenibilidad / pág.
9. Consideraciones sobre los riesgos del Proyecto / pág.

ANEXOS

Anexo 1. Marco Lógico del Proyecto

Anexo 2. Presupuesto

Anexo 3. Cronograma de Ejecución

I. PROYECTO

TEMA: Atención Pre-concepcional en la población de Managua como medio primordial para evitar factores de riesgo durante la etapa reproductiva de la mujer.

NOMBRE DE LA EMPRESA:

ESLOGAN: Atención Pre-concepcional : es la clave para una familia saludable en el futuro.

II. ANTECEDENTES

El cuidado pre concepcional es reconocido como un componente critico en la atención de las mujeres en la edad reproductiva, se define como el conjunto de intervenciones que tienen como propósito identificar y modificar factores de alto riesgo. Lo que corresponden a variables demográficas y médicas que directa o indirectamente, que están relacionadas con factores causales de las malformaciones o con el mal resultado perinatal.

El asesoramiento pre concepcional optimiza el resultado perinatal mediante la identificación de aquellas patologías, medicaciones y hábitos o conductas que pudieran ser riesgosas para la futura madre o el feto. La importancia del asesoramiento pre concepcional se debe a que:

- La mayoría de los factores de riesgo están presentes antes de la concepción.
- Existen en el país una alta tasa de embarazo de adolescentes y no deseados.
- Existen intervenciones que no pueden ser aplicadas durante el embarazo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define como la suma de las acciones de la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos, encaminados al desarrollo de mejores condiciones de salud e individual y colectiva¹.

Se dice que alrededor de ocho millones de mujeres en el mundo sufren complicaciones durante el embarazo y de ellas fallece medio millón derivadas de dichas complicaciones, así mismo se identifica que el 80% de dichas muertes se pueden evitar o prevenir a través de acciones costo-efectivas de comprobada eficacia, como son las medidas preventivas y los cuidados prenatales adecuados.

Se ha evidenciado que el cuidado prenatal por si solo no tiene un impacto significativo en la reducción de la mortalidad materna y que carece de enfoque en el resultado neonatal. Se demuestra que el enfoque de riesgo para detectar aquellas mujeres que tienen complicaciones tiene limitada efectividad, ya que las mujeres que desarrollan complicaciones, tiene limitada efectividad, ya que generalmente las mujeres que desarrollan complicaciones no tienen factor de riesgo aparente y aquellas que tienen factor de riesgo, cursan con un parto normal.

En la actualidad se acepta que los cuidados para reducir la morbilidad y mortalidad materna y perinatal debe concentrarse en el ciclo de vida en los periodos siguientes: preconcepcional, cuidados durante el embarazo, cuidados durante el parto, cuidados durante el posparto y cuidados en el recién nacido, establecidos como un proceso continuo.

El cuidado preconcepcional contribuye a que la mujer tome una decisiones responsable respecto al momento oportuno para el embarazo. Es de mucha importancia educar e informar a mujeres en edad reproductiva sobre las

¹<http://www.hospitaldelsur.gov.co/curso/Capitulo%203.1.pdf>

condiciones de salud y determinantes sociales que aumenten el riesgo materno-perinatal, y que pueden ser reducidos o controlados durante esta etapa².

En Nicaragua, el cuidado preconcepcional adquiere una dimensión más relevante, debido a que al igual que en toda la región centroamericana, la disminución de la tasa de mortalidad materna y neonatal es un apremio relevante, lo cual ha motivado a que estos países visualicen estrategias exitosas para disminuir esas tasas, considerando las experiencias exitosas que se han registrado en cada uno de los países.

III. DIAGNÓSTICO

Aspectos Generales

La investigación moderna y embriología demuestra que las intervenciones producidas durante la etapa preconcepcional son efectivas en la obstetricia moderna.

El CDC (Center for Disease Control) de los Estados Unidos nos informa que la incidencia de la mayoría de 33 defectos congénitos estudiados han permanecido constantes o aumentado, la incidencia de 11 de estos defectos (defectos cardiacos, urinarios y renales, cataratas congénitas, luxación congénita de la cadera y anomalías autonómicas) se incrementaron en un 2% anual; la incidencia de 17 defectos permaneció constante y la incidencia de otras 5 (anencefalia, espina bífida, exoftalmos, rubéola congénita, y la enfermedad hemolítica) disminuyo un 2% anual.

²<http://www.hospitaldelsur.gov.co/curso/Capitulo%203.1.pdf>

Las principales causas de dichos aumentos podrían ser:

- Un mayor número de embarazos en reproductivas edades extremas.
- Un incremento en el consumo del alcohol en la adolescencia y edad reproductiva.
- Riesgo a exposición de agentes químicos.

Hay que recalcar que el periodo de mayor sensibilidad teratológica ambiental sobre el producto de la concepción se ubica entre el día 17 y el día 56. Durante este periodo tiene lugar la organización y la diferenciación celular así como la organogénesis, por lo que cualquier noxa ocasionado por drogas o factores virales-bacteriológicos-parasitológicos pueden afectar el normal desarrollo del embrión.

Los factores anteriores deben ser mencionados durante las entrevistas previas preconceptionales o bien durante los encuentros en la etapa del embarazo. En general las parejas que cursan un embarazo se encuentran con un alto grado de motivación, se indica que entre un 20 a 30% de las embarazadas llegan al control prenatal tardíamente y que mucha de ellas reciben control prenatal alguno.

El consejo preconcepcional ofrece múltiples beneficios de los cuales, el mas importante, sea el de permitir en las parejas puedan tomar sus propias decisiones sobre sus hijos futuros. Dicha de otra manera los padres podrán tomar decisiones de los riesgos que pueden afectar su salud.

Durante las charlas grupales conviene estimular un clima propicio para que las parejas puedan conversas sobre sus dudas acerca de distintos aspectos de la vida cotidiana que puedan afectar la salud del feto y del futuro del bebé.

Hay tres objetivos primordiales del consejo de la preconcepción:

- 1- Identificar riesgos individuales;
- 2- Ofrecer información sobre la salud en general;
- 3- Proveer asesoramiento personalizado y específicos sobre aspectos genéticos, nutricionales o de modificación de los hábitos³.

La situación crítica de Nicaragua

En Nicaragua, en la última década la tasa de mortalidad materna ha venido disminuyendo en forma significativa. De 87 muertes maternas por cada 100,000 nacidos vivos en el año 2000 a 86.5 en el 2005. Datos preliminares del 2008, la sitúan en 66 por cada 100,000 nvr. De éstas, la mortalidad materna en adolescentes representó el 16.8% en el 2005, y aumentó al 20% en el 2007.

Entre las principales causas registradas respecto a las muertes maternas, están asociadas a las obstétricas directas causadas por hemorragia y el Síndrome Hipertensivo Gestacional. En el año 2005, ambas causas representaron casi el 75% del total de fallecimientos maternos y para el año 2007, esta proporción bajó a 59%. El mayor número de fallecimientos a causa de hemorragia se registró en partos atendidos a nivel domiciliar. En el año 2007, representó el 64% y para el año 2008, se registró un pequeño incremento del 1%.

Si bien es cierto, la tasa de mortalidad materna en Nicaragua ha disminuido en las últimas décadas, las cifras estadísticas del Ministerio de Salud evidencian que algunos departamentos y regiones autónomas del Atlántico, presentaban tasas

³http://www.ms.gba.gov.ar/ssps/Residencias/biblio_13/pdf/Obstetricia/preparacion_integral_Maternidad.pdf

verdaderamente alarmantes y en algunos casos, con tendencias elevadas respecto al promedio registrado a nivel nacional. Las regiones autónomas del Atlántico registraban los mayores índices de mortalidad materna. En 2002, la RAAN y la RAAS registraron 204 y 192 muertes maternas por cada cien mil nacidos vivos, en el 2007, estas se elevaron a 220.2 y 284.2 respectivamente.

De igual forma Chontales, Jinotega y Matagalpa experimentaron altos índices de mortalidad aunque con tendencias decrecientes. Río San Juan por su parte, presentó una tasa de mortalidad materna con oscilaciones. En 2001, se registró una tasa de 473 muertes maternas, luego en 2004 se redujo a 92.3 y para el 2006, se elevó hasta 230.9 muertes maternas por cada cien mil nacidos vivos.

Aunque las estadísticas oficiales evidencian tendencias decrecientes en el número de muertes maternas, las mismas son cuestionadas por organizaciones que trabajan por los derechos de la mujer y la niñez, quienes aducen que éstas no son del todo reales y que el número de fallecimientos maternos podría ser mayor dada la existencia de enormes sub registros en el MINSA, variedad en las tasas de mortalidad maternas en un mismo período aún dentro de la misma institución y la inconsistencia en los datos oficiales. En el 2008, el MINSA reportó 66 muertes maternas, mientras que el Banco Central de Nicaragua registró 86, para ese mismo año.

El quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio, plantea “Reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes”, Nicaragua tiene como meta disminuirla a 40 por cada 100,000 nacidos vivos en el 2015.

La mortalidad infantil está vinculada a la pobreza y el subdesarrollo, siendo esta última una de las principales variables que obstaculizan el progreso de un país. En aras de disminuir los niveles de mortalidad infantil, diversos organismos internacionales, como la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Fondo de las Naciones Unidas Para la Infancia (UNICEF) y el Fondo de Población de las

Naciones Unidas (UNFPA), entre otros, han enfocado sus esfuerzos a fin de garantizar la salud de los niños y niñas por ser la población más vulnerable y con mayor tendencia a sufrir la situación de pobreza en sus países.

La edad infantil está caracterizada por varias etapas. Sin embargo, en tres de éstas es donde se registran los mayores índices de mortalidad infantil: neonatal, postneonatal y post infantil. Las causas que determinan la mortalidad de infantes en estas etapas suelen ser diversas. En el período neonatal las muertes están asociadas a factores congénitos “internos”, mientras que las condiciones económicas y sociales son causas de mortalidad en las etapas postneonatal y postinfantil; causas que obedecen en contraposición a la primera, a factores “externos.

Para ilustrar la evolución de la tasa de mortalidad infantil en Nicaragua se ha desagregado en mortalidad perinatal, neonatal, menores de uno y cinco años. En este sentido, las estadísticas del MINSA evidencian una disminución significativa en los menores de cinco años, sin embargo las reducciones en la mortalidad perinatal y neonatal no presentan los mismos resultados.

La tasa de mortalidad en menores de 5 años, pasó de 72 por cada 1,000 nacidos vivos en 1990, a 35 en el 2006/2007. Mientras que la mortalidad en menores de un año disminuyó de 58 en 1990 a 29 en el 2006/2007. En cambio, la tasa de mortalidad neonatal²⁰ en 1990 fue de 20 por cada mil nacidos vivos, y entre 2001 y 2006/2007, se mantuvo constante en 16².

La mortalidad perinatal incluida en la etapa neonatal, como porcentaje de la mortalidad en menores de cinco años ha aumentado de forma drástica. En 1993, la mortalidad en recién nacidos, entre los 0 y 6 días de nacidos, equivalía al 34.3% de las muertes en menores de cinco años, y para el año 2006 representó el 47%.

La ocurrencia es mayor en los departamentos de Matagalpa, Jinotega y Regiones Autónomas del Atlántico, principalmente en las comunidades con mayores niveles de pobreza, en especial las zonas rurales.

Los datos evidencian que mientras los índices de mortalidad en menores de uno y cinco años han disminuido considerablemente entre 1990 y el 2007, la mortalidad neonatal, entre 1990 y 1998, presentó disminuciones moderadas y, entre el 2001 y 2007, se mantuvo constante. A pesar que los esfuerzos gubernamentales por disminuir las muertes en menores de cinco años han sido efectivos, es durante la etapa neonatal donde se han observado pocos avances.

A nivel regional se plantea reducir en dos terceras partes la tasa de mortalidad de niños menores de 5 años al 2015. En Nicaragua, se estima que al 2010 se reduzca a 26, y la meta para el 2015 es disminuirla a 24

A nivel Centroamericano, la mortalidad infantil también ha experimentado un descenso significativo. Guatemala pasó de 51 muertes por cada 1,000 nvr en 1990 a 39 en el 2002. Mientras que El Salvador pasó de 41 en 1993 a 25 en el 2002. Por su parte, Honduras registró 39 en 1990, y 23 en el 2006

Del 2000 al 2008 se han registrado 16,511 fallecimientos en menores de un año. Las principales causas de muertes están asociadas a trastornos respiratorios y cardíacos (37%), seguidas por sepsis bacteriana del recién nacido (12%), neumonía (9%) diarreas y gastroenteritis (7%), entre otros.

Los fallecimientos en menores de un año por trastornos respiratorios y cardíacos fueron los más elevados, cuyo promedio anual durante el período 2000-2008 equivalió a 731 casos fatales, siendo los años 2004, 2007 y 2008 los que presentaron el menor número de muertes con relación al resto de años.

La sepsis bacteriana del recién nacido es la segunda causa de muerte, con 254 casos en el 2005, y a partir del 2006 ha presentado tendencias crecientes. Otra causa importante de muerte es la diarrea y la gastroenteritis, no obstante el número de fallecimientos ha venido en descenso, de 202 casos fatales registrados en el 2000 disminuyó a 71 en el 2008, lo que indica que las campañas preventivas han sido efectivas. Por neumonía se han registrado variaciones, siendo el 2002 y el 2008 los años con mayor número de muertes (212 y 285, respectivamente

Las zonas donde se registra el mayor número de muertes en menores de un año son las Regiones Autónomas del Atlántico, Chontales y Río San Juan; principalmente en las comunidades más alejadas y de difícil acceso, en la que, la presencia de los servicios de salud es ínfima y en algunos casos inexistentes.

Al analizar los cambios en la mortalidad infantil en menores de cinco años por estratos sociales (quintiles de bienestar), se observa que los niños y niñas nacidos en los hogares pertenecientes al quintil más pobre de la población tienen la tasa de mortalidad más elevada (43 muertes por cada 1,000 nacidos vivos), siendo dos veces mayor la probabilidad de morir en los primeros cinco años de vida en comparación con aquellos nacidos en el quintil más superior (Q5). Igual sucede con aquellos nacidos en el Q2, cuya diferencia con relación al primero es apenas de 2 por cada 1,000 nacidos vivos.

La diferencia o cambios producidos en la tasa de mortalidad infantil en menores de cinco años también se puede observar a través de la dimensión del hogar con respecto al número de miembros, ya que entre mayor es el número de miembros en la familia, la tendencia a tener mejores condiciones de vida se vuelve más incierta.

Se resalta que en los hogares donde hay 7 o más miembros registran una tasa de mortalidad de 40 por cada 1,000 nacidos vivos, tasa que está por encima del promedio nacional que es de 35. En cambio, en los hogares compuestos por 3 y 4

miembros, la tasa de mortalidad en menores de cinco años es de 35. Los hogares con miembros entre 5 y 6, presenta la menor tasa de mortalidad infantil.

Cabe destacar que la educación de la madre influye en la tasa de mortalidad infantil. Según datos de la misma fuente, los hogares donde las mujeres paren hijos y tienen una educación escasa (hasta tercer grado de primaria) o nula, presentan una tasa de mortalidad en menores de cinco años que está por encima de 40 por cada 1,000 nacidos vivos.

La mortalidad en menores de uno y cinco años también se acentúa cuando se visualizan las estimaciones por área de residencia. El MINSA brinda información sobre las estimaciones de ambas tasas según el área de residencia, de este modo queda demostrado que la mortalidad en menores de un año en ambas áreas urbana y rural tiende a ser menor que la de menores de cinco años. No obstante, se puede apreciar que ambas tasas presentan los mayores niveles de mortalidad en las zonas rurales en contraste con las urbanas.

En el área rural, la tasa de mortalidad en menores de cinco años está por encima del promedio nacional, la cual es de 35 por cada 1,000 nacidos vivos. En cambio, en el área urbana la tasa de mortalidad en menores de un año equivale a 24 por cada 1,000 nacidos vivos y la de menores de cinco años es 31, niveles que son inferiores a la tasa nacional.

Nicaragua está dividida en tres grandes regiones naturales: Pacífico, que incluye la zona metropolitana del país y por ende la de mayor desarrollo; Centro-Norte, que se caracteriza por ser una región agropecuaria; y la región caribe, que siendo la más grande del país ocupa el 50% del territorio nacional, concentrándose en ella la mayor parte de los grupos étnicos

Esta clasificación de la población por región rescata factores culturales, sociales y económicos diferentes que evidentemente influyen en los niveles tanto de

mortalidad como de pobreza. La zona del caribe del país presenta la mayor cifra con 44%. Ya se ha expresado con antelación que tanto la RAAN como la RAAS tienen los más mayores índices de mortalidad; estos obedecen a su ubicación geográfica, a la dispersión de las zonas donde se habita, así como el difícil acceso a éstas principalmente por la falta de infraestructura vial. De forma secundaria se presenta la zona centro-norte con 30% y, finalmente, con 26% el Pacífico.

Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFC)

Como un instrumento para la atención a la población en riesgo, entre la que indudablemente se encuentra las mujeres en etapa reproductiva, se encuentra un modelo que ha implementado el Gobierno de Nicaragua y que se conoce con el Nombre de Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFC) y que tiene una incidencia positiva en las comunidades más pobres que acusan estos altos índices de mortalidad materno infantil.

El Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFC), es el instrumento sanitario que recoge la visión política y económica del Estado dentro del campo del sector salud, constituyéndose en la forma de organización de las acciones intra e intersectorial, así como su implementación equitativa y eficiente en un espacio geografico-poblacional determinado, variable de acuerdo a los elementos que lo caracterizan.

El Modelo, se enfoca en la atención a las personas, familias y comunidades como un proceso continuo, con momentos interrelacionados de promoción, y protección de su salud, recuperación y rehabilitación cuando la población o las personas se enferman o sufren discapacidades, todo ello con un enfoque preventivo amplio y con acciones dirigidas a la personas, la familia, la comunidad y el medio ambiente que lo rodea.

Componentes del MOSAFC:

1. Provisión

a: Conjunto de prestaciones

b: Sectorización

c: Organización de la prestación

d. Desarrollo de la red

e: Organización de la red

f: Normas y protocolos

2. Gestión

a: Planificación local

b: Organización

c: Gestión económica

d: Sistema de Garantía de Calidad

e: Gestión de atención al usuario

f: Desarrollo del talento humano

g: Participación Social

h: Sistema de Información Integrado

3. Financiamiento

a: Fuentes de Financiamiento

b: Mecanismos de asignación

Pasos de la Implementación del Modelo

1. Inducción al cambio: Actores locales, personal de salud
2. Sectorización del ámbito de intervención municipal
3. Identificación del brechas de recursos
4. Selección de sectores priorizados para iniciar implementación gradual del modelo.
5. Conformación de equipos de salud familiar y comunitario.
6. Capacitación del personal de salud en el enfoque de salud familiar y comunitario.
7. Organización de la provisión de servicios de salud.
8. Funcionamiento de los equipos de salud familiar y comunitario.
9. Logística para el funcionamiento del equipo del sector.
10. Integración de la red: primer y segundo nivel del atención.
11. Participación ciudadana: familias-comunidad-actores locales.
12. Monitoreo y evaluación.

En Octubre de 1997, se aprobó el modelo de salud con enfoque intercultural en Región Autónoma Atlántico Norte. Posteriormente se ha trasladado a ciertas comunidades pobres de la Región del Pacífico.

El Sistema de Información Perinatal como elemento básico en la reducción de la mortalidad materno infantil.

Como una necesidad imperante en los países centroamericanos y de la región de realizar estrategias exitosas para contribuir de forma directa y eficaz en la disminución de la Mortalidad Materna y Neonatal, el sector salud de estos países, se han planteado aunar esfuerzos tomando en cuenta las experiencias exitosas de otros países y las propias. En consideración se ha decidido institucionalizar el Sistema Informático Perinatal (SIP), lo cual contribuirá a la mejora de la Calidad de la Atención con datos confiables que permitan la toma de decisiones adecuada y oportuna.

No solo es importante la atención con calidad, también es de gran relevancia el registro de la misma sobre todo cuando se trata de indicadores tan sensibles a nivel nacional; para conocer las características de la población beneficiaria, hasta evaluar los resultados en salud, identificar los problemas prioritarios, así como la selección y ponderación de los factores de riesgo con el fin de diseñar intervenciones oportunas e investigaciones.

Para que este propósito se pueda lograr, es indispensable que existan mecanismos que faciliten el rápido almacenamiento, procesamiento y aprovechamiento de los datos y que sean factibles de ser utilizados por los propios usuarios del sistema y organización administrativa.

Nuestro compromiso institucional es trabajar permanentemente para lograr los objetivos del Plan Nacional de Desarrollo Humano. Así mismo materializar estrategias que nos permitan acelerar el cumplimiento de los ODM entre los que están mejorar los cuidados antenatales, del parto, posparto y neonatales; por otra parte, tres de las esferas claves en este marco de aceleramiento, están íntimamente relacionadas con los sistemas de información: de salud y con ella Fortalecer la capacidad de los Sistemas Nacional de Salud; Mejorar las fuentes de información para establecer prioridades; y Reforzar la vigilancia, la evaluación y la rendición de cuentas a la ciudadanía. En este contexto conociendo las potencialidades del Sistema Informático Perinatal (SIP) como herramienta que contribuye al mejoramiento de la calidad de la atención y al monitoreo de la salud materna y perinatal, su fortalecimiento se convierte en una prioridad, lo cual permitirá al país, mejorar el monitoreo de los ODM 4 (Reducir la mortalidad de los niños y niñas menores de cinco años) y ODM 5 (Mejorar la Salud Materna).

Es por ello que el GRUN a través del Ministerio de Salud, dando continuidad a la implementación de estrategias que contribuyan a la disminución de la mortalidad materna e infantil ha avalado la elaboración del presente documento que consta de herramientas para la atención de la mujer durante el embarazo, parto, puerperio y al recién nacido. Así como un aplicativo informático que permita el registro de los datos de cada embarazada atendida, permitiendo contar con una

Norma para la sistematización de la información que servirá para el análisis de los sucesos que se presentan alrededor del embarazo, la atención del parto, el puerperio y el recién nacido.

El Ministerio de Salud de Nicaragua cuenta con una experiencia acumulada a partir de 1990 al introducir las tecnologías perinatales iniciando con la HCPB y el carnet perinatal, para la presente década. En el 2000-2001 El CLAP/SMR inicia la implementación del proyecto Red de Centros Asociados al CLAP e integró a esta Red al Hospital Bertha Calderón, y fue avanzando y fortaleciendo el SIP.

En el 2003 CLAP/SMR promueve la disseminación a siete Hospitales Somoto en Madriz, Ocotal en Nueva Segovia, Estelí, Chinandega, Bluefields en la RASS y dos Hospitales de Managua (Hospital Bertha Calderón y Hospital Fernando Vélez Paiz).

Se realiza primer Taller Nacional de Capacitación en el uso y manejo del SIP impartido por docentes del CLAP/SMR, dirigido a jefes de servicios de Pediatría, Ginecoobstetricia y Personal de Estadísticas.

En el 2004, Segundo Taller de fortalecimiento con el objetivo de generar reportes para realizar análisis a través del SIP y se realiza Encuentro Centroamericano de Red de Centros asociados al CLAP/SMR.

En el 2005, Inician Visitas de asistencia técnica directas a cada Hospital con la participación del CLAP/SMR y se efectúa el Primer encuentro Regional Estelí, Madriz y Nueva Segovia con la participación del CLAP/SMR.

Para este mismo año, se conformó un equipo técnico Nacional integrado por profesionales del Hospital de Chinandega, quienes fueron capacitados en el CLAP/SMR.

En el marco de la iniciativa "Fortalecimiento de los Servicios de Salud Reproductiva se incorpora a la Red de Centros Asociados al CLAP al Hospital

Materno Infantil Mauricio Abdalah, de Chinandega. Se promovieron encuentros regionales con apoyo técnico del CLAP/SMR /OPS, y se conforma un equipo técnico nacional integrado por profesionales del Hospital Materno Infantil de Chinandega el cual ha desarrollado actividades de Capacitación y diseminación del SIP a nivel local y realiza el monitoreo en 11 hospitales en donde actualmente se está implementando el SIP.

En el 2006, Presentación del Proyecto “Fortalecimiento de los Servicios de Salud Reproductiva” y en consenso con autoridades Nacionales y Locales tomando en cuenta los avances de la implementación del SIP se decide implementar el Proyecto en el SILAIS Chinandega. En el contexto de esta iniciativa se ha logrado utilizar las tecnologías perinatales en todos los servicios de salud materna perinatal, en donde el SIP ha servido como una herramienta gerencial para reducir la mortalidad materna y perinatal.

Se logró adiestrar y capacitar a personal que brinda atención a la mujer y recién nacido en todos los municipios del SILAIS, ampliándose a las Clínicas del Seguro Social y Clínicas PROFAMILIA. Se promueve el análisis de la información generada por el SIP para la toma de decisiones en cada localidad que contribuye en la reducción de la mortalidad materna y perinatal.

Se desarrolla la Primera Reunión de Consenso efectuada en Montevideo Uruguay para la definición de indicadores a monitorear en el Proyecto con participación de funcionarios del MINSA Central, SILAIS Chinandega y OPS Nicaragua.

A pesar de todos estos esfuerzos y cooperación de la OPS y otros organismos, no se había valorado en el Ministerio de Salud la importancia de institucionalizar el SIP a nivel nacional como una herramienta que evidentemente contribuye a la reducción de la mortalidad materna y perinatal.

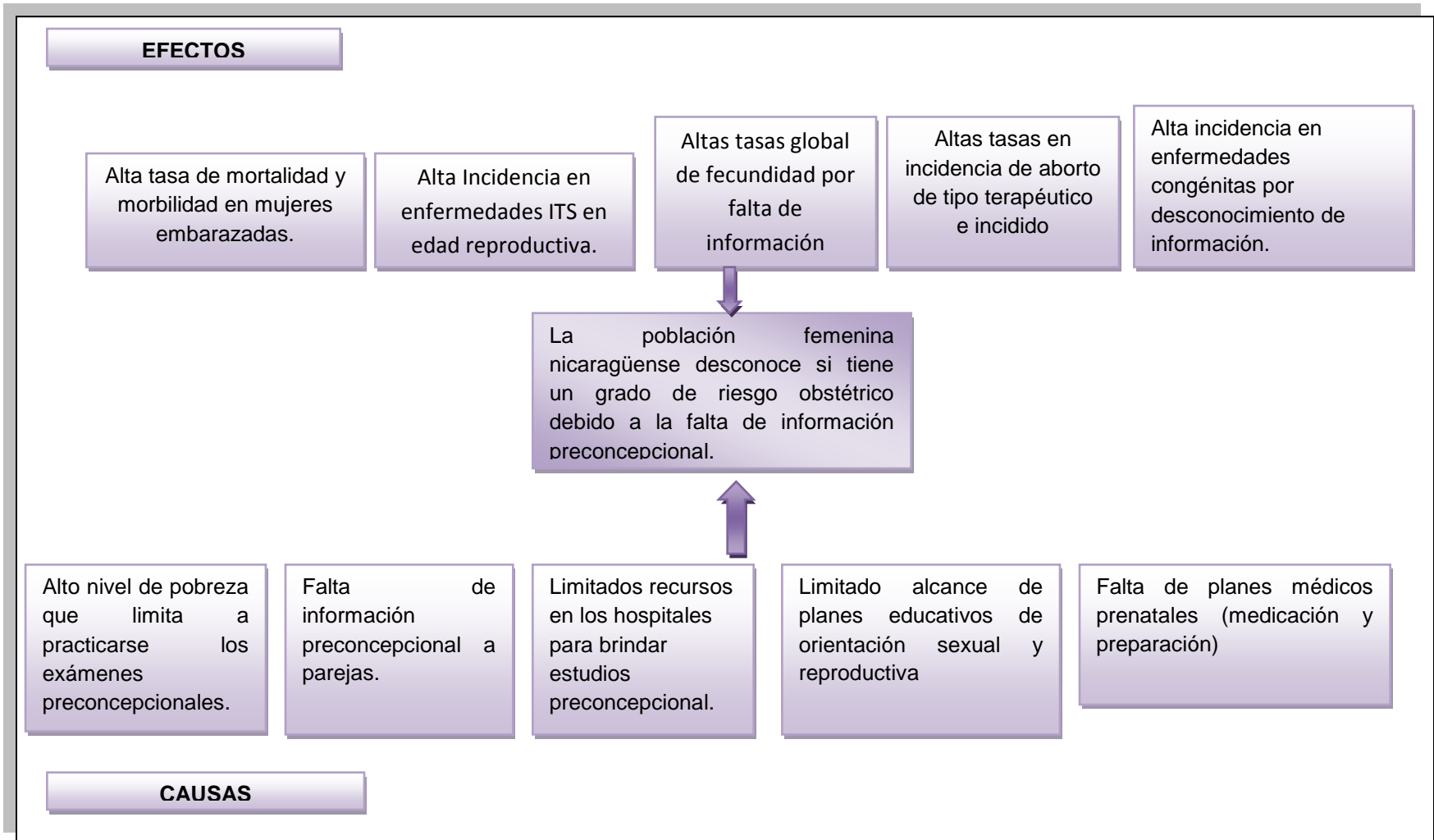
En el 2007 se consolida el Equipo Facilitador Nacional del Hospital de Chinandega, quienes brindan asistencia técnica a nivel nacional, tanto para el soporte técnico como para la generación de informes. Se realiza acompañamiento técnico en encuentros regionales para analizar avances y dificultades en la implementación del SIP organizado por OPS/CLAP.

En Mayo 2010, el Ministerio de Salud realiza investigaciones operativas con datos del SIP en cuatro hospitales del país, con la cooperación de la OPS-NICARAGUA: Bertha Calderón de Managua, San Juan de Dios de Estelí, Hospital de la Trinidad en el departamento de Estelí y Mauricio Abdalah de Chinandega, en la cual se demostró la utilidad del SIP para el Ministerio de Salud en el seguimiento a la salud materno-perinatal.

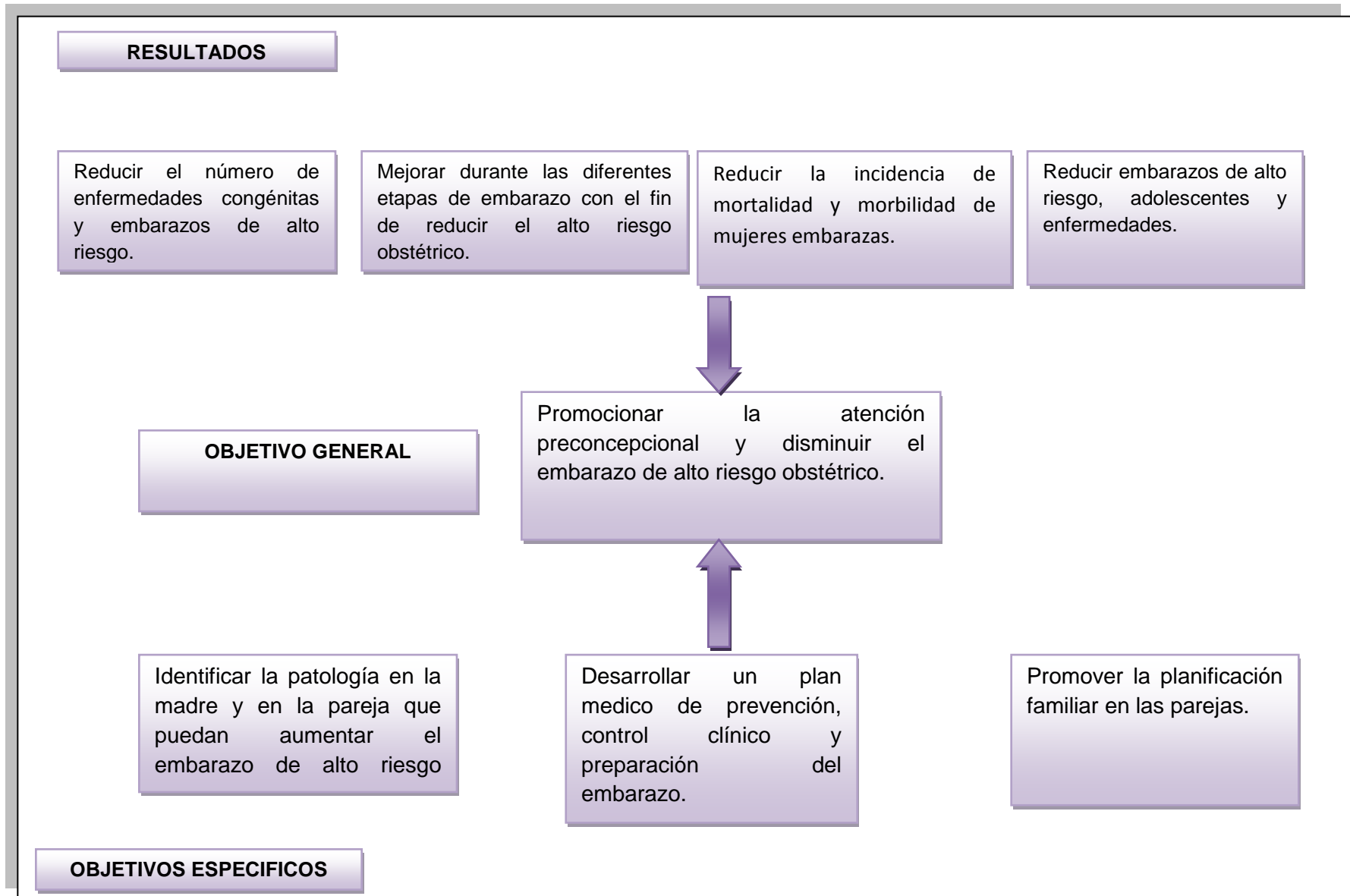
En el 2010 también se realiza la “Sistematización de la Implementación del SIP en la Subregión Centroamericana: Honduras, Nicaragua y El Salvador”.

En el 2011 se aprueba el “Proyecto de Cooperación Entre Países, Para Fortalecimiento del SIP, en Honduras, El Salvador, Nicaragua y Panamá, con el que se inyectan recursos técnicos y financieros lográndose a través de la cooperación horizontal cruzada, un gran impulso para la institucionalización del SIP en los países participantes.

ARBOL DE PROBLEMAS



ARBOL DE OBJETIVOS



MATRIZ DE MARCO LÓGICO

LÓGICA DE LA INTERVENCIÓN	INDICADORES OBJETIVAMENTE COMPROBABLES (IOC)	MEDIOS Y FUENTES DE COMPROBACIÓN (MFC)	HIPÓTESIS (H), REQUISITOS PREVIOS (RP) Y RIESGOS (R)
---------------------------	--	--	--

Objetivo General:			
Promocionar la atención preconcepcional y disminuir el embarazo de alto riesgo obstétrico.			
Objetivo Especifico #1: Identificar la patología en la madre y en la pareja que puedan aumentar el embarazo de alto riesgo.			Para contribuir al objetivo global
Mejorar el proceso de involucramiento de las parejas para participar en medidas, soluciones y alternativas antes y después del embarazo.	X de parejas conocen la incidencia de riesgos a través de información de patologías detectadas en sus familias.	A través de casos clínicos identificados en su familias.	Al conocer la población de parejas de sus patologías pueden saber los riesgos posibles a enfrentarse (H).

LÓGICA DE LA INTERVENCIÓN	INDICADORES OBJETIVAMENTE COMPROBABLES (IOC)	MEDIOS Y FUENTES DE COMPROBACIÓN (MFC)	HIPÓTESIS (H), REQUISITOS PREVIOS (RP) Y RIESGOS (R)
---------------------------	--	--	--

RESULTADOS ESPERADOS			Para contribuir al objetivo específico
Resultado #1:			
Tarea 1: Elaborar historia clínica de las pacientes a través de los siguientes requerimientos: <ul style="list-style-type: none"> • Edad de las pacientes. • Información de pareja estable, actividad sexual y utilización de métodos de planificación familiar. • Consumo de alcohol y drogas. • Embarazos previos. • Antecedentes de enfermedades crónicas. • Evaluación de su entorno familiar. 			Pacientes con historia clínica realizada.
Tarea 2: Dar a conocer los diferentes exámenes necesarios preconceptionales: <ul style="list-style-type: none"> • Determine talla, peso e IMC de la paciente. • Hemoglobina o palidez palmar. • Presencia de enfermedades de transmisión sexual y flujo vaginal. • Evaluar la cavidad oral. • Conocer su esquema de vacunación. • Determinar el riesgo del embarazo: No se recomienda el embarazo, en condiciones de embarazarse con condiciones de riesgo y en condiciones de embarazarse. 			Información de pacientes.

LÓGICA DE LA INTERVENCIÓN	INDICADORES OBJETIVAMENTE COMPROBABLES (IOC)	MEDIOS Y FUENTES DE COMPROBACIÓN (MFC)	HIPÓTESIS (H), REQUISITOS PREVIOS (RP) Y RIESGOS (R)
Objetivo Especifico #2:			Para contribuir al objetivo global
Desarrollar un plan médico de prevención, control clínico y preparación del embarazo.	<ul style="list-style-type: none"> Al menos contar con la frecuencia de participación de todas las mujeres embarazadas. Al menos contar con la frecuencia de participación de todas las mujeres adolescentes. 	Lista de pacientes y historia clínica.	Pacientes que cumplen con requerimientos e historia clínica.
RESULTADOS ESPERADOS			Para contribuir al objetivo específico
Resultado #3: Las mujeres informadas e inducidas podrán tener cambios positivos en su comportamiento, actitudes y alimentación.		Historia clínica.	Se conocerán los requerimientos de los pacientes.
TARE #1: DESARROLLAR LA METODOLOGÍA DEL TALLER PROPUESTO <ul style="list-style-type: none"> La metodología será grupal y participativa de una comunidad. Las técnicas a utilizar son de integración grupal, de aprendizaje y relacionamiento, animación, juegos y expresión corporal. El taller tiene dos fines: 1) Centros de salud y 2) Comunidad. Entrevista inicial con la mujer embarazada para conocer sus expectativas, personalidad, actitud y antecedentes que puedan facilitar la integración a los grupos de trabajo. Edad del embarazo que debe iniciar el taller en la semana 26. Duración del taller debe ser de 10 reuniones grupales, cada semana con una duración de 45 minutos. 			

LÓGICA DE LA INTERVENCIÓN	INDICADORES OBJETIVAMENTE COMPROBABLES (IOC)	MEDIOS Y FUENTES DE COMPROBACIÓN (MFC)	HIPÓTESIS (H), REQUISITOS PREVIOS (RP) Y RIESGOS (R)
---------------------------	--	--	--

RESULTADOS ESPERADOS			Para contribuir al objetivo específico
Resultado #3		Datos	Manual realizado
TALLER #1 INFORMACIÓN GENERAL <ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento del cuerpo humano, genitales masculinos y femeninos, ciclo menstrual, ovulación, fecundación, embarazo y fecundación. 			
TALLER #2 EMBARAZO: SINTOMAS COMUNES Y RIESGOS. <ul style="list-style-type: none"> • Primer trimestre: Amenorrea y crecimiento del embrión. • Segundo trimestre: Cambios emocionales, crecimiento del vientre, movimientos fetales. • Tercer trimestre: última etapa, acercamiento a sus doctores y preparación. 			
TALLER #3: HIGIENE Y ALIMENTACIÓN DURANTE EL EMBARAZO, CONTROL DE PESO, IMPORTANCIA DE LA PARTICIPACIÓN RESPONSABLE EN LA CONDUCTA ALIMENTARIA. <ul style="list-style-type: none"> • Relación entre salud y nutrición. • Importancia de una alimentación variada. • Necesidades alimentarias durante el embarazo y lactancia. • Alimentación del niño durante el primer año de vida. • Importancia de la lactancia materna. • Correcta selección, manejo higiénico, selección y preparación de alimentos, potabilización de agua. • Valor de los alimentos de acuerdo a su función principal (nivel de calorías, nivel de proteínas y reguladores). • Orientación del presupuesto para destinar a la alimentación familiar. 			

LÓGICA DE LA INTERVENCIÓN	INDICADORES OBJETIVAMENTE COMPROBABLES (IOC)	MEDIOS Y FUENTES DE COMPROBACIÓN (MFC)	HIPÓTESIS (H), REQUISITOS PREVIOS (RP) Y RIESGOS (R)
---------------------------	--	--	--

RESULTADOS ESPERADOS			Para contribuir al objetivo específico
Resultado #3			Manual realizado
TALLER #4 LACTANCIA: IMPORTANCIA Y PROPOSITO <ul style="list-style-type: none"> • Beneficios e importancia de la lactancia. • Método de hidratación de los pezones (ejercicios de Hoffman) • Maniobra de extracción de leche. • Posición correcta de lactancia. 			
TALLER #5: SINTOMAS DE TRABAJO DE PARTO: SIGNIFICADO DE LA ROTURA DE LAS MEMBRANAS, INTERNACIÓN, MOMENTO OPORTUNO, SINTOMAS PATOLOGICOS.			
TALLER #6: PARTO NORMAL <ul style="list-style-type: none"> • El periodo de dilatación. • El periodo expulsivo. • El nacimiento. 			
TALLER #7: PARTO PATOLOGICO, FÓRCEPS, CESÁREA. <ul style="list-style-type: none"> • Parto de tipo natural. • Casos al utilizar fórceps. • Casos al utilizar cesárea. 			
TALLER #8: PUERPERIO, CONTROL PUERPERAL, PUERPERIO INMEDIATO, CUIDADO E HIGIENE. <ul style="list-style-type: none"> • Métodos de higiene durante el puerperio. • Cuidado de la episiorrafia. • Preparación para la lactancia. • La relación madre e hijo. • La gimnasia especial durante el puerperio. • El reinicio de las relaciones sexuales. • El retorno de la menstruación. • La procreación responsable 			

LÓGICA DE LA INTERVENCIÓN	INDICADORES OBJETIVAMENTE COMPROBABLES (IOC)	MEDIOS Y FUENTES DE COMPROBACIÓN (MFC)	HIPÓTESIS (H), REQUISITOS PREVIOS (RP) Y RIESGOS (R)
---------------------------	--	--	--

RESULTADOS ESPERADOS			Para contribuir al objetivo específico
Resultado #3			Manual realizado
<p>TALLER # 9:RECIEN NACIDO NORMAL, CONDUCTA ANTE DIFERENTES SITUACIONES, CONSULTAS MÉDICAS, FACTORES DE RIESGO, PRIMEROS CUIDADOS, HIGIENE Y VESTIMENTA DEL RECIEN NACIDO.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Relación con el recién nacido. • Alimentación. • Sueño. • Vestimenta. • Higiene 			

LÓGICA DE LA INTERVENCIÓN	INDICADORES OBJETIVAMENTE COMPROBABLES (IOC)	MEDIOS Y FUENTES DE COMPROBACIÓN (MFC)	HIPÓTESIS (H), REQUISITOS PREVIOS (RP) Y RIESGOS (R)
---------------------------	--	--	--

RESULTADOS ESPERADOS			Para contribuir al objetivo específico
Promover la planificación familiar en las parejas.			
Resultado #4:			Reducir índices de prevalencia de embarazos.
<p>Tarea 1: Diseñar un plan educacional alineado a cualquier nivel educativo y que instruya hacia el aprendizaje e instrucción de evitar embarazos en adolescentes, reducir riesgos durante las etapas del embarazo:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Inducir a los adolescentes a postergar el inicio de relaciones sexuales temprana a través de educación sexual. 2- Asesoramiento de las inquietudes de los adolescentes sobre temas de salud sexual y reproductiva. 3- Prevenir el embarazo orientando al adolescente, conocimiento y acceso de los métodos anticonceptivos. 4- Inducir a desarrollar planes de asesoría sexual a través de los centros de salud. 5- Desarrollar charlas, talleres y espacios de temas referentes a salud sexual y reproductiva en la comunidad. 6- Realizar un plan que oriente a la planificación familiar por medio de la consejería. 			

VI. EL PROYECTO

Descripción del Proyecto

El Proyecto consiste en brindar atención Pre-concepcional en 12 comunidades marginales de Managua, con una cobertura promedio de 600 mujeres en edad reproductiva, utilizando el esquema del Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFIC).

Objetivos del Proyecto

El objetivo general del Proyecto es disminuir el embarazo de alto riesgo obstétrico a través de la promoción de la atención preconcepcional.

Los objetivos específicos son:

- a. Reducir el número de enfermedades congénitas y embarazos de alto riesgo.
- b. Mejorar durante las diferentes etapas de embarazo con el fin de reducir el alto riesgo obstétrico.
- c. Reducir la incidencia de mortalidad y morbilidad de mujeres embarazadas.
- d. Reducir embarazos de alto riesgo, adolescentes y enfermedades.

El Proyecto tendrá las siguientes características:

1.- Altamente participativo. Se asegurará una participación activa y constante de los integrantes clave de la comunidad, líderes, docentes, organizaciones de mujeres, así como los funcionarios locales del MINSA. El MOSAFIC, asegurará que la organización se maneje de manera eficiente.

2.- Eficaz. Se pretende reducir sensiblemente las tasas de mortalidad materno infantil en el área de influencia, para lo cual se construirá una línea de base al momento de iniciar el Proyecto y una evaluación al tercero y sexto año de implementación del Proyecto.

3.- Autosostenible. Se logrará que el Proyecto funcione con los recursos ya asignados por el MINSA, más los patrocinios actuales de empresas privadas y organizaciones no gubernamentales. Es decir, que no se registrará ningún incremento en los presupuestos actuales y simplemente se podrán manejar reasignaciones de los fondos ya existentes.

4.- Generador de experiencias. Las experiencias obtenidas de la ejecución del Proyecto servirán para replicar la acción en otras comunidades del país.

Estrategia del Proyecto.

Para la ejecución del Proyecto, se propone la siguiente estrategia:

1.- En coordinación con el MINSA y la Alcaldía de Managua, se seleccionarán las 12 comunidades de Managua en donde se ejecutará el Proyecto.

2.- Con el departamento de Recursos Humanos del MINSA se designarán a los técnicos que participarán del Proyecto y a través de una comunicación oficial se les designará para participar.

3.- Se procederá a capacitar a los técnicos respecto al Sistema de Información Perinatal y respecto a la atención pre-concepcional.

4.- Se iniciarán reuniones a nivel de líderes comunitarios para explicar el Proyecto y solicitar su apoyo para que todas las mujeres en edad reproductiva de la comunidad participen en el mismo.

5.- Se arrancará el Proyecto a través de una ceremonia en donde se resalten las bondades del mismo y se obtenga el compromiso de participación de toda la comunidad.

Costos del Proyecto

Tal como se señaló anteriormente, la idea es que el Proyecto sea autosostenible, es decir que no implicará la asignación de recursos adicionales al presupuesto actual del MINSA y patrocinadores. Los gastos a reasignarse podrían detallarse de la siguiente manera:

CONCEPTO		COSTO ANUAL DOLARES
Reuniones de promoción		1,428.00
Gastos de Capacitación		3,600.00
Material Impreso		4,000.00
Gastos de Transporte		1,500.00
Difusión		1.500.00
TOTAL		US12,028.00

Beneficios del Proyecto

El Proyecto traerá a cada comunidad una serie de beneficios tangibles que justifican ampliamente a ejecución del mismo.

En primer lugar, se logrará reducir sensiblemente la tasa de mortalidad materno infantil en las comunidades a intervenir. Por otra parte, las mujeres involucradas en el Proyecto, a su vez tendrán un efecto multiplicador entre otras mujeres de la comunidad, lográndose concienciar a una gran parte de la comunidad.

Se logrará generar una experiencia tanto en el aspecto de la participación comunitaria como en lo referente a la necesidad de ampliar los conocimientos sobre los riesgos y tratamiento de los embarazos en las mujeres de la comunidad.

PRESUPUESTO ANUAL
PLAN DE PROMOCIOON

2012	1er mes	2do mes	3er mes	4to mes	5to mes	6to mes	7mo mes	8vo mes	9no mes	10mo mes	11mo mes	12mo mes
Presupuesto plan de divulgación												
Tareas												
Plan de divulgación												
Ejemplares educativos	\$550.00											
Ejemplares educativos adolescentes	\$24.65					\$24.65						\$24.65
Brochures informativos	\$180.00	\$180.00	\$180.00	\$180.00	\$180.00	\$180.00	\$180.00	\$180.00	\$180.00	\$180.00	\$180.00	\$180.00
Catalogo	\$90.00					\$90.00						\$90.00
Afiches	\$285.00					\$285.00						\$285.00
Gastos de transporte	\$50.00											
Alimentación	\$50.00											
TOTAL PLAN DE DIVULGACIÓN	\$1,229.65	\$180.00	\$180.00	\$180.00	\$180.00	\$579.65	\$180.00	\$180.00	\$180.00	\$180.00	\$180.00	\$579.65